

## L'intervention de type criminologique à l'aune de la Collaboration Cochrane

Denis Lafortune, Dominique Meilleur et Brigitte Blanchard

Volume 42, numéro 1, printemps-été 2009

L'intervention à l'aune des données « probantes »

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/029811ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/029811ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0316-0041 (imprimé)

1492-1367 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Lafortune, D., Meilleur, D. & Blanchard, B. (2009). L'intervention de type criminologique à l'aune de la Collaboration Cochrane. *Criminologie*, 42(1), 143-183. <https://doi.org/10.7202/029811ar>

Résumé de l'article

Dans les échelles d'appréciation de la qualité scientifique des recherches, les essais randomisés contrôlés (ERC) figurent en haut de la liste. En termes de crédibilité, dans le courant des pratiques fondées sur des données probantes (Evidence Based Practice [EBP]), les résultats qu'ils obtiennent ont la priorité sur les autres. Les recensions Cochrane, qui portent généralement sur l'efficacité d'interventions médicales, s'intéressent aussi aux interventions de type criminologique. À notre connaissance, aucune étude ne s'est encore penchée sur les conclusions dégagées par la Collaboration Cochrane sur ce type d'intervention. Dans le présent article, le contenu de la revue électronique Cochrane Database of Systematic Reviews a été analysé, pour la période allant de 2000 à 2008. Les résultats montrent que 33 recensions Cochrane ont traité d'interventions de type criminologique. Privilégiant les ERC, ces recensions n'ont retenu en moyenne que 2 % de toutes les études publiées dans différents champs d'intervention. Un tel résultat permet de discuter de la pertinence de la méthode Cochrane pour évaluer l'efficacité d'interventions à caractère plus social. Les questions posées concernent la représentativité des milieux où sont implantées les interventions, la concomitance et la complexité des problèmes à résoudre, les apports et limites des « protocoles » d'intervention, ainsi que les risques de retard, voire de paralysie, dans l'implantation d'approches innovantes.

# L'intervention de type criminologique à l'aune de la Collaboration Cochrane

Denis Lafortune

*Professeur agrégé*

*École de criminologie, Université de Montréal*

*denis.lafortune@umontreal.ca*

Dominique Meilleur

*Département de psychologie, Université de Montréal*

*dominique.meilleur@umontreal.ca*

Brigitte Blanchard

*École de criminologie, Université de Montréal*

*brigitte.blanchard@umontreal.ca*

**RÉSUMÉ** • Dans les échelles d'appréciation de la qualité scientifique des recherches, les essais randomisés contrôlés (ERC) figurent en haut de la liste. En termes de crédibilité, dans le courant des pratiques fondées sur des données probantes (Evidence Based Practice [EBP]), les résultats qu'ils obtiennent ont la priorité sur les autres. Les recensions Cochrane, qui portent généralement sur l'efficacité d'interventions médicales, s'intéressent aussi aux interventions de type criminologique. À notre connaissance, aucune étude ne s'est encore penchée sur les conclusions dégagées par la Collaboration Cochrane sur ce type d'intervention. Dans le présent article, le contenu de la revue électronique Cochrane Database of Systematic Reviews a été analysé, pour la période allant de 2000 à 2008. Les résultats montrent que 33 recensions Cochrane ont traité d'interventions de type criminologique. Privilégiant les ERC, ces recensions n'ont retenu en moyenne que 2% de toutes les études publiées dans différents champs d'intervention. Un tel résultat permet de discuter de la pertinence de la méthode Cochrane pour évaluer l'efficacité d'interventions à caractère plus social. Les questions posées concernent la représentativité des milieux où sont implantées les interventions, la concomitance et la complexité des problèmes à résoudre, les apports et limites des « protocoles » d'intervention, ainsi que les risques de retard, voire de paralysie, dans l'implantation d'approches innovantes.

**MOTS-CLÉS** • Essais randomisés contrôlés, recensions Cochrane, interventions, criminologie.

## Introduction

En 1972, Archie Cochrane publia *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. L'épidémiologiste écossais, qui venait de terminer l'évaluation du Service national de santé du Royaume-Uni, estimait que le financement accru des services de soins n'avait pas forcément mené à de meilleurs résultats. C'est lui qui fit sept ans plus tard ce commentaire, maintenant devenu célèbre: «c'est sûrement une critique importante à adresser à notre profession<sup>1</sup> que de constater que nous n'avons pas prévu de faire des synthèses systématiques, par spécialité ou par sous-spécialité, ni une mise à jour périodique de tous les essais randomisés pertinents et publiés» (Cochrane, 1979).

Ayant remarqué la qualité très inégale des recherches évaluatives alors disponibles, Cochrane se prononça en faveur des études contrôlées et randomisées (i. e. avec assignation au hasard des sujets à l'un ou l'autre des groupes). Dans la tension qui oppose, en recherche, les exigences méthodologiques relatives à la validité interne (la confiance qu'on peut avoir dans les résultats et conclusions), externe (la représentativité de l'échantillon et les possibilités de généralisation) et écologique (la représentativité des conditions de l'étude en regard des situations, des pratiques ou des milieux de vie «naturels»), Cochrane trancha résolument en faveur de la première. Dans le même texte, l'auteur distingua encore les notions d'«efficacité réelle» (*effectiveness*) et d'efficacité (*efficiency*), la seconde soulevant la question des coûts et bénéfices d'une intervention.

Vingt ans plus tard, l'Evidence Based Medicine Group (1992) proposa une première fois l'expression «fondée sur des données probantes» pour décrire une nouvelle pédagogie de la clinique. Le mouvement prit rapidement de l'ampleur; la Collaboration Cochrane (<http://www.cochrane.org/>), fut mise en place à Oxford (R.-U.) en 1992, sous l'égide de Sir Iain Chalmers<sup>2</sup>. Elle est devenue, depuis, un réseau international de chercheurs, d'universitaires, de praticiens et d'utilisateurs intéressés par les principes de «gestion» et de «transfert» des connaissances. Ses dirigeants se plaisent à dire que les six grands principes qui la guident sont la collaboration, la construction de nouvelles synthèses à partir

1. La dite profession étant l'épidémiologie, dans le cas de Cochrane.

2. Sir Iain Chalmers est un médecin anglais, devenu chercheur dans le domaine des services de santé.

des centres d'intérêt déjà existants, l'évitement de la duplication des efforts, l'évitement des biais, la mise à jour perpétuelle ainsi que l'accès simple et facile aux « données probantes ». Le Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) contient aujourd'hui les références d'essais cliniques contrôlés qui ont été sélectionnés en examinant toutes les revues du monde.

Au cours des années 1990, l'Evidence Based Medicine s'est trouvé une autre figure de proue, David Sackett. Ayant fondé le premier département d'épidémiologie clinique au Canada (à l'Université McMaster), Sackett fut un des premiers à se positionner très clairement en faveur de l'utilisation des méta-analyses et recensions systématiques au moment de prendre des décisions cliniques, d'élaborer des politiques ou de développer des services et des programmes. Son principal objectif était de faire un « usage consciencieux, judicieux et explicite des meilleures preuves actuelles pour décider des soins des individus » (Sackett *et al.*, 1996).

Plus récemment, une majorité de disciplines appliquées (le travail social, l'éducation, les sciences de la santé, la psychologie) se sont intéressées, elles aussi, à la pratique basée sur les « meilleures preuves ». L'*Evidence Based Medicine* est devenue *Evidence Based Practice* (ou EBP). Dans l'esprit de l'EBP, la transposition de l'« évidence empirique » vers la pratique implique la conciliation de différents impératifs, soit a) l'expertise clinique de l'intervenant, b) les « meilleures preuves » scientifiques disponibles et c) les préférences de l'individu traité. Ainsi, en 1993, le Centre for Reviews and Dissemination, Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre (EPPI-Centre), était créé dans l'Unité de recherche en sciences sociales de l'Université de Londres. Depuis, ce centre se consacre pleinement aux examens systématiques des connaissances. L'année suivante, en 1994, à l'Université de York (Angleterre) était fondé le Centre for Reviews and Dissemination à l'Institut national de recherche en santé. Depuis ce groupe, l'un des plus importants du monde, gère les très importantes bases de données Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE), National Health Service Economic Evaluation Database (NHS EED) et Health Technology Assessment (HTA).

Devant le succès obtenu par les recensions de la Collaboration Cochrane sur la prestation de soins de santé, certains entreprirent de créer une organisation comparable destinée à promouvoir les revues systématiques sur les effets d'interventions ou de programmes à caractère plus social ou éducatif. Il fut ainsi décidé de fonder une autre

collaboration du nom de Donald T. Campbell, co-auteur d'un ouvrage classique sur les devis de recherche quasi expérimentaux<sup>3</sup> (Cook et Campbell, 1979). Lors d'une réunion de février 2000, la Collaboration Campbell a constitué un comité directeur pour les questions de « criminalité et de justice » qui abordent plus spécifiquement la délinquance, la violence, la victimisation et la toxicomanie. Très rapidement, Anthony Petrosino (2000), du Regional Educational Laboratory (Massachusetts), fut mandaté pour repérer les travaux s'intéressant aux effets d'interventions reliées à la criminalité, la toxicomanie et l'alcoolisme (Blaya *et al.*, 2001). Il a ainsi identifié 205 recensions systématiques, qu'il a ensuite réparties en différentes catégories: la prévention de la criminalité, la toxicomanie ou l'alcoolisme (n = 84), les programmes de lutte contre (ou traitement de) la criminalité, la toxicomanie ou l'alcoolisme (n = 95), l'amélioration du système pénal et du système de santé mentale (n = 12), les interventions auprès des victimes de crimes (n = 12), et les revues systématiques portant sur deux ou plusieurs de ces questions (n = 2)<sup>4</sup>.

Depuis la fondation de la Collaboration Campbell, la Collaboration Cochrane continue de publier des recensions systématiques et des méta-analyses sur l'efficacité d'interventions de type criminologique. Celles-ci sont alors soumises à des critères d'efficacité issus d'une épistémologie somme toute très empirique et médicale.

En effet, sur le plan de la méthode Cochrane, la primauté de la validité *interne* des devis (« *design*») a mené au développement de grilles d'appréciation de la qualité scientifique des articles publiés. En ce sens, plusieurs auteurs qui préparent des recensions Cochrane s'inspirent de l'échelle de Jüni *et al.* (2001)<sup>5</sup> qui distingue différents types de biais: de sélection (relatifs à la répartition des sujets dans les groupes comparés), de performance (reliés à l'intensité des soins ou services offerts), de détection (sur le plan de la mesure des résultats) et d'attribution (relatifs à l'implantation du protocole ou à la perte de sujets en cours

---

3. Un devis quasi expérimental est envisagé lorsque certaines conditions requises pour l'obtention d'un devis expérimental ne peuvent pas être obtenues. Par exemple, il se peut que le chercheur ne puisse pas assigner les sujets de façon aléatoire à l'un ou l'autre groupe, ou qu'il ne dispose que d'un seul groupe ou encore qu'il ne puisse effectuer ses mesures qu'à un seul moment. L'interprétation des effets de l'intervention est alors plus délicate.

4. Il faut noter au passage que 72 de ces recensions traitaient de « ce qui fonctionne » en matière de traitement correctionnel, une donnée qui est assez révélatrice de l'intérêt porté à ce champ de pratiques.

5. Tandis que les chercheurs s'intéressant aux travaux de la Collaboration Campbell préfèrent recourir à la *Maryland Scientific Methods Scale*.

d'expérimentation). Dans ces échelles d'appréciation de la qualité scientifique, les essais randomisés contrôlés (ci-après ERC) figurent habituellement en haut de la liste. Bolton (2005) explique en quoi consistent les points forts des ERC : a) des mesures des états « avant » et « après » intervention sont effectuées de façon objective et pouvant être répétées ; b) l'essai cherche ensuite à déterminer aussi précisément que possible la *composante causale active* d'une intervention et les paramètres qui en sont affectés, ce qui implique que c) d'autres facteurs associés doivent être contrôlés. Enfin, nous dit Bolton, il faut savoir que l'accent est mis sur les groupes, sur la généralisation et, qui plus est, sur des groupes de taille suffisante pour déterminer des effets intéressants en termes de puissance statistique.

La primauté des ERC sur les autres types de méthodologie ne s'est pas imposée sans heurt dans la communauté scientifique. Même dans les milieux médicaux, certains l'ont qualifiée de « dogme » (le « randomisme ») qui peut mener à une situation où les controverses et la confusion peuvent se répandre jusqu'aux plus hauts paliers d'autorité, dans les revues scientifiques, les sites Web officiels ou les médias plus populaires et « profanes » (Miles *et al.*, 2003 ; Miles et Loughlin, 2006 ; voir aussi Miettinen, 2003, qui en discute à partir de l'exemple du dépistage du cancer). Autrement dit, si l'ERC est devenu « l'étalon d'or » en médecine pour évaluer l'efficacité relative de produits pharmaceutiques, par exemple, il n'est pas certain qu'il soit le bon vecteur pour procéder à l'évaluation de modèles d'intervention en criminologie, pour lesquels l'analyse des résultats doit tenir compte de diverses dimensions pénales, correctionnelles, psychologiques et sociales.

