



**HAL**  
open science

# Les effets de la collaboration interprofessionnelle en soins primaires : une revue de littérature

Antoine Nogueira

► **To cite this version:**

Antoine Nogueira. Les effets de la collaboration interprofessionnelle en soins primaires : une revue de littérature. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03896757

**HAL Id: dumas-03896757**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03896757>**

Submitted on 13 Dec 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

#### IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

---

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

**NANTES UNIVERSITÉ**

---

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Année 2022

N°

**THESE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

***Antoine NOGUEIRA***

---

Présentée et soutenue publiquement le *11 Octobre 2022*

---

**LES EFFETS DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE EN SOINS  
PRIMAIRES : UNE REVUE DE LITTÉRATURE.**

---

Président : Monsieur le Professeur Cédric RAT

Directeur de thèse : Madame le Professeur Maud JOURDAIN

**Vu, le Président du Jury,**

*Professeur Cédric RAT*

**Vu, le Directeur de Thèse,**

*Professeur Maud JOURDAIN*

**Vu, le Doyen de la Faculté,**

## Remerciements

Monsieur le Professeur Cédric RAT

Merci d'avoir accepté de présider ce jury de thèse.

Madame le Professeur Maud JOURDAIN

Merci d'avoir participé à la direction de cette thèse au cours de ces longs mois, merci pour les encouragements sur la dernière ligne droite et les relectures attentives.

Madame le Docteur Morgane ANGIBAUD

Merci pour ce suivi régulier et ces conseils avisés tout au long de ce projet.

Monsieur le Docteur Jean François HUON Merci pour cet accompagnement précieux au cours de cette thèse ainsi que pour ton expertise des revues systématiques.

Monsieur le Docteur Brice LECLERE

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon Jury de Thèse.

A ma Famille,

Maman, merci pour tout l'amour que tu m'as toujours apporté (et que tu continueras à m'apporter j'espère), merci pour ce soutien inconditionnel tout au long de mes études. Je n'oublierai jamais les petits plats en P1, les dimanches midi en 6e année, le linge fait le week end..Autant de petites choses qui font que je suis ici aujourd'hui.

Papa, encore une fois, tu vois bien que je me suis sorti les doigts...Merci de m'avoir soutenu tout au long de ce long parcours, et surtout d'avoir cru en moi dès le début. Vous m'avez transmis les valeurs de détermination et de persévérance, c'est grâce à vous si je suis là aujourd'hui, je vous aime.

Matthias, Daniel, mes frères, j'aurai aimé pouvoir vous faire goûter à la vie étudiante des études médicales, malheureusement vous étiez un peu jeunes..En revanche on commence à rattraper le temps et on passe de super moments. Merci pour vos sourires, vos blagues, et même si vous êtes un peu fragiles je vous aime !! Je suis fier d'être votre grand frère.

Charlotte, mon amour, merci de m'avoir soutenu à travers cet internat..

Tu as toujours cru en moi, tu m'as encouragé de la première à la dernière seconde de ce projet et tu me couvres d'amour au quotidien.

La fin de cette aventure est le début de plein de magnifiques projets à deux, hâte d'entamer ce nouveau chapitre avec toi. Je t'aime.

A mes Amis,

Jingtian, Julien, 216D, je n'oublierai jamais ces 6 ans de fac et ces 5 ans de coloc'...Tellement de choses réalisées avec toi, tellement de temps passé à refaire le monde, tellement de jeux de la pièce.. Je suis heureux de pouvoir ajouter un "fiabilité" sur notre tableau maintenant que je suis thésé avant toi ;) J'espère que nous serons amenés à nous retrouver (de manière géographique) car tu me manques, je t'aime mon pote : (signé : le champion de l'été 2022).

Kamil, Sami, nous n'étions pas en coloc' mais c'était tout comme. Si mario kart avait été à l'ECN, nous aurions tous fait top 100. Si ces études étaient à refaire je referai tout pareil. Kamil, merci de nous avoir accueilli au moins 1 000 fois dans ton appart, merci à Jean luc au passage, merci pour tes débats enflammés et tes "blagues" cyniques haha. Sami merci de nous avoir paterné une partie de cet externat haha, tu es mon chauffeur de bus préféré. Merci pour ta bonne humeur et ton accueil toujours chaleureux. Je vous aime les copains.

Lola, Ondine, Clémence, le temps et les projets nous ont séparé mais je garde en mémoire toutes ces soirées passées ensemble (avec modération). On peut dire qu'on aura bien profité de la rue de Olivettes...et du reste (surtout du reste). Je vous aime et j'espère qu'on sera amené à se revoir souvent !

Arthur, Simon, mes copains de toujours, on se connaît depuis 15 ans mais notre amitié n'a pas pris une ride. Toujours là pour une discussion, pour un verre (ou plus) et un petit papy's.. Tellement de bons moments que je ne pourrais les énumérer, merci d'avoir toujours été là, on a encore un sacré bout de chemin à parcourir ensemble, je vous aime.

PF gros big up à toi mon pote, heureux qu'on se soit retrouvés récemment, Kaitral t'embrasse <3.

Corentin, coco bertout, remerciement spécial pour cette D4 passée quasi à 2, c'était que du bonheur, un peu de stress parfois, GOT beaucoup et des DP sur ECNi encore plus. Je n'oublierai jamais cette année. Love you.

Frérot, les fifas, la paire de c\*\*\*\*\*s en 2e ligne, les soirées, les kiwis... tu auras toujours une place spéciale quand je penserai à ces années de fac. Pressé que tu viennes t'installer en vendée <3.

Mes kiwis, la KMN, merci, merci pour tout. Y a t il besoin d'en dire plus ? Faut-il parler de la serveuse de la prison ou encore de ce que Coco aurait un jour fait au prez' ? Ni le lieu ni l'endroit. Je vous aime, CR7 vous aime aussi : Kam, Jingtian, Samich', Barb', Alex Porcin, Charlot Ralph Lauren, dEElat, Augustaing, spherocire, Assel, Serpent, BendolaBendo, Guerzi (4/10 tmtc), Cock (dit le cube), Berth la batte, Morels le claqueur, le prez' (diparu), Babar, Cardo (dont la femme naît bientôt), Sejournal, Lélé, Paulo, Ben. Je vous aime.

