

Les guides d'exercice clinique en dentisterie : Partie I. Explorer de nouvelles voies

- Susan E. Sutherland, DDS •
- Debora C. Matthews, DDS, Dip. Perio., M.Sc. •
- Peter Fendrich, BA, DDS •

S o m m a i r e

Les guides d'exercice clinique (GEC) sont des outils conçus par et pour les praticiens, pour les aider dans la prise de décisions cliniques. Ces outils visent à améliorer, mais non à remplacer, le jugement et l'expertise cliniques. Les guides bien conçus s'appuient sur des méthodes fondées sur les faits, lesquelles consistent à rassembler, d'une manière méthodique, objective et globale, l'ensemble des données de recherche portant sur un sujet, puis à formuler des recommandations à la lumière des données recueillies; les praticiens sont également consultés avant l'élaboration du guide final. Cependant, il existe de nombreuses idées fausses au sujet des GEC, et certains dentistes se méfient de leur processus d'élaboration et de leur utilisation. Nous examinons dans cet article quelques-unes des causes susceptibles d'expliquer ces idées fausses, passons en revue les avantages d'un guide rigoureux et discutons de certains défis à relever en vue de l'élaboration de GEC en dentisterie au Canada.

Mots clés MeSH : dental care/standards; evidence-based medicine; practice guidelines

© J Can Dent Assoc 2001; 67:379-83
Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.

Les GEC ont été définis comme des «énoncés conçus méthodiquement pour aider les dentistes et les patients à prendre des décisions sur les soins de santé appropriés à des cas cliniques précis»¹. Les guides d'exercice utiles et dignes de foi s'appuient sur les méthodes fondées sur les faits pour assembler, organiser et résumer les meilleures données issues de la recherche clinique. Ces données sont ensuite combinées à l'expertise clinique d'un certain nombre de professionnels de la santé pour élaborer les recommandations cliniques (c.-à-d., les GEC). Les GEC visent donc à *améliorer* le jugement clinique, mais non à le *remplacer*.

Les guides d'exercice fondés sur les faits s'appuient sur un *recensement méthodique* de la littérature. Pareille étude requiert l'utilisation de méthodes rigoureuses et explicites, pour consulter l'ensemble des données de recherche clinique qui portent sur une question et en faire une évaluation critique. En évaluant ainsi les données scientifiques d'une manière rigoureuse et structurée, il peut alors être possible de déterminer quelles interventions sont bénéfiques et lesquelles sont inefficaces, voire néfastes, et aussi de déterminer quels sont les domaines où les données de recherche sont déficientes, contradictoires ou tout simplement inexistantes.

À l'opposé, les paramètres des soins sont habituellement basés sur des *études sommaires*, le type d'études avec lesquelles les dentistes sont les plus familiers. Les études sommaires sont souvent rédigées par un seul spécialiste qui s'appuie, pour ce faire, sur son interprétation des données publiées. Il peut arriver toutefois qu'un biais s'introduise dans cette recherche documentaire qui est axée sur les vues de l'examineur. Même si cela n'est pas fait de façon délibérée, il n'en demeure pas moins qu'il en résulte un processus qui ne peut être répété et, donc, que le lecteur ne peut vérifier les hypothèses mises de l'avant par l'auteur. Le **Tableau 1** présente une comparaison entre les études méthodique et sommaire.

L'élaboration de GEC en dentisterie n'en est encore qu'à ses débuts. Bien qu'un certain nombre d'organismes aient défini des paramètres de soins, ainsi que des directives et des normes de soins basées sur l'opinion d'experts ou émanant de consensus, très peu de GEC — fondés sur les faits, ayant fait l'objet d'une révision par les pairs et validés par des praticiens dentistes — ont été publiés à ce jour. Au Canada, plusieurs guides s'inspirant de la méthode préconisée par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs ont été élaborés²⁻⁴. Cette approche prévoit notamment un examen méthodique et exhaustif de la documentation, ainsi que la consultation d'un

