

Outils d'application des connaissances en soins de santé préventifs

Ainsley Elizabeth Moore MD MSc CCFP Sharon E. Straus MD MSc FRCPC Danielle Kasperavicius MPH Neil R. Bell MD SM CCFP FCFP
James A. Dickinson MB BS CCFP PhD FRACGP Roland Grad MD CM MSc CCFP FCFP Harminder Singh MD MPH FRCPC
Guylène Thériault MD CCFP Brett D. Thombs PhD Heather Colquhoun PhD OT Reg (Ont)

Les décisions au sujet d'un test de dépistage, simples en apparence, peuvent avoir des conséquences inattendues. Il peut être difficile pour les patients et les cliniciens de comprendre le juste équilibre entre ces conséquences, y compris les bienfaits et les préjudices, mais cette compréhension est essentielle à une prise de décision éclairée. Les cliniciens doivent communiquer efficacement la probabilité qu'un patient puisse bénéficier de la découverte et du traitement d'un problème non détecté, de même que les torts possibles causés par des résultats faux positifs ou un surdiagnostic, c'est-à-dire quand des problèmes sont diagnostiqués, mais qu'ils n'auraient jamais nui au patient. De telles informations statistiques sont difficiles à mémoriser. En outre, l'explication des probabilités de bienfaits et de torts n'est que la première étape dans la prise de décision. Cet exercice exige aussi de cerner et d'intégrer les perceptions, les valeurs et les préférences du patient entourant les conséquences du dépistage afin de pouvoir prendre une décision. Parmi leurs avantages, les outils d'application des connaissances (AC) peuvent simplifier des discussions complexes entre les cliniciens et les patients, et mieux faire comprendre aux patients leurs options et éclairer leur perception des risques.

Les outils d'application des connaissances sont des ressources et des produits conçus pour transposer les données probantes dans la pratique¹. La possibilité qu'ils ont de simplifier et de soutenir l'échange de renseignements entre les cliniciens et les patients dans le but d'en arriver à des décisions éclairées par des données probantes en matière de santé, et congruentes avec les valeurs et les préférences des patients, revêt une importance particulière dans le contexte de recommandations faibles (plutôt que fortes) en santé préventive. Dans le cas de recommandations faibles, l'équilibre entre les bienfaits et les torts est moins évident, et une prise de décision partagée est essentielle pour comprendre où se situe cet équilibre pour un patient en particulier. La plupart des recommandations en matière de dépistage préventif du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) sont évaluées comme étant faibles. Selon le système GRADE (Grading of Recommendations Assessment,

Development and Evaluation), une recommandation faible est faite lorsque les torts et les bienfaits sont à peu près équivalents, que la qualité des données probantes est peu élevée, ou qu'il y a une incertitude ou une variabilité dans les valeurs et les préférences du patient².

Une variété croissante d'outils est accessible pour appuyer la prise de décision partagée. Dans cet article, nous présentons un cas qui illustre l'utilité

POINTS DE REPÈRE

- Les outils d'application des connaissances (AC) sont des ressources et des produits conçus pour faciliter la prise de décision partagée entre les patients et les cliniciens (p. ex. aide à la décision). Ces outils peuvent être axés sur le clinicien (p. ex. guides de pratique clinique) ou davantage centrés sur le patient (p. ex. vidéos en langage simple).
- Les outils d'AC ne sont pas tous des sources d'information sur la santé d'une égale efficacité ou fiabilité. Au nombre des caractéristiques d'un outil idéal figurent : un énoncé explicite des objectifs, une description du public cible et des instructions sur l'utilisation de l'outil. Les outils d'AC dignes de confiance devraient présenter un équilibre entre les torts et les bienfaits, fournir des références d'où sont tirées les données probantes présentées et divulguer les conflits d'intérêts.
- Les aides à la décision sont conçues pour mieux faire connaître aux patients leurs options, augmenter leur participation à la décision, et améliorer leur capacité de comparer avec exactitude les bienfaits et les préjudices potentiels des options. Ils ne conseillent pas aux patients de choisir une option plutôt qu'une autre et ne remplacent pas le counseling d'un clinicien. Le recours à une aide à la décision prend environ 2,6 minutes dans le contexte d'une rencontre clinique.