L'ASES, quelle aventure, quelle équipe de Rugby... 2 victoires (#9zer, #17-12, #doublelégende) contre ces cochons d'Anglais, 4 Bristol.. ces moments avec vous tous sont parmi les meilleurs de ma fac (sans aucun doute). Merci à tous les frères : Biot', frérot, Rémi, Roussgay, Riton, Rouxbin, Dédé (la taillade), Dédé (pizzaiolo), Mainlourd, Etienne, Paulo, Coco, Albé, Matys, Cyril, Victor, Vianney, Germinator, Coindre, Mahé, Guével la georgette, Boubou, Ouairy, Hugo la mouette, Rob', Maxence, PE, le squal, Jutel, Clav', Nolf, Marchal, Greg, Banban, antonin, jerem classe, Gabi, Come, Hugo, bremaud, Gabo. On se revoit au Vestiaire ou ailleurs, notre passion pour le houblon nous rassemblera toujours. Je vous aime.

Mes amis de notre magnifique vendée, Clémence, Max, Alex, Jules, les W, Manon, Faustine, Laventin, Vanille.

A mes copains du BMX, vous aurez toujours une place spéciale, Axel, Brioche, Sam, Matthieu GT..

A tous mes collègues de stage, merci Jérôme, Anne So et Sylvain de m'accompagner dans mon installation et dans ce SASPAS, merci aux urgences des sables, à la MIP (grosse pensée pour Ramona), à la HAD (Aline, Eva Laetitia, mes IDE de choc), la Ped de la roche.

A tous ceux que je n'ai pas mentionné, mais qui ont croisé mon chemin de près ou de loin.

Merci à toi jeune roux, d'avoir un jour décidé, à l'aube d'une nouvelle journée Niortaise, de prendre ta vie en main et de te mettre au travail pour t'assurer l'avenir de tes rêves..

Ceci n'est ni la fin d'un chapitre ni le début d'un autre, simplement une belle histoire qui se poursuit.

## **Table de Matières**

|  |    |
|--|----|
| <b>Abréviations</b>                          | 5  |
| <b>I- Introduction</b>                       | 6  |
| <b>II- Méthode</b>                           | 8  |
| II-1. Recherche et Sélection des articles    | 8  |
| II-2. Extraction des données et analyse      | 10 |
| <b>III - Résultats</b>                       | 11 |
| III-2 Caractéristiques générales des études  | 12 |
| III-3 La Collaboration Interprofessionnelle  | 18 |
| III-4 Effets sur les Coûts                   | 27 |
| III-5 Effets sur les professionnels de santé | 29 |
| III-6 Effets sur les patients                | 31 |
| Diabète                                      | 31 |
| Dépression                                   | 34 |
| Gériatrie                                    | 36 |
| Psychiatrie                                  | 39 |
| Soins généraux                               | 41 |
| Asthme et la BPCO                            | 43 |
| Cardiologie                                  | 45 |
| HTA  | 47 |
| Obésité                                      | 49 |
| Pédiatrie                                    | 49 |
| Troubles musculosquelettiques                | 49 |
| Oncologie                                    | 49 |
| Gastro entérologie                           | 50 |
| <b>IV - Discussion</b>                       | 52 |
| <b>V - Conclusion</b>                        | 56 |
| <b>VI - Bibliographie</b>                    | 57 |

## **Abréviations**

AVK : Antivitamines K

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

DT2 : Diabète de type 2

HbA1c : Hémoglobine glyquée

HTA : Hypertension artérielle

IDE : infirmier diplômé d'état

IMRAD : Introduction - Méthode - Résultats - Analyse - Discussion

INR : International normalized ratio

LDL : Low density lipoprotein

OMS : organisation mondiale de la santé

TP : Taux de prothrombine

UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance

## I- Introduction

Depuis plusieurs années, nous pouvons constater que l'accès aux soins est un sujet majeur de préoccupation pour la population et les pouvoirs publics (1).

En effet, la demande de soins croissante (2) ainsi que la baisse de la démographie médicale (3) amènent à des problématiques de plus en plus importantes : allongement des délais de prise en charge, difficulté à trouver un médecin traitant, difficulté d'accès à certains spécialistes...(4)(5)(6)

Ce problème est global, L'OMS nous apprend qu'il manquera 15 millions de professionnels de santé dans le monde d'ici 2030 (principalement dans les pays à revenu faible) (7).

Afin de pouvoir faire face au mieux à ces difficultés et pouvoir proposer la meilleure prise en charge possible aux patients, le modèle de santé doit reposer sur une base pérenne et solidaire : cette base, ce sont les soins primaires.

Pérenne, car sa disparition entraînerait de fait une profonde désorganisation des prises en charges médicales.

Solidaire, car devant le manque de professionnels disponibles et face à la complexification des parcours de soins, une coordination centralisée des différents acteurs de ce vaste réseau de soins primaires semble désormais indispensable.

L'OMS, en partenariat avec l'UNICEF, a défini les soins primaires comme "[...] une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble, qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible [...] allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, au traitement [...] et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations" (8).

En France, la notion de soins primaires est définie, par l'article L 1411-11 du Code de la santé Publique (9) :

"Ces soins comprennent : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; la dispensation et l'administration des médicaments [...];

Les professionnels de santé [...] concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux."

Si une organisation optimale est un pré-requis dans le but d'obtenir la meilleure prise en charge possible pour nos patients, elle ne semble pas pour autant suffisante sans la notion de collaboration entre les différents acteurs. Cette notion de collaboration Interprofessionnelle a été définie par l'OMS en 2010 ainsi que par le CPIS (Consortium Pancanadien sur l'Interprofessionnalisme) comme : "Un partenariat entre une équipe de professionnels de la santé [...] en vue d'une prise de décision partagée concernant l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux" (10). Cette collaboration interprofessionnelle est de plus en plus présente dans notre quotidien, notamment par l'émergence croissante des maisons de santé pluriprofessionnelles ainsi que la généralisation progressive du Dossier Médical Partagé (11).

Devant ces différents constats, il semble licite de se demander ce que peut apporter une organisation de travail en collaboration impliquant différentes professions de santé.

Depuis plusieurs années déjà de nombreuses revues de littérature apportent des éléments de réponses dans des domaines très variés : le diabète et l'hypertension en soins primaires (12), la chirurgie esthétique (13), ou encore la psychiatrie (14), s'intéressant aux coûts de la santé et/ou aux effets sur les patients.

