CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

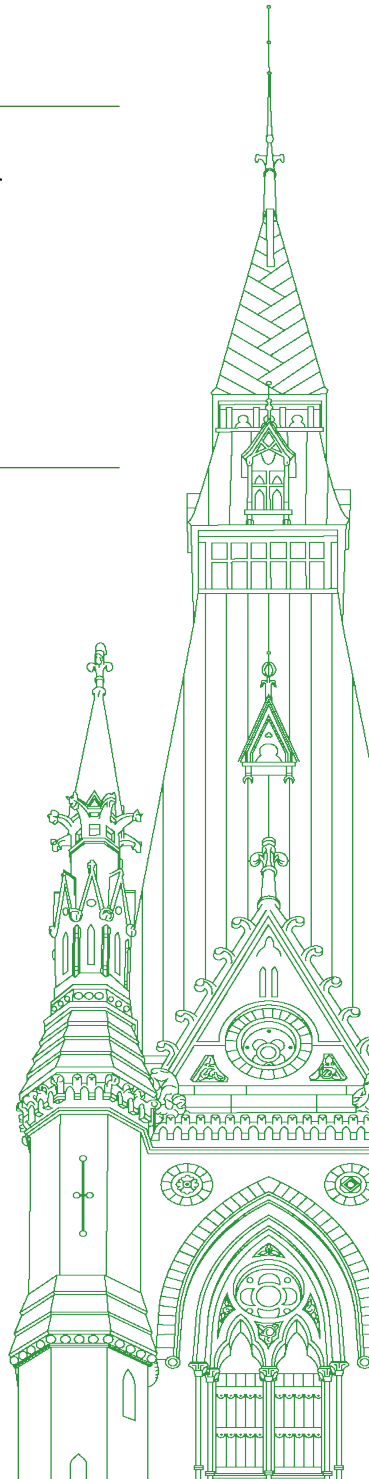
45e LÉGISLATURE, 1re SESSION

Comité permanent de la condition féminine

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 050

Le mercredi 21 octobre 2026



Présidente : Dominique Vien

Comité permanent de la condition féminine

Le mercredi 21 octobre 2026

● (1630)

[*Traduction*]

La vice-présidente (Emmanuella Lambropoulos (Saint-Laurent, Lib.)): Je déclare la séance ouverte.

[*Français*]

Bienvenue à la 50e 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, 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 de manière hybride, conformément au Règlement. Pour garantir le bon déroulement de la réunion, j'aimerais transmettre certaines consignes aux témoins et aux députés.

Avant de prendre la parole, attendez que je vous nomme. Si vous participez par vidéoconférence, cliquez sur l'icône du microphone pour activer ce dernier. Veuillez vous mettre en sourdine lorsque vous ne parlez pas. Si vous souhaitez prendre la parole, veuillez lever la main. Pour ceux qui sont sur Zoom, veuillez utiliser la fonction « lever la main ».

[*Traduction*]

Je tiens à rappeler aux témoins que les membres du Comité peuvent poser des questions en français ou en anglais. Si vous avez besoin de l'interprétation, veuillez prendre un moment maintenant pour préparer votre oreillette et sélectionner le canal d'écoute dont vous avez besoin à l'avance afin que nous puissions profiter au maximum du temps réservé aux questions et aux réponses.

Je vous rappelle également que toutes les interventions des députés et des témoins doivent être adressées à la présidence.

Je vais maintenant souhaiter la bienvenue à nos témoins.

Nous accueillons Mme Lori Brotto, professeure au Département d'obstétrique et de gynécologie de l'Université de la Colombie-Britannique. Elle témoigne à titre personnel.

[*Français*]

Nous avons aussi la docteure Lyne Desautels, médecin de famille.

[*Traduction*]

Et nous recevons également Mme Yvonne Osagie, directrice générale de Med Melanin.

Bienvenue. Nous allons commencer par les déclarations préliminaires. J'ai ici un carton jaune, que je vous montrerai lorsqu'il restera une minute, et un carton rouge, que je vous montrerai lorsqu'il restera 30 secondes.

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

Merci.

Dr Lori Brotto (professeure, Département d'obstétrique et de gynécologie, University of British Columbia, à titre personnel): Je vous remercie beaucoup de m'avoir invitée à m'adresser à vous aujourd'hui.

Je tiens à souligner que les travaux que nous menons à l'Université de la Colombie-Britannique et à l'Institut de recherche sur la santé des femmes se déroulent sur le territoire traditionnel, ancestral et non cédé des Salish de la côte, ainsi que des nations Musqueam, Squamish et Tsleil-Waututh.

Madame la présidente, membres du Comité, je vous remercie de m'avoir invitée à discuter avec vous aujourd'hui. La plupart des Canadiennes âgées de 25 à 54 ans font partie de la population active. Ainsi, presque toutes les femmes du pays traverseront la périménopause et la ménopause pendant leurs années de travail. Pourtant, nous disposons de très peu de données au Canada sur les répercussions qu'a cette période de leur vie sur leur emploi, leur carrière et leurs revenus. Aujourd'hui, je vais vous présenter les résultats de la Health and Economics Research on Midlife Women in British Columbia, ou HER-BC, une étude qui a été menée par notre équipe à l'Université de la Colombie-Britannique et l'Institut de recherche sur la santé des femmes auprès de plus de 2 000 femmes de la Colombie-Britannique âgées de 39 à 60 ans. Notre équipe a déjà publié certaines des principales conclusions de l'enquête, notamment concernant l'éventail et la sévérité des symptômes de la ménopause, ainsi que leurs répercussions sur la qualité de vie et la santé mentale des femmes.

Dans le cadre de l'étude, nous avons constaté que 80 % de notre échantillon, qui était largement représentatif de la population de la Colombie-Britannique, présentait au moins un symptôme lié à la ménopause qui perturbait son quotidien. L'étude a révélé que plus de la moitié des femmes qui présentaient des symptômes sévères ne recevaient aucun traitement pour les soulager. Nous avons également constaté que la sévérité des symptômes vasomoteurs, que l'on désigne communément sous le nom de bouffées de chaleur et de sueurs nocturnes, est directement liée à la sévérité des symptômes de problèmes de santé mentale, notamment l'anxiété et la dépression.

Je souhaite vous présenter aujourd'hui des données encore inédites tirées de l'étude, basées sur des analyses qui ont été menées en collaboration avec des économistes de la Vancouver School of Economics. Ces résultats n'ont pas encore fait l'objet d'une évaluation par les pairs et ne constituent qu'un instantané, mais trois principaux messages s'en dégagent.

Premièrement, la ménopause transforme discrètement la vie professionnelle des femmes. Plus d'une femme sur cinq qui a participé à notre étude nous a indiqué qu'au cours des six mois précédents, les symptômes de la ménopause avaient entraîné un changement dans sa vie professionnelle. Environ une sur six avait réduit son temps de travail; une sur dix avait refusé une promotion; environ une sur vingt avait démissionné, pris une retraite anticipée ou changé d'emploi; et une sur quatre s'était absentée du travail en raison de symptômes liés à la ménopause au cours de l'année.

Plus les symptômes de la ménopause sont sévères, plus leurs répercussions sont importantes. Parmi les femmes qui présentaient un faible niveau de symptômes, 7 % ont déclaré avoir connu des perturbations dans leur travail, contre près de 40 % chez celles qui présentaient un niveau élevé de symptômes. Sur les 16 femmes qui avaient été mises à pied ou licenciées, 88 % souffraient de symptômes sévères liés à la ménopause. Nous avons également posé des questions sur la productivité sans mentionner la ménopause et la tendance s'est confirmée. Parmi les femmes qui ressentaient peu de symptômes, une sur quatre a déclaré avoir été moins productive au travail, tandis que parmi celles qui présentaient des symptômes sévères, c'était près de trois sur quatre.

Deuxièmement, ces répercussions passent largement inaperçues dans les statistiques économiques habituelles. Lorsque nous avons examiné si les femmes avaient un emploi, combien d'heures elles travaillaient ou ce qu'elles gagnaient, la différence était minime. Cela ne signifie pas que la ménopause n'a pas d'importance. Cela signifie que les femmes en supportent les conséquences. Une promotion refusée n'apparaît pas sur leur fiche de paie de l'année en cours. Elle se répercute au cours de la décennie suivante et sur le montant de leur retraite. Les femmes qui souffrent des symptômes et des handicaps les plus sévères étaient les moins susceptibles de répondre à notre enquête. Nos résultats constituent donc, au mieux, une sous-estimation.

Troisièmement, le fardeau pèse le plus lourdement sur les femmes les moins protégées. Pour les femmes qui ont un travail temporaire, qui sont travailleuses contractuelles ou qui sont travailleuses autonomes, le lien entre les symptômes de la ménopause et les perturbations professionnelles était près de deux fois plus fort que pour celles qui occupaient un emploi permanent. Ce sont ces mêmes femmes qui sont les moins susceptibles de bénéficier de congés de maladie payés. Dans notre étude, plus de 90 % des employées permanentes en bénéficiaient, contre seulement 40 % des femmes occupant un emploi non permanent et seulement 20 % des travailleuses autonomes.

Deux autres conclusions de notre enquête sont particulièrement importantes. Les symptômes les plus étroitement liés aux perturbations professionnelles n'étaient pas les bouffées de chaleur. Il s'agissait plutôt de la déprime, de l'anxiété, de l'irritabilité et de l'épuisement — autrement dit, des symptômes liés à la santé mentale et des symptômes cognitifs. Pour les femmes qui avaient encore leurs règles, des saignements abondants et douloureux alourdissaient encore le fardeau auquel elles devaient faire face.

Que peut-on faire compte tenu de ces conclusions? Je propose quatre recommandations.

● (1635)

Premièrement, mesurons cela. Le Canada ne dispose d'aucune donnée nationale concernant les symptômes de la ménopause, l'emploi et les revenus au fil du temps. Statistique Canada...

La vice-présidente (Emmanuella Lambropoulos): Je m'excuse, madame Brotto, mais je vais devoir vous interrompre, car vos cinq minutes sont écoulées et nous avons un horaire strict à respecter. Vous pourrez y revenir lorsque vous répondrez aux questions des députés.

[*Français*]

Docteure Desautels, vous avez la parole pour cinq minutes.

Lyne Desautels (médecin de famille, à titre personnel): Bonjour.

Je vous remercie de m'offrir cet espace pour parler de cette réalité qui me touche, soit la santé des femmes, autant dans leur vie professionnelle que dans notre société.

Je suis médecin omnipraticienne depuis plus de 30 ans, conférencière et coauteure de deux livres sur la ménopause: *Mieux vivre la ménopause*, coécrit avec Isabelle Huot, et *Ma santé, mes hormones* , qui a été publié le 16 septembre dernier, où nous abordons l'impact de la périménopause sur la vie professionnelle des femmes.

Mon parcours m'a amenée à m'intéresser à la médecine intégrative, à la prévention et à la longévité en bonne santé. Au cœur de cette démarche se trouve une conviction: pour bien accompagner une femme, il faut comprendre les liens entre ses symptômes, sa physiologie et sa réalité au quotidien. Ça m'a conduite, depuis plus de 20 ans, à m'investir dans la santé hormonale des femmes, particulièrement en périménopause et en ménopause. Derrière les symptômes de fatigue, d'insomnie et de santé mentale, il y a une personne qui cherche à comprendre ce qui lui arrive, une femme qui assume ses responsabilités, mais qui ne se reconnaît plus tout à fait quand elle traverse cette période de changement hormonal.

La périménopause et la ménopause ne sont pas des maladies. Elles constituent une transition hormonale majeure, qui mérite d'être comprise et accompagnée. Les fluctuations hormonales peuvent perturber le sommeil, l'humeur, comme on en a entendu parler, le confort physique et la vie intime. Certaines femmes vont traverser cette période avec peu de difficultés et d'autres auront des répercussions, autant sur leurs relations que sur leur performance au travail. Alors, c'est important.

Les hormones sexuelles participent à plusieurs fonctions multisystémiques et leur diminution progressive a un impact sur le métabolisme, donc sur toutes les réactions biochimiques dans le corps d'une femme, qui servent à produire de l'énergie, entre autres sur le plan cellulaire. Le fait de considérer ces hormones au-delà de l'âge de la reproduction devient primordial, si on veut parler de prévention. C'est pourquoi je défends une approche de santé globale, qui est personnalisée. Il faut retourner aux personnes, aux patientes, écouter, évaluer, expliquer et construire avec chaque femme un accompagnement personnalisé et adapté à sa réalité.

Le problème, c'est qu'aujourd'hui cet accompagnement demeure trop difficile. Trouver un professionnel disponible et formé, obtenir une information fiable, discuter de traitements et bénéficier d'un suivi est un parcours qui, pour certaines femmes, peut devenir une véritable course à obstacles. Les femmes ont le droit d'être informées et, pour faire des choix éclairés, elles ont besoin qu'on les écoute et qu'on les entende. Cela prend du temps et, dans le contexte actuel de la pratique médicale, il est très difficile d'y arriver. Elles ne devraient pas avoir à s'épuiser et à se battre pour obtenir de l'aide. Imaginez le fait d'avoir à diriger une réunion en ayant eu plusieurs nuits interrompues, d'enseigner à des élèves tout en ayant des bouffées de chaleur — j'en ai fait l'expérience — ou de prodiguer des soins tout en composant avec une fatigue persistante. Ça peut être une difficulté passagère pour des femmes, mais ça peut avoir un impact sur le regard des autres, entre autres au sujet de leurs compétences et de leur engagement dans le milieu de travail.

En 2023, la Fondation canadienne de la ménopause a fait une analyse sur la gestion des symptômes, qui seraient associés à environ — imaginez-vous donc — 540 000 journées de travail perdues chaque année au Canada. De 50 à 75 % des femmes en périménopause auront des symptômes, tandis que 30 % d'entre elles auront des symptômes sévères. De 10 à 20 % d'entre elles verront une diminution de leur productivité, et une femme sur dix en ménopause abandonnera son travail, parce qu'elle a trop de symptômes ou parce que ses symptômes ont trop d'impact sur sa qualité de vie.

Cela dit, je souhaite vous proposer trois priorités. Premièrement, il faut renforcer la formation des professionnels de la santé et l'information donnée au public à propos de la préménopause, qui peut se manifester dès la mi-trentaine.

Deuxièmement, il faut améliorer l'accès à une évaluation pour des soins personnalisés fondés non seulement sur les données probantes, mais aussi sur l'expérience clinique.

● (1640)

Troisièmement, il faut soutenir les milieux de travail: informer les gestionnaires et sensibiliser autant les gestionnaires que les employés. Il est question de la confidentialité et du respect. Il faut avoir une souplesse et, lorsque possible, des aménagements.

La vice-présidente (Emmanuella Lambropoulos): Merci, madame Desautels. C'est la fin de votre temps de parole.

[*Traduction*]

Je cède maintenant la parole à Mme Osagie.

Yvonne Osagie (directrice générale, Med Melanin): Madame la présidente, membres du Comité, merci.

Je m'appelle Yvonne Osagie. Je suis directrice générale de Med Melanin. Il s'agit d'une plateforme numérique de santé préventive conçue pour aider les personnes soignantes et les femmes mal desservies à mieux défendre leurs intérêts lorsqu'elles consultent un médecin et pour apprendre aux femmes à se faire entendre dans des contextes où elles n'ont jamais été écoutées auparavant.

