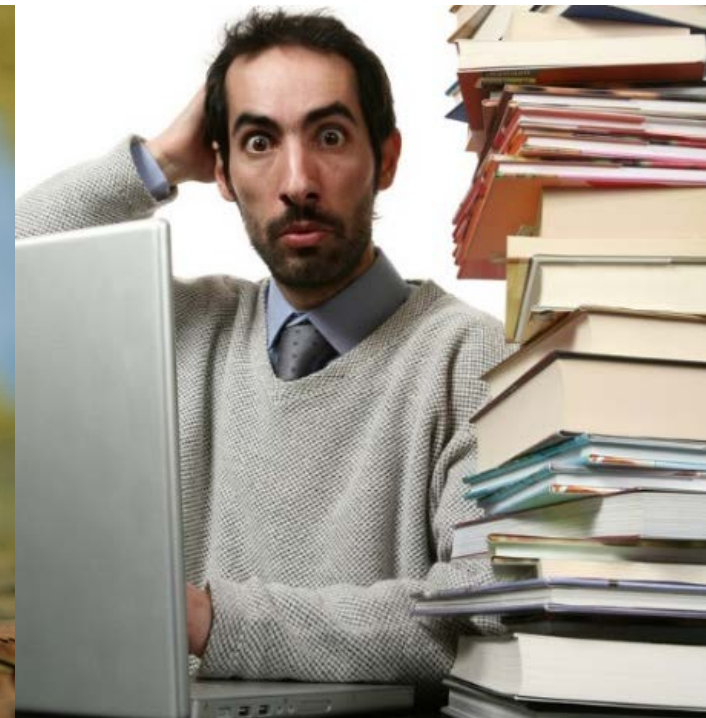


SYNTHÈSE

MIEUX ADAPTER LES GUIDELINES DU KCE AUX BESOINS DES UTILISATEURS



SYNTHÈSE

MIEUX ADAPTER LES GUIDELINES DU KCE AUX BESOINS DES UTILISATEURS

NADIA BENAHMED, JEF ADRIAENSSENS, WENDY CHRISTIAENS, DOMINIQUE PAULUS



■ PRÉFACE

Fait assez inhabituel : voici que le KCE se fait le sujet de sa propre étude. Mus par une interrogation quasi existentielle, nos chercheurs se sont inquiétés de l'impact réel de leur travail de production de guides de pratique clinique. Cela devait mener, comme c'est régulièrement le cas, à une remise en question en interne de nos méthodes de travail. Mais pour cela, il nous fallait tâter l'opinion des utilisateurs de nos guidelines sur le terrain. Nous avons donc lancé une vaste enquête en ligne auprès de nos principaux interlocuteurs potentiels, à savoir les médecins, infirmiers, sages-femmes et kinés. De fil en aiguille, cette enquête a été largement médiatisée et a récolté un honorable taux de réponse. Il nous a dès lors paru important d'offrir un retour à tous ceux qui s'étaient donné la peine de répondre à nos questions, plutôt que de nous limiter un auto-examen en interne.

Sur ces entrefaites, notre ministre de la santé Maggie De Block a décidé de lancer un « plan EBP » pour rassembler et coordonner les initiatives de développement, de dissémination et d'implémentation de guidelines – un peu dispersées, il est vrai – en un seul réseau cohérent de promotion de l'« Evidence-Based Practice* ». Avec une demande précise adressée au KCE : développer puis coordonner ce plan. Une perspective qui a encore motivé davantage notre réflexion.

Notre proposition pour le Plan EBP sera finalisée dans quelques mois, mais ses grandes lignes transparaissent déjà en filigrane de ce rapport-ci. L'idée maîtresse en est sans aucun doute qu'un guideline, aussi méticuleusement rédigé qu'il soit, ne suffit pas à modifier les comportements si tout n'est pas fait, en parallèle, pour préparer son accueil sur le terrain et faciliter son adoption par ses utilisateurs. Notamment en travaillant bien davantage dans un esprit de co-construction avec les sociétés scientifiques en qui les praticiens se reconnaissent, et avec les patients. Et en exploitant toutes les possibilités nouvelles offertes par les technologies de l'information : pour les générations montantes, les outils informatisés seront en effet incontournables.

Mais tout cela implique d'autres compétences, d'autres acteurs, d'autres outils, d'autres incitants. Bref, l'Evidence-Based Practice entre dans une nouvelle ère...

** le concept d'Evidence-Based Practice tend à remplacer progressivement celui d'Evidence-Based Medicine en raison de la volonté croissante d'aborder les soins de façon pluridisciplinaire.*

Christian LÉONARD
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS
Directeur Général



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE	1
1.	CONTEXTE.....	4
2.	QUESTIONS DE RECHERCHE ET MÉTHODES.....	6
3.	DE L'ÉVIDENCE À LA PRATIQUE	7
3.1.	DE LA GENÈSE DE CONNAISSANCES AU TRANSFERT DE CONNAISSANCES	7
3.2.	LES ÉTAPES DU TRANSFERT DE CONNAISSANCES	8
3.2.1.	Création des connaissances	10
3.2.2.	Dissémination des connaissances.....	10
3.2.3.	Appropriation des connaissances.....	10
3.2.4.	Mise en pratique des connaissances.....	10
3.3.	L'APPLICABILITÉ DES GUIDELINES.....	10
4.	ADAPTATION DU PROCESSUS DE DÉVELOPPEMENT DES GUIDELINES	12
4.1.	DÉFINITION DES SUJETS À TRAITER DANS LES GUIDELINES.....	12
4.1.1.	Collecte des sujets potentiels nécessitant le développement d'un guideline.....	12
4.1.2.	Priorisation des sujets de guidelines.....	13
4.1.3.	Sélection des sujets de guidelines.....	13
4.2.	DÉVELOPPEMENT DES GUIDELINES.....	14
4.2.1.	Composition et organisation des Groupes de Développement des Guidelines (GDG)	14
4.2.2.	Sélection des questions de recherche à étudier dans chaque guideline (scoping).....	15
4.2.3.	Analyse des données probantes de la littérature.....	16
4.2.4.	Délibération et contextualisation des données probantes de la littérature.....	16
4.2.5.	Formulation des recommandations.....	16
4.3.	VALIDATION ET APPROBATION DES GUIDELINES.....	17



4.3.1.	Validation.....	17
4.3.2.	Approbation des guidelines du KCE	17
4.4.	PRÉSENTATION DES GUIDELINES.....	18
4.4.1.	Formatage des rapports.....	18
4.4.2.	Produits spécifiquement destinés aux utilisateurs finaux.....	18
4.5.	DISSÉMINATION, COMMUNICATION ET MISE EN PRATIQUE	19
5.	CONCLUSIONS	19
5.1.	PROPOSITIONS D'ADAPTATION DES PROCÉDURES ORGANISATIONNELLES DU KCE	21
5.1.1.	Organisation et fonctionnement des GDG	21
5.1.2.	Production, validation et approbation des rapports de guidelines	21
5.1.3.	Communication, dissémination et implémentation des guidelines	22
5.2.	POINTS D'ATTENTION POUR LE PLAN EBP	22
5.2.1.	La définition de la portée du plan.....	22
5.2.2.	La sélection des sujets de guidelines	22
5.2.3.	La dissémination des guidelines.....	23
■	REFERENCES	24



1. CONTEXTE

L'*Evidence-Based Medicine* (EBM) est un concept qui a fait son chemin ces vingt dernières années et qui est désormais bien connu – avec des appréciations diverses – de tous les professionnels de la santé. On le doit à David Sackett qui l'avait défini en 1997 en ces termes^a : « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves récentes lors des choix concernant les soins de patients individuels ». Pour un soignant, pratiquer l'EBM, c'est combiner, au quotidien, trois ingrédients :

- sa propre expertise clinique,
- les « preuves » ou « données probantes » (= evidence) fournies par la littérature scientifique et
- les préférences et valeurs de chaque patient individuel.

Ces dernières années, le concept d'EBM a subi un glissement vers celui d'*Evidence-Based Practice* (EBP), permettant ainsi de mettre l'accent sur une perspective davantage multidisciplinaire des soins.

Les approches EBM et EBP reposent donc sur deux piliers « subjectifs » – l'expertise du soignant et les préférences du patient – et sur un pilier « objectif » – les éléments de connaissance issus de la littérature scientifique. Ces derniers, par définition vastes, complexes et nuancés, ne sont pas assimilables tels quels. D'où la nécessité d'élaborer des outils pour les structurer, les résumer et les rendre pratiques à l'usage. Ce sont ces outils que l'on désigne par les termes « recommandations de bonne pratique », « guides de pratique clinique » ou encore « guidelines ».

L'efficacité des guidelines est loin d'être optimale

Aujourd'hui, les guidelines sont considérés, partout dans le monde, comme l'un des fondements de l'amélioration de la qualité des soins. Toutefois, malgré d'importants investissements dans leur développement et leur dissémination, les recherches montrent que leur efficacité est loin d'être

optimale. Cette observation générale se confirme dans notre pays. Une étude menée en 2013 par le KCE¹ avait analysé les raisons du désintérêt des prestataires de soins pour les guidelines et proposé quatre grands axes pour améliorer la situation (voir encadré).

Pistes d'amélioration proposées par le KCE pour la dissémination des guidelines (KCE Report 212)

- Mettre à disposition une plate-forme unique pour la dissémination des guidelines parmi les professionnels de santé ;
- Utiliser des messages clairs sous différents formats permettant une consultation des recommandations en temps réel lors de la pratique ;
- Analyser la nécessité de développer des guidelines nationaux afin d'augmenter l'efficacité de l'allocation des ressources entre le développement et la dissémination des guidelines en Belgique ;
- Fournir un label de qualité pour les guidelines par un organisme belge ou un organisme étranger reconnu.

Le paysage des guidelines belges est très éclaté

Le KCE est lui-même un producteur de guidelines^b, parmi les nombreux acteurs qui se partagent ce rôle dans notre pays (Figure 1), comme le montre la Figure 1. Ce sont les chercheurs du KCE eux-mêmes qui ont posé la question de l'adéquation de ces guidelines aux besoins des utilisateurs finaux et qui ont souhaité se pencher sur les questions liées à leur perception et à leur dissémination, en s'inscrivant dans la continuité du rapport KCE de 2013.

