



Centre canadien sur
les dépendances et
l'usage de substances

Données. Engagement. Résultats.

www.ccdus.ca • www.ccsa.ca

Évaluation de directives choisies pour actualiser les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada

Juin 2021



Évaluation de directives choisies pour actualiser les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada

Ce document est publié par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS).

Citation proposée : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Évaluation de directives choisies pour actualiser les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2021.

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2021.

CCDUS, 75 rue Albert, bureau 500
Ottawa (Ont.) K1P 5E7
Tél. : 613-235-4048
Courriel : info@ccsa.ca

Ce document a été produit grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Ce document peut aussi être téléchargé en format PDF au www.ccdus.ca

This document is also available in English under the title:

Update of Canada's Low-Risk Alcohol Drinking Guidelines: Evaluation of Selected Guidelines

ISBN 978-1-77178-852-6



Table des matières

Introduction	2
Mode d'emploi de la Grille AGREE II.....	2
Résultats des évaluations	3
Domaine 1. Champ et objectifs	4
Domaine 2. Participation des groupes concernés	6
Domaine 3. Rigueur d'élaboration	8
Domaine 4. Clarté et présentation.....	12
Domaine 5. Applicabilité.....	14
Domaine 6. Indépendance éditoriale	15
Évaluation générale	16
Conclusions et orientations futures	18
Bibliographie	19

À propos de ce document

Ce document a été produit par Hanie Edalati, Ph.D., et Christine Levesque, Ph.D., analystes, Recherche et politiques, au CCDUS. Elles sont membres de l'équipe chargée d'examiner les données probantes, qui a été établie par le CCDUS pour veiller à ce que les travaux visant à atteindre les buts et les objectifs de l'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada soient menés à terme. Ce document a été révisé par les membres des groupes d'experts scientifiques mis sur pied pour le projet d'actualisation des directives.



Introduction

Ce rapport a été produit par l'équipe du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) chargée d'examiner les données probantes, dans le cadre du projet d'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque (DCAFR) du Canada. Il présente les résultats des évaluations des DCAFR antérieures (2011), de directives provenant du Royaume-Uni (2016) et de directives originaires de l'Australie (2020), et a été réalisé à l'aide de la deuxième version d'un outil standardisé appelé *Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique* (ou Grille AGREE II; Brouwers et coll., 2010). Il synthétise et explore les parties de ces trois documents qui peuvent être adaptées dans les nouvelles DCAFR du Canada et s'adresse aux groupes d'experts scientifiques du projet et aux personnes intéressées à connaître le détail du processus d'actualisation.

L'utilisation d'une démarche factuelle, rigoureuse et appropriée dans l'élaboration de directives est un prédicteur fiable du succès de leur mise en application (Grimshaw et Russell, 1993; Grol, 2001). Le groupe chargé de mettre à jour les DCAFR s'est servi du cadre GRADE-ADOLPMENT (Schünemann et coll., 2017), dont l'une des premières étapes est la recherche de directives récentes portant sur le même sujet et les mêmes questions que les directives à élaborer. L'actualisation des DCAFR du Canada publiées en 2011 (Butt, Beirness, Gliksman, Paradis et Stockwell, 2011) prend appui sur les directives britanniques de 2016 sur la consommation d'alcool (U.K. Chief Medical Officers, 2016) et les directives australiennes de réduction des risques pour la santé de 2020 (National Health and Medical Research Council, 2020). Les membres des groupes d'experts scientifiques ont convenu de faire preuve de diligence raisonnable et d'évaluer les trois documents à l'aide d'un outil standardisé. Ils ont donc recouru à la Grille AGREE II (Brouwers et coll., 2010) pour vérifier la qualité des directives et déterminer si elles sont adaptables ou utilisables dans le contexte de l'actualisation des DCAFR du Canada.

Mode d'emploi de la Grille AGREE II

La Grille AGREE II est conçue pour déterminer les forces et les limites du processus d'élaboration des directives. Constituée de 23 éléments, elle se veut un cadre d'évaluation dans six grands domaines de la qualité :

- **Domaine 1. Champ et objectifs**
- **Domaine 2. Participation des groupes concernés**
- **Domaine 3. Rigueur d'élaboration**
- **Domaine 4. Clarté et présentation**
- **Domaine 5. Applicabilité**
- **Domaine 6. Indépendance éditoriale**

L'utilisateur note chaque élément sur une échelle de Likert allant de 1 (fortement en désaccord) à 7 (fortement en accord), en fonction de critères et de considérations précis. Il détermine le score de qualité pour chaque domaine en additionnant les scores de ses différents éléments et en traduisant le résultat en pourcentage du score maximal pour ce domaine. Les six scores obtenus sont indépendants et ne devraient pas être regroupés en un score global de qualité. L'utilisateur fait aussi une évaluation générale : il note la qualité globale des directives en se servant de la même échelle et indique s'il en recommanderait la mise en pratique (« Oui », « Oui, avec certaines modifications » ou



« Non »). La démarche doit être effectuée séparément par au moins deux personnes. (Pour en savoir plus sur le calcul et l'interprétation des scores, voir AGREE Next Steps Consortium, 2017.)

Résultats des évaluations

Deux membres de l'équipe du CCDUS chargée d'examiner les données probantes ont chacun de leur côté évalué la qualité des trois documents de directives et des documents publics connexes en utilisant la Grille AGREE II. Les scores de qualité calculés pour chacun des six domaines et les notes d'évaluation générale sont présentés dans le tableau 1.

La fidélité interjuges, c'est-à-dire le degré de concordance entre les scores accordés par les deux évaluateurs, a été quantifiée pour chaque document. L'estimation des coefficients de corrélation intraclasse (CCI) et le calcul des intervalles de confiance (IC) à 95 % se sont faits à partir d'un modèle mixte à deux facteurs mesurant l'accord absolu et déterminant la moyenne ($k = 2$). Les CCI étaient excellents pour les trois évaluations (Koo et Li, 2016), ce qui indique un degré d'accord élevé entre les évaluateurs (voir la ligne « Fidélité interjuges » dans le tableau ci-dessous). Tous deux ont recommandé l'emploi des trois documents.

Tableau 1. Résultats des évaluations, réalisées à l'aide de la Grille AGREE II

Domaine	Résultats		
	Canada (2011)	Royaume-Uni (2016)	Australie (2020)
1. Champ et objectifs	64 %	69 %	100 %
2. Participation des groupes concernés	56 %	83 %	92 %
3. Rigueur d'élaboration	40 %	60 %	96 %
4. Clarté et présentation	78 %	69 %	89 %
5. Applicabilité	33 %	42 %	23 %
6. Indépendance éditoriale	21 %	38 %	79 %
Évaluation générale (1-7)	3,5	4,5	6
Fidélité interjuges*	0,94 [0,85-0,97]	0,95 [0,88-0,98]	0,98 [0,95-0,99]

* Coefficient de corrélation intraclasse (CCI) estimé [intervalle de confiance à 95 %].

Les sections qui suivent synthétisent les résultats de l'évaluation des 23 éléments pour les documents de directives canadien, britannique et australien. Elles comprennent, pour chaque élément, des recommandations visant l'actualisation des DCAFR du Canada. La dernière section, *Évaluation générale*, examine les points qui pourront être adaptés dans les nouvelles DCAFR, en se basant sur les évaluations et les scores. (Les transcriptions verbatim des évaluations des 23 éléments faites par les deux membres de l'équipe à l'aide de la Grille AGREE II pour chacun des trois documents sont disponibles sur demande.)



