



UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE N° 2024 - N°146

*Qualité des recommandations françaises d'infectiologie
en soins primaires : évaluation selon la grille AGREE II*

*Quality evaluation of French guidelines in primary care infectious disease :
an AGREE II assessment.*

THÈSE D'EXERCICE EN MÉDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 04/07/2024
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Kenza AKHAMLICH-BARBRY

Née le 07/03/1996 à Lille

Sous la direction du Professeur Rémy BOUSSAGEON

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique et de la Commission Recherche	Hamda BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	Didier REVEL
Vice-Présidente de la Commission Formation	Céline BROCHIER
Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires	Jean François MORNEX
Directeur général des services	Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTE

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux	Philippe PAPAREL
Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)	Claude DUSSART
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR)	Jacques LUAUTÉ
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Carole BURILLON

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODET
Directeur de Polytech Lyon	Emmanuel PERRIN
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO
Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOISNE

Directeur de l'Observatoire de Lyon

Bruno GUIDERDONI

Directeur de l'Institut National Supérieur
du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)

Pierre CHAREYRON

Directrice du Département-composante Génie Électrique & des
Procédés (GEP)

Rosaria FERRIGNO

Directrice du Département-composante Informatique

Saida BOUAZAK
BRONDEL

Directeur du Département-composante Mécanique

Marc BUFFAT



Faculté de médecine Lyon-Est Liste des enseignants 2023/2024

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier Hors classe

VILLANI	AXEL	Dermatologie-vénéréologie
---------	------	---------------------------

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe Exceptionnelle – Echelon 2

BLAY	JEAN-YVES	Cancérologie - Radiothérapie
CHASSARD	DOMINIQUE	Anesthésie-réanimation – Médecine d'urgence
CHEVALIER	PHILIPPE	Cardiologie
CLARIS	OLIVIER	Pédiatrie
COLIN	CYRILLE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	THIERRY	Psychiatrie d'adulte – Addictologie
DELAHAYE	FRANCOIS	Cardiologie
DENIS	PHILIPPE	Ophtalmologie
DOUEK	CHARLES PHILIPPE	Radiologie et imagerie médicale
DUMONTET	CHARLES	Hématologie - Transfusion
FINET	GERARD	Cardiologie
GAUCHERAND	PASCAL	Gynécologie-obstétrique – Gynécologie médicale
HONNORAT	JEROME	Neurologie
LINA	BRUNO	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
MERTENS	Patrick	Anatomie
MIOSSEC	PIERRE	Immunologie
MORELON	EMMANUELLE	Néphrologie
MORNEX	JEAN-FRANÇOIS	Pneumologie - Addictologie
MOULIN	PHILIPPE	Nutrition
OBADIA	JEAN-FRANÇOIS	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIVOIRE	MICHEL	Cancérologie - Radiothérapie
RODE	GILLES	Médecine physique et de réadaptation
SCHOTT PETHELAZ	ANNE-MARIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VANDENESCH	FRANCOIS	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
ZOULIM	FABIEN	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe Exceptionnelle – Echelon 1

ADER	FLORENCE	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
ARGAUD	LAURENT	Réanimation – Médecine intensive
BADET	LIONEL	Urologie

BERIHEZENE	YVES	Radiologie et imagerie medicale
BUZLUCA DARGAUD	GAMZE YESIM	Hématologie - Transfusion
COTTIN	VINCENT	Pneumologie, addictologie
DI FILIPPO	SYLVIE	Cardiologie (disponibilité du 01/06/2022 au 31/05/2024)
DURIEU GUEDON	ISABELLE	Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement – Médecine générale - Addictologie
EDERY	CHARLES PATRICK	Génétique
FAUVEL	JEAN-PIERRE	Thérapeutique – Médecine de la douleur - Addictologie
FROMENT	CAROLINE	Physiologie
GUENOT	MARC	Neurochirurgie
JULLIEN	DENIS	Dermatologie vénéréologie
KODJIAN	LAURENT	Ophtalmologie
KROLAC-SALMONT	PIERRE	Médecine interne (disponibilité du 01/01/2023 au 31/12/2024)
MABRUT	JEAN-YVES	Chirurgie viscérale et digestive
MICHEL	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PICOT	STEPHANE	Parasitologie et mycologie
ROY	PASCAL	Biostatistique inf.méd.
SCHAEFFER	LAURENT	Biologie cellulaire
TRUY	ERIC	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	FRANCIS	Radiologie et imagerie médicale
VANHEMS	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC	SANDRA	Neurologie

Professeurs des universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

AUBRUN	FREDERIC	Anesthésiologie -réanimation – Médecine d’urgence
BACCHETA	JUSTINE	Pédiatrie
BESSEREAU	JEAN-LOUIS	Biologie cellulaire
BOUSSEL	LOIC	Radiologie et imagerie médicale
CALENDER	ALAIN	Génétique
CHAPURLAT	ROLAND	Rhumatologie
CHARBOTEL COING-BOYAT	BARBARA	Médecine et santé au travail
COLOMBEL	MARC	Urologie
COTTON	FRANCOIS	Radiologie et imagerie médicale
DAVID	JEAN-STEPHANE	Anesthésiologie - Réanimation – Médecine d’urgence
DEVOUASSOUX	MOJGAN	Anatomie et cytologie pathologiques
DI ROCCO	FEDERICO	Neurochirurgie
DUBERNARD	GIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
DUBOURG	LAURENCE	Physiologie
DUCLOS	ANTOINE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUMORTIER	JEROME	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
FANTON	LAURENT	Médecine légale
FELLAHI	JEAN-LUC	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d’urgence
FERRY	TRISTAN	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
FOURNERET	PIERRE	Pédopsychiatrie - Addictologie
GUIBAUD	LAURENT	Radiologie et imagerie médicale
HENAIN	ROLAND	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HOT	ARNAUD	Médecine interne
HUISSOUD	CYRIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
JACQUIN COURTOIS	SOPHIE	Médecine physique et de réadaptation

JARRAUD	SOPHIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
JAVOUHEY	ETIENNE	Pédiatrie
JUILLARD	LAURENT	Néphrologie
LEVRERO	MASSIMO	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MERLE	PHILIPPE	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MURE	PIERRE-YVES	Chirurgie infantile
NICOLINO	MARC	Pédiatrie
PERETTI	NOËL	Nutrition
PONCET	GILLES	Chirurgie viscérale et digestive
POULET	EMMANUEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
RAVEROT	GERALD	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques - Gynécologie médicale
RAY-COQUARD	ISABELLE	Cancérologie - Radiothérapie
RHEIMS	SYLVAIN	Neurologie
RICHARD	JEAN-CHRISTOPHE	Réanimation - Médecine d'urgence
RIMMELE	THOMAS	Anesthésiologie-réanimation-Médecine d'urgence
ROBERT	MAUD	Chirurgie viscérale et digestive
ROMAN	SABINE	Physiologie
ROSSETTI	YVES	Physiologie
ROUVIERE	OLIVIER	Radiologie et imagerie médicale
SAOUD	MOHAMED	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
THAUNAT	OLIVIER	Néphrologie
WATTEL	ERIC	Hématologie - Transfusion

Professeurs des universités – Praticiens Hospitaliers
Seconde classe

BOUVET	LIONEL	Anesthésiologie-réanimation - Médecine péri opératoire
BUTIN	MARINE	Pédiatrie
CHARRIERE	SYBIL	Nutrition
CHEDOTAL	ALAIN	Biologie cellulaire
CHENE	GAUTIER	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	SOPHIE	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	CYRILLE	Rhumatologie
COUR	MARTIN	Médecine intensive de réanimation
CROUZET	SEBASTIEN	Urologie
DELLA SCHIAVA	NELLIE	Chirurgie vasculaire
DUCRAY	FRANCOIS	Neurologie
DUPRE	AURELIEN	Cancérologie
DURUISSEUX	MICHAEL	Pneumologie - Addictologie
EKER	OMER	Radiologie et imagerie médicale
GILLET	YVES	Pédiatrie
GLEIZAL	ARNAUD	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	FITSUM	Néphrologie
HAESEBAERT	JULIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HAESEBAERT	FREDERIC	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
HARBAOUI	BRAHIM	Cardiologie
JACQUESSON	TIMOTHEE	Anatomie
JANIER	MARC	Biophysique et médecine nucléaire
JOUBERT	BASTIEN	Neurologie

LEMOINE	SANDRINE	Physiologie
LESCA	GAETAN	Génétique
LOPEZ	JONATHAN	Biochimie et biologie moléculaire
LUKASZEWICZ-NOGRETTE	ANNE-CLAIRE	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
MEWTON	NATHAN	Cardiologie
MEYRONET	DAVID	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLON	ANTOINE	Chirurgie vasculaire - Médecine vasculaire
MOHKAM	KAYVAN	Chirurgie viscérale et digestive
MONNEUSE	OLIVIER	Chirurgie viscérale et digestive
NATAF	SERGE	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
PIOCHE	MATHIEU	Gastroentérologie
SAINTIGNY	PIERRE	Cancérologie - Radiothérapie
THIBAUT	HELENE	Cardiologie
VENET	FABIENNE	Immunologie
VOLPE-HAEGELEN	CLAIRE	Neurochirurgie

Professeur des universités
1^{ère} classe

CARVALLO PLUS	SARAH	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
---------------	-------	---

Professeur des universités – Médecine Générale
Classe exceptionnelle 1

LETRILLIART	LAURENT
-------------	---------

Professeurs associés de Médecine Générale

DE LA POIX DE FREMINVILLE	HUMBERT
FARGE	THIERRY
LAINE	XAVIER
PIGACHE	CHRISTOPHE

Professeurs associés d'autres disciplines

CHVETZOFF	GISELE	Médecine palliative
GAZARIAN	ARAM	Chirurgie orthopédique
JUNG	JULIEN	Neurologie
LOMBARD-BOHAS	CATHERINE	Cancérologie

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Hors Classe

CHALABREYSSE	LARA	Anatomie et cytologie pathologiques
COZON	GREGOIRE	Immunologie
HERVIEU	VALERIE	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP SARDA	MARIE-NATHALIE	Immunologie
MENOTTI	JEAN	Parasitologie et mycologie
PLOTTON	INGRID	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RABILLOUD-FERRAND	MURIEL	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

STREICHENBERGER	NATHALIE	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	VERONIQUE	Biochimie et biologie moléculaire
TRISTAN	ANNE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière

Maitres de conférences – Praticiens hospitaliers
Hors Classe – Echelon Exceptionnel

BENCHAIIB	MEHDI	Biologie et médecine du développement et de la reproduction – Gynécologie médicale
BRINGUIER	PIERRE	Histologie, embryologie cytogénétique
PERSAT	FLORENCE	Parasitologie et mycologie
PIATON	ERIC	Histologie, embryologie cytogénétique
SAPPEY-MARINIER	DOMINIQUE	Biophysique et médecine nucléaire

Maitres de conférences – Praticiens hospitaliers
Première classe

BONTEMPS	LAURENCE	Biophysique et médecine nucléaire
CASALEGNO	JEAN-SEBASTIEN	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
COUTANT	FREDERIC	Immunologie
CURIE	AUORE	Pédiatrie
ESCURET PONCIN	VANESSA	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
JOSSET	LAURENCE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
LACON REYNAUD	QUITTERIE	Médecine interne – Gériatrie - Addictologie
ROUCHER BOULEZ	FLORENCE	Biochimie et biologie moléculaire
VASILJEVIC	ALEXANDRE	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK GUILLEM	VIRGINIE	Biochimie et biologie moléculaire

Maitres de conférences – Praticiens hospitaliers
Seconde classe

BALANCA (stagiaire)	BAPTISTE	Anesthésie, réanimation médecine per
BARBA (stagiaire)	THOMAS	Médecine interne, gériatrie, addictologie
BAUDIN	FLORENT	Pédiatrie
BENECH	NICOLAS	Gastroentérologie, hépatologie, addictologie
BITKER (stagiaire)	LAURENT	Médecine intensive de réanimation
BOCCALINI (stagiaire)	SARA	Radiologie, imagerie médicale
BOUCHIAT SARABI	CORALIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
BOUTY-LECAT	AUORE	Chirurgie infantile
CORTET	MARION	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COUTIER-MARIE	LAURIANNE	Pédiatrie
DOREY	JEAN-MICHEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
DUPIEUX CHABERT (stagiaire)	CELINE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
DUPONT	DAMIEN	Parasitologie et mycologie
GRINBERG (stagiaire)	DANIEL	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
KOENIG	ALICE	Immunologie
LILOT	MARC	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
MAINBOURG JARDEL (stagiaire)	Sabine	Thérapeutique médecine douleur, addictologie
NGUYEN CHU	HUU KIM	Pharmacologie fondamentale, pharmacie clinique, addiction
PASQUER	ARNAUD	Chirurgie viscérale et digestive

SIMONET	THOMAS	Biologie cellulaire
VIPREY (stagiaire)	MARIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Maitres de conférences Hors classe

GOFFETTE	JEROME	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
VIGNERON	ARNAUD	Biochimie, biologie

Maitres de conférences Classe normale

BAYLAC-PAOULY	BAPTISTE	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
DALIBERT	LUCIE	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
FAUVERNIER	MATHIEU	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LASSERRE	EVELYNE	Ethnologie, préhistoire et anthropologie biologique
LECHOPIER	NICOLAS	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
MATEO	SEBASTIEN	Sciences de rééducation et de réadaptation
NAZARE	JULIE-ANNE	Physiologie
PANTHU	BAPTISTE	Biologie cellulaire
VIALLO	VIVIAN	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
VINDRIEUX	DAVID	Physiologie

Maitre de conférences de Médecine Générale 1^{ère} classe

CHANELIERE	MARC
------------	------

Maitre de conférences de Médecine Générale 2^{ème} classe

LAMORT-BOUCHE	MARION
---------------	--------

Maitres de conférences associés de Médecine Générale

BREST	ALEXANDRE
PERROTIN	SOFIA
ZORZI	FREDERIC

Maitre de conférences associé Autres disciplines

TOURNEBISE	HUBERT	Médecine physique et de réadaptation
------------	--------	--------------------------------------

Professeur Honoraire

DROZ	JEAN-PIERRE	Cancérologie
------	-------------	--------------

Professeurs émérites

BEZIAT	JEAN-LUC	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
BORSON-CHAZOT	FRANCOISE	Endocrinologie diabétologie maladies du métabolisme
COCHAT	PIERRE	Pédiatrie
DALIGAND	LILIANE	Médecine légale et Droit de la santé

ETIENNE	JEROME	Bactériologie-Virologie - Hygiène hospitalière
FLORET	DANIEL	Pédiatrie
GHARIB	CLAUDE	Physiologie
GUERIN	CLAUDE	Médecine intensive de réanimation
GUERIN	JEAN-FRANCOIS	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction - Gynécologie médicale
GUEYFFIER	FRANCOIS	Pharmacie fondamentale, clinique
LEHOT	JEAN-JACQUES	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
MAUGUIERE	FRANCOIS	Neurologie
MELLIER	GEORGES	Gynécologie - Obstétrique
MICHALLET	MAURICETTE	Hématologie - Transfusion
MOREAU	ALAIN	Médecine générale
NEGRIER	CLAUDE	Hématologie - Transfusion
NEGRIER	MARIE-SYLVE	Cancérologie - Radiothérapie
NIGHOGHOSSIAN	NORBERT	Neurologie
PONCHON	THIERRY	Gastroentérologie, hépatologie
PUGEAT	MICHEL	Endocrinologie et maladies métaboliques
REVEL	DIDIER	Radiologie imagerie médicale
SINDOU	MARC	Neurochirurgie
TOURAIN	JEAN-LOUIS	Néphrologie
TREPO	CHRISTIAN	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
TROUILLAS	JACQUELINE	Cytologie et Histologie

TABLE DES MATIÈRES

COMPOSITION DU JURY.....	12
LE SERMENT D'HIPPOCRATE.....	13
REMERCIEMENTS.....	14
DÉDICACES.....	15
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES.....	16
1. Résumé.....	17
2. Introduction.....	18
2.1. Contexte.....	18
2.2. Objectif.....	18
3. Matériel et méthodes.....	19
3.1. Protocole et pré-enregistrement.....	19
3.2. Sélection et recueil des GPC.....	19
3.3. Outil d'évaluation qualitative.....	19
3.4. Plan de l'étude et analyse des données.....	20
3.5. Critères de jugement.....	21
4. Résultats.....	22
4.1. Taille de l'échantillon.....	22
4.2. Critère de jugement principal.....	22
4.3. Critères de jugement secondaires.....	22
5. Discussion.....	23
5.1. Forces et limitations.....	23
5.2. Perspectives.....	24
5.3. Implications.....	24
6. Conclusion.....	26
7. Figures et tableaux.....	27
Figure 1.....	27
Figure 2.....	27
Figure 3.....	28
8. Bibliographie.....	29
9. Annexes.....	32
9.1. Annexe 1. Détail des 43 GPC sélectionnés.....	32
9.2. Annexe 2. Grille AGREE II.....	35
9.3. Annexe 3. Détail des résultats.....	82
9.4 Annexe 4. Version anglaise de l'article.....	85
CONCLUSIONS DE THÈSE.....	101

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur Philippe Vanhems

Membres du jury :

Madame le Professeur Anne-Marie Schott

Monsieur le Professeur Rémy Boussageon

Monsieur le Docteur Marc Chanelière

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je tiens à remercier sincèrement **mon directeur de thèse**, Monsieur le Professeur Boussageon. Merci de m'avoir donné votre confiance pour ce sujet, et de m'avoir permis de me l'approprier. Merci pour votre guidance et pour la facilité de nos échanges. Vous avez toujours fait preuve de bienveillance, et m'avez aidée à me dépasser. Vous avez tout mon respect et ma profonde reconnaissance.

Au président du jury : Monsieur le Professeur Vanhems, vous me faites l'honneur de présider ma thèse. A ce titre, je tiens à vous remercier, pour votre temps et pour votre attention, qui me sont précieux. **Aux membres du jury** Madame le Professeur Schott et Monsieur le Docteur Chanelière, je vous suis pareillement reconnaissante pour votre présence, vos encouragements et votre lecture attentive de mon travail.

Je tiens également à remercier messieurs les **Dr Baffalie, Dr Bouchard, et Dr Yalcin**, pour leur travail de thèse de qualité, qui a été la base à partir de laquelle j'ai pu écrire cet article. Merci à eux de m'avoir permis d'utiliser leurs résultats et de poursuivre leur travail.

Eulalie ma camarade de thèse, sans qui cet article n'aurait pu se faire : je te remercie pour avoir accepté de te joindre à moi, et pour ton travail rigoureux.

Merci à **Yanka** pour ta relecture de la version anglaise de ce papier, et pour ton amitié fidèle dans le temps et la distance.

Enfin, je souhaite exprimer ma reconnaissance à **l'ensemble de mes maîtres de stage universitaires**, que j'ai eu l'honneur de côtoyer pendant ces années d'internat : Dr Karim Tabet, Dre Sabine Gaschignard, Dr Jérémie Barbier, Dre Bénédicte Guibert, Dre Claire Julien, Dre Cindy Bougeard-Crouzet, Dre Muriel Caillet, Dre Chantal Bonfils. Chacun et chacune d'entre vous a compté pour façonner le médecin que je suis et je serai.