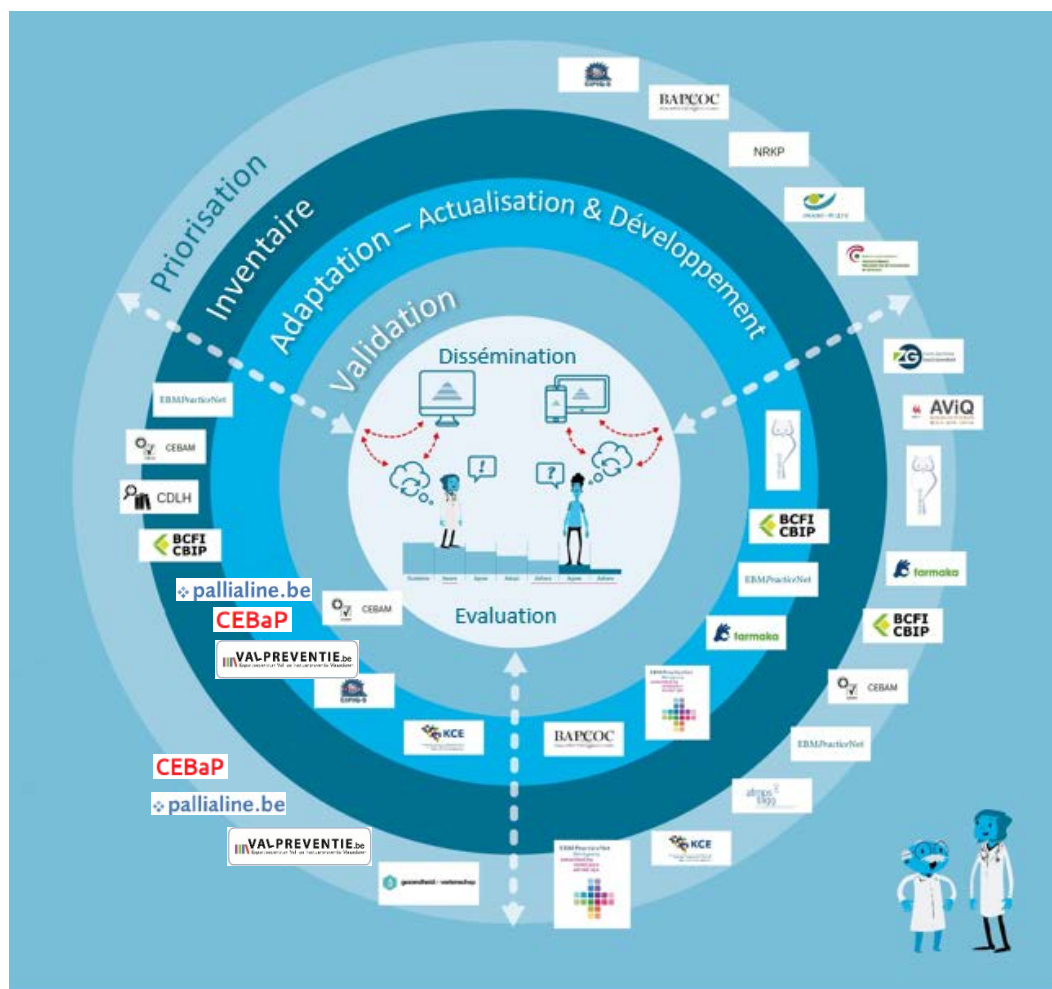
À signaler que cette recherche a été initiée dans le cadre d'un processus d'auto-évaluation (*Common Assessment Framework* ou CAF) mis en place, sur base volontaire, dans le secteur public pour améliorer ses performances.

^a "the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients"

^b Depuis 2009, 31 guidelines ont été développés par le KCE, dont 21 spécifiquement focalisés sur des questions oncologiques.



Figure 1 – Aperçu des acteurs impliqués dans les guidelines en Belgique



Source: EBMPracticeNET, 2015



Un projet de Plan national EBP est mis en route

Depuis l'initiation de cette étude, un élément nouveau est venu s'ajouter au tableau, à savoir la décision prise par Madame la ministre Maggie De Block de lancer un « plan EBP » visant à rassembler et coordonner toutes les initiatives de production de guidelines belges existantes en un seul réseau cohérent, à émettre des guidelines dont la qualité est certifiée par un organe central et à organiser l'évaluation d'outils permettant d'améliorer leur mise en pratique.

Ce Plan EBP pourra notamment s'appuyer sur deux initiatives déjà en place, EBMPPracticeNet et le CEBAM (*Belgian Centre for Evidence-Based Medicine*). [EBMPPracticeNET](#) est un réseau collaboratif de « développeurs » et de « disséminateurs » de guidelines. Leur objectif, à terme, est de constituer une plateforme pour centraliser tous les guidelines belges existants, adapter des guidelines étrangers au contexte belge et incorporer les recommandations dans les dossiers médicaux électroniques (*contextual aids, evidence linkers*). EBMPPracticeNet est financé par l'INAMI et est accessible à tous les professionnels de la santé travaillant en Belgique. Sa coordination et sa supervision méthodologique sont confiés au [CEBAM](#) en collaboration avec les producteurs belges de guidelines et le Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ).

Le KCE a été chargé d'une étude préparatoire à la constitution du Plan EBP. Ses résultats sont attendus pour le mois de juin 2017, mais ils ont d'ores et déjà influencé le déroulement et les conclusions de la présente recherche.

2. QUESTIONS DE RECHERCHE ET MÉTHODES

Les interrogations émises lors du CAF ont pris la forme de quatre questions de recherche :

1. Comment les guidelines (du KCE) sont-ils perçus par les professionnels de la santé ?
2. Quels sont les attentes et les besoins exprimés par ces différents professionnels de la santé en termes de contenu et de présentation ?
3. Quelles sont les améliorations potentielles envisageables en termes de contenus, de présentation et de dissémination des guidelines du KCE afin qu'ils répondent aux attentes et aux besoins des professionnels ?
4. Quels sont les méthodes et les outils pouvant améliorer la perception, le contenu et le format des guidelines de manière à répondre aux attentes et aux besoins des prestataires de soins ?

Afin de répondre à ces questions de recherche, nous avons mis en place une **approche multimodale** combinant :

- une recherche dans la **littérature internationale**, visant à donner un cadre théorique et à découvrir d'éventuels nouveaux outils de transfert et de diffusion des connaissances. Ce domaine connaît actuellement des développements fulgurants, aussi avons-nous limité notre recherche aux cinq dernières années. Les détails méthodologiques et les résultats exhaustifs de cette recherche se trouvent à la section 3 du [rapport scientifique](#).
- une enquête auprès **d'autres producteurs européens de guidelines**, afin de connaître leurs procédures et les outils utilisés. Les détails méthodologiques et les résultats exhaustifs de cette enquête se trouvent à la section 4 du [rapport scientifique](#).



- une enquête auprès des **utilisateurs finaux** de guidelines pour tenter de cerner leur perception des guidelines existants, ainsi que leurs besoins et attentes en la matière. Cette enquête online s'adressait à **quatre professions de santé pour lesquelles le KCE a développé des guidelines**, c'est-à-dire les médecins, infirmiers, kinésithérapeutes et sages-femmes. Les détails méthodologiques et les résultats exhaustifs de cette enquête se trouvent à la section 5 du [rapport scientifique](#).
- Une enquête par interview auprès de quatre anciens membres des GDG (*Guideline Development Group*) du KCE, limitée aux sujets relatifs à l'organisation des GDG.
- Sur la base des quatre étapes précédentes, les procédures mises en œuvre au KCE ont été réexaminées et les différents points de cette révision critique ont ensuite été discutés **en groupe de travail interne du KCE**, pour finalement aboutir aux résultats présentés dans ce document.

3. DE L'ÉVIDENCE À LA PRATIQUE

3.1. De la genèse de connaissances au transfert de connaissances

En matière de soins de santé, il apparaît clairement que simplement générer des connaissances (via des études cliniques primaires), les « distiller » (sous forme de revues systématiques ou de guidelines) et communiquer à leur sujet (p.ex. via des publications et des présentations à des congrès) ne suffit pas pour garantir une évolution des pratiques sur le terrain. Il est nécessaire de mettre en place des processus intégrés de transfert de connaissances beaucoup plus élaborés. Les guidelines en restent la pierre angulaire.

Le développement des guidelines a considérablement évolué ces dernières années, pour devenir une méthode scientifique extrêmement codifiée, méticuleuse et structurée. Revers de la médaille, les documents issus de ce long processus prennent souvent la forme de volumineux rapports contenant l'analyse de toutes les publications pertinentes ainsi que toutes les considérations méthodologiques qui ont accompagné le processus. Ces éléments sont indéniablement de première importance pour évaluer la qualité du guideline, mais ils sont loin d'être d'un usage pratique pour l'utilisateur final du document qu'est le professionnel de terrain.

Par conséquent, on en est venu à considérer aujourd'hui que des éléments tels que la rapidité d'accès ou la facilité d'utilisation sont des facteurs critiques pour la réussite d'un transfert de connaissances. Les prestataires de soins doivent pouvoir trouver l'information là où ils se trouvent et au moment où ils en ont besoin si l'on veut qu'ils en fassent un usage quotidien dans leurs décisions cliniques. Le manque d'applicabilité des guidelines actuels est l'un des points faibles de l'ensemble du processus de transfert de connaissances, et il peut en partie expliquer son relatif manque de succès.



Un autre facteur critique est la confiance dans l'organisme producteur de guideline. On remarque en effet – et ceci est confirmé par l'enquête menée auprès des professionnels de santé belges – que les prestataires de soins ont tendance à privilégier les guidelines émanant de leur propre institution ou société scientifique (locale, nationale ou internationale). Il serait donc souhaitable d'évoluer vers une collaboration plus étroite entre experts en méthodologie et sociétés scientifiques pour le développement des guidelines.

Un troisième facteur critique est l'accès à des outils facilitant la communication avec les patients. Le concept de « prise de décision partagée » implique en effet que le patient soit lui-même correctement informé des choix qui se posent, ce qui exige du soignant des aptitudes de communication. Pour soutenir les professionnels de la santé dans cette démarche, des outils d'aide à la décision et des outils d'information pour le patient, tous basés sur des données probantes, sont nécessaires (et voient de plus en plus le jour).

Les valeurs et préférences des patients doivent donc être prises en compte dès le début du développement d'un guideline. Elles sont essentielles au développement et à la formulation des recommandations des guidelines mais aussi à la conception d'outils facilitant la prise de décision partagée.