Beaucoup d'études concernent le milieu hospitalier et seulement un très petit nombre s'intéresse aux effets de la collaboration sur les professionnels eux-mêmes.

De la même manière, très peu d'études prennent en compte différents champs de la médecine dans une même revue.

Il semblait donc nécessaire d'effectuer un travail de synthèse permettant de rassembler le maximum d'études concernant la collaboration en soins primaires.

Cette thèse a pour objectif de compléter un travail réalisé en 2020 (15), à savoir une première revue de Littérature évaluant les effets de la collaboration interprofessionnelle en soins primaires. Cette revue de littérature incluant 48 articles, réalisée sur PubMed par Solène Girard et Louise Rouxel, souligne la diversité des interventions et des modèles de collaboration interprofessionnelle.

Elle met également en avant ses bénéfices : une amélioration de l'état de santé des patients, moins de difficultés pour les professionnels de santé, ainsi qu'une réduction des coûts liés aux soins.

L'objectif de cette nouvelle revue de littérature est d'étendre le champ des recherches tout en conservant le même objectif, à savoir évaluer les effets de collaboration interprofessionnelle en soins primaires sur 3 grands axes : les patients, les professionnels de santé et le coût des soins.

## II- Méthode

### II-1. Recherche et Sélection des articles

Afin de mener à bien cette revue de littérature, nous nous sommes basés sur les recommandations PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) ainsi que sur la méthode utilisée par Louise Rouxel et Solène Girard.

Lors de la thèse précédente, la sélection des articles a été réalisée sur Pubmed pour un intervalle de temps s'étendant de Janvier 2009 à Mars 2020.

Pour ce travail, la sélection des articles a été réalisée sur 4 bases de données :

- Pubmed de sa création au 1er Mars 2021 (en excluant la partie de Janvier 2009 à Mars 2020) ;
- Psycinfo de sa création au 1er Mars 2021 ;
- EMBASE de sa création au 1er Mars 2021 ;
- CINAHL de sa création au 1er Mars 2021 ;
- Relecture des articles de la thèse précédente, exclus du fait de l'absence de médecin généraliste (modification de ce critère d'exclusion pour notre thèse).

Toutes les recherches ont été effectuées en Anglais avec l'équation de recherche suivante :

("Intersectoral Collaboration" [Mesh] OR "Cooperative Behavior" [Mesh] OR "Patient Care Team" [Mesh:NoExp]) AND ("Primary Health Care" [Mesh]) AND ("Outcome and Process Assessment, Health Care" [Mesh]).

Cette équation est la même que celle utilisée lors de la thèse précédente afin de s'assurer que ce travail puisse vraiment compléter les recherches faites auparavant.

N'existant toujours pas de terme Mesh "Interprofessional collaboration" et n'ayant pas trouvé de terme plus adapté, nous avons décidé de garder le terme "Intersectoral Collaboration".

Ces mots clés ont été recherchés dans les quatre différentes bases de données, trois ont été réalisées directement par nos soins (Pubmed, EMBASE, Psycinfo) et la quatrième (CINAHL) a été réalisée avec l'aide de la bibliothèque universitaire de la Faculté de Médecine de Paris à qui nous avons communiqué l'équation de recherche, et qui nous a transmis les articles correspondants.

Les critères d'inclusion et d'exclusion des études étaient :

Critères d'inclusion :

- Caractéristiques des études : format IMRAD (Introduction, Method, Results And Discussion), écrites en anglais et français, le résumé et/ou l'article devaient être disponibles.
- Équipe de soins primaires (en référence à la définition produite par les politiques publiques en France, selon l'article L. 1411-11 du Code Santé Publique) : l'étude devait évaluer une modalité de collaboration interprofessionnelle, impliquant au moins deux professionnels de santé de soins primaires, de profession différente, dont un médecin.

- Dans cette thèse nous avons décidé d'inclure en plus les articles n'incluant pas de médecins généralistes mais décrivant quand même une collaboration entre 2 professionnels de soins primaires.

Bien qu'il n'existe pas de consensus sur une liste exhaustive de professionnels de soins primaires, la thèse précédemment réalisée, les différentes études analysées au cours de ce travail, ainsi que la définition d'une équipe de soins primaires de l'article mentionné au préalable, nous ont permis de cibler les professionnels concernés afin de coller au plus proche de la réalité. (Psychologues, IDE, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, travailleurs sociaux, pharmaciens).

Critères d'exclusion :

- Format : éditorial, commentaire, lettre exprimant l'opinion de l'auteur, dissertation, protocole d'étude, rapport de pratiques, études de cas, papiers théoriques.
- Equipe : études impliquant exclusivement des professionnels de santé de soins secondaires, équipe supervisée par un médecin de soins secondaires.
- Intervention : absence de collaboration interprofessionnelle décrite entre au moins deux professionnels de santé de soins primaires.
- Résultats : absence d'évaluation des effets de la collaboration interprofessionnelle.

La première phase de sélection des articles s'est faite par une lecture des titres seuls, les titres engageants le doute étaient revus en double lecture.

La deuxième phase de sélection s'est faite via la double lecture systématique des abstracts (AM + AN) avec, en cas de doute, une relecture par nos 3 maîtres de Thèses (JFH + MA + MJ).

Enfin, la phase de lecture complète des articles a été réalisée de manière autonome, mais avec une mise en commun systématique en cas de doute sur du vocabulaire ou sur l'interprétation d'un l'article.

(NB : AM correspond à Adam MOUHIB, étudiant en pharmacie qui réalise sa thèse sur la collaboration Médecin/pharmacien et avec qui nous avons réalisé la recherche et l'analyse documentaire en commun).

## **II-2. Extraction des données et analyse**

Les informations recueillies pour chaque étude étaient :

- Titre / premier auteur / Date de Publication / Pays
- Design de l'étude
- Objectif de l'étude
- Champs d'exercice
- Critères d'évaluation
- Composition de l'équipe de Soins Primaires
- Type d'intervention / Modalités de CIP
- Termes utilisés pour la CIP
- Effets sur les patients
- Effets sur les professionnels de santé
- Effets sur le système de santé
- Acceptabilité et limites du point de vue des patients (si disponible)
- Acceptabilité et limites du point de vue des professionnels (si disponible)

Certaines parties du Tableau de données pouvaient manquer en fonction de l'objectif ou du design de l'étude.