À notre connaissance, aucune étude ne s'est encore penchée sur les conclusions dégagées par les participants à la Collaboration Cochrane sur l'intervention de type criminologique depuis l'an 2000, soit depuis la création de la Collaboration Campbell. Ceci soulève certaines interrogations. Ces recensions Cochrane ont été exécutées sur quels types de problèmes de criminalité, toxicomanie ou violence ? Qui s'est penché sur ces problèmes ? Quelle place les ERC ont-ils occupée ? Par rapport à ces problèmes de type criminologique, quelles conclusions ont été tirées quant aux « meilleures preuves actuelles » ? Voilà les questions qui ont inspiré cette recherche.

## Méthodologie

Afin de répondre aux questions posées ci-haut, le contenu de la revue électronique *Cochrane Database of Systematic Reviews* a été analysé pour la période allant de 2000 à 2008. Pour sélectionner les recensions admissibles aux fins de cette étude, les mots-clés suivants ont été utilisés : *crime*, OR *violence*, OR *relapse*, OR *recidivism*, OR *antisocial*, OR *victimization*, OR *substance*, OR *comorbidity*, OR *delinquency*. Cette stratégie a permis de repérer 33 recensions Cochrane. De ce nombre :

- neuf traitaient de troubles concomitants associant troubles mentaux, consommation de substances, violence ou victimisation ;
- huit, de problèmes attribués aux jeunes ;
- quatre, de trouble de consommation de substances *sans troubles mentaux* ;
- quatre, de violence domestique ou conjugale ;
- deux, de troubles mentaux *sans consommation de substances, ni violence* ;
- six références annonçaient des protocoles en cours et ne proposaient donc aucun résultat.

Pour les 33 recensions Cochrane, nous avons identifié le pays et la discipline des auteurs principaux. Nous avons extrait les objectifs, les stratégies de recherche bibliographique, les critères de sélection des essais cliniques, les stratégies d'analyse ou de méta-analyse, les résultats principaux et les conclusions tirées par les auteurs pour les deux sous-groupes de textes les plus importants, soit ceux relatifs a) aux troubles concomitants associant troubles mentaux, consommation de substances, violence ou victimisation, et b) aux problèmes présentés par les jeunes. À la manière « Cochrane », nous avons dressé des tableaux détaillés (en annexe) et repris l'essentiel des conclusions dans une section du texte.

## Résultats

Parmi les 33 recensions Cochrane identifiées à l'aide des mots-clés, pour la période 2000-2008, il s'avère que 17 (ou 52 %) ont été menées en Angleterre. Les autres proviennent des États-Unis (5), de l'Australie (4), d'Afrique du Sud (2), du Canada, de la Nouvelle-Zélande, de la Jamaïque, de la Norvège et de la Suède.

Leurs auteurs évoluent très majoritairement dans des milieux médicaux ou sont affiliés au secteur de la santé mentale. En effet, on y trouve une majorité de spécialistes en épidémiologie/santé publique (38%),

en psychiatrie (25 %), dans d'autres spécialités de la médecine (13 %) et en psychologie (12 %).

De cet ensemble initial, 17 recensions Cochrane traitant soit a) de troubles concomitants associant troubles mentaux, consommation de substances, violence ou victimisation ou b) de problèmes présentés par les jeunes ont été mises à part pour être analysées plus en détail. Sur le plan de l'application des critères de sélection, on peut constater qu'à l'étape de la recherche documentaire, les équipes qui ont rédigé ces recensions ont d'abord regroupé de 29 à 4808 citations, la médiane étant de 266. Au moment de procéder aux analyses ou aux méta-analyses, ils n'ont toutefois retenu que de 0 à 56 études, la médiane étant de 8. La proportion moyenne « d'articles inclus dans les analyses par rapport à toutes les citations repérées au départ » n'est que 2,1 %. Il s'agit presque toujours d'ERC. Il n'y a que trois recensions Cochrane où les auteurs se sont montrés ouverts à l'inclusion des devis quasi expérimentaux.

Le tableau 1 (en pages 164-168) présente une analyse détaillée des recensions Cochrane qui traitent d'interventions mises en œuvre en cas de problèmes combinant troubles mentaux, consommation de substances, violence ou victimisation. Pour les personnes qui souffrent de telles conditions complexes, quelles conclusions ont pu être dégagées quant aux « meilleures preuves actuelles » d'efficacité ?

### *Interventions en matière de troubles mentaux*

**Binks, Fenton, McCarthy, Lee, Adams et Duggan (2006, retenant 7 études).** Une première recension Cochrane estime que certains des problèmes fréquemment présentés par les personnes ayant un trouble de la personnalité *borderline* – ou limite, en français – peuvent évoluer positivement avec diverses interventions verbales/comportementales inspirées des approches psychodynamiques centrées sur la « mentalisation » (Bateman et Fonagy, 2001) ou de l'approche dialectique-comportementale (Linehan *et al.*, 1994). Cela dit, les auteurs de la recension ajoutent que, pour l'instant, toutes les interventions doivent être considérées « expérimentales ». Certes, il est démontré que les problèmes d'automutilation ou de parasuicide peuvent diminuer après 6 à 12 mois. Par contre, de manière générale, les études sont peu nombreuses et les échantillons trop petits pour que leurs résultats inspirent globalement confiance. Pour l'instant, il faudrait vérifier si ces premiers résultats prometteurs peuvent être observés de nouveau dans



des études complémentaires, plus vastes et représentatives du « monde réel ».

**Kisely, Campbell et Preston (2005, retenant 2 études).** Chez les personnes qui souffrent d'un trouble mental grave et persistant, les ordonnances de traitement ambulatoire obligatoire ne semblent pas être une option plus efficace que les soins traditionnels (Steadman *et al.*, 2001). Les données probantes montrent que les personnes qui reçoivent un tel traitement obligatoire en communauté ont moins tendance à être victimes de violence ou de délits non violents (ex. : se faire voler ; Swartz *et al.*, 1999). Mais de manière générale, l'ampleur de l'effet est faible. Selon les auteurs de la recension, il est difficile de concevoir qu'un autre groupe dans la société puisse faire l'objet de mesures aussi contraignantes mais peu efficaces. Le « nombre de sujets à traiter » indique qu'il faut restreindre la liberté de 85 personnes afin d'éviter *une* admission à l'hôpital et contraindre 238 autres sujets pour réussir à éviter *une* arrestation. Il existerait un besoin urgent d'ERC pour appuyer ces résultats préliminaires et déterminer si l'efficacité d'un traitement ambulatoire est associée à son *intensité* ou son caractère *obligatoire* (Kisely *et al.*, 2005). Compte tenu de la faiblesse de la preuve, les auteurs conseillent aux cliniciens et gestionnaires désireux de réduire le recours aux milieux hospitaliers d'envisager des solutions de rechange dont l'efficacité est mieux démontrée, telles que les suivis intensifs en communauté ou « *Assertive Community Treatment* » (Marshall *et al.*, 2003).

**Smith, Gates et Foxcroft (2006, retenant 7 études).** En matière de troubles concomitants impliquant la consommation de substances psychotropes, il existe peu de données probantes qui corroborent que les communautés thérapeutiques offrent un avantage significatif en comparaison des interventions traditionnelles déployées en milieu résidentiel. Dans le même ordre d'idées, il est impossible d'établir qu'un type de communauté thérapeutique est meilleur qu'un autre (Guydish *et al.*, 1999 ; Wexler *et al.*, 1999). Des résultats préliminaires indiquent que les communautés thérapeutiques en milieu carcéral pourraient faire un peu mieux que le simple enfermement et mieux que les services traditionnels de soins en santé mentale offerts après la sortie de prison. Toutefois, les nombreuses limites méthodologiques des études ont pu introduire un biais qui réduit le poids des conclusions qui peuvent être établies.

**Cleary, Hunt, Matheson, Siegfried et Walter (2008, retenant 25 études).** Toujours en rapport avec la réduction des problèmes de

consommation de substances (ou l'amélioration de l'état mental) chez des personnes ayant des troubles mentaux graves, la sommation de plus de 25 ECR ne permet d'établir aucune preuve de la supériorité d'un type d'intervention psychosociale par rapport à une autre (Drake *et al.*, 1998; Jerrell et Ridgely, 1999; Baker *et al.*, 2006). Dans cette recension, les auteurs ont repéré des évaluations portant sur le modèle de traitement intégré (MIT), l'intervention cognitivo-comportementale (individuelle), l'approche motivationnelle et les groupes d'acquisition d'habiletés sociales. Les difficultés méthodologiques observées empêchent la mise en commun des résultats. Des taux élevés d'abandon, de grandes variations dans la fidélité des interventions, les mesures de résultats et les contextes d'intervention sont relevés. Par exemple, dans ce type d'étude, il arrive souvent que les groupes contrôles reçoivent un traitement d'intensité plus élevée que d'habitude. Des études supplémentaires semblent donc nécessaires pour améliorer la qualité de la preuve dans ce domaine jugé « très important ».

**Perry, Coulton, Glanville, Godfrey, Lunn, McDougall et Neale (2006, retenant 24 études).** Dans cette cinquième recension Cochrane, les auteurs affirment ne pouvoir tirer que des conclusions limitées sur l'efficacité des interventions offertes dans les tribunaux ou la communauté auprès des *délinquants* consommateurs de drogue. Cela serait dû surtout à la vaste gamme des devis de recherche utilisés au moment des évaluations et à l'hétérogénéité des mesures de résultats (Britt *et al.*, 1992; Petersilia *et al.*, 1992; Wexler *et al.*, 1999). Malgré ces limites, les communautés thérapeutiques (suivies d'un accompagnement sur une base ambulatoire) sont prometteuses et permettent d'obtenir des résultats intéressants en regard de la réduction de l'usage de drogues et de l'activité criminelle. Une unification des instruments de mesure de résultats et des devis de recherche s'impose toutefois dans ce domaine, estiment Perry et ses collaborateurs (2006).

**Hassiotis et Hall (2008, retenant 4 études).** Les données probantes sur l'efficacité des interventions comportementales et cognitivo-comportementales sur l'agressivité des enfants et des adultes ayant des troubles d'apprentissage ou un retard mental sont rares. Néanmoins, les interventions directes fondées sur l'approche cognitivo-comportementale (relaxation adaptée aux besoins de cette population, affirmation de soi, résolution de problèmes et gestion de la colère) sont prometteuses et semblent avoir un certain impact sur la diminution des comportements agressifs à la fin de l'intervention (et dans certaines études de

suivi – jusqu'à six mois) (Nezu *et al.*, 1991 ; Willner *et al.*, 2002 ; Taylor *et al.*, 2005). Ces résultats ne sont toutefois pas corroborés par des essais cliniques méthodologiquement robustes. Des ECR avec suffisamment de puissance statistique devraient évaluer la réduction de l'agressivité, l'amélioration de la qualité de vie, l'efficacité et l'efficience des interventions, telles qu'elles sont mesurées par des échelles validées.

**Muralidharan et Fenton (2006, ne retenant aucune étude).**

Les conclusions de cette septième recension sont étonnantes : en milieu institutionnel, l'efficacité des approches non pharmacologiques visant à contenir les troubles du comportement violent ne serait étayée par aucune étude contrôlée. Dans l'état actuel des connaissances, la pratique clinique paraît donc basée sur des résultats non probants (Arango *et al.*, 2002 ; Huf *et al.*, 2002). Très critiques envers les devis évaluatifs qu'ils ont répertoriés, les auteurs de cette recension concluent que la poursuite d'une pratique de recherche « tout à fait hors des méthodologies bien conçues » est difficile à justifier.

**Gibson, Fenton, da Silva Freire Coutinho et Campbell (2004, retenant 11 études).** En milieu hospitalier, il arrive qu'il faille calmer un patient psychotique et violent à l'aide d'une injection d'antipsychotique. En de telles situations de crise, il faudrait que le médecin considère avec prudence les recommandations qui font du Clopixol® un médicament de choix, comparativement aux traitements pharmacologiques « standards ». La plupart des essais cliniques comportent d'importantes lacunes méthodologiques et les résultats sont, jusqu'ici, assez minces (Chouinard *et al.*, 1991 ; Brook *et al.*, 1998). Les auteurs rappellent qu'une recension Cochrane parue en 2004 n'a pu corroborer que le Clopixol® est plus efficace que l'halopéridol intramusculaire dans le contrôle des symptômes agressifs de la psychose aiguë, ni qu'il a une action plus rapide.

*Interventions destinées aux jeunes*

Le tableau 2 (en pages 169-175) présente à son tour une analyse détaillée des recensions Cochrane qui se penchent sur des interventions de type criminologique et destinées aux jeunes.

**Mytton, DiGuseppi, Gough, Taylor et Logan (2006, retenant 56 études).** En matière d'intervention auprès des jeunes, concluent les auteurs de cette recension, les programmes scolaires de prévention secondaire qui visent à réduire les comportements agressifs chez les

enfants « à risque » entraînent des améliorations significatives. Cet avantage peut être obtenu tant dans les écoles primaires que secondaires, et tant auprès des groupes mixtes que des groupes de garçons seulement (ex. : Tremblay *et al.*, 1991 ; Hudley *et al.*, 1998). Des recherches supplémentaires paraissent toutefois nécessaires pour établir, d'une part, si de tels programmes peuvent réduire l'incidence des blessures dues à la violence et, d'autre part, si les avantages identifiés peuvent être maintenus au-delà de 12 mois.