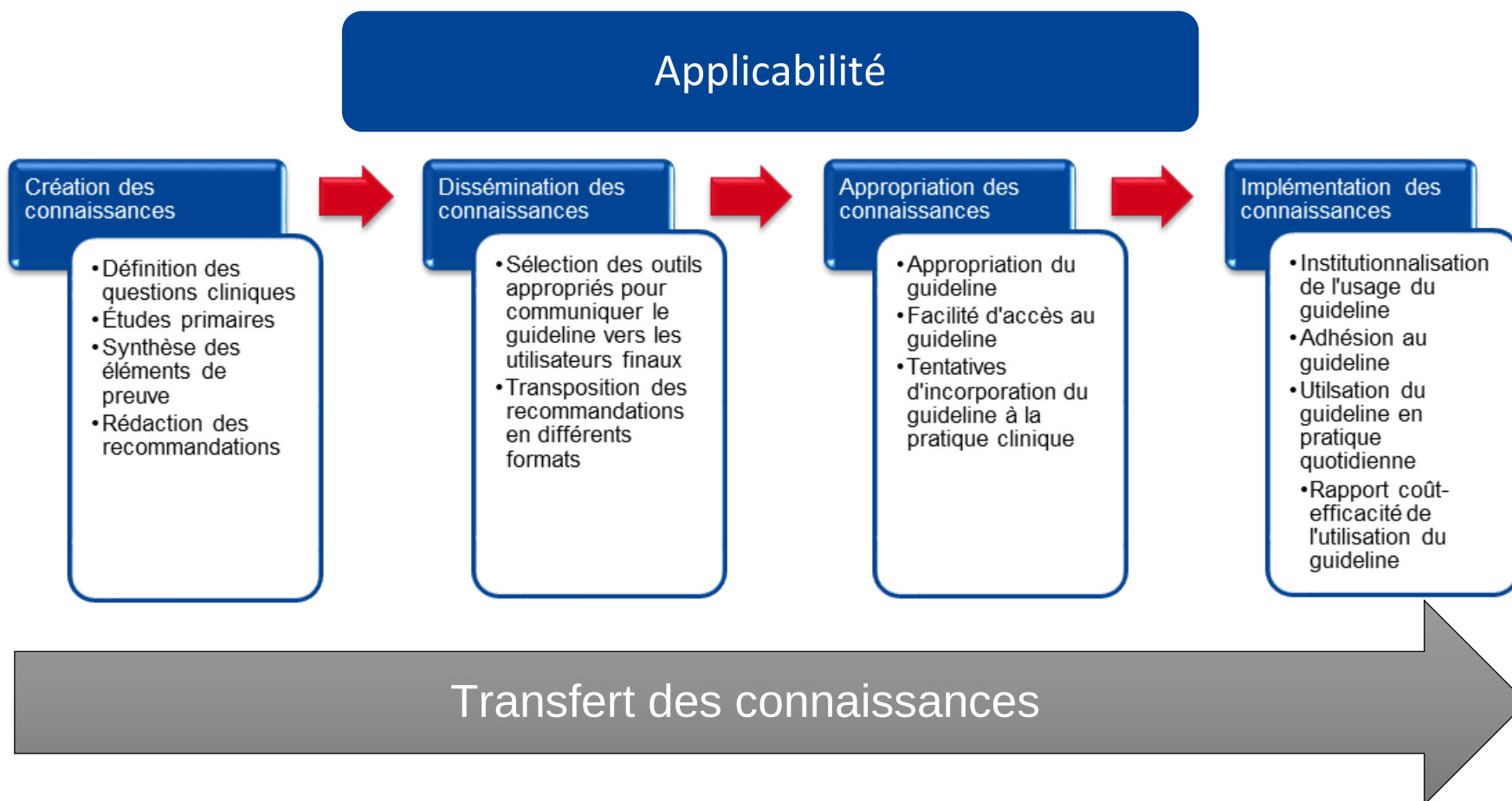
On le voit, les différents facteurs de succès impliquent certaines mesures à prendre **dès le début du processus**, ce qui peut entraîner des modifications profondes de la procédure.

3.2. Les étapes du transfert de connaissances

La Figure 2 résume les différentes étapes du transfert de connaissances, qui vont de la découverte de nouvelles connaissances à leur mise en application dans la vie réelle. Les quatre étapes consécutives (création, dissémination, appropriation et implémentation des connaissances) sont étroitement interconnectées et chacune peut avoir des implications sur l'impact final du processus.



Figure 2 – Modèle global du processus d'Evidence-Based Practice





3.2.1. Création des connaissances

La création et la distillation des connaissances recouvrent le processus rigoureux de développement d'un guideline sur la base des éléments de preuves identifiés dans les études primaires par rapport à une question de recherche clairement définie. Les méthodes relatives à cette première étape sont décrites de façon extensive dans le *process book* du KCE².

3.2.2. Dissémination des connaissances

On entend par « dissémination » la distribution active des connaissances vers des cibles définies (par opposition à la « diffusion » qui désigne un processus spontané de progression de l'information). D'après la classification EPOC (*Cochrane Effective Practice and Organisation of Care*), reprise par le KCE dans son rapport de 2013 sur la dissémination et la mise en pratique des guidelines en Belgique, aucune stratégie ne fait la preuve d'un impact important (p.ex : distribution de matériel didactique, visiteurs médicaux indépendants, leaders d'opinion locaux, etc.). Les interventions multifactorielles semblent plus intéressantes mais il est difficile d'identifier la combinaison optimale.

3.2.3. Appropriation des connaissances

C'est à cette étape que l'**applicabilité des recommandations** est mise à l'épreuve. Cette applicabilité tient, entre autres, à la faisabilité pratique des recommandations ou au format sous lequel elles sont délivrées, mais aussi à des facteurs qui doivent avoir été mis en place dès le début du processus, tels que l'implication des acteurs concernés dans le travail d'élaboration et la prise en considération des valeurs et préférences des soignants et des patients.

3.2.4. Mise en pratique des connaissances

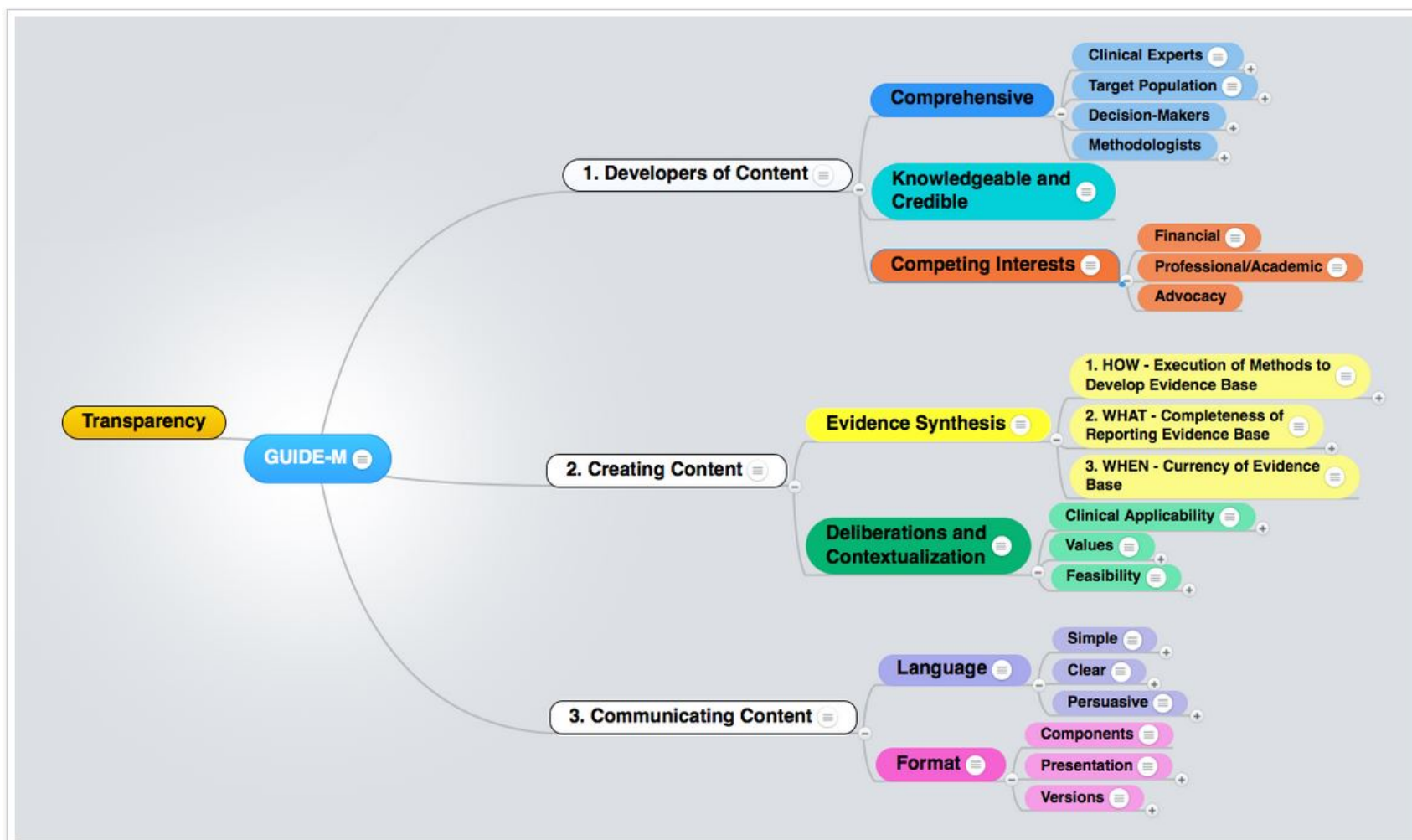
La mise en pratique est la dernière partie du cycle de vie du guideline. Elle se mesure par des audits et des feedbacks sur le terrain.

3.3. L'applicabilité des guidelines

Plusieurs modèles ont été développés pour « prédire » la facilité (ou la difficulté) du guideline à rencontrer son public et à le motiver à changer ses pratiques. Ces modèles ne seront pas détaillés ici (mais le lecteur intéressé peut trouver une description de trois d'entre eux dans la section 2.2 du [rapport scientifique](#)). Le plus récent de ces modèles, le GUIDE-M (*Guideline Implementability for Decision Excellence Model*), développé par Brouwers & Bhattacharyya, se base sur 7 points d'attention à prendre en compte en se posant les questions suivantes : qui sont les développeurs du contenu, comment s'est effectuée la création du contenu et comment ce contenu est-il communiqué ?



