

En 2011–12, près de 25 % de toute la population des prisons fédérales a passé du temps en isolement⁸. Les contrevenants violents constituent le groupe affichant le plus haut taux d'isolement, mais les jeunes contrevenants sont presque deux fois plus susceptibles d'être placés en isolement que la population carcérale générale (7,1 % contre 3,7 %)¹. Les contrevenants atteints de troubles concomitants de dépendance ou de santé mentale sont également plus susceptibles d'être mis en isolement^{1,6}. La durée moyenne du séjour en isolement est de 35 jours pour un homme et de 7 jours pour une femme; 16 % des personnes placées en isolement le sont pendant plus de 120 jours. Ceux qui sont placés en isolement y sont souvent placés à plusieurs reprises⁶.

Bien que les Autochtones représentent près de 4 % de la population canadienne, ils sont surreprésentés dans les prisons, composant 23 % de la population carcérale¹. Près d'un tiers des Autochtones incarcérés passent du temps en isolement, en moyenne cinq jours de plus qu'un contrevenant non autochtone⁵.

L'enquêteur correctionnel, qui agit comme ombudsman pour les contrevenants sous responsabilité fédérale, a demandé à plusieurs reprises une interdiction de l'isolement à long terme des détenus atteints de graves troubles de santé mentale ou affichant des comportements d'automutilation ou suicidaires. Le Rapporteur spécial de la Commission des droits de l'homme des Nations Unies a déclaré que toute période de plus de 15 jours consécutifs en isolement constitue une forme de torture et que les isolements plus longs, l'isolement des jeunes détenus et l'utilisation de l'isolement comme forme de

punition devraient être interdits⁴. Même les isolements de plus courte durée peuvent s'apparenter à une forme de torture ou de traitement cruel, inhumain ou dégradant, en raison de leurs effets néfastes importants sur la santé⁴.

Certaines circonstances exceptionnelles peuvent justifier l'isolement cellulaire de délinquants, pour leur propre sécurité ou celle d'autrui. Toutefois, la durée de l'isolement doit être aussi brève que possible, et être d'une longueur déterminée communiquée au délinquant. Il faut en outre mettre en place des mesures pour réduire les effets sur la santé^{4,7}. Il faut aussi envisager d'autres options pour le traitement des détenus présentant un risque accru de troubles de santé (p. ex., les jeunes délinquants et ceux qui ont des troubles de santé mentale). Lors de son assemblée annuelle de 2014, l'Association médicale canadienne a adopté une résolution par laquelle elle s'engage à collaborer avec Service correctionnel Canada pour aborder les répercussions médicales et psychiatriques de l'isolement⁹. Grâce à cette initiative, et à celles de l'enquêteur correctionnel et d'autres intervenants, nous sommes convaincus que la pratique de l'isolement, qui a commencé il y a 200 ans, sera bientôt révolue.

Références : voir [www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.141419/-/DC1](http://www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi/10.1503/cmaj.141419/-/DC1)

Intérêts concurrents : Se rendre à www.cmaj.ca/site/misc/cmaj_staff.shtml

Correspondance : Éditeur du *JAMC*, pubs@cmaj.ca

Affiliation : Rédactrice adjointe, *JAMC*

RÉSUMÉS DE RECHERCHE

Résultats chez les patients atteints d'une même maladie traités dans le cadre d'essais randomisés ou non : revue systématique et méta-analyse

Natasha Fernandes MSc, Dianne Bryant PhD, Lauren Griffith PhD, Mohamed El-Rabbany MSc, Nisha M. Fernandes MD, Crystal Kean PhD, Jacquelyn Marsh PhD, Siddhi Mathur MSc, Rebecca Moyer PT PhD, Clare J. Reade MD, John J. Riva DC MSc, Lyndsay Somerville PhD, Neera Bhatnagar BSc MLIS

Pour la version anglaise de ce résumé, veuillez consulter www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.131693

Contexte : On ignore si la participation à un essai randomisé et contrôlé (ERC), indépendamment du traitement assigné aléatoirement, est nuisible ou bénéfique pour les participants. Nous avons comparé les résultats chez des patients porteurs de diagnostics semblables qui ont été « participants » ou « non participants » à des ERC, sans égard aux traitements spécifiques reçus pour leurs diagnostics respectifs.

Méthodes : En interrogeant les bases de données MEDLINE (1966–2010), Embase (1980–2010), CENTRAL (1960–2010) et PsycINFO (1880–2010), nous avons recensé 147 études qui faisaient état des résultats de santé des « participants » et d'un groupe de « non participants » parallèles ou consécutifs, au cours d'une même période. Nous avons préparé une revue narrative et, selon le cas, des méta-analyses des résultats de santé des patients.

Résultats : Nous n'avons observé aucune différence cliniquement ou

statistiquement significative entre les résultats selon qu'il s'agissait de « participants » ou de « non participants » dans les 23 études au cours desquelles l'intervention expérimentale s'est révélée inefficace (différence entre les moyennes standardisées pour les variables continues –0,03, intervalle de confiance [IC] de 95 % –0,1 à 0,04), ni dans les sept études au cours desquelles l'intervention expérimentale s'est révélée efficace et a été administrée aux « participants » et aux « non participants » (différence entre les moyennes 0,04, IC de 95 % –0,04 à 0,13). Toutefois, dans neuf études au cours desquelles une intervention efficace n'a été administrée qu'aux « participants », les « non participants » ont obtenu des résultats de santé significativement moins bons (différence entre les moyennes –0,36, IC de 95 % –0,61 à –0,12).