Domaine 1. Champ et objectifs

Le domaine 1 englobe trois éléments à évaluer, soit les objectifs globaux des directives, les questions de santé abordées et les populations cibles.

L'**élément 1** s'intéresse aux objectifs globaux des directives et à leurs répercussions potentielles sur la santé de la société dans son ensemble et sur celle des populations cibles. L'objectif de santé des trois documents tourne autour de la « prévention » et de la « réduction des méfaits » (directives du Royaume-Uni : « aider les gens à comprendre les risques de l'alcool pour la santé et à prendre des décisions de consommation en connaissance de cause, sans toutefois empêcher ceux qui veulent boire de l'alcool de le faire » [traduction libre]; directives de l'Australie : « donner à la population australienne des conseils factuels et clairs à propos de l'alcool pour l'aider à faire des choix éclairés en matière de consommation » [traduction libre]; directives du Canada : « aider tous les Canadiens à réduire les risques liés à leur consommation et à celle des autres »). Les trois documents décrivent quelques bénéfices ou résultats attendus (directives du Royaume-Uni : « donner aux gens les moyens de faire des choix éclairés quant à leur consommation d'alcool » [traduction libre]; directives de l'Australie : « prévenir et réduire le plus possible les méfaits associés à l'alcool par la sensibilisation et l'information à leur sujet », « former la base de connaissances qui servira à l'élaboration de politiques et de matériel éducatif » [traductions libres]; directives du Canada : « se conformer à ces directives diminuerait d'environ 4 600 le nombre de décès annuels causés par l'alcool au Canada »). La terminologie utilisée dans les recommandations et la définition des populations cibles sont plus précises dans les directives australiennes et canadiennes que dans les directives britanniques, comme le montre leur objectif de santé susmentionné. Les directives australiennes comportent une section consacrée au public cible qui liste les populations susceptibles de tirer avantage de leur utilisation. Celles du Canada énumèrent aussi à qui leur application profiterait : « aux professionnels de la santé, aux décideurs, aux experts en communication et aux citoyens qui aimeraient en savoir plus sur la consommation d'alcool à faible risque, que ce soit pour eux ou pour d'autres ». Quant à la ressource britannique, elle désigne sa population cible de manière générale par l'expression « les gens » (traduction libre).

Recommandations

- Nommer les objectifs de santé des directives (p. ex. prévention, réduction des méfaits) et décrire les objectifs globaux par rapport aux profils et aux niveaux de consommation d'alcool (p. ex. prévenir les méfaits associés à la consommation d'alcool pendant la grossesse; réduire les méfaits associés à...; informer la population canadienne au sujet de...).
- Décrire clairement les populations cibles générales et particulières : la population canadienne, les consommateurs d'alcool, les personnes qui pensent commencer à boire, les personnes sobres. Décrire également les personnes, les organisations et les organismes qui peuvent utiliser les directives à d'autres fins (décideurs, professionnels de la santé, éducateurs auprès des jeunes, industrie de l'alcool, etc.).

L'**élément 2** évalue la description des questions de santé abordées. Il est important de décrire en détail les questions de recherche originales liées aux principales recommandations. Bien qu'elles ne soient pas toujours formulées sous forme de question, les questions de santé doivent contenir suffisamment d'information pour entreprendre l'élaboration d'une ligne directrice sur le sujet ou pour comprendre les populations et les contextes présentés dans les lignes directrices. Les documents du Royaume-Uni et de l'Australie énoncent des questions pour chaque directive. Les chercheurs australiens ont formulé leurs quatre questions principales à partir d'un modèle défini (population, exposition et résultats). Deux questions traitent des risques et bénéfices pour la santé à



court et à long terme de différents niveaux et divers profils de consommation d'alcool dans la population générale, et les deux autres, des risques et bénéfices chez les femmes enceintes et allaitantes. L'équipe britannique a formulé ses questions en fonction de son mandat, sans suivre un modèle défini. Le résultat manque de clarté : par exemple, les questions deux et trois mentionnent le calage et la consommation faible à modérée sans toutefois définir ces termes (« Quelles conséquences ont la forte consommation d'alcool et le calage épisodique pour la santé? »; « Quels sont les bénéfices, s'il y en a, de la consommation faible à modérée d'alcool? » [traductions libres]). Pour leur part, les auteurs canadiens ne fournissent aucune description détaillée des questions de santé abordées. Leur rapport mentionne simplement vouloir résumer « les données disponibles sur les répercussions probables de plusieurs niveaux de consommation sur différents aspects de la santé et de la sécurité ».

Recommandations

- Formuler les questions en suivant un modèle défini tel que PICR ou PECR : décrire explicitement la population (P) à qui les directives s'appliqueront, l'intervention (I) ou l'exposition (E), selon le cas, le comparateur (C) et le résultat (O) visé.
- Formuler des questions détaillées à l'aide du modèle PECR et décrire comment l'équipe chargée d'examiner les données probantes est arrivée à ces choix (recherche, évaluation, résultats) dans un document d'accompagnement.

L'**élément 3** se rapporte à la clarté et à la spécificité des populations (patients, public, etc.) concernées. Les trois documents décrivent les populations cibles, générales (directives du Canada : « les Canadiens qui veulent faire des choix santé par rapport à leur consommation et qui aimeraient conseiller les autres ») ou particulières (directives de l'Australie : hommes et femmes en santé [directive un]; enfants et personnes de moins de 18 ans [directive deux]; femmes enceintes ou allaitantes [directive trois]). Tous trois décrivent dans une certaine mesure des populations exclues (comme les personnes ayant un trouble lié à l'usage d'alcool, atteintes de troubles mentaux, etc.), mais les directives canadiennes et britanniques sont imprécises sur le sujet. À l'inverse, la ressource australienne indique clairement que la directive un s'applique aux hommes et aux femmes adultes en santé qui choisissent de boire de l'alcool, bien que certaines personnes s'exposent à un risque accru de méfaits si elles boivent (p. ex. « jeunes adultes de 18 à 25 ans, personnes de plus de 60 ans, personnes ayant des antécédents familiaux de dépendance à l'alcool et personnes qui consomment de la drogue illicite ou qui prennent des médicaments qui interagissent avec l'alcool » [traduction libre]). Cette même directive explique également pourquoi il n'est pas recommandé que les groupes énumérés consomment de l'alcool. Les directives du Royaume-Uni ne spécifient pas clairement les populations exclues, mais indiquent dans leurs recommandations certains facteurs à considérer (p. ex. « La métabolisation de l'alcool et la réaction à l'alcool varient selon les personnes, et les effets d'une même quantité d'alcool peuvent varier selon la taille et l'âge du consommateur » [traduction libre]). Dans les directives canadiennes, on trouve une recommandation qui déconseille la consommation d'alcool à certaines populations et dans certaines conditions (p. ex. lors de la conduite d'un véhicule, avant l'allaitement). Par contre, les populations exclues ne sont pas clairement définies pour chaque recommandation. Quelques descriptions de la population cible sont floues ou difficiles à trouver dans les directives du Canada et du Royaume-Uni. Ce sont les directives australiennes qui sont les plus claires pour ce qui est de décrire les populations cibles.

Recommandations

- Donner des indications spécifiques (âge, sexe, tableau clinique, etc.) sur chaque population visée par les directives (p. ex. hommes et femmes adultes en santé).