Figure 3 – Schématisation du modèle GUIDE-M



Source: Brouwers et al.



4. ADAPTATION DU PROCESSUS DE DÉVELOPPEMENT DES GUIDELINES

4.1. Définition des sujets à traiter dans les guidelines

4.1.1. Collecte des sujets potentiels nécessitant le développement d'un guideline

L'enquête auprès des prestataires de santé belges indique que plus d'un tiers d'entre eux (37%) estiment ne pas avoir suffisamment de guidelines à leur disposition, en particulier les infirmiers (51%) et les kinésithérapeutes (45%). La littérature confirme qu'il existe un besoin important de guidelines répondant aux besoins précis et des utilisateurs et des patients ainsi qu'une demande d'attention accrue pour les sujets émergents (p.ex. l'usage des défibrillateurs externes).

La collecte des sujets potentiellement éligibles pour le développement de guidelines repose généralement sur une large consultation du terrain pour identifier les besoins, soit de création *de novo*, soit de mise à jour de guidelines devenus obsolètes.

En ce qui concerne le KCE, les sujets sont proposés via un appel public dans le cadre de l'élaboration du programme annuel. Tout citoyen peut introduire une proposition de sujet pour le développement ou la mise à jour d'un guideline, mais ces propositions font ensuite l'objet d'une sélection assez sévère, selon des critères prédéfinis (voir plus loin). Il est important de signaler que l'appel à sujets du KCE ne concerne pas uniquement les projets de développement de guidelines, mais également les projets HSR (*Health System Research*) et HTA (*Health Technology Assessment*). Lors de la procédure interne de sélection, les sujets soumis sont attribués à l'une de ces trois catégories de recherche indépendamment de la proposition du soumissionnaire.

L'enquête menée auprès d'autres développeurs de guidelines européens indique que cette étape de collecte de sujets peut être organisée de façon très différente. En effet si certains utilisent une consultation ouverte semblable à celle du KCE, d'autres utilisent des listes prédéfinies de sujets à traiter. Ces listes sont élaborées en collaboration avec les sociétés scientifiques ou sur la base d'une bibliothèque d'objectifs de santé et de standards de qualité à atteindre. Une telle bibliothèque n'est pas encore disponible en Belgique mais une étude sur les objectifs de santé est en cours au KCE (cf. le futur projet relatif aux objectifs de soins (de santé)).

En ce qui concerne les mises à jour de guidelines existants, certains organismes comme NICE^c ou NHG^d ont élaboré un processus de recherche proactive des guidelines nécessitant une mise à jour. Une telle démarche proactive n'existe pas au KCE mais le groupe de travail a insisté sur le besoin d'en mettre une en place.

À l'avenir, et dans la perspective de l'avènement du Plan EBP, il serait nécessaire de centraliser la collecte des sujets potentiels pour le développement des guidelines au niveau national afin d'éviter une démultiplication des initiatives sur une même thématique. Cet appel national à propositions devrait s'adresser à un public aussi large que possible (ex : associations professionnelles, associations de patients, décideurs politiques, INAMI, développeurs de guidelines nationaux et internationaux, prestataires de soins,...).

De même, les besoins de mise à jour de guidelines publiés précédemment devraient faire l'objet d'une recherche systématisée et centralisée. Les sujets nécessitant une mise à jour pourrait donc être ajoutés à la liste des sujets potentiels. Les procédures développées par NICE ou NHG peuvent servir d'exemple à la mise en place de cette recherche systématique. Le recours à des experts en recherche de littérature (*information specialists*) serait un atout.

^c National Institute for Health and Care Excellence (<https://www.nice.org.uk/>)

^d Nederlands Huisartsengenootschap (<https://www.nhg.org>)



4.1.2. Priorisation des sujets de guidelines

Au Royaume-Uni, une fois la collecte des sujets clôturée, NICE procède à un exercice de priorisation avec des commissions regroupant des représentants des autorités de santé, des sociétés scientifiques, des associations d'utilisateurs de services et leurs familles, et des soignants.

Selon la procédure actuelle en vigueur au KCE, un premier classement des sujets pour le programme de recherche, y compris le développement des guidelines, est opéré par les experts et le management du KCE sur la base des critères suivants (si applicables) :

- Pertinence politique pour aider à la prise de décision ;
- Fréquence de la pathologie ou du problème de santé ;
- Sévérité de la pathologie ou du problème de santé ;
- Possibilité d'amélioration de la prise en charge actuelle ;
- Faisabilité de la recherche.

Au KCE, la priorisation des sujets de guidelines oncologiques se fait traditionnellement en collaboration avec le Collège d'oncologie.

La *short list* de sujets qui résulte de cette sélection est soumise à l'approbation du Conseil d'administration du KCE.

À l'exception de la Haute Autorité de Santé^e (HAS), qui n'utilise pas de procédure formalisée pour la sélection de ses sujets d'étude, tous les développeurs de guidelines interrogés procèdent à leur sélection sur la base de critères comparables à ceux utilisés par le KCE. La sélection est généralement opérée par des groupes d'experts dont la composition varie en fonction du développeur, sauf pour NICE et SIGN^f où ce sont les décideurs politiques qui opèrent la sélection finale.

4.1.3. Sélection des sujets de guidelines

Dans un souci de cohérence avec les points précédents, la sélection finale des sujets à étudier sous forme de guidelines devrait également se faire de façon centrale. Les critères précités pourraient être utilisés pour la première sélection. Le groupe de travail interne du KCE estime que les trois éléments suivants devraient également être pris en considération :

- L'absence de guideline récent et de qualité sur le même sujet
 - o Au niveau belge

L'opportunité de développer un guideline devrait être conditionnée à l'étude préalable de l'existant en Belgique, tant au niveau fédéral que des entités fédérées, ainsi qu'à une consultation de la base de données des études planifiées et en cours (Planned and Ongoing Projects – POP database) chez les différents partenaires du *Health Research System*. Le Plan EBP devrait également prévoir une consultation de représentants des patients et de sociétés scientifiques sélectionnés en fonction des sujets récoltés lors de son appel centralisé. Enfin, l'opportunité d'une mise à jour des guidelines belges devrait également être discutée.

- o Au niveau international

L'opportunité de développer un guideline belge devrait être également conditionnée à l'étude préalable de l'existence de guidelines étrangers ; il peut s'agir de guidelines réalisés par des sociétés scientifiques ou par des développeurs de guidelines. En conséquence, le Plan EBP devrait prévoir une procédure de monitoring systématique des guidelines internationaux, incluant la mesure de leur qualité. À cet effet, le GIN (*Guidelines International Network*) met à disposition une bibliothèque de 6400 guidelines développés et approuvés par les membres de cette organisation internationale. En cas d'adoption de guidelines étrangers, il faudra prévoir leur adaptation au contexte belge. L'enquête auprès des professionnels de santé belges montre que l'adaptation d'un

^e <http://www.has-sante.fr/portail/>

^f Scottish Intercollegiate Guidelines Network, <http://www.sign.ac.uk>



guideline étranger de haute qualité est un élément facilitateur de son utilisation.

- Les opportunités de collaborations internationales
 - o Le Plan EBP pourrait également prévoir une procédure de collaboration européenne et/ou internationale permettant une comparaison des sujets potentiels et des programmes de travail des autres développeurs. Ceci permettrait d'une part d'éviter d'entamer un travail sur des sujets qui seraient publiés à court terme par d'autres développeurs et d'autre part de réduire les coûts liés à l'élaboration de guidelines *de novo* (pour autant qu'il s'agisse de développeurs utilisant des standards de qualité équivalents aux standards belges).
- La correspondance avec les objectifs de santé et les besoins des soignants
 - o Les sujets devant faire l'objet d'un traitement *de novo* (c'est-à-dire ne pouvant faire l'objet d'une mise à jour, d'une adaptation ou d'une collaboration internationale) devraient être priorisés selon une procédure précise à mettre en place dans le cadre du Plan EBP. Cette étape pourrait se faire sur la base d'une liste d'objectifs de santé prédéfinis et de besoins non rencontrés, établie en tenant compte des points de vue des sociétés scientifiques, des patients, des citoyens³ et des décideurs politiques fédéraux et des entités fédérées.

La plateforme de gouvernance du Plan EBP répartirait ensuite les sujets sélectionnés entre les développeurs de guidelines belges selon des critères à définir. La liste finale des guidelines attribués au KCE serait ensuite soumise au conseil d'administration pour approbation.

4.2. Développement des guidelines

4.2.1. Composition et organisation des Groupes de Développement des Guidelines (GDG)

- Composition du GDG

La littérature souligne l'importance de la composition du GDG. Celle-ci doit être la plus large possible en incluant notamment des représentants des soignants et des experts en méthodologie. Le point de vue des patients doit également être pris en compte.

Dans le cas des guidelines du KCE, la composition des GDG suit les prescrits de la littérature.⁴

Les représentants des **sociétés scientifiques** de prestataires de soins sont invités à participer au GDG. Il est en effet important d'associer ces acteurs dès le début du processus, de manière à ce qu'ils puissent s'investir pleinement dans l'élaboration du guideline, condition *sine qua non* pour qu'ils se l'approprient ensuite et en favorisent l'utilisation par leurs membres. L'enquête auprès des professionnels de santé belges a d'ailleurs confirmé qu'ils accordent une grande importance au fait qu'un guideline soit issu de, ou approuvé par, leur société scientifique. Toutefois, comme le souligne le groupe de travail interne du KCE, il faut trouver le juste milieu entre d'une part, la plus-value que représente ce soutien des sociétés scientifiques et, d'autre part, le maintien d'un nombre raisonnable de membres du GDG. En effet, si les groupes prennent trop d'ampleur, il devient très difficile d'y mener un travail de qualité. Ce problème se pose notamment pour les guidelines multidisciplinaires, auxquels doivent parfois participer un large éventail de sociétés scientifiques.

