INESSS
LE SAVOIR PREND FORME

JUILLET 2017

GUIDES ET NORMES

Élaboration et adaptation des guides de pratique

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Québec

Élaboration et adaptation des guides de pratique

Rédigé par
Christine Lobè,
Jolianne Renaud
Joëlle Brassard et
Monique Fournier

Sous la direction de
Pierre Dagenais

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS. La mise à jour est prévue en **décembre 2019**.

Ce guide méthodologique et les documents complémentaires sont accessibles en ligne dans la section *Publications* de notre site Web.

Équipe de projet

Auteurs
Christine Lobè, M. Sc., MAP, Ph. D. (c)

Jolianne Renaud, M. Sc.

Joëlle Brassard, M. Sc.

Monique Fournier, M. Sc., DEA

Direction scientifique
Pierre Dagenais, M.D., M. Sc., Ph. D.

(jusqu'en novembre 2014)

Vice-présidence science et gouvernance clinique

(à partir de mars 2015)

Repérage d'information scientifique
Lysane St-Amour, MBSI

Soutien documentaire
Micheline Paquin

Équipe éditoriale

Patricia Labelle
Denis Santerre
Hélène St-Hilaire

Sous la coordination de
Renée Latulippe, M.A.

Avec la collaboration de
Micheline Lampron, révision linguistique

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017
Bibliothèque et Archives Canada, 2017
ISSN 1915-3104 INESSS (PDF) ISBN 978-2-550-79124-9 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2017

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Élaboration et adaptation des guides de pratique. Rapport rédigé par Christine Lobè, Jolianne Renaud, Joëlle Brassard et Monique Fournier. Québec, Qc : INESSS; 94p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

L'Institut tient à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation et à l'élaboration de ce guide méthodologique en fournissant soutien, information et conseils clés.

Équipe de projet élargie pour le développement du guide méthodologique pour les guides de pratique de l'INESSS

M^me^ Sylvie Beauchamp, professionnelle scientifique – méthodes, Direction des services sociaux, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (membre de l'équipe jusqu'en novembre 2014).

M. Jim Boulanger, coordonnateur scientifique, Unité de cancérologie, Comité de l'évolution des pratiques en oncologie, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

M^me^ Véronique Déry, scientifique en chef, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (membre de l'équipe jusqu'en novembre 2014).

M^me^ Diane Guilbault, directrice, Direction des communications et du transfert de connaissances, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (membre de l'équipe jusqu'en août 2014).

M. André Jean, secrétaire général et conseiller à l'éthique, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

M^me^ Micheline Lapalme, coordonnatrice scientifique, Direction des services sociaux, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

M^me^ Renée Latulippe, coordonnatrice aux communications et au transfert de connaissances, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

M. Khalil Moqadem, coordonnateur scientifique, Unité de cancérologie, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

M. Jean-Marie Moutquin, scientifique principal au soutien à la pratique clinique, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (membre de l'équipe jusqu'en novembre 2014).

M^me^ Marie-Pascale Pomey, consultante en méthodes et qualité, Vice-présidence science et gouvernance clinique, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

M. Mathieu Plamondon, spécialiste de l'information scientifique, Vice-présidence science et gouvernance clinique, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

M^me^ Mélanie Tardif, coordonnatrice scientifique, Direction de l'usage optimal des médicaments, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

M^me^ Catherine Truchon, coordonnatrice, Unité de traumatologie, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

Comité consultatif sur le développement du guide méthodologique pour les guides de pratique de l'INESSS (jusqu'en décembre 2015)

M^me^ Marie-Dominique Beaulieu, professeure titulaire, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université de Montréal ; directrice générale et scientifique, Unité de soutien à la recherche axée sur le patient.

M^me^ Rose-Anne Buteau, conseillère en soins spécialisés, coordonnatrice de l'Unité de recherche en soins infirmiers, Centre hospitalier universitaire de Québec, Université Laval.

M^me^ Chantal Caron, conseillère aux affaires cliniques et professionnelles, Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (jusqu'au 31 mars 2015) ; chargée de projet, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (à partir du 1er avril 2015).

M. Sébastien Carrier, professeur, École de travail social, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke.

M^me^ Anne-Marie Cloutier, Direction de l'organisation des services, des affaires médicales et universitaires, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (membre du comité jusqu'en novembre 2014).

M^me^ Mélanie Couture, chercheuse d'établissement et coordonnatrice de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention, Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale, Centre intégré universitaire en santé et en services sociaux du Centre-Ouest de l'Île de Montréal.

M. Pierre Dagenais, professeur adjoint, Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke ; rhumatologue, médecin-conseil, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux, Centre intégré universitaire en santé et en services sociaux de l'Estrie, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

M. Vincent Dumez, Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire, Faculté de médecine, Université de Montréal.

M^me^ Cynthia Gagnon, professeure agrégée, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke ; directrice du Groupe de recherche interdisciplinaire sur les maladies neuromusculaires.

M^me^ Nathalie Garcin, directrice générale du Centre Gold.

M. Jérôme Ouellet, infirmier-conseil, Direction du développement et du soutien professionnel, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

M^me^ Linda Pinsonneault, médecin-conseil, Direction de la santé publique de l'Estrie ; professeure adjointe, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke ; coordonnatrice médicale, Centre intégré universitaire en santé et en services sociaux de l'Estrie, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

M^me^ Yoanna Skrobik, médecin interniste, chercheuse clinicienne junior 2, Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont ; professeure titulaire, Faculté de médecine, Université de Montréal ; professeure associée, Département de médecine, Université McGill ; Adjunct Professor, Queen's University, Kingston.

M^me^ Karine Souffez, coordonnatrice du secteur Transfert des connaissances, Vice-présidence à la valorisation scientifique et aux communications, Institut national de santé publique du Québec.

M^me^ Céline Thibault, adjointe de la directrice, Direction du développement et du soutien professionnel, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (membre du comité jusqu'en mai 2014).

M^me^ Brigitte Vachon, professeure adjointe, Programme d'ergothérapie, chercheuse régulière, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, École de réadaptation, Université de Montréal.

Comité scientifique permanent en santé et en services sociaux (en date de décembre 2015)

M. Pierre Dostie, directeur des clientèles en dépendances (CSSS et Centre de réadaptation en dépendances), Santé mentale, enfance, jeunesse et famille, et santé publique au CSSS de Jonquière ; chargé de cours en travail social, Université du Québec à Chicoutimi.

M. Hubert Doucet, consultant en bioéthique ; professeur associé, Faculté de théologie et de sciences des religions, Université de Montréal.

M. Serge Dumont, directeur scientifique, CSSS de la Vieille-Capitale, directeur du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé ; professeur titulaire, École de service social, Université Laval ; chercheur, Centre de recherche en cancérologie, Hôtel-Dieu de Québec.

M^me^ Isabelle Ganache, consultante en éthique, Commissaire à la santé et au bien-être ; professeure adjointe de clinique, Programme de bioéthique, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal.

M. Jude Goulet, pharmacien, chef du Département de pharmacie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

M^me^ Marjolaine Landry, professeure, Département des sciences infirmières, Centre universitaire de Drummondville, Université du Québec à Trois-Rivières ; chercheuse, Centre affilié universitaire, Centre de santé et de services sociaux, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

M^me^ Claudine Laurier, pharmacienne ; professeure titulaire, Faculté de pharmacie, Université de Montréal.

M^me^ Esther Leclerc (présidente), infirmière ; ex-directrice générale adjointe, Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

M. Michaël Malus, médecin de famille ; chef du Département de médecine familiale et responsable du Centre réseau intégré universitaire (CRIU) Herzl de l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis ; professeur associé, Département de médecine familiale, Université McGill.

M. Maurice St-Laurent, gériatre ; professeur agrégé de clinique, Faculté de médecine, Université Laval.

M. Jean Toupin (vice-président), professeur associé, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke ; chercheur, Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

M. Marc Bélanger, psychoéducateur à la retraite ; professionnel expert de l'intervention des autorités publiques et de l'organisation des services en interdisciplinarité et intersectorialité (santé et services sociaux, justice, éducation) auprès des personnes éprouvant des difficultés d'adaptation psychosociale.

M^me^ Jeannine Tellier-Cormier, professeure en soins infirmiers à la retraite, Cégep de Trois-Rivières.

M. Éric A. Latimer, économiste et professeur titulaire, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université McGill ; chercheur, Institut universitaire en santé mentale Douglas.

M. Aimé Robert LeBlanc, ingénieur, professeur émérite, Institut de génie biomédical, Département de physiologie, Faculté de médecine, Université de Montréal ; directeur adjoint à la recherche et au développement, Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

M. Réginald Nadeau, cardiologue et chercheur, Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal ; professeur émérite, Faculté de médecine, Université de Montréal.

M. Raghu Rajan, hématologue et oncologue médical, Centre universitaire de santé McGill ; professeur associé, Université McGill ; membre du Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) et du programme de gestion thérapeutique des médicaments.

M^{me} Natalie Rosebush, directrice générale adjointe aux services aux aînés, Direction générale des services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Autres contributions

L'INESSS tient aussi à remercier les personnes suivantes, pour les commentaires apportés à la version préliminaire du guide méthodologique ou pour l'organisation des rencontres, en plus de l'ensemble des professionnels scientifiques de l'Institut.

Directeurs scientifiques de l'INESSS (en date de décembre 2015)

M^{me} Sylvie Bouchard, directrice, Direction de l'usage optimal des médicaments.

M^{me} Michèle de Guise, directrice, Direction des services de santé et de l'évaluation des technologies.

M. Michel Lebrun, directeur, Direction de la biologie médicale.

M^{me} Anne Lauzon, directrice, Direction des services sociaux.

M^{me} Carole Marcotte, directrice, Direction de l'évaluation du médicament aux fins d'inscription.

Utilisateurs du guide méthodologique

Les professionnels scientifiques de l'INESSS.

Soutien administratif

M^{me} Marie-Claire Hévor, agente de secrétariat, Vice-présidence science et gouvernance clinique, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Les membres de l'équipe de projet élargie ainsi que ceux du comité consultatif ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions et recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins du projet.

TABLE DES MATIÈRES

EN BREF I
SIGLES ET ABRÉVIATIONS III
GLOSSAIRE IV
INTRODUCTION 1
GUIDE DE PRATIQUE : DÉFINITION ET CRITÈRES DE QUALITÉ 4
CADRE CONCEPTUEL POUR LA MOBILISATION DES CONNAISSANCES 7
SECTION 1 : ÉLABORATION D'UN GUIDE DE PRATIQUE *DE NOVO* 11
PHASE 1 - CADRAGE ET PLANIFICATION 13
ÉTAPE DU CADRAGE 14
1.1 Clarification des besoins et de la question décisionnelle 14
1.2 Identification et consultation des parties prenantes 15
1.3 Examen sommaire de la littérature 16
1.4 Détermination de la portée du guide de pratique 16
1.5 Analyse de la faisabilité du projet de production d'un guide de pratique 17
1.6 Constitution des groupes de travail 19
1.6.1 Modalités d'implication des patients, usagers ou proches aidants 22
1.6.2 Interactions au sein des comités 23
1.6.3 Formation, soutien et préparation 24
1.7 Déclaration d'intérêts 24
1.8 Engagement au respect de la confidentialité 26
1.9 Note de cadrage 26
ÉTAPE DE LA PLANIFICATION 27
1.10 Synthèse de la preuve 27
1.11 Élaboration des recommandations 29
1.12 Participation des parties prenantes 29
1.13 Soutien à l'implantation et suivi des recommandations 30
1.14 Ressources, échéancier et budget 31
PHASE 2 – SYNTHÈSE DES DONNÉES 33
2.1 Types de données 33
ÉTAPE DE LA SYNTHÈSE DES DONNÉES SCIENTIFIQUES 36
2.2 Revue systématique de la littérature 36
2.3 Appréciation de la preuve scientifique 39
ÉTAPE DE LA SYNTHÈSE DES DONNÉES CONTEXTUELLES 43

2.4 Repérage et collecte des données contextuelles....43
2.5 Évaluation de la qualité....44
2.6 Synthèse et analyse des données contextuelles....44
ÉTAPE DE LA SYNTHÈSE DES DONNÉES EXPÉRIENTIELLES....45
2.7 Méthode de collecte des données expérientielles....46
2.8 Évaluation de la qualité....46
2.9 Synthèse et analyse des données expérientielles....46
ÉTAPE DE L'ANALYSE DE L'ENSEMBLE DE LA PREUVE....47
PHASE 3 – ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS....49
ÉTAPE DE LA FORMULATION DES RECOMMANDATIONS....50
3.1 Processus délibératif....50
3.2 Formulation des énoncés de recommandations....52
ÉTAPE DE L'APPRÉCIATION DES RECOMMANDATIONS....53
3.3 Rédaction des recommandations....53
3.4 Attribution d'une force aux recommandations....54
3.5 Mise en évidence des recommandations clés....57
ÉTAPE DE LA RÉVISION DU GUIDE DE PRATIQUE....58
3.6 Révision méthodologique par les comités....58
3.7 Révision de contenu par les lecteurs externes....58
3.8 Révision écologique par les groupes d'utilisateurs....60
3.9 Approbation par les comités permanents de l'INESSS....61
PHASE 4 – IMPLANTATION ET SUIVI....62
ÉTAPE DE LA RÉDACTION ET DE L'ÉDITION DU GUIDE....63
4.1 Structure du guide de pratique....63
4.2 Style du guide de pratique....65
ÉTAPE DU SOUTIEN À L'IMPLANTATION....66
4.3 Diffusion du guide de pratique....66
4.4 Transfert des connaissances et soutien à l'implantation....66
4.5 Soutien à l'implantation....68
ÉTAPE DU SUIVI DES RECOMMANDATIONS....71
4.6 Planification du processus de suivi....71
4.7 Dimensions d'évaluation pour le suivi des recommandations....71
4.8 Choix et sources des indicateurs de suivi....72
ÉTAPE DE LA MISE À JOUR DU GUIDE DE PRATIQUE....73
4.9 Processus décisionnel pour la mise à jour du guide de pratique....73

4.10 Processus de mise à jour d'un guide de pratique 76
SECTION 2 : ADAPTATION D'UN GUIDE DE PRATIQUE 78
ÉTAPE DU CADRAGE ET DE LA PLANIFICATION 81
1.1 Évaluation de la faisabilité d'adapter un guide de pratique 81
1.2 Constitution des groupes de travail pour l'adaptation d'un guide 81
1.3 Planification de l'adaptation 81
ÉTAPE DE LA RECHERCHE DES GUIDES DE PRATIQUE EXISTANTS 82
2.1 Recherche des guides de pratique 82
2.2 Présélection des guides de pratique 82
ÉTAPE DE L'ÉVALUATION ET DE LA SÉLECTION DES GUIDES DE PRATIQUE EXISTANTS 84
3.1 Appréciation de la qualité des guides de pratique 84
3.2 Sélection des recommandations à adapter 87
ÉTAPE DE L'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS ADAPTÉES 88
ÉTAPE DU SOUTIEN À L'IMPLANTATION ET DU SUIVI 89
RÉFÉRENCES 90

LISTE DES ENCADRÉS

Encadré I – Sommaire des critères de qualité pour la production d'un guide de pratique i
Encadré 1 – Domaines de l'outil AGREE II 5
Encadré 2 – Questions clés pour l'identification des parties prenantes 15
Encadré 3 – Outil mnémotechnique PIPOH 17
Encadré 4 – Composition d'un comité consultatif 20
Encadré 5 – Composition d'un comité de suivi 21
Encadré 6 – Critères de sélection des patients, usagers et proches aidants 23
Encadré 7 – Modalités pour la déclaration d'intérêts 24
Encadré 8 – Modalités de gestion des conflits d'intérêts 25
Encadré 9 – Outil mnémotechnique PICOTS 28
Encadré 10 – Outil mnémotechnique SMART pour l'élaboration d'une recommandation 53
Encadré 11 – Principes pour l'adaptation d'un guide de pratique 79
Encadré 12 – Critères d'appréciation de la qualité des guides de pratique 84

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Niveau de preuve scientifique 41
Tableau 2 – Interprétation des recommandations et implications pour la pratique 55

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Cadre conceptuel de mobilisation des connaissances pour l'élaboration des guides de pratique 10
Figure 2 Processus de production d'un guide de pratique 12
Figure 3 Processus décisionnel pour la production ou l'adaptation d'un guide de pratique 18
Figure 4 Processus de synthèse des données 35
Figure 5 Processus décisionnel et de réalisation de la mise à jour d'un guide de pratique 75
Figure 6 Processus d'adaptation d'un guide de pratique 80

EN BREF

Les guides de pratique présentent un ensemble de recommandations fondées sur les meilleurs données et savoirs disponibles, dans le but de soutenir les pratiques et l'organisation des soins et des services. L'élaboration de ces outils requiert un processus systématique et rigoureux afin d'assurer leur crédibilité et leur acceptabilité auprès des utilisateurs.

L'examen de certains guides de pratique publiés permet de constater que les critères de qualité énoncés dans les guides méthodologiques internationaux ne sont pas toujours appliqués. La disponibilité des ressources, les délais de production et les méthodes jugées complexes sont souvent évoqués pour expliquer cette situation.

C'est dans ce contexte et pour répondre aux impératifs de la loi concernant la publication de ses méthodes que l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux présente son guide méthodologique pour l'élaboration et l'adaptation des guides de pratique.

Ce guide clarifie les étapes à suivre ainsi que les méthodes à appliquer pour la réalisation des guides de pratique. Il est un document de référence pour les équipes de production scientifique de l'Institut et pour ses partenaires du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

Le sommaire des critères de qualité énoncés dans le guide est présenté ci-dessous.

Encadré I – Sommaire des critères de qualité pour la production d'un guide de pratique

Critères	Énoncés
	SECTION 1 – ÉLABORATION D'UN GUIDE *DE NOVO*
	PHASE I - CADRAGE ET PLANIFICATION
Critère 1	Le cadrage sur la portée du projet d'élaboration du guide de pratique est réalisé.
Critère 2	Les parties prenantes concernées par la problématique, y compris les patients, usagers et proches aidants, sont interpellées dans le processus de production du guide de pratique.
Critère 3	Le plan de réalisation du guide de pratique est rédigé à priori et présente les processus et les méthodes qui seront adoptés.
	PHASE 2 – SYNTHÈSE DES DONNÉES
Critère 4	L'ensemble de la preuve soutenant les recommandations d'un guide de pratique est construit en considérant les trois types de données recueillies : scientifiques (issues de la littérature), contextuelles et expérientielles.
Critère 5	Les données scientifiques sont collectées, sélectionnées et synthétisées selon un processus systématique.
Critère 6	Le niveau de la preuve scientifique présentée est évalué et rapporté.
Critère 7	Les données contextuelles et expérientielles sont collectées et synthétisées en utilisant des méthodes rigoureuses.

	PHASE 3 – ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS
Critère 8	L'élaboration des recommandations se fait au moyen d'un processus délibératif selon les critères d'appréciation, qui considèrent l'ensemble de la preuve (scientifique, contextuelle et expérientielle).
Critère 9	Un lien explicite est établi entre les recommandations et la preuve sur laquelle elles reposent.
Critère 10	La force des recommandations est indiquée, et les recommandations clés sont mises en évidence.
Critère 11	La révision du guide de pratique par les groupes de travail, les lecteurs externes et les utilisateurs cibles est réalisée et documentée.
	PHASE 4 – IMPLANTATION ET SUIVI
Critère 12	Le guide de pratique est rendu accessible au public.
Critère 13	La date envisagée pour la mise à jour du guide de pratique est précisée dans ce dernier ainsi que le processus prévu pour cette mise à jour.
Critère 14	Les stratégies d'implantation des recommandations clés sont proposées.
Critère 15	Les indicateurs de suivi de l'implantation des recommandations sont définis et mesurés.
	SECTION 2 – ADAPTATION D'UN GUIDE DE PRATIQUE
Critère 16	L'adaptation d'un guide de pratique est effectuée en présence d'un ou de guides de pratique existants et récents qui répondent aux besoins décisionnels.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ADAPTE	*Resource Toolkit for guideline Adaptation Guideline International Network*
AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
AGREE	*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*
CAN-*implement*	*Canadian Guideline Adaptation Study Group*
CSPSSS	Comité scientifique permanent en santé et en services sociaux
G-I-N	*Guidelines International Network*
INAHTA	*International Network of Agencies for Health Technology Assessment*
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IOM	Institute of Medicine
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NHMRC	*National Health and Medical Research Council*
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
SIGN	*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*
USPSTF	*United States Preventive Services Task Force*

GLOSSAIRE

Ensemble de la preuve

Constats résultant de la synthèse de l'intégration des données scientifiques, contextuelles et expérientielles.

Guide de pratique

Outil d'aide pour la décision éclairée et partagée entre intervenant et patient, usager ou proche aidant lors de la prestation de soins et de services, constitué de recommandations fondées sur les meilleurs données et savoirs disponibles (scientifiques, contextuels et expérientiels).

Informateur clé

Personne qui possède une expérience et des connaissances approfondies sur une problématique particulière de santé ou de services sociaux.

Mobilisation des connaissances

La mobilisation des connaissances constitue une approche collaborative qui se fonde sur l'orchestration des différents ordres de savoirs et la coproduction des connaissances, pour en arriver à une solution concertée avec toutes les parties prenantes concernées et pour trouver les meilleures façons d'adapter et de transférer les connaissances ainsi coproduites aux décideurs, praticiens, chercheurs, gestionnaires, patients ou usagers et citoyens [AETMIS, 2011].

Partie prenante

Acteur qui présente un intérêt en lien avec la question de pratique ou avec le sujet faisant l'objet du guide de pratique, qui peut en être affecté ou qui, en raison de son statut ou fonction, influence ou pourrait influencer la prise de décision et l'implantation des recommandations [adaptée de Varvasovsky et Brugha, 2000].

Remarque : *Il peut s'agir d'individus ou de représentants de groupe : patients, usagers, proches aidants, gestionnaires, professionnels de la santé ou des services sociaux, experts, décideurs, etc., ou encore d'entités telles qu'associations, organismes, ordres professionnels, corporations, etc.*

Preuve scientifique

Constats résultant de la synthèse des résultats des études publiées dans la littérature scientifique.

INTRODUCTION

Contexte

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a pour mission d'élaborer des recommandations et des guides de pratique afin d'assurer l'utilisation efficiente des technologies, médicaments et modes d'intervention en santé et en services sociaux[1].

Le mandat de l'Institut consiste à soutenir les décisions à différents niveaux du réseau de la santé et des services sociaux du Québec : politique (gouvernement, ministères), organisationnel (centres et regroupements régionaux, instances d'expertise) et clinique (établissements, équipes cliniques ou d'intervention, patients, usagers). L'élaboration de guides de pratique cible plus particulièrement le soutien à la décision clinique et de pratique. Celle-ci peut concerner le choix d'un traitement ou d'une intervention, la sélection d'un moyen de dépistage ou diagnostique, la détermination des modalités de suivi ou d'orientation d'un patient, d'un usager ou d'un proche aidant, ou encore des modalités organisationnelles visant l'amélioration de la qualité des soins et des services.

La loi constitutive de l'INESSS stipule que l'Institut doit définir et rendre publiques les méthodes utilisées pour élaborer ses recommandations et guides. Pour répondre à cet impératif et aux plus hauts critères de rigueur scientifique et de transparence, l'Institut a entrepris de concevoir des processus, des méthodes et des outils méthodologiques indispensables à la réalisation de ses projets.

Le guide méthodologique pour l'élaboration des guides de pratique s'inscrit dans ce cadre, à l'instar des trois premiers documents méthodologiques de l'Institut déjà publiés :

- Le guide méthodologique pour *Le cadrage des projets de l'INESSS* [INESSS, 2013a].
- Le guide méthodologique pour la *Préparation du plan de réalisation d'un projet* [INESSS, 2013b].
- Le guide méthodologique sur *Les normes de production des revues systématiques* [INESSS, 2013c].

Objectif du guide méthodologique

Le guide méthodologique pour l'élaboration des guides de pratique a pour objectif d'uniformiser les méthodes de production des guides de pratique en santé et en services sociaux de l'INESSS.

Plus précisément, il vise à assurer que les guides de pratique de l'INESSS sont :

- conformes aux critères de qualité reconnus à l'échelle internationale ainsi qu'aux meilleures pratiques et aux développements méthodologiques les plus récents;
- élaborés de façon transparente et reproductible.

En tant qu'outil multidisciplinaire servant à expliciter l'approche méthodologique de l'INESSS pour la réalisation de ses guides de pratique en santé et en services sociaux, ce guide se distingue du *Cadre d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux* récemment publié par l'INESSS [2015]. Ce cadre se penche surtout sur la question de la

[1] Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (chapitre I-13.03). Disponible à : http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/I-13.03.

justification de produire des guides en services sociaux et sur l'aspect de leur implantation. Il suggère des pistes méthodologiques pour la réalisation de ces guides dans le réseau québécois. Le présent guide méthodologique respecte les étapes du processus de production scientifique et les orientations de l'INESSS.

Raison d'être du guide méthodologique

L'élaboration des guides de pratique exige l'adoption d'un processus systématique basé sur des bonnes pratiques reconnues, afin d'assurer un produit crédible pour les utilisateurs, implantable et utile pour la pratique. En effet, il est reconnu que les guides de pratique élaborés de façon rigoureuse et transparente, qui tiennent compte des meilleures données scientifiques disponibles, de l'expertise des professionnels, de l'expérience des patients et des usagers ainsi que du contexte d'implantation, ont un plus grand potentiel d'adoption par les utilisateurs et d'amélioration des pratiques [IOM, 2011].

Sommaire de la démarche de production du guide méthodologique

Pour élaborer le guide méthodologique, une recherche d'information a été effectuée, afin de repérer les guides méthodologiques existants et provenant de différents organismes, agences et institutions producteurs de guides de pratique en santé et en services sociaux ainsi que d'autres documents relatifs à la production des guides de pratique, dont des articles scientifiques.

Plus particulièrement, ont été consultés l'outil AGREE II pour l'élaboration de recommandations pour la pratique clinique et l'évaluation de leur qualité méthodologique ainsi que les guides méthodologiques des organismes ou groupes internationaux suivants :

- l'Association médicale canadienne;
- le Canadian Guideline Adaptation Study Group;
- le Guideline Adaptation Working Group;
- le Guidelines International Network;
- la Haute Autorité de Santé;
- l'Institute of Medicine [IOM, 2011];
- le National Health and Medical Research Council [NHMRC, 2011];
- le National Institute for Health and Care Excellence [NICE, 2014];
- le New Zealand Guidelines Group [NZGG, 2001];
- le Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN, 2015];
- le World Health Organization [WHO, 2012].

La rédaction du guide s'est également appuyée sur les documents méthodologiques de l'INESSS.

