

[Text]

That is my point, that cancer has an impact as much emotionally, mentally, socially, spiritually if you like, and existentially as it does physically—perhaps more. I would think from what I've seen that if you average the pain over the whole course of the disease, it's much more in the emotional arena than it is in the physical in most cases.

That brings us to the third area. If that's the case, shouldn't we be treating the emotional pain? This is my real point. But we don't, not systematically. I think we need to take the emotional aspects, the emotional pain of cancer and of a lot of other diseases, seriously in a way we really don't do now because our health care system by and large doesn't treat it.

It is rather paradoxical, because if somebody in a hospital has a great deal of physical pain, it would be unethical. Any doctor would consider it unethical to leave that untreated. They would do what they could for that person. But it doesn't seem to be unethical to leave emotional pain untreated. Of course it's not as visible. People bear in silence, but there is a great deal of anguish, as I am sure you can imagine underneath during this process of gradual decline. Large-scale surveys, like Cancer 2000 that Dr. Margolese talked about, and the needs studies that have been conducted among patients in four provinces with cancer in Canada recently have shown that patients put psycho-social health very high on their list of concerns.

• 1925

What can we do in concrete terms? There are a number of basic things we can do. I am not saying we can take this all away, because obviously we can't, but there are things we can do to make the experience a little easier for people, such basic things as working to improve communication to breast cancer patients from the health care professionals; little elementary things like making sure people have the same doctor each time, instead of a different one every time they come to the clinic; training health professionals in communication. There is quite some interest in this now, but it is a difficult thing to implement obviously.

I believe, and I know maybe this is expressing an idea, there should be more people in hospitals competent to listen to patients and talk to them in a counselling kind of a way. I believe more emphasis could be given to that rather than just to the mechanics of treatment. A lot of such people are being laid off, at least in Ontario, because of financial stringency. That mode of health is seen as a frill, I think. It is not seen as essential.

[Translation]

C'est cela que je voulais vous dire. Le cancer a des effets sur le plan émotif, mental, social, spirituel si vous voulez, et existentiel, tout autant que sur le plan physique, et peut-être même davantage. D'après ce que j'ai vu, je pense que si on établissait une moyenne des souffrances qu'endurent les cancéreux pendant toute la durée de la maladie, on se rendrait compte que c'est le côté émotif qui est touché dans la plupart des cas bien plus que le côté physique.

Ce qui m'amène au troisième élément dont j'ai parlé tout à l'heure. S'il en est ainsi, est-ce que nous ne devrions pas essayer d'atténuer cette souffrance morale? C'est ça qui compte d'après moi. Mais nous ne le faisons pas, du moins pas systématiquement. Je pense qu'il faut prendre au sérieux les aspects affectifs du cancer et de beaucoup d'autres maladies, beaucoup plus que nous ne le faisons actuellement parce que notre système de soins de santé n'est pas fait pour ça, dans une large mesure.

C'est plutôt paradoxal parce que si un malade, dans un hôpital, souffrait beaucoup physiquement, il serait contraire à l'éthique médicale de le laisser dans cet état. N'importe quel médecin jugerait immoral de ne pas le soigner et ferait tout son possible pour cette personne. Mais il ne semble pas immoral de laisser un malade souffrir sur le plan affectif. Bien sûr, ce n'est pas aussi visible. Les gens souffrent en silence, mais leur angoisse est grande, tout au long de leur déclin graduel, comme vous pouvez sûrement vous l'imaginer. Les grandes enquêtes comme Cancer 2000, dont le docteur Margolese a parlé, ainsi que les études effectuées récemment dans quatre provinces canadiennes pour mieux connaître les besoins des cancéreux, ont montré que ces malades accordent une très grande importance à la santé psychosociale.

Mais que pouvons-nous faire en termes concrets? Il y a un certain nombre de mesures très simples que nous pouvons prendre. Je n'irai pas jusqu'à dire que nous pouvons supprimer toute cette souffrance, parce que ce n'est évidemment pas vrai, mais nous pouvons faire certaines choses pour rendre l'expérience un peu moins pénible pour les gens; nous pouvons par exemple tenter d'améliorer les communications entre les professionnels de la santé et les malades atteints d'un cancer du sein; il y a des choses élémentaires qui peuvent se faire, par exemple s'assurer que les gens voient les mêmes médecins chaque fois, plutôt que d'en rencontrer un nouveau à chacune de leurs visites en clinique; on peut également montrer aux professionnels de la santé à mieux communiquer. Les mesures de ce genre suscitent beaucoup d'intérêt à l'heure actuelle, mais de toute évidence, elles sont difficiles à mettre en oeuvre.

À mon avis, et je sais bien qu'il s'agit d'une idée un peu abstraite, il devrait y avoir dans les hôpitaux plus de gens formés pour écouter les malades et pour les conseiller. Il me semble qu'il faudrait accorder plus d'importance à cet aspect du traitement, plutôt qu'au simple côté technique. Bien des gens qui possèdent cette formation sont mis à pied, du moins en Ontario, à cause des contraintes financières. J'ai l'impression que cet aspect de la santé est encore considéré comme accessoire; on ne le juge pas essentiel.