Tableau 1 Comparaison entre l'étude méthodique et l'étude sommaire

Étude méthodique	Étude sommaire
<ul style="list-style-type: none"> • utilisation de méthodes systématiques pour contrôler le biais et les imprécisions 	<ul style="list-style-type: none"> • subjective et peut être biaisée
<ul style="list-style-type: none"> • utilisation de méthodes scientifiques rigoureuses pour la recherche documentaire et la présentation des résultats 	<ul style="list-style-type: none"> • absence de méthodes explicites pour la recherche documentaire ou la présentation des résultats
<ul style="list-style-type: none"> • peut être reproduite 	<ul style="list-style-type: none"> • ne peut être reproduite

groupe d'experts et de spécialistes de la méthodologie pour la formulation de recommandations cliniques. S'appuyant sur ces méthodes et d'autres méthodes fondées sur les faits, le département de santé publique de North York et l'unité de recherche des services communautaires de soins buccodentaires de l'Université de Toronto ont rédigé un certain nombre de rapports fondés sur des faits ainsi que des guides d'exercice sur les soins dentaires à prodiguer aux enfants dans le service de santé dentaire public de North York⁵. En plus de se baser sur les résultats d'examen méthodiques et l'opinion d'experts, ce groupe a tenu compte des commentaires de divers intervenants dans la formulation de ses recommandations cliniques.

Récemment, la Collaboration canadienne sur les GEC en médecine dentaire a été mise sur pied, à titre d'organisme national autonome chargé de l'élaboration de guides d'exercice s'appuyant sur les principes de l'exercice fondé sur les faits, c'est-à-dire sur l'utilisation d'une méthodologie explicite et rigoureuse et d'un processus transparent et intégral, axé sur la consultation⁶. Les GEC peuvent être bénéfiques, à la fois pour la profession et les patients. Ils améliorent en effet la qualité de l'information communiquée aux praticiens dentistes, facilitent la prise de décisions et, de ce fait, améliorent la qualité des soins dispensés aux patients. D'où l'importance de dissiper certaines idées fausses au sujet des GEC et de s'assurer que les dentistes canadiens comprennent bien les principes qui sous-tendent les GEC.

Dissiper les idées fausses au sujet des GEC

Certains dentistes estiment que l'établissement de guides d'exercice fondés sur les faits est un exercice qui aurait dû être fait depuis longtemps. Malheureusement, de nombreuses impressions fausses persistent au sujet du processus d'élaboration de ces guides. Certains dentistes estiment ainsi qu'il s'agit, au mieux, d'un exercice théorique inefficace ou pire, que les guides constituent une atteinte à leur jugement et autonomie professionnels et qu'ils risquent d'être invoqués contre un dentiste dans le cas de mesures disciplinaires ou de poursuites. D'autres craignent les répercussions économiques inévitables que pourraient avoir les guides d'exercice, si des assureurs tiers payeurs s'appuyaient sur leurs recommandations (peut-être basées sur des données non valables ou sur des méthodologies douteuses) pour refuser ou cesser de couvrir certains services dentaires.

Il arrive parfois que l'on confonde directives cliniques et normes de soins, ces dernières étant des exigences prescrites en vertu des lois du gouvernement⁷. Or cette confusion peut causer de grandes appréhensions au sujet de l'ensemble du

