

PRODUCTION

Production Manager • Gestionnaire de production
Kathryn A. Freamo

Production Assistant • Assistante à la production
Nicole Barbeau

ADVERTISING • PUBLICITÉ

Coordinator, Display Advertising
Coordonnatrice de la publicité
Nancy Pope

Manager, Journal Advertising
Gestionnaire, Annonces publicitaires
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
905 278-6700
800 661-5004
fax 905 278-4850

Montréal
514 624-6979
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
Victor Dirnfeld, 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



Une étude de William Ghali et ses collaborateurs a révélé que le risque de décès à l'hôpital après un pontage aorto-coronarien (PAC) au Canada était d'un peu moins de 4 % en 1995/1996 (page 25). Les auteurs signalent aussi une baisse remarquable — de 17 % — du taux de mortalité corrigé en fonction du risque après un PAC entre 1992/1993 et 1995/1996. Cette baisse s'est produite en dépit des effets de l'intense rationalisation des hôpitaux survenue dans la majeure partie du pays pendant cette période et qui aurait pu avoir des effets défavorables. Même si les constatations relatives aux taux globaux de mortalité sont encourageantes, on a constaté des différences entre les provinces : par exemple, la Nouvelle Écosse a enregistré le taux de mortalité le plus bas corrigé en fonction du risque (2,4 %) et l'Alberta, le taux le plus élevé (4,3 %).

Les enjeux en l'occurrence sont complexes. Selon William Williams, l'étude sur le PAC indique que la qualité de ce type d'intervention chirurgicale s'est maintenue en période de pressions exercées sur le système de soins de santé (page 39). Des différences persistent néanmoins au niveau de la gravité des cas entre les provinces, ce qui le préoccupe. Il signale que les méthodes de sélection des cas pourraient entraîner des diminutions des taux de mortalité. Les patients et les gouvernements semblent vouloir vraiment imposer des «rapports de rendement» aux hôpitaux et aux chirurgiens, et Williams nous rappelle que les hôpitaux et les chirurgiens des États-Unis évitent les patients à risque élevé pour améliorer leurs résultats.

Dans les cas d'agression sexuelle, les policiers, les avocats de la poursuite et les accusés comptent souvent sur des preuves découlant d'un examen médical, et l'absence de lésion aux organes génitaux peut être considérée comme une preuve de consentement aux relations sexuelles. Marleen Biggs et ses collègues ont étudié les dossiers d'un échantillon aléatoire de 132 femmes victimes d'agression ayant subi une pénétration vaginale ou anale (page 33) : la moitié des femmes n'avaient jamais eu de relations sexuelles auparavant. Comme on pouvait s'y attendre, les

femmes qui n'avaient jamais eu de relations sexuelles présentaient des taux plus élevés de lésions aux organes génitaux que les femmes qui en avaient déjà eu (65 % c. 26 %). Même alors, 35 % des femmes qui n'avaient jamais eu de relations sexuelles et 74 % de celles qui en avaient eu ne présentaient aucune preuve visible de traumatisme. L'absence de lésion aux organes génitaux ne permet donc pas de déduire qu'il y avait consentement.

Les médecins infectés par le virus de l'hépatite B, celui de l'hépatite C, le VIH ou presque n'importe quel autre agent pathogène peuvent à l'occasion transmettre ces infections à leurs patients. L'AMC publie la mise à jour de sa politique sur la prévention de la transmission de l'hépatite B (page 74). On y encourage tous les médecins à utiliser des précautions universelles, à se faire vacciner contre l'hépatite B et à connaître leur état sérologique. Contrairement à l'AMC qui met l'accent sur les mesures volontaires (page 64), Santé Canada insiste pour imposer le dépistage et la vaccination aux médecins qui pratiquent des «interventions à risque»¹. Ceux qui sont porteurs de l'antigène e de l'hépatite B n'auraient plus le droit de pratiquer ces interventions et devraient donc chercher un autre travail. La question du dépistage obligatoire est épineuse. Nous publions un commentaire de la rédaction à la page 45.

Les Canadiens font face à une pénurie continue de tissus et d'organes humains à transplanter. Eileen Tackaberry et Peter Ganz (page 41) explorent la xénotransplantation — l'utilisation chez les humains de cellules, de tissus ou d'organes d'animaux. La création de troupeaux libres d'agents pathogènes et l'élaboration de stratégies de lutte contre les problèmes de rejet ouvrent une nouvelle ère dans la science de la transplantation. Tackaberry et Ganz passent en revue les obstacles et les risques qui restent.

Référence

1. Compte rendu de la conférence de concertation sur les professionnels de la santé infectés : risque de transmission des pathogènes à diffusion hématogène. *Can Commun Dis Rep* 1998;24[Suppl 4]. Disponible à : www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/ccdr