

# Collaborateurs aux lignes directrices en soins primaires

*Quelles sont leurs professions et combien sont en conflit d'intérêts?*

G. Michael Allan MD CCFP Roni Kraut Aven Crawshay Christina Korownyk MD CCFP  
Ben Vandermeer MSc Michael R. Kolber MD CCFP MSc

## Résumé

**Objectif** Déterminer la profession des collaborateurs scientifiques aux lignes directrices, les variables associées aux différences de participation des collaborateurs et si oui ou non les lignes directrices en soins primaires fournissent un énoncé sur les conflits d'intérêts.

**Type d'étude** Analyse rétrospective des lignes directrices en soins primaires affichées sur le site web de l'Association médicale canadienne. Deux extracteurs de données indépendants ont examiné les lignes directrices et ont extrait les données pertinentes.

**Contexte** Canada

**Principaux paramètres à l'étude** Commanditaires des lignes directrices, territoire (national ou provincial) visé par les lignes directrices, profession des collaborateurs scientifiques aux lignes directrices et énoncés de conflits d'intérêts rapportés dans les lignes directrices.

**Résultats** Sur les 296 lignes directrices de pratique clinique trouvées dans la section de la médecine familiale de l'Infobanque AMC, 65 apparaissaient en double et 35 se rapportaient de façon limitée à la médecine familiale. Vingt ne fournissaient aucune information sur les collaborateurs scientifiques, ce qui laissait 176 lignes directrices propices à l'analyse. Au total, il y avait 2495 collaborateurs (auteurs et membres de comité) : 1343 (53,8 %) spécialistes autres que des médecins de famille, 423 (17,0 %) médecins de famille, 141 (5,7 %) infirmières, 75 (3,0 %) pharmaciens, 269 (10,8 %) autres cliniciens, 203 (8,1 %) scientifiques non cliniciens et 41 (1,6 %) collaborateurs de profession inconnue. La proportion des collaborateurs de ces professions différait significativement entre les lignes directrices nationales et provinciales, de même qu'entre les lignes directrices financées par l'industrie et celles qui ne l'étaient pas ( $p < 0,001$  dans les 2 cas). Dans le cas des lignes directrices de pratique clinique provinciales, 30,8 % des collaborateurs étaient des médecins de famille et 37,3 % étaient d'autres spécialistes, comparativement à 13,9 % et à 57,4 %, respectivement, dans le cas des lignes directrices nationales. Parmi les lignes directrices financées par l'industrie, 7,8 % des collaborateurs étaient des médecins de famille et 68,6 % étaient d'autres spécialistes, comparativement à 19,4 % et à 49,9 %, respectivement, parmi les lignes directrices qui n'étaient pas financées par l'industrie. Les conflits d'intérêts n'étaient pas rapportés dans 68,9 % des cas. Lorsqu'ils l'étaient, les énoncés sur les conflits d'intérêts se rapportaient à 48,6 % aux spécialistes autres que les médecins

## POINTS DE REPÈRE DU RÉDACTEUR

- Cette étude a analysé une gamme de lignes directrices nationales et provinciales portant sur divers sujets cliniques. Les résultats montrent que les spécialistes autres que les médecins de famille étaient non seulement les collaborateurs les plus fréquents des lignes directrices, mais ils étaient aussi le plus probablement, et de loin, en conflit d'intérêts.
- Environ les deux tiers des lignes directrices canadiennes de pratique familiale ou de soins primaires restent muettes sur les conflits d'intérêts potentiels de leurs collaborateurs.
- Dans le cas des lignes directrices ciblant les pratiques familiales ou de soins primaires, les médecins de famille, qui ont une plus grande expérience et une meilleure compréhension de la façon d'appliquer les lignes directrices dans leur pratique, devraient être représentés au même titre que les autres spécialistes.



Cet article donne droit à des crédits Mainpro-M1. Pour obtenir des crédits, allez à [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) et cliquez sur le lien vers Mainpro.

Cet article fait l'objet d'une révision par des pairs. *Can Fam Physician* 2015;61:e50-7

The English version of this article is available at [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) on the table of contents for the January 2015 issue on page 52.

de famille, à 30,0 % aux pharmaciens, à 27,7 % aux médecins de famille et à 10,0 % ou moins aux autres groupes; les différences étaient statistiquement significatives ( $p < 0,001$ ).

**Conclusion** Les spécialistes autres que les médecins de famille sont plus nombreux que tous les autres fournisseurs de soins de santé et sont plus de 3 fois plus enclins à collaborer aux lignes directrices en soins primaires que ne le sont les médecins de famille. Les énoncés sur les conflits d'intérêts n'apparaissent que dans une minorité de lignes directrices, et lorsqu'ils apparaissent, les spécialistes autres que les médecins de famille étaient plus enclins à les rapporter. Les lignes directrices ciblant les médecins de famille devraient compter plus de médecins de famille et de soins primaires et moins de collaborateurs en conflit d'intérêts.

L'on préconise souvent que la norme de soins consiste à appliquer les lignes directrices, et les recommandations qui en sont tirées sont utilisées pour définir les mesures de rendement. Cependant, l'adoption des lignes directrices en soins primaires est souvent perçue comme sous-optimale<sup>1-3</sup>. Les raisons pour expliquer cet état de fait comptent plusieurs facettes, dont les facteurs liés aux patients comme la non-observance<sup>3</sup>, les facteurs liés aux lignes directrices comme les cibles de marqueurs de substitution souvent impossibles à atteindre malgré l'administration de thérapie factuelles<sup>1,2</sup> et les facteurs liés aux médecins comme l'absence d'intensification du traitement<sup>3</sup>.