processus d'élaboration des directives^{8,9}. Cette anxiété ne se limite toutefois pas aux dentistes, comme l'indiquent les résultats d'un récent sondage aléatoire réalisé auprès de 3000 médecins de famille canadiens, pour évaluer leurs attitudes à l'égard des guides d'exercice. Alors que les répondants se sont dit très confiants à l'égard des directives élaborées par les cliniciens, de 51 % à 77 % ont dit avoir *peu* confiance dans les directives mises en place par les ministères fédéral ou provinciaux de la santé ou dans le cadre des régimes d'assurance-maladie¹⁰. De même, lorsque des internistes membres du American College of Physicians (ACP) ont été interrogés au sujet des GEC, 82 % ont déclaré avoir confiance dans les guides élaborés par l'ACP. Cependant, seulement 6 % ont dit faire confiance aux directives élaborées par la Croix bleue et 68 % ont dit craindre que ces guides ne soient utilisés pour prendre des mesures disciplinaires à l'endroit des médecins¹¹. Des préoccupations financières et juridiques et peut-être, plus important encore, la crainte que la relation clinicien-patient ne soit soumise à un contrôle externe, sont à l'origine de ces soupçons. En revanche, lorsque l'élaboration des guides d'exercice se fait de manière ouverte et concertée, en consultation avec les dentistes, ces outils sont alors acceptés et même bien accueillis par les cliniciens dont l'horaire est fort chargé¹⁰⁻¹³, comme en témoignent les résultats d'une enquête menée auprès de dentistes ontariens : bien qu'une proportion appréciable de dentistes soient favorables à l'établissement de guides d'exercice, 83 % estiment que tout nouveau guide doit être revu par les praticiens dentistes et modifié à la lumière de leurs commentaires, avant d'être mis en œuvre¹⁴.

Un des obstacles à l'acceptation de directives vient de ce que certains craignent que ces directives ne soient utilisées par les décideurs, et plus particulièrement par les tiers payants, ce qui pourrait avoir des effets négatifs sur l'autonomie clinique. En France, par exemple, on s'est servi de l'établissement de directives obligatoires pour réduire les coûts des soins de santé¹⁵ et, aux États-Unis, des guides d'exercice servent de protocoles rigides auxquels sont tenus d'adhérer les médecins américains affiliés à certains organismes de gestion des soins pour avoir droit à un remboursement¹⁶. Dans le contexte canadien, où le régime de rémunération à l'acte s'applique à la plupart des dentistes canadiens, certains craignent que toute recommandation qui serait défavorable à la pratique d'une intervention n'incite les assureurs à cesser de couvrir certains services dentaires, sans tenir compte des besoins particuliers du patient. En Grande-Bretagne, le National Health Service (NHS), qui appuie et finance l'élaboration de guides d'exercice

visant à améliorer les soins de santé fondés sur les faits, a déclaré que les GEC du NHS visent à conseiller les praticiens et les patients dans la prise de décisions. Ces guides constitueront des aides à la prise de décision mais n'auront aucune force obligatoire¹⁷. C'est cette même philosophie qui guidera l'élaboration des GEC en dentisterie, au Canada¹⁸.

L'élaboration de guides d'exercice a des répercussions juridiques de 2 ordres. Elle nous amène premièrement à nous interroger sur la responsabilité des personnes et des organismes qui rédigent ces guides. Ainsi, si la méthodologie utilisée manque de rigueur et de transparence, le guide qui en résultera risque d'être biaisé. En France, des préoccupations au sujet du manque d'impartialité dans l'élaboration des guides d'exercice obligatoires ont mené au dépôt de plaintes officielles de conduite répréhensible de la part des concepteurs de ces guides¹⁹. Si un guide est inadéquat ou préjudiciable, en particulier s'il est rigide et entrave le jugement professionnel, par exemple, à cause de contraintes financières ou réglementaires, des poursuites risquent d'être intentées contre ses auteurs²⁰. C'est ce qui explique que très peu de guides d'exercice, même établis par des organismes de réglementation professionnelle ou d'autres autorités, auront force obligatoire.

L'élaboration de guides d'exercice soulève deuxièmement la question de la responsabilité des praticiens. Les praticiens peuvent croire que les guides d'exercice pourraient devenir des normes de soins qui seront invoquées contre eux dans les cas de poursuite pour négligence professionnelle. Jusqu'à maintenant, toutefois, ceci ne s'est jamais produit. Jutras²⁰ indique clairement que les guides d'exercice en médecine ne seront pas considérés, par les tribunaux, comme la norme juridique en matière de soins, à moins qu'une forte proportion d'intervenants de la santé n'estiment que ces guides correspondent à des soins raisonnables et recherchés par la majorité. Même en pareil cas, ajoute-t-il, les guides d'exercice seraient rarement décisifs et seraient tout simplement considérés comme une opinion parmi d'autres. Dans le même ordre d'idées, Timothy Caulfield, avocat spécialiste des politiques en matière de santé, a déclaré que les GEC, peu importe la rigueur avec laquelle ils sont élaborés, se résumeront toujours à un énoncé de faits — des faits qui peuvent être réfutés — et qu'ils ne constitueront pas une codification des normes en matière de soins²¹. À noter toutefois que l'entrée en vigueur de guides d'exercice rigides ne dégagerait pas nécessairement un clinicien de sa responsabilité personnelle, si un patient devait subir des préjudices attribuables à la mise en œuvre d'une directive déraisonnable ou qui ne convient pas à ce patient²⁰.