DÉDICACES

Cette thèse est d'abord dédiée à Filippo. Pendant toutes ces années, tu as été là, constamment, en fil rouge. Tu auras toujours toute ma gratitude et mon plus grand respect.

A **Elia**, mon fils et mon phare.

A **mon frère et mes sœurs : Nassim, Inès, Mayssane, Lilas**, que j'estime pour notre complicité dans notre diversité.

A **mes parents**, qui nous ont tout donné de leur personne. Je salue vos sacrifices. Merci pour votre humanisme qui restera toujours un cap pour moi.

A **Clotilde e Antonio**, i miei suoceri, che da sempre mi hanno accolta come una loro figlia. Grazie per il vostro supporto e la vostra affezione.

A **Mojen, Mathieu et Asha**, et à l'ensemble de mes compagnons d'armes sur le chemin de nos études.

A **mes très chers amis**, qui font le sel de la vie.

En hommage à ma tante, Dre Marie-Claire Guilbert, par qui naît ma vocation. J'espère aujourd'hui faire honneur à ta mémoire.

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (*aujourd'hui devenue ANSM, Agence Nationale de Sécurité du Médicament*)

AGREE II : Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II

CMG : Collège de Médecine Générale

CMIT : Collège des Universitaires des Maladies Infectieuses et Tropicales

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

ECR : Essai Clinique Randomisé

ESCMID : European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases

GPC : Guide de Pratique Clinique

GRADE : Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluations

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

IOM : Institute Of Medicine (*aujourd'hui National Academy of Medicine*)

OSF : Open Science Framework

RPC : Recommandation pour la Pratique Clinique (équivalent de GPC)

SFD : Société Française de Dermatologie

SFP : Société Française de Pédiatrie

SPILF : Société de Pathologie Infectieuse en Langue Française

Initiales des examinateurs AGREE II :

E.L : Eulalie Lecourt - Gillet

J.B : Julien Baffalie

K.A : Kenza Akhamlich

R.B : Rémy Boussageon

M.B : Mikaël Bouchard

M.Y : Mickael Yalcin

1. Résumé

Introduction

La prescription d'antibiotiques est une situation courante en soins primaires. Des recommandations sont régulièrement émises par divers organismes sur le sujet. Notre objectif est d'évaluer le niveau de qualité des guides de pratique clinique (GPC) français d'infectiologie dans les situations de soins primaires.

Méthodes

Recueil de l'ensemble des GPC français en soins primaires qui sont actuellement en vigueur, par le biais d'une revue méthodique du site Antibioclic®. Une évaluation qualitative est menée sur chacune de ces sources par 3 examinateurs différents, à l'aide de la grille AGREE II. Le critère de jugement principal est le score de fiabilité, somme des scores dans les domaines de rigueur d'élaboration et d'indépendance éditoriale. Pour qu'un GPC soit considéré comme fiable, il faut que ces deux domaines aient un score minimal de 60% chacun. Les critères secondaires sont l'évaluation de la qualité globale selon la grille AGREE II, ainsi que le pourcentage de GPC ayant précisé la réalisation d'une revue systématique de la littérature dans leur méthode.

Résultats

Sur 43 sources évaluées, aucune n'atteint le seuil de 60% dans le score de fiabilité. Seule une source (2.33%) obtient un score de qualité de 60% dans le domaine de rigueur d'élaboration (D3), tandis que 3 sources (6.98%) l'atteignent dans le domaine d'indépendance éditoriale (D6). Un GPC (2.33%) atteint le seuil de 60% pour le score d'évaluation générale. Les domaines de rigueur d'élaboration et d'indépendance éditoriale sont ceux qui obtiennent les scores moyens les plus bas, avec respectivement 11% et 21%. Le score d'évaluation générale a une moyenne de 29%. Pour 10 sources (23.26%), il est fait mention de la réalisation d'une revue systématique de la littérature.

Conclusion

On observe un manque de qualité dans la conception des recommandations françaises actuelles en infectiologie des soins primaires. Leur processus d'élaboration nécessite d'être revu, avec des exigences supérieures de qualité. La réalisation de revues systématiques et la transparence éditoriale sont deux critères majeurs à prendre en compte.

2. Introduction

2.1. Contexte

La prescription d'une antibiothérapie, la nature et la durée de celle-ci sont des situations courantes en soins primaires. Ce choix n'est jamais anodin, de par ses conséquences à la fois pour le patient et pour l'écosystème. La juste prescription d'antibiotiques est une préoccupation majeure de santé publique devant le constat d'une antibiorésistance croissante, qui serait responsable de 5500 morts par an en France (1).

La littérature médicale est en expansion permanente. La quantité d'articles publiés ne fait que croître d'année en année, et la démarche de médecine basée sur les preuves (ou "evidence-based medicine") demande au médecin de se tenir en permanence informé de l'évolution des connaissances. Cette tâche est d'autant plus ardue, pour ne pas dire impossible, lorsque le champ des connaissances impliquées est vaste, comme c'est le cas en médecine générale. C'est dans les suites de ce constat qu'ont émergé les guides de pratique clinique (GPC) ou "recommandations de bonne pratique". Celles-ci permettent au praticien de déléguer le processus long et fastidieux de sélection et d'évaluation de sources pour une question donnée, et offrent ainsi un gain de temps précieux. En médecine générale, comme pour les autres spécialités, elles sont consultées et appliquées par une grande partie des praticiens.

Cependant, si l'on veut pouvoir utiliser un GPC en toute confiance, le processus d'élaboration de celui-ci doit être rigoureux (2). Chaque année, des recommandations multiples et divergentes sont émises. Leur qualité est variable et leur contenu parfois contradictoire (3). Dans le domaine du suivi des maladies chroniques notamment, les recommandations émises sont en majorité basées sur des avis d'experts. Moins de 25% d'entre elles s'appuient sur des études de bonne qualité (4–6). Une récente étude allemande a montré que plus de la moitié des recommandations sont élaborées par des méthodes dites non systématiques, autrement dit manquant de rigueur (7). Cela est d'autant plus problématique si une recommandation "forte" est issue d'articles de faible niveau de preuve (8,9).

2.2. Objectif

L'objectif de cette étude est de déterminer le niveau de qualité des guides de pratique clinique français actuels, en infectiologie de soins primaires. Cette évaluation se fera par l'intermédiaire de la grille AGREE II (10), avec une attention particulière portée à 2 critères fondamentaux de fiabilité: la méthode d'élaboration (domaine 3) et l'indépendance éditoriale (domaine 6).

3. Matériel et méthodes

3.1. Protocole et pré-enregistrement

La méthodologie a été enregistrée au préalable sur la plateforme en ligne *osf.io*. au numéro DOI 10.17605/OSF.IO/3B7QH (<https://osf.io/3b7qh>).

3.2. Sélection et recueil des GPC

Le site Antibioclic® est un outil d'aide à la prescription, réalisé par un comité d'expert, qui recense les derniers GPC en vigueur, dans le domaine des pathologies infectieuses les plus courantes en soins primaires. Antibioclic® permet d'accéder aux articles qui sont avancés comme sources, par un lien direct. Leur citation précise et référencée permet aussi de retrouver ces sources aisément à travers un moteur de recherche scientifique.

La sélection consiste en une revue méthodique actualisée du site Antibioclic®. Les pathologies sont classées sur le site par domaine anatomique. La procédure de sélection est la suivante : pour chaque pathologie recensée, dans chaque domaine anatomique, il est sélectionné le ou les GPC sur lesquels s'appuie la rédaction du site pour justifier de la prise en charge proposée. Le domaine "prophylaxies" est également traité. Le recueil de sources et l'analyse de données sont donc exhaustifs. Les sources citées à plusieurs reprises sur le site ne sont incluses qu'une fois, pour éviter une redondance dans l'analyse.

Le recueil de données est effectué de façon transversale, à 2 reprises : un premier recueil en décembre 2021, puis un second recueil au mois de mars 2023, afin de permettre d'actualiser les résultats selon les nouvelles recommandations en vigueur. Les modifications apportées au site Antibioclic® après mars 2023 ne seront pas prises en compte dans le recueil des données et leur traitement.

Afin d'aborder principalement les situations les plus courantes en médecine générale, les recommandations dans les situations particulières "insuffisance rénale", "grossesse" et "allaitement" sont exclues. Les autres critères d'exclusion sont : source considérée comme accessoire, ne traitant pas de la prise en charge médicamenteuse de la pathologie (par exemple une source donnant uniquement des informations sur la pathologie et son évolution naturelle), source non accessible en ligne (données manquantes), source en lien avec l'infection à Covid19.

3.3. Outil d'évaluation qualitative

La grille AGREE II est un outil validé pour une évaluation qualitative des GPC (2,11,12). Elle se compose de 23 éléments clés, organisés en six domaines portant chacun sur une dimension particulière de qualité de la recommandation ("champs et objectif", "participation des groupes concernés", "rigueur d'élaboration", "clarté et présentation", "applicabilité" et "indépendance éditoriale"), suivis de deux éléments généraux (correspondants à l'évaluation générale).

Tous les éléments de la grille sont évalués à l'aide de l'échelle de notation de 1 à 7 (1 correspondant à l'évaluation "fortement en désaccord" et 7 correspondant à "fortement en accord"). Une fois l'ensemble

des éléments des 6 domaines évalués, l'examineur doit remplir l'évaluation générale qui consiste à dire s'il recommande ou non l'usage du GPC, ainsi qu'à attribuer un score toujours entre 1 et 7. Pour ce dernier score, l'évaluateur doit juger de la qualité globale de la recommandation, en prenant en compte l'ensemble des éléments précédents.

Le détail des éléments de la grille ainsi que de son calcul par domaine, avec exemples à l'appui, se trouve dans le manuel d'utilisateur de la grille AGREE II (10) (extraits dans l'*annexe 2*).

Parmi les différents critères évalués dans cette grille, la méthode d'élaboration (ou rigueur d'élaboration (domaine 3) est fondamentale pour considérer une recommandation de bonne qualité (13,14). Cet élément regroupe des considérations autour de la méthodologie, des critères de sélection, de la validité interne de l'étude. L'indépendance éditoriale (domaine 6) est un autre prérequis majeur de la qualité d'un GPC. La présence de conflits d'intérêt financiers est associée à des recommandations favorables à l'usage d'un médicament ou d'un dispositif (15,16) et a déjà conduit la HAS à plusieurs reprises à abroger certaines recommandations (17).

3.4. Plan de l'étude et analyse des données

Pour chaque recommandation sélectionnée, chaque item dans tous les domaines de qualité a été noté de 1 à 7 par plusieurs examinateurs (M.B, M.Y, J.B, K.A, E.L, R.B¹). Dans cette étude, deux panels d'examineurs différents et successifs ont conduit cette évaluation. Afin d'assurer la reproductibilité, et conformément au manuel d'utilisation AGREE II, chaque panel était constitué de 3 examinateurs différents. Les sources recueillies avant décembre 2021 ont été évaluées par un premier panel (M.B, M.Y, J.B) ; celles recueillies entre décembre 2021 et mars 2023 ont été évaluées par un second panel (K.A, E.L, R.B). Les données ont ensuite été mises en commun pour permettre leur analyse par l'un des évaluateurs (K.A).

Pour une source donnée, dans chaque domaine, le score est calculé en additionnant les scores des différents items du domaine de chaque examinateur, et en traduisant le résultat en pourcentage. La valeur en pourcentage, entre 0 et 100%, se calcule de la manière standardisée suivante : $(\text{score obtenu} - \text{score minimal possible}) / (\text{score maximal possible} - \text{score minimal possible})$. Le score d'évaluation générale, également appelé score global, est calculé par le même procédé, en se basant sur une échelle similaire de 1 à 7 sur un seul item. Ce calcul de score par domaines ainsi que du score global a été mené pour chacune des recommandations sélectionnées et évaluées.

La méthode statistique choisie est l'utilisation d'une feuille de calcul (Google Sheets®) pour le recueil des données et pour leur traitement.

¹ Le détail des panels, avec noms complets des examinateurs, est précisé dans le document *annexe 1*

3.5. Critères de jugement

Il n'y a pas de seuil déterminé dans le guide de l'utilisateur de la grille AGREE II pour considérer un GPC comme de bonne qualité. Néanmoins, le seuil de 60% dans un domaine est retrouvé dans la littérature et est considéré comme acceptable pour considérer la qualité du domaine (6,18).

Pour la réalisation de cette étude, un score de fiabilité a été élaboré, correspondant au score additionnel du domaine 3 (rigueur d'élaboration) et du domaine 6 (indépendance éditoriale). Le critère de jugement principal était un score de fiabilité supérieur ou égal à 60%, soit $(D3 \geq 60\%) + (D6 \geq 60\%)$. Le nombre et la proportion de sources qui atteignent ce score dans les deux domaines ont été calculés.

Les critères de jugement secondaires étaient l'évaluation dans les domaines 1 à 6 de la grille AGREE II, le score global AGREE II, ainsi que la proportion de GPC pour lesquels une revue systématique de la littérature a été effectuée au cours de leur conception.

4. Résultats

4.1. Taille de l'échantillon

Selon le protocole de sélection décrit ci-dessus, 28 GPC ont été recueillis en décembre 2021. Entre cette date et le mois de mars 2023, 15 autres GPC nouvellement parus ont pu être ajoutés. Au total, ce sont 43 GPC qui ont pu être inclus (*figure 1*). Parmi ces recommandations, 24 (56 %) sont issues d'organismes gouvernementaux, principalement de la HAS, mais également du HCSP ou de l'AFSSAPS (ex-ANSM). Onze GPC (26 %) sont émis par des sociétés savantes, parmi lesquelles les principales sont la SPILF, la SFP, la SFD, et l'ESCMID. Trois GPC (7%) sont basés sur des avis d'experts. Enfin, 5 GPC (11%) sont émis par un autre type d'organisme à savoir le collège universitaire d'infectiologie (CMIT). Le détail de ces sources, ainsi que du panel d'examineurs à qui est attribuée l'évaluation de chacune d'entre elles, est consultable dans le document *annexe 1*. Il n'a pas été recensé de données manquantes : chaque source citée sur Antibioclic® était consultable en ligne.

4.2. Critère de jugement principal

Sur ces 43 sources, aucune n'obtient un score de fiabilité supérieur ou égal à 60%. Seule une source (w33) sur les 43 évaluées, soit 2.33%, atteint le seuil d'un score de qualité dans le domaine 3 (rigueur d'élaboration) (*figure 2*). Seules 3 sources (w3,10,27), soit 6.98%, atteignent ce seuil de qualité dans le domaine 6 dit d'indépendance éditoriale (*figure 2*).

4.3. Critères de jugement secondaires

Le domaine de rigueur d'élaboration (D3) est celui qui obtient le score le plus bas avec une moyenne de 11%. Le domaine d'indépendance éditoriale (D6) est le second plus bas avec une moyenne de 21% (*figure 3*). Le score d'évaluation générale est également faible, avec une moyenne à 29%. Un seul GPC (w33) sur les 43 évalués, soit 2.33%, atteint le seuil de qualité global fixé à 60% (*figure 2*).

Le domaine obtenant le meilleur score est celui de clarté et présentation (D4) avec 26 GPC, soit 60.47% qui atteignent le seuil de 60% (w1,3,4,8,12,14,20,21,22,27-43).

La réalisation d'une revue systématique de la littérature a été mentionnée dans 10 GPC soit 23.26% (w8,10,11,15,20,22-24,27,33).

Le détail des scores par domaines, pour chaque source, est consultable dans le document *annexe 3*.

5. Discussion

Pour la quasi-totalité des recommandations françaises actuelles en infectiologie pour les soins primaires, le seuil de qualité de 60% n'est pas atteint, à la fois quant à l'indépendance éditoriale et à la rigueur d'élaboration. Ce sont pourtant deux critères essentiels pour juger de la fiabilité d'un GPC.

Par ailleurs, dans seulement un quart des GPC, il est mentionné la réalisation d'une revue systématique de la littérature qui est un critère nécessaire pour éviter un biais de sélection des études sources.

5.1. Forces et limitations

A notre connaissance, ceci est la seule évaluation par la grille AGREE II menée dans le champ des recommandations françaises en infectiologie courante. Ces résultats sont cohérents avec ceux des quelques études similaires menées sur les recommandations d'infectiologie dans d'autres pays (19–21).

Le recueil des GPC par l'intermédiaire d'une unique plateforme a pu générer un biais de sélection. Cependant, il tendrait à sélectionner des recommandations de bonne qualité, le site Antibiocliv® étant géré par les 3 sociétés savantes que sont la SPILF, le le CMG et le CNGE, et se donnant pour tâche de présenter les recommandations les plus à jour et pertinentes. Cela ne devrait donc pas fausser les résultats de l'étude.

Une faiblesse de ce travail qui pourrait être pointée est la méthodologie du recueil des sources, qui s'est fait en deux temps différents, avec une évaluation conduite par deux panels différents. Toutefois, un biais dû à cette multiplicité des évaluateurs serait non différentiel. De plus, les études portant sur les indicateurs associés à des GPC de bonne qualité semblent montrer que l'année de publication n'est pas un facteur significatif (6).

Une limitation aux résultats obtenus est celle de l'usage de la grille AGREE II qui, comme tout outil d'évaluation, est imparfait. D'abord, la grille est qualitative, sans pondération ou hiérarchisation des items entre eux. L'évaluation se base sur une échelle de notation, donc subjective, et que chacun s'approprie à sa manière puisque les examinateurs n'ont pas reçu de formation préalable à son usage. Ce potentiel biais de mesure est toutefois limité d'une part par le recours à des évaluateurs multiples, et d'autre part grâce au manuel d'utilisateur de la grille, qui donne une description précise de chaque item avec des pistes de notation. D'autre part, le seuil de 60% pour juger de la qualité d'un document peut être considéré comme arbitraire, ce d'autant plus que la méthodologie d'AGREE II précise bien qu'aucun seuil ne doit être choisi. Cependant, l'analyse portant sur la réalisation des revues systématiques des 43 GPC est un critère objectif et permet indirectement de valider la faiblesse du domaine rigueur d'élaboration des GPC pour près de 3 GPC sur 4.

Ensuite, il faut mentionner que la grille AGREE II permet d'évaluer le processus d'élaboration du GPC, et en aucun cas son contenu scientifique en lui-même. Un outil qui prendrait en compte les deux dimensions simultanément pourrait être intéressant à développer (11,22).

Enfin, bien que ce soit contre-intuitif, il faut noter que la validité interne d'un GPC n'est pas toujours corrélée à sa qualité méthodologique (23). Ainsi, bien que l'évaluation AGREE II d'une recommandation soit importante, elle est insuffisante à elle-seule (14).

5.2. Perspectives

La qualité d'un GPC ne se réduit pas à uniquement sa méthodologie ni à l'absence de conflits d'intérêt des auteurs. Selon le travail mené par l'Institute of Medicine américain sur les pré-requis de qualité d'un GPC (2), une dimension à prendre en compte est le type d'études citées dans sa réalisation : essai clinique randomisé (ECR), méta-analyse d'ECR, méta-analyse observationnelle, étude observationnelle,... En particulier, une recommandation se doit de citer les méta-analyses d'ECR de la bibliothèque Cochrane sur le sujet. Un travail d'analyse pourrait être réalisé sur les méta-analyses de la revue Cochrane existantes sur un sujet, en comparaison à celles qui sont effectivement mentionnées dans l'élaboration d'une recommandation donnée. Ces questions feront l'objet d'une publication ultérieure et sont prévues dans le protocole OSF.