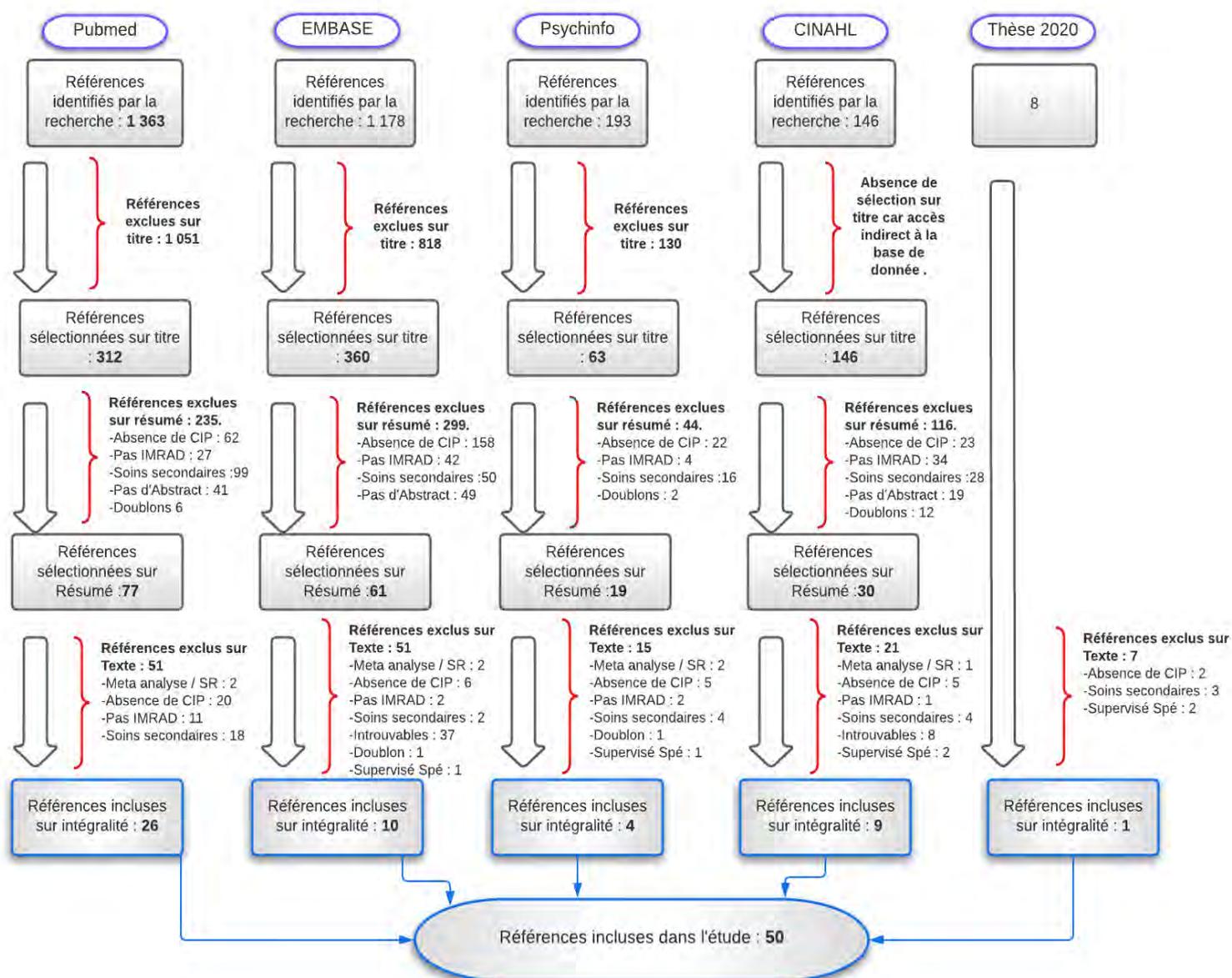
Cette extraction des données marque la dernière étape commune de ce travail.

### III - Résultats

Après l'entrée de l'équation de recherche dans les différentes bases de données, ce sont 2 888 références qui ont été examinées afin d'étudier leur éligibilité pour cette revue de littérature. (1 363 sur Pubmed, 1 178 sur EMBASE, 193 sur Psycinfo, 146 sur CINAHL et 8 de la thèse précédente).

Après application des différents critères d'inclusion et d'exclusion, ce sont 50 articles qui sont inclus et analysés dans cette étude.

**Fig 1 : FlowChart**



## III-2 Caractéristiques générales des études

Parmi les 50 études analysées, la grande majorité s'inscrit dans une démarche interventionnelle et prospective.

Au cours de l'analyse, on retrouvait 25 essais contrôlés randomisés, 11 études avant/après, 4 essais contrôlés non randomisés, 3 études de cohorte (2 rétrospectives, 1 prospective), 2 études qualitatives, 1 étude ici/ailleurs, 1 étude descriptive, 1 étude de non infériorité, 1 essai non contrôlé non randomisé et 1 étude qui mêle un essai contrôlé non randomisé avec une étude avant/après.

Une grande partie de notre base de données provient de pays anglophones.

27 études ont été réalisées aux Etats Unis, 4 au Canada, 4 en Angleterre, 3 aux Pays Bas, 3 en Australie, 2 au Brésil puis 1 dans chacun des pays suivants : Irlande, Israël, Emirats Arabes Unis, Allemagne, Liban, Indonésie et Suède.

On notera qu'aucune étude n'a été réalisée en France.

Les champs d'exercices abordés sont variés et certaines études rassemblent parfois plusieurs thèmes. On note une fréquence plus importante de maladies chroniques ou de pathologies à forte prévalence.

12 études traitent du Diabète (type 2 le plus souvent), 14 de Psychiatrie (9 de dépression, 2 de troubles psychosomatiques et 1 de troubles anxieux), 10 de Gériatrie, 5 de soins généraux (dépistages, observance médicamenteuse etc.), 2 sur l'Asthme, 2 sur l'hypertension artérielle, 2 sur la gastroentérologie, 2 sur la cardiologie puis 1 sur chacun des thèmes suivants : obésité, bronchopneumopathie chronique obstructive, cancer du sein, pédiatrie et troubles musculo-squelettiques.

