

Liste de contrôle GIN-McMaster pour le développement des recommandations de la pratique clinique (des lignes directrices)

Cliquez sur les titres dans la liste des sujets ci-dessous ou consultez les signets pour accéder à un sujet spécifique dans la liste de contrôle. Vous pouvez retourner à la liste des sujets en cliquant sur le titre du sujet dans la liste de contrôle. Des cases à cocher sont disponibles pour chaque élément afin de marquer et suivre les étapes complétées ou non applicables. Une section pour les notes qui peuvent être mises à jour tout en progressant dans le processus d'élaboration des lignes directrices est aussi disponible.

Vous pouvez également consulter [le glossaire](#) en ligne pour les définitions des termes et des acronymes figurant dans la liste de contrôle.

Items de développement des lignes directrices:

1. Organisation, budget, planification et formation
2. Identification des priorités
3. L'adhésion au groupe de lignes directrices
4. L'établissement de processus de groupes d'orientation
5. Identification d'un public cible et sélection de sujet
6. Participation des consommateurs et des parties prenantes
7. Considération des conflits d'intérêt
8. Génération des questions (PICO)
9. Considération de l'importance des résultats et des interventions, des valeurs, des préférences et des utilités
10. Choix des données probantes à inclure et recherche des données probantes
11. Résumé des données probantes et considération des informations supplémentaires
12. Jugement de la qualité, la solidité ou la certitude d'un groupe de données probantes
13. Développement de recommandations et détermination de leur force
14. Formulation des recommandations et des considérations de mise en œuvre, de faisabilité et d'équité
15. Rapports et révision par les pairs
16. Diffusion et mise en œuvre
17. Évaluation et utilisation
18. Mise à jour

Complété	N'est pas applicable	Étapes de développement des lignes directrices	Source(s)	Remarques
1. Organisation, budget, planification et formation				
		1. Former la structure du groupe de développement des lignes directrices et déterminer les rôles, les tâches et les relations entre les différents groupes à impliquer (par exemple, un comité ou un conseil de surveillance pour diriger la sélection des sujets des lignes directrices et la composition du groupe, un groupe de travail composé d'experts et de méthodologistes pour synthétiser les données probantes, un secrétariat pour fournir un soutien administratif, un <i>panel</i> pour élaborer des recommandations, et les parties prenantes et les consommateurs pour la consultation). Voir également les thèmes 3, 4 et 6	1-16	
		2. Effectuer une évaluation approfondie du projet de développement de lignes directrices proposé en ce qui concerne les questions financières et de faisabilité concernant le groupe de développement des lignes directrices (par exemple, la disponibilité des ressources pour mener à bien le projet, l'engagement attendu du groupe de développement des lignes directrices et du personnel).	2-8,11,15-22	
		3. Obtenir l'accord de l'organisation pour poursuivre le projet de lignes directrices.	4-7,10,11,13,16,18,20,21,23	
		4. Préparer un budget pour le développement de la ligne directrice, en précisant les coûts estimés pour chaque étape (par exemple, la rémunération des membres et du personnel du groupe de travail, le coût de l'externalisation de certaines tâches à des organisations ou des groupes externes, les frais de déplacement et les frais de publication et de dissémination).	7,16,17,20,24,25	

	5. Déterminer si les membres du <i>panel</i> recevront une rémunération ou un remboursement pour leur temps ou s'ils travailleront comme bénévoles.	3,10,19,24	
	6. Obtenir ou garantir un financement pour le développement de la ligne directrice, en tenant compte des considérations de conflit d'intérêts. Voir également le thème 7	3,4,6,7,9,16,21,26,27	
	7. Définir et organiser le soutien administratif qui sera nécessaire pour faciliter le processus de développement des lignes directrices (par exemple, un secrétariat du groupe de travail pour organiser et obtenir la déclaration d'intérêts et pour organiser les réunions du groupe).	2-9,16,20,22	
	8. Planifier et préparer la formation et le soutien qui seront nécessaires aux personnes participant au processus de développement des lignes directrices (par exemple, l'éducation ou la formation sur les conflits d'intérêts pour les membres du groupe de lignes directrices, et les séances d'enseignement pour les patients qui participeront au groupe de lignes directrices). Voir également les thèmes 4 et 6	1,2,5-7,14,15,23,24,28-30	
	9. Établir un calendrier pour la réalisation de la ligne directrice et des dates fixes pour la réalisation des étapes du processus de développement de la ligne directrice.	2,4-10,13,16-18,20-22	
	10. Déterminer quelles considérations juridiques, le cas échéant, sont pertinentes pour la ligne directrice prévue (par exemple, les politiques de remboursement des médicaments orphelins).	4-7,20,21,23,24,31,32	

	<p>11. Pour maintenir le groupe de développement de la ligne directrice sur la bonne voie, préparez un protocole pour l'ensemble de la ligne directrice qui peut être complété au fur et à mesure de l'avancement du projet, y compris un aperçu des buts et objectifs généraux de la ligne directrice, le calendrier, l'attribution des tâches, les étapes qui nécessiteront la documentation des décisions et les méthodes proposées pour toutes les étapes (c'est-à-dire celles couvertes dans cette liste de contrôle, telles que les méthodes de formation du groupe de développement de la ligne directrice, la sélection des sujets à couvrir dans la ligne directrice, les méthodes de consensus, les méthodes de consultation et les méthodes de recherche et de sélection des données probantes).</p>	<p>3,5,7-11,13-16, 20,23,27,28, 33-35</p>	
2. Identification des priorités			
	<p>1. Choisir un processus pour l'établissement des priorités des sujets des lignes directrices et qui va déterminer la direction du processus (par exemple, les priorités établies par le comité de surveillance au siège de l'organisme parrain, ou les priorités transmises par les ministères de la santé ou par les sociétés professionnelles).</p>	<p>4-14,16,17, 19,20,25,36,37</p>	
	<p>2. Appliquer un processus systématique et transparent avec des critères spécifiques pour la proposition d'un sujet de ligne directrice durant l'établissement des priorités (par exemple, prévalence et charge de morbidité élevées, mortalité et morbidité évitables, coût élevé, maladies émergentes ou options de soins émergentes, variation de la pratique clinique et évolution rapide des données probantes).</p>	<p>3-6,8-14,16, 17,19,20,25, 36,37</p>	
	<p>3. Inclure les parties prenantes appropriées à la définition des priorités et à la sélection des thèmes des lignes directrices (par exemple, les cliniciens, les associations professionnelles, les décideurs politiques, les payeurs et le public). Voir également le thème 6</p>	<p>1,5-8,10,12- 17,20,36</p>	

