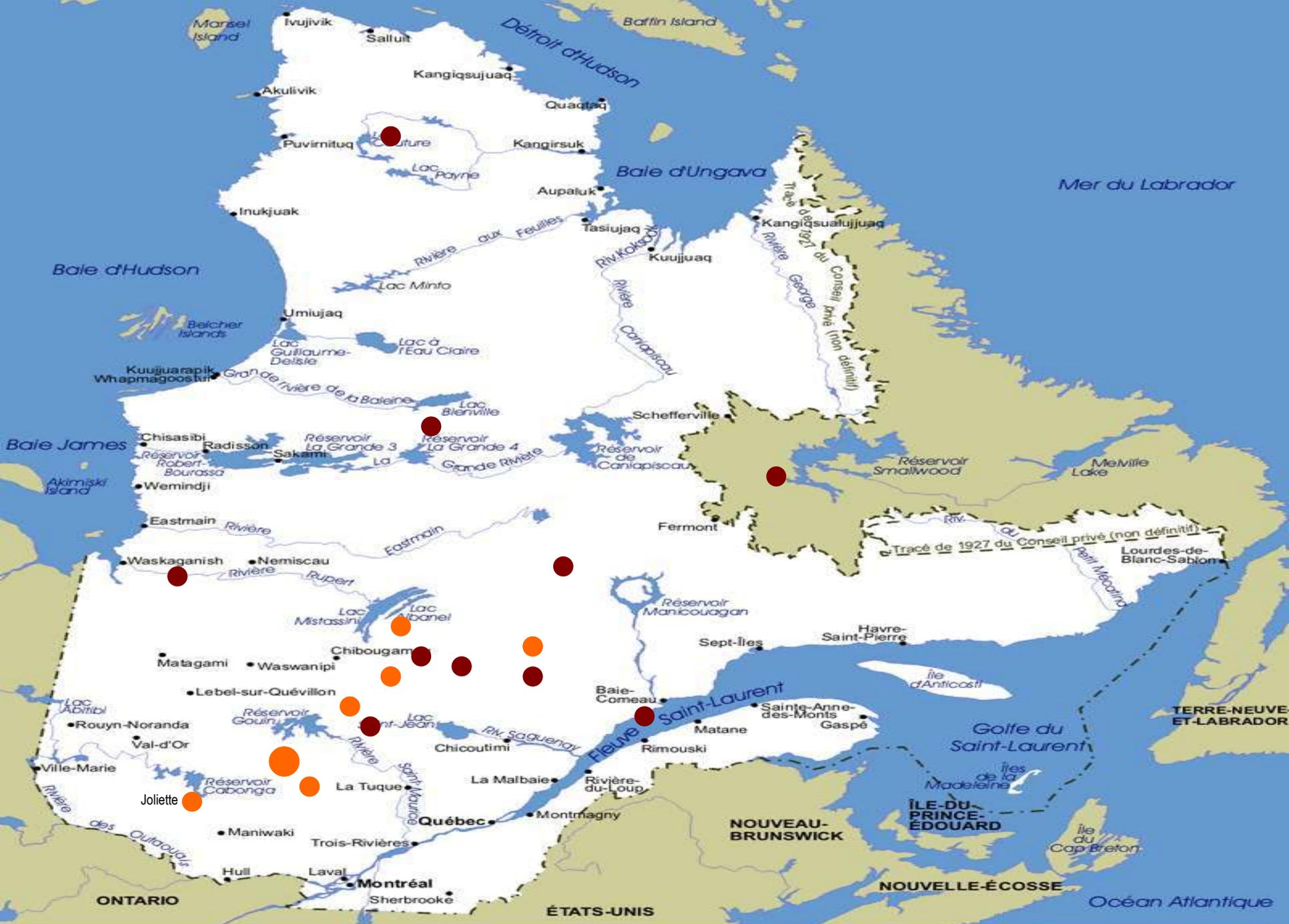


# **Guides de pratique cliniques: mode d'emploi pour le clinicien**

**Dr Michel Cauchon  
professeur titulaire  
département médecine  
familiale**





# Liens d'intérêt

---

- Co-auteur des lignes directrices simplifiées sur les lipides 2023
- Co-auteur d'une revue systématique sur l'efficacité des statines en prévention primaire
- Pas de conflit d'intérêt en lien avec l'industrie pharmaceutique

# Objectifs

---

- Apprécier la valeur d'un guide de pratique clinique
- Interpréter et appliquer les recommandations à la pratique clinique



# Les guides de pratique clinique

---

Les guides de pratique clinique sont des énoncés développés de façon **systematique** pour aider les professionnels et les patients à prendre des décisions sur ce qui constitue des soins appropriés dans des circonstances spécifiques.

*National Academy of Science, Institute of Medicine*

# Questions à se poser face à un guide de pratique

---

- **Qui?**

- Quand? Comment?

- Le Quoi et le Pourquoi?