**Tableau 1 : Caractéristiques générales des études**

| Titre   | Auteur         | Date | Pays       | Design                               | Champs d'exercice | Objectif de l'étude  |
|---|----------------|------|------------|--------------------------------------|-------------------|--|
| Impact of improved depression treatment in primary care on daily functioning and disability.  | Simon G E      | 1998 | Etats Unis | Essai contrôlé randomisé             | Dépression        | Evaluer l' impact d'une prise en charge collaborative de la dépression sur la santé globale perçue, le fonctionnement quotidien et la productivité des patients.   |
| Putting population-based care into practice: real option or rhetoric?   | Taplin S       | 1998 | Etats Unis | Etude interventionnelle ici/ailleurs | Soins généraux    | Démontrer les bienfaits du travail d'équipe sur les actions de Santé Publique (dépistage) et le suivi des maladies chroniques  |
| Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors.  | Sommers L S    | 2000 | Etats Unis | Essai contrôlé randomisé             | Geriatric         | Evaluer l'impact d'une prise en charge multidisciplinaire sur les taux d'hospitalisations et l'état de santé des patients âgés souffrants de maladies chroniques   |
| Interdisciplinary geriatric primary care evaluation and management: two-year outcomes.  | Burns R        | 2015 | Etats Unis | Essai contrôlé randomisé             | Geriatric         | Comparer l'efficacité à long terme d'une prise en charge gériatrique ambulatoire pluridisciplinaire par rapport à une prise en charge classique.   |
| The value of community mental health nurses based in primary care teams: 'switching the light on in a cellar'.  | Crawford P     | 2001 | Angleterre | Etude Qualitative                    | Psychiatrie       | Evaluer l'apports des IDE psychiatriques dans les équipes de soin primaire   |
| Long-term effectiveness of disseminating quality improvement for depression in primary care.  | Sherbourne C D | 2001 | Etats Unis | Essai contrôlé randomisé             | Dépression        | Evaluer l'impact que peuvent avoir les QI programme (Quality improvement) à court terme, chez des patients sujets à la dépression, en soin primaire. Programmes incluant des IDE, psychologues et médecins en vu de favoriser l'observance et promouvoir la psychothérapie |
| Impact of a collaborative pharmacy practice model on the treatment of depression in primary care.   | Finley P R     | 2002 | Etats Unis | Essai contrôlé randomisé             | Dépression        | Etudier l'impact d'un modèle collaboratif impliquant un pharmacien dans la prise en charge des patients atteints de dépression.  |
| Multiple medically unexplained physical symptoms and health care utilization: outcome of psychological intervention and patient-related predictors of change. | Kolk           | 2004 | Pays Bas   | Essai contrôlé randomisé             | Psychosomatique   | Etudier l'impact d'une prise en charge psychologique sur les symptômes physiques inexplicables et le nombre de consultation qui en découlent et étudier les facteurs prédictifs de changement chez les patients  |
| The North Dublin randomized controlled trial of structured diabetes shared care.  | Smith S        | 2004 | Irlande    | Essai contrôlé randomisé             | Diabète           | Evaluer la pertinence d'une team "Diabete share care", Une équipe de medecins et IDE formés par des spécialiste du diabète. Et évaluer sa faisabilité et son efficacité .  |
| The impact of a pharmacist intervention on 6-month outcomes in depressed primary care patients.   | Adler D A      | 2003 | Etats-Unis | Essai contrôlé randomisé             | Dépression        | Examiner l'impact du pharmacien clinicien dans le traitement de la dépression en soins primaires   |
| A comparative study of nursing home resident outcomes between care provided by nurse practitioners/physicians versus physicians only.                         | Aigner M J     | 2004 | Etats-Unis | Etude de cohorte rétrospective       | Geriatric         | Comparer les soins prodigués par un binome Médecin / IDE vs Médecin seul dans une maison de repos.   |
| Evaluating the impact of integrated health and social care teams on older people living in the community.   | Brown L        | 2002 | Angleterre | Essai contrôlé non randomisé         | Geriatric         | Evaluer l'impact d'un service regroupant soins médicaux et services social pour les patients âgés  |

|   |              |      |            |                                     |             |   |
|---|--------------|------|------------|-------------------------------------|-------------|---|
| Team performance and risk-adjusted health outcomes in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE).   | Mukamel D B  | 2006 | Etats-Unis | Etude interventionnelle avant/après | Geriatric   | Examiner l'association entre la performance globale de l'équipe de soin multidisciplinaire et la Qualité de vie des patients à travers leur statut fonctionnel.   |
| A randomized controlled trial of a pharmacist consultation program for family physicians and their elderly patients.  | Sellorsand J | 2008 | Canada     | Essai contrôlé randomisé            | Geriatric   | Evaluer si l'intervention d'un pharmacien peut réduire le nombre de prises médicamenteuses par les patients âgés, ainsi que les coûts et l'utilisation des soins de santé.                              |
| Impact of a collaborative care model on depression in a primary care setting: a randomized controlled trial.  | Finley P R   | 2003 | Etats-Unis | Essai contrôlé randomisé            | Dépression  | Evaluer l'apport d'un pharmacien dans un modèle de soins collaboratif sur la délivrance et le suivi des traitements antidépresseurs   |
| A randomized trial to improve the quality of treatment for panic and generalized anxiety disorders in primary care.   | Rollman B    | 2005 | Etats-Unis | Essai contrôlé randomisé            | Psychiatrie | Examiner si des soins collaboratifs dispensés par téléphone améliorent davantage les résultats cliniques et fonctionnels que les soins habituels pour les troubles de panique et d'anxiété généralisée. |
| Influence of intense multidisciplinary follow-up and orlistat on weight reduction in a primary care setting.  | Feigenbaum A | 2005 | Israël     | Essai non contrôlé non randomisé    | Obésité     | Examiner si un traitement efficace de perte de poids peut être administré par un médecin de famille.  |
| Early effects of "Guided Care" on the quality of health care for multimorbid older persons: a cluster-randomized controlled trial.                                    | Boult C      | 2008 | Etats-Unis | Essai contrôlé randomisé            | Gériatrie   | Evaluer l'impact des "Guided Care" (intégration d'une IDE spécialiste en maladie chronique dans l'équipe de soin primaire) dans la qualité de prise en charge des patients âgés multimorbides.          |
| A randomized study of a multidisciplinary program to intervene on geriatric syndromes in vulnerable older people who live at home (Dutch EASYcare Study).             | Melis R      | 2008 | Pays-bas   | Essai contrôlé randomisé            | Gériatrie   | Etudier l'impact d'une prise en charge multidisciplinaire ciblant des problèmes précis chez des patients âgés dit "vulnérables"   |
| Long-term cost effects of collaborative care for late-life depression.  | Unutzer J    | 2008 | Etats-Unis | Essai contrôlé randomisé            | Dépression  | Déterminer les effets à long terme sur les coûts totaux des soins de santé du programme IMPACT (Improve Mood : Promoting Access to Collaborative Treatment) pour la dépression.                         |
| Reduction in the number of asthma-related hospital admissions after the implementation of a multidisciplinary asthma control program in the city of Londrina, Brazil. | Cerci Neto A | 2008 | Brésil     | Etude interventionnelle avant/après | Asthme      | Evaluer l'évolution du taux d'hospitalisation lié à l'asthme suite à la mise en place d'un programme multidisciplinaire d'éducation thérapeutique.  |
| Influence of Pharmaceutical Care intervention and communication skills on the improvement of pharmacotherapeutic outcomes with elderly Brazilian outpatients.         | Lyra Jr D    | 2007 | Brésil     | Etude interventionnelle avant/après | HTA         | Evaluer l'influence de l'intervention d'un pharmacien sur le bon usage des médicaments chez les personnes âgées hypertendues  |
| Impact of diabetes education teams in primary care on processes of care indicators.   | Vitale M     | 2020 | Canada     | Essai contrôlé randomisé            | Diabète     | Evaluer l'impact des équipes d'éducatrices du Diabète sur le suivi des malades.   |