**Fisher, Montgomery et Gardner (2008, ne retenant aucune étude).** Aucune donnée d'ECR ou d'essais quasi contrôlés randomisés ne corrobore actuellement l'efficacité des opportunités de formation ou d'emploi (« *opportunities provision* ») pour prévenir l'implication des jeunes (7-16 ans) dans des gangs. En 2008, seulement deux études rigoureuses portaient sur cette stratégie de prévention d'implication dans les gangs : la première est une étude de cas (Simun *et al.*, 1996) et la seconde est une étude qualitative (Weisfeld et Feldman, 1982). Les deux avaient de telles limites méthodologiques que des conclusions, même spéculatives, quant à l'impact de telles opportunités, restent impossibles à formuler. Selon Fisher *et al.* (2008), des évaluations plus rigoureuses de telles stratégies de prévention seront nécessaires afin d'arriver à développer ce domaine, justifier le financement des interventions existantes et guider l'élaboration des futurs programmes et des politiques à venir.

**Foxcroft, Ireland, Lowe et Breen (2002, retenant 56 études).** En matière d'abus d'alcool chez les jeunes, aucune conclusion ferme ne peut être tirée quant à l'efficacité des interventions de prévention à court et à moyen terme. Par contre, à *long terme*, le programme *Strengthening Families* (Spath *et al.*, 2001) paraît prometteur. Avec ce programme, le nombre de « sujets à traiter » est de neuf, sur une période de quatre ans, lorsque l'objectif est d'avoir un effet sur les trois comportements d'initiation (consommation d'alcool, consommation d'alcool sans autorisation et première ivresse). Une étude a également mis en évidence le potentiel d'un programme d'habiletés sociales ajusté pour convenir à la culture autochtone (*Skills Training – culturally focused*, Schinke *et al.*, 2000). Des recherches doivent toutefois être entreprises pour mieux mesurer les « variables de résultats » importantes (i. e. consommation d'alcool, consommation d'alcool sans autorisation et première ivresse). Aux yeux des auteurs de la recension, de manière générale, la méthodologie évaluative doit être améliorée dans ce champ de pratique.

L'efficacité de *Strengthening Families* devrait être évaluée sur une plus grande échelle et dans différentes cultures. Quant aux interventions axées sur la culture autochtone, elles pourraient être plus développées et mieux mesurées. Un registre international sur la prévention de l'abus d'alcool et de drogues devrait être établi afin de contenir des critères permettant d'évaluer les interventions préventives en termes de sécurité, d'efficacité et d'efficience.

**Petrosino, Turpin-Petrosino et Buehler (2002, retenant 9 études).** Dans un autre ordre d'idées, les programmes dissuasifs de type « *Scared Straight* » (Finckenauer, 1982) destinés aux jeunes sont susceptibles d'avoir un effet nocif, voire d'augmenter la délinquance par rapport à la simple option de « ne rien faire ». Devant ces résultats, les auteurs de la recension proposent que les organismes qui créent de tels programmes les évaluent très rigoureusement, non seulement pour s'assurer qu'ils font bien ce qu'ils entendent faire (prévenir la criminalité), mais aussi qu'ils ne causent pas plus de tort que de bien.

**Woolfenden, Williams et Peat (2001, retenant 8 études).** Au terme de cette cinquième recension, les auteurs concluent que les interventions familiales/parentales pour les jeunes délinquants (10-17 ans) et leur famille réduisent significativement la durée des placements en institution. Les modèles les plus prometteurs leur semblent être l'intervention multisystémique (Henggeler *et al.*, 1996) et le placement familial à traitement multidimensionnel (Chamberlain et Reid, 1991). En effet, ces deux approches paraissent donner un avantage évident aux participants et à leur famille lorsqu'on les compare aux interventions traditionnelles. Il pourrait certainement en résulter une réduction des coûts pour la société, écrivent les auteurs. De telles interventions pourraient aussi réduire les taux d'arrestation observés ultérieurement auprès de ces jeunes. Les auteurs concluent sur cette mise en garde : les résultats sont très hétérogènes d'une étude à une autre et ils doivent être interprétés avec prudence.

**Littell, Popa et Forsythe (2005, retenant 8 études).** De manière étonnante, quatre ans après la parution de la recension de Woolfenden *et al.* (2001), dans une nouvelle méta-analyse, il n'existe plus de preuve quant à l'efficacité de l'intervention multisystémique (Henggeler *et al.*, 1996). Les auteurs s'empressent d'ajouter qu'il n'existe pas davantage de preuve que cette approche ait des effets nocifs. Dans cette recension, la barre a été fixée très haute puisqu'on a traité des résultats en suivant le principe de « l'analyse en intention de traiter ». Cela signifie que *tous*

les sujets répartis dans les groupes sont concernés par l'analyse, sans tenir compte de leur observance du traitement ou de leur persistance tout au long de l'étude. Autrement dit, les résultats obtenus par les jeunes qui ont abandonné le traitement sont inclus dans les analyses. Littell et ses collaborateurs concluent, à propos de l'intervention pour jeunes délinquants, qui est pourtant réputée la plus efficace: «il est important de reconnaître qu'il existe de réelles limites aux résultats qui peuvent être obtenus à l'aide d'interventions individuelles et familiales à court terme, aussi bien conçues et bien intentionnées soient-elles» (Littell *et al.*, 2005 : 15).

**Macdonald et Turner (2008, retenant 5 études).** Sept ans après la parution de la recension de Woolfenden *et al.* (2001), celle de Macdonald et Turner (2008) confirme que le placement familial à traitement multidimensionnel (Chamberlain et Reid, 1991) est une intervention utile pour les enfants et les jeunes qui présentent des besoins complexes sur les plans affectif, psychologique et comportemental. Bien que les critères d'inclusion pour cette recension aient fixé un seuil d'exigence méthodologique plus élevé que les précédentes, les résultats correspondent à ceux déjà obtenus. Cependant, les auteurs soulignent que l'efficacité perçue de cette intervention (qui est très populaire aux États-Unis) dépasse largement les appuis empiriques. Si les résultats des cinq études retenues indiquent que le placement en familles d'accueil/foyers de groupe spécialisés est *prometteur*, l'ampleur de l'effet est moindre que celui habituellement rapporté.

**Armelius et Andreassen (2007, retenant 12 études).** Enfin, l'approche cognitivo-comportementale semble être un peu plus efficace que l'intervention «traditionnelle» pour les jeunes placés en milieu résidentiel (Farrington *et al.*, 2002; Cann *et al.*, 2003). Après 12 mois de suivi, les données regroupées favorisent l'intervention cognitivo-comportementale par rapport à l'intervention traditionnelle. Le rapport de cotes est de 0,69 et la réduction de la récidive est en moyenne de 10%. Mais, à long terme, il n'y a aucune preuve d'effets significatifs, ni de preuve que l'approche cognitivo-comportementale ait de meilleurs résultats que les autres interventions. Les données probantes n'appuient pas la nécessité de se concentrer uniquement sur les besoins criminogènes et ne montrent pas, non plus, qu'un seul type intervention est efficace.

## Discussion

Depuis la création de la Collaboration Campbell en 2000, 33 recensions Cochrane ont traité de l'efficacité d'interventions de type criminologique. Elles ont été réalisées surtout par des chercheurs en santé publique ou en psychiatrie, affiliés à des universités anglaises. De toute évidence, il s'agit là d'une méthode anglo-saxonne : empirisme, quantification, efficacité et efficience sont à l'ordre du jour (Goldenberg, 2006).

Souscrivant massivement aux échelles valorisant les ERC, ces recensions n'ont retenu en moyenne que 2% de toutes les études publiées dans différents champs d'intervention. Toutefois, cette proportion des études intégrées aux méta-analyses varie passablement. Par exemple, Cleary *et al.* (2008), dans leur recension sur les interventions visant à réduire l'abus de substances chez les personnes avec des troubles mentaux, ont retenu 26 des 93 études initialement repérées. Par contre, Muralidharan et Fenton (2006) n'ont gardé aucune des 4808 études qu'ils ont recensées portant sur l'efficacité des stratégies non pharmacologiques de contention des comportements violents en milieu psychiatrique. La recension de Hassiotis et Hall (2008), qui porte sur les interventions auprès des personnes souffrant de troubles d'apprentissage ou d'un retard mental, et celle de Macdonald et Turner (2008) sur les placements à traitement multidimensionnel pour les jeunes ayant des besoins complexes se caractérisent aussi par un très faible taux d'inclusion des études connues (0,6% et 0,8%). Compte tenu de la vulnérabilité qui pourrait caractériser ces trois populations (patients en milieux psychiatriques, jeunes qui présentent des troubles d'apprentissage ou ayant des besoins complexes), on peut faire l'hypothèse que certains problèmes sociaux ou de type criminologique se prêtent mal à la logique expérimentale de l'assignation aléatoire des sujets au groupe « traitement » ou « témoin ». En ce sens, on ne peut que se réjouir du fait que les recensions faites au sein de la Collaboration Campbell incluent plus souvent des devis de recherche quasi expérimentaux.

Un réaménagement des résultats des 17 recensions que nous avons analysées, en fonction du « niveau de preuve », donne le portrait suivant. Sont jugées inefficaces, voire nuisibles :

- les ordonnances de traitement ambulatoire obligatoires pour les personnes souffrant d'un trouble mental grave et persistant ; et
- les programmes dissuasifs de type « *Scared Straight* » (Finckenauer, 1982) destinés aux jeunes.

Sont considérées d'une efficacité inconnue en raison de la faiblesse des devis de recherche :

- les communautés thérapeutiques en milieu carcéral;
- les programmes visant la réduction de l'usage de substances (ou l'amélioration de l'état mental) chez des personnes avec des troubles mentaux graves;
- les interventions offertes dans les tribunaux ou dans la communauté pour les délinquants usagers de drogue;
- les approches non pharmacologiques visant à contenir les troubles du comportement violent en milieu hospitalier;
- l'usage du médicament Clopixol® pour la gestion des situations d'urgence psychiatrique; et
- les opportunités de formation ou d'emploi pour prévenir l'implication des jeunes (7-16 ans) dans des gangs.

A donné lieu à des conclusions contradictoires :

- la thérapie multisystémique.

Sont jugés prometteurs et à développer davantage :

- les interventions basées sur la mentalisation (Fonagy) et l'approche dialectique comportementale (Linehan) pour les personnes ayant un trouble de personnalité *borderline*;
- les interventions comportementales et cognitivo-comportementales qui visent à réduire l'agressivité des enfants et des adultes ayant des troubles d'apprentissage ou un retard mental;
- les programmes scolaires de prévention secondaire qui ont pour objectif la réduction des comportements agressifs chez les enfants « à risque »;
- le programme *Strengthening Families* qui vise à réduire l'abus d'alcool;
- les programmes d'habiletés sociales ajustés pour convenir à la culture autochtone;
- le placement familial à traitement multidimensionnel; et
- l'approche cognitivo-comportementale pour les jeunes placés en milieu résidentiel.

Depuis quelques années, on assiste à un débat sur la pertinence de la méthode Cochrane pour évaluer l'efficacité des interventions de type criminologique, social ou psychothérapeutique. Scott Henggeler, le concepteur de l'approche multisystémique, a été un des premiers à y participer dans un article intitulé «La critique méthodologique et la méta-analyse comme cheval de Troie». Il répond à la méta-analyse de Littell *et al.* (2005) en ces termes :



Les analyses conceptuelles et méthodologiques du Dr Littell et de ses collaborateurs ont mal interprété, voire déformé, les études sur l'efficacité de l'approche multisystémique. Ils reflètent une mauvaise appréciation de la conduite de la recherche clinique en communauté avec des populations difficiles. Les distinctions entre l'efficacité potentielle (*efficacy*) et l'efficacité réelle (*effectiveness*)<sup>6</sup>, la recherche portant sur la notion de « transportabilité » d'un programme, les nuances à apporter dans la conduite d'une méta-analyse, la contribution essentielle de l'intégrité du traitement à la validité interne d'une recherche et le fait que tous les résultats d'évaluation ne répondent pas aux mêmes questions conceptuelles [ne sont là que quelques-unes des objections à émettre]. (Henggeler *et al.*, 2006 : 447)

Réaction défensive d'un clinicien réputé, alors piqué dans son orgueil ? Ou indice d'un malaise plus profond devant la grande valorisation des ERC ? À l'aide de quatre questions, ce texte se terminera sur une discussion de la pertinence de la méthode Cochrane pour évaluer l'efficacité des interventions de type criminologique, social ou psychothérapeutique. Ces questions concernent la représentativité des milieux où sont mises en application les interventions évaluées par des ERC, la concomitance et la complexité des problèmes à résoudre, les apports et limites de la « protocolarisation » des interventions, ainsi que les risques de retard, voire de paralysie, dans les applications d'approches innovantes lorsque aucun résultat d'ERC ne peut les appuyer.