# Commanditaires

# Motivations

**Gouvernement et ses agences**

**Qualité des services offerts à la population**  
-contrôle des coûts de la santé

**Associations et organismes professionnels**

**Qualité des services offerts à la population**  
-influence, pouvoir groupe professionnel  
influence sur les politiques de santé

**Industrie du médicament**

**Utilisation appropriée des produits**  
vente des produits www.ulaval.ca  
-influence sur les politiques de santé

# Les signaux d'alarme



- Les commanditaires ne sont pas bien identifiés
- Les commanditaires sont des sociétés qui reçoivent des montants substantiels de l'industrie

# Développer un guide de pratique

- Financement



- **Sélection des experts**



# Qui ?

- Les spécialistes contribuent 3 fois plus souvent que les médecins de famille aux guides de pratiques en soins primaires et rapportent 2 fois plus de conflits d'intérêt
- **50%** des recommandations des guides de pratiques se fondent sur des données probantes de qualité faible à très faible (consensus d'experts)

# Les signaux d'alarme



- Experts d'une seule discipline
- Les membres du comité ont des conflits d'intérêts
- Pas d'experts en méthodologie pour évaluer les données scientifiques
- Pas d'experts non-médecins ou de représentants du public
- Pas de révision externe

# Questions à se poser face à un guide de pratique

---

- Qui?
- **Quand? Comment?**
- Le Quoi et le Pourquoi

# Développer un guide de pratique

## 6 domaines, 23 critères

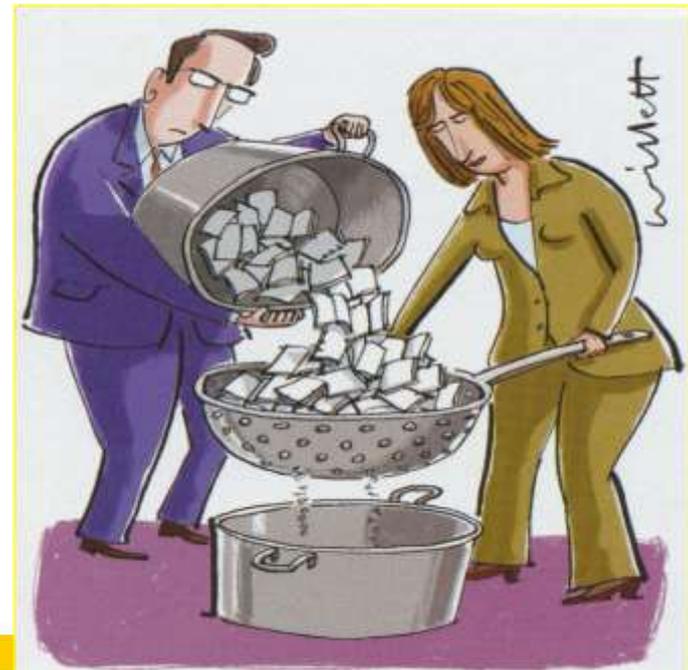
- Objectifs et questions
- Participation des groupes concernés
- Indépendance éditoriale
- Rigueur de l'élaboration
- Clarté de la présentation
- Applicabilité



# Faire l'état des connaissances

Revue **systematique** de la littérature

- Répertorier l'ensemble des données
- Juger de la qualité
- Faire la synthèse



# Faire l'état des connaissances

## Erreurs les plus fréquentes

- Laisser échapper de l'information (date de la revue de la littérature)
- Mal évaluer la qualité des études
- Mal interpréter les résultats (taille et précision de l'effet, équilibre entre les bénéfiques et les risques, concordance entre les études)
- Mal interpréter l'applicabilité des résultats

# Questions à se poser

---

- Qui?
- Quand? Comment?
- **Le Quoi et le Pourquoi?**

# GRADE- Qualité des preuves

- Types d'étude
  - Qualité méthodologique
- +
- **Importance des bénéfices-risques (ampleur et précision)**
  - **Concordance ou non entre les études**
  - **Applicabilité directe ou indirecte des résultats**

# GRADE- Force des recommandations

---

- Qualité des preuves

+

**Balance entre les bénéfices et les risques**

- **Variabilité des valeurs et préférences individuelles**
- **Utilisation judicieuse des ressources**

# Force des recommandations

---

## **Forte**

- les bénéfices dépassent largement les risques
- Les attentes et les valeurs des patients sont clairement établies

## **Faible**

- les bénéfices cliniques ne sont pas clairement démontrés, sont modestes ou le rapport bénéfices-risques n'est pas favorable (ou le coût prohibitif)
- les valeurs des patients varient considérablement

# GRADE

- Recommandation
  - Forte ou **Faible**
  - Nous recommandons
  - **Nous suggérons**
  
- Vous devriez
- **Vous pouvez**

## FORTE

La recommandation s'applique à la majorité des individus.

## FAIBLE

Les choix peuvent différer en fonction des patients.

Les cliniciens devraient aider le patient à prendre une décision en accord avec ses besoins et ses valeurs

Des **outils d'aide à la décision** facilitent la prise de décision.

# La prise de décision partagée (PDP)

Le clinicien et le patient prennent ensemble une décision fondée sur les meilleures données scientifiques disponibles sur les bénéfices et les risques des différentes options tout en considérant les valeurs et préférences du patient.