Un autre aspect important à considérer est la notion de niveau de preuve de la recommandation, qui peut varier selon le type d'études citées dans leur conception (24). On peut faire le lien ici avec le système GRADE, qui donne un cadre de référence pour pondérer une recommandation. Quand le niveau de preuve est faible, la recommandation est la plupart du temps "conditionnelle" ("il est suggéré"). Il faut pouvoir pondérer cette notion selon qu'il s'agisse par exemple d'un traitement symptomatique ou, à l'opposé, d'une situation paradigmatique pour laquelle une action s'impose (25,26) comme l'antibiothérapie urgente dans les méningites bactériennes.

L'applicabilité en soins primaires est rarement prise en compte, ou du moins exposée clairement dans le GPC. C'est pourtant un critère important à prendre en compte, de l'avis des praticiens de médecine générale. En effet, si la recommandation émane d'études menées en soins secondaires (en milieu hospitalier notamment), les praticiens sont moins enclins à les suivre (27,28).

D'autre part, l'impact d'une recommandation sur la santé de la population cible n'est généralement évalué ni avant, ni après sa publication. Les conséquences de la mise en application d'un GPC peuvent être négatives. On peut citer ici l'exemple d'un GPC états-unien ayant promu l'utilisation de hautes doses de corticoïdes à la phase aiguë chez des blessés médullaires dans les années 1990, qui a mené à une surmorbidity et à une surmortalité (on estime plus de 5000 décès imputables) (29,30). Ce constat pose la question d'une exigence d'évaluation systématique des recommandations. Cette évaluation pourrait être requise à la publication-même du document, comme faisant partie intégrante du GPC (31).

5.3. Implications

Le médecin doit pouvoir avoir confiance quant à la qualité de l'information qu'il utilise, s'il veut pouvoir ensuite l'appliquer (16,32). Les GPC doivent respecter des standards de qualité internationaux (2). Dans

cette perspective, la question de la fiabilité est essentielle. Un GPC peut être scientifiquement justifié, mais son élaboration peut manquer de rigueur. Que penser effectivement d'une recommandation applicable, mais non digne de confiance dans son processus d'élaboration ? Ce constat suggère que les recommandations actuelles d'infectiologie de soins primaires gagneraient à être revues, avec plus d'exigence quant à leur processus d'élaboration.

A l'heure actuelle, et au niveau international, les différentes études menées sur la qualité des GPC vont dans le sens qu'une minorité d'entre eux présentent une méthodologie et une qualité suffisantes. Les médecins qui les utilisent doivent être conscients de cet état de fait, afin de ne pas suivre aveuglément un GPC de par son statut "d'autorité" (12,29). Ces résultats nous amènent à réfléchir à la place des recommandations dans notre pratique quotidienne.

Enfin, il est tout à fait légitime de déléguer le travail de recherche et d'analyse de la littérature à des experts qui rédigent les GPC car les médecins n'ont ni le temps ni les compétences pour effectuer ce travail. La condition minimale est que ces GPC soient fiables, et que leurs auteurs effectuent ce travail avec la rigueur qu'il requiert, et dans les règles de l'art. Notre étude montre que cela n'est pas le cas en ce qui concerne l'antibiothérapie en médecine générale.

6. Conclusion

Parmi les 43 recommandations analysées, aucune ne parvient à atteindre un score de fiabilité supérieur à 60%. Les résultats de cette étude suggèrent que les recommandations actuelles françaises en infectiologie de soins primaires ne respectent pas les critères internationaux de qualité requis. Ces recommandations gagneraient à être réévaluées, avec des critères d'exigence supérieurs. Les auteurs doivent n'avoir aucun conflit d'intérêt et le GPC doit fournir des informations sur la réalisation de revues systématiques au cours de leur élaboration, ainsi que leur interprétation.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

7. Figures et tableaux

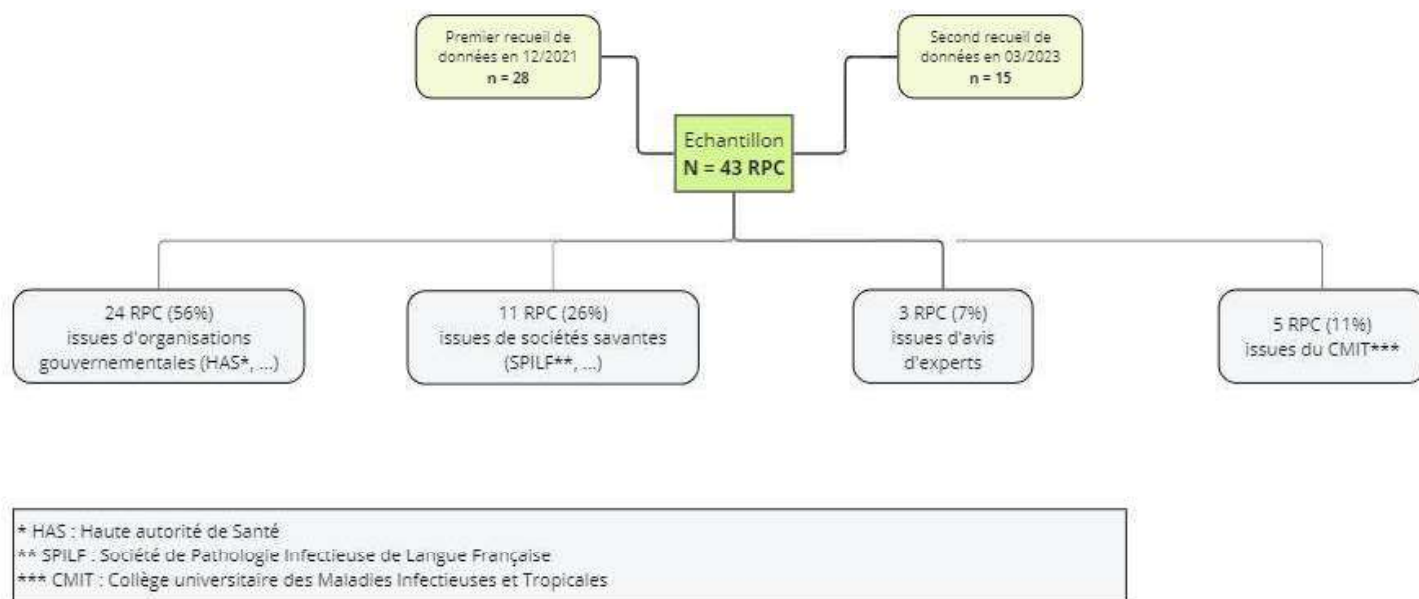


Figure 1
Diagramme de flux

GPC dont le score est $\geq 60\%$	Nombre (n)	Pourcentage (%)
Domaine 1 Champs et objectifs	17	39,53
Domaine 2 Participation des groupes	2	4,65
Domaine 3 Rigueur d'élaboration	1	2,33
Domaine 4 Clarté et présentation	26	60,47
Domaine 5 Applicabilité	0	0
Domaine 6 Indépendance éditoriale	3	6,98
Score global	1	2,33
Score de fiabilité (D3 + D6)	0	0

Figure 2
Nombre et pourcentage de GPC atteignant le seuil de 60% par domaine, évaluation selon la grille AGREE II

	Moyenne du score (%)	Ecart type	Score minimal (%)	Score maximal (%)
Domaine 1 Champs et objectifs	46	0,325	0	91
Domaine 2 Participation des groupes	24	0,24	0	65
Domaine 3 Rigueur d'élaboration	11	0,04	0	60
Domaine 4 Clarté et présentation	60	0,01	0	98
Domaine 5 Applicabilité	31	0,015	0	58
Domaine 6 Indépendance éditoriale	21	0,28	0	100
Score global	29	0,16	0	72

Figure 3

Moyenne et écart-type du score, score minimal et score maximal, par domaine, évaluation selon la grille AGREE II

8. Bibliographie

1. Cassini A, Högberg LD, Plachouras D, Quattrocchi A, Hoxha A, Simonsen GS, et al. Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. *Lancet Infect Dis* 2019;19(1):56-66
2. Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011
3. Yao L, Ahmed MM, Guyatt GH, Yan P, Hui X, Wang Q, et al. Discordant and inappropriate discordant recommendations in consensus and evidence based guidelines: empirical analysis. *BMJ*. 25 nov 2021;375
4. Elwenspoek MMC, Patel R, Watson JC, Whiting P. Are guidelines for monitoring chronic disease in primary care evidence based? *BMJ*. 13 juin 2019;365:l2319
5. Ebell MH, Sokol R, Lee A, Simons C, Early J. How good is the evidence to support primary care practice? *Evid Based Med*. juin 2017;22(3):88-92
6. Molino C de GRC, Leite-Santos NC, Gabriel FC, Wainberg SK, Vasconcelos LP de, Mantovani-Silva RA, et al. Factors Associated With High-Quality Guidelines for the Pharmacologic Management of Chronic Diseases in Primary Care: A Systematic Review. *JAMA Intern Med*. 1 avr 2019;179(4):553-60
7. Lunny C, Ramasubbu C, Puil L, Liu T, Gerrish S, Salzwedel DM, et al. Over half of clinical practice guidelines use non-systematic methods to inform recommendations: A methods study. *PloS One*. 2021;16(4):e0250356
8. Yao L, Guyatt GH, Djulbegovic B. Can we trust strong recommendations based on low quality evidence? *BMJ*. 25 nov 2021;375:n2833
9. Schumacher RC, Nguyen OK, Desphande K, Makam AN. Evidence-Based Medicine and the American Thoracic Society Clinical Practice Guidelines. *JAMA Intern Med*. avr 2019;179(4):584-6
10. Brouwers M, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Davis D. *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II - The AGREE Next Steps Consortium*. 2017
11. Burls A. AGREE II—improving the quality of clinical care. *The Lancet*. 2 oct 2010;376(9747):1128-9
12. Dickinson JA, Bell NR, Grad R, Singh H, Groulx S, Szafran O. Choisir les guides de pratique clinique à utiliser. *Can Fam Physician*. mai 2018;64(5):e225-31
13. Watine J, Friedberg B, Nagy E, Onody R, Oosterhuis W, Bunting PS, et al. Conflict between Guideline Methodologic Quality and Recommendation Validity: A Potential Problem for Practitioners. *Clin Chem*. 1 janv 2006;52(1):65-72

14. Matthys J, Meyere MD. Quality evidence important for quality guidelines. CMAJ. 21 sept 2010;182(13):1449-50
15. Nejtgaard CH, Bero L, Hróbjartsson A, Jørgensen AW, Jørgensen KJ, Le M, et al. Association between conflicts of interest and favourable recommendations in clinical guidelines, advisory committee reports, opinion pieces, and narrative reviews: systematic review. BMJ. 9 déc 2020;371:m4234
16. Campsall P, Colizza K, Straus S, Stelfox HT. Financial Relationships between Organizations That Produce Clinical Practice Guidelines and the Biomedical Industry: A Cross-Sectional Study. PLOS Med. 31 mai 2016;13(5):e1002029
17. Le Noc Y, Drahi E, Bergua G, Dumoulin M, Scali C. Recommandations pour la pratique clinique : une confiance minée par les conflits d'intérêts - SFDRMG. 21 janv 2019;(913)
18. Hoffmann-Eßer W, Siering U, Neugebauer EAM, Lampert U, Eikermann M. Systematic review of current guideline appraisals performed with the Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II instrument-a third of AGREE II users apply a cut-off for guideline quality. J Clin Epidemiol. mars 2018;95:120-7
19. Wu D, Jiang W, Yu L, Wang Y, Tao Y, Tang H, et al. Quality assessment of clinical practice guidelines for infectious diseases in China. J Evid-Based Med. 2018;11(2):95-100
20. Sagam CK, Were LM, Otieno JA, Mulaku MN, Kariuki S, Ochodo E. Quality assessment of clinical practice guidelines in Kenya using the AGREE II tool: a methodological review. BMJ Open. 10 juill 2023;13(7):e074510
21. Wilby KJ, Black EK, MacLeod C, Wiens M, Lau TTY, Paiva MA, et al. Critical appraisal of clinical practice guidelines in pediatric infectious diseases. Int J Clin Pharm. oct 2015;37(5):799-807
22. Watine J. Is it time to develop AGREE III? Can Med Assoc J. 28 oct 2019;191(43):E1198-E1198
23. Watine JC, Bunting PS. Mass colorectal cancer screening: methodological quality of practice guidelines is not related to their content validity. Clin Biochem. mai 2008;41(7-8):459-66
24. Djulbegovic B, Hozo I, Li SA, Razavi M, Cuker A, Guyatt G. Certainty of evidence and intervention's benefits and harms are key determinants of guidelines' recommendations. J Clin Epidemiol. août 2021;136:1-9
25. Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation—determinants of a recommendation's direction and strength. J Clin Epidemiol. 1 juill 2013;66(7):726-35
26. Miles KE, Rodriguez R, Gross AE, Kalil AC. Strength of Recommendation and Quality of Evidence for Recommendations in Current Infectious Diseases Society of America Guidelines. Open Forum Infect Dis. 21 janv 2021;8(2):ofab033
27. Missiou A, Tatsioni A. Systematic reviews do not comment on applicability for primary care. J Clin

Epidemiol. oct 2015;68(10):1152-60

28. Abdelhamid A, Howe A, Stokes T, Qureshi N, Steel N. Primary care evidence in clinical guidelines: a mixed methods study of practitioners' views. *Pract.* nov 2014;64(628):e719-727
29. Lenzer J. Why we can't trust clinical guidelines. *BMJ.* 14 juin 2013;346:f3830.
30. Lenzer J. Study Break. NIH secrets. *The New Republic.* 30 oct 2006
31. Shaughnessy AF, Cosgrove L, Lexchin JR. The Need to Systematically Evaluate Clinical Practice Guidelines. *J Am Board Fam Med JABFM.* 12 nov 2016;29(6):644-8
32. Bastian H. Nondisclosure of Financial Interest in Clinical Practice Guideline Development: An Intractable Problem? *PLOS Med.* 31 mai 2016;13(5):e1002030

9. Annexes

9.1. Annexe 1. Détail des 43 GPC sélectionnés

Détail des 43 GPC sélectionnés et de leur attribution aux deux panels d'évaluateurs.

- w1.** Caron F, Galperine T, Flateau C, Azria R, Bonacorsi S, Bruyère F, et al. Practice guidelines for the management of adult community-acquired urinary tract infections. *Med Mal Infect.* août 2018;48(5):327-58.
- w2.** Cohen R, Raymond J, Faye A, Gillet Y, Grimpel E. Prise en charge des infections urinaires de l'enfant. Recommandations du groupe de pathologie infectieuse pédiatrique de la Société française de pédiatrie et de la Société de pathologie infectieuse de langue française. *Arch Pédiatrie.* juin 2015;22(6):665-71.
- w3.** SFP. Guide de prescription d'antibiotiques en pédiatrie, Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique. juin 2016;23(Hors-série 3):S1-55.
- w4.** Vernay-Vaïsse C, Spenatto N, Derancourt C, Timsit J, Fouéré S, Pinault AL. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement transmissibles, SFD. 2016;
- w5.** Conduite à tenir devant une hypereosinophilie. *E Pilly Maladies infectieuses et tropicales.* 5e édition. 2018.
- w6.** Section MST de la SFD : Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les maladies sexuellement transmissibles. 2006;133(8-9 Pt 2):2S5-2S6.
- w7.** CNGOF. Infections génitales basses. In: *Protocoles en gynécologie obstétrique.* 4e édition. Elsevier-Masson; 2018.
- w8.** French P, Gomberg M, Janier M, Schmidt B, Van Voorst Vader P, Young H. IUSTI: 2008 European Guidelines on the Management of Syphilis. 2009.
- w9.** HAS. Commission de la transparence - Benzathine Benzylpénicilline. 2015 janv.
- w10.** Ministère des solidarités et de la santé. Rapport 2010 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH sous la direction du Pr. Patrick Yéni. CHU Bichat-Claude Bernard, Paris; 2010 juill.
- w11.** Brun JL, Castan B, De Barbeyrac B, Cazanave C, Charvériat A, Faure K, et al. Les infections génitales hautes. Mise à jour des recommandations pour la pratique clinique. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* mai 2019;47(5):398-403.
- w12.** HAS. Diverticulite aiguë sigmoïdienne non compliquée. 2021.
- w13.** HAS. Traitement guidé de l'infection par *Helicobacter pylori* chez l'adulte. 2021.
- w14.** Cohen R, Azria R, Barry B, Bingen E. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant - Recommandations de bonne pratique. 2011.

- w15.** Perronne C, Galperine T, Azria R, Benhamou D. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires basses de l'adulte et de l'enfant. Recommandations. 2005.
- w16.** Chidiac C, Cavallo JD, Dumarcet N, Galpérine T. Antibiothérapie par voie générale dans les infections respiratoires basses de l'adulte. Mise au point 2010. *Médecine Mal Infect.* juill 2010;41(5):221-8.
- w17.** ANAES. Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. Conférence de consensus. 2000 sept.
- w18.** CMIT. Coqueluche. In: E Pilly *Maladies infectieuses et tropicales*. 6e édition. 2020.
- w19.** HCSP. Conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche. 2014 juill. (Avis et rapports).
- w20.** Bouiller K, Caumes E, Chirouze C, Degeilh B. Borréliose de Lyme. Recommandations des sociétés savantes françaises. 2019 juin.
- w21.** Société française de médecine d'urgence. Plaies aiguës en structure d'urgence. Référentiel de bonnes pratiques. 2017.
- w22.** HAS. Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes. *Ann Dermatol Vénéréologie*. févr 2019;146(10):610-25.
- w23.** HAS. Prévention des maladies vectorielles à tiques. 2018.
- w24.** AFSSAPS. Prescription des antibiotiques par voie locale dans les infections cutanées bactériennes primitives et secondaires. *Ann Dermatol Vénéréologie*. juill 2004;131(11):1018-21.
- w25.** CMIT. Infections cutanéomuqueuses bactériennes et mycosiques. *Maladies infectieuses et tropicales* E Pilly. 1e édition. 2010.
- w26.** CSHPF. Prévention et prise en charge de la tuberculose en France. Synthèse et recommandations du groupe de travail du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France. 2004 nov.
- w27.** Endorsed by the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) and by the International Society of Chemotherapy (ISC) for Infection and Cancer, Habib G, Hoen B, Tornos P, Thuny F, Prendergast B, et al. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis : The Task Force on the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 1 oct 2009;30(19):2369-413.
- w28.** Direction Générale de la Santé. INSTRUCTION N°DGS/SP/2018/163 du 27 juillet 2018 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque. 2018 juill.
- w29.** HAS. Cystite aiguë simple, à risque de complication ou récidivante, de la femme. juill 2021.
- w30.** HAS. Urétrites et cervicites non compliquées. juill 2021.
- w31.** HAS. Pyélonéphrite aiguë de la femme. juill 2021.
- w32.** Diarrhées infectieuses de l'adulte et de l'enfant. In: E Pilly *Maladies infectieuses et tropicales*. 6e édition. 2020. p. 286-94.
- w33.** Van Prehn J, Reigadas E, Vogelzang EH, Bouza E, Hristea A, Guery B, et al. ESCMID (European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases) : 2021 update on the treatment guidance

document for Clostridioides difficile infection in adults. Clin Microbiol Infect Off Publ Eur Soc Clin Microbiol Infect Dis. déc 2021;27 Suppl 2:S1-21.

w34. Parasitoses digestives : giardiose, amébose, téniasis, ascariidiose, oxyurose. In: E Pilly Maladies infectieuses et tropicales. 6e édition. 2020. p. 252-7.

w35. HAS. Rhinopharyngite aiguë et angine aiguë de l'adulte. juill 2021;

w36. HAS. Rhinopharyngite aiguë et angine aiguë de l'enfant. juill 2021;

w37. HAS. Otite moyenne aiguë purulente de l'adulte. juill 2021;

w38. HAS. Otite moyenne aiguë purulente de l'enfant. juill 2021;

w39. HAS. Sinusite de l'adulte. juill 2021;

w40. HAS. Sinusite de l'enfant. juill 2021;

w41. HAS. Prise en charge des dermohypodermes bactériennes non nécrosantes (DHBNN) chez l'adulte. juill 2021;

w42. HAS. Prise en charge des dermohypodermes bactériennes non nécrosantes (DHBNN) chez l'enfant. juill 2021;

w43. HAS. Prise en charge de l'impétigo. juill 2021;

- Sources (GPC) évaluées par le premier panel (Mikaël Bouchard, Mickael Yalcin, Julien Baffalieu) :
w1–28
- Sources (GPC) évaluées par le second panel (Kenza Akhamlich, Rémy Boussageon, Eulalie Lecourt - Gillet) : **w29–43**

GRILLE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE (GRILLE AGREE II)

The AGREE Next Steps
Research Consortium

Mai 2009



**GRILLE AGREE II :
MANUEL D'UTILISATEUR**

MANUEL D'UTILISATEUR : CONSIGNES D'UTILISATION DE LA GRILLE AGREE II

Ce manuel d'utilisateur a été conçu spécialement pour guider les évaluateurs qui utilisent la Grille. Nous vous suggérons de lire toutes les consignes avant d'utiliser la Grille.