Les **patients** et leurs **représentants** ont un rôle important à jouer dans la fixation des questions de recherche, dans la délibération et la contextualisation et dans la formulation des recommandations. Toutefois, leur participation aux réunions soulève quelques problèmes pratiques, notamment la langue (les réunions étant souvent bilingues (français/néerlandais) ou se déroulant en anglais) et le niveau technique des discussions. Il serait donc utile d'imaginer des modalités particulières pour les faire participer aux débats de façon utile sans les décourager. Par



exemple, des patients individuels pourraient être consultés, par groupes unilingues, en début de projet (fixation de questions de recherche) et en fin de projet (contextualisation, recommandations). Ces consultations spécifiques pourraient compléter les réunions de stakeholders déjà organisées actuellement et faire l'objet d'un rapport spécifique auprès du GDG.

- Organisation des réunions de GDG

Plusieurs anciens membres de GDG ont souligné que leur motivation intrinsèque à participer à un GDG est très forte, malgré la charge de travail requise par la préparation de ces réunions. Toutefois, ils sont d'avis qu'il serait utile d'y ajouter des éléments de motivation extrinsèques – autres que la compensation financière – comme par exemple l'attribution de points d'accréditation (credit points).

Le groupe de travail interne du KCE a évoqué la possibilité de tester des méthodes de réunion faisant appel aux nouvelles technologies de communication. S'inspirant des méthodes utilisées dans les organisations internationales⁵, la télémédecine⁶⁻⁸ ou l'enseignement à distance⁹, ils proposent de tester une organisation plus souple des GDG, alternant réunions présentiels, consultations asynchrones par voie électronique et discussions synchrones par le biais de vidéo-conférences. Des paramètres tels que le nombre total de participants, leurs capacités techniques individuelles, la fréquence des réunions, les distances à parcourir, le maintien de la convivialité des débats, etc. devraient toutefois être évalués. Ces modalités innovantes pourraient être testées lors de l'élaboration des prochains guidelines du KCE.

- Rôle du GDG dans la dissémination des guidelines

Le GDG pourrait jouer un rôle prépondérant dans la dissémination des guidelines, mais, de l'avis des anciens membres de GDG interrogés, ce rôle n'est ni assez explicite, ni assez exploité. Dans un esprit de co-construction des guidelines, les membres du GDG délégués par les sociétés scientifiques pourraient davantage jouer un rôle de rapporteurs auprès de leurs organisations et se faire les facilitateurs de l'approbation de la version finale des guidelines par leurs pairs.

4.2.2. Sélection des questions de recherche à étudier dans chaque guideline (scoping)

La sélection des questions de recherche étudiées dans un guideline est l'objectif de la première réunion d'un GDG. Toutefois, des éléments de disponibilité de ressources interviennent parfois dans la limitation du scope.

Comme suggéré au point précédent, cette réunion gagnerait à être informée par des considérations et témoignages récoltés auprès de patients individuels.

S'inspirant des procédures de NICE¹⁰, deux éléments supplémentaires pourraient être pris en compte lors de cette étape de *scoping* :

- Prévoir la collecte de données nécessaires à la contextualisation économique des questions cliniques. En effet, les interviews d'anciens membres de GDG ont fait apparaître que, par exemple, les coûts directs imputés aux patients semblent trop peu mis en lumière, notamment en comparaison avec la contextualisation économique proposée par NICE (qui examine chaque question sous les angles économiques individuels et sociétaux). Ceci nécessite que le Plan EBP définisse préalablement l'importance qu'il veut voir apporter à la contextualisation économique dans les guidelines belges.
- Une fois le scope du guideline fixé par le GDG, l'intégrer dans une cartographie de l'ensemble des guidelines existants ou en cours d'élaboration au niveau national. La portée de certaines questions de recherche pourrait de ce fait être réduite en fonction des questions traitées par d'autres guidelines, tandis que les résultats de certaines questions de recherche pourraient à leur tour servir pour d'autres guidelines. Cette cartographie devrait être centralisée au niveau du Plan EBP. Son élaboration pourrait s'inspirer de la procédure utilisée par NICE.



À noter : le choix du terme Evidence Based Practice (EBP) en lieu et place d'Evidence Based Medicine (EBM) a un impact important sur le *scoping*. En effet, ce glissement conceptuel a pour objectif d'élargir la production de guidelines à l'ensemble des professions de santé plutôt qu'aux seuls médecins. Cela implique souvent une approche plus holistique incluant des interventions plus psycho-sociales que médicales (hygiène de vie, réinsertion au travail, etc.) dans le champ des futurs guidelines. Cela pourrait augmenter fortement le nombre de questions de recherche et renvoyer à des domaines où beaucoup moins d'études de bonne qualité sont disponibles. Dans la perspective d'un réseau national de guidelines coordonnés par le Plan EBP, il sera donc primordial de définir exactement le type d'interventions incluses sous le vocable 'Practice'.

4.2.3. Résumé et analyse des données probantes de la littérature

La littérature souligne l'importance de la manière de synthétiser les données probantes⁴ pour améliorer l'acceptabilité et la mise en pratique d'une guideline. Ce résumé doit reprendre des éléments méthodologiques, y compris l'intervalle de temps sur lequel a porté la recherche de données probantes. Il doit également présenter, de façon succincte, la totalité des données probantes pertinentes.

Les procédures d'analyse des données probantes de la littérature utilisées au KCE sont définies dans le *process book*² et suivent les mêmes standards que ceux utilisés par les autres développeurs de guidelines ayant répondu à notre enquête. De l'avis du groupe de travail interne du KCE, ces processus pourraient éventuellement gagner en rapidité en utilisant des outils techniques de support pour la sélection des articles et l'extraction des données probantes (ex : n GRADEPro GDT^{11, 12} Magic App¹³, Covidence¹⁴...).

4.2.4. Délibération et contextualisation des données probantes de la littérature

La délibération et la contextualisation des données probantes font intervenir des éléments cliniques, économique ainsi que les valeurs et préférences des patients (dont la collecte doit être améliorée voir point 4.2.1). Au KCE comme chez les autres développeurs de guidelines interrogés, cette étape s'effectue par consultation des stakeholders. Certains développeurs mettent toutefois un accent plus prononcé sur les aspects économiques, en y incluant notamment l'étude des ressources nécessaires pour mettre en œuvre les recommandations, l'analyse des coûts pour le système de santé et pour le patient, l'évaluation coût-efficacité des interventions recommandées.

L'étendue de la discussion économique devrait être définie dès l'étape de *scoping* du projet, en tenant compte des décisions prises au niveau national (Plan EBP) ; cela nécessite, le cas échéant, d'inclure un économiste de la santé dans l'équipe de développement des guidelines.

4.2.5. Formulation des recommandations

La formulation des recommandations suit des règles éditoriales strictes décrites dans le *process book* du KCE². Ces règles sont similaires à celles des autres développeurs de guidelines interrogés.

NICE rédige ses recommandations en collaboration avec les membres du GDG, qui sont formés aux règles d'écriture. Les données probantes de la littérature sont discutées lors de réunions d'une ou deux journées consécutives. Le nombre de ces réunions varie entre 2 et 15 par guideline dans un objectif de co-construction. En effet, l'adhésion des membres du GDG aux recommandations émises et leur implication dans leur dissémination ultérieure via leurs sociétés scientifiques est proportionnelle à leur degré d'implication dans leur élaboration^{10, 15}.

Cette stratégie du NICE est difficilement transposable telle quelle à la Belgique, notamment vu le contexte linguistique multiple de notre pays, et les modalités de rémunération des prestataires fondamentalement différentes. Au KCE, une première version (en anglais) des recommandations, accompagnée des données probantes de la littérature,



fait d'abord l'objet d'une consultation des membres du GDG par voie électronique. Ensuite, les différentes remarques collectées sont discutées en réunion plénière du GDG. Seule la version finale des recommandations est traduite en français et en néerlandais.

L'utilisation d'outils standardisés pourrait faciliter cette consultation des membres du GDG par voie électronique. Un exemple est l'outil DECIDE⁹ développé par le groupe GRADE^{h,12}. Cet outil permet :

- d'informer les membres d'un panel des avantages et des inconvénients de chaque intervention étudiée ;
- de s'assurer que tous les facteurs importants nécessaires à la prise de décision ont été pris en compte ;
- de fournir un résumé concis des données probantes de la littérature permettant de documenter l'avis du panel pour chaque critère pris en considération ;
- d'aider à structurer les discussions au sein du panel et d'identifier les raisons de désaccords ;
- d'augmenter la transparence dans la prise de décision pour les utilisateurs du guideline ou les décideurs politiques.

4.3. Validation et approbation des guidelines

4.3.1. Validation

La validation des guidelines du KCE se fait en deux étapes pour les guidelines de première ligne : une validation méthodologique assurée par le CEBAM et une validation de contenu assurée par des évaluateurs externes. Cette validation est importante afin d'augmenter la crédibilité, l'acceptabilité et la transparence, identifiés dans la littérature comme des facteurs importants pour augmenter leur potentiel de mise en pratique.^{4, 16, 17, 15, 16}

Dans le contexte du futur Plan EBP, la validation par le CEBAM devrait garantir une qualité uniforme pour tous les guidelines disséminés en Belgique.

Comme évoqué plus haut, l'enquête auprès des prestataires de soins confirme le souhait d'un point d'accès unique vers les guidelines, avec une garantie de qualité. EBMPracticeNet, déjà identifié comme point central de diffusion dans le rapport KCE 212¹, pourrait jouer ce rôle de point central de diffusion pour l'ensemble des guidelines belges, d'autant plus que les médecins généralistes l'utilisent déjà couramment. Cette activité est actuellement en effet en cours d'extension aux autres professions.

4.3.2. Approbation des guidelines du KCE

Les guidelines du KCE font l'objet d'une approbation par son conseil d'administration, avant d'être publiés sur son site web (avec communication vers les médias) et disséminés vers les utilisateurs finaux. Toutefois, cette stratégie se révèle souvent peu élaborée et donc peu efficace.

Dans l'esprit d'une approche plus collaborative du développement des guidelines, l'approbation des sociétés scientifiques ayant participé à l'élaboration serait un atout majeur. Ceci nécessitera néanmoins que les éventuels conflits d'intérêt soient gérés de manière adéquate. Cette approbation serait formalisée par l'apposition de leur logo, de manière claire

⁹ Developing and Evaluation Communication strategies to support Information Decisions and practice based on Evidence

^h Grating of Recommendations Assessment, Development and Evaluation



et visible, sur la couverture du guideline. De cette manière, le souhait des prestataires de soins de disposer de guidelines ayant l'aval de leurs sociétés scientifiques serait rencontré. La mise en commun du know-how méthodologique du KCE et de l'expérience de terrain des sociétés scientifiques serait un gage supplémentaire de qualité aux yeux de tous les utilisateurs finaux.