Intégration de la médecine fondée sur les preuves et de l'approche centrée sur le patient

# Intégration de la prise de décision partagée ?

MacDonald BJ et al JAMA Netw Open. 2023 Sep 5;6(9)	ACC,SCC,ESC (n=65) 2012-2022	<b>50%</b> des guides de pratique mentionnent importance de la PDP  <b>6%</b> incorpore la PDP (dont 2/3 sans fournir d'outil aide à la décision)



My alerts



CANADIAN FAMILY PHYSICIAN • LE MÉDECIN DE FAMILLE CANADIEN

The official journal of the College of Family Physicians of Canada

search

Advanced Search

Home

Articles

Info for

About CFP

Feedback

Blogs

Mainpro+ Credits



Research Article Exclusivement sur le Web

# Lignes directrices simplifiées de PEER sur les lipides : actualisation 2023

## Prévention et prise en charge des maladies cardiovasculaires en soins primaires

Michael R. Kolber, Scott Klarenbach, Michel Cauchon, Mike Cotterill, Loren Regier, Raelene D. Marceau, Norah Duggan, Rebecca Whitley, Alex S. Halme, Tanis Poshtar, G. Michael Allan, Christina S. Korownyk, Joey Ton, Liesbeth Froentjes, Samantha S. Moe, Danielle Perry, Betsy S. Thomas, James P. McCormack, Jamie Falk, Nicolas Dugrè, Scott R. Garrison, Jessica E.M. Kirkwood, Jennifer Young, Émèlie Braschi, Allison Paige, Jen Potter, Justin Weresch and Adrienne J. Lindblad

Canadian Family Physician October 2023, 69 (10) e189-e201; DOI: <https://doi.org/10.46747/cfp.6910e189>

PDF  
Help

Article

Figures & Data

CFPlus

eLetters

Info & Metrics



In this issue

CFP 2023; 69: 701, CFP 2023; 69: 675.

Canadian Family Physician

# Principes des lignes directrices

- Par des gens de première ligne pour des gens de première ligne
- Fondées sur les preuves
  - GRADE/Institute of Medicine
  - Revues systématiques d'essai cliniques (ad 2022) et essais cliniques ( août 2023)
- Aucun lien avec l'industrie pharmaceutique
- Focus sur la prévention primaire
- Focus sur les issues orientées vers les patients
- Simplifiées
- Outils pour prise de décision partagée

# Qui?

- Panel des lignes directrices
  - 5 médecins de famille, 2 spécialistes en médecine interne, 1 infirmière, 1 pharmacien, 1 patient et 1 pharmacien/méthodologiste non-votant
- Comité d'évaluation des données probantes
  - 9 médecins de famille, 7 pharmaciens, 1 infirmière, 1 assistant de recherche

**APPENDIX 1A: CONFLICT OF INTEREST DECLARATIONS**

In the spirit of transparency, participants reported any related activities - including expenses and/or honorariums for presentations for not-for profit organizations. No panel or scientific committee member has had a pharmaceutical industry related conflict in the past 3 years.

Name	Affiliation	Direct financial relationships	Advisory board or speaker's bureau	Funded grants, research, or clinical trials	Patents for a drug or device	Other investments or relationships	Written related articles	Presented on related topics	Apps, software, tools, etc.
<b>GUIDELINE PANEL</b>									
<b>Michel Cauchon MD, CCFP</b>	Professor, Département de médecine familiale et d'urgence, Université Laval	No	No	No	No	No	Yes  Systematic review on statins and primary prevention	No	No
<b>Mike Cotterill MD CCFP</b>	Assistant Professor, Division of Clinical Sciences, Northern Ontario School of Medicine University	No	No	Yes Co- applicant for a Northern Ontario Academic Medical Association grant, unrelated to cardiovascular disease	No	No	No	No	No
<b>Norah Duggan MD</b>	Associate Professor	Yes	No	Yes Cox Award	No	No	No	No	No

# Comment ?

---

## ESC

- Revue non systématique de la littérature (2017,2019)

## Guide simplifié

- Revue des revues systématiques pour les traitements médicamenteux
- Revue rapide de la littérature pour les questions complémentaires
- Essais cliniques récents (2023)



CANADIAN FAMILY PHYSICIAN • LE MÉDECIN DE FAMILLE CANADIEN

The official journal of the College of Family Physicians of Canada

search

Advanced Search

- Home
- Articles
- Info for
- About CFP
- Feedback
- Blogs
- Mainpro+ Credits



Research Article | Research

# Lipid-lowering therapies for cardiovascular disease prevention and management in primary care

**PEER umbrella systematic review of systematic reviews**

Nicolas Dugré, Adrienne J. Lindblad, Danielle Perry, G. Michael Allan, Émélie Braschi, Jamie Falk, Liesbeth Froentjes, Scott R. Garrison, Jessica E.M. Kirkwood, Christina S. Korownyk, James P. McCormack, Samantha S. Moe, Allison Paige, Jen Potter, Betsy S. Thomas, Joey Ton, Jennifer Young, Justin Weresch and Michael R. Kolber

Canadian Family Physician October 2023, 69 (10) 701-711; DOI: <https://doi.org/10.46747/cfp.6910701>

- Article
- Figures & Data
- CFPlus
- eLetters
- Info & Metrics



### Available Languages

Abstract French

### Résumé

**Objectif** Évaluer les bienfaits et les préjudices des thérapies hypolipidémiantes utilisées pour prévenir ou prendre en charge les maladies cardiovasculaires, y compris les chélateurs des acides

### In this issue



Canadian Family Physician

Vol. 69, Issue 10  
1 Oct 2023

- Table of Contents
- About the Cover
- Index by author

CFP 2023; 69: 701, CFP 2023; 69: 675.

