



# Choisir les guides de pratique clinique à utiliser

James A. Dickinson MBBS PhD CCFP FRACGP Neil R. Bell MD SM CCFP FCFP Roland Grad MD CM MSc CCFP FCFP  
Harminder Singh MD MPH FRCPC Stéphane Groulx MD CCFP FCFP Olga Szafran MHSA

**E**n médecine familiale, le temps est précieux. Comme médecins de famille, nous devons prendre des décisions rapidement, tout en adoptant une approche scientifique et en communiquant avec nos patients pour en arriver à une solution à la satisfaction de tous. Pour la grande majorité de notre travail, nous utilisons un ensemble standard d'approches, une «façon de penser» qui permet d'adopter une méthode<sup>1,2</sup>. Nous rencontrons tous les jours des situations pour lesquelles nous n'avons pas de méthode et nous devons alors vérifier certaines sources de conseils. Il n'est pas possible pour les médecins de famille de première ligne de faire une évaluation critique de la recherche primaire pour chaque situation; nous devons utiliser des recherches résumées par d'autres sous une forme rapidement consultable<sup>3</sup>. Bon nombre de décisions cliniques peuvent s'appuyer sur les recommandations des guides de pratique.

Les lignes directrices renferment des énoncés élaborés systématiquement pour éclairer les décisions du médecin et du patient au sujet des choix appropriés en soins de santé en fonction de circonstances cliniques précises<sup>2</sup>. Il peut exister plusieurs guides de pratique sur un même sujet, dont les recommandations varient grandement même si elles reposent apparemment sur les mêmes données probantes. Comment est-ce possible? Comment choisir les «bons» guides pour notre pratique?

Pour faire un choix judicieux, il importe de comprendre le processus de l'élaboration des lignes directrices; Schünemann et ses collaborateurs<sup>4</sup> en décrivent les composantes. Le processus utilisé par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

(GECSSP) est expliqué à l'**Encadré 1**<sup>5</sup>. Le GECSSP est un groupe d'experts bénévoles en soins primaires et en méthodes d'évaluation critique. Ils n'ont pas d'expertise précise dans chaque sujet qu'ils abordent, mais agissent comme un «jury» pour juger des données probantes produites par des experts. Le GECSSP formule une question, puis retient les services d'un Centre d'analyse et de synthèse des données probantes pour effectuer une revue systématique avec l'aide d'experts cliniques. Le GECSSP prend cette revue en considération lorsqu'il présente ses recommandations. À diverses étapes, des pairs et des experts sont appelés à donner indépendamment leurs avis. Il s'agit d'un processus humain, qui est donc sujet aux faiblesses de jugement inhérentes, mais le fait d'avoir une approche formelle, avec des vérifications et contre-vérifications, exposée aux commentaires de l'extérieur réduit le risque d'erreurs humaines.

## Description des données probantes

Chaque guide de pratique présente ses décisions selon une échelle d'évaluation et il est important de comprendre ces différentes échelles. Le **Tableau 1** donne des exemples d'échelles dont se sont servis avec le temps le GECSSP et le Preventive Services Task Force des États-Unis. Initialement, ils utilisaient tous 2 une échelle Likert de 5 points allant de A à E. Ensuite, les recommandations à l'encontre de l'intervention étaient regroupées sous une seule et même catégorie, tandis qu'une recommandation I était ajoutée dans les cas où les données probantes étaient insuffisantes. Le GECSSP se sert maintenant

## Points de repère

- ▶ Comme médecins de famille, nous devons prendre des décisions rapidement, tout en adoptant une approche scientifique et en communiquant avec nos patients pour en arriver à une solution à la satisfaction de tous. Les guides de pratique clinique aident les cliniciens à prendre de bonnes décisions, surtout dans les situations incertaines.
- ▶ Les guides de pratique sont souvent le plus utiles lorsqu'ils traitent de questions controversées, qu'ils confirment que des doutes subsistent quant à la marche à suivre, et qu'ils nous aident à expliquer la situation à nos patients. Nous pouvons nous attendre à ce que, de plus en plus, les responsables des guides de pratique fournissent des outils pour nous aider à communiquer à nos patients les données probantes.
- ▶ En choisissant des guides de pratique, les lecteurs devraient porter attention aux questions suivantes: ces lignes directrices nous aident-elles à régler les problèmes que nous rencontrons dans nos pratiques? Les recommandations reposent-elles sur une évaluation ouverte et transparente des données probantes?
- ▶ Les approches AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research Evaluation) et G-TRUST (Guideline Trustworthiness, Relevance, and Utility Scoring Tool) sont utiles pour évaluer la qualité des guides de pratique.