En ce qui concerne la politique du KCE relative aux auteurs des guidelines (*authorship*), le groupe de travail interne du KCE suggère de ne pas la modifier mais d'ajouter aux noms des membres du KCE et du GDG ayant participé à l'élaboration du guideline une mention claire des sociétés scientifiques qui l'ont approuvé, avec leurs logos.

4.4. Présentation des guidelines

4.4.1. Formatage des rapports

Le format actuel des rapports scientifiques des guidelines du KCE est particulièrement bien adapté à leur validation méthodologique. Leur structure suit un ordre logique qui reflète la démarche suivie lors de leur élaboration.

Toutefois, si cette structuration est adéquate d'un point de vue scientifique, elle ne semble pas l'être d'un point de vue communication. En effet, l'ordre de présentation des éléments du rapport ne correspond pas à la hiérarchisation des besoins d'information des prestataires de soins tels que mis en lumière par l'enquête auprès des professionnels de santé, ni aux prescrits de la littérature relatifs à la communication des données probantes vers les utilisateurs finaux¹⁶⁻²².

Il existe aujourd'hui des outils de support informatique (p.ex. Magic App) qui permettent une réorganisation rapide des informations contenues dans les rapports de guidelines en vue de préparer différents supports de communication. L'utilisation de tels outils au niveau national permettrait une certaine standardisation dans la communication des guidelines de différentes origines vers les prestataires de soins et les rendrait plus facilement intégrables dans les dispositifs d'aide à la décision. Ce point pourrait faire l'objet d'une réflexion dans le cadre du Plan EBP.

4.4.2. Produits spécifiquement destinés aux utilisateurs finaux

L'enquête auprès des prestataires de soins confirme que les éléments d'un guideline considérés comme essentiels sont le résumé des recommandations, leurs forces et leurs niveaux de preuve. L'ensemble de ces éléments est d'ores et déjà présent dans la synthèse qui accompagne les guidelines KCE.

Cependant, l'enquête révèle également le besoin d'outils pratiques dérivés des guidelines, tels que les arbres de décision clinique les brochures et autres outils de communication entre prestataires de soins et patients et les supports d'aide à la décision pour les professionnels. De tels outils commencent à être développés en accompagnement des guidelines du KCE (ex : application pour smartphone, tablette et PC pour déterminer les tests préopératoires²³, outil d'aide à la décision pour les médecins et fiches simplifiées à destination des patients en cas de demande d'un dépistage du cancer de la prostate²⁴, messages en support d'un choix informé dans le cadre du dépistage du cancer du sein²⁵) mais ils ne sont pas encore généralisés.

La littérature confirme que le développement de tels outils favorise la dissémination et l'implémentation des guidelines^{26, 27}. NICE l'a d'ailleurs bien compris en organisant l'accès en ligne vers ses guidelines selon une navigation qui va de l'information la plus simple (le guide à l'attention du patient) vers des outils et documents de plus en plus spécialisés, le rapport scientifique complet étant présenté en fin de chaîne. À cet égard, il est extrêmement important de noter que tant NICE que NHG comptent dans leur structure un département spécifique regroupant des spécialistes en communication et marketing responsables de la conception de ces outils et de leurs canaux de dissémination. Le développement des guidelines du NICE est par ailleurs toujours accompagné d'un plan de communication.

Le Plan EBP devrait donc impérativement prévoir de développer une stratégie de dissémination des guidelines faisant appel à des outils facilitant l'appropriation des guidelines par les utilisateurs finaux. Le développement de ces outils devrait être confié à des spécialistes en communication et en marketing social, en étroite collaboration avec les développeurs de guidelines belges et avec la structure responsable de la diffusion centralisée des guidelines. De nombreux exemples d'outils sont disponibles dans la



littérature.^{16, 17, 19, 21, 22, 26, 28-36} Un groupe de travail pourrait être créé pour identifier les ressources nécessaires au développement de ces outils.

4.5. Dissémination, communication et mise en pratique

Les prestataires de soins belges souhaitent disposer d'un point d'accès unique à des guidelines dont la qualité est garantie. Ce point d'accès devrait être commun à tous les développeurs, facile à utiliser et rapide d'accès. Centraliser la diffusion des guidelines de manière à rencontrer ce souhait est typiquement une mission relevant du futur Plan EBP.

Dans l'enquête menée auprès des prestataires de soins, seul un tiers des participants déclare être informé de la parution ou de la mise à jour de guidelines. Les canaux d'information qu'ils mentionnent le plus souvent sont les conférences et les mailings. Les sociétés scientifiques ayant approuvé et labellisé un guideline devraient être encouragées à organiser des conférences ou autres manifestations visant à sa dissémination. Quant aux mailings, déjà utilisés par le KCE pour la diffusion de ses propres guidelines, ils sont extrêmement simples à mettre en œuvre...à condition que les prestataires de soins s'inscrivent dans le système.

L'ensemble des répondants à l'enquête indique également qu'il est essentiel d'accompagner les guidelines d'un plan d'implémentation des recommandations (notamment la présence des ressources nécessaires à la mise en œuvre des recommandations). Ce plan existe déjà de façon succincte dans les guidelines du KCE, mais il pourrait être davantage développé. Un plan d'implémentation global, conçu et coordonné par le Plan EBP pour l'ensemble des guidelines belges, devra logiquement être mis en place.

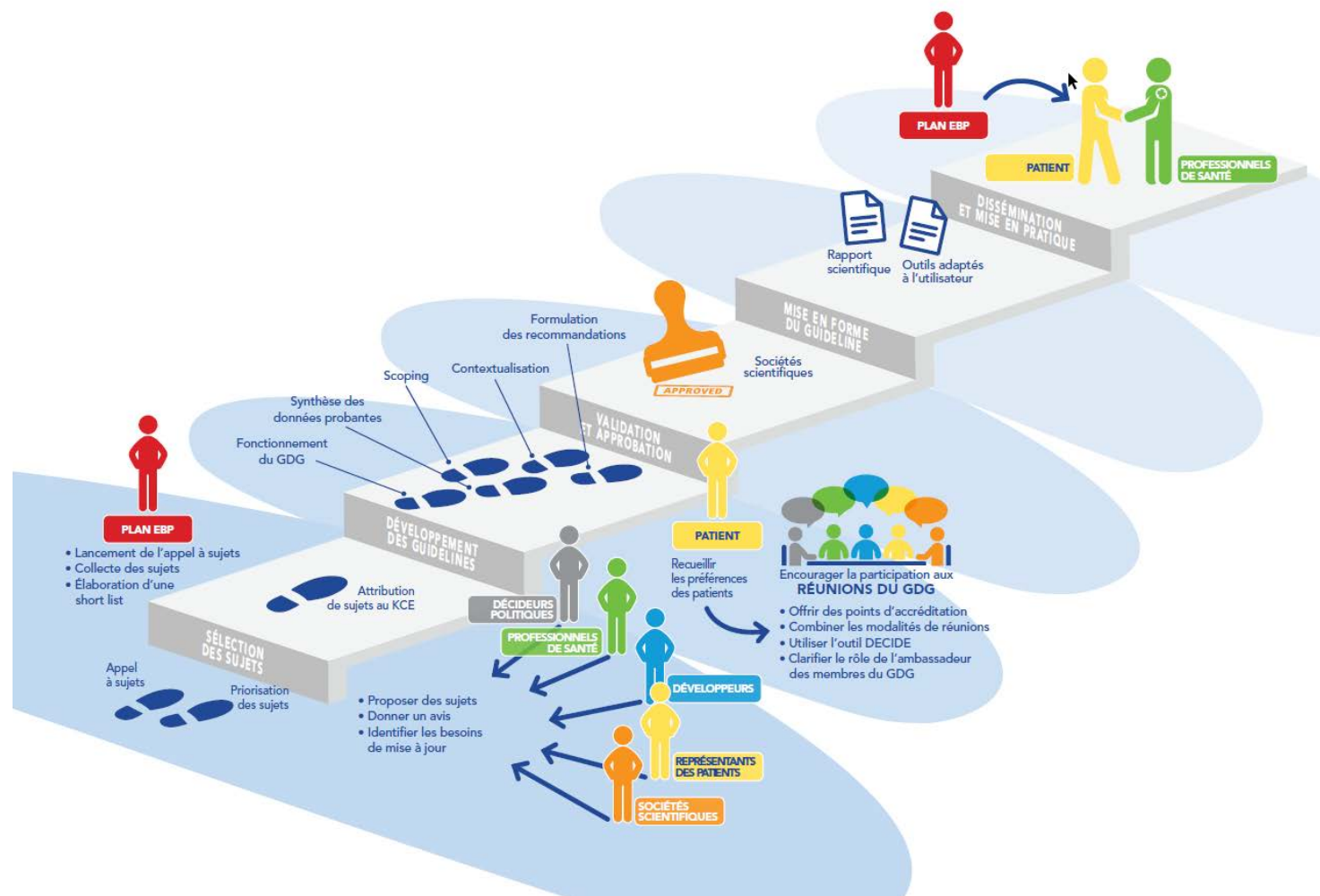
Dans le cas des professionnels de santé pratiquant en milieu hospitalier, l'enquête met également en lumière un facteur limitant supplémentaire (surtout pour les infirmières et les sages-femmes): la primauté des protocoles hospitaliers sur l'utilisation des guidelines. Un plan d'implémentation centralisé permettrait de faciliter une traduction rapide et automatique des guidelines dans les protocoles hospitaliers.

5. CONCLUSIONS

L'adaptation des guidelines du KCE aux besoins des utilisateurs finaux repose sur des modifications organisationnelles au sein du KCE et également au niveau national. L'ensemble des modifications de processus sont présentées de façon synthétique à la Figure 4.



