



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

GUIDE
MÉTHODOLOGIQUE

**ACTUALISATION DES
RECOMMANDATIONS DE
BONNE PRATIQUE ET DES
PARCOURS DE SOINS**

Synthèse et organisation

Validé par le Collège le 23 février 2023

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Ces documents sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Descriptif de la publication

Titre	ACTUALISATION DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE ET DES PARCOURS DE SOINS Synthèse et organisation
Méthode de travail	Le guide méthodologique est élaboré à partir d'un état des lieux des pratiques des agences élaborant des recommandations de bonnes pratiques européennes et internationales, d'une revue de la littérature et de l'avis d'experts réunis dans un groupe transversal à la HAS. Il a été complété par le recueil de l'expression des besoins de sociétés savantes.
Objectif(s)	Les objectifs de ce projet sont d'identifier les méthodes et les procédures d'actualisation des recommandations de bonne pratique développées par les acteurs du domaine (guide Actualisation des recommandations – état des lieux) et de proposer une organisation au sein de la HAS (guide Actualisation des recommandations – synthèse et organisation).
Cibles concernées	Directions et services de la HAS, professionnels de santé et usagers du système de soins
Demandeur	Auto-saisine
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Sophie BLANCHARD-MUSSET, Ph D, chef de projet ; Pierre GABACH, MD, chef de service ; service des bonnes pratiques (SBP), HAS
Recherche documentaire	Emmanuelle BLONDET, documentaliste, Maud LEFEVRE, assistante documentaliste, Christine PAGES, chef de service de documentation
Auteurs	Sophie BLANCHARD-MUSSET, PhD. Groupe de travail HAS : Frédérique PAGES, Sabine BENOLIEL, Muriel DHENAIN, Emmanuel NOUYRIGAT, Alexandre PITARD, Cédric PAINDAVOINE, Laurence CHAZALETTE, Anne-Françoise PAUCHET-TRAVERSAT, Anne DEPAIGNE-LOTH, Karine PETITPREZ, Laura ZANETTI, Valentine TREPIED, Bertrand MUSSETTA, Jean-Charles LAFARGE, Pierre-Alain JACHIET, Pierre LIOT, Pavel SORIANO, Mireille GOETGHEBEUR (INESSS)
Conflits d'intérêts	Les membres de la HAS communiquent leurs déclarations publiques d'intérêts qui sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr .
Validation	23 février 2023
Actualisation	
Autres formats	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
5, avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – mars 2023 – ISBN : 978-2-11-167601-5

Sommaire

ACTUALISATION DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE ET DES PARCOURS DE SOINS	1
Préambule	5
Synthèse de l'état des lieux	7
1. Généralités	10
1.1. Glossaire et définitions	10
1.2. Quelle est la durée de vie d'une recommandation de bonne pratique ?	10
1.3. Quels sont les types d'actualisation ?	11
1.4. Quelles sont les étapes clés de l'actualisation ?	12
2. Comment identifier les recommandations à actualiser ?	14
3. Quelle procédure pour actualiser les recommandations ?	20
3.1. Actualisation selon une procédure classique	20
3.2. Actualisation selon une procédure spécifique	20
4. Actualisation en temps réel, <i>Living Guidelines</i> : du concept à la réalité	22
Organisation de l'actualisation des RBP au sein de la HAS	25
1. Schéma général	26
2. Étape 1 : identification des nouvelles données probantes	28
3. Étape 2 : évaluation de l'impact attendu sur les recommandations et priorisation des recommandations à actualiser	31
4. Étape 3 : actualisation des recommandations sélectionnées	35
Table des annexes	38
Références bibliographiques	46
Participants	49
Abréviations et acronymes	50

Préambule

De nombreux enjeux à proposer des recommandations fondées sur les preuves valides et actualisées

Dans le domaine de la santé, les **recommandations de bonne pratique (RBP)**, appelées *Clinical Practices Guidelines* (CPG) ou encore *Evidence-Based Guidelines/Guidelines* (GL), sont des propositions développées méthodiquement pour aider les différents acteurs du système de santé (professionnels, patients et usagers, décideurs) à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont la synthèse de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné et elles doivent être mises à jour à l'acquisition de nouvelles données significatives.

- En effet, une obsolescence des RBP peut conduire à une pratique qui n'est plus pertinente ou au mésusage d'une pratique médicale ainsi qu'à la perte de confiance des usagers dans les recommandations émises.
- À l'inverse, l'acquisition de nouvelles données probantes peut conforter une pratique innovante et permettre sa diffusion plus large (augmentation de la qualité des niveaux de preuve et renforcement de la force des gradations des recommandations).

Afin d'assurer la crédibilité et la légitimité, il paraît donc indispensable à chaque promoteur de RBP d'assurer une actualisation qui garantit que les recommandations émises restent valides en intégrant les nouvelles informations, les données disponibles, les nouvelles pratiques ou les préférences des patients et usagers des soins.

Des enjeux transversaux partagés par les acteurs de l'*Evidence-Based Medicine* (EBM)

Ces enjeux sont partagés par l'ensemble des acteurs du domaine (agences de santé, sociétés savantes, associations, fédérations) qui mettent en place des programmes d'actualisation des recommandations déjà élaborées et ce très tôt dès la phase d'émergence des recommandations basées sur les preuves. Dans ce contexte, un groupe de travail spécifique, *Updating Working Group*, s'est constitué au sein du réseau international *Guidelines International Network* (GIN), afin de mettre en commun les travaux de ses membres sur l'actualisation des recommandations.

Ces enjeux liés à l'actualisation des données sont aussi partagés par les organismes engagés dans l'élaboration des revues systématiques (RS) et de méta-analyses (MA).

Des enjeux qui évoluent fortement ces dernières années

L'actualisation des RBP est soumise à une formidable évolution technologique et s'accompagne de :

- l'intégration de plus en plus prégnante des solutions de partage (outils digitaux, e-plateformes et bases de recommandations – MAGICapp, GIN database –, logiciels d'aide à la décision, etc.) ;
- l'évolution des méthodes d'élaboration des recommandations vers une standardisation internationale et une accélération des procédures (méthode de gradation GRADE, productions accélérées ou courtes dites *Rapid Guidelines*, recommandations actualisées en temps réel dites *Living Guidelines*).

Si les méthodes et les technologies associées à la mise à jour des recommandations ont considérablement progressé au cours des dernières années, la pandémie de Covid-19 a stimulé encore leur recherche en raison de la nécessité de mettre à jour, de surveiller et d'adopter rapidement des recommandations actualisées en temps réel pour répondre à cette demande sans précédent de soins fondés sur des données probantes.

Enjeux pour la HAS

En tant qu'agence scientifique chargée « d'élaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique », la HAS est donc amenée à actualiser ses travaux et souhaite s'engager dans une démarche proactive de leur actualisation.

Les objectifs de ce projet sont d'identifier les méthodes et les procédures d'actualisation les plus pertinentes pour la HAS.

Avertissement

Dans ce projet, il sera utilisé le terme générique de **recommandations de bonne pratique (RBP)**, ce qui correspond aux termes anglais de *Guidelines* (GL), *Clinical Practice Guidelines* (CPG) ou plus récemment *Evidence-Based Guidelines* (EBP) dans la littérature internationale.

Chaque RBP, quelle que soit la méthode d'élaboration qui a été retenue, **peut intégrer une à plusieurs dizaines de recommandations** individualisées, ou encore dites granulaires, ce qui correspond au terme anglais de *recommendations* dans la littérature. Ce sont ces recommandations qui sont gradées selon un niveau de gradation indiquant la force de la recommandation (système HAS : grade A, B, C, AE).

Les organismes (agences sanitaires, sociétés savantes, associations de patients, etc.) qui élaborent des RBP pourront être désignés aussi par les termes génériques de « développeurs » de RBP ou de « promoteurs » de RBP.

Le terme générique de **technologies de santé (TdS)** sera utilisé pour les actes médicaux, les dispositifs médicaux, les médicaments, les vaccins, voire une nouvelle organisation ou un nouveau parcours de soins, etc.

Synthèse de l'état des lieux

Messages clés

La durée de vie des recommandations de bonne pratique (RBP) est variable selon les domaines

De manière consensuelle, la durée de vie des recommandations est comprise entre 3 et 5 ans. Elle peut être plus réduite, essentiellement en raison de l'apparition sur un cycle plus court et rapide de nouvelles données.

Une obsolescence des RBP peut conduire à une pratique qui n'est plus pertinente ou au mésusage d'une pratique ainsi qu'à la perte de confiance dans les recommandations émises. À l'inverse, l'acquisition de nouvelles données peut conforter une pratique innovante et permettre sa diffusion plus large.

Par ailleurs, la durée de vie d'une RBP dépend de plusieurs autres facteurs, en particulier l'état de santé de la population, ainsi que l'importance sociétale et la priorité de la thématique accordées par les professionnels et usagers.

Afin d'assurer sa crédibilité et sa légitimité, il paraît donc indispensable à chaque promoteur de RBP de produire une actualisation qui garantit que les RBP émises restent valides en incorporant les nouvelles informations, données disponibles, nouvelles pratiques ou préférences des patients et usagers des soins.

Le processus d'actualisation des RBP nécessite d'être aussi rigoureux que la RBP originale et de suivre les mêmes principes que l'*Evidence-Based Medicine*.

L'actualisation peut être programmée et/ou sélective

L'actualisation des RBP peut être programmée à des périodes définies *a priori* ou être réalisée de manière sélective (ciblée sur certaines thématiques). L'actualisation programmée et l'actualisation sélective peuvent être combinées selon des modalités à définir par les développeurs de RBP.

L'identification des recommandations à actualiser peut être programmée à une date précise à partir de la date de diffusion de la RBP initiale (ex. : de 3 à 5 ans). Une surveillance des données plus rapide peut être envisagée pour les domaines où l'apparition de nouvelles données est connue.

L'identification des recommandations à actualiser peut aussi être réservée à certains domaines jugés prioritaires (selon des critères à déterminer).

L'identification des recommandations à actualiser nécessite :

- d'identifier les nouvelles données disponibles et d'évaluer leur impact sur les recommandations existantes ;
- de déterminer le nouveau statut des recommandations existantes.

Un programme de surveillance est souvent basé sur une approche proactive complémentaire associant à un examen programmé effectué régulièrement à date préétablie la possibilité de réagir à tout élément d'intérêt.

1) Identification par une veille des nouvelles données disponibles

La veille permet d'identifier les nouvelles données ayant potentiellement un impact sur les recommandations en cours. Elle se réalise par l'interrogation de différentes sources d'informations présélectionnées et selon des modalités à définir et/ou à combiner.

De manière générale, l'identification des nouvelles données se fait selon deux voies d'alerte pouvant être associées :

- une veille documentaire/bibliographique, ciblée (stratégie de recherche initiale ou amendée) et/ou restreinte aux sources d'informations majeures du domaine ;
- l'alerte directe par les experts du domaine et/ou les usagers des soins selon des modalités à définir (collaboration en réseau de veille, alerte via le web, questionnaire formalisé, etc.).

2) Évaluation du nouveau statut des recommandations

La synthèse des nouvelles données disponibles et la formalisation des avis des professionnels de santé sur le besoin d'actualisation conduisent à qualifier la nécessité d'actualisation et doivent permettre, aussi, de prioriser les actualisations à réaliser.

Les ressources disponibles pour les programmes d'actualisation sont généralement limitées et peuvent entraîner la **définition de critères de priorisation** afin d'effectuer une sélection des actualisations à réaliser. De manière générale, les promoteurs de RBP associent des critères liés à la technologie de santé en elle-même et des nouvelles données la concernant (ex. : données de sécurité, taille de la population cible, changement attendu du grade de la recommandation au détriment de la simple réaffirmation du grade, etc.) à des critères liés au contexte national (importance sociétale, existence de controverses, thématique à priorité nationale) et à des critères liés aux ressources disponibles (ressources financières et humaines).

À l'issue de cette étape, les recommandations sont classées en différentes catégories pour lesquelles les actions à suivre sont différentes :

- **recommandations nécessitant une actualisation complète** (tous les domaines de la RBP initiale sont à traiter) ;
- **recommandations nécessitant une actualisation partielle** (avec ou sans nouveaux domaines/questions PICO à traiter) ;
- **recommandations toujours valides** (actualisation non nécessaire, ou reportée ultérieurement, à une date ultérieure prédéfinie ou non) ;
- **recommandations obsolètes** (documents associés à archiver, statut à renseigner sur site).

Le statut de l'ensemble des RBP émises par l'organisme développeur, en particulier la liste de celles en cours d'actualisation et de celles obsolètes, devrait être disponible sur le site afin d'en informer les utilisateurs et d'assurer la transparence.

Procédures d'actualisation des recommandations

L'actualisation des recommandations peut se réaliser selon deux modalités différentes :

- procédure d'élaboration dite « classique » des RBP ;
- procédure spécifique d'élaboration de l'actualisation, le plus souvent allégée ou rapide.

Procédure classique

Dans la très grande majorité des cas, l'actualisation est réalisée selon la procédure initialement retenue pour l'élaboration des précédentes RBP.

Le calendrier de réalisation, en particulier la présence ou non d'une phase de cadrage, dépend alors du niveau et du type d'actualisation à réaliser (actualisation complète ou partielle, avec ou sans nouveaux domaines à traiter, nécessitant ou non un nouveau cadrage).

Procédure spécifique et procédure sur le mode agile

Bien que plus rare, une procédure spécifique peut être élaborée afin d'assouplir et d'accélérer la mise à disposition des nouvelles recommandations actualisées.

Dans ce cas, la procédure est adaptée à la nature et au nombre de recommandations et questions/domaines à actualiser.

Les dernières années ont vu apparaître des procédures d'élaboration de recommandations sur un mode rapide ou accéléré. Il est apparu que de nombreuses étapes de la procédure d'élaboration classique peuvent être **soumises à adaptation pour rendre plus agile le processus** : cadrage facultatif réservé à l'existence de nouvelles questions à traiter ou modification du PICO, nombre de questions à traiter restreint, nombre de réunions restreint et/ou visioconférences, consultation des groupes d'experts adaptée à la thématique, consultation élargie réservée à certaines situations, utilisation de questionnaire électronique pour recueillir l'avis des experts, pas de consultation extérieure/d'experts en absence de controverse sur les données probantes, réalisation par des méthodologistes en interne, etc.