#### *Validité interne ou écologique ?*

Dans les manuels de méthodologie, on lira souvent que les plans quasi expérimentaux contiennent une ou plusieurs menaces à la validité interne et que c'est la raison pour laquelle il ne s'agit pas de « vraies expériences ». En effet, dans une évaluation de type quasi expérimental, les effets mesurés et attribués au traitement peuvent avoir été causés par « autre chose », par exemple un événement extérieur (ex. : changement de règlement ou de loi) ou la réutilisation, avant et après l'intervention, des mêmes instruments de mesure auprès des sujets. On dira donc que ce devis prête le flanc à des variables « parasites » ou qu'il prête à confusion.

---

6. La notion d'« efficacité potentielle » (*efficacy*) s'applique aux résultats pouvant être obtenus dans les meilleures conditions, tandis que celle d'« efficacité réelle » (*effectiveness*) désigne les résultats qui peuvent être espérés dans des conditions plus représentatives des pratiques « ordinaires ».

Dès 1966, Campbell et Stanley ont pourtant jugé que les protocoles quasi expérimentaux (ex. : un protocole prétest-post-test sans répartition aléatoire mais avec pairage des sujets, ou un protocole avec une série temporelle de mesures) étaient tout à fait acceptables là où l'expérimentation est impossible. Même en santé publique, des organismes peuvent en arriver à la même conclusion. Ainsi, pour l'Organisation mondiale de la santé, « l'utilisation des essais randomisés contrôlés pour évaluer les initiatives de promotion de la santé est, dans la plupart des cas, inappropriée, trompeuse et inutilement coûteuse » (Organisation mondiale de la santé, 1998 : 18). Par comparaison avec la médecine, en criminologie, en travail social ou en psychologie clinique, il est plus rare qu'on puisse évaluer « ce qui fonctionne » à l'aide de devis expérimentaux ; les recensions sélectionnant les ERC ne couvrent qu'une petite fraction de l'ensemble des publications importantes qui touchent aux politiques et interventions. C'est d'ailleurs ce que suggèrent nos propres données : les auteurs des recensions Cochrane ne conservent en moyenne que 2 % de toutes les études repérées et, dans leurs conclusions, ils déplorent généralement la mauvaise qualité des devis de recherche utilisés.

Le contexte *écologique* entourant les interventions de type criminologique, social ou psychologique ne se rapproche pas souvent de l'idéal empirique des conditions d'un laboratoire. Auprès de certaines populations (ex. : les auteurs d'homicide), dans certains milieux d'intervention (ex. : établissement carcéral) ou dans certaines régions géographiques (ex. : le nord du Québec), il paraît peu probable qu'on puisse mettre en place des ERC. Cela soulèverait trop d'obstacles d'ordre épidémiologique (échantillons de petite taille), éthique (ex. : constitution d'un groupe « à risque » ou « en danger » auquel on ne propose qu'une intervention traditionnelle présumée moins efficace) et budgétaire (un ECR assurant suffisamment de puissance statistique est assez coûteux). Oakley *et al.* (2003) ont ainsi résumé les biais que peuvent introduire les ERC : a) ils sursimplifient les relations de cause à effet ; b) ne peuvent pas être implantés dans des milieux complexes ni pour mettre à l'épreuve des interventions complexes ; c) ignorent le rôle de la théorie dans l'analyse de l'efficacité d'une intervention ; d) ne sont pas appropriés dans des circonstances où « la randomisation » est impossible ; e) sont politiquement inacceptables ; et f) s'avèrent trop coûteux.

Tout comme la Collaboration Cochrane, le groupe Crime et Justice de la Collaboration Campbell valorise les études dont la validité interne

est élevée (Blaya *et al.*, 2001). Mais il est encore possible d'y présenter des études basées sur des devis quasi expérimentaux, tout en fournissant une information détaillée à leur sujet (ex. : taille de l'échantillon, stratégies analytiques et ampleur de l'effet). Cette ouverture permet aux auteurs et lecteurs de débattre de la pertinence des critères de sélection ou de rejet des études. À l'aide des tableaux détaillés décrivant les études retenues et rejetées, un lecteur critique aura toujours le loisir de retracer quelques données brutes et de tirer ses propres conclusions.

Par ailleurs, depuis 1998, il existe un Cochrane Qualitative Research Methods Group (Dixon-Woods *et al.*, 2001). Dans les sciences sociales et humaines, cette nouvelle communauté de chercheurs risque d'être un point de référence plus pertinent pour bon nombre d'intervenants et de décideurs.

Tel que le rapporte aussi Jacob dans un article de notre numéro thématique<sup>7</sup>, certaines analyses ont comparé les conclusions d'évaluations expérimentales et non expérimentales. Pour les uns, la comparaison montre que les évaluations portant sur le même programme aboutissent à des conclusions différentes en fonction de la méthode retenue (Sherman, 2003) alors que pour d'autres, les résultats sont relativement semblables (Greenberg *et al.*, 2006). Il faudra que plus de travaux se penchent sur de telles comparaisons dans la mesure où l'ERC a aussi ses limites : celles de la validité externe ou la représentativité des résultats.

### *La concomitance des problèmes, l'exception ou la règle ?*

En criminologie, en travail social ou en psychologie clinique, l'intervenant doit souvent faire face à toute une série de situations complexes, de problèmes multiples et intriqués, où se mêlent des dimensions biologiques, psychologiques, familiales, sociales, légales et politiques. Or, pour les ERC, les situations « monoproblématiques » sont préférables car elles se prêtent mieux à la normalisation, aux contrôles rigoureux, par exemple à l'utilisation de critères d'exclusion des participants dont les caractéristiques pourraient « parasiter » le devis (ex. : « ne pas présenter de retard mental ni de trouble neurologique »). Pour avoir une grande homogénéité de l'échantillon, il faut parfois exclure d'emblée jusqu'à

---

7. Voir « Opération chloroforme ou la réinvention de l'État rationnel : l'évaluation et les données probantes », 203-225.

90% des candidats potentiels. Mais comment identifier les meilleures pratiques dans des champs de pratique où la concomitance des problèmes est la règle et non pas l'exception? Lorsque, pour assurer la représentativité de l'échantillon, il faudrait n'appliquer qu'un minimum de critères d'exclusion? Voilà un deuxième enjeu important. Il reste à voir si l'EBP tel qu'elle est pratiquée par la Collaboration Cochrane réussira à éclairer les intervenants en criminologie, en service social ou en psychologie clinique sur les meilleures pratiques en matière de problèmes complexes, tels que la sortie de prison d'un détenu toxicomane, porteur d'une hépatite, qui retourne habiter dans un quartier défavorisé.

*Protocoles efficaces, alliance de travail ou principes efficaces?*

L'EBP favorise très souvent la « manualisation » ou « protocolarisation » des interventions à évaluer. Cette étape, nécessaire à une bonne conceptualisation et normalisation de l'intervention, peut néanmoins induire des risques de dérive. En effet, le courant EBP pourrait mener à une conception de l'intervention qui s'accommode de l'uniformité des intervenants et des personnes aidées, à savoir que les uns et les autres sont plus ou moins interchangeable. Il faut critiquer une pédagogie de l'intervention où l'efficacité serait censée découler principalement de l'application systématique de procédures « bien » implantées. Avec l'EBP, l'expression « bonnes pratiques » pourrait signifier parfois tout simplement « bon manuel » ou « bon protocole » (*cookbook*).

Malgré les résultats prometteurs ou probants obtenus dans les recherches évaluatives, trop de questions demeurent sans réponse pour qu'on puisse expliquer l'efficacité des interventions de type criminologique seulement en fonction de l'implantation fidèle d'un manuel de traitement éprouvé. Comment expliquer la variabilité dans les résultats obtenus dans des contextes différents avec les mêmes modalités ou approches? Outre le critère de la fidélité dans l'implantation, quelles caractéristiques des personnes aidées (ex. : leurs valeurs, leurs préférences ou leur motivation) prédisent aussi les résultats d'une intervention? Quelles caractéristiques de l'intervenant (ex. : le savoir théorique, le jugement, la qualité du raisonnement, l'expérience ou la sensibilité clinique) font aussi en sorte que « ça fonctionne »? Et quelle est la part de rencontre intersubjective, à chaque fois unique, dans un suivi efficace? (Pour une critique de l'EBP sous l'angle de l'occultation de toute

subjectivité, voir Goldenberg, 2006.) Dans un très grand nombre de champs d'intervention de type criminologique (ex. : consommation de substances), des travaux qui s'intéressent à « l'alliance de travail » et aux caractéristiques des intervenants sont en cours (ex. : Martin *et al.*, 2000). Or, dans ce survol des recensions Cochrane, aucune trace de ceux-ci n'a pu être retrouvée.

Par ailleurs, selon Castonguay et Beutler (2008), la meilleure question n'est pas « *qu'est-ce qui fonctionne ?* » mais bien « *quel est le principe qui fait que ça fonctionne ?* » Ces deux auteurs, qui traitent de la question des données probantes sous l'angle spécifique de la psychothérapie, craignent que l'actuel débat sur l'efficacité et la preuve mène à une centration étroite sur la technique ou la procédure, plutôt que sur le « principe actif<sup>8</sup> ». Pour ces deux auteurs, un certain nombre de facteurs sont communs à plusieurs « bonnes » pratiques (ex. : alternance entre l'empathie qui valide l'expérience de la personne aidée et le recadrage qui souligne l'importance du changement). Dès lors, à la comparaison des approches et la détermination de la technique *la plus* efficace, ils proposent d'ajouter un autre courant de recherches, plus suscité par la théorie (« *theory driven* »), et portant sur l'identification de principes actifs, essentiels et possiblement communs à plusieurs techniques ou procédures.

*L'EBP pour synthétiser des données ou pour produire des normes ?*

Finalement la popularité de la Collaboration Cochrane risque, tôt ou tard, d'interpeller les intervenants sur le plan éthique. Le débat est déjà lancé dans les sciences de la santé (Goodman, 2003 ; 2005). À l'aune des données probantes, que signifie « bien pratiquer » ? Que veut dire prendre une « bonne décision » ? Ou formuler de « bonnes recommandations » ? En général, les tenants de l'EBP donnent à ces questions une réponse nuancée qui laisse place autant aux résultats de la recherche qu'à l'expérience de l'intervenant et aux préférences/valeurs de la personne aidée. Néanmoins, la vigilance s'impose face aux risques d'une dérive dogmatique qui transformerait le mouvement en moyen de rationnement technocrate des interventions. Cela engendrerait des risques de retard, voire de paralysie, dans l'implantation d'approches

---

8. Le principe actif est la molécule qui, dans un médicament, possède un effet thérapeutique.

innovantes lorsque aucun résultat d'ERC ne peut les appuyer, ou lorsqu'on ne peut être assuré que des résultats internationaux s'appliquent bel et bien au contexte local. Comment les chefs de programmes, directeurs d'établissement et décideurs politiques réagiront-ils en lisant régulièrement que « pour l'instant, toutes les interventions doivent être considérées expérimentales », que « l'ampleur de l'effet est faible » et que « la recherche évaluative en ce domaine ne repose pas sur des méthodologies bien conçues » ? Il faut espérer qu'ils sauront relativiser les conclusions dégagées et les changements de pratique proposés lorsque ceux-ci ne s'appuient que sur 2 % des travaux publiés. Tel que l'écrit en 2003 Goldbloom (traitant de la psychiatrie) : « À maints égards, une approche fondée sur les données probantes ne révèle pas une vérité thérapeutique unique, mais plutôt les limites de la connaissance et de la certitude. Elle n'est pas destinée à produire une paralysie » (Goldbloom, 2003 : 4).

Une « position fondée sur des données probantes » suppose une démarche « à petits pas » qui s'appuie sur la meilleure analyse possible des données pertinentes et disponibles. Bien qu'on puisse se pencher sur la question de l'efficacité de l'intervention en menant des ERC, une approche fondée sur des données probantes en est aussi une qui fait la meilleure utilisation des données obtenues par des évaluations non randomisées si celles-ci abordent mieux les enjeux de la représentativité des contextes, de la complexité des problèmes présentés et des principes théoriques qui sous-tendent les manuels de traitement.