Enfin, un comité consultatif constitué d'experts en méthodologie, de professionnels de la santé, de chercheurs universitaires et d'un représentant de l'expertise des patients et des usagers a été formé pour appuyer les travaux de l'équipe de projet. Des consultations auprès des professionnels et des gestionnaires de l'INESSS impliqués dans la production des guides de pratique ont été menées (voir Cadre, processus et méthodes pour la réalisation du guide méthodologique d'élaboration et d'adaptation des guides de pratique).

Utilisateurs du guide méthodologique

Le guide méthodologique pour l'élaboration des guides de pratique est destiné aux équipes scientifiques de l'INESSS ainsi qu'aux collaborateurs externes impliqués dans la réalisation des guides de l'Institut, soit en coproduction ou en impartition. Ce guide est aussi mis à la disposition de toutes les autres équipes de production de guides de pratique du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

Types de produits concernés par le guide méthodologique

Les processus et méthodes présentés dans le présent guide s'appliquent à l'ensemble des guides de pratique en santé et en services sociaux produits par l'INESSS, soit les guides de pratique en santé et en services sociaux et les guides d'usage optimal d'une technologie, d'un médicament ou d'une intervention (voir La typologie des produits de connaissances de l'INESSS [2017]).

Plan du guide méthodologique

Le guide est divisé en deux sections. La première porte sur l'élaboration d'un guide de pratique *de novo*; la seconde traite de l'adaptation d'un guide de pratique.

Le guide est accompagné d'une trousse d'outils pour l'élaboration et l'adaptation des guides de pratique.

Afin d'éviter d'alourdir la lecture du guide méthodologique, les références sont indiquées à la fin du document, par sections.

Mise à jour du guide méthodologique

La mise à jour du guide méthodologique est effectuée quatre ans après sa publication. Elle peut avoir lieu avant cette échéance advenant : la publication de nouvelles données quant aux meilleures pratiques de production d'un guide de pratique; un changement d'orientation dans les processus de production scientifique ou dans les mécanismes de concertation de l'Institut; des commentaires reçus des utilisateurs ou la nécessité d'adapter les outils proposés.

Toutes les mises à jour sont documentées et accessibles sur le site Web de l'Institut.

DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES AU GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

- Cadre, processus et méthodes pour la réalisation du guide méthodologique d'élaboration et d'adaptation des guides de pratique de l'INESSS;
- Typologie des produits de connaissances de l'INESSS;
- Trousse d'outils pour l'élaboration et l'adaptation des guides de pratique.

GUIDE DE PRATIQUE : DÉFINITION ET CRITÈRES DE QUALITÉ

Définition d'un guide de pratique

Au terme d'un processus de consultation auprès des parties prenantes à la production de ce guide méthodologique, un consensus a été atteint autour de la définition suivante d'un guide de pratique :

> ***« Un guide de pratique est un outil d'aide pour la décision éclairée et partagée entre intervenants et patients, usagers ou proches aidants lors de la prestation de soins et de services, constitué de recommandations fondées sur les meilleurs données et savoirs disponibles (scientifiques, contextuels et expérientiels). »***

L'élaboration des recommandations d'un guide de pratique s'effectue de la manière la plus systématique possible, avec et pour les parties prenantes (professionnels de la santé, intervenants, chercheurs, gestionnaires, patients, usagers, proches aidants, etc.). Ces recommandations sont principalement associées à la pratique clinique et, dans une moindre mesure, à l'organisation des soins et des services qui appuie cette pratique.

Les éléments qui caractérisent un guide de pratique sont :

- un processus d'élaboration rigoureux et transparent;
- une synthèse systématique des données issues de la littérature (données scientifiques, contextuelles et expérientielles);
- une synthèse des données contextuelles et expérientielles non issues de la recherche scientifique;
- une production des recommandations sous l'égide des parties prenantes;
- des liens explicites entre les recommandations et l'ensemble de la preuve établie;
- une disponibilité de la synthèse de la preuve ayant soutenu l'élaboration des recommandations (éléments adaptés de Harrison et van den Hoek [2012]).

Ainsi, tout document présentant des recommandations pour la pratique clinique mais n'établissant pas un lien explicite entre ces recommandations et la preuve les soutenant ne constitue pas un guide de pratique.

Critères de qualité d'un guide de pratique

La qualité d'un guide de pratique repose sur :

> ***« La confiance que les biais potentiels inhérents au développement des guides de pratique ont adéquatement été pris en considération et que la validité interne et externe des recommandations est assurée et que celles-ci sont applicables pour la pratique »*** *[Traduction libre de Brouwers* et al.*, 2010].*

L'élaboration des guides de pratique exige l'adoption d'un processus systématique basé sur des critères de qualité reconnus, afin d'assurer un produit crédible pour les utilisateurs, utile pour la pratique et implantable. Pour répondre à cette exigence, le consortium *Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation* (AGREE) a produit l'outil de référence AGREE II afin d'assurer la qualité du processus d'élaboration de guides de pratique. Cet outil, constitué de 23 éléments répartis dans six domaines spécifiques, est résumé dans l'encadré 1.

Dans le cadre de l'élaboration de ses guides de pratique, l'INESSS adhère aux critères de qualité du consortium AGREE.

Encadré 1 – Domaines de l'outil AGREE II

DOMAINES DE L'OUTIL AGREE II
DOMAINE 1 : CHAMP ET OBJECTIFS Description des objectifs du guide, des questions de santé ou de pratique, de la population cible.
DOMAINE 2 : PARTICIPATION DES GROUPES CONCERNÉS Inclusion de tous les groupes professionnels concernés dans le groupe de travail, prise en compte des opinions et préférences de la population cible, identification des utilisateurs du guide.
DOMAINE 3 : RIGUEUR DE L'ÉLABORATION Recours aux méthodes systématiques de recherche, de sélection et d'analyse de la preuve scientifique, spécification des méthodes de formulation des recommandations, association des recommandations à la preuve, révision externe du guide, planification de sa mise à jour.
DOMAINE 4 : CLARTÉ ET PRÉSENTATION Formulation des recommandations, structure et format du guide.
DOMAINE 5 : APPLICABILITÉ Détermination des obstacles et des éléments favorisant l'application du guide, conception des outils de mise en œuvre des recommandations, analyse des répercussions des recommandations sur les ressources, précision des critères de suivi et de vérification.
DOMAINE 6 : INDÉPENDANCE ÉDITORIALE Analyse de **l'impact de l'organisme de financement sur le contenu du guide**, indication et analyse des intérêts des membres du groupe de travail.

Adapté de : AGREE Research Trust, 2013.

DOCUMENT À CONSULTER

Outil AGREE II.
Disponible à : http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013.pdf.

CADRE CONCEPTUEL POUR LA MOBILISATION DES CONNAISSANCES

À l'origine de toute décision d'élaborer un guide de pratique se trouve un **besoin décisionnel**. Pour répondre à ce besoin et favoriser l'appropriation, la diffusion et l'adoption des recommandations de même que l'utilisation des guides de pratique par les milieux concernés, l'INESSS a adopté une approche collaborative, la **mobilisation des connaissances**[2].

La mobilisation des connaissances se fonde sur l'orchestration des différents ordres de savoirs et la coproduction des connaissances, pour en arriver à une solution concertée avec toutes les parties prenantes concernées et trouver les meilleures façons d'adapter et de transférer les connaissances ainsi coproduites aux décideurs, praticiens, chercheurs, gestionnaires, patients ou usagers et citoyens[3].

Elle se caractérise par :

- une démarche qui a **pour point de départ et pour finalité l'aide à la décision** destinée à l'amélioration des soins et des services en santé et en services sociaux. C'est à partir du besoin décisionnel et de la portée du guide déterminés lors du **cadrage du projet** que l'on sait quels types de **connaissances** et quelles **parties prenantes** et organisations mobiliser.
- Une **approche multidimensionnelle des connaissances**, c'est-à-dire qui prend en considération les différentes dimensions entourant la pratique : les dimensions scientifiques, organisationnelles, professionnelles et expérientielles de même que les enjeux d'ordre technologique, de pratique clinique, politique, éthique, social et juridique.
- La **collaboration et les interactions avec les parties prenantes**, pour une meilleure intégration des savoirs, des connaissances scientifiques, des expériences et des perspectives de l'ensemble des parties prenantes concernées, y compris les patients, les usagers et les proches aidants, dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre de mesures concrètes destinées à l'amélioration des soins et des services.
- Un **mode itératif et continu de production des connaissances** soutenu par l'interpellation et l'implication des parties prenantes à chaque étape de l'élaboration du guide de pratique. Ces interactions permettent d'apporter des ajustements aux méthodes de production, de mettre en lumière les limites des recommandations envisagées, ou de soulever la nécessité d'approfondir certaines dimensions.
- Un **processus dynamique et multidirectionnel** d'échanges entre les parties prenantes des différents secteurs d'activité du réseau de la santé et des services sociaux du Québec et avec les professionnels de l'INESSS impliqués dans la production du guide, en vue de formuler des recommandations qui tiennent compte du caractère interdépendant de ces secteurs et du contexte global d'implantation.

[2] Le cadre conceptuel de la mobilisation des connaissances pour l'élaboration des guides de pratique s'appuie sur les travaux de l'AETMIS et de l'INESSS cités dans les références en fin de document, dans la section Cadre conceptuel.
[3] Définition de la mobilisation des connaissances à l'INESSS. Disponible à : http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/TransfertMobilisationConnaissances/Definition_mobilisation_des_connaissances-INESSS.pdf.

Processus de mobilisation des connaissances et des parties prenantes

Dès le début d'un projet, la mobilisation des connaissances s'amorce avec le requérant et les parties prenantes appelées à appliquer les décisions, et ce, en vue de clarifier la question décisionnelle et de juger de la pertinence de produire un guide de pratique (voir SECTION 1, PHASE 1, Étape du cadrage et de la planification).

Étant donné l'objectif d'aide à la décision partagée d'un guide de pratique, la démarche de production adoptée doit assurer que les recommandations qui en résultent sont considérées comme **pertinentes**, **applicables** et **acceptables** par les parties prenantes.

Pour y parvenir, la mobilisation des connaissances vise, d'une part, à rassembler, intégrer et synthétiser de façon rigoureuse des connaissances sur :

- la **condition médicale ou psychosociale, la technologie ou le mode d'intervention** à l'étude. Elles regroupent les données pertinentes issues de la recherche scientifique (**données scientifiques**) sur l'étiologie, l'épidémiologie, la pathophysiologie d'une condition et sur l'efficacité, l'efficience, l'innocuité ou la sécurité d'une pratique, d'un traitement ou d'un mode d'intervention (voir SECTION 1, PHASE 2, Étape de la synthèse des données scientifiques);
- le **contexte d'implantation**. Elles concernent les **données contextuelles** issues de la recherche scientifique ou d'autres sources d'information, telles que des statistiques, des consultations auprès des parties prenantes, des documents administratifs sur les conditions d'applicabilité, de faisabilité et d'accessibilité des pratiques ou des interventions à l'étude, dont les aspects économiques, juridiques et éthiques (voir SECTION 1, PHASE 2, Étape de la synthèse des données contextuelles);
- **l'expérience de pratique** des professionnels de la santé et des services sociaux. Elles proviennent de **données expérientielles** issues de la recherche scientifique ou d'observations en milieu de pratique des professionnels sur la pertinence, l'applicabilité et la mise en œuvre des interventions proposées en fonction de leurs contextes de pratique, leurs valeurs et leurs préférences (voir SECTION 1, PHASE 2, Étape de la synthèse des données expérientielles);
- **l'expérience de vécu** des patients, usagers et proches aidants. Elles ont trait aux **données expérientielles** issues de la recherche scientifique ou d'observations quotidiennes des patients, usagers et proches aidants sur les impacts de leur condition et des interventions sur leur qualité de vie et leur bien-être, sur leur trajectoire de soins et de services, de même que sur leurs valeurs et préférences (voir SECTION 1, PHASE 2, Étape de la synthèse des données expérientielles).

D'autre part, la mobilisation des connaissances consiste à impliquer les parties prenantes concernées par la problématique et les interventions. Cette implication a pour but :

- de recueillir et d'intégrer des informations sur le contexte d'implantation et sur l'expérience, les valeurs et les préférences des professionnels de la santé, intervenants, gestionnaires, chercheurs, patients, usagers et proches aidants, etc. et de s'assurer que sont documentés tous les aspects considérés comme importants à leurs yeux;
- de formuler, au moyen de délibérations, des recommandations qu'elles jugent utiles, pertinentes, acceptables et applicables à partir de l'ensemble de la preuve (voir SECTION 1, PHASE 3, Élaboration des recommandations);

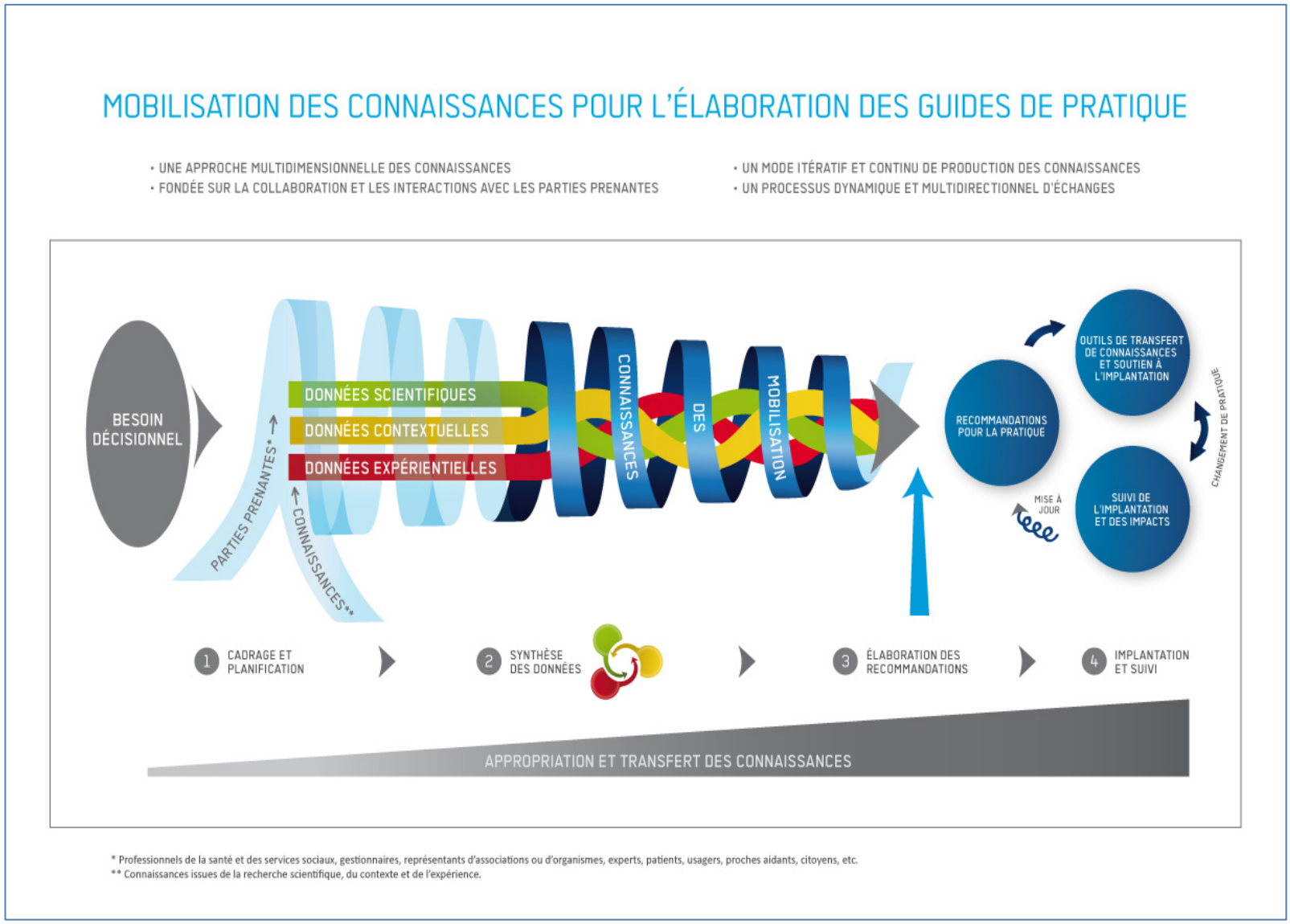
- de valider l'applicabilité des recommandations sur le terrain;
- de favoriser l'**appropriation**, la dissémination et l'implantation du guide de pratique.

Dans une perspective de **transfert des connaissances** et de **soutien à l'implantation**, la mobilisation des parties prenantes tout au long de la démarche permet de :

- cibler les publics visés par les recommandations;
- prévoir les défis d'implantation des recommandations à relever selon les changements de pratique ou d'organisation envisagés;
- connaître les attentes et les besoins des divers publics en termes de contenu, de format et de niveau de langage utilisé pour les outils de diffusion des recommandations;
- déterminer les objectifs de transfert de connaissances et les stratégies à privilégier selon chaque public cible et les ressources humaines et financières disponibles;
- concevoir des **indicateurs de suivi** des recommandations, qui permettront d'évaluer l'implantation du guide et ses **impacts, dont la mesure des changements de pratique ou organisationnels**. Avec la synthèse des nouvelles données disponibles, cette évaluation contribuera à alimenter le processus de **mise à jour** du guide de pratique (voir SECTION 1, PHASE 4, Implantation et suivi).

La figure 1 de la page suivante représente le processus de mobilisation des connaissances pour l'élaboration des guides de pratique.

Figure 1 Cadre conceptuel de mobilisation des connaissances pour l'élaboration des guides de pratique



* Professionnels de la santé et des services sociaux, gestionnaires, représentants d'associations ou d'organismes, experts, patients, usagers, proches aidants, citoyens, etc.
** Connaissances issues de la recherche scientifique, du contexte et de l'expérience.

SECTION 1 : ÉLABORATION D'UN GUIDE DE PRATIQUE *DE NOVO*

Le processus d'élaboration d'un guide de pratique *de novo*, par opposition au processus d'adaptation d'un guide de pratique déjà existant (voir SECTION 2 – Adaptation d'un guide de pratique), proposé dans ce guide méthodologique, se structure en quatre phases, chacune se déclinant en plusieurs étapes.

PHASE 1 – CADRAGE ET PLANIFICATION, qui inclut :

- Le cadrage
- La planification

PHASE 2 – SYNTHÈSE DES DONNÉES, qui inclut :

- La synthèse des données scientifiques
- La synthèse des données contextuelles
- La synthèse des données expérientielles

PHASE 3 – ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS, qui inclut :

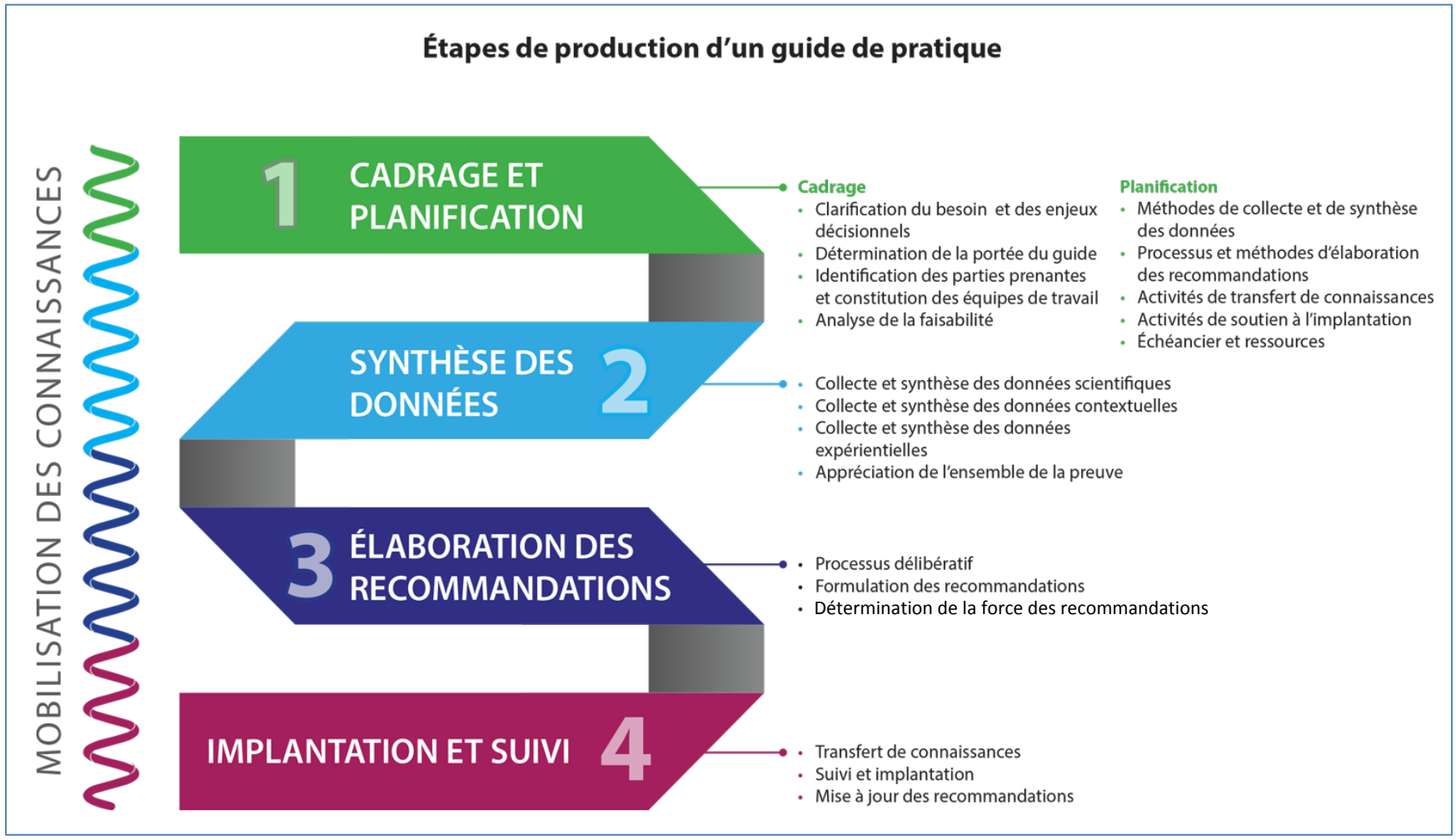
- La formulation des énoncés des recommandations
- La détermination de la force des recommandations
- La révision du guide de pratique

PHASE 4 – IMPLANTATION ET SUIVI, qui inclut **:**

- La rédaction et l'édition
- L'implantation
- Le suivi
- La mise à jour

Chaque phase est alimentée par la mobilisation des connaissances, laquelle contribue à la production, à l'appropriation et au transfert des connaissances tout au long du processus (figure 2).

Figure 2 Processus de production d'un guide de pratique



PHASE 1 - CADRAGE ET PLANIFICATION

La première phase de production d'un guide de pratique est composée de deux étapes : le cadrage et la planification.

L'étape du cadrage consiste principalement à clarifier et à justifier le besoin de produire un guide de pratique, à déterminer sa portée et à analyser la faisabilité du projet. La décision sera prise quant à la pertinence d'élaborer un nouveau guide de pratique ou d'adapter un guide déjà existant. C'est aussi au cadrage que débutent la consultation et l'implication des parties prenantes au projet.

L'étape de la planification repose, quant à elle, sur la rédaction d'un plan de réalisation dans lequel sont présentés : les principales parties prenantes qui participent au projet ou qui seront consultées; les méthodes d'élaboration du guide de pratique; les modalités d'implantation et de suivi des recommandations du guide ainsi qu'un volet sur les ressources nécessaires, l'échéancier et le budget.

ÉTAPE DU CADRAGE

Le cadrage du projet d'élaboration du guide de pratique est réalisé afin de :

- **préciser le besoin décisionnel pour la pratique;**
- **déterminer la portée du guide;**
- **effectuer un examen stratégique du contexte d'implantation du guide pour identifier les enjeux et les parties prenantes concernées par la problématique;**
- **confirmer la pertinence de produire un guide pour répondre au besoin décisionnel exprimé;**
- **constituer les équipes et les comités de travail;**
- **établir les modalités de gestion des conflits d'intérêts des membres des équipes et des comités de travail;**
- **confirmer la question décisionnelle et formuler les questions cliniques ou de pratique auxquelles devrait répondre le guide.**

1.1 Clarification des besoins et de la question décisionnelle

LES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LE CADRAGE

- L'équipe de projet
- Le demandeur
- Les informateurs clés

Pour clarifier les besoins ou la question du demandeur et des futurs utilisateurs, l'équipe de projet précise avec ceux-ci et avec des informateurs clés choisis pour leur expertise les éléments suivants :

1. La technologie, l'intervention ou le mode d'intervention qui fera l'objet du guide de pratique;
2. Le problème de santé, psychologique ou social visé par le guide;
3. Les raisons qui motivent le projet d'élaboration du guide;
4. Les caractéristiques de la population ciblée par l'intervention;
5. Le contexte (de pratique, administratif, économique, social, politique, juridique, etc.) dans lequel sera élaboré le guide;
6. Les besoins cliniques et de pratique des professionnels concernés par le guide;
7. Les répercussions attendues et la planification de la production.

Cette démarche peut conduire à cerner ou à reformuler la question décisionnelle pour que celle-ci reflète mieux les besoins réels du demandeur et des parties prenantes (voir Outil 1.1.a - Aide-mémoire pour la formulation des questions décisionnelles, des questions cliniques ou de pratique et des questions clés de recherche).

Pour accélérer le processus de production du guide de pratique, une entente peut être conclue avec le demandeur afin de réduire la portée du guide en limitant les dimensions (ou résultats d'intérêt pour la clinique) couvertes par la question décisionnelle.

1.2 Identification et consultation des parties prenantes

Les parties prenantes sont définies comme :

> ***Tous les acteurs qui présentent un intérêt en lien avec les questions cliniques ou le sujet faisant l'objet du guide de pratique, qui peuvent en être affectés, ou qui en raison de leur statut ou fonction influencent ou pourraient influencer la prise de décision et l'implantation des recommandations. (Tirée et adaptée de Varvasovsky et Brugha [2000]).***

Il peut s'agir d'experts reconnus, de gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux, de représentants des autorités publiques, de groupes professionnels, de groupes d'intérêts et d'associations de patients ou d'usagers, de professionnels de la santé et des services sociaux, etc.

La consultation d'un noyau restreint de parties prenantes (**informateurs clés**) dès l'étape du cadrage a pour objectifs de :

- cerner les enjeux associés à la production et à l'implantation du guide de pratique (ces enjeux peuvent être de nature clinique, organisationnelle, économique, politique, juridique, éthique ou sociétale);
- cibler les groupes et les sous-groupes de professionnels de la santé, d'intervenants, de gestionnaires, de patients, d'usagers et de proches aidants susceptibles d'être touchés par le guide de pratique;
- s'assurer qu'aucune partie prenante au projet n'est exclue du processus;
- identifier les membres des groupes de travail qui seront impliqués dans l'élaboration du guide de pratique.

