

Glossaire des termes

Le glossaire comprend les définitions des termes et des acronymes apparaissant dans l'ensemble de la liste de contrôle pour le développement des recommandations pour la pratique clinique, afin de faciliter l'interprétation des critères inclus. Les termes connexes de la liste sont regroupés en catégories décrivant les différents aspects du développement des lignes directrices.

Terme	Définition
<i>Groupes, individus et organisations impliqués dans le processus de développement des lignes directrices</i>	
Groupe de développement des lignes directrices	L'ensemble des professionnels de la santé et autres, des parties prenantes, des patients et des soignants et aidants naturels, du personnel de recherche et du personnel technique qui élaborent une ligne directrice. Le groupe de développement des lignes directrices peut être composé de plusieurs sous-groupes ou comités spécifiques à une tâche, tels que le comité de surveillance, le panel des lignes directrices, les représentants des parties prenantes et des usagers, et le groupe de travail. Certaines personnes peuvent être membres de plusieurs sous-groupes ou comités (par exemple, un clinicien scientifique en tant que membre du groupe de travail et du groupe de développement des lignes directrices). ^{1,2}
Comité de surveillance	Un organisme dirigeant le processus de développement des lignes directrices, dont les tâches comprennent l'établissement des priorités et la sélection de lignes directrices potentielles pour le développement des sujets proposés, le recrutement et la nomination des membres du panel des lignes directrices, et l'approbation de la ligne directrice finale pour la publication et la diffusion. Peut également être appelé comité exécutif ou conseil consultatif des lignes directrices. ²
Panel des lignes directrices	Décide des sujets à couvrir dans le cadre de la ligne directrice, formule les questions, développe et approuve les recommandations de la ligne directrice en utilisant les résumés des données probantes préparés par le groupe de travail, et approuve le document final de la ligne directrice pour validation par le comité de surveillance. Les membres du groupe de travail sur les lignes directrices sont souvent appelés "panélistes". ²
Président (panel des lignes directrices)	Le membre dirigeant du panel des lignes directrices. Cette personne est neutre et possède une expertise dans la coordination de groupe multidisciplinaire de professionnels de la santé, de soignants, d'usagers et aidants naturels. Une personne qualifiée et expérimentée en matière de stratégies et de facilitation de processus de groupe optimaux, garantissant que tous les membres du panel ont une chance égale de contribuer et d'exprimer librement leur opinion sans se sentir intimidés. Cette personne n'est pas nécessairement un expert d'un domaine clinique spécifique. ^{3,4}

Coprésident (du panel)	Doit/doivent être nommé(s) lorsque le panel des lignes directrices est particulièrement grand ou lorsque la tâche est particulièrement complexe. Le(s) coprésident(s) doit/doivent également avoir de l'expérience dans la direction de groupes mais doivent représenter une discipline différente (clinique ou méthodologique) de celle du président. ^{3,4}
Groupe de travail	Un groupe de personnes chargées de la préparation et des aspects techniques du développement des lignes directrices, comme l'assistance au panel des lignes directrices pour la formulation des questions du PICO, la conduite de revues systématiques, l'évaluation de la qualité des données probantes, la préparation de résumés des données probantes et de documents de référence pour les discussions du panel des lignes directrices, la rédaction de la ligne directrice et l'examen des commentaires des parties prenantes et de la consultation publique. Travaille en collaboration étroite avec le panel des lignes directrices pour s'assurer que le travail visant à atteindre les buts et objectifs de la ligne directrice est mené à bien.
Secrétariat	Un groupe de personnes chargé de soutenir le groupe de développement de la ligne directrice dans la préparation du développement et de la rédaction de la ligne directrice. Le secrétariat fournit un soutien logistique ainsi qu'un soutien administratif (par exemple, la programmation des réunions et des téléconférences, la distribution des documents). ²
Partie prenante	Un individu, un groupe ou une organisation qui a un intérêt dans l'organisation et la prestation des soins de santé et qui aura un intérêt dans le contenu ou le résultat d'une directive. Il peut s'agir de prestataires de soins de santé, d'associations et d'écoles professionnelles, d'experts d'une maladie ou d'un état pathologique, d'instituts de recherche et de décideurs politiques. ^{1,2}
Usagers	Les usagers de soins de santé comprennent : (a) les patients individuels, (b) les prestataires de soins, y compris la famille et les amis des patients, (c) les membres du public (à la fois comme patients potentiels et comme financeurs de soins de santé par le biais de la fiscalité, de l'assurance ou de paiements directs), (d) les organisations bénévoles et communautaires qui représentent les intérêts des patients, des prestataires de soins et du public, (e) les avocats représentant les intérêts des patients, des prestataires de soins et d'autres groupes de clients. Ils sont décrits collectivement comme des "usagers" (sans impliquer de suppositions consuméristes sur les services de santé) et se distinguent des autres consommateurs de lignes directrices tels que les professionnels de la santé, les commissaires et les prestataires de services. ⁵
Soignants et aidants naturels	Fournir des soins et/ou un soutien non remboursés aux patients (par exemple, aux membres de la famille, aux amis) et avoir une connaissance des questions qui sont importantes pour les patients et les soignants et aidants naturels. Peuvent également être appelés "soignants et aidants naturels"

