

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



Les tests de Papanicolaou (Pap) ont aidé à ramener l'incidence du cancer du col au Canada à un taux de 8 pour 100 000 femmes par année. Afin de déterminer pourquoi on enregistre encore des cas de cancer du col de type envahissant, Gavin Stuart et ses collaborateurs ont examiné les antécédents de 246 femmes consécutives chez lesquelles on a diagnostiqué cette maladie en 1990-1991 (page 513). Ils ont constaté que 30 % ne s'étaient jamais soumises à un test de Pap et que 15 % n'avaient pas subi de tests de dépistage au cours des 3 années précédentes. En outre, 17 % des frottis ont été considérés à tort comme normaux. Ainsi, il y a aussi eu des problèmes de contrôle de qualité au laboratoire.

Les taux de cancer du col sont à peu près 2 fois plus élevés à Terre-Neuve qu'ailleurs au Canada. Sharon Buehler et Wanda Parsons de l'Université Memorial ont identifié 441 femmes qui se sont présentées à une clinique de médecine familiale et n'avaient pas subi de test de dépistage au cours des 3 années précédentes. Elles en ont choisi la moitié qui ont reçu une lettre dans laquelle on expliquait les avantages du test de dépistage et leur demandait de prendre rendez-vous (page 521). Le taux de réponse a été d'une faiblesse décevante. Il est évident que de simples lettres de rappel aux femmes qui n'ont pas subi de test ne suffisent pas.

Dans un éditorial d'accompagnement, Eva Grunfeld analyse cet échec (page 543). Elle signale qu'il y a 3 grands groupes de femmes : celles qui répondent aux campagnes de dépistage si elles en comprennent l'importance et ont accès facilement au service, celles qui répondent à une démarche plus proactive et celles qui sont difficiles à atteindre. Les femmes du troisième groupe sont probablement des autochtones, des immigrantes, des femmes âgées ou des femmes dont la situation socio-économique est modeste, c'est-à-dire celles mêmes qui risquent le plus d'être victimes d'un cancer du col. C'est pourquoi il importe que les initiatives de dépistage accordent une attention particulière au ciblage des groupes difficiles à atteindre.

La mortalité infantile est un impor-

tant indicateur de la santé des populations. Dans ce numéro, K.S. Joseph et Michael Kramer signalent que les taux de mortalité infantile varient toujours considérablement entre les provinces (page 535). Le poids à la naissance est un important facteur déterminant de la mortalité infantile : les nouveau-nés dont le poids à la naissance est de moins que 2500 g représentent 75 % du total des morts infantiles. Entre 1987 et 1994, les taux de faible poids à la naissance en Ontario ont augmenté de 22 % tandis qu'ils diminuaient légèrement au Québec pour tomber au-dessous de ceux de l'Ontario. En essayant de comprendre cette tendance, les auteurs ont découvert des tendances inusitées qui indiquent qu'une erreur constante de consignation a faussé les données de l'Ontario. Dans un éditorial d'accompagnement, Graham Chance donne l'alarme : «Le fait qu'une telle erreur ait pu se produire indique que les personnes chargées de consigner les données comprenaient peu l'importance des renseignements qu'elles entraient ou la différence fondamentale entre le système métrique et le système impérial» (page 549).

La maladie coeliaque, problème des plus traitables, n'est pas diagnostiquée suffisamment en Amérique du Nord. La seule façon sûre de poser le diagnostic, soit la biopsie de l'intestin grêle, n'est habituellement utilisée que dans les cas graves qui se présentent de façon typique. Ainsi, on ne diagnostique pas la maladie chez les enfants qui présentent des symptômes atypiques. Lucie Chartrand et des collègues de l'Université de Montréal ont évalué un test simple de dépistage sérologique de l'anticorps de l'antigliadine chez 176 enfants qui pouvaient être atteints de la maladie coeliaque (page 527). Le test avait une sensibilité et une spécificité de 80 % et 92 % respectivement. George Davidson et Eric Hassall, de l'Université de la Colombie-Britannique, ont recommandé d'utiliser des tests de dépistage sérologique non seulement chez les enfants qui présentent les symptômes classiques, mais aussi chez ceux de groupes à risque élevé ou dont les symptômes sont à peine évocateurs (page 547).—JH