TABLEAU 1

### Détails des recensions Cochrane récentes qui traitent des interventions implantées en cas de problèmes combinant troubles mentaux, consommation de substances, violence ou victimisation

Auteurs	Objectifs	Stratégie de recherche	Critères de sélection	Collecte de données/ analyses	Résultats principaux
Binks, Fenton, McCarthy, Lee, Adams et Duggan (2006).	Évaluer les effets des interventions psychologiques pour les personnes atteintes de trouble de la personnalité <i>borderline</i> .	Recherche systématique auprès de 26 spécialistes, dans des bases de données bibliographiques générales (jusqu'en décembre 2002), et recherche de références supplémentaires à partir des bibliographies des articles déjà ciblés.	Tous les ECR de traitements psychologiques pour personne ayant un trouble de personnalité <i>borderline</i> . Ces traitements psychologiques incluent les approches comportementales, cognitivo-comportementales, psychodynamiques et analytiques.	Les auteurs ont choisi de façon indépendante les études, évalué leur qualité et extrait leurs données. Pour les variables dichotomiques, ils ont calculé le risque relatif <sup>9</sup> (RR), ses intervalles de confiance à 95 % et, si possible, le « nombre de sujets à traiter » et le « nombre nécessaire pour nuire <sup>10</sup> ». Pour les variables continues, les données relatives au point d'arrivée (« <i>end point</i> ») ont été préférées à celles relatives au changement. Les données non biaisées provenant d'échelles validées ont été combinées en utilisant une « différence moyenne pondérée » (DMP).	Nous avons identifié sept études incluant 262 personnes, et cinq études comparatives. Lorsque la thérapie dialectique comportementale (TCD) est comparée au traitement habituel, les études ne montrent aucune différence pour ce qui est de « répondre toujours aux critères diagnostiques (SCID-II) six mois plus tard » ou de l'admission dans un hôpital dans les trois mois précédant la mesure « post ». L'automutilation ou le parasuicide peuvent toutefois diminuer après 6 à 12 mois. Lorsque la TCD est comparée à la thérapie centrée sur le client, aucune différence significative n'est constatée.
Cleary, Hunt, Matheson, Siegfried et Walter (2008).	Évaluer les effets des interventions psychosociales visant à réduire la consommation de	Pour cette mise à jour (2007), le Cochrane Schizophrenia Group Trials Register (mai	Les ECR comparant les interventions psychosociales centrées sur le mauvais usage de	Nous avons extrait les données de façon indépendante. Pour des données dichotomiques, nous avons calculé des risques	Des 93 études, 25 ont été retenues. Il s'agit d'évaluations à long terme des soins intégrés dont 4 ERC (n total = 735). Nous n'avons trouvé

9. Le risque relatif est une estimation de la probabilité que la survenue d'un problème dans le groupe exposé à un facteur de risque déterminé soit autant de fois supérieure ( $RR > 1$ ) ou inférieure ( $RR < 1$ ) à celle dans le groupe non exposé.

10. Le « nombre nécessaire pour nuire » est le nombre de personnes qu'il faut traiter pour observer un critère « négatif » (un effet secondaire nuisible ou un décès) consécutif à l'intervention.

substances chez les personnes ayant un trouble mental grave.

2006) a été fouillé. Il est lui-même alimenté par des recherches régulières dans les grandes bases de données.

substances aux soins habituels chez les personnes ayant un trouble mental sévère.

relatifs (RR) et leurs intervalles de confiance à 95 % sur la base d'une intention de traiter et d'un modèle à effets aléatoires. Nous avons calculé le « nombre de sujets à traiter » et le « nombre nécessaire pour nuire » lorsque les données étaient homogènes. Pour les données continues, nous avons calculé la « différence moyenne pondérée » (DMP) sur la base d'un modèle à effets aléatoires.

aucune différence significative sur les mesures d'usage de substances ou d'abandon de traitement. Pour les essais de gestion de cas intensifs non intégrés, nous n'avons trouvé aucune différence significative. La combinaison d'entretien motivationnel plus thérapie cognitivo-comportementale n'a montré aucun avantage sur le plan de la persistance au traitement, de la rechute ou de la réduction de l'usage de substances. Avec la thérapie cognitivo-comportementale, moins de participants ont abandonné le traitement.

Gibson, Fenton, da Silva Freire Coutinho et Campbell (2004).

Estimer les effets cliniques de l'acétate de zuclopiroxol (Clopixol®) pour la gestion de l'agressivité ou de violence attribuées aux troubles mentaux sévères, par comparaison avec d'autres médicaments utilisés pour traiter des conditions similaires.

Nous avons complété des recherches antérieures des essais contrôlés (10/2000), de la Cochrane Library (1997) et MEDLINE (1966-1997). Nous avons lancé un appel pour recueillir des données non publiées et mis à jour la recherche du registre du Cochrane Schizophrenia Group (septembre 2003).

Tous les essais cliniques incluant des personnes pouvant avoir un trouble mental grave et comparant le Clopixol® à d'autres médicaments.

Les données ont été extraites de façon indépendante par deux examinateurs puis contre-vérifiées. Nous avons calculé des coefficients de risques relatifs et des intervalles de confiance à 95 % pour les données dichotomiques. Dans la mesure du possible, le « nombre de sujets à traiter » et le « nombre nécessaire pour nuire » ont été calculés. L'analyse a été effectuée en fonction de l'intention de traiter. Les différences moyennes ont été utilisées pour les variables continues.

Nous n'avons pas trouvé de données pour le premier résultat, la tranquillisation. Par rapport à l'halopéridol, le Clopixol® n'était pas plus sédatif après deux heures. Les gens qui ont reçu du Clopixol® n'étaient pas moins à risque de se faire donner des antipsychotiques supplémentaires, bien que pour d'autres l'utilisation additionnelle de benzodiazépines a été moindre. Nous n'avons pas trouvé de données établissant plus d'épisodes d'agression de soi ou d'autrui.



Auteurs	Objectifs	Stratégie de recherche	Critères de sélection	Collecte de données/ analyses	Résultats principaux
Hassiotis et Hall (2008).	Déterminer l'efficacité des interventions comportementales et cognitivo-comportementales pour les comportements hétéro-agressifs chez les personnes ayant des troubles d'apprentissage.	The Cochrane Library (CENTRAL) 2007 (n° 1), MEDLINE 1966 à février 2007, EMBASE 1980 à février 2007, PsycINFO 1872 à février 2007 et Dissertation Abstracts (fin des années 1960 à février 2007) ont été fouillées. Le cas échéant, des filtres de recherche ont été utilisés.	Les études ont été sélectionnées si plus de quatre participants, enfants ou adultes, étaient attribués de façon aléatoire, ou quasi aléatoire, à des interventions ou des traitements traditionnels ou mis sur la liste d'attente.	Les références identifiées par des recherches informatiques et l'examen des bibliographies et des contacts personnels ont été évalués à la lumière des critères d'inclusion par deux réviseurs indépendants. Ces derniers ont extrait les données et les ont saisies dans RevMan.	Parmi les 679 études repérées, 4 sont basées sur des populations adultes ayant des troubles d'apprentissage et sont incluses dans la version actuelle de l'examen. Dans trois études seulement, les données étaient disponibles sous une forme adaptée à la méta-analyse, mais en raison de l'hétérogénéité des populations et des interventions, la méta-analyse n'a pas été effectuée. Des interventions directes fondées sur les méthodes cognitivo-comportementales (relaxation adaptée, affirmation de soi, résolution de problèmes et gestion de la colère) semblent avoir un certain impact sur la réduction des comportements agressifs à la fin du traitement et dans certaines études de suivi (jusqu'à six mois).
Kisely, Campbell et Preston (2005).	Examiner l'efficacité clinique et l'efficacité du traitement ambulatoire obligatoire pour les personnes atteintes d'un trouble mental grave.	Recherches entreprises dans les registres du Cochrane Schizophrenia Group et de Science Citation Index jusqu'en 2003. Pour chaque étude identifiée, toutes les références ont été obtenues et les auteurs de chaque étude incluse ont été contactés.	Tous les essais cliniques randomisés et contrôlés comparant le traitement ambulatoire obligatoire aux soins habituels pour les personnes ayant un trouble mental grave.	Nous avons, de manière fiable (accords inter-juges), sélectionné, évalué la qualité des études et extrait les données. Pour les variables nominales, nous avons calculé un effet fixe <sup>11</sup> du risque relatif (RR), ses intervalles de confiance à 95 % et, si possible, le « nombre de sujets à traiter » et le « nombre nécessaire pour nuire ».	Des 29 études n'ont été retenus que deux essais cliniques randomisés (n total = 416) d'ordonnance de traitement ambulatoire obligatoire provenant des États-Unis. Peu de preuves indiquent que le traitement ambulatoire obligatoire a été efficace sous l'angle de l'utilisation des services de santé, le fonctionnement social, le fait d'être arrêté

11. Le modèle d'effet fixe (*fixed effects model*) présuppose qu'il n'y a qu'une seule valeur sous-jacente pour l'effet constaté. Suivant ce modèle, une variation des effets observés est liée au hasard.

au moins une fois par 11-12 mois», l'état mental, la qualité de vie ou la satisfaction par rapport aux soins. Toutefois, le risque de victimisation paraît diminuer avec le traitement ambulatoire obligatoire. En termes de nombre de patients à traiter, il faudrait 85 ordonnances pour éviter une réadmission, 27 pour prévenir un épisode d'itinérance et 238 pour éviter une arrestation.

---

Muralidharan et Fenton (2006).	Comparer les effets de différentes stratégies utilisées pour contenir des personnes gravement perturbées pendant les périodes de crise «psychiatrique» (à l'exclusion de l'isolement, de la contention et de l'utilisation de médicaments prescrits).	Pour la mise à jour 2006 de cet examen, nous avons fouillé l'interface Ovid des registres de groupes CINAHL, CENTRAL et Schizophrenia, ainsi que EMBASE, MEDLINE et PsycINFO.	Les ERC incluant les personnes hospitalisées avec trouble mental grave, et portant sur toute intervention non pharmacologique destinée à contenir les gens qui sont à risque pour eux-mêmes ou autrui, (comme le changement des niveaux de surveillance, le changement des ratios patients-personnel, le recours à des techniques de dé-escalade ou à des contrats comportementaux).	La qualité des essais aurait été éventuellement évaluée de manière fiable et des données auraient été extraites. Les risques relatifs (RR) et les intervalles de confiance auraient été calculés à l'aide d'un modèle à effets aléatoires.	La recherche initiale de 1999 a identifié plus de 2000 rapports de recherche et la mise à jour de 2006, un autre ensemble de 2808 rapports. De ce nombre, seulement six semblaient avoir le potentiel d'être pertinents. Une fois qu'ils ont été obtenus, il était clair qu'ils ne pouvaient pas être inclus. Aucun ne portait essentiellement sur les méthodes non-pharmacologiques de maîtrise de la violence ou de l'automutilation chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves.
--------------------------------	---	---	--	--	---

---

Auteurs	Objectifs	Stratégie de recherche	Critères de sélection	Collecte de données/ analyses	Résultats principaux
Perry, Coulton, Glanville, Godfrey, Lunn, McDougall et Neale (2006).	Évaluer l'efficacité des interventions visant la réduction de l'activité criminelle et de l'usage de drogues lorsqu'elles sont proposées (dans les tribunaux, les établissements sécuritaires et la collectivité) aux délinquants utilisant de la drogue.	Vingt-deux bases de données électroniques ont été fouillées pour la période allant de 1980 à 2004. Des sites Internet ont été consultés et les experts dans le domaine ont été contactés pour de plus amples informations.	Les ECR visant à réduire, éliminer ou prévenir la rechute dans l'usage de drogue par les délinquants.	Deux des auteurs ont évalué de manière indépendante les essais pour juger de leur inclusion. Les données ont été extraites par un auteur et ont fait l'objet d'une double vérification.	Parmi les 92 études identifiées (n total = 8936), 24 ont répondu aux critères d'inclusion. Les résultats montrent que la comparaison entre une période de surveillance en communauté, accompagnée de tests de dépistage des substances et de possibles sanctions, versus une période pré-procès « de routine » favorise le groupe de comparaison sous l'angle des arrestations après 90 jours. Si on compare la communauté thérapeutique au suivi dans un programme de santé mentale à un groupe contrôle placé sur la liste d'attente en termes « d'incarcération après 12 mois », les résultats sont en faveur du traitement. Si on compare la probation intensive à la probation régulière, les résultats favorisent le groupe de comparaison.
Smith, Gates et Foxcroft (2006).	Déterminer l'efficacité des communautés thérapeutiques (CT) par rapport à d'autres traitements pour les personnes ayant une dépendance aux substances. Vérifier si l'efficacité est modifiée par les caractéristiques du client ou celles du traitement.	Ont été fouillés : le registre central des essais contrôlés Cochrane (The Cochrane Library, n° 2, 2005), MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL et SIGLE de leur création jusqu'à mars 2004. Les listes de références des études ont été numérisées.	Les ECR Cochrane comparant les CT avec d'autres traitements, l'absence de traitement ou une autre CT.	Deux des auteurs ont évalué de façon indépendante les résumés. La qualité méthodologique a été évaluée à l'aide de l'échelle de Jüni, Altman et Egger (2001). Lorsque possible, les données ont été synthétisées en utilisant les risques relatifs et les différences de moyennes, sinon les résultats sont présentés tels qu'ils sont indiqués par les auteurs.	Des 31 études possibles, 7 ont été incluses. Les différences entre celles-ci ont empêché toute mise en commun des données. Les résultats sont individuellement résumés pour chaque essai.