	4. Envisager et décider comment les différentes perspectives sur l'importance et les ressources nécessaires à la mise en œuvre des recommandations des lignes directrices seront prises en compte (par exemple, les perspectives des patients, des payeurs, des cliniciens et des programmes de santé publique). Voir le thème 11	3,5,8,10,12,17,19-21,27,32,35,38	
	5. Rechercher toutes les lignes directrices actualisées existantes couvrant le sujet proposé et évaluez leur crédibilité (par exemple, AGREE II). Déterminer si les lignes directrices existantes peuvent être adaptées ou si une ligne directrice entièrement nouvelle doit être élaborée. Voir également le thème 10	3-14,16,17,19,20,38,39	
	6. Discuter de la nécessité ou l'opportunité de s'associer avec d'autres organisations qui élaborent des lignes directrices afin de déterminer si un effort de collaboration sera recherché pour le développement de la ligne directrice, ou d'une partie de celle-ci.	7,8,13,16,20,24,25,40	
	7. Effectuer une étude de portée pour le sujet de la ligne directrice proposée en ce qui concerne les questions de mise en œuvre et les obstacles au changement (par exemple, si elle est élaborée, la ligne directrice est susceptible d'améliorer les résultats pour la santé, la mise en œuvre des recommandations en matière de soins de santé est possible, les ressources sont disponibles).	3-9,11,13-15,17,19-21,24,27,32,35,41	
	8. Choisir ou fournir une méthode de consensus à utiliser pour s'entendre sur les priorités fixées et le thème d'orientation choisi (par exemple, vote, consensus Delphi). Voir également le thème 4	4-6,13,17,20,36	
	9. Pour garantir la transparence, documenter les processus utilisés pour fixer les priorités et sélectionner les sujets d'orientation.	4-6,11,13,17,20,36	
3. L'adhésion au groupe de lignes directrices			

	1. Rechercher une représentation multidisciplinaire pour le groupe de développement des lignes directrices, comprenant des membres du public cible, des patients, des soignants et aidants naturels, des cliniciens de première ligne, des experts en contenu, des experts en méthodologie et des experts en économie de la santé, afin de remplir les rôles requis (par exemple, pour le groupe de travail, le <i>panel</i>). Voir également le thème 6	1,3-7,9-11, 13-16,19-25,27, 37,39,42,43	
	2. Décider des méthodes de recrutement et d'inscription des membres du groupe de développement des lignes directrices (par exemple, publicité généralisée des postes, nomination par concours et entretien).	1,2,5,6,9-11,13, 16,20,24,25,43	
	3. Parvenir à un équilibre, par sujet, entre l'expertise et la représentation appropriée au <i>panel</i> (par exemple, les experts et les médecins de première ligne qui forment le public cible, et la répartition des membres du groupe de développement de la ligne directrice par sexe et par zone géographique), ce qui peut être itératif si des membres supplémentaires sont nécessaires à mesure que le public cible et les sujets de la ligne directrice sont affinés. Voir également le thème 5	1-8,10,13-16,20, 24,25,27,37, 39,43	
	4. Considérer la taille optimale du groupe de développement des lignes directrices, en particulier du <i>panel</i> (par exemple, s'il est trop petit, le groupe peut ne pas avoir suffisamment d'expérience, d'expertise en matière de contenu et de représentation large ; s'il est trop grand, il peut manquer de cohésion et d'interaction de groupe efficace).	1,2,4-7,9,13-16, 20,23,24,37,43	
	5. Définir les rôles des membres du groupe et les tâches dont ils seront responsables (par exemple, former une équipe de rédaction, rédiger les procès-verbaux des réunions et documenter les décisions, fournir une consultation sur la méthodologie, effectuer des revues systématiques de la littérature et obtenir d'autres données probantes, apporter le point de vue des patients et celui des cliniciens spécialisés).	1,2,4-10,13-16, 20,22,24,37, 39,43	

	6. Choisir un (des) dirigeant(s) ou président(s) de groupe expérimenté(s) dans l'animation de groupe, le maintien d'une dynamique constructive, l'identification et la résolution des conflits, qui restera (resteront) neutre(s) et objectif(s) et qui aura (auront) une expertise méthodologique et de contenu.	1,2,4-9,13-16,20,23-25,37,39,43	
	7. Pour garantir la transparence, documenter le processus utilisé pour sélectionner les membres du groupe d'orientation et leurs rôles.	1,2,5-8,13,16,20,21,23,27,43	
4. L'établissement de processus de groupes d'orientation			
	1. Établir comment et à quelle fréquence la communication avec les membres du <i>panel</i> et les autres groupes va prendre lieu, établir qui sera responsable de prendre les dispositions nécessaires, et considérer quand il convient de dévier de cette approche.	1,2,4-6,8,9,13,15,16,20,24,43	
	2. Fixer les attentes et sensibiliser le groupe au processus par une introduction, une formation et un soutien aux membres du groupe de développement des lignes directrices (par exemple, en créant des conditions idéales pour les discussions de groupe et la prise de décision).	1,2,4,6-9,14,16,19,23,24,37,44	
	3. Dans le cadre de la formation du groupe de développement des lignes directrices, veiller à ce que les membres du groupe comprennent le processus et les méthodes proposées et qu'il faut s'y tenir (par exemple, les méthodes consensuelles qui peuvent être utilisées, le vote anonyme ou non, l'évaluation des données probantes, la discussion de groupe et la contribution des idées).	1,2,4,6-9,14,15,19,24,33,44	
	4. Viser à établir des conditions optimales pour que les membres du groupe aient des chances égales de contribuer aux idées et que leurs idées et arguments soient pris en considération (par exemple, lors des discussions de groupe, de la prise de décision et de la formulation de recommandations).	1,2,6-9,13,16,19,23,24,33,37,44	

	5. Établir des méthodes pour gérer les conflits ou les disputes entre les membres du groupe et les dysfonctionnements dans le processus de groupe.	2,7-9,13,15,16,19,33,44	
	6. Offrir des possibilités de discussion et de rétroaction d'information sur le processus de groupe tout au long du projet de développement des lignes directrices.	E*, 6	
	7. Établir une méthode structurée et opportune pour la distribution et l'archivage des documents utilisés et produits dans le cadre du développement des lignes directrices.	2,5,8,9,14-16	
	8. Fixez un quorum pour les réunions (par exemple, 75% du groupe doit être présent pour formuler des recommandations), mais attendez-vous à ce que tous les membres du groupe assistent à toutes les réunions autant que possible.	4,5,8,13,20	
	9. Fixer ou planifier à l'avance les heures et les lieux des réunions (virtuelles ou en personne) et préparer un cadre et un ordre du jour spécifiques pour chaque réunion.	1,2,4,5,7,9,13-16,19,20,43	
	10. Tenez un registre de toutes les réunions avec les procès-verbaux (par exemple, qui y a assisté, quel était l'ordre du jour, quelles décisions ont été prises, quelles seront les prochaines étapes) et déterminez s'il convient de ne pas rendre les procès-verbaux accessibles au public ou en interne.	2,4,5,8,15,43	
5. Identification d'un public cible et sélection de sujet			
	1. Identifier, définir et/ou examiner le public primaire (par exemple, les médecins de soins primaires, les gestionnaires de programmes de santé) et le(s) public(s) secondaire(s) (par exemple, les administrateurs d'hôpitaux) pour la ligne directrice et déterminer combien de publics peuvent être visés par la ligne directrice.	4,5,7,8,11,14-16,19,20,23,27,35,37,39,42,45	