Imaginez qu'il est 7 h 40 du matin. Une femme se rend au travail pour son quart qui commence à 8 heures dans un établissement de soins de longue durée. Elle a dormi environ deux heures après s'être réveillée à 1 heure du matin, trempée de sueur, puis elle a dû se lever à 5 h 30 pour préparer ses enfants à partir à l'école. C'était la quatrième nuit d'affilée cette semaine-là. Elle entame son quart de 12 heures, pendant lequel elle s'occupe de parents d'autres personnes. Elle est un peu plus lente ce jour-là. Elle l'est depuis un certain temps déjà et elle commence à s'en rendre compte. Son superviseur l'a également remarqué.

Dans cette histoire, cette femme n'a aucun contrôle sur quoi que ce soit.

Selon des études multinationales menées auprès de femmes âgées de 40 à 65 ans, le Canada affiche les taux les plus élevés au monde pour les troubles du sommeil liés à la ménopause, avec environ 67 %. C'est là que nos chiffres nationaux s'arrêtent. Nous estimons que la ménopause coûte à l'économie environ 3,5 milliards de dollars et entraîne 540 000 jours de travail perdus. Ces chiffres sont réels, mais ils sont également incomplets. Un jour de travail perdu, c'est une femme qui ne s'est pas rendue au bureau, mais les chiffres ne prennent pas en compte la femme qui s'y est rendue, mais dont la productivité en a souffert, celle qui ne pouvait pas se permettre de manquer une journée de travail ou celle qui devra toujours se présenter au travail.

Ensuite, ce fardeau n'est pas réparti de manière égale. Aux États-Unis, dans le cadre de l'étude SWAN, soit la Study of Women's Health Across the Nation, on a suivi des femmes tout au long de leur ménopause pendant environ 25 ans. L'étude a révélé que, parmi tous les groupes étudiés et d'après leurs témoignages, c'était chez les femmes noires que les symptômes vasomoteurs duraient le plus longtemps.

Nous disposons également de données canadiennes. Une étude nationale menée auprès de 1 000 Canadiennes, qui a été réalisée à la demande de l'assureur GreenShield, a révélé que 40 % des femmes racisées ne savaient pas où s'adresser pour obtenir des soins. De plus, environ une sur trois seulement avait déjà discuté de ses symptômes avec un professionnel de la santé, contre environ la moitié de l'ensemble des femmes. Elle est moins susceptible de comprendre ce qui lui arrive et d'en parler et elle a souvent tendance à minimiser ses propres symptômes.

Tout ce dont nous parlons concernant les politiques en milieu de travail repose sur des mesures d'adaptation, pour lesquelles il faut faire une demande. Pour faire une demande, il faut un diagnostic. Pour obtenir un diagnostic, il faut consulter un médecin. Comment en consulter un? On estime à 5,9 millions le nombre d'adultes au pays qui n'ont ni médecin de famille ni infirmière praticienne. Or, même pour les personnes qui en ont, environ 41 % des facultés de médecine canadiennes n'offrent pas de formation sur la ménopause dans leur programme. Sans professionnel de la santé, sans diagnostic, sans dossier, sans mesures d'adaptation et sans données, chaque étape est encore plus difficile pour la femme que je viens de décrire.

Une nouvelle étude qui a été menée en Norvège et en Suède, intitulée *The Menopause "Penalty"*, a révélé qu'en Norvège, les revenus baissaient de 7,4 % dès la quatrième année suivant le diagnostic de la ménopause. Cette même équipe de recherche a également découvert un élément encourageant: en Suède, les choses se sont améliorées sur le plan de la sensibilisation et de l'accès aux soins, les diagnostics ayant augmenté de 29 % et les traitements, de 50 %, lorsque la sensibilisation était bien présente. Les femmes qui en ont bénéficié sont celles qui n'ont pas fait d'études postsecondaires, ce qui définit le statut socioéconomique.

Il y a trois éléments sur lesquels je voudrais que nous nous penchions.

Premièrement, il faut mesurer les choses correctement. La première étude nationale d'envergure sur la ménopause au Canada est en cours de préparation. La question qui se pose pour votre comité est de savoir si elle est conçue pour ventiler les données selon la race, le statut d'immigrante, la profession ou le secteur. L'étude SWAN initiale excluait les femmes qui avaient subi une ménopause chirurgicale, principalement des femmes noires et hispaniques, et on a dû la revoir pour l'ajuster en conséquence. Au Canada, nous avons la possibilité d'inclure ces femmes dès le départ.

Deuxièmement, il faut régler les problèmes de l'ensemble de la chaîne, et pas seulement du dernier maillon. Il faut rendre obligatoire une formation sur la ménopause dans les programmes d'études de médecine et de soins infirmiers. Ce n'est pas facultatif. Il faut rémunérer les cliniciens pour le temps consacré au diagnostic, en mettant en place les bons incitatifs au sein du système. Il faut que les coûts des médicaments soient couverts, car les formes les plus sûres d'hormonothérapie sont souvent celles que les régimes de base ne couvrent pas, ce qui fait du traitement un avantage réservé aux femmes qui ont un bon emploi.

Troisièmement, il faut créer des lieux de travail qui n'obligent pas les femmes à parler ouvertement de leur situation pour pouvoir travailler, tout en protégeant celles qui le font, à l'aide d'une ventilation adéquate, de la climatisation, d'horaires prévisibles et de véritables pauses pour les personnes qui ont un travail par quarts. Ces mesures doivent être offertes à tout le monde, de sorte que personne n'ait à les demander. Il faut également faciliter le parcours des femmes qui se manifestent, car elles ne devraient pas avoir besoin d'une attestation d'un spécialiste pour obtenir un ventilateur de bureau.

En ce qui concerne la loi, la ménopause n'est mentionnée nulle part dans la législation canadienne, mais les motifs le sont, et ils constituent la base à partir de laquelle nous pouvons commencer. Le sexe, l'âge et le handicap sont protégés, et l'obligation de prendre des mesures d'adaptation y est déjà associée. La base existe. Ce qu'il manque, c'est cette référence — le précédent de la ménopause.

La Commission ontarienne des droits de la personne...

● (1645)

La vice-présidente (Emmanuella Lambropoulos): Merci beaucoup, madame Osagie. Je sais que vous pourrez poursuivre lorsque vous répondrez aux questions.

Je vous remercie — chacune d'entre vous — pour vos témoignages.

Nous allons maintenant entamer les séries de questions. Nous commencerons par une série de questions dont les interventions seront de six minutes. Je vais céder la parole à la députée Roberts.

Madame Roberts, la parole est à vous pour six minutes.

Anna Roberts (King—Vaughan, PCC): Merci, madame la présidente. Vous faites un excellent travail.

Un grand merci aux témoins de leur présence. C'est une étude importante pour tout le monde ici et je peux vous dire que je fais partie des femmes qui ont des difficultés avec la ménopause, bien que j'aie largement dépassé l'âge. J'ai des bouffées de chaleur tout le temps. Je ne sais pas pourquoi. Cela me rend folle.

Je vais poser une question. Je sais que les répercussions sur l'économie canadienne s'élèvent à 3,5 milliards de dollars par année. Je crois comprendre que les femmes perdent 3,3 milliards de dollars de revenus. Une femme sur dix quitte le marché du travail, et les employeurs subissent une perte de 237 millions de dollars.

Je vous demande à toutes de répondre à ma question. En faisons-nous assez à l'échelle fédérale pour que davantage de mesures et de fonds soient consacrés à la sensibilisation des employeurs et des employés à la situation? Les sommes en jeu sont considérables. Beaucoup de femmes sont célibataires et bon nombre d'entre elles subviennent aux besoins de leur famille. On parle de pertes de revenus importantes. Ce sont des coûts que nous allons tous devoir assumer.

Nous commencerons par la Dre Desautels, puis nous passerons aux autres à tour de rôle.

● (1650)

[*Français*]

Lyne Desautels: Je suis contente que vous me posiez la question.

Le financement est un enjeu vraiment majeur et je vous dirais qu'il y a des inégalités au niveau provincial. Je pratique au Québec, où j'ai développé des cliniques privées, subventionnées par moi à même mes revenus, pour essayer de rendre ça accessible. J'aurais aimé avoir des subventions pour donner l'accessibilité aux femmes, financièrement parlant.

De plus, j'ai mis sur pied des équipes de travail multidisciplinaires, en donnant de la latitude de pratique aux infirmières et aux infirmières praticiennes, comme mentionné. Je pense qu'il faut faire équipe avec plusieurs professionnels de la santé. Pour que les femmes reprennent leur pouvoir décisionnel en matière de santé et de santé hormonale, il faut les informer, les écouter, les entendre. Cependant, un gros travail d'éducation est à faire.

J'ai une plateforme éducationnelle en santé hormonale. J'ai publié deux livres, et j'essaie de répandre la bonne nouvelle, mais on a des recommandations qui limitent aussi nos professionnels de la santé à être plus ouverts vers une réalité de terrain, vers ce que les femmes vivent réellement. Alors, il faut retourner à ça, faire de bonnes évaluations cliniques, et pas seulement suivre des recommandations qui sont restrictives et qui rendent les choses inaccessibles pour beaucoup de femmes.

[*Traduction*]

Anna Roberts: Merci.

Je vais passer à Mme Lori Brotto pour qu'elle ait l'occasion de continuer.

Vous avez dit qu'il y avait quatre recommandations. Vous n'avez pas pu toutes les présenter. Je vais vous en donner l'occasion.

Dr Lori Brotto: Merci, madame Roberts. Je suis désolée d'apprendre que vos bouffées de chaleur persistent. Je peux vous dire que vous n'êtes pas la seule dans cette situation.

Quatre recommandations se dégagent de notre étude très rigoureuse.

Premièrement, nous devons mesurer cela. Le Canada ne dispose d'aucune donnée nationale concernant les symptômes de la ménopause, l'emploi et les revenus au fil du temps. L'enquête de la Fondation canadienne de la ménopause était excellente, mais elle ne constituait qu'un instantané. Nous devons intégrer cet élément dans les enquêtes de Statistique Canada.

Deuxièmement, nous devons combler les lacunes pour les emplois précaires afin que les travailleuses contractuelles et les travailleuses autonomes puissent bénéficier de congés de maladie et d'aides au revenu, car les symptômes de la ménopause les touchent également.

Troisièmement, il faut que la ménopause soit mentionnée explicitement dans les directives fédérales relatives au milieu de travail et aux droits de la personne, afin que les employeurs sous réglementation fédérale comprennent leur obligation de prendre des mesures d'adaptation.

La dernière recommandation que je ferais — et cela va tout à fait dans le sens de ce qu'a dit la Dre Desautels —, c'est qu'il faut investir dans les soins, notamment les soins de santé mentale et les soins primaires tenant compte de la ménopause, afin que les femmes puissent recevoir un traitement pour leurs symptômes avant de reprendre le travail. Encore une fois, les symptômes vasomoteurs sont très importants, mais ce que nous avons entendu et ce que nous constatons en voyant les données, c'est que ce sont les symptômes cognitifs — difficulté à trouver ses mots, problèmes d'attention, brouillard cérébral et problèmes de santé mentale — qui semblent contribuer le plus aux répercussions sur le lieu de travail.

Anna Roberts: Merci.

Je vais passer à Mme Yvonne... Je ne vais même pas essayer de prononcer le nom, car je sais que je vais me tromper.

Quels sont les risques liés aux erreurs de diagnostic chez les femmes de couleur? Vous avez parlé des répercussions — l'endométriose, par exemple. Quel type de répercussions...?

Vous n'avez que peu de temps pour répondre à la question. Je le sais, car la présidente m'a fait signe avec le carton jaune.

Yvonne Osagie: Ce n'est pas grave.

Nous commençons à en voir les répercussions dans la façon dont les femmes décrivent leur situation. Cela fait partie de ce qui n'est pas pris en compte. Si une patiente n'a pas la terminologie nécessaire pour dire: « J'ai une sensation de brouillard cérébral », elle dira peut-être: « Je suis excessivement fatiguée » ou « J'ai besoin de mon ventilateur en tout temps ». Les femmes n'auront pas la terminologie exacte, et elles ne disposent peut-être que de 15 minutes avec un médecin, alors elles doivent les maximiser autant que possible. Ces symptômes continuent d'être repoussés à plus tard, malheureusement.

Pour répondre à votre question initiale, au sujet des mesures d'adaptation et de ce à quoi ce soutien peut ressembler de façon réaliste, une partie de la réponse réside dans le travail hybride. Nous nous en sommes éloignés en 2026, alors que c'était probablement l'une des mesures les plus efficaces pour soutenir les gens dans le cadre du travail administratif. En ce qui concerne le travail par quarts, c'est l'incapacité des femmes de dire qu'elles sont en ménopause par crainte que cela ait une incidence sur leur carrière ou sur...

● (1655)

La vice-présidente (Emmanuella Lambropoulos): Merci, madame Osagie. Le temps de parole de Mme Roberts est écoulé.

La parole est à Mme Nguyen.

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

Je tiens à remercier chaleureusement les témoins de s'être joints à nous aujourd'hui. Cette étude est très importante.

Madame Brotto, pourriez-vous nous dire quand ces documents examinés par des pairs pourraient être rendus publics ou si nous sommes autorisés à avoir accès à certaines de ces conclusions? Si vous pouviez les communiquer au Comité, ce serait très utile. Avez-vous une idée du moment où ils seront publiés?

Dr Lori Brotto: Tout à fait. L'ensemble du rapport, avec les conclusions, se trouve sur le site Web du Women's Health Research Institute. Si vous allez sur whri.org et que vous cherchez « ménopause », vous trouverez le rapport *HER-BC*.

Comme il a été mentionné, plusieurs articles évalués par des pairs seront publiés. Trois rapports ont été publiés jusqu'à présent. Le rapport sur les données relatives au milieu de travail n'a pas encore été publié. Nous prévoyons qu'il sera publié d'ici la fin de l'année civile.

Chi Nguyen: Tous les témoins ont évoqué les mesures d'adaptation en milieu de travail et les façons dont les employeurs pourraient adapter le travail. Je me demande si vous pourriez nous en dire un peu plus à ce sujet. Avez-vous vu des pratiques ou des approches exemplaires éprouvées qui ont permis aux femmes de prendre plus facilement du recul ou de prendre la pause dont elles ont besoin pour gérer leurs symptômes?

Je pourrais peut-être commencer par Mme Brotto.

Dr Lori Brotto: Je travaille en Colombie-Britannique, et l'une des choses que nous avons constatées, c'est l'élargissement de la portée des régimes d'avantages sociaux pour inclure bon nombre des fournisseurs spécialisés courants, comme les massothérapeutes et les fournisseurs de soins de santé mentale. En plus des fournisseurs de soins primaires et de ceux qui prescrivent des hormones, ce sont les spécialistes auprès desquels les femmes demandent de l'aide. Il s'agit d'un élément important propre au genre et à l'étape de la vie qui peut être très facilement pris en compte dans les milieux de travail: s'assurer que les régimes couvrent les spécialistes qui fournissent des soins fondés sur des données probantes.

[*Français*]

Chi Nguyen: Je vais essayer de parler en français.

Docteure Desautels, pouvez-vous aussi commenter cette question au sujet du milieu de travail?

Lyne Desautels: Oui.

Pour ma part, j'ai développé des modèles pour rendre ça accessible, mais je pense que tout passe par l'éducation. Je pense qu'il faut éduquer les femmes pour qu'elles apprennent à s'observer, à écouter le langage de leur corps et à se faire confiance. Il faut aussi enseigner aux professionnels de la santé à avoir une approche plus globale. Comme je l'ai dit, ce n'est pas une maladie, et les symptômes sont multisystémiques.