|   |              |      |                     |   |                         |   |
|---|--------------|------|---------------------|---|-------------------------|---|
| Quality improvement programme for diabetes care in family practice settings in Dubai.   | Khattab M S  | 2007 | Emirats arabes unis | Etude interventionnelle avant/après               | Diabète                 | Evaluer l'impact d'un programme d'amélioration de qualité de prise en charge des patients diabétiques   |
| Service use and outcomes among elderly persons with low incomes being treated for depression.   | Areán P      | 2007 | Etats unis          | Essai contrôlé randomisé                          | Dépression              | Evaluer si une prise en charge collaborative de la dépression s'avère aussi efficace pour les populations pauvres (ou défavorisées) que pour les autres populations.                            |
| Home-based medication review in a high risk elderly population in primary care—the POLYMED randomised controlled trial.   | Lenaghan E   | 2007 | Angleterre          | Essai contrôlé randomisé                          | Geriatric               | Evaluer si l'examen des médicaments à domicile par un pharmacien pour les patients âgés à risque dans un établissement de soins primaires peut réduire les hospitalisations.                    |
| Specific collaborative group intervention for patients with medically unexplained symptoms in general practice: A cluster randomized controlled trial.  | Schaefer R   | 2012 | Angleterre          | Essai contrôlé randomisé                          | Psychosomatique         | Evaluer une intervention en collaboration pour les patients souffrants de symptômes médicalement inexpliqués.   |
| Primary care outcomes and provider practice styles.   | Mark D       | 2001 | Etats unis          | Etude de cohorte prospective                      | Soins généraux          | Evaluer les changements de l'état de santé des patients en fonction du style de pratique de leur médecin/IDE  |
| Long-term effects of a collaborative care intervention on process of care in family practices in Germany: A 24-month follow-up study of a cluster randomized controlled trial.                    | Petersen J J | 2014 | Allemagne           | Essai contrôlé randomisé                          | Dépression              | Evaluer les effets à long terme d'une intervention de soins en collaboration pour les patients souffrant de dépression .  |
| Using the Teamlet Model to improve chronic care in an academic primary care practice.   | Chen E H     | 2010 | Etats-unis          | Essai contrôlé combiné avec une étude Avant/après | Diabète et hypertension | Evaluer l'impact de Coach en santé (assistants médicaux) dans la prise en charge de patients diabétiques ou hypertendus   |
| Evaluating an integrated chronic obstructive pulmonary disease management program implemented in a primary care setting   | Kimball B    | 2021 | Etats Unis          | Etude interventionnelle avant/après               | BPCO                    | Evaluer l'impact d'une stratégie de prise en charge de la BPCO incluant les pharmaciens sur les symptômes des patients, leur exacerbations et le cout des soins                                 |
| Effects of therapeutic education on self-efficacy, self-care activities and glycemic control of type 2 diabetic patients in a primary healthcare center in Lebanon                                | Elgerges N   | 2020 | Liban               | Essai contrôlé randomisé                          | Diabète                 | Evaluer les effets de l'Education Thérapeutique par une équipe multidisciplinaire chez les patients diabétiques de type 2   |
| Nurse-Led, Shared Medical Appointments for Common Gastrointestinal Conditions - Improving Outcomes through Collaboration with Primary Care in the Medical Home: A Prospective Observational Study | Novak K L    | 2018 | Canada              | Essai contrôlé non randomisé                      | Gastro entérologie      | Evaluer la sécurité, l'accès et les résultats obtenu pour les patients adressé à une consultation dirigée par une IDE dans des contextes de RGO, dyspepsie ou Syndrome de l'intestin irritable. |