- Décrire les populations exclues pour chaque directive et pour l'ensemble du document.

Domaine 2. Participation des groupes concernés

Le domaine 2 comporte trois éléments servant à évaluer : le caractère approprié et l'expertise du groupe ayant élaboré les directives, la prise en compte des opinions et des préférences de la population cible et la clarté dans la définition des utilisateurs cibles prévus.

L'**élément 4** s'intéresse au groupe ayant élaboré les directives et examine si sa composition convient aux directives. Ce groupe comprend tous les professionnels engagés à un stade ou à un autre du processus d'élaboration, entre autres les coprésidents ainsi que les membres de groupes d'experts et de l'équipe de recherche. Les directives doivent contenir les renseignements suivants pour chacun des membres du groupe d'élaboration : nom, discipline ou champ d'expertise, établissement, emplacement et rôle du membre au sein du groupe. Les trois groupes qui ont élaboré les documents comptaient des experts de plusieurs domaines relevant de l'alcoologie (épidémiologie, politiques, prévention, traitement, etc.). Dans les trois cas, certains renseignements (comme l'emplacement et le rôle) n'étaient pas fournis pour tous les membres.

Recommandations

- Donner des renseignements détaillés sur le groupe ayant élaboré les directives, notamment sur les coprésidents, les membres de l'équipe du CCDUS chargée d'examiner les données probantes et les membres des groupes d'experts scientifiques. Inclure le nom, la discipline ou le champ d'expertise, l'établissement, l'emplacement et le rôle du membre dans le groupe d'élaboration. Ce contenu prouvera que le choix des membres convenait au sujet et au champ d'intérêt du projet et que ceux-ci avaient l'expertise nécessaire pour accomplir leurs tâches au sein du groupe.
- Mettre l'accent sur le secteur professionnel des membres du groupe (chercheurs, décideurs, professionnels de la santé, experts en contenu, etc.) afin de montrer que le processus d'élaboration des directives a été bonifié grâce aux connaissances et à l'expertise d'un vaste éventail de professionnels dans le domaine de l'alcool.
- Nommer au moins un expert en méthodologie dans le groupe, par exemple un expert des revues systématiques, un épidémiologiste, un statisticien ou un spécialiste de la bibliothéconomie, pour démontrer que le processus d'élaboration et sa revue se sont appuyés sur une approche normalisée.

L'**élément 5** examine l'information sur les opinions et les préférences de la population cible, et sert à déterminer si l'expérience et les attentes de cette dernière ont été définies et ont été prises en compte dans l'élaboration des directives. Les directives du Royaume-Uni reposent sur une vaste démarche d'identification des opinions et préférences de la population cible. D'abord, les auteurs ont effectué une recherche systématique de la littérature sur les perceptions et les réactions par rapport aux directives de santé publique sur différents comportements et aux directives de consommation d'alcool. Le résultat a guidé les discussions du groupe d'experts sur la recherche comportementale ainsi que l'élaboration des directives. Ensuite, les auteurs ont mené 10 groupes de discussion, 18 entrevues individuelles et 6 discussions en triades, pour un échantillon total de 110 personnes, afin de sonder l'opinion du public par une démarche qualitative. L'information obtenue dans le cadre de la consultation publique et de la recherche qualitative a servi à améliorer la clarté, la formulation et l'applicabilité des directives. L'équipe australienne a quant à elle mené deux consultations publiques. Elle a commencé par demander qu'on lui fasse part des faits



scientifiques sur les risques et bénéfiques pour la santé de la consommation d'alcool, dans le but de mettre en évidence les études et les sujets non examinés pertinents et de déterminer les questions d'intérêt pour le public et les groupes concernés. Puis, pour solliciter les commentaires après la rédaction des directives préliminaires, elle a annoncé une consultation publique sur le site Web du National Health and Medical Research Council (NHMRC), dans l'infolettre *Tracker* du conseil et sur les réseaux sociaux. Elle a aussi envoyé des invitations aux principaux groupes concernés. Les résultats et l'apport des suggestions reçues dans la version définitive des directives sont décrits dans l'annexe 5 intitulée *Administrative report*. À aucun moment dans le processus d'élaboration des directives préliminaires les auteurs australiens n'ont cherché dans la littérature les valeurs et les préférences des groupes concernés. Ils ont cependant inclus, pour chaque directive, une section décrivant les préférences et valeurs attendues de la population australienne en fonction des données antérieures et des résultats de l'enquête annuelle de 2019 menée par la Foundation for Alcohol Research and Education. L'équipe canadienne n'a pas fait de revue des études sur l'expérience, les valeurs et les attentes de la population cible. Les directives présentent quelques études sur les habitudes de consommation et les préférences des Canadiens, mais sans indiquer clairement si elles ont été utilisées dans le processus d'élaboration. Des organismes et des personnes qui font partie de la population cible, comme des décideurs et des experts en communication, ont donné leur avis sur les directives préliminaires. Ce n'est toutefois pas clair si ou comment leurs commentaires ont été intégrés dans la version définitive du document.

Recommandations

- Formuler les directives et préparer les recommandations en tenant compte des valeurs, de l'expérience et des attentes des populations cibles.
- Décrire clairement, dans le document principal :
 - la stratégie utilisée pour découvrir les opinions et les préférences des populations cibles;
 - les méthodes ayant servi à découvrir ces opinions et préférences (p. ex. revue de la littérature, enquête, groupes de discussion, consultation publique);
 - les résultats et les renseignements recueillis;
 - l'intégration de cette information dans le processus d'élaboration des directives et la préparation des recommandations.
- Inclure des références claires aux documents contenant le détail des stratégies et des procédures.

L'élément 6 évalue la clarté de la définition des utilisateurs cibles prévus et les utilisations qu'ils pourraient faire des directives. Celles de l'Australie et du Royaume-Uni décrivent clairement les différents utilisateurs cibles (le public, les professionnels de la santé, les décideurs, etc.) et les utilisations possibles pour chaque groupe (directives de l'Australie : « Ces directives s'appliquent à toutes les personnes qui se trouvent en Australie, et particulièrement à celles qui boivent de l'alcool, à celles qui songent à boire de l'alcool et aux parents des jeunes qui pourraient songer à boire de l'alcool. Elles donnent de l'information utile sur les risques selon le niveau et la fréquence de consommation. Elles se veulent une ressource pour les personnes, les organisations, les décideurs, les planificateurs, les professionnels de la santé, les parents et les membres de la famille et les éducateurs ainsi que les organisations de l'industrie et celles qui servent de l'alcool » [traduction libre]). Les directives du Royaume-Uni comportent une section sur « les utilisations possibles des nouvelles directives par les professionnels de la santé dans la prestation de conseils en santé publique » (traduction libre) (Department of Health, 2016). Les directives du Canada décrivent elles



aussi avec clarté les populations cibles et font des recommandations sur la stratégie de communication, mais on ne trouve pas de description des utilisations possibles pour tous les groupes cibles.

Recommandation

- Décrire les utilisations possibles de chaque directive pour tous les utilisateurs cibles, dont les décideurs, les professionnels de la santé, les parents et les membres de la famille et les autres personnes concernées.

Domaine 3. Rigueur d'élaboration

Le domaine 3 rassemble huit éléments qui évaluent la rigueur du processus de collecte et de synthèse des données, les méthodes utilisées pour formuler les recommandations et la stratégie d'actualisation.