Je suis très contente qu'on ait parlé de la santé mentale. Une des premières raisons de consultation en préménopause, ce ne sont pas des menstruations irrégulières, mais des problèmes d'irritabilité, de syndrome prémenstruel et d'anxiété. Ce sont des problèmes de santé mentale qui ont un impact majeur sur la qualité de vie des femmes, leurs relations, et aussi leur travail.

Je pense donc qu'il faut commencer à éduquer les femmes pour qu'elles observent ce qui se passe dans leur corps et qu'elles en soient conscientes, afin qu'elles comprennent l'impact des changements hormonaux. J'appelle ça le « laboratoire vivant »: un corps humain ne ment jamais et le langage du corps est important. La conscience et la connaissance amènent les femmes à être en meilleure position pour en discuter avec leurs professionnels de la santé. Il y a un gros travail de démystification et d'éducation à faire, tant auprès des patients et des personnes qu'auprès des professionnels de la santé. Il faut faire équipe avec plusieurs professionnels de la santé. L'approche multidisciplinaire, pour moi, est hyper importante.

[*Traduction*]

Chi Nguyen: Merci.

Madame Osagie, vous avez commencé à parler des possibilités qui réduisent les frictions pour les personnes qui doivent être physiquement présentes au travail. Pourriez-vous me parler un peu de certaines des conclusions que vous tirez de telles recommandations?

Yvonne Osagie: Je suis désolée. Je n'ai pas bien entendu le début de votre question.

Chi Nguyen: Bien sûr. Je voulais en savoir plus sur les possibilités qui réduisent les frictions et qui sont les plus faciles, afin que les gens n'aient pas à divulguer quoi que ce soit. Pouvez-vous m'en dire un peu plus sur ce à quoi cela pourrait ressembler?

Yvonne Osagie: Tout à fait.

Certaines entreprises ont essayé de le faire en ce qui concerne les soins menstruels, en offrant une journée de congé par mois. Cette proposition a été rejetée au Royaume-Uni.

Ce qui est important, c'est de réduire les frictions afin qu'une personne n'ait pas à divulguer quoi que ce soit. Il pourrait s'agir de mesures d'adaptation et de soutien pour tout le monde. Pour le travail par quarts, il pourrait s'agir d'améliorer la ventilation ou de prévoir des pauses coordonnées. On pourrait aussi offrir le travail hybride pour ceux à qui cela s'applique, et ce n'est peut-être pas possible dans tous les milieux.

On pourrait également avoir un professionnel spécialisé en place pour permettre ces conversations. De nombreuses femmes ne sont peut-être pas à l'aise de parler de leurs soins de santé dans un environnement de travail, mais elles seraient à l'aise d'en parler avec un professionnel de la santé ou avec un conseiller.

En offrant ce service à tout le monde, les femmes ne se sentiront pas isolées et n'auront pas l'impression que l'on fait un lien direct avec la ménopause et son incidence sur leur carrière. Si tout le monde y a accès, c'est à ce moment-là que l'option et le soutien peuvent être offerts.

● (1700)

Chi Nguyen: Nous vous remercions du temps que vous nous avez consacré aujourd'hui. Je vous suis très reconnaissante pour vos réponses.

Emmanuella Lambropoulos: Merci, madame Nguyen.

La parole est à Mme Larouche.

[*Français*]

La parole est à vous pour six minutes.

Andréanne Larouche (Shefford, BQ): Mesdames, je vous remercie beaucoup d'être avec nous, aujourd'hui. Je vous remercie aussi d'essayer de nous éduquer, parce que nous entendons toutes sortes de choses.

Heureusement, on en parle de plus en plus. Au Québec, on a eu *Loto-Méno*, qui a vraiment essayé d'enlever certains tabous et même de dédramatiser cette question malgré le sérieux de ce documentaire. Nous avons vu récemment des titres de journaux, que ce soit sur le manque de timbres d'œstrogène comme traitement, donc un problème d'approvisionnement, ou sur l'impact de plus en plus prouvé sur le marché du travail, donc les pertes que ça implique. Je vous remercie de donner de l'espoir.

Dans vos remarques, madame Osagie, vous avez rappelé que les symptômes peuvent diminuer avec le temps et qu'il y a des solutions. De votre côté, madame Desautels, vous dites que ce n'est pas une maladie, mais une perturbation des hormones. Je termine ici mes remarques préliminaires. Merci.

Pour mes premières questions, je vais d'abord me tourner vers vous, madame Desautels. Vous avez couvert très rapidement votre troisième priorité, qui parlait de la sensibilisation du milieu de travail. Je vous laisse donc l'occasion de compléter ce que vous vouliez dire.

Lyne Desautels: J'ai déjà été convoquée par certaines corporations, certaines entreprises où il y a des programmes d'éducation ou qui investissent dans l'approche. J'ai donné des conférences tant aux gestionnaires qu'aux employés, et ça ouvre une discussion. Ça fait aussi prendre conscience de ce qui se passe et de ce qui peut se manifester quand il y a des changements hormonaux.

Il ne faut pas se culpabiliser. Il faut se dire que c'est un passage hormonal et qu'il y a des solutions, comme l'hormonothérapie, mais aussi plein de choses qu'on peut faire: adapter nos habitudes de vie, mieux gérer son stress, avoir un meilleur sommeil et une meilleure alimentation. Ça peut changer toute la situation d'un passage obligé, qui est la périménopause, et diminuer les symptômes.

Donc, il y a plein de trucs qu'on peut enseigner aux femmes qu'elles peuvent faire, comme préparer un rendez-vous médical. Nous en parlons dans le livre *Ma santé, mes hormones*, un outil pratico-pratique qui donne des trucs aux femmes.

Il faut aussi s'ouvrir vers des perceptions différentes. On voit souvent la ménopause d'une façon très négative, et je suis contente que vous ayez soulevé ce point. En fait, c'est un passage, mais ça peut être célébré dans certaines communautés, comme dans les communautés autochtones. Le rôle de la femme change dans la société, et la perception de la ménopause va être en fonction de la culture. Si on a une stigmatisation négative, les femmes vont présenter plus de symptômes; ça a été démontré.

Il y a donc plein de choses qu'on peut faire, comme passer par l'éducation, donner des outils pratico-pratiques, et changer d'habitudes de vie, pour atténuer les symptômes et permettre aux femmes de franchir ce passage obligé, mais avec moins de symptômes et moins de médicalisation. Il est très triste de voir que des femmes se font accoler des diagnostics alors que, si on traite la cause des déséquilibres hormonaux et qu'on rétablit un équilibre entre les hormones dans cette transition de vie, on arrive à diminuer les symptômes, à diminuer les effets dans le milieu de travail, et les conséquences qui, pour certaines femmes, peuvent être très importantes et très sévères.

● (1705)

Andréanne Larouche: Je vous aime, madame Desautels, je vous aime. Je vous remercie tellement de rappeler que, dans certaines cultures, l'arrivée des règles et la grossesse sont présentées comme des étapes dans la vie d'une femme. J'en ai les larmes aux yeux, merci.

Je me tourne maintenant vers vous, madame Osagie. Vous avez parlé de la grossesse comme un précédent. Puisque vous n'avez pas eu le temps de terminer vos remarques préliminaires, je vous laisse le faire.

[*Traduction*]

Yvonne Osagie: Je voulais trouver un moyen d'y revenir, alors c'est parfait.

À l'heure actuelle, les lois canadiennes mettent l'accent sur les droits de la personne au Canada, à l'échelle fédérale et provinciale. Il y a eu un précédent au début des années 2000, je crois, qui faisait précisément référence à la grossesse. Ce précédent a été ajouté à la politique. Cela ne nous a pas permis de créer une nouvelle loi, mais si nous publions une politique qui est liée à une loi existante, cela peut se faire dans un délai raisonnable.

Dans le cadre de mon travail, j'essaie de rendre les choses réalistes et plausibles dans un court laps de temps afin que, dans l'intervalle, moins de femmes soient affectées dans le cadre de ces soins. Cela signifie notamment que nous mesurons la situation, que nous assurons la formation et que nous traitons avant la crise.

Compte tenu de la façon dont la conversation s'est déroulée aujourd'hui, il pourrait être utile d'examiner quelques éléments.

Le premier consiste à se renseigner sur le soutien en santé communautaire au moyen de diverses initiatives. Vous pouvez les soutenir au sein de la collectivité.

Le deuxième a trait aux groupes de ressources pour les employés dans certains types d'emploi. Ils peuvent représenter une bonne façon pour nous d'offrir des ateliers, par exemple.

Le troisième élément que nous avons soulevé, c'est qu'il y a beaucoup de désinformation au sujet de la ménopause et de la périménopause. Les campagnes de sensibilisation sont à notre portée, et nous pouvons vraiment y arriver. Nous pouvons le faire de manière à ce qu'elles utilisent un langage qui trouve un écho auprès de diverses communautés. Ainsi, on ne parlera peut-être pas de brouillard cérébral, mais on va plutôt évoquer la difficulté à se souvenir de quelque chose, ou parler de transpiration excessive d'une manière qui interpelle la personne et qui ne la met pas dans l'embarras ou ne la fait pas sentir comme si elle était la seule concernée. Il faut faire participer la communauté.

Il y a de nouvelles prestations qui...

La vice-présidente (Emmanuella Lambropoulos): Merci beaucoup, madame Osagie. Nous avons déjà dépassé le temps imparti de quelques secondes, mais je vous remercie de votre témoignage.

[*Français*]

Merci, madame Larouche.

[*Traduction*]

Nous allons passer à notre deuxième série de questions. Nous allons commencer par Mme Borrelli.

Vous disposez de cinq minutes.

Kathy Borrelli (Windsor—Tecumseh—Lakeshore, PCC): Merci, madame la présidente.

En tant que femme ayant déjà vécu la ménopause et en tant qu'infirmière autorisée, j'ai parlé à de nombreuses femmes qui ont eu différentes expériences durant cette période.

J'ai trouvé très intéressant d'entendre la Dre Lyne Desautels souligner que la sensibilisation du public durant la périménopause est importante. Je me suis dit — et vous pouvez me dire si j'ai raison — que les femmes qui jouissent d'un meilleur état de santé, d'une bonne condition physique, d'un bon équilibre et d'une saine alimentation pourraient traverser la ménopause plus aisément.

Est-ce quelque chose que nous pouvons apprendre ou expliquer aux femmes pour les informer sur la périménopause et la ménopause et les y préparer? Comment procéderiez-vous?

[*Français*]

Lyne Desautels: J'adore votre question, parce qu'il faut faire un travail.

Quand on parle de ménopause, on pense tout de suite que ça s'adresse aux femmes plus âgées, mais il y a un travail à faire. Il faut préparer les jeunes femmes à gérer leur stress et à avoir de meilleures habitudes de vie. Les changements hormonaux surviennent dès la mi-trentaine. Il ne faut donc pas d'attendre d'être rendue en ménopause ou en préménopause avec beaucoup de symptômes.

Il y a plein de choses qu'on peut faire pour atténuer ou moduler l'impact des symptômes qui se manifestent progressivement. Nous avons un mode de vie de cortisol, de stress chronique, et nous sommes aussi un peu plus à risque avec les perturbateurs endocriniens et l'environnement. Notre mode de vie nous rend un peu plus susceptibles de subir un déséquilibre hormonal. Les femmes prennent aussi la contraception longtemps et ont donc une moins bonne réserve hormonale à long terme. Le nombre de grossesses est moindre aussi et on sait que ça a un impact sur la réserve d'hormones, l'impact des hormones, la protection des femmes par certaines hormones sexuelles et une longévité en bonne santé.

Tout ça se prépare. Il faut en être consciente et savoir quoi faire, l'identifier, s'observer et se poser des questions dès la mi-trentaine. Il faut faire cet enseignement chez nos jeunes femmes pour qu'elles comprennent leur corps et leur cycle menstruel, parce qu'une femme est cyclique tout au long de sa vie et va avoir à vivre des changements. C'est un travail qui doit se faire. Il ne faut pas juste s'adresser aux femmes en ménopause, mais aux jeunes femmes, qu'elles comprennent l'impact des hormones sur leur santé en avançant en âge. La réalité d'une femme de 20 ans est différente de ce qu'elle est à 30 ans, à 40 ans ou à 50 ans.

C'est l'aspect préventif: plus on agit, plus on diminue les conséquences des déséquilibres hormonaux tôt, moindres seront les conséquences et meilleure sera notre santé à long terme.

● (1710)

[*Traduction*]

Kathy Borrelli: Je vous remercie.

Depuis de nombreuses années, les femmes font état de symptômes sans savoir qu'ils peuvent être liés à la périménopause. Quels sont les principaux obstacles qui empêchent les femmes de recevoir un diagnostic rapide et précis?

Qui aimerait répondre à cette question? Très bien. Merci, madame Brotto.

Dr Lori Brotto: Merci de la question.

Nous avons malheureusement perdu environ deux décennies de formation adéquate de nos professionnels de la santé. C'est en partie attribuable à une étude phare de très grande envergure publiée en 2002. Même si l'étude en soi était excellente, la divulgation des conclusions a suscité une vague de panique laissant croire que les hormones causent le cancer du sein. Cette peur a envahi les femmes sous traitement hormonal, les professionnels de la santé et tout le monde, en fait. L'histoire a fait la une du *New York Times*.

Nous avons perdu 20 ans à ne pas former nos professionnels de la santé. Il y a eu un revirement de situation, comme nous pouvons le constater dans nos écoles de médecine au pays.

Je participe à la création du programme d'études à l'Université de la Colombie-Britannique. Ce programme fait désormais partie de la formation obligatoire des étudiants de premier cycle en médecine. Cela signifie que chaque médecin, qu'il devienne obstétricien-gynécologue, endocrinologue ou psychiatre, suivra une formation sur la ménopause. Ce n'est pas encore le cas partout au pays, mais comme je l'ai dit, les choses sont en train de changer.

C'est là où se trouve en partie le goulot d'étranglement, car nous avons...

La vice-présidente (Emmanuella Lambropoulos): Merci, madame Brotto. Le temps de parole de la députée Borrelli est écoulé.

Merci, députée Borrelli.

La députée Nathan a la parole. Vous disposez de cinq minutes.

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

Merci à vous d'être ici aujourd'hui pour répondre à ces questions afin que nous puissions mieux comprendre le sujet.

Madame Brotto, puis-je vous demander de poursuivre la réponse que vous étiez en train de donner pour que nous puissions en saisir toute la portée?

Dr Lori Brotto: Je ne veux certainement pas critiquer nos professionnels de la santé, car j'en suis une, mais le fait est qu'ils n'ont pas été bien formés. Nous nous retrouvons dans une situation où les femmes se présentent à leurs rendez-vous chez leurs professionnels de la santé en disposant de plus d'informations qu'eux sur la sécurité des différents traitements, sur ce qui est fondé sur des données scientifiques ou non.

J'assiste à distance à une réunion annuelle de la Société de la ménopause, et il y a 3 000 personnes dans la salle voisine. C'est une salle comble où les gens sont avides d'en savoir plus sur la ménopause. J'espère qu'après cette rencontre, une grande partie de ces connaissances sera communiquée aux professionnels de la santé et aux femmes, car je le répète, savoir, c'est pouvoir.

Juanita Nathan: Ma question complémentaire est la suivante: que peut faire le gouvernement pour maintenir les femmes sur leur lieu de travail? Selon vous, que pouvons-nous faire?