TABLEAU 2

Détails des recensions Cochrane récentes qui traitent des interventions destinées aux jeunes

Auteurs	Objectifs	Stratégie de recherche	Critères de sélection	Collecte de données/ analyses	Résultats principaux
Armelius et Andreassen (2007).	Étudier l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) pour réduire la récidive des adolescents placés en milieux résidentiels sécuritaires ou non sécuritaires. Vérifier si les interventions qui se concentrent particulièrement sur les besoins criminogènes sont plus efficaces que celles qui ont un focus général axé sur la modification des cognitions et des comportements.	Exploration de ces bases de données: CENTRAL 2005 (n° 2), MEDLINE de 1966 à mai 2005, Sociological Abstracts de 1963 à mai 2005, ERIC de 1966 à novembre 2004, Dissertation Abstracts International de 1960 à 2005. Pour ce qui est de la recherche en cours, des experts dans le domaine ont été contactés.	Les études contrôlées randomisées <sup>12</sup> (ECR) et les études avec groupes de comparaison non randomisés ont été incluses. Les participants devaient être des jeunes personnes âgées de 12 à 22 ans, placées en établissement en raison de leurs comportements antisociaux.	Deux évaluateurs indépendants ont examiné 93 titres et résumés. De ce nombre, 35 rapports ont été récupérés. Les données des 12 essais éligibles ont été extraites et saisies dans RevMan <sup>13</sup> . En raison d'une hétérogénéité significative entre les études, les résultats ont été synthétisés en utilisant un modèle d'effet aléatoire <sup>14</sup> . Les résultats, pour des intervalles de 6, 12 et 24 mois post-traitement, sont présentés sous forme graphique. Les rapports de cotes <sup>15</sup> sont utilisés et des analyses en intention de traiter <sup>16</sup> ont été faites. Les abandons ont été imputés de manière proportionnelle. Les évaluations combinées ont été pondérées en fonction de l'inverse de la variance. Des intervalles de confiance de 95% ont été utilisés.	Les résultats sur le plan des suivis de 12 mois montrent que, bien que les études simples ne mesurent généralement pas d'effets significatifs, les données regroupées favorisent clairement la TCC par rapport au traitement habituel, le rapport de cotes étant de 0,69. La réduction de la récidive est en moyenne de 10%. Il n'existe aucune preuve d'effets après 6 ou 24 mois, ni lorsque la TCC est comparée à d'autres traitements pour de tels intervalles.

12. Dans un essai randomisé, chaque personne participant à l'étude a la même chance de faire partie d'un des groupes faisant l'objet de l'étude. La répartition selon les groupes se fait généralement par tirage aléatoire.

13. Le Review Manager est un logiciel, conçu par la Collaboration Cochrane, pour réaliser d'une façon standardisée une synthèse méthodique et/ou une méta-analyse.

14. Dans ce modèle statistique développé par DerSimonian et Laird en 1986, il est tenu compte du fait que les effets divergents observés dans les études sont liés à des variations dues au hasard mais aussi à des variations réelles entre les études. L'hypothèse d'un modèle d'effet aléatoire est qu'il existe une « population » d'effets éventuels avec une répartition précise autour d'un effet global moyen.

15. Le rapport de cotes est une approximation du risque relatif.

16. Suivant le principe de l'analyse en intention de traiter, aucune modification n'est possible, dans une étude d'intervention, après répartition dans les groupes étudiés. Ce qui signifie que tous les sujets répartis dans un groupe sont concernés par l'analyse, sans tenir compte de l'observance du traitement ou de la fidélité à l'entièreté de l'étude. S'il s'agit d'une étude de dépistage et non d'intervention, on parle d'analyse en intention de dépister.

Auteurs	Objectifs	Stratégie de recherche	Critères de sélection	Collecte de données/ analyses	Résultats principaux
Fisher, Montgomery et Gardner (2008).	Déterminer l'efficacité des opportunités de formation ou d'emploi (« <i>opportunities provision</i> ») pour prévenir l'implication des enfants et des jeunes (7-16 ans) dans les gangs.	Les bases de données de ASSIA <sup>17</sup> , CINAHL <sup>18</sup> , CJA, Cochrane Library, Dissertations Abstracts, EMBASE <sup>19</sup> , ERIC, IBSS, LILACS <sup>20</sup> , LexisNexis Butterworths, MEDLINE, NCJR Abstracts PsycINFO et Sociological Abstracts ont été fouillées et ce, jusqu'au mois d'avril 2008. Les réviseurs ont contacté les organisations, individus, consulté les listes de discussion (« <i>list-servs</i> »), sites Web et listes de référence pertinentes.	Tous les ECR ou quasi contrôlés randomisés portant principalement sur des interventions offrant des opportunités de formation ou d'emploi à des enfants et des jeunes (7-16 ans) qui ne sont pas impliqués dans un gang, comparative-ment à toute autre intervention ou à l'absence d'intervention.	Les recherches ont repéré 2696 citations. De celles-là, 2676 ont été exclues à partir du titre et du résumé. Deux ont été exclues à la suite de discussions avec leurs auteurs. Les rapports des 18 restantes ont été récupérés intégralement. Seize ont été exclues parce qu'elles n'étaient pas des évaluations, ne correspondaient pas à un programme de prévention de gangs, n'incluaient pas des résultats relatifs aux gangs, n'incluaient pas des opportunités de formation ou d'emploi, ou présentaient des résultats préliminaires d'études déjà rapportées ailleurs. Les deux derniers rapports étaient partiellement liés à l'offre d'opportunités pour prévenir l'adhésion à des gangs, mais en raison de problèmes de méthodologie ils ont été exclus de l'analyse.	Aucun essai contrôlé randomisé ni essai quasi contrôlé randomisé n'a été identifié.

17. Applied Social Sciences Index and Abstracts.

18. Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature.

19. Embase est la version en ligne d'Excerpta Medica, la base de données européenne pour les sciences biomédicales.

20. Latin American and Caribbean Health Science Literature Database.

Foxcroft, Ireland, Lowe et Breen (2002).	Identifier et résumer les évaluations rigoureuses d'interventions psychosociales/ éducatives visant la prévention primaire de l'abus d'alcool chez les jeunes. Évaluer l'efficacité des interventions de prévention primaire à long terme (> 3 ans).	Les bases de données suivantes ont été fouillées (sans limite de temps): Projet CORK <sup>21</sup> , BIDS <sup>22</sup> , PsyCLIT, ERIC, ASSIA, MEDLINE, Family-Ressources Database, Healt-Periodical Database, EMBASE, BIDS, Dissertation-Abstracts, SIGLE <sup>23</sup> , DRUG-INFO, SOMED, Social-Work-Abstracts, National Clearinghouse on Alcohol and Drug Information Mental-Health-Abstracts, DRUG-database, ETOH <sup>24</sup> (jusqu'en juin 2002).	Les ECR, essais contrôlés non randomisés et séries chronologiques interrompues ont été retenus. Aussi les interventions psychosociales et éducatives de prévention primaire pour les jeunes jusqu'à 25 ans, les interventions directement centrées sur l'alcool ou plus génériques (drogues ou mode de vie), mais rapportant des résultats relatifs à l'alcool. Variables: consommation d'alcool, âge d'initiation à l'alcool, boire 5+ consommations en une seule occasion, ivresse, violences liées à l'alcool, criminalité liée à l'alcool, comportements à risque liés à l'alcool.	Étape 1: tous les documents ont été examinés par un des auteurs à la lumière des critères d'inclusion. Étape 2: dans les documents retenus au stade 1, les principaux renseignements ont été extraits par deux ou trois réviseurs.	Des 600 études de l'étape 1, 56 ont été retenues. Vingt d'entre elles présentaient des signes d'inefficacité. Aucune conclusion ferme n'est possible quant à l'efficacité des interventions de prévention à court et à moyen terme de l'abus d'alcool chez les jeunes. Sur le long terme, le <i>Programme Strengthening Families</i> (PSF, Spoth <i>et al.</i> , 2001) est prometteur. Le « nombre de sujets à traiter <sup>25</sup> » (pour le PSF) sur quatre ans pour les trois comportements d'initiation (consommation d'alcool, consommation d'alcool sans autorisation et première ivresse) était de 9. Une étude a également mis en évidence la valeur potentielle d'un programme d'habiletés sociales ajusté à la culture autochtone ( <i>Skills Training culturally focused</i> , Schinke <i>et al.</i> ).
--	--	--	--	--	--

21. Information sur l'alcoolisme et la toxicomanie à l'intention des cliniciens et des éducateurs de la Dartmouth Medical School.

22. Bath Information and Data Services.

23. System for Information on Grey Literature in Europe.

24. ETOH: Alcohol and Alcohol Problems Science Database.

25. Nombre de personnes à traiter pendant la période déterminée pour guérir ou pour prévenir un cas supplémentaire du problème considéré.

Auteurs	Objectifs	Stratégie de recherche	Critères de sélection	Collecte de données/ analyses	Résultats principaux
Littell, Popa et Forsythe (2005).	Fournir des estimations non biaisées sur l'impact du traitement multi-systémique (TMS), sur les placements extrafamiliaux, la criminalité/délinquance, les autres troubles comportementaux et les autres résultats psychosociaux pour les jeunes et leurs familles.	Des recherches informatiques ont été faites dans les bases de données bibliographiques (Cochrane Library, C2-SPECTR <sup>26</sup> , PsycINFO, Science Direct et Sociological Abstracts), ainsi que dans les sites Web gouvernementaux et professionnels, de 1985 à janvier 2003. Les listes de références des articles ont été examinées, et des experts ont été contactés.	Études où des jeunes (10-17 ans) manifestant des problèmes sociaux, affectifs et/ou de comportement ont été dirigés de manière aléatoire vers un des programmes TMS ou vers d'autres conditions (les services traditionnels ou d'autres traitements).	Deux réviseurs ont indépendamment examiné 266 titres et résumés, 95 textes ont été récupérés intégralement, et 35 études indépendantes ont été identifiées. Deux évaluateurs ont lu de façon autonome l'ensemble de ces rapports. Huit études ont été jugées éligibles pour l'inclusion. Deux évaluateurs ont, de façon indépendante, évalué la qualité des études et extrait les données. Une grande hétérogénéité entre les études a été identifiée (à l'aide des tests de $\chi^2$ et $I^2$ ). Des modèles à effets aléatoires ont été utilisés pour regrouper les données de l'ensemble des études. Les rapports de cotes ont été utilisés pour les variables dichotomiques; des différences de moyenne normalisées ont été utilisées pour les variables continues. Des ajustements ont été effectués pour les échantillons de petite taille.	Les analyses les plus rigoureuses (en intention de traiter) n'ont trouvé aucune différence significative entre les TMS et les services traditionnels en termes de placements, d'arrestations ou de condamnations. Les résultats agglomérés qui incluent des études ayant des données de qualité variable ont tendance à favoriser les TMS, mais ces effets ne sont pas significatifs. L'échantillon à l'étude est de petite taille et les effets ne sont pas consistants d'une étude à l'autre. Par conséquent, on ne peut affirmer que les TMS offrent des bénéfices cliniques significatifs par rapport à d'autres services.

26. C2-SPECTR est un registre des essais réalisés dans les domaines intéressant la Collaboration Campbell.

Macdonald et Turner (2008).	Évaluer l'impact du placement familial à traitement multidimensionnel sur les caractéristiques psychosociales, comportementales, la délinquance et l'état ( <i>status</i> ) au moment du congé pour les enfants et les adolescents qui ont besoin d'un placement extra-familial.	Exploration des bases de données dans le registre Cochrane CENTRAL (2006, n° 4), MEDLINE (1966 à janvier 2007), CINAHL (1982 à décembre 2006), PsycINFO (1872 à janvier 2007), Assia (1987 à janvier 2007), LILACS (1982 à janvier 2007), ERIC (1966 à janvier 2007), Sociological Abstracts (1963 à janvier 2007) et le Registre national de la recherche 2006 (n° 4).	Les ERC vérifiant l'efficacité du placement familial à traitement multidimensionnel pour les enfants et les jeunes jusqu'à l'âge de 18 ans qui, en raison de graves problèmes sociaux, psychologiques, de santé et comportementaux, ont été placés dans des milieux extra-familiaux restrictifs de liberté ou qui sont à risque de l'être.	Les titres et résumés identifiés lors de la recension ont été évalués de manière indépendante sous l'angle de leur admissibilité par les deux auteurs, qui ont également extrait et saisi les informations dans RevMan. Les données ont été synthétisées les quelques fois où cela a été possible. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux, de graphiques ( <i>forest plot</i> ) et de textes.	Sur un total de 632, 5 études (n = 390) ont été incluses dans cet examen. Les données indiquent que le placement familial à traitement multidimensionnel peut être une intervention utile pour les enfants et les jeunes manifestant des besoins complexes sur le plan affectif, psychologique et comportemental ou à risque de placement dans un milieu plus restrictif de liberté.
Mytton, DiGuseppi, Gough, Taylor et Logan (2006).	Examiner l'effet des programmes de prévention de la violence en milieu scolaire pour les enfants identifiés comme agressifs ou à risque d'être agressifs.	Nous avons fouillé les registres CENTRAL, Cochrane Injuries Group, MEDLINE, EMBASE, d'autres bases de données spécialisées, ainsi que les listes de références des articles. Nous avons également contacté certains auteurs et organisations afin d'identifier d'autres études.	Nous avons inclus les essais répondant aux critères suivants: 1) les participants ont été assignés au hasard aux groupes d'intervention et de contrôle; 2) les données relatives aux résultats ont toutes été recueillies simultanément; 3) les participants incluaient des enfants du réseau public et identifiés comme présentant (ou étant à risque de présenter) des comportements agressifs; 4) les interventions étaient destinées à réduire l'agression, la violence, l'intimidation,	Ont été recueillies des données sur le devis, les participants, les interventions, les résultats et la qualité de l'étude. Les résultats de « toute forme d'intervention » versus « aucune intervention » ont été comparés immédiatement après l'intervention et aux termes de 12 mois de suivi en utilisant des méta-analyses, le cas échéant.	De 56 essais identifiés, aucun n'a rapporté des données sur des blessures dues à la violence. Dans 34 essais, les comportements agressifs ont été considérablement réduits par les interventions, immédiatement après. Dans sept études, cet effet a été maintenu après un suivi de 12 mois. Le recours à des mesures disciplinaires, par l'école ou un autre organisme en réponse à un comportement agressif, a été réduit dans neuf essais, mais cette différence pourrait être attribuée au hasard et elle n'a pas été maintenue. Des analyses par sous-groupes suggèrent que les interventions destinées à améliorer les habiletés sociales ou relationnelles sont plus efficaces que celles visant à enseigner des compétences de