Il peut être aussi envisagé d'adopter les analyses de la littérature réalisées en externe ou d'adapter au contexte national des RBP internationales déjà existantes selon des procédures définies au niveau international : méthode *ADAPTE*, méthode Guideline Adaptation – *GRADE Adolopment*, etc.

Vers un nouveau standard : les recommandations actualisées en temps réel ou *Living Guidelines* ?

La pandémie de Covid-19 a fait naître des expériences réussies de recommandations actualisées en temps réel, dénommées *Living Guidelines* (LGL). L'heure est aux retours d'expériences en la matière ainsi qu'à l'extension de ces méthodes rapides dans d'autres thématiques. Ainsi, selon de nombreux acteurs du domaine, il s'agit même du nouveau modèle standard de réalisation des RBP. En incorporant continuellement les nouvelles données probantes, ces méthodes permettent de maintenir l'actualité des recommandations.

Si leur fiabilité et leur rigueur d'élaboration semblent acquises par l'utilisation des standards de qualité déjà adoptés pour les méthodes classiques d'élaboration des RBP, les LGL nécessitent cependant des moyens, humains et financiers, très importants et cela pose des questionnements quant à leur extension systématique à d'autres domaines.

Selon les premiers auteurs, la mise en place d'un processus de LGL nécessite la priorisation des domaines où l'actualisation des recommandations est nécessaire. Selon la majorité des auteurs, les approches LGL sont appropriées lorsque :

- les recommandations sont une priorité pour la prise de décision ;
- la nature des recommandations (en faveur ou en défaveur d'une technologie de santé, faible/forte/conditionnelle) est susceptible de changer à l'émergence de nouvelles données ;
- de nouvelles données probantes sont susceptibles d'être disponibles rapidement.

Par ailleurs, la pandémie a montré la nécessité de partager des standards communs, mais aussi de faciliter l'accès aux données, comme sur des e-plateformes dont l'utilisation est croissante au sein des membres du réseau international GIN (ex. : plateforme Covidence, plateforme MAGICapp, etc.).

1. Généralités

1.1. Glossaire et définitions

Le réseau international *Guidelines International Network* (GIN) regroupe les agences, organismes (sociétés savantes, associations de patients) qui sont impliqués dans le développement des recommandations de bonne pratique. Au sein de ce réseau, un groupe de travail spécifique à la thématique de l'actualisation des recommandations, le *GIN Updating Working Group*, s'est constitué sous l'impulsion du centre Cochrane ibérique et du NICE. La HAS est membre du groupe depuis sa création.

En 2018, afin de faciliter les échanges entre les acteurs du domaine, le *GIN Updating Working Group* a publié un glossaire (Martínez García, 2018) concernant la structure, la terminologie et les définitions au niveau des différents domaines de la thématique (voir annexe pour détails).

Les membres de ce groupe de travail ont défini que les trois étapes essentielles au processus d'actualisation sont les suivantes :

1. l'identification de nouvelles données pertinentes ;
2. l'évaluation de l'impact de ces nouvelles données sur les recommandations en cours et la nécessité d'une mise à jour ;
3. l'évaluation et, si nécessaire, la modification des recommandations.

Les deux premières étapes constituent la phase de veille, encore appelée de « surveillance » ou de « monitoring » des données. Certaines agences ou développeurs de RBP individualisent dans leur organisation leurs activités de veille ou de monitoring (ex. : NICE).

L'actualisation est définie comme l'ensemble de processus itératifs basé sur une méthodologie explicite et systématique impliquant l'identification et l'évaluation des nouvelles données qui n'avaient pas été incluses dans la version actuelle des recommandations. Si des données pertinentes ont été identifiées, leur impact attendu sur les recommandations est évalué et les recommandations sont modifiées si nécessaire.

La surveillance, en anglais *surveillance process/monitoring process*, est définie comme la détection des nouvelles données et l'évaluation de leur impact sur les recommandations en cours. La détection pouvant inclure des recherches bibliographiques, des enquêtes réalisées auprès des experts ou via des systèmes d'alertes. La surveillance, ou veille, est un processus continu, prospectif et actif.

1.2. Quelle est la durée de vie d'une recommandation de bonne pratique ?

La durée de vie des recommandations est variable selon les domaines. Toutefois, plusieurs retours d'expériences (Shekelle *et al.*, 2000 ; Alderson, 2014 ; Martínez García, 2014) amènent à estimer de manière générale la durée de vie des recommandations entre 3 et 5 ans.

Parmi les situations qui conduisent à la nécessité d'actualisation des recommandations, il a pu être identifié les suivantes :

- publication de données conduisant à une modification de la balance bénéfices/risques des interventions existantes ;

- publication de résultats considérés comme importants ou mesurant les effets d'une intervention à l'aide de nouveaux critères de jugement pertinents ;
- mise à disposition de nouvelles interventions préventives, diagnostiques ou thérapeutiques ;
- modifications dans la valeur donnée à des résultats scientifiques dans un nouveau contexte démographique, social, culturel ou politique ;
- publications de données de pratiques montrant que la pratique courante des recommandations est devenue soit optimale soit au contraire non optimale/utilisée ;
- modifications de la disponibilité ou de l'accessibilité des ressources dans le système de soins ;
- etc.

La durée de vie d'une recommandation peut être plus courte, essentiellement en raison de l'apparition sur un cycle plus court et rapide de nouvelles données (ex. : domaine de la cancérologie, médicaments, etc.).

Une problématique récurrente à l'actualisation des RBP est la rapidité d'évolution des connaissances qui peut différer d'un domaine à l'autre ; la fréquence de surveillance est donc variable. Le rythme de la surveillance est à estimer à partir de la fréquence d'apparition de nouvelles données. Celles-ci peuvent également apparaître dans un domaine qui évolue habituellement peu ou pas avec l'arrivée d'une technologie de santé innovante créant un saut/une rupture technologique.

Outre la vitesse d'apparition des données scientifiques dans un domaine donné, variable selon celui-ci, la durée de vie d'une RBP nécessitant une actualisation dépend de plusieurs autres facteurs, en particulier la nature de l'état de santé de la population en question ainsi que l'importance et la priorité de la thématique accordées dans le système de santé.

L'actualisation des RBP nécessite que chaque étape de son processus soit aussi rigoureuse que la RBP originale et de suivre les mêmes principes que l'*Evidence-Based Medicine*.

1.3. Quels sont les types d'actualisation ?

Dès 2011, l'agence anglaise *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) distinguait trois approches différentes pour actualiser les RBP :

- l'actualisation « idéale » en temps réel ;
- l'actualisation basée sur des périodes régulières ;
- l'actualisation sélective spécifique des sujets/domaines d'intérêt.

L'actualisation en temps réel, *Living Updating*, correspondant au modèle idéal d'une évaluation associée à la production de recommandations pour les nouveaux traitements, mais cette approche est théorique et coûteuse en ressources. Cette approche fait écho au concept de *Living Guidelines* selon lequel les RBP sont monitorées et actualisées de manière continue.

L'actualisation programmée sur des périodes régulières, *time-based approach*, en conformité avec la mise en évidence d'une obsolescence prédéterminée à distance de la publication initiale (de manière générale entre 3 et 5 ans).

Cette approche est similaire à celle retenue pour l'actualisation des revues systématiques par la Cochrane (réévaluation tous les 2 ans de la nécessité d'actualiser les revues). Tout comme l'actualisation en temps réel, cette approche est consommatrice de temps et de ressources, au même titre que l'élaboration d'une RBP *de novo*.

L'actualisation sélective basée sur un programme défini sur des priorités, *priority-setting approach*, permettant la concentration des ressources sur les domaines prioritaires, les plus utiles, soit

par le changement rapide de la nature des recommandations, soit par la réaffirmation de recommandations qui ont été depuis réinvestiguées.

Cette approche nécessite une veille proactive des données de la littérature disponibles et l'engagement fort des utilisateurs des RBP qui sont souvent impliqués dans le processus.

Les thématiques prioritaires doivent être définies. Il peut s'agir des questions clés des RBP, les recommandations devenues obsolètes ou celles soumises à controverse ou incertitude.

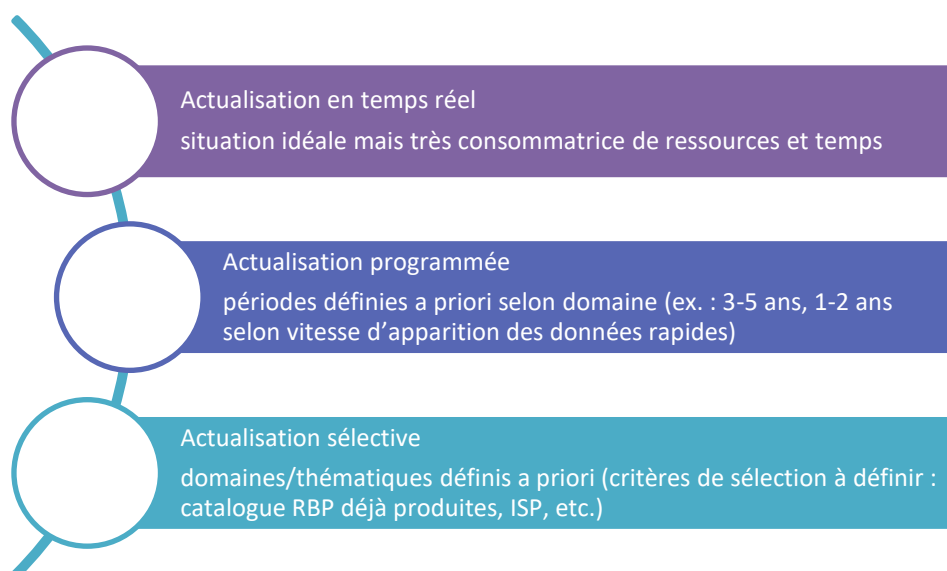


Figure. Les différents types d'actualisation

1.4. Quelles sont les étapes clés de l'actualisation ?

Le processus d'actualisation des RBP se décline en trois étapes :

1. L'identification des nouvelles données probantes
2. L'évaluation de leur impact sur les recommandations existantes
3. La procédure d'actualisation en elle-même, si nécessaire

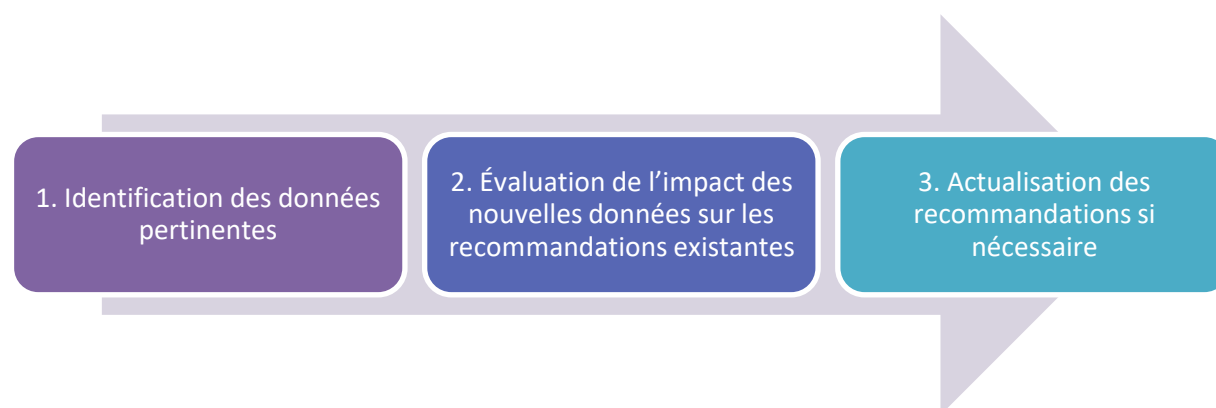


Figure. Les trois étapes du processus d'actualisation des recommandations

La première phase a pour objectif de qualifier le besoin/la nécessité d'actualiser des recommandations. Elle inclut les deux étapes d'identification des données pertinentes et l'évaluation de leur impact sur les recommandations existantes.

Lors de cette phase, il s'agit de répondre aux questions suivantes :

- De nouvelles données sont-elles disponibles depuis la publication originale ?
- Ces nouvelles données affectent-elles de manière significative les recommandations initiales ?
- La gradation des recommandations originales demeure-t-elle identique ?
- Quel est le nouveau statut des recommandations ?

À l'issue de cette étape, les recommandations à actualiser en priorité sont sélectionnées. Les questions qui doivent être traitées dans l'actualisation (initiales, nouvelles questions) sont définies.

Lors de la 3^e étape, l'actualisation à proprement parler, les éléments à déterminer sont les suivants :

- Quelles sont les procédures à adopter (classique ou spécifique à l'actualisation) ?
- Comment est réalisée cette actualisation (étapes et actions nécessaires) et par qui (acteurs, présence/rôle des acteurs ayant participé aux RBP initiales – développeurs, experts, méthodologistes –, gestion des conflits d'intérêts, etc.) ?

2. Comment identifier les recommandations à actualiser ?

Un système d'actualisation des RBP doit mettre en évidence la nécessité et le besoin d'actualisation.

Il repose initialement sur un processus de veille ou de surveillance qui permet d'identifier les nouvelles données ayant potentiellement un impact sur les recommandations en cours.

L'identification des recommandations à actualiser nécessite :

1. d'identifier les nouvelles données disponibles et d'évaluer leur impact sur les recommandations existantes ;
2. de déterminer le nouveau statut des recommandations.

L'objectif d'un programme de surveillance est de déterminer si les recommandations sont toujours valides ou si les nouvelles données contredisent, renforcent ou clarifient les recommandations existantes. Le programme nécessite en outre de recueillir l'avis des experts et usagers des soins et/ou préférences des patients au regard des nouvelles données.

Programme de surveillance des données : évaluation régulièrement et/ou évaluation en réaction à une alerte ponctuelle

Le programme de surveillance est souvent basé sur une approche proactive associant à un examen programmé effectué régulièrement à date préétablie (ex. : tous les 5 ans après la date de publication et à chaque actualisation), en anglais *standard check*, la possibilité de réagir à tout élément d'intérêt, en anglais *reacting to events*.