L'**élément 7** se concentre sur la stratégie de collecte de données, plus précisément sur des détails comme la méthode et les termes employés, les bases de données électroniques et les autres sources consultées ainsi que la plage de publication visée. Les directives de l'Australie ont la méthode de recherche la mieux décrite : elles répondent à tous les critères de cet élément. L'ensemble des termes de recherche (populations, divers résultats sur le plan social et de la santé physique et mentale, etc.), les bases de données et les stratégies de recherche détaillées figurent dans un rapport distinct accessible à tous sur le site Web du conseil rédacteur (NHMRC Clinical Trials Centre, 2020b). Les recherches se sont faites parmi les articles publiés entre le 1^{er} janvier 2007 et le 5 janvier 2017. Outre des revues systématiques de revues systématiques, le NHMRC a commandé quatre revues systématiques afin de pallier les lacunes dans les revues existantes. Elles devaient entre autres examiner les effets de la consommation d'alcool sur la santé mentale et l'apparition d'un trouble cognitif léger à long terme, et les effets de la consommation par la mère pendant la grossesse ou l'allaitement sur le fœtus, le nouveau-né, puis l'enfant. Ces revues ont été évaluées par des examinateurs indépendants. Les directives du Royaume-Uni s'accompagnent aussi de descriptions détaillées des méthodes de recherche utilisées, réparties dans deux rapports accessibles au public (Centre for Public Health, 2016a, 2016b). Par contre, la plage de publication – mois et années – et les termes employés ne sont pas indiqués. Quant à l'équipe canadienne, elle ne précise rien sur les stratégies de recherche; elle affirme cependant avoir transmis au groupe d'experts, dans un rapport, la méthode de recherche systématique et ses résultats. De plus, des membres du groupe ont effectué des revues systématiques et des analyses indépendantes sur certains sujets en lien avec les directives.

Recommandations

- Donner la stratégie de recherche complète, y compris les bases de données et les autres sources consultées (p. ex. MEDLINE, PsychINFO), les dates qui délimitent la plage de publication et les termes précis utilisés.
- Résumer la méthode de recherche systématique dans le document principal et détailler la stratégie dans un rapport distinct accessible au public.

L'**élément 8** se penche sur les critères d'inclusion et d'exclusion des résultats dégagés lors de la recherche. La description des critères d'inclusion doit être claire et comprendre les caractéristiques de la population cible, le modèle d'étude, les éléments de comparaison (le cas échéant), les résultats, la langue (le cas échéant) et le contexte (le cas échéant). Il faut également fournir une description détaillée des critères d'exclusion. De surcroît, tant les critères d'inclusion que d'exclusion



doivent clairement correspondre aux questions de santé traitées. Les équipes australienne et britannique décrivent avec précision leurs critères et méthodes de sélection dans les rapports d'accompagnement mentionnés à l'élément 7. Toutefois, dans les directives du Royaume-Uni, certains critères auraient intérêt à être développés. Par exemple, les auteurs ont exclu trois études sur les effets médicaux et sociaux de l'alcool parce qu'elles n'étaient pas publiées en anglais, mais n'indiquent pas la langue dans les critères d'exclusion. Un peu comme pour l'élément précédent, l'équipe canadienne n'a pas rendu publics les détails des critères d'inclusion et d'exclusion.

Recommandations

- Détailler les critères d'inclusion et d'exclusion des résultats dégagés, dans un rapport distinct accessible au public.
- Suivre les questions PECR définies pour formuler des critères d'inclusion et d'exclusion qui correspondent clairement aux questions de santé traitées et qui n'en laissent aucun aspect de côté.

L'élément 9 s'intéresse aux forces et aux limites des preuves scientifiques. Les directives doivent indiquer la méthode par laquelle le risque de partialité des données a été évalué et la technique d'interprétation employée par le groupe d'élaboration. L'évaluation peut se faire à l'aide d'outils ou de stratégies formels (p. ex. GRADE) ou non. Les équipes britannique et australienne ont examiné la qualité, les forces, les limites et le risque de partialité des revues systématiques et des études individuelles incluses à l'aide de l'outil AMSTAR (A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews). Leurs tableaux d'extraction de données et d'évaluation avec AMSTAR figurent dans leurs rapports. Les auteurs du Royaume-Uni n'ont utilisé l'outil que pour évaluer les études incluses portant sur les effets médicaux et sociaux de la consommation d'alcool liés à la santé, et non les études systématiques incluses portant sur les comportements (p. ex. perceptions, réactions aux directives). Les auteurs de l'Australie ont aussi eu recours à l'outil ROBIS, conçu spécialement pour l'évaluation du risque de partialité des revues systématiques, ainsi qu'au cadre GRADE. Ils décrivent la procédure dans leur rapport d'évaluation (NHMRC Clinical Trials Centre, 2020a). L'équipe canadienne n'a utilisé aucun outil ni aucune stratégie formels. Cela dit, elle a décrit et exploré les forces et les limites des données de recherche et le risque de partialité des études individuelles et des revues systématiques (p. ex. forces et limites des modèles d'étude, méthodologie, cohérence des résultats parmi les études, importance des bénéfices par rapport aux effets négatifs, etc.) dans son document de directives principal.

Recommandations

- Utiliser des outils formels pour évaluer et synthétiser les paramètres de qualité des données, y compris un outil servant à l'analyse en fonction du sexe et du genre.
- Publier une évaluation détaillée des preuves scientifiques et des forces et limites des études incluses dans un rapport distinct accessible au public.

L'élément 10 traite des méthodes utilisées pour formuler les recommandations et leurs résultats et pour parvenir aux décisions finales (p. ex. système de vote, consensus informel, techniques de consensus officiel telles que la méthode Delphi), en plus des façons de régler les points de désaccord. Pour chacun des trois documents, les équipes ont fait appel à la modélisation mathématique afin de calculer le risque relatif ou absolu associé à la consommation d'alcool et de déterminer un nombre maximum de verres quotidien et hebdomadaire. L'équipe australienne s'est servie du cadre GRADE de décision fondée sur des données probantes pour synthétiser les données et en faire des recommandations et un texte explicatif. Les directives britanniques et canadiennes



ne décrivent pas clairement le processus d'élaboration ou les méthodes qui ont mené aux recommandations finales, ni les points de désaccord et les façons de les régler.

Recommandations

- Formuler les recommandations en suivant un processus officiel.
- Dans une section sur la méthodologie ou le processus d'élaboration, décrire clairement :
 - le processus d'élaboration des recommandations (p. ex. étapes du cadre GRADE suivies, procédures de vote envisagées);
 - les résultats du processus (p. ex. résultats des procédures de vote);
 - l'influence du processus sur les recommandations (p. ex. effets des résultats du vote ou du cadre GRADE sur les recommandations finales);
 - les points de désaccord et les façons de les régler.