Interprétation : Rien ne démontre à notre avis un effet nocif ou bénéfique global cliniquement important associé à la participation à des ERC. Cette conclusion réfute les affirmations antérieures



selon lesquelles les participants à des essais cliniques sont exposés à un plus grand risque de préjudice.

Cet article été revu par les pairs.

Intérêts concurrents : John Riva a reçu une subvention de la NCMIC

Foundation pour des travaux sans lien avec la présente étude. Il est également membre du conseil de l'Association ontarienne de chiropratique. Lyndsay Somerville reçoit un soutien à la rémunération (par son établissement) de la part de Smith & Nephew Canada. Aucun autre intérêt concurrent déclaré.

Correspondance à : Natasha Fernandes, natasha.fernandes31@gmail.com

Validité des recommandations émanant de lignes directrices cliniques : analyse de la « durée de vie »

Laura Martínez García MD MPH, Andrea Juliana Sanabria MD MPH, Elvira García Álvarez MD MPH, Maria Mar Trujillo-Martín MSc PhD, Itziar Etxeandia-Ikobaltzeta PharmD, Anna Kotzeva MD MPH, David Rigau MD, Arturo Louro-González MD, Leticia Barajas-Nava MD PhD, Petra Díaz del Campo PhD, Maria-Dolors Estrada MD PhD, Ivan Solà MSc, Javier Gracia MD MPH, Flavia Salcedo-Fernandez MD, Jennifer Lawson BSc MLIS, R. Brian Haynes MD PhD, Pablo Alonso-Coello MD PhD; pour le Groupe de travail sur la mise à jour des lignes directrices*

Pour la version anglaise de ce résumé, veuillez consulter www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.140547

Contexte : Les lignes directrices cliniques doivent être mises à jour pour demeurer valides. Notre but était d'estimer le temps écoulé entre la formulation des recommandations et leur obsolescence.

Méthodes : Nous avons utilisé un modèle de cohorte rétrospective et inclus les recommandations de diverses lignes directrices rédigées par le programme sur les lignes directrices cliniques du Système national de santé espagnol depuis 2008. Nous avons procédé à une analyse descriptive des références, des recommandations et des ressources utilisées, et à une analyse de la « durée de vie » des recommandations au moyen de la méthode de Kaplan-Meier.

Résultats : Nous avons inclus 113 recommandations provenant de 4 lignes directrices cliniques pour lesquelles la recherche la plus récente remontait à une médiane de quatre ans (entre 3,9 et 4,4 ans). Nous avons recensé 39 136 références (entre 3343 et 14 787) à l'aide d'une interrogation approfondie de la littérature, dont 668 se rapportaient aux recommandations de notre échantillon. Nous avons relevé 69 (10,3 %) références clés correspondant à 25 (22,1 %) recommandations nécessitant une mise à jour. Quatre-vingt-douze pour cent

(intervalle de confiance de 95 % 86,9–97,0) des recommandations étaient valides un an après leur rédaction. Cette probabilité diminuait après deux (85,7 %), trois (81,3 %) et quatre ans (77,8 %).

Interprétation : Les recommandations deviennent rapidement obsolètes puisque une recommandation sur cinq est périmée après trois ans. Une attente de plus de trois ans avant la révision d'une ligne directrice est possiblement trop longue.

Cet article a été revu par les pairs.

*Pour la liste complète des membres du Groupe de travail sur la mise à jour des lignes directrices, consulter la version anglaise à la page 1219.

Intérêts concurrents : Laura Martínez García, Andrea Juliana Sanabria, David Rigau, Leticia Barajas-Nava, Ivan Solà et Pablo Alonso-Coello ont reçu des subventions de recherche de Instituto de Salud Carlos III (FIS PI10/00346). R. Brian Haynes et Jennifer Lawson ont reçu des subventions de recherche des Instituts de recherche en santé du Canada. Aucun autre intérêt concurrent déclaré.

Correspondance à : Laura Martínez García, laura.martinez.garcia@cochrane.es

La consommation de boissons au lait non bovin et les concentrations sériques de vitamine D au cours de la petite enfance

Grace J. Lee BSc, Catherine S. Birken MD MSc, Patricia C. Parkin MD, Gerald Lebovic PhD, Yang Chen MA MSc, Mary R. L'Abbé PhD, Jonathon L. Maguire MD MSc; pour le groupe TARGet Kids!*

Pour la version anglaise de ce résumé, veuillez consulter www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.140555

Voir le commentaire connexe en anglais à la page 1277 et à www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.141197

Contexte : L'ajout de vitamine D aux boissons au lait non bovin est volontaire en Amérique du Nord. L'effet de la consommation de boissons au lait non bovin sur les concentrations sériques de 25-hydroxyvitamine D chez les enfants n'est pas clair. Nous avons étudié le lien entre la consommation de lait non bovin et les concentrations de 25-hydroxyvitamine D chez des enfants d'âge préscolaire en bonne santé. Nous avons aussi cherché à déter-

miner si la consommation de lait de vache modifiait ce lien et analysé le lien entre la consommation quotidienne de lait non bovin et de lait de vache.

Méthodes : Au cours de cette étude transversale, nous avons recruté des enfants de un à six ans participant à des visites de routine prévues pour enfants en bonne santé. Nous avons réuni les réponses à des