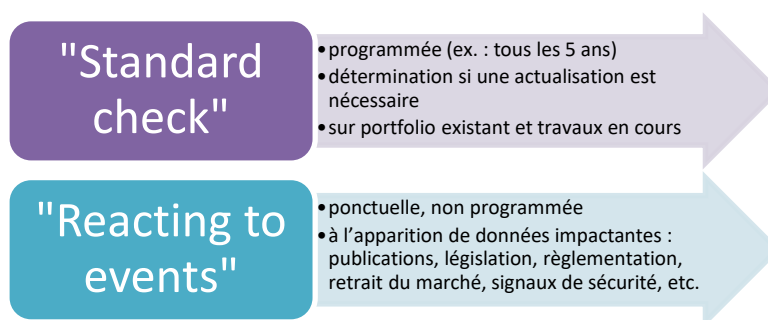


Figure. Programme de surveillance mis en place par le NICE pour identifier les besoins d'actualisation des recommandations, extrait du guide méthodologique NICE Guide 2014

La voie d'alerte *reacting to events* est mobilisable à l'apparition d'informations pertinentes/significatives pouvant affecter rapidement la validité de la recommandation parmi lesquelles :

- une publication d'intérêt ayant un potentiel fort à impacter une recommandation existante (sa nature, sa force) ;
- un changement réglementaire ou législatif ;
- le développement d'une évaluation/recommandation qui en contredit une autre ;
- le retrait d'un médicament du marché ou l'émergence des signaux de pharmacovigilance
- autres éléments définis au cas par cas.

Sources d'informations à surveiller

La surveillance se réalise par **l'interrogation de différentes sources d'informations présélectionnées** et selon des modalités à définir et/ou à combiner.

De manière générale, l'identification des nouvelles données se fait **selon deux voies pouvant être associées**.

Il s'agit de :

– **une veille documentaire :**

- plus ou moins ciblée (ex. : stratégies de recherche identiques à celle utilisée dans la RBP initiale ou stratégies amendées ou modifiées afin d'être plus précises que sensibles),
- et/ou veille restreinte aux sources d'informations majeures du domaine (ex. : 5-10 publications généralistes à fort impact, publications de spécialités majeures) ;

– **l'alerte directe par les experts du domaine et/ou les usagers des soins :**

- selon des modalités à définir (collaboration d'experts/usagers en réseau de veille, alerte via le site web de l'organisme développeur, questionnaire formalisé disponible sur site, etc.),
- ils sont chargés d'identifier et d'argumenter des changements de pratique ou de la mise à disposition de nouvelles données scientifiques.

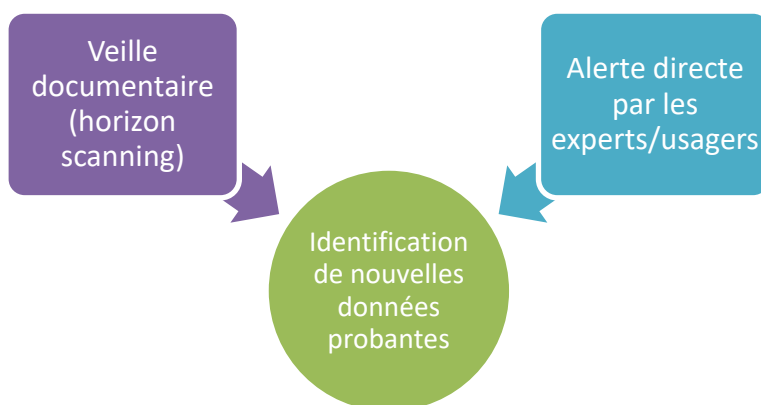


Figure. Les voies d'identification de nouvelles données probantes

Évaluation du besoin d'actualisation et du nouveau statut des recommandations

Une évaluation de l'impact des nouvelles données peut conduire à différentes options :

- **actualisation partielle**, avec ou sans nécessité d'un nouveau cadrage (sans nouvelle question à traiter ou sans changement de la stratégie documentaire/éléments PICO) ;
- **actualisation complète** de la RBP, en cas de circonstances exceptionnelles, avec élaboration d'un nouveau cadrage et consultation lors de son élaboration ;
- **pas d'actualisation**, avec réexamen à la date programmée initialement ou avec date déjà anticipée (ex. : données critiques attendues sous un calendrier connu...) ;
- **report de l'actualisation à un nouveau cycle** ou transfert sur une liste d'attente ;
- **suppression de la RBP**, si elle n'est plus d'usage.

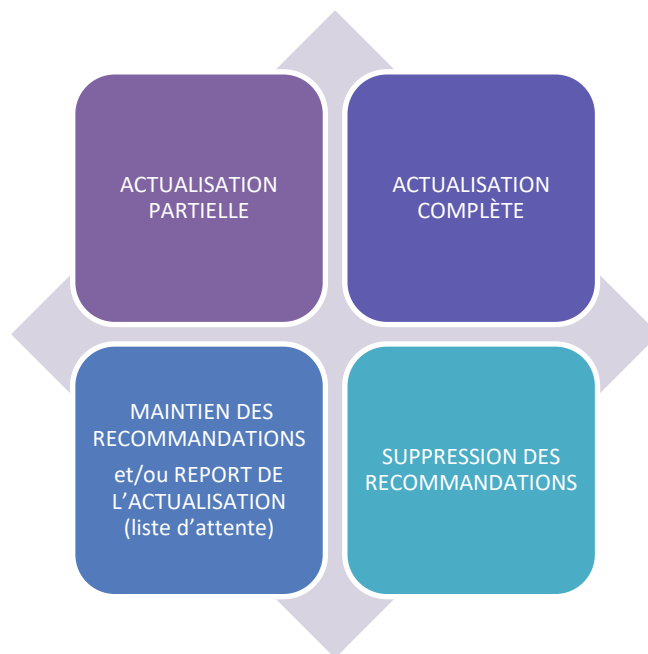


Figure. Les nouveaux statuts des recommandations selon le besoin d'actualisation

En complément du programme de surveillance, il existe une procédure de mise à jour mineure des recommandations, avec par exemple la mise à jour des références, l'intégration des nouvelles réglementations et législations, etc.

Lorsque le processus d'actualisation est engagé, le cadrage initial peut être maintenu, amendé ou redéfini.

Un processus de décision peut être proposé selon les résultats de la surveillance des données et le degré d'actualisation nécessaire ainsi que selon les critères de priorisation qui auraient été définis.

Nouveau statut des recommandations selon les situations

Actualisation complète si :

- la majorité des sections de la RBP initiale doivent être actualisées ;
- de nombreuses recommandations ne sont plus nécessaires ;
- de nouveaux domaines/questions clés ont été identifiés.

Actualisation partielle si :

- certaines recommandations doivent être actualisées à la lumière de nouvelles données ou doivent être clarifiées ;
- il n'a pas été identifié de nouveaux domaines/questions clés devant être intégrés à la RBP ;
- certaines recommandations doivent être actualisées à la lumière de nouvelles données ou doivent être clarifiées ;
- de nouveaux domaines/questions clés ont été identifiés et doivent être intégrés à la RBP.

Pas besoin d'actualisation et maintien des recommandations si :

- il n'a pas été identifié de nouvelles données qui changeraient les recommandations initiales ;
- il n'y a pas de nouvelles données sur la pratique clinique qui indiquent la nécessité de changer les recommandations ;

- il n’y a pas de nouvelles données sur la pratique clinique qui indiquent la nécessité de changer le cadrage initial.

Inscription sur une liste d’attente (nouvel examen à 5 ans ou à une date ultérieure par exemple si des résultats d’étude sont attendus à une date connue) si :

- les recommandations ne devraient probablement pas changer dans un futur proche.

Suppression des recommandations si :

- les recommandations ne sont plus appropriées ou entraînent une perte de chance pour le patient.

Sélection des recommandations à actualiser et critères de priorisation

L’inflation des données, l’augmentation constante des recommandations au sein des portfolios des organismes développeurs de RBP, mis en regard avec les ressources humaines et financières nécessaires à l’actualisation des recommandations, ont conduit ces derniers à procéder à une sélection des recommandations à actualiser lors de cycle de priorisation et à définir des critères de priorisation.

Par exemple, privilégier les recommandations pour lesquelles les données nouvelles induisent un changement attendu du grade de la recommandation au détriment de la simple réaffirmation du grade, privilégier les recommandations selon la taille de la population cible, etc.

Une récente revue systématique (Martínez García, 2017) a identifié près de 76 critères potentiels répartis en 11 domaines ; les plus souvent cités sont ceux en relation avec la disponibilité de données probantes, la pertinence clinique et l’intérêt des usagers.

Critères de priorisation établis par le NICE, 2022

En 2022, le NICE a évalué son portfolio de RBP émises à plus de 350, incluant plus de 20 000 recommandations. Dans une communication récente (GIN Conference 17th, 19-23 sept., Toronto) sur le processus de surveillance et de priorisation des sujets à actualiser, la Pr Fiona Glen est revenue sur les quatre critères de priorisation adoptés par ses équipes :

- certitude sur les données, *certainty of evidence* (existe-t-il des domaines d’incertitude dans la GL qui pourraient être impactés par de nouvelles données ?) ;
- nature des données, *nature of content* (est-ce que ces données peuvent impacter la nature des recommandations ?) ;
- sensibilité du sujet (le sujet est-il politiquement sensible ou présente-t-il des controverses ?) ;
- émergence attendue de nouvelles données (existe-t-il des essais en cours ? la recommandation a-t-elle déjà été actualisée par l’apparition de nouvelles données ?).

Selon le nombre de réponses « oui » à ces quatre questions, le niveau de priorité sera déclaré faible, intermédiaire ou élevé et une fréquence de surveillance sera établie (exemple de fréquence pour le *screening* : semaine/si *high*, mois/si *medium*, trimestre/si *low*).

Les données qui sont préférentiellement recherchées pendant ce laps de surveillance sont :

- les essais identifiés pendant la période test ;
- les actualisations récentes de RBP ;
- les éléments de contexte indiquant l’intérêt externe du sujet (controverses, sujet sensible, etc.).

Le NICE a ainsi défini 14 domaines à priorité haute avec surveillance hebdomadaire, 5 à surveillance mensuelle et 17 à surveillance faible trimestrielle. Par ailleurs, le NICE reconnaît une difficulté à surveiller des recommandations à très fort volume de données et de sujets, la contrainte des ressources

disponibles pour la surveillance et recommande d'adopter une vision pragmatique dans le processus de priorisation des sujets à surveiller.

Chaque organisme est amené à sélectionner les critères de priorisation qu'il souhaite adopter.

Il s'agit le plus souvent d'un mix/une combinaison de critères permettant de sélectionner les recommandations à actualiser en priorité.

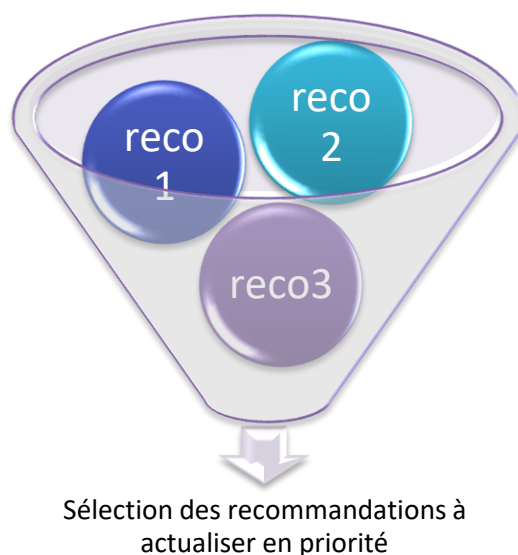


Figure. La sélection des recommandations à actualiser en priorité lors d'un cycle de priorisation

Dans ce même contexte, au sein du réseau international *Guidelines International Network* (GIN) en 2020, le groupe de travail *Updating WG* a proposé un outil d'aide à la priorisation, l'*UpPriority Tool*, qui se décline en six items évalués dans une démarche de cotation afin de déterminer au sein d'une RBP les recommandations à actualiser en priorité.

Outil d'aide à la priorisation, *UpPriority Tool*, Sanabria 2020

Cet outil se décline en six items qui sont évalués dans une démarche de cotation, avec :

- Impact de la non-actualisation de la recommandation sur la sécurité
- Disponibilité de nouvelles données pertinentes
- Contexte clinique
- Applicabilité de l'actualisation
- Intérêt des usagers
- Impact sur l'accès aux soins

L'outil comprend des instructions détaillées pour son utilisation et la cotation de chaque élément (à l'aide d'une échelle Likert en 7 points), pour le calcul et le classement des recommandations à actualiser en priorité, et pour établir une synthèse des résultats. Les organisations en charge de l'actualisation devraient alors établir la fréquence d'évaluation des questions cliniques en fonction des ressources disponibles.

Le processus proposé à suivre pour appliquer l'outil est le suivant :

1. Cartographier les recommandations de la RBP (identification des questions cliniques, recommandations et références à l'appui)
2. Élaborer le questionnaire de cotation (incluant les questions cliniques, les recommandations, les références et les éléments prioritaires)
3. Évaluer les questions cliniques en fonction de six éléments prioritaires (cotation échelle Likert en 7 points)
4. Calculer et classer les scores de priorisation
5. Décider des questions cliniques prioritaires pour la mise à jour et mettre à disposition un rapport de priorisation

Idéalement, ce sont les membres ayant réalisé les recommandations initiales qui devraient utiliser l'outil *UpPriority Tool*. Si cela n'est pas possible, au moins quatre évaluateurs ayant une expertise dans le sujet et les méthodes de CG sont recommandés.

Il est précisé que toutes les recommandations incluses dans chaque RBP doivent être évaluées à l'aide de l'outil.

Il est à noter que cette situation de priorisation des recommandations à actualiser se retrouvera ensuite dans les expériences de *Living Guidelines*, essentiellement en raison des ressources (humaines et financières) nécessaires.

3. Quelle procédure pour actualiser les recommandations ?

Quel que soit le statut des recommandations, dès lors qu'une actualisation est décidée sur une ou plusieurs parties/recommandations/questions, deux voies peuvent être mises en œuvre :

- actualisation selon les procédures classiques ;
- actualisation selon une procédure spécifique.

3.1. Actualisation selon une procédure classique

De nombreux développeurs indiquent ou laissent supposer, en absence d'information contraire dans leur guide méthodologique d'élaboration des RBP, que cette option est celle favorisée, en particulier lors d'une actualisation complète des RBP initiales.