Les raisons pour lesquelles les médecins hésitent à adopter les lignes directrices comptent aussi probablement plusieurs facettes. Quelque 50 % des recommandations émises par les lignes directrices sont basées sur le niveau le plus bas de données probantes ou d'opinions d'experts<sup>4,5</sup>. En outre, il semble que la revue et l'interprétation de la littérature par les experts cliniques risquent d'être biaisées et plus l'expert est spécialisé, plus le risque de biais est grand<sup>6</sup>. En outre, une étude a conclu qu'environ 50 % des collaborateurs scientifiques aux lignes directrices étaient en conflit d'intérêts aux États-Unis et au Canada; toutefois, cette étude ne comptait que 14 lignes directrices<sup>7</sup>.

La plupart des soins sont dispensés en soins primaires<sup>8</sup> et 93 % des patients identifient leur médecin de soins primaires comme leur médecin habituel<sup>9</sup>. Le patient moyen âgé de 65 ans vu en soins primaires est atteint de 6 affections médicales chroniques<sup>10</sup>, ce qui signifie que la nature exclusive des lignes directrices, traitant d'une maladie à la fois, se traduit mal en pratique<sup>11,12</sup>. Aussi, seul 0,1 % du contenu des lignes directrices encourage la prise de décision partagée<sup>13</sup>. Enfin, les recommandations émises par les lignes directrices auxquelles les médecins de famille ont collaboré

pourraient différer des recommandations émises par les lignes directrices auxquelles les médecins de famille n'ont pas collaboré<sup>14</sup>.

Deux enjeux entrent en conflit. Les médecins de famille et les fournisseurs de soins primaires ont un point de vue clinique qui est unique et dispensent la plupart des soins aux patients. Cependant, l'opinion des experts semble compter pour une grande part des recommandations des lignes directrices en soins primaires et elle pourrait être biaisée. De nouvelles normes mises de l'avant par l'Institute of Medicine préconisent un équilibre des professions parmi les collaborateurs aux lignes directrices et, lorsque c'est possible, les collaborateurs devraient être exempts de conflits d'intérêts<sup>15</sup>. Notre objectif principal consistait à déterminer la désignation professionnelle des collaborateurs scientifiques aux lignes directrices en soins primaires au Canada. Nos objectifs secondaires visaient à déterminer les caractéristiques des lignes directrices pouvant influencer la proportion relative des différentes professions, et à déterminer si les conflits d'intérêts étaient rapportés dans les lignes directrices et par les collaborateurs.

## MÉTHODES

### Inclusion et exclusion des lignes directrices

Nous avons consulté l'Infobanque de l'AMC : Guides de pratique clinique<sup>16</sup> sous la spécialité « médecine familiale » pour identifier les lignes directrices en soins primaires canadiennes. Les lignes directrices ont été examinées indépendamment par 3 auteurs (G.M.A., C.K., M.R.K.) avant d'être incluses, leur inclusion s'appuyant sur leur pertinence quant aux soins primaires et à la pratique familiale. Ont été considérées pour inclusion les versions française et anglaise des lignes directrices. Celles-ci ont été incluses si au moins 2 des 3 évaluateurs les considéraient comme pertinentes. Les lignes directrices dupliquées, comme celles ayant été publiées en anglais et en français ou les versions antérieures ont été exclues. Si les lignes directrices ne fournissaient pas le nom des collaborateurs, nous avons communiqué avec l'organisme ayant rédigé au moins 2 des lignes directrices et avons demandé des détails sur les collaborateurs.

### Extraction des données

Deux évaluateurs (R.K., A.C.) ont indépendamment extrait les données de chacune des lignes directrices. Après que les données aient été extraites des 5 premières lignes directrices, les résultats ont été examinés par l'équipe afin d'obtenir un consensus sur le contenu. Les désaccords ont été résolus par voie de discussion ou par une tierce partie.

Les données extraites des lignes directrices étaient notamment : sources de commandite, cadre clinique,

territoire (provincial ou national), inclusion d'un énoncé sur les conflits d'intérêts, et si la mention *soins primaires* ou quelque chose de semblable (p. ex. *prévention primaire* ou *médecin communautaire*) apparaissait dans le titre.

Les commanditaires des lignes directrices étaient classés dans les catégories suivantes : gouvernement, industrie, corps professionnel (p. ex. Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario), société ou association (p. ex. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada ou British Columbia Medical Association), fondation ou organisme caritatif (p. ex. Fondation des maladies du cœur), autre (p. ex. Conseil canadien des infirmières et infirmiers en soins cardiovasculaires) et incertain (c.-à-d. aucune information sur les commanditaires fournie).

Les données portant sur les collaborateurs étaient : profession, emplacement (c.-à-d. province ou territoire) et, si cette information était rapportée, présence ou absence de conflit d'intérêts. Beaucoup de lignes directrices avaient été créées par des comités ou des équipes de collaborateurs. Certaines lignes directrices ne clarifiaient pas l'identité des auteurs ou des collaborateurs, mais mentionnaient le nom des membres du comité ou de l'équipe, comme un groupe de lignes directrices, un comité directeur, un comité de rédaction, des réviseurs externes, des collaborateurs additionnels, un comité indépendant sur les méthodes, un comité d'experts, un comité exécutif, un comité de considération des coûts, un comité de surveillance des données probantes, un comité consultatif national et les comités des sous-sections des lignes directrices individuelles (p. ex. « groupe de travail sur les AVC aigus » pour les recommandations sur les pratiques exemplaires des soins liés aux AVC). La variabilité était si grande que nous avons décidé d'inclure tous les auteurs et tous les membres d'un comité à titre de collaborateurs.

