

[Texte]

I've a couple of questions. You were talking about cancer recurring and the patient, if she is knowledgeable, then knowing that this is it, that now she's going to die. I want to get this clear. If, for example, a woman has had a lumpectomy or a mastectomy on one breast and the cancer appears in the other, is that the same thing or is it possible that the treatment might work the second time?

Dr. Cunningham: Again, that's not my technical field, but I think that would generally be a second primary, with roughly the same kinds of risk.

Mrs. Clancy: So that's not a recurrence.

Dr. Cunningham: It can be.

Mrs. Clancy: But it might not be.

Dr. Cunningham: It might not be.

Mrs. Clancy: In the effort to be more knowledgeable, if it were a spot on the liver, for example, would that be considered a recurrence?

Dr. Cunningham: That is a recurrence. If the breast cancer comes back in the region from which it was originally taken, that may not be a lethal situation. Only if it's distant in the body is that the case.

Mrs. Clancy: I see. Thank you very much. I didn't know that.

I'm very interested in your idea of replicating the study of the people who had the support groups. When you think something is beneficial, where do you find the people who are going to go without the benefit, in a sense? How would you go about that, in general?

Dr. Cunningham: You pinpoint a very difficult and agonizing part of doing such a study. It's one reason why I, after several years, have ordered it and have been induced to start again only after reading about Spiegel's results two years ago. Incidentally, I have left a copy of the Spiegel paper for you.

You have to recruit people, women with breast cancer that's recurred, who are willing to take part in the study and yet understand they have only one chance in two of being in the treatment. I can tell you—

Mrs. Clancy: I think I know what I'd tell you.

• 1935

Dr. Cunningham: As you can imagine, it is a balancing act. It's horrible.

Mrs. Clancy: When you are talking about these things, is this different from what we call palliative care or is the same idea as palliative care units?

Dr. Cunningham: Palliative care usually refers to people who have exhausted all medical treatment options and are likely to die within three to six months.

Mrs. Clancy: There is a palliative care unit that I am familiar with in Halifax where the volunteers go in through the Canadian Cancer Society and through other groups. It would seem to me that this kind of support group—I am jumping from the test to the support groups you were talking about—would be just as useful in the sense of relieving the extra anxiety at the palliative care level.

[Traduction]

J'ai quelques questions. Vous avez parlé de récurrence, et vous disiez que si la patiente est bien informée, elle saura que c'est fini, qu'elle va mourir. Je voudrais être sûre d'avoir bien compris. Si, par exemple, une femme qui a subi une tumorectomie ou une mastectomie à un sein, est atteinte d'un cancer à l'autre sein, est-ce une récurrence, ou peut-on espérer que le traitement donne une deuxième fois des résultats?

Dr Cunningham: Ce n'est pas mon domaine de spécialisation, mais je dirais que généralement, ce serait considéré comme un deuxième cancer primaire, avec le même pourcentage de risques.

Mme Clancy: Ce n'est donc pas un cancer récurrent.

Dr Cunningham: Ça pourrait l'être.

Mme Clancy: Mais pas nécessairement.

Dr Cunningham: Pas nécessairement.

Mme Clancy: Pour être tout à fait sûr, si le cancer apparaît au foie, par exemple, serait-ce dans ce cas une récurrence?

Dr Cunningham: Oui. Si le cancer qui avait atteint le sein réapparaît dans la même région, il n'est pas nécessairement mortel. Ce n'est le cas que s'il survient à une certaine distance de là.

Mme Clancy: Je vois. Je vous remercie. Je l'ignorais.

Votre idée de reproduire l'étude concernant les personnes qui ont bénéficié d'un groupe d'entraide m'intéresse beaucoup. Quand vous savez qu'une méthode est bénéfique, comment trouvez-vous des gens qui accepteront de s'en passer, en quelque sorte? Comment procédez-vous, de manière générale?

Dr Cunningham: Vous touchez là un aspect extrêmement difficile et déchirant de ce genre d'étude. C'est une des raisons pour lesquelles, après plusieurs années d'interruption, je n'ai été incité à reprendre ce genre d'étude qu'après avoir lu les résultats de Spiegel, il y a deux ans. Entre parenthèses, je vous ai laissé un exemplaire de l'étude de Spiegel.

Il faut trouver des gens, des femmes atteintes d'un cancer récurrent, qui soient prêtes à participer à l'étude, sachant qu'elles n'ont qu'une chance sur deux d'être dans le groupe de traitement. Je vous assure. . .

Mme Clancy: Je sais déjà ce que je vous répondrais.

Dr Cunningham: Comme vous pouvez l'imaginer, on a l'impression de faire de la corde raide. C'est terrifiant.

Mme Clancy: Cela diffère-t-il des soins palliatifs, ou est-ce en fait la même chose que des unités de soins palliatifs?

Dr Cunningham: On parle habituellement de soins palliatifs pour ceux qui n'ont plus aucune option médicale et qui vont probablement mourir dans un délai de trois à six mois.

Mme Clancy: Il y a à Halifax, une unité de soins palliatifs que je connais bien, où la Société canadienne du cancer et d'autres groupes envoient des bénévoles. Il me semble que c'est là le genre de groupes d'entraide—je passe maintenant de la question de l'étude à celle des groupes d'entraide—qui peut être tout aussi utile pour atténuer cette angoisse.