	2. Consulter les parties prenantes appropriées à propos des publics cibles identifiés afin de s'assurer qu'ils sont applicables au sujet de la ligne directrice et qu'aucun public pertinent n'est raté. Voir également le thème 6	4,14-16,42	
	3. Établir une méthode et des critères pour générer et hiérarchiser une liste candidate de sujets à traiter dans le cadre de la ligne directrice (par exemple, lorsque les données probantes sont les plus confuses ou controversées, lorsqu'il y a actuellement une incertitude ou une incohérence dans la pratique, lorsqu'il existe des questions sur le dépistage, le diagnostic et le traitement).	3-10,12-16,19,20,24,36,39,45,46	
	4. Consulter les parties prenantes appropriées afin de s'assurer que tous les sujets pertinents pour la ligne directrice ont été identifiés et qu'ils répondront aux besoins du ou des publics cibles. Voir également le thème 6	4-6,12-16,20,24,36,47	
	5. Choisir ou fournir une méthode de développement par consensus à utiliser par le groupe pour convenir des sujets définitifs à traiter dans le cadre de la ligne directrice (par exemple, méthode Delphi, technique de groupe nominal).	5,9,16,20,36	
	6. Pour garantir la transparence, documenter les processus utilisés pour identifier le(s) public(s) cible(s) et pour sélectionner les sujets de la ligne directrice.	13-16,20,27,35,36,42,45	
6. Participation des consommateurs et des parties prenantes			
	1. Identifier les parties prenantes appropriées à impliquer et à consulter dans le développement de la ligne directrice afin d'intégrer les points de vue de tous ceux qui pourraient être affectés par la ligne directrice (par exemple, les groupes professionnels, les gestionnaires de la santé, les décideurs politiques, les représentants de l'industrie).	1,3,6,9,11,13-16,19-21,23,24,27,29,30,32,39	

	2. Identifier les consommateurs appropriés à impliquer et à consulter dans le développement de la ligne directrice (par exemple, les patients individuels, les personnes qui fournissent des soins et un soutien non remboursés aux patients, les membres du public en tant que patients potentiels et en tant que financeurs des soins de santé par le biais de l'impôt, les organisations communautaires qui représentent les intérêts des patients, et les défenseurs représentant les intérêts des patients et des personnes qui s'occupent des patients).	1,6,7,9,11,14-16, 21,23,24,27,29, 30,37,39,47	
	3. Établir des méthodes pour la participation des consommateurs et des parties prenantes et tenir un registre des parties prenantes pour la ligne directrice (par exemple, inscrire les membres des consommateurs et des parties prenantes pour qu'ils participent directement au panel de la ligne directrice, annoncer l'appel pour une ou plusieurs réunions ou ateliers séparés des consommateurs et des parties prenantes, distribuer les documents et les commentaires par voie électronique, avoir une période ouverte pour l'examen des documents et des commentaires).	1,5,6,9,11,13-16, 19-21,23,24, 29,30,32,37, 39,43,47	
	4. Fournir des informations (par exemple, des sessions de formation et d'introduction) aux consommateurs et aux parties prenantes participant directement au groupe d'orientation afin de clarifier les rôles et de maximiser les contributions (par exemple, des informations sur l'évaluation objective des données probantes et l'évitement des recommandations fondées sur l'intérêt personnel).	1,6,15,23,24,29, 32,37,47	

	5. Déterminer les rôles, les tâches et le calendrier de la consultation des consommateurs et des parties prenantes qui ne participent pas directement au panel de la ligne directrice (par exemple, à des étapes spécifiques du processus de développement de la ligne directrice, inclure des possibilités de commenter l'établissement des priorités, suggérer des sujets pour la ligne directrice, identifier le public cible, identifier les résultats importants pour le patient, identifier des données probantes supplémentaires, indiquer les conséquences que le panel n'a pas prises en compte et examiner le projet final de la ligne directrice).	1,6,11,14-16,19,21,24,29,32,37,39,48	
	6. Élaborer ou adopter des modèles standard pour les contributions et les commentaires des consommateurs et des parties prenantes pendant la consultation, avec des instructions claires ou des modules de formation pour garantir une contribution efficace.	5,6,13,15,32	
	7. Prévoir suffisamment de temps pour les commentaires et la consultation des consommateurs et des parties prenantes.	13,15,29,32	
	8. Définir une politique et un processus permettant de traiter les commentaires des consommateurs et des parties prenantes et de tenir compte des différentes perspectives (par exemple, veiller à ce que les différentes perspectives soient prises en compte dans la prise de décisions, fournir une justification transparente des jugements rendus, prévoir une procédure d'appel pour les parties prenantes et publier les commentaires de la consultation et les réponses du groupe de développement des lignes directrices).	5-7,13,29,32,48	
	9. Pour garantir des méthodes explicites et transparentes, documenter l'inscription et la sélection des consommateurs et des parties prenantes pour le groupe d'orientation ainsi que la participation et la consultation de tous les autres consommateurs et parties prenantes.	1,5,13,15,16,21,27,29,32	
7. Considération des conflits d'intérêt			

	1. Définir une politique de déclaration d'intérêts par les participants individuels lors de leur admission au projet, y compris les membres potentiels du <i>panel</i> avant leur participation (par exemple, quels intérêts doivent être déclarés [par exemple, les intérêts financiers, intellectuels, académiques/cliniques, concurrentiels de la société professionnelle]).	4-7,9,11,13-16, 18,20,21,23-26, 37,39,43,45, 49,50	
	2. Définir une politique pour déterminer les conflits d'intérêts et une approche pour la collecte et la mise à jour des déclarations de conflits d'intérêts (par exemple, comment et quel niveau d'intérêt financier doivent être déclarés, quelle doit être la durée de la période couverte par la déclaration, qui jugera ce qui constitue un conflit).	4-7,9,11,13-16, 18,20,21,23-26, 37,43,45,49,50	
	3. Fournir des instructions claires et une formation aux membres potentiels du groupe d'orientation sur la manière de remplir la déclaration de conflit d'intérêts, y compris une liste des membres qui doivent déclarer les conflits d'intérêts et les types d'intérêts à déclarer (inclure des exemples).	4-7,9,13-16,18, 20,24,26,37, 45,49,50	
	4. Définir une politique de gestion des conflits d'intérêts (par exemple, permettre aux personnes ayant des conflits d'intérêts de participer au développement des lignes directrices mais les exclure du vote sur des recommandations spécifiques liées à la zone de conflit; s'assurer que le président n'a pas de conflits d'intérêts ; faire préparer des résumés des données probantes par des méthodologistes non conflictuels).	4-7,9,11,13-16, 18,20,21,23-26, 37,43,45,49,50	
	5. Définir une politique de gestion des conflits d'intérêts en ce qui concerne le financement des activités de développement des lignes directrices (par exemple, préconiser un financement public, aucun parrainage commercial, un parrainage commercial provenant d'entités sans rapport avec le sujet de la ligne directrice, un soutien commercial pour des activités non directes telles que la traduction, aucun parrain de source unique).	7,16,21,26,27, 30,49	

	6. Divulguer et publier la source de financement et décrire le rôle des sponsors et le soutien fourni pour le développement de la ligne directrice.	3,4,7,9,16,21,23,24,26,27,30,35,39,51	
	7. Divulguer, publier et décrire explicitement les conflits d'intérêts des membres du groupe de développement des lignes directrices, en particulier lorsque ces conflits portent sur des recommandations spécifiques.	3-7,9,11,14-16,20,21,23,24,26,27,35,37,43,50,51	
8. Génération des questions (PICO)			
	1. Établir des méthodes pour générer les questions de la ligne directrice, classer les questions par ordre de priorité, et sélectionner et classer les résultats.	3-7,9,11-16,19,20,23,24,30,34,39,43,45,46,52	
	2. Générer et documenter les questions clés (par exemple, cliniques, santé, politiques, rentabilité) auxquelles il faut répondre dans le guide en utilisant un format standard (par exemple, cadre PICO [patient/problème, intervention, comparaison, résultat]). S'il n'est pas possible de répondre à toutes les questions (par exemple, en raison du temps ou des ressources limités), déterminez les critères selon lesquels les questions générées seront classées par ordre de priorité (par exemple, en interrogeant les membres du <i>panel</i> et les autres parties prenantes).	3-7,9-16,19,20,23,24,27,30,34,39,43,45,46,52	
	3. Décrivez explicitement la population à laquelle la ligne directrice est censée s'appliquer. Prendre en considération les caractéristiques spécifiques de la population, telles que la prévalence de comorbidités multiples dans la population, le cadre géographique et les questions d'équité (par exemple, raisons plausibles d'anticiper des effets relatifs différentiels entre les populations défavorisées et les populations favorisées).	4-9,11,12,14-16,19,20,23,24,27,31,35,39,41,43,53,54	