L'encadré 2 présente une série de questions que l'équipe de projet pourrait se poser pour identifier les parties prenantes. Pour la consultation de ces informateurs clés, plusieurs mécanismes (sondages, groupes de discussion, entrevues individuelles, etc.) peuvent être envisagés afin de tenir compte de leurs points de vue dans « l'alignement » du projet d'élaboration du guide de pratique.

Par souci de transparence, si l'équipe de projet décidait d'ignorer certaines parties prenantes, la justification de cette omission devrait être documentée.

Encadré 2 – Questions clés pour l'identification des parties prenantes

QUESTIONS CLÉS POUR L'IDENTIFICATION DES PARTIES PRENANTES
QUI EST CONCERNÉ? Par la problématique du guide de pratique.
QUI SERA AFFECTÉ? Par les résultats de la mise en application des recommandations du guide.
QUI EST IMPUTABLE? Pour l'implantation des recommandations.
QUI DÉTIENT L'INFORMATION, L'EXPERTISE OU L'EXPÉRIENCE? Sur la problématique couverte.

QUI DEVRA METTRE EN PRATIQUE? Les recommandations du guide.
QUI POURRAIT S'OPPOSER? À l'élaboration du guide de pratique, aux recommandations futures du guide.

1.3 Examen sommaire de la littérature

À l'étape du cadrage, l'équipe de projet, en collaboration avec un spécialiste de l'information scientifique (bibliothécaire), effectue un examen sommaire de la littérature sur le sujet devant faire l'objet du guide. Cet examen a pour objectifs de mieux comprendre la problématique afin de circonscrire la portée du guide, d'avoir un aperçu de l'ampleur et de la qualité des données scientifiques disponibles et, éventuellement, de découvrir l'existence de guides de pratique récents, ou en cours de production, qui pourraient répondre aux besoins ou à une partie des besoins décisionnels du demandeur.

1.4 Détermination de la portée du guide de pratique

L'équipe de projet circonscrit la portée du guide de pratique, en collaboration avec le demandeur et les parties prenantes. Cette étape consiste à élaborer **les questions de pratique ou les questions cliniques** auxquelles devra répondre le guide et à préciser les dimensions qui ne seront pas couvertes dans le guide (voir Outil 1.1.a - Aide-mémoire pour la formulation des questions décisionnelles, des questions cliniques ou de pratique et des questions clés de recherche).

La contribution des patients, usagers ou proches aidants et des professionnels de la santé et des services sociaux concernés par le guide est essentielle à cette étape. Elle permet de s'assurer de cibler les questions de pratique ou cliniques pertinentes pour eux, notamment les options de traitement ou d'intervention à considérer et leurs conséquences, et ce, dans le but de favoriser la prise de décision partagée.

Le nombre de questions cliniques ou de pratique formulées dépend des enjeux décisionnels soulevés lors du cadrage du projet ainsi que des considérations quant aux ressources disponibles et à l'échéancier des travaux.

À partir de l'analyse des besoins, des enjeux soulevés par les parties prenantes et des résultats de l'examen sommaire de la littérature, la question décisionnelle est transformée en questions cliniques ou de pratique. Ces questions sont formulées de façon claire et précise en vue d'annoncer l'objectif du guide et les dimensions qu'il couvrira.

L'outil mnémotechnique PIPOH se révèle utile pour structurer les questions cliniques ou de pratique (encadré 3).

Encadré 3 – Outil mnémotechnique PIPOH

OUTIL PIPOH	
Population	La population ciblée et les caractéristiques de la maladie, de la condition ou de l'intervention faisant l'objet du guide de pratique.
Intervention	L'intervention sur laquelle porte le guide de pratique.
Professionnels/ **P**ersonnes	Les professionnels de la santé, les intervenants ou les patients ou usagers à qui s'adressera le guide de pratique (utilisateurs du guide).
Objectifs (Outcomes)	Les résultats attendus pour le patient ou l'usager, pour la pratique ou pour la communauté (les objectifs du guide).
H*ealthcare setting and context*	Le milieu de l'intervention et le contexte dans lequel le guide sera implanté.

Source : ADAPTE Collaboration, 2009.

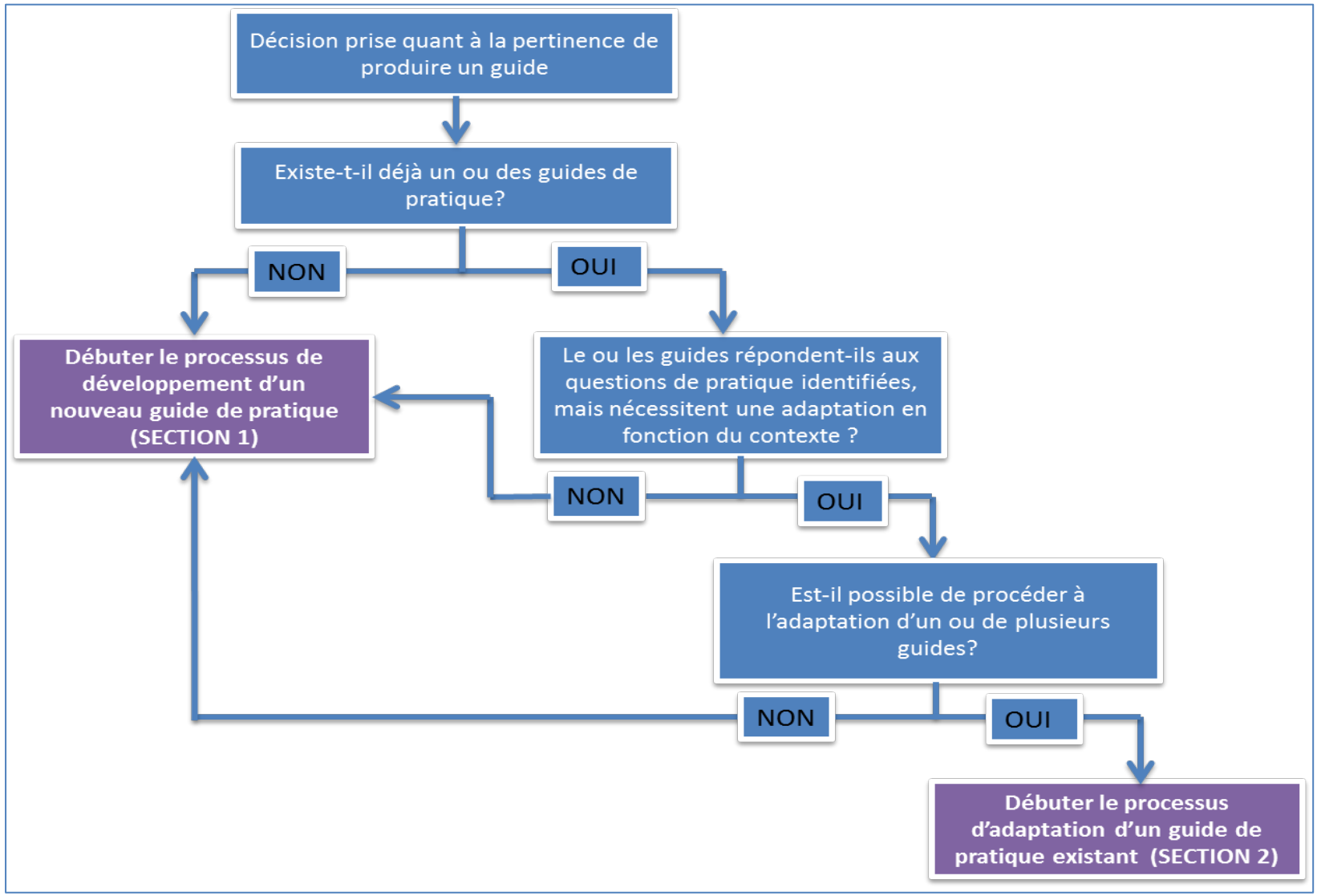
1.5 Analyse de la faisabilité du projet de production d'un guide de pratique

La décision de produire un guide de pratique repose sur trois principales considérations :

1. La réponse à un besoin décisionnel de pratique qui découle de l'observation :
    - du fardeau et de l'impact d'une condition de santé ou de bien-être sur la population et le système de santé et de services sociaux;
    - d'une variation dans les pratiques;
    - d'un écart entre la pratique actuelle et les meilleures pratiques;
    - d'une incertitude ou d'une controverse quant à la prise en charge clinique d'une condition;
    - du potentiel de l'intervention visée par le guide de pratique à améliorer les pratiques et la condition des patients ou des usagers.
2. La faisabilité de mener un tel projet, au regard de :
    - la disponibilité et la qualité des données scientifiques qui soutiendront les recommandations;
    - la fenêtre décisionnelle (le temps alloué pour la production du guide);
    - la disponibilité des ressources financières et humaines pour réaliser le projet.
3. La capacité de mobiliser les parties prenantes pour assurer l'implantation et l'adoption du guide.

Une fois les considérations sur la faisabilité prises en compte, il est question de déterminer la pertinence de procéder à la production d'un nouveau guide de pratique (voir SECTION 1) ou à l'adaptation d'un guide de pratique déjà existant (voir SECTION 2), selon le processus décisionnel présenté à la figure 3.

Figure 3 Processus décisionnel pour la production ou l'adaptation d'un guide de pratique



1.6 Constitution des groupes de travail

En général, quatre groupes de travail sont constitués pour la réalisation d'un guide de pratique : l'équipe de projet, l'équipe de projet élargie, le comité consultatif et le comité de suivi[4]. Selon les besoins du projet, d'autres groupes peuvent être formés.

Les critères et la procédure de sélection des membres qui feront partie des groupes de travail devraient être documentés.

L'équipe de projet

L'équipe de projet rassemble des professionnels scientifiques, un coordonnateur scientifique et un directeur (gestionnaire) responsable du projet. Elle a pour mandat de coordonner l'ensemble du projet, d'en déterminer les méthodes de production et d'en réaliser certaines étapes, dont la synthèse des connaissances visant à soutenir l'élaboration des recommandations et la rédaction du guide de pratique.

L'équipe de projet élargie

En plus des membres de l'équipe de projet, l'équipe de projet élargie est constituée d'un spécialiste de l'information (bibliothécaire) pour la recherche de la littérature, d'un professionnel en mobilisation et transfert des connaissances, d'un professionnel en soutien méthodologique et, selon les besoins, d'autres membres du personnel (professionnel spécialisé dans la consultation des bases de données, économiste de la santé, éthicien, anthropologue de la santé, etc.).

Le mandat de l'équipe de projet élargie est de soutenir l'équipe de projet dans la réalisation du projet, notamment pour la recherche de l'information scientifique, la détermination des méthodes les plus appropriées ainsi que la mobilisation et le transfert des connaissances.

Le comité consultatif

Le comité consultatif a pour principal mandat de valider le contenu de l'ensemble de la preuve soutenant l'élaboration des recommandations du guide de pratique et de formuler ces recommandations. Le rôle des membres de ce comité est de participer : à la formulation des questions de pratique et des questions clés pour la recherche de l'information, à la validation du plan de réalisation du projet, à la validation de la synthèse des connaissances, à l'élaboration des recommandations et à l'appréciation de la pertinence des outils dérivés du guide de pratique.

Le comité consultatif est constitué de parties prenantes identifiées lors de l'analyse stratégique effectuée au moment du cadrage et de la planification du projet. Il s'agit d'individus choisis en fonction de leurs connaissances, de leurs expériences, de leur influence ou de leur crédibilité par rapport à la problématique couverte par le guide de pratique. La présence des membres de ce comité contribue à la crédibilité scientifique, à la pertinence clinique et pratique ainsi qu'à l'acceptabilité professionnelle et sociale du guide.

[4] L'appellation donnée aux différents groupes de travail peut varier; ce qui importe c'est de respecter la portée du mandat de chaque groupe.

Le comité doit être multidisciplinaire et refléter chaque dimension du sujet à l'étude. Il doit être constitué selon les propositions énoncées à l'encadré 4 :

Encadré 4 – Composition d'un comité consultatif

COMPOSITION D'UN COMITÉ CONSULTATIF
Expertises cliniques sur le sujet à l'étude : chercheurs, cliniciens, professionnels de la santé et des services sociaux, etc. Pour le soutien à l'interprétation des résultats de recherche et pour déterminer les enjeux d'application des recommandations dans la pratique.
Expertises connexes : éthiciens, juristes, économistes de la santé, anthropologues, etc. Pour la détermination et le traitement des enjeux autres que cliniques.
Expertises politiques et administratives : gestionnaires, administrateurs, etc. Pour l'analyse de l'impact des recommandations sur l'organisation des soins et des services et sur les ressources.
Expertises méthodologiques : chercheurs, méthodologistes, etc. Pour l'appréciation de la qualité des études retenues pour la constitution de la preuve, le soutien à l'application des méthodes de production (revue systématique, élaboration des guides de pratique).
Expérience du vécu avec la maladie ou la condition à l'étude, les soins et les services : patients, usagers ou proches aidants. Pour s'assurer de tenir compte de l'expérience vécue, des besoins, des valeurs et des préférences des patients et usagers.
Expertise en direction et animation de groupe : facilitateur ou président du comité. Pour la présidence des réunions et l'animation du **processus** délibératif qui mènera à l'élaboration des recommandations.

Les représentants de l'industrie ainsi que les consultants et les médecins-conseils de l'INESSS ne peuvent pas faire partie du comité consultatif. Ils peuvent par contre être consultés au cours du processus.

Lors de la constitution du comité consultatif, l'équipe de projet devra porter une attention particulière à la recherche de la diversité et de l'équilibre entre :

- les principales professions, médicales ou non, pratiquant les interventions évaluées;
- les disciplines, au regard des biais professionnels potentiels;
- les divers courants d'opinion et écoles de pensée;
- les modes d'exercice (public, universitaire ou non, en établissement hospitalier, médico-sociaux, éducatifs, etc.);
- les lieux d'exercice (répartition géographique);
- le nombre de membres masculins et féminins, lorsque possible.

Les conflits d'intérêts potentiels doivent également être considérés lors du choix des membres du comité consultatif (voir SECTION 1, PHASE 1.7, Déclaration d'intérêts).

Le nombre optimal de membres d'un comité consultatif se situe entre 8 et 12, selon l'ampleur du projet. En effet, ce comité doit être assez petit pour permettre des interactions efficaces, mais assez grand pour assurer une représentativité des différentes perspectives. Plus d'un comité consultatif peut être constitué, au besoin. La mise en place d'un forum rassemblant plusieurs comités peut aussi être envisagée.

La sélection des membres du comité consultatif peut se faire à partir :

- **d'une liste de personnes suggérées par les parties prenantes;**
- **d'une liste de personnes ayant répondu à un appel à participer de l'Institut;**
- **d'une sollicitation directe auprès des personnes reconnues pour leur expertise.**

Le comité de suivi

Le mandat du comité de suivi est de contribuer à la définition des orientations initiales du projet (étape du cadrage et de la planification) et, en cours de projet, aux questions en lien avec le suivi et l'implantation des recommandations du guide. Ce comité effectue une analyse des enjeux organisationnels, professionnels et de ressources associés à l'implantation des recommandations. Il se prononce sur la pertinence et l'applicabilité des recommandations élaborées par le comité consultatif.

Le comité de suivi regroupe principalement les représentants des organismes ou des groupes d'individus interpellés par le sujet du guide de pratique ou responsables de son implantation. Il peut s'agir de représentants des principaux ordres professionnels en santé et en services sociaux, d'organismes communautaires, de groupes ou d'associations de patients, d'usagers ou de proches aidants, de gestionnaires d'établissements ou d'institutions publiques (voir Outil 1.c – Composition, mandats et animation des groupes de travail (document interne)).

Les membres du comité de suivi sont sélectionnés en fonction de leurs connaissances des milieux de pratique, de leur pouvoir d'action ou de leur influence par rapport à l'implantation et à l'adoption des recommandations du guide. Ils collaborent ainsi à la collecte de données contextuelles en indiquant les sources d'information et les personnes ressources à consulter. Il est aussi attendu d'eux qu'ils consultent en cours de processus les membres de leurs organisations quant aux orientations qui se dégagent des travaux d'élaboration du guide de pratique, et qu'ils mettent en place le plus tôt possible les conditions favorables à l'implantation de ce dernier.

Le comité de suivi doit être constitué selon les propositions non exhaustives énoncées à l'encadré 5.

Encadré 5 – Composition d'un comité de suivi

COMPOSITION D'UN COMITÉ DE SUIVI
Représentants d'organismes ou groupes qui sont des parties prenantes au projet d'élaboration du guide de pratique, y compris les représentants d'une organisation ou d'une association de patients, d'usagers ou de proches aidants : pour une meilleure implantation des recommandations du guide dans la pratique.
Expertise en processus d'implantation des recommandations : pour l'application des meilleures stratégies et méthodes d'implantation des recommandations du guide dans la pratique.
Expertise en transfert de connaissances : Pour la diffusion et le transfert stratégiques de connaissances.
Expertise en direction et animation de groupe : pour la présidence des réunions.

1.6.1 Modalités d'implication des patients, usagers ou proches aidants

La participation des patients, usagers, proches aidants ou de leurs représentants comme membres des comités de travail est essentielle. Elle permet de s'assurer que leurs expériences, valeurs et préférences sont prises en compte et que le guide de pratique répond à leurs besoins et préoccupations.

On distingue généralement deux types de membres :

1. les patients, usagers ou proches aidants qui siègent à titre individuel et présentent leurs propres perspectives;
2. les personnes qui expriment le point de vue d'une organisation de patients, usagers ou proches aidants.

Au comité consultatif, on peut faire appel à des patients, usagers ou proches aidants individuels reconnus comme *experts* de leur condition et capables de l'objectiver, ou à un représentant de groupe de patients, usagers ou proches aidants, qui exprime les points de vue et perspectives de ces derniers.

Au comité de suivi, lorsque cela est possible, il est préférable de recourir à des représentants de groupe de patients, usagers ou proches aidants, qui pourront mobiliser leurs membres au cours du projet pour participer à la conception d'outils de transfert de connaissances et d'aide à la décision qui leur sont destinés.

L'encadré 6 propose certains critères pouvant aider à la sélection des patients, usagers et proches aidants qui feront partie des comités. Pour plus de détails sur la participation des patients, usagers et proches aidants aux travaux, notamment sur les aspects de sélection, de soutien et de formation, de type d'implication, de délibération et d'intégration des perspectives, le lecteur est invité à consulter le Guide méthodologique pour la participation des patients, usagers et proches aidants.

En général, il est attendu que chaque comité de travail (consultatif et de suivi) soit constitué d'au moins deux patients, usagers ou proches aidants ou de leurs représentants. Au sein des comités de travail, le mandat spécifique de ces personnes est de s'assurer que :

- la perspective des patients, usagers ou proches aidants au regard des soins, de l'organisation des soins et des services ainsi que leurs préférences concernant le choix des modalités d'intervention et les résultats attendus sont connues et prises en considération par les autres membres;
- les questions de pratique à l'étude et les recommandations formulées traitent des enjeux qui les préoccupent;
- la revue de la littérature examine les résultats qu'ils jugent d'intérêt (risques et bénéfices, effets secondaires, qualité de vie, taux de survie, tolérance, bien-être, etc.) ainsi que les besoins particuliers de certains sous-groupes de patients, usagers ou proches aidants;
- des consultations auprès de groupes de patients, usagers ou proches aidants pour recueillir des données sur leur expérience avec leur maladie ou condition psychosociale ont été menées, lorsque cela est considéré comme nécessaire;
- les recommandations sont formulées dans un langage accessible et respectueux.

Les représentants des patients, usagers ou proches aidants devraient aussi contribuer à la conception des sections du guide de pratique, d'outils d'aide à la décision et de transfert des connaissances qui leur sont destinés ainsi qu'aux stratégies de diffusion et d'implantation du guide.

Les patients, usagers ou proches aidants jouissent des mêmes statuts et fonctions que les autres membres des comités. Un traitement équitable (rémunération, conditions de participation) doit donc être prévu.

Encadré 6 – Critères de sélection des patients, usagers et proches aidants

CRITÈRES DE SÉLECTION DES PATIENTS, USAGERS ET PROCHES AIDANTS
La connaissance des enjeux touchant les patients, usagers et proches aidants et une expérience significative de la condition à l'étude.
La capacité à considérer de façon objective les données et à refléter les expériences de plusieurs patients, usagers ou proches aidants, plutôt que de se limiter à sa propre expérience ou à ses intérêts.
Une certaine connaissance des interventions proposées.
La volonté d'exprimer les points de vue de groupes de patients, usagers ou proches aidants non représentés.
Des aptitudes de communication et de travail en équipe.
La disponibilité (pour les rencontres, la lecture des documents).
Un statut non issu de la profession médicale, ou l'absence d'autres intérêts professionnels reliés à l'objet du guide.

1.6.2 Interactions au sein des comités

Au sein des comités, il est recommandé d'adopter des stratégies pour permettre à tous les points de vue de s'exprimer et éviter que l'un d'entre eux domine sur les autres, ou qu'une polarisation, une division ou un biais de désirabilité poussant à l'unanimité s'installe.

Une des stratégies pour favoriser l'expression et la prise en compte de toutes les opinions pertinentes pour le guide repose sur la nomination d'un président de comité qui assume un leadership positif auprès des autres membres. D'autres qualités essentielles doivent être recherchées lors de la désignation d'un président. La fonction de président de comité peut être remplie par un membre de l'équipe de projet ou de l'équipe de projet élargie rompu à l'animation de groupe et au processus délibératif. Au besoin, l'équipe de projet pourrait faire appel à un animateur externe.

Au début des travaux, le président du comité :

- établit les objectifs des rencontres;
- propose des normes communes de comportement (par exemple, le respect des perspectives, des valeurs et des expériences de chacun, ainsi que l'utilisation d'une terminologie accessible à tous);

- définit les rôles et les fonctions de chacun;
- détermine le nombre et la fréquence des réunions;
- présente les exigences et les attentes envers les membres (en termes de disponibilité, de charge de travail, d'engagement, etc.);
- expose aux membres la méthode utilisée pour atteindre un consensus lors des délibérations. Cette méthode est déterminée par l'équipe de projet, en collaboration avec l'équipe de projet élargie;
- demande aux membres de déclarer tout conflit d'intérêts réel ou apparent.

1.6.3 Formation, soutien et préparation

La formation, le soutien et la préparation aux rencontres contribuent à une participation active des membres des comités, plus particulièrement des patients, usagers et proches aidants.

En l'absence de formation disponible à l'interne, un document d'orientation sur le processus d'élaboration d'un guide de pratique, l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, l'importance et l'intégration des perspectives des patients, usagers et proches aidants ainsi que sur l'élaboration des recommandations à partir des données devrait être remis à tous les membres des comités, ou encore une séance d'information à ce sujet devrait être offerte par l'équipe de projet élargie.

Une forme d'accompagnement devrait être prévue pour les aspects logistiques (accès aux documents, réservations, modalités de transport, etc.) et pour les interrogations possibles en cours de processus (assistance téléphonique, courrier électronique, mentorat). Une période d'au moins deux semaines doit être allouée pour la lecture des documents transmis en vue des rencontres des comités.

1.7 Déclaration d'intérêts

Modalités pour la déclaration d'intérêts

Le conflit d'intérêts est un conflit réel ou apparent dont l'existence est susceptible de remettre en cause l'intégrité de la démarche et la validité des recommandations. Il peut se rapporter à la personne qui en fait la déclaration ou à son entourage plus ou moins proche. Les modalités pour la déclaration d'intérêts sont énoncées dans l'encadré 7. Les membres des comités consultatif et de suivi doivent remplir et signer le formulaire de déclaration d'intérêts (voir Outil 1.1.b - Formulaire de déclaration de conflits d'intérêts ou de rôles).

Encadré 7 – Modalités pour la déclaration d'intérêts

MODALITÉS DE DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
QUI DOIT DÉCLARER? ▪ Les membres du groupe chargé de l'élaboration des recommandations (comité consultatif). ▪ Les membres du groupe chargé du suivi et de l'implantation des recommandations (comité de suivi). ▪ Les autres experts ou individus consultés pour la collecte des données expérientielles et contextuelles. ▪ Les lecteurs externes responsables de la révision du guide de pratique.

QUAND DÉCLARER? ▪ Préalablement à la première rencontre du groupe de travail (comité) ou à la première contribution de la personne interpellée. ▪ Une mise à jour de la déclaration est minimalement demandée sur une base annuelle. ▪ Tout au long du processus, il est de la responsabilité du membre d'aviser l'équipe de projet de tout changement dans sa déclaration d'intérêts.
QU'EST-CE QUI DOIT ÊTRE DÉCLARÉ? ▪ Les activités professionnelles, académiques et personnelles en lien avec le sujet à l'étude pour les deux ou cinq dernières années, selon la nature de l'intérêt ou de l'activité; les conflits d'intérêts financiers. ▪ La nature d'un conflit réel ou apparent.

Modalités de gestion des conflits d'intérêts

Dans la mesure du possible, il est recommandé d'éviter d'intégrer les personnes présentant des conflits d'intérêts dans les groupes de travail chargés de l'élaboration du guide. Cependant, il est très souvent difficile de respecter cette recommandation, en raison de la nature de l'implication professionnelle de la plupart des experts, cliniciens ou intervenants interpellés par le projet. L'équipe de projet devra s'assurer qu'une majorité de membres de chaque groupe de travail ne présentent pas de conflit d'intérêts. Lors de la constitution des groupes de travail, l'équilibre entre les personnes « avec » et les personnes « sans » conflit devient un mode de gestion implicite de telles situations.

Il existe plusieurs modes de gestion des conflits d'intérêts (encadré 8). Dans tous les cas, il appartient à l'équipe de projet de déterminer le degré admis de participation et de s'assurer que les conflits d'intérêts réels ou apparents sont connus de tous les membres du groupe de travail concerné.

Encadré 8 – Modalités de gestion des conflits d'intérêts

MODALITÉS DE GESTION DES CONFLITS D'INTÉRÊTS
L'EXCLUSION PRÉALABLE L'exclusion des personnes en situation de conflit d'intérêts comme membres potentiels des comités de travail.
L'INCLUSION AVEC RESTRICTION DE PARTICIPATION Le respect d'une certaine proportionnalité de membres avec conflit et de membres sans conflit lors de la constitution des comités. La restriction de participation aux discussions ou le retrait du processus délibératif des membres présentant des conflits d'intérêts pour un aspect particulier en lien avec les recommandations visant la pratique en cours d'élaboration.
L'INCLUSION TOTALE SANS RESTRICTION La participation sans restriction des membres présentant des conflits d'intérêts à tout le processus de production du guide de pratique, en justifiant cette inclusion.

Les situations de conflit d'intérêts doivent être divulguées à tous les membres des comités et par écrit dans la version finale du guide de pratique, ou encore être divulguées au public sur le site Web de l'Institut.