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

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the November 2017 issue on page 853.

des outils d'AC dans la prise de décision partagée. Dans le cas présenté, un clinicien perçoit un conflit entre les préférences d'un patient et les recommandations des lignes directrices en santé préventive. Durant l'exposé, nous proposerons divers outils produits par le GECSSP à l'appui de la prise de décision en santé préventive, nous décrirons pourquoi les outils d'AC sont utiles et nous expliquerons ce qui rend utile un outil d'AC.

Le cas de Luc et les outils d'AC en action

«Je dois connaître mes probabilités d'avoir un cancer de la prostate», dit Luc en entrant dans votre bureau. Luc est un homme de 55 ans sans antécédents familiaux pertinents de cancer de la prostate. Un de ses amis, survivant du cancer de la prostate, lui a dit que tous les hommes de plus de 40 ans devraient passer un test de dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS). Luc a visité de nombreux sites web portant sur le cancer de la prostate et a vu des vidéos en ligne sur le dépistage par l'APS que lui ont conseillées ses amis.

Pour des hommes comme Luc, âgés entre 55 et 69 ans, sans antécédents familiaux de cancer de la prostate, le GECSSP a émis une faible recommandation déconseillant le dépistage du cancer de la prostate par une analyse de l'APS en se fondant sur des données probantes de qualité modérée. Divers outils élaborés par le GECSSP peuvent aider Luc à prendre la décision qui lui convient.

Diversité des outils d'AC accessibles

Les outils d'application des connaissances peuvent être classés en 3 grandes catégories : outils d'application (p. ex. outils au point de service), outils de planification des ressources (p. ex. équipement ou technologie nécessaire pour soutenir l'application) et les outils d'évaluation (p. ex. indicateurs de la qualité)³. La plupart des outils d'AC du GECSSP sont des outils d'application. Les types les plus communs d'outils d'application sont du matériel et des aides à la décision imprimés, pouvant servir à diverses fins, pour différents publics cibles, par divers modes de diffusion, sous des formes et avec des composantes différentes (**Tableau 1**)⁴. Le matériel d'information imprimé désigne habituellement des lignes directrices, des recommandations de soins cliniques et des publications révisées par des pairs⁵, mais il peut aussi s'agir de foires aux questions et d'autres présentations. Quoiqu'il soit typiquement présenté sur papier, le matériel éducatif imprimé est de plus en plus accessible au moyen d'applications électroniques. Il est habituellement considéré comme un outil d'application passif. Les aides à la décision, par ailleurs, traduisent les données

probantes en information conviviale dans le but d'alimenter activement les conversations avec les patients au sujet de leurs choix de décisions, d'aider à préciser leurs valeurs quant aux possibles bienfaits et préjudices des options et les orienter dans le processus décisionnel⁶. Cependant, la classification par Gagliardi et ses collègues des outils d'AC ne fait pas la distinction entre les outils diffusés passivement et activement³. Par conséquent, l'expression *outil d'application* utilisé ici et figurant au **Tableau 1**⁴, désigne un outil (ou ses composantes) pouvant être utilisé dans un processus passif ou actif. Par exemple, la **Figure 1**⁴ montre un infographique sur le dépistage, une composante populaire des aides à la décision, qui représente visuellement les renseignements susceptibles d'orienter activement le processus de prise de décision ou encore d'être distribués passivement par un envoi postal de masse aux cliniciens ou aux patients.

Utilisation du diagramme de 1000 personnes

Comme l'illustre le diagramme de 1000 personnes du GECSSP (**Figure 1**)⁴, pour les hommes comme Luc, le risque de mourir d'un cancer de la prostate est de 5 par 1000 hommes dépistés par rapport à 6 par 1000 sans dépistage.