Médicament	Revue systématiques	Participants
Résines (ex: cholestyramine)	(4 ERC)	53-3,806
Ézétimibe	3	18,921-23,499
Fibrates	3	16,112-46,099
Niacine	5	34,294-39,195
Oméga-3	7	65,819-149,051
APE (e.g. icosapent)	2 (2 ERC)	8,179-18,645
Inhibiteurs PCSK-9	26	6,281-97,910
Statines	30	625-192,977

**Total de 76**  
**revues**  
**systématiques**  
**et 6 ERC**

Médicament	Événements CV ↓ ↓	Mortalité toute cause	Commentaires
<b>Statines (dose modérée)</b>	<b>25%</b>	<b>10%</b>	<b>Seule classe à diminuer la mortalité globale</b> Myalgies (1 <sup>ère</sup> année): 15% vs 14%
Fibrates	0-14%	NSS	Aucun effet lorsqu'ajouté à une statine
Ézétimibe (ajout aux statines)	~7%	NSS	Données limitées en prévention primaire et en monothérapie
iPCSK9 (ajout aux statines)	15%	NSS	Données limitées en prévention primaire et en monothérapie (sauf hypercholestérolémie familiale) \$\$\$\$
APE (Icosapent) (ajout aux statines)	~20%	NSS	Données limitées en prévention primaire et en monothérapie Risque de saignement et de FA. \$\$\$

Niacine. Oméga-3. Résines: pas de bénéfices

# Qualité des preuves (GRADE)

Médicament	Tous les participants	Prévention primaire
Résines	Très faible	Très faible
Ézétimibe	Modérée	Très faible
Fibrates	Modérée	Très faible
Niacine	Élevée	N/A
Oméga-3	Modérée	N/A
APE (e.g. icosapent)	Modéré	Faible
Inhibiteurs PCSK-9	Modérée	Très faible
Statines	<b>Modérée</b>	<b>Modérée</b>

# Recommandations

---

- Dépistage chez les hommes de 40 ans et les femmes de 50 ans
- Bilans lipidiques non à jeûn
- Pour les personnes en prévention primaire, estimer le risque cardiovasculaire
- Pour les personnes en prévention secondaire, aucune estimation du risque n'est nécessaire

# Recommandations

## Prévention primaire

---

- Patients avec risque CV à 10 ans  $> 20\%$ , **nous recommandons** de discuter l'initiation d'une statine
- Patients avec risque CV à 10 ans 10-19%, nous **suggérons** de discuter l'initiation d'une statine (intensité modérée)
- Nous **recommandons** de ne pas utiliser des médicaments hypolipidémiants autres que des statines, en monothérapie ou en combinaison avec des statines
- Nous **recommandons** de ne pas cibler de seuils et de ne pas répéter de routine le profil lipidique suite au traitement

# Quoi et Pourquoi?

## ESC

- Conservation des cibles de traitement
- “We are aware of the limitations ... of evidence and accepts that RCTs have not examined different LDL-C goals systematically...”

## Guide simplifié

- Pas nécessaire d'utiliser des valeurs cibles
- Les essais cliniques ont été réalisés très majoritairement à doses fixes
- Pas de preuves que les cibles de traitement sont meilleures que les traitements à dose fixe

