

[Text]

You are looking at 1976, when we began the clinical trial comparing the two operations, the lumpectomy and the mastectomy—the simple one not the radical one. We didn't analyse our results until the end of 1984 and didn't publish them until 1985. My point is that all these women got a head start on having their breast saved because they had the right operation, but women in other parts of Canada were waiting for these results to come out.

This study went on in three or four hospitals in Montreal, Toronto, Winnipeg and Quebec City, but nowhere else. Being in the clinical trial helped those women get an advance in their treatment that we now recognize as being very worthwhile.

Coming back to my theme, I would like to talk to you about standardized protocols and show you where we get confused and where we have a lot of trouble saying what a standardized protocol should be. Not only have we established that we could reduce the surgery but we were also using chemotherapy at the time of surgery to cure people who could not have been cured otherwise. Although we do that very well when people have early signs of spread or have the more moderate risk from breast cancer, this is a group of people who have a very low risk of dying from breast cancer because they have what we call "negative nodes". And the lower line represents the treatment group who did not get extra chemotherapy, and the upper line represents the group who got the extra chemotherapy. There is a very small improvement of 7 percentage points, from 75% to 82%. You may think that is small but there are 40,000 women in this group in North America, so we are talking about 10% of them or 4,000 lives that were saved because we are doing chemotherapy.

Let me show you the negative way of looking at this to show you the real dilemma that people face. This is the same graph. I have just coloured in some boxes to make it easier to see. The big thing at the bottom represents the 75% of women who are cured without additional chemotherapy. They don't need to take it. The open space represents about 18% of women who don't benefit despite the fact that they are taking chemotherapy—they still fail. The black sliver is the 7% that we help. If we help 7% then 93% take it for nothing, yet we can save 10,000 lives in North America if we do that. So what do we do? Do we give it or do we not give it? These are important questions.

We can't solve these by legislation, we can only solve them by further science. What scientists like me are trying to do is to find out which women in this overall group have the features that will make them appear in this group. In other

[Translation]

Voici le tableau pour 1976, quand nous avons commencé l'essai clinique pour comparer la tumorectomie et la mastectomie, c'est-à-dire la mastectomie simple et non radicale. C'est seulement à la fin de 1984 que nous avons analysé nos résultats et nous les avons publiés en 1985. Donc, toutes les femmes qui ont participé à cette étude ont pu préserver leurs seins parce qu'elles ont eu la chirurgie appropriée, alors que d'autres femmes ailleurs au Canada attendaient encore que les résultats soient publiés.

Cette étude a été menée dans trois ou quatre hôpitaux à Montréal, à Toronto, à Winnipeg et à Québec, mais nulle part ailleurs. Le fait de participer à ces essais cliniques a aidé les femmes en question à obtenir un traitement avant-gardiste que nous savons maintenant être très utile.

Pour en revenir à mon thème, je voudrais vous dire un mot des protocoles normalisés et expliquer où il y a confusion et pourquoi il est très difficile de dire ce que le protocole normalisé devrait être. Nous avons non seulement montré qu'on peut réduire la gravité de l'intervention, mais nous avons aussi utilisé la chimiothérapie au moment de la chirurgie pour guérir des femmes qui n'auraient pas été guéries sinon. Cette méthode est très efficace lorsque la patiente montre des signes précoces de métastases ou présente des risques davantage modérés de cancer du sein, mais ces personnes courent très peu de risque de mourir d'un cancer du sein parce qu'elles ont ce que nous appelons des nodules négatifs. La ligne inférieure représente le groupe qui n'a pas reçu de chimiothérapie supplémentaire et la ligne supérieure celui qui en a reçu. Il y a une amélioration minime de 7 p. 100, soit de 75 à 82 p. 100. Vous penserez peut-être que ce n'est pas beaucoup, mais comme il y a 40,000 femmes en Amérique du Nord dans ce groupe, 10 p. 100 d'entre elles ou 4,000 vies ont été sauvées parce que nous faisons maintenant de la chimiothérapie.

Permettez-moi de vous montrer la façon négative de considérer la question pour vous montrer quel est le véritable dilemme. C'est le même graphique. J'ai simplement mis certaines cases en couleur pour que ce soit plus facile à voir. Au bas, on voit les 75 p. 100 des femmes qui ont été guéries sans chimiothérapie supplémentaire. Elles n'en avaient pas besoin. L'espace libre représente les quelque 18 p. 100 de femmes chez qui le traitement a échoué, malgré la chimiothérapie. La mince ligne noire représente les 7 p. 100 que nous avons aidées. Si nous aidons 7 p. 100 des femmes, 93 p. 100 suivent le traitement de chimiothérapie pour rien, mais nous pouvons malgré tout sauver 10,000 vies en Amérique du Nord grâce à ce traitement. Qu'allons-nous faire? Allons-nous l'abandonner ou faire suivre ce traitement? Ce sont des questions importantes.

On ne peut pas résoudre ces problèmes par une loi, mais uniquement en effectuant d'autres recherches scientifiques. Ce que les scientifiques comme moi essaient de faire, c'est de découvrir quelles femmes parmi toutes celles-ci possèdent les