

Dix (10) recommandations de Choisir avec soin Québec pour favoriser l'usage judicieux des ressources dans les lignes directrices, les outils de transfert de connaissances et les présentations scientifiques

Cet outil peut être d'intérêt pour divers publics, notamment :

- Les comités scientifiques de formation médicale continue
- Les accréditricices et accréditeurs de formation médicale continue
- Les conférencières, conférenciers, enseignantes et enseignants
- Les responsables de rédaction de lignes directrices ou autres outils de transfert des connaissances
- Toute personne souhaitant évaluer de façon critique une présentation ou la littérature médicale

Recommandation # 1

Ne pas faire de recommandation sans une évaluation rigoureuse des données

Une évaluation rigoureuse et systématique de la qualité des données permet de mieux apprécier la validité des résultats disponibles ainsi que leur applicabilité au contexte clinique. Elle permet également de déterminer avec le plus de justesse possible le niveau de confiance que l'on peut attribuer à l'ordre de grandeur des effets mentionnés, tant positifs que négatifs. Il faut éviter de présenter une sélection partielle ou aléatoire d'études ou de lignes directrices afin de limiter le risque de biais. Toute affirmation clé devrait être appuyée par une référence crédible.

Sources

Barry HC, Cosgrove L, Slawson DC. Where Clinical Practice Guidelines Go Wrong. *Am Fam Physician*. 2022;105(4):350-352.

Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? *BMJ*. 2008;336(7651):995-8.

Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336(7650):924-6.

Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ. eds. *Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice*. 3rd ed. McGraw Hill; 2015.

<https://jamaevidence.mhmedical.com/content.aspx?bookid=847§ionid=69030714>. Consulté le 29 mai 2023.

Shaughnessy AF, Vaswani A, Andrews BK, et al. Developing a Clinician Friendly Tool to Identify Useful Clinical Practice Guidelines: G-TRUST. *Ann Fam Med*. 2017;15(5):413-418.

Recommandation # 2

Ne pas faire de recommandation sans considérer les enjeux pertinents pour les patientes et patients

Il est important de s'assurer que l'objet des recommandations vise des problématiques importantes au plan clinique (par exemple : impact sur la morbidité et la mortalité) et centrées sur les objectifs de soin des patientes et patients. On doit également limiter ou utiliser avec circonspection les données portant sur des marqueurs intermédiaires ou sur les issues composites.

Sources

Jatoi I, Sah S. Clinical practice guidelines and the overuse of health care services: need for reform. *CMAJ*. 2019;191(11):E297-E298.

Sims R, Michaleff ZA, Glasziou P, Thomas R. Consequences of a Diagnostic Label: A Systematic Scoping Review and Thematic Framework. *Front Public Health*. 2021;9:725877.

Weintraub WS, Lüscher TF, Pocock S. The perils of surrogate endpoints. *Eur Heart J*. 2015;36(33):2212-2218.

Recommandation # 3

Ne pas émettre de recommandation sans considérer l'impact sur l'utilisation des ressources

En 2017, on estimait que jusqu'à 30 % des tests, traitements et procédures réalisés au Canada étaient potentiellement inutiles. En plus de comporter des risques (faux positifs, surdiagnostics, effets secondaires), cette surutilisation contribue aux problèmes d'accès aux soins. Il est donc essentiel de s'assurer que les recommandations émises tiennent compte de l'utilisation judicieuse des ressources.

Sources

Institut canadien d'information sur la santé. Surutilisation des examens et des traitements au Canada. <https://www.cihi.ca/fr/surutilisation-des-examens-et-des-traitements-au-canada>. Publié le 10 novembre 2022. Consulté le 29 mai 2023.

Recommandation # 4

Ne pas utiliser des avis d'experts sans considérer l'impact potentiel des conflits d'intérêts

Bien que l'expertise sur un sujet particulier soit essentielle, il faut s'assurer que les conflits d'intérêts soient divulgués et considérés dans l'interprétation des données et lors de la formulation des recommandations. Au-delà des conflits d'intérêts financiers, il faut aussi considérer les conflits de nature intellectuelle. Les recommandations qui reposent sur des avis d'experts devraient être clairement identifiées afin de permettre aux utilisatrices et utilisateurs de les distinguer facilement. Les avis d'experts, même lorsque largement adoptés, ne constituent pas des données probantes, et ne devraient pas s'y substituer.

'Intellectual conflicts occur when clinicians or researchers may be too deeply embedded in their own area of expertise to objectively look at a research question "with an open mind".'

- Gordon Guyatt dans *Healthy Debate*, 2 février 2012

Sources

Born K, Laupacis A. Managing conflicts of interest in research. *Healthy Debate*. 2 février 2012. <https://healthydebate.ca/2012/02/topic/politics-of-health-care/conflicts-of-interest-2/>. Consulté le 29 mai 2023.