# Approche centrée patient VS Approche centrée organe

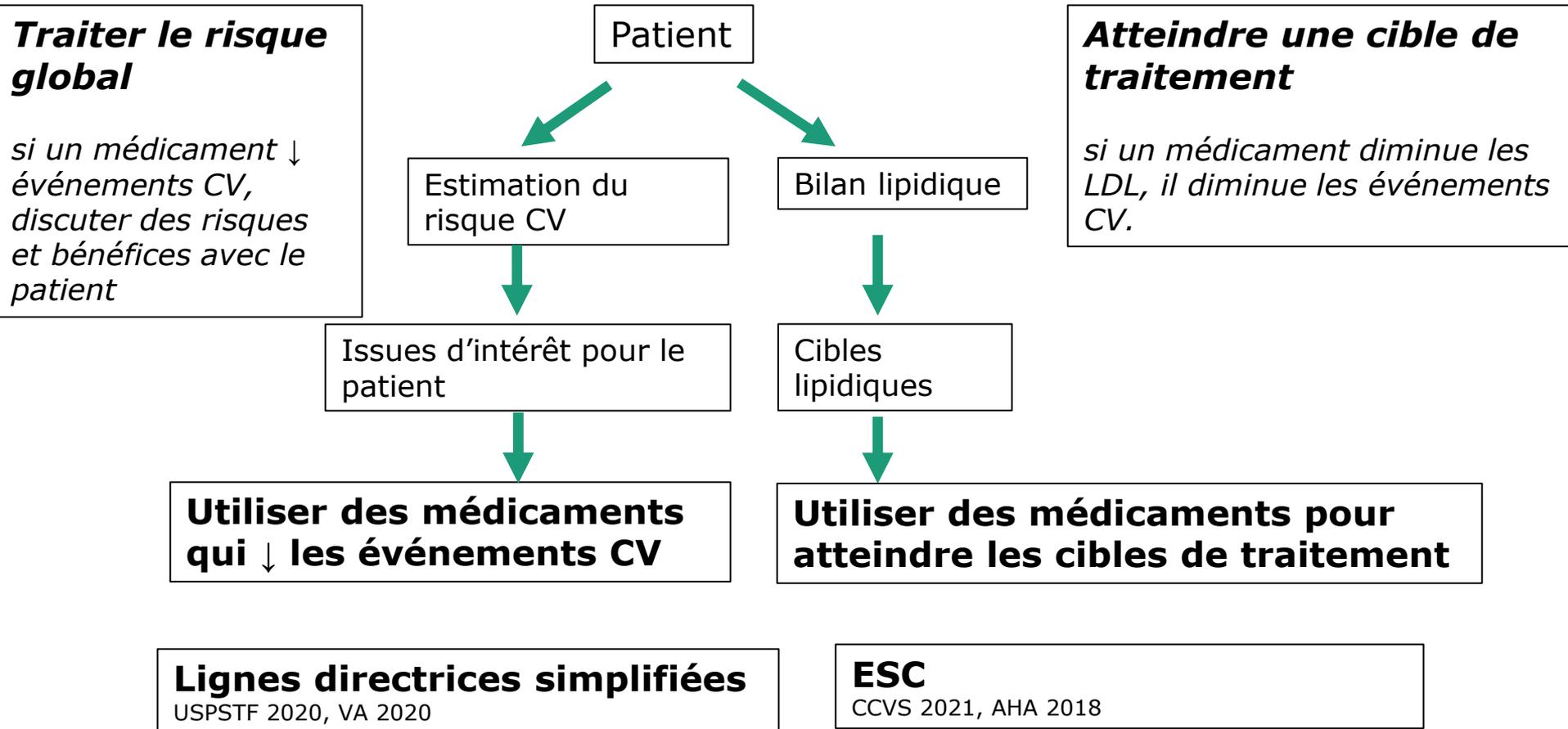
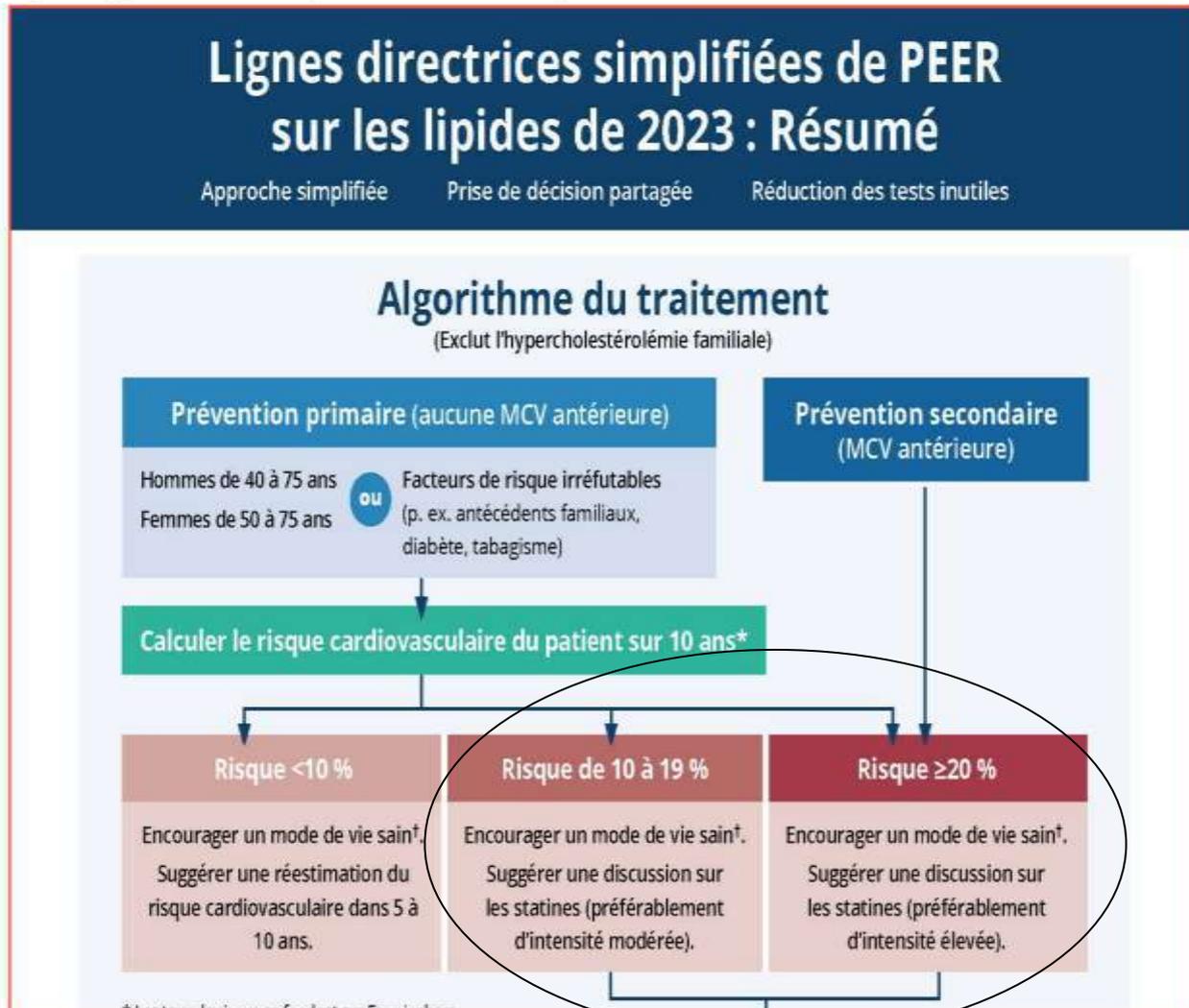


Figure 1. Lignes directrices simplifiées de PEER sur les lipides de 2023 : Résumé



\* Les taux de risque se fondent sur Framingham

## 1. Estimez votre risque

Où vivez-vous?