Dans la très grande majorité des cas et quand elles sont mentionnées, les procédures d'actualisation de la RBP sont identiques à celles d'élaboration de la RBP initiale.

La durée de réalisation dépendra du niveau et du type d'actualisation :

- dans le cas d'une actualisation complète, le calendrier et la réalisation seront ceux adoptés de manière classique ;
- dans le cas d'une actualisation partielle, avec ou sans ajout de nouveaux domaines, la procédure et le calendrier peuvent être supposés plus courts que pour l'ensemble des RBP initiales. De même, il est parfois proposé de ne pas effectuer de nouveau une phase de cadrage devenue optionnelle selon la nature des recommandations à actualiser.

3.2. Actualisation selon une procédure spécifique

Il peut être proposé une procédure spécifique en particulier dans le cas d'une actualisation partielle, avec ou sans nouveaux domaines/questions.

Dans ce cas, il s'agit de donner de la souplesse à la procédure d'élaboration des recommandations et d'accélérer la mise à disposition des nouvelles recommandations.

Productions courtes et agiles mises en place par le SBP : fiches mémo, réponses rapides Covid-19

Depuis plusieurs années, de nouvelles méthodes, associées à des productions qualifiées de productions rapides, ont été proposées et adoptées par le SBP.

Le SBP a été co-créateur avec le Centre fédéral d'expertise des soins de santé belge (KCE) et anime depuis le groupe de travail international *Working Group Meeting "Accelerated Guideline Development"* (AGD-WG) au sein du réseau GIN dédié à la production d'une méthode pour développer rapidement des recommandations. Dans le cadre de ses travaux, il a été identifié 18 éléments clés qui peuvent être sélectionnés afin de définir un modèle agile et assurer une accélération du processus de développement des recommandations.

C'est ainsi que des méthodes courtes ont pu être proposées par le SBP, parmi lesquelles la fiche mémo. Dès son élaboration, la méthode d'élaboration des fiches mémo a été envisagée comme une voie d'actualisation des recommandations.

Dans cette méthode rapide, il a été en effet privilégié plusieurs éléments permettant l'accélération de la procédure et sa souplesse d'adaptation au contexte :

- restriction de la littérature aux RBP existantes de bonne qualité et aux études de meilleur niveau de preuve ;
- consultation des parties prenantes (le groupe de travail et/ou le groupe de lecture étant alors facultatifs selon thématique) ;
- consultation par voie électronique, etc.

À ce jour, cette procédure a été usitée lors d'actualisations partielles, voire lors de simples mises à jour (actualisation des références, insertion de nouvelle réglementation, etc.).

De même, dans le cadre de la pandémie de la Covid-19, la HAS a mis à disposition des professionnels des fiches réponses rapides, « réponses rapides Covid-19 » (RR Covid-19) élaborées en partenariat étroit avec les organisations professionnelles, les sociétés savantes et les associations d'usagers. Ces fiches sont mises à jour régulièrement en fonction des données existantes. Depuis mars 2020, plus de 40 réponses rapides émises ont été soumises à des actualisations partielles ; 40 ont été actualisées au moins 1 fois, 2 d'entre elles ont été retirées car devenues obsolètes ou n'étaient plus utiles. Six RR Covid-19 ont été déclinées pour le grand public.

L'actualisation a été rendue nécessaire dans la majorité des cas en raison d'une nouvelle réglementation et/ou de nouvelles indications, pour donner suite à l'apparition de nouvelles stratégies vaccinales, à l'extension d'indication et nouvelles thérapeutiques ou à un changement réglementaire.

4. Actualisation en temps réel, *Living Guidelines* : du concept à la réalité

Si la pandémie de Covid-19 a bien été un défi pour l'ensemble du monde de l'EBM (revues systématiques SR, évaluations HTA, *guidelines* RBP), elle a été aussi un formidable accélérateur de partage et d'innovation en matière d'adaptation des méthodes permettant une rapidité accrue d'élaboration des recommandations, le monitoring et l'actualisation à l'émergence de nouvelles données.

Face à une telle crise mondiale, les développeurs de RBP ont dû adopter de nouvelles méthodes, en particulier pour développer des recommandations en temps réel, qui soient à la fois produites rapidement et fiables au niveau méthodologique.

La pandémie de Covid-19 a fait naître des expériences réussies de recommandations actualisées en temps réel, dénommées *Living Guidelines* (LGL) », en particulier les expériences australienne, canadienne, anglaise. En incorporant continuellement les nouvelles données probantes, ces méthodes permettent de maintenir l'actualité des recommandations.

La « cascade » des actions à adopter pourrait être celle-ci :

- Définir les sujets à faire entrer dans le système LGL :
 - Q1 Est-ce que la question est de haute importance pour la décision politique ? (oui/non)
 - Q2 Est-ce qu'il y a des incertitudes sur les données probantes existantes ? (oui/non)
 - Q3 Est-ce que des données probantes sont attendues ? (oui/non)
- Choisir la durée et la date de révision de chaque cycle (par exemple un cycle de 3, 6 ou 12 mois)
- Surveiller l'apparition des données probantes :
 - Y a-t-il de nouvelles données ? (oui/non)
 - Si oui, y a-t-il un impact sur la recommandation ? (oui/non)
 - Si oui, faut-il réviser la recommandation existante ? (oui/non)
- Déterminer le statut des nouvelles recommandations avec indication de la date de l'actualisation, mise à disposition de la synthèse des données et de la recommandation
- Nouvelle recommandation, maintien de la recommandation, recommandation à retirer du processus de LGL

L'heure est aux retours d'expériences en la matière ainsi qu'à l'application de ces méthodes rapides dans d'autres thématiques. L'étape suivante consiste à évaluer si ce processus est pertinent pour d'autres domaines nécessitant une prise de décision rapide et peut être pérennisé pour d'autres thématiques.

Ainsi, selon de nombreux acteurs du domaine, le modèle LGL est le nouveau modèle standard de réalisation des RBP. Le NICE en fait d'ailleurs un des piliers de son nouveau plan stratégique 2021-2026, ainsi que le rapport canadien de la *Global Commission on Evidence to Address Societal Challenges* publié récemment (<https://www.mcmasterforum.org/networks/evidence-commission>).

Si leur fiabilité et leur rigueur d'élaboration semblent acquises par l'utilisation des standards de qualité déjà adoptés pour les méthodes classiques d'élaboration des GL (méthodologie GRADE, ADOPT, etc.), les LGL nécessitent cependant des moyens, humains et financiers, très importants et cela pose

des questionnements quant à leur extension systématique à d'autres domaines que ceux liés à la Covid-19.

Selon les auteurs, la mise en place d'un processus de LGL nécessite la priorisation des domaines où l'actualisation des recommandations est nécessaire, la surveillance continue des données et la mise à jour fréquente des recommandations.

Living Guidelines Handbook: Guidance for the production and publication of living clinical practice guidelines, Australian Living Evidence Consortium 2022

Dans son guide publié fin octobre 2022, le consortium australien ALEC indique que la mise en place d'un processus d'actualisation LGL peut être envisagée si **les trois critères sont présents** :

- **la/les question(s) clinique(s) est/sont une priorité élevée pour la prise de décision** (ex. : controverses ou variations des pratiques, maladies émergentes, nouvelles technologies de santé) ;
- **il y a une incertitude dans les preuves existantes ;**
- **et de nouvelles preuves émergent et/ou devraient émerger.**

Elle implique un cycle de hiérarchisation/priorisation qui consiste à classer les questions selon l'importance pour la prise de décision et le calendrier souhaité.

Exemple de questions permettant la hiérarchisation :

- Dans quelle mesure est-il crucial pour la prise de décision que toute nouvelle preuve soit rapidement incorporée dans les recommandations ?
- À quelle vitesse les nouvelles preuves sont-elles susceptibles d'évoluer ?
- À quel point l'émergence de nouvelles preuves est-elle susceptible de modifier les recommandations ?
- Etc.

En ce qui concerne sa procédure adoptée sur cinq domaines clés, le consortium ALEC indique réaliser une surveillance de l'apparition de nouvelles preuves de recherche une fois tous les trois mois, évaluer le besoin d'actualisation une fois tous les six mois et assurer la transparence sur sa décision. Les données à surveiller peuvent être limitées : recherche sur la seule base de données PubMed, privilégiant les revues systématiques et les méta-analyses, etc. En revanche, la recherche peut inclure plutôt les serveurs de prépublications, où en cas d'urgence ou d'évaluation rapide des preuves sont nécessaires (ex. : pendant la pandémie de Covid-19).

Adaptation de recommandations déjà existantes

La pandémie a permis d'accélérer la mise en œuvre de collaborations renforcées entre les acteurs afin de mutualiser les efforts et éviter la duplication des travaux. En effet, les agences et équipes de chaque pays analysent souvent les mêmes données scientifiques. Une adaptation est ensuite réalisée pour prendre en compte la culture, le contexte national, l'offre et l'organisation des soins spécifiques à chaque pays.

Il existe des procédures permettant l'adaptation des RBP existantes au contexte national afin de réduire les ressources (coûts, humaines) nécessaires aux procédures d'actualisation et les doublons sur des thématiques récurrentes.

La première proposition a émané du réseau *The ADAPTE Collaboration* (www.adapte.org) qui met à disposition des outils d'aide à la procédure d'adaptation des recommandations existantes (Fervers, 2006, *The ADAPT Collaboration*, 2009).

Le processus ADAPTE se compose de trois phases comprenant la configuration, l'adaptation et la finalisation.

1. La phase de cadrage qui décrit les tâches requises à accomplir avant le début du processus d'adaptation, y compris l'identification des ressources et des compétences nécessaires et l'organisation d'un groupe de travail.
2. La phase d'adaptation qui contient les éléments essentiels de l'adaptation, notamment la sélection d'un sujet, la recherche et l'évaluation des lignes directrices, la prise de décisions sur la manière d'adapter les lignes directrices et la rédaction d'un document de lignes directrices adaptées.
3. La phase de finalisation comprend une consultation extérieure au cours de laquelle le retour d'informations sur les recommandations est obtenu des parties prenantes concernées et une version mise à jour est créée.

Le processus ADAPTE a été conçu pour être flexible, les connaissances/utilisateurs finaux étant encouragés à personnaliser le processus en fonction de leurs propres besoins et contexte.

D'autres approches sont aussi développées plus récemment, en particulier la *Guideline Adaptation – GRADE Adolopment*, proposée par le groupe international *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation* (GRADE) et qui associe l'utilisation du standard de gradation des recommandations GRADE à une procédure d'adaptation au contexte national des RBP existantes.

Par ailleurs, la pandémie a aussi montré la nécessité de définir et de partager des standards communs, mais aussi de faciliter l'accès aux données sur des e-plateformes dont l'utilisation est croissante au sein des membres du réseau GIN (ex. : plateforme Covidence pour la réalisation collaborative de revues systématiques et synthèses de données, plateforme MAGICapp).

Organisation de l'actualisation des RBP au sein de la HAS

La méthode retenue pour élaborer ce guide et les préconisations proposées par le groupe de travail sont rapportées en annexe de ce document.

Sont proposés ci-après :

Schéma général du processus d'actualisation

- Proposition d'organisation/composition de la cellule de surveillance
- Schéma général du processus

Étape 1 : identification des nouvelles données probantes

- Schéma – Étape 1 : identification des nouvelles données probantes
- Fiche outil 1 – Fiche d'alerte/d'identification sur une recommandation à actualiser
- Tableau 1 : mise en place d'un réseau de veille et d'alerte sur les données probantes : acteurs, données surveillées, modalités

Étape 2 : évaluation de l'impact attendu sur les recommandations et priorisation des recommandations à actualiser

- Schéma – Étape 2 : évaluation de l'impact attendu sur les recommandations et priorisation des recommandations à actualiser
- Tableau 2 : liste des trois catégories de critères de priorisation
- Fiche outil 2 – Fiche de priorisation à utiliser à chaque cycle de priorisation

Étape 3 : actualisation des recommandations sélectionnées

- Schéma général 3 : actualisation des recommandations sélectionnées
- Fiche outil 3 – Logigramme : méthodologies à privilégier selon les recommandations à actualiser

Proposition sur l'expérience pilote

- Tableau – Expérience pilote : actions à suivre

1. Schéma général

Un schéma général associant une évaluation du besoin d'actualisation programmée régulièrement et une possibilité d'alerte directe

Au regard des compétences disponibles en interne (veille documentaire, cellule coordinatrice DEAI, etc.) et des relations privilégiées que les services entretiennent avec les organismes de professionnels de santé et usagers, **il est proposé de combiner les deux sources d'informations et voies d'alerte : surveillance programmée, dite *horizon scanning* et mise en place d'alerte directe (que cela soit par les services internes HAS ou par les partenaires externes).**

Le programme est basé sur une approche proactive qui inclut les deux voies possibles :

1. **Examen régulier du besoin d'actualisation** (proposition de programmation tous les 5 ans)
2. Possibilité de réagir à tous les éléments d'intérêt **via une alerte directe par les experts** (internes et externes)

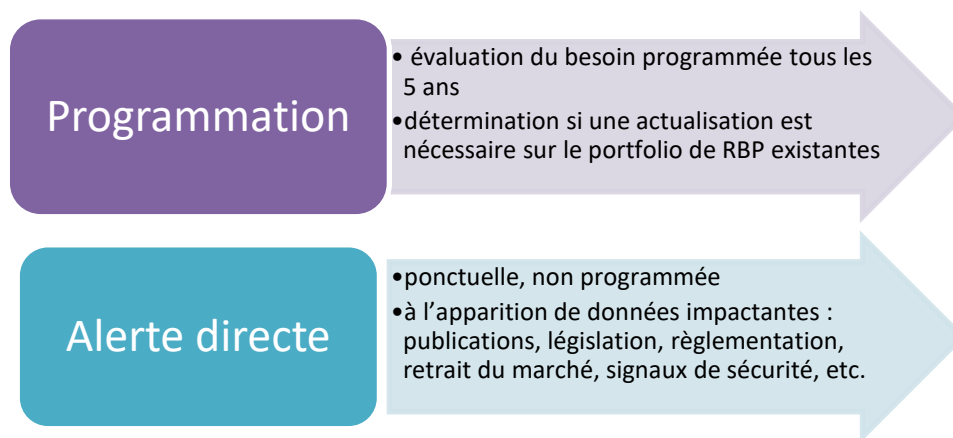


Figure. Programme de surveillance mis en place pour identifier les besoins d'actualisation

En complément de la surveillance bibliographique/documentaire sur les domaines monitorés, l'*horizon scanning*, le recueil des nouvelles données est réalisé par un réseau d'experts qui pourra inclure :

- équipes internes HAS ;
- experts du domaine/sociétés savantes/associations d'usagers ;
- membres des panels et des groupes de travail ayant déjà participé à l'élaboration de la recommandation initiale ;
- autres experts consultés à l'élaboration des recommandations initiales ;
- autres partenaires internationaux.