	4. Déterminer si une approbation réglementaire est nécessaire ou non pour envisager des interventions dans les lignes directrices (par exemple, pour les lignes directrices internationales, cela peut ne pas être pertinent car l'approbation réglementaire peut ne pas être disponible ou présente dans tous les pays cibles).	4,5,7,8,14,21,24,31,32	
	5. Décrire explicitement l'(les) intervention(s) et le(les) comparateur(s) à prendre en compte dans la ligne directrice et élaborer un cadre analytique décrivant les relations entre les interventions et les résultats. Indiquez si des comparaisons multiples (de traitement) doivent être incluses ou non.	4-9,11-16,19-21,23,24,34,35,43,46,55	
	6. Identifier les résultats importants (par exemple, les résultats le long du cheminement clinique ; morbidité, qualité de vie, mortalité), y compris les effets à la fois souhaitables (par exemple, avantages, réduction de la charge, économies) et indésirables (par exemple, effets néfastes, charge, coûts et diminution de l'autonomie du patient). N'ignorez pas les résultats importants pour lesquels les données probantes peuvent faire défaut.	4-9,11-16,19-21,23,24,27,34,39,43,46,52	
	7. Déterminer le cadre (par exemple, les pays, les hôpitaux) ou l'inclure dans les considérations sur la population (c'est-à-dire la population soignée dans les hôpitaux de soins tertiaires).	4-7,19,20,24,34,45,52	
	8. Imposer une préférence pour les résultats importants pour le patient par rapport aux résultats indirects de substitution. Examiner la pertinence des résultats de substitution le long du cheminement causal lorsque les données relatives à un résultat important pour le patient font défaut.	4-6,14,16,19,20,24,34,39,43,46,52	
	9. Classer l'importance relative des résultats, en tenant compte des valeurs et des préférences de la population cible	4,5,7,11-16,20,24,34,43,52	
	10. Déterminer ou développer un processus permettant de déterminer a priori l'ampleur de l'effet pour les résultats individuels jugés importants pour la population cible.	34,43	

	11. Impliquer tous les membres du groupe d'orientation et consulter les consommateurs et les parties prenantes pour assurer une large représentation de la population cible dans la génération des questions et la sélection et l'évaluation des résultats importants.	1,4,5,7,14,20,24,32,52	
	12. Pour garantir des méthodes explicites et transparentes, documenter la génération et la hiérarchisation des questions, la sélection et le classement des résultats, ainsi que la consultation des parties prenantes et des consommateurs.	4,5,7,13,34,45	
	13. Pour aider à diriger l'examen des données probantes, assurez-vous que le protocole des lignes directrices décrit la population cible, la condition cible, les résultats et les questions clés prises en compte.	5,11,13,15,23,27,34,35,43,45	
9. Considération de l'importance des résultats et des interventions, des valeurs, des préférences et des utilités			
	1. Décider si l'importance relative des résultats et des interventions, des valeurs, des préférences ou des utilités des consommateurs et des parties prenantes (par exemple, les patients et le public cible) pour éclairer les décisions et les délibérations pendant le développement de la ligne directrice sera obtenue indirectement ou directement (par exemple, examen de la littérature publiée ou consultation des consommateurs).	1,4,6,7,9,11,13,15,16,20,21,23,24,27,37,43,47,48	
	2. Établir des méthodes de consultation avec les consommateurs et les parties prenantes pour obtenir des informations sur l'importance relative des résultats et des interventions, des valeurs, des préférences ou des services publics (par exemple, participation des consommateurs au panel d'orientation, aux enquêtes ou aux groupes de discussion avec une représentation plus large des consommateurs).	6,15,16,24,37,47,48	
	3. Déterminer si une approche structurée sera utilisée pour évaluer la confiance (c'est-à-dire la qualité des données probantes) dans les cotes d'importance, les valeurs, les préférences et les utilités obtenues.	E, 48	

	4. Déterminer si la modélisation sera utilisée pour intégrer l'importance relative des résultats et des interventions, des valeurs, des préférences ou des utilités et comment la modélisation sera effectuée.	E, 46,48	
	5. Déterminer quel(s) point(s) de vue sera (seront) pris en compte pour obtenir des informations sur l'importance relative des résultats et des interventions, des valeurs, des préférences ou des utilités et pour prendre des décisions ou formuler des recommandations (par exemple, les patients, le public, la société, les cliniciens).	4,20,37,47,48	
	6. Envisager et documenter les approches permettant de traiter les conflits d'évaluation d'importance relative pour les résultats et les interventions, les valeurs, les préférences ou les services publics (par exemple, patient contre soignant ou prestataire de soins de santé, patient contre public).	15,20,43,47,48	
	7. Pour garantir des méthodes explicites et transparentes, documenter la manière dont les informations ont été obtenues sur l'importance relative des résultats et des interventions, des valeurs, des préférences ou des utilités.	1,6,11,15,27,43,47,48	
	8. Documenter si les considérations éthiques, comme le fait de savoir si les recommandations doivent accorder une attention particulière à certains groupes de patients ou à certaines conditions (par exemple, les patients âgés, les maladies rares, les patients touchés par les inégalités en matière de santé).	47	
	9. Décider de la manière de prendre en compte les valeurs éthiques ou morales dans les recommandations en matière de soins de santé (par exemple, en tenant compte des convictions religieuses, sociales ou culturelles).	56	
10. Choix des données probantes à inclure et recherche des données probantes			
	1. Suivre des méthodes d'examen systématique (soit des revues systématiques complètes, soit des revues systématiques rapides, selon le sujet et le cadre de l'organisation) ou fournir une justification de la raison pour laquelle cela n'est pas fait.	3-16,19-25,27,39,43,46,57,58	

	2. Élaborer un protocole pour localiser, sélectionner et synthétiser les données probantes (p. exemple une recherche des revues systématiques existants, effectuer un nouvel examen systématique et rechercher la littérature grise) et déterminer les types de données probantes à inclure (par exemple, les bases de données consultées, les types d'études, les critères d'inclusion et d'exclusion, la recherche d'études spécifiques sur les effets néfastes ou la décision d'extraire des informations sur les effets néfastes des études sur les avantages).	3-16,19-25,27,34,35,39,43,46,57	
	3. Décider qui développera les stratégies de recherche et effectuera la recherche et la sélection des données probantes (par exemple, groupe de travail du groupe de développement des lignes directrices, sous-traitance à une agence externe, établir une relation entre le groupe de développement des lignes directrices et l'agence externe pour collaborer à l'développement de la ligne directrice).	2,4-11,13,15,24,43,57	
	4. En utilisant un outil validé, évaluer de manière critique les revues systématiques existants sélectionnés pour être inclus afin de s'assurer qu'ils sont de qualité adéquate et appropriés pour être utilisés dans la ligne directrice.	4-7,9-12,14-16,20,24,39,43,46,57,58	
	5. Si un examen systématique existant est mis à jour ou nécessite une mise à jour, déterminer comment les nouvelles données probantes seront incluses et comment les personnes qui ont effectué l'examen seront contactées et éventuellement impliquées dans la mise à jour.	3,7,20,58	
	6. Si un nouvel examen systématique est nécessaire, effectuer une évaluation pour déterminer si les ressources adéquates (par exemple, le temps et le financement) sont disponibles pour effectuer un examen systématique complet.	7,14,20,57	