	".
Défenseur	Une personne ou une association qui parle au nom d'un patient ou d'un groupe de patients pour les aider à faire connaître leurs souhaits. ⁶
Organisme de parrainage	L'organisation qui finance le développement d'une ligne directrice et qui l'approuvera pour sa publication et sa diffusion.
Sociétés professionnelles	Organisations à but non lucratif dont les membres sont des professionnels de la santé travaillant dans un domaine ou une spécialité spécifique et dont le travail est axé sur un domaine ou un sujet spécifique des soins de santé (par exemple, l'American College of Chest Physicians, la Société européenne de cardiologie). Les sociétés professionnelles participent souvent au développement de lignes directrices pour leurs membres et prennent souvent des positions politiques sur des questions médicales et la promotion de la santé. On peut également les appeler des organisations professionnelles ou des sociétés ou associations médicales.
Organisations tierces	Les organisations ou groupes qui souhaitent adopter ou adapter une ligne directrice pour laquelle ils n'ont pas été directement impliqués dans son développement. Il peut s'agir souvent de départements gouvernementaux ou de ministères de la santé qui ne disposent pas de ressources suffisantes pour élaborer des lignes directrices de novo, ou dont les populations et les milieux de soins de santé sont similaires à ceux couverts par une ligne directrice existante.
<i>Lignes directrices et sujets</i>	
Ligne directrice	Un document qui se concentre sur une maladie ou une condition ou situation et qui comprend des recommandations pour une gestion appropriée des patients atteints de cette maladie ou condition. La ligne directrice doit être basée sur les meilleures données probantes disponibles et doit aider les prestataires de soins de santé en complétant leurs connaissances et leurs compétences. Les lignes directrices peuvent être adaptées, entre autres, à la pratique clinique, à la politique de santé, aux systèmes de santé ou aux établissements de santé publique. ²
Public cible	Le groupe ou l'éventail spécifique de prestataires de soins de santé auxquels les lignes directrices sont destinées, pour éclairer leur travail dans un contexte de soins de santé. Le public cible aura une influence sur l'étendue et la profondeur du contenu du guide. ⁷ Le public principal est constitué par les utilisateurs finaux prévus du guide. Par exemple, si le guide est destiné aux soins primaires, le public cible comprendra les médecins et les infirmières de soins primaires. Le public secondaire peut inclure tout autre groupe auquel le contenu de la ligne directrice sera applicable, comme les gestionnaires de soins de santé, les administrateurs d'hôpitaux et les décideurs