Un autre inconvénient invoqué, au sujet de l'élaboration des guides d'exercice, vient de ce que ceci pourrait promouvoir des «livres de recettes» de la dentisterie qui ferait fi de l'expertise clinique et des valeurs du patient. Les dentistes peuvent craindre également que les guides d'exercice ne contribuent à

l'imposition de contrôles externes sur l'exercice clinique et à l'établissement de règles inflexibles, qui s'appliqueraient à tous les patients sans égard à leurs antécédents médicaux ou à leur situation particulière. La relation entre le dentiste et son patient, de même que le processus de prise de décisions visant à déterminer le traitement à privilégier, sont complexes. Dans cette optique, il a été proposé que les guides d'exercice servent de voie à suivre pour éviter que les cliniciens ne s'écartent trop des normes, plutôt que de proposer des «recettes» dont les «ingrédients» sont variables et souvent imprévisibles²².

Avantages des GEC

Les GEC peuvent favoriser l'uniformité des soins, à l'intérieur d'un cadre qui offre malgré tout une certaine latitude. Il a été démontré que les décisions des dentistes en matière de traitement varient considérablement²³⁻²⁵. Même si les médias laissent entendre que pareille variation témoigne d'un exercice contraire à l'éthique, les raisons de cette variation sont multifactorielles et complexes^{26,27}. Cette variation peut résulter en effet de l'évaluation du patient en tant que personne unique qui fait intervenir un compromis entre les risques et les avantages. Envisagée sous cet angle, une certaine variation dans la prise de décisions est non seulement acceptable, mais souhaitable. Parallèlement, la réalité — et les dangers — des pratiques douteuses et inhabituelles donnent à réfléchir^{28,29}. En donnant aux dentistes accès à une synthèse à jour des meilleures données de recherche disponibles, ainsi qu'à des recommandations qui s'appliquent au patient «moyen» dans des conditions «ordinaires», des guides d'exercice bien conçus font la promotion d'un niveau adéquat de soins uniformes, sans pour autant les dicter.

L'élaboration de GEC fondés sur les faits devrait améliorer l'image de la dentisterie, en témoignant de l'engagement de la profession en faveur d'un exercice fondé sur les faits. Les consommateurs sont de mieux en mieux informés sur les guides d'exercice qui existent dans d'autres domaines de la santé et ils y ont de plus en plus accès, et cet accès a pour effet de créer des attentes similaires dans d'autres domaines. Selon un récent sondage réalisé aux États-Unis, plus de 8 Américains sur 10, âgés de moins de 60 ans, utilisent un ordinateur au travail ou à la maison³⁹. Grâce à Internet, les patients ont accès gratuitement à de nombreuses données sur la santé, notamment aux diverses bases de données de la National Library of Medicine comme MEDLINE. De même, il est de plus en plus fréquent de trouver des versions des GEC adaptées aux patients. L'accès à l'information rend les patients mieux habilités à faire des choix éclairés concernant les meilleures options qui s'offrent. La diffusion, sur Internet, de guides d'exercice rigoureux en dentisterie peut fournir aux patients des données validées, présentées dans un format utile.

Enfin, les guides d'exercice pourraient favoriser la conduite de recherches plus pertinentes sur le plan clinique, sur les

L'élaboration de GEC devrait améliorer l'image de la dentisterie, en témoignant de l'engagement de la profession en faveur d'un exercice fondé sur les faits.

questions qui revêtent de l'importance pour les cliniciens et les patients. Pareils guides pourraient également mettre en lumière les lacunes des études actuelles et faire ressortir la nécessité d'améliorer la méthodologie dans le domaine de la recherche clinique en dentisterie.