	7. Si les ressources sont limitées, envisager d'appliquer une méthode d'évaluation rapide et de décrire la méthodologie, en notant les limites importantes, les incertitudes, ainsi que la nécessité et l'urgence d'entreprendre un examen systématique complet.	7,8,20,57	
	8. Établir des méthodes pour identifier des données probantes supplémentaires et des données non publiées (par exemple, obtenir des suggestions des membres du comité d'orientation, consulter les parties prenantes).	5,8,11,13,16,19,34,57	
	9. Définir une politique de traitement des contributions des experts (c'est-à-dire que l'opinion d'un expert ne constitue pas une donnée probante en soi et ne doit pas être utilisée comme telle ; l'expérience ou les observations qui étayent les opinions des experts doivent plutôt être décrites, identifiées et, si possible, évaluées de manière systématique et transparente [par exemple, dans le cadre conceptuel]).	8,10,11,16,24,55	
	10. Pour garantir des méthodes explicites et transparentes, documenter et publier la recherche et la sélection des données probantes, l'évaluation de l'éligibilité, l'éventail des données probantes incluses et les stratégies de recherche utilisées.	3-5,8,11,13,14,16,19-21,23,27,35,58	
11. Résumé des données probantes et considération des informations supplémentaires			
	1. Résumer les données probantes en utilisant un résumé concis (par exemple, tableau des données probantes, profil des données probantes ou tableau récapitulatif des résultats) des meilleures données probantes disponibles pour chaque résultat important, y compris la précision des tests de diagnostic, les bénéfices attendus, les préjudices, les ressources (coûts), l'évaluation de la qualité des données probantes et un résumé des résultats/estimation de l'effet relatif et absolu pour chaque résultat.	4-8,10-16,19-21,24,27,35,39,43,46,57,58	

	2. Fournir un résumé des informations supplémentaires nécessaires pour étayer les recommandations (par exemple, résumé narratif qualitatif, tableau des données probantes), y compris les valeurs et les préférences, les facteurs susceptibles de modifier les effets attendus, le besoin (prévalence, risque de base ou statut), les effets sur l'équité, la faisabilité et la disponibilité des ressources.	3-7,10,11,13-15, 20,23,24,27,31, 43,45-47,54, 57,59-61	
	3. Établir des méthodes pour obtenir des informations sur l'utilisation et le coût des ressources (par exemple, recherche d'évaluations économiques existantes, développement d'un modèle économique, réalisation d'une analyse coût-efficacité).	4,5,7,11,13-15, 19-21,23,24,27, 43,46,59,61	
	4. Identifier les coûts, l'utilisation des ressources et, le cas échéant, le rapport coût-efficacité et décrire la nature des coûts (patient, communauté, société) (par exemple, considérations d'accessibilité financière, estimations de l'utilisation des ressources et des coûts d'acquisition mis en balance directement avec les données probantes des bénéfices et préjudices d'une intervention).	4,5,7,11,13-15, 19-21,23,24,27, 43,46,59,61	
	5. Pour garantir la transparence des méthodes, documenter la manière dont les informations supplémentaires doivent être intégrées aux données synthétisées (par exemple, consensus formel sur les valeurs des patients, consensus sur les questions d'équité, analyse économique formelle, prise en compte des données désagrégées sur l'utilisation des ressources de manière qualitative).	4,5,7,10,11, 13-15,19-21, 24,31,35,43,46, 47,57,61	
	6. Fournir une formation sur l'utilisation des tableaux de données probantes et les possibilités de discussion afin de s'assurer que tous les membres du groupe d'orientation connaissent les tableaux et les utilisent de manière appropriée.	2,15,28	

	7. En plus du résumé des critères de données probantes, mettre à la disposition du groupe d'orientation l'ensemble des revues systématiques et des études originales ainsi que d'autres sources de données probantes afin d'éclairer les délibérations (par exemple, créer un site web collaboratif ou mettre les sources de données probantes à disposition lors de réunions et par communication électronique).	15,57	
12. Jugement de la qualité, la solidité ou la certitude d'un groupe de données probantes			
	1. Choisir un cadre décrivant les critères à prendre en compte pour évaluer la qualité des données probantes (par exemple, GRADE, US Preventive Services Task Force). Éviter de modifier les outils de notation.	4-16,19-25, 43,46,58,62	
	2. Décider qui sera responsable de l'évaluation de la qualité des données probantes (par exemple, les méthodologistes non conflictuels participant au groupe de travail).	4,6,10,14-16,63	
	3. Évaluer la qualité des données probantes pour chaque résultat important.	4,5,7,11-16,43, 46,58,62	
	4. Évaluer la qualité globale des données probantes (par exemple, la qualité la plus faible des données probantes provenant de résultats classés comme les plus importants ou les plus critiques, ou la qualité la plus élevée des données probantes lorsque tous les résultats pointent dans la même direction).	4,5,7-9,11-16, 19-21,43,46, 58,62	
	5. Rendre compte de la qualité des données probantes évaluées pour les résultats et l'ensemble des données probantes.	4,7,8,12,14,15, 20,21,23,46,51, 63	
	6. Pour qu'elles soient explicites et transparentes, documentez les jugements portés lors de l'évaluation de la qualité des données probantes.	4,5,7,8,11,13-16, 19-21,23,43, 58,62	
13. Développement de recommandations et détermination de leur force			

	1. Appliquer un cadre décrivant les facteurs à prendre en considération pour parvenir à une recommandation.	3,5-16,19-21, 24,27,35,39,43, 46,62,64	
	2. Planifier et partager les détails logistiques de la ou des réunions de consensus au cours desquelles des recommandations seront formulées avec les participants, y compris la distribution des documents requis pour la réunion (par exemple, les résumés des données probantes, les tableaux des données probantes aux recommandations), l'établissement d'un ordre du jour pour la ou les réunions et le choix d'une méthode de développement du consensus à utiliser par le groupe pour se mettre d'accord sur les jugements (par exemple, la méthode Delphi, la technique du groupe nominal).	7,9,10,16,19,43	
	3. Examiner les facteurs du cadre qui influencent la recommandation, notamment l'orientation et la force (par exemple, les types de données probantes et d'informations pertinentes pour l'analyse, en mettant l'accent sur l'équilibre entre les conséquences souhaitables et non souhaitables en fonction de la qualité des données probantes, l'ampleur de la différence entre les bénéfices et préjudices, la certitude ou la variabilité des valeurs et des préférences, l'utilisation des ressources, l'équité et d'autres facteurs).	3-8,11,12,14-16, 19,20,23,24,27, 35,39,43,46,54, 62,64	
	4. Le cas échéant, prendre des dispositions pour formuler des recommandations dans les situations où les données probantes sont insuffisantes ou de très faible qualité (par exemple, recommandation conditionnelle avec des jugements exposés de manière transparente ; pas de recommandation si le comité d'orientation estime qu'il y a un risque substantiel que sa décision soit erronée ; recommandation que l'intervention soit utilisée dans le cadre de recherches complétées par des conseils sur les meilleures options de gestion jusqu'à ce que d'autres recherches soient disponibles).	4,5,7,11,13-15, 20,46,64	