1. Se préparer à utiliser la Grille AGREE II

i) Documents d'accompagnement

Avant d'appliquer la Grille AGREE II, les utilisateurs devraient d'abord lire attentivement la RPC. En plus de la RPC, les utilisateurs devraient s'efforcer de rassembler tous les renseignements relatifs au processus d'élaboration de la RPC avant leur évaluation. Ces renseignements peuvent être réunis dans le document même de la RPC ou être résumés dans un rapport technique distinct, un manuel méthodologique ou l'énoncé de politique des concepteurs de RPC. Ces documents d'accompagnement peuvent être publiés ou rendus publics sur le Web. Il revient aux auteurs de la RPC d'aviser les lecteurs de l'existence et de l'emplacement des documents d'accompagnement et des documents techniques additionnels pertinents; les utilisateurs de la Grille AGREE II doivent faire tout en leur pouvoir pour repérer et inclure ces documents lors de l'évaluation.

ii) Nombre d'évaluateurs

Afin d'accroître la fiabilité de l'évaluation, la RPC devrait être revue par au moins deux lecteurs, et préférablement par quatre. Les essais de fiabilité de la Grille sont en cours.

2. Structure et contenu de la Grille AGREE II

La Grille AGREE II se compose de 23 éléments clés organisés en six domaines, suivis de deux éléments généraux d'évaluation (« Évaluation générale »). Chaque domaine porte sur une dimension particulière de la qualité des RPC.

Le *Domaine 1, « Champ et objectifs »*, concerne l'objectif global de la RPC, les questions de santé abordées et des populations cibles (éléments 1-3).

Le *Domaine 2, « Participation des groupes concernés »*, sert à examiner dans quelle mesure la RPC a été élaborée par les groupes appropriés et prend en considération les points de vue des utilisateurs visés (éléments 4-6).

Le *Domaine 3, « Rigueur d'élaboration »*, décrit le processus de recherche et de synthèse des preuves scientifiques ainsi que les méthodes utilisées pour formuler les RPC et les mettre à jour (éléments 7-14).

Le *Domaine 4, « Clarté et présentation »*, sert à étudier la langue, la structure et le format de la RPC (éléments 15-17).

Le *Domaine 5, « Applicabilité »*, examine les obstacles et les éléments favorisant l'application de la RPC, les stratégies d'amélioration de l'application ainsi que les coûts d'application (éléments 18-21).

Le **Domaine 6, « Indépendance éditoriale »**, concerne la formulation des RPC et vise à s'assurer qu'elles n'ont pas été indûment biaisées par des intérêts divergents (éléments 22-23).

L'évaluation générale sert à évaluer la qualité générale de la RPC et à déterminer si l'on en recommande l'application.

3. Échelle de notation et sections du manuel d'utilisateur

Les éléments de la Grille AGREE II et les deux éléments d'évaluation générale sont notés sur une échelle allant de 1 (fortement en désaccord) à 7 (fortement en accord). Le manuel d'utilisateur, qui explique comment évaluer chacun des éléments à l'aide de l'échelle de notation, comprend trois sections supplémentaires visant à faciliter le travail d'évaluation de l'utilisateur. Ces sections sont la Description du manuel d'utilisateur, Quoi regarder et Comment évaluer.

i) Échelle de notation

Tous les éléments de la Grille d'AGREE II sont évalués à l'aide de l'échelle de notation de 1 à 7 :

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

1 (*Fortement en désaccord*) : Score à octroyer en l'absence d'information pertinente concernant l'élément de la Grille AGREE II évalué ou lorsque le concept est très mal présenté.

7 (*Fortement en accord*) : Score à octroyer lorsque la qualité de la présentation est exceptionnelle et que l'ensemble des critères et des considérations présentés dans le manuel d'utilisateur sont respectés.

Scores entre 2 et 6 : On accorde un score entre 2 et 6 lorsque la présentation de l'élément de la Grille AGREE II ne respecte pas l'ensemble des critères et des considérations présentés dans le manuel d'utilisateur. Le score doit être octroyé selon le degré d'exhaustivité et la qualité de la présentation. Plus les critères et les considérations du manuel d'utilisateur sont respectés, plus le score doit être élevé. On trouve, dans la section « Comment évaluer », des détails sur les critères d'évaluation et les éléments à prendre en considération pour chacun des éléments.

ii) Description du manuel d'utilisateur

On donne, dans cette section, les grandes lignes du concept qui sous-tend chacun des éléments, accompagnées d'exemples

iii) Quoi regarder

Dans cette section, on indique à l'évaluateur dans quelle partie de la RPC l'on trouve généralement l'information relative aux différents éléments. On y donne aussi le nom que l'on donne généralement aux parties ou chapitres de la RPC où l'on retrouve cette information. Il est à noter qu'il ne s'agit que de suggestions. Il revient à l'évaluateur d'examiner l'ensemble de la RPC et des documents d'accompagnement pour s'assurer que son évaluation est équitable.

iv) Comment évaluer

Dans cette section, on présente plus en détail les critères d'évaluation ainsi que les points à considérer pour chacun des éléments.

- Les *critères* précisent de façon explicite les aspects qui correspondent à la définition opérationnelle de l'élément. Plus les critères sont respectés, plus le score de la RPC pour cet élément doit être élevé.
- Les *considérations* ont pour objectif de favoriser une évaluation éclairée. Comme dans toute évaluation, les évaluateurs doivent faire preuve de jugement. Plus on aura tenu compte des considérations dans l'élaboration de la RPC, plus le score de la RPC pour cet élément doit être élevé.

Il est important de noter que la notation de la RPC exige de faire preuve de jugement. Les critères et les considérations sont là pour servir de guide, pas pour remplacer le jugement des évaluateurs. Par ailleurs, aucun des éléments de la Grille AGREE II ne précise d'attentes explicites pour les sept points de l'échelle de notation.

v) Autres facteurs à considérer lors de l'application de la Grille AGREE II

À l'occasion, certains éléments de la Grille AGREE II peuvent ne pas s'appliquer à la RPC évaluée. Par exemple, des RPC dont le champ est limité peuvent ne pas fournir toute la gamme d'options de prise en charge de la situation clinique (voir élément 16). La Grille AGREE II ne comprend pas de choix de réponse « Ne s'applique pas ». Cette situation peut être gérée de différentes façons, notamment en sautant l'élément ou en lui accordant le score « 1 » (absence d'information) et en expliquant les raisons de ce résultat. *Peu importe la stratégie adoptée, les décisions doivent être prises à l'avance et décrites de façon explicite. De plus, si l'on décide de sauter des éléments, il est essentiel d'apporter les modifications nécessaires au calcul du score. Par principe, l'exclusion d'éléments d'évaluation n'est pas encouragée.*

4. Notation à l'aide de la Grille AGREE II

Le score accordé pour la qualité est calculé pour chacun des six domaines de la Grille AGREE II. Les six domaines sont indépendants et ne devraient pas être regroupés en un score global de qualité.

i) Calcul du score des domaines

Le score des domaines est calculé en additionnant les scores des différents éléments du domaine et en traduisant le résultat en pourcentage du score maximal pour ce domaine.

Exemple :

Si quatre évaluateurs donnent les scores suivants pour le domaine 1 (champ et objectifs de la RPC) :

	Élément 1	Élément 2	Élément 3	Total
Évaluateur 1	5	6	6	17
Évaluateur 2	6	6	7	19
Évaluateur 3	2	4	3	9
Évaluateur 4	3	3	2	8
Total	16	19	18	53

Score maximal = 7 (fortement en accord) x 3 (éléments) x 4 (évaluateurs) = 84
Score minimal = 1 (fortement en désaccord) x 3 (éléments) x 4 (évaluateurs) = 12

La valeur en pourcentage par domaine se calcule de la manière suivante :

$$\frac{\text{Score obtenu} - \text{Score minimal possible}}{\text{Score maximal possible} - \text{Score minimal possible}} \\ \frac{53 - 12}{84 - 12} \times 100 = \frac{41}{72} \times 100 = 0,5694 \times 100 = 57 \%$$

En cas d'exclusion d'éléments, le calcul des scores minimum et maximum devront être modifiés.

ii) Interpréter le score par domaine

Bien que le score par domaine soit utile pour comparer des RPC et qu'il indique si une RPC doit être recommandée, le Consortium n'a pas fixé de score minimal ou de modèle de notation pour distinguer les RPC de grande et de mauvaise qualité. Ces décisions doivent être prises par l'utilisateur et guidée par le contexte d'utilisation de la Grille AGREE II.

5. Évaluation générale

Une fois les 23 éléments évalués, les utilisateurs de la Grille AGREE II doivent répondre aux deux questions de l'évaluation générale de la RPC. L'évaluation générale exige que l'utilisateur de la Grille AGREE II évalue la qualité de la RPC en tenant compte des éléments d'évaluation prévus dans le processus d'évaluation. L'utilisateur doit également dire s'il recommande l'utilisation de la RPC.

On trouve, dans les pages suivantes, les directives pour la cotation des 23 éléments de la Grille AGREE II par domaine. Chacun des éléments comprend une description, des suggestions sur les endroits où trouver l'information et des conseils sur la méthode de notation.

DOMAINE 1 : CHAMP ET OBJECTIFS

1. Le ou les objectifs de la RPC sont décrits explicitement.
2. La ou les questions de santé couvertes par la RPC sont décrites explicitement.
3. La population (patients, public, etc.) à laquelle la RPC doit s'appliquer est décrite explicitement.

CHAMP ET OBJECTIFS						
1. Le ou les objectifs de la RPC sont décrits explicitement.						
1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
Commentaires						

Description du manuel d'utilisateur

Cet élément traite des répercussions potentielles d'une RPC sur la santé d'une population ou de groupes de patients ou d'individus. L'objectif global de la RPC devrait être décrit de façon détaillée et les bénéfices attendus en termes de santé devraient être propres à la situation clinique ou au problème de santé. Par exemple :

- prévention des complications (à long terme) chez les patients diabétiques;
- diminution du risque d'événements vasculaires ultérieurs chez les patients ayant eu un infarctus du myocarde;
- stratégies plus efficaces de dépistage en population du cancer colorectal;
- faciliter le choix des traitements les plus efficaces et la prise en charge des patients atteints de diabète.

Quoi regarder

Examiner les paragraphes et les chapitres d'introduction pour obtenir une description du champ et des objectifs de la RPC. Dans certains cas, la raison d'être ou la justification de la RPC est décrite dans un document distinct, notamment dans la proposition de la RPC. Voici quelques exemples de titre de sections ou de chapitres où l'on peut trouver ce genre d'information : introduction, champ, but, raison d'être, contexte et objectifs.

Comment évaluer

Cet élément comprend les CRITÈRES suivants :

- les objectifs de santé (prévention, dépistage, diagnostic, traitement, etc.);
 - les bénéfices ou résultats attendus;
- les cibles (population de patients, société, etc.);

CONSIDÉRATIONS supplémentaires :

- L'élément est-il bien écrit? Les descriptions sont-elles claires et concises?
 - L'élément est-il facile à trouver dans la RPC?

CHAMP ET OBJECTIFS

2. La ou les questions de santé couvertes par la RPC sont décrites explicitement.

1	2	3	4	5	6	7
Fortement en désaccord						Fortement en accord

Commentaires

Description du manuel d'utilisateur

Une description détaillée des questions cliniques traitées par la RCP devrait être fournie, particulièrement pour les recommandations clés (voir élément 17), bien qu'elles ne soient pas toujours formulées sous forme de question. Voici des questions pouvant illustrer chacun des exemples cités au point 1 :

- Combien de fois par an l'HbA1c devrait-elle être mesurée chez les patients diabétiques?
- Quel devrait être le dosage quotidien de l'aspirine chez les patients ayant eu un infarctus du myocarde prouvé?
- Le dépistage en population du cancer colorectal par la recherche de sang occulte dans les selles réduit-il la mortalité par le cancer colorectal?
- L'autosurveillance est-elle efficace pour le contrôle du glucose sanguin chez les patients atteints de diabète de type 2?

Quoi regarder

Examiner les paragraphes et les chapitres d'introduction pour obtenir une description du champ et des objectifs de la RPC. Dans certains cas, les questions sont décrites dans un document distinct de la RPC, par exemple dans les spécifications relatives à la recherche. Voici quelques exemples de titre de sections ou de chapitres où l'on peut trouver ce genre d'information : introduction, questions, champ, but, raison d'être et contexte.

Comment évaluer

Cet élément comprend les CRITÈRES suivants :

- la population cible;
- les interventions ou les expositions;
- les comparaisons (le cas échéant);
 - les résultats;
- le cadre ou le contexte des soins de santé.

CONSIDÉRATIONS supplémentaires :

- L'élément est-il bien écrit? Les descriptions sont-elles claires et concises?
 - L'élément est-il facile à trouver dans la RPC?
- Les questions contiennent-elles suffisamment d'information pour entreprendre l'élaboration d'une RPC sur le sujet ou pour comprendre les populations ou les groupes de patients et les contextes présentés dans la RPC?

CHAMP ET OBJECTIFS

3. La population (patients, public, etc.) à laquelle la RPC doit s'appliquer est décrite explicitement.

1	2	3	4	5	6	7
Fortement en désaccord						Fortement en accord

Commentaires

Description du manuel d'utilisateur

La population (patients, public, etc.) visée par la RPC devrait être clairement décrite. L'âge, le sexe, la situation clinique et les comorbidités devraient être précisés. Par exemple :

- une RPC sur la prise en charge du diabète sucré chez l'adulte inclut uniquement les patients diabétiques non insulinodépendants et exclut les patients présentant une comorbidité cardiovasculaire;
- une RPC sur la prise en charge de la dépression inclut uniquement les patients souffrant d'une dépression grave selon les critères du DSM-IV et exclut les patients qui présentent des symptômes psychotiques ainsi que les enfants;
- une RPC sur le dépistage du cancer du sein inclut uniquement les femmes entre 50 et 70 ans sans antécédent de cancer, ni anamnèse familiale de cancer du sein.

Quoi regarder

Examiner les paragraphes et les chapitres d'introduction pour obtenir une description de la population cible de la RPC. L'exclusion explicite de certaines populations (les enfants, par exemple) est aussi traitée par cet élément. Voici quelques exemples de titre de sections ou de chapitres où l'on peut trouver ce genre d'information : population de patients, population cible, patients concernés, champ et objectifs.

Comment évaluer

Cet élément comprend les CRITÈRES suivants :

- la population cible, le sexe et l'âge;
 - l'état clinique (le cas échéant);
- la gravité et le stade de la maladie (le cas échéant);
 - les comorbidités (le cas échéant);
 - les populations exclues (le cas échéant).

CONSIDÉRATIONS supplémentaires :

- L'élément est-il bien écrit? Les descriptions sont-elles claires et concises?
 - L'élément est-il facile à trouver dans la RPC?
- L'information relative à la population est-elle suffisamment précise pour que l'on applique les mesures recommandées dans la RPC aux personnes à qui elles s'adressent?

DOMAINE 2 : PARTICIPATION DES GROUPES CONCERNÉS

4. Le groupe ayant élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés.
5. Les opinions et les préférences de la population cible (patients, public, etc.) ont été identifiées.
6. Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis.

PARTICIPATION DES GROUPES CONCERNÉS

4. Le groupe ayant élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
--------------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Commentaires

Description du manuel d'utilisateur

Cet élément fait référence aux professionnels engagés à un stade ou à un autre du processus d'élaboration de la RPC. Il peut s'agir des membres du groupe directeur, de l'équipe de recherche participant à la sélection et à l'examen des preuves scientifiques ainsi que des personnes formulant les recommandations finales. *Cet élément exclut les personnes ayant effectué un examen externe de la RPC (voir élément 13). Il exclut également les représentants des populations cibles (voir élément 5).* Des renseignements sur la composition, les disciplines représentées et le type d'expertise des membres du groupe de travail devraient être fournis.

Quoi regarder

Examiner les paragraphes ou les chapitres d'introduction, les remerciements ou les annexes concernant la composition du groupe ayant élaboré la RPC. Voici quelques exemples de titre de sections ou de chapitres où l'on peut trouver ce genre d'information : méthodes, liste des membres de groupe d'élaboration de la RPC, remerciements et annexes.

Comment évaluer

Cet élément comprend les CRITÈRES suivants :

- On retrouve, dans la RPC, les renseignements suivants concernant chacun des membres du groupe d'élaboration de la RPC :
 - nom;
 - discipline et champ d'expertise (neurochirurgien, spécialiste en méthodologie, etc.);
 - institution (Hôpital St. Peter, par exemple);
 - ville, état, pays (Seattle, WA, par exemple);
 - une description du rôle du membre au sein du groupe d'élaboration de la RPC.