	politiques. ⁸
Sujet des lignes directrices	Le sujet de la ligne directrice précise la maladie, l'état ou le domaine général qui sera couvert par la ligne directrice (par exemple, la maladie pulmonaire obstructive chronique). Les concepteurs de lignes directrices doivent envisager de donner la priorité aux sujets de lignes directrices les plus susceptibles d'améliorer les soins de santé et les résultats en matière de santé. ⁹
Sujets relevant des lignes directrices	Les sujets abordés dans la ligne directrice englobent le contenu que la ligne directrice couvrira. Par exemple, si la ligne directrice couvrira le diagnostic d'une maladie, le traitement d'une maladie, ou les deux, ou si elle se concentrera sur des sujets où il y a le plus d'incertitude ou de variation dans la pratique. Le panel des lignes directrices doivent examiner et décider des nombreuses questions qui peuvent être abordées dans une ligne directrice et qui seront importantes pour le public cible. Peut également faire référence à la portée de la ligne directrice, et sera en relation avec les questions du PICO abordées dans la ligne directrice. ⁹
<i>Étapes et processus de développement des lignes directrices</i>	
Établissement des priorités	La définition des priorités consiste à identifier, équilibrer et classer les priorités. Elle est exécutée par les parties prenantes. Elle garantit que les ressources et l'attention sont consacrées aux domaines généraux (par exemple, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer, la prévention) dans lesquels les recommandations en matière de soins de santé seront les plus bénéfiques pour la population, une juridiction ou un pays. Une approche de définition des priorités doit contribuer aux plans futurs tout en répondant aux circonstances actuelles potentiellement difficiles. ¹⁰
Révision par les pairs	Processus consistant à soumettre des travaux, des recherches ou des idées scientifiques à l'examen d'autres personnes. La révision par les pairs d'une ligne directrice et de recommandations par des personnes ayant des intérêts et une expertise similaires à ceux des personnes qui l'ont produite vise à garantir l'exactitude et la validité de la ligne directrice. La révision par les pairs peut être interne, menée par des collègues de la même organisation qui ne sont pas directement impliqués dans la production de la ligne directrice, ou externe, menée par des personnes totalement indépendantes et éloignées du développement de la ligne directrice. ^{2,6}
Diffusion	Processus actif de distribution d'informations, telles que des lignes directrices, aux utilisateurs finaux afin de garantir une exposition, une absorption et une mise en œuvre maximales. Différentes méthodes de diffusion peuvent être utilisées, telles qu'une version imprimée de la ligne directrice complète, une version en ligne de la ligne directrice, un guide de référence rapide, une application mobile de la ligne directrice, l'incorporation des recommandations de la ligne directrice dans les systèmes d'aide à la décision clinique, une version de la ligne directrice

	destinée aux consommateurs, des documents éducatifs détaillant les recommandations, des réunions de conférence avec les utilisateurs finaux cibles, etc. Les produits autres que le document principal de la ligne directrice qui sont développés sont communément appelés produits dérivés. ¹¹
Mise en œuvre	L'adoption et l'incorporation des recommandations des lignes directrices dans la pratique par les utilisateurs finaux cibles. Un plan de mise en œuvre doit comprendre l'identification des obstacles potentiels, des critères et des indicateurs de réussite, des données de référence pour les indicateurs, les ressources nécessaires, les besoins en matière de formation et d'éducation, l'identification des mécanismes ou des réseaux existants, les méthodes de suivi du processus de mise en œuvre, les mécanismes de compte rendu et de retour d'information, et les étapes avec des calendriers. ^{2,11}
Adaptation des lignes directrices	Une approche systématique de l'utilisation et de l'ajustement des lignes directrices existantes produites dans un cadre pour les utiliser dans un nouveau cadre avec un contexte culturel ou organisationnel différent. Le processus d'adaptation d'une ligne directrice et de ses recommandations doit garantir que la ligne directrice adaptée aborde des questions de santé spécifiques pertinentes pour le contexte d'utilisation et qu'elle est adaptée aux besoins, aux priorités, à la législation, aux politiques et aux ressources du nouveau cadre cible. ¹²
Processus de groupe	Les processus de groupe englobent la manière dont les membres d'un groupe interagissent et le moment où ils le font. Par exemple, l'interaction des membres d'un groupe d'orientation au cours d'une réunion de consensus pour formuler des recommandations. ³
Méthodes de consensus	Techniques utilisées dans la prise de décision pour parvenir à un accord sur une question particulière. Le consensus peut être informel ou formel, avec des exemples de méthodes formelles de consensus, notamment les techniques Delphi et de groupe nominal. ¹
Quorum	Le plus petit nombre de membres du groupe qui doit être présent pour constituer une réunion ou un processus de vote ou de consensus valide. ¹
Étapes importantes	Lorsque des étapes importantes sont franchies au cours du processus de développement des lignes directrices. Il s'agit par exemple d'achever la revue systématique, de faire élaborer des recommandations et de publier le rapport sur les lignes directrices. ³
<i>Considérations pour le développement d'une ligne directrice</i>	
Déclaration d'intérêts (ou révélation d'intérêts)	Une déclaration d'intérêts est la divulgation de tout conflit d'intérêts potentiel ou réel qui inclut des intérêts financiers, professionnels, intellectuels ou autres en rapport avec le sujet du travail ou de la réunion visant à déterminer les conflits d'intérêts possibles. La déclaration d'intérêt doit également inclure tout intérêt pertinent d'autres personnes qui peuvent, ou peuvent être perçues