En réfléchissant à la demande de Luc de passer un test de dosage de l'APS, vous vous rappelez que le site web du GECSSP présente un outil d'AC qui peut faciliter la prise de décision partagée. Vous conseillez à Luc de regarder la courte vidéo par le médecin canadien Mike Evans sur le dosage de l'APS⁷, vous lui remettez l'outil du GECSSP intitulé Cancer de la prostate – FAQ pour patients⁸ et vous lui donnez un rendez-vous de suivi pour discuter plus en profondeur.

*Avant la prochaine visite de Luc, vous passez en revue les outils d'AC du GECSSP destinés aux cliniciens. Vous rafraîchissez vos connaissances des lignes directrices du GECSSP en lisant l'outil du groupe Cancer de la prostate – Résumé à l'intention des cliniciens⁹. Vous regardez aussi la vidéo du GECSSP produite pour les cliniciens¹⁰. L'outil Cancer de la prostate – FAQ pour cliniciens¹⁰ répond à votre question sur le dépistage selon les différents groupes d'âge. Vous passez aussi en revue les chiffres fournis dans le diagramme des 1000 personnes produit par le GECSSP (**Figure 1**)⁴.*

Le **Figure 1**⁴ montre que le dépistage du cancer de la prostate chez 1000 hommes au moyen du dosage de l'APS éviterait 1 décès sur 13 ans. La réduction globale dans la mortalité due au cancer de la prostate est de 1 sur 1000; quoique ce ne soit pas mentionné dans l'infographique, il n'y a aucune réduction dans la mortalité toutes

Tableau 1. Facteurs à prendre en compte au sujet des outils d'application courants

FACTEURS À PRENDRE EN COMPTE	OUTILS D'APPLICATION	
	MATÉRIEL D'INFORMATION IMPRIMÉ*	AIDES À LA DÉCISION
Publics cibles (Qui utilise l'outil?)	<ul style="list-style-type: none"> • Patients • Patients et cliniciens • Patients, cliniciens et aidants 	<ul style="list-style-type: none"> • Patients • Patients et cliniciens • Patients, cliniciens et aidants
Forme (Comment l'information est-elle présentée?)	<ul style="list-style-type: none"> • Infographique (p. ex. diagramme de 1000 personnes)[†] • Foire aux questions • Publication révisée par des pairs d'un guide de pratique clinique 	<ul style="list-style-type: none"> • Infographique (p. ex. diagramme de 1000 personnes)[†] • Algorithmes • Arbres décisionnels
Contenu (Quelle est l'information présentée?)	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats pour la santé des interventions cliniques • Bienfaits et inconvénients • Scores de risque clinique • Pratiques exemplaires en la matière • Recommandations des lignes directrices 	<ul style="list-style-type: none"> • La décision à prendre est explicitement énoncée • Information sur le test ou l'intervention • Bienfaits et inconvénients • Incitation à prendre en compte les valeurs et les préférences • Scores de risque clinique
Diffusion passive (exemples de distribution unilatérale d'information aux patients ou aux médecins; aucun dialogue)	<ul style="list-style-type: none"> • Passer en revue des articles comme le suivant : GECSSP. Recommendations on screening for developmental delay. <i>CMAJ</i> 2016;188(8):579-87. • Lire la brochure du GECSSP sur le dépistage auprès de 1000 personnes, distribuée à une conférence (p. ex. celle sur le dépistage du cancer de la prostate auprès de 1000 hommes à la Figure 1)⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> • L'hôpital distribue un arbre décisionnel sur les options chirurgicales aux patients qui viennent de recevoir un diagnostic de cancer de la prostate
Application active (exemples d'échanges bilatéraux d'information entre les patients et les médecins; dialogue actif)	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter de la brochure imprimée du GECSSP montrant les 1000 personnes lors d'un échange sur le dépistage (p. ex. Figure 1)⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> • Passer en revue l'infographique du GECSSP dans le contexte d'une discussion sur la décision quant au dépistage (p. ex. Figure 1)⁴

GECSSP—Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.
 *Le matériel d'information imprimé peut aussi être transmis par vidéos, applications en ligne, etc.
 †Un diagramme qui montre une illustration de 1000 personnes et les résultats du dépistage d'un problème en particulier pour chaque personne individuellement.

causes confondues¹². L'infographique explique aussi les inconvénients possibles du dépistage. Il montre que chez 1000 hommes testés, 178 ayant reçu des résultats positifs subiront des tests de suivi, lesquels ne révéleront aucun cancer de la prostate (résultats faux positifs), et 4 de ces 178 hommes auront des complications de la biopsie.