La présidence d'un groupe chargé de l'élaboration des recommandations ne peut être confiée à une personne présentant un conflit d'intérêts.

1.8 Engagement au respect de la confidentialité

Les personnes appelées à collaborer à l'élaboration des guides de pratique de l'INESSS doivent s'engager à respecter le caractère confidentiel de tout renseignement, tout document ou toute information dont ils prendront connaissance dans le cadre des travaux, de même qu'à prendre avec diligence toutes les mesures raisonnables afin de préserver cette confidentialité. Ainsi, tous les membres des comités et autres collaborateurs doivent signer une déclaration de confidentialité (voir Outil 1.1.c - Formulaire de déclaration de respect de confidentialité).

1.9 Note de cadrage

La démarche du cadrage aboutit à la rédaction d'une note de cadrage (voir le guide méthodologique sur *Le cadrage des projets de l'INESSS*; Outil 1.1.d - Gabarit pour la rédaction d'une note de cadrage; Outil 1.1.e – Liste de contrôle pour la rédaction de la note de cadrage). La note de cadrage doit être rédigée de façon synthétique et ne contenir que l'information permettant de cerner le besoin décisionnel, les enjeux associés au projet, les questions cliniques ou de pratique et les ressources qui seront mobilisées pour l'élaboration du guide.

OUTILS PRATIQUES

Aide-mémoire pour la formulation des questions décisionnelles, des questions cliniques ou de pratique et des questions clés de recherche - Outil 1.1.a.

Formulaire de déclaration des intérêts - Outil 1.1.b.

Formulaire d'engagement au respect de la confidentialité - Outil 1.1.c.

Gabarit pour la rédaction d'une note de cadrage - Outil 1.1.d.

Liste de contrôle pour la rédaction de la note de cadrage - Outil 1.1.e.

DOCUMENTS À CONSULTER

Le cadrage des projets de l'INESSS : document méthodologique. Disponible à : http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Metho_Cadragedesprojets.pdf

Guide méthodologique pour la participation des patients, usagers et proches aidants

Consultation des parties prenantes : document de référence. Disponible à : http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Consultation_Parties_Prenantes.pdf

ÉTAPE DE LA PLANIFICATION

Le plan de réalisation du guide de pratique est rédigé à priori; il présente les processus et les méthodes qui seront adoptés pour :

- **la production des synthèses de données scientifiques, contextuelles et expérientielles;**
- **l'appréciation de la preuve soutenant les recommandations;**
- **la formulation et la détermination de la force des recommandations;**
- **les activités de transfert de connaissances;**
- **les modalités de soutien à l'implantation et de suivi de la mise en œuvre des recommandations;**
- **l'échéancier et les ressources mobilisées.**

Une fois la décision prise de produire un nouveau guide de pratique, l'équipe de projet effectue une planification rigoureuse de toutes les étapes essentielles à son élaboration. Cette démarche permet d'établir les stratégies, méthodes et processus les plus efficients.

La démarche de planification aboutit à la rédaction d'un plan de réalisation constitué de cinq volets (voir : *Préparation du plan de réalisation d'un projet* ; Outil 1.1.f - Gabarit pour la rédaction d'un plan de réalisation ; Outil 1.1.g - Liste de contrôle pour la rédaction d'un plan de réalisation) :

1. Synthèse de la preuve
2. Élaboration des recommandations
3. Participation des parties prenantes
4. Soutien à l'implantation et suivi des recommandations
5. Ressources, échéancier et budget

LES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA PLANIFICATION

- L'équipe de projet
- L'équipe de projet élargie
- Le demandeur
- Le comité consultatif
- Le comité de suivi

1.10 Synthèse de la preuve

Le volet sur la synthèse de la preuve demande de préciser :

- les questions cliniques ou de pratique;
- le modèle logique et le cadre d'analyse;
- les questions clés de recherche;
- les stratégies et les méthodes de collecte, de sélection, d'analyse et de synthèse des données scientifiques;
- les stratégies et les méthodes de collecte, d'analyse et de synthèse des données contextuelles et expérientielles;
- les méthodes d'appréciation de la preuve soutenant les recommandations.

Questions cliniques ou de pratique

Les questions cliniques ou de pratique formulées à l'étape du cadrage renseignent sur la portée du guide de pratique en indiquant les dimensions qui seront abordées dans le projet : efficacité/innocuité des traitements ou des interventions et aspects psychosociaux, organisationnels, professionnels, éthiques, économiques, etc. (voir Outil 1.1.a - Aide-mémoire pour la formulation des questions décisionnelles, des questions cliniques ou de pratique, des questions clés de recherche).

Modèle logique et cadre d'analyse

Le modèle logique d'une intervention a pour but de rendre explicites les liens entre l'intervention faisant l'objet du guide, les processus et les ressources qui y sont associés, d'une part, et les effets attendus, d'autre part. Il favorise la compréhension des causes de la problématique (voir Outil 1.1.h – Canevas pour l'élaboration d'un modèle logique).

Élaboré à partir du modèle logique, le cadre d'analyse illustre les liens entre la population, les dimensions de l'intervention et les effets attendus spécifiques à la portée du guide de pratique. Ce cadre permet l'opérationnalisation des questions cliniques ou de pratique en dégageant les questions clés de recherche (voir Outil 1.1.i – Canevas pour l'élaboration d'un cadre d'analyse).

Questions clés de recherche

Les questions clés de recherche sont formulées de manière à contenir toutes les précisions nécessaires pour orienter les stratégies de recherche de l'information, par le spécialiste de l'information scientifique (bibliothécaire), et la collecte de données provenant d'autres sources d'information que la littérature scientifique (interrogation des bases de données médico-administratives, consultation des parties prenantes, etc.).

Pour l'élaboration des questions clés de recherche en vue d'une revue systématique de la littérature portant sur l'efficacité d'une intervention, l'utilisation de l'outil mnémotechnique PICOTS (encadré 9) est conseillée. D'autres modèles peuvent aussi être utilisés, selon la nature du sujet étudié.

Encadré 9 – Outil mnémotechnique PICOTS

OUTIL PICOTS	
Population	La population à qui s'adresse l'intervention*.
Intervention	L'intervention sur laquelle porte la question.
Comparateur	Le comparateur. Il permet de comparer l'intervention avec l'intervention la plus performante à ce jour, la plus utilisée, un placebo ou encore l'absence d'intervention.
***O**utcomes* (résultats)	Les résultats d'intérêt.
***T**iming* (moment)	Le moment de la mesure des effets de l'intervention ou encore la durée du suivi.
***S**etting* (contexte)	Le contexte organisationnel ou le lieu de l'intervention (par exemple, première ligne ou centre spécialisé).

*L'intervention peut être une technologie, un programme ou un médicament.

Stratégies et méthodes de collecte, de sélection, d'analyse et de synthèse des données scientifiques

Les stratégies de recherche ainsi que les méthodes de collecte, de sélection, d'analyse et de synthèse des données scientifiques (issues de la littérature scientifique), menant à la production d'une revue de la littérature, sont explicitées dans le plan de réalisation (voir la SECTION 1, PHASE 2, Étape de synthèse des données scientifiques).

Pour la recherche des données issues de la littérature scientifique, l'équipe de projet fait appel à un spécialiste de l'information et documente les stratégies élaborées.

Stratégies et méthodes de collecte, de sélection, d'analyse et de synthèse des données scientifiques

Les stratégies de recherche ainsi que les méthodes de collecte, d'analyse et de synthèse des données expérientielles et contextuelles sont documentées dans le plan de réalisation (voir la SECTION 1, PHASE 2, Étape de synthèse des données contextuelles; Étape de synthèse des données expérientielles).

Méthode d'appréciation de la preuve

La méthode d'intégration et d'appréciation de l'ensemble de la preuve devant soutenir l'élaboration des recommandations est précisée par l'équipe de projet (voir SECTION 1, PHASE 2, Étape de l'analyse de l'ensemble de la preuve).

1.11 Élaboration des recommandations

L'équipe de projet précise dans le plan de réalisation :

- les acteurs impliqués dans l'élaboration des recommandations;
- le choix de la méthode de délibération qui sera appliquée ainsi que les critères de mesure du consensus;
- l'identification du modérateur du processus délibératif et la spécification des modalités d'animation;
- les processus et les méthodes de formulation et de détermination de la force des recommandations.

Les modalités de révision du guide de pratique par les groupes de travail (comités consultatif et de suivi), les réviseurs externes, les groupes d'utilisateurs, le cas échéant, sont aussi énoncées dans le plan de réalisation (voir SECTION 1, PHASE 3, Élaboration des recommandations).

1.12 Participation des parties prenantes

Ce volet du plan de réalisation décrit les aspects relatifs à la participation des parties prenantes au projet :

- l'identification des parties prenantes;
- les objectifs des consultations auprès des parties prenantes;

- les mandats des comités (consultatif et de suivi), notamment la portée des propos de ces comités sur le contenu du rapport final et sur les recommandations (rôle décisionnel ou consultatif), ainsi que la procédure d'invitation à participer aux travaux;
- la constitution des comités (consultatif et de suivi), en précisant les critères et la procédure de sélection des membres;
- les rôles et responsabilités des membres des comités (consultatif et de suivi), dont leur présence aux rencontres, la lecture des documents ou des rapports;
- les modalités entourant les travaux : modes de communication, nombre de rencontres, honoraires et remboursements de frais, respect de la confidentialité, déclaration d'intérêts;
- les modes de reconnaissance de la participation des membres des comités (consultatif et de suivi).

1.13 Soutien à l'implantation et suivi des recommandations

Ce volet du plan de réalisation traite, d'une part, des stratégies de soutien à l'implantation des recommandations; d'autre part, des processus et des méthodes de suivi de ces recommandations (voir SECTION 1, PHASE 4, Implantation et suivi).

Le degré de détail des processus doit être suffisant pour estimer les ressources nécessaires à la réalisation des activités prévues et pour établir l'échéancier.

Soutien à l'implantation

L'équipe de projet sollicite dès le départ la collaboration des membres du comité de suivi ainsi que celle de l'équipe de projet élargie, afin de déterminer les stratégies de transfert des connaissances à privilégier et les approches les plus appropriées de soutien à l'implantation des recommandations.

Les éléments ci-dessous ne peuvent pas tous être déterminés dès le début du projet. Or, il importe de rappeler dans le plan de réalisation qu'ils devront faire l'objet d'une réflexion et d'une planification le plus tôt possible dans le processus d'élaboration du guide. En collaboration avec un membre de l'équipe élargie ayant une expertise en transfert de connaissances et en soutien à l'implantation, les membres du comité de suivi sont appelés à cibler :

- les pratiques qui feront l'objet d'une implantation prioritaire;
- les organisations ou les groupes de personnes visés;
- les sites où seront implantées les pratiques priorisées sous forme de projets pilotes dans un premier temps, de même que les ressources humaines et matérielles nécessaires;
- les parties prenantes impliquées dans l'implantation et leur rôle dans la mise en place des conditions favorables à celle-ci, notamment par l'identification d'agents de changement;
- le contexte organisationnel des sites où s'effectuera l'implantation des pratiques ciblées (le soutien organisationnel; les facilitateurs potentiels et les défis liés aux changements de pratique, organisationnels, de politique ou réglementaires);
- les outils et les plateformes susceptibles de rejoindre les utilisateurs cibles;
- le soutien prévu pour les organismes responsables de l'implantation du guide;

- les coûts associés aux activités de soutien à l'implantation et les échéanciers;
- les objectifs des activités de diffusion et de transfert des connaissances et les étapes du projet au cours desquelles elles seront réalisées;
- les organisations ou les groupes de personnes visés par ces activités;
- les moyens envisagés pour assurer la pérennisation des pratiques implantées.

Suivi des recommandations

La planification du suivi des recommandations, qui implique l'équipe de projet en collaboration avec le comité de suivi et le demandeur, englobe les éléments suivants :

- les objectifs d'évaluation et les résultats d'intérêt attendus;
- le type d'évaluation (niveau d'implantation en fonction de cibles prédéterminées, effets de l'implantation à différents niveaux) et les méthodes envisagées pour mesurer le degré d'implantation ou les effets des recommandations;
- le choix et les sources des indicateurs de suivi. Il faut noter que le choix de certains de ces indicateurs, notamment ceux mesurant les effets des recommandations, découlera en grande partie des pratiques qui seront implantées (voir SECTION1, Phase 4, Implantation et suivi).

1.14 Ressources, échéancier et budget

Ce volet du plan de réalisation devrait contenir les éléments suivants :

- les produits livrables, incluant les documents soumis au comité consultatif pour l'appréciation de la preuve et les outils de transfert des connaissances;
- un échéancier détaillé qui tient compte de toutes les étapes de réalisation du guide de pratique (voir Outil 1.1.j - Matrice pour l'élaboration d'un échéancier);
- les ressources du projet (constitution de l'équipe de projet ainsi que le rôle de chaque membre);
- un budget détaillé qui comprend une estimation de l'ensemble des coûts du projet (ressources humaines et matérielles, coûts des activités de consultation, de transfert des connaissances, de soutien à l'implantation et de suivi des recommandations, etc.) (voir Outil 1.1.k - Matrice pour l'élaboration d'un budget).

OUTILS PRATIQUES

Gabarit pour l'élaboration d'un plan de réalisation– Outil 1.1.f

Aide-mémoire pour la formulation des questions décisionnelles, des questions cliniques ou de pratique et des questions clés de recherche – Outil 1.1.a

Liste de contrôle pour la rédaction d'un plan de réalisation – Outil 1.1.g

Canevas pour l'élaboration d'un modèle logique – Outil 1.1.h

Canevas pour l'élaboration d'un cadre d'analyse – Outil 1.1.i

Matrice pour l'élaboration d'un échéancier – Outil 1.1.j

Matrice pour l'élaboration d'un budget – Outil 1.1.k

DOCUMENT À CONSULTER

Préparation du plan de réalisation d'un projet : guide méthodologique.
Disponible à :
http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_GuideMetho_Plan_de_realisation_04.pdf

PHASE 2 – SYNTHÈSE DES DONNÉES

Dans cette section, les types de données nécessaires à l'élaboration des guides de pratique sont d'abord définis. Sont ensuite décrites la méthode de synthèse et d'analyse des données scientifiques ainsi que les méthodes de collecte et d'analyse des données contextuelles et expérientielles.

2.1 Types de données

L'ensemble de la preuve soutenant les recommandations d'un guide de pratique est construit en considérant autant les données scientifiques (issues de la littérature), les données contextuelles que les données expérientielles.

La mobilisation des connaissances, telle que décrite dans le cadre conceptuel, consiste à rassembler, intégrer et synthétiser de façon rigoureuse l'ensemble des connaissances sur lesquelles reposeront les recommandations. Ces connaissances s'appuient sur trois types de données (figure 4), qui se distinguent selon leur finalité :

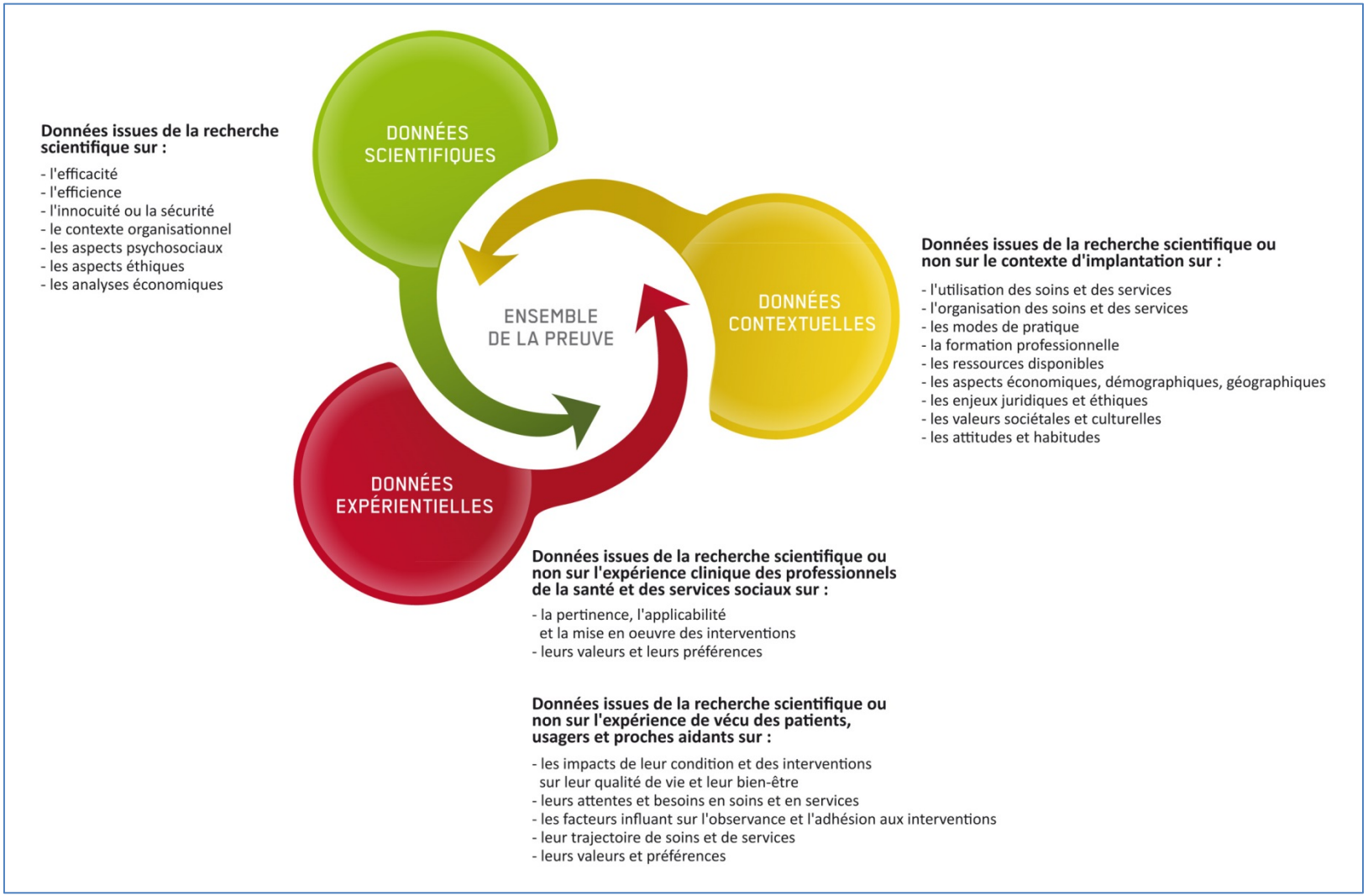
- Les **données scientifiques**, qui regroupent les données issues de la littérature scientifique sur l'étiologie, l'épidémiologie, la pathophysiologie d'une condition; sur l'efficacité, l'efficience, l'innocuité ou la sécurité d'une pratique, d'un traitement ou d'un mode d'intervention; sur le contexte organisationnel, les aspects psychosociaux et éthiques; sur les considérations économiques et, finalement, sur l'expérience documentée des patients, des usagers, des proches aidants et des professionnels de la santé. Les données scientifiques constituent la preuve scientifique à la base des recommandations.
- Les **données contextuelles** issues du contexte d'implantation, qui fournissent de l'information quant à l'applicabilité des interventions dans un contexte donné, à la faisabilité et à l'accessibilité des pratiques ou des interventions à l'étude, dont les aspects économiques, juridiques et éthiques.
- Les **données expérientielles**, qui renseignent sur l'applicabilité, la pertinence et l'acceptabilité des interventions. Elles proviennent de l'expérience de pratique des professionnels de la santé et des services sociaux ainsi que de l'expérience des patients, usagers et proches aidants.

Les données contextuelles et expérientielles sont aussi essentielles pour repérer les conditions favorables ou non à l'implantation du guide de pratique et les défis liés aux changements de pratique envisagés. Elles permettent également de déterminer les répercussions potentielles de l'adoption des recommandations sur les ressources (voir SECTION 1, PHASE 4, Étape du soutien à l'implantation).

La mobilisation de ces différents types de données commande le recours à des méthodes qualitatives et quantitatives de recherche issues de multiples disciplines ainsi que la consultation des parties prenantes.

La synthèse de l'intégration des données scientifiques, contextuelles et expérientielles constitue l'ensemble de la preuve, à partir duquel seront formulées les recommandations.

Figure 4 Processus de synthèse des données



ÉTAPE DE LA SYNTHÈSE DES DONNÉES SCIENTIFIQUES

Les données scientifiques sont collectées, sélectionnées et synthétisées selon un processus systématique.

Les méthodes de synthèse et d'analyse utilisées sont décrites de façon explicite et transparente.

Les forces et les limites de la preuve scientifique sont précisées.

Les données scientifiques issues de la recherche proviennent de la littérature scientifique. Elles sont de nature quantitative ou qualitative. Leur synthèse permet notamment d'évaluer des dimensions d'efficacité, d'innocuité ou d'efficience d'un traitement ou d'une intervention ainsi que des dimensions organisationnelles, psychosociales, éthiques, économiques, etc.

LES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA SYNTHÈSE DES DONNÉES SCIENTIFIQUES

- L'équipe de projet
- L'équipe de projet élargie
- Le comité consultatif

2.2 Revue systématique de la littérature

La **revue systématique** est la méthode à privilégier pour le repérage, la collecte, la sélection et la synthèse des données scientifiques issues de la littérature. Cette méthode fiable, reproductible et explicite permet de synthétiser les données de façon structurée.

La présente section expose sommairement les principales étapes de la synthèse des données scientifiques, soit la recherche de l'information, la sélection des études, l'évaluation de leur qualité méthodologique et l'extraction des données. Pour plus de détails, voir les *Normes de production des revues systématiques* et l'outil 1.2.a – Gabarit pour la rédaction d'une revue systématique.

Les stratégies de recherche de l'information, le processus de sélection des études, les méthodes et les résultats de l'évaluation de la qualité méthodologique des études ainsi que le processus d'extraction des données doivent être documentés.

Recherche de l'information

La recherche de l'information consiste à repérer des publications scientifiques pertinentes relativement à la question clinique ou de pratique, de même que les publications d'autre nature nécessaires à la compréhension et à l'analyse du sujet à l'étude. La recherche d'information, incluant l'élaboration des stratégies de recherche, devrait être réalisée par un spécialiste de l'information scientifique en collaboration avec l'équipe de projet.

La sélection des bases de données, au minimum deux, servant à rechercher les études

pertinentes à inclure dans la revue systématique, dépend du sujet à l'étude.

Pour accélérer le processus de production du guide de pratique, une première recherche d'information devrait être faite, afin de répertorier les guides de pratique et les revues systématiques déjà existants et récents (moins de 5 ans). Advenant l'existence de revues systématiques récentes, l'équipe de projet peut soit mener une revue des revues, soit une mise à jour d'une revue existante pour constituer la preuve scientifique.

Si la recherche révèle l'existence de guides de pratique récents, l'équipe de projet devrait considérer la pertinence de procéder à l'adaptation du ou des guides en question.

Sélection des études

La sélection des études correspond à l'examen des résultats de la recherche d'information scientifique en fonction des critères de sélection préétablis des études qui seront incluses dans la revue systématique. Généralement, les critères de sélection combinent les différents aspects des questions clés de recherche (PICOTS), auxquels s'ajoutent d'autres critères, par exemple le type d'études ciblées par la revue systématique.

Les études recensées lors de la recherche d'information doivent être évaluées et sélectionnées de façon à retenir les données qui répondront aux questions cliniques ou de pratique et qui constitueront la base des recommandations. Le type d'études considéré comme le plus approprié varie selon la question de recherche. La sélection des études doit être validée par un pair.

Pour accélérer le processus de sélection des études, les critères d'inclusion et d'exclusion doivent être définis clairement au préalable. Certaines approches, outils ou techniques de sélection peuvent aussi être appliqués, tels que : une première sélection indépendante en double pour 10 % des références, suivie d'une sélection par un seul examinateur; une première sélection par les filtres du logiciel bibliographique, suivie d'une sélection manuelle ou encore l'utilisation des applications développées à cet effet.

Évaluation de la qualité méthodologique

L'évaluation de la qualité méthodologique des études repose sur l'estimation des risques de biais pouvant compromettre la validité de ces dernières. Cette évaluation critique se révèle un élément essentiel influençant l'analyse et l'interprétation des résultats des études individuelles présentes dans la revue systématique et, par conséquent, les conclusions de cette revue. Le processus d'évaluation de la qualité d'une étude implique une part inévitable de jugement. Ainsi, pour minimiser tout biais potentiel, il est recommandé d'évaluer la qualité de façon indépendante par deux évaluateurs.

Plusieurs outils d'évaluation de la qualité méthodologique des études ont été élaborés. Le choix de l'outil dépend, entre autres, du type de plan de recherche de l'étude évaluée, de la validité et de la convivialité de l'outil (voir Outil 1.2.b - Liste des outils d'évaluation de la qualité méthodologique (document interne)).

Extraction des données scientifiques

L'extraction des données scientifiques est un processus de collecte et de retranscription des données des études incluses dans la revue systématique et pertinentes pour répondre aux questions cliniques et de pratique. Cette extraction est effectuée par un professionnel scientifique et validée par un de ses pairs. Des fiches ou des tableaux d'extraction de données préétablis et uniformisés sont utilisés pour permettre une collecte d'information rigoureuse et systématique (voir Outil 1.2.c- Gabarits de tableaux d'extraction de données selon le type d'études).

L'étape de l'extraction des données peut être accélérée par l'utilisation des grilles préétablies et uniformisées ou par le recours aux logiciels spécialisés ou aux plates-formes électroniques.

Synthèse des données scientifiques

La synthèse des données scientifiques permet : 1) de présenter la nature de ces données (tableaux de preuve); 2) de construire un argumentaire menant à l'appréciation du niveau de preuve de celles-ci (synthèse de la preuve scientifique) et 3) de formuler des énoncés de preuve scientifique.

1. **Les tableaux de preuve scientifique**

Les données scientifiques sont exposées sous forme de tableaux de preuve pour faciliter la présentation des études retenues et leurs principaux résultats. Les éléments suivants y sont rapportés :

- Les caractéristiques des études, notamment le plan de l'étude, la population ciblée, les paramètres de l'intervention, la taille de l'échantillon, la durée de suivi ou tout autre facteur pertinent.
- Les principaux résultats des études et leurs conclusions.
- L'appréciation de la qualité des données scientifiques.

Afin de faciliter la comparaison entre les résultats des études et d'orienter la synthèse de la preuve scientifique, il est recommandé d'organiser l'information par question clé de recherche et par résultats d'intérêt.

2. **La synthèse de la preuve scientifique**

Les tableaux de preuve scientifique sont accompagnés d'un argumentaire qui présente une synthèse des points rapportés dans les tableaux et une appréciation de la pertinence des résultats des études relativement aux populations ciblées et à leurs caractéristiques, aux interventions choisies comme comparateurs, au contexte et à l'impact clinique.