### Encadré 1. Le processus d'élaboration des guides de pratique clinique du GECSSP

1. Choix du sujet
2. Exercice de délimitation: ce qui a déjà été fait
3. Raffinement du sujet
  - Établir la portée et l'approche PICO
  - Décider des torts et des résultats
  - Formuler les questions
4. Élaboration du protocole
  - Classer par rang les résultats et les torts
  - Préciser les questions
  - Rédiger le protocole
  - Faire examiner le protocole par des pairs (experts de l'extérieur)
5. Finalisation du protocole
  - Enregistrer le protocole dans PROSPERO
  - Afficher le protocole en ligne
6. Revue systématique
  - Entreprendre la revue (par un Centre d'analyse et de synthèse des données probantes)
  - Produire l'ébauche de la revue systématique
  - Obtenir les commentaires du groupe de travail et des experts de l'extérieur sur la revue systématique
7. Attribution des cotes aux données probantes
  - Attribuer les cotes GRADE aux données probantes
  - Solliciter les commentaires du groupe de travail et des experts de l'extérieur
  - Répondre aux commentaires
8. Rédaction de l'ébauche des lignes directrices
  - Soumettre les lignes directrices à une révision par des pairs
  - Répondre aux commentaires et apporter des modifications au besoin
9. Rédaction du rapport aux fins de publication
10. Élaboration d'outils pour le transfert des connaissances
11. Présentation aux fins de publication
  - Faire effectuer une revue par le comité de rédaction de la publication et par des pairs
  - Répondre aux commentaires et présenter la version finale
12. Publication

GECSSP—Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; GRADE—Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (classement de l'analyse, de l'élaboration et de l'évaluation des recommandations); PICO—patient ou population, intervention, comparaison et résultats (outcome). Adaptation du GECSSP<sup>5</sup>.

du système GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation), mis au point par un groupe international sous la direction de Canadiens<sup>6</sup>. Le GECSSP a choisi d'utiliser une version ne comptant que 4 points. Il n'existe donc pas de catégorie du milieu, forçant les rédacteurs de lignes directrices à décider en faveur ou contre le sujet en cause. En l'absence de bienfaits ou s'ils sont minimes, incertains ou s'il est improbable que les bienfaits de l'intervention l'emportent sur les torts, le système GRADE recommande de s'abstenir.

À l'origine, les guides de pratique se concentraient principalement sur le genre de données probantes à

l'appui d'une recommandation et sur l'existence d'effets produits par l'intervention étayée par ces données. Par la suite, les élaborateurs de lignes directrices ont fait la distinction entre la qualité des données probantes et l'ampleur des effets. Des données de plus grande qualité et plus précises sont plus fiables dans l'estimation des effets. Par conséquent, des données probantes de grande qualité pourraient démontrer qu'une intervention n'a que très peu d'effets et ne vaut donc pas la peine d'être exécutée. Plus récemment, nous, de la profession médicale, avons pris conscience que nos actions, même bien intentionnées, pouvaient aussi causer des torts. Par conséquent, les guides de pratique de grande qualité évaluent maintenant la qualité des données probantes pour décider de la présence et de la force des bienfaits et mesurent la gravité des torts, puis en viennent à une conclusion qui fait un juste équilibre entre les torts et les bienfaits. En définitive, l'information devrait être communiquée aux patients pour comprendre leurs points de vue de manière à ce que nous puissions les aider à prendre les bonnes décisions pour eux-mêmes. Nous avons écrit à propos de ce processus pour les soins préventifs<sup>7,8</sup>, mais il s'applique aussi à toutes les étapes des soins. Les systèmes utilisés par les différents producteurs de lignes directrices varient, et les lecteurs doivent comprendre la signification des divers systèmes pour bien interpréter les recommandations.