Dr Lori Brotto: L'une des recommandations que nous avons formulées, à la suite des conclusions de l'étude HER-BC dont j'ai parlé tout à l'heure, consiste à veiller à ce que la ménopause soit explicitement reconnue au niveau fédéral comme un droit de la personne dans l'orientation sur la promotion des droits de la personne, à l'instar de ce qui se fait au Royaume-Uni, afin que les employeurs sous réglementation fédérale comprennent leur obligation de prendre des mesures d'adaptation. C'est une première suggestion.

Par ailleurs, pour revenir à l'éducation, nous pouvons également sensibiliser les travailleurs fédéraux. Personne n'est à l'abri des symptômes de la ménopause, mais la plupart des femmes se sentent très gênées et n'en parleront jamais à leur employeur. Renforcer la sensibilisation dans les lieux de travail, y compris auprès des employés fédéraux, serait l'une de nos recommandations.

● (1715)

Juanita Nathan: Merci.

Madame Osagie, vous avez brièvement évoqué le fait que la ménopause ne figure dans aucune loi canadienne. Pouvez-vous nous en dire plus à ce sujet? Je pense que c'est là que vous avez conclu vos observations.

Yvonne Osagie: C'est un peu ce que Mme Brotto disait, à savoir que nous avons une législation qui fait référence au genre, au sexe et au handicap, et il existe un précédent qui met l'accent sur la grossesse, mais aucun qui porte sur la ménopause. C'est l'occasion qui s'offre à nous d'apporter ce changement de politique ou l'ajustement nécessaire afin de dire aux employeurs, « Voici la politique, et nous devons veiller à ce qu'elle soit respectée ».

Pour revenir à votre question, je dirais que si nous rendons l'accréditation obligatoire pour les professionnels de la santé... Il ne s'agit pas de trouver une solution, mais d'adapter ce qui s'est fait au cours des dernières décennies pour que le problème ne pèse pas autant. Même si de nouveaux professionnels de la santé arrivent dans le système, ce qui est formidable, et qu'ils possèdent ces connaissances, nous pouvons faire en sorte que les professionnels de la santé déjà en place acquièrent les mêmes connaissances et s'adaptent en conséquence.

Une autre mesure qui serait réalisable, à mon avis, consisterait à mettre en place un code de facturation associé à la ménopause. Si un incitatif est offert, on aura plus de soutien. Étant donné que les rendez-vous ne durent que 15 minutes et que les symptômes sont si compliqués, il est très difficile de les aborder au premier rendez-vous, surtout si une patiente a naturellement tendance à minimiser ses symptômes. Toutefois, si une politique aborde la question et que l'on dispose d'un soutien pour se demander comment on peut intégrer le sujet dans les consultations, cela permettra progressivement d'apprendre aux patientes le vocabulaire à utiliser et d'enseigner aux professionnels de la santé ce qu'ils doivent examiner durant ces différentes consultations.

Juanita Nathan: Je vous remercie de ces remarques.

Ma dernière question s'adresse à la Dre Desautels. Quelles sont les lacunes du système de santé public qui poussent les femmes à demander des soins pour la ménopause dans le secteur privé? Qu'est-ce qui les aiderait à obtenir ces soins dans le système public?

[*Français*]

Lyne Desautels: La ressource oubliée dans le secteur public, c'est le manque de temps. Pour faire une médecine de santé globale et une bonne évaluation clinique de l'impact des déséquilibres hormonaux sur la santé des femmes, ça prend des questionnaires, ça prend des gens qui sont formés. On pourrait très bien subventionner des cliniques avec des infirmières formées.

Moi, j'ai formé plusieurs infirmières, parce que je crois au travail d'équipe. J'ai eu un petit peu de résistance. On essaie de faire des protocoles d'évaluation avec un bel encadrement et de la belle supervision clinique…

La vice-présidente (Emmanuella Lambropoulos): Madame Desautels, excusez-moi de vous interrompre, mais c'est tout le temps de parole de Mme Nathan.

[*Traduction*]

Merci, députée Nathan.

[*Français*]

Je passe la parole à Mme Larouche pour deux minutes et demie.

Andréanne Larouche: Merci, madame la présidente. Vous faites un bon travail, je le confirme.

J'ai posé des questions à Mme Desautels et à Mme Osagie.

Madame Brotto, dans le rapport que vous nous avez envoyé, il y a une donnée qui m'a un peu interpellée et qui a piqué ma curiosité: pour gérer les symptômes de la ménopause, 43,5 % des répondantes ont consulté au moins un professionnel offrant des services de santé complémentaires au cours de la dernière année, le plus souvent des massothérapeutes, des naturopathes, des professionnels de la santé mentale, des physiothérapeutes, des acupuncteurs.

J'ai récemment rencontré des représentants du secteur des produits de santé naturels. Quelle est la place de ces produits en complément à la médecine traditionnelle?

[*Traduction*]

Dr Lori Brotto: Merci, députée Larouche. Votre question tombe à point nommé. Comme je l'ai mentionné, je participe actuellement à la réunion de la Société de la ménopause. Toute la matinée a été consacrée à une séance de quatre heures sur la médecine du mode de vie, qui aborde notamment les suppléments alimentaires, la nutrition, l'alcool, le sommeil et la santé mentale. La littérature scientifique a fait l'objet d'une analyse très approfondie.

Ce que nous avons appris et ce que nous savons, c'est qu'il existe de nombreuses preuves qui démontrent que l'exercice physique permet de gérer bon nombre des symptômes. Nous considérons qu'il s'agit d'éléments de preuve de niveau 1, c'est-à-dire des données issues d'études bien contrôlées, pour gérer notamment les bouffées de chaleur et les sueurs nocturnes, mais aussi l'humeur, la confusion mentale et les symptômes cognitifs. Les recherches sont bien moins nombreuses concernant les suppléments alimentaires et la médecine complémentaire et parallèle. Ce sont des solutions vers lesquelles les gens se tournent naturellement, mais il n'existe pas beaucoup de données pour les étayer. Plus de recherches doivent être menées dans ce domaine.

En ce qui concerne les résultats des recherches qui seront présentés au cours des trois prochains jours de ce congrès scientifique, j'espère qu'ils seront communiqués aux femmes, car il y a beaucoup de désinformation lorsque les femmes consultent des sources en ligne.

● (1720)

[*Français*]

Andréanne Larouche: Oui, c'est ça. Il faut dire, effectivement, que c'est un des angles morts oubliés, même à ce comité. J'espère que nous pourrons quand même en tenir compte. J'espère qu'il y aura un mémoire des représentants du secteur des produits de santé naturels dont nous pourrons tenir compte dans notre rapport, parce que je pense qu'il faudra se tourner vers ça, en complément de la médecine traditionnelle.

Madame Desautels, vouliez-vous ajouter quelque chose?

Lyne Desautels: Dans mon livre *Ma santé, mes hormones*…

La vice-présidente (Emmanuella Lambropoulos): Je suis désolée. C'est la fin du temps de Mme Larouche. Merci beaucoup.

Je passe la parole à M. Tolmie pour cinq minutes.

[*Traduction*]

Fraser Tolmie (Moose Jaw—Lake Centre—Lanigan, PCC): Merci.

Je tiens également à remercier ce comité de me permettre d'être ici. J'aimerais d'abord dire que j'ai grandi dans une famille monoparentale et que je suis un père monoparental de deux jeunes filles. Ce comité est très important, de même que le travail que vous faites ici, et je vous en suis reconnaissant.

J'aimerais poser la question suivante aux témoins — et je vous remercie d'être ici aujourd'hui. En tant qu'employeur de sexe masculin, que puis-je faire de mieux pour mes employées qui traversent la ménopause et la périménopause? Quelles mesures puis-je prendre à mon bureau pour améliorer leur environnement de travail?

Je vais commencer avec Mme Brotto, s'il vous plaît.

Dr Lori Brotto: Je vous remercie, député Tolmie.

Je vais vous donner une recommandation très simple, à savoir de faire venir un expert sur le lieu de travail pour discuter de la ménopause et d'exiger que tout le personnel assiste à la rencontre.

Fraser Tolmie: D'accord. C'est une réponse très simple, et je vous en remercie.

Examinons le scénario suivant. J'aimerais m'adresser à vous, docteure Desautels.

Nous avons une femme qui se présente chez le médecin. Celui-ci lui indique qu'elle est en ménopause ou en périménopause. Elle retourne au travail, puis elle en parle peut-être à ses collègues. Elle se heurte alors à des préjugés: « Restez loin de cette personne. » Dans certains milieux de travail, elle peut même faire l'objet de moqueries.

On a parlé d'un milieu de travail mieux informé. Comment pouvons-nous procéder dans ceux qui manquent d'information?

Docteure, vous pouvez commencer. Vous manifestez un grand enthousiasme. Allez-y. Vous pouvez répondre.

[*Français*]

Lyne Desautels: Je voulais juste vous dire que la Chambre des communes m'a invitée à deux reprises à donner des conférences dans le cadre de son programme de santé et mieux-être. Il est très utile, tant pour les hommes que pour les femmes, d'ouvrir un discours, d'en parler, de prendre connaissance de l'impact de tout ça. Il faut aussi ouvrir la porte à un discours général, pour ne pas que les gens se sentent pointés du doigt, ou qu'il y ait une stigmatisation qui s'installe.

Pour qu'il y ait cette compréhension, il faut comprendre la situation. Ça passe encore par des programmes d'éducation, ou des ateliers en milieu de travail. Il y a plein d'idées et je pourrais vous en parler jusqu'à demain matin. Cependant, je pense qu'il est important qu'on investisse vraiment dans des programmes et dans les milieux de travail. J'ai même monté une conférence, « La ménopause et les hommes », pour expliquer aux hommes ce qui se passe dans le corps d'une femme. Si ça vous intéresse, je serais ouverte à vous la présenter.

[*Traduction*]

Fraser Tolmie: Merci beaucoup. Je vous en suis reconnaissant, et je suis sûr que nous reviendrons à vous.

En tant qu'employeur masculin — et je ne suis pas le seul —, je pense que nous devons être mieux informés. Permettez-moi de vous poser la question suivante: combien d'hommes défendent cette cause?

C'est formidable que les femmes défendent leurs propres intérêts, mais il faut avancer, et les hommes doivent écouter. Ils doivent assumer leurs responsabilités, communiquer l'information, et admettre c'est une chose que nous vivons et que nous devons aborder dans nos milieux de travail.

Yvonne — je suis désolé, mais je vais simplement vous poser cette question en vous appelant par votre prénom —, aimeriez-vous dire quelque chose là-dessus? Je pense que c'est un enjeu qui vous tient vraiment à cœur.

● (1725)

Yvonne Osagie: C'est un sujet qui me passionne. En ce qui concerne la sensibilisation, il y a deux façons de voir les choses. Il faut débuter à un jeune âge. Si on commence à présenter la santé des femmes comme un sujet à part, en disant que ceci est une affaire de filles et cela une affaire de garçons, et qu'on distingue en fonction du genre ou de la biologie, alors on manque une occasion d'informer tout le monde.

Oh, je pense qu'il me reste 30 secondes. D'accord.

En bref, on pourrait offrir du soutien et de la formation lorsque les gens sont à l'école, et qu'ils sont encore très jeunes, puis pour proposer cette sensibilisation non seulement en milieu de travail, mais aussi dans les groupes de ressources pour les employés. Les gens se sentiront alors suffisamment en sécurité. Les hommes pourront poser des questions sans se sentir, faute d'un meilleur terme, « mal à l'aise » de le faire, ou avoir l'impression que ce n'est pas à eux d'en parler. Ils seront entourés d'autres personnes qui vivent cette réalité et qui en discuteront.

La vice-présidente (Emmanuella Lambropoulos): Merci beaucoup, monsieur Tolmie et madame la témoin.

[*Français*]

Nous cédons la parole à Mme Ménard pour cinq minutes.

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

Je remercie l'ensemble des témoins. Ce n'est pas toujours le cas, mais ces dernières semaines, nous, les élues, avons toutes hâte aux réunions de ce comité. Le sujet nous passionne et votre expertise est très enrichissante.

Je vais maintenant vous amener sur un terrain dont nous n'avons pas encore beaucoup discuté.

Madame Osagie, les femmes ne sont pas un bloc monolithique. Il est peut-être dangereux de considérer ça ainsi. Est-ce qu'il y a des groupes de femmes qui sont plus difficiles à rejoindre en matière de prévention et d'éducation? Est-ce que le gouvernement pourrait jouer un rôle pour s'assurer que la couverture est bel et bien nationale et pénètre l'ensemble des groupes de femmes?

[*Traduction*]

Yvonne Osagie: Tout à fait. Beaucoup d'études menées jusqu'à présent n'incluent pas beaucoup de femmes autochtones. C'est une chose que nous devons prendre en considération. Les études qui ont été réalisées mettent en évidence les particularités dans les communautés noires ou hispaniques, où les femmes sont contraintes à la ménopause en raison d'une hystérectomie. Ces interventions sont souvent recommandées en présence de fibromes, qui sont très courants dans notre communauté.

Comment les rejoindre? Il ne suffit pas de parler leur langue; il faut aussi leur offrir du soutien dans un endroit accessible. Il existe des centres de santé communautaires partout en Ontario. Au Canada, il existe différentes formes de centres semblables dans lesquels on peut offrir ce type d'initiative et de soutien. En travaillant à l'échelle du système, quand une panoplie d'enfants parlent à leur mère d'un atelier ou d'une initiative à l'école, cela signifie qu'ils ont été sensibilisés dès leur plus jeune âge et que l'information fait tranquillement son chemin, ce qui est génial.

De plus, les femmes ont tendance à minimiser leurs symptômes. On commence à le remarquer beaucoup plus dans certaines communautés. J'aime penser à une échelle de la douleur lorsqu'une personne décrit sa souffrance. Si vous commencez à la décrire en fonction de ses répercussions sur la qualité de vie et à utiliser la même terminologie pour la ménopause et la périménopause, vous leur donnez maintenant les mots dont ces femmes ont besoin pour défendre leurs soins. Vous leur donnez également des mots à utiliser auprès de leurs professionnels de la santé: la situation a une incidence sur ma qualité de vie à un niveau de 10 plutôt que 1. Comment puis-je le savoir? J'ai de la difficulté à sortir du lit. J'essaie depuis quelques heures, mais je n'y arrive tout simplement pas.

Lorsque cette terminologie est en place, on commence peu à peu à voir des ajustements et un soutien pour la communauté.

[*Français*]

Marie-Gabrielle Ménard: Merci beaucoup, c'est très éclairant.

Docteure Brotto, vous l'avez dit, derrière vous, il y a des milliers de gens rassemblés autour de ce sujet.

Je vous amène tout à fait ailleurs et je suis curieuse de voir si vous avez quelque chose à ajouter. On est dans un monde de plus en plus numérique. L'intelligence artificielle est en train de conditionner beaucoup de choses. Est-ce que ces nouveaux outils ont un rôle à jouer pour mieux accompagner les femmes qui traversent ces étapes de périménopause et de ménopause?

Je ne sais pas si vous avez réfléchi à cette question, que je vous adresse à vous, mais à laquelle les autres témoins ici présentes pourront réagir s'il reste du temps.

[*Traduction*]

Dr Lori Brotto: Je vous remercie d'avoir soulevé cette question.

Il y a deux choses. Puisque les femmes ne trouvent pas de réponse à leurs besoins par les voies habituelles, elles se tournent vers Internet. La Société canadienne de ménopause a déclaré ce matin que plus de 60 % des femmes d'âge moyen utilisent Instagram comme principale source d'information sur la ménopause. C'est ce qui se passe. En même temps, cet espace n'est pas réglementé. N'importe qui peut publier n'importe quoi sur Instagram ou sur les réseaux sociaux.