De plus, l'infographique illustre que 33 hommes testés sur 1000 recevront un diagnostic de cancer de la prostate qui n'aurait pas causé de maladie ou de décès (surdiagnostic); ils seront potentiellement exposés à des traitements et à leurs effets indésirables, et vivront l'anxiété de connaître ce surdiagnostic de cancer de la prostate.

Utilisation et élaboration des outils d'AC

Pourquoi utiliser des outils d'AC? Les lignes directrices,

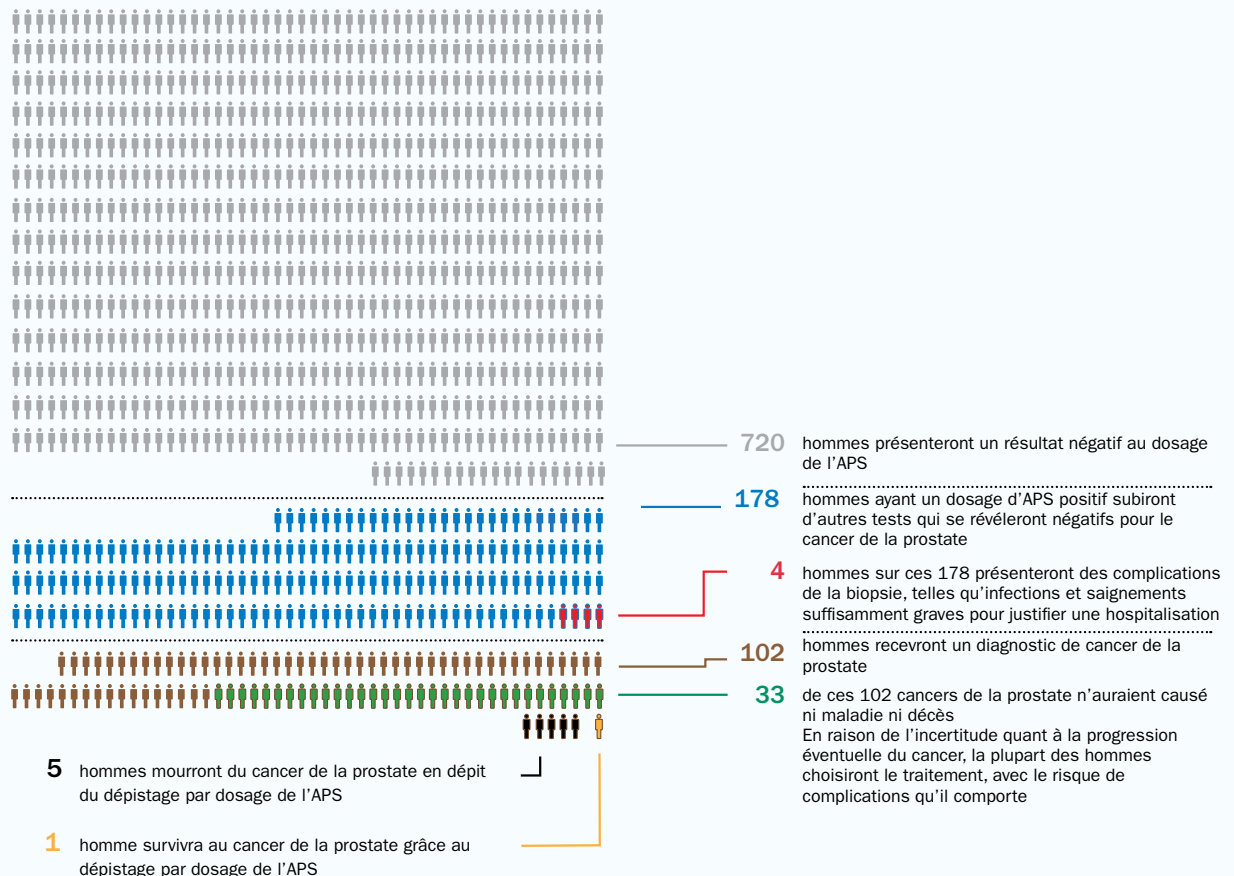
élaborées pour résumer les données probantes en recommandations claires, sont essentielles pour la planification et la prestation des soins de santé, de même que pour l'amélioration de la qualité; par ailleurs, la diffusion des lignes directrices à elle seule se traduit rarement par des changements dans la pratique au quotidien¹³. Les cliniciens doivent expliquer les données probantes et connaître les préférences de leurs patients. Les outils d'application des connaissances ne sont pas une panacée, mais ils peuvent améliorer l'intégration des connaissances dans la pratique. Une récente revue de Cochrane portant sur les aides à la décision (105 études, 31 043 participants) a révélé des bienfaits pour les patients et les cliniciens. Parmi les avantages figuraient une meilleure connaissance de ses options par le patient,

