

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 613 565-7488
advertising@cma.ca

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
Barbara Drew

Manager, Publishing Services
Gestionnaire, Services de publication
Jill Rafuse

Publications Committee • Comité des publications
Stuart M. MacLeod, MD (Chairman • Président)
Henry Haddad, MD
Philip F. Hall, MD
Barbara P. Lent, MD
D'Arcy Lawrence Little, MD
Jonathan L. Meakins, MD
Mark Roper, MD
W. Grant Thompson, MD



Printed on recycled paper • Imprimé sur papier recyclé



Depuis plus d'une décennie, on vante l'étude clinique randomisée comme le concept suprême pour l'évaluation de l'efficacité des interventions. Des organismes subventionnaires en financent, des journaux médicaux en publient les constatations et de plus en plus des médecins en appliquent les résultats dans la pratique clinique. Il y a toutefois des questions auxquelles les études randomisées ne peuvent répondre. Il n'est pas toujours clair que les traitements dont l'efficacité est démontrée chez les patients très sélectionnés et dans les environnements très contrôlés qui sont ceux des études randomisées sont efficaces et sûrs dans le monde réel. Bref, il faut parfois aller au-delà des études randomisées.

C'est exactement ce que font Robert Hogg et ses collaborateurs dans une étude démographique. En se fondant sur une base de données administrative en Colombie-Britannique, ils ont réalisé une analyse des intentions de traiter qui a porté sur 500 hommes et femmes infectés par le VIH afin de déterminer les différences aux niveaux des taux de survie et de l'évolution en sida entre les patients qui ont reçu deux médicaments antirétroviraux (groupe ERA-II) et ceux qui en ont reçu trois (groupe ERA-III) (page 659). Ils ont constaté que la probabilité de décès à 12 mois était plus de trois fois plus élevée et la probabilité d'évolution en sida ou jusqu'à la mort à 12 mois était plus de deux fois plus élevée chez les sujets du groupe ERA-II que chez ceux du groupe ERA-III. Les auteurs jugent les résultats rassurants, puisque l'ordre de grandeur de l'avantage est probablement sous-estimé et est comparable à celui qu'on trouve dans des études randomisées. Peggy Millson et Anita Rachlis félicitent les auteurs et insistent sur les facteurs liés aux fournisseurs de soins, aux patients et à la couverture dont seules des études démographiques portant sur l'«efficacité communautaire» et non des études cliniques peuvent tenir compte (page 669).

Même si les études randomisées constituent l'étalon-or d'évaluation de l'efficacité des traitements, bien souvent, une seule étude d'envergure limitée ne suffit pas. La force réside dans le nombre, surtout lorsqu'il est question de sûreté des médicaments. Afin d'évaluer l'efficacité et la sûreté des benzodiazépines dans le traitement du sevrage alcoolique aigu, Anne Holbrook et ses collaborateurs ont réalisé une méta-analyse de 11 études randomisées portant sur 1286 patients au total (page 649). On a constaté que les benzodiazépines offraient plus d'avantages cliniques que le placebo, sans qu'il y ait de différence significative quant aux événements indésirables ou aux taux d'abandon entre les benzodiazépines et d'autres médicaments. Dans une étude d'accompagnement, les auteurs décrivent le diagnostic et le traitement du sevrage alcoolique aigu (page 675).

Tout comme il faut faire preuve de prudence dans l'extrapolation des résultats d'une étude clinique randomisée à des patients qui se trouvent à l'extérieur de la population visée, il est souvent difficile d'appliquer dans un autre contexte les résultats de recherches sur les soins de santé réalisées dans un système de santé. Les études portant sur le système mixte public et privé de soins de santé des États-Unis ont montré que les établissements qui procèdent à un plus grand nombre de résections du pancréas pour traiter un néoplasme enregistrent des taux de mortalité moins élevés associés à ces interventions. Dans leur analyse rétrospective de 842 résections de cette nature réalisées dans 68 centres de l'Ontario, Marko Simunovic et ses collaborateurs se demandent si la même relation volume-résultat est valable dans un système de soins de santé financé par le secteur public (page 643). La réponse est oui, mais Marvin Wexler souligne certaines des difficultés méthodologiques importantes que comporte l'attribution du résultat au volume seulement (page 671). ?