Les défis qui nous attendent

Atteindre un équilibre entre les besoins de tous les intervenants

L'élaboration de GEC au Canada a des répercussions sur un certain nombre d'intervenants différents, notamment :

- les organismes de réglementation dentaires, dont le mandat est de protéger le public et d'assurer un haut niveau de qualité en matière de soins, mais dont la participation pourrait être jugée menaçante par les cliniciens;
- les associations dentaires dont le mandat est de représenter et d'appuyer leurs membres, non seulement dans la prestation de soins de qualité mais également dans la réalisation d'un cabinet économiquement viable;
- les facultés de médecine dentaire, qui sont responsables de la formation des futurs dentistes et qui effectuent la majeure partie des recherches en médecine dentaire, mais dont l'approche peut être considérée trop «théorique» et insensible aux besoins des praticiens;
- les spécialistes, qui alimentent le processus par leurs connaissances spécialisées mais qui pourraient être perçus par les généralistes comme partiels et attentifs uniquement à leurs besoins;
- les dentistes généralistes, qui pourraient être perçus par les spécialistes comme ne possédant pas les connaissances spécialisées nécessaires pour participer à ce processus et dont les décisions pourraient modifier, de façon préjudiciable, l'orientation vers les spécialistes;
- les patients qui sont ceux qui, en dernière analyse, profitent (ou souffrent) de l'élaboration de ces guides.

Élaborer des guides utiles et dignes de foi

Pour qu'un guide d'exercice soit utile, il doit porter sur un sujet clinique commun, sur lequel planent des incertitudes. Les ressources ne devraient pas servir à l'élaboration de guides portant sur des questions obscures ou, au contraire, sur des questions pour lesquelles il existe déjà des réponses bien établies ou des normes d'exercice relativement uniformes. L'existence de recherches de haute qualité facilite l'élaboration de guides d'exercice. Cependant, c'est souvent dans les domaines où les données sont déficientes ou contradictoires que les besoins des cliniciens sont les plus grands. Il faut éviter de choisir le thème d'un guide d'exercice en fonction de la quantité de «données valides» disponibles.

Un guide d'exercice digne de foi est celui qui s'appuie sur une méthodologie rigoureuse, qui utilise des procédures bien établies et qui fait appel à un processus transparent, axé sur la consultation. Pareilles rigueur, intégralité et transparence requièrent toutefois des investissements considérables en matière de temps, d'argent et de connaissances.

Conclusion

Autant les cliniciens que les patients profiteront des GEC si ceux-ci sont élaborés d'une manière crédible et s'ils s'appuient sur les meilleures données cliniques disponibles. Consciente de tout ce que comporte l'élaboration de GEC pour la profession dentaire, l'Association dentaire canadienne, en collaboration avec ses divers partenaires (organisations membres, spécialistes, organismes de réglementation et universités), a mis sur pied la Collaboration canadienne sur les GEC en médecine dentaire. En sa qualité d'organisme national autonome chargé de l'élaboration de GEC fondés sur les faits, la Collaboration sera formée de représentants issus de divers domaines de la profession et souscrira aux principes de l'exercice fondé sur les faits et d'une élaboration judicieuse des guides. Dans le prochain article de cette série de 2, nous examinerons comment la Collaboration entend arriver à élaborer des guides d'exercice qui soient utiles et dignes de foi pour les dentistes. ♦

Le Dr Sutherland est membre de la faculté à temps plein du Département de la dentisterie, au Centre des sciences de la santé du Collège Sunnybrook et des femmes, à Toronto. Elle est vice-présidente de la Collaboration canadienne sur les GEC en médecine dentaire.

Le Dr Matthews est directrice de la Division de parodontie de la Faculté de médecine dentaire, Université Dalhousie, adjointe et membre de la Collaboration canadienne sur les GEC en médecine dentaire.