Dans notre travail éffréné au quotidien, nous devons faire des choix binaires (oui ou non), faire quelque chose ou ne rien faire, dépister ou non, traiter ou non. Pourtant, la plupart des données médicales sont en évolution et comportent une variation dans les risques à mesure que changent les paramètres. Par exemple, le risque de maladies augmente souvent avec l'âge, comme la probabilité de trouver des maladies possibles à traiter, mais le bienfait potentiel de prolonger la vie pourrait être moins important pour ceux à qui il reste moins de temps à vivre. Le risque de torts s'accroît aussi considérablement avec l'âge. Ainsi, à un certain point, le potentiel de torts est plus grand que n'importe quel bienfait. Par exemple, il peut valoir la peine de dépister et de traiter le diabète à un âge moyen, mais une personne de 90 ans dont le taux hémoglobine A<sub>1c</sub> est un peu plus élevé que le seuil diagnostique ne devrait pas s'inquiéter, parce que les complications du diabète prennent beaucoup de temps à apparaître. La pharmacothérapie peut causer des effets indésirables et être dépourvue de bienfaits. Il ne faut pas perdre de vue cet équilibre par seul souci de rédiger de simples règles.

### Comment évaluer les guides de pratique clinique

Pour faire l'évaluation critique des guides de pratique que nous voyons dans notre travail, il est essentiel de comprendre comment ils sont élaborés. L'instrument AGREE (Appraisal of Guidelines for Research Evaluation)

a été mis au point par un groupe établi au Canada pour aider les utilisateurs à évaluer la variabilité dans la qualité des lignes directrices<sup>9</sup>. Le **Tableau 2** dresse la liste des facteurs considérés dans les approches AGREE II<sup>9</sup>. Ils peuvent sembler excessifs, mais tous n'ont pas la même importance dans la pondération. Leur valeur varie d'un sujet à l'autre, et nous indiquons une mesure approximative de leur importance. La rigueur de l'élaboration, l'assurance que les idées préconçues et les biais sont minimisés, et la façon d'utiliser les données probantes pour élaborer les recommandations sont des éléments critiques. Un guide de pratique rédigé à l'intention des soins primaires, axé sur les composantes des problèmes de santé que nous soignons en soins primaires et produit sous la supervision d'un groupe

basé en soins primaires répond souvent plus à nos besoins que des lignes directrices portant en profondeur sur un problème et rédigé par d'autres spécialistes davantage axés sur les soins à des cas complexes et avancés.

Un groupe de chercheurs en médecine familiale a récemment publié l'outil G-TRUST (Guideline Trustworthiness, Relevance, and Utility Scoring Tool) (G-TRUST) qui catégorise l'utilité des guides de pratique (**Encadré 2**)<sup>10</sup>. Cet outil prend en compte les menaces sur les plans de la pertinence, des données probantes et de leur interprétation. Si des lignes directrices ne sont pas pertinentes, nous n'avons pas besoin d'aller plus loin. Si les données probantes ne sont pas considérées de manière appropriée ou si l'impartialité de

**Tableau 1. Exemples d'échelles utilisées pour les guides de pratique: Évolution du classement des décisions sur les services de prévention.**

DONNÉES PROBANTES	GECSSP À PARTIR DE 1989	GECSSP À PARTIR DE 1997 ET USPSTF À PARTIR DE 2007	GECSSP À PARTIR DE 2009: GRADE
Positives	A: Bonnes données probantes étayant l'inclusion dans un EMP	A: Grande certitude que les bienfaits nets sont considérables	Positives: fortes Les effets souhaitables de l'intervention surpassent ses effets indésirables, impliquant que la plupart des personnes bénéficieraient de cette intervention
	B: Données acceptables pour étayer l'inclusion dans un EMP	B: Grande certitude que les bienfaits nets sont modérés ou certitude modérée que les bienfaits nets sont de modérés à considérables	Positives: faibles Les effets souhaitables surpassent probablement les effets indésirables, mais une incertitude subsiste
Moyennes	C: Faibles données probantes étayant l'inclusion ou l'exclusion, mais les recommandations peuvent reposer sur d'autres motifs	C: Au moins une certitude modérée que les bienfaits nets sont minimes	SO
Négatives	D: Données acceptables pour exclure d'envisager l'inclusion dans un EMP	D: Certitude de modérée à élevée que le service n'apporte pas de bienfaits nets ou que les torts surpassent les bienfaits	Faiblement contre Les effets indésirables surpassent probablement les effets souhaitables, mais une incertitude subsiste. Lorsque la différence entre les effets souhaitables et indésirables est à peu près nulle, que la qualité des données probantes est moins élevée, et qu'il y a plus de variabilité entre les valeurs et les préférences des personnes
	E: Bonnes données pour exclure d'un EMP		Fortement contre Confiance que les effets indésirables de l'intervention surpassent ses effets souhaitables
Insuffisantes	SO	I: Les données probantes actuelles sont insuffisantes pour évaluer l'équilibre entre les bienfaits et les torts. Il n'y a pas assez de données probantes, elles sont de mauvaise qualité ou contradictoires, et l'équilibre entre les bienfaits et les torts ne peut pas être déterminé	SO

