

ADVERTISING • PUBLICITÉ

Coordinator, Display Advertising
Coordonnatrice de la publicité
 Nancy Pope

Manager, Classified Advertising
Gestionnaire des annonces classées
 Beverley Kirkpatrick

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

613 731-9331, fax 613 523-0824

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

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

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.



All editorial matter in *CMAJ* represents the opinions of the authors and not necessarily those of the Canadian Medical Association (CMA). The CMA assumes no responsibility or liability for damages arising from any error or omission or from the use of any information or advice contained in *CMAJ* including editorials, studies, reports, letters and advertisements.

Tous les articles à caractère éditorial dans le *JAMC* représentent les opinions de leurs auteurs et n'engagent pas l'Association médicale canadienne (AMC). L'AMC décline toute responsabilité civile ou autre quant à toute erreur ou omission ou à l'usage de tout conseil ou information figurant dans le *JAMC* et les éditoriaux, études, rapports, lettres et publicités y paraissant.

**ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE**



**CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION**

President • Présidente
 Judith C. Kazimirski, MD

Secretary General • Secrétaire général
 Léo-Paul Landry, MD

Director, Professional Development
Directeur, Développement professionnel
 Stephen Prudhomme

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



Une habitude, c'est une habitude : il ne faut pas la jeter brusquement par la fenêtre. Il faut plutôt la pousser tout doucement vers la porte.

Mark Twain, *Pudd'nhead Wilson*

Est-il possible de modifier les habitudes des médecins? Faudrait-il le faire? Dans ce numéro, Finlay McAlister et ses collègues passent en revue les dossiers de 969 patients d'Edmonton qui ont été traités pour une hypertension diagnostiquée récemment (page 23). Ils voulaient déterminer si les médecins suivent le guide de pratique publié par la Société canadienne d'hypertension. Les résultats de leur recherche sont remarquables. Beaucoup de médecins n'ont pas prescrit les tests de laboratoire recommandés (on n'a pas consigné le taux de créatinine sérique de 24 % des patients) ou ont prescrit des tests qui ne sont pas recommandés (23 % des patients avaient subi une radiographie pulmonaire). On a administré des agents de première intention (bêta-bloquants ou diurétiques au thiazide) à 30 % seulement des patients auxquels on a commencé à administrer des antihypertenseurs. Fait intéressant, on a constaté que les médecins de famille étaient beaucoup plus susceptibles que les internistes de prescrire les médicaments recommandés, même lorsqu'il était tenu compte d'autres facteurs cliniques.

Dans un éditorial perspicace, Nuala Kenny présente des commentaires sur ces variations de la pratique et des réflexions sur l'application de données probantes scientifiques en contexte clinique (page 33). On ne peut s'attendre à ce que les données probantes guident à elles seules la prise de décisions cliniques. Les médecins auront toujours des jugements à porter sur l'applicabilité de résultats d'analyse à des clients en particulier. Par ailleurs, nous devons réduire au minimum les écarts inacceptables de la pratique en favorisant l'éducation continue et la collégialité professionnelle, et en repensant nos attitudes face à l'autorité des médecins.

La terféfadine, qui a été retirée du

marché dans certains pays d'Europe et reclassée de médicament non prescrit à médicament prescrit au R.-U., est en train d'être retirée du marché aux É.-U. Au Canada, elle demeure disponible sans ordonnance. Robert Rangno signale que l'on a établi un lien entre 125 décès et la terféfadine aux É.-U. seulement (page 37). La terféfadine peut provoquer des arythmies cardiaques dangereuses, particulièrement chez les personnes qui ont un des nombreux facteurs prédisposants. Il se peut malheureusement que l'on ne reconnaisse pas ces facteurs avant l'apparition d'une réaction indésirable grave. Rangno recommande un retour aux méthodes éprouvées pour le traitement de la fièvre des foins et propose de nouvelles posologies pour notre vieille amie, la chlorphéniramine.

Les nouveaux modes de paiement seront presque certainement fondés sur la population, du moins dans le cas des médecins de premier recours. Truls Østbye et Steinar Hunskaar présentent un compte rendu sur l'expérience de la Norvège qui a procédé à des essais d'envergure sur l'établissement de listes au cours des dernières années (page 45). Comme le signale David Mowat, même si la capitation et l'établissement de listes peuvent être efficaces dans certains pays, nous devons analyser attentivement les avantages et les inconvénients de systèmes de financement fondés sur la population dans le contexte canadien (page 43).

Dans ce numéro, nous souhaitons la bienvenue aux D^{rs} Kenneth Flegel et Thomas Elmslie, comme rédacteurs associés, et disons au revoir au D^r Patricia Huston, rédactrice en chef associée du *JAMC* depuis 1993. Ken, ancien chef de la Division de la médecine interne générale à l'Université McGill, est interniste actif et chercheur clinique à McGill. Tom, médecin de famille, est président du Comité de recherche en médecine familiale à l'Université d'Ottawa. Nous savons que le journal bénéficiera de leur enthousiasme et de leur perspicacité clinique. — JH