CONSIDÉRATIONS supplémentaires :

- L'élément est-il bien écrit? Les descriptions sont-elles claires et concises?
 - L'élément est-il facile à trouver dans la RPC?
- Le choix des membres convient-il au sujet et au champ? Trouve-t-on, parmi les candidats potentiels, des médecins, des experts en contenu, des chercheurs, des décideurs, des administrateurs de clinique et des bailleurs de fonds?
- Le groupe d'élaboration de la RPC compte-t-il au moins un expert en méthodologie (expert en examen systématique, épidémiologiste, statisticien, libraire scientifique, etc.)?

PARTICIPATION DES GROUPES CONCERNÉS

5. Les opinions et les préférences de la population cible (patients, public, etc.) ont été identifiées.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
--------------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Commentaires

Description du manuel d'utilisateur

L'expérience et les attentes de la population cible devraient être prises en compte dans l'élaboration de la RPC. Il existe plusieurs méthodes pour en assurer la prise en compte lors des différents stades d'élaboration de la RPC : consultations officielles des patients et du public pour cibler les sujets prioritaires et participation de ces intervenants au groupe chargé de l'élaboration de la RPC ou à l'examen externe des versions préliminaires. On peut aussi obtenir de l'information à l'aide d'entrevues menées auprès de ces intervenants ou en analysant de la documentation qui porte sur les valeurs, les préférences ou les expériences des patients et du public. Il devrait être clairement indiqué que ce processus a bien eu lieu et que les points de vue de ces intervenants ont été pris en compte.

Quoi regarder

Examiner les paragraphes sur le processus d'élaboration de la recommandation. Voici quelques exemples de titre de sections ou de chapitres d'une recommandation où l'on peut trouver ce genre d'information : champ, méthodes, liste des experts ayant participé à l'élaboration de la recommandation, examen externe et points de vue de la population cible.

Comment évaluer

Cet élément comprend les CRITÈRES suivants :

- le type de stratégie utilisée pour découvrir le point de vue et les préférences des patients et du public (participation au groupe d'élaboration de la RPC, analyse documentaire des valeurs et des préférences, etc.);
- les méthodes ayant servi à découvrir les préférences et le point de vue des patients et du public (données tirées de la documentation, enquêtes, groupes de discussion, etc.);
- les résultats et les renseignements recueillis sur les patients et la population;
- la façon dont les données recueillies ont été utilisées pour alimenter le processus d'élaboration de la RPC et/ou la formulation des recommandations;

CONSIDÉRATIONS supplémentaires :

- L'élément est-il bien écrit? Les descriptions sont-elles claires et concises?
- L'élément est-il facile à trouver dans la RPC?

PARTICIPATION DES GROUPES CONCERNÉS
6. Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Commentaires

Description du manuel d'utilisateur

Les utilisateurs cibles devraient être clairement précisés dans la RPC afin que les lecteurs puissent déterminer immédiatement si la RPC s'applique à eux. Par exemple les utilisateurs cibles d'une RPC sur le mal de dos peuvent être les médecins généralistes, les neurologues, les chirurgiens orthopédiques, les rhumatologues et les physiothérapeutes.

Quoi regarder

Examiner les paragraphes et les chapitres d'introduction pour obtenir une description des utilisateurs cibles de la RPC. Voici quelques exemples de titre de sections ou de chapitres d'une RPC où l'on peut trouver ce genre d'information : utilisateur cible et utilisateur prévu.

Comment évaluer

Cet élément comprend les CRITÈRES suivants :

- description claire des destinataires visés (spécialistes, médecins de famille, patients, directeurs et administrateurs de clinique et d'institution);
- façons dont les destinataires visés peuvent utiliser la RPC (permettre des décisions cliniques éclairées, informer les politiques, établir des normes de soins, etc.);

CONSIDÉRATIONS supplémentaires :

- L'élément est-il bien écrit? Les descriptions sont-elles claires et concises?
 - L'élément est-il facile à trouver dans la RPC?
- Les utilisateurs ciblés conviennent-ils au champ de la RPC?

DOMAINE 3. RIGUEUR D'ÉLABORATION DE LA RECOMMANDATION

7. Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques.
8. Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits.
9. Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies.
10. Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites.
11. Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en termes de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations.
12. Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent.
13. La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication.
14. Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite.

RIGUEUR D'ÉLABORATION DE LA RECOMMANDATION

7. Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques.

1							7
Fortement en désaccord	2	3	4	5	6		Fortement en accord

Commentaires

Description du manuel d'utilisateur

Les détails de la stratégie de recherche des preuves scientifiques devraient être fournis, c'est-à-dire les mots clés utilisés, les sources consultées et la période couverte par la recherche de littérature. Les sources peuvent inclure des bases de données électroniques (MEDLINE, EMBASE, CINAHL, etc.), des bases de données de revues systématiques (Cochrane Library, DARE, etc.), des recherches manuelles dans les revues scientifiques, des comptes rendus de congrès et d'autres recommandations (US National Guideline Clearinghouse, German Guidelines Clearinghouse, etc.). La stratégie de recherche devrait être aussi exhaustive que possible et être appliquée de façon suffisamment objective et détaillée pour être reproduite.

Quoi regarder

Examiner les paragraphes et les chapitres sur le processus d'élaboration de la RPC. Dans certains cas, les stratégies de recherche sont décrites dans des documents distincts ou en annexe de la RPC. Voici quelques exemples de titre de sections ou de chapitres d'une RPC où l'on peut trouver ce genre d'information : méthodologie, stratégies de recherche de littérature et annexes.

Comment évaluer

Cet élément comprend les CRITÈRES suivants :

- on précise quelles sont les bases de données électroniques ou les sources scientifiques ayant servi à effectuer la recherche (MEDLINE, EMBASE, PsychINFO, CINAHL, etc.);
- la période couverte par la recherche (du 1^{er} janvier 2004 au 31 mars 2008, par exemple);
 - les termes de recherche utilisés (mots clés, index, sous-titres, etc.);
- la présentation de l'ensemble de la stratégie de recherche (en annexe, par exemple).

CONSIDÉRATIONS supplémentaires :

- L'élément est-il bien écrit? Les descriptions sont-elles claires et concises?
 - L'élément est-il facile à trouver dans la RPC?
- La recherche est-elle pertinente? Répond-elle convenablement à la question de santé (consultation de toutes les bases de données pertinentes, utilisation des termes de recherche appropriés, etc.)?
- Les renseignements fournis suffisent-ils à permettre à quelqu'un d'autre de reprendre la recherche?

RIGUEUR D'ÉLABORATION DE LA RECOMMANDATION

8. Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
--------------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Commentaires

Description du manuel d'utilisateur

Les critères d'inclusion ou d'exclusion des preuves scientifiques devraient être fournis. Ces critères devraient être décrits explicitement et les raisons pour inclure ou exclure les preuves scientifiques devraient être clairement formulées. Par exemple, les auteurs de la RPC peuvent décider d'inclure uniquement les preuves provenant d'essais cliniques aléatoires et d'exclure les articles rédigés dans d'autres langues que l'anglais.

Quoi regarder

Examiner les paragraphes et les chapitres sur le processus d'élaboration de la RPC. Dans certains cas, les critères d'inclusion ou d'exclusion de preuves peuvent être décrits dans des documents distincts ou dans les annexes de la RPC. Voici quelques exemples de titre de sections ou de chapitres d'une RPC où l'on peut trouver ce genre d'information : méthodologie, recherche de littérature, critères d'inclusion et d'exclusion et annexes.

Comment évaluer

Cet élément comprend les CRITÈRES suivants :

- la description des critères d'inclusion, dont :
 - les caractéristiques de la population cible (patients, public, etc.),
 - la conception de l'étude,
 - les comparaisons (le cas échéant),
 - les résultats,
 - la langue (le cas échéant),
 - le contexte (le cas échéant);
- la description des critères d'exclusion (seulement si c'est pertinent; la présence de la mention « français seulement » dans la liste des critères d'inclusion pourrait logiquement écarter la présence de la mention « autre que français » dans la liste des critères d'exclusion, par exemple).

CONSIDÉRATIONS supplémentaires :

- L'élément est-il bien écrit? Les descriptions sont-elles claires et concises?
 - L'élément est-il facile à trouver dans la RPC?
 - Les critères d'inclusion et d'exclusion sont-ils justifiés?
- Les critères d'inclusion et d'exclusion correspondent-ils aux questions de santé traitées?
- Y a-t-il des raisons de croire que de la documentation pertinente n'a pas été prise en compte?

RIGUEUR D'ÉLABORATION DE LA RECOMMANDATION

9. Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies.

1	2	3	4	5	6	7
Fortement en désaccord						Fortement en accord

Commentaires

Description du manuel d'utilisateur

On doit fournir des énoncés soulignant les forces et les limites des preuves scientifiques. Cela doit inclure des descriptions explicites – utilisant des outils et des méthodes officielles et informelles – afin d'évaluer et de décrire le risque de partialité des études individuelles et/ou des résultats particuliers et/ou des commentaires explicites concernant les preuves scientifiques recueillies dans les différentes études. Cela peut être présenté de différentes façons : utilisation de tableaux pour commenter des domaines de qualité diverse; application d'une stratégie ou d'un outil officiel (échelle de Jadad, méthode GRADE, etc.), descriptions dans le texte, etc.

Quoi regarder

Examiner les paragraphes et les chapitres décrivant le processus d'élaboration de la RPC pour trouver de l'information sur la qualité méthodologique des études (risque de partialité, par exemple). Les tableaux de preuves scientifiques sont souvent utilisés pour en résumer les caractéristiques et la qualité des preuves. Certaines RPC font une distinction nette entre la description et l'interprétation des preuves scientifiques, notamment en les présentant dans deux sections différentes : une sur les résultats et une sur la discussion.

Comment évaluer

Cet élément comprend les CRITÈRES suivants :

- description de la façon dont les membres du groupe d'élaboration de la RPC ont évalué la partialité des preuves scientifiques et les ont interprétées;
 - on trouve, parmi les éléments de cette description :
 - la méthodologie incluse dans les preuves scientifiques;
 - les limites de la méthodologie (échantillonnage, essais à l'insu, dissimulation de l'affectation, méthodes d'analyse);
 - la pertinence des résultats primaires et secondaires considérés;
 - la cohérence des résultats parmi les études;
 - l'orientation des résultats parmi les études;
 - l'importance des bénéfices par rapport aux effets négatifs;
 - l'applicabilité au contexte de la pratique.

CONSIDÉRATIONS supplémentaires :

- L'élément est-il bien écrit? Les descriptions sont-elles claires et concises?
 - L'élément est-il facile à trouver dans la RPC?
- Les descriptions sont-elles appropriées, neutres et impartiales? Les descriptions sont-elles complètes?

RIGUEUR D'ÉLABORATION DE LA RECOMMANDATION

10. Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
--------------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Commentaires

Description du manuel d'utilisateur

Une description des méthodes utilisées pour formuler les recommandations et pour parvenir aux décisions finales devrait être fournie. Ces méthodes peuvent comprendre un système de vote, un consensus informel ou des techniques de consensus officiel (méthodes Delphi et Glaser, par exemple). Les points de désaccord et les méthodes utilisées pour les résoudre devraient également être spécifiés.

Quoi regarder

Examiner les paragraphes et les chapitres sur le processus d'élaboration de la RPC. Dans certains cas, les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont décrites dans des documents distincts ou dans une annexe de la RPC. Voici quelques exemples de titre de sections ou de chapitres d'une RPC où l'on peut trouver ce genre d'information : méthodes et processus d'élaboration de la RPC.

Comment évaluer

Cet élément comprend les **CRITÈRES** suivants :

- la description du processus d'élaboration de la recommandation (étapes suivies dans la technique Delphi adaptée, procédures de vote envisagées, etc.);
- les résultats du processus d'élaboration de la recommandation (dans quelle mesure est-on parvenu à un consensus grâce à la technique Delphi adaptée, résultats des procédures de vote, etc.);
- la description de la façon dont le processus a influé sur les recommandations (les résultats de la technique Delphi ont-ils influé sur la recommandation finale, concordance entre les recommandations et le vote final, etc.).

CONSIDÉRATIONS supplémentaires :

- L'élément est-il bien écrit? Les descriptions sont-elles claires et concises?
 - L'élément est-il facile à trouver dans la RPC?
- A-t-on fait appel à un processus officiel pour formuler les recommandations?
 - Les méthodes étaient-elles appropriées?

RIGUEUR D'ÉLABORATION DE LA RECOMMANDATION

11. Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en termes de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
--------------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Commentaires

Description du manuel d'utilisateur

On devrait considérer, lors de la formulation des recommandations, leurs bénéfices, leurs effets secondaires et leurs risques en matière de santé. Par exemple, une RPC sur la prise en charge du cancer du sein peut comprendre une discussion sur les répercussions des recommandations sur les résultats finaux possibles – survie, qualité de vie, effets secondaires, prise en charge des symptômes, etc. – ou encore une discussion comparant différentes options thérapeutiques. Les preuves que ces questions ont été abordées devraient être présentées.

Quoi regarder

Examiner les paragraphes et les chapitres décrivant le processus d'élaboration de la RPC pour obtenir une description des preuves scientifiques, de leur interprétation et de leur traduction en recommandations pour la pratique clinique. Voici quelques exemples de titre de sections ou de chapitres d'une RPC où l'on peut trouver ce genre d'information : méthodes, interprétation, discussion et recommandations.

Comment évaluer

Cet élément comprend les CRITÈRES suivants :

- les données complémentaires et les rapports sur les bénéfices;
- les données complémentaires et les rapports sur les effets négatifs, les effets secondaires et les risques;
- les rapports sur l'équilibre ou le compromis entre les bénéfices et les effets négatifs, les effets secondaires et les risques;
- les recommandations reflètent la prise en compte des bénéfices et des dommages, des effets secondaires et des risques.

CONSIDÉRATIONS supplémentaires :

- L'élément est-il bien écrit? Les descriptions sont-elles claires et concises?
 - L'élément est-il facile à trouver dans la RPC?
- La discussion fait-elle partie intégrante du processus d'élaboration de la RPC? (A-t-elle lieu durant la formulation de la recommandation plutôt qu'après la formulation de la recommandation, en tant que réflexion après coup?)
- Le groupe d'élaboration de la RPC a-t-il accordé la même importance aux bénéfices et aux effets négatifs?

RIGUEUR D'ÉLABORATION DE LA RECOMMANDATION

12. Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
--------------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Commentaires

Description du manuel d'utilisateur

La RPC doit expliciter le lien entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent. L'utilisateur de la RPC doit être en mesure d'identifier les composantes des preuves scientifiques liées à chacune des recommandations.

Quoi regarder

Cibler et examiner les recommandations de la RPC ainsi que le texte décrivant les preuves scientifiques qui les sous-tendent. Voici quelques exemples de titre de sections ou de chapitres d'une RPC où l'on peut trouver ce genre d'information : recommandations et principales preuves scientifiques.

Comment évaluer

Cet élément comprend les CRITÈRES suivants :

- la RPC décrit comment le groupe d'élaboration de la RPC a utilisé et analysé les preuves scientifiques afin de formuler des recommandations éclairées;
- chaque recommandation est liée à une liste de références, à un paragraphe ou à la description d'une preuve scientifique importante;
 - les recommandations sont liées à des résumés de preuves scientifiques et à des tableaux de preuves scientifiques situés dans la section de la RPC réservée aux résultats.

CONSIDÉRATIONS supplémentaires :

- Observe-t-on une correspondance entre les preuves scientifiques et les recommandations?
- Le lien entre les recommandations et les preuves scientifiques est-il facile à trouver dans la RPC?
- Précise-t-on clairement, le cas échéant, que l'on ne détient pas de preuves scientifiques ou que la recommandation résulte principalement d'un consensus d'opinion parmi les membres du groupe d'élaboration de la RPC, au lieu de découler de preuves scientifiques?

RIGUEUR D'ÉLABORATION DE LA RECOMMANDATION

13. La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
--------------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Commentaires

Description du manuel d'utilisateur

Une RPC devrait être soumise à un comité de lecture externe avant publication. Les experts externes ne devraient pas avoir été impliqués dans le groupe de travail ayant assuré l'élaboration de la RPC et devraient comprendre des experts du domaine clinique ainsi que des experts en méthodologie. Des représentants des patients peuvent également faire partie du groupe. Une description des méthodes utilisées pour effectuer la revue externe devrait être présentée, de même qu'une liste des experts externes et leurs affiliations.

Quoi regarder

Examiner les paragraphes et les chapitres décrivant le processus d'élaboration de la RPC ainsi que les remerciements. Voici quelques exemples de titre de sections ou de chapitres d'une RPC où l'on peut trouver ce genre d'information : méthodes, résultats, interprétation et remerciements.

Comment évaluer

Cet élément comprend les CRITÈRES suivants :

- le but et les objectifs de l'examen externe (améliorer la qualité, recueillir des commentaires sur la version préliminaire des recommandations, évaluer l'applicabilité et la faisabilité de la RPC, diffuser les preuves scientifiques, etc.);
 - les méthodes utilisées pour l'examen externe (échelle d'évaluation, questions ouvertes, etc.);
 - la description des examinateurs externes (nombre, type d'examineurs, affiliations, etc.);
- les résultats et les renseignements recueillis lors de l'examen externe (résumé des principales conclusions, etc.);
 - la description des moyens utilisés pour recueillir les renseignements en vue de formuler une RPC ou des recommandations éclairées (le groupe d'élaboration de la RPC a tenu compte des résultats de l'examen lors de la formulation des recommandations finales);

CONSIDÉRATIONS supplémentaires :

- L'élément est-il bien écrit? Les descriptions sont-elles claires et concises?
 - L'élément est-il facile à trouver dans la RPC?
- Les examinateurs externes choisis conviennent-ils aux besoins du champ de la RPC? Comment justifie-t-on le choix des examinateurs?
 - Comment le groupe d'élaboration a-t-il utilisé les conclusions de l'examen externe?

RIGUEUR D'ÉLABORATION DE LA RECOMMANDATION

14. Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
--------------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Commentaires

Description du manuel d'utilisateur

La RPC doit refléter l'état actuel de la recherche. La procédure d'actualisation de la RPC devrait être clairement énoncée. Par exemple, un calendrier est précisé ou un groupe de suivi reçoit régulièrement une littérature actualisée et effectue les changements qui s'imposent.

Quoi regarder

Examiner le paragraphe d'introduction, les paragraphes décrivant le processus d'élaboration de la RPC ainsi que les paragraphes de conclusion. Voici quelques exemples de titre de sections ou de chapitres d'une recommandation où l'on peut trouver ce genre d'information : méthodes, mise à jour de la RPC et date de la RPC.

Comment évaluer

Cet élément comprend les CRITÈRES suivants :

- une déclaration énonçant que la RPC sera mise à jour;
- la précision quant à l'intervalle de mise à jour ou aux critères qui guideront la décision d'effectuer une mise à jour;
- la méthodologie de la procédure de mise à jour.

CONSIDÉRATIONS supplémentaires :

- L'élément est-il bien écrit? Les descriptions sont-elles claires et concises?
 - L'élément est-il facile à trouver dans la RPC?
- L'information fournie permet-elle de savoir quand une mise à jour sera effectuée ou quels sont les critères qui entraîneront une mise à jour?

DOMAINE 4. CLARTÉ ET PRÉSENTATION

- 15. Les recommandations sont précises et sans ambiguïté.
- 16. Les différentes options de prise en charge de l'état ou du problème de santé sont clairement présentées.
- 17. Les recommandations clés sont facilement identifiables.