EMP—examen médical périodique ; GECSSP—Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; GRADE—Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; SO—sans objet; USPSTF—Preventive Services Task Force des États-Unis

**Tableau 2. Résumé des principales composantes de la liste de contrôle des rapports AGREE II**

DOMAINE	CRITÈRE DU RAPPORT	IMPORTANCE
<b>Portée et objet</b>		
• Objectifs	Intention	+
• Questions	Bienfaits ou résultats	++
• Population	Personnes à qui s'applique le sujet	+++
<b>Implication des intervenants</b>		
• Composition du groupe	Nom, discipline, établissement, rôle dans la préparation des lignes directrices	++
• Préférences et points de vue des personnes visées	Stratégie pour obtenir les points de vue de la population visée pour les intégrer dans les recommandations	++
• Utilisateurs ciblés	Publics visés et modalités de leur utilisation des lignes directrices	++
<b>Rigueur de l'élaboration</b>		
• Méthodes de recherche	Renseignements détaillés sur les modalités de la recherche	++
• Critères de sélection des données probantes	Population visée, conception des études, interventions, comparaisons, résultats	+++
• Points forts et limites des données probantes	Conceptions, méthodes et limites des études; pertinence des résultats; uniformité des résultats; ampleur des bienfaits par rapport aux torts	++++
• Formulation des recommandations	Processus de l'élaboration, résultats du processus (p. ex. par vote)	+
• Prise en compte des bienfaits et des torts	Données à l'appui des bienfaits et des torts; signalement des compromis à faire	+++
• Liens entre les recommandations et les données probantes	Façon dont le groupe a utilisé des données probantes pour éclairer les recommandations	++++
• Revue par des intervenants de l'extérieur	Description des réviseurs de l'extérieur et méthodes utilisées pour obtenir leur avis; façon dont les opinions des réviseurs ont éclairé les lignes directrices	++
• Procédures de mise à jour	Critères ou calendrier des mises à jour	+
<b>Clarté de la présentation</b>		
• Recommandations précises et sans ambiguïté	But des actions recommandées, populations pertinentes; restrictions pour les personnes pour qui les recommandations ne s'appliquent pas; degré d'incertitude à propos des options	+++
• Options de prise en charge	Description des options et des situations dans lesquelles chacune devrait être utilisée	+++
• Principales recommandations	Synthèse en encadré, diagramme ou algorithme	++
<b>Applicabilité</b>		
• Facteurs qui facilitent et entravent l'application	Facteurs pris en compte; méthode pour les obtenir; facilitateurs et obstacles; leur influence sur les recommandations	++
• Conseils et outils pour la mise en œuvre	Matériel auxiliaire additionnel (p ex. documents de synthèse, manuels)	+
• Répercussions sur les ressources	Types de renseignements sur les coûts; méthodes pour obtenir les coûts et description de ces derniers	+
• Critères de surveillance et de vérification	Modalités d'évaluation des effets des recommandations et de la conformité à ces dernières	0
<b>Indépendance éditoriale</b>		
• Organisations de financement	Sources du financement et indication de leur influence sur le contenu	++++
• Intérêts concurrents	Types d'intérêts pris en compte et façon d'obtenir la divulgation; description des intérêts concurrents et de leur influence sur l'élaboration des lignes directrices	++++