Un processus général organisé autour d'une cellule de surveillance transversale à la HAS

Il est proposé d'établir un réseau de surveillance, s'articulant autour d'une cellule de surveillance, piloté par le SBP et composé de membres des services de la HAS (SBP, SDV, services de la DEAI, autres services HAS) et externes à la HAS (sociétés savantes, réseaux GIN, autres partenaires nationaux et internationaux, etc.).

Les acteurs de ce réseau, leur rôle et leurs modalités d'action, ainsi que les outils mis à disposition sont indiqués pour chacune des trois étapes clés du processus d'actualisation dans la figure ci-après.

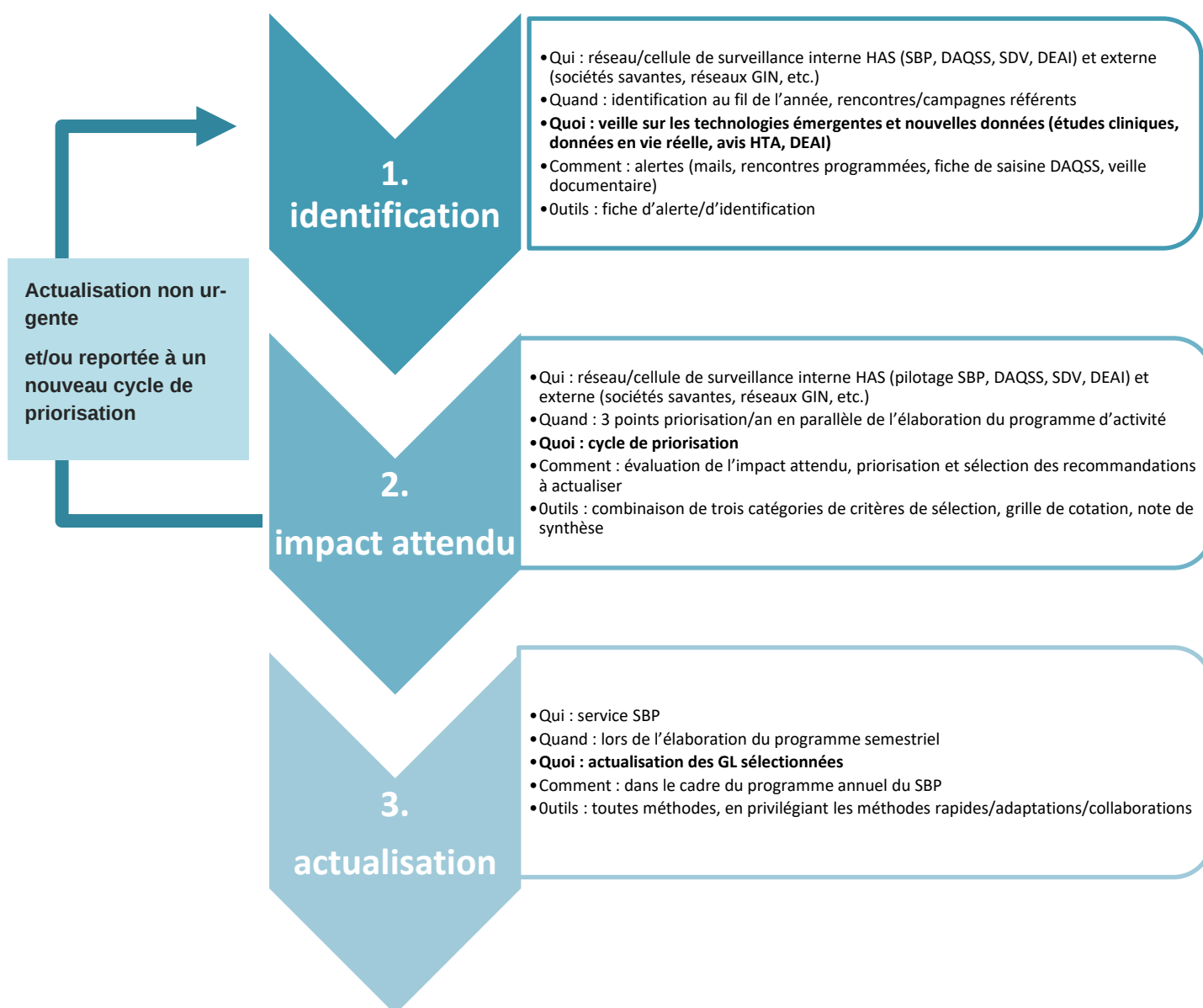


Figure. Schéma général du processus d'actualisation

2. Étape 1 : identification des nouvelles données probantes

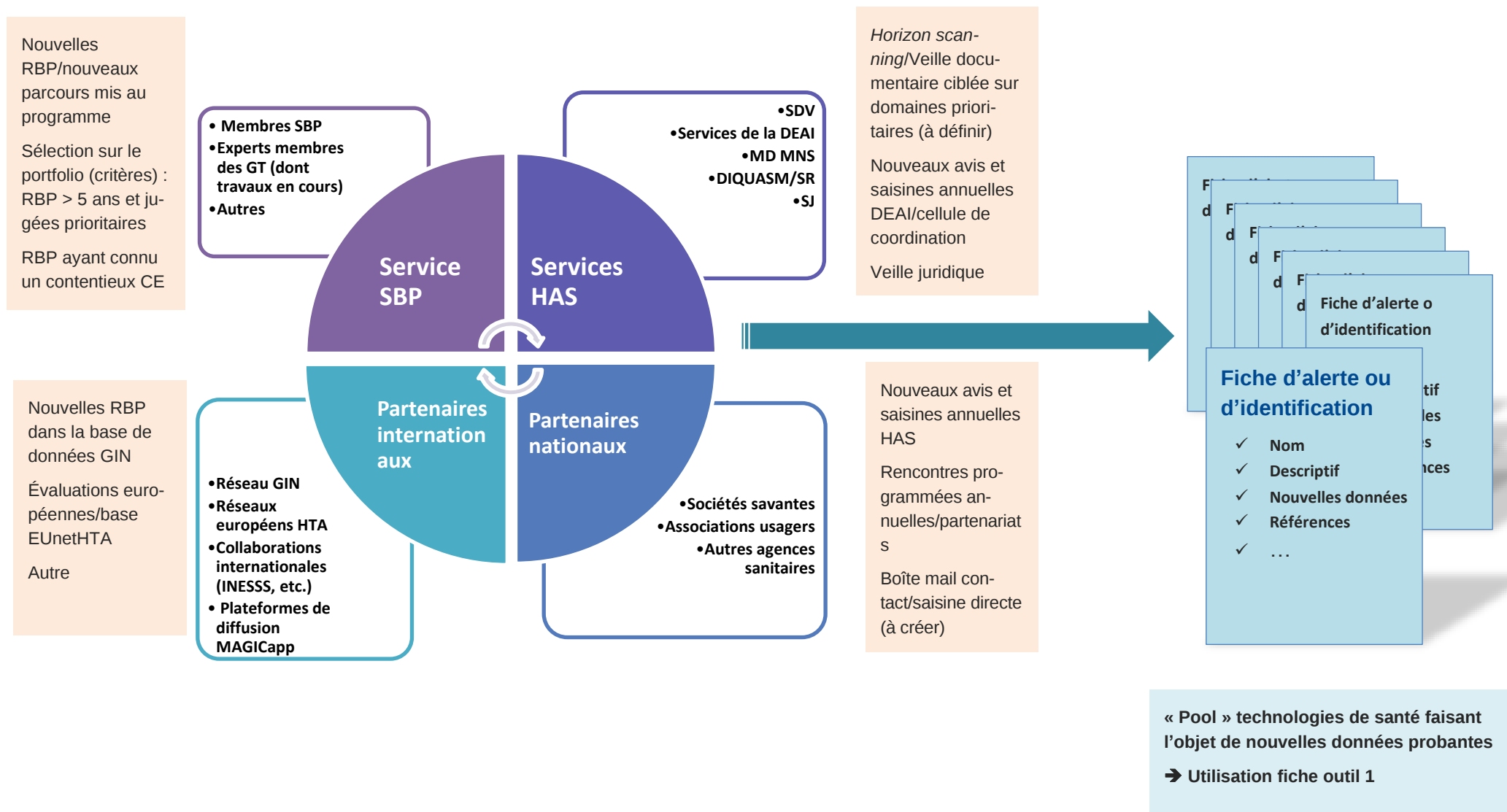
Le réseau de surveillance/cellule de veille est composé de :

- service SBP (coordination) ;
- service SDV ;
- autres services de la HAS (services de la DEAI, MD, MNS, autres services HAS volontaires) ;
- partenaires nationaux et partenaires internationaux.

Chacun de ces partenaires est chargé d'identifier les nouvelles données auprès des sources qui leur sont associées et de faire parvenir les informations après de la cellule de veille et selon des modalités spécifiques (voir tableau ci-après).

.

Schéma – Étape 1 : identification des nouvelles données probantes



Fiche outil 1 : Fiche d'alerte sur une recommandation à actualiser

Fiche d'alerte	
Date :	Origine de la saisie (interne HAS, référent externe, ...) :
Recommandation de bonne pratique (RBP)/parcours de soins/technologie de santé (TdS) concernée	
Nom	En particulier si cela concerne un DM, un médicament, vaccin...
Descriptif	
Date de la recherche bibliographique	
Résumé des nouvelles données probantes	
Référence/source (publication/essais associés/avis HAS)	
Degré de certitude/qualité de la preuve	Correspond au terme anglais « certainty of evidence »
RBP/Recommandation impactée (réf/source/lien internet)	
Motif(s) d'actualisation	
TdS déjà inclus dans une RBP de la HAS ?	Oui/non, si oui référence
Si non, est ce un nouveau sujet/TdS à intégrer dans une RBP émises par la HAS ?	Oui/non, si oui référence
Si oui, date de publication de la RBP < 5 ans ou > 5 ans ?	> 5 ans ou < 5 ans ; Dates de publication et d'actualisation, référence
Si oui, impact attendu sur la(es) recommandation(s) existante(s) ?	Quel changement ? y a-t-il une amélioration du niveau de preuve ? y a-t-il un renforcement de la(es) recommandation(s) existante(s) ? ; si oui référence
Sujet porté par décideurs politiques (plan national, etc.)	Oui/non ; si oui référence
Existence de RBPs internationales récentes	Oui/non ; si oui référence
Sujet/TdS entré dans un processus de living guidelines (LGL)	Oui/non ; si oui référence
Autres motifs	Oui/non ; si oui référence
A prioriser (oui/non)	
Niveau d'urgence (néant 0 / faible + / modéré ++ / élevé +++)	
A réévaluer ultérieurement (oui/non) /si possible estimation de la date de réexamen	

*RBP recommandation de bonne pratique ; **TdS technologie de santé ; ***LGL living guidelines

3. Étape 2 : évaluation de l'impact attendu sur les recommandations et priorisation des recommandations à actualiser

À l'issue d'un cycle de collecte des fiches d'alertes/d'informations (toutes origines confondues), il est proposé d'évaluer l'impact attendu de ces données sur les recommandations existantes et de prioriser celles qui doivent être actualisées en priorité.

Il est proposé de réaliser **un à deux cycles de priorisation par an**, en parallèle de l'élaboration du programme d'activité de la HAS.

Dans un contexte de ressources disponibles contraintes pour chaque développeur de RBP, un cycle de priorisation est effectué au moyen de critères de priorisation.

Critères de priorisation

La priorisation des actualisations à réaliser est basée sur l'évaluation de **trois catégories de critères** à estimer. Il s'agit de :

- critères liés à la technologie de santé en elle-même (et des nouvelles données la concernant) ;
- critères liés au contexte national ;
- critères liés aux ressources disponibles au sein de la HAS/SBP à la date de l'examen.