CLARTÉ ET PRÉSENTATION						
15. Les recommandations sont précises et sans ambiguïté.						
1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
<i>Commentaires</i>						

Description du manuel d'utilisateur

Sur la base des preuves scientifiques disponibles, une recommandation devrait fournir une description concrète et précise de l'option appropriée, de la situation et de la population cible.

- Voici un exemple de recommandation spécifique : les antibiotiques devraient être prescrits à des enfants de deux ans ou plus chez qui on a diagnostiqué une otite moyenne aiguë si la douleur dure plus de trois jours ou si la douleur augmente après la consultation, malgré un traitement antalgique adéquat; dans ces cas, un traitement par amoxicilline devrait être donné durant sept jours (avec indication de la posologie).
- Voici un exemple de recommandation floue : les antibiotiques sont indiqués pour les cas présentant une évolution anormale ou compliquée.

Il est important de noter que dans certains cas les preuves ne sont pas toujours très précises et qu'il peut y avoir une incertitude sur la ou les meilleures options de soins. Dans ce cas, l'incertitude devrait être signalée dans la RPC.

Quoi regarder

Définir et examiner les recommandations de la RPC. Voici quelques exemples de titre de sections ou de chapitres d'une RPC où l'on peut trouver ce genre d'information : recommandations et résumé.

Comment évaluer

Cet élément comprend les CRITÈRES suivants :

- la mesure recommandée;
- l'identification du but ou des objectifs de la mesure recommandée (améliorer la qualité de vie, diminution des effets secondaires, etc.);
 - l'identification de la population concernée (patients, public, etc.);
- les mises en garde ou les énoncés descriptifs, le cas échéant (patients ou états de santé auxquels les recommandations ne s'appliquent pas);

CONSIDÉRATIONS supplémentaires :

- En cas de recommandations multiples (ex : RPC dans le domaine de la prise en charge), précise-t-on clairement à qui s'applique chacune des recommandations?
- S'il y a incertitude concernant l'analyse et l'interprétation des preuves scientifiques, cette incertitude ressort-elle dans les recommandations et est-elle explicitement exprimée?

CLARTÉ ET PRÉSENTATION

16. Les différentes options de prise en charge de l'état ou du problème de santé sont clairement présentées.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
--------------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Commentaires

Description du manuel d'utilisateur

Une RPC qui vise la prise en charge d'une maladie devrait examiner les différentes options possibles en matière de dépistage, de prévention, de diagnostic ou de traitement de la situation médicale considérée. Ces options devraient être clairement présentées dans la RPC.

Par exemple, une recommandation sur la prise en charge de la dépression pourrait comprendre les options suivantes :

- a. Traitement avec des antidépresseurs tricycliques;
- b. Traitement avec des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS);
- c. Psychothérapie;
- d. Association de thérapies pharmacologique et psychologique.

Quoi regarder

Examiner les recommandations et les preuves scientifiques à l'appui. Voici quelques exemples de titre de sections ou de chapitres d'une RPC où l'on peut trouver ce genre d'information : résumé, recommandations, discussion, possibilités de traitement et options de traitement.

Comment évaluer

Cet élément comprend les CRITÈRES suivants :

- la description des options;
- la description de la population ou de la situation clinique la plus appropriée aux différentes options.

CONSIDÉRATIONS supplémentaires :

- L'élément est-il bien écrit? Les descriptions sont-elles claires et concises?
 - L'élément est-il facile à trouver dans la RPC?
- Le champ de la RPC est-il étroit ou large? Cet élément peut s'avérer pertinent dans le cas d'une RPC dont le champ est large (prise en charge d'un état ou d'un problème de santé au lieu de mettre l'accent sur une série d'interventions pour un état ou un problème de santé précis).

CLARTÉ ET PRÉSENTATION						
17. Les recommandations clés sont facilement identifiables.						
1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
Commentaires						

Description du manuel d'utilisateur

Les utilisateurs devraient être en mesure d'identifier facilement les recommandations clés. Ces recommandations répondent aux principales questions couvertes par la RPC et peuvent être identifiées de plusieurs façons. Par exemple, elles peuvent être résumées dans un tableau, écrites en caractères gras, soulignées ou présentées sous forme d'arbres de décision ou d'algorithmes.

Quoi regarder

Voici quelques exemples de titre de sections ou de chapitres où l'on peut trouver ce genre d'information : résumé, conclusions et recommandations. Certaines RPC sont accompagnées de résumés dans lesquels on retrouve les recommandations clés (guide de référence rapide, etc.).

Comment évaluer

Cet élément comprend les CRITÈRES suivants :

- la description des recommandations résumées dans un tableau, écrites en caractères gras, soulignées ou présentées sous forme d'arbres de décision ou d'algorithmes;
- les recommandations précises sont regroupées en une seule section.

CONSIDÉRATIONS supplémentaires :

- L'élément est-il bien écrit? Les descriptions sont-elles claires et concises?
 - L'élément est-il facile à trouver dans la RPC?
- Les recommandations clés ont-elles été correctement choisies? Représentent-elles les messages clés de la RPC?
- Les recommandations précises sont-elles regroupées dans une section située près du résumé des principales preuves scientifiques?

DOMAINE 5 : APPLICABILITÉ

- 18. La RPC décrit les éléments facilitant son application et les obstacles.
- 19. La RPC offre des conseils et/ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique.
- 20. Les répercussions potentielles de l'application des recommandations sur les ressources ont été examinées.
- 21. La RPC propose des critères de suivi et/ou de vérification.

APPLICABILITÉ						
18. La RPC décrit les éléments facilitant son application et les obstacles.						
1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
Commentaires						

Description du manuel d'utilisateur

L'application des recommandations de la RPC peut être facilitée ou entravée par différents facteurs.

Par exemple :

- i. Une RPC sur les accidents vasculaires cérébraux peut recommander que les soins soient coordonnés par des unités et services spécialisés dans les accidents vasculaires cérébraux. Il peut exister un mécanisme de financement spécial dans la région facilitant la création d'unités de soins spécialisées dans les accidents vasculaires cérébraux.
- ii. Une RPC sur la prise en charge du diabète en médecine générale peut impliquer que les patients soient vus en consultation et suivis dans un service spécialisé dans le diabète. Le nombre de médecins disponibles dans une région peut empêcher la création de cliniques.

Quoi regarder

Examiner le paragraphe ou le chapitre portant sur la diffusion ou l'application de la RPC ou, le cas échéant, les documents supplémentaires portant sur les stratégies et plans particuliers d'application de la RPC. Voici quelques exemples de titre de sections ou de chapitres d'une RPC où l'on peut trouver ce genre d'information : obstacles, utilisation de la RPC et indicateurs de la qualité.

Comment évaluer

Cet élément comprend les CRITÈRES suivants :

- l'identification du type d'obstacles et d'éléments facilitateurs pris en compte;
- les méthodes utilisées pour obtenir de l'information sur les obstacles et les éléments facilitant l'application des recommandations (commentaires des intervenants clés, essais pilotes des RPC avant leur application généralisée);
- la description du type d'obstacles et d'éléments facilitateurs ayant émergé de l'enquête (les praticiens ont les compétences pour offrir les soins recommandés, on ne dispose pas de suffisamment d'équipement pour s'assurer que toutes les personnes admissibles passent une mammographie, etc.);
- la façon dont les données recueillies ont influé sur le processus d'élaboration de la RPC et/ou des recommandations.

CONSIDÉRATIONS supplémentaires :

- L'élément est-il bien écrit? Les descriptions sont-elles claires et concises?
 - L'élément est-il facile à trouver dans la RPC?
- La RPC suggère-t-elle des stratégies précises pour surmonter les obstacles?

APPLICABILITÉ

19. La RPC offre des conseils et/ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
--------------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

<i>Commentaires</i>

Description du manuel d'utilisateur

Pour être efficace, la RPC diffusée et appliquée doit être accompagnée de documents supplémentaires. Il peut s'agir, par exemple, d'un résumé, d'un court guide de référence, de matériel éducatif, de résultats d'essais pilotes, de brochures pour les patients ou de support informatique. Ces documents devraient être fournis avec la RPC.

Quoi regarder

Examiner le paragraphe portant sur la diffusion et l'application de la RPC et, le cas échéant, le matériel d'accompagnement produit spécialement pour en faciliter la diffusion et l'application. Voici quelques exemples de titre de sections ou de chapitres où l'on peut trouver ce genre d'information : outils, ressources, application et annexes.

Comment évaluer

Cet élément comprend les **CRITÈRES** suivants :

- une section de la RPC est consacrée à l'application;
- les outils et les ressources pour en faciliter l'application;
- documents résumant la RPC,
- liens vers les listes de contrôle, les algorithmes,
- liens vers les manuels pratiques,
- solutions liées à l'analyse des obstacles (voir élément 18),
- outils pour tirer profit des éléments facilitateurs de la RPC (voir élément 18),
- résultats des essais pilotes et leçons apprises;
- des instructions sur la façon dont les utilisateurs peuvent avoir accès aux outils et aux ressources.

CONSIDÉRATIONS supplémentaires :

- L'élément est-il bien écrit? Les descriptions sont-elles claires et concises?
 - L'élément est-il facile à trouver dans la RPC?
- Donne-t-on de l'information concernant l'élaboration des outils d'application et les procédures de validation?

APPLICABILITÉ

20. Les répercussions potentielles de l'application des recommandations sur les ressources ont été examinées.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
--------------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

<i>Commentaires</i>

Description du manuel d'utilisateur

L'application des recommandations peut nécessiter des ressources supplémentaires : personnel spécialisé supplémentaire, nouvel équipement, traitement médicamenteux onéreux, etc. Cela peut avoir des conséquences sur les budgets destinés aux soins de santé. Les répercussions économiques de l'application de la RPC devraient être discutées.

Quoi regarder

Examiner les paragraphes portant sur la diffusion ou l'application de la RPC ou, le cas échéant, les documents supplémentaires portant sur les stratégies et les plans particuliers d'application de la RPC. Certaines RPC présentent les conséquences financières dans les paragraphes portant sur les preuves scientifiques et les décisions relatives aux recommandations. Voici quelques exemples de titre de sections ou de chapitres où l'on peut trouver ce genre d'information : méthodes, coûts des services, rapport coût-efficacité, coûts d'acquisition et conséquences sur les budgets.

Comment évaluer

Cet élément comprend les CRITÈRES suivants :

- l'identification du type d'information sur les coûts pris en compte (évaluations économiques, coût d'acquisition des médicaments, etc.);
- les méthodes utilisées pour obtenir l'information sur les coûts (un économiste spécialisé en santé faisait partie du groupe d'élaboration de la RPC, évaluations des technologies de la santé dans le cas de médicaments précis, etc.);
 - la description des renseignements sur les coûts ayant émergé de l'enquête (coûts d'acquisition de médicaments par cycle de traitement);
- la façon dont les données recueillies ont été utilisées pour alimenter le processus d'élaboration de la RPC et/ou la formulation des recommandations.

CONSIDÉRATIONS supplémentaires :

- L'élément est-il bien écrit? Les descriptions sont-elles claires et concises?
 - L'élément est-il facile à trouver dans la RPC?
- A-t-on fait participer les experts appropriés à la collecte et à l'analyse d'information sur les coûts?

APPLICABILITÉ						
21. La RPC propose des critères de suivi et de vérification.						
1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
<i>Commentaires</i>						

Description du manuel d'utilisateur

Mesurer l'application des recommandations de la RPC peut en faciliter l'utilisation. Cela nécessite des critères clairement définis, dérivés des recommandations clés de la RPC. Ces critères peuvent inclure des mesures de processus, des mesures comportementales, des mesures des résultats cliniques ou des mesures des résultats pour la santé. Voici quelques exemples de critères de contrôle et de vérification :

- l'HbA1c devrait être de < 8,0 %;
- le niveau de la tension artérielle diastolique devrait être de < 95 mmHg;
- 80 % de la population âgée de 50 ans devrait faire l'objet d'un dépistage du cancer colorectal par la recherche de sang occulte dans les selles;
- en cas d'otite moyenne aiguë, si les symptômes persistent au-delà de trois jours, un traitement par amoxicilline doit être entrepris.

Quoi regarder

Examiner le paragraphe ou le chapitre portant sur la vérification ou le contrôle de l'utilisation de la RPC ou, le cas échéant, les documents supplémentaires portant sur les stratégies et les plans particuliers d'évaluation de la RPC. Voici quelques exemples de titre de sections ou de chapitres d'une recommandation où l'on peut trouver ce genre d'information : recommandations, indicateurs de la qualité et critères de vérification.

Comment évaluer

Cet élément comprend les CRITÈRES suivants :

- l'identification des critères d'évaluation de l'application de la RPC ou de l'adhésion aux recommandations;
 - les critères d'évaluation des répercussions de l'application des recommandations;
 - les conseils sur la fréquence et l'intervalle des évaluations;
- les descriptions ou les définitions opérationnelles sur la façon dont les critères devraient être mesurés.

CONSIDÉRATIONS supplémentaires :

- L'élément est-il bien écrit? Les descriptions sont-elles claires et concises?
 - L'élément est-il facile à trouver dans la RPC?
- Fournit-on des critères d'évaluation (mesures du processus, mesures du comportement, résultats cliniques, résultats pour la santé, etc.)?

DOMAINE 6. INDÉPENDANCE ÉDITORIALE

- 22. Le point de vue des organismes de financement n'ont pas influencé le contenu de la RPC.
- 23. Les intérêts divergents des membres du groupe ayant élaboré la RPC ont été pris en charge et documentés.

INDÉPENDANCE ÉDITORIALE

22. Le point de vue des organismes de financement n'ont pas influencé le contenu de la RPC.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
--------------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Commentaires

Description du manuel d'utilisateur

De nombreuses RPC sont élaborées grâce à un financement externe (gouvernement, associations professionnelles, organisations caritatives, entreprises pharmaceutiques, etc.). L'aide peut être apportée sous forme de contribution financière pour l'ensemble du processus ou pour certaines parties uniquement (l'impression des RPC, par exemple). Il devrait être clairement indiqué que les opinions ou les intérêts des bailleurs de fonds n'ont pas influencé les recommandations finales.

Quoi regarder

Examiner les paragraphes ou les chapitres portant sur le processus d'élaboration de la RPC ou la page de remerciements. Voici quelques exemples de titre de sections ou de chapitres d'une recommandation où l'on peut trouver ce genre d'information : avertissements, avis de non-responsabilité et sources de financement.

Comment évaluer

Cet élément comprend les **CRITÈRES** suivants :

- le nom de l'organisme de financement ou de la source de financement (ou indication explicite de l'absence de financement);
- un énoncé précisant que l'organisme de financement n'a pas influencé le contenu de la RPC.

CONSIDÉRATIONS supplémentaires :

- L'élément est-il bien écrit? Les descriptions sont-elles claires et concises?
 - L'élément est-il facile à trouver dans la RPC?
- Comment le groupe d'élaboration de la RPC s'est-il attaqué au problème d'influence potentielle de l'organisme de financement?

INDÉPENDANCE ÉDITORIALE

23. Les intérêts divergents des membres du groupe ayant élaboré la RPC ont été pris en charge et documentés.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
--------------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Commentaires

Description du manuel d'utilisateur

Dans certaines circonstances des membres du groupe de travail peuvent avoir des intérêts divergents. Cela pourrait notamment s'appliquer à un membre du groupe de travail dont la recherche sur un thème couvert par la RPC est aussi financée par une compagnie pharmaceutique. Il devrait y avoir un énoncé explicite indiquant que tous les membres du groupe de travail ont déclaré l'existence ou non d'intérêts divergents.

Quoi regarder

Examiner les paragraphes ou les chapitres portant sur le groupe de travail de la RPC ou la page de remerciements. Voici quelques exemples de titre de sections ou de chapitres d'une RPC où l'on peut trouver ce genre d'information : méthodes, conflits d'intérêts, groupe de travail et annexes.

Comment évaluer

Cet élément comprend les CRITÈRES suivants :

- la description du type d'intérêts divergents pris en compte;
- les méthodes utilisées pour faire ressortir les intérêts divergents potentiels;
 - la description des intérêts divergents;
- la description de la façon dont les intérêts divergents ont influencé l'élaboration de la RPC et la formulation des recommandations.

CONSIDÉRATIONS supplémentaires :

- L'élément est-il bien écrit? Les descriptions sont-elles claires et concises?
 - L'élément est-il facile à trouver dans la RPC?
- Quelles mesures ont été prises pour minimiser l'influence des intérêts divergents sur l'élaboration de la RPC ou la formulation des recommandations?

ÉVALUATION GÉNÉRALE DE LA RPC

ÉVALUATION GÉNÉRALE DE LA RPC

Choisissez, pour chacune des questions suivantes, la réponse qui correspond le mieux à la RPC évaluée :

1. Évaluez la qualité générale de la RPC.

1 De très mauvaise qualité	2	3	4	5	6	7 D'excellente qualité
---	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------------------------

2. Je recommanderais l'utilisation de la RPC.

Oui	
Oui, avec certaines modifications.	
Non	

NOTES

--

Description du manuel d'utilisateur

L'évaluation générale exige que l'utilisateur de la Grille AGREE II évalue la qualité de la RPC en tenant compte des éléments d'évaluation prévus dans le processus.