AGREE—Appraisal of Guidelines for Research Evaluation (Appréciation des lignes directrices par l'évaluation de la recherche).  
Données fournies par AGREE Enterprise<sup>9</sup>.

l'interprétation est menacée, nous pouvons rejeter le guide de pratique. Nous pouvons ainsi nous concentrer rapidement sur un plus petit nombre de lignes directrices susceptibles d'être fiables. À l'occasion d'un colloque en 2015, on a demandé à 4 groupes de résidents d'évaluer chacun un guide de pratique différent sur le dépistage du cancer de la prostate à l'aide d'AGREE II. On trouve leurs conclusions au **Tableau 3**<sup>9,11-14</sup>. Si l'approche G-TRUST avait existé à cette époque, les résidents auraient probablement fait preuve de plus de discrimination encore

### Conflits d'intérêts

Les lignes directrices rédigées par des groupes d'intérêts luttant contre une maladie en particulier sont courantes. Même si leurs préoccupations sont compréhensibles,

ces guides sont trop souvent commandités par des intérêts commerciaux dissimulés à divers degrés. Des données probantes démontrent de manière convaincante que les études de recherche et les lignes directrices commanditées ont presque toujours un parti-pris en faveur des préférences du commanditaire, par rapport aux guides de pratique produits sur le même sujet libres de commandites<sup>15,16</sup>. Les rédacteurs de guides de pratique qui ne fondent pas leurs recommandations sur une revue systématique de grande qualité ou les lignes directrices rédigées par des experts qui ont déjà des idées préconçues sur le sujet en cause sont à risque de donner préséance aux préjugés plutôt qu'aux faits scientifiques<sup>17,18</sup>. Certains comités de lignes directrices incluent des représentants « de service » de la médecine familiale qui n'ont peut-être pas beaucoup d'habiletés

#### Encadré 2. Approche G-TRUST pour classifier l'utilité des guides de pratique clinique

##### Menaces en matière de pertinence

1. Les populations de patients et les problèmes sont pertinents dans mon milieu clinique
2. Les recommandations sont claires et possibles à appliquer
3. Les recommandations se concentrent sur l'amélioration de résultats axés sur le patient et comparent explicitement les bienfaits par rapport aux torts pour appuyer la prise de décisions cliniques

##### Menaces en matière de données probantes

4. Les lignes directrices se fondent sur une revue systématique des données de recherche
5. Les énoncés des recommandations qui vous importent reposent sur des données probantes cotées et incluent une description de la qualité (p. ex. élevée, faible) des données probantes
6. L'équipe d'élaboration du guide de pratique comptait un analyste spécialisé en recherche, comme un statisticien ou un épidémiologiste

##### Menaces en matière d'interprétation

7. Le président du comité d'élaboration des lignes directrices et une majorité des autres membres du comité n'ont aucun conflit d'intérêts déclaré, et l'équipe chargée de l'élaboration n'a pas reçu de financement de l'industrie pour ce travail
8. L'équipe chargée de l'élaboration compte des représentants des spécialités les plus pertinentes et inclut d'autres intervenants clés comme des patients, des organismes payeurs de services de santé et des responsables de la santé publique, le cas échéant

G-TRUST—Guideline Trustworthiness, Relevance, and Utility Scoring Tool (outil de notation de la fiabilité, de la pertinence et de l'utilité des lignes directrices). Reproduit avec l'autorisation de Shaughnessy AF, Vaswani A, Andrews BK, Erlich DR, D'Amico F, Lexchin J et coll. Developing a clinician friendly tool to identify useful clinical practice guidelines: G-TRUST. *Ann Fam Med* 2017;15(5):413-8<sup>20</sup>. Droit d'auteur: American Academy of Family Physicians, 2017. Tous droits réservés.