Les professions ont été déterminées par l'identification des diplômes ou par la mention des professions dans les lignes directrices et par la recherche sur les sites web des collèges provinciaux des médecins et chirurgiens, sur les sites web des universités dans le cas des collaborateurs ayant une affiliation universitaire, sur les sites web des gouvernements, Google et PubMed ou MEDLINE.

## Analyse

L'analyse était principalement de nature descriptive. Certaines lignes directrices ont été divisées en sous-sections et chaque sous-section a été enregistrée comme une ligne directrice individuelle. Nous avons effectué une analyse incluant les données de toutes les sous-sections, puis une autre les excluant toutes. Nous avons utilisé le test de Fisher-Freeman-Halton pour déterminer si la proportion des collaborateurs de diverses

professions différait en fonction des caractéristiques des lignes directrices. Nous avons utilisé le test exact de Fisher pour déterminer si la proportion des collaborateurs ayant rapporté un conflit d'intérêts différait en fonction de leur profession.

Nous avons effectué 2 analyses de sensibilité. Dans la première, nous avons identifié tout médecin de famille ayant une pratique ciblée qui semblait ne pas dispenser de soins primaires généraux, comme ceux qui avaient reçu une formation dans une surspécialité (p. ex. médecine d'urgence) ou ceux qui faisaient du travail administratif exclusivement. Ainsi, pour éviter d'indûment gonfler les chiffres se rapportant aux autres spécialistes, les médecins de famille ayant une pratique ciblée n'ont pas été réassignés comme autre spécialiste, mais ont plutôt été exclus. Dans la deuxième analyse, certains collaborateurs ont siégé à plusieurs comités ou groupes pour les mêmes lignes directrices; nous avons exclu toute répétition de manière à ce que chaque collaborateur ne soit compté qu'une seule fois pour chacune des lignes directrices.

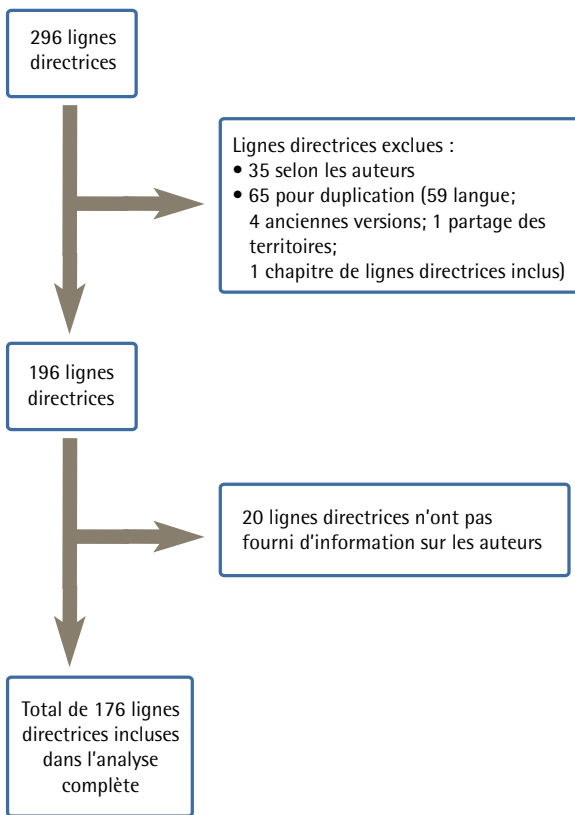
## RÉSULTATS

Le site web de l'Association médicale canadienne contient une liste de 296 lignes directrices de pratique familiale, dont 100 ont été exclues en raison de leur pertinence limitée ou d'une duplication. Parmi les 196 lignes directrices incluses, 20 n'ont pas fourni d'information sur les collaborateurs, ce qui en laissait 176 propices à l'analyse sur les collaborateurs. La **Figure 1** explique les paramètres d'inclusion et d'exclusion des lignes directrices. Les 2 personnes ayant extrait les données se sont entendues à 98 %. Les détails concernant l'exclusion et l'inclusion de chacune des lignes directrices sont disponibles sur demande auprès de l'auteur correspondant (G.M.A.).

Le **Tableau 1** présente la proportion des lignes directrices ayant inclus l'information sur les commandites, le sujet principal et l'information sur les conflits d'intérêts. Sur les 196 lignes directrices, 4 comptaient un total de 77 sous-sections soumises comme lignes directrices individuelles : obésité (27 sous-sections), démence (6 sous-sections), infections transmissibles sexuellement (29 sous-sections) et Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé (15 sous-sections). Dans une analyse secondaire, nous avons retenu l'aperçu de chacune de ces lignes directrices, mais avons exclu les 77 sous-sections. Sur les 119 lignes directrices qui restent, l'information sur les conflits d'intérêts était disponible pour 37 (31,1 %) d'entre elles.

Soixante-douze (60,5 %) des 119 lignes directrices avaient 1 commanditaire, 28 (23,5 %) en avaient 2, 12 (10,1 %) en avaient 3 à 5 et 7 (5,9 %) en avaient 6 ou plus (jusqu'à 16). Soixante-quinze (63,0 %) lignes directrices

**Figure 1. Lignes directrices incluses dans l'analyse et exclues :** Lignes directrices de pratique familiale apparaissant sur la liste du site web de l'AMC au 24 octobre 2012.