Brignardello-Petersen R, Carrasco-Labra A, Guyatt GH. How to Interpret and Use a Clinical Practice Guideline or Recommendation: Users' Guides to the Medical Literature [published correction appears in *JAMA*. 2022 Feb 22;327(8):784]. *JAMA*. 2021;326(15):1516-1523.

Cosgrove L, Bursztajn HJ, Erlich DR, Wheeler EE, Shaughnessy AF. Conflicts of interest and the quality of recommendations in clinical guidelines. *J Eval Clin Pract*. 2013;19(4):674-81.

Guyatt G, Akl EA, Hirsh J, et al. The vexing problem of guidelines and conflict of interest: a potential solution. *Ann Intern Med*. 2010;152(11):738-41.

Hansen C, Lundh A, Rasmussen K, Hróbjartsson A. Financial conflicts of interest in systematic reviews: associations with results, conclusions, and methodological quality. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;8(8):MR000047.

Moynihan R, Lai A, Jarvis H, et al. Undisclosed financial ties between guideline writers and pharmaceutical companies: a cross-sectional study across 10 disease categories. *BMJ Open*. 2019;9(2):e025864.

Nejstgaard CH, Bero L, Hróbjartsson A, et al. Conflicts of interest in clinical guidelines, advisory committee reports, opinion pieces, and narrative reviews: associations with recommendations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;12(12):MR000040.

Siering U, Eikermann M, Hausner E, Hoffmann-Eßer W, Neugebauer EA. Appraisal tools for clinical practice guidelines: a systematic review. *PLoS One*. 2013;8(12):e82915.

Recommandation # 5

Ne pas présenter de données sans fournir des nombres absolus

La présentation des résultats d'études en risque absolu améliore la compréhension des enjeux tant pour les patientes et patients que pour les cliniciennes et cliniciens, ce qui facilite la prise de décision. Les lignes directrices de publication des ECR (CONSORT) recommandent d'ailleurs de ne jamais présenter un risque relatif sans l'accompagner d'un risque absolu. Sans risque absolu, les risques relatifs sont difficilement interprétables. D'ailleurs, les cliniciennes et cliniciens ont tendance à présenter les avantages ou les bénéfices des interventions de façon prépondérante par rapport aux risques ou effets secondaires : ces informations doivent donc être présentées ensemble avec des dénominateurs similaires et selon une échelle qui fait du sens au plan clinique.

Sources

Hoffmann TC, Del Mar C. Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA Intern Med*. 2015;175(2):274-86.

Hoffmann TC, Del Mar C. Clinicians' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA Intern Med*. 2017;177(3):407-419.

Schulz KF, Altman DG, Moher D. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ*. 2010;340:c332.

Zipkin DA, Umscheid CA, Keating NL, et al. Evidence-based risk communication: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2014;161(4):270-80.

Recommandation # 6

Ne pas faire de recommandation sans tenir compte de l'ensemble des conséquences, y compris des préjudices qui pourraient en découler

Toute action – tests diagnostiques ou traitements – présente des bénéfices et préjudices potentiels : il faut en tenir compte dans nos recommandations. Trop souvent, des modifications sont apportées aux définitions des maladies ou à leur prise en charge, sans tenir compte des conséquences négatives possibles. On ne devrait jamais présumer d'une prépondérance des bénéfices par rapport aux risques sans disposer de données à l'appui. Toute modification devrait au minimum susciter les questionnements suivants :

- Quels sont les bénéfices supplémentaires associés à ce changement?
- Quels sont les risques supplémentaires associés à ce changement?
- Y a-t-il prépondérance des bénéfices par rapport aux risques avec le changement proposé?

La vigilance est de mise face au potentiel de surmédicalisation, par exemple lors de l'élargissement des critères diagnostiques définissant une maladie, ou encore lorsqu'un facteur de risque est redéfini comme une maladie. Il importe de communiquer le tout de façon transparente.

Sources

Doust J, Vandvik PO, Qaseem A, et al. Guidance for modifying the definition of diseases: a checklist. *JAMA Intern Med.* 2017;177(7):1020-1025.

Moynihan R, Brodersen J, Heath I, et al. Reforming disease definitions: a new primary care led, people-centred approach. *BMJ Evid Based Med.* 2019;24(5):170-173.

Moynihan RN, Cooke GP, Doust JA, Bero L, Hill S, Glasziou PP. Expanding disease definitions in guidelines and expert panel ties to industry: a cross-sectional study of common conditions in the United States. *PLoS Med.* 2013;10(8):e1001500.

Recommandation # 7

Ne pas présumer de l'efficacité ni de l'innocuité du dépistage

Avant de suggérer une modalité de dépistage, il faut s'assurer que des études de bonne qualité appuient l'efficacité du dépistage; les essais cliniques randomisés devraient être priorités. Il faut déterminer l'ampleur des bénéfices et des risques, notamment ceux découlant du test lui-même, des résultats faux positifs, du surdiagnostic ainsi que des risques découlant des interventions diagnostiques ou thérapeutiques à la suite d'un résultat positif. L'augmentation du nombre de cas repérés, l'existence d'un test de dépistage sécuritaire ou d'un traitement efficace ne sont pas suffisants pour conclure qu'un test de dépistage est bénéfique. Il faut démontrer que les bénéfices surpassent les risques pour la population visée en contexte de dépistage.