C'est là que nous pouvons intervenir. Nous pouvons soutenir les gens qui font la recherche, qui sont des experts dans le domaine et qui ont accès à des renseignements fondés sur des données probantes. Nous pouvons nous assurer que leur information atteint ces populations, y compris celles qui sont difficiles à joindre — les femmes ayant un faible niveau d'alphabétisation, celles qui ne sont pas sur les médias sociaux, les femmes racisées et celles qui ne parlent pas une langue officielle.

Ce pourrait être une initiative incroyable de la part du gouvernement. Il faut soutenir ces plateformes numériques pour veiller à ce que la bonne information parvienne aux femmes qui peuvent en bénéficier le plus.

● (1730)

[*Français*]

Marie-Gabrielle Ménard: Docteure Desautels, auriez-vous un complément à cette réponse?

Lyne Desautels: Absolument. J'ai financé et travaillé à développer une plateforme éducationnelle justement pour que la bonne information circule. On est dans un monde où on ne contrôle pas l'information et où il y a beaucoup de désinformation. Il y a encore aussi beaucoup de mythes et de résistance à comprendre l'hormonothérapie, le rôle des hormones sur la santé, et tout ce qui est des approches intégratives ou de la médecine fonctionnelle qui met l'accent davantage sur l'identification des causes des symptômes au lieu de seulement de traiter les conséquences. Il y a un énorme travail à faire, il faut nous entendre, nous écouter.

La vice-présidente (Emmanuella Lambropoulos): Merci beaucoup, madame Desautels, c'est la fin de la période prévue pour ce groupe de témoins.

Au nom du Comité, je tiens à remercier toutes les témoins d'avoir été des nôtres. Si jamais vous avez des choses à ajouter, vous pouvez le faire par courriel. Merci encore une fois.

Nous allons suspendre la séance pour quelques minutes afin de faire entrer le prochain groupe.

● (1730)

(Pause)

● (1735)

La vice-présidente (Emmanuella Lambropoulos): Nous reprenons la séance.

[*Traduction*]

J'aimerais souhaiter la bienvenue au Comité à tous nos témoins.

Nous accueillons, à titre personnel, Mme Heather Edgell, professeure agrégée à l'École de kinésiologie et des sciences de la santé de l'Université York; M. Kevin Whittingstall, directeur au Département des sciences de l'imagerie médicale et des radiations à l'Université de Sherbrooke; et Mme Nese Yuksel, cofondatrice et directrice des opérations et des services de santé chez Effica Health.

Nous allons commencer par les déclarations préliminaires. Comme vous l'avez sans doute remarqué, on utilisera des cartes pour signaler qu'il reste une minute, puis 30 secondes.

Madame Edgell, vous avez la parole pour cinq minutes.

Heather Edgell (professeure agrégée, École de kinésiologie et des sciences de la santé, York University, à titre personnel): Je vous remercie beaucoup de cette invitation.

Je m'appelle Heather Edgell. Je suis chercheuse et professeure agrégée à l'Université York, et je me spécialise dans la physiologie cardiovasculaire et autonome, avec une expertise particulière dans l'influence des hormones sexuelles, tant naturelles que pharmaceutiques, et sur les effets physiologiques de la ménopause.

J'aimerais me concentrer aujourd'hui sur les trois grands domaines dans lesquels nous pouvons améliorer l'expérience de la ménopause et de la périménopause chez la population active canadienne: l'éducation, la recherche et l'adaptation en milieu de travail.

Le premier est l'éducation. La ménopause est une transition physiologique normale, mais « normale » ne veut pas dire sans conséquence. Les changements hormonaux de la périménopause et de la ménopause peuvent toucher de multiples systèmes physiologiques. Pourtant, de nombreuses personnes entrent en périménopause avec une compréhension étonnamment faible de ce qui arrive à leur corps. Leurs collègues et leurs gestionnaires en savent peut-être encore moins.

Ce manque de connaissances a des conséquences au travail. Lorsqu'une employée souffre de troubles du sommeil, de fatigue physique ou cognitive, de difficulté à se concentrer, d'intolérance à la température, de maux de tête ou de palpitations cardiaques, ces symptômes peuvent nuire à son rendement au travail. Si ni l'employée ni son milieu de travail ne reconnaissent que la ménopause peut être un facteur contributif, ces difficultés peuvent être interprétées à tort comme une baisse de compétence, de résilience ou d'engagement envers le travail. On a besoin d'une meilleure éducation du public et du milieu universitaire sur la ménopause, mais aussi d'une formation spécialement conçue pour les professionnels de la santé, les employeurs, les gestionnaires et les spécialistes en santé au travail.

Deuxièmement, le Canada a besoin de plus de recherche. Nous en savons beaucoup moins sur la physiologie des femmes que nous le devrions. Historiquement, les femmes ont été sous-représentées dans de nombreux domaines de la recherche biomédicale. Même lorsqu'elles étaient incluses, leur statut hormonal reproductif n'a pas toujours été pris en compte de manière adéquate. La périménopause mérite une attention particulière, car il ne s'agit pas simplement d'un état de faible taux d'œstrogènes. C'est une période marquée par une variabilité importante de nombreuses hormones sexuelles. On doit mieux comprendre comment cette transition affecte le corps humain et la capacité d'une femme à tolérer le stress, tant physiologique que psychologique.

Il y a une question de recherche beaucoup plus précise qui est particulièrement importante pour le Comité. De nombreux symptômes associés à la ménopause et à la périménopause se recoupent considérablement avec ceux ressentis par les personnes atteintes de nombreuses maladies chroniques, comme l'encéphalomyélite myalgique, le syndrome de tachycardie orthostatique posturale, la COVID longue et même le syndrome post-commotion cérébrale. Ces symptômes peuvent inclure la fatigue, des difficultés cognitives ou un brouillard cérébral, des troubles du sommeil, des maux de tête, des palpitations cardiaques, des étourdissements, une dérégulation de la température corporelle et une tolérance réduite à l'effort physique ou cognitif.

Ce chevauchement soulève une question importante à laquelle, pour l'instant, on ne peut pas répondre. Que se passe-t-il lorsqu'une personne qui vit déjà avec l'une de ces affections entre en périménopause, ou l'inverse? C'est d'autant plus important que toutes ces affections touchent davantage les femmes que les hommes. Les changements hormonaux peuvent aggraver une affection existante; l'affection chronique peut rendre la transition ménopausique plus difficile, ou encore les symptômes de l'une peuvent être attribués à tort à l'autre.

Il est urgent de mener des recherches sur ces interactions, plutôt que d'étudier la ménopause et les maladies chroniques en vase clos. C'est particulièrement important du point de vue de la main-d'œuvre, ce qui m'amène au troisième point: les mesures d'adaptation en milieu de travail.

Les mesures d'adaptation ne signifient pas nécessairement des changements structurels majeurs, et il ne faut pas non plus présumer que toutes les femmes en ménopause ont besoin d'aide. Beaucoup n'en ont pas besoin. Pour les autres, des mesures relativement modestes peuvent énormément changer la donne: une flexibilité dans l'horaire, la possibilité de travailler à distance ou en mode hybride quand c'est approprié, l'accès à un système de contrôle de la température, des exigences en matière d'uniforme, la possibilité de prendre des pauses, une souplesse après des nuits très perturbées et la reconnaissance que les symptômes peuvent varier d'un jour à l'autre. La ménopause ne se vit pas de la même façon pour tout le monde, et les mesures prises en milieu de travail ne devraient pas, par inadvertance, stéréotyper les femmes ou suggérer que le fait d'atteindre la quarantaine rend quelqu'un moins capable.

Je recommande de sensibiliser la population, les professionnels de la santé et les milieux de travail; d'investir dans la recherche sur la physiologie de la périménopause et de la ménopause, en particulier leur interaction avec les maladies chroniques et leurs conséquences; et de soutenir des mesures d'adaptation flexibles et fondées sur des données probantes au travail, qui permettent aux personnes présentant des symptômes importants de rester des membres productifs de la population active.

La ménopause est inévitable, mais perdre des femmes qualifiées et expérimentées au sein de la main-d'œuvre parce qu'on n'a pas su la comprendre ou s'y adapter ne l'est pas.

Merci.

● (1740)

La vice-présidente (Emmanuella Lambropoulos): Merci, madame Edgell.

La parole est à vous, monsieur Whittingstall, pour cinq minutes.

Dr Kevin Whittingstall (directeur, Département des sciences de l'imagerie médicale et des radiations, Université de Sherbrooke, à titre personnel): Madame la présidente, mesdames et messieurs les membres du Comité, je vous remercie de me donner l'occasion de comparaître devant vous aujourd'hui.

Je m'appelle Kevin Whittingstall. Je suis directeur du Département des sciences de l'imagerie médicale et des radiations à l'Université de Sherbrooke. Je suis titulaire d'un doctorat en physique; j'ai été titulaire d'une chaire de recherche du Canada en couplage neurovasculaire, et je suis actuellement titulaire d'une chaire de recherche institutionnelle en imagerie cérébrovasculaire. Depuis plus de deux décennies, mes recherches portent sur le cerveau humain.

Au début de ma carrière, une grande partie de mon travail consistait à mettre au point de nouvelles méthodes techniques pour visualiser les vaisseaux sanguins du cerveau. Cependant, il y a environ 10 ans, l'orientation de mes recherches a radicalement changé. Le premier tournant a eu lieu lorsque ma femme est tombée enceinte de notre premier enfant. Au cours de cette expérience, j'ai été intrigué par le phénomène souvent appelé « cerveau de grossesse » et j'ai supposé qu'il existait une littérature scientifique abondante expliquant comment ces changements hormonaux spectaculaires affectaient le fonctionnement du cerveau. À ma grande surprise, ce n'était pas le cas.

À peu près à la même époque, une brillante jeune doctorante de mon laboratoire a fait une observation frappante. Les fluctuations hormonales normales au cours d'un seul cycle menstruel étaient associées à des changements mesurables du débit sanguin vers le cerveau. C'était une prise de conscience profonde. Si des changements hormonaux survenant en l'espace de quelques jours seulement pouvaient influencer le système vasculaire du cerveau, alors que pourrait-il se passer lors d'une transition hormonale majeure, comme la ménopause? Ces expériences m'ont amené à réorienter mon programme de recherche pour mieux comprendre comment les hormones féminines influencent le cerveau et ses vaisseaux sanguins, en particulier dans le contexte de la ménopause.

Nos résultats, ainsi que ceux d'autres chercheurs, viennent étayer l'idée émergente selon laquelle la ménopause n'est pas simplement une étape reproductive, mais un tournant neurologique critique marqué par un vieillissement neurovasculaire accéléré, avec des risques accrus d'AVC, de déclin cognitif et de démence. Pourtant, bien qu'elle touche pratiquement toutes les femmes, la ménopause n'a bénéficié que d'une infime partie de l'attention scientifique accordée à d'autres pathologies majeures. D'après les données sur le financement des Instituts de recherche en santé du Canada, ou IRSC, la recherche sur le diabète a reçu environ 15 fois plus de fonds que celle sur la ménopause au cours de la dernière décennie. La conséquence est prévisible: un domaine s'appuie sur des décennies de données scientifiques, de recommandations cliniques et de sensibilisation du public, tandis que l'autre reste marqué par des questions sans réponse.

Ma recommandation au Comité est simple: il faut investir dans la recherche sur la ménopause. Des investissements accrus renforceraient deux piliers essentiels à l'atteinte de l'objectif du Comité.

Premièrement, cet argent accélérerait le développement de traitements et d'interventions fondés sur des données probantes pour accompagner les femmes tout au long de la transition ménopausique. Des découvertes récentes, y compris les nôtres, suggèrent que le traitement hormonal de la ménopause et l'exposition à vie d'une femme aux hormones ovariennes endogènes pourraient être bénéfiques pour la santé cérébrale. En même temps, la ménopause n'est pas vécue de la même façon par toutes les femmes. Les approches de pointe en imagerie cérébrale, en génétique et en intelligence artificielle — combinées à des études longitudinales qui suivent la même femme tout au long de la transition ménopausique — offriront une occasion sans précédent de comprendre ce qui se passe, et de savoir quelles femmes sont les plus vulnérables et susceptibles de bénéficier d'un traitement.

Deuxièmement, la recherche fournira les preuves nécessaires pour transformer l'enseignement. Chaque année, le Canada diplôme des milliers de neuroscientifiques, de psychologues et de médecins, mais beaucoup terminent leur formation sans avoir reçu la moindre formation sur la façon dont la ménopause peut affecter le cerveau. La raison est simple: l'enseignement ne peut évoluer qu'au rythme de la science qui l'alimente. Sans un corpus solide de preuves scientifiques, l'enseignement reste fragmenté, les idées fausses persistent et la désinformation prospère. Ainsi, les effets neurologiques de la ménopause restent, au mieux, mal compris et, au pire, banalisés au point d'être ignorés.

La bonne nouvelle, c'est que certaines des découvertes scientifiques les plus importantes sont nées de questions que d'autres pensaient qu'il ne fallait pas poser. Le Canada a l'expertise, les infrastructures et les talents pour y répondre. La recherche dans laquelle on investit aujourd'hui va façonner la façon dont la ménopause sera comprise, traitée et prise en compte sur le lieu de travail pendant des décennies.

Merci.

● (1745)

La vice-présidente (Emmanuella Lambropoulos): Merci, monsieur Whittingstall.

La parole est à vous, madame Yuksel. Vous avez cinq minutes.

Dr Nese Yuksel (cofondatrice, directrice des services de santé et vice-présidente exécutive, Effica Health, à titre personnel): Merci, madame la présidente et mesdames et messieurs les membres du Comité, de me donner l'occasion de contribuer à cette importante étude.

Je m'appelle Nese Yuksel. Je suis professeure émérite de l'Université de l'Alberta, présidente sortante de la Société canadienne de ménopause et cofondatrice et directrice de la santé et des opérations d'Effica Health. J'ai près de 30 ans d'expérience clinique en soins de la ménopause.

Dans le cadre de mon travail clinique et de recherche, j'ai vu de mes propres yeux comment les symptômes de la ménopause affectent la capacité d'une femme à fonctionner au travail. Des symptômes comme les troubles du sommeil, les bouffées de chaleur, les sueurs nocturnes, la fatigue et les changements d'humeur et cognitifs peuvent avoir une incidence sur le rendement au travail, et bon nombre de ces symptômes commencent pendant la périménopause. Dans l'une de mes études, nous avons constaté que la ménopause affectait le travail principalement par le présentéisme, même si l'absentéisme demeurait un problème. Les femmes continuent de se présenter au travail, mais les symptômes ont une incidence sur leur productivité.

La bonne nouvelle, c'est qu'il existe des traitements efficaces et des lignes directrices fondées sur des données probantes. En tant qu'auteure de lignes directrices, j'ai vu comment les données probantes ont évolué, mais trop de femmes ont encore du mal à accéder aux soins. Lorsque les femmes n'ont pas accès à des soins appropriés, les symptômes continuent de nuire à leur fonction et à leur capacité de travailler.

Le Comité a entendu parler d'adaptations en milieu de travail, de sensibilisation et d'éducation. La Fondation canadienne de la ménopause a récemment publié son programme stratégique national sur la ménopause, qui contient sept recommandations importantes. J'aimerais poursuivre sur cette lancée en me concentrant sur la façon dont nous fournissons les soins de santé. Les adaptations en milieu de travail et l'éducation sont nécessaires, mais ne suffisent pas à elles seules. Les femmes ont également besoin d'un accès rapide aux soins de ménopause. Cela nous oblige à repenser la façon dont les professionnels de la santé travaillent ensemble, la façon dont nous finançons les soins et la façon dont la technologie peut les soutenir.