Figure 4 – Aperçu synthétique des adaptations du processus de développement des guidelines du KCE





5.1. Propositions d'adaptation des procédures organisationnelles du KCE

5.1.1. Organisation et fonctionnement des GDG

La participation d'experts aux réunions du GDG est essentielle à la délibération et à la contextualisation des données probantes de la littérature mais également à la dissémination et à la mise en pratique des guidelines⁴. Afin de faciliter et encourager cette participation, les interventions suivantes pourraient être envisagées :

- Proposer des points d'accréditation (credits points) en complément de la (modeste) compensation financière offerte pour la participation aux réunions du GDG ;
- Proposer des méthodes alternatives d'organisation de réunions combinant réunions présentielle, consultations électroniques asynchrones et discussions synchrones par vidéo-conférence,

Les missions actuelles du GDG sont multiples. Elles comprennent la définition des questions cliniques étudiées dans le guideline, l'identification des *outcomes* les plus importants, les délibérations au sujet de la sélection et du contenu des données probantes, la formulation et la contextualisation des recommandations. Les points suivants pourraient soutenir les missions dévolues au GDG :

- Lors de la définition des questions cliniques, les données nécessaires à la contextualisation économique devraient être définies avec le soutien d'un expert économiste du KCE. Cet expert pourrait, le cas échéant, également participer activement à la contextualisation économique des recommandations du guideline ;
- La collecte des préférences des patients pourrait être améliorée par une consultation de patients individuels par groupes unilingues. Les résultats de ces consultations serait rapportés au GDG via les représentants des patients et/ou par les experts du KCE ;

- La formulation des recommandations pourrait être facilitée par l'utilisation d'outils électroniques validés tel que l'outil DECIDE. Cet outil devrait être testé et éventuellement utilisé de manière systématique pour tous les guidelines du KCE.

Le rôle du GDG et des stakeholders dans le développement, la dissémination et l'implémentation des guidelines devrait évoluer vers un modèle plus collaboratif :

- en renforçant la participation des sociétés scientifiques aux GDG et en demandant à leurs représentants de jouer un rôle de rapporteurs auprès de leurs organisations, de manière à pouvoir demander l'approbation de la version finale des guidelines à ces sociétés scientifiques.
- en encourageant la communication relative aux guidelines lors des conférences et congrès.

5.1.2. Production, validation et approbation des rapports de guidelines

Afin d'augmenter la vitesse de production des guidelines, le recours à des outils techniques de support pour la sélection des articles et l'extraction des données probantes devrait être envisagé.

Le format actuel du rapport scientifique des guidelines devrait être conservé afin de faciliter sa validation, mais la réflexion relative à l'implémentation devrait être davantage développée. Le recours à des outils techniques facilitant la transformation de l'information en outils à destination des prestataires de soins devrait également être étudié (p.ex. Magic App, DECIDE). L'ensemble des possibilités techniques existantes pourrait être identifié et testé par un groupe de travail institué au sein du KCE.

Une approbation ou une labellisation formelle de la version finale des guidelines devrait être proposée aux sociétés scientifiques associées au GDG. Cette approbation, combinée à la validation par le CEBAM, serait de nature à augmenter la confiance des utilisateurs finaux et d'améliorer leur adhésion aux guidelines. Le nom et le logo des sociétés concernées devraient figurer de façon visible sur la page de garde du guideline.



5.1.3. *Communication, dissémination et implémentation des guidelines*

Actuellement, la communication relative aux guidelines du KCE repose essentiellement sur la diffusion du rapport complet de guideline et de sa synthèse. Or les besoins exprimés par les prestataires de soins vont dans le sens d'une plus grande hiérarchisation de l'information, avec création d'outils de communication tels que des arbres de décision clinique, des outils d'aide à la décision et à la communication. La création de ces outils nécessite des compétences et des ressources spécifiques.

5.2. **Points d'attention pour le Plan EBP**

L'objectif principal du Plan EBP est de coordonner les différentes initiatives relatives aux pratiques basées sur les données probantes présentes dans le paysage belge.

Les quelques éléments suivant traduisent les attentes du KCE par rapport à ce plan.

5.2.1. *La définition de la portée du plan*

Un préalable à la mise en place du Plan EBP est d'obtenir un consensus sur ce que recouvre le terme '*practice*'. En effet, cette définition déterminera l'étendue de la couverture des sujets à traiter à l'avenir dans les guidelines, comme par exemple, les besoins d'information nécessaires à la contextualisation économique des questions cliniques ou encore l'inclusion ou l'exclusion des questions relatives aux interventions psycho-sociales dans les futurs guidelines.

5.2.2. *La sélection des sujets de guidelines*

La sélection des sujets faisant l'objet d'un guideline devrait comprendre les étapes suivantes :

- Un appel à sujets centralisé s'adressant à un public aussi large que possible (ex : sociétés scientifiques, associations de patients, décideurs politiques, INAMI, développeurs de guidelines nationaux et internationaux, prestataires de soins,...).
- Cet appel devrait être complété par une recherche systématique des guidelines existants devant être mis à jour pour éviter l'obsolescence des guidelines, qui nuit grandement à leur mise en pratique. Les procédures employées par NICE ou NHG peuvent servir d'exemple à la mise en œuvre de cette recherche.

- La sélection des sujets :

La sélection des sujets pourrait se faire sur base de critères établis en fonction des priorités nationales. Les critères utilisés par le KCE sont communs à ceux utilisés par les autres développeurs internationaux interrogés et consistent à prendre en compte les éléments suivants :

- o Pertinence politique pour aider à la prise de décision ;
 - o Fréquence de la pathologie ou du problème de santé ;
 - o Sévérité de la pathologie ou du problème de santé ;
 - o Possibilité d'amélioration de la prise en charge actuelle ;
 - o Faisabilité de la recherche.
- Les sujets retenus devraient ensuite être examinés en fonction des éléments suivants :
 - o L'existence d'un guideline récent et de qualité sur le même sujet ;
 - o L'opportunité d'une collaboration internationale pour le développement d'un guideline ;
 - o La correspondance avec les objectifs de santé et les besoins des soignants.



- L'attribution des sujets entre les différents développeurs de guidelines devraient également se faire sur des critères qui devront être définis dans le cadre du Plan EBP.
- Chaque développeur devrait déterminer le scope de chacun des guidelines dont il est responsable et le transmettre à une structure centralisée, en l'occurrence la POP-database, afin de cartographier une vue d'ensemble des guidelines à venir et leur intégration au sein du réseau des guidelines existants. Les pathways développés à cet effet par NICE peuvent servir d'exemple pour cet exercice.

Afin d'assurer cette mission, le Plan EBP pourrait organiser une plateforme comportant notamment des représentants des autorités, des développeurs de guidelines belges ainsi que de représentants des sociétés scientifiques et des patients concernés par le sujet proposé. Cette structure devrait en outre pouvoir faire appel à des experts en recherche de littérature (*information specialists*), notamment pour établir les besoins de mises à jour et d'informations nécessaires à la priorisation.

5.2.3. La dissémination des guidelines

Le Plan EBP devrait organiser la centralisation du développement d'outils de communication nécessaires à la dissémination des guidelines et à leur utilisation par les prestataires de soins. Le développement de tels outils nécessite des compétences particulières. Celles-ci pourraient être mutualisées afin de produire des guidelines uniformes dans leur format et leur présentation. La communication autour de l'ensemble des guidelines pourrait également être coordonnée par le Plan EBP, en étroite collaboration avec les développeurs de guideline.

Enfin, le Plan EBP pourrait organiser, d'une part, la dissémination des guidelines auprès de tous les utilisateurs finaux via une plateforme centrale d'accès facile et rapide et d'autre part, organiser la mise en place d'outils en support à leur mise en œuvre. Il devrait garantir aux utilisateurs finaux la qualité des guidelines mis à disposition sur cette plateforme. Une coordination des procédures de validation pourrait être prévue à cet effet, tant d'un point de vue méthodologique que de contenu.



■ REFERENCES

1. Desomer A, Dilles T, Steckel S, Duchesnes C, Vanmeerbeek M, Peremans L, et al. Dissémination et mise en œuvre des guides de pratique clinique en Belgique - Synthèse. . Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) ; 2013. Health Services Research (HSR). Reports 212Bs. D/2013/10.273/87
2. KCE process book online [Web page].Brussels: Belgian Health Care Knowledge Center;2012 [updated 28/11/2016; cited 9/02/2017]. Available from: <http://processbook.kce.fgov.be/>
3. Cleemput I, Devriese S, Christiaens W, Kohn L. Multi-criteria decision analysis for the appraisal of medical needs: a pilot study. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2016 06/2016. Reports n°272 (D/2016/10.273/68) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_272_Unmet_needs_Report2.pdf
4. Brouwers MC, Makarski J, Kastner M, Hayden L, Bhattacharyya O, Team G-MR. The Guideline Implementability Decision Excellence Model (GUIDE-M): a mixed methods approach to create an international resource to advance the practice guideline field. Implementation Science. 2015;10(36).
5. Chalon PX, Kraemer P. EUnetHTA Information Management System: Development and Lessons learned. International Journal of Technology Assessment in Health Care. 2014;30(5):514-20.
6. James RL, S G. Use of videoconferencing to enhance care and improve health-care efficiency. Br J Hosp Med (Lond). 2016 77(5):272-7.
7. Rosen JM, Kun L, Mosher RE, Grigg E, Merrell RC, Macedonia C, et al. Cybercare 2.0: meeting the challenge of the global burden of disease in 2030. Health Technol (Berl). 2016;6:35-51.
8. Stalfors J, Björholt I, Westin T. A cost analysis of participation via personal attendance versus telemedicine at a head and neck oncology multidisciplinary team meeting. J Telemed Telecare. 2005;11(4):205-10.