Tableau 2 : Critères de priorisation des recommandations à actualiser

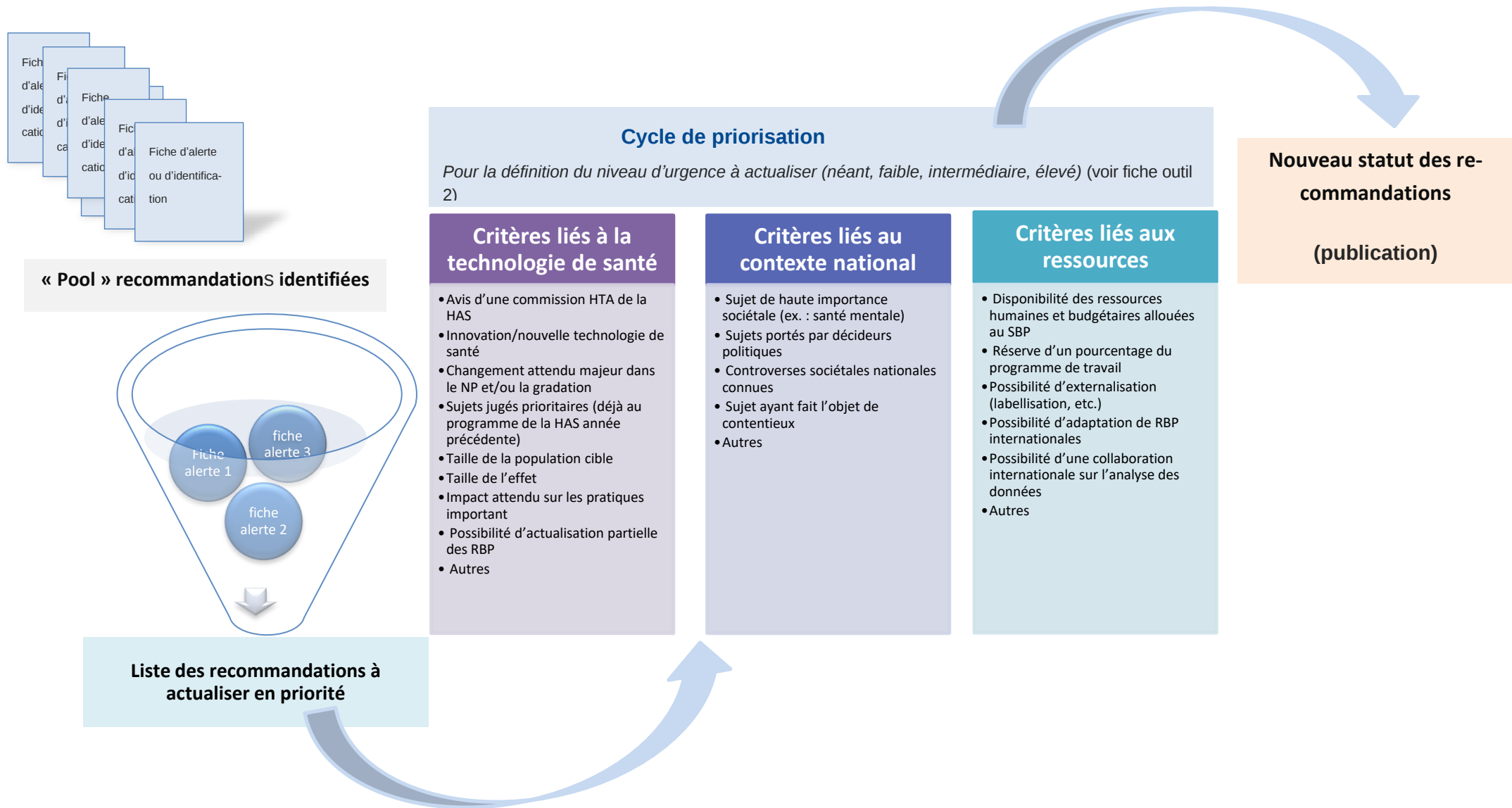
Critères de liés à la recommandation ou technologie de santé	Critères liés au contexte national	Critères liés aux ressources internes
✓ Avis d'une commission HTA de la HAS ✓ Innovation/nouvelle classe ✓ Taille de l'effet important ✓ Taille de la population cible importante ✓ Impact sur les pratiques importants ✓ Sujets jugés prioritaires ou ayant déjà été porté au programme de la HAS ✓ Changement attendu majeur (au niveau de preuve et/ou force de la recommandation) ✓ Possibilité d'actualisation partielle	✓ Sujets portés par décideurs politiques (plan national, comité scientifique, etc.) ✓ Sujet de haute importance sociétale ✓ Controverses nationales connues ✓ Sujet ayant fait l'objet de contentieux au Conseil d'Etat ✓ Sujets ECN ✓ Autres	✓ Disponibilité des ressources humaines et budgétaires au SBP % du programme de travail (à établir chaque année) ✓ Possibilité d'externalisation nationale (labélisation, etc.) ✓ Possibilité d'adaptation RBPs internationales ✓ Possibilité d'une collaboration internationale ✓ Autres

La combinaison de ces trois catégories de critères permet de définir **quatre niveaux d'urgence à réaliser l'actualisation** : **niveau nul (0)** ; **niveau faible (+)** ; **niveau modéré (++)** ; **niveau élevé (+++)**.

➔ Voir fiche de priorisation à utiliser à chaque cycle de priorisation : trois catégories de critères

Les résultats de ce processus de priorisation seront présentés au Collège de la HAS dans le cadre de l'évolution du programme de travail de la HAS.

Schéma – Étape 2 : évaluation de l'impact attendu des données sur les recommandations et priorisation des recommandations à actualiser



Outil 2: Fiche de priorisation à utiliser à chaque cycle de priorisation (3 catégories de critères sont à évaluer indépendamment)

Critères	Oui/non	Commentaires	Niveau d'importance
1. Critères liés à la technologie de santé			
Innovation/nouvelle classe			
Taille de l'effet important			
Taille importante de la population cible			
Impact sur les pratiques importants			
Sujets jugés prioritaires ou déjà été au programme de la HAS			
Sujet avec avis d'une Commission HTA de la HAS			
Changement attendu majeur (au niveau de preuve et/ou force de la recommandation)			
Possibilité d'actualisation partielle			
Total 1. Critères liés à la technologie de santé			(0 +/- ++ /+++)
2. Critères liés au contexte national et international			
Controverses nationales connues			
Sujet ayant fait l'objet de contentieux			
Sujets portés par décideurs politiques (plan national, comité scientifique, etc.)			
Sujet de haute importance sociétale			
Total 2. Critères liés au contexte national et international			(0 +/- ++ /+++)
3. Critères liés aux ressources			
Disponibilité des ressources humaines et budgétaires au SBP % du programme de travail			
Possibilité d'adaptation RBPs internationales		Si oui références	
Possibilité d'une collaboration internationale		Si oui contact	
Possibilité d'externalisation nationale (labélisation, etc.)		Si oui, quelle ste svt ?	
Total 3. Critères liés aux ressources			(0 +/- ++ /+++)
Date d'examen (cycle de priorisation)			
Priorisation (Synthèse critères 1.2.3)			
	A actualiser (+/-)		
	A réévaluer au prochain cycle (+/-)		

Statut des recommandations à l'issue de l'étape 2

À l'issue du cycle qui a examiné le besoin d'actualisation des recommandations sélectionnées, il est établi le nouveau statut des recommandations : actualisation partielle ou complète requise, actualisation non nécessaire ou reportée à une échéance ultérieure, actualisation obsolète.

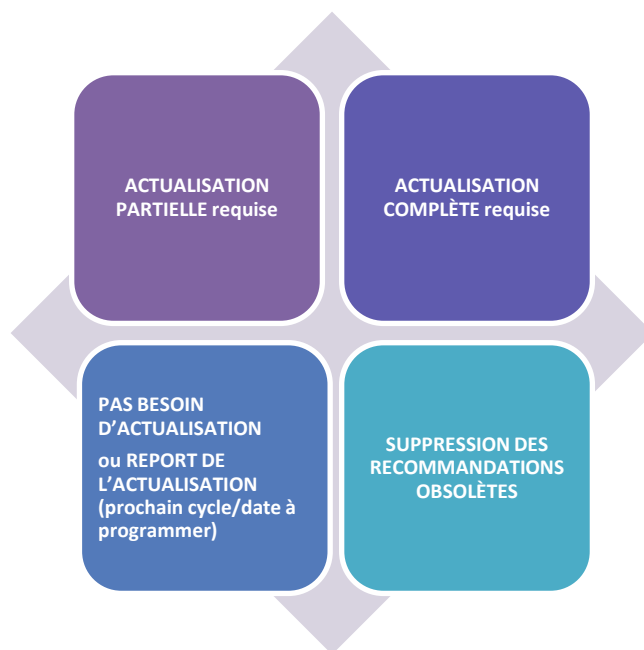


Figure. Le nouveau statut des recommandations et leur besoin d'actualisation à l'issue du cycle de priorisation

Il est proposé de diffuser le résultat de cette étape afin d'informer les experts et usagers des soins (selon des modalités à définir).

4. Étape 3 : actualisation des recommandations sélectionnées

La méthode d'actualisation à privilégier dépendra du niveau d'actualisation, en particulier de la nécessité de réaliser un nouveau cadrage (voir fiche outil 3).

Il peut s'agir des méthodes classiques ou rapides, ou encore des méthodes d'adaptation des recommandations existantes, notamment au niveau international.

- En cas de mise à jour mineure et d'actualisation partielle, les procédures courtes permettant une plus grande agilité de la procédure seront privilégiées.
- Seules les recommandations devant être actualisées et individualisées au sein d'une RBP feront l'objet de l'actualisation.
- L'adaptation, voire l'adoption de recommandations internationales doivent aussi pouvoir être envisagées.

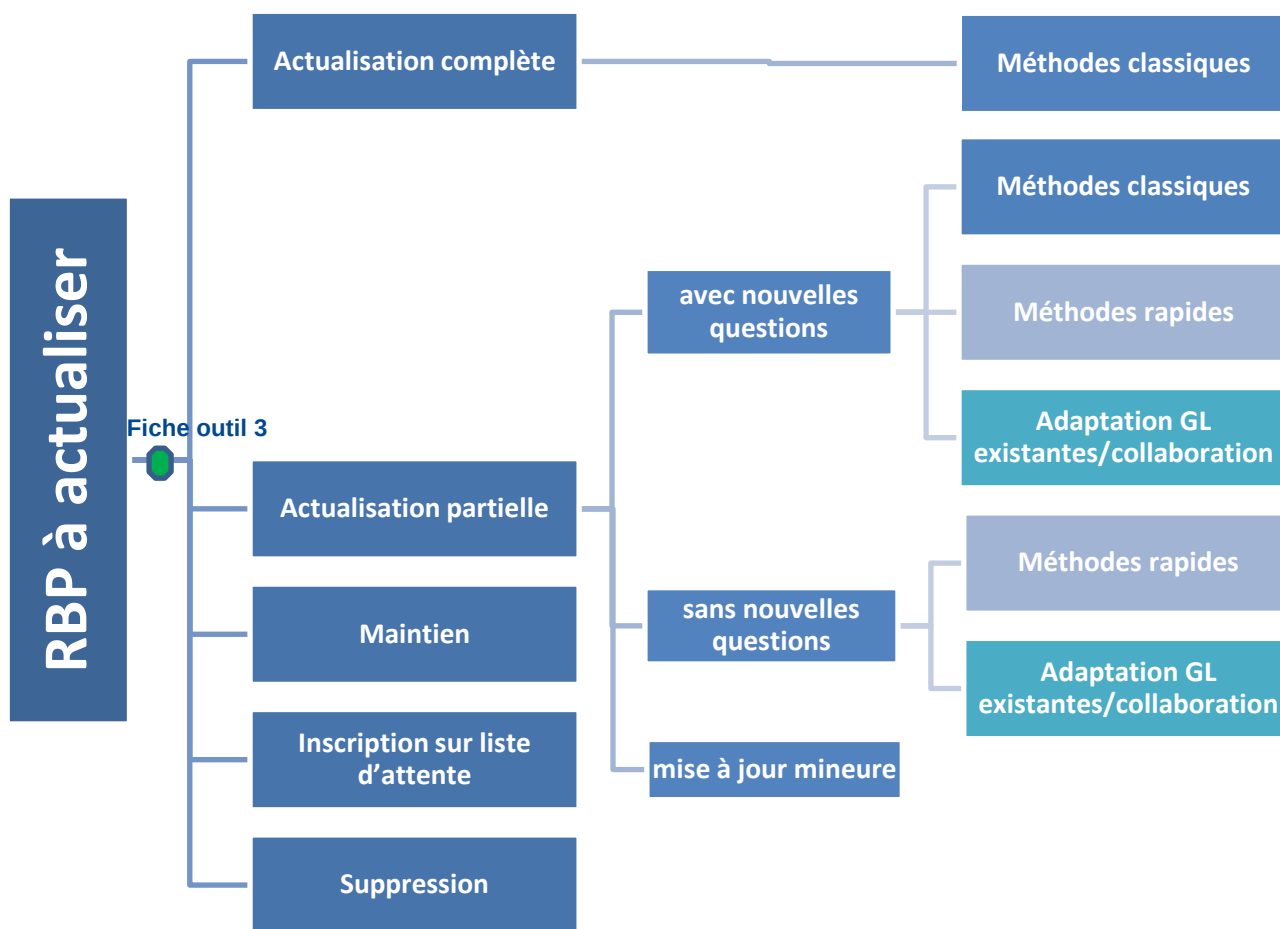


Figure. Sélection de la méthode pour actualiser les recommandations sélectionnées

Fiche Outil 3: Statut des RBPs à actualiser et méthodologies à privilégier

Situation	Décision	Nouveau Cadrage	Méthodes à envisager et modalités de diffusion
- La majorité des sections doivent être actualisées - De nombreuses recommandations ne sont plus nécessaires - De nouveaux domaines/questions clés ont été identifiés	Actualisation complète	Oui	- Méthode classique : RPC CFE, label, audition publique, ADAPT - Méthodes rapides : fiche mémo, fiche pertinence, RRCOVID, - Méthodes d'adaptation de GLs existantes (à définir)
- Certaines recommandations doivent être actualisées à la lumière de nouvelles données ou doivent être clarifiées Et de nouveaux domaines/questions clés ont été identifiés et doivent être intégrés à la RBP ; ou changement des PICO/stratégie documentaire)	Actualisation partielle	Oui	- Méthode classique : RPC CFE, label, audition publique, ADAPT - Méthodes rapides : fiche mémo, fiche pertinence, RRCOVID, - Méthodes d'adaptation de GLs existantes (à définir) Communication/Publication sur les seules recommandations actualisée
- Certaines recommandations doivent être actualisées à la lumière de nouvelles données ou doivent être clarifiées Et il n'a pas été identifié de nouveaux domaines/questions clés devant être intégrés à la RBP	Actualisation partielle	Non	- Méthodes rapides : fiche mémo, fiche pertinence, RRCOVID, - Méthodes d'adaptation de GLs existantes (à définir) Communication/Publication sur le maintien des recommandations avec : date de révision, synthèse des données (le cas échéant), nouvelle gradation (le cas échéant)
- Certaines références, liens, réglementations doivent être actualisées ou harmoniser avec d'autres travaux HAS Et il n'a pas été identifié de nouvelles données probantes ou questions clés devant être intégrés à la RBP	Mise à jour mineure	Non	Mise à jour mineure (références, liens, harmonisations travaux HAS) Pas besoin d'information/communication
- Il n'a pas été identifié de nouvelles données qui changeraient les recommandations initiales - Il n'y a pas de nouvelles données sur la pratique clinique qui indiquent de la nécessité de changer les recommandations	Pas d'actualisation Et maintien des recommandations	Non	Communication/Publication sur le maintien des recommandations avec : date de révision, synthèse des données (le cas échéant), nouvelle gradation (le cas échéant)
Les recommandations ne devraient probablement pas changer dans un futur proche	Inscription sur une liste d'attente, Standby /examen à 5 ans	Non	Communication/Publication sur le maintien des recommandations incluant : date de révision, synthèse des données (le cas échéant), nouvelle gradation (le cas échéant)
Les recommandations ne sont plus appropriées	Suppression de la RBP	Non	Communication/Publication sur l'abrogation des recommandations

Table des annexes

Annexe 1.	Méthode d'élaboration du guide méthodologique « Actualisation des recommandations »	39
Annexe 2.	Préconisations du groupe de travail	40
Annexe 3.	Consultation des sociétés savantes	42
Annexe 4.	Glossaire international sur l'actualisation, <i>Updating Glossary, Updating Working Group</i> , extrait de Sanabria 2020	44

Annexe 1. Méthode d'élaboration du guide méthodologique « Actualisation des recommandations »

Méthode retenue

La méthode retenue pour élaborer ce guide a été de :

1) Réaliser un état des lieux sur l'actualisation des recommandations (voir document « Guide actualisation – état des lieux »)

La recherche documentaire a eu pour but d'identifier et de comparer au niveau national et international les différentes méthodes d'actualisation des recommandations de bonnes pratiques cliniques. La base de données *Medline* a été interrogée avec l'équation suivante : *[(Updating AND (Guidelines Or consensus Or recommendations))] OR Living guidelines*. En complément, les guides méthodologiques des agences d'évaluation du réseau INAHTA ont été exploités ainsi que les communications au sein des conférences annuelles du *Guidelines International Network* (GIN). À l'issue de cette recherche, 87 références ont été identifiées depuis 2001 et sélectionnées pour l'analyse.