CMA – Association médicale canadienne.

avaient une commandite gouvernementale et 54 (45,4 %) étaient commanditées par une société ou une association. L'industrie médicale a fourni un soutien à 9 lignes directrices sur 119 (7,6 %), mais les lignes directrices dont les commanditaires provenaient de l'industrie comptaient en moyenne 4,6 commanditaires de l'industrie par lignes directrices. Le domaine de spécialité des lignes directrices variait énormément. La pédiatrie (16,8 %), la santé publique (12,6 %) et la cardiologie (8,4 %) étaient les 3 domaines les plus fréquents, mais littéralement tous les domaines étaient inclus. (L'interprétation de ces résultats se doit d'être limitée, car beaucoup de ces lignes directrices auraient pu s'insérer dans plus d'une catégorie [p. ex. abus par inhalation en pédiatrie a été classé en pédiatrie, mais aurait aussi pu être classé en psychiatrie]).

Les 176 lignes directrices dotées de l'information sur les collaborateurs totalisaient 2495 collaborateurs (auteurs et membres de comité). La profession des collaborateurs et la variation en fonction des sous-groupes de lignes directrices sont présentées au **Tableau 2**. Dans l'ensemble,

**Tableau 1. Information fournie dans les lignes directrices :** A) Énoncé sur les conflits d'intérêts et sujet principal B) Information sur les commanditaires

A) CONFLIT D'INTÉRÊTS ET SUJET PRINCIPAL	TOUTES LES LIGNES DIRECTRICES, N (%) <sup>*</sup> (N = 196)	TOUTES LES LIGNES DIRECTRICES À L'EXCLUSION DES SOUS- SECTIONS <sup>†</sup> , N (%) <sup>*</sup> (N = 119)
Énoncé sur les conflits d'intérêts		
• Dans les lignes directrices	61 (31,1)	28 (23,5)
• Site web séparé	9 (4,6)	9 (7,6)
• Non fourni	126 (64,3)	82 (68,9)
Sujet principal des lignes directrices		
• Santé publique	42 (21,4)	15 (12,6)
• Maladies infectieuses	37 (18,9)	8 (6,7)
• Pédiatrie	20 (10,2)	20 (16,8)
• Neurologie	11 (5,6)	5 (4,2)
• Cardiologie	10 (5,1)	10 (8,4)
• Oncologie	9 (4,6)	9 (7,6)
• Pneumologie	9 (4,6)	9 (7,6)
• Endocrinologie	8 (4,1)	8 (6,7)
• Obstétriques et gynécologie	8 (4,1)	8 (6,7)
• Psychiatrie	6 (3,1)	6 (5,0)
• Non spécifique	26 (13,3)	11 (9,2)
• Autre <sup>‡</sup>	10 (5,1)	10 (8,4)
B) TYPE DE COMMANDITAIRE		
	TOUTES LES LIGNES DIRECTRICES, N (%) <sup>*</sup> N <sup>BRE</sup> TOTAL DE COMMANDITAIRES, N = 446 <sup>§  </sup>	TOUTES LES LIGNES DIRECTRICES À L'EXCLUSION DES SOUS- SECTIONS, N (%) N <sup>BRE</sup> TOTAL DE COMMANDITAIRES, N = 236 <sup>§  </sup>
Fondation ou organisme caritatif	12 (2,7)	12 (5,1)
Gouvernement	147 (32,9)	91 (38,6)
Société ou association	77 (17,3)	65 (27,5)
Corps professionnel	14 (3,1)	14 (5,9)
Industrie médicale	177 (39,7)	41 (17,4)
Autre	18 (4,0)	12 (5,1)
Incertain	1 (0,2)	1 (0,4)

<sup>\*</sup>Les pourcentages ne totalisent pas 100 en raison de l'arrondissement des valeurs.

<sup>†</sup>Quatre lignes directrices ont soumis leurs sous-sections (6 à 9 sous-sections chacune) comme des lignes directrices distinctes. Dans une analyse secondaire, ces sous-sections ont été exclues.

<sup>‡</sup>Les autres catégories sont : gastro-entérologie (n = 3), gériatrie (n = 2), hématologie (n = 2), néphrologie (n = 1), rhumatologie et médecine sportive (n = 1) et urologie (n = 1).

<sup>§</sup>Le nombre de commanditaires des lignes directrices représente le nombre total de commanditaires. Certaines lignes directrices comptaient jusqu'à 16 commanditaires et plusieurs commanditaires du même type (p. ex. une série de lignes directrices pouvaient compter 2 commanditaires gouvernementaux, 5 commanditaires de sociétés ou d'associations et 5 commanditaires de la même industrie).

<sup>||</sup>Le nombre moyen de commanditaires (intervalle) pour toutes les lignes directrices était de 2,3 (1-16) et pour toutes les lignes directrices à l'exclusion des sous-sections, de 2 (1-16).

53,8 % des collaborateurs étaient des spécialistes autres que des médecins de famille, 17,0 % étaient des médecins de famille, 10,8 % étaient d'autres cliniciens, 8,2 % étaient

**Tableau 2. Comparaison de l'information sur les collaborateurs parmi les professions, par caractéristiques des lignes directrices : 176 lignes directrices ont fourni l'information sur les collaborateurs**