Le Dr Fendrich est dentiste généraliste à London (Ontario) et professeur adjoint au département de médecine buccale, à la Faculté de médecine et de médecine dentaire de l'Université Western Ontario. Il est également président de la Collaboration canadienne sur les GEC en médecine dentaire.

Les vues exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les opinions et les politiques officielles de l'Association dentaire canadienne.

Références

1. Field M, Lohr K. Clinical practice guidelines: Directions for a new program. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press; 1990.
2. Ismail AI, Lewis DW. Periodic health examination, 1993 update: 3. Periodontal diseases: classification, diagnosis, risk factors and prevention. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *CMAJ* 1993; 149(10):1409-22.
3. Lewis DW, Ismail AI. Periodic health examination, 1995 update: 2. Prevention of dental caries. The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *CMAJ* 1995; 152(6):836-46.
4. Hawkins RJ, Wang EE, Leake JL. Soins de santé préventifs, bilan 1999 : prévention de la mortalité associée au cancer de la bouche. Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique. *J Can Dent Assoc* 1999; 65(11):617. Disponible à l'adresse URL: <http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-65/issue-11/617.html>.
5. Leake JL, Main PA, Woodward GL. Developing evidence-based programme guidelines for children's dental care in a dental public health unit in Ontario, Canada. *Community Dent Health* 1997; 14(1):11-7.
6. Association dentaire canadienne. Collaboration canadienne sur les guides d'exercice clinique en médecine dentaire. Rapport de la réunion initiale. Octobre 1999. Halifax, Canada. 2000.
7. Leake JL, Main PA, Woodward GL. Report on the RCDS-CDHSRU workshop on developing clinical guidelines/standards of practice. *J Can Dent Assoc* 1996; 62(7):570-7.

8. Stephens RG, Kogon SL, Bohay RN. Current trends in guideline development: a cause for concern. *J Can Dent Assoc* 1996; 62(2):151-2, 154, 157-8.
9. Stephens R. A lesson to be learned. The Ontario experience with legislated quality assurance should be a warning to other provinces. *Oral Health* 1998; 88(5):51-2.
10. Hayward RS, Guyatt GH, Moore KA, McKibbon KA, Carter AO. Canadian physicians' attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines. *CMAJ* 1997; 156(12):1715-23.
11. Tunis SR, Hayward RS, Wilson MC, Rubin HR, Bass EB, Johnston M, and others. Internists' attitudes about clinical practice guidelines. *Ann Intern Med* 1994; 120(11):956-63.
12. Watkins C, Harvey I, Langley C, Gray S, Faulkner A. General practitioners' use of guidelines in the consultation and their attitudes to them. *Br J Gen Pract* 1999; 49(438):11-5.
13. Graham ID, Evans WK, Logan D, O'Connor A, Palda V, McAuley L, and others. Canadian oncologists and clinical practice guidelines: a national survey of attitudes and reported use. Provincial Lung Disease Site Group of Cancer Care Ontario. *Oncology* 2000; 59(4):283-90.
14. Woodward G, Leake J, Main P, Ryding W. Dentists' opinions of quality assurance. Quality Assurance Report. Toronto: Community Dental Health Services Research Unit; 1996.
15. Durand-Zaleski I, Colin C, Blum-Boisgard C. An attempt to save money by using mandatory practice guidelines in France. *BMJ* 1997; 315(7113):943-6.
16. Ermann D, Richmond J. Managed care arrangements: barriers to cost savings potential. *Med Care Rev* 1994; 51(2):125-48.
17. National Health Service: National Institute for Clinical Excellence. The Development of Clinical Guidelines — Board Report: 1999. Disponible à l'adresse URL : http://www.nice.org.uk/nice-web/Embcat.asp?page=oldsite/board/151299/app_h.htm.
18. Sutherland S, Matthews D. Collaboration canadienne sur les GEC en médecine dentaire. Manuel de ressources. Ottawa, Canada; 2001.
19. Maisonneuve H, Cordier H, Durocher A, Matillon Y. The French clinical guidelines and medical references programme: development of 48 guidelines for private practice over a period of 18 months. *J Eval Clin Pract* 1997; 3(1):3-13.
20. Jutras D. Clinical practice guidelines as legal norms. *CMAJ* 1993; 148(6):905-8.
21. Caulfield T. What impact do CPGs have on the practice environment and on care? A legal perspective. In: Ushjer S, editor. Scripting a Future for Clinical Practice Guidelines; 1999; Toronto, Canada: Health Policy Forum; 1999.
22. Farquhar DR. Recipes or roadmaps? Instead of rejecting clinical practice guidelines as "cookbook" solutions, could physicians use them as roadmaps for the journey of patient care? *CMAJ* 1997; 157(4):403-4.
23. Elderton RJ, Nuttall NM. Variation among dentists in planning treatment. *Br Dent J* 1983; 154(7):201-6.
24. Bader JD, Shugars DA, McClure FE. Comparison of restorative treatment recommendations based on patients and patient simulations. *Oper Dent* 1994; 19(1):20-5.
25. Bader JD, Shugars DA. Variation in dentists' clinical decisions. *J Public Health Dent* 1995; 55(3):181-8.
26. Kay E, Nuttall N. Clinical decision making — an art or a science? Part III: To treat or not to treat? *Br Dent J* 1995; 178(4):153-5.
27. Kay E, Nuttall N. Clinical decision making — an art or a science? Part II: Making sense of treatment decisions. *Br Dent J* 1995; 178(3):113-6.
28. Goldstein BH. La dentisterie non conventionnelle : Partie III. Les questions de droit et de réglementation. *J Can Dent Assoc* 2000; 66(9):503-6.
29. Sutherland SE. La dentisterie fondée sur les faits: Partie III. Chercher des réponses à des questions cliniques sur Internet. *J Can Dent Assoc* 2001; 67(6):320-3.
30. Stephenson J. National Library of Medicine to help consumers use online health data [news]. *JAMA* 2000; 283(13):1675-6.