|  |               |      |            |   |   |   |
|--|---------------|------|------------|---|---|---|
| Comparison of Interventions Made in an Ambulatory Pharmacist-Managed Refill Model to Usual Physician Care  | Okraszewski S | 2020 | Etats-unis | Etude rétrospective de non-infériorité  | Soins généraux                          | Comparer le taux d'interventions dans la gestion des médicaments ( changements de traitement, Analyse aulaboratoire ordonnée) initiées par le pharmacien par rapport aux soins habituels.   |
| Pharmacist interventions in improving clinical outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus among the underrepresented population: A collaborative ambulatory care pharmacy practice (CAPP) approach | Chong M T     | 2020 | Etats-unis | Etude interventionnelle avant/après   | Diabète                                 | Evaluer l'impact de l'intervention d'un pharmacien dans la prise en charge du Diabète de type 2.  |
| Pilot randomized controlled trial of a complex intervention for diabetes self-management supported by volunteers, technology, and interprofessional primary health care teams                              | Agarwal G     | 2019 | Canada     | Essai contrôlé randomisé  | Diabète                                 | Etude pilote pour Explorer la faisabilité et l'efficacité de l'approche "Health TAPESTRY-HC-DM" qui promeut l'autogestion du Diabète grâce à une équipe multidisciplinaire, des volontaires et la eHealth Technologie.                          |
| Exploring the potential of interprofessional collaboration in medication therapy management in primary health care   | Saragi S      | 2019 | Indonesie  | Etude qualitative transversale  | Diabète                                 | Explorer le potentiel de Collaboration Médecin Pharmacien dans la prise en charge médicamenteuse du DT2   |
| Reducing social distress for chronic disease patients in primary care: An intervention for latino type 2 diabetes patients seen at community health centers  | Allen N A     | 2017 | Etats-Unis | Essai contrôlé randomisé  | Diabète de type 2                       | Evaluer l'impact sur la détresse sociale d'une prise en charge multidisciplinaire chez des patients diabétiques de type 2   |
| Safety and acceptability of practice-nurse-managed care of depression in patients with diabetes or heart disease in the Australian TrueBlue study  | Schlicht K    | 2013 | Australie  | Essai contrôlé randomisé complété par la suite par un audit des données médicales puis des entretiens | Diabète et coronaropathie               | Déterminer à posteriori l'acceptabilité / la sécurité et la bonne orientation des patients (Stepped care - SC) dans une étude ou des IDE faisaient office de coordinatrice des soins pour des patients Diabétiques ou Coronaropathe (ou les 2). |
| An HMO-sponsored primary care-based disease management and case management initiative: Economic and selected clinical outcomes   | Sidorov J     | 2002 | Etats unis | Etude interventionnelle avant/après   | Diabète, Asthme, Insuffisance cardiaque | Evaluer les économies de santé réalisées par un organisme d'assurance suite à la mise en place d'une IDE d'éducation thérapeutique en lien avec les médecins traitants.   |
| A Population Health Approach to Clinical Social Work with Complex Patients in Primary Care.  | Rose S        | 2016 | Etats unis | Etude interventionnelle avant/après   | Soins généraux                          | Etude pilote qui évalue l'impact d'une équipe multidisciplinaires incluant de travailleurs sociaux sur des malades ayant des conditions de vie difficile.   |
| Cancer care coordinator: promoting multidisciplinary care – a pilot study in Australian general practice.  | Jiwa M        | 2013 | Australie  | Etude interventionnelle avant/après   | Cancer du sein                          | Etudier la faisabilité de mise en place de traitements spécifiques initiés par le médecin traitant sous les recommandations d'une équipe pluridisciplinaire.  |
| Effectiveness of nurse practitioner coordinated team group visits for type 2 diabetes in medically underserved Appalachia.   | Jessee B T    | 2012 | Etats-Unis | Essai contrôlé non randomisé  | Diabète de type 2                       | Evaluer l'impact de l'intervention d'une équipe multidisciplinaire chez des patients diabétique de type 2 et identifier ce qui retient les patients de participer aux programmes sur le diabète.  |

|   |                 |      |            |                                     |                               |  |
|---|-----------------|------|------------|-------------------------------------|-------------------------------|--|
| Effects on sickness pattern of early mini-rehabilitation groups among patients with musculoskeletal problems in primary healthcare.   | Marklund B      | 1999 | Suède      | Essai contrôlé non randomisé        | Troubles musculosquelettiques | Etudier l'effet sur les arrêts de travail d'un programme court de réhabilitation pluri professionnel de 3 mois chez les personnes souffrants de troubles musculo squelettiques   |
| Evaluation of a Clinical Pharmacist-Led Multidisciplinary Antidepressant Telemonitoring Service in the Primary Care Setting.  | Bhat S          | 2018 | Etats-Unis | Etude de cohorte rétrospective      | Dépression                    | Evaluer la faisabilité et l'apport de la mise en œuvre d'un service multidisciplinaire de télésurveillance des antidépresseurs dirigé par un pharmacien                          |
| Improving Provider Experience and Increasing Patient Access Through Nurse Practitioner--Physician Primary Care Teams.   | D'affilitti J   | 2018 | Etats-Unis | Etude interventionnelle avant/après | Soins généraux                | Evaluer l'impact d'une équipe Médecin-Infirmier sur l'épuisement professionnel et le stress au travail des soignants ainsi que son impact sur l'accès au soin pour les patients. |
| Integration of Hepatitis C Treatment in a Primary care Federally Qualified Health Center, Philadelphia, Pennsylvania, 2015-2017.  | Bartholomew T S | 2019 | Etats-Unis | Etude descriptive longitudinale     | Gastro entérologie            | Le but de l'étude est de décrire une nouvelle approche de prise en charge de l'hépatite C (VHC) et d'évaluer son impact.   |
| Preliminary evaluation of a primary care intervention for cry-fuss behaviours in the first 3-4 months of life ('The Possums Approach'): effects on cry-fuss behaviours and maternal mood. | Douglas P       | 2015 | Australie  | Etude interventionnelle avant/après | Pédiatrie                     | Evaluation de l'efficacité d'une intervention interdisciplinaire visant à diminuer les pleurs de nourissons dans les 3 à 4 premiers mois de vie.                                 |
| The Effectiveness of a Proactive Multicomponent Intervention Program on Disability in Independently Living Older People: A Randomized Controlled Trial.                                   | Lieshout M R    | 2018 | Pays-Bas   | Essai contrôlé randomisé            | Gériatrie                     | Evaluer l'efficacité d'un programme multidisciplinaire pour prévenir la dépendance des sujets âgés fragiles.   |
| Centrally Assisted Collaborative Telecare for Posttraumatic Stress Disorder and Depression Among Military Personnel Attending Primary Care: A Randomized Clinical Trial                   | Engel C         | 2016 | Etats unis | Essai contrôlé randomisé            | Psychiatrie                   | Evaluer l'efficacité d'une téléassistance collaborative centralisée (CACT) dans la prise en charge du Stress post traumatique et de la dépression chez les militaires            |

### III-3 La Collaboration Interprofessionnelle

Au cours de l'analyse des différentes études, on remarque une grande diversité de professions dans les équipes interprofessionnelles.