CARACTÉRISTIQUES DES LIGNES DIRECTRICES	PROFESSION*							TOTAL	VALEUR $p^{\dagger}$
	MÉDECIN DE FAMILLE, N (%)	AUTRE SPÉCIALISTE, N (%)	INFIRMIÈRE OU INFIRMIÈRE PRATICIENNE, N (%)	SCIENTIFIQUE NON CLINICIEN, N (%)	PHARMACIEN, N (%)	AUTRE CLINICIEN, N (%)	INCONNU, N (%)		
Dans l'ensemble	423 (17,0)	1343 (53,8)	141 (5,7)	203 (8,2)	75 (3,0)	269 (10,8)	41 (1,6)	2495	s.o.
Territoire									<0,001
• Provincial	138 (30,8)	167 (37,3)	10 (2,2)	28 (6,3)	35 (7,8)	48 (10,7)	22 (4,9)	448	
• National	285 (13,9)	1176 (57,4)	131 (6,4)	175 (8,5)	40 (2,0)	221 (10,8)	19 (0,9)	2047	
Conflits d'intérêts disponibles dans les lignes directrices									<0,001
• Oui	230 (18,6)	627 (50,7)	83 (6,7)	115 (9,3)	31 (2,5)	140 (11,3)	11 (0,9)	1237	
• Non	193 (15,3)	716 (56,9)	58 (4,6)	88 (7,0)	44 (3,5)	129 (10,3)	30 (2,4)	1258	
Les mots <i>soins primaires</i> ou quelque chose de semblable dans le titre									<0,001
• Oui	56 (24,6)	117 (51,3)	11 (4,8)	27 (11,8)	6 (2,6)	8 (3,5)	3 (1,3)	228	
• Non	367 (16,2)	1226 (54,1)	130 (5,7)	176 (7,8)	69 (3,0)	261 (11,5)	38 (1,7)	2267	
Tout financement de l'industrie rapporté									<0,001
• Oui	41 (7,8)	360 (68,6)	26 (5,0)	64 (12,2)	9 (1,7)	25 (4,8)	0 (0,0)	525	
• Non	382 (19,4)	983 (49,9)	115 (5,8)	139 (7,1)	66 (3,4)	244 (12,4)	41 (2,1)	1970	

s.o. – sans objet

\*Les pourcentages ne totalisent pas 100 en raison de l'arrondissement des valeurs.

†test de Fisher-Freeman-Halton.

des scientifiques non cliniciens, 5,7 % étaient des infirmières, 3,0 % étaient des pharmaciens et 1,56 % étaient des collaborateurs de profession inconnue. Toutes les analyses de sous-groupes étaient statistiquement significatives ( $p < 0,001$ ), mais la plus grande différence dans la contribution de diverses professions est ressortie de la comparaison des catégories territoire (national p/r à provincial) et financement rapporté de l'industrie (oui ou non). Dans les lignes directrices nationales, 13,9 % des collaborateurs étaient des médecins de famille et 57,4 % étaient d'autres spécialistes, alors que dans les lignes directrices provinciales, 30,8 % des collaborateurs étaient des médecins de famille et 37,3 % étaient d'autres spécialistes. Dans les lignes directrices financées par l'industrie, 7,8 % des collaborateurs étaient des médecins de famille et 68,6 % étaient d'autres spécialistes, alors que dans les lignes directrices non financées par l'industrie, 19,4 % des collaborateurs étaient des médecins de famille et 49,9 % étaient d'autres spécialistes. La province ou le territoire de résidence de chaque collaborateur sont présentés au **Tableau 3**; la distribution reflète généralement la population canadienne.

Le **Tableau 4** illustre le signalement d'un conflit d'intérêts en fonction de la profession. Les spécialistes autres que les médecins de famille (48,6 %) étaient plus enclins à rapporter un conflit d'intérêts, suivis des pharmaciens (30,0 %), des médecins de famille (27,7 %), des infirmières (9,9 %), des scientifiques non cliniciens (9,6 %) et des autres cliniciens (2,9 %) (test exact de Fisher;  $p < 0,001$ ).

Deux analyses de sensibilité ont été effectuées. La première excluait les médecins de famille ayant une pratique ciblée (c.-à-d. qui ne dispensent plus de soins primaires). La deuxième excluait les personnes qui apparaissaient plus d'une fois dans une série de lignes directrices donnée. Ni l'une ni l'autre des analyses n'a modifié la proportion des professions par plus de 1,5 % (**Tableau 5**).

## DISCUSSION

Notre étude analysait une gamme de lignes directrices nationales et provinciales touchant à un grand nombre de domaines cliniques. Les résultats démontrent que les

**Tableau 3. Province ou territoire de résidence des collaborateurs aux lignes directrices pour toutes les lignes directrices et pour les lignes directrices nationales seulement**

LIEU DE RÉSIDENCE	AUTEURS, TOUTES LES LIGNES DIRECTRICES, N (%) <sup>*</sup> (N = 2495)	AUTEURS, LIGNES DIRECTRICES NATIONALES SEULEMENT, N (%) (N = 2042)
Territoires	6 (0,2)	6 (0,3)
Colombie-Britannique	337 (13,5)	172 (8,4)
Alberta	470 (18,8)	254 (12,4)
Saskatchewan	122 (4,9)	122 (6,0)
Manitoba	87 (3,5)	86 (4,2)
Ontario	892 (35,8)	867 (42,5)
Québec	330 (13,2)	284 (13,9)
Nouveau-Brunswick	19 (0,8)	19 (0,9)
Nouvelle-Écosse	106 (4,2)	106 (5,2)
Île du Prince-Édouard	13 (0,5)	13 (0,6)
Terre-Neuve	31 (1,2)	31 (1,5)
International	77 (3,1)	77 (3,8)
Inconnu	5 (0,2)	5 (0,2)

<sup>\*</sup>Les pourcentages ne totalisent pas 100 en raison de l'arrondissement des valeurs.

autres spécialistes collaborent en plus grand nombre que les médecins de famille et tous les autres collaborateurs réunis à la production des lignes directrices à l'intention des médecins de famille et de soins primaires. Les autres spécialistes étaient en effet représentés plus de 3 fois plus souvent que les médecins de famille, qui venaient au deuxième rang.