La Collaboration canadienne sur les GEC en médecine dentaire a besoin de vous!

La Collaboration canadienne sur les guides d'exercice clinique en médecine dentaire est l'organisme national indépendant chargé de la création des guides fondés sur les faits en médecine dentaire au Canada. Les guides d'exercice clinique (GEC), dont le but est d'offrir des directives aux dentistes et aux patients, résument les meilleures recherches fondées sur les faits sur un sujet particulier. Un des principes clé de la Collaboration est que les GEC au Canada seront développés PAR des dentistes, POUR les dentistes.

Qui peut participer?

Tout dentiste exerçant au Canada est admissible à faire partie de la base de données des évaluateurs éventuels. Il N'EST PAS nécessaire de posséder de l'expérience universitaire, ou d'être chercheur ou spécialiste.

Quel est le rôle de l'évaluateur

Un échantillon aléatoire d'évaluateurs sera tiré de la base de données pour chacun des guides. Chaque évaluateur recevra une ébauche préliminaire du guide en cours ainsi qu'un questionnaire structuré. Les méthodes utilisées pour créer les guides seront évaluées ainsi que l'importance, l'utilité et les implications des recommandations préliminaires relatives à l'exercice. Les informations recueillies serviront à modifier les recommandations cliniques si nécessaire.

Et la confidentialité?

L'inscription à la base de données est absolument confidentielle. L'information sera utilisée UNIQUEMENT pour communiquer avec les personnes intéressées à ce projet. Les évaluateurs seront assurés de la confidentialité des informations les concernant. Aucun individu ne sera identifié dans les rapports ou publications de la Collaboration.

Comment m'inscrire à la base de données de la Collaboration

Veillez joindre Monica Farrag, adjointe à la recherche, Collaboration canadienne des GEC en médecine dentaire, a/s
Département des sciences cliniques dentaires, Université Dalhousie,
5981, avenue University, Halifax NS B3H 3J5
Téléc. : (902) 494-1662; courriel : mfarrag@is2.dal.ca
Pour vous inscrire en direct, veuillez visiter notre site Web à www.cccd.ca.