



Mot du rédacteur en chef

English on previous page

Au risque de devenir, du moins dans l'esprit des lecteurs, le *Journal des pontages aortocoronariens* (PAC), nous publions ici un autre document sur cette intervention des plus intéressantes. William Ghali et ses collaborateurs (page 926) font état des décès à l'hôpital après un PAC, qu'on a enregistrés après plus de 50 000 interventions réalisées de 1992/1993 à 1995/1996 dans 23 hôpitaux du Canada. En moyenne, un patient sur 28 qui ont subi l'intervention est mort. Intervention élective pour beaucoup de patients, le PAC entraîne donc toujours un taux de décès extrêmement élevé. Les taux de décès particuliers aux hôpitaux variaient énormément : en 1995-1996, par exemple, ils ont varié d'un minimum d'un décès sur 189 interventions pratiquées à un hôpital jusqu'à un maximum d'un décès sur 18 interventions réalisées à un autre.

À cause des pressions croissantes qui s'exercent au Canada, et plus particulièrement aux États-Unis, pour qu'on publie des bulletins de rendement des hôpitaux et des médecins, on se demande s'il faudrait communiquer ces données et d'autres données semblables aux médecins et à la population en général. Dans un éditorial d'accompagnement, James Brophy et Lawrence Joseph (page 949) contestent l'interprétation statistique de Ghali et de ses collaborateurs en montrant de façon élégante qu'une grande partie de la variation observée peut être attribuable au hasard seulement. Ils signalent dans leur commentaire de nouvelles techniques statistiques qui peuvent très bien devenir la norme dans le cas des études d'analyse où l'on essaie de montrer une variation dans l'exercice de la médecine. Ils insistent aussi sur le fait qu'avant de publier des bulletins de rendement, nous devons être sûrs que les différences observées ont peu de chances d'être attribuables au hasard seulement.

Au début de 1994, on a démontré de façon convaincante qu'il était possible de prévenir la transmission du VIH de

la mère au fœtus en administrant des antirétroviraux à la mère au cours de la grossesse et pendant l'accouchement. David Patrick et ses collaborateurs (page 942) présentent un compte rendu de l'expérience réalisée en Colombie-Britannique, où l'on a mis en œuvre, en 1994, un programme de dépistage des femmes infectées par le VIH. Le programme a permis de repérer 25 femmes dont l'infection n'avait pas encore été diagnostiquée. Il est certain que le dépistage volontaire du VIH chez les femmes enceintes est accepté par les patientes, même dans les régions où la prévalence de l'infection est faible, et qu'il est ainsi possible de prévenir la transmission de la mère au fœtus, ainsi que les coûts connexes du traitement.

Il est devenu possible de traiter en service externe les patients victimes d'une thrombose veineuse profonde proximale lorsque Levine et ses collaborateurs¹, notamment, ont démontré que cette méthode (administration d'héparine de faible poids moléculaire) était aussi efficace que le traitement classique à l'hôpital (au moyen d'héparine non fractionnée). Marc Rodger et ses collaborateurs (page 931) comparent la rentabilité du traitement en service interne à celle du traitement en service externe et signalent qu'il en coûte environ la moitié dans le dernier cas.

Des chercheurs à l'Hôpital pour enfants malades ont rompu leur contrat avec une société pharmaceutique privée qui finançait leurs travaux lorsqu'ils ont dévoilé des résultats de recherche sans l'autorisation de l'entreprise. Miriam Shuchman présente un aperçu fascinant de ce qui est devenu un cauchemar pour les chercheurs (page 983) et Bob Phillips et John Hoey analysent la question et ses répercussions (page 955).

Référence

1. Levine M, Gent M, Hirsh J, LeClerc J, Anderson DR, Weitz J, et al. A comparison of low molecular weight heparin administered primarily at home with unfractionated heparin administered in the hospital for proximal deep vein thrombosis. *N Engl J Med* 1996;334(11):677-81.

CMAJ·JAMC

PRODUCTION

Production Manager • Gestionnaire de production
Kathryn A. Freamo

Production Assistant • Assistante à la production
Nicole Barbeau

ADVERTISING • PUBLICITÉ

Manager, Journal Advertising
Gestionnaire, Annonces publicitaires
Beverley Kirkpatrick

Coordinator, Display Advertising
Coordonnatrice de la publicité
Nancy Pope

Assistant Manager, Classified Advertising
Gestionnaire adjointe, annonces classées
Deborah Rodd

613 731-9331, fax 613 523-0824

For information on how to advertise
in any of the CMA journals
www.cma.ca

Pour savoir comment placer une annonce
dans les revues publiées par l'AMC
www.cma.ca

Marketing and Advertising Sales
Marketing et publicité
Keith Health Care Inc.

Toronto	Montréal
905 278-6700	514 624-6979
800 661-5004	877-761-0447
fax 905 278-4850	fax 514 624-6707

All prescription drug advertisements have been cleared by the Pharmaceutical Advertising Advisory Board.

Toutes les annonces de médicaments prescrits ont été approuvées par le Conseil consultatif de publicité pharmaceutique.



ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

President • Président
Allon Reddoch, MD

Secretary General • Secrétaire général
Léo-Paul Landry, MD

Director, Professional Development
Directeur, Développement professionnel
Stephen Prudhomme

Manager, Publishing Services
Gestionnaire, Services de publication
Jill Rafuse

Publications Committee • Comité des publications

Stuart M. MacLeod, MD (Chairman/Président)
Gilles Beauchamp, MD
R.P. Bryce Larke, MD
Barbara P. Lent, MD
Jonathan L. Meakins, MD
Mark Roper, MD
W. Grant Thompson, MD
Ian M. Warrack, MB, ChB



Printed on recycled paper • Imprimé sur papier recyclé