Quel âge avez-vous?  62 ans

Quel est votre sexe?  Homme  Femme

Êtes-vous fumeur(se)?  Non  Oui

Êtes-vous diabétique?  Non  Oui

Quelle est votre pression artérielle systolique?  145 mmHg

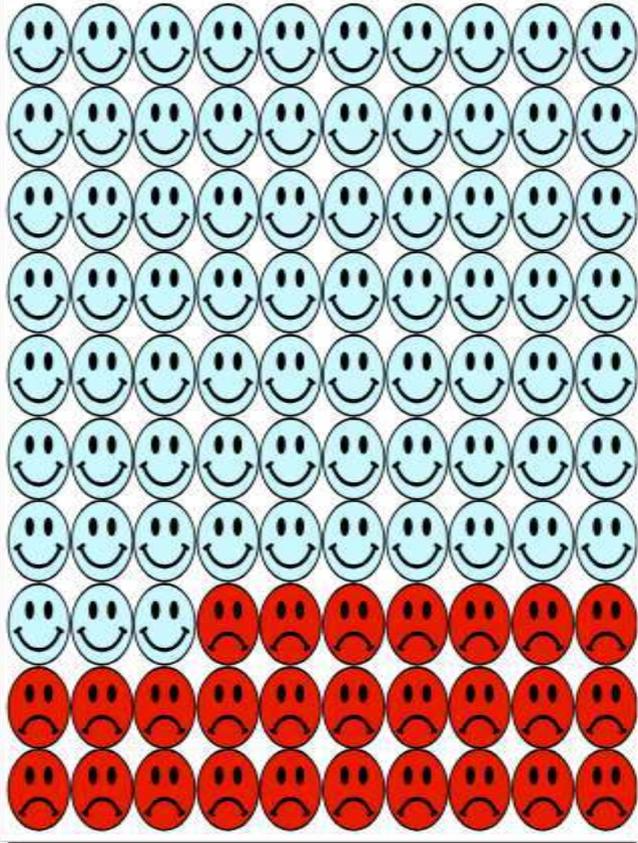
Prenez-vous des médicaments contre l'hypertension?  Non  Oui

Quelle est la valeur de votre cholestérol total?  6,5 mmol/L

What is your HDL cholesterol?

## Risque d'événements cardiovasculaires au cours des 10 prochaines années

(infarctus du myocarde, angine, insuffisance cardiaque, AVC ou claudication intermittente)



Sans événement    Bénéfice du traitement    Événement

## 2. Choisissez vos traitements

### Habitudes de vie

- Diète Méditerranéenne
- Activité physique
- Cessation tabagique

### Options

médicamenteuses (choisissez-en seulement une)

- Statine (intensité faible à modérée)
- Statine (intensité élevée)
- Ézétimibe
- Inhibiteur PCSK9
- Fibrate
- Médicament contre l'hypertension (thiazide, IEC/ARA, BCC)

## 1. Estimez votre risque

Où vivez-vous?

Quel âge avez-vous?  62 ans

Quel est votre sexe?  Homme  Femme

Êtes-vous fumeur(se)?  Non  Oui

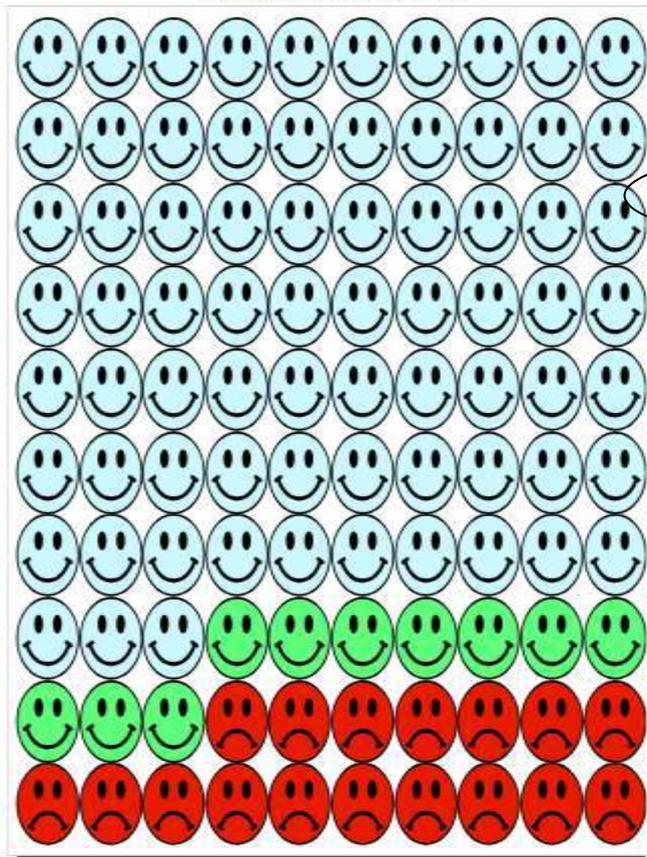
Êtes-vous diabétique?  Non  Oui

Quelle est votre pression artérielle systolique?  145 mmHg

Prenez-vous des médicaments contre l'hypertension?  Non  Oui

Quelle est la valeur de votre cholestérol total?  6,5 mmol/L

## Risque d'événements cardiovasculaires au cours des 10 prochaines années (infarctus du myocarde, angine, insuffisance cardiaque, AVC ou claudication intermittente)



## 2. Choisissez vos traitements

### Habitudes de vie

- Diète Méditerranéenne
- Activité physique
- Cessation tabagique

Programmes provinciaux de cessation tabagique

### Options

médicamenteuses (choisissez-en seulement une)