L'**élément 11** sert à établir si les bénéfices, les effets secondaires et les risques sanitaires ont été pris en considération dans la formulation des recommandations. Les directives doivent faire état des données complémentaires, à la fois des effets négatifs et risques et des bénéfices, et du rapport d'équilibre ou de compromis entre eux. Les recommandations doivent tenir compte des effets négatifs, des risques et des bénéfices. Dans leur modélisation mathématique et dans la formulation des recommandations, les trois documents contiennent des données complémentaires et de l'information sur les effets négatifs, les risques et les bénéfices associés à différents niveaux de consommation d'alcool. Par exemple, les questions de recherche des directives du Royaume-Uni et de l'Australie et les termes utilisés incluent à la fois les effets négatifs et les bénéfices de la consommation d'alcool, ce que les résultats obtenus reflètent. Les directives canadiennes présentent aussi les données complémentaires et les limites concernant les effets négatifs et risques et les bénéfices de différents niveaux de consommation d'alcool, et contiennent une analyse des résultats. De plus, chaque document décrit de manière exhaustive l'équilibre ou le compromis entre les effets négatifs et les risques, d'un côté, et les bénéfices, de l'autre. La directive britannique sur la consommation hebdomadaire, par exemple, comporte l'avertissement suivant : « Ces conseils concernant la consommation régulière reposent sur le fait que les personnes qui boivent autant ou plus que le niveau de faible risque recommandé voient tout effet protecteur de l'alcool sur le risque de mortalité disparaître et voient leur risque de mourir d'une maladie liée à l'alcool atteindre au moins 1 % » (traduction libre). L'équipe australienne résume les bénéfices et les effets négatifs dans une section à part du cadre GRADE de décision fondée sur des données probantes, et ce, pour chaque directive. Enfin, les auteurs canadiens expliquent le processus d'estimation du point où les risques et les bénéfices potentiels s'équivalent et en discutent.

Recommandations

- Faire état des données complémentaires et des bénéfices, des effets négatifs et des risques associés à différents niveaux et divers profils de consommation d'alcool.
- Préciser en quoi les recommandations finales tiennent compte des bénéfices et des effets négatifs et risques et du rapport de compromis entre eux (p. ex. intégrer des données sur les bénéfices et les effets négatifs et risques dans les modèles mathématiques et dans les techniques de consensus, officiels ou non).

L'**élément 12** sert à déterminer si les directives font un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent. Le lien doit montrer à l'utilisateur l'influence



des données sur chaque recommandation. Les directives de l'Australie et du Royaume-Uni résument cette influence avec clarté, en associant chaque recommandation à la base scientifique qui la sous-tend. Par exemple, la directive trois du document australien parle du lien qui l'unit aux données sur le risque de préjudices pour le fœtus et le bébé si la mère boit pendant la grossesse ou l'allaitement en ces mots : « La recherche n'indique aucune limite de consommation d'alcool sûre chez les femmes enceintes et allaitantes. En raison du risque de préjudices pour le fœtus, cette directive joue de prudence et recommande l'abstinence pendant la grossesse. Suivant le même principe, et en raison du risque de préjudices pour le bébé, elle recommande également l'abstinence pendant la période d'allaitement » (traduction libre). Un autre exemple est la directive britannique sur les épisodes ponctuels de consommation : « Ces conseils sur les épisodes ponctuels de consommation se fondent sur des études qui montrent clairement une hausse substantielle du risque de méfaits à court terme (accident, blessures et même décès) chez les gens qui boivent beaucoup d'alcool dans une même journée » (traduction libre). L'équipe canadienne décrit, tout au long du document, comment elle a utilisé et analysé les preuves scientifiques afin de formuler les recommandations. Cependant, les liens ne sont pas bien résumés et difficiles à repérer dans le texte. Les trois directives comprennent une mention et un état des faits clairs dans les cas où les preuves sont équivoques ou incertaines. Par exemple, le document australien comporte une section, dans le cadre GRADE de décision fondée sur des données probantes, qui indique le niveau de certitude des données pour chaque directive. La remarque suivante a été formulée pour la directive un : « La qualité des données prises en compte dans ces revues systématiques varie selon les principaux résultats observés. Selon le cadre GRADE, le niveau de preuve des données épidémiologiques typiques d'un problème de santé publique à grande échelle va de faible à très faible; c'est pourquoi le niveau de certitude de l'ensemble des données a été qualifié de très faible » (traduction libre). La directive trois s'accompagne d'une mise en garde semblable.

Recommandations

- Pour chaque recommandation, inclure une section d'information, un résumé ou un tableau de données probantes qui synthétise de façon claire les données sur lesquelles repose la recommandation.
- Expliciter le lien entre les données et les recommandations et l'influence des premières sur les deuxièmes, dans la section des résultats.
- Ajouter une mention et un état des faits clairs si la recommandation repose essentiellement sur un consensus parmi le groupe ayant élaboré les directives ou le groupe d'experts et si les preuves scientifiques sont lacunaires ou insuffisantes.

L'**élément 13** porte sur la révision des directives par des experts externes avant leur publication et sur les façons de procéder. Les directives doivent décrire le but et les objectifs de la révision externe (p. ex. améliorer la qualité), les méthodes utilisées (p. ex. échelle d'évaluation), les examinateurs externes ainsi que les résultats obtenus et leur utilisation dans la formulation finale. Aucune information sur une révision des directives britanniques par des experts externes avant leur publication n'a été trouvée. Les directives du Canada ont été revues par trois experts en épidémiologie de l'alcool, et des commentaires ont été fournis par des personnes et organisations ayant fait connaître leur opinion. Toutefois, elles ne disent rien sur les méthodes de révision, les résultats et renseignements recueillis et leur utilisation dans la formulation des directives finales. Des organisations associées à l'industrie de l'alcool ont aussi passé en revue et commenté les directives préliminaires, ce qui soulève une possibilité de conflit d'intérêts qui n'a pas été clairement traitée dans le rapport final. Les directives de l'Australie ont fait l'objet d'une révision par des experts indépendants de juillet à septembre 2020, à la suite de la consultation publique. Elles spécifient le



but de la révision externe (assurance de la qualité) ainsi que les noms des examinateurs, leurs affiliations et le processus de sélection. Elles listent aussi les résultats et les renseignements recueillis, ce qui comprend une synthèse des commentaires formulés par les experts et des mesures prises pour les mettre en pratique. Les méthodes utilisées ne sont toutefois pas précisées.

Recommandations

- Décrire les méthodes utilisées pour la révision externe dans une section distincte des directives, idéalement juste après la méthodologie ou les résultats.
- Expliquer clairement comment les résultats de la révision ont été utilisés dans la formulation des directives finales.

L'**élément 14** s'intéresse à la méthodologie et à la procédure d'actualisation des directives. Celles-ci doivent comprendre une mention claire disant qu'elles seront actualisées, ainsi qu'un intervalle ou un critère de mise à jour explicite. Aucune mention d'actualisation future n'a été trouvée dans les directives du Royaume-Uni. Dans les directives canadiennes, on lit qu'« [a]vec le développement de ce domaine de connaissances, il est donc recommandé de réviser régulièrement les directives proposées », mais aucune façon de faire n'est proposée. Les directives australiennes indiquent qu'elles seront actualisées quand la recherche montrera qu'il est temps de le faire. Le NHMRC présente ses recommandations et d'autres informations « en temps réel » (traduction libre) sur la plateforme numérique de création et de publication MAGICapp, où il peut mettre à jour des éléments ou des modules et afficher un historique des modifications. Aucune méthode d'actualisation n'est cependant clairement nommée.

Recommandations

- Inclure dans les directives une mention claire sur leur actualisation, y compris un intervalle ou un critère de mise à jour explicite (p. ex. « ces directives seront mises à jour quand les connaissances sur le sujet changeront »; « ces directives seront revues tous les cinq ans »).
- Fournir la méthodologie de la procédure de mise à jour.