Figure 1. Outil illustrant chez 1000 hommes les résultats du dépistage par dosage de l'APS



Groupe d'étude canadien
sur les soins de santé
préventifs (GECSSP)

RÉSULTATS DU DÉPISTAGE AUPRÈS DE 1000 HOMMES AU MOYEN DU DOSAGE DE L'APS
(âge : 55 à 69 ans, soumis au dépistage sur une période de 13 ans avec un seuil d'APS de 3,0 ng/mL)



Les statistiques qui ont servi au calcul des bienfaits et préjudices proviennent de l'European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC).

COPYRIGHT © (2014) UNIVERSITÉ DE CALGARY

APS—antigène prostatique spécifique.

Reproduit avec la permission du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs⁵.

une plus grande participation à la décision et une perception plus juste des risques associés aux différentes options¹⁴. La revue a aussi fait valoir que les aides à la décision augmentaient la probabilité qu'un patient et un clinicien parlent de la décision à prendre et que le recours à des aides à la décision durant les consultations ajoutait environ 2,6 minutes (en moyenne) à la durée de la

consultation¹⁴. La revue n'a relevé aucun effet indésirable concernant les résultats sur le plan de la santé ni sur la satisfaction des patients. Une récente revue systématique axée sur les aides à la décision dans le dépistage du cancer de la prostate (13 études, 6909 hommes) a conclu que les aides à la décision amélioreraient les connaissances du patient et réduisaient les conflits de décision¹⁵.

Encadré 1. Caractéristiques souhaitables des outils d'AC

Au nombre des caractéristiques idéales des outils d'AC figurent les suivantes :

- Les objectifs de l'outil sont énoncés
- Les utilisateurs visés sont nommés
- Des instructions sur l'utilisation de l'outil sont fournies
- Les méthodes utilisées pour élaborer l'outil sont décrites
- L'outil se fonde sur une recherche exhaustive de contenu
- Une description des données probantes sur lesquelles se fonde l'outil est fournie
- Les sources des données probantes sont citées
- Le contexte dans lequel l'outil a été élaboré et celui où il sera utilisé sont décrits
- Les personnes appelées à utiliser l'outil ont participé à son élaboration
- Les méthodes utilisées pour évaluer l'outil sont expliquées
- L'outil a fait l'objet d'une mise à l'essai avec des utilisateurs
- Les commentaires des utilisateurs au sujet de l'outil et de ses effets (p. ex. sur la pratique) sont recueillis prospectivement

AC—application des connaissances.
Données tirées de Gagliardi et coll.³

Une revue de Cochrane (45 études) sur du matériel d'information distribué passivement (p. ex. un dépliant sur les recommandations concernant le dépistage du cancer du poumon) fait valoir que ces outils pourraient avoir un léger effet sur les résultats de la pratique professionnelle (p. ex. nombre d'épreuves prescrites et ordonnances de médicament)¹⁶. Par ailleurs, il n'y avait pas assez d'information pour estimer de manière fiable les effets possibles sur les résultats chez le patient (p. ex. pression artérielle, complications après l'intervention chirurgicale)¹⁶.