Une première version de l'état des lieux a été réalisée en mars 2022 puis actualisée à la suite de la conférence GIN 17th en septembre 2022 et des retours d'expériences récents en matière de recommandations actualisées en temps réel, *Living Guidelines*.

2) Associer un groupe de travail transversal HAS

Le GT transversal a inclus des membres des différents services et directions de la HAS en lien avec la thématique : SDV, SEM, SED, SEAP, SESPEV, MD, SR. Une collaboratrice de l'INESSS a participé au GT dans le cadre des échanges annuels entre la HAS et l'INESSS.

Le GT s'est réuni trois fois (6 juin 2022, 8 juillet 2022, 26 octobre 2022) pour discuter sur les données présentées dans l'état des lieux et proposer un processus et une organisation au sein de l'agence.

Il a été élaboré un guide méthodologique sur l'actualisation. Le GT a retenu des critères de priorisation, a élaboré des fiches outils pour chaque étape du processus d'actualisation proposé. Le GT a par ailleurs souhaité émettre des préconisations supplémentaires sur une phase d'expérimentation.

3) Consulter les parties prenantes

Une consultation électronique a été organisée en décembre 2022 afin de recenser les expériences en matière d'actualisation des RBP par les organismes professionnels (consultation en cours). Dans un deuxième temps, il sera proposé aux sociétés savantes et associations de patients volontaires une collaboration selon des modalités à définir.

Annexe 2. Préconisations du groupe de travail

Lors des réunions du groupe de travail interne à la HAS, il a été discuté et proposé les préconisations rapportées ci-après.

Étape 1 – Préconisations

- Il est proposé d'adopter un processus proactif combinant les deux modalités suivantes : en prospectif, la possibilité de réagir à tout élément d'intérêt sur alerte directe par les experts (en interne par les services de la HAS et en externe avec un réseau de sociétés savantes partenaires) ; en rétrospectif, avec l'examen régulier du besoin d'actualisation programmé à date régulière après la première diffusion de la RBP.
- Sélectionner les domaines à actualiser et à forte valeur ajoutée pour la HAS (en lien avec la programmation biannuelle et les ressources allouées annuellement).
- Assurer une surveillance interne et une coordination transversale entre les différentes directions de la HAS (DEAI, DAQSS, DQASM, DCIEU) et leurs services pour alerter sur l'apparition de nouvelles données impactantes.
- Tester le processus proposé lors d'une phase pilote (2-3 cycles priorisations).
- Établir un état des besoins d'actualisation des RBP déjà existantes émises par la HAS ; en priorisant celles datant de moins de 5 ans et celles de plus de 5 ans. Il s'agirait de faire le bilan du portfolio existant, de réaliser une estimation du nombre de RBP, d'estimer le nombre de recommandations individualisées, etc.
- Formater les RBP en des recommandations individualisées et facilement identifiables (ex. : par une numérotation pour faciliter l'actualisation partielle (sur le modèle PICO traité dans l'analyse critique de la littérature).
- Favoriser la numérisation des recommandations sur les plateformes de partage et assurer l'interopérabilité des travaux, s'abonner à ces plateformes (ex. : plateforme Covidence, gradation et logiciel GRADE pro, plateforme MAGICapp, etc.).
- Établir un système d'affichage transparent du statut des recommandations – sur les documents produits et au niveau du site web.
- Les expériences de *Living Guidelines*, sur le registre d'actualisation en temps réel, en particulier lors de la pandémie Covid-19, rapportées dans la littérature nécessitent des ressources considérables ; des méthodes rapides qui seraient dégradées au niveau méthodologique ne sont pas à envisager.
- Une sélection des domaines prioritaires à surveiller est à envisager lors d'une phase d'expérimentation.
- Privilégier si possible l'adaptation et/ou la collaboration avec d'autres développeurs de recommandations récentes et de bonne qualité (ex. : INESSS, NICE, membres du GIN, etc.), développer des méthodes avec l'emploi des standards internationaux (méthodologie GRADE, méthode ADAPT, etc.) pour la mutualisation de l'analyse critique des données.

Étape 2 – Préconisations

- Assurer la traçabilité des alertes reçues par la cellule coordinatrice de l'actualisation ainsi que des résultats de l'analyse effectuée à chaque cycle de priorisation.
- À chaque nouveau cycle, effectuer une priorisation avec un système de cotation composite intégrant un mix de trois types de critères : critères liés à la technologie de santé/données probantes en elle-même, critères liés au contexte national, critères liés aux ressources disponibles.
- Définir trois niveaux d'urgence (ex. : faible, modéré, élevé) et y associer une fréquence/durée de cycle d'évaluation (à déterminer à l'issue d'une phase pilote).

- Durant la phase pilote, il pourra être évalué s'il est utile d'établir un seuil minimal pour le mix des trois critères ou préférer s'adapter à chaque cycle de priorisation au niveau global.
- Établir et tester un système de *reporting* et de diffusion de l'activité à chaque cycle de priorisation à la suite d'une alerte.

–

Étape 3 – Préconisations

- Adopter les procédures les plus agiles selon le niveau d'actualisation requis.
- Adopter les standards numériques et de diffusion internationaux (gradation GRADE, plateforme MAGICapp) pour la mutualisation des données et favoriser l'adaptation et la collaboration avec d'autres agences sanitaires et organismes émetteurs de RBP.
- Élargir le portefeuille de méthodes disponibles, adopter ou élaborer une méthode d'adaptation des RBP internationales.

Annexe 3. Consultation des sociétés savantes

Un questionnaire « expression des besoins » a été envoyé auprès de 16 sociétés savantes en décembre 2022 (consultation électronique, du 13/12/22 au 30/12/2022).

Il a eu pour but de :

- recueillir l'expression des besoins de ces organismes sur la thématique ;
- identifier les sociétés savantes ayant adopté un processus d'actualisation de ses RBP ;
- identifier celles souhaitant s'engager auprès de la HAS pour poursuivre une réflexion/collaboration sur la thématique.

Au 19/01/2023 :

- 12/16 organismes contactés ont répondu au questionnaire ;
- 8/12 organismes possèdent un système spécifique ou une veille pour actualiser leurs travaux, 4/12 non ;
- 12/12 sont intéressés pour engager une réflexion avec la HAS sur la thématique et ont indiqué des contacts référents.

Il s'agit de :

- Société de pneumologie et d'allergologie pédiatrique (SP2A)
- Société française de pédiatrie et Groupe de pédiatrie (SFP + groupe GPGse)
- Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)
- Société de pneumologie de langue française (SPLF)
- Société française de neurologie (SF neurologie)
- Association française d'urologie (AFU)
- Groupe francophone d'hépatologie gastroentérologie et nutrition pédiatriques (GFHGPNP)
- Fédération française de nutrition (FFN)
- Collège de médecine générale (CMG)
- Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF)
- Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER)
- Société francophone du diabète (SFD)

Questionnaire « expression des besoins » (13 au 30 décembre 2022)

La HAS est chargée d'élaborer des recommandations de bonne pratique, des guides parcours de soins, des fiches pertinence.

L'actualisation de ces productions est essentielle pour tenir compte de l'évolution de nos connaissances et des données de la science. La crise Covid-19 que nous avons connue nous l'a rappelé avec acuité. Ce processus d'actualisation se réalise en trois étapes :

- identification de nouvelles données pertinentes ;
- évaluation de l'impact de ces nouvelles données sur les recommandations en cours et détermination si une mise à jour est nécessaire ;
- et si nécessaire, actualisation des recommandations.

La HAS s'engage dans un projet visant à identifier les méthodes et les procédures d'actualisation de ses recommandations les plus pertinentes et les plus efficaces et de les mettre en œuvre (lien vers le cadrage).

La HAS ne peut effectuer seule cette actualisation des recommandations et votre implication, en tant que société savante, est essentielle. Dans ce cadre, nous souhaitons recueillir votre position et votre expression des besoins en tant que partenaires privilégiés (CNP, sociétés savantes, associations de patients).

À cette fin, nous vous remercions de prendre le temps de répondre à ce rapide questionnaire et de nous le retourner d'ici le 30 décembre 2022.

Question 1 : Votre organisme a-t-il mis en place un système de veille et d'actualisation de ses travaux ? Si oui : avez-vous établi des critères de priorisation pour sélectionner les travaux à actualiser en priorité ?

Question 2 : Seriez-vous intéressés pour collaborer avec nos services sur cette thématique ? À quel niveau des trois étapes identifiées ?

Question 3 : Pourriez-vous nous fournir les coordonnées de la personne contact de votre organisme pour échanger sur ce sujet ?

À l'issue de ce questionnaire, nous reviendrons vers vous afin d'échanger sur les modalités possibles de coopération sur cette problématique.

Annexe 4. Glossaire international sur l'actualisation, *Updating Glossary, Updating Working Group*, extrait de Sanabria 2020

Terme (en anglais)	Définition (en anglais)
Continuous updating:	Continuous updating involves a prospective approach and active processes that use continuous surveillance and a rapid response to include new relevant evidence identified into a CG. Synonyms: Living or dynamic CG.
Decision to update:	Judgment on the need for updating a CG, taking into account signals for an update.
Fixed updating:	Fixed updating involves a decision to update a CG in a fixed timeframe. The identification of new evidence and evaluation of the impact of the new evidence could be continuous (surveillance process) or fixed
Full updating:	When a full update of a CG is undertaken; the updating processes leads to a change of the entire CG document.
Impact of the new evidence:	Changes in a CG in response to the new relevant evidence. Examples (at recommendation level) include the following factors: modified recommendations, new recommendations, deleted recommendations, or valid recommendation (in this last case, where the new evidence identified does not have an impact on the recommendation).
Partial updating:	When a partial update of a CG is undertaken; the updating processes may include only certain sections, clinical questions, or recommendations.
Prioritization process:	Assessment and ranking of CGs, within a defined collection of CGs, according to the need for updating
Reporting process:	Methods of communicating to users the changes in an updated version of a CG.
Signal for an update:	New relevant evidence that may have an impact on a CG. New relevant evidence may be related with new studies, clinical expert input, or safety alerts. The potential changes may be related to clinical questions components (patients, intervention, comparisons, or outcomes) or factors that influence the formulation of recommendations (e.g., quality of the evidence, balance between benefits and harms, values and preferences, or use of resources and costs). The potential impact may be assessed qualitatively or quantitatively. Synonyms: Trigger for an update and new relevant evidence.
Surveillance process:	This process comprises the detection of new evidence and the evaluation of its impact on a CG. Detection of new evidence may include literature searches, surveys of clinical experts, or alert systems. Evidence surveillance is a continuous, prospective, and active process. Synonyms: Monitoring process.
Time of validity:	Time between the publication of a CG and the identification of at least one signal for updating.
Timeframe:	Time interval between successive updating processes. Synonyms: Time point and time interval.
Tools and resources:	All available elements for organizing and optimizing the updating processes.
Up to date:	CG that still includes valid recommendations to guide decision-making. Synonyms: Current, keep up, and valid.
Update cycle:	Each updating strategy, which is implemented in a CG, corresponds to an update cycle and results in an updated version of the CG.

<i>Update unit:</i>	The component of a CG upon which decisions to update are made. Examples include the whole CG document or selection of subsections, clinical questions, or recommendations
<i>Updated version:</i>	CG version with the results of the updating strategy. It is important to differentiate between a full or partial updated version. Synonyms: Updated edition.
<i>Updating strategy:</i>	Iterative set of processes with a systematic and explicit methodology that involves identifying and reviewing new evidence that had not been included in the current version of a CG.