GRILLE AGREE II

DOMAINE 1 : CHAMP ET OBJECTIFS

1. Le ou les objectifs de la RPC sont décrits explicitement.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Commentaires

2. La ou les questions de santé couvertes par la RPC sont décrites explicitement.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Commentaires

3. La population (patients, public, etc.) à laquelle la RPC doit s'appliquer est décrite explicitement.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Commentaires

DOMAINE 2 : PARTICIPATION DES GROUPES CONCERNÉS

4. Le groupe ayant élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Commentaires

5. Les opinions et les préférences de la population cible (patients, public, etc.) ont été identifiées.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Commentaires

6. Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Commentaires

DOMAINE 3 : RIGUEUR D'ÉLABORATION DE LA RECOMMANDATION

7. Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Commentaires

8. Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Commentaires

9. Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Commentaires

DOMAINE 3 : RIGUEUR D'ÉLABORATION DE LA RECOMMANDATION (suite)

10. Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Commentaires

11. Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en terme de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Commentaires

12. Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Commentaires

DOMAINE 3 : RIGUEUR D'ÉLABORATION DE LA RECOMMANDATION (suite)

13. La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Commentaires

14. Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Commentaires

DOMAINE 4 : CLARTÉ ET PRÉSENTATION

15. Les recommandations sont précises et sans ambiguïté.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Commentaires

16. Les différentes options de prise en charge de l'état ou du problème de santé sont clairement présentées.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Commentaires

17. Les recommandations clés sont facilement identifiables.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Commentaires

DOMAINE 5. APPLICABILITÉ

18. La RPC décrit les éléments facilitant son application et les obstacles.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Commentaires

19. La RPC offre des conseils et/ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Commentaires

20. Les répercussions potentielles de l'application des recommandations sur les ressources ont été examinés.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Commentaires

21. La RPC propose des critères de suivi et de vérification.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Commentaires

DOMAINE 6 : INDÉPENDANCE ÉDITORIALE

22. Le point de vue des organismes de financement n'ont pas influencé le contenu de la RPC.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Commentaires

23. Les intérêts divergents des membres du groupe ayant élaboré la RPC ont été pris en charge et documentés.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Commentaires

1 De très mauvaise qualité	2	3	4	5	6	7 D'excellente qualité
----------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------------

Oui	
Oui, avec certaines modifications.	
Non	

9.3. Annexe 3. Détail des résultats

Tableau 1 : détail des scores AGREE II pour chaque GPC, domaine par domaine

Pour les références des GPC (w1-43), se référer à l'annexe 1

GPC	Domaine 1	Domaine 2	Domaine 3	Domaine 4	Domaine 5	Domaine 6	Score global
w1	20%	2%	12%	76%	39%	0%	24%
w2	26%	15%	17%	50%	29%	0%	23%
w3	26%	0%	6%	70%	22%	67%	24%
w4	15%	4%	8%	70%	14%	0%	17%
w5	0%	0%	0%	24%	19%	0%	7%
w6	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
w7	2%	0%	0%	46%	17%	0%	9%
w8	17%	17%	22%	98%	35%	0%	31%
w9	4%	0%	2%	15%	21%	0%	7%
w10	56%	65%	22%	46%	58%	100%	48%
w11	17%	33%	12%	50%	38%	44%	28%
w12	22%	0%	7%	61%	42%	0%	21%
w13	28%	4%	7%	59%	46%	0%	22%
w14	33%	0%	3%	69%	22%	0%	18%
w15	22%	2%	4%	59%	22%	0%	16%
w16	24%	10%	1%	44%	22%	0%	14%
w17	20%	2%	0%	56%	0%	0%	10%
w18	19%	0%	2%	46%	14%	0%	12%
w19	44%	20%	8%	51%	56%	39%	31%
w20	63%	32%	34%	70%	56%	42%	47%
w21	41%	28%	4%	70%	39%	0%	26%
w22	50%	33%	2%	74%	10%	0%	23%
w23	31%	6%	1%	43%	14%	0%	13%
w24	28%	0%	1%	26%	6%	0%	8%
w25	4%	0%	0%	7%	6%	0%	2%
w26	60%	37%	11%	56%	47%	33%	35%
w27	67%	60%	17%	74%	56%	100%	50%
w28	61%	39%	11%	61%	54%	50%	39%
w29	85%	48%	17%	80%	43%	31%	50%
w30	81%	48%	16%	80%	39%	31%	50%
w31	85%	48%	17%	78%	44%	31%	50%
w32	54%	28%	5%	74%	21%	6%	22%
w33	91%	43%	60%	81%	57%	39%	72%

w34	56%	19%	2%	69%	22%	3%	22%
w35	78%	39%	15%	76%	28%	14%	39%
w36	78%	39%	15%	76%	26%	14%	39%
w37	76%	39%	15%	74%	38%	25%	39%
w38	81%	39%	16%	76%	35%	14%	39%
w39	76%	39%	15%	70%	36%	28%	39%
w40	76%	39%	15%	70%	36%	25%	33%
w41	87%	50%	20%	70%	40%	53%	56%
w42	85%	50%	20%	70%	33%	56%	56%
w43	85%	50%	20%	78%	36%	56%	56%
Moyenne	46%	24%	11%	60%	31%	21%	29%
Ecart type	0,325	0,24	0,04	0,01	0,015	0,28	0,16
Médiane	53%	26%	16%	77%	38%	28%	40%
Quartile 1	0,2	0,02	0,02	0,5	0,21	0	0,16
Quartile 3	0,76	0,39	0,17	0,74	0,42	0,39	0,39
Interquartile	0,56	0,37	0,15	0,24	0,21	0,39	0,23
Score minimal	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Score maximal	91%	65%	60%	98%	58%	100%	72%
Nombre de scores ≥ 60%	17	2	1	26	0	3	1
Pourcentage de scores ≥ 60%	39,53%	4,65%	2,33%	60,47%	0,00%	6,98%	2,33%

Tableau 2 : Réalisation d'une revue systématique de la littérature, pour chaque GPC

Pour les références des GPC (w1-43), se référer à l'annexe 1

GPC	Revue systématique de la littérature (O = Oui ; N = Non)
w1	N
w2	N
w3	N
w4	N
w5	N
w6	N
w7	N

w8	O
w9	N
w10	O
w11	O
w12	N
w13	N
w14	N
w15	O
w16	N
w17	N
w18	N
w19	N
w20	O
w21	N
w22	O
w23	O
w24	O
w25	N
w26	N
w27	O
w28	N
w29	N
w30	N
w31	N
w32	N
w33	O
w34	N
w35	N
w36	N
w37	N
w38	N
w39	N
w40	N
w41	N
w42	N
w43	N
Total	10/43

Abstract : Quality evaluation of French guidelines in primary care infectious disease : an AGREE II assessment.

Background

Antibiotic prescription, its nature and its duration are a very common decision-making situation in primary care practice. Infectious disease guidelines are regularly emitted by various organisations on this topic. Our goal is to run a quality appraisal of the current French clinical practice guidelines (CPG), for the most common primary care infectious pathologies.

Methods

We collected all primary care CPGs that are currently prevailing in France through a systematic review of the french website Antibioclic®. For each of these guidelines, a quality assessment has been run by 3 independent reviewers, by means of the AGREE II instrument. The main outcome was a “reliability score”, defined as the sum of the scores in 2 domains from the AGREE II grid : rigour of development and editorial independence. In order to be considered “reliable”, and consistent with literature, the CPG had to reach a 60% threshold in each of these two domains. The secondary outcomes were : global quality of CPGs using the AGREE II global score assessment, number and ratio of CPGs for which a systematic review has been conducted during its conception.

Results

Over the 43 CPGs that have been assessed, none reached the 60%-threshold as to the reliability score. Only one CPG (2.33%) gets an over-60% quality assessment in the domain of rigour of development (D3), whereas 3 CPGs (6.98%) reach this threshold in the domain of editorial independence (D6). One CPG (2.33%) met the quality threshold of 60% as to overall assessment. Rigour of development and editorial independence are the domains that obtained the lowest average score, respectively 11% and 21%. Overall assessment received an average score of 29%. A systematic review of the literature was mentioned for 10 CPGs (23.26%).

Conclusion

There is a lack of quality in the development process of the current French clinical practice guidelines in primary care infectiology. This process should be reconsidered, with higher insistence as to its quality. Mention of a systematic review and editorial transparency are two major requirements to take into account.

Key-words : Clinical practice guidelines, infectious disease, antibiotic therapy, AGREE II, systematic review, primary care, guidelines.

Quality evaluation of French guidelines in primary care infectious disease : an AGREE II assessment.

AKHAMLICH Kenza, GILLET-LECOURT Eulalie, BAFFALIE Julien, BOUCHARD Mikaël, YALCIN Mickael, BOUSSAGEON Rémy

1. Introduction

1.1 Background

Antibiotic therapy prescription, its nature and its duration are a very common decision-making situation in primary care practice. This choice is never innocuous, by its consequences for the patient and the bacterial ecosystem at a time. Appropriate antibacterial drug use is a major public health issue, given the growing antimicrobial drug resistance, which is responsible for 5500 deaths per year in France (1).

Medical literature is constantly expanding. Each year, the amount of scientific papers increases. Evidence-based medicine requires the practitioners to keep themselves up to date continuously. This challenge is made harder when the field of knowledge is wide, as is the case for general practice.

Clinical practice guidelines (CPGs), also called recommendations for good practice, emerged for this reason. For a given question, they allow practitioners to delegate the tedious and time-consuming task of selecting and assessing sources, thus saving them valuable time. In general practice, as for other medical specialties, guidelines are consulted and used by a large proportion of physicians.

However, in order to be able to validate and use a CPG, good reliability is fundamental : its development process has to be thorough and trustworthy (2). Each year, multiple guidelines of varying quality and sometimes inconsistent content are published (3). In the field of chronic diseases for instance, the most part of CPGs are based on expert consensus. Less than 25% of them are built on good quality studies (4–6). A recent German study revealed that more than half of CPGs are made by means of non-systematic methods, in other words less rigorous methods (7). That is all the more concerning if a “strong” guideline is based on papers with low levels of evidence (8,9).

1.2 Objective

The aim of the study is to give a quality evaluation of French CPGs in the field of primary care infectious diseases. This evaluation will be made by means of the AGREE II instrument (10). Particular attention will be focused on two criteria which are fundamental for a CPG’s reliability : its rigour of development (domain 3) and its editorial independence (domain 6).

2. Materials and methods

2.1 Protocol registration

The methodology has been registered on the online platform *osf.io*, prior to the completion of the study : DOI number : 10.17605/OSF.IO/3B7QH (<https://osf.io/3b7qh>).

2.2 Searching and screening

The Antibioclic® website is a decision-support tool designed by a committee of experts, for the use of general practitioners. It compiles an exhaustive list of the current French CPGs in the field of infectious diseases. For each of the most primary care common situations, Antibioclic® provides access to the guideline that is quoted to justify the use of a given antimicrobial drug, through a direct web link. Its accurate and precise citation also easily helps users to find the guideline by way of any scientific research engine.

Research strategy consisted in an up-to-date systematic review of Antibioclic® website. Infectious pathologies are sorted by anatomic branches. For each condition that is inventoried, the one or more CPGs that are referred to by website editors were selected. Every condition, in all anatomic fields available on Antibioclic® website was processed. Data collection and data analysis are thereby extensive. The “prophylaxis” section was included. CPGs that were cited several times were only included once.

This study is cross-sectional. To ensure results to be up-to-date with the newest guidelines, data collection was carried out twice : the first was made in December 2021, the second was in March 2023. Any guidelines that have been added on Antibioclic® website after March 2023 were not taken into consideration for data sources.

In order to process the most prevalent general practice situations, specific situations such as “kidney insufficiency”, “pregnancy” and “breastfeeding” were excluded. Other exclusion criteria were : CPGs that do not deal with antimicrobial treatment or pharmaceutical management of the medical condition (CPGs were then considered as subsidiaries), CPGs that were not available online (missing data), and Covid 19 related guidelines.

2.3 Assessment tool

AGREE II instrument is a validated tool, considered as the Gold Standard for a qualitative assessment of CPGs ([2,11,12](#)). It consists in a reading grid, composed of 23 items, organised in six domains, along with an overall assessment. Each domain focuses on a dimension of guideline quality : “scope and purpose”, “stakeholder involvement”, “rigour of development”, “clarity of presentation”, “applicability” and “editorial independence”.

All AGREE II items are evaluated using a rating scale from 1 to 7 : 1 corresponding to “strongly disagree” with the item, 7 corresponding to “strongly agree”, and 2 to 6 being assigned when the item does not meet the full criteria. Once the evaluation of the 23 items is performed, the assessor has to

provide an “overall” evaluation, that consists in making a judgement as to the overall quality of the guideline, while taking into consideration the above elements. This assessment is still based on a 7-point scale. The user is also asked whether he or she would recommend or not the use of the guideline. AGREE II method specifies that the score in each domain is calculated independently of the others. It is also required to have at least 2 different appraisers for each guideline. Details of the grid items, instructions as well as calculation for each domain, with examples, are available in the user’s manual (10).

Among the various criteria, rigour of development (ie domain 3) is essential in order to consider a CPG of good quality (13,14). This domain gathers methodological issues such as selection criteria and internal validity. Editorial independence (ie domain 6) is another major quality concern. The existence of financial conflict of interest is more frequently associated with guidelines that are in favour for the use of a drug or a device (15,16). This situation has already led French HAS² to repeal a CPG on several occasions (17).

2.4 Study design and data analysis

For each selected CPG, score calculation was conducted, by several reviewers in the same way. In our study, two different and consecutive panels ran the evaluation³. In order to ensure reproducibility, and in accordance with AGREE II user’s manual, each panel was formed by 3 reviewers which simultaneously carried out the evaluation, each of them being blinded to the results of the others. Allocation to one or the other panel was made on chronological basis : CPGs that were collected in December 2021 were assessed by the first panel (M.B, M.Y, J.B), whereas the second panel (K.A, E.L, R.B) was in charge of assessing the more recently updated CPGs, collected in March 2023. In a second time, all data was gathered, for the data analysis to be run by one of the reviewers (K.A).

For each CPG that was included in the study, all items from the grid in all domains were assessed on a 7-points scale (1 corresponding to “strongly disagree” with the item, 7 corresponding to “strongly agree”), by different reviewers. Then, data from all 3 appraisers are brought together. A domain score is calculated by summing up all the scores of the individual items, and by scaling the total as a percentage of the maximum possible score in that domain. This ratio, from 0% to 100%, is calculated as follows : $(\text{Obtained score} - \text{Minimum possible score}) / (\text{Maximum possible score} - \text{Minimum possible score})$. Thus, for each selected CPG, a score was calculated in each of the 6 domains of quality. Overall score is calculated likewise, based on a similar 7-point scale, on a single item.

Chosen statistical method was the use of a worksheet (Google Sheets®) for data collection and data analysis.

² For all abbreviations and acronyms : see detail in dedicated section, p.100

³ M.B, M.Y, J.B, K.A, E.L, R.B. See detail of panels in appendix no1 (*annexe 1*)

2.5 Outcomes

AGREE II user's manual does not indicate a specific threshold to determine whether a CPG is of good quality. However, in the literature, a 60% threshold is found satisfactory to deem the quality of a domain (6,18). In this study, in each domain as to the overall score, a score $\geq 60\%$ is considered positive.

A reliability score was designed for this study. It was defined as the sum of scores in domain 3 (D3 : rigour of development), and in domain 6 (D6 : editorial independence). Once all domain scores are computed, this reliability score can be obtained. Main outcome was a reliability score greater than or equal to 60% (i.e $D3 \geq 60\% + D6 \geq 60\%$). We calculated the number and proportion of CPGs that reached this threshold.

Secondary outcomes were : CPG evaluation of score in domains 1 to 6 ; CPG evaluation of the overall score ; number and proportion of CPGs for which a systematic review has been conducted during their conception.

3. Results

3.1 Sample size

Data selection was conducted as described above. 27 CPGs were selected from the first data collection made in December 2021. 15 new CPGs were selected in March 2023. In total, 43 CPGs were included (*see figure 1 : flow chart*).

24 guidelines (56%) came from government organisation, mainly the HAS⁴. 11 CPGs (26 %) were issued by scientific societies, including SPILF, SFP, SFD, ESCMID. 3 CPGs (7%) were produced by expert consensus. Lastly, 5 CPGs (11%) were emitted by the French college of infectious disease (CMIT). Detail of the selected guidelines, as well as the reviewers panels to whom they were attributed, is available in *appendix no 1*.

There was no missing data. Every guideline cited on Antibioclic® website that was selected was available online.

3.2 Main outcome

Out of 43 CPGs, none reached a reliability score greater than or equal to 60%. Only one CPG out of the 43 (w33), i.e 2.33%, obtained a score over 60% in rigour of development D3 (*figure 2*). 3 CPGs (w3,10,27), i.e 6.98%, reached the 60% quality threshold in editorial independence D6 (*figure 2*).

3.3 Secondary outcomes

Rigour of development (D3) is the domain that received the lowest score, with an average of 11%. Editorial independence domain (D6) got the second lowest score, with an average of 21% (*figure 3*). Overall assessment is equally low, with an average of 29%. Only one CPG out of 43 (w33), i.e 2.33% of them, met the quality threshold of 60% as to overall assessment (*figure 2*). The domain that obtained the best score is Clarity of presentation (D4), with 26 CPGs out of 43, i.e 60.47%, that achieved a greater than or equal to 60% score (w1,3,4,8,12,14,20,21, 22,27-43). A systematic review of the literature was mentioned for 10 CPGs, i.e 23.26% (w8,10,11,15, 20, 22-24,27,33).

Detailed scores, in each domain, for each guideline, is available for consultation in *appendix no 2*.

⁴ For all abbreviations and acronyms : see detail in dedicated section, p.100

4. Discussion

For nearly all current French primary care guidelines in the field of infectious disease, the 60% quality threshold is not reached, both in rigour of development and in editorial independence. Yet, they are two essential criteria to appreciate the reliability of a CPG. Furthermore, only about a quarter of the CPGs mentioned that they performed a systematic review of the literature during their development process. It is nonetheless a crucial point in order to minimise study-selection bias.

4.1 Strength and limitations

To our knowledge, this study is the first AGREE II evaluation that has been conducted on French guidelines, in the field of primary care infectious disease. Its results are consistent with those from the few similar studies that have been led on infectious disease guidelines in other countries (19–21)

Collecting the CPGs through a unique platform could generate a selection bias. However, such a bias would tend to select higher quality guidelines, Antibioclic® website being administered by 3 scientific societies (SPILF, CMG and CNGE⁵) which aim to provide the most up-to-date and relevant guidelines. This should consequently not alter our findings.

A limitation to our study could be related to the data collection process, which has been made in two stages, with an assessment carried out by two different panels. Still, a bias caused by the plurality of reviewers would be non-differential. In addition, studies focusing on factors associated with high quality CPGs seem to indicate that publication year is not a significant factor (6).

A weakness that can be pointed out is that of the use of AGREE II grid which, like any assessment tool, is imperfect. First, the assessment in itself is qualitative, without any weighting or prioritising of the assessed items. It is based on a subjective score, that everyone appropriates in their own way, and reviewers were not trained prior to its use. This potential measurement bias is reduced by the user manual that gives a detailed explanation of each item as well as the use of multiple reviewers. Secondly, the 60% threshold that has been set to determine the guideline's quality may be considered as discretionary, all the more since the AGREE II manual states that no threshold should be ruled. However, the realisation of systematic reviews is an objective criteria that enables us to indirectly validate weakness of methodology for nearly 3 CPGs out of 4.

AGREE II tool gives an assessment with regards to the CPG's development process, and by no means to its scientific content in itself. A tool that would take into consideration these two dimensions could be interesting to develop (11,22).

Lastly, although it may seem counter-intuitive, it should be noted that a CPG's internal validity is not always correlated to its methodological quality (23). Therefore, even though important, AGREE II

⁵ For all abbreviations and acronyms : see detail in dedicated section, p.100

evaluation is in itself insufficient (14).

4.2 Perspectives

Quality of a guideline cannot be reduced to its methodology and its lack of conflict of interest. According to a study led by the Institute of Medicine, dealing with pre-requisites in terms of quality of a guideline (2), something to take into consideration is the type of studies referred to during its process : randomised controlled trials (RCT), observational studies, meta-analyses of RCT, meta-analyses of observational studies, ... In particular, a CPG has a duty to cite meta-analyses of RCT from Cochrane library on the topic. A subsequent study could be made, comparing the existing Cochrane meta-analyses on a subject that should have been mentioned with those that are actually cited in CPGs. These issues will be explored in a further study, that is foreseen in the pre-registration protocol.

Another important concept here is the level of evidence of the guideline, which differs depending on the type of study on which it relies (24). We can mention the GRADE system, which gives a frame to weigh guidelines : when the level of evidence is low, in most cases the guideline is conditional (it is “suggested to”). This issue has to be balanced, based on whether it is a symptomatic treatment for instance, or conversely a paradigmatic situation for which urgent action is needed (25,26), as for instance antibiotic therapy in bacterial meningitis.