9. U.S. Department of Education OoP, Evaluation, and Policy Development,. Evaluation of Evidence-Based Practices in Online Learning: A Meta-Analysis and Review of Online Learning Studies. 2010.
10. NICE. Developing NICE guidelines: the manual. National Institute for Health and Care Excellence; 2014. Process and methods guides Available from: <https://www.nice.org.uk/media/default/about/what-we-do/our-programmes/developing-nice-guidelines-the-manual.pdf>
11. Munn Z, Porrit K, Lockwood C, Aromataris E, A P. Establishing confidence in the output of qualitative research synthesis: the ConQual approach. BMC Med Res Methodol. 2014;14(108).
12. Schünemann H, Brożek J, Guyatt G, Oxman A. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013. The GRADE Working Group. ; 2013 Available from guidelinedevelopment.org/handbook
13. MAGIC App. Making GRADE the irresistible choice [Web page].2001 [cited 19/02/2017]. Available from: <http://magicproject.org/>
14. Covidence. A Cochrane technology platform [Web page].2016 [cited 19/02/2017]. Available from: <https://www.covidence.org/>
15. Armstrong MJ, Rueda JD, Gronseth GS, Mullins CD. Framework for enhancing clinical practice guidelines through continuous patient engagement. Health Expectations. 2016;20:8.
16. Kastner M, Versloot J, Hayden L, Chatterjee A, Bhattacharyya O. Enhancing the uptake of clinical practice guidelines: The development of a guideline implementability tool (GUIDE-IT). BMJ Quality and Safety. 2013;22((Kastner M.; Versloot J.; Hayden L.; Chatterjee A.; Bhattacharyya O.) Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital, Toronto, Canada):A32.
17. Sahota IS, Kostaras X, Hagen NA. Improving access to cancer guidelines: feedback from health care professionals. Curr. oncol. 2015;22(6):392-8.
18. CEBAM. Gezondheid en Wetenschap [Web page]. CEBAM;2016 [cited March 10]. Available from: www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen
19. Gagliardi AR, Brouwers MC. Do guidelines offer implementation advice to target users? A systematic review of guideline applicability. BMJ Open. 2015;5(2):e007047.
20. Morville P. User experience design [Web page]. Semantic Studios;2004 [cited February 22]. Available from: <http://www.semanticstudios.com/publications/semantics/000029.php>
21. Murthy L, Shepperd S, Clarke MJ, Garner SE, Lavis JN, Perrier L, et al. Interventions to improve the use of systematic reviews in decision-making by health system managers, policy makers and clinicians. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012;CD009401.pub2.
22. NICE. Measuring the uptake of nice guidance [Web page].2015 [cited March 27]. Available from: <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/into-practice/measuring-the-uptake-of-nice-guidance>
23. Vlayen Joan BN, Robays Jo. KCE App. Examens préopératoires de routine pour la chirurgie non cardio-thoracique planifiée [Web page].Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE);2017 [cited 19/02/2017]. Available from: <http://preop.kce.be/>
24. Mambourg F, Kohn L, Robays J, Janssens S, Albertijn M, Ronsmans M, et al. A decision aid for an informed choice when patient asks for PSA screening. Good Clinical Practice (GCP) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014. KCE Reports
25. Kohn L, Mambourg F, Robays J, Albertijn M, Janssens J, Hoefnagels K, et al. Informed choice on breast cancer screening: messages to support informed decision. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014. KCE Reports 216. D/2014/10.273/03
26. Agoritsas T, Fog-Heen A, Brandt L, alonso-Coello P, Kristiansen A, akl EA, et al. Decision aids that really promote shared decision making: the pace quickens. BMJ Open. 2015;350:5.



27. Brouwers MC, Bhattacharyya O. GUIDE-M - Guideline Implementability for Decision Excellence Model [Web page]. GUIDE-M research team;2014 [cited March 01]. Available from: <http://guide-m.ca/>
28. Boxwala AA, Rocha BH, Maviglia S, Kashyap V, Meltzer S, Kim J, et al. A multi-layered framework for disseminating knowledge for computer-based decision support. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2011;18(SUPPL. 1):132-9.
29. Brouwers EP, Garcia K, Makarski J, Daraz L. The landscape of knowledge translation interventions in cancer control: What do we know and where to next? A review of systematic reviews. *Implementation Science*. 2011;6.
30. Dolan JG, Qian F, Veazie PJ. How well do commonly used data presentation formats support comparative effectiveness evaluations? *Medical Decision Making*. 2012;32(6):11.
31. Elwyn G, Quinlan C, Mulley A, Agoritsas T, Vandvik PO, Guyatt G. Trustworthy guidelines - excellent; customized care tools - even better. *BMC Medicine*. 2015;13(199).
32. Haynes R, Devereaux P, Guyatt G. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *Evidence-Based Medicine*. 2002;7:3.
33. Hilbink MA, Ouwens MM, Burgers JS, Kool RB. A new impetus for guideline development and implementation: construction and evaluation of a toolbox. *Implement Sci*. 2014;9(1):34.
34. Peleg M. Computer-interpretable clinical guidelines: a methodological review. *J Biomed Inform*. 2013;46(4):744-63.
35. Shekelle P, Woolf S, Grimshaw JM, Schunemann HJ, Eccles MP. Developing clinical practice guidelines: reviewing, reporting, and publishing guidelines; updating guidelines; and the emerging issues of enhancing guideline implementability and accounting for comorbid conditions in guideline development. *Implementation Science*. 2012;7(62).
36. SIGN. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: A guideline developer's handbook. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2011



COLOPHON

Titre :	Mieux adapter les guidelines du KCE aux besoins des utilisateurs – Synthèse
Auteurs :	Nadia Benahmed (KCE), Jef Adriaenssens (KCE), Wendy Christiaens (KCE), Dominique Paulus (KCE)
Coordinatrice du projet :	Dominique Paulus (KCE)
Rédaction synthèse :	Karin Rondia (KCE); Gudrun Briat (KCE), Nadia Benahmed (KCE)
Relecture :	Pascale Jonckheer (KCE), Geneviève Veereman (KCE), Raf Mertens (KCE)
Stakeholders :	Jan Bosteels (CEBAM – Centre for Evidence-Based Medicine Cochrane Belgium), Gudrun Briat (KCE), Patrice Chalon (KCE), Sam Cordyn (Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité (dans le domaine de la) Santé – CIPIQs), Leen De Coninck (Ergotherapie.be), Geert De Loof (Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie), Nicolas Delvaux (Domus Medica, EBMPPracticeNet), Alfons De Schutter (Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse kinesitherapeuten, Pro-Q-Kine), Anja Desomer (KCE), Estelle Di Zenzo (Union Professionnelle des sages-femmes belges – UpSfb), Nicolas Fairon (KCE), Benjamin Fauquert (EBMPPracticeNet), Siegfried Geens (CEBAM Digital Library for Health), Régine Goemaes (Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen – VBOV), Martine Goossens (CEBAM), Germaine Hanquet (KCE), Ana Hernandez (Office de la naissance et de l'enfance), Pascale Jonckheer (KCE), Marlène Karam (Université catholique de Louvain, CEBAM), Didier Martens (Farmaka), Marlene Reyens (VBOV), Ward Rommel (Kom op tegen Kanker), Karin Rondia (KCE), Hans Van Brabandt (KCE), Thierry Van der Schueren (Société Scientifique de Médecine Générale – SSMG), Didier Vander Steichel (Fondation contre le cancer), Michel Vanhalewyn (SSMG), Inez Vanoverschelde (EBMPPracticenet), Geneviève Veereman (KCE), Leen Verleye (KCE), Mieke Vermandere (Katholieke Universiteit Leuven, CEBAM, EBMPPracticeNet), Joan Vlayen (KCE), Patrick Wérrion (Association de défense professionnelle de la kinésithérapie – AXXON), Vanessa Wittvrouw (UpSfb)
Remerciements :	Jako Burgers (Nederlands Huisartsen Genootschap – NHG, Pays-Bas), Chris Connell (National Institute for Health and Care Excellence – NICE, Royaume-Uni), Brigitte Gijzen (Integraal Kankercentrum Nederland – IKNL, Pays-Bas), Roberta James (Scottish Intercollegiate Guideline Network – SIGN, Ecosse), Sonja Kersten (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland – V&VN, Pays-Bas), Jorma Komulainen (DUODECIM, Finlande), Tom Kuijpers (NHG), Michel Laurence (Haute Autorité de Santé – HAS, France), Jane Moore (NICE), Alke Nijboer (V&VN) L'ensemble des médecins, infirmiers, sages-femmes et kinésithérapeutes qui ont participé de manière anonyme à l'enquête en ligne et Olivier Camaly (Möbius), Thomas Haspeslagh (Möbius), Ellen Van Caillie (Möbius) pour la collecte des données
Autres intérêts déclarés :	Appartenance à un groupe de parties prenantes pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Nicolas Delvaux (Domus Medica, EBMPPracticeNet), Marlène Karam (Cebam, CDLH), Mieke Vermandere (Domus



Medica), Patrick Werrion (Association de défense professionnelle de la kinésithérapie – AXXON), Vanessa Wittvrouw (Union Professionnelle des sages-femmes belges – UpSfb)

Honoraires ou autres compensations pour la rédaction d'une publication ou la collaboration à un tel travail : Nicolas Delvaux (Domus Medica, Guidelines)

Participation à une étude scientifique ou expérimentale en qualité d'initiateur, de chercheur principal ('principal investigator') ou de chercheur : Régine Goemaes (recherche doctorale relative à l' « Advanced Midwifery Practice » - Santé Publique – Universiteit Gent), Inez Vanoverschelde (EBMPracticeNet : coordination du Project SPF pour le développement de la Plateforme EBM), Mieke Vermandere (EBMPracticeNet : coordination du Project SPF pour le développement de la Plateforme EBM)

Consultance ou emploi dans une société, association ou organisation à laquelle les résultats de ce rapport peuvent apporter des gains ou des pertes : Nicolas Delvaux (EBMPracticeNet, Domus Medica), Marlène Karam (Formations Cebam relatives l'EBP et à l'utilisation CDLH)

Présidence ou fonction de responsable au sein d'une institution, d'une association, d'un département ou d'une autre entité pour lequel/laquelle les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Nicolas Delvaux (EBMPracticeNet, Domus Medica), Inez Vanoverschelde (Coordinateur d'EBMPracticeNet), Mieke Vermandere (Coordinateur d'EBMPracticeNet), Patrick Werrion (Président d'Axxon Qualité en kinésithérapie asbl), Vanessa Wittvrouw (UpSfb)

Autres intérêts possibles qui pourraient mener à un potentiel ou réel conflit d'intérêts : Mieke Vermandere (Collaborateur pour la recherche postdoctorale à l'Academisch Centrum Huisartsgeneseeskunde – Katholieke Universiteit Leuven)

Layout :

Joyce Grijseels, Ine Verhulst

Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication :

25 avril 2017

Domaine :

Method

MeSH :

Practice Guidelines; Information Dissemination; Survey



Classification NLM : W84.4
Langue : Français
Format : Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal : D/2017/10.273/16
ISSN : 2466-6440
Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Benahmed N, Adriaenssens J, Christiaens W, Paulus D. Mieux adapter les guidelines du KCE aux besoins des utilisateurs – Synthèse. Method. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2017. KCE Reports 284Bs. D/2017/10.273/16.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.