Auteurs	Objectifs	Stratégie de recherche	Critères de sélection	Collecte de données/ analyses	Résultats principaux
			<p>les conflits ou la colère; 5) les interventions se déroulaient en milieu scolaire; 6) les résultats comprenaient un comportement agressif, la réponse de l'école ou d'agences sociales à des actes d'agression, de violence ou de blessures.</p>		<p>non-réponse aux provocations. Les bénéfices sont similaires selon que les interventions ont été offertes aux enfants du primaire versus du secondaire, à des groupes mixtes versus des garçons seulement.</p>
<p>Petrosino, Turpin-Petrosino et Buehler (2002).</p>	<p>Évaluer les effets des programmes pour mineurs délinquants (officiellement jugés ou condamnés par un tribunal pour mineurs) ou pré-délinquants (en difficulté, mais sans statut officiel de délinquants) comprenant des visites organisées dans les prisons, dans le but de les dissuader de s'engager dans une activité criminelle.</p>	<p>Une recherche faite «à la main» par le premier auteur a permis d'identifier des ECR pertinents (1945-1993). S'y est ajoutée une recherche structurée dans 16 bases de données électroniques, y compris les bases de données Campbell SPECTR et Cochrane CCTR. Les experts dans le domaine ont été consultés et les citations pertinentes ont été retracées.</p>	<p>Les études qui ont vérifié les effets d'un programme incluant des visites organisées d'établissements pénitentiaires pour des jeunes délinquants ou enfants à risque de délinquance ont été incluses. Les études qui comprenaient des échantillons combinant des mineurs et des jeunes adultes (ex.: 14-20 ans) ont aussi été incluses. N'ont été considérées que les ECR ou les études avec assignation quasi aléatoires (i. e. avec alternance) des participants. Chaque étude devait avoir une condition contrôlée « sans traitement » et au moins une mesure des comportements criminels « post-visite ».</p>	<p>Nous avons rapporté de façon narrative les neuf études admissibles. Nous avons effectué une méta-analyse des taux officiels de délinquance post-intervention. L'information provenant d'autres sources (ex.: l'auto-révélation) a été omise. Nous avons évalué les effets immédiats (i. e. « premiers effets ») en calculant des rapports de cotes et en assumant un modèle à effets aléatoires.</p>	<p>L'analyse montre que l'intervention est nuisible, plus encore que le simple fait de ne rien faire. Qu'on assume un modèle à effets fixes ou effets aléatoires, l'effet du programme est négatif.</p>

Woolfenden, Williams et Peat (2001).

Déterminer si les interventions destinées à la famille et aux parents améliorent les comportements de l'enfant/l'adolescent, les pratiques parentales, la santé mentale parentale, le fonctionnement et les relations familiales. Vérifier si elles ont un effet sur le devenir psychosocial à long terme de l'enfant/l'adolescent.

Les ECR ont été identifiées à l'aide du registre Cochrane des essais contrôlés, de bases de données (MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, Sociofile, ERIC, HealthSTAR), des listes de références des articles déjà repérés et de contacts avec les auteurs.

Les ECR portant une attention particulière au rôle parental et/ ou fonctionnement de la famille étaient admissibles. Les essais devaient inclure au moins une mesure objective de résultats (ex. : taux d'arrestation) ou une mesure validée et publiée dans une revue avec examen par les pairs. Les études devaient avoir un groupe contrôle, qui pouvait être un groupe sans intervention, une liste d'attente ou un groupe d'« intervention habituelle » (ex. : la probation). Les essais auprès d'enfants et adolescents âgés de 10 à 17 ans présentant un trouble de conduite et/ou de délinquance et de leurs familles ont été examinés. Le trouble de la conduite devait être défini par une évaluation psychologique standardisée ou un diagnostic psychiatrique. La délinquance a été définie à partir d'une comparution devant la justice pour mineurs ou un autre système légal pour un enfant/adolescent qui a commis un crime grave (ex. : voie de fait) et/ou a passé à l'acte à au moins deux reprises.

Deux réviseurs ont examiné de façon indépendante toutes les études admissibles pour en évaluer la qualité et en extraire les données. L'hétérogénéité a été évaluée à l'aide d'un test de  $\text{Chi}^2$  et de l'inspection visuelle des données. Pour les données où une hétérogénéité a été mesurée, une explication a été cherchée. Si les études ayant des résultats hétérogènes étaient jugées comparables, elles ont été synthétisées en utilisant un modèle à effets aléatoires. Une analyse de sensibilité a été réalisée afin d'étudier les effets de la variation de la qualité des études incluses.

Sur les 970 titres initialement identifiés, 8 ont répondu aux critères d'inclusion (n = 749 enfants et leurs familles). Dans sept études, les participants étaient des jeunes délinquants et leurs familles. Dans l'autre, les participants étaient des enfants/adolescents avec des troubles de conduite qui n'avaient pas encore eu de contact avec le système de justice pour mineurs. Lors du suivi, les interventions parentales et familiales ont considérablement réduit le temps passé par les jeunes délinquants dans des institutions (51,34 jours). Il y avait également une réduction significative du risque d'être de nouveau arrêté (RR = 0,66) et du taux d'arrestations ultérieures pour une période de un à trois ans. Pour tous ces résultats, une importante hétérogénéité a suggéré la nécessité de les considérer avec prudence. À l'heure actuelle, il n'y a pas suffisamment de preuves voulant que les interventions familiales et parentales réduisent le risque d'être incarcéré (RR = 0,50). Pour les résultats psychosociaux, tels que le fonctionnement de la famille, aucune différence significative n'a été trouvée.

## Références

- Arango, C., Bombín, I., Salvador, M. T., Gonzalez-Cabeza G., & Bobes, J. (2002). Prediction and prevention of violence in schizophrenia outpatients: preliminary report. *Schizophrenia Research*, 53 (3), Suppl 1, 233.
- Armelius, B.-Å., & Andreassen, T. H. (2007). Cognitive-behavioral treatment for antisocial behavior in youth in residential treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, 4. Art. No. : CD005650. DOI: 10.1002/14651858.CD005650.pub2.
- Baker, A., Bucci, S., Lewin, T. J., Kay-Lambkin, F., Constable, P. M., & Carr, V. J. (2006). Cognitive-behavioural therapy for substance use disorders in people with psychotic disorders – Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 188 (5), 439-448.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of Borderline Personality Disorder with Psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158 (1), 36-42.
- Binks, C. A., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C. E., & Duggan, C. (2006). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, 1. Art. No. : D005652. DOI: 0.1002/14651858.CD005652.
- Blaya, C., Farrington, D. P., Petrosino, A., & Weisburg, D. (2001). *Revue systématique dans le champ criminologique et le groupe crime et justice de la Collaboration Campbell*. Communication présentée lors du Jerry Lee Crime Prevention Symposium. College Park: University of Maryland.
- Britt, I. C., Gottfredson, M. R., & Goldkamp, J. S. (1992). Drug testing and pretrial misconduct: An experiment on the specific deterrent effects of drug monitoring defendants on pretrial release. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 29 (1), 62-78.
- Bolton, D. (2005). La connaissance en sciences humaines. *Annales Médico Psychologiques*, 163, 740-744.
- Brook, S., Berk, M., Selemani, S., Kolloori, J., & Nzo, I. (1998). A randomized controlled double blind study of zuclopenthixol acetate compared to haloperidol in acute psychosis. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 13 (1), 17-20.
- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1966). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Skokie, IL: Rand McNally.
- Cann, J., Falshaw, L., Nugent, F., & Friendship, C. (2003). *Understanding what works: accredited cognitive skills programmes for adult men and young offenders: Research Finding 226*. London UK: Home Office.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2008). *Principles of Therapeutic Change that Work*. New York: Oxford University Press.
- Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1991). Using a Specialized Foster Care Community Treatment Model for Children and Adolescents Leaving the State Mental Hospital. *Journal of Community Psychology*, 19, 266-276.
- Chouinard, G., Safadi, G., & Beauclair, L. (1991). The management of acutely schizophrenic patients newly admitted from the emergency room: a double-

- blind clinical trial comparing zuclopenthixol acetate and liquid haloperidol. In D. A. W. Johnson (ed.), *Modern Trends in the Treatment of Chronic Schizophrenia* (35-43). Amsterdam: Excerpta Medica.
- Cleary, M., Hunt, G. E., Matheson, S. L., Siegfried, N., & Walter, G. (2008). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2008*, 1. Art. No.: CD001088. DOI: 10.1002/14651858.CD001088.pub.
- Cochrane, A. L. (1972). *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Cochrane, A. L. (1979). 1931-1971: a critical review, with particular reference to the medical profession. In: *Medicines for the Year 2000* (1-11). London: Office of Health Economics.
- Cook, T. D. & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-Experimentation: Design and Analysis Issues for Field Settings*. Boston: Rand McNally & Co, US.
- Dixon-Woods, M., Fitzpatrick, R., & Roberts, K. (2001). Including qualitative research in systematic reviews: problems and opportunities. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 7, 125-133.
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Clark, R. E., Teague, G. B., Xie, H., & Miles, K. (1998). Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68 (2), 201-15.
- Evidence Based-Medicine Group (1992). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 268, 2420-2425.
- Farrington, D., Ditchfield, J., Hancock, G., Howard, P., Jolliffe, D., Livingston, M., & Painter, K. A. (2002). *Evaluation of two intensive regimes for young offenders: Home Office Research Study 239*. London, UK: Home Office.
- Finckenauer, J. O. (1982). *Scared Straight and the Panacea Phenomenon*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Fisher, H., Montgomery, P., & Gardner, F. E. M. (2008). Opportunities provision for preventing youth gang involvement for children and young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2008* (7-16), 2. Art. No.: CD007002. DOI: 10.1002/14651858.CD007002.pub2.
- Foxcroft, D., Ireland, D., Lowe, G., Breen, R. (2002). Primary prevention for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2002*, 3. Art. No.: CD003024. DOI: 10.1002/14651858.CD003024.
- Gibson, R. C., Fenton, M., da Silva Freire Coutinho E., & Campbell, C. (2004). Zuclopenthixol acetate for acute schizophrenia and similar serious mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2004*, 3. Art. No.: CD000525. DOI: 10.1002/14651858.CD000525.pub2.
- Goldbloom, D. S. (2003). La psychiatrie fondée sur les données probantes. *Bulletin de l'APC* (décembre), 4-5.
- Goldenberg, M. J. (2006). On evidence and evidence-based medicine: Lessons from the philosophy of science. *Social Science & Medicine*, 62, 2621-2632.
- Goodman, K. W. (2003). *Ethics and evidence-based medicine: Fallibility and responsibility in clinical science*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Goodman, K. W. (2005). Ethics, evidence and public policy. *Perspectives in Biology and Medicine*, 48 (4), 548-56.
- Greenberg, D. H., Michalopoulos, C., & Robins, P. K. (2006). Do experimental and nonexperimental evaluations give different answers about the effectiveness of government-funded training programs? *Journal of Policy Analysis and Management*, 25 (3), 523-552.
- Guydish, J., Sorenson, J., & Chan, M. (1999). A randomised trial comparing day and residential drug abuse treatment: 18-month outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (3), 428-34.
- Hassiotis, A. A., & Hall, I. (2008). Behavioural and cognitive-behavioural interventions for outwardly-directed aggressive behaviour in people with learning disabilities. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2008*, 3. Art. No.: CD003406. DOI:10.1002/14651858.CD003406.pub3.
- Henggeler, S. W., Cunningham, P. B., Pickrel, S. G., Schoenwald, S. K., & Brondino, M. J. (1996). Multisystemic therapy: An effective violence prevention approach for serious juvenile offenders. *Journal of Adolescence*, 19, 47-61.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., & Swenson, C. C. (2006). Methodological critique and meta-analysis as Trojan horse. *Children and Youth Services Review*, 28, 447-457.
- Hudley, C., Britsch, B., Wakefield, W. D., Smith, T., Demorat, M., & Cho, S. (1998). An attribution retraining program to reduce aggression in elementary school students. *Psychology in the Schools*, 35 (3), 271-82.
- Huf, G., Coutinho, E. S. F., Fagundes-Carvalho, A. L., Ramos, F. A., Keusen, A. L., Oliveira, E. S., Lopez, J. R. R. A., & Adam, C. E. (2002). TREC II. Current practices in managing acutely disturbed patients at three hospitals in Rio de Janeiro, Brazil. *Schizophrenia Research*, 53 (3), 236-7.
- Jerrell, J. M., & Ridgely, M. S. (1999). Impact of robustness of program implementation on outcomes of clients in dual diagnosis programs. *Psychiatric Services*, 50 (1), 109-12.
- Jüni, P., Altman, D. G. & Egger, M. (2001). Systematic reviews in health care. Assessing the quality of controlled clinical trials *BMJ*, 323, 42-46.
- Kisely, S., Campbell, L. A., & Preston, N. (2005). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2005*, 3, Art. No.: CD004408. DOI: 10.1002/14651858.CD004408.pub2.
- Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151 (12), 1771-1776.
- Littell, J. H., Popa, M., & Forsythe, B. (2005). Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioural problems in youth aged 10-17. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2005*, 4. Art. No.: CD004797. DOI: 10.1002/14651858.CD004797.pub4.
- Macdonald, G., & Turner, W. (2008). Treatment Foster Care for improving outcomes in children and young people. *Cochrane Database of Systematic*

