

## 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 Communications

<b>Toronto</b>	<b>Montréal</b>
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

English on previous page



Les femmes âgées de 40 à 49 ans devraient-elles subir une mammographie annuelle de dépistage? Anthony B. Miller et ses collègues se sont attaqués à cette question dans le cadre d'une étude contrôlée et randomisée de grande envergure<sup>1</sup> et n'ont trouvé aucune donnée probante démontrant une de la mammographie. La controverse qui a suivi a porté avant tout sur la stratégie de randomisation : les femmes à risque plus élevé de cancer du sein étaient-elles plus susceptibles d'avoir été référées au hasard dans le groupe de sujets ayant subi une mammographie, ce qui expliquerait les résultats médiocres du dépistage? L'Institut national du cancer et l'Université de Toronto ont demandé aux épidémiologistes John Bailar et Brian MacMahon d'examiner les protocoles d'inscription à l'étude et de randomisation. On publie leur rapport dans le présent numéro (page 193). Norman F. Boyd (page 207) conclut que même si Bailar et MacMahon présentent des arguments convaincants pour démontrer que la modification des noms dans les registres de répartition ne pourrait qu'avoir eu un effet négligeable sur les résultats de l'étude, les auteurs n'arrivent cependant pas à être aussi persuasifs pour ce qui est d'exclure entièrement d'autres possibilités de corruption délibérée de la randomisation.

Les études randomisées multicentriques sont essentielles à la solution de questions pivot en médecine, mais elles sont difficiles à concevoir et encore plus difficiles à réaliser. La méthode de randomisation adoptée il y a 20 ans pour l'étude nationale sur le dépistage du cancer du sein ne serait pas utilisée aujourd'hui. La randomisation efficace n'est pas aussi simple que tirer à pile ou face et beaucoup d'études ont toujours des problèmes de randomisation<sup>2</sup>.

Qu'est-ce que les médecins devraient faire au sujet de la mammographie de dépistage? Heather Bryant

nous rappelle la distinction cruciale entre le dépistage et la recherche de cas (page 213). D'une part, les recommandations relatives au dépistage doivent être fondées sur des données probantes claires qui démontrent que les avantages l'emportent de loin sur les inconvénients. De l'autre, les médecins et les patientes peuvent déterminer si la mammographie serait utile dans un cas en particulier. Chez certaines femmes âgées de 40 à 49 ans, une mammographie annuelle est logique.

Les augmentations des prix des cigarettes font une différence, comme le montrent Vivian H. Hamilton et ses collègues (page 187). Au moment d'aller sous presse l'irascible industrie du tabac exerce de fortes pressions contre la législation plutôt édentée que le ministre de la Santé David Dingwall a présentée pour réduire l'exposition des jeunes poumons aux agents cancérogènes contenus dans les cigarettes. Ne vacillez pas, M. Dingwall.

Aussi dans ce numéro, Tara Young, lauréate du Prix Logie, décrit ses expériences du mensonge et de la duperie dans le contexte de demandes d'inscription à des programmes de résidence (page 219). David M. Patrick décrit un nouveau protocole agressif de prophylaxie contre le VIH après une blessure par piqûre d'aiguille (page 233). Enfin, nous attirons votre attention sur *Médicogramme*, une nouvelle chronique du *JAMC*. Chaque chronique contiendra un ensemble intéressant de données et une brève interprétation. Lisez-la à la dernière page.—JH

### Références

1. Miller AB, Baines CJ, To T, Wall C. Canadian National Breast Screening Study: 1. Breast cancer detection and death rates among women aged 40 to 49 years. *Can Med Assoc J* 1992; 147:1459-76.
2. Schulz KF, Chalmers I, Grimes DA, Altman DG. Assessing the quality of randomisation from reports of controlled trials published in obstetrics and gynecology journals. *JAMA* 1994; 272:125-8.