**Tableau 3. Résultats d'une évaluation par des résidents de 4 guides de pratique sur le dépistage du cancer de la prostate: Durant un colloque de résidents en 2015, on a demandé à 4 groupes d'évaluer chacun un guide de pratique différent sur le dépistage du cancer de la prostate à l'aide de l'approche AGREE II<sup>9</sup>. Les éléments sont cotés sur une échelle de 7 points où 1 indique «fortement en désaccord» et 7 signifie «fortement d'accord».**

SOURCE	PORTÉE	INTERVENANTS	RIGUEUR	PRÉSENTATION	APPLICABILITÉ	INDÉPENDANCE	QUALITÉ	JE L'UTILISERAI
Association des urologues du Canada <sup>11</sup>	4	2	3	4	2	1	2	Non
Association européenne d'urologie <sup>12</sup>	3	4	3	4	5	4	4	Non
GECCSP <sup>13</sup>	7	6	6	7	6	7	6	Oui
American College of Physicians <sup>14</sup>	6	3	3	5	3	1	4	Oui

AGREE—Appraisal of Guidelines for Research Evaluation, GECCSP—Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.



en recherche et en évaluation critique. De tels représentants sont placés dans une position épineuse: il est difficile pour eux de contester des « experts » en maladies qui font la promotion de leurs propres plans d'action.

Comme exemple d'une telle situation, l'**Encadré 3** montre le processus utilisé pour produire le récent guide intitulé « Men's Health Guidelines for Family Medicine »<sup>19</sup>, largement distribué par Acerus Pharma, qui vend des produits à base d'hormones. Le panel des 50 noms mentionnés a déclaré ce qui suit:

[a] avoir une composition équilibrée (c'est-à-dire des spécialistes, des médecins de famille, des infirmières praticiennes et des pharmaciens) qui contribue à limiter les nombreux genres de partis-pris, y compris les intérêts en concurrence ou contradictoires. Cette approche élimine la nécessité que les membres du panel déclarent des intérêts concurrents réels ou potentiels. Pour de plus amples renseignements sur les intérêts concurrents, veuillez communiquer avec [cssam.ca](http://cssam.ca) ou directement avec les membres individuels du panel<sup>19</sup>.


Onze des membres du comité responsable du guide de pratique sont des urologues et 20 sont des médecins de famille. Il n'est cependant pas clair à quel point bon nombre d'entre eux examinaient les données probantes. Le site web qui doit révéler les déclarations de conflits d'intérêts n'est pas accessible aux non-membres. Même si de nombreuses rondes de discussion ont eu lieu, le document final n'a pas été examiné ni approuvé par tous les membres du comité consultatif dont les noms sont mentionnés. Ces caractéristiques rendent difficile l'acceptation des recommandations du guide.

## Conclusion

L'évaluation des guides de pratique clinique est un processus complexe qui peut sembler insurmontable; par

ailleurs, lorsque vous avez utilisé les approches AGREE II ou G-TRUST 1 ou 2 fois, c'est plus facile. Comme dans toute chaîne de raisonnement, chaque maillon faible d'un guide de pratique fragilise l'ensemble de la structure. Les lecteurs devraient se concentrer sur les éléments essentiels: ces lignes directrices nous aident-elles à régler les problèmes que nous rencontrons dans nos pratiques? Les recommandations reposent-elles sur une évaluation ouverte et transparente des données probantes? Les guides de pratique sont souvent plus utiles lorsqu'ils portent sur des questions controversées, confirment que des doutes subsistent sur la marche à suivre, et nous aident à expliquer la situation à nos patients. Nous pouvons nous attendre à ce que, de plus en plus, les responsables des guides de pratique fournissent des outils pour nous aider à communiquer à nos patients les données probantes.

Il n'est pas nécessaire que les médecins suivent toute cette procédure chaque jour. Une fois que vous avez trouvé les meilleurs ensembles de lignes directrices, vous pouvez continuer à utiliser ces guides de pratique jusqu'à ce qu'ils deviennent désuets, c'est-à-dire habituellement de 3 à 5 ans après leur publication.

Nous pouvons consulter systématiquement certaines sources fiables. Le site web Prévention en main<sup>20</sup> du Collège des médecins de famille du Canada recueille des ressources soigneusement vérifiées en matière de prévention, y compris des lignes directrices. Le GECSSP est une source d'information grandement respectée<sup>21</sup>. Les guides de pratique provenant d'autres pays sont plus difficiles à utiliser, parce que le contexte clinique peut être différent et que, parfois, les données probantes se limitent à ce pays. Le Preventive Services Task Force des États-Unis<sup>22</sup> est une source fiable, mais conformément à l'approche générale à la médecine dans ce pays, il a tendance à recommander des politiques plus actives et accorde moins d'importance aux torts que le font les recommandations canadiennes. Des guides de pratique utiles sont aussi accessibles auprès du National Institute for Health and Care Excellence<sup>23</sup> en Angleterre, du Scottish Intercollegiate Guidelines Network<sup>24</sup> et du Royal Australian College of General Practitioners<sup>25</sup>, en particulier le *Handbook of Non-Drug Interventions*<sup>26</sup>. 