Il existe plusieurs méthodes de synthèse de la preuve scientifique, selon la source des données : celles issues des études quantitatives et celles issues des études qualitatives.

Lorsque les données recueillies proviennent d'études quantitatives, elles peuvent être reprises au moyen d'une synthèse narrative ou d'une méta-analyse.

La **synthèse narrative** repose sur l'analyse des relations observées entre les résultats des

études incluses dans la revue de la littérature, afin d'en dégager des constats au moyen d'un argumentaire. L'approche argumentaire utilisée devrait être la plus transparente et rigoureuse possible afin de réduire les risques de biais.

La **méta-analyse** consiste à regrouper, relativement à une même mesure, les résultats provenant des différentes études retenues, afin de produire à l'aide de méthodes statistiques un résultat unique appelé « résultat sommatif ». Lorsque les études sont trop hétérogènes, sur le plan clinique ou sur le plan méthodologique, elles ne devraient pas être combinées dans une méta-analyse. Une synthèse narrative devrait alors être envisagée. Les revues systématiques avec méta-analyses devraient être privilégiées, lorsque cela est possible.

Quant aux données issues des études qualitatives, elles sont reprises soit par une **synthèse narrative**, soit par une des méthodes de combinaison des résultats aussi nommées méthodes **méta-agrégatives**. Ces dernières sont des méthodes de revue systématique qui reproduisent le processus d'une revue quantitative, tout en s'en tenant aux traditions et exigences de la recherche qualitative (agrégation des résultats dans un tout s'avérant plus que la somme des résultats individuels, d'une manière qui est analogue à la méta-analyse.

La combinaison des résultats quantitatifs et qualitatifs (**revue mixte**) est de plus en plus considérée comme une méthode de synthèse de la preuve.

3. **Élaboration des énoncés de preuve scientifique**

À partir des tendances observées à la lumière de l'interprétation de la synthèse des données scientifiques, des énoncés de preuve scientifique sont élaborés. Ces énoncés ne sont pas des recommandations mais des constats.

> **Les énoncés de preuve scientifique sont associés à un niveau de preuve pondéré par différents critères (voir section 2.3 sur l'appréciation de la preuve scientifique ci-dessous).**

2.3 Appréciation de la preuve scientifique

L'appréciation de la preuve scientifique se distingue du concept d'évaluation de la qualité méthodologique des études (voir section 2.2 Revue systématique de la littérature). Elle consiste à juger la qualité de l'ensemble des données scientifiques à partir de critères déterminant dans quelle mesure ces données permettent d'établir un lien entre une intervention et les résultats obtenus à la suite de cette intervention.

Plusieurs méthodes d'appréciation de la preuve scientifique sont proposées dans la littérature. Celle qui est mise en avant dans ce guide méthodologique est inspirée de plusieurs approches (voir Outil 1.2.d – Système d'appréciation de la preuve scientifique et de détermination de la force des recommandations).

La méthode est présentée aux équipes de production des guides de pratique comme un projet en évolution dont la validité est en cours. Les critères d'appréciation considérés sont décrits ci-dessous.

Critères d'appréciation de la preuve scientifique

Le jugement de l'ensemble des données scientifiques repose sur les quatre critères suivants :

1. **Les limites méthodologiques des études**

Le critère des limites méthodologiques des études juge du niveau selon lequel les données des études incluses dans la synthèse de la littérature pour établir l'effet d'une intervention sur un résultat d'intérêt sont exemptes de biais associés au plan (devis) et à la conduite de ces études. L'appréciation de ce critère s'effectue en considérant les dimensions suivantes :

- La **quantité d'études** incluses dans la revue systématique de la littérature pour chaque question d'évaluation. Si la revue systématique est basée sur la revue des études de synthèses (revues systématiques avec ou sans méta-analyse), le nombre d'études primaires incluses dans ces synthèses est considéré.
- Le **plan d'étude optimal** pour répondre à la question d'évaluation associée aux résultats d'intérêt. En effet, une question d'évaluation peut trouver réponse en analysant des résultats issus de différentes sortes de plans d'études. Il peut s'agir d'études quantitatives comparatives ou non comparatives, d'études qualitatives ou d'études mixtes.
- Les **risques de biais**, incluant l'évaluation de la **qualité méthodologique des études**. Ce critère permet de juger de l'adéquation du processus adopté pour mener les études selon le plan envisagé et des mesures prises pour éliminer les biais potentiels, de même que de l'adéquation avec les méthodes de mesure des résultats d'intérêt. L'évaluation du risque de biais et de la qualité méthodologique se fait en fonction des outils proposés.
- La **précision**, qui renvoie au niveau de certitude de l'estimation de l'effet d'une intervention par rapport à un résultat d'intérêt.

2. **La cohérence/ la fiabilité**

Ce critère évalue le degré de similarité de la direction de l'effet ou le degré de similarité de la grandeur de l'effet en se basant sur les résultats des études incluses dans la synthèse des données scientifiques. L'appréciation de ces similarités doit tenir compte de la comparabilité des populations, des méthodes et des instruments de mesure dans les études retenues. Ce critère est non applicable lorsque la preuve se limite aux résultats d'une seule étude.

3. **L'impact clinique ou organisationnel**

Ce critère mesure le bénéfice potentiel de l'application d'une intervention à une population donnée. Il prend en compte la pertinence de la preuve scientifique présentée pour le contexte clinique (significativité clinique) et les besoins des patients, usagers ou proches aidants. Dans certains cas où il est plus difficile de mesurer les résultats attendus, il s'agirait d'apprécier le lien entre la preuve scientifique présentée et le degré d'atteinte des objectifs d'intervention établis au niveau clinique.

4. **La généralisabilité/transférabilité**

Le critère de généralisabilité ou de transférabilité évalue dans quelle mesure les participants aux études et le contexte de réalisation de ces études correspondent à ceux ciblés dans le contexte d'implantation des recommandations à formuler.

Niveau de preuve scientifique

Le niveau de preuve scientifique reflète l'intégration des résultats des quatre critères d'appréciation de la preuve scientifique en vue de rapporter la confiance qu'ont les évaluateurs dans les résultats des données scientifiques (tableau 1).

Tableau 1 – Niveau de preuve scientifique

Niveau de preuve	Définition
Élevé	Tous les critères ont obtenu une appréciation positive. Les évaluateurs ont un haut niveau de confiance que l'effet estimé est comparable aux objectifs de l'intervention. Il est peu probable que la conclusion tirée des données scientifiques soit fortement remise en cause par les résultats d'études futures.
Modéré	La plupart des critères ont obtenu une appréciation positive. Les évaluateurs ont un niveau de confiance modéré que l'effet estimé est comparable aux objectifs de l'intervention. Il est assez probable que la conclusion tirée de ces données soit remise en cause par les résultats d'études futures.
Faible	Tous ou la plupart des critères ont obtenu une appréciation négative. Les évaluateurs ont un faible niveau de confiance que l'effet estimé est comparable aux objectifs de l'intervention. Il est très probable que la conclusion tirée de ces données soit fortement remise en cause par les résultats d'études futures.
Insuffisant	Aucune donnée scientifique n'est disponible, ou les données disponibles sont insuffisantes. Les évaluateurs n'ont aucune confiance quant au lien entre l'effet estimé et les objectifs de l'intervention, ou ne peuvent pas tirer de conclusion à partir des données présentées.

OUTILS PRATIQUES

Gabarit pour la rédaction d'une revue systématique - Outil 1.2.a.

Liste des outils d'évaluation de la qualité méthodologique (document interne) - Outil 1.2.b.

Gabarits de tableaux d'extraction de données selon le type d'études - Outil 1.2.c.

Système d'appréciation de la preuve scientifique et de détermination de la force des recommandations - Outil 1.2.d.

ÉTAPE DE LA SYNTHÈSE DES DONNÉES CONTEXTUELLES

Les données contextuelles sont collectées et synthétisées en utilisant des méthodes rigoureuses.

Les méthodes de synthèse et d'analyse utilisées sont décrites de façon explicite et transparente.

Les données contextuelles font référence aux informations propres au contexte d'intervention, soit les circonstances qui entourent l'intervention à l'étude et les conditions qui s'y rattachent. Elles permettent donc de juger de l'applicabilité de l'intervention dans son contexte, de la faisabilité et de l'accessibilité des pratiques ou des interventions à l'étude.

Ces données se concentrent sur des questions de types *qui*, *quoi*, *où*, *comment* et *combien* et peuvent porter sur l'organisation des soins et des services, les aspects économiques, les enjeux sociaux, éthiques et juridiques, les valeurs sociétales et culturelles (figure 4 de la p.35).

LES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA SYNTHÈSE DES DONNÉES CONTEXTUELLES

- L'équipe de projet
- L'équipe de projet élargie
- Le comité consultatif
- Le comité de suivi

2.4 Repérage et collecte des données contextuelles

Le processus de collecte des données contextuelles doit être rigoureux, méthodique et transparent. Les données à recueillir, les stratégies et les techniques de collecte doivent être documentées. Les données doivent être consignées et analysées le plus objectivement possible. En raison de la complexité des aspects contextuels, il faut parfois faire appel à plusieurs méthodes pour les obtenir.

Le repérage et la collecte des données contextuelles se font à partir :

- de la consultation de la littérature grise non scientifique, telle que les documents administratifs, les rapports d'activités, les revues d'associations, les textes de loi, les codes de profession, etc.;
- de la consultation des bases de données médico-administratives;
- de l'évaluation sur le terrain;
- de la consultation des parties prenantes : entrevues, observations directes ou participantes, groupes de discussion, questionnaires, etc.

Les membres du comité de suivi sont aussi sollicités pour fournir des informations complémentaires, indiquer des sources documentaires et identifier des personnes-ressources qui pourraient être consultées afin de bien cerner toutes les dimensions de la problématique couverte par le guide de pratique.

2.5 Évaluation de la qualité

Certains éléments doivent être pris en considération pour évaluer la qualité des données contextuelles :

- la crédibilité de la source. Lorsqu'il s'agit d'un document, on portera une attention particulière à la provenance (organisme officiel, publication ou site reconnus), à la date de publication, aux mises à jour indiquées pour les sites Web, aux auteurs et aux références. S'il s'agit de parties prenantes, on soulèvera les questions d'affiliation et de conflits d'intérêts;
- la prise en compte des variations géographiques, socio-économiques et culturelles. On s'interrogera à savoir si les observations se distinguent d'une région à l'autre, selon le statut socio-économique, l'éducation ou l'origine. Ces éléments sont particulièrement importants lorsqu'on traite de questions d'accessibilité et d'équité;
- la possibilité de trianguler les méthodes ou les sources de données. L'utilisation d'au moins deux méthodes de collecte de données différentes (par exemple, entrevues et recherche documentaire) pour valider les données contextuelles accroît la confiance dans les résultats obtenus;
- la fiabilité des données, c'est-à-dire le degré de probabilité que les informations obtenues décrivent le contexte avec justesse.

2.6 Synthèse et analyse des données contextuelles

Les données contextuelles sont présentées de façon narrative suivant la même démarche que pour les données scientifiques (c'est-à-dire par question clé de recherche ou par résultat d'intérêt).

ÉTAPE DE LA SYNTHÈSE DES DONNÉES EXPÉRIENTIELLES

Les données expérientielles sont collectées et synthétisées en utilisant des méthodes rigoureuses.

Les méthodes de synthèse et d'analyse utilisées sont décrites de façon explicite et transparente.

Pour l'élaboration des guides de pratique, les données issues des expériences de pratique des professionnels et des intervenants ainsi que de l'expérience vécue par les patients, les usagers et leurs proches aidants constituent une source de connaissances non négligeable et complémentaire aux données scientifiques et contextuelles.

D'une part, les données expérientielles proviennent des observations personnelles que les professionnels de la santé et des services sociaux font dans leur milieu de pratique sur la pertinence, l'applicabilité et la mise en œuvre des interventions proposées, en fonction de leur contexte de pratique, de leur perception de l'état des connaissances, des attentes et des besoins en soins et en services des patients, usagers et proches aidants ainsi que des facteurs influant sur l'observance et l'adhésion aux interventions.

LES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA SYNTHÈSE DES DONNÉES EXPÉRIENTIELLES

- L'équipe de projet
- L'équipe de projet élargie
- Le comité consultatif
- Le comité de suivi

D'autre part, ces données proviennent des observations quotidiennes personnelles que font les patients, usagers et proches aidants quant aux impacts de leur condition et des interventions subies sur leur qualité de vie et leur bien-être, de même que des observations de ces derniers sur leur trajectoire de soins et de services. Plus précisément, les données expérientielles provenant des patients, usagers et proches aidants permettent de cibler :

- leurs attentes et besoins en matière de traitement ou d'intervention;
- leur expérience avec la maladie ou condition;
- leur conception de la qualité de vie et du bien-être;
- l'acceptabilité des traitements ou interventions proposés;
- les conditions d'observance et d'adhésion au traitement ou à l'intervention;
- l'impact de la maladie et des traitements ou interventions sur leur santé et leur bien-être;
- les risques qu'ils sont prêts à prendre en fonction des bienfaits attendus d'un traitement ou d'une intervention;
- leurs valeurs et leurs préférences relativement aux conséquences des différentes options considérées comme choix décisionnel;
- leurs préoccupations.

2.7 Méthode de collecte des données expérientielles

Le processus de collecte des données expérientielles doit, au même titre que pour les données scientifiques et contextuelles, être méthodique et transparent. Les données à recueillir ainsi que les stratégies et les techniques de collecte de données doivent être documentées. Les données doivent être consignées et analysées le plus objectivement possible.

Certaines données expérientielles sont issues de la littérature, mais encore peu d'études sont disponibles pour véritablement mettre en lumière les aspects d'expérience clinique et d'expérience vécue par les patients, usagers et proches aidants ou par les professionnels de la santé et des services sociaux. Il est alors indispensable de colliger ces informations au moyen d'autres méthodes.

Les données expérientielles non issues de la littérature scientifique proviennent de la consultation des parties prenantes. Voici quelques exemples des techniques les plus couramment utilisées : entrevues individuelles dirigées ou semi-dirigées, enquêtes, récits de vie, groupes de discussion et observations. Le choix d'une technique dépend des questions de pratique, de l'objectif et de la faisabilité de la consultation.

2.8 Évaluation de la qualité

Comme pour les données contextuelles, la confiance dans la validité des données expérientielles doit être recherchée, notamment en s'assurant que :

- les méthodes de collecte de données expérientielles respectent les normes reconnues pour chacune d'entre elles et sont explicitées;
- la crédibilité de la source est recherchée en prenant en compte les conflits d'intérêts, les affiliations, etc.;
- les expériences reflètent les variations géographiques, socio-économiques et culturelles;
- les méthodes ou sources des données sont triangulées. L'utilisation d'au moins deux méthodes de collecte de données différentes (par exemple, entrevues et recherche documentaire) permet de corroborer les informations obtenues;
- la fiabilité des données. Le degré de probabilité que les informations obtenues décrivent l'expérience avec justesse est assez élevé.

2.9 Synthèse et analyse des données expérientielles

Les données expérientielles sont présentées sous la forme d'une synthèse narrative suivant la même démarche que pour les données scientifiques (par question clé de recherche ou par résultat d'intérêt).

ÉTAPE DE L'ANALYSE DE L'ENSEMBLE DE LA PREUVE

Dans le cadre du système d'appréciation de la preuve scientifique et de détermination de la force des recommandations proposé dans le présent guide, l'analyse de l'ensemble de la preuve a pour objectif de rassembler, intégrer et synthétiser l'ensemble des données scientifiques, contextuelles et expérientielles répondant à chacune des questions cliniques ou de pratique afin d'élaborer des recommandations (voir Outil 1.2.d – Système d'appréciation de la preuve scientifique et de détermination de la force des recommandations).

LES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS L'APPRÉCIATION DE L'ENSEMBLE DE LA PREUVE

- L'équipe de projet
- L'équipe de projet élargie
- Le comité consultatif

Pour chacune des questions cliniques ou de pratique, l'ensemble de la preuve est exposé et apprécié selon les cinq critères suivants :

1. **L'énoncé de preuve** est formulé à partir des constats issus de l'analyse des données scientifiques. Un **niveau de preuve** y est associé selon les critères déterminés (voir SECTION 1, Phase 2, Appréciation de la preuve scientifique).
2. Les **aspects cliniques, épidémiologiques et organisationnels**. Pour ces aspects, il faut documenter les considérations jugées pertinentes dans le contexte de l'évaluation et dans le processus décisionnel menant aux recommandations, mais qui n'ont pas été prises en compte lors de la synthèse de la littérature.

   Il peut s'agir de : l'histoire naturelle de la maladie ou de la condition, sa gravité, sa prévalence, la disponibilité des traitements de remplacement, les modalités d'organisation des soins ou des services, etc.

   La nature de ces aspects peut varier selon l'objet d'évaluation. Les éléments retenus pour l'appréciation sont définis en concertation avec le comité consultatif.
3. **L'applicabilité de l'intervention**. Le critère d'applicabilité est évalué à partir de la preuve contextuelle et de la preuve expérientielle. En tenant compte du contexte d'implantation des recommandations, il s'agit d'estimer :
   - la pertinence des énoncés (constats) issus de la preuve scientifique pour la pratique clinique ou le système de santé et de services sociaux;
   - la possibilité d'application de l'intervention proposée;
   - la capacité de la mise en œuvre de l'intervention proposée en fonction des ressources disponibles;
   - la conformité de l'intervention proposée aux valeurs et normes sociétales ainsi qu'aux lois et règlements en vigueur, s'il y a lieu.
4. L'**acceptabilité**. Le critère d'acceptabilité repose sur la prise en compte de la preuve expérientielle et de la preuve contextuelle, ou encore de la preuve scientifique documentée de l'expérience des patients, des usagers, des

proches aidants ou des professionnels. Il permet de déterminer à quel point l'intervention proposée rejoint les valeurs et préférences du système de santé et de services sociaux, des cliniciens de même que des patients, usagers ou proches aidants. Les éléments à considérer sont :

- l'accessibilité (géographique, organisationnelle, économique, socioculturelle) de l'intervention proposée;
- les modalités d'administration de l'intervention proposée;
- les attentes, préférences et valeurs des patients, des usagers ou des proches aidants par rapport aux effets, aux risques et aux coûts de l'intervention proposée;
- les préférences et les valeurs des intervenants du système de santé et de services sociaux quant aux modalités cliniques et de pratique retenues pour la réalisation de l'intervention proposée.

5. **L'impact de l'implantation**. Il s'agit d'évaluer l'impact potentiel de la mise en œuvre des interventions proposées sur la population cible, les pratiques, l'organisation des soins et des services et les ressources du système. Ce critère est documenté à partir de la preuve contextuelle, incluant l'analyse économique ou l'analyse d'impact budgétaire.

L'appréciation de l'ensemble de la preuve est effectuée au cours d'un processus délibératif au sein du comité consultatif chargé de l'élaboration des recommandations. Ce processus conduit à la formulation des énoncés de recommandations.

La combinaison et l'interprétation des différents types de données demandent la mise en œuvre d'un processus de consultation et de délibération des membres du comité consultatif. À ce sujet, les méthodes de consensus formel ou informel sont mobilisées en recherchant l'équilibre entre les bénéfices et les inconvénients des interventions proposées. Il faut rappeler que la mesure de cet équilibre ne se limite pas à l'analyse de certaines dimensions de la preuve scientifique, mais tient compte de tous les critères d'appréciation de l'ensemble de la preuve mentionnés plus haut.

OUTIL PRATIQUE

Système d'appréciation de la preuve scientifique et de détermination de la force des recommandations - Outil 1.2.d

PHASE 3 – ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS

La troisième phase porte sur l'élaboration des recommandations et leur validation.

La première étape consiste en la formulation des énoncés de recommandations au moyen d'un processus délibératif.

La deuxième décrit les principes de rédaction des recommandations, la démarche d'attribution d'une force à ces dernières et la mise en évidence des recommandations clés.

La troisième étape énonce les modalités de validation du guide de pratique par les parties prenantes impliquées dans le processus, les réviseurs externes et les utilisateurs cibles.

ÉTAPE DE LA FORMULATION DES RECOMMANDATIONS

Le processus délibératif visant l'élaboration des recommandations, déterminé à priori lors de la planification du projet, est mis en œuvre et documenté.

Un lien explicite entre les recommandations et la preuve sur laquelle elles reposent est établi.

La force des recommandations est indiquée, et les recommandations clés sont mises en évidence.

3.1 Processus délibératif

Le processus délibératif consiste en une démarche permettant à un groupe de personnes de recevoir et d'échanger de l'information, de faire l'examen critique d'un enjeu, et de parvenir à une entente qui guidera la prise de décision [Fearon, 1998].

Le recours à des méthodes de consensus informel ou formel est nécessaire pour prendre en compte les perspectives des membres du comité consultatif lors de la prise de décision entourant l'appréciation de l'ensemble de la preuve et l'élaboration des recommandations. Couramment utilisée par les producteurs de guides de pratique, la **méthode de consensus informel** constitue une approche délibérative non structurée, sans recours à un système de cotation ni de votation. Elle s'appuie sur certains principes :

- la possibilité d'exprimer ses opinions est offerte à chaque participant; une attention particulière est accordée aux patients, usagers, proches aidants et représentants d'usagers qui siègent au groupe de travail;
- le temps de délibération est suffisant pour permettre des échanges constructifs et approfondis;
- les discussions ont lieu dans un esprit d'ouverture et sont constructifs, de façon à éviter toute pression ou intimidation.

Les méthodes de consensus formel, quant à elles, se fondent sur des approches structurées et systématiques. Quatre méthodes de consensus formel sont généralement reconnues pour la formulation des recommandations (voir Outil 1.3.a – Processus des méthodes de consensus).

1. **La méthode Delphi** à trois tours, à deux tours ou modifiée. Elle consiste en des enquêtes et des rétroactions à partir, généralement, de trois rondes itératives de consultation au moyen d'un questionnaire auprès des membres du groupe de travail chargé de l'élaboration des recommandations. Cette méthode est systématique et appropriée pour la recherche de consensus entre des participants qui ne peuvent physiquement pas se rencontrer, pour des raisons économiques ou logistiques.

2. **La technique du groupe nominal**. Elle se traduit par une rencontre structurée en présentiel (face à face) du groupe de travail, présidée par un modérateur expérimenté. Il s'agit d'un processus indépendant de génération et de priorisation (par vote) des idées.
3. **La RAND** Corporation–University of California Los Angeles Appropriateness Method. Elle permet de combiner la preuve scientifique au jugement collectif des experts afin d'obtenir un consensus. Cette méthode préserve l'intégrité de l'opinion individuelle des membres du groupe de travail par l'anonymat.
4. **La conférence de consensus**. Cette méthode permet l'élaboration des recommandations après l'exposition de l'ensemble des connaissances sur un sujet faisant l'objet du guide de pratique à un panel d'experts préalablement sélectionnés. Ceux-ci sont ensuite invités à examiner la preuve à la lumière de leur expérience en vue d'une discussion ou d'un débat.

Le choix d'une méthode de consensus s'effectue en considérant la nature du sujet du guide de pratique, la fenêtre décisionnelle pour répondre au besoin et la disponibilité des ressources (voir Outil 1.3.b - Matrice pour la détermination du choix d'une méthode de consensus formel).

Préalablement à la délibération, l'équipe de projet communique au comité consultatif chargé de l'élaboration des recommandations l'information sur :

- le processus délibératif adopté pour l'élaboration des recommandations;
- la synthèse de la preuve scientifique ainsi que l'énoncé et le niveau de preuve associé (pour chaque question clinique et de pratique);
- les synthèses narratives des données contextuelles et expérientielles (pour chaque question clinique et de pratique);
- les méthodes d'appréciation de la force des recommandations;
- le processus de formulation des recommandations finales.

Animation des délibérations

Pour optimiser les résultats du processus délibératif, l'animation des échanges doit être confiée à un modérateur possédant une expérience dans l'animation et la coordination de groupe (faire appel à un animateur externe serait une option à considérer). Le modérateur s'assure que chaque membre du groupe de travail est adéquatement informé de la procédure et a reçu toute la documentation d'appui aux délibérations. Il veille au bon déroulement des délibérations en s'appuyant sur les principes de transparence et de respect.

3.2 Formulation des énoncés de recommandations

Les énoncés de recommandations, fondés sur l'ensemble de la preuve (voir SECTION 1, PHASE 2, Étape de l'analyse de l'ensemble de la preuve), sont formulés au cours d'un processus délibératif.

Dans le cadre de l'élaboration des énoncés de recommandations, la recherche de consensus ne vise pas l'unanimité mais un degré d'accord entre tous les membres du comité consultatif sur :

- l'analyse de l'ensemble de la preuve;
- la formulation des recommandations;
- la détermination de la force de ces recommandations;
- la mise en évidence des recommandations clés.

Le processus d'élaboration des énoncés de recommandations requiert d'examiner avec le comité consultatif, en concertation avec le comité de suivi, l'impact de leur application sur la population cible et les répercussions potentielles sur les pratiques et sur les ressources humaines, matérielles et organisationnelles. Ainsi, le comité consultatif peut déterminer les éléments nécessaires à l'implantation des recommandations énoncées, tels que : l'accessibilité des différentes options de traitement ou d'intervention, la formation du personnel, les sources possibles de financement et l'allocation des ressources financières et matérielles, etc.

LES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA FORMULATION DES ÉNONCÉS DE RECOMMANDATIONS

- L'équipe de projet
- Le comité consultatif

Au terme du processus délibératif, les énoncés de recommandations proposés sont reconnus comme des interventions souhaitables et faisant consensus au sein du comité consultatif.

Les enjeux d'implantation de certaines recommandations ne devraient pas nuire à l'inclusion de ces recommandations jugées importantes par le comité consultatif. Ces enjeux doivent cependant être mentionnés comme obstacles à l'application des recommandations.

OUTILS PRATIQUES

Processus des méthodes de consensus - Outil 1.3.a.
Matrice pour le choix d'une méthode de consensus formel - Outil 1.3.b.

ÉTAPE DE L'APPRÉCIATION DES RECOMMANDATIONS

3.3 Rédaction des recommandations

La rédaction des recommandations constitue un processus rigoureux visant l'énonciation d'actions précises, concrètes et applicables. Chaque recommandation doit intégrer à la fois un objectif et une action en vue d'un résultat.

LES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS L'APPRÉCIATION DES RECOMMANDATIONS

- L'équipe de projet
- L'équipe de projet élargie
- Le comité consultatif

Les recommandations devraient être formulées de manière à ce qu'elles soient comprises par le public cible. Le recours à l'outil mnémotechnique SMART (Spécifique, Mesurable, Axée sur les résultats, Réalisable, Temporellement définie) pour formuler des recommandations est suggéré (voir encadré 10).