Qu'est-ce qu'un outil d'AC utile? Les outils d'application des connaissances sont conçus pour soutenir un échange efficace de renseignements, de manière à ce que les patients puissent faire le meilleur choix possible pour eux. Les outils d'AC ne sont pas tous d'une efficacité égale. Les caractéristiques de l'outil idéal incluent, entre autres, un énoncé explicite des objectifs, une description des utilisateurs de l'outil et des instructions sur la façon de les utiliser (**Encadré 1**)³.

Les outils d'AC n'ont pas tous la même fiabilité en tant que sources d'information sur la santé. Dans certains cas, les outils d'AC peuvent être trompeurs. Des intérêts idéologiques, financiers, intellectuels ou autres peuvent entraîner une omission ou une sous-représentation des risques, une exagération de l'efficacité des résultats, la présentation de calculateurs de risques inexacts ou le signalement de ratios plutôt que de taux absolus de risques

Encadré 2. Critères pour juger la qualité des aides à la décision selon l'IPDAS

Les critères de l'IPDAS se lisent comme suit :

- Des renseignements équilibrés sont présentés
 - Les caractéristiques positives et négatives de chaque option sont comparées avec un même degré de détails (p. ex. police de caractère, ordre, présentation de statistiques), y compris de l'option de ne rien faire
- Le processus décisionnel est facilité
 - La décision à prendre est explicitement énoncée
 - Des méthodes pour élucider et préciser les valeurs du patient sont incluses
 - Des questions sont posées au patient pour qu'il réfléchisse aux aspects positifs et négatifs qui lui importent le plus
- Un processus d'élaboration systématique a été utilisé
 - Les méthodes pour recenser, évaluer et résumer les données probantes sont indiquées
 - La qualité des données probantes est signalée
 - La date de mise à jour des données probantes est mentionnée
 - Les sources des données probantes sont citées en références
 - La population visée par les données probantes correspond à l'utilisateur ciblé par l'aide à la décision
- Les conflits d'intérêts sont divulgués

IPDAS— International Patient Decision Aids Standards (normes internationales pour les aides à la décision destinées aux patients).
Données tirées des critères de 2005 pour juger la qualité des aides à la décision destinées aux patients d'IPDAS¹⁹.

et d'inconvénients¹⁷. Les outils d'AC dignes de confiance devraient présenter les risques et les bienfaits de manière équilibrée, donner des références pour les données probantes citées et divulguer les conflits d'intérêts¹⁸.

Afin d'aider les cliniciens à évaluer de manière critique les aides à la décision disponibles, la collaboration International Patient Decision Aids Standards a établi des critères d'évaluation de la qualité de ces outils (**Encadré 2**)¹⁹. L'Institut de recherche de l'hôpital d'Ottawa (IRHO) offre aux cliniciens un service en ligne qui leur permet de trouver des aides à la décision en fonction du sujet produites par diverses organisations²⁰. Les aides à la décision sont évaluées par l'IRHO en fonction des critères intitulés International Patient Decision Aids Standards pour minimiser le risque d'utiliser des outils biaisés^{19,20}. Pour obtenir plus de renseignements, y compris des tutoriels et des trousseaux à outils sur l'utilisation des aides à la décision dans la pratique, visitez le site web de l'IRHO à <https://decisionaid.ohri.ca/francais/index.html>²⁰.

Comment le GECSSP élabore-t-il les outils d'AC? Le GECSSP élabore des outils en langage simple qui sont

conçus pour orienter des discussions actives ou à des fins de consultation par le clinicien ou le patient (application passive). En recherchant les caractéristiques souhaitables et les critères de fiabilité des outils d'AC, le GECSSP se sert de la synthèse des données probantes contenues dans ses lignes directrices et utilise d'autres données scientifiques recueillies systématiquement dans des activités de mobilisation des patients. À la suite d'une série d'étapes d'élaboration et de révision, les outils d'AC font l'objet d'essais pour évaluer leur convivialité auprès des utilisateurs visés. Ces utilisateurs expriment ensuite leurs commentaires sur le contenu, la présentation et la facilité de navigation de l'outil, l'esthétisme et son utilité perçue, lors d'entrevues en personne ou de groupes témoins. Les commentaires des utilisateurs finaux et des partenaires du GECSSP sont incorporés dans la version finale des outils d'AC.