### Encadré 3. Processus de l'élaboration des Men's Health Guidelines for Family Medicine

Les lignes directrices ont été élaborées comme suit:

- Revue exhaustive de la littérature médicale et des lignes directrices existantes
- Préparation d'un document de travail aux fins de revue par le panel d'experts sur la santé des hommes
- Nouvelle ébauche des lignes directrices distribuée aux fins de révision et de commentaires par des pairs
- Commentaires présentés au panel d'experts sur la santé des hommes
- Nouvelle ébauche des lignes directrices comportant des modifications
- Publication des lignes directrices et accessibilité aux professionnels de la santé

Données obtenues du Men's Health Review Panel<sup>19</sup>.

Le **D<sup>r</sup> Dickinson** est professeur au Département de médecine familiale et au Département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Calgary. Le **D<sup>r</sup> Bell** est professeur au Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta à Edmonton. Le **D<sup>r</sup> Grad** est professeur agrégé au Département de médecine de famille de l'Université McGill à Montréal, au Québec. Le **D<sup>r</sup> Singh** est professeur agrégé au Département de médecine interne et au Département des sciences de la santé communautaire de l'Université du Manitoba à Winnipeg, et au Département d'hématologie et d'oncologie pour CancerCare Manitoba. Le **D<sup>r</sup> Groulx** est professeur clinicien adjoint au Département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke, au Québec, et chercheur associé au Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne à Sherbrooke. **M<sup>me</sup> Szafran** est directrice associée de la Recherche au Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta.

#### Intérêts concurrents

Tous les auteurs ont rempli les formulaires normalisés concernant les conflits d'intérêts de l'International Committee of Medical Journal Editors (accessibles sur demande auprès de l'auteur correspondant). Le **D<sup>r</sup> Singh** signale des subventions de Merck Canada, des frais personnels de Pendopharm et des frais personnels de Ferring Canada, en dehors des travaux présentés. Les autres auteurs n'ont signalé aucun intérêt concurrent.

## Correspondance

D' James Dickinson; courriel [dickinsj@ucalgary.ca](mailto:dickinsj@ucalgary.ca)