Premièrement, nous devons repenser la façon dont nous organisons et fournissons les soins de ménopause. Nous avons besoin de modèles interdisciplinaires qui rassemblent les médecins de famille, les pharmaciens, les infirmières et les infirmières praticiennes, qui mettent chacun à contribution leur expertise et qui travaillent dans tout leur champ de pratique. Par exemple, la Fondation canadienne de la ménopause recommande d'élargir le rôle des pharmaciens, notamment en prescrivant des oestrogènes vaginaux et en adaptant les médicaments d'ordonnance. Le même principe s'applique aux infirmières, aux infirmières praticiennes et aux autres professionnels de la santé. Avec une formation et des parcours de soins appropriés, chacun peut contribuer de manière significative aux soins de la ménopause.

Deuxièmement, la réforme du financement et la réforme de la prestation des soins doivent aller de pair. La Fondation a recommandé une meilleure rémunération des médecins pour les soins complets de la ménopause, y compris des codes de facturation dédiés. C'est important, mais nous avons aussi besoin d'approches de financement qui soutiennent différentes façons de fournir les soins. La ménopause est plus qu'un seul symptôme. Elle nécessite une évaluation adéquate, une éducation des patients, une prise de décisions partagée, un traitement et un suivi continu. Nous devrions explorer d'autres approches, y compris le financement global des programmes de soins intégrés, qui soutiennent l'ensemble du parcours de soins. Cela signifie qu'il faut veiller à ce que la rémunération des médecins s'accompagne de ressources qui permettent aux médecins de famille d'intégrer les infirmières, les infirmières praticiennes, les pharmaciens et d'autres professionnels de la santé dans leurs modèles de soins.

Troisièmement, la technologie peut rendre les soins plus efficaces, mieux coordonnés et plus accessibles. Les évaluations numériques permettent de recueillir et d'organiser les renseignements sur les patientes avant les consultations. Les programmes d'information clinique peuvent aider les professionnels de la santé à appliquer des lignes directrices fondées sur des données probantes à chaque patiente, tandis que les outils fondés sur l'intelligence artificielle peuvent réduire le fardeau administratif, ce qui permet aux cliniciens de consacrer plus de temps à la prestation de soins. Il est important de noter que la technologie doit soutenir, et non remplacer, le jugement clinique par une validation et une surveillance appropriées.

Quatrièmement, il faut investir davantage dans la recherche sur la ménopause. En tant qu'ancienne professeure titulaire et chercheuse, je sais à quel point il est difficile d'obtenir du financement pour la recherche sur la ménopause. Une étude canadienne récente portant sur 15 ans de subventions des IRSC a révélé que seulement 16 subventions étaient axées sur l'après-ménopause. Cela représente moins de 0,2 % de toutes les subventions des IRSC. Nous avons besoin de plus de recherches sur la ménopause, mais nous avons aussi besoin de recherches sur la mise en œuvre pour comprendre la meilleure façon de traduire les données probantes existantes en soins accessibles et efficaces. J'encourage le gouvernement fédéral à collaborer avec les provinces et les territoires pour évaluer des modèles de soins novateurs financés par l'État.

En conclusion, pour soutenir les femmes pendant la ménopause, il faut agir tant dans les milieux de travail que dans les soins de santé. Nous devons passer de la sensibilisation et des recommandations stratégiques à la mise en œuvre. Si nous n'améliorons pas l'accès à des soins rapides et efficaces, les femmes continueront d'être aux prises avec des symptômes qui ont une incidence sur leur qualité de vie et leur capacité à travailler.

Merci beaucoup.

● (1750)

La vice-présidente (Emmanuella Lambropoulos): Merci, madame Yuksel.

Nous allons maintenant commencer nos séries de questions. Le premier tour est de six minutes.

Madame Roberts, allez-y.

Anna Roberts: Merci, madame la présidente.

Merci beaucoup aux témoins. C'est un sujet important. Je suis très heureuse que vous soyez ici, et je vous en remercie.

Ma première question s'adresse à M. Kevin Whittingstall.

Vous avez parlé de la circulation sanguine dans le cerveau. Vous avez mentionné le brouillard cérébral comme symptôme courant. Nous savons que la démence touche plus de femmes que d'hommes. Les deux tiers des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont des femmes. Quel est le lien avec la ménopause? Y a-t-il un lien?

Dr Kevin Whittingstall: C'est une excellente question. Nous considérons souvent que certaines pathologies du cerveau sont liées au développement de certaines protéines ou à différents types de blessures, mais nous oublions que, même s'il ne représente que 2 % de la masse corporelle, le cerveau a besoin de 20 % du budget du corps pour la circulation sanguine. Si ce flux sanguin est interrompu sur une longue période, le cerveau commence à souffrir. Avec plus de recherches, nous devons commencer à déterminer si la ménopause est un facteur de risque principal pour expliquer la disparité entre les sexes dans des maladies comme la démence et la maladie d'Alzheimer.

Anna Roberts: La ménopause affecte-t-elle aussi les maladies cardiaques chez les femmes?

Dr Kevin Whittingstall: Nous constatons que les oestradiols et les progestérones semblent renforcer les vaisseaux sanguins non seulement dans le cerveau, mais aussi dans le corps. À mesure que les niveaux commencent à diminuer, l'élasticité et la rigidité des artères commencent à changer. À mesure que le lumen intérieur du vaisseau change, le risque d'accident vasculaire cérébral ou d'infarctus change également. Je pense qu'il y a un lien entre ce que nous voyons dans les vaisseaux sanguins du cerveau et ce que nous voyons dans le cœur.

Anna Roberts: C'est intéressant. Je vous remercie.

Ma prochaine question s'adresse à Mme Edgell.

Pouvez-vous nous expliquer brièvement le SPO, et en quoi le SPO et la COVID de longue durée peuvent toucher les femmes âgées?

Heather Edgell: Bien sûr.

Le SPO, ou syndrome de tachycardie orthostatique posturale, ou le syndrome pulmonaire...

Anna Roberts: Je suis heureuse que vous l'ayez dit.

Heather Edgell: Ces deux maladies sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, mais cela ne veut pas dire qu'elles sont exclusives aux femmes par rapport aux hommes.

Le SPO, par exemple, a tendance à s'améliorer un peu en ce qui concerne la ménopause. Cependant, ce n'est pas exclusif. Certaines personnes reçoivent leur diagnostic autour de la ménopause, alors il y a des corrélations. Cependant, le lien de causalité n'a pas été démontré, loin de là.

Les symptômes de la ménopause, de la périménopause, du SPO et de la COVID longue se chevauchent considérablement, comme le brouillard cérébral, la fatigue, etc. Par conséquent, si une personne souffre du SPO ou de la COVID longue et qu'elle approche des années de périménopause, comment peut-elle déterminer si elle souffre de ces troubles ou de la périménopause? Savons-nous même si l'un aggrave l'autre? Nous ne le savons pas. Nous ne savons pas si les symptômes sont exacerbés, s'ils s'additionnent ou quoi que ce soit du genre.

C'est pourquoi je suggère de faire plus de recherche dans ce domaine; c'est pour que nous puissions décortiquer les deux ou, à tout le moins, essayer de les comprendre. Peut-être que la thérapie de remplacement hormonale d'une personne pourrait aider à traiter ce qui est présumé être sa COVID longue ou son SPO, mais nous ne le savons tout simplement pas.

● (1755)

Anna Roberts: J'ai toujours pensé que c'était en écoutant mon mari — c'est pourquoi j'ai du brouillard cérébral.

Non, je suis désolée. Ce n'est pas très gentil de ma part.

Madame Yuksel, pensez-vous qu'il serait utile d'informer davantage les pharmaciens sur la ménopause et les symptômes liés à la ménopause, en particulier en ce qui concerne les médicaments pour la ménopause, pour aider les patients?

Dr Nese Yuksel: Oh, absolument. Je vous remercie de la question.

Oui, toute formation destinée à nos fournisseurs de soins de santé, y compris les pharmaciens, est bénéfique. J'enseigne depuis une vingtaine d'années...

Anna Roberts: Vous n'avez pas l'air d'avoir plus de 21 ans.

Dr Nese Yuksel: Merci.

J'enseigne. J'ai donné un cours complet sur la santé des femmes. J'enseigne la ménopause depuis de nombreuses années, et j'essaie de former les pharmaciens. J'ai travaillé en étroite collaboration avec l'Association des pharmaciens du Canada pour sensibiliser les gens à la ménopause.

Il y a beaucoup d'intérêt pour l'éducation, et il y a beaucoup d'intérêt pour le soutien des pharmaciens dans leur pratique, surtout avec l'élargissement du champ de pratique des pharmaciens à l'échelle du Canada. Il a vraiment évolué, ce qui est formidable à voir, et il s'agit donc d'avoir suffisamment d'éducation pour les aider à comprendre et à soutenir les patientes lorsqu'elles sont confrontées à cette situation en ce qui concerne les ordonnances ou d'avoir plus d'éducation sur les différentes options.

Anna Roberts: Pensez-vous qu'il y aurait un avantage à ce que les médecins de famille soient également au courant? Je me souviens du moment où j'ai commencé, et je suis encore touchée. On vous offre des médicaments, mais on n'offre pas de vous renseigner sur les risques qui y sont associés. Y a-t-il une façon naturelle d'aider les femmes qui passent par la ménopause autre que les médicaments prescrits?

La vice-présidente (Emmanuella Lambropoulos): Votre temps est écoulé, malheureusement. Merci, madame Roberts.

La parole est à Mme Nathan. Vous avez six minutes.

Juanita Nathan: Merci, madame la présidente.

Je remercie les témoins de leur présence.

Ma première question s'adresse à M. Kevin Whittingstall. Avez-vous trouvé d'autres recherches semblables aux vôtres?

Dr Kevin Whittingstall: Malheureusement, non.

Juanita Nathan: Vous seriez donc la seule personne à mener cette recherche.

Y a-t-il d'autres pays...?

Dr Kevin Whittingstall: Certains pays ont déployé beaucoup d'efforts pour promouvoir la recherche sur le cerveau durant la ménopause. L'Allemagne, notamment, a fait un effort concerté. La bonne nouvelle, c'est qu'au cours des deux dernières années, il y a eu deux initiatives majeures. Il y en a une aux États-Unis. Il y en a une autre dont je ne me souviens pas en ce moment.

L'intérêt est là. C'est maintenant au tour du Canada de montrer que nous pouvons faire aussi bien, voire mieux.

Juanita Nathan: Merci beaucoup.

Je vais m'adresser à Mme Yuksel. Je voudrais parler un peu des médicaments.

Quels sont certains des obstacles auxquels les femmes sont confrontées lorsqu'elles cherchent à obtenir les médicaments dont elles ont besoin, qu'ils soient hormonaux ou non? Il peut s'agir du coût, de l'assurance-médicaments ou des médicaments approuvés par Santé Canada.

Pouvez-vous nous en parler un peu?

Dr Nese Yuksel: Le premier obstacle est l'accès aux praticiens et aux médecins qui prescriront l'hormonothérapie ou des options non hormonales.

Le deuxième obstacle, ce sont les différences dans la couverture de ce qui figure sur les listes de médicaments assurés au Canada. La Colombie-Britannique, avec son régime d'assurance-médicaments, offre maintenant une hormonothérapie financée par l'État, mais ce n'est pas uniforme dans toutes les provinces.

L'autre différence qui constitue un obstacle, c'est la façon dont les types d'hormonothérapie varient en fonction de ce qui est couvert par les listes de médicaments. Là d'où je viens, en Alberta, beaucoup de médicaments figurent sur la liste des médicaments couverts. D'autres provinces n'offrent peut-être pas de produits transdermiques, qui pourraient être avantageux pour les femmes qui présentent des risques de caillots sanguins, de maladies cardiaques ou d'autres effets, comme les migraines et ce genre de choses. Cela devient certainement un problème.

Les femmes qui n'ont pas de régime privé — en Alberta, elles n'ont peut-être pas la couverture — devront payer de leur poche. C'est un autre obstacle pour les femmes. Certains produits non hormonaux ne sont pas couverts à l'heure actuelle. De tout nouveaux médicaments non hormonaux viennent d'être mis sur le marché, et ils ne seraient pas couverts, sauf par les régimes privés.

● (1800)

Juanita Nathan: Quelle est l'incidence des mises en garde et de l'étiquetage des produits sur la prescription des traitements de la ménopause? Pensez-vous que les médecins sont un peu réticents à les prescrire ou que les femmes sont réticentes à les prendre?

Je parle des encadrés aux États-Unis. Nous avons parlé des mises en garde ici.

Dr Nese Yuksel: C'est une très bonne question sur les risques. Il y a beaucoup de craintes, tant chez les fournisseurs de soins de santé que chez les patientes, quant à l'utilisation de l'hormonothérapie, surtout depuis l'étude de la Women's Health Initiative de 2002. Cela a créé de la peur jusqu'à maintenant.

Il y a aussi des problèmes d'étiquetage. Par exemple, comme vous le savez, la FDA a supprimé l'étiquetage des risques de la thérapie vaginale par œstrogène dans l'encadré. Nous avons toujours des problèmes à cet égard, en ce sens que cette question n'est pas abordée au Canada dans la même mesure. Cela va faire peur aux femmes, parce qu'avec la thérapie vaginale par œstrogène, il n'y a pas de risque de caillots sanguins, par exemple, et on n'obtient pas vraiment de niveaux systémiques de la même façon. C'est pourquoi elle est assez sûre à utiliser, mais c'est un problème, et cela pourrait dissuader les femmes d'utiliser l'oestrogène vaginal.

Juanita Nathan: Selon vous, que pourrait apprendre le Canada des autres pays en matière d'accès au traitement de la ménopause? Est-ce la même chose pour d'autres pays, ou est-ce qu'ils sont plus libéraux avec les médicaments qu'ils ont?

Dr Nese Yuksel: Cela varie d'un pays à l'autre. L'occasion se présente pour certains produits que nous n'avons pas. Nous n'avons pas de produit de testostérone au Canada. En Australie, il y a un gel pour les femmes. Nous n'en avons pas au Canada. Souvent, nous finissons par prescrire la solution de rechange ou le composé pour homme. La diversité des options peut constituer une limite pour certaines femmes.

Chaque pays est un peu différent en ce qui concerne l'accès aux produits, mais c'est le nombre de produits différents que nous avons qui pose problème.

Juanita Nathan: Je vous remercie de vos réponses.

Il me reste une minute. J'ai une très brève question pour Mme Edgell.

Je sais que vous avez mené une étude sur le travail par quarts et la santé des femmes en milieu de vie. Pouvez-vous nous en parler un peu? Quelles sont les principales conclusions de votre étude?

Heather Edgell: Avec Hala Tamim, qui était la chercheuse principale dans ce dossier, nous avons mené cette étude...

La vice-présidente (Emmanuella Lambropoulos): Je suis désolée. Nous allons devoir nous arrêter ici.

Merci, madame Nathan.

Juanita Nathan: Puis-je lui demander de soumettre une réponse écrite à cette question?

La vice-présidente (Emmanuella Lambropoulos): Oui, absolument.

Juanita Nathan: Si vous n'y voyez pas d'inconvénient, je vous en prie. Merci.

La vice-présidente (Emmanuella Lambropoulos): Vous pouvez soumettre un courriel.

[*Français*]

La parole est à vous, monsieur Perron: vous avez six minutes.

Yves Perron (Berthier—Maskinongé, BQ): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je remercie les témoins d'être avec nous aujourd'hui.