Les recommandations doivent être associées à la preuve scientifique sur laquelle elles reposent et présenter des indications et contre-indications, ou toute autre considération jugée importante. De plus, elles doivent tenir compte de l'ensemble de la preuve et refléter les valeurs et les préférences des professionnels, des patients, des usagers et des proches aidants. Elles sont accompagnées de notes expliquant *pourquoi*, *comment* et par *qui* elles doivent être suivies.

Encadré 10 – Outil mnémotechnique SMART pour l'élaboration d'une recommandation

OUTIL SMART	
S	**Spécifique** : Chaque recommandation ne devrait traiter que d'une seule question.
M	**Mesurable** : Elle devrait permettre d'évaluer sans équivoque si, oui ou non et dans quelle mesure, une recommandation a été mise en œuvre.
A	**Axée sur les résultats** : Les actions suggérées dans la recommandation devraient être énoncées dans le but d'atteindre un résultat concret ou de parvenir à une situation particulière.
R	**Réalisable** : Toute recommandation devrait pouvoir être réalisable en termes opérationnels. Les recommandations devraient mettre l'accent sur ce qui doit être fait dans la limite du raisonnable.
T	**Temporellement définie** : La temporalité de l'intervention découlant de la recommandation doit être clairement précisée.

Adapté de Bloom et Krathwohl [1956].

3.4 Attribution d'une force aux recommandations

Les recommandations sont reconnues comme des interventions souhaitables. Elles sont associées à une force reflétant : 1) la confiance que les effets positifs d'une intervention l'emportent sur les effets indésirables; et 2) le niveau attendu d'adoption de la recommandation.

La force de la recommandation est établie en prenant en considération l'ensemble de la preuve et le degré de consensus au sein du comité d'experts dans un processus délibératif.

Les recommandations peuvent être jugées fortes ou avec réserve, et elles peuvent induire à réaliser l'intervention ou à NE PAS réaliser l'intervention. La force d'une recommandation n'étant pas uniquement basée sur le niveau de preuve scientifique, il peut être justifié d'énoncer une recommandation forte avec un faible niveau de preuve scientifique ou une recommandation avec réserve en présence d'un niveau de preuve fort.

Une **recommandation forte** signale un haut niveau de confiance que les bénéfices de l'adoption d'une recommandation excèdent nettement les inconvénients (ou que les inconvénients excèdent les bénéfices, pour les recommandations fortes à NE PAS réaliser). Les utilisateurs du guide de pratique devraient appliquer une telle recommandation à moins d'une justification contextuelle contraire.

Une **recommandation avec réserve** souligne un faible niveau de confiance que les bénéfices de l'adoption d'une recommandation excèdent nécessairement les inconvénients (ou que les inconvénients excèdent les bénéfices, pour les recommandations à NE PAS réaliser). Les utilisateurs du guide devraient généralement appliquer une recommandation de ce type s'ils considèrent que d'autres actions peuvent être entreprises, selon les circonstances cliniques ou les préférences du patient, de l'usager ou du proche aidant ou encore en fonction du contexte organisationnel. Les recommandations avec réserve offrent ainsi une certaine flexibilité aux utilisateurs du guide dans leur prise de décision.

Une recommandation jugée essentielle par les membres du comité d'experts (comité consultatif) mais qui ne s'appuie pas sur une preuve scientifique peut être reconnue comme une **recommandation de bonne pratique**.

L'interprétation de la force des recommandations et leur implication pour la pratique, selon le public considéré (patients, usagers ou proches aidants; professionnels ou décideurs), sont présentées au tableau 2.

Tableau 2 – Interprétation des recommandations et implications pour la pratique

Force des recommandations	Niveau de consensus basé sur l'ensemble de la preuve	Interprétation des recommandations	Directive pour la formulation de la recommandation
Recommandation établie	Le groupe de travail est certain que l'intervention ou la décision est : ✓ associée à une obligation légale; ✓ peut avoir des conséquences sérieuses sur la santé ou le bien-être de la population si elle n'est pas appliquée.	▪ Pour la pratique L'intervention **<u>doit ou ne doit pas être appliquée</u>** à l'ensemble des patients, usagers ou proches aidants. ▪ Pour les décideurs publics La recommandation **<u>doit ou ne doit pas être appliquée</u>** à l'ensemble des situations.	La recommandation est formulée comme une norme ou une obligation, en utilisant le verbe « devoir ».
Recommandation forte	Le groupe de travail estime, avec un niveau de confiance élevé, que : ✓ pour la grande majorité des situations, des patients, usagers ou proches aidants, les bénéfices l'emportent sur les inconvénients, ou l'inverse; ✓ et que l'intervention ou le choix de la décision est efficient (coût-efficace).	▪ Pour la pratique L'intervention **<u>devrait ou ne devrait pas être appliquée</u>** à la grande majorité des patients, usagers ou proches aidants, dans la majorité des situations. ▪ Pour les décideurs publics La recommandation **<u>devrait être appliquée</u>** à l'ensemble des situations.	La recommandation est formulée comme une instruction directe, en utilisant le verbe « devoir » à la forme conditionnelle, suivi d'un verbe d'action. *Exemples : « l'intervention X devrait être offerte … », « …devrait être proposée… », « le clinicien devrait discuter … ».*
Recommandation avec réserve	Le groupe de travail estime, avec un niveau de confiance élevé, que : ✓ pour la grande majorité des situations, des patients, usagers ou proches aidants,	▪ Pour la pratique L'intervention **<u>pourrait ou ne pourrait pas être appliquée</u>**, selon les circonstances cliniques, les valeurs ou les préférences des patients, usagers ou	La recommandation est formulée comme une instruction directe, en utilisant le verbe « pouvoir » à la forme conditionnelle, suivi du verbe « considérer ».

	les bénéfices l'emportent sur les inconvénients, ou l'inverse; ✓ l'intervention ou le choix de la décision est efficient (coût-efficace); ✓ mais que d'autres options d'intervention ou d'autres choix décisionnels tout aussi efficients sont disponibles et peuvent être considérés.	proches aidants. ▪ Pour les décideurs publics La recommandation **pourrait être** appliquée, selon le contexte organisationnel.	*Exemple : « …. l'intervention X pourrait être considérée … »; « l'usage de …pourrait être considéré … »*
Opinion d'experts	Le groupe de travail estime, avec un niveau de confiance élevé, que : ✓ malgré l'absence de preuve scientifique, la preuve issue des données expérientielles est suffisante pour l'élaboration d'une recommandation applicable à la plupart des patients, usagers ou proches aidants, ou à certains choix décisionnels.	▪ Pour la pratique L'intervention **est considérée** au cas par cas, selon les circonstances cliniques, les préférences et les valeurs des patients, usagers ou proches aidants. ▪ Pour les décideurs publics Le choix décisionnel **est considéré** au cas par cas, selon le contexte organisationnel.	Le verbe « considérer » est utilisé.

3.5 Mise en évidence des recommandations clés

L'étape finale pour le comité consultatif consiste à souligner les recommandations qu'il considère comme les plus importantes. L'importance de la recommandation n'est pas nécessairement en rapport direct avec le niveau de la preuve scientifique ou la force de celle-ci, mais reflète dans quelle mesure elle est associée aux résultats d'intérêt les plus importants pour la pratique clinique ou la santé et le bien-être du patient, de l'usager ou du proche aidant.

En général, les recommandations clés sont mesurables et répondent directement aux principales questions cliniques ou de pratique ayant guidé l'élaboration du guide. Il s'agit, le plus souvent, des recommandations qui seront priorisées dans la planification de l'implantation du guide de pratique et qui feront l'objet d'un suivi (voir SECTION 1, PHASE 4, Implantation et suivi).

Les recommandations clés doivent être facilement repérables par les utilisateurs du guide de pratique. Elles peuvent être mises en évidence de différentes façons : utilisation de tableaux les regroupant selon les thèmes abordés; choix de polices ou de tailles de caractères, ou encore de styles différents; inscription de numéros en début de section; recours à des codes visuels (des couleurs ou des pictogrammes), etc.

OUTIL PRATIQUE

Système d'appréciation de la preuve scientifique et de détermination de la force des recommandations - Outil 1.2.d.

ÉTAPE DE LA RÉVISION DU GUIDE DE PRATIQUE

La révision du guide de pratique par les groupes de travail, les lecteurs externes et les utilisateurs cibles est menée et documentée.

La révision du guide de pratique se fait en deux, voire trois, étapes par les parties prenantes :

- une révision méthodologique réalisée par les comités consultatif et de suivi;
- une révision de contenu effectuée par les lecteurs externes;
- une révision écologique assurée par les futurs utilisateurs du guide.

LES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA RÉVISION DU GUIDE DE PRATIQUE

- Le comité consultatif
- Le comité de suivi
- Le groupe des lecteurs externes
- Le groupe des utilisateurs
- Un des comités permanents de l'INESSS

3.6 Révision méthodologique par les comités

La révision méthodologique du guide est effectuée par les membres des comités ayant contribué à son élaboration.

Les membres du **comité consultatif**, qui participent à l'élaboration des recommandations, s'assurent de la qualité scientifique du guide de pratique, c'est-à-dire qu'ils vérifient la cohérence entre les résultats de l'analyse de l'ensemble des données, l'interprétation de ces résultats et la nature des recommandations.

Le **comité de suivi**, constitué de représentants des instances professionnelles et organisationnelles concernées par le guide, examine l'applicabilité des recommandations dans la pratique et le contexte du Québec et valide le format du guide, afin de s'assurer qu'il répond au mieux aux besoins des utilisateurs. La révision effectuée par ce comité permet aussi d'établir les meilleures stratégies d'implantation et d'adoption des recommandations, de même que de prévoir les obstacles à l'implantation.

3.7 Révision de contenu par les lecteurs externes

La révision par les lecteurs externes du guide de pratique a pour objectif d'apprécier (voir La politique relative à la lecture externe des produits de l'INESSS) :

- le recours aux meilleurs processus et méthodes pour l'élaboration d'un guide de pratique;
- la qualité scientifique du guide par la révision de la cohérence entre la preuve et les recommandations à la lumière des questions de pratique auxquelles le guide répond;
- l'applicabilité du guide à son contexte d'implantation;
- la transparence du processus d'élaboration du guide.

Le choix des lecteurs externes

L'équipe de projet, les membres des différents comités ou d'autres experts consultés tout au long du processus de production proposent les noms de lecteurs externes potentiels au Québec ou hors Québec en fonction des critères suivants :

- l'appartenance aux domaines d'expertise relatifs aux dimensions abordées dans le guide;
- la crédibilité (reconnaissance par les pairs, nombre de publications scientifiques dans le domaine, etc.);
- la diversité des points de vue nécessaires à l'examen du dossier;
- la diversité de la provenance géographique selon les contextes d'implantation du guide.

Le groupe de lecteurs externes peut inclure des professionnels de la santé et des services sociaux, des experts scientifiques ou cliniques dans le domaine d'intérêt, des experts en méthodologie de production de guides de pratique, des gestionnaires, des groupes représentant des patients, des usagers ou des proches aidants. Le nombre de lecteurs externes est déterminé par l'équipe de projet; cependant, un nombre minimal de trois ou quatre est souhaitable.

L'équipe de projet pourrait aussi envisager un appel public ouvert à tous pour la révision de la version préliminaire du guide de pratique. Étant donné que cette option peut générer une grande quantité de données à traiter, l'équipe doit s'assurer au préalable de la disponibilité des ressources nécessaires pour cette démarche.

Les lecteurs externes ne devraient pas avoir été impliqués dans le processus de réalisation du guide de pratique.

L'équipe de projet doit documenter les conflits d'intérêts potentiels des lecteurs externes et juger de leur influence sur les commentaires émis.

La collecte des commentaires

La collecte des commentaires des lecteurs externes se fait par l'envoi ciblé et individuel du guide auprès des lecteurs préalablement sélectionnés. Dans le cas d'une révision ouverte au public, la collecte des commentaires se fait par une invitation à toutes les parties prenantes (par exemple, invitation sur le site Web ou par l'entremise d'une liste d'abonnés). La version préliminaire du guide de pratique, comprenant les questions cliniques et de pratique, les méthodes de production, l'ensemble de la preuve et les recommandations, est soumise aux lecteurs identifiés, ainsi qu'un guide d'appréciation (voir Outil 1.3.c - Guide d'appréciation pour les lecteurs externes).

Le traitement des commentaires

La révision externe pourrait, dans certaines circonstances, conduire à la remise en question de la logique ayant permis d'énoncer la preuve sous forme de recommandations; de la formulation et l'appréciation de la force des recommandations; et du format du guide de pratique.

L'équipe de projet est responsable du traitement des commentaires des réviseurs externes. Les résultats de l'analyse de ces commentaires ainsi que la façon dont ils ont été ou non

intégrés dans la version finale du guide doivent être documentés, pour un contrôle adéquat de la qualité (voir Outil 1.3.d- Matrice pour le tableau de traitement des commentaires des lecteurs externes). Dans tous les cas, l'adoption d'une approche systématique de réponse aux commentaires de chaque lecteur externe ou groupe de lecteurs est fortement recommandée. Sans être nécessairement transmises à chaque lecteur, les réponses aux commentaires doivent être consignées pour toute demande d'accès à l'information à ce sujet.

3.8 Révision écologique par les groupes d'utilisateurs

La révision écologique auprès des utilisateurs cibles du guide de pratique consiste à recueillir l'opinion de ces derniers relativement à la pertinence du contenu général, à la clarté des recommandations et au format du document. Elle a pour objectifs 1) d'assurer que les recommandations répondent aux besoins des utilisateurs quant à la clarté et au potentiel d'utilisation du guide dans la pratique et 2) de favoriser la participation des utilisateurs à l'implantation et à l'adoption du guide. Cet exercice permet aussi de préciser le besoin d'élaboration d'outils de pratique dérivés du guide.

La sélection des participants

L'équipe de projet, avec le soutien du comité de suivi, répertorie les milieux de pratique les plus susceptibles d'implanter le guide en cours d'élaboration. La sélection des groupes d'utilisateurs doit tenir compte de leur diversité.

La collecte et le traitement des commentaires

Divers moyens peuvent être adoptés pour la collecte des commentaires des utilisateurs cibles : groupes de discussion en présence ou en visioconférence, consultation par voie électronique, etc. Dans tous les cas, la version préliminaire du guide de pratique doit être soumise aux groupes ciblés avant le processus de consultation. L'approche de consultation se veut participative et mobilisatrice afin d'inciter les participants à exprimer leurs besoins ainsi que la réalité inhérente à leur contexte de pratique respectif.

L'équipe de projet a la responsabilité d'analyser l'ensemble de l'information reçue lors des consultations pour en ressortir les principaux éléments. Les résultats de cette analyse peuvent ultimement moduler certains aspects du guide de pratique. Toutefois, étant donné l'effort de mobilisation des connaissances tout au long de son élaboration, les commentaires découlant des consultations des utilisateurs devraient davantage conduire à la modification de la forme du guide ou des outils dérivés qu'à un remaniement majeur des recommandations.

La version du guide de pratique intégrant les commentaires des lecteurs externes et des utilisateurs cibles doit être de nouveau soumise au comité consultatif et au comité de suivi pour approbation.

3.9 Approbation par les comités permanents de l'INESSS

Avant la publication, chaque guide de pratique de l'INESSS fait l'objet d'une approbation par un des comités permanents de l'Institut. Par leur mandat, les comités permanents contribuent à assurer la rigueur scientifique ainsi que l'acceptabilité professionnelle et sociale des productions de l'INESSS.

OUTILS PRATIQUES

Guide d'appréciation pour les lecteurs externes - Outil 1.3.c

Matrice pour le tableau de traitement des commentaires des lecteurs externes - Outil 1.3.d

DOCUMENT À CONSULTER

Politique pour la lecture externe des produits de l'INESSS. Disponible à : http://www.inesss.qc.ca/publications/documents-methodologiques.html

PHASE 4 – IMPLANTATION ET SUIVI

La dernière phase de production du guide, celle de l'implantation et du suivi, se décline en quatre étapes : la rédaction et l'édition, l'implantation, le suivi et la mise à jour.

L'étape de la rédaction et de l'édition concerne la structure et le style de rédaction d'un guide de pratique et de ses documents associés ainsi que de l'édition.

L'étape de l'implantation se rapporte à la façon dont le guide de pratique sera déployé pour rejoindre son public cible sur le terrain. Bien que cette phase arrive au terme de l'élaboration, elle se prépare dès le début du processus, lors des étapes du cadrage et de la planification. Elle a trait, notamment, à la mise en œuvre de stratégies de diffusion et de transfert des connaissances ainsi que de stratégies de soutien à l'implantation.

L'étape du suivi permet de mesurer le niveau d'implantation des recommandations et leur impact sur les pratiques, l'organisation des soins et services, la santé et le bien-être des populations.

Enfin, la dernière étape touche à la planification des mises à jour du guide de pratique afin de le maintenir à la fine pointe des développements scientifiques et pertinent pour la pratique.

ÉTAPE DE LA RÉDACTION ET DE L'ÉDITION DU GUIDE

La rédaction du guide de pratique et des documents associés se fait à partir des gabarits éditoriaux de l'INESSS.

Les recommandations clés sont facilement repérables dans le guide de pratique.

Le lien entre les recommandations et la preuve qui les soutient est établi de façon explicite.

Le guide de pratique est rendu accessible au public.

L'étape de la rédaction et de l'édition d'un guide de pratique concerne la structure et le style littéraire à adopter. La structure se rapporte à la présentation de l'information. Le style littéraire se réfère aux éléments qui contribuent à assurer la clarté du contenu.

LES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA RÉDACTION DU GUIDE

- L'équipe de projet
- L'équipe de projet élargie

4.1 Structure du guide de pratique

La rédaction du guide de pratique se décline en plusieurs documents : le guide de pratique complet, le guide de pratique sommaire et le rapport technique, les gabarits éditoriaux pour la rédaction de ces documents (voir Outil 1.4.a- Gabarit pour la rédaction d'un guide de pratique (à venir)).

Le guide de pratique complet

Le guide de pratique complet présente les recommandations pour la pratique, la preuve soutenant ces recommandations ainsi que le processus et les méthodes adoptés pour son élaboration. Plus précisément, ce document contient :

- Des pages liminaires mentionnant :
  - l'identité des membres des groupes de travail constitués pour l'élaboration du guide de pratique;
  - la déclaration d'intérêts des membres des groupes de travail;
  - la déclaration de l'indépendance éditoriale (source de financement et son impact sur la réalisation du guide de pratique).
- Une section résumée exposant la liste complète des recommandations avec le niveau d'appréciation de leur force ainsi que le lien explicite avec l'appréciation de la preuve qui les soutient.
- Une introduction.
- Une section sur la portée du guide de pratique présentant :
  - ses objectifs;
  - la population cible;
  - les utilisateurs et les milieux de pratique cibles;
  - les questions cliniques et de pratique et les dimensions de l'intervention couvertes;

    - les principes qui en ont dirigé l'élaboration.
- Une section résumant la démarche d'élaboration.
- Une section sur l'étiologie de la condition de santé ou de bien-être concernée par le guide de pratique et les données épidémiologiques.
- Des sections présentant la preuve et les recommandations pour chaque dimension couverte.
- Une section sur les modalités de suivi des recommandations.
- Une section de recommandations pour la recherche ou l'avancement des connaissances dans le domaine.
- Les stratégies envisagées pour la mise à jour du guide.
- Les références.
- Les annexes présentant, entre autres, les outils pour la pratique.

Le guide de pratique sommaire

Le guide de pratique sommaire est un document qui se veut plus pragmatique pour la diffusion des recommandations auprès des utilisateurs. Il présente certains éléments du guide complet, tels qu'une brève introduction incluant les objectifs, la portée et les utilisateurs ciblés et la liste complète des recommandations. Les recommandations clés sont mises en évidence dans le texte ou présentées sous la forme d'encadrés ou de tableaux.

Le rapport technique

Le rapport technique est élaboré pour rendre accessible l'ensemble des résultats de la synthèse des données. Ce document devrait, entre autres, contenir :

- Une section sur les processus et méthodes adoptés pour l'élaboration du guide :
    - les groupes de travail constitués;
    - les modalités de sélection, de consultation et d'implication de chaque groupe de parties prenantes, y compris les patients, usagers et proches aidants;
    - les méthodes de collecte, d'analyse et de synthèse des données;
    - les méthodes d'appréciation de la preuve;
    - les méthodes délibératives appliquées pour l'élaboration des recommandations;
- les synthèses de données scientifiques pour chaque question clinique ou de pratique;
- les synthèses de données contextuelles et expérientielles;
- le compte rendu du traitement des commentaires des réviseurs externes et des groupes d'utilisateurs.

Le guide de pratique complet, le guide de pratique sommaire ainsi que le rapport technique doivent être accessibles au public. Ils sont par conséquent publiés sur le site Web de l'INESSS.

4.2 Style du guide de pratique

Le guide de pratique est rédigé dans un style descriptif et avec une syntaxe simple. L'emploi d'un vocabulaire adapté au domaine d'intervention et aux utilisateurs du guide est conseillé. La rédaction suit les indications du guide de rédaction de l'INESSS (voir le Guide de rédaction des rapports de l'INESSS (document interne)).

Avant la publication, le contenu du guide de pratique doit faire l'objet d'une révision linguistique, d'une vérification bibliographique et d'une révision de la mise en page.

OUTIL PRATIQUE

Gabarit pour la rédaction d'un guide de pratique – Outil 1.4.a (à venir)

DOCUMENT À CONSULTER

Guide de rédaction des rapports de l'INESSS (document interne)

ÉTAPE DU SOUTIEN À L'IMPLANTATION

Le guide de pratique est diffusé dans un espace public et auprès des parties prenantes.

Le recours à plusieurs stratégies de transfert des connaissances adaptées à chaque public cible est privilégié.

Les parties prenantes prévoient et énoncent les conditions favorables à l'implantation.

Les stratégies d'implantation sont proposées.

4.3 Diffusion du guide de pratique

LES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LE SOUTIEN À L'IMPLANTATION

- L'équipe de projet
- L'équipe de projet élargie
- Le comité de suivi
- Les agents de changement

La diffusion d'un guide de pratique consiste à assurer son accessibilité et sa distribution auprès des utilisateurs et d'autres publics cibles. Elle vise principalement les utilisateurs identifiés lors de l'étape du cadrage du projet de production. Le guide doit cependant être aussi accessible aux décideurs qu'au public.

Les stratégies de publication d'un guide de pratique sont variées et dépendent des publics cibles. À la lumière de l'information recueillie auprès des parties prenantes tout au long du processus de production, les membres de l'équipe élargie responsables des communications et du transfert des connaissances, en soutien à l'équipe de projet, déterminent les moyens, les lieux et le moment de diffusion et de promotion du guide.

Parmi les moyens qui peuvent être utilisés pour informer les utilisateurs de la publication du guide et de ses modalités de distribution, on compte :

- la publication sur le site Web de l'Institut;
- l'annonce par l'entremise de la lettre de nouvelles de l'Institut ou d'autres médias;
- des envois ciblés auprès
  - des décideurs;
  - des associations et des ordres professionnels;
  - des établissements de santé et de services sociaux;
  - des facultés;
  - des associations de patients, d'usagers ou de proches aidants.

4.4 Transfert des connaissances et soutien à l'implantation

Le transfert des connaissances renvoie aux meilleures stratégies d'adaptation et de transmission du guide de pratique aux différents publics cibles, dont les utilisateurs, afin d'en soutenir l'implantation et l'appropriation.

Le recours à des stratégies multiples de transfert des connaissances favorise l'implantation du guide. En collaboration avec les membres des comités consultatif et de suivi, l'équipe de projet

et les membres responsables des communications et du transfert des connaissances de l'équipe élargie définissent ces stratégies en cours de processus d'élaboration du guide. Pour ce faire, ils établissent :

- les publics cibles;
- les objectifs de transfert des connaissances selon les publics visés;
- le contenu à transmettre;
- les outils de transfert des connaissances à concevoir;
- le soutien à offrir aux personnes ou organismes responsables de l'implantation du guide.

Identification des publics cibles

Les publics cibles d'un guide de pratique sont tous les groupes de personnes ou les organismes susceptibles d'utiliser le guide ou d'en faire la promotion auprès des utilisateurs ou des publics visés par les recommandations. Les groupes de professionnels de la santé et des services sociaux, les organismes professionnels, les groupes de décideurs ou d'autres groupes, tels que l'industrie technologique et les regroupements de patients ou d'usagers peuvent être sollicités pour leur capacité à rejoindre ou à influencer les utilisateurs cibles.

Détermination des objectifs de transfert des connaissances

Les objectifs de transfert des connaissances varient selon les publics visés. Il peut s'agir d'informer et de sensibiliser, de former ou encore de soutenir la prise de décision.

Sélection du contenu à transmettre selon les publics visés

Le contenu à transmettre dépend du public et des objectifs. Il peut concerner, par exemple, l'organisation des soins et des services, l'aide à la décision pour les patients, usagers ou proches aidants, les recommandations de bonnes pratiques pour les professionnels.

Élaboration des outils de transfert des connaissances

Les outils de transfert des connaissances pour les recommandations du guide de pratique sont conçus selon les objectifs, le contenu à transmettre pour répondre à ces objectifs et les publics cibles. Par exemple, on privilégiera pour un objectif :

- d'information : des dépliants, des capsules audiovisuelles, des sites ou des pages Internet consacrés au guide, des articles scientifiques, etc.;
- de formation : des webinaires, des présentations à des colloques ou à des conférences, etc.;
- de soutien à la prise de décision : des applications mobiles, des fiches aide-mémoire, des affiches, etc.

La conception d'un outil d'aide à la décision destiné aux patients, usagers ou proches aidants devrait aussi être envisagée.

L'élaboration de certains outils devrait se faire en collaboration étroite avec les représentants des groupes ciblés et faire l'objet d'une validation de la part de ces groupes. Tel est le cas, notamment, des webinaires, des capsules audiovisuelles, des dépliants et des outils destinés aux patients. Des comités *ad hoc* ou des groupes de discussion peuvent être créés, ou une consultation sur le terrain peut être effectuée.

Soutien aux personnes et organismes responsables de l'implantation

L'équipe de projet et l'équipe de projet élargie s'assurent que du soutien est offert aux établissements ou organismes pour l'implantation des recommandations. Ce soutien peut se traduire par :

- la conception, l'édition et la publication des outils de transfert des connaissances mentionnés précédemment;
- la coordination des interactions entre les parties prenantes concernées dans le réseau de la santé et des services sociaux par la mise en place de communautés de pratique ou de plateformes Wiki.

Les plans de diffusion et de transfert des connaissances sont élaborés en tenant compte des ressources financières, matérielles et humaines disponibles. Les démarches sont documentées pour faciliter le suivi du processus d'implantation du guide de pratique.

4.5 Soutien à l'implantation

L'étape de l'implantation du guide de pratique concerne l'adoption des recommandations dans la pratique par les utilisateurs cibles. Cette adoption conduit à des changements dans les pratiques cliniques, dans l'organisation des soins et des services ou dans la règlementation, en réponse aux besoins décisionnels à l'origine de la production du guide.