## Références

- Gabbay J, Le May A. *Practice-based evidence for healthcare. Clinical mindlines*. Abingdon, RU: Routledge; 2011.
- Wieringa S, Greenhalgh T. 10 years of mindlines: a systematic review and commentary. *Implement Sci* 2015;10:45.
- Pluye P, Grad R, Barlow J. *Look it up! What patients, doctors, nurses, and pharmacists need to know about the Internet and primary health care*. Montréal, QC: McGill-Queen's University Press; 2017.
- Schünemann HJ, Wiercioch W, Etexandria I, Falavigna M, Santesso N, Mustafa R et coll. Guidelines 2.0: systematic development of a comprehensive checklist for a successful guideline enterprise. *CMAJ* 2014;186(3):E123-42. Publ. en ligne du 16 déc. 2013.
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *Procedure manual*. Ottawa, ON: Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2014. Accessible à : [https://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2016/12/procedural-manual-en\\_2014\\_Archived.pdf](https://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2016/12/procedural-manual-en_2014_Archived.pdf). Réf. du 28 févr. 2018.
- Bell N, Connor Gorber S, Tonelli M, Pottie K, Singh H, Joffres M et coll. From ABCs to GRADE. Canadian Task Force on Preventive Health Care's new rating system for clinical practice guidelines. *Can Fam Physician* 2013;59:1282-9.
- Grad R, Légaré F, Bell NR, Dickinson JA, Singh H, Moore AE et coll. Shared decision making in preventive health care. What it is; what it is not. *Can Fam Physician* 2017;63:682-4 (ang.), e377-80 (fr).
- Lang E, Bell NR, Dickinson JA, Grad R, Kasperavicius D, Moore AE et coll. Eliciting patient values and preferences to inform shared decision making in preventive screening. *Can Fam Physician* 2018;64:28-31 (ang.), e13-6 (fr.).
- AGREE Enterprise [site web]. Hamilton, ON: AGREE Research Trust; 2014. Accessible à : [www.agreetrust.org](http://www.agreetrust.org). Réf. du 14 févr. 2018.
- Shaughnessy AF, Vaswani A, Andrews BK, Erlich DR, D'Amico F, Lexchin J et coll. Developing a clinician friendly tool to identify useful clinical practice guidelines: G-TRUST. *Ann Fam Med* 2017;15(5):413-8.
- Izawa JI, Klotz L, Siemens DR, Kassouf W, So A, Jordan J et coll. Prostate cancer screening: Canadian guidelines 2011. *Can Urol Assoc J* 2011;5(4):235-40.
- Heidenreich A, Bellmunt J, Bolla M, Joniau S, Mason M, Matveev V et coll. EAU guidelines on prostate cancer. Part 1: screening, diagnosis, and treatment of clinically localised disease. *Eur Urol* 2011;59(1):61-71. Publ. en ligne du 28 oct. 2010.
- Bell N, Connor Gorber S, Shane A, Joffres M, Singh H, Dickinson J et coll. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. *CMAJ* 2014;186(16):1225-34. Publ. en ligne du 27 oct. 2014.
- Qaseem A, Barry MJ, Denberg TD, Owens DK, Shekelle P; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Screening for prostate cancer: a guidance statement from the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2013;158(10):761-9.
- Jørgensen AW, Hilden J, Gøtzsche PC. Cochrane reviews compared with industry supported meta-analyses and other meta-analyses of the same drugs: systematic review. *BMJ* 2006;333(7572):782. Publ. en ligne du 6 oct. 2006.
- Sniderman AD, Furberg CD. Why guideline-making requires reform. *JAMA* 2009;301(4):429-31.
- Allan GM, Kraut R, Crawshaw A, Korownyk C, Vandermeer B, Kolber MR. Contributors to primary care guidelines. What are their professions and how many of them have conflicts of interest? *Can Fam Physician* 2015;61:52-8 (ang), e50-7 (fr).
- Lenzer J, Hoffman JR, Furberg CD, Ioannidis JP; Guideline Panel Review Working Group. Ensuring the integrity of clinical practice guidelines: a tool for protecting patients. *BMJ* 2013;347:f5535. Erratum dans : *BMJ* 2014;348:f1335.
- Men's Health Review Panel. *Men's health guidelines for family medicine*. Toronto, ON: MUMS Health; 2017.
- Collège des médecins de famille du Canada. *Prevention in hand* [site web]. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2017. Accessible à : [www.cfpc.ca/Prevention\\_in\\_Hand](http://www.cfpc.ca/Prevention_in_Hand). Réf. du 27 févr. 2018.
- Canadian Task Force on Preventive Health Care [site web]. Calgary, AB: Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Accessible à : <https://canadiantaskforce.ca>. Réf. du 27 févr. 2018.
- US Preventive Services Task Force [site web]. Rockville, MD: US Preventive Services Task Force; 2017. Accessible à : [www.uspreventiveservicestaskforce.org](http://www.uspreventiveservicestaskforce.org). Réf. du 27 févr. 2018.
- National Institute for Health and Care Excellence [site web]. Londres, Angl: National Institute for Health and Care Excellence. Accessible à : [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk). Réf. du 27 févr. 2018.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network [site web]. Édimbourg, Écosse: Healthcare Improvement Scotland. Accessible à : [www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk). Réf. du 27 févr. 2018.
- Royal Australian College of General Practitioners [site web]. Melbourne Est, Aust: Royal Australian College of General Practitioners. Accessible à : [www.racgp.org.au/home](http://www.racgp.org.au/home). Réf. du 27 févr. 2018.
- Royal Australian College of General Practitioners. *Handbook of non-drug interventions*. Melbourne Est, Aust: Royal Australian College of General Practitioners. Accessible à : [www.racgp.org.au/handi](http://www.racgp.org.au/handi). Réf. du 27 févr. 2018.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous à [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) et cliquez sur le lien Mainpro+.

The English version of this article is available at [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) on the table of contents for the **May 2018** issue on **page 357**.