	comme pouvant influencer indûment le jugement de l'expert, comme les membres de la famille immédiate, les employeurs, les proches collaborateurs professionnels, ou toute autre personne avec laquelle l'expert a un intérêt personnel, financier ou professionnel commun important. ²
Conflit d'intérêts	Une divergence entre les intérêts privés d'une personne et ses obligations professionnelles, de telle sorte qu'un observateur indépendant pourrait raisonnablement se demander si les actions ou les décisions professionnelles de la personne sont motivées par des gains personnels, tels que des avantages financiers, un avancement académique, des flux de revenus cliniques ou un statut social. Cette définition inclut une relation financière ou intellectuelle qui peut avoir un impact sur la capacité d'une organisation ou d'un individu à aborder une question scientifique avec un esprit ouvert. ¹³
Promoteur/Parrainage commercial	Peut s'appliquer aux personnes ou aux organisations impliquées dans la promotion et le développement d'une ligne directrice, y compris le financement,. La possibilité que les concepteurs de lignes directrices se sentent, ou soient perçus comme étant, redevables au sponsor ou commanditaire commercial ou soumis à des pressions de sa part pour qu'il fasse des recommandations favorables à ses intérêts est particulièrement préoccupante. Le parrainage commercial peut prendre la forme d'une recherche parrainée par l'industrie, de services cliniques dont un membre du comité tire une proportion substantielle de ses revenus, de conseils, de participation à un conseil d'administration pour lesquels il reçoit une rémunération de quelque nature que ce soit. ¹⁴
Obstacles au changement	Doit être identifié et pris en compte avant d'élaborer une ligne directrice lorsque les recommandations suggèrent des changements dans la ou les pratiques de soins de santé. Les obstacles au changement peuvent exister à différents niveaux du système de soins de santé et comprennent des obstacles structurels (par exemple, le manque de ressources, les facteurs financiers dissuasifs), des obstacles organisationnels (par exemple, un mélange de compétences inapproprié, le manque d'installations ou d'équipements), des obstacles liés au groupe de pairs (par exemple, les normes locales de soins ne correspondent pas à la pratique souhaitée), des obstacles liés à l'interaction entre le professionnel et le patient (par exemple, les problèmes de communication et de traitement de l'information) et des priorités concurrentes. Il existe diverses méthodes pour identifier les obstacles qui varient dans leur formalité. Les obstacles peuvent varier en fonction des ressources, des contextes et des lignes directrices. ¹¹
Équité (dans le domaine de la santé)	L'équité en matière de santé, ou équité sanitaire, est une mesure du degré auquel les politiques de santé sont en mesure de répartir équitablement le bien-être. Il s'agit de l'absence de différences