Madame Edgell, je vous donne l'occasion de répondre en 30 secondes à la dernière question qui vient de vous être posée.

[*Traduction*]

Heather Edgell: Pour répondre à votre question, l'étude a révélé que le travail par quarts influe sur l'âge de la ménopause naturelle. Il y a une interaction entre le travail par quarts et la ménopause, donc pour le sujet d'aujourd'hui, les femmes qui travaillent par quarts présentent un âge plus précoce de la ménopause naturelle, ce qui a des conséquences négatives sur la santé cardiovasculaire. C'est la version courte et précise.

[*Français*]

Yves Perron: Est-ce qu'il y aura donc une accélération du vieillissement du corps humain en général?

[*Traduction*]

Heather Edgell: Cela causerait une ménopause prématurée.

[*Français*]

Yves Perron: Ce qui m'a beaucoup interpellé dans votre déclaration d'ouverture, c'est quand vous faites le lien entre les différents symptômes qui peuvent être déclenchés par la ménopause, le fait que ces symptômes existent dans différentes maladies, et qu'il pourrait donc y avoir une interaction, peut-être même positive, pour ce qui est de la médication. Est-ce qu'il y a eu des études là-dessus ou est-ce que rien n'existe?

[*Traduction*]

Heather Edgell: À ma connaissance, il n'y a pas d'études à ce sujet.

[*Français*]

Yves Perron: Absolument rien.

[*Traduction*]

Heather Edgell: Pas à ma connaissance.

[*Français*]

Yves Perron: D'accord.

Vous dites qu'il faut faire une meilleure éducation du public, des professionnels de la santé et ainsi de suite. Or, pour faire une meilleure éducation, on doit avoir de l'information. Ce que je comprends de vos trois déclarations, c'est qu'il y a une très grande lacune au chapitre de la recherche et des données probantes.

Est-ce que je suis au bon endroit?

● (1805)

[*Traduction*]

Heather Edgell: Absolument.

[*Français*]

Yves Perron: Monsieur Whittingstall, vous avez mentionné entre autres le montant alloué à la recherche sur le diabète de façon annuelle. Si vous aviez un ordre de grandeur, qu'est-ce que le fédéral devrait investir en recherche spécifiquement sur la ménopause pour commencer à avoir des résultats probants? Je sais qu'il peut être difficile de répondre.

Dr Kevin Whittingstall: Je vous remercie beaucoup de la question.

Dans les dix dernières années, selon mes calculs, les Instituts de recherche en santé au Canada ont versé 300 millions de dollars en financement pour des projets de recherche sur le diabète. Pour la ménopause, c'est 20 millions de dollars.

Si on compare tout ce qu'on a développé concernant l'information et la recherche sur le diabète en 10 ans avec 300 millions de dollars, qu'est-ce qu'on espère obtenir avec 20 millions de dollars en 10 ans?

Yves Perron: C'est ridicule.

Dr Kevin Whittingstall: Je pense qu'il est temps que les montants soient au moins au même niveau.

Yves Perron: C'est un minimum.

Pour ce qui est de vos expérimentations d'imagerie médicale, je comprends que vous en avez fait aussi sur des femmes ménopausées. Qu'est-ce que vous observez de façon générale?

Dr Kevin Whittingstall: Notre étude met l'accent sur les femmes avant et après l'utilisation de l'hormonothérapie. Les résultats sont encore très préliminaires, mais je peux vous dire que l'hormonothérapie utilisée dans cette étude est non seulement efficace, mais elle semble aussi avoir un effet positif sur le cerveau.

Yves Perron: Merci beaucoup.

Madame Yuksel, vous avez aussi beaucoup parlé des symptômes. Vous avez parlé du présentéisme: des femmes qui ne vont pas bien, mais qui, un peu comme tout le monde, se lèvent le matin et se disent qu'il faut qu'elles aillent travailler, mais qui sont moins productives. Alors, ça entraîne une série de facteurs secondaires, pas les facteurs physiques que la femme ressent, mais d'autres facteurs de nature sociale ou en lien avec la performance et les jugements émis dans le milieu de travail.

Ça rejoint un peu ce qu'on disait, le fait qu'il faut avoir une meilleure information et le besoin de sensibiliser les employeurs. Qu'est-ce que le gouvernement fédéral peut faire à ce sujet?

Ce que nous recherchons, ce sont des recommandations précises à faire au gouvernement. Ce n'est pas évident, car la recherche commence, mais ça va prendre des années avant d'avoir les résultats. Concrètement, je comprends et je présume que les membres du Comité seront d'accord pour adopter des recommandations visant à financer la recherche, mais au-delà de ça, qu'est-ce qu'on peut faire pour aider demain matin les femmes qui sont dans cette situation et qui vivent des difficultés en milieu de travail?

J'invite aussi les autres témoins à se sentir à l'aise d'intervenir.

[*Traduction*]

Dr Nese Yuksel: Afin de fournir de l'information aux femmes, notamment en milieu de travail, et d'aider les employeurs, le gouvernement fédéral pourrait également collaborer étroitement avec les provinces pour favoriser la mise en place d'aménagements en milieu de travail. Il pourrait aussi collaborer avec la Fondation canadienne de la ménopause, par exemple, ou avec la Société canadienne de ménopause et d'autres organismes similaires, qui disposent des moyens de défense et de la capacité nécessaires pour offrir cette formation.

Par exemple, la Fondation canadienne de la ménopause prévoit dans son programme politique de collaborer avec les milieux de travail afin d'y intégrer des mesures d'adaptation et de sensibilisation concernant l'incidence de la ménopause sur les femmes, mais aussi sur les employeurs.

[*Français*]

Yves Perron: Je vous suis reconnaissant de rappeler l'existence des provinces, car il y a dans ce dossier des questions de compétence, ce qui ne sera pas évident.

On y reviendra.

La vice-présidente (Emmanuella Lambropoulos): Merci beaucoup, monsieur Perron. Cela met fin à votre temps.

[*Traduction*]

Nous passons maintenant à la deuxième série de questions. La parole est à la députée Borrelli pour cinq minutes.

Kathy Borrelli: Merci, madame la présidente.

Je tiens à remercier les témoins. Cette journée d'étude au Comité a été très productive, avec d'excellentes questions posées par les députés de tous bords.

Merci à tous.

Une réflexion m'est venue à l'esprit. Elle ne figure pas dans mes notes, si bien que je vais parler de mémoire.

J'ai remarqué que la crainte liée à l'utilisation de l'hormonothérapie a été évoquée à deux reprises. Je crois que cela a commencé au début des années 2000. Je fais partie de cette génération et j'ai de nombreuses amies et proches qui ont traversé toute la ménopause sans aucune hormonothérapie.

Nous avons entendu M. Whittingstall expliquer comment la ménopause peut réellement affecter le fonctionnement du cerveau, et Mme Edgell nous a expliqué comment elle peut avoir des répercussions importantes sur le système cardiovasculaire des femmes. Il y a des milliers de femmes âgées de 70 à 80 ans qui n'ont jamais eu recours à un traitement hormonal.

Y a-t-il quelque chose qu'elles peuvent faire à présent pour apporter des changements qui amélioreront leurs résultats éventuels plus tard dans leur vie, puisqu'elles n'ont pas suivi de traitement hormonal?

Cette question s'adresse à tous les témoins.

● (1810)

Heather Edgell: Une alimentation saine et l'exercice physique constituent toujours de bons traitements. Une grande partie de ce qui se passe pendant la ménopause tient à l'activation du système de « combat ou fuite ». Ainsi, une alimentation nutritive et l'exercice physique réduisent l'activité du système nerveux sympathique, ce qui sera bénéfique pour votre santé cardiaque et votre santé cérébrovasculaire.

Au cours de la réunion précédente, on a évoqué les produits naturels. Il existe certains traitements holistiques et naturels qui s'avéreront probablement très bénéfiques.

Kathy Borrelli: Merci.

Monsieur Whittingstall.

Dr Kevin Whittingstall: Je ne pense pas avoir l'expertise ni les connaissances nécessaires pour me prononcer là-dessus, mais merci tout de même.

Kathy Borrelli: D'accord. Merci.

Et madame Yuksel?

Dr Nese Yuksel: J'ajouterais qu'en ce qui concerne le mode de vie et la santé comportementale, il s'agit de l'exercice, de la nutrition et des habitudes quotidiennes, et de veiller aussi à ce que la personne subisse un dépistage et à ce qu'elle fasse toutes les choses saines qu'elle ferait normalement.

Ce que je voulais mentionner au sujet de l'hormonothérapie, c'est qu'elle a un rôle à jouer pendant la période où les symptômes de la femme sont les plus marqués. Ce que nous ne savons pas, c'est si cela permet de prévenir quoi que ce soit à long terme. Je ne m'inquiéterais pas, que vous en preniez ou non. C'est ce que je tenais à vous dire pour vous rassurer.

Kathy Borrelli: D'accord. Merci beaucoup.

Vous savez quoi? J'ai été vraiment intriguée par une question de la députée Roberts à laquelle on n'a pas pu répondre avant la fin de son temps de parole.

La question, madame Roberts, portait sur les traitements naturels. Voudriez-vous reformuler cette question pour nous?

Anna Roberts: Bien sûr. Ma question portait sur l'existence de traitements naturels que les femmes peuvent suivre plutôt que le traitement hormonal de substitution.

Dr Nese Yuksel: Conformément aux recommandations des lignes directrices canadiennes concernant les symptômes de la ménopause — c'est-à-dire celles de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, ou SOGC — , l'une des meilleures thérapies complémentaires est la thérapie cognitivo-comportementale. Il a été démontré qu'elle soulageait les bouffées de chaleur, tout en améliorant le sommeil, l'humeur et l'ensemble des symptômes. C'est une très bonne approche. On peut également avoir recours à la pleine conscience et à d'autres approches qui s'y rattachent. Les facteurs liés au mode de vie sont abordés fréquemment. Les lignes directrices expliquent comment améliorer la gestion des symptômes, notamment en arrêtant de fumer, ainsi que par d'autres moyens.

En ce qui concerne les remèdes naturels, et en particulier les produits de santé naturels, le problème réside dans la qualité des études qui ont été menées à leur sujet. Il existe certaines données probantes concernant des substances telles que les phytoestrogènes, c'est-à-dire des produits à base de soja qui ont des effets similaires à ceux des œstrogènes, mais pour bon nombre de produits de santé naturels, nous ne disposons pas de données probantes de grande qualité pour étayer leur efficacité. Il est donc important de s'assurer que leur consommation ne présente aucun risque et de consulter un professionnel de la santé qui pourra vraiment vous aider à comprendre s'ils ont un quelconque effet bénéfique.

Kathy Borrelli: Merci beaucoup.

La vice-présidente (Emmanuella Lambropoulos): Je vous remercie, madame Borrelli.

Nous allons passer à la députée Nguyen.

Vous avez la parole pendant cinq minutes.

Chi Nguyen: Merci, madame la présidente.

Je remercie les témoins de s'être joints à nous aujourd'hui. Vos témoignages m'ont légèrement sidérée.

Monsieur Whittingstall, les travaux de recherche que vous menez sont vraiment convaincants et importants. Je voudrais commencer par vous demander quelles sont les prochaines pistes que vous comptez explorer. Si vous disposiez de 300 millions de dollars à investir dans ces questions, sur quoi concentreriez-vous vos efforts?

● (1815)

Dr Kevin Whittingstall: Bon, s'il y a 300 millions de dollars sur la table, alors nous allons peut-être les utiliser...

Des voix: Oh, oh!

Dr Kevin Whittingstall: Dans le domaine des sciences biomédicales, on distingue généralement deux types d'études: les études « transversales » et les études « longitudinales ».

Dans le cas des études transversales, nous prenons un groupe de femmes considérées comme étant en ménopause et un autre groupe de femmes qui ne le sont pas. Nous avons déjà mené ce type d'études par le passé, et elles se sont avérées très utiles. À l'avenir, notamment dans le contexte de la ménopause, chaque femme devra faire l'objet d'un suivi pendant plusieurs années. Il faudra procéder à une évaluation longitudinale, car je pense que les trajectoires vont être très différentes.

Si nous voulons en savoir plus sur la ménopause ou la périménopause, nous devons effectuer ces mesures de manière plus régulière. Le problème, c'est que cette période peut durer de cinq à sept, voire dix ans. Le financement nécessaire sera bien sûr considérable, mais c'est la voie que nous devons suivre si nous voulons faire avancer les choses.

Chi Nguyen: Merci.

Madame Yuksel, vous avez évoqué votre travail interdisciplinaire et votre collaboration avec les pharmaciens.

Je me demande si vous pourriez nous parler du type de changement global des systèmes dont nous aurons besoin, sachant qu'il y a déjà de nombreux points de pression dans les systèmes de santé de chacune des provinces de notre pays. Comment répondrons-nous à l'énorme demande que nous connaîtrons si davantage de femmes prennent conscience des changements qui les attendent dans leur vie? Auriez-vous des conseils à nous donner à ce sujet, du point de vue des pratiques exemplaires?

Dr Nese Yuksel: L'un des aspects auxquels nous avons vraiment réfléchi en créant Effica Health, par exemple, dont je suis cofondatrice, c'est de la nécessité de disposer des outils technologiques nécessaires pour offrir ce type de prise en charge, puis d'adopter une approche interdisciplinaire qui permet de prendre le temps nécessaire, car la prise en charge de la ménopause prend du temps. Il faut procéder à une évaluation rigoureuse et prendre en compte l'ensemble des symptômes. Quand on sait qu'il existe 34 symptômes liés à la ménopause, comment peut-on faire le tri parmi tout cela, discuter des avantages et des risques des thérapies, et aider une femme à prendre une décision en tenant compte de ses craintes par rapport à une hormonothérapie? Tout cela prend du temps.

En réalité, il faut financer la capacité de disposer de ce temps et déterminer la façon d'utiliser cette capacité au mieux. La meilleure efficacité passe par un soutien technologique assuré par les fournisseurs de services appropriés, dans le cadre d'une approche interdisciplinaire. On peut alors faire appel à un infirmier réglementé, à un pharmacien ou à un infirmier praticien qui s'occupera en grande partie de l'évaluation, de l'éducation et de la prise de décision éclairée, avec l'appui d'un médecin également, s'il est nécessaire de prescrire des médicaments ou de demander des analyses de laboratoire, entre autres choses. Il faut réunir tous ces éléments. C'est ce que nous avons fait à Effica Health afin de continuer à proposer, dans ce cadre, une clinique spécialisée dans la ménopause assurée par le régime public.

Chi Nguyen: Merci.

Madame Edgell, j'aimerais vous poser la question suivante. Vous avez également évoqué brièvement la prise en charge des maladies chroniques et le fait qu'il existe certaines similitudes dans ce domaine. Vous avez également parlé des facteurs liés au mode de vie. Il y a une dimension d'équité à cet égard, car il faut avoir les moyens de s'offrir une alimentation saine et nutritive et savoir en quoi elle consiste. Je me demandais si vous pourriez nous dire quel rôle l'éducation du public pourrait jouer pour soutenir ces efforts et comment nous pourrions surmonter certains de ces obstacles liés à l'équité.

Heather Edgell: Nous avons besoin à la fois d'une éducation publique et d'un enseignement universitaire. Les étudiants de premier cycle du monde entier doivent approfondir leurs connaissances sur la ménopause et ses liens avec certaines maladies chroniques, voire acquérir des notions élémentaires de physiologie. Ensuite, du point de vue de la santé publique... La santé publique n'est pas mon domaine de compétence, mais il faudrait que les cabinets médicaux offrent davantage de brochures afin de renseigner le public sur la ménopause et sur certains de ses symptômes qui peuvent se confondre avec ceux de certaines maladies chroniques existantes.