De retour à Luc


Luc est de retour à votre clinique et vous vérifiez s'il comprend bien ses choix de décisions, qui incluent de passer ou non un test de dosage de l'APS. Pour guider votre conversation, vous vous servez du diagramme de 1000 personnes du GECSSP (Figure 1)⁴ pour les hommes de 55 à 69 ans. Vous aidez Luc à comprendre les probabilités de bienfaits et de risques au moyen des fréquences naturelles, plus faciles à comprendre que les probabilités (p. ex. 1 homme de moins sur les 1000 ayant subi un dépistage pendant 13 ans mourra d'un cancer de la prostate par rapport à ceux qui n'en ont pas subi).

Pendant que vous passez en revue les diverses portions de l'outil avec Luc, vous cherchez à savoir quels sont les bienfaits et les préjudices qui lui importent. Il n'est pas impressionné par la modeste réduction du risque de mourir du cancer de la prostate que procure le dépistage par l'APS. Il ne serait pas très inquiet de subir une biopsie de la prostate si ses APS étaient élevés; il a vécu pire. D'autre part, Luc serait préoccupé de recevoir un diagnostic de cancer de la prostate si ce cancer ne devait pas lui causer de problème durant le reste de sa vie.

Vous vérifiez ensuite auprès de Luc s'il a assez de renseignements pour prendre une décision. Luc est certain qu'il a assez d'information pour faire son choix. Il décide de ne pas passer de test de dosage de l'APS. Luc vous remercie et apporte avec lui le diagramme de 1000 personnes du GECSSP pour le montrer à ses amis.

Conclusion

Les outils d'application des connaissances simplifient nos discussions avec les patients. Ils améliorent les discussions sur le dépistage préventif en matière de santé en permettant aux patients d'accéder à des ressources utiles et en les

aidant à comprendre les renseignements pertinents. Les outils d'application des connaissances procurent des bienfaits directs tant aux patients qu'aux cliniciens dans le contexte d'une prise de décision partagée. 

La **D^{re} Moore** est professeure agrégée au Département de médecine familiale de l'Université McMaster à Hamilton, en Ontario. La **D^{re} Straus** est directrice du Programme d'application des connaissances à l'Hôpital St Michael's à Toronto, et professeure au Département de médecine et directrice de la Division de médecine gériatrique à l'Université de Toronto, en Ontario. **M^{me} Kasperavicius** est coordonnatrice de la recherche au Programme d'application des connaissances à l'Hôpital St Michael's. Le **D^r Bell** est professeur au Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta à Edmonton. Le **D^r Dickinson** est professeur au Département de médecine familiale et au Département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Calgary en Alberta. Le **D^r Grad** est professeur agrégé au Département de médecine de famille de l'Université McGill à Montréal et chercheur principal à l'Institut Lady Davis à Montréal, au Québec. Le **D^r 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. La **D^{re} Thériault** est médecin de famille en pratique à Gatineau, au Québec. Le **D^r Thombs** est professeur et chercheur-boursier William Dawson à la Faculté de médecine de l'Université McGill et président du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. **M^{me} Colquhoun** est professeure adjointe au Département des sciences occupationnelles et d'ergothérapie de l'Université de Toronto.

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) et ont déclaré n'avoir aucun intérêt concurrent. Pour plus de renseignements sur les conflits d'intérêts du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, rendez-vous à <https://canadiantaskforce.ca/?lang=fr>.

