

## Développement professionnel continu

# Les staffs d'une équipe médico-soignante, Les groupes d'analyse de pratiques (GAP), Les pratiques réflexives sur situations réelles

### Fiche technique méthode

- Document de travail – 31 janvier 2013 -

Cette fiche technique décrit la participation des professionnels aux staffs (en établissements de santé) et à des groupes d'analyse de pratiques (en exercice ambulatoire), dans le cadre d'un programme de DPC conforme à une orientation nationale ou régionale et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC et évalué positivement par la CSI de la profession correspondante ou de la CS du HCPP. Elle complète la fiche « Méthodes et modalités de DPC ».

## DÉFINITION

Il s'agit d'un groupe de professionnels (le plus souvent une dizaine) qui se réunit régulièrement pour analyser des situations cliniques rencontrées dans leurs pratiques. A partir des problèmes soulevés ou de questions identifiées, les données de 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 se soit déroulée.

Ces réunions à l'occasion desquelles sont présentés et discutés des dossiers de patients, sont une pratique courante et ancienne de nombreuses équipes. L'organisation et le contenu de ces réunions sont souvent extrêmement variés et peu formalisés.

La HAS souhaite valoriser ces démarches en équipe, intégrées à l'exercice clinique et qui portent en elles-mêmes, à la fois un volet d'évaluation qui permet aux professionnels d'analyser les données de leurs pratiques, et un volet d'amélioration des connaissances et donc de formation continue à travers l'appropriation des bonnes pratiques recommandées.

Le principe retenu pour en faire une démarche de DPC est de formaliser certaines de ces réunions afin de mettre en place une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

### Variantes :

- Réunion de service / de secteur d'activité / de pôle / d'unité
- Analyse / étude de cas
- Groupe qualité (GQ), cercles qualité
- EBM (Evidence Based Medicine) meetings
- Groupe d'analyse de pratiques entre pairs (GAPP)
- Groupe de pratiques de l'Unaformec (GPU)

- Groupes d'échanges de pratique (GEP), groupe d'échanges et d'analyse de pratiques (GEAP)
- Groupe local d'amélioration des pratiques de la SFTG (GLAP)
- Groupe de pairs de la la SFMG (GDP)

## DESCRIPTION

Il s'agit d'une démarche entre professionnels de santé (si possible pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnel) organisée autour de 4 étapes :

1. Une **sélection de dossiers ou de situations cliniques** de manière explicite par le groupe qui fait émerger un **questionnement** sur des domaines variés et qui posent problème (modalités de prise en charge, diagnostic, traitement, pronostic, iatrogénie, qualité et efficacité des soins, cas clinique, etc.).

Cette sélection peut se faire selon plusieurs critères :

- existence d'un problème, question restée sans réponse ou au contraire patient pris au hasard
- en référence à un thème (exemple : diabète de type 2) ou, au contraire, sélection d'un patient « tout venant ».

Dans tous les cas ces situations cliniques correspondent à des patients effectivement pris en charge par les participants.

2. Une **recherche bibliographique 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 et leur permettront d'acquérir ou d'approfondir leurs connaissances / compétences sur le thème choisi. Cette étape peut faire l'objet d'une formation sur le thème pour faciliter l'appropriation des références ou recommandations professionnelles.
3. Une **présentation de chaque situation clinique** par les participants à tour de rôle en réunion (Staff ou GAP). 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. Pour cela on utilise une démarche médicale basée sur les preuves (Evidence Based Medicine ou EBM) qui intègre : les meilleures références disponibles couplées à l'expertise des professionnels de santé et tenant compte des choix des patients.

La durée de la réunion est d'environ deux heures par exemple pour un GAP. Un professionnel, participant volontaire ou un 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 et les obstacles à l'intégration des données de la science ;
- les échanges et les confrontations de pratiques ;
- l'identification de questions non résolues nécessitant un approfondissement de recherche bibliographique et/ou de preuve 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).

*\*chaque participant peut, à tour de rôle, remplir la fonction d'animateur.*

A l'issue de la réunion, un compte rendu est rédigé résumant les problèmes posés et les réponses apportées par le groupe, les références utilisées, les prises de décision consensuelles, la ou les actions d'amélioration des pratiques choisies et le suivi de leur mise en place.

4. A 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 patient, suivi périodique des actions entreprises, comparaison à un référentiel par audit ou auto-évaluation, adoption de recommandations etc.). Ces actions d'amélioration peuvent comprendre ou correspondre à une formation. Par ailleurs si des questions restées sans réponses ont été sélectionnées, une recherche bibliographique complémentaire est réalisée. Son résultat est diffusé aux participants, le cas échéant présenté à la prochaine réunion.

**Remarque** : les étapes 1 et 2 peuvent être inversées. A partir d'une revue bibliographique pertinente à propos d'un thème choisi par le groupe en fonction de ses besoins ou du projet du secteur d'activité, on sélectionne des dossiers afin d'analyser ses pratiques.

N.B. : 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 règlement intérieur. Les professionnels doivent s'engager à participer régulièrement aux réunions. La confidentialité des informations et des données personnelles des professionnels est garantie.

## TRAÇABILITE

Les documents suivants sont requis :

- charte ou procédure ou règlement intérieur du Staff DPC ou du GAP qui en précise l'organisation et le fonctionnement,
- compte rendu écrit de chaque réunion avec liste de présence des participants.

Il est demandé aux professionnels de santé une démarche explicite permettant :

1. de décrire son **implication** dans le programme de DPC en renseignant **chaque année un bilan individuel d'activité**.
2. d'assurer la **traçabilité** de ses actions en gardant auprès de lui tous les **documents justificatifs** susceptibles de lui être demandés. Par exemples : compte-rendus de réunion, attestations de participation aux réunions, fiche de suivi d'action d'amélioration, attestation de présence à une formation, résultats d'évaluation, nouvelle procédure de prise en charge, suivi d'indicateurs etc.

### Pour en savoir +

- Brochure de synthèse « Staff EPP » – HAS (2007) disponible en téléchargement sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).
- Sackett D.L., Rosenberg W., Muir Gray J.A., Haynes R.B., Richardson W.S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996;312:71-72.
- Haynes B., Devereaux P., Guyatt G. Clinical expertise in the era of evidence based medicine and patient choice. Evidence-BasedMedicine2002;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 Disease. BMJ 2004;329:1020-3.
- Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration : effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). The Cochrane Collaboration 2009.
- François P et al., Groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle pour le développement professionnel continu en médecine générale, Presse Med (2012).
- Wensing M et al. Quality circles to improve prescribing of primary care physicians. Three comparative studies. Pharmacoepidemiol Drug Saf (2009).
- Prescrire Rédaction. Cercles de qualité médecins-pharmaciens suisses : intérêt confirmé. Rev Prescrire (2008).
- Riou F et al. Results of a 12-month quality-circle prescribing improvement programme for GPs. Br J Gen Pract (2007).