Chi Nguyen: Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.

La vice-présidente (Emmanuella Lambropoulos): Je vous remercie, madame Nguyen.

[*Français*]

Monsieur Perron, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

Yves Perron: Merci, madame la présidente.

Madame Yuksel, je vais revenir sur ce qu'on disait tantôt lorsque vous avez fait référence aux questions de compétence. Évidemment, la santé relève beaucoup des provinces.

Je cherchais des mesures que le fédéral pourrait prendre, et ce dernier pourrait notamment augmenter les transferts aux provinces afin de leur donner plus de moyens financiers. On a fait récemment mention de la pression sur les systèmes de santé et ceci pourrait permettre de la réduire.

Est-ce que vous pensez que ce serait positif s'il y avait une augmentation du financement, en général?

● (1820)

[*Traduction*]

Dr Nese Yuksel: Oui, mais ce n'est pas seulement une question de financement. C'est aussi un enjeu lié à la manière dont nous dispensons les soins à ce stade. La difficulté réside dans le fait qu'à l'heure actuelle, le mode de rémunération des médecins ne permet pas d'assurer une prise en charge adéquate de la ménopause. Nous avons besoin de plus de temps, et ce, au moment opportun. Ce dont nous avons besoin, ce sont des modèles qui permettent aux médecins de famille d'intégrer d'autres professionnels de la santé, tels que des infirmiers et des pharmaciens, dans le processus afin de soutenir la prise en charge, car une partie de ces soins peut être assurée par d'autres fournisseurs de services. Il ne s'agit pas seulement de dire « Voici les aides financières nécessaires pour assurer ces soins », mais aussi de se poser la question suivante « Comment voulons-nous dispenser ces soins dans les provinces? ».

[*Français*]

Yves Perron: [*Inaudible*] d'un groupe multidisciplinaire, dans lequel plusieurs spécialités pourraient intervenir dans les soins.

[*Traduction*]

Dr Nese Yuksel: Je suis désolée. Je n'ai pas très bien compris la question.

[*Français*]

Yves Perron: Vous parlez d'un groupe multidisciplinaire, dans lequel vous auriez des médecins de spécialités différentes, une travailleuse sociale ou quelqu'un qui est en kinésiologie, par exemple, et qui pourrait offrir un traitement plus global à la personne. C'est ce que je comprends.

[*Traduction*]

Dr Nese Yuksel: Les deux approches seraient utilisées. Il y aurait la prise en charge générale de la ménopause. Par exemple, on pourrait mettre en place un questionnaire en ligne. Cela permettrait de recueillir une grande partie des informations nécessaires. Un infirmier, un pharmacien ou un infirmier praticien pourrait effectuer une première évaluation, aider à la prise de décision et apporter son soutien, puis orienter la patiente vers son médecin de famille. Il s'agirait uniquement d'un accompagnement général.

Bien sûr, nous pourrions faire appel à d'autres disciplines, et l'une de celles que nous nous efforçons d'intégrer à l'heure actuelle est la santé comportementale...

La vice-présidente (Emmanuella Lambropoulos): Je vous remercie. Cela marque la fin de l'intervention de M. Perron.

[*Français*]

Merci beaucoup.

[*Traduction*]

Monsieur Tolmie, la parole est à vous pendant cinq minutes.

Fraser Tolmie: Je remercie infiniment nos témoins de leur présence.

J'ai remarqué que vous étiez dans la tribune pendant la première heure. Je vous suis donc très reconnaissant d'être restés ici et d'avoir assisté à la séance aujourd'hui.

Nous avons parlé de la recherche et de la nécessité d'intensifier nos efforts dans ce domaine, et nous avons évoqué les recherches menées dans d'autres pays. Par rapport à qui sommes-nous à la traîne en matière de recherche, et devançons-nous quelqu'un dans ce domaine?

Madame Edgell, la parole est à vous.

Heather Edgell: C'est une question à laquelle il est difficile de répondre.

Fraser Tolmie: J'aime poser des questions difficiles.

Heather Edgell: En ce qui concerne les maladies chroniques, pratiquement personne ne mène des recherches sur des pathologies comme la COVID de longue durée ou l'encéphalomyélite myalgique ou le syndrome de fatigue chronique. Alors, sincèrement, je ne crois pas que qui que ce soit ait une longueur d'avance au sujet de ces pathologies en particulier. Si nous commencions à financer des recherches dans ces domaines, cela ferait certainement de nous des chefs de file mondiaux en la matière, surtout si nous nous penchions sur la ménopause en parallèle. Nous serions les seuls à le faire, et je pense que ce serait un formidable pas en avant.

Peut-être qu'un ancien titulaire d'une chaire de recherche du Canada pourrait nous en dire davantage à ce sujet.

Dr Kevin Whittingstall: Nous ne sommes encore qu'au début de cet intérêt. En ce qui concerne les répercussions neurologiques de la périménopause et de la ménopause, c'est le moment ou jamais de s'en occuper, car tout le monde s'y intéresse.

Comme je l'ai indiqué, dans notre pays, nous disposons de tout le savoir-faire nécessaire pour réaliser ce travail. Nous pouvons être les premiers à étudier ces pathologies.

Fraser Tolmie: Merci. Cela m'amène directement à mes prochaines questions.

Nous avons parlé d'une femme qui s'occupe de ses enfants, qui va travailler et qui doit ensuite gérer ses tâches professionnelles. Nous n'avons pas vraiment abordé la question du stress. Pouvons-nous en parler et échanger des observations sur ses répercussions et sur la manière dont il touche...? Dans le cadre de vos recherches ou de vos observations, avez-vous remarqué l'incidence que le stress a sur les femmes en ménopause et en périménopause?

Dr Nese Yuksel: Je vais commencer à répondre à cette question.

Le stress joue un rôle considérable à cet égard.

Je travaille dans une clinique spécialisée dans la ménopause depuis 25 à 30 ans. Nous expliquons aux femmes qu'il y aura toujours du stress dans leur vie et qu'elles devront y faire face. Elles parviennent parfois à le gérer. Puis la périménopause survient, et les hormones commencent à fluctuer de manière incontrôlable. Il devient alors plus difficile pour elles de gérer ce niveau de stress.

Le stress a une incidence considérable. Il influence la façon dont nous percevons nos symptômes, la façon dont nous nous sentons et notre perception de la gravité de ces symptômes. Le stress va aggraver nos difficultés cognitives — notre confusion mentale et nos capacités cognitives — et nuire à notre rendement au travail.

● (1825)

Fraser Tolmie: Je sais que je vais manquer de temps, mais vos témoignages nous ont permis de constater que les prescriptions et les médicaments varient d'une province à l'autre. Parlez-moi de l'harmonisation entre les provinces. L'ensemble des soins de santé relève de la compétence des provinces. Qu'attendez-vous des provinces à cet égard et du point de vue de la coordination nécessaire pour garantir l'accès à des médicaments et des prescriptions adaptés?

Dr Nese Yuksel: L'harmonisation à l'échelle provinciale devrait garantir la disponibilité de tous les différents produits et, en particulier, des hormonothérapies. Nous devrions disposer de timbres transdermiques et de gels, et leur coût ne devrait pas constituer un obstacle.

Les traitements non hormonaux qui viennent d'arriver sur le marché constituent d'excellentes options, en particulier pour les femmes ayant survécu à un cancer du sein, par exemple. Nous devrions envisager de prendre en charge l'ensemble de ces traitements. Ils devraient figurer sur toutes les listes de médicaments remboursables. Idéalement, ils devraient être pris en charge comme dans le cadre du régime d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique, avec des mesures de soutien intégrées... Toutes les femmes de la Colombie-Britannique y ont accès gratuitement.

Fraser Tolmie: Mon temps de parole touche à sa fin. J'ai l'impression d'être sur un terrain de soccer, car la présidente va me donner un carton rouge. Je n'ai d'ailleurs jamais reçu de carton rouge, seulement des cartons jaunes. C'est fait; je viens de le recevoir.

Comme nos moyens financiers sont limités, quelle est la meilleure chose que nous puissions faire dans les circonstances actuelles, sans argent? Je ne dis pas que nous ne voulons pas vous accorder des fonds; je me demande simplement ce que nous pouvons faire dans ces conditions.

Dr Kevin Whittingstall: Nous éduquons les Canadiens à ce sujet.

Heather Edgell: J'allais dire la même chose: l'éducation doit primer.

J'adore la recherche, et j'aimerais m'y consacrer pendant toute ma vie, mais si nos moyens sont limités, l'éducation doit passer en premier.

Dr Nese Yuksel: Je partage cet avis.

La vice-présidente (Emmanuella Lambropoulos): Je vous remercie, monsieur Tolmie.

Je vais maintenant céder la parole à la députée Nathan.

Juanita Nathan: Merci, madame la présidente. Je vais partager mon temps de parole avec Marie-Gabrielle Ménard.

Madame Yuksel, vous avez beaucoup parlé d'éducation. Pour le moment, je pense que les médecins seront les premiers interlocuteurs vers lesquels les femmes se tourneront pour se renseigner.

Je ne sais pas si vous avez suivi l'audience du premier groupe d'experts, mais la professeure a expliqué qu'ils avaient mis au point un nouveau programme d'études à l'Université de la Colombie-Britannique.

Comment pouvons-nous nous assurer que toutes les écoles suivront cet exemple et adopteront ce genre de programme? Que faudrait-il faire pour que cela se produise?

Dr Nese Yuksel: La Société canadienne de la ménopause a déployé d'importants efforts pour veiller à ce que la formation des médecins soit rectifiée. L'une des façons d'y parvenir consiste à mettre en place un programme national d'enseignement sur la ménopause qui peut être facilement intégré à n'importe quel programme de médecine. Ce programme pourrait également être intégré à n'importe quel programme de formation d'infirmiers, d'infirmiers praticiens ou de pharmaciens, afin que tous bénéficient du même niveau de formation. Par conséquent, l'une des solutions consisterait à mettre en place un programme national d'enseignement sur la ménopause qui permet d'offrir ce type de formation.

L'autre approche consisterait à veiller à ce que nous disposions de programmes de formation permanente destinés à nos praticiens actuellement en activité. L'année dernière, la Société canadienne de la ménopause a organisé son colloque, et le nombre de personnes qui y ont participé a été deux à trois fois supérieur à la normale. En fait, toutes les places offertes ont été vendues. L'intérêt est grand, mais nous avons besoin de programmes pour soutenir l'ensemble de nos praticiens.

Juanita Nathan: Merci.

Madame Edgell, j'aimerais vous poser la question suivante très rapidement: quels sont les aspects de l'environnement de travail physique qui importent le plus pour les femmes en ménopause? Je pense notamment à la température, à la ventilation, aux pauses et à ce genre de choses. Quelles conclusions avez-vous tirées de votre étude sur le travail par quart et la ménopause?

Heather Edgell: C'est une question à laquelle il est difficile de répondre. C'est un aspect compliqué de la ménopause, car chaque personne est différente. Chaque femme vivra cette situation différemment. Il faut donc adopter une approche personnalisée. Certaines auront des bouffées de chaleur. D'autres souffriront de confusion mentale. Je ne crois pas qu'il y ait de réponse toute faite à cette question particulière. Il faut avant tout communiquer avec son gestionnaire afin qu'il mette en place des mesures d'adaptation qui conviennent à chaque personne.

Juanita Nathan: D'accord.

Que faut-il surtout que les employeurs et les praticiens comprennent au sujet de la santé cardiovasculaire? Votre étude a-t-elle abouti à des conclusions très nettes à ce sujet, ou existe-t-il une autre étude qui établit ce lien?

● (1830)

Heather Edgell: Je ne pense pas que l'étude à laquelle vous faites allusion ait abordé la question de la santé cardiovasculaire, mais de manière générale, une ménopause naturelle précoce est... Je dirais « pire », mais ce n'est pas le terme le plus approprié. Elle a des conséquences plus néfastes sur votre santé cardiovasculaire. Plus longtemps vous aurez des hormones endogènes qui circulent dans votre corps, plus votre système cardiovasculaire sera en bonne santé. Tout ce que vous pouvez faire pour prolonger la période entre la ménarche et la ménopause est bénéfique pour votre santé.

Juanita Nathan: Merci beaucoup.

Madame Ménard, la parole est à vous.

[*Français*]

Marie-Gabrielle Ménard: Merci, chère collègue.

Docteure Edgell, je vais utiliser un terme, mais je ne sais pas si c'est le bon.

Vous avez beaucoup parlé d'accommodements qui peuvent être consentis en milieu de travail. Trouvez-vous qu'il y a quelque chose d'ingrat à demander aux femmes de porter cette responsabilité individuelle de devoir négocier, pour ainsi dire, avec un employeur? On demande parfois aux femmes de lever le voile sur une partie de leur intimité, ce qui est une charge particulière.

[*Traduction*]

Heather Edgell: Cela peut être un fardeau, mais la sensibilisation des gestionnaires facilitera un peu la communication. Par exemple, tout dépend de votre situation, mais si vous avez besoin d'une mesure d'adaptation, vous n'êtes pas obligatoirement tenue d'expliquer à votre responsable pourquoi vous en avez besoin. Vous pouvez en parler à votre médecin qui pourra alors rédiger une attestation indiquant que vous avez besoin d'un ventilateur, d'un uniforme différent ou d'une autre mesure d'adaptation de ce genre. On pourrait peut-être alléger un peu ce fardeau social en faisant intervenir les médecins afin qu'ils rédigent une lettre indiquant que vous avez besoin de cette mesure d'adaptation. Vous pourriez l'obtenir ainsi, au lieu d'avoir une conversation gênante.

[*Français*]

Marie-Gabrielle Ménard: Merci. Je vous pose la question parce qu'on est responsable au fédéral du Code canadien du travail. Certains témoins nous ont parlé en fait de ce parapluie-là, qui pourrait être un outil important afin de justement dépersonnaliser ça. Les milieux de travail seraient alors responsables d'un accommodement qui ne serait pas à négocier à la pièce.

Je vous vois hocher de la tête, docteure Yuksel…

La vice-présidente (Emmanuella Lambropoulos): Merci beaucoup, madame Ménard.

[*Traduction*]

Cela nous amène à la fin de l'audience de notre groupe d'experts d'aujourd'hui...

Anna Roberts: Madame la présidente, puis-je mentionner quelque chose rapidement? Je suis désolée de vous interrompre.

La vice-présidente (Emmanuella Lambropoulos): La parole est à vous.

Anna Roberts: Désolée.

Je tenais à communiquer à vous trois ce fait, parce que je vous suis vraiment reconnaissante d'être venus ici. J'ai une petite anecdote à vous raconter. J'ai eu un jour une caissière qui était en pleine ménopause. Elle était en train de se faire voler, et elle s'en est prise au voleur en lui disant: « J'ai passé une mauvaise journée. Je suis en pleine ménopause, et si vous croyez que vous allez me voler, je vais sauter par-dessus ce comptoir et vous donner une raclée ».

Il s'est enfui.

Des Voix: Oh, oh!

Anna Roberts: Je suis désolée. Il fallait juste que je vous fasse part de cette histoire.

La vice-présidente (Emmanuella Lambropoulos): Je vous remercie.

Chers membres du groupe d'experts, je vous remercie d'être venus. Si vous souhaitez ajouter quelque chose, vous pouvez envoyer une réponse écrite par messagerie électronique au comité FEWO.

Ceci marque la fin de la séance. Merci.

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