

[Text]

Mrs. Clancy: Absolutely.

Dr. Margolese: So if you take all the negative node women and do nothing, 75% will live out their lives and 25% will die. If you give them the chemotherapy, you're only going to increase the cure rate from 75% to 82%.

Mrs. Clancy: Okay.

Dr. Margolese: So this is all negative nodes, and I've just partitioned off the box of negative nodes into three categories: one who will survive anyway, one who won't survive anyway, and one for whom you've made the difference.

Mrs. Clancy: I understand now, thank you. That's why I went to law school instead of medical school.

Dr. Margolese: That's one of the kinds of issues that is very difficult to solve. We need more science, but even so, it's going to give us trouble.

Look at bone marrow transplantation. This is a high-tech way of trying to cure women who have got cancer that is otherwise incurable. It has already spread. Chemotherapy can help those women, but it can't cure them. The ones I just showed you can be cured because you can prevent it from recurring with that treatment. But once it recurs they're not curable.

By this bone marrow transplant—which I want to explain, but it's a complicated thing—it enables you to give much higher doses of chemotherapy. I don't know whether it will actually improve the cure rate or not, but one can speculate that it might, or treatments like it might. Here's the dilemma. If it does, it will only cure 5% or 10% of women. It costs—

Ms Black: In whom?

Dr. Margolese: In whom it's given.

Ms Black: And in whom the cancer has spread?

Dr. Margolese: Yes, in whom the cancer has spread and who are eligible for this treatment. To get this treatment you have to be rather young and you have to have certain kinds of spread. But it's fatal if you don't get this treatment. Let us suppose that it's 5% or 10% curable if you do get this treatment. Not a big jump. It costs \$100,000 each treatment. And it's devastating. A small percentage will die just because of the treatment.

So what do you do? Do you establish it at that cost and that very low rate of return, or do you say we're not going to put our money there, we are going to put it into screening to prevent cancer. Those are big decisions that we have to make at the public policy level.

That will bring me to something called Cancer 2000, which I put at the end. I'll come back to it. I just wanted to give you that advertising lead-in to Cancer 2000. That's another hat I wear. I'm chairman of what is in effect, but not technically, a federal-provincial task force on cancer control. I'll come to that.

I'm going to move on to screening now. I'm not going to say too much about it because I know you have other people telling you about it. We know that screening for breast cancer is effective in the population that's around 50 and over, say the menopausal group. Mortality can be reduced by about 30% in that group.

[Translation]

Mme Clancy: Certainement.

Dr Margolese: Par conséquent, si vous prenez toutes les femmes aux nodules négatifs et que vous ne leur faites pas d'autres traitements, 75 p. 100 d'entre elles survivent et 25 p. 100 meurent. Si vous leur donnez la chimiothérapie, vous n'augmenterez le taux de guérison que de 75 p. 100 à 82 p. 100.

Mme Clancy: D'accord.

Dr Margolese: Par conséquent, nous avons ici tous les nodules négatifs et je les ai divisés ici en trois catégories: les femmes qui survivront de toute façon, celles qui ne survivront pas de toute façon et celles qui bénéficient du traitement.

Mme Clancy: Maintenant, je comprends. Merci. Voilà pourquoi j'ai étudié le droit plutôt que la médecine.

Dr Margolese: Ce n'est qu'une des questions qui sont très difficiles à résoudre. Nous devons poursuivre la recherche, mais même dans ce cas, ce sera difficile.

Prenons la transplantation de moelle osseuse. C'est une façon hautement technologique d'essayer de guérir des femmes cancéreuses qui, autrement, seraient incurables. Le cancer s'est déjà propagé. La chimiothérapie peut aider ces femmes, mais elle ne peut pas les guérir. Les cas que je viens de vous montrer peuvent être guéris parce que ce traitement permet d'éviter la réapparition de la maladie. Mais lorsqu'elle réapparaît, elle n'est plus curable.

Grâce à cette transplantation de moelle osseuse, que je vais vous expliquer, mais c'est compliqué, vous pouvez donner des doses beaucoup plus fortes de chimiothérapie. Je ne sais pas si cela améliorera vraiment le taux de guérison ou non, mais on peut supposer que oui. Voilà le problème. Si c'est le cas, cela ne guérira que 5 à 10 p. 100 des femmes. Cela coûte. . .

Mme Black: Parmi lesquelles?

Dr Margolese: Parmi celles qui subissent le traitement.

Mme Black: Et parmi celles qui ont des métastases?

Dr Margolese: Oui, parmi celles qui ont des métastases et qui sont admissibles à ce traitement. Pour l'obtenir vous devez être assez jeune et présenter certains types de métastases. Mais sans ce traitement, vous n'avez aucune chance de survie. Supposons que les chances de guérison sont de 5 à 10 p. 100 si vous obtenez ce traitement. Ce n'est pas énorme. Chaque traitement coûte 100,000\$. Et c'est épuisant. Un petit pourcentage de patientes meurent rien qu'à cause du traitement.

Alors que faites-vous? Faut-il l'instaurer malgré son coût et son faible taux de succès ou vaut-il mieux investir plutôt dans le dépistage? Ce sont là d'importantes décisions qui doivent être prises au niveau politique.

Cela m'amène à Cancer 2000 que je réserve pour la fin. J'y reviendrai. Je voulais simplement vous en toucher un mot. C'est une de mes autres fonctions. Je suis président de ce qui est, en fait, un groupe de travail fédéral-provincial sur la lutte contre le cancer. J'y reviendrai.

Passons maintenant au dépistage. Je n'en dirai pas grand-chose car je sais que d'autres personnes vous en parleront. Nous savons que le dépistage du cancer du sein est efficace chez les femmes d'une cinquantaine d'années et plus, disons les femmes ménopausées. Il est possible de réduire le taux de mortalité d'environ 30 p. 100 pour ce groupe.