La visée du processus de soutien à l'implantation est inhérente à l'approche collaborative de mobilisation des connaissances. Celle-ci consiste à mettre à contribution, tout au long du processus, les parties prenantes concernées dans le but non seulement de produire des recommandations qu'elles jugent pertinentes, applicables et acceptables, mais de prévoir et de mettre en place les conditions favorables à l'implantation du guide.

L'implantation constitue une démarche en soi, qui doit prendre en compte plusieurs éléments, dont le choix de la ou des pratiques à instaurer; les effets envisagés sur la clientèle visée ou sur la pratique, ou encore sur l'organisation des soins et des services actuels; les moyens pour adapter la ou les pratiques aux contextes locaux; les moyens pour cerner les barrières et les facilitateurs à l'implantation; le contexte organisationnel du ou des milieux où seront implantées les nouvelles pratiques; les moyens potentiels pour étendre l'implantation des pratiques ciblées à l'ensemble des établissements et, enfin, les stratégies pour assurer la pérennité du ou des nouvelles pratiques.

Dans une perspective d'implantation, l'interaction continue avec les parties prenantes doit permettre :

- le choix des recommandations prioritaires à implanter;
- l'analyse du contexte d'implantation des recommandations;
- l'identification des agents de changement dans les milieux de pratique;
- l'élaboration de stratégies de transfert des connaissances et de soutien à l'implantation adaptées aux besoins de chaque public cible.

Choix des recommandations prioritaires

Au préalable, il importe de cibler les recommandations qui feront l'objet d'une démarche d'implantation. Certaines recommandations peuvent entrainer des changements de pratique ou organisationnels importants et nécessiter un plus grand soutien à l'implantation. D'autres, au contraire, peuvent être adoptées rapidement et faire seulement l'objet d'une diffusion.

Lorsque les recommandations d'un guide présentent un lien organique entre elles, elles doivent être implantées ensemble. Si le guide comporte plusieurs volets, on peut décider de réaliser un volet dans un premier temps et les autres volets par la suite.

Le choix des recommandations à prioriser doit se faire avec les membres du comité de suivi et les utilisateurs des milieux concernés par le changement de pratique.

Analyse du contexte d'implantation

Le contexte d'implantation concerne les caractéristiques des milieux de pratique, l'organisation des soins et des services, les politiques en place et les ressources disponibles. L'analyse de ce contexte s'effectue avec la collaboration du comité de suivi et des utilisateurs sur le terrain ainsi que par l'analyse des données contextuelles issues de la littérature, scientifique ou non. Elle a pour objectifs :

- de formuler des recommandations ancrées dans la pratique, applicables dans leur contexte d'implantation et pertinentes pour les professionnels de la santé et des services sociaux, les patients, usagers et proches aidants;
- de prévoir les défis liés aux changements de pratique, organisationnels, de politiques ou réglementaires envisagés par l'adoption des recommandations;
- d'adapter aux différents milieux de pratique les stratégies de diffusion et de transfert des connaissances et de soutien à l'implantation.

Identification et rôle des agents de changement

En cours de processus, l'équipe de projet élargie sollicite l'aide des parties prenantes pour identifier et interpeller les agents de changement dans les milieux de pratique ou les secteurs d'activité touchés par les recommandations. Les agents de changement sont des personnes reconnues pour leurs qualités de leadership dans leur milieu de pratique ou dans l'organisation des soins et des services et considérées comme crédibles par leurs pairs. Il peut s'agir de professionnels de la santé ou des services sociaux, de gestionnaires, de chercheurs, de patients, d'usagers ou de proches aidants. Ces agents appuient le changement (les recommandations) proposé et participent activement à son implantation et à son adoption dans les milieux de pratique.

L'appui des gestionnaires et des décideurs demeure essentiel pour toute implantation de nouvelles pratiques ou tout changement organisationnel. Le changement de pratique ou organisationnel exige temps, ressources humaines et matérielles, persuasion et énergie.

L'identification des agents de changement se fait par la consultation des membres du comité de suivi, qui sont des représentants des organismes ou des groupes d'individus interpellés par le sujet du guide de pratique ou responsables de rendre compte de son implantation.

DOCUMENTS À CONSULTER

Préparation du plan de réalisation d'un projet : guide méthodologique. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_GuideMetho_Plan_de_realisation_04.pdf

La mobilisation des connaissances : synthèse des réflexions sur les pratiques à l'AETMIS. Rapport préparé par Monique Fournier. Montréal, Qc : AETMIS; 2011. Disponible à : http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/TransfertMobilisationConnaissances/La_mobilisation_des_connaissances.pdf

ÉTAPE DU SUIVI DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations qui feront l'objet d'un suivi sont déterminées.

Les indicateurs de suivi sont développés et mesurés.

L'étape du suivi des recommandations est effectuée après la publication et l'implantation du guide de pratique. Cette étape consiste à évaluer dans quelle mesure le guide a été adopté par les utilisateurs cibles et à mesurer l'impact réel du guide sur le changement de pratiques et sur la population cible. Le suivi s'effectue en collaboration avec les utilisateurs et les membres du comité de suivi.

LES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LE SUIVI DES RECOMMANDATIONS

- L'équipe de projet
- L'équipe de projet élargie
- Le comité de suivi

4.6 Planification du processus de suivi

La planification du suivi des recommandations débute dès l'étape de la planification de l'élaboration du guide de pratique, par la détermination des objectifs de l'évaluation et des résultats d'intérêt souhaités. L'élaboration d'un modèle logique de l'implantation du guide de pratique constitue un outil pratique pour illustrer les éléments essentiels au suivi de l'implantation des recommandations (voir Outil 1.1.h - Canevas pour l'élaboration d'un modèle logique).

Par la suite, le type d'évaluation et les méthodes à privilégier sont établis et les indicateurs de suivi sont choisis.

4.7 Dimensions d'évaluation pour le suivi des recommandations

Le processus de suivi de l'implantation d'un guide de pratique comporte généralement deux dimensions : l'évaluation de l'implantation et l'évaluation des effets.

L'évaluation de l'implantation

L'évaluation de l'implantation d'un guide de pratique vise à expliquer l'influence des éléments du processus ou du contexte d'implantation sur les effets obtenus, notamment :

- le niveau de diffusion du guide (combien de copies du guide ont été envoyées ou téléchargées? Combien d'activités de transfert de connaissances ont été menées et auprès de quel public?);
- le niveau d'atteinte des utilisateurs cibles (les bonnes personnes ont-elles été rejointes?);
- le degré d'implantation du guide (les stratégies d'implantation planifiées ont-elles été mises en œuvre?);

- le niveau d'adoption des recommandations par les utilisateurs cibles (dans quelle mesure les pratiques courantes sont-elles conformes aux recommandations du guide?).

L'enquête et l'analyse documentaire représentent les méthodes à privilégier pour la mesure du niveau d'implantation d'un guide de pratique. Pour la mesure de l'adoption des recommandations, une étude descriptive ou observationnelle de type avant et après l'implantation peut être menée à partir des données auto-rapportées au cours d'une enquête ou des données médico-administratives.

L'évaluation des effets

L'évaluation des effets d'un guide de pratique consiste à établir des liens causaux entre les recommandations implantées et leurs impacts sur les changements de pratique et les résultats de santé et de bien-être de la population. Il est toutefois difficile d'isoler l'effet uniquement attribuable à l'implantation du guide de pratique. Cela impliquerait de recourir à des études comparatives avec un groupe témoin, sur la relation entre l'exposition à l'implantation et l'adoption du guide de pratique. En général, une appréciation, de type avant et après l'implantation, de l'amélioration des paramètres suivants est effectuée :

- les variations (changements) des pratiques;
- l'état de santé et de bien-être de la population;
- l'utilisation des ressources;
- l'organisation des soins et des services.

4.8 Choix et sources des indicateurs de suivi

Pour l'opérationnalisation des évaluations d'implantation et des effets, des indicateurs sont développés. Il peut s'agir d'indicateurs de structure (les ressources), de processus (les pratiques, l'organisation des soins et des services) ou de résultats (états de santé et de bien-être). Pour chaque indicateur, sa source, sa cible et les méthodes de mesure sont déterminées.

OUTIL PRATIQUE

Canevas pour l'élaboration d'un modèle logique - Outil 1.1.h.

ÉTAPE DE LA MISE À JOUR DU GUIDE DE PRATIQUE

La date envisagée pour la mise à jour du guide de pratique est clairement indiquée dans le guide ainsi que le processus prévu pour cette mise à jour.

La mise à jour d'un guide de pratique doit être effectuée en temps opportun pour assurer que ses recommandations sont toujours actuelles, c'est-à-dire qu'elles reflètent l'état des meilleures connaissances sur le sujet.

Envisager la mise à jour d'un guide de pratique à chaque deux ou trois ans fait l'objet d'un consensus relatif au niveau international. Toutefois, selon l'évolution de la production des connaissances dans le domaine couvert par le guide ou des changements majeurs dans le contexte d'implantation, la mise à jour pourrait être effectuée avant cette période. Ou à l'inverse dans un domaine où les connaissances évoluent peu, un espace de temps plus long peut être prévu entre les mises à jour.

LES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS L'IMPLANTATION

- L'équipe de projet
- L'équipe de projet élargie
- Le comité consultatif
- Le comité de suivi

4.9 Processus décisionnel pour la mise à jour du guide de pratique

L'évaluation de la nécessité de procéder ou non à une mise à jour du guide de pratique s'appuie sur trois sources d'information :

- **la veille documentaire et informationnelle** menée en continu par l'équipe de projet, pendant l'élaboration du guide et après sa publication. Elle permet de répertorier les nouvelles données sur les pratiques actuelles et émergentes dans le domaine d'intervention ciblé par le guide;
- **la consultation auprès des parties prenantes** sur les changements survenus, depuis la publication du guide, dans la pratique, l'organisation des soins et services, les politiques publiques, l'expérience des patients, usagers ou proches aidants, etc.;
- **la revue ciblée de la littérature scientifique** dans les bases de données à l'aide de la stratégie de recherche de l'information initiale adoptée lors de l'élaboration du guide, afin de répertorier les nouvelles données scientifiques publiées.

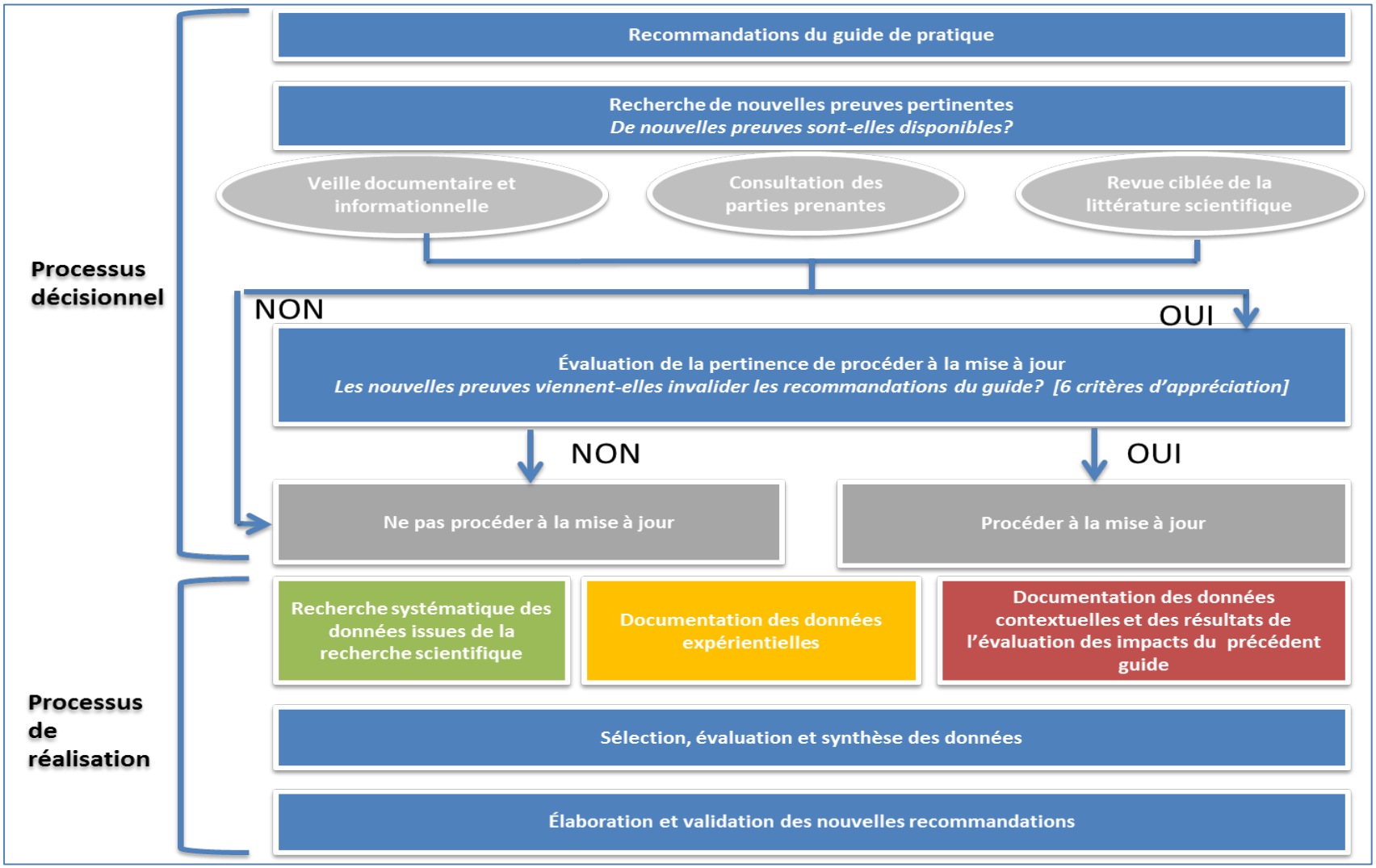
La pertinence de réaliser la mise à jour d'un guide de pratique est confirmée si, à la lumière de l'information obtenue, l'un ou plusieurs des six critères suivants sont présents:

1. la disponibilité de nouvelles données scientifiques quant aux bénéfices et aux effets indésirables des interventions;
2. la détermination de nouveaux résultats (*outcomes*) considérés comme importants;

3. les changements dans la disponibilité des interventions;
4. les changements au regard de la preuve quant au fait que la pratique actuelle est optimale;
5. les changements quant à la valeur clinique accordée à un résultat (*outcome*);
6. les changements quant à la disponibilité des ressources pour les soins et les services [Shekelle *et al.*, 2001].

La figure 5 présente le processus décisionnel pour la détermination de la pertinence de procéder à la mise à jour d'un guide. Au terme de ce processus, la décision peut être prise d'effectuer la mise à jour de l'ensemble des recommandations ou d'une partie d'entre elles. Dans certains cas, la décision pourrait être de ne pas faire de mise à jour du guide puisqu'aucun élément ne justifie la pertinence de modifier les recommandations.

Figure 5 Processus décisionnel et de réalisation de la mise à jour d'un guide de pratique



Adapté de Shekelle *et al.*, 2001 et de Vernooij *et al.*, 2014.

4.10 Processus de mise à jour d'un guide de pratique

La mise à jour d'un guide de pratique implique une révision de l'ensemble des recommandations ou d'une partie de celles-ci. Elle est alimentée par :

- l'appréciation des nouvelles données scientifiques disponibles dans la littérature ainsi que des données expérientielles et des données contextuelles;
- les résultats de l'évaluation de l'implantation et des impacts du guide de pratique actuel;
- la consultation et la participation des parties prenantes.

La mise à jour s'effectue en suivant le même processus que celui de l'élaboration d'un guide de pratique. Par conséquent, les modalités de mobilisation des connaissances s'appliquent.

Implication des parties prenantes

Après avoir justifié la pertinence d'effectuer une mise à jour, l'équipe de projet s'assure de l'implication des parties prenantes à ce processus en constituant des groupes de travail, et ce, selon les mêmes modalités que lors de l'élaboration d'un guide (voir SECTION 1, PHASE 1, Étape du cadrage). Pour une mise à jour partielle, des groupes de travail plus restreints peuvent être formés, selon les dimensions du guide qui font l'objet de la mise à jour.

Une mise à jour complète ou partielle exige un nouveau cadrage du projet afin d'en établir la portée. Dans certains cas, la mise à jour du guide peut conduire à un élargissement des questions de pratique.

Mise à jour de la synthèse des données

Pour la mise à jour de la synthèse des données scientifiques soutenant les recommandations, l'équipe de projet adopte les processus et les méthodes établis (voir SECTION 1, PHASE 2, Étape de la synthèse des données scientifiques).

Une revue systématique des nouvelles études est réalisée à partir de la date de la fin de la recherche de l'information effectuée lors de l'élaboration du guide. Les mêmes équations de recherche sont utilisées. Dans le cas de l'ajout d'une question clinique ou de pratique, une nouvelle stratégie de recherche de littérature pertinente doit être mise en œuvre pour répondre à cette question. La sélection, l'évaluation de la qualité, l'extraction et la synthèse de l'information sont menées selon les mêmes modalités établies lors de l'élaboration d'un guide de pratique.

La collecte et la synthèse des données contextuelles et expérientielles non issues de la recherche sont réalisées suivant les mêmes méthodes adoptées lors de l'élaboration d'un guide.

Bien qu'il soit opérationnalisé après la publication du guide de pratique, le processus de mise à jour doit être planifié et alimenté dès le début du projet, par une veille informationnelle dans la littérature scientifique et auprès des parties prenantes.

Élaboration des nouvelles recommandations

Les recommandations sont élaborées au moyen d'un processus délibératif et validées selon les modalités décrites à la PHASE 3 de la SECTION 1 du présent guide méthodologique.

Modalités pour la publication de la mise à jour

Les mêmes processus d'édition et de diffusion établis pour la publication d'un guide de pratique sont appliqués (voir PHASE 3 de la SECTION 1).

SECTION 2 : ADAPTATION D'UN GUIDE DE PRATIQUE

Définition du processus d'adaptation d'un guide de pratique

L'adaptation d'un guide de pratique est un processus de modification d'un ou de plusieurs guides existants pour le développement et la mise en œuvre d'un guide dans son contexte local. Elle est définie comme :

> ***« Une approche systématique visant à considérer l'utilisation ou la modification d'un ou des guides produits dans un contexte culturel et organisationnel pour une application envisagée dans un contexte différent » [ADAPTE Collaboration, 2009 : p. 9, trad. libre].***

L'adaptation constitue par conséquent une solution de rechange au développement d'un nouveau guide. Elle s'amorce après la décision de produire un guide et uniquement s'il existe déjà un ou des guides de pratique couvrant les dimensions de la problématique de santé ou de bien-être à l'étude.

Parce que l'élaboration des recommandations d'un guide de pratique implique toujours de tenir compte du contexte de pratique dans lequel il sera implanté, il est rarement envisageable d'adopter un guide de pratique tel qu'il a été élaboré dans un autre contexte.

Principes pour l'adaptation d'un guide de pratique

En théorie, l'enjeu principal soutenant l'adaptation d'un guide de pratique existant, plutôt que la production d'un nouveau guide, est celui de la rationalisation des ressources. En effet, la production d'un guide de pratique requiert des ressources financières et humaines considérables dans un contexte mondial de limitation de ces ressources. L'adaptation d'un guide de pratique déjà existant pourrait donc contribuer à la diminution des coûts de production.

En pratique, il a été remarqué que le processus d'adaptation d'un guide de pratique s'avère aussi laborieux que celui de production d'un guide *de novo*, particulièrement lorsque le document qui devrait fait l'objet d'une adaptation n'est pas actuel, c'est-à-dire que la preuve appuyant ses recommandations ne reflète plus l'état de l'avancement des connaissances dans le domaine visé.

L'encadré 11 présente les principes qui sous-tendent le processus d'adaptation d'un guide de pratique.

Encadré 11 – Principes pour l'adaptation d'un guide de pratique

PRINCIPES POUR L'ADAPTATION D'UN GUIDE DE PRATIQUE
TRANSPARENCE Le processus et les méthodes d'adaptation sont explicitement documentés et rendus publics. Cela renforce la confiance des utilisateurs dans les recommandations énoncées.
RIGUEUR SCIENTIFIQUE Comme pour la production d'un nouveau guide, l'élaboration des recommandations d'un guide adapté se fait dans le respect des principes de la pratique factuelle, c'est-à-dire en se basant sur les meilleures connaissances scientifiques disponibles. Les critères de qualité reconnus pour la production d'un guide de pratique sont appliqués.
APPROCHE COLLABORATIVE ET DE COPRODUCTION La mobilisation des parties prenantes dans une approche de coproduction est au cœur du processus d'adaptation d'un guide de pratique, afin d'accroître le niveau d'acceptabilité et d'appropriation du guide adapté.
CONSIDÉRATION DU CONTEXTE D'IMPLANTATION La prise en compte du contexte permet d'assurer une application dans la pratique.
ADAPTATION AUX BESOINS DES UTILISATEURS Le format du guide est adapté aux besoins du milieu de pratique.
RESPONSABILITÉ Les producteurs d'un guide adapté ont une obligation de fidélité et de transparence envers le traitement de l'information tirée du guide d'origine.

Adapté de : ADAPTE Collaboration, 2009.

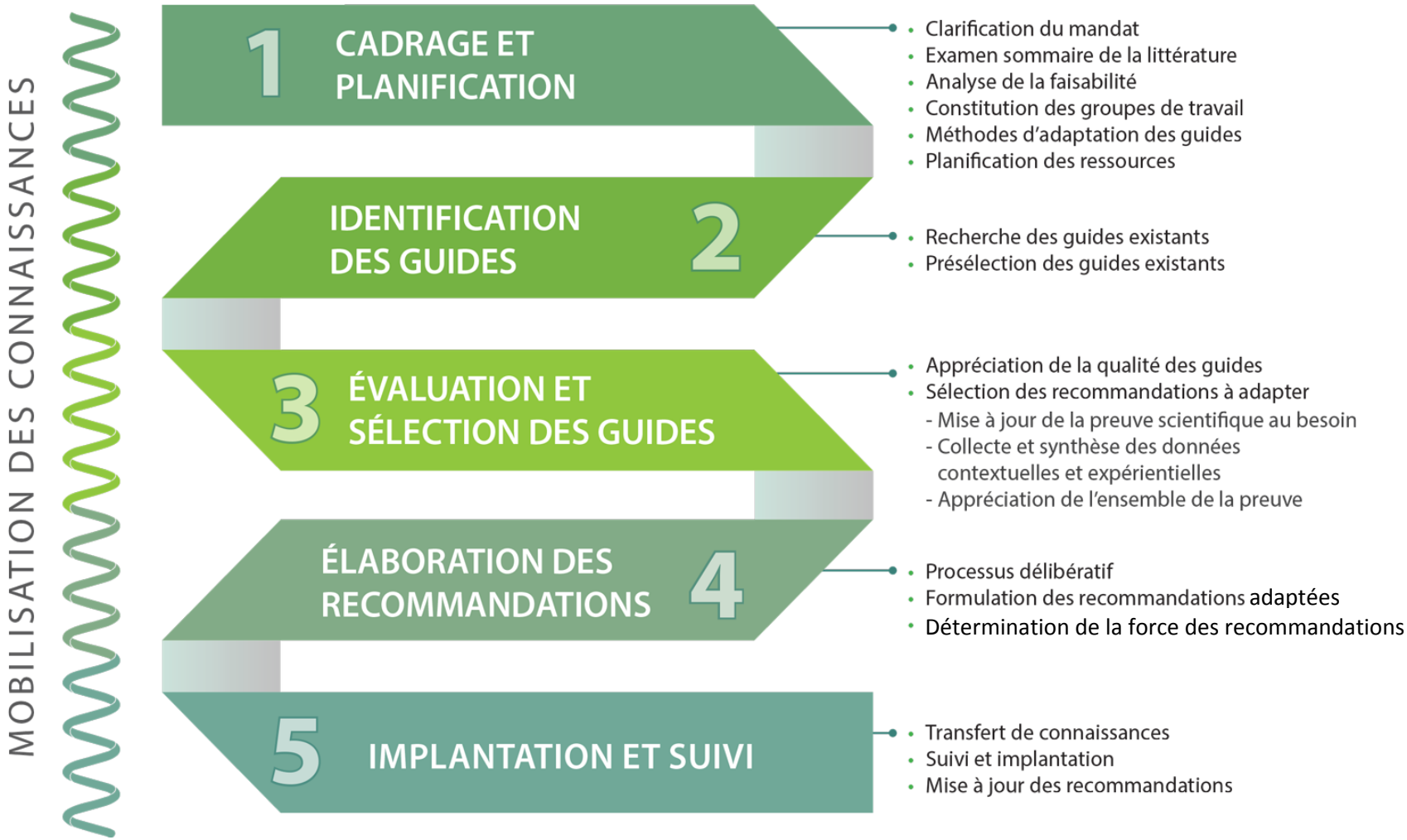
Approche pour l'adaptation d'un guide de pratique

L'approche ADAPTE, élaborée par le groupe ADAPTE Collaboration, est la méthode de référence reconnue pour toute démarche d'adaptation d'un guide de pratique. Certains organismes producteurs de guides de pratique ont adopté cette approche dans son intégralité, alors que d'autres s'en sont inspirés pour élaborer une méthode qui répond mieux à leur processus de production. L'approche du Canadian Guideline Adaptation Study Group, nommée *CAN-Implement*, fait partie de ce dernier groupe [Harrison et van den Hoek, 2012].

L'approche *CAN-Implement* a été conçue pour soutenir l'adaptation des guides de pratique dans le domaine de la cancérologie. En plus du processus systématique habituel d'adaptation d'un guide de pratique, elle intègre les dimensions touchant à l'implantation, au suivi et à l'évaluation des impacts d'un guide de pratique, en tenant compte des particularités du contexte de pratique par l'implication des parties prenantes concernées.

La démarche *CAN-Implement* est celle qui se rapproche le plus des orientations actuelles et futures pour la production scientifique à l'INESSS. C'est la raison pour laquelle l'Institut s'en inspire largement afin de proposer un processus d'adaptation (figure 6 de la page suivante) qui tient compte du caractère intersectoriel de ses guides et qui est conforme à son processus d'élaboration des guides *de novo* décrit dans la première section du présent guide méthodologique.

Figure 6 Processus d'adaptation d'un guide de pratique



ÉTAPE DU CADRAGE ET DE LA PLANIFICATION

La ou les questions de pratique sont définies et les limites sont précisées.

Les parties prenantes sont identifiées et consultées, et leurs rôles dans le processus sont définis.

L'adaptation d'un guide de pratique est considérée comme la meilleure option pour répondre au besoin décisionnel.

Un plan de réalisation du processus d'adaptation est établi.