Domaine 4. Clarté et présentation

Le domaine 4 est composé de trois éléments centrés sur la formulation, la structure et la forme des directives et des recommandations.

L'**élément 15** sert à déterminer si les recommandations sont précises et sans ambiguïté. Les recommandations doivent décrire les mesures recommandées et leur but ou objectif, énumérer les populations concernées pour chaque option ou situation et expliquer toute mise en garde ou incertitude. Les directives de l'Australie contiennent des descriptions précises et concrètes qui répondent aux critères de cet élément pour toutes les recommandations. Elles dressent un portrait clair des caractéristiques des patients ou des situations qui empêchent l'application des recommandations (antécédents familiaux de dépendance à l'alcool, prise de médicaments, supervision d'enfants, participation à des activités qui nécessitent de l'attention ou de la concentration ou qui mobilisent des compétences physiques ou mentales, etc.). Les directives britanniques et canadiennes décrivent aussi leurs recommandations conformément aux critères de l'élément, sauf que la clarté et la précision font parfois défaut. La directive du Royaume-Uni sur les épisodes ponctuels de consommation, par exemple, est vague (« les hommes et les femmes qui veulent maintenir à un faible niveau les risques à court terme sur la santé des épisodes ponctuels de consommation devraient réduire ces risques en limitant la quantité d'alcool consommée en une



même occasion » [traduction libre]). Un autre exemple est la directive un du document canadien, qui semble parler des populations exclues des directives deux et trois, et non donner une recommandation assortie d'un but clair.

Recommandations

- Fournir des recommandations précises et ciblées sur l'option appropriée pour chaque population (p. ex. « les hommes et femmes adultes en santé ne devraient pas boire plus que X verres standards par semaine »; « les femmes enceintes ou qui prévoient le devenir ne devraient pas boire d'alcool »).
- Spécifier le but ou l'objectif de la recommandation (p. ex. « réduire le risque de méfaits que pose la morbidité associée à l'alcool »; « réduire le risque de méfaits pour l'enfant à naître »).
- Inclure des énoncés descriptifs, notamment sur les populations ou les situations exclues, pour chaque recommandation.

L'**élément 16** examine la présentation des différentes options de prise en charge de l'état ou du problème de santé. Il n'a pas nécessairement un lien direct avec les DCAFR : il est surtout pertinent pour les directives de prise en charge d'une maladie qui donnent des options en matière de dépistage, de prévention, de diagnostic et de traitement. Les trois documents comportent tout de même quelques options pratiques pour leurs principales recommandations. Les directives canadiennes précisent que si un jeune décide de commencer à boire, alors la consommation doit être faible et se faire dans un environnement sûr, sous la supervision des parents. Toutes les directives australiennes sont accompagnées d'informations pratiques (comme des trucs sur « quand consommer moins », pour la directive un; sur les « moyens de réduire les chances que mes enfants boivent », pour la directive deux; et sur « les conséquences de la consommation d'alcool » chez les femmes allaitantes, pour la directive trois [traductions libres]). De plus, les directives canadiennes et britanniques mentionnent qu'il est important, si on décide de boire de l'alcool, de manger en même temps et d'alterner avec des boissons non alcoolisées sans caféine. Enfin, les trois documents contiennent des recommandations sur les situations où la consommation d'alcool poserait un risque accru et sur les populations pour qui la consommation d'alcool est associée à un risque accru.

Recommandations

- Considérer différentes options en ajoutant, à proximité de la directive pertinente, de l'information pratique destinée aux personnes qui choisiraient de ne pas la suivre.

L'**élément 17** évalue la présentation des recommandations principales et vérifie si elles sont faciles à repérer dans le document de directives (p. ex. résumées dans un encadré, mises en gras ou indiquées en couleur). Dans les trois cas, les recommandations sont rédigées de façon limpide, bien regroupées et faciles à trouver, et sont résumées dans un encadré, mises en évidence en caractères gras ou écrites dans une police ou sur un arrière-plan de couleur.

Recommandations

- Présenter les directives principales dans un encadré de couleur, en gras.
- Résumer la base scientifique sur laquelle s'appuie la directive dans un encadré.



Domaine 5. Applicabilité

Le domaine 5 englobe quatre éléments qui se penchent respectivement sur les facteurs facilitant et entravant l'application des directives, les stratégies et outils favorisant leur adoption, les répercussions potentielles sur les ressources, et les critères de suivi et de vérification des directives.

L'**élément 18** traite des facteurs qui facilitent l'application des directives ainsi que des obstacles potentiels. Ces points ne sont pas clairement énoncés dans les directives de l'Australie et du Canada. Le document britannique en cite et en explique quelques-uns qui pourraient influencer l'application des directives dans les populations cliniques et la population générale (p. ex. financement public, influence de l'industrie, durée de la campagne de lancement).

Recommandations

- Faire des recherches pour découvrir les éléments facilitateurs et les obstacles.
- Présenter les méthodes d'investigation utilisées et les résultats de la démarche.
- Décrire l'influence de ces résultats sur l'élaboration des directives et les recommandations.

L'**élément 19** se rapporte aux outils et aux ressources présentés pour faciliter l'application des directives (p. ex. document résumé, matériel éducatif, solutions liées à l'analyse des obstacles, outils pour tirer profit des éléments facilitateurs). Les directives du Royaume-Uni comportent une section sur les outils et ressources facilitant leur mise en pratique pour les populations cliniques et la population générale. Elle inclut aussi des liens vers des documents de directives, une liste de contrôle, et les résultats et les leçons tirées d'un essai pilote mené auprès du public. Les directives canadiennes, quant à elles, contiennent des recommandations sur les communications à leur sujet et décrivent des outils et ressources facilitant leur application (ressources Web interactives, outils qui font comprendre aux buveurs d'alcool le nombre de verres standards consommés, etc.). Enfin, les directives de l'Australie précisent que le gouvernement du pays est responsable de la mise en œuvre de leur contenu et qu'il créera une gamme de ressources pour informer les personnes et les collectivités. Pour faciliter leur mise en pratique, elles utilisent principalement deux outils : la plateforme numérique de création et de publication MAGICapp, pour présenter les directives « en temps réel » (traduction libre), et une annexe qui donne des informations pratiques sur l'application de chaque directive pour différents groupes d'utilisateurs cibles.

Recommandations

- Consacrer une section des directives à leur application et y parler des outils et ressources susceptibles de faciliter cette étape (p. ex. documents résumés, résultats et leçons tirées d'essais pilotes, matériel éducatif, solutions liées à l'analyse des obstacles, outils pour tirer profit des éléments facilitateurs).
- Préciser ce que les utilisateurs doivent faire pour accéder aux outils et aux ressources.

L'**élément 20** porte sur la prise en considération des répercussions potentielles de l'application des recommandations sur les ressources. Aucun des trois documents de directives ne parle des types de coûts ni n'estime les coûts associés à l'application des recommandations.

Recommandations

- Relever les types de coûts associés à l'application des directives, même si le groupe chargé de l'élaboration de celles-ci n'a pas la responsabilité de les mettre en pratique. Dans cette situation,



le groupe pourrait ne pas être en mesure de calculer directement les coûts. Cela dit, il doit tout de même nommer les ressources potentielles et les types de coûts pertinents.

- Présenter les méthodes utilisées pour obtenir l'information sur les coûts et décrire l'utilisation des données recueillies dans l'élaboration des directives et la formulation des recommandations.

