

[Text]

Ms Black: Absolutely. I want to congratulate you and express my appreciation. I am sure the women in your area who have access to this and your booklet appreciate it. I have had only a very quick opportunity to leaf through the booklet, but this is the kind of information women need and want.

I was listening to the questioning from across the table, and I think it's unfair to ask you where the money should be allocated, because those are the decisions that governments make across the country. Certainly you should have input into that, but it is an unreal expectation to ask you if we should take money away from one program in order to give it to another.

It is very clear that in terms of dollars spent on research on breast cancer, compared to dollars spent on other research projects in this country, there is a strong element of sexism. You alluded to it in *The Medical Practitioner*, but that relates also to those involved in research being predominantly male as well, and not likely to be affected by this disease. That bias goes through all avenues of our society and anyone who has looked at it would be shocked to find that it didn't apply in this avenue as well.

I want to ask you about the ability to make informed choices for women who are faced with this disease. We had a very articulate example from Ms Morrison on her ability to do that, and she herself indicated that she was perhaps not the typical breast cancer patient in that she had access to other resources in other parts of the world.

I want to ask how you feel the choices are presented to women, both in terms of treatment and in terms of follow-up—the choices such as mastectomy and lumpectomy. How well informed are they about their choices—chemotherapy, radiation, all of those things? I wonder if you could expand on that a little bit.

Ms Kelly: First of all, I don't believe women are informed about the choices available to them. As I said, within 72 hours of being diagnosed, there is usually a strong recommendation for a treatment option, and it would likely come from the first person who has dealt with the biopsy report, likely the surgeon. If the woman is very resourceful, she would then choose to get a second opinion. If she is incredibly lucky—and I don't know where she would live—someone, perhaps her first physician, might suggest a second opinion. Those second opinions can be made available very quickly, because the urgency of information is one thing we do respond to. We tell women they do have the time necessary to make the choices available to them. We also hear very frequently from women that they did not know they could speak to someone else. They now wonder whether a mastectomy was appropriate. Did they have to have a mastectomy?

[Translation]

Mme Black: Absolument. Je vous félicite pour l'excellent travail que vous effectuez. Je suis certaine que les femmes de votre région qui ont accès à vos services et à cette brochure se rendent compte de la chance qu'elles ont. J'ai feuilleté très rapidement cette brochure, mais j'ai remarqué qu'elle présente les informations que les femmes recherchent et dont elles ont besoin.

Je pense qu'il est injuste de vous demander, comme l'a fait ma collègue de l'autre côté de la table, comment vous utiliseriez les fonds réservés à la santé, car ce sont là des décisions qui appartiennent aux gouvernements. Il est certain que vous devriez avoir votre mot à dire, mais on ne peut pas s'attendre à ce que vous nous disiez qu'il faudrait diminuer le budget d'un programme et augmenter celui d'un autre.

Il est très clair que l'on peut déceler une tendance sexiste très nette dans la répartition des fonds consacrés à la recherche sur le cancer par rapport au budget dont dispose les autres projets de recherche au Canada. Vous en avez parlé dans *The Medical Practitioner*, mais il faut mentionner également que la plus grande partie de la recherche est effectuée par des hommes qui ne risquent pas d'être touchés par cette maladie. Cette attitude sexiste se retrouve dans toutes les facettes de notre société et il serait surprenant en effet qu'elle ne s'évise pas dans ce domaine.

J'aimerais vous demander si les femmes qui sont victimes de cette maladie sont capables de faire des choix informés. M^{me} Morrison constitue un excellent exemple à ce sujet, bien qu'elle nous ait précisé qu'elle n'était pas une patiente ordinaire, puisqu'elle avait accès à d'autres ressources dans d'autres pays du monde.

J'aimerais vous demander ce que vous pensez des choix qui sont offerts aux femmes, tant sur le plan des traitements que sur le plan du suivi. Comment choisir entre une mastectomie et une tumorectomie? Dans quelle mesure sont-elles informées sur les différentes possibilités que sont la chimiothérapie, les rayons, etc.? Pouvez-vous nous donner quelques précisions à ce sujet?

Mme Kelly: Tout d'abord, je ne pense pas que les femmes connaissent vraiment les options qui leur sont offertes. Comme je l'ai dit, on leur recommande fortement un traitement plutôt qu'un autre dans les 72 heures qui suivent le diagnostic. Cette recommandation provient généralement de la première personne qui s'est chargée du rapport de biopsie, en l'occurrence le chirurgien. Si la patiente fait vraiment preuve d'initiative, elle cherchera à avoir une deuxième opinion. Si elle a vraiment beaucoup de chance... on peut toujours rêver... quelqu'un lui conseillera de demander une deuxième opinion. Ce quelqu'un sera peut-être son médecin. On peut obtenir très rapidement une deuxième opinion, car nous réagissons vite en cas d'urgence. Nous disons aux femmes qu'elles ont le temps qu'il faut pour passer en revue les options qui leur sont offertes. Très souvent, les femmes nous disent qu'elles ne savaient pas qu'elles pouvaient parler à quelqu'un d'autre. Elles se demandent maintenant si la mastectomie était vraiment la meilleure option, si elles devaient obligatoirement avoir une telle opération.