Sources

Norris SL, Burda BU, Holmer HK, et al. Author's specialty and conflicts of interest contribute to conflicting guidelines for screening mammography. *J Clin Epidemiol.* 2012;65(7):725-33.

Wilson JMG, Jungner G, World Health Organization. Principles and practice of screening for disease. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37650>. 1968. Consulté le 31 mai 2023.

Recommandation # 8

Ne pas faire de recommandation sans considérer le temps nécessaire pour traiter

Il est estimé que pour offrir des soins qui respectent les lignes directrices, les médecins de famille devraient consacrer plus de 24 heures par jour au travail clinique. Avant de proposer une nouvelle pratique, il faut considérer le temps qui sera requis par les cliniciennes et cliniciens pour l'appliquer. Leur temps est une ressource précieuse et devrait être réservé en priorité pour les activités ayant le plus de bénéfices pour les patientes et patients et pour la population en général. À bénéfice égal, les pratiques nécessitant moins de temps devraient être considérées. Celles qui ne sont pas appuyées par des données probantes ne devraient tout simplement pas être recommandées.

Sources

Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. *BMJ*. 2023;380:e072953.

Korownyk C, McCormack J, Kolber MR, Garrison S, Allan GM. Competing demands and opportunities in primary care. *Can Fam Physician*. 2017;63(9):664-668.

Porter J, Boyd C, Skandari MR, Laiteerapong N. Revisiting the time needed to provide adult primary care. *J Gen Intern Med*. 2023;38(1):147-155.

Recommandation # 9

Ne pas émettre de recommandation sans souligner l'importance de la prise de décision partagée

Il est souvent raisonnable de considérer différentes options dont l'option de ne pas procéder à un test ou à un traitement. Il importe de le souligner de manière explicite dans les recommandations. Des outils d'aide à la décision partagée permettent d'informer les patientes et patients sur les options possibles, leur potentiel de bénéfices et de risques, ainsi que sur l'incertitude scientifique associée aux recommandations. En améliorant la perception du risque et en tenant compte des valeurs de la patiente ou du patient, ces outils améliorent la satisfaction liée au processus décisionnel. Les recommandations devraient être nuancées et permettre aux cliniciennes et cliniciens d'utiliser la décision partagée avec leur patientèle.

Sources

Coronado-Vázquez V, Canet-Fajas C, Delgado-Marroquín MT, Magallón-Botaya R, Romero-Martín M, Gómez-Salgado J. Interventions to facilitate shared decision-making using decision aids with patients in primary health care: a systematic review. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(32): e21389.

Guyatt GH, Oxman AD, Schünemann HJ, Tugwell P, Knottnerus A. GRADE guidelines: a new series of articles in the Journal of Clinical Epidemiology. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):380-2.

Légaré F, Adekpedjou R, Stacey D, et al. Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;7(7):Cd006732.

Morgan DJ, Scherer LD, Korenstein D. Improving physician communication about treatment decisions: reconsideration of "risks vs benefits". *JAMA*. 2020;324(10):937-938.

Recommandation # 10

Ne pas oublier, pour les responsables de rédaction de lignes directrices ou d'organisation de formation médicale continue, de faire participer les intervenantes et intervenants concernés en temps opportun et en proportion suffisante

En 2016, les médecins de famille représentaient seulement 17 % des collaborations aux lignes directrices canadiennes destinées à être appliquées en première ligne. La proportion d'infirmières (5,7 %) ou de pharmaciens (3 %) était encore moindre. Il est essentiel que les principales parties visées par un guide de pratique soient intégrées à l'ensemble du processus afin que les recommandations soient adaptées à la réalité des milieux cliniques. Une représentation raisonnable et proportionnelle est associée à des recommandations qui sont davantage applicables. Il en est de même lors des congrès scientifiques, où le public cible devrait être adéquatement représenté au sein du comité scientifique et des conférencières et conférenciers invités.

Sources

Allan GM. Les lignes directrices en soins primaires devraient-elles être rédigées par des médecins de famille? OUI [Should primary care guidelines be written by family physicians? YES]. *Can Fam Physician*. 2016;62(9):708-10.

Norris SL, Burda BU, Holmer HK, et al. Author's specialty and conflicts of interest contribute to conflicting guidelines for screening mammography. *J Clin Epidemiol*. 2012;65(7):725-33.

Comité de rédaction / auteures et auteurs (en ordre alphabétique) :

Samuel Boudreault, M.D., M. Sc.

Pascale Breault, M.D.

Gylène Thériault, M.D.

Marc-Antoine Turgeon, M.D.

René Wittmer, M.D.

Comité de révision (en ordre alphabétique) :

Geneviève Bois, M.D.

Camille Gagnon Pharm. D., M. Sc.

Arielle Mendel, M.D., M. Sc.