- Statine (intensité faible à modérée)
- Statine (intensité élevée)
- Ézétimibe
- Inhibiteur PCSK9
- Fibrate
- Médicament contre



**Mediterranean Diet**  
Mostly plant-based with high amounts of fresh vegetables, fruits, nuts, dried beans, olive oil, and fish

**Nuts & Seeds**  
3 or more servings each week

**Dried Beans & Legumes**  
3 or more servings each week  
1 ounce or 1 serving = 23 almonds or 14 walnut halves  
1 serving of beans = 1/2 cup

**Fish & Seafood**  
2-3 times each week  
Choose salmon, sardines, and tuna which are rich in Omega-3 fatty acids.

**Fruits**  
3 or more servings each day  
Make fruit your dessert

**Yogurt, Cheese, Egg & Poultry**  
Choose daily to weekly  
Choose low-fat yogurt and cheeses. Choose skinless chicken or turkey in place of red meat.

**Fats & Oils**  
4 tablespoons or more of olive oil each day  
Choose extra virgin olive oil (EVOO) and use in salad dressings and cooking. Choose avocado or natural peanut butter instead of butter or margarine.

**Alcohol & Wine**  
1-2 glasses each day (Men)  
1 glass each day (Women)  
Always ask your medical team if alcohol is ok for you to consume.

**Vegetables**  
4 or more servings each day  
One portion each day should be raw vegetables. A serving is 1 cup raw or 1/2 cup cooked vegetables. Eat a variety of colors and textures.

**Herbs & Spices**  
Use daily  
Season foods with herbs, garlic, onions, and spices instead of salt.

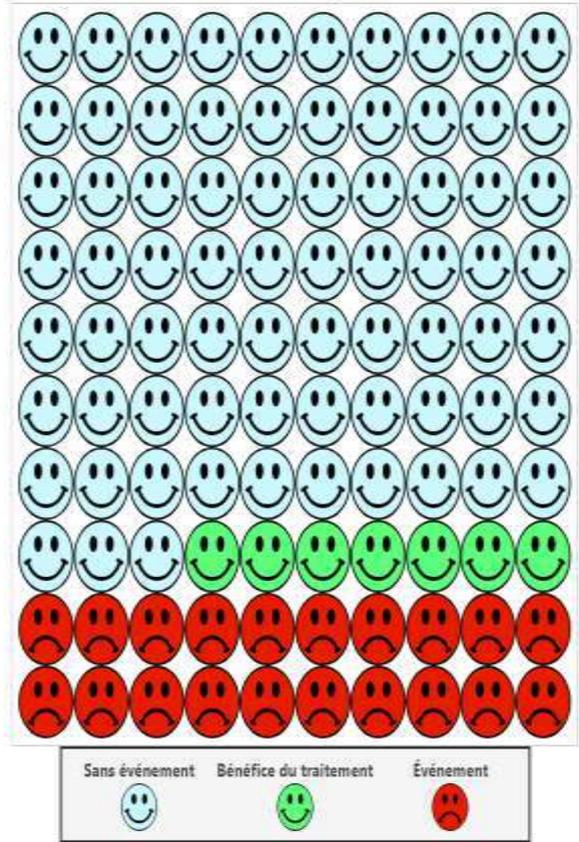
**Grains**  
4 or more servings each day

# 1. Estimez votre risque

Où vivez-vous? Canada (Framingham) v  
 Quel âge avez-vous? 62 ans  
 Quel est votre sexe? Homme  Femme   
 Êtes-vous fumeur(se)? Non  Oui   
 Êtes-vous diabétique?  Non  Oui   
 Quelle est votre pression artérielle systolique? 145 mmHg  
 Prenez-vous des médicaments contre l'hypertension? Non  Oui   
 Quelle est la valeur de votre cholestérol total? 6,5 mmol/L  
 What is your HDL cholesterol? 1,5 mmol/L

## Risque d'événements cardiovasculaires au cours des 10 prochaines années

(infarctus du myocarde, angine, insuffisance cardiaque, AVC ou claudication intermittente)



# 2. Choisissez vos traitements

**Habitudes de vie**

- Diète Méditerranéenne
- Activité physique
- Cessation tabagique

**Options médicamenteuses** (choisissez-en seulement une)

- Statine (intensité faible à modérée)
- Statine (intensité élevée)
- Ezétimibe
- Inhibiteur PCSK9
- Fibrate
- Médicament contre l'hypertension (thiazide, IECA/ARA, BCC)

- Risque d'effets indésirables supplémentaire au placebo: Douleurs musculaires (1%)
- Coût pour 90 jours: \$30-\$50
- Routine: Un comprimé une fois par jour

[Imprimer](#)  
[Note DMÉ/Partager](#)

**Lignes Directrices Simplifiées de PEER Sur Les Lipides**  
**Document Pour les Patients**

\* Les taux de risque se fondent sur Framingham, le seul calculateur sur 10 ans validé au Canada.

† Le mode de vie sain inclut la cessation du tabagisme, l'activité physique et un régime méditerranéen.

EPA=acide eicosapentaénoïque; MCV=maladie cardiovasculaire; PCSK9=proprotéine convertase subtilisine-kexine de type 9.

Intensité des statines			
Statine (mg)	Faible	Modérée	Élevée
Atorvastatine	5	10-20	40-80
Pravastatine	10-20	40-80	-
Rosuvastatine	2,5	5-10	20-40
Simvastatine	5-10	20-40	-



- Non**
  - Il est suggéré de réestimer le risque cardiovasculaire dans 5 à 10 ans ou plus tôt si les facteurs de risque changent.
- Oui**
  - Ne pas répéter le profil lipidique.
  - Ne pas mesurer la créatine kinase ni l'alanine aminotransférase au départ à moins que cela soit cliniquement indiqué.