	<p>systematiques ou potentiellement remédiables dans l'état de santé, l'accès aux soins de santé et aux environnements favorables à la santé, et le traitement d'un ou plusieurs aspects de la santé entre des populations ou des groupes de population définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement. Les inégalités en matière de santé résultent d'un écart dans l'état de santé et dans l'accès aux services de santé entre différentes classes sociales, groupes ethniques et entre des populations de différentes zones géographiques. Les panels de lignes directrice doivent examiner si et dans quelle mesure les recommandations auront un impact sur l'équité en matière de santé. On peut également parler d'inégalité en matière de santé.^{1,10,15}</p>
Valeurs, préférences et utilités	<p>Il s'agit notamment des connaissances, attitudes, attentes, valeurs et croyances morales et éthiques des patients et des soignants et aidants naturels ; des objectifs de vie et de santé des patients ; de l'expérience antérieure de l'intervention et de la maladie ; de l'expérience des symptômes (par exemple essoufflement, douleur, dyspnée, perte de poids) ; des préférences et de l'importance des résultats souhaitables et indésirables ; l'impact perçu de l'affection ou des interventions sur la qualité de vie, le bien-être ou la satisfaction et les interactions entre le travail de mise en œuvre de l'intervention, l'intervention elle-même et d'autres contextes que le patient peut connaître ; les préférences en matière de solutions de rechange ; et les préférences relatives au contenu et aux styles de communication, à l'information et à la participation à la prise de décision et aux soins. Cela peut être lié à ce qui, dans la littérature économique, est considéré comme des utilités. Une intervention elle-même peut être considérée comme une conséquence d'une recommandation (par exemple, la charge de prendre un médicament ou de subir une opération chirurgicale) et un niveau d'importance ou de valeur y est associé. Les valeurs et les préférences de ceux qui seront touchés par les recommandations doivent être intégrées dans le processus de développement de la ligne directrice.⁵</p>
Transparence	<p>La transparence implique de documenter et de présenter clairement les détails de l'ensemble des méthodes et du processus qui ont été utilisés pour élaborer une ligne directrice, y compris les participants impliqués, les données probantes et les informations examinées, et les jugements portés lors de toute prise de décision, en particulier la formulation des recommandations. La transparence permettrait à d'autres de suivre et d'arriver au même produit de lignes directrices si le processus de développement des lignes directrices est reproduit.</p>
Crédibilité des lignes directrices	<p>La mesure dans laquelle les conclusions et les recommandations d'une ligne directrice sont fiables. Déterminé par les méthodes et les approches utilisées, y compris le calendrier et la dépendance</p>

	éditoriale tels que décrits par l'outil AGREE II, le rapport de l'Institute of Médecine sur les lignes directrices et le Guideline International Network. Peut également être appelé fiabilité ou qualité des lignes directrices. ^{4,16,17}
<i>Examen des données probantes et prise en compte des informations complémentaires</i>	
Protocole	Un document qui décrit le plan ou l'ensemble des étapes définissant la manière dont une ligne directrice sera produite et la méthodologie qui sera utilisée. Avant de réaliser une ligne directrice, par exemple, le protocole définit les questions auxquelles il faut répondre, la manière dont les informations seront collectées et analysées, ainsi que le cadre et les méthodes de consensus à utiliser pour formuler les recommandations.
Question PICO	Population/Intervention-Comparaison des patients-Résultats ; moyen mnémotecnique utilisé dans le développement de questions spécifiques sur les soins de santé auxquelles il faut répondre dans les lignes directrices. Une question générée à l'aide du cadre du PICO guidera l'examen/l'analyse des données probantes et visera à obtenir des informations sur le patient et son état, les interventions d'intérêt qui ont été entreprises ou qui devraient l'être, toute comparaison entre l'intervention actuelle et les autres solutions possibles, et les résultats à souhaiter ou à atteindre. ²
Population	Un groupe de personnes ayant un lien commun, comme par exemple une même pathologie ou vivant dans la même région ou partageant les mêmes caractéristiques. La population identifiée pour une ligne directrice est l'ensemble des personnes auxquelles les recommandations sont censées s'appliquer (par exemple, les adultes atteints de diabète sucré). ¹⁸
Comorbidité	Maladie ou affection qui existe chez un patient en plus de la principale maladie d'intérêt étudiée ou traitée (par exemple, maladie pulmonaire obstructive chronique et diabète sucré). Les comorbidités peuvent influencer les manifestations cliniques et l'histoire naturelle d'une maladie. On peut également parler d'affections concomitantes. ^{6,19}
Parcours clinique (ou parcours de soins)	Le parcours/chemin clinique a pour but de décrire, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient. ⁶
Résultats	L'impact qu'un test, un traitement, une politique, un programme ou une autre intervention a sur une personne, un groupe ou une population. Les résultats des interventions visant à améliorer la santé publique peuvent inclure un changement dans la santé et le bien-être des personnes ou dans leur état de santé. En termes cliniques, les résultats pourraient inclure le nombre de patients qui se rétablissent complètement d'une maladie ou le nombre d'admissions à l'hôpital, et une amélioration ou une détérioration de la santé, de la capacité fonctionnelle, des symptômes ou de la situation d'une personne. ⁶