Références bibliographiques

1. Agbassi C, Messersmith H, McNair S, Brouwers M. Priority-based initiative for updating existing evidence-based clinical practice guidelines: the results of two iterations. *J Clin Epidemiol* 2014;67(12):1335-42.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.06.013>
2. Agency for Healthcare Research and Quality. Methods guide for effectiveness and comparative effectiveness reviews. Rockville MD: AHRQ; 2014.
https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/cer-methods-guide_overview.pdf
3. Agency for Healthcare Research and Quality, Shojania KG, Sampson M, Ansari MT, Ji J, Garrity C, et al. Updating Systematic Reviews. Rockville MD: AHRQ; 2007.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44099/pdf/Bookshelf_NBK44099.pdf
4. Akl E. eCOVID19 living recommendation map. Beirut: American University of Beirut; Canadian Institutes of Health Research; 2021.
<https://g-i-n.net/wp-content/uploads/2021/11/Plenary-4-Elie-Akl.pdf>
5. Alderson LJ, Alderson P, Tan T. Median life span of a cohort of National Institute for Health and Care Excellence clinical guidelines was about 60 months. *J Clin Epidemiol* 2014;67(1):52-5.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.07.012>
6. Alonso-Coello P, Martínez García L, Carrasco JM, Solà I, Qureshi S, Burgers JS. The updating of clinical practice guidelines: insights from an international survey. *Implementation science* : IS 2011;6:107.
<http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-6-107>
7. Australian Living Evidence Consortium. The living guidelines handbook. Guidance for the production and publication of living clinical practice guidelines ; 2022.
<https://livingevidence.org.au/>
8. British Thoracic Society, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management - In development [GID-NG10186] [En ligne] 2021.
<https://www.brit-thoracic.org.uk/quality-improvement/guidelines/asthma/>
9. Browman G. 'Background to clinical guidelines in cancer': SOR, a programmatic approach to guideline development and aftercare. *Br J Cancer* 2001;84 Suppl 2(Suppl 2):1-3.
<http://dx.doi.org/10.1054/bjoc.2000.1755>
10. Canadian Medical Association, Davis D, Goldman J, Palda VA. Handbook on Clinical Practice Guidelines. Ottawa: CMA; 2007.
<http://endotoday.com/guideline/canadian.pdf>
11. Cancer Care Ontario. Program in evidence-based care. Document assessment and review protocol. Toronto: Ontario Health; 2015.
<https://www.cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/CCOPEBCDARP.pdf>
12. Cancer Care Ontario. Program in evidence-based care handbook. Toronto: Ontario Health; 2020.
https://www.cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/pebc_handbook%20Version3%20June%2025%202020.pdf
13. Crane O, Archer R, Buckner S, GFinnegan A, karpusheff J, McFarlane E, et al. Case study exploring the challenges of living recommendations [Abstract]. 16th GIN Conference, 25-27 oct 2021 ; 2021.
<https://g-i-n.net/wp-content/uploads/2021/10/GIN-Conference-2021-Abstract-Book.pdf>
14. Current Care Guidelines. Process descriptions for Current Care Guidelines : Finnish Medical Society Duodecim; 2013.
<https://www.terveysportti.fi/xmedia/ccs/process/Suositus.html>
15. Durand-Zaleski I, Philip T. SOR Project: the French context. *Br J Cancer* 2001;84 Suppl 2(Suppl 2):4-5.
<http://dx.doi.org/10.1054/bjoc.2000.1756>
16. Elliott J, Lawrence R, Minx JC, Oladapo OT, Ravaud P, Tendal Jeppesen B, et al. Decision makers need constantly updated evidence synthesis. *Nature* 2021;600(7889):383-5.
<http://dx.doi.org/10.1038/d41586-021-03690-1>
17. Fervers B, Burgers JS, Haugh MC, Latreille J, Mlika-Cabanne N, Paquet L, et al. Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care* 2006;18(3):167-76.
<http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzi108>
18. Fervers B, Hardy J, Blanc-Vincent MP, Theobald S, Bataillard A, Farsi F, et al. SOR: project methodology. *Br J Cancer* 2001;84 Suppl 2(Suppl 2):8-16.
<http://dx.doi.org/10.1054/bjoc.2000.1757>
19. Garner P, Hopewell S, Chandler J, MacLehose H, Schünemann HJ, Akl EA, et al. When and how to update systematic reviews: consensus and checklist. *BMJ* 2016;354:i3507.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i3507>
20. Gartlehner G, West SL, Lohr KN, Kahwati L, Johnson JG, Harris RP, et al. Assessing the need to update prevention guidelines: a comparison of two methods. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care* 2004;16(5):399-406.
<http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzh081>
21. Global Commission on Evidence to Address Societal Challenges. Le rapport de la Commission sur les données probantes. Un appel à l'action et une voie à suivre pour les décideurs, intermédiaires de données probantes et producteurs de données probantes axés sur l'impact. Hamilton [ON]: McMaster Health Forum; 2023.
<https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/evidence-commission/evidence-commission-report-fr.pdf>
22. Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC. Elaboración de guías de práctica clínica en el sistema nacional de salud. Actualización del manual metodológico. Madrid; Zaragoza: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016.
https://portal.quiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/manual_gpc_completo.pdf
23. Guirguis-Blake J, Calonge N, Miller T, Siu A, Teutsch S, Whitlock E. Current processes of the U.S. Preventive Services Task Force: refining evidence-based recommendation development. *Ann Intern Med* 2007;147(2):117-22.
<http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-147-2-200707170-00170>

24. Hill K, English C, Campbell BCV, McDonald S, Pattuwage L, Bates P, et al. Feasibility of national living guideline methods: The Australian Stroke Guidelines. *J Clin Epidemiol* 2022;142:184-93.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2021.11.020>
25. Institute of Medicine, Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. *Clinical practice guidelines we can trust*. Washington: The National Academies Press; 2011.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209539/pdf/Bookshelf_NBK209539.pdf
26. Ketola E, Toropainen E, Kaila M, Luoto R, Mäkelä M. Prioritizing guideline topics: development and evaluation of a practical tool. *J Eval Clin Pract* 2007;13(4):627-31.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2753.2007.00813.x>
27. Lamontagne F, Agarwal A, Rochwerf B, Siemieniuk RA, Agoritsas T, Askie L, et al. A living WHO guideline on drugs for covid-19. *BMJ* 2020;370:m3379.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m3379>
28. Martínez García L, Pardo-Hernández H, Sanabria AJ, Alonso-Coello P, Penman K, McFarlane E. Guideline on terminology and definitions of updating clinical guidelines: The Updating Glossary. *J Clin Epidemiol* 2018;95:28-33.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.11.023>
29. Martínez García L, Pardo-Hernandez H, Superchi C, Niño de Guzman E, Ballesteros M, Ibarogoyen Roteta N, et al. Methodological systematic review identifies major limitations in prioritization processes for updating. *J Clin Epidemiol* 2017;86:11-24.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.05.008>
30. Martínez García L, Sanabria AJ, García Alvarez E, Trujillo-Martín MM, Etxeandia-Ikobaltzeta I, Kotzeva A, et al. The validity of recommendations from clinical guidelines: a survival analysis. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne* 2014;186(16):1211-9.
<http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.140547>
31. Meerpohl JJ. Adapting the evidence ecosystem to a health care emergenc - 16th GIN Conference, 25-27 oct.2021 ; 2021.
<https://g-i-n.net/wp-content/uploads/2021/11/Plenary-4-Jorg-Meerpohl.pdf>
32. Moher D, Tsertsvadze A, Tricco AC, Eccles M, Grimshaw J, Sampson M, et al. A systematic review identified few methods and strategies describing when and how to update systematic reviews. *J Clin Epidemiol* 2007;60(11):1095-104.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.03.008>
33. National Institute for Health and Care Excellence. Ensuring that published guidelines are current and accurate [last updated 18 january 2022]. Dans: *Developing NICE guidelines : the manual. Process and methods [PMG20]*. London: NICE; 2014a.
<https://www.nice.org.uk/process/pmg20/chapter/ensuring-that-published-guidelines-are-current-and-accurate>
34. National Institute for Health and Care Excellence. Updating guideline recommendations [last updated 18 january 2022]. Dans: *Developing NICE guidelines : the manual. Process and methods*. London: NICE; 2014b.
<https://www.nice.org.uk/process/pmg20/resources/developing-nice-guidelines-the-manual-pdf-72286708700869>
35. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Developing NICE Guidelines: The Manual [Actualisé en 2022]*. London: NICE; 2014.
<https://www.nice.org.uk/process/pmg20/resources/developing-nice-guidelines-the-manual-pdf-72286708700869>
36. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Research to Access Pathway for Investigational Drugs in COVID-19 (RAPID C 19): interim process for NICE activities*. London: NICE; 2021.
<https://www.nice.org.uk/covid-19/rapid-c19>
37. Pearson H. How COVID broke the evidence pipeline. *Nature* 2021;593(7858):182-5.
<http://dx.doi.org/10.1038/d41586-021-01246-x>
38. Qaseem A, Kansagara D, Lin JS, Mustafa RA, Wilt TJ, Forciea MA, et al. The Development of Clinical Guidelines and Guidance Statements by the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians: Update of Methods. *Ann Intern Med* 2019;170(12):863-70.
<http://dx.doi.org/10.7326/m18-3290>
39. Qaseem A, Snow V, Owens DK, Shekelle P. The development of clinical practice guidelines and guidance statements of the American College of Physicians: summary of methods. *Ann Intern Med* 2010;153(3):194-9.
<http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-153-3-201008030-00010>
40. Sanabria AJ, Pardo-Hernandez H, Ballesteros M, Canelo-Aybar C, McFarlane E, Niño de Guzman E, et al. The UpPriority tool was developed to guide the prioritization of clinical guideline questions for updating. *J Clin Epidemiol* 2020;126:80-92.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.06.018>
41. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *A guideline developer's handbook*. SIGN 50. Edinburgh: SIGN; 2019.
https://www.sign.ac.uk/media/1050/sign50_2019.pdf
42. Shekelle P, Eccles MP, Grimshaw JM, Woolf SH. When should clinical guidelines be updated? *BMJ* 2001a;323(7305):155-7.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.323.7305.155>
43. Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S, Morton SC, Eccles MP, Grimshaw JM, et al. Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? *JAMA* 2001b;286(12):1461-7.
<http://dx.doi.org/10.1001/jama.286.12.1461>
44. Tendal B, Vogel JP, McDonald S, Norris S, Cumpston M, White H, et al. Weekly updates of national living evidence-based guidelines: methods for the Australian living guidelines for care of people with COVID-19. *J Clin Epidemiol* 2021;131:11-21.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.11.005>
45. The ADAPTE Collaboration. *The ADAPTE process : esource toolkit for guideline adaptation. Version 2.0. : ADAPTE; 2009*.
<https://g-i-n.net/wp-content/uploads/2021/03/ADAPTE-Resource-toolkit-March-2010.pdf>
46. Tsertsvadze A, Maglione M, Chou R, Garritty C, Coleman C, Lux L, et al. Updating comparative effectiveness reviews: current efforts in AHRQ's Effective Health Care Program. *J Clin Epidemiol* 2011;64(11):1208-15.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.03.011>
47. U.S. Preventive Services Task Force. *Procedure manual : USPSTF; 2021*.
https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/sites/default/files/inline-files/procedure-manual-2021_0.pdf

48. Vogel JP, Dowswell T, Lewin S, Bonet M, Hampson L, Kellie F, et al. Developing and applying a 'living guidelines' approach to WHO recommendations on maternal and perinatal health. *BMJ global health* 2019;4(4):e001683. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001683>
49. Voisin CE, de la Varre C, Whitener L, Gartlehner G. Strategies in assessing the need for updating evidence-based guidelines for six clinical topics: an exploration of two search methodologies. *Health information and libraries journal* 2008;25(3):198-207. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-1842.2007.00765.x>
50. White H. Avoiding waste through living guidelines is it achievable and sustainable? - 16th GIN Conference, 25-27 oct.2021 ; 2021. <https://g-i-n.net/wp-content/uploads/2021/11/Plenary-2-Heath-White.pdf>
51. Working Group for CPG Updates. Updating Clinical Practice Guidelines in the Spanish National Health System: Methodology Handbook. National Health System Quality Plan of the Spanish Ministry of Health and Social Policy. Aragon Health Sciences Institute: Clinical Practice Guidelines in the National Health System; 2009. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/manual_actualizacion_gpc_ingles-2.pdf
52. World Health Organization. WHO handbook for guideline development. Geneva: WHO; 2014. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714>

Participants

Groupe de travail

Le groupe de travail transversal HAS a inclus des membres des différentes directions et des services volontaires. Une collaboratrice de l'INESSS a participé au groupe dans le cadre des échanges annuels entre la HAS et l'INESSS.

Sophie BLANCHARD MUSSET, SBP

Frédérique PAGES, SDV

Muriel DHENAIN, SBP

Emmanuel NOUYRIGAT, SBP

Alexandre PITARD, SBP

Cédric PAINDAVOINE, SBP

Laurence CHAZALETTE, SBP

Anne-Françoise PAUCHET-TRAVERSAT, SBP

Anne DEPAIGNE-LOTH, SBP

Karine PETITPREZ, SESPEV

Laura ZANETTI, SESPEV

Valentine TREPIED, SR

Bertrand MUSSETTA, SEM

Jean-Charles LAFARGE, SEAP

Pierre-Alain JACHIET, MD

Pierre LIOT, MD

Pavel SORIANO, MD

Mireille GOETGHEBEUR, INESSS

Remerciements

Emmanuel CORBILLON, SBP

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

ACP	<i>American College of Physicians</i>
AGRE II	<i>Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation</i>
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
AIM	<i>Abridged Index Medicus</i>
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANSM	Agence nationale pour la sécurité du médicament
CCG	<i>Current Care Guidelines</i>
CCO	<i>Cancer Care Ontario</i>
CCP	<i>Center for Clinical Practice</i>
CER	<i>Comparative Effectiveness Review</i>
CMA	<i>Canadian Medical Association</i>
CMG	Collège de médecine générale
DART	<i>Document Assessment and Review Tool</i>
EMA	<i>European Medicines Agency</i>
ERHCA	<i>Emilia-Romagna Health Care Agency</i>
FDA	<i>U.S. Food and Drug Administration</i>
FNCLCC	Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer
FSM	Fédération des spécialités
GAC	<i>Guidelines Advisory Committee</i>
G-I-N	<i>Guidelines International Network</i>
GPAG	<i>Guideline Programme Advisory Group</i>
HAS	Haute Autorité de santé
INCa	Institut national du cancer
IQWiG	<i>Institute for Quality and Efficiency in Health Care</i>
KCE	<i>Belgian Health Care Knowledge Centre</i>
LAP	Liste d'actes et de prestations
NCC	<i>National Collaborating Center</i>
NHRMC	<i>National Health and Medical Research Council</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
NZGG	<i>New Zealand Guidelines Group</i>
PEBC	<i>Program in Evidence-Based Care</i>
PNLG	<i>Programma nazionale per le linee guida</i>
RBP	Recommandation de bonne pratique
RCF	Recommandation par consensus formalisé
RPC	Recommandation pour la pratique clinique
RS	Revue systématique
SCEPC	<i>Southern California Evidence-based Practice Center</i>
SIGN	<i>Scottish Intercollegiate Guideline Network</i>
SNHS	<i>Spanish National Health System</i>

SOR Programme « standards, options et recommandations »

USPSTF *U.S. Preventive Services Task Force*

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