Lorsque les lignes directrices ciblent les médecins de famille ou de soins primaires, il serait plus raisonnable que les médecins de famille soient représentés au même titre que les autres spécialistes. L'expérience et la compréhension des médecins quant à la façon d'appliquer les lignes directrices en soins primaires sont plus vastes, et la recherche montre que les médecins de soins primaires obtiennent des résultats au moins aussi favorables, sinon plus, que les autres spécialistes<sup>17-19</sup>. La quantité de recommandations émises par les lignes directrices ne cesse d'augmenter<sup>5</sup> et il faudrait plus de 7 heures par jour pour appliquer ces recommandations en santé préventive<sup>20</sup> et plus de 10 heures par jour pour prendre en charge 10 maladies chroniques<sup>21</sup>. Si on ajoute le fort degré de morbidités multiples et de complexité des cas en soins primaires, l'application de lignes directrices ciblant une maladie à la fois devient lourde et difficile à gérer<sup>11,12</sup>. Aussi, l'éventail des cas

vus en pratique spécialisée se traduit souvent mal en cas vus en soins primaires et vice-versa, ce qui crée une partialité lorsqu'une approche n'est pas applicable aux 2 types de pratique<sup>22</sup>. Il semble logique que les cliniciens qui émettent des recommandations ou préconisent des ajouts aux pratiques de soins primaires sans avoir de fondement en soins primaires puissent dispenser des conseils malavisés ou déraisonnables.

À notre connaissance, une seule étude<sup>14</sup> s'est penchée précisément sur la relation entre la profession des auteurs et les recommandations des lignes directrices. Dans cette étude de petite envergure portant sur 12 lignes directrices, la recommandation contre le dépistage de routine par mammographie chez les femmes de 40 à 49 ans était plus fréquente dans les lignes directrices comptant plus de collaborateurs en soins primaires<sup>14</sup>. D'autres recherches ont montré que les experts cliniques ont des opinions arrêtées préalables et leur revue de la littérature pourrait être biaisée<sup>6</sup>. L'étude laisse également entendre que plus l'expertise est spécialisée, plus le risque de partialité est grand<sup>6</sup>. Il faut toutefois noter que les experts sont d'avis que leur collaboration est nécessaire et l'abandon du contrôle des lignes directrices pourrait causer malaise et frustration<sup>23</sup>.

Dans nos comparaisons de sous-groupes, une réduction substantielle de la proportion des collaborateurs spécialistes autres que les médecins de famille n'a été observée que dans les lignes directrices provinciales, la proportion étant de 57,4 % des collaborateurs aux lignes directrices nationales par rapport à 37,3 % des collaborateurs aux lignes directrices provinciales. La proportion de collaborateurs qui étaient médecins de famille (13,9 % p/r à 30,8 %) et pharmaciens (2,0 % p/r à 7,8 %) s'est accrue dans les lignes directrices provinciales par rapport aux lignes directrices nationales, alors que la proportion de collaborateurs en soins infirmiers s'est abaissée (6,4 % p/r à 2,2 %). Les raisons expliquant ces différences n'ont pas été élucidées, mais, mise à part la baisse de la proportion de collaborateurs en soins infirmiers, les lignes directrices provinciales semblent mieux réussir à équilibrer la représentation des professions.

Environ les 2 tiers des lignes directrices canadiennes de pratique en soins primaires et en médecine familiale restent muettes sur les conflits d'intérêts potentiels des collaborateurs. L'absence de ce type de divulgation dans les lignes directrices est assez courante, soit 36 à 98 % des lignes directrices examinées dans d'autres études<sup>7,24,25</sup>. Il existe probablement des conflits d'intérêts dans les lignes directrices qui ne divulguent pas cette information. Une autre étude a révélé que dans 53 % des lignes directrices qui ne divulguaient pas l'information sur les conflits d'intérêts, les auteurs étaient effectivement en conflit d'intérêts<sup>24</sup>. Dans notre étude, 32,8 % des collaborateurs aux lignes directrices ayant

**Tableau 4. Conflit d'intérêts rapporté parmi les professionnels de la santé ayant collaboré aux 37 lignes directrices en soins primaires ayant publié un énoncé sur les conflits d'intérêts**

SIGNALEMENT DE CONFLIT D'INTÉRÊTS	MÉDECIN DE FAMILLE, N (%) (N = 231)	AUTRE SPÉCIALISTE, N (%) (N = 627)	INFIRMIÈRE OU INFIRMIÈRE PRATICIENNE, N (%) (N = 81)	SCIENTIFIQUE NON CLINICIEN, N (%) (N = 115)	PHARMACIEN, N (%) (N = 30)	AUTRE CLINICIEN*, N (%) (N = 140)	TOTAL†, N (%) (N = 1224)	VALEUR <i>p</i> †
Rapporté	64 (27,7)	305 (48,6)	8 (9,9)	11 (9,6)	9 (30,0)	4 (2,9)	401 (32,8)	<0,001
Nié ou non rapporté	167 (72,3)	322 (51,4)	73 (90,1)	104 (90,4)	21 (70,0)	136 (97,1)	823 (67,2)	

\*Les autres catégories de cliniciens incluent les professionnels paramédicaux comme les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les chiropraticiens.

†Inconnu et médecin inconnu comptaient pour moins de 10 % chacun du nombre total des collaborateurs; ils n'ont donc pas été inclus dans la comparaison.