Des résultats importants pour les patients	Un résultat défini en répondant "oui" à la question suivante : "Si l'on savait que ce résultat était la seule chose à changer avec le traitement, le patient envisagerait-il de recevoir ce traitement même s'il était associé à des effets indésirables, des inconvénients ou des coûts ? » Ces résultats comprennent la mortalité, la morbidité et les résultats signalés par les patients. ^{20,21}
Qualité de vie liée à la santé	Combinaison du bien-être physique, mental et social d'une personne ; pas seulement l'absence de maladie. Un exemple de résultat important pour le patient. ¹
Résultats de substitution	Des résultats qui ne sont pas eux-mêmes des résultats importants pour la santé mais qui peuvent être corrélés avec des résultats importants pour la santé du patient (par exemple, la densité osseuse comme substitut aux fractures comme résultat important pour le patient). On peut parler de résultats de substitution ou indirects. ²¹
Importance des résultats	Le classement de l'importance relative des résultats souhaitables (par exemple, réduction de la mortalité, amélioration de la qualité de vie liée à la santé) et des résultats indésirables (par exemple, effets secondaires, coûts) pour l'intervention en question permet à un panel de lignes directrices de déterminer l'influence que les résultats particuliers et les résultats/estimations de l'effet de ces résultats auront sur la formulation d'une recommandation. L'importance relative des résultats est susceptible de varier en fonction des différentes valeurs et préférences ou lorsqu'elle est considérée du point de vue des patients, des cliniciens ou des décideurs politiques. Dans le cadre de GRADE, les résultats sont considérés comme essentiels pour la prise de décision, importants mais non essentiels pour la prise de décision, ou de faible importance pour la prise de décision. ²¹
Ampleur de l'effet	Mesure de la différence ou de l'effet relatif d'une intervention sur le résultat dans le groupe d'intervention par rapport à celui dans un groupe de contrôle. Également appelée taille de l'effet. ⁶
Revue systématique	Une revue exhaustive de la littérature publiée qui se concentre sur un sujet de santé et répond à une question spécifique. Une recherche documentaire approfondie est effectuée sur la base d'une stratégie de recherche visant à identifier toutes les études. Les études sont examinées, leur qualité est évaluée et les résultats sont résumés en fonction de la question examinée. ²
Récupération des données probantes	Dans le contexte des revues systématiques, processus consistant à rechercher systématiquement toutes les études scientifiques pertinentes pour une question particulière et à les obtenir pour analyse. Le processus comprend également l'obtention de données probantes provenant de sources qui peuvent être non publiées. ²
Critères de sélection	Les critères utilisés pour décider quelles études et quels types d'études doivent être inclus et exclus de la sélection comme sources potentielles de données probantes lors de la recherche de