Applicability in primary care is infrequently taken into consideration, or at least clearly outlined in the CPG, though in the opinion of general practitioners, it is a key element. As a matter of fact, if a guideline is based on studies conducted in secondary care (such as the hospital), GPs are less inclined to follow them (27,28).

Moreover, the effect of a guideline on a target population's health is usually not evaluated, neither before nor after its publication. A CPG's enforcement can have negative consequences. One example is that of an american guideline that promoted the use of high-dose corticosteroids in patients with acute spinal cord injury in the 1990s, which led to an excess morbidity and mortality (over 5000 attributable deaths) (29,30). This observation raises the question of a systematic evaluation of CPGs. Such an evaluation could be required at the moment of publication of the document, as a part of the guideline itself (31).

4.3 Involvements

Practitioners need to be able to trust the quality of information they use for their patients (17,32). CPGs must respect international quality standards (2). To this end, the reliability issue is essential. A CPG may be scientifically accurate, but its development process may lack the rigour. What should we make of an applicable guideline, but which is not developed trustworthily ? These findings suggest that current infectious disease guidelines could benefit from being revisited, with higher requirements as to their development process.

At present, at the international level, the different studies that have been conducted are consistent with insufficient methodological rigour and quality of CPGs. Practitioners which apply these guidelines should

be aware of this statement, in order not to follow them blindly by virtue of their “authority” status (12,29). These results bring us to reflect on the position we want to accord guidelines in daily practice. Finally, it is legitimate to delegate literature research and analysis work to experts that write CPGs, because practitioners don’t have the time nor the skills to carry out this work. The minimum requirement is for these CPGs to be reliable, and that their authors conduct this work properly and independently. Our study shows that it is not the case in the field of primary care antibiotic therapy.

5. Conclusions

Of all 43 guidelines that we collected and analysed, none achieved a reliability score over 60%. Results of this study suggest that current French guidelines in primary care infectious disease do not respect the international quality standards. Their process of development should be reconsidered, with more emphasis on its quality. Authors should be free from any conflict of interest. The CPG should mention the completion of a systematic-review during its elaboration, as well as its interpretation.

The authors declare no competing interest.

6. Graphs and tables

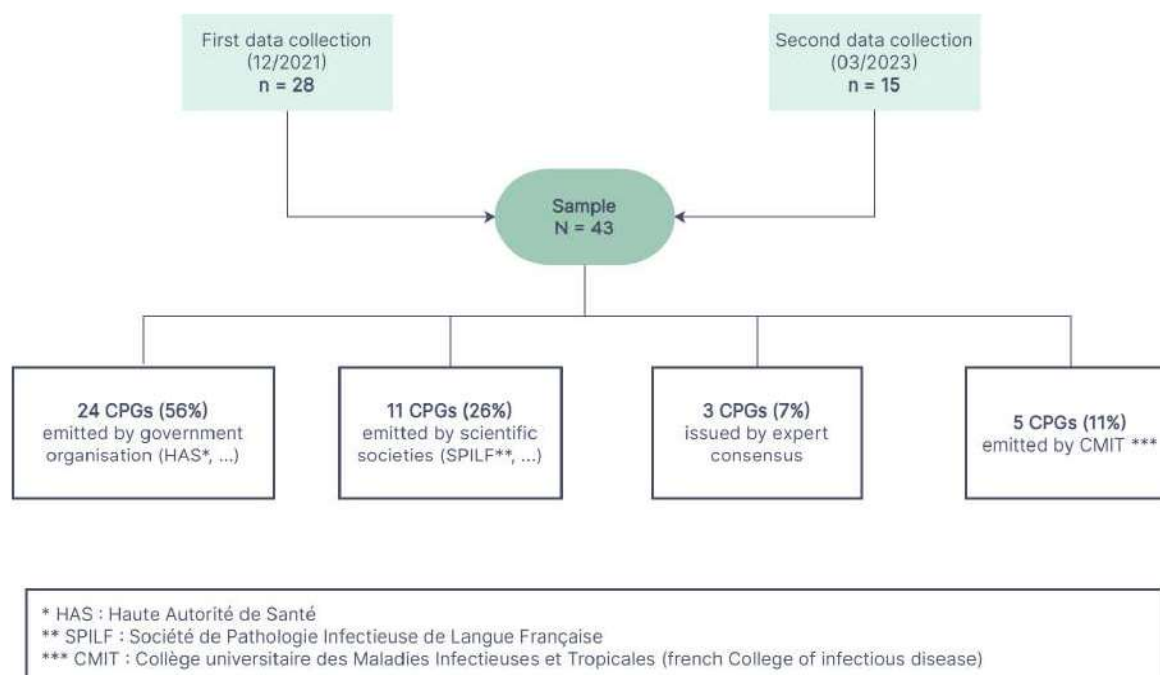


Figure 1

Flow chart

CPGs with score $\geq 60\%$	Number (n)	Ratio (%)
Domain 1 Scope and purpose	17	39,53
Domain 2 Stakeholder involvement	2	4,65
Domain 3 Rigour of development	1	2,33
Domain 4 Clarity of presentation	26	60,47
Domain 5 Applicability	0	0
Domain 6 Editorial independence	3	6,98
Overall score	1	2,33
Reliability score (D3 + D6)	0	0

Figure 2

Number and ratio of CPGs reaching the 60% threshold, in each domain according to AGREE II evaluation

	Average score (%)	Standard deviation	Minimal score (%)	Maximal score (%)
Domain 1 Scope and purpose	46	0,325	0	91
Domain 2 Stakeholder involvement	24	0,24	0	65
Domain 3 Rigour of development	11	0,04	0	60
Domain 4 Clarity of presentation	60	0,01	0	98
Domain 5 Applicability	31	0,015	0	58
Domain 6 Editorial independence	21	0,28	0	100
Overall score	29	0,16	0	72

Figure 3

Mean and standard deviation, minimal and maximal score, in each domain, according to AGREE II evaluation

7. Bibliography

1. Cassini A, Högberg LD, Plachouras D, Quattrocchi A, Hoxha A, Simonsen GS, et al. Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. *Lancet Infect Dis* 2019;19(1):56-66
2. Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011
3. Yao L, Ahmed MM, Guyatt GH, Yan P, Hui X, Wang Q, et al. Discordant and inappropriate discordant recommendations in consensus and evidence based guidelines: empirical analysis. *BMJ*. 25 nov 2021;375
4. Elwenspoek MMC, Patel R, Watson JC, Whiting P. Are guidelines for monitoring chronic disease in primary care evidence based? *BMJ*. 13 juin 2019;365:l2319
5. Ebell MH, Sokol R, Lee A, Simons C, Early J. How good is the evidence to support primary care practice? *Evid Based Med*. juin 2017;22(3):88-92
6. Molino C de GRC, Leite-Santos NC, Gabriel FC, Wainberg SK, Vasconcelos LP de, Mantovani-Silva RA, et al. Factors Associated With High-Quality Guidelines for the Pharmacologic Management of Chronic Diseases in Primary Care: A Systematic Review. *JAMA Intern Med*. 1 avr 2019;179(4):553-60
7. Lunny C, Ramasubbu C, Puil L, Liu T, Gerrish S, Salzwedel DM, et al. Over half of clinical practice guidelines use non-systematic methods to inform recommendations: A methods study. *PloS One*. 2021;16(4):e0250356
8. Yao L, Guyatt GH, Djulbegovic B. Can we trust strong recommendations based on low quality evidence? *BMJ*. 25 nov 2021;375:n2833
9. Schumacher RC, Nguyen OK, Desphande K, Makam AN. Evidence-Based Medicine and the American Thoracic Society Clinical Practice Guidelines. *JAMA Intern Med*. avr 2019;179(4):584-6
10. Brouwers M, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Davis D. *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II - The AGREE Next Steps Consortium*. 2017
11. Burls A. AGREE II—improving the quality of clinical care. *The Lancet*. 2 oct 2010;376(9747):1128-9
12. Dickinson JA, Bell NR, Grad R, Singh H, Groulx S, Szafran O. Choisir les guides de pratique clinique à utiliser. *Can Fam Physician*. mai 2018;64(5):e225-31
13. Watine J, Friedberg B, Nagy E, Onody R, Oosterhuis W, Bunting PS, et al. Conflict between Guideline Methodologic Quality and Recommendation Validity: A Potential Problem for

- Practitioners. Clin Chem. 1 janv 2006;52(1):65-72
14. Matthys J, Meyere MD. Quality evidence important for quality guidelines. CMAJ. 21 sept 2010;182(13):1449-50
 15. Nejstgaard CH, Bero L, Hróbjartsson A, Jørgensen AW, Jørgensen KJ, Le M, et al. Association between conflicts of interest and favourable recommendations in clinical guidelines, advisory committee reports, opinion pieces, and narrative reviews: systematic review. BMJ. 9 déc 2020;371:m4234
 16. Campsall P, Colizza K, Straus S, Stelfox HT. Financial Relationships between Organizations That Produce Clinical Practice Guidelines and the Biomedical Industry: A Cross-Sectional Study. PLOS Med. 31 mai 2016;13(5):e1002029
 17. Le Noc Y, Drahi E, Bergua G, Dumoulin M, Scali C. Recommandations pour la pratique clinique : une confiance minée par les conflits d'intérêts - SFDRMG. 21 janv 2019;(913)
 18. Hoffmann-Eßer W, Siering U, Neugebauer EAM, Lampert U, Eikermann M. Systematic review of current guideline appraisals performed with the Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II instrument-a third of AGREE II users apply a cut-off for guideline quality. J Clin Epidemiol. mars 2018;95:120-7
 19. Wu D, Jiang W, Yu L, Wang Y, Tao Y, Tang H, et al. Quality assessment of clinical practice guidelines for infectious diseases in China. J Evid-Based Med. 2018;11(2):95-100
 20. Sagam CK, Were LM, Otieno JA, Mulaku MN, Kariuki S, Ochodo E. Quality assessment of clinical practice guidelines in Kenya using the AGREE II tool: a methodological review. BMJ Open. 10 juill 2023;13(7):e074510
 21. Wilby KJ, Black EK, MacLeod C, Wiens M, Lau TTY, Paiva MA, et al. Critical appraisal of clinical practice guidelines in pediatric infectious diseases. Int J Clin Pharm. oct 2015;37(5):799-807
 22. Watine J. Is it time to develop AGREE III? Can Med Assoc J. 28 oct 2019;191(43):E1198-E1198
 23. Watine JC, Bunting PS. Mass colorectal cancer screening: methodological quality of practice guidelines is not related to their content validity. Clin Biochem. mai 2008;41(7-8):459-66
 24. Djulbegovic B, Hozo I, Li SA, Razavi M, Cuker A, Guyatt G. Certainty of evidence and intervention's benefits and harms are key determinants of guidelines' recommendations. J Clin Epidemiol. août 2021;136:1-9
 25. Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation—determinants of a recommendation's direction and strength. J Clin Epidemiol. 1 juill 2013;66(7):726-35
 26. Miles KE, Rodriguez R, Gross AE, Kalil AC. Strength of Recommendation and Quality of Evidence for Recommendations in Current Infectious Diseases Society of America Guidelines. Open Forum Infect Dis. 21 janv 2021;8(2):ofab033

27. Missiou A, Tatsioni A. Systematic reviews do not comment on applicability for primary care. *J Clin Epidemiol.* oct 2015;68(10):1152-60
28. Abdelhamid A, Howe A, Stokes T, Qureshi N, Steel N. Primary care evidence in clinical guidelines: a mixed methods study of practitioners' views. *Pract.* nov 2014;64(628):e719-727
29. Lenzer J. Why we can't trust clinical guidelines. *BMJ.* 14 juin 2013;346:f3830.
30. Lenzer J. Study Break. NIH secrets. *The New Republic.* 30 oct 2006
31. Shaughnessy AF, Cosgrove L, Lexchin JR. The Need to Systematically Evaluate Clinical Practice Guidelines. *J Am Board Fam Med JABFM.* 12 nov 2016;29(6):644-8
32. Bastian H. Nondisclosure of Financial Interest in Clinical Practice Guideline Development: An Intractable Problem? *PLOS Med.* 31 mai 2016;13(5):e1002030

8. List of abbreviations and acronyms

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (*today : ANSM, Agence Nationale de Sécurité du Médicament*)

AGREE II : Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II

CMG : Collège de Médecine Générale

CMIT : Collège des Universitaires des Maladies Infectieuses et Tropicales

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CPG : Clinical practice guideline

ESCMID : European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases

GRADE : Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluations

GP : General practitioner

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

IOM : Institute Of Medicine (*today National Academy of Medicine*)

OSF : Open Science Framework

RCT : randomised controlled trial

SFD : Société Française de Dermatologie

SFP : Société Française de Pédiatrie

SPILF : Société de Pathologie Infectieuse en Langue Française

AGREE II reviewers' initials :

E.L : Eulalie Lecourt - Gillet

J.B : Julien Baffalie

K.A : Kenza Akhamlich

R.B : Rémy Boussageon

M.B : Mikaël Bouchard

M.Y : Mickael Yalcin

CONCLUSIONS DE THÈSE



Nom, prénom du candidat : AKHAMLICH--BARBRY Kenza

CONCLUSIONS

L'objectif de cette thèse au format d'article est d'évaluer le niveau de qualité des guides de pratique clinique (GPC) français d'infectiologie dans les situations de soins primaires.

La méthodologie est la suivante : recueil de l'ensemble des GPC français en soins primaires qui sont actuellement en vigueur, par le biais d'une revue méthodique du site Antibiocllic®. Une évaluation qualitative est menée sur chacune de ces sources par 3 examinateurs différents, à l'aide de la grille AGREE II. Le critère de jugement principal est le score de fiabilité, somme des scores dans les domaines de rigueur d'élaboration et d'indépendance éditoriale. Pour qu'un GPC soit considéré comme fiable, il faut que ces deux domaines aient un score minimal de 60% chacun. Les critères secondaires sont l'évaluation de la qualité globale selon la grille AGREE II, ainsi que le pourcentage de GPC ayant précisé la réalisation d'une revue systématique de la littérature dans leur méthode.

Les résultats sont les suivants : sur 43 sources évaluées, aucune n'atteint le seuil de 60% dans le score de fiabilité. Seule une source (2.33%) obtient un score de qualité de 60% dans le domaine de rigueur d'élaboration (D3), tandis que 3 sources (6.98%) l'atteignent dans le domaine d'indépendance éditoriale (D6). Un GPC (2.33%) atteint le seuil de 60% pour le score d'évaluation générale. Les domaines de rigueur d'élaboration et d'indépendance éditoriale sont ceux qui obtiennent les scores moyens les plus bas, avec respectivement 11% et 21%. Le score d'évaluation générale a une moyenne de 29%. Pour 10 sources (23.26%), il est fait mention de la réalisation d'une revue systématique de la littérature.

On peut citer comme faiblesses à cette étude : le possible biais de sélection du fait d'un recueil des GPC par une unique plateforme, une évaluation subjective par le biais d'un score qualitatif, et le seuil arbitraire fixé à 60%. Cependant, l'analyse portant sur la réalisation d'une revue systématique est un critère objectif, qui permet indirectement de valider la fiabilité du domaine rigueur d'élaboration des GPC.

La grille AGREE II permet d'évaluer le processus d'élaboration et en aucun cas le contenu scientifique d'un GPC. Un outil qui prendrait en compte cette dimension supplémentaire pourrait être intéressant à développer. D'autre part, la qualité d'un GPC ne se réduit pas à sa méthodologie et à l'absence de conflits d'intérêts. Il faut aussi prendre en compte le type d'études citées dans sa réalisation. En



Il faut aussi mentionner la notion de niveau de preuve de la recommandation, avec le système GRADE, qui donne un cadre de référence pour pondérer une recommandation. Quand le niveau de preuve est faible, la recommandation est la plupart du temps "conditionnelle".

L'applicabilité en soins primaires est rarement discutée dans le GPC. C'est pourtant un critère important : si la recommandation émane d'études menées en milieu hospitalier, les praticiens de médecine générale sont moins enclins à les suivre. D'autre part, l'impact d'une recommandation sur la santé de la population cible n'est généralement évalué ni avant, ni après sa publication. On peut soulever la question d'une exigence d'évaluation systématique des recommandations publiées.

Pour conclure, les résultats de cette étude suggèrent que les GPC actuels français en infectiologie de soins primaires ne respectent pas les critères internationaux de qualité requis.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Cachet et Signature

Philippe VANHEMS.



Vu :
Pour le Président de l'Université,
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est



Professeur Gilles RODE
Vu et permis d'imprimer
Lyon, le

28 MAI 2024

AKHAMLICH–BARBRY Kenza

**Qualité des recommandations françaises d’infectiologie en soins primaires :
évaluation selon la grille AGREE II.**

RÉSUMÉ

Introduction. La prescription d’antibiotiques est une situation courante en soins primaires. Des recommandations sont régulièrement émises par divers organismes sur le sujet. Notre objectif est d’évaluer le niveau de qualité des guides de pratique clinique (GPC) français d’infectiologie dans les situations de soins primaires.

Méthodes. Recueil de l’ensemble des GPC français en soins primaires qui sont actuellement en vigueur, par le biais d’une revue méthodique du site Antibioclic®. Une évaluation qualitative est menée sur chacune de ces sources par 3 examinateurs différents, à l’aide de la grille AGREE II. Le critère de jugement principal est le score de fiabilité, somme des scores dans les domaines de rigueur d’élaboration et d’indépendance éditoriale. Pour qu’un GPC soit considéré comme fiable, il faut que ces deux domaines aient un score minimal de 60% chacun. Les critères secondaires sont l’évaluation de la qualité globale selon la grille AGREE II, ainsi que le pourcentage de GPC ayant précisé la réalisation d’une revue systématique de la littérature dans leur méthode.

Résultats. Sur 43 sources évaluées, aucune n’atteint le seuil de 60% dans le score de fiabilité. Seule une source (2.33%) obtient un score de qualité de 60% dans le domaine de rigueur d’élaboration (D3), tandis que 3 sources (6.98%) l’atteignent dans le domaine d’indépendance éditoriale (D6). Un GPC (2.33%) atteint le seuil de 60% pour le score d’évaluation générale. Les domaines de rigueur d’élaboration et d’indépendance éditoriale sont ceux qui obtiennent les scores moyens les plus bas, avec respectivement 11% et 21%. Le score d’évaluation générale a une moyenne de 29%. Pour 10 sources (23,26%), il est fait mention de la réalisation d’une revue systématique de la littérature.

Conclusion. On observe un manque de qualité dans la conception des recommandations françaises actuelles en infectiologie des soins primaires. Leur processus d'élaboration nécessite d'être revu, avec des exigences supérieures de qualité. La réalisation de revues systématiques et la transparence éditoriale sont deux critères majeurs à prendre en compte.

MOTS-CLÉS : guides de pratique clinique, infectiologie, antibiothérapie, AGREE II, revue systématique de la littérature, soins primaires, recommandations.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Philippe Vanhems

Membres : Madame le Professeur Anne-Marie Schott

Monsieur le Professeur Rémy Boussageon

Monsieur le Docteur Marc Chanelière

DATE DE SOUTENANCE : 04/07/2024

26 rue de Verdun, 26500 Bourg-lès-Valence / kenza.akhamlich@free.fr