‡Test exact de Fisher

signalé les conflits d'intérêts avaient au moins 1 conflit d'intérêts. Nous avons fait confiance aux rapports de conflits d'intérêts, mais d'autres recherches indiquent qu'environ 11 % des collaborateurs qui nient être en conflit d'intérêts en ont en réalité au moins 1<sup>7</sup>. Nous avons observé une différence statistiquement significative ( $p < 0,001$ ) du signalement des conflits d'intérêts par profession. La probabilité que les spécialistes autres que les médecins de famille soient en conflit d'intérêts était environ 20 % supérieure par rapport aux professions qui les suivaient de plus près, soit médecins de famille et pharmaciens. Il est intéressant de noter que les collaborateurs de loin les plus fréquents aux lignes directrices sont les spécialistes autres que les médecins de famille

**Tableau 5. Analyses de sensibilité excluant les médecins de famille ayant une pratique ciblée et excluant les collaborateurs dont le nom apparaissait plus d'une fois dans les mêmes lignes directrices**

PROFESSION	ANALYSE PRIMAIRE DE TOUTES LES PROFESSIONS, N (%) (N = 2495)*	MÉDECINS DE FAMILLE AYANT UNE PRATIQUE CIBLÉE EXCLUS, N (%) (N = 2460)	COLLABORATEURS DONT LE NOM APPARAÎSSAIT PLUS D'UNE FOIS DANS LES MÊMES LIGNES DIRECTRICES EXCLUS, N (%) (N = 2215)
Médecin de famille	423 (17,0)	394 (16,0)	409 (18,5)
Autre spécialiste	1343 (53,8)	1343 (54,6)	1166 (52,5)
Infirmière ou infirmière praticienne	141 (5,7)	139 (5,7)	108 (4,9)
Scientifique non clinicien	203 (8,2)	203 (8,3)	191 (8,6)
Pharmacien	75 (3,0)	75 (3,0)	70 (3,2)
Autre clinicien	269 (10,8)	269 (10,9)	234 (10,6)
Inconnu	41 (1,6)	37 (1,5)	37 (1,7)

\* Les pourcentages ne totalisent pas 100 en raison de l'arrondissement des valeurs.

et que ces derniers sont aussi, de loin, le plus probablement en conflit d'intérêts. Compte tenu des risques bien connus associés aux conflits d'intérêts<sup>26-28</sup>, il est préoccupant de savoir qu'environ la moitié des collaborateurs spécialistes sont en conflit d'intérêts.

Les lignes directrices canadiennes en soins primaires et en médecine familiale sont généralement commanditées par des agences gouvernementales ou par des sociétés et associations. Seules 8 % des lignes directrices que nous avons examinées ont reçu un financement de l'industrie, mais parmi elles, le financement provenait généralement de sources multiples (> 4) de l'industrie. Nous avons constaté que les lignes directrices financées par l'industrie comptaient plus de collaborateurs spécialistes autres que des médecins de famille que celles qui n'étaient pas financées par l'industrie. Ces résultats sont préoccupants étant donné que plus la spécialisation de l'expert clinique est grande, plus son interprétation risque d'être biaisée.

## Limites

Nous n'avons pas établi avec certitude si nos résultats s'appliquent à d'autres pays, mais compte tenu des similarités en recherche (p. ex. pourcentage semblable de professions rapportant un conflit d'intérêts<sup>7,24,25</sup>), la comparaison semble possible. Nous avons utilisé le site web de l'Association médicale canadienne pour identifier les lignes directrices, mais ce site web ne contient probablement pas toutes les lignes directrices canadiennes pertinentes aux soins primaires. Quand même, l'échantillon sélectionné est presque certainement assez vaste pour être représentatif des lignes directrices canadiennes. Nous nous sommes penchés sur les lignes directrices en soins primaires, mais cela ne signifie pas qu'elles se limitaient aux soins primaires. Il est fort probable que beaucoup d'entre elles sont également lues et appliquées par d'autres spécialistes. Cela dit, étant donné le nombre proportionnellement élevé de médecins en soins primaires et le contexte où la plupart des soins sont dispensés, la représentation proportionnelle des médecins de famille dans la rédaction des lignes directrices demeure pertinente. Notre étude ne s'est pas

limitée à évaluer les auteurs, elle a aussi inclus les comités et toutes les personnes ayant participé aux lignes directrices, ce qui, à notre avis, a donné de la puissance à notre étude. Nous n'avons pas repéré les conflits d'intérêts parmi les collaborateurs puisque cela a déjà été fait dans d'autres études.

## Conclusion

Les collaborateurs aux lignes directrices canadiennes de pratique en soins primaires et médecine familiale sont en prédominance des spécialistes autres que des médecins de famille qui sont aussi le plus probablement en conflit d'intérêts. Compte tenu des limites des lignes directrices de pratique clinique, les groupes de lignes directrices devraient à l'avenir chercher à équilibrer raisonnablement la représentation professionnelle et réduire au minimum la participation des collaborateurs en conflit d'intérêts.

Le Dr Allan est professeur au Département de médecine familiale; durant l'étude, M<sup>me</sup> Kraut terminait un cours en recherche au Bureau d'enseignement médical universitaire; durant l'étude, M<sup>me</sup> Crawshaw était étudiante d'été en recherche au Bureau d'enseignement médical universitaire; la Dr<sup>e</sup> Korownyk est professeure agrégée au Département de médecine familiale, M. Vandermeer est biostatisticien au Alberta Research Centre for Health Evidence et le Dr Kolber est professeur agrégé au Département de médecine familiale, tous à l'Université de l'Alberta à Edmonton.

### Collaborateurs

Tous les auteurs ont contribué au concept et à la conception de l'étude; au recueil, à l'analyse et à l'interprétation des données ainsi qu'à la préparation du manuscrit aux fins de soumission.

### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

### Correspondance

Dr G. Michael Allan, Département de médecine familiale, Université de l'Alberta, 6-10 University Terrace, Edmonton, AB T6G 2T4; téléphone 780 248-2057; téléc. 780 492-8191; courriel michael.allan@ualberta.ca

### Références

- Kuznik A, Mardekian J. Trends in utilization of lipid- and blood pressure-lowering agents and goal attainment among the US diabetic population, 1999-2008. *Cardiovasc Diabetol* 2011;10:31.
- DeGuzman PB, Akosah KO, Simpson AG, Barbieri KE, Megginson GC, Goldberg RI, et coll. Sub-optimal achievement of guideline-derived lipid goals in management of diabetes patients with atherosclerotic cardiovascular disease, despite high use of evidence-based therapies. *Diab Vasc Dis Res* 2012;19(2):138-45. Publication en ligne du 10 janv. 2012.
- Schmittiel JA, Uratsu CS, Karter AJ, Heisler M, Subramanian U, Mangione CM, et coll. Why don't diabetes patients achieve recommended risk factor targets? Poor adherence versus lack of treatment intensification. *J Gen Intern Med* 2008;23(5):588-94. Publication en ligne du 4 mars 2008.
- Lee DH, Vielemeyer O. Analysis of overall level of evidence behind Infectious Diseases Society of America practice guidelines. *Arch Intern Med* 2011;171(1):18-22.
- Tricoci P, Allen JM, Kramer JM, Califf RM, Smith SC Jr. Scientific evidence underlying the ACC/AHA clinical practice guidelines. *JAMA* 2009;301(8):831-41.
- Oxman AD, Guyatt GH. The science of reviewing research. *Ann N Y Acad Sci* 1993;703:125-33.
- Neuman J, Korenstein D, Ross JS, Keyhani S. Prevalence of financial conflicts of interest among panel members producing clinical practice guidelines in Canada and United States: cross sectional study. *BMJ* 2011;343:d5621.
- Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001;344(26):2021-5.
- Fryer GE Jr, Green LA, Dovey SM, Yawn BP, Phillips RL, Lanier D. Variation in the ecology of medical care. *Ann Fam Med* 2003;1(2):81-9.
- Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med* 2005;3(3):223-8.
- Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA* 2005;294(6):716-24.
- Mutasingwa DR, Ge H, Upshur REG. How applicable are clinical practice guidelines to elderly patients with comorbidities? *Can Fam Physician* 2011;57:e253-62.
- McCormack JP, Loewen P. Adding "value" to clinical practice guidelines. *Can Fam Physician* 2007;53:1326-7.
- Norris SL, Burda BU, Holmer HK, Ogden LA, Fu R, Bero L, et coll. Author's specialty and conflicts of interest contribute to conflicting guidelines for screening mammography. *J Clin Epidemiol* 2012;65(7):725-33. Publication en ligne du 11 avr. 2012.
- Graham R, Mancher M, Miller Wolman D, Greenfield S, Steinberg E, rédacteurs. *Clinical practice guidelines we can trust*. Washington, DC : Institute of Medicine of the National Academies Press; 2011. Accessible à : [www.awmf.org/fileadmin/user\\_upload/Leitlinien/International/IOM\\_CPG\\_lang\\_2011.pdf](http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/International/IOM_CPG_lang_2011.pdf). Réf. du 3 déc. 2014.
- Association médicale canadienne [site web]. *Infobanque AMC : Guides de pratique clinique*. Ottawa, ON : Association médicale canadienne; 2014. Accessible à : <https://www.cma.ca/fr/Pages/Clinical-practice-guidelines.aspx>. Réf. du 3 déc. 2014.
- McAlister FA, Youngson E, Bakal JA, Kaul P, Ezekowitz J, van Walraven C. Impact of physician continuity on death or urgent readmission after discharge among patients with heart failure. *CMAJ* 2013;185(14):E681-9. Publication en ligne du 19 août 2013.
- Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980-1995. *J Am Board Fam Pract* 2003;16(5):412-22.
- Harris S, Yale JF, Dempsey E, Gerstein H. Can family physicians help patients initiate basal insulin therapy successfully? Randomized trial of patient-titrated insulin glargine compared with standard oral therapy: lessons for family practice from the Canadian INSIGHT trial. *Can Fam Physician* 2008;54:550-8.
- Yarnall KS, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health* 2003;93(4):635-41.
- Østbye T, Yarnall KS, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med* 2005;3(3):209-14.
- Jelinek M. Spectrum bias: why generalists and specialists do not connect. *Evid Based Med* 2008;13(5):132-3.
- Akl EA, Karl R, Guyatt GH. Methodologists and context experts disagreed regarding managing conflicts of interest of clinical practice guidelines panels. *J Clin Epidemiol* 2012;65(7):734-9. Publication en ligne du 5 mai 2012.
- Bindslev JB, Schroll J, Gøtzsche PC, Lundh A. Underreporting of conflicts of interest in clinical practice guidelines: cross sectional study. *BMC Med Ethics* 2013;14:19.
- Norris SL, Holmer HK, Ogden LA, Selph SS, Fu R. Conflict of interest disclosures for clinical practice guidelines in the national guideline clearinghouse. *PLoS ONE* 2012;7(11):e47343. Publication en ligne du 7 nov. 2012.
- Stelfox HT, Chua G, O'Rourke K, Detsky AS. Conflict of interest in the debate over calcium-channel antagonists. *N Engl J Med* 1998;338(2):101-6.
- Wang AT, McCoy CP, Murad MH, Montori VM. Association between industry affiliation and position on cardiovascular risk with rosiglitazone: cross sectional systematic review. *BMJ* 2010;340:c1344.
- Chren MM, Landefeld CS. Physicians' behavior and their interactions with drug companies. A controlled study of physicians who requested additions to a hospital drug formulary. *JAMA* 1994;271(9):684-9.

\*\*\*