

Manager, Print and Online Publishing • Gestionnaire,
Services d'édition électronique et imprimée
Carolyn J. Brown

Production Manager • Gestionnaire de la production
Kathryn A. Freamo

Production Assistants • Assistantes à la production
Nicole Barbeau, Carole Lalonde, Clara Walker

Online Publishing Coordinator
Coordonnatrice des services d'édition électronique
Rebecca Fleming

Online Publishing Assistant
Adjointe à la publication en direct
Shirley Waddell

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

Assistant, Journal Advertising
Adjointe, Annonces publicitaires
Tracy Huckabone

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.
info@keithhealthcare.com

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
Henry Haddad

Secretary General • Secrétaire général
William G. Tholl

Director, Publications
Directeur, Publications
Pat Rich

Permissions • Permissions
permissions@cma.ca



L'épistémologie de l'épidémiologie

Un des avantages du travail de rédacteur, c'est de pouvoir assister des gradins aux débats qui se déroulent sur le terrain. Nous avons été témoins d'un de ces débats d'envergure il y a environ 6 mois, lorsque nous avons publié un rapport de Nancy Baxter et du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs^{1,2}. Le rapport montrait qu'une augmentation du taux de survie au cancer du sein ou même la détection de tumeurs à un stade plus précoce ne pouvaient être attribuées à l'enseignement de routine de l'autoexamen des seins. Le message a déclenché un échange animé entre épidémiologistes, commentateurs, survivantes du cancer du sein, journalistes et groupes de représentation (voir Correspondance, page 163). Maintenant que la poussière est retombée, aventurons-nous sur le terrain pour aborder de nouveau la question.

D'un côté, il y a les épidémiologistes qui considèrent comme une fin en soi les taux de mortalité attribuable au cancer et les taux de détection des tumeurs. De l'autre, on retrouve les patientes et leurs défenseurs armés de données anecdotiques et déterminés à conserver le contrôle. Les 2 groupes, vus sous cet angle, sont loin de jouer la même partie, même s'ils visent les mêmes résultats. Comment tenir compte, dans les taux de mortalité attribuables au cancer, du contrôle et des données anecdotiques? Et faut-il le faire?

Il s'agit peut-être fondamentalement de questions d'épistémologie — de ce qui constitue le savoir et des moyens de connaître. Le problème proviendrait-il simplement du fait que les patientes et les épidémiologistes connaissent et veulent connaître des choses différentes? En ce qui concerne le diagnostic de l'endométriome, on a constaté un rapprochement récent entre ces moyens de savoir. La définition classique fondée sur les résultats histologiques, qui est à l'origine de taux gonflés de prévalence, a été supplantée par une autre qui inclut l'expérience morbide des patientes (p. ex., dysménorrhée, douleur et infertilité)³.

La difficulté, dans le débat sur l'autoexamen des seins, réside aussi dans l'incapacité de faire connaître l'évolution de nos idées sur la maladie. Barron Lerner⁴ (page 199) situe l'origine de l'autoexamen

des seins au début du XXe siècle lorsque Halsted a popularisé la théorie selon laquelle le cancer du sein commence par une maladie locale produisant ensuite des métastases. La détection et l'exérèse précoces étaient logiques dans ce contexte. Depuis les années 1950, les sociétés canadienne et américaine du cancer font une promotion énergique de l'autoexamen des seins, encouragées par des chercheurs et des médecins convertis. La nuance et le doute ont en grande partie disparu. Face au risque d'invasion de leur corps par un cancer invisible, on comprend que la plupart des femmes accueillent favorablement l'espoir offert par cet autoexamen.

Ce modèle du cancer du sein est toutefois remis en question. On a constaté que 29 % des femmes atteintes d'un cancer du sein de stade 1A ont déjà des micrométastases à la moelle osseuse⁵, ce qui indique soit que les métastases font leur apparition très tôt, soit que, peut-être, la maladie fait son apparition simultanément à de nombreux endroits du corps chez certaines femmes. (Une autre constatation inattendue indique que la néphrectomie semble bénéfique au moins chez certains patients atteints d'un cancer du rein avec métastases⁶).

Le débat auquel nous assistons émane de nombreux facteurs, y compris de notre incapacité à formuler des questions de recherche qui soient significatives pour les patientes et de notre échec à communiquer ce que nous connaissons et ne connaissons pas. — JAMC

Références

1. Baxter N et Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Preventive health care, 2001 update: Should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? *JAMC* 2001;164(13):1837-46.
2. Nekhlyudov L, Fletcher SW. Is it time to stop teaching breast self-examination? [éditorial]. *JAMC* 2001;164(13):1851-2.
3. Holt V, Weiss N. Recommendations for the design of epidemiologic studies of endometriosis. *Epidemiology* 2000;11:654-9.
4. Lerner BH. When statistics provide unsatisfactory answers: Revisiting the breast self-examination controversy. *JAMC* 2002;166(2):199-201.
5. Braun S, Pantel K, Müller P, Janni W, Hepp F, Kentenich CRM, et al. Cytokeratin-positive cells in the bone marrow and survival of patients with stage I, II, or III breast cancer. *N Engl J Med* 2001;342(8):525-33.
6. Tannock IF. Removing the primary tumor after the cancer has spread [éditorial]. *N Engl J Med* 2001;345(23):1699-700.