	données probantes pendant le développement d'une ligne directrice. Également appelés critères d'inclusion et d'exclusion. ⁶
Avis d'experts	Une interprétation des données probantes par des experts. L'avis d'expert est parfois basé sur des données probantes de haute qualité, telles que des essais contrôlés randomisés ou des études d'observation bien faites, d'autres fois, l'avis d'expert est basé sur des informations collectées de manière non systématique, idéalement résumées par écrit. L'opinion des experts est souvent confondue avec la notion de données probantes qui ne sont pas disponibles à partir de recherches systématiques ou qui ne sont pas systématiquement résumées. Elle est aussi souvent utilisée comme prétexte pour ne pas recueillir systématiquement des données probantes.
Évaluation économique	Ensemble de méthodes formelles et quantitatives utilisées pour évaluer une ou plusieurs interventions, programmes ou stratégies en fonction de leur utilisation des ressources et des résultats attendus. L'évaluation économique peut impliquer différents types d'études telles que l'analyse coût-efficacité, l'analyse coûts-avantages et les modèles économiques. ²
Qualité des données probantes	Décrit le niveau de confiance ou de certitude dans les estimations de l'effet d'une intervention sur un résultat spécifique dans une population donnée. Également appelé solidité des données probantes, confiance dans les estimations, certitude dans les données probantes, niveaux de données probantes. ²²
Tableau des critères de données probantes, profil ou tableau récapitulatif des résultats	Un tableau résumant les résultats/estimations de l'effet des études pour chaque résultat d'intérêt et la qualité des données probantes associées. Le tableau fournit un résumé concis des informations clés dont a besoin une personne pour prendre une décision et, dans le contexte d'une ligne directrice, fournit un résumé des informations clés qui sous-tendent une recommandation. ^{6,23}
<i>Recommandations et formulation des recommandations</i>	
Cadre analytique	Un cadre définissant les critères utilisés par les comités d'orientation pour examiner les données probantes et analyser les informations pertinentes afin d'aboutir à une recommandation. L'analyse peut se concentrer sur l'équilibre entre les conséquences souhaitables et indésirables, en fonction de la qualité des données probantes, de l'ampleur de la différence entre les avantages et les inconvénients, de la certitude ou de la variabilité des valeurs et des préférences, de l'utilisation des ressources, de l'équité et d'autres facteurs (par exemple, le cadre GRADE/DECIDE Evidence-to-Recommandation). ²⁴
Recommandation	Un proposition émise par la ligne directrice et basée sur des questions cliniques, la recherche de données probantes et la prise en compte d'autres informations dans le cadre analytique. Les

	recommandations des lignes directrices peuvent concerner des interventions cliniques, des activités de santé publique ou des politiques gouvernementales. ²
Recommandation conditionnelle	Une recommandation pour laquelle un comité d'orientation s'est appuyé sur une plus grande incertitude quant à savoir si la mise en œuvre de l'action recommandée entraîne des conséquences plus souhaitables que non souhaitables. Il peut être nécessaire de décrire des conditions spécifiques de mise en œuvre. Également appelée "recommandation faible" dans le cadre de GRADE. ²⁵
Recommandation en matière de recherche	Une recommandation orientant la mise en œuvre uniquement dans le contexte de la recherche. Les comités d'orientation devraient envisager de formuler des recommandations de recherche lorsqu'il existe une incertitude importante quant aux effets souhaitables et indésirables d'une intervention, que des recherches supplémentaires pourraient réduire cette incertitude et que les avantages et les économies potentiels de la réduction de l'incertitude l'emportent sur les inconvénients potentiels de la non formulation de la recommandation de recherche. La formulation de recommandations pour des recherches supplémentaires doit être aussi précise et spécifique que possible. La définition explicite de la population, de l'intervention, du comparateur et des résultats (PICO) rendra les recommandations de recherche plus utiles. ^{24,26}
Force de la recommandation	La force d'une recommandation reflète la mesure dans laquelle les concepteurs de lignes directrices sont convaincus que les effets souhaitables de l'adhésion à la recommandation l'emportent sur les effets indésirables. ^{24,25}
Mesures de performance	Les mesures de performance sont des critères qui peuvent être mesurés pour évaluer la qualité des soins (par exemple, un médecin suivant une option de gestion spécifique). Les options de gestion associées à des recommandations fortes sont particulièrement de bonnes candidates pour les critères de qualité. ²⁴
<i>Acronymes utilisés dans la liste de contrôle</i>	
AGREE II	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II ; Un outil validé et développé dans le cadre d'une collaboration internationale pour évaluer le processus de développement de lignes directrices et la qualité des rapports. ¹⁶
GRADE	Approche de gradation des recommandations : Développé par un groupe de travail international, GRADE est un système qui fournit une approche transparente pour évaluer la qualité des données probantes et la force des recommandations et qui est utilisé par de nombreuses organisations internationales. Il aborde les questions méthodologiques et pratiques liées aux revues systématiques, au développement et à la diffusion des recommandations. ²⁷

USPSTF	United States Preventive Services Task Force (groupe de travail sur les services préventifs) : organisation gouvernementale qui élabore des recommandations sur les services cliniques préventifs tels que le dépistage, les services de conseil et les médicaments préventifs. L'organisation a développé son propre cadre pour évaluer la qualité des données probantes et classer les recommandations. ²⁸
--------	---