	5. Prendre des dispositions pour formuler des recommandations de recherche et décider où les rapporter (par exemple, dans l'annexe des lignes directrices, suggérer les questions de recherche spécifiques, les résultats spécifiques importants pour le patient à mesurer et d'autres aspects pertinents de la recherche nécessaire pour réduire l'incertitude sur les bénéfices et préjudices de l'intervention).	5-7,14,15,46,64,65	
	6. Formuler les recommandations et résumer la justification de chaque recommandation (par exemple, de manière narrative ou dans un tableau), en incluant des détails sur les jugements portés par le groupe et le lien explicite entre la recommandation et les données probantes à l'appui de la recommandation.	4-7,11-13,15,16,20,21,24,27,35,39,46,51,63,64	
	7. Choisir une méthode pour évaluer la force des recommandations formulées afin d'informer le public de la ligne directrice sur le degré de confiance du groupe de la ligne directrice à suivre cette recommandation.	4,6-9,12-16,19-24,43,46,62,64	
	8. Choisir une méthode de développement du consensus à utiliser par le groupe pour évaluer la force des recommandations (par exemple, la méthode Delphi, la technique du groupe nominal, le vote).	2,4,6,7,15,16,20,43	
	9. Fournir des suggestions pour savoir si les recommandations sont appropriées pour servir de mesures de performance/critères de qualité (par exemple, les options de gestion associées à des recommandations fortes basées sur des données probantes de qualité élevée ou modérée sont particulièrement bonnes candidates pour les critères de qualité ; lorsqu'une recommandation est faible, discuter avec les patients des mérites relatifs des stratégies de gestion alternatives et de la documentation appropriée de cette interaction peut devenir un critère de qualité).	4,9,13,16,24,41,64	

	10. Pour qu'elles soient explicites et transparentes, documenter les jugements portés lors de la formulation des recommandations et de la détermination de leur force.	3,4,6-8,11-13,16,19-21,23,24,27,35,43,51,64	
14. Formulation des recommandations et des considérations de mise en œuvre, de faisabilité et d'équité			
	1. Décider de la formulation standardisée à utiliser pour les déclarations de recommandation afin d'assurer la clarté et de maintenir la cohérence dans l'ensemble de la ligne directrice. Éviter les formulations qui peuvent être vagues et non spécifiques.	4,5,7-9,13,14,16,19-21,23,24,27,43,46,64	
	2. Rédiger les recommandations de manière à ce qu'elles puissent être mises en œuvre. Fournir suffisamment d'informations pour qu'il ne soit pas nécessaire pour les utilisateurs de la ligne directrice de se référer à d'autres documents pour comprendre la recommandation.	4,5,7-9,14,16,20,21,23,24,27,35,46,51,63	
	3. Fournir une orientation claire ou une aide à l'interprétation pour décrire les implications de la force de la recommandation pour les cliniciens, les patients, les décideurs politiques et d'autres groupes de public cible.	4,8,9,13,14,16,19,20,35,46,64	
	4. Indiquer dans les déclarations de recommandation la population à laquelle la recommandation s'adresse, l'intervention recommandée et la ou les approches ou interventions alternatives.	4,5,8,9,13,16,20,35,46,63,64	
	5. Inclure des remarques qui décrivent le contexte, la faisabilité et l'applicabilité de la recommandation et mettent en évidence les considérations clés telles que les questions d'équité et les conditions spécifiques qui pourraient s'appliquer à la recommandation (par exemple, si les conditions décrites s'appliquent à une sous-population spécifique, à des types spécifiques d'intervention, pour certaines valeurs et préférences, lorsque certaines ressources sont disponibles).	3-5,8,9,13,16,20,24,31,35,43,46,48,54,60,64	

	6. Rappporter la qualité des données probantes et la force de la recommandation à proximité de la déclaration de recommandation.	6-9,13,16,19-21,24,35,46,51	
	7. Établir les méthodes à utiliser par le groupe pour s'entendre sur la formulation finale des énoncés de recommandation (par exemple, examen et approbation, consensus formel).	4,7,9,16,21,43,64	
	8. Présenter les recommandations de manière compréhensible et visible (par exemple, ne pas intégrer les recommandations dans de longs paragraphes, regrouper les recommandations dans une section récapitulative).	5,9,14-16,24,27,46,63	
15. Rapports et révision par les pairs			
	1. Élaborer ou adopter un format normalisé pour la présentation de la ligne directrice, avec une structure, des rubriques et un contenu spécifiques.	5-7,9-11,14-16,18,20-22,25,35,39,43,51,63	
	2. Décider du ou des formats à préparer pour le ou les produits de la ligne directrice (par exemple, ligne directrice complète, ligne directrice complète avec rapport technique/revues systématiques, ligne directrice succincte pour les cliniciens ou les décideurs, version grand public pour les patients) qui correspondront au plan de diffusion. Voir également le thème 16	3-12,14-16,20-22,24,25,41,51,63	
	3. Décider qui sera responsable de la rédaction du ou des produits de la directive (par exemple, le sous-comité du groupe de travail sur la directive) et décider de l'auteur (par exemple, les auteurs individuels, l'organisation en tant qu'auteur, le groupe de travail en tant qu'auteur). Voir également le thème 1	3-5,7,8,11,13-16,20,43,63	
	4. Procéder à un examen de la version finale du (des) rapport(s) sur les lignes directrices par tous les membres du groupe de développement des lignes directrices, en laissant suffisamment de temps pour les commentaires, l'édition et les révisions.	5-8,13,16,43,63,65	

	5. Demander l'approbation de tous les membres du groupe de développement des lignes directrices pour le(s) document(s) final(s).	1,5,7-9,11,12,16,21,24,43	
	6. Lancer une révision organisationnel (c'est-à-dire interne) par les pairs.	5-13,15,16,20,25,41,43,63,65	
	7. Décider de la (des) méthode(s) d'une révision externe par les pairs pour vérifier l'exactitude, le caractère pratique, la clarté, l'organisation et l'utilité des recommandations du document final, ainsi que pour assurer la contribution de perspectives plus larges et importantes que le groupe de développement des lignes directrices n'a pas englobées (par exemple, une révision par les pairs invités, période de consultation publique avec incorporation des commentaires et des réponses du groupe de développement des lignes directrices, révision par les pairs fourni par une revue à comité de lecture).	3,5-11,13-16,20-25,27,28,39,41,43,63,65	
	8. Documenter le processus de révision interne et externe par les pairs et, le cas échéant, publier les commentaires de la consultation et les réponses du groupe de développement des lignes directrices.	5-10,13,16,21,23,25,35,41,63,65	
16. Diffusion et mise en œuvre			
	1. Préparer un plan de diffusion active avec diverses approches pour favoriser l'adoption de la ligne directrice (par exemple, rendre la ligne directrice disponible en ligne, établir des relations formelles avec les personnes responsables de la diffusion et de la mise en œuvre de la ligne directrice dans les systèmes de soins de santé pour soutenir l'adoption de la ligne directrice, organiser une conférence de presse, élaborer une stratégie de médias sociaux, diffuser la ligne directrice lors des réunions des sociétés professionnelles, publier la ligne directrice dans un journal accessible au public cible).	3-5,7,9-12,14-16,19-22,24,39,41,43,66,67	