Correspondance

M^{me} Danielle Kasperavicius; courriel kasperavicius@smh.ca

Références

- MacDermid JC, Miller J, Gross AR. Knowledge translation tools are emerging to move neck pain research into practice. *Open Orthop J* 2013;7:582-93.
- What is GRADE? *BMJ Clin Evid* du 20 sept. 2012. Accessible à: <http://clinicalevidence.bmj.com/x/set/static/ebm/learn/665072.html>. Réf. du 11 sept. 2017.
- Gagliardi AR, Brouwers MC, Bhattacharyya OK; Guideline Implementation Research and Application Network. A framework of the desirable features of guideline implementation tools (Gitools): Delphi survey and assessment of Gitools. *Implement Sci* 2014;9:98.
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs [site web]. *Prostate cancer—1000-person tool*. Calgary, AB: Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2016. Accessible à: <https://canadiantaskforce.ca/tools-resources/prostate-cancer-harms-and-benefits/>. Réf. du 14 sept. 2017.
- Giguère A, Légaré F, Grimshaw J, Turcotte S, Fiander M, Grudniewicz A et coll. Printed educational materials: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(10):CD004398.
- Stacey D, Légaré F, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB et coll. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(10):CD001431.
- Evans M. *The prostate specific antigen (PSA) test* [vidéo]. YouTube; 2014. Accessible à: <https://www.youtube.com/watch?v=bTgs0DuhaUU>. Réf. du 14 sept. 2017.
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *PSA screening: patient FAQ*. Calgary, AB: Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2014. Accessible à: <https://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2016/05/2014-prostate-cancer-patient-faq-colour-en.pdf>. Réf. du 14 sept. 2017.
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs [site web]. *Prostate cancer—clinician summary*. Calgary, AB: Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2016. Accessible à: <https://canadiantaskforce.ca/prostate-cancer-clinician-summary/>. Réf. du 14 sept. 2017.
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs [site web]. *Prostate cancer—video for physicians* [vidéo]. Calgary, AB: Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2014. Accessible à: <https://canadiantaskforce.ca/tools-resources/videos/>. Réf. du 14 sept. 2017.
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *PSA screening: primary care practitioner FAQ*. Calgary, AB: Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2014. Accessible à: <https://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2016/05/2014-prostate-cancer-clinician-faq-colour-en.pdf>. Réf. du 14 sept. 2017.
- 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.

13. Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, Hill SJ, Squires JE. Knowledge translation of research findings. *Implement Sci* 2012;7:50.
14. Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB et coll. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;(4):CD001431.
15. Ilic D, Jammal W, Chiarelli P, Gardiner RA, Hughes S, Stefanovic D et coll. Assessing the effectiveness of decision aids for decision making in prostate cancer testing: a systematic review. *Psychooncology* 2015;24(10):1303-15.
16. Giguère A, Légaré F, Grimshaw J, Turcotte S, Fiander M, Grudniewicz A et coll. Printed educational materials: effects on professional practice and health-care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(10):CD004398.
17. Korenstein D, Keyhana S, Mendelson A, Ross JS. Adherence of pharmaceutical advertisements in medical journals to FDA guidelines and content for safe prescribing. *PLoS One* 2011;6(8):e23336. Publ. en ligne du 17 août 2011.
18. Sepucha KR, Borkhoff CM, Lally J, Levin CA, Matlock DD, Ng CJ et coll. Establishing the effectiveness of patient decision aids: key constructs and measurement instruments. *BMC Med Inform Decis Mak* 2013;13(Suppl 2):S12. Publ. en ligne du 29 nov. 2013.
19. *IPDAS 2005: criteria for judging the quality of patient decision aids*. Hanover, NH: International Patient Decision Aids Standards Collaboration; 2006. Accessible à : http://ipdas.ohri.ca/IPDAS_checklist.pdf. Réf. du 12 sept. 2017.
20. Institut de recherche de l'hôpital d'Ottawa [site web]. *Patient decision aids*. Ottawa, ON: Institut de recherche de l'hôpital d'Ottawa; 2017. Accessible à : <https://decisionaid.ohri.ca/index.html>. Réf. du 12 sept. 2012.

Lectures suggérées

1. Straus S, Tetroe J, Graham I, rédacteurs. *Knowledge translation in health care. Moving from evidence to practice*. 2^e éd. West Sussex, RU: John Wiley & Sons; 2013.
2. Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, Hill SJ, Squires JE. Knowledge translation of research findings. *Implementation Sci* 2012;7:50.