REFERENCES

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. The guidelines manual: Appendix L – Abbreviations and Glossary. 2012; <http://publications.nice.org.uk/the-guidelines-manual-appendix-l-abbreviations-and-glossary-pmg6d/l2-glossary>. Accessed July 21, 2013.
2. World Health Organization. Estonian Handbook for Guidelines Development. 2011; http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502429_eng.pdf. Accessed April 22, 2013.
3. Kunz R, Fretheim A, Cluzeau F, et al. Guideline Group Composition and Group Processes: Article 3 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):229-233.
4. Institute of Medicine Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. Clinical Practice Guidelines We Can Trust. 2011; http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=13058. Accessed April 22, 2013.
5. Kelson M, Akl EA, Bastian H, et al. Integrating Values and Consumer Involvement in Guidelines with the Patient at the Center: Article 8 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):262-268.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. Glossary. 2013; <http://www.nice.org.uk/website/glossary/glossary.jsp>. Accessed July 21, 2013.
7. National Health and Medical Research Council. Procedures and requirements for meeting the 2011 NHMRC standard for clinical practice guidelines. 2011; <http://www.nhmrc.gov.au/guidelines/publications/cp133-and-cp133a>. Accessed April 22, 2013.
8. Yawn BP, Akl EA, Qaseem A, Black P, Campos-Outcalt D. Identifying Target Audiences: Who Are the Guidelines For?: Article 1 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):219-224.
9. Atkins D, Perez-Padilla R, MacNee W, Buist AS, Cruz AA. Priority Setting in Guideline Development: Article 2 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):225-228.

10. World Health Organization. Health Systems Strengthening Glossary. 2013; http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index.html. Accessed July 26, 2013.
11. Grimshaw JM, Schünemann HJ, Burgers J, et al. Disseminating and Implementing Guidelines: Article 13 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):298-303.
12. The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. 2009; <http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf>. Accessed July 5, 2013.
13. Schunemann HJ, Osborne M, Moss J, et al. An official American Thoracic Society Policy statement: managing conflict of interest in professional societies. *Am J Respir Crit Care Med*. Sep 15 2009;180(6):564-580.
14. Boyd EA, Akl EA, Baumann M, et al. Guideline Funding and Conflicts of Interest: Article 4 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):234-242.
15. Oxman A, Schunemann H, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 12. Incorporating considerations of equity. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):24.
16. AGREE Research Trust. The AGREE Enterprise Website. 2013; <http://www.agreetrust.org>. Accessed July 21, 2013.
17. Qaseem A, Forland F, Macbeth F, Ollenschlager G, Phillips S, van der Wees P. Guidelines International Network: Toward international standards for clinical practice guidelines. *Ann Intern Med*. 2012;156(7):525-531.
18. Wilt TJ, Guyatt G, Kunz R, et al. Deciding What Type of Evidence and Outcomes to Include in Guidelines: Article 5 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):243-250.
19. Fabbri LM, Boyd C, Boschetto P, et al. How to Integrate Multiple Comorbidities in Guideline Development: Article 10 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):274-281.

20. Guyatt G DP, Montori V, Schünemann HJ, Bhandari M,. Putting the patient first: In our practice, and in our use of language. *ACP journal club*. Jan-Feb 2004;140(A11).
21. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al. GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes. *J Clin Epidemiol*. Apr 2011;64(4):395-400.
22. Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*. Apr 2011;64(4):401-406.
23. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol*. Apr 2011;64(4):383-394.
24. Schünemann HJ, Oxman AD, Akl EA, et al. Moving from Evidence to Developing Recommendations in Guidelines: Article 11 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):282-292.
25. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *Journal of clinical epidemiology*. 2013;66(7):719-725.
26. Brown P BK, Chalkidou K, Chalmers I, Clarke M, Fenton M, et al,. How to formulate research recommendations. *BMJ*. Oct 14 2006;333(7572):804-806.
27. The GRADE working group. GRADE Working Group. 2013; <http://www.gradeworkinggroup.org>. Accessed July 21, 2013.
28. U.S. Preventive Services Task Force. Methods and Processes. 2013; <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/methods.htm>. Accessed July 21, 2013.