	2. Développer ou adapter des outils, des supports et des produits dérivés pour fournir des conseils sur la manière dont les recommandations peuvent être mises en pratique (par exemple, développer des applications mobiles, intégrer la ligne directrice aux systèmes d'aide à la décision clinique, rendre la ligne directrice adaptable en tant que ressource éducative pour le public cible de la sensibilisation).	4-8,11,12,15,16,20,21,24,25,27,35,41,43,60,63	
	3. Prendre en considération l'adaptation de la ligne directrice et fournir des instructions spécifiques sur la manière dont les utilisateurs finaux cibles qui souhaitent adapter les lignes directrices à d'autres contextes peuvent le faire de manière systématique et transparente (par exemple, en modifiant une recommandation en fonction des ressources locales et du risque de base, des implications qui s'écartent des jugements portés par le groupe chargé des lignes directrices).	7,15,16,19,21,27,38,60	
	4. Établir des règles et des règlements pour la traduction de la ligne directrice dans d'autres langues (par exemple, permettre la traduction par des organisations tierces après approbation du groupe de lignes directrices, inclure le personnel responsable de la traduction dans le groupe de travail des lignes directrices).	7,16,25,38	
17. Évaluation et utilisation			
	1. Effectuer une évaluation interne (c'est-à-dire une auto-évaluation) du processus de développement des lignes directrices, y compris la ou les réunions du groupe des lignes directrices tenues pour formuler des recommandations, en demandant aux membres du groupe des lignes directrices de donner leur avis.	E, 65	
	2. Envisager de piloter la ligne directrice auprès des utilisateurs finaux cibles (par exemple, les membres de la cible et les parties prenantes qui ont participé au groupe de développement de la ligne directrice).	6,15,16,19,27,35,65	

		3. Fournir des critères et des outils permettant aux utilisateurs finaux cibles de contrôler et de vérifier la mise en œuvre et l'utilisation des recommandations des lignes directrices (par exemple, identifier les résultats qui devraient changer avec la mise en œuvre et suggérer des méthodes pour mesurer les résultats).	3-7,9,11,12, 14-16,19,21,24, 27,35,38,41,65	
		4. Fournir un soutien et des outils pour l'évaluation prospective de la ligne directrice afin de déterminer l'efficacité après la mise en œuvre (par exemple, utiliser des évaluations randomisées lorsque c'est possible, utiliser les évaluations avant-après avec prudence en raison des incertitudes concernant les effets de la mise en œuvre).	4,5,7,11,15,19, 21,65,66	
		5. Envisager la participation éventuelle du groupe de développement de la ligne directrice à l'évaluation prospective de la ligne directrice (par exemple, en s'associant avec des organisations qui mettent en œuvre la ligne directrice pour planifier des études d'évaluation).	5,7,15,16,24,25, 65,66	
		6. Prévoir de recueillir les commentaires et les évaluations des utilisateurs finaux afin de déterminer comment améliorer l'applicabilité intrinsèque des recommandations dans les versions ultérieures de la ligne directrice.	4-6,11,16, 19,24,38,65	
18. Mise à jour				
		1. Définir une politique, une procédure et un calendrier pour le suivi et l'examen de routine afin de déterminer si la ligne directrice doit être mise à jour (par exemple, mettre à jour l'examen systématique tous les 3 ans pour déterminer si de nouvelles données probantes sont disponibles).	3-9,11,12, 14-16,19-25,27, 35,38,41,43, 65,68	
		2. Décider qui sera responsable de la surveillance régulière de la littérature et de l'évaluation des nouvelles données probantes disponibles (par exemple, envisager la participation d'experts qui ne faisaient pas partie auparavant du groupe de développement de la ligne directrice pour revoir périodiquement la ligne directrice).	3,5-9,14-16,20, 24,38,43,65	

		3. Définir les conditions qui détermineront quand une mise à jour partielle ou complète de la ligne directrice est nécessaire (par exemple, si seules certaines recommandations doivent être mises à jour ; si de nombreuses recommandations sont dépassées, rendant la ligne directrice entière invalide ; ou si des recommandations doivent être ajoutées pour des traitements nouvellement disponibles)	3-7,9,11,15,16,20,22-24,41,65,68	
		4. Prendre des dispositions pour l'adhésion et la participation au groupe d'orientation après l'achèvement des lignes directrice (par exemple, rotation des membres tous les 1-2 ans, sélection d'un nouveau groupe au moment de la mise à jour, participation continue du président du groupe d'orientation).	5,9,13,20,25,38,65	
		5. Planifier le financement et la logistique pour la mise à jour de la ligne directrice à l'avenir (par exemple, assurer un financement continu, former un comité de surveillance permanent pour superviser le processus de mise à jour).	15,16,65	
		6. Documenter le plan et les méthodes proposées pour la mise à jour de la ligne directrice afin de garantir leur respect.	3,15,16,27,35,68	

*E – Item informed by expert consultation

Références:

1. Fretheim A, Schunemann H, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 3. Group composition and consultation process. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):15.
2. 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.
3. 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.
4. World Health Organization. Estonian Handbook for Guidelines Development. 2011; http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502429_eng.pdf. Accessed April 22, 2013.
5. National Institute for Health and Clinical Excellence. The guidelines manual. 2012; <http://publications.nice.org.uk/the-guidelines-manual-pmg6>. Accessed April 22, 2013.
6. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: A guideline developer's handbook. 2011; <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/>. Accessed April 22, 2013.
7. World Health Organization. WHO Handbook for Guideline Development. 2012; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441_eng.pdf. Accessed April 22, 2013.
8. American College of Cardiology Foundation and American Heart Association. Methodology Manual and Policies from the ACCF/AHA Task Force on Practice Guidelines. 2010; http://my.americanheart.org/professional/StatementsGuidelines/PoliciesDevelopment/Development/Methodologies-and-Policies-from-the-ACCAHA-Task-Force-on-Practice-Guidelines_UCM_320470_Article.jsp. Accessed April 22, 2013.
9. Rosenfeld RM, Shiffman RN, Robertson P. Clinical Practice Guideline Development Manual, Third Edition: A Quality-Driven Approach for Translating Evidence into Action. *Otolaryngology -- Head and Neck Surgery*. 2013;148(1 suppl):S1-S55.