Dans l'éventualité d'un processus d'adaptation d'un guide de pratique déjà existant, l'étape du cadrage consisterait, en plus de clarifier le besoin du demandeur pour la production d'un guide de pratique, à examiner la faisabilité d'adapter un guide de pratique existant plutôt que d'en produire un nouveau (voir SECTION 1, PHASE 1, Étape du cadrage). L'étape de la planification, quant à elle, consiste à établir au préalable les processus et méthodes qui seront adoptés pour l'adaptation des recommandations d'un ou des guides de pratique sélectionnés. Cette étape aboutit à la rédaction d'un plan de réalisation.

1.1 Évaluation de la faisabilité d'adapter un guide de pratique

L'adaptation d'un guide de pratique existant n'est envisagée que si les trois conditions préalables suivantes sont présentes :

1. l'existence d'un ou de plusieurs guides de pratique portant sur l'objet d'étude, ou l'élaboration en cours d'un tel guide par un autre organisme producteur de guides. Un examen sommaire de la littérature permet de répertorier les guides existants;
2. le caractère actuel du ou des guides ciblés, c'est-à-dire élaborés selon les données les plus actuelles possibles;
3. la disponibilité des ressources pour procéder à l'adaptation.

Si ces conditions ne sont pas remplies, l'équipe de projet devrait envisager la possibilité d'élaborer un guide *de novo* (voir SECTION 1) et d'en informer le demandeur.

1.2 Constitution des groupes de travail pour l'adaptation d'un guide

Le processus d'adaptation d'un guide de pratique sera soutenu par les mêmes types de groupes de travail que pour la production d'un guide de pratique *de novo*, soit l'équipe de projet, l'équipe de projet élargie, le comité consultatif et le comité de suivi (voir SECTION 1, PHASE 1, Étape du cadrage).

1.3 Planification de l'adaptation

Le processus de planification de l'adaptation d'un guide de pratique s'effectue selon les mêmes modalités que celles de production d'un nouveau guide de pratique (voir SECTION 1, PHASE 1, Étape de la planification).

ÉTAPE DE LA RECHERCHE DES GUIDES DE PRATIQUE EXISTANTS

La recherche systématique des guides de pratique existants est menée avec le soutien d'un spécialiste de l'information scientifique (bibliothécaire).

La présélection des guides de pratique potentiellement pertinents est effectuée par au moins deux évaluateurs.

2.1 Recherche des guides de pratique

Afin de rassembler le plus grand nombre possible de guides de pratique existants sur la problématique à l'étude, l'équipe de projet s'assure qu'une recherche systématique de la littérature est menée dans les bases de données et autres sources d'information appropriées. Cette étape est réalisée en étroite collaboration avec le spécialiste de l'information (bibliothécaire) impliqué dans l'équipe de projet élargie.

La plupart des guides de pratique ne sont pas indexés dans les bases de données scientifiques traditionnelles. Ils se retrouvent répertoriés dans les sites Web des organismes producteurs de guides de pratique ainsi que dans ceux des moteurs de recherche spécialisés, tels que ceux du *Guidelines International Network* (G-I-N) et du *National Guideline Clearinghouse*.

Des stratégies de recherche sont élaborées pour chaque question de pratique et construites autour des critères PIPOH. En plus du repérage des guides de pratique, la recherche de la documentation sur la synthèse de la preuve (habituellement, un rapport de revue systématique) ayant soutenu chaque guide de pratique est aussi recommandée. Cette documentation permettra, en effet, d'évaluer ultérieurement le caractère actuel du guide de pratique.

2.2 Présélection des guides de pratique

Une première sélection des résultats est effectuée par l'analyse des titres et des résumés. Pour réduire le nombre de publications retenues, les limites suivantes pourraient être appliquées à la stratégie de recherche :

- La **date de publication**. En général, il est admis qu'un guide de pratique datant de plus de cinq ans n'est plus actuel. Par conséquent, la recherche de la littérature pourrait porter sur les cinq dernières années. Cet argument pourrait cependant ne pas être pertinent pour les guides de pratique dans un domaine où la recherche évolue peu (par exemple, dans le domaine des maladies rares). Une option serait de procéder à une mise à jour des données scientifiques qui soutiennent les recommandations s'il est jugé que le guide répertorié répond aux questions de pratique formulées.

- Le **type de publication**. Il est plus pertinent de rechercher les guides de pratique, les revues systématiques avec ou sans méta-analyses et les rapports d'évaluation des technologies et des modes d'intervention.
- La **langue de publication**. Bien qu'elle puisse introduire un biais de publication, la limite de la recherche de l'information selon la langue de publication serait pertinente dans un contexte où aucun membre de l'équipe de projet n'a des habiletés dans des langues autres que le français et l'anglais, ou lorsque les ressources sont limitées pour entreprendre une traduction du guide.
- Le **pays de production** du guide de pratique. Lorsque le guide porte davantage sur les aspects organisationnels ou psychosociaux, il pourrait être plus pertinent de limiter la recherche aux contextes plus ou moins similaires à ceux du Canada en termes d'organisation du système de soins et de services.

Par la suite, d'autres critères d'inclusion et d'exclusion préétablis sont appliqués après la lecture des versions intégrales des publications.

Après l'application des critères d'inclusion et d'exclusion, si le nombre de guides de pratique est encore important, il est recommandé que l'équipe de projet procède à un troisième niveau de sélection en appliquant les critères de la dimension « Rigueur scientifique » de l'outil d'évaluation de la qualité méthodologique des guides de pratique AGREE II [AGREE Research Trust, 2013].

Les résultats du processus de présélection pourraient conduire l'équipe de projet, en collaboration avec le demandeur, les autres parties prenantes et les membres du comité consultatif, à reformuler ou à mieux préciser les questions de pratique. Cette situation pourrait se présenter dans le cas où les guides répertoriés ne couvriraient pas toutes les dimensions soulevées dans les questions de pratique initiales.

ÉTAPE DE L'ÉVALUATION ET DE LA SÉLECTION DES GUIDES DE PRATIQUE EXISTANTS

L'évaluation de la qualité des guides de pratique existants est effectuée de façon indépendante par au moins deux évaluateurs.

Le processus de sélection du ou des guides de pratique à adapter est appliqué de façon systématique et documenté.

3.1 Appréciation de la qualité des guides de pratique

L'équipe de projet est appelée à évaluer la qualité des guides de pratique répertoriés à l'étape de la présélection, dans le but de cibler les guides pour lesquels il serait plus indiqué d'envisager une adaptation. Cette évaluation s'effectue selon six critères : la qualité méthodologique, le caractère actuel, le contenu, l'appréciation de la qualité de la preuve soutenant les recommandations, la cohérence et l'acceptabilité/applicabilité des recommandations (encadré 12). Pour l'évaluation de chacun de ces critères, le lecteur est invité à consulter la trousse d'outils pour l'adaptation d'un guide de pratique.

Encadré 12 – Critères d'appréciation de la qualité des guides de pratique

CRITÈRES D'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DES GUIDES DE PRATIQUE
La qualité méthodologique *Le ou les guides de pratique ont-ils été élaborés selon les meilleures pratiques reconnues pour la production des guides?*
Le caractère actuel *La preuve soutenant les recommandations du ou des guides de pratique est-elle la plus récente disponible?*
Le contenu *Quelles sont les particularités du ou des guides de pratique existants par rapport au besoin décisionnel? Qu'est-ce qui distingue un guide d'un autre?*
L'appréciation de la qualité de la preuve scientifique *Quel est le niveau d'appréciation de la preuve soutenant les recommandations du ou des guides de pratique répertoriés?*
La cohérence *Quel est le niveau de cohérence entre la preuve et les recommandations présentées dans le ou les guides de pratique répertoriés?*
L'acceptabilité et l'applicabilité des recommandations *Dans quelle mesure les recommandations des guides de pratique répertoriés sont-elles applicables au contexte dans lequel le guide adapté sera implanté, et dans quelle mesure ces recommandations répondent-elles aux besoins des utilisateurs?*

Aucun seuil de qualité n'a été établi pour les six critères d'évaluation. Il revient à l'équipe de projet, en collaboration avec le comité consultatif, d'établir à l'avance l'ordre de priorité de ces critères ainsi que le niveau d'appréciation acceptable pour chacun d'entre eux.

La qualité méthodologique

Pour juger de la qualité méthodologique des guides de pratique répertoriés, l'équipe de projet applique l'outil 2.3.a *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation* (AGREE II), reconnu pour cet exercice. Cet outil permet de porter un jugement sur les méthodes utilisées pour l'élaboration des recommandations et l'édition du guide de pratique.

L'évaluation de la qualité méthodologique des guides de pratique à l'aide de l'outil AGREE II doit être effectuée de façon indépendante par au moins deux examinateurs. Ceux-ci doivent posséder une bonne connaissance de l'outil.

Le caractère actuel

L'évaluation du caractère actuel d'un guide de pratique revient à s'assurer que la preuve scientifique soutenant ce guide est la plus récente disponible dans la littérature. Cette évaluation commence par la date de publication du guide et la période couverte par les stratégies de recherche de l'information dans la littérature. Pour qu'un guide de pratique puisse être jugé actuel, la preuve soutenant ses recommandations doit avoir en moyenne été établie dans les trois dernières années précédant sa publication. Ce délai peut toutefois varier selon l'évolution des connaissances dans le domaine de pratique couvert par le guide (voir Outil 2.3.b – Sondage sur l'actualité des guides de pratique clinique).

Si les données scientifiques sur lesquelles s'appuie le guide de pratique ne sont pas actuelles, l'équipe de projet, après consultation du demandeur et du comité consultatif, peut décider de :

- faire une mise à jour de la synthèse des données scientifiques, afin d'actualiser l'ensemble des recommandations du guide ou d'en élaborer de nouvelles; ou
- adapter uniquement les recommandations qui ne seront pas affectées par les nouvelles données scientifiques disponibles et élaborer de nouvelles recommandations à partir d'une mise à jour des données scientifiques pour les dimensions du guide susceptibles d'être affectées; ou
- tenir une veille stratégique pour repérer la publication d'une version plus récente (mise à jour) du guide répertorié.

Si une mise à jour de la synthèse des données scientifiques soutenant les recommandations est jugée nécessaire, l'équipe de projet s'assure de l'effectuer selon les processus et les méthodes établis (voir SECTION 1, PHASE 2, Étape de la synthèse des données scientifiques).

Le contenu

L'appréciation des contenus des différents guides de pratique répertoriés a pour but de :

- juger de la pertinence clinique des recommandations des guides;
- déterminer la convergence ou la divergence des recommandations des guides;
- apprécier la force des recommandations.

Pour l'appréciation du contenu d'un ou des guides de pratique existants, l'équipe de projet élabore une matrice de comparaison des recommandations des différents guides sélectionnés, qu'il soumet au comité consultatif pour des fins de sélection du ou des guides qui seront finalement adaptés (voir Outil 2.3.c – Tableau des recommandations).

L'appréciation du niveau de preuve scientifique

L'appréciation de la qualité de la preuve scientifique soutenant les recommandations des guides de pratique répertoriés permet de juger à quel point ces dernières sont basées sur les meilleures données scientifiques disponibles.

Pour faire cette appréciation, les tableaux ou les rapports d'analyse de la preuve, généralement présentés dans les guides de pratique ou sous forme de documents complémentaires, sont consultés. Si cette information n'est pas accessible au public, l'équipe de projet doit contacter les producteurs des guides pour l'obtenir.

Différents systèmes d'appréciation de la preuve (aussi nommés « systèmes de hiérarchisation ou de gradation de la preuve ») peuvent avoir été utilisés par les producteurs des guides de pratique répertoriés. Dans ce cas, l'équipe de projet doit réinterpréter les résultats de l'appréciation à partir d'un seul système, afin de les ramener à une même échelle. Le lecteur est invité à consulter le système d'appréciation de la preuve proposé à la SECTION 1, PHASE 2, Étape de la synthèse des données scientifiques.

L'analyse critique (la cohérence)

L'appréciation de la cohérence d'un guide de pratique se réalise en trois points :

1. La cohérence entre la stratégie de recherche de la littérature et la sélection des études ayant fait l'objet de l'analyse (voir Outil 2.3. d - Fiche d'évaluation – Recherche et sélection des données probantes);
2. La cohérence entre les études sélectionnées, la synthèse et l'interprétation de la preuve;
3. La cohérence entre l'interprétation de la preuve et la nature des recommandations (voir Outil 2.3.e - Fiche d'évaluation – Validité scientifique des guides de pratique clinique).

L'acceptabilité et l'applicabilité des recommandations

L'acceptabilité des recommandations concerne le potentiel d'adoption de ces dernières par les utilisateurs. L'applicabilité, quant à elle, renvoie à la capacité des utilisateurs à mettre en pratique les recommandations proposées (voir Outil 2.3.f - Fiche d'évaluation – Acceptabilité et applicabilité; Outil 2.3.g - Questionnaire de consensus sur l'acceptabilité et l'applicabilité; et Outil 2.3.h - Résultats consensuels sur l'acceptabilité et l'applicabilité).

Pour qu'un guide de pratique réponde à ces deux critères, l'équipe de projet, en collaboration avec le comité consultatif et le comité de suivi, porte un jugement sur :

1. La concordance entre la population ciblée dans le guide existant et la population du contexte dans lequel le guide doit être adapté;
2. La prise en compte dans les recommandations des opinions et des préférences des patients ou des usagers de ce contexte;
3. La disponibilité de l'intervention ou de la technologie dans le milieu;
4. La disponibilité des expertises et des ressources;
5. Les contraintes organisationnelles, législatives et politiques;

6. L'adaptation des recommandations à la culture et aux valeurs du contexte;
7. L'ampleur des bénéfices attendus de l'implantation des recommandations du guide existant.

3.2 Sélection des recommandations à adapter

L'équipe de projet soumet au comité consultatif le portrait général de l'appréciation de la qualité des guides de pratique sélectionnés. Ce comité, au moyen d'une méthode de consensus formel ou informel, détermine les recommandations qui seront adaptées. Ces recommandations peuvent être issues d'un même guide ou de guides différents, selon les questions cliniques ou de pratique.

Au terme du processus délibératif, le comité consultatif prend l'une des décisions suivantes :

1. Rejeter toutes les recommandations; dans ce cas, la production d'un nouveau guide devra être envisagée.
2. Accepter toutes les recommandations et les adopter. Cette situation est rarement envisageable, puisque l'élaboration des recommandations d'un guide de pratique est dépendante du contexte d'implantation.
3. Accepter la synthèse de la preuve scientifique présentée dans le ou les guides existants sélectionnés, mais rejeter l'appréciation qui a été faite de cette preuve et les recommandations qui en résultent. De nouvelles recommandations sont alors formulées en tenant compte de l'ensemble de la preuve incluant les données contextuelles et expérientielles (voir SECTION 1, PHASE 3, Élaboration des recommandations).
4. Accepter et modifier certaines recommandations pour les adapter au contexte d'implantation envisagé (en considérant les données contextuelles et expérientielles) et en élaborer d'autres selon l'ensemble de la preuve présenté.

OUTILS PRATIQUES

Outil AGREE II pour l'évaluation de la qualité méthodologique des guides de pratique – Outil 2.3.a.

Sondage sur l'actualité des guides de pratique clinique (version modifiée) – Outil 2.3.b.

Tableau des recommandations – Outil 2.3.c.

Fiche d'évaluation – Recherche et sélection des données probantes – Outil 2.3.d.

Fiche d'évaluation – Validité scientifique des guides de pratique clinique – Outil 2.3.e.

Fiche d'évaluation – Acceptabilité et applicabilité – Outil 2.3.f.

Questionnaire de consensus sur l'acceptabilité et l'applicabilité – Outil 2.3.g.

Résultats consensuels sur l'acceptabilité et l'applicabilité – Outil 2.3.h.

ÉTAPE DE L'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS ADAPTÉES

L'élaboration des recommandations adaptées d'un guide de pratique déjà existant se fait en suivant les mêmes principes que ceux de l'élaboration des recommandations d'un nouveau guide de pratique (voir SECTION 1, PHASE 3).

ÉTAPE DU SOUTIEN À L'IMPLANTATION ET DU SUIVI

Dans un processus d'adaptation, le soutien à l'implantation et le suivi des recommandations se font en suivant les mêmes principes que ceux de l'élaboration des recommandations d'un nouveau guide de pratique (voir SECTION 1, PHASE 4).

RÉFÉRENCES

GLOSSAIRE

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). La mobilisation des connaissances : synthèse des réflexions sur les pratiques à l'AETMIS. Rapport préparé par Monique Fournier. Montréal, Qc : AETMIS; 2011. Disponible à : http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/TransfertMobilisationConnaissances/La_mobilisation_des_connaissances.pdf.

Varvasovszky Z et Brugha R. A stakeholder analysis. Health Policy Plan 2000;15(3):338-45.

INTRODUCTION

ADAPTE Collaboration. Guideline adaptation: A resource toolkit. Version 2.0. Guidelines International Network (G-I-N); 2009. Disponible à : http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf.

AGREE Research Trust. Appraisal of guidelines for research and evaluation II (AGREE II) instrument. AGREE Research Trust; 2013. Disponible à : http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013.pdf.

Davis D, Goldman J, Palda VA. Manuel sur les guides de pratique clinique. Ottawa, ON : Association médicale canadienne (AMC); 2007. Disponible à : https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/clinical-resources/CPGhandbook-f.pdf.

Harrison MB et van den Hoek J, pour le Canadian Guideline Adaptation Study Group. CAN-IMPLEMENT©: A guideline adaptation and implementation planning resource. Kingston, ON : Queen's University School of Nursing et Canadian Partnership Against Cancer; 2012. Disponible à : http://www.cancerview.ca/treatmentandsupport/grcmain/grcgdguidelineadaptation/.

Haute Autorité de Santé (HAS). Élaboration de recommandations de bonne pratique : méthode « Recommandations pour la pratique clinique ». Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2010. Disponible à : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/guide_methodologique_recommandations_pour_la_pratique_clinique.pdf.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Typologie des produits de connaissances de l'INESSS. Québec, Qc : INESSS; 2017 [en voie de publication].

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Le cadrage des projets à l'INESSS : document méthodologique. Document rédigé par Pierre Dagenais et Valérie Martin. Québec, Qc : INESSS; 2013a. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Metho_Cadragedesprojets.pdf.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Préparation du plan de réalisation d'un projet : guide méthodologique. Document rédigé par Pierre Dagenais, Christine Lobè et Valérie Martin. Québec, Qc : INESSS; 2013b. Disponible à :

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_GuideMetho_Plan_de_realisation_04.pdf.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Les normes de production des revues systématiques: guide méthodologique. Document rédigé par Valérie Martin et Jolianne Renaud sous la direction de Pierre Dagenais. Québec, Qc : INESSS, 2013c. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Normes_production_revues_systematiques.pdf.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Cadre d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux. Document rédigé par Sylvie Beauchamp, Martin Drapeau, Carmen Dionne et Jean-Pierre Duplantie. Québec, Qc : INESSS; 2015. Disponible à : http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Cadre_elaboration_guides_pratique_servicessociaux.pdf.

Institute of Medicine (IOM). Clinical practice guidelines we can trust. Washington, DC : National Academies Press; 2011. Disponible à : http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/International/IOM_CPG_lang_2011.pdf.

National Institute of Health and Care Excellence (NICE). Developing NICE guidelines: The manual. Londres, Angleterre : NICE; 2014. Disponible à : https://www.nice.org.uk/media/default/about/what-we-do/our-programmes/developing-nice-guidelines-the-manual.pdf.

National Health and Medical Research Council (NHMRC). Procedures and requirements for meeting the 2011 NHMRC standard for clinical practice guidelines. Melbourne, Australie : NHMRC; 2011. Disponible à : https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/cp133-and-cp133a.

New Zealand Guidelines Group (NZGG). Handbook for the preparation of explicit evidence-based clinical practice guidelines. Wellington, Nouvelle-Zélande : NZGG; 2001. Disponible à : http://www.ha-ring.nl/download/literatuur/nzgg_guideline_handbook.pdf.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 50: A guideline developer's handbook. Édimbourg, Écosse : SIGN; 2015. Disponible à : http://www.sign.ac.uk/assets/sign50_2015.pdf.

Qaseem A, Forland F, Macbeth F, Ollenschlager G, Phillips S, van der Wees P. Guidelines International Network: Toward international standards for clinical practice guidelines. Ann Intern Med 2012;156(7):525-31.

World Health Organization (WHO). WHO handbook for guideline development – 2nd edition. Genève, Suisse : World Health Organization; 2012. Disponible à : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145714/1/9789241548960_eng.pdf.

GUIDE DE PRATIQUE : DÉFINITION ET CRITÈRES DE QUALITÉ

AGREE Research Trust. Appraisal of guidelines for research and evaluation II (AGREE II) instrument. AGREE Research Trust; 2013. Disponible à : http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013.pdf.

Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ 2010;182(18):E839-42.

Harrison MB et van den Hoek J, pour le Canadian Guideline Adaptation Study Group. CAN-IMPLEMENT©: A guideline adaptation and implementation planning resource. Kingston, ON : Queen's University School of Nursing et Canadian Partnership Against Cancer; 2012. Disponible à : http://www.cancerview.ca/treatmentandsupport/grcmain/grcgdguidelineadaptation/.

CADRE CONCEPTUEL

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). La mobilisation des connaissances : synthèse des réflexions sur les pratiques à l'AETMIS. Rapport préparé par Monique Fournier. Montréal, Qc : AETMIS; 2011. Disponible à : http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/TransfertMobilisationConnaissances/La_mobilisation_des_connaissances.pdf.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Définition de la mobilisation des connaissances à l'INESSS. Québec, Qc : INESSS; 2013. Disponible à : http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/TransfertMobilisationConnaissances/Definition_mobilisation_des_connaissances-INESSS.pdf.

Fournier MF. Knowledge mobilization in the context of health technology assessment: An exploratory case study. Health Res Policy Syst 2012;10:10. Disponible à : https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-10-10.

SECTION 1, PHASE 1, ÉTAPE DU CADRAGE

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Le cadrage des projets à l'INESSS : document méthodologique. Document rédigé par Pierre Dagenais et Valérie Martin. Québec, Qc : INESSS; 2013a. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Metho_Cadragedesprojets.pdf.

Guidelines International Network (G-I-N). G-I-N public toolkit: Patient and public involvement in guidelines. Pitlochry, Écosse : G-I-N; 2012. Disponible à : http://www.g-i-n.net/working-groups/gin-public/toolkit.

Varvasovszky Z et Brugha R. A stakeholder analysis. Health Policy Plan 2000;15(3):338-45.

SECTION 1, PHASE 1, ÉTAPE DE LA PLANIFICATION

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Préparation du plan de réalisation d'un projet : guide méthodologique. Document rédigé par Pierre Dagenais, Christine Lobè et Valérie Martin. Québec, Qc : INESSS; 2013b. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_GuideMetho_Plan_de_realisation_04.pdf.

SECTION 1, PHASE 2, ÉTAPE DE LA SYNTHÈSE DES DONNÉES SCIENTIFIQUES

American Academy of Pediatrics (AAP). Classifying recommendations for clinical guidelines. Pediatrics 2004;11(3):874-7.

Joanna Briggs Institute (JBI). Joanna Briggs Institute reviewer's manual: 2014 edition. Adélaïde, Australie : JBI, University of Adelaide; 2014. Disponible à : https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Les normes de production des revues systématiques: guide méthodologique. Document rédigé par Valérie Martin et Jolianne Renaud sous la direction de Pierre Dagenais. Québec, Qc : INESSS, 2013c. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Normes_production_revues_systematiques.pdf.

National Institute of Health and Care Excellence (NICE). Developing NICE guidelines: The manual. Londres, Angleterre : NICE; 2014. Disponible à : https://www.nice.org.uk/media/default/about/what-we-do/our-programmes/developing-nice-guidelines-the-manual.pdf.

National Health and Medical Research Council (NHMRC). Procedures and requirements for meeting the 2011 NHMRC standard for clinical practice guidelines. Melbourne, Australie : NHMRC; 2011. Disponible à : https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/cp133-and-cp133a.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 50: A guideline developer's handbook. Édimbourg, Écosse : SIGN; 2015. Disponible à : http://www.sign.ac.uk/assets/sign50_2015.pdf.

U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Grade definitions [site Web]. Rockville, MD : USPSTF; 2013. Disponible à : https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/grade-definitions.

SECTION 1, PHASE 3, ÉTAPE DE L'ANALYSE DE L'ENSEMBLE DE LA PREUVE

Fearon JD. Deliberation as discussion. Dans : Elster J réd. Deliberative democracy. Cambridge, Royaume-Uni : Cambridge University Press; 1998 : 44-68.

Haute Autorité de Santé (HAS). Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique – État des lieux. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2013. Disponible à : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf.

SECTION 1, PHASE 3, ÉTAPE DE LA FORMULATION DES RECOMMANDATIONS

Bloom BS et Krathwohl DR. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals, by a committee of college and university examiners. Handbook 1. Cognitive domain. New York, NY : Longmans, Green; 1956.

Murphy MK, Black NA, Lamping DL, McKee CM, Sanderson CFB, Askham J, Marteau T. Consensus development methods and their use in clinical guideline development. Health Technol Assess 1998;2(3):i-iv, 1-88.

Nair R, Aggarwal R, Khanna D. Methods of formal consensus in classification/diagnostic criteria and guideline development. Semin Arthritis Rheum 2011;41(2):95-105.

Slocum N, Elliot J, Heesterbeek S, Lukensmeyer C. Méthodes participatives un guide pour l'utilisateur. Bruxelles, Belgique : Fondation Roi Baudoin; 2006. Disponible à :

https://www.kbs-frb.be/~/media/Files/Bib/Publications/Older/PUB-1600-MethodesParticipatives.pdf.

SECTION 1, PHASE 4, ÉTAPE DE L'IMPLANTATION

Gagliardi AR et Alhabib S. Trends in guideline implementation: A scoping systematic review. Implement Sci 2015;10:54.

SECTION 1, PHASE 4, ÉTAPE DE LA MISE À JOUR

Shekelle P, Eccles MP, Grimshaw JM, Woolf SH. When should clinical guidelines be updated? BMJ 2001;323(7305):155-7.

Vernooij RW, Sanabria AJ, Sola I, Alonso-Coello P, Martinez Garcia L. Guidance for updating clinical practice guidelines: A systematic review of methodological handbooks. Implement Sci 2014;9:3.

SECTION 2, ADAPTATION D'UN GUIDE DE PRATIQUE

ADAPTE Collaboration. Guideline adaptation: A resource toolkit. Version 2.0. Guidelines International Network (G-I-N); 2009. Disponible à : http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf.

Harrison MB et van den Hoek J, pour le Canadian Guideline Adaptation Study Group. CAN-IMPLEMENT©: A guideline adaptation and implementation planning resource. Kingston, ON : Queen's University School of Nursing et Canadian Partnership Against Cancer; 2012. Disponible à : http://www.cancerview.ca/treatmentandsupport/grcmain/grcgdguidelineadaptation/.