L'**élément 21** considère les critères de suivi et de vérification proposés tirés des principales recommandations. Ces critères peuvent servir à mesurer l'application des directives et prendre la forme de mesures de processus, de mesures comportementales, de mesures des résultats cliniques ou de mesures des résultats pour la santé. Les trois documents comprennent des recommandations quantitatives qui conviennent bien à l'évaluation par des enquêtes nationales. Par exemple, les directives du Royaume-Uni conseillent de ne pas prendre plus de 14 unités par semaine régulièrement et de répartir cette quantité également sur trois jours ou plus; les directives de l'Australie, elles, recommandent de ne pas boire plus de 10 verres standards par semaine ni plus de 4 verres standards en une journée. Les directives du Canada préconisent une consommation maximale de 0 à 2 verres standards par jour et de 10 verres standards par semaine pour les femmes, et, pour les hommes, de 0 à 3 verres standards par jour et de 15 verres standards par semaine. Toutefois, les autres recommandations ne sont pas accompagnées de seuils précis, ce qui fait que la vérification de leur respect est difficile. Par exemple, les directives du Royaume-Uni recommandent de limiter la quantité d'alcool bue en une même occasion pour maintenir à un faible niveau les risques à court terme sur la santé des épisodes ponctuels de consommation, mais sans préciser de quantité maximale.

Recommandations

- Indiquer des critères d'évaluation de l'application des directives ou de l'adhésion aux recommandations.
- Fournir des définitions opérationnelles des façons dont les critères devraient être mesurés.
- Recommander une fréquence et un intervalle d'évaluation, et donner une mesure de référence.

Domaine 6. Indépendance éditoriale

Le domaine 6 regroupe deux éléments qui évaluent si la préparation des recommandations n'aurait pas été indûment influencée par des intérêts concurrents.

L'**élément 22** s'intéresse à l'influence potentielle des organismes ou sources de financement sur le contenu des directives. Le financement externe peut viser l'ensemble du processus d'élaboration ou seulement certaines parties. Les directives doivent nommer l'organisme qui en a financé l'élaboration et comporter une mention explicite au sujet de son influence sur le contenu. Les trois documents citent les sources de financement, mais aucun ne mentionne explicitement leur influence sur les directives. Toutes les directives ont été évaluées ou commentées par des organismes de financement. Il n'est cependant pas clair si les groupes qui les ont élaborées se sont prémunis contre l'influence potentielle de ces organismes. Par exemple, dans les directives australiennes, on lit ceci : « Le ministère de la Santé de l'Australie a donné au NHMRC le mandat d'actualiser les directives de 2009 et a contribué à financer l'évaluation intégrale des données probantes et d'autres dépenses associées au projet. Le NHMRC a versé du financement pour payer les salaires, les frais liés au comité et la modélisation mathématique. Pour mettre la touche finale aux directives préliminaires avant la consultation publique, il a sollicité la rétroaction de son groupe consultatif de la communauté et des consommateurs, de son caucus autochtone des comités



principaux ainsi que du ministère de la Santé » (traduction libre). Les directives ont beau mentionner que le ministère de la Santé local a donné ses commentaires, il n'y a aucune mention explicite de l'influence qu'il aurait pu avoir sur le contenu.

Recommandations

- Nommer l'organisme ou la source de financement.
- Mentionner explicitement que les opinions et les intérêts du bailleur de fonds n'ont pas influencé les recommandations finales.

L'**élément 23** vise les déclarations d'intérêts des membres du groupe d'élaboration. Les directives doivent indiquer de manière explicite que tous les membres ont déclaré avoir ou non des intérêts concurrents. Celles de l'Australie décrivent en détail le processus. Les déclarations des membres du groupe sont accessibles à tous sur la page Web des directives. Quant aux directives du Royaume-Uni, bien que les déclarations d'intérêts des membres soient regroupées dans un document distinct, le document principal ne contient aucune mention explicite à ce sujet, ni aucune explication sur la façon dont les intérêts concurrents, le cas échéant, ont été pris en compte et atténués. Les directives du Canada – le document principal comme les documents connexes – sont muettes en ce qui concerne la déclaration d'intérêts concurrents par les membres du groupe. Des organisations de l'industrie de l'alcool ont participé à une consultation sur les DCAFR du Canada préliminaires, ce qui soulève une possibilité de conflit d'intérêts. On ne sait pas dans quelle mesure leur avis a servi dans le processus d'élaboration des directives.

Recommandations

- Décrire les types d'intérêts concurrents pris en compte et les méthodes utilisées pour faire ressortir ces intérêts potentiels.
- Faire remplir une déclaration d'intérêts par tous les membres du groupe et rendre le tout public sur la page Web des directives.
- Indiquer comment les intérêts concurrents ont été atténués dans le processus d'élaboration des directives.
- Inclure dans les directives une mention disant explicitement que tous les membres ont déclaré leurs intérêts concurrents.

Évaluation générale

Les deux évaluateurs ont noté la qualité globale des directives sur une échelle de 1 (qualité minimale) à 7 (qualité maximale). Des trois documents de directives, c'est celui de l'Australie qui a obtenu le plus haut score, soit 6, suivi par celui du Royaume-Uni, avec 4,5, et enfin celui du Canada, avec 3,5 (tableau 1).

Les directives australiennes ont obtenu un score presque maximal pour tous les éléments liés aux méthodes de recherche et de sélection des preuves scientifiques (domaine 3, éléments 7 à 12) et pour beaucoup d'éléments des cinq autres domaines. L'emploi d'une méthode reconnue internationalement, le cadre GRADE, pour la recherche, la sélection et la synthèse de données et leur transformation en recommandations a rehaussé la qualité du résultat. En décrivant avec précision, clarté et détails les méthodes utilisées à chaque étape du processus d'élaboration, les auteurs ont permis la reproduction et l'actualisation de leur travail. En outre, dans une optique d'assurance de la qualité, les directives australiennes et leurs modèles ont fait l'objet de révisions



par des experts indépendants et de consultations publiques. Les résultats et les renseignements recueillis ont servi à bonifier la version finale. Malgré la rigueur impressionnante de leur processus d'élaboration, les directives de l'Australie ont reçu de faibles scores pour les éléments liés à l'applicabilité et à la mise en pratique (domaine 5). On comprend que c'est le gouvernement du pays qui a la responsabilité de mettre en œuvre les directives, mais il aurait été utile que l'équipe décrive les facteurs facilitant et entravant leur application et ajoute des conseils, stratégies et outils de mise en pratique des recommandations.

Un des points forts majeurs des directives britanniques est l'étendue des facteurs pris en compte dans la formulation des directives finales à partir des données. Ces facteurs comprennent les modèles mathématiques, les connaissances et leçons tirées des directives antérieures ainsi que les opinions et les préférences des populations cibles. À noter que l'équipe britannique a adopté une approche exhaustive pour relever les opinions et les préférences des groupes concernés (recherche systématique, groupes de discussion et enquêtes auxquelles participent des populations cibles, consultations publiques), puis a intégré les résultats dans ses recommandations finales. Elle a également passé au peigne fin la littérature scientifique et évalué la qualité des résultats publiés, bien qu'elle n'ait pas utilisé le cadre GRADE. Cependant, l'organisation des documents accessibles sur le site Web est déficiente, ce qui rend difficile la recherche d'information. Les processus d'élaboration et la méthodologie auraient intérêt à être décrits plus clairement (termes de recherches employés, étapes de la prise de décisions, etc.). Enfin, les directives n'ont pas été évaluées par des examinateurs experts indépendants.

