

## DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC)

Staffs d'une équipe médico-soignante,  
groupes d'analyse de pratiques (GAP)

Juin 2017

Les staffs d'une équipe médico-soignante et groupes d'analyse des pratiques sont des **méthodes d'évaluation et d'amélioration des pratiques**.

## DÉFINITION

Un staff d'une équipe médico-soignante ou un groupe d'analyse des pratiques (GAP) est un petit groupe de professionnels qui se réunissent régulièrement pour analyser des situations cliniques rencontrées dans leur pratique. À partir des problèmes soulevés ou de questions identifiées, les données de la littérature scientifique et professionnelle sont prises en compte. Une posture réflexive est alors adoptée, permettant d'établir une liaison entre savoirs et actions afin d'intégrer les savoirs dans la pratique professionnelle.

La « pratique réflexive » amène le professionnel à réfléchir sur sa pratique de manière critique et constructive tout en créant des liens avec les connaissances (scientifiques ou autres) pour analyser l'action pendant qu'elle se déroule ou après qu'elle s'est déroulée.

Ces réunions, à l'occasion desquelles sont présentés et discutés des dossiers de patients, sont une pratique courante et ancienne de nombreuses équipes. Ces équipes peuvent être monoprofessionnelle mais s'ouvrent de plus en plus à la pluriprofessionnalité, notamment au sein des structures de santé pluriprofessionnelles de proximité. L'organisation et le contenu de ces réunions sont souvent extrêmement variés.

## DESCRIPTION

Les groupes d'analyse des pratiques/staffs sont organisés autour de quatre étapes.

**1. Sélection de dossiers ou de situations cliniques**

- La sélection s'effectue de manière explicite par le groupe. Cette sélection peut se faire selon plusieurs critères :
  - existence d'un problème (qui peut porter sur : modalités de prise en charge, diagnostic, traitement, pronostic, iatrogénie, qualité et efficacité des soins, cas clinique, etc.) ou question restée sans réponse ;
  - patient pris au hasard ;
  - choix en référence à un thème (exemple : diabète de type 2).
- Dans tous les cas, ces situations cliniques correspondent à des patients effectivement pris en charge par les participants.

**2. Recherche bibliographique**

- Une recherche bibliographique est réalisée pour identifier et sélectionner les données de littérature scientifique et professionnelle en rapport avec les situations cliniques rencontrées et permettant d'apporter des réponses aux questions posées. Ces références sont communiquées aux membres du groupe.

■ Cette recherche bibliographique peut être réalisée à différents temps de la démarche :

- comme point de départ de la démarche ;
- pour préparer une réunion en constituant « un fonds documentaire » ;
- pour répondre aux questions identifiées lors de la réunion.

### 3. Présentation de chaque situation clinique

- Une présentation de chaque situation clinique est réalisée par les participants à tour de rôle en réunion. Cette présentation permet d'analyser collectivement la prise en charge et les problèmes rencontrés. Les réponses à apporter par le groupe sont issues des données de la littérature scientifique et professionnelle sélectionnées.
- La durée de la réunion est d'environ 2 heures. Un professionnel, participant volontaire (chaque participant peut, à tour de rôle, remplir la fonction d'animateur) ou professionnel extérieur au groupe, anime la réunion en facilitant :
  - la dynamique du groupe en gardant à l'esprit les objectifs du projet et en répartissant le temps de parole ;
  - l'identification par les participants des problèmes posés par le dossier présenté, les déterminants de leurs décisions, les savoirs mobilisés, les données de la science, et les obstacles à l'intégration de ces données ;
  - les échanges et les confrontations de pratiques ;
  - l'identification de questions non résolues nécessitant un approfondissement de recherche bibliographique dont est chargé un participant volontaire ;
  - le choix d'actions d'amélioration des pratiques et le suivi de leur mise en place (évaluation de leur appropriation voire mesure d'impact, retour d'expérience, nouvelles actions à mettre en œuvre).
- À l'issue de la réunion, un compte rendu est rédigé, résumant les cas présentés, les problèmes identifiés, et les réponses apportées par le groupe (en mettant en avant les éventuelles divergences), les références utilisées, la ou les actions d'amélioration des pratiques choisies et le suivi de leur mise en place.

### 4. Mise en place d'actions d'amélioration et de modalités de suivi

- À l'issue de cette analyse, des actions d'amélioration et des modalités de suivi sont mises en place (exemples : rédaction de nouveaux protocoles, chemin clinique, suivi d'indicateurs, enquête de satisfaction auprès des patients, suivi périodique des actions entreprises, comparaison à un référentiel par audit ou auto-évaluation, adoption de recommandations, etc.). Par ailleurs, si des questions restées sans réponse ont été identifiées, une recherche bibliographique complémentaire est réalisée. Son résultat est diffusé aux participants, le cas échéant présenté à la prochaine réunion.
- Ces réunions se tiennent régulièrement tout au long de l'année afin d'assurer la pérennité de la démarche. Leur fréquence est définie dans une charte ou procédure ou un règlement intérieur. Les professionnels doivent s'engager à participer régulièrement aux réunions. La confidentialité des informations et des données personnelles des professionnels est garantie.

## DOCUMENTATION

### Support

Charte ou procédure ou règlement intérieur du staff ou du GAP qui en précise l'organisation et le fonctionnement ; documents de référence.

### Traçabilité

La traçabilité des actions est assurée à l'aide par exemple de : compte rendu écrit de chaque réunion avec liste de présence des participants, fiche de suivi d'action d'amélioration, résultats d'évaluation, nouvelle procédure de prise en charge, suivi d'indicateurs, etc.

## En savoir plus

- Cercles de qualité médecins-pharmaciens suisses : intérêt confirmé. Rev Prescrire 2008;28(297):542-4.
- François P, Philibert AC, Esturillo G, Sellier E. Groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle pour le développement professionnel continu en médecine générale. Presse Med 2013;42(1):e21-7.
- Haute Autorité de Santé. [STAFF-EPP des équipes hospitalières](#). HAS 2007.
- Haynes RB, Devereaux P, Guyatt G. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. Evid Based Med 2002;7:36-8.
- Lockwood D, Armstrong M, Grant A. Integrating evidence-based medicine into routine clinical practice: seven years' experience at the Hospital for Tropical Diseases, London. BMJ 2004;329(7473):1020-3.
- Riou F, Piette C, Durand G, Chaperon J. Results of a 12-month quality-circle prescribing improvement programme for GPs. Br J Gen Pract 2007;57(540):574-6.
- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996;312(7023):71-2.
- Wensing M, Broge B, Riens B, Kaufmann-Kolle P, Akkermans R, Grol R, *et al*. Quality circles to improve prescribing of primary care physicians. Three comparative studies. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2009;18(9):763-9.
- Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2009;Issue 3:CD000072.