10. Cancer Care Ontario. Program in Evidence-Based Care Handbook. 2012; <http://www.cancercare.on.ca/about/programs/pebc/pebc-products/>. Accessed April 22, 2013.
11. Centers for Disease Control and Prevention. *Guidelines and Recommendations: A CDC Primer*. Atlanta, Georgia: Office of the Associate Director for Science Centers for Disease Control and Prevention;2012.
12. Davino-Ramaya C, Krause LK, Robbins CW, et al. Transparency matters: Kaiser Permanente's National Guideline Program methodological processes. *The Permanente journal*. Winter 2012;16(1):55-62.
13. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Canadian Task Force on Preventive Health Care Procedure Manual. 2011; <http://canadiantaskforce.ca/methods/methods-manual/>. Accessed April 22, 2013.
14. Gutiérrez GC, Bossert T, Espinosa JQ, et al. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. 2010; <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20METODOLOGICA%20PARA%20LA%20ELABORACION%20DE%20GU%20DE%20ATENCION%20INTEGRAL.pdf>. Accessed April 22, 2013.
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. Elaboración de guías de práctica clínica en el sistema nacional de salud: Manual metodológico. 2007; <http://www.guiasalud.es/emanuales/elaboracion/index-02.html>. Accessed April 22, 2013.
16. German Association of the Scientific Medical Societies (AWMF) - Standing Guidelines Commission. AWMF Guidance Manual and Rules for Guideline Development, 1st Edition, English Version. 2012; <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/awmf-guidance.html>. Accessed May 2, 2014.
17. Oxman A, Schunemann H, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 2. Priority setting. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):14.
18. American College of Cardiology Foundation and American Heart Association. Manuscript Development Process. 2010; http://my.americanheart.org/professional/StatementsGuidelines/PoliciesDevelopment/Policies-Development_UCM_316897_Article.jsp. Accessed April 22, 2013.
19. New Zealand Guidelines Group. *Handbook for the preparation of explicit evidence-based clinical practice guidelines*. Wellington: New Zealand Guidelines Group;2001.

20. Agency for Healthcare Research and Quality. U.S. Preventive Services Task Force Procedure Manual. 2008; <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf08/methods/procmanual.htm>. Accessed April 22, 2013.
21. 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.
22. Ministerio de Salud. Norma técnica para la elaboración de guías de practica clinica. 2005; http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1176_DGSP196.pdf. Accessed April 22, 2013.
23. 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.
24. 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.
25. European Society of Cardiology. Recommendations for Guidelines Production. 2010; <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/about/Pages/rules-writing.aspx>. Accessed April 22, 2013.
26. 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.
27. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal.* 2010;182(18):E839-E842.
28. Schunemann H, Fretheim A, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 1. Guidelines for guidelines. *Health Research Policy and Systems.* 2006;4(1):13.
29. National Institute for Health and Clinical Excellence. How NICE clinical guidelines are developed: An overview for stakeholders, the public and the NHS. 5th Edition. 2012; <http://publications.nice.org.uk/pmg6f>. Accessed April 22, 2013.
30. Jacobs AK, Kushner FG, Ettinger SM, et al. ACCF/AHA clinical practice guideline methodology summit report: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2013;61(2):213-265.

31. 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.
32. Cluzeau F, Wedzicha JA, Kelson M, et al. Stakeholder Involvement: How to Do It Right: Article 9 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):269-273.
33. Fretheim A, Schunemann H, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 5. Group processes. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):17.
34. 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.
35. Shiffman RN, Shekelle P, Overhage JM, Slutsky J, Grimshaw J, Deshpande AM. Standardized reporting of clinical practice guidelines: a proposal from the Conference on Guideline Standardization. *Ann Intern Med*. 2003;139(6):493-498.
36. 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.
37. Eccles M, Grimshaw J, Shekelle P, Schunemann H, Woolf S. Developing clinical practice guidelines: target audiences, identifying topics for guidelines, guideline group composition and functioning and conflicts of interest. *Implementation Science*. 2012;7(1):60.
38. Burgers JS, Anzueto A, Black PN, et al. Adaptation, Evaluation, and Updating of Guidelines: Article 14 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):304-310.
39. Esandi ME, Luca MD, Chapman E, Schapochnik N, Bernztein R, Otheguy L. Guía para la adaptación de Guías de Práctica Clínica. 2008; <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/GuiadeGuias.pdf>. Accessed April 22, 2013.

40. Schunemann HJ, Woodhead M, Anzueto A, et al. A guide to guidelines for professional societies and other developers of recommendations: Introduction to integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):215-218.
41. Shekelle P, Woolf S, Grimshaw J, Schunemann H, Eccles M. Developing clinical practice guidelines: reviewing, reporting, and publishing guidelines; updating guidelines; and the emerging issues of enhancing guideline implementability and accounting for comorbid conditions in guideline development. *Implementation Science*. 2012;7(1):62.
42. 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.
43. Guyatt GH, Norris SL, Schulman S, et al. Methodology for the development of antithrombotic therapy and prevention of thrombosis guidelines: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2012;141(2 Suppl):53S-70S.
44. National Institute for Health and Clinical Excellence. The guidelines manual: Appendix A – Agreements and advice for Guideline Development Group members. 2012; <http://publications.nice.org.uk/pmg6a>. Accessed April 22, 2013.
45. National Health and Medical Research Council. Guideline Development and Conflicts of Interest: Identifying and Managing Conflicts of Interest of Prospective Members and Members of NHMRC Committees and Working Groups Developing Guidelines. 2012; <http://www.nhmrc.gov.au/guidelines-and-publications/information-guideline-developers/guideline-development-and-conflicts>. Accessed April 22, 2013.
46. Woolf S, Schunemann H, Eccles M, Grimshaw J, Shekelle P. Developing clinical practice guidelines: types of evidence and outcomes; values and economics, synthesis, grading, and presentation and deriving recommendations. *Implementation Science*. 2012;7(1):61.
47. 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.

48. Schunemann H, Fretheim A, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 10. Integrating values and consumer involvement. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):22.
49. Boyd E, Bero L. Improving the use of research evidence in guideline development: 4. Managing conflicts of interests. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):16.
50. Cancer Care Ontario. Program in Evidence-Based Care Conflict of Interest Policy. 2011; <http://www.cancercare.on.ca/cms/one.aspx?objectId=7582&contextId=1377>. Accessed April 22, 2013.
51. Oxman A, Schunemann H, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 14. Reporting guidelines. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):26.
52. Schunemann H, Oxman A, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 6. Determining which outcomes are important. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):18.
53. 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.
54. National Institute for Health and Clinical Excellence. Positively Equal: A guide to addressing equality issues in developing clinical guidelines. 2012; <http://www.nice.org.uk/aboutnice/howwework/developingniceclinicalguidelines/PositivelyEqual.jsp>. Accessed July 5, 2013.
55. Oxman A, Schunemann H, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 7. Deciding what evidence to include. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):19.
56. Hofmann B. Toward a procedure for integrating moral issues in health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care*. Summer 2005;21(3):312-318.
57. Oxman A, Schunemann H, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 8. Synthesis and presentation of evidence. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):20.

58. Guyatt G, Akl EA, Oxman A, et al. Synthesis, Grading, and Presentation of Evidence in Guidelines: Article 7 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):256-261.
59. Edejer T. Improving the use of research evidence in guideline development: 11. Incorporating considerations of cost-effectiveness, affordability and resource implications. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):23.
60. Schunemann H, Fretheim A, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 13. Applicability, transferability and adaptation. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):25.
61. Hill SR, Olson LG, Falck-Ytter Y, et al. Incorporating Considerations of Cost-Effectiveness, Affordability, and Resource Implications in Guideline Development: Article 6 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):251-255.
62. Schunemann H, Fretheim A, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 9. Grading evidence and recommendations. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):21.
63. Wilson KC, Irwin RS, File TM, Schünemann HJ, Guyatt GH, Rabe KF. Reporting and Publishing Guidelines: Article 12 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):293-297.
64. 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.
65. Oxman A, Schunemann H, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 16. Evaluation. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):28.
66. Fretheim A, Schunemann H, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 15. Disseminating and implementing guidelines. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):27.

67. 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.
68. Cancer Care Ontario. Program in Evidence-Based Care Document Assessment and Review Protocol. 2012; http://www.cancercare.on.ca/about/programs/pebc/document_review/. Accessed April 22, 2013.