- Reviews 2008, 1. Art. No.: CD005649. DOI: 10.1002/14651858.CD005649.pub2.
- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., & Green, R. (2003). Case management for people with severe mental disorders. *The Cochrane Library* 2003, 3, Art. No.: CD000050. DOI:10.1002/14651858.CD000050.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Katherine, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with other outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Miles, A., Grey, J. E., Polychronis, A., Price, B. A., & Melchiorri, B. A. (2003). Current thinking in the evidence-based health care debate. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 9 (2), 95-109.
- Miles, A., & Loughlin, M. (2006). Continuing the evidence-based health care debate in 2006. The progress and price of EBM. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12 (4), 385-398.
- Miettinen O. (2003). Commentary on Gupta 2003. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 9 (2), 123-127.
- Muralidharan, S. & Fenton, M. (2006). Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, 3, Art. No.: CD002084. DOI: 10.1002/14651858.CD002084.pub2.
- Mytton, J., DiGuiseppi, C., Gough, D., Taylor, R., & Logan, S. (2006). School-based secondary prevention programmes for preventing violence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, 3. Art. No.: CD004606. DOI: 10.1002/14651858.CD004606.pub2.
- Nezu, C. M., Nezu, A. M., & Arean, P. (1991). Assertiveness and problem solving training for mildly mentally retarded persons with dual diagnoses. *Research in Developmental Disabilities*, 12 (4), 371-386.
- Oakley, A., Strange, V., Toroyan, T., Wiggins, M. R, Roberts, I., & Stephenson, J. (2003). *Using random allocation to evaluate social interventions: three recent UK examples*. *Annals* 2003, AAPSS:589, 170-589,189.
- Organisation Mondiale de la Santé – European Working Group on Health Promotion Evaluation (1998). *Health Promotion Evaluation: Recommendation to Policymakers*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Perry, A., Coulton, S., Glanville, J., Godfrey, C., Lunn, J., McDougall, C., & Neale Z. (2006). Interventions for drug using offenders in the courts, secure establishments and the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, 3, Art. No.: CD005193. DOI: 10.1002/14651858.CD005193.pub2.
- Petersilia, J., Turner, S., & Deschenes, E. P. (1992). Intensive supervision programs for drug offenders. In: J. M. Byrne & A. J. Lurigio (eds.), *Smart sentencing: The emergence of intermediate sanctions* (18-37). Thousand Oaks,CA: Sage Publications Inc.
- Petrosino, A. (2000). Crime, drugs and alcohol. In Contributors of the Cochrane Collaboration and the Campbell Collaboration, *Evidence from Systematic Reviews of Research relevant to Implementing the "Wider Public Health" Agenda*. NHS Centre for Reviews and Dissemination (En ligne) <http://www.york.ac.uk/inst/crd/wph.hmt>.

- Petrosino, A., Turpin-Petrosino, C., & Buehler, J. (2002). "Scared Straight" and other juvenile awareness programs for preventing juvenile delinquency. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2002*, 2. Art. No.: CD002796. DOI: 10.1002/14651858.CD002796.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Muir Gray J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-2.
- Sherman, L. W. (2003). Preface: Misleading evidence and evidence-led policy: making social science more experimental. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 589, 6-19.
- Schinke, S. P., Tepavac, L., & Cole, K. C. (2000). Preventing Substance Use Among Native American Youth: Three-Year Results. *Addictive Behaviours*, 25 (3), 387-397.
- Simun, P. B., Slovacek, S. P., Batie, M., & Simun, M. (1996). *Project Support Evaluation, Los Angeles Unified School District. Report No 3. Final Evaluation*. Los Angeles: California State University.
- Smith, L. A., Gates, S., & Foxcroft, D. (2006). *Therapeutic communities for substance related disorder*. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2006*, 1, Art. No.: CD005338. DOI:10.1002/14651858.CD005338.pub2.
- Spoth, R. L., Redmond, C., & Shin, C. (2001). Randomized Trial of Brief Family Interventions for General Populations: Adolescent Substance Use Outcomes 4 Years Following Baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (4), 1-15.
- Steadman, H. J., Gounis, K., Dennis, D., Hopper, K., Roche, B., Swartz, M., & Robbins, P. (2001). Assessing the New York City involuntary outpatient commitment pilot program. *Psychiatric Services*, 52 (3), 330-6.
- Swartz, M. S., Swanson, J. W., Wagner, H. R., Burns, B. J., Hiday, V. A., & Borum, R. (1999). Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomised trial with severely mentally ill individuals. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1968-75.
- Taylor, J. L., Novaco, R. W., Gillmer, B. T., Robertson, A., & Thorne, I. (2005). Individual cognitive-behavioural anger treatment for people with mild borderline intellectual disabilities and histories of aggression: A controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 367-382.
- Tremblay, R. E., McCord, J., Boileau, H., Charlebois, P., Gagnon, C., Le Blanc, M., & Larivée, S. (1991). Can disruptive boys be helped to become competent? *Psychiatry*, 54 (2), 148-61.
- Weisfeld, G. E., & Feldman, R. A. (1982). Former Street Gang Leader Reinterviewed Eight Years Later. *Crime and Delinquency*, 28 (4), 567-81.
- Wexler, H. K., De Leon, G., Thomas, G., Kressel, D., & Peters, J. (1999). The Amity prison TC evaluation. *Criminal Justice and Behavior*, 26 (2), 147-67.
- Wexler, H. K., Melnick, G., Lowe, L., & Peters, J. (1999). Three-year reincarceration outcomes for Amity in-prison therapeutic community and aftercare in California. *Prison Journal*, 79 (3), 321-36.

- Willner, P., Jones, J., Tams, R., & Green, G. (2002). A randomised controlled trial of the efficacy of a cognitive-behavioural anger management group for clients with learning disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 224-235.
- Woolfenden, S. R., Williams, K., & Peat, J. (2001). Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10-17. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2001*, 2. Art. No.: CD003015. DOI: 10.1002/14651858.CD003015.

### Références 2000-2008 repérées dans le registre Cochrane mais non retenues

- Coulthard, P., Yong, S. L., Adamson, L., Warburton, A., Worthington, H. V., & Esposito, M. (2004). Domestic violence screening and intervention programmes for adults with dental or facial injury. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2004*, 2. Art. No.: CD004486. DOI: 10.1002/14651858.CD004486.pub2.
- Dinh-Zarr, T. B., Goss, C. W., Heitman, E., Roberts, I. G., & DiGiuseppi, C. Interventions for preventing injuries in problem drinkers (2004). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2004*, 3. Art. No.: CD001857. DOI: 10.1002/14651858.CD001857.pub2.
- Ehiri, J. E., Hitchcock, L. I., Ejere, H. O., & Mytton, J. A. (2007). Primary prevention interventions for reducing school violence (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2007*, 1. Art. No.: CD006347. DOI: 10.1002/14651858.CD006347.
- Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R., Sullivan, L. E., Ali, R. (2008). Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2008*, 2. Art. No.: CD004145. DOI: 10.1002/14651858.CD004145.pub3.
- Kenworthy, T., Adams, C. E., Bilby, C., Brooks-Gordon, B., & Fenton, M. (2008). Psychological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2008*, 4. Art. No.: CD004858. DOI: 10.1002/14651858.CD004858.pub2.
- Ker, K., & Chinnock, P. (2008). Interventions in the alcohol server setting for preventing injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2008*, 3. Art. No.: CD005244. DOI: 10.1002/14651858.CD005244.pub3.
- Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W., Kluitner, H., Roberts, C., Hill, E., & Wiersma, D. (2003). Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2003*, 1. Art. No.: CD004026. DOI: 10.1002/14651858.CD004026.
- Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A. M., & Tyrer, P. (2001). Day hospital versus out-patient care for psychiatric disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2001*, 2. Art. No.: CD003240. DOI: 10.1002/14651858.CD003240.
- Mathews, C., Coetzee, N., Zwarenstein, M., Lombard, C., Guttmacher, S., Oxman, A., & Schmid, G. (2001). Strategies for partner notification for



- sexually transmitted diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, 4. Art. No.: CD002843. DOI: 10.1002/14651858.CD002843.
- McCarthy, G., Myers, B., & Siegfried, N. (2005). Treatment for Methaqualone dependence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, 2. Art. No.: CD004146. DOI: 10.1002/14651858.CD004146.pub2.
- McQueen, J., Allan, L., Mains, D., Coupar, F. (2005). Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, 2. Art. No.: CD005191. DOI: 10.1002/14651858.CD005191.
- Muckle, W., Oyewumi, L., Robinson, V., Tugwell, P., & ter Kuile, A. (2007). Managed alcohol as a harm reduction intervention for alcohol addiction in populations at high risk for substance abuse (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, 4. Art. No.: CD006747. DOI: 10.1002/14651858.CD006747.
- Nurse, J., Habibula, S., & Sethi, D. D. (2003). Interventions for the prevention of relationship and dating violence in adolescents and young people (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, 4. Art. No.: CD004534. DOI: 10.1002/14651858.CD004534.
- Oakley-Browne M. A., Adams, P., & Mobberley, P. M. (2000). Interventions for pathological gambling. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, 1. Art. No.: CD001521. DOI: 10.1002/14651858.CD001521.pub2.
- Ramsay, J., Feder, G., Rivas, C., Carter, Y., Davidson, L., Hegarty, K., & Taft, A. (2005). Warburton, A. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, 1. Art. No.: CD005043. DOI: 10.1002/14651858.CD005043.
- Smedslund, G., Dalsbø, T. K., Steiro, A. K., Winsvold, A., Clench-Aas, J. (2007). Cognitive behavioural therapy for men who physically abuse their female partner. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, 3. Art.No.:CD006048. DOI: 0.1002/14651858.CD006048.pub2.
- Taft, A. J., Hegarty, K., Ramsay, J., Feder, G., Carter, Y. H., Davidson, L. L., & Warburton, A. (2008). Screening women for intimate partner violence in health care settings. (Protocol) *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, 1. Art. No.: CD007007. #DOI:10.1002/14651858.CD007007.

**ABSTRACT** • In reviews of scientific quality of studies, randomized controlled trials (RCT) are typically regarded as having the highest methodological rigour. Although the Cochrane Reviews are best known for their analysis of the effects of treatment in healthcare settings, they also investigate the effectiveness of criminological interventions. To our knowledge, no study has ever examined the conclusions of the Cochrane Reviews for this type of intervention. In this study, our analysis of the Cochrane Database of Systematic Reviews between 2000 and 2008 found 33 Cochrane Reviews of criminological interventions. Not surprisingly, given its weight on RCT, on average only 2% of these studies were assessed as having high methodological quality. These results raise questions about the appropriateness of the Cochrane Reviews to evaluate

*the scientific quality of social type interventions. Issues such as the representativeness of the environment where interventions are implemented, the concomitance and complexity of social problems, the contributions and limits of intervention protocols and the risks of delay, even paralysis, in the implementation of innovative approaches are not part of their scientific quality examinations.*

**KEYWORDS** • *Randomized controlled trials, Cochrane reviews, interventions, criminology.*

**RESUMEN** • *Los estudios randomizados controlados (ERC) figuran a la cabeza de las escalas de evaluación de la calidad científica de las investigaciones. En términos de credibilidad, sus resultados tienen prioridad en la corriente de prácticas basadas en la evidencia (Evidence Based Practice). Las revisiones sistemáticas Cochrane, que por lo general tratan sobre la eficacia de las intervenciones médicas, se usan también en las intervenciones de tipo criminológico. Hasta donde sabemos, ningún estudio se ha detenido aún en las conclusiones de la Colaboración Cochrane sobre la intervención de tipo criminológico. En este artículo hemos analizado el contenido de la revista electrónica Cochrane Database of Systematic Reviews de 2000 a 2008; los resultados muestran que 33 revisiones sistemáticas Cochrane tratan sobre intervenciones de tipo criminológico. Privilegiando los ERC, estas revisiones no han retenido en promedio más que el 2% del total de estudios publicados en ésta u otra área de intervención. Este resultado permite discutir la pertinencia del método Cochrane para evaluar la eficacia de intervenciones de índole más social. Las cuestiones planteadas conciernen la representatividad de los medios en que se han implantado las intervenciones, la concomitancia y complejidad de problemas por resolver, los aportes y límites de los protocolos de intervención y el riesgo de retraso, e incluso parálisis, en la instrumentación de enfoques innovadores.*

**PALABRAS CLAVE** • *Estudios randomizados controlados, revisiones sistemáticas Cochrane, intervenciones, criminología.*