Pour leur part, les directives du Canada ont comme avantages de fournir de recommandations claires et explicites et des exemples d'usages concrets, d'appliquer les connaissances et de proposer du matériel éducatif. Leurs deux principales lacunes concernent la rigueur d'élaboration (domaine 3) et la question de l'indépendance éditoriale (domaine 6). Premièrement, même si les auteurs sont partis d'un ensemble de données exhaustif, le détail de la méthodologie et les sources scientifiques (revues de la littérature, études incluses, critères d'inclusion et d'exclusion des données, etc.) ne sont pas divulgués. Il n'est donc pas possible d'apprécier et de commenter les méthodes utilisées, sans compter que la description de celles qui ont servi à formuler des recommandations manque de clarté. Deuxièmement, les directives ne comportent aucune mention explicite concernant la déclaration d'intérêts concurrents par les membres de l'équipe ou l'influence de ces intérêts sur le processus d'élaboration. De plus, des organisations associées à l'industrie de l'alcool ont examiné et commenté la version préliminaire, ce qui soulève une possibilité de conflit d'intérêts. Rien n'est dit sur la révision qu'elles ont effectuée ni sur une quelconque prise en compte de leurs commentaires dans la version finale.

Les trois documents, outre les forces et les limites mentionnées plus haut, sont limités dans une certaine mesure dans leur description des éléments relatifs à l'applicabilité et à la mise en pratique des recommandations (domaine 5). Plusieurs autres aspects et éléments ne sont pas suffisamment développés ou limpides. Par exemple, aucun des trois documents ne contient un plan clair d'actualisation des recommandations.



Conclusions et orientations futures

En conclusion, les deux évaluateurs recommandent d'adapter des parties des directives existantes pour actualiser les DCAFR du Canada. Les résultats des recherches systématiques et des évaluations associées des risques et bénéfiques de la consommation d'alcool menées par le groupe qui a élaboré les directives australiennes pourraient être utilisées, après un examen de la crédibilité des cadres GRADE remplis. La qualité, les forces et les limites des quatre revues systématiques supplémentaires réalisées par le groupe pour pallier les lacunes dans les données ainsi que le risque de partialité des études incluses devraient être évalués à l'aide d'outils standardisés, comme les outils AMSTAR et ROBIS. Il faudra élargir la portée des recherches systématiques qui ont mené aux directives australiennes afin d'englober les dernières années (elles allaient du 1^{er} janvier 2007 au 5 janvier 2017). Il pourrait être judicieux d'inclure de nouvelles recherches sur des termes relatifs aux effets sociaux de la consommation d'alcool (p. ex. violence familiale, négligence envers les enfants). Les groupes d'experts conseillent aussi d'examiner le recours à l'analyse comparative entre les sexes et les genres (ACSG) dans les preuves scientifiques dégagées et les revues systématiques incluses.

Les évaluateurs recommandent également d'utiliser une partie du travail accompli par le groupe d'experts sur la recherche comportementale du Royaume-Uni en vue de mieux intégrer les opinions, les préférences et les attentes des groupes concernés, du public et des populations cibles des directives en contexte canadien. Pour ce faire, il faudra passer en revue les documents et la méthodologie de l'équipe, y compris la recherche systématique de la littérature sur les perceptions et les réactions par rapport aux directives de santé publique officielles, la consultation publique et la recherche qualitative, dans le but d'améliorer la clarté et l'applicabilité des directives. Les directives du Canada et du Royaume-Uni explorent quelques outils et ressources facilitant l'application de nouvelles directives pour les populations cliniques et la population générale. La recommandation est ici de poursuivre la discussion et d'inclure davantage d'outils et de ressources qui intéresseront un jeune public.



Bibliographie

- AGREE Next Steps Consortium. *The AGREE II instrument [electronic version]*, 2017. Consulté sur le site : <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>
- Brouwers, M.C., M.E. Kho, G.P. Browman, J.S. Burgers, F. Cluzeau, G. Feder, ... et AGREE Next Steps Consortium. « AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care », *Revue de l'Association médicale canadienne*, vol. 182, n° 18, 2010, p. E839–E842. Consulté sur le site : <https://www.cmaj.ca/content/182/18/E839>
- Butt, P., D. Beirness, L. Gliksman, C. Paradis et T. Stockwell. *L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2011.
- Centre for Public Health. *Appendix 3 CMO Alcohol Guidelines Behavioural Review*, Liverpool (R.-U.), Liverpool John Moores University, 2016a. Consulté sur le site : <https://app.box.com/s/wlludrmim3gd83r28c4oqb3upj68cqia/file/46692289837>
- Centre for Public Health. *Appendix 4 CMO Alcohol Guidelines Health Evidence Expert Report*, Liverpool (R.-U.), Liverpool John Moores University, 2016b. Consulté sur le site : <https://app.box.com/s/wlludrmim3gd83r28c4oqb3upj68cqia/file/46692289869>
- Department of Health. *Alcohol guidelines review – Report from the guidelines development group to the UK Chief Medical Officers*, Londres (R.-U.), chez l'auteur, 2016. Consulté sur le site : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545739/GDG_report-Jan2016.pdf
- Grimshaw, J.M. et I.T. Russell. « Effect of clinical guidelines on medical practice: A systematic review of rigorous evaluations », *The Lancet*, vol. 342, n° 8883, 1993, p. 1317–1322. Consulté sur le site : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PII0140-6736\(93\)92244-N/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PII0140-6736(93)92244-N/fulltext)
- Grol, R. « Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice », *Medical Care*, vol. 39, n° 8, 2001, p. II-46–II-54.
- Koo, T.K. et M.Y. Li. « A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research », *Journal of Chiropractic Medicine*, vol. 15, n° 2, 2016, p. 155–163.
- National Health and Medical Research Council. *Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol*, Canberra (Australie), chez l'auteur, 2020. Consulté sur le site : <https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/australian-guidelines-reduce-health-risks-drinking-alcohol#block-views-block-file-attachments-content-block-1>
- NHMRC Clinical Trials Centre. *Evaluating the evidence on the health effects of alcohol consumption: Evidence evaluation report*, Sydney (Australie), University of Sydney, 2020a. Consulté sur le site : <https://www.nhmrc.gov.au/sites/default/files/documents/attachments/Alcohol/1-evidence-evaluation-report.pdf>
- NHMRC Clinical Trials Centre. *Evaluating the evidence on the health effects of alcohol consumption: Technical report*, Sydney (Australie), University of Sydney, 2020b. Consulté sur le site : <https://www.nhmrc.gov.au/sites/default/files/documents/attachments/Alcohol/2-technical-rep-evaluating-evidence.pdf>



- Schünemann, H.J., W. Wiercioch, J. Brozek, I. Etxeandia-Ikobaltzeta, R.A. Mustafa, V. Manja, ... et E.A. Akl. « GRADE evidence to decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 81, 2017, p. 101–110. Consulté sur le site : [https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(16\)30482-6/fulltext](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(16)30482-6/fulltext)
- U.K. Chief Medical Officers. *UK Chief Medical Officers' low risk drinking guidelines*, Londres (R.-U.), Department of Health, 2016. Consulté sur le site : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545937/UK_CMOs__report.pdf