En prévention secondaire, si une réduction additionnelle du risque cardiovasculaire est souhaitable en plus de la dose maximale de statine :

- Il est recommandé de discuter de l'ézétimibe et des inhibiteurs de la PCSK9.
  - En raison de ses effets indésirables, l'ester éthylique de l'EPA (icosapent) est suggéré, mais seulement après avoir envisagé l'ézétimibe ou un inhibiteur de la PCSK9.

### Bienfaits d'une thérapie aux statines

Exemple de patient, risque de MCV sur 10 ans	Option de statine	Réduction du risque relatif	Réduction du risque absolu	Nouveau risque sur 10 ans avec traitement
20 %	Intensité modérée	25 %	5 %	15 %
	Intensité élevée	35 %	7 %	13 %

## Patients en santé et prise en charge du cholestérol

Pour les personnes n'ayant pas subi de crise cardiaque ou d'AVC

Votre taux de cholestérol constitue l'un des nombreux facteurs de risque connus de crise cardiaque ou d'AVC. Parmi les autres, on trouve votre âge, votre sexe, le tabagisme, la tension artérielle et d'autres problèmes comme le diabète.

### À quelle fréquence devrais-je faire vérifier mon taux de cholestérol?

Les fournisseurs de soins avaient l'habitude de vérifier le taux de cholestérol chaque année. Ils s'en servent maintenant pour évaluer votre risque global de crise cardiaque ou d'AVC.

Comme votre taux de cholestérol change lentement, au rythme d'environ 1 % par année, il suffit de le vérifier tous les 5 à 10 ans. Si vous prenez un médicament appelé statine, vous n'avez pas besoin de le faire revérifier. Les statines aident à prévenir les crises cardiaques et les AVC peu importe votre taux de cholestérol.

### Quel est mon risque de crise cardiaque ou d'AVC?

Utilisez l'aide à la décision sur les risques cardiovasculaires (<https://decision.ca/cvd/>) du groupe PEER et parlez à votre fournisseur de soins.

### Quelle est l'efficacité des statines?

### Que puis-je faire pour réduire mon risque?

**Cesser de fumer :** C'est probablement la meilleure chose que vous puissiez faire pour votre santé. Si vous avez besoin d'aide, parlez à un fournisseur de soins.

**Adopter un régime méditerranéen :** Ordinairement, ce régime prévoit beaucoup de légumes, de fruits, de poisson, de noix et d'huile d'olive\*.

**Faites plus d'activité physique :** Trouvez une activité que vous aimez et à laquelle vous serez fidèle! Habituellement, une activité physique n'est pas meilleure que les autres.

**Envisager la prise de médicaments :** Selon votre risque, votre fournisseur de soins pourrait suggérer une statine (p. ex., l'atorvastatine et la rosuvastatine).



tous les 5 à 10 ans. Si vous prenez un médicament appelé statine, vous n'avez pas besoin de le faire revérifier. Les statines aident à prévenir les crises cardiaques et les AVC peu importe votre taux de cholestérol.

### Quel est mon risque de crise cardiaque ou d'AVC?

Utilisez l'aide à la décision sur les risques cardiovasculaires (<https://decisionaid.ca/cvd/>) du groupe PEER et parlez à votre fournisseur de soins.

### Quelle est l'efficacité des statines?

Les statines sont susceptibles de réduire de 25 % votre risque de crise cardiaque et d'AVC. Par exemple, si votre risque de crise cardiaque ou d'AVC sur 10 ans est de 20 %, une statine peut le réduire à 15 %. Les statines sont les seuls médicaments contre le cholestérol qui peuvent diminuer votre risque de décès. Elles sont généralement bien tolérées. Certains patients signalent des douleurs musculaires, mais celles-ci surviennent aussi souvent avec un placebo (un comprimé sans médicament) qu'avec les statines.

Si vous avez des questions sur cette information, consultez l'aide à la décision sur les risques cardiovasculaires du groupe PEER ou parlez à votre fournisseur de soins.

\*URL d'un régime méditerranéen : [www.diabete.qc.ca/wp-content/uploads/2023/04/DQ\\_pyramide\\_diete\\_Mediterranenne\\_web.pdf](http://www.diabete.qc.ca/wp-content/uploads/2023/04/DQ_pyramide_diete_Mediterranenne_web.pdf)

Les renseignements fournis dans ce feuillet se fondent sur des recommandations contenues dans la mise à jour de 2023 des Lignes directrices simplifiées sur les lipides.

prévoit beaucoup de légumes, de fruits, de poisson, de noix et d'huile d'olive\*.



**Faites plus d'activité physique :** Trouvez une activité que vous aimez et à laquelle vous serez fidèle! Habituellement, une activité physique n'est pas meilleure que les autres.



**Envisager la prise de médicaments :** Selon votre risque, votre fournisseur de soins pourrait suggérer une statine (p. ex., l'atorvastatine et la rosuvastatine).

# EN RÉSUMÉ

---

- Les recommandations doivent faire l'objet d'une analyse critique
- Les guides de pratiques sont des aides à la décision...  
(pas des recommandations à prendre au pied de la lettre, ni un livre de recettes!)



LA CARTE  
N'EST PAS LE  
TERRITOIRE !