11 domaines d'activités sont représentés :

- Médecins
- Pharmaciens
- Masseurs - Kinésithérapeutes
- Infirmiers
- Ergothérapeutes
- Travailleurs sociaux
- Psychologues
- Diététiciens
- Sages femmes
- Sexologue
- Assistants médicaux

Certains professionnels étaient nommés selon leur rôle et non leur métier. Ainsi les "coordinateurs de soins" étaient souvent représentés par des infirmiers, de même que les "éducateurs en santé". Les "spécialistes comportementaux" étaient représentés par des psychologues.

La composition ainsi que les modalités de coopération des différentes équipes sont assez hétérogènes. En effet l'effectif des dispositifs de collaboration varie de 2 à 6 professionnels différents, dont certains possèdent une spécialisation (Infirmiers spécialisés en psychiatrie ou en diabétologie par exemple).

30 études sont composées de 3 professionnels ou plus, et 20 études sont composées d'un couple de professionnels. Dans ce dernier cas, on observe majoritairement les couples "Médecin/Pharmacien" ou "Médecin/Infirmier".

Le médecin fait partie de l'équipe dans 49 des 50 études, avec dans la majorité des cas un rôle de supervision.

La collaboration entre les différents acteurs pouvaient s'effectuer via de nombreuses modalités :

- Réunions de concertation professionnelle (présentielle et distancielle)
- Echange de mails ou de courrier
- Échanges téléphoniques
- Échanges informels au sein d'une structure
- Consultations conjointes
- Formation d'un professionnel par un autre
- Consultation de la base de donnée d'un autre professionnel

Ces dispositifs de collaboration n'étant pas mutuellement exclusifs, la majorité des études contient plusieurs de ces modalités.

Au cours de l'analyse des différents articles, de nombreux termes faisant référence à la collaboration interprofessionnelle ont été répertoriés :

- Collaborative Intervention
- Patient Care Team
- Teamwork
- Collaboration in Primary Care
- Interdisciplinary teams
- Cooperative Behavior
- Collaborative Care
- Multidisciplinary Teams
- Team Care
- Intersectoral Collaboration

**Tableau 2 : Dispositifs de Collaboration**

| Titre  | Equipe SP  | Type d'intervention / modalités de CIP  |
|--|--|---|
| Impact of improved depression treatment in primary care on daily functioning and disability.                   | Médecins généralistes, psychiatres et psychologues   | Etude 1 : Consultation avec un psychiatre co managé par le médecin généraliste, puis visite avec le médecin généraliste pour discuter des traitements (adhérence, effets secondaires...), puis visite avec le psychiatre pour rediscuter des traitements (ceci est fait 2 fois). Concertation mensuelle entre le médecin et le psychiatre. Etude 2 : Consultations avec psychiatre si besoin tout au long de l'étude. Sinon 4 à 6 visites du psychologue sur les 6 premières semaines. Puis 4 "booster" téléphoniques post interview. Consultations consistent à discuter du traitements, réaliser des psychothérapies... Tout au long du processus le psychologue fait des points réguliers avec le medecin généraliste pour discuter des traitements, des avancées, des modifications thérapeutiques ..         |
| Putting population-based care into practice: real option or rhetoric?  | Médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens   | L'intervention de base c'est la formation de l'équipe (médecin, infirmier, care manager, pharmacien, réceptionniste). Son but est de se réunir afin de résoudre des problèmes liés à la pratique sélectionnés sur 6 critères : 1) le problème est prioritaire et récurrent 2) Il existe des preuves de l'efficacité d'un traitement 3) Il existe des outils pour améliorer le processus 4) ce sujet intéresse l'équipe 5) Il existe un gap entre la théorie et la pratique 6) ces efforts améliore l'équipe en terme de prévention. Durant la première année -> Réunion en équipe hebdomadaire, puis toutes les 2 semaines par la suite, réunion avec au moins médecin et infirmier +/- les autres membres.   |
| Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors.                 | Médecins généralistes, infirmiers ayant une formation en gériatrie et travailleurs sociaux | L'infirmière ou le travailleur social rendait visite au patient à domicile, effectuait une évaluation fonctionnelle et évaluait la sécurité au domicile. Ensuite, en concertation avec le médecin, l'équipe a généré des scores de fragilité et de risque pour la santé. L'équipe rédigeait un plan de réduction des risques qu'ils présentent au patient et à sa famille afin de fixer des objectifs et planifier le traitement. Puis, l'infirmière et l'assistante sociale surveillaient l'état de santé du patient entre les visites au cabinet au moyen de contacts téléphoniques, de visites à domicile, de séances en petit groupe. Enfin, le médecin, l'infirmière et le travailleur social se réunissaient au moins une fois par mois pour examiner l'état de chaque patient et réviser le plan de soins. |
| Interdisciplinary geriatric primary care evaluation and management: two-year outcomes.                         | Médecins généralistes, infirmiers, travailleur sociaux, psychologues cliniciens            | Les participants à l'intervention ont reçu des soins par une équipe interdisciplinaire qui a effectué une évaluation initiale complète en équipe puis a assuré une prise en charge continue. Le membre de l'équipe le plus approprié pour chaque cas, qu'il s'agisse d'un médecin, d'une infirmière praticienne, d'un travailleur social ou d'un psychologue clinicien, servait de liens avec les autres membres de l'équipe.   |
| The value of community mental health nurses based in primary care teams: 'switching the light on in a cellar'. | Médecins généralistes, infirmiers  | Ont été choisis 2 des rares centres de soins primaires ayant pris des infirmiers psychiatriques à pleins temps depuis 1998-1999 devant la demande croissante des patients sur les problématiques psychiatriques. L'intervention correspond à la sollicitation de l'infirmier psychiatrique par le médecin au cours de la prise en charge afin de discuter de la prise en charge.  |
| Long-term effectiveness of disseminating quality improvement for depression in primary care.                   | Médecins généralistes, infirmiers, psychothérapeutes                                       | 2 interventions différentes : QI med et QI Therapy. Dans la QI therapy Le médecin se réfère à l'évaluation de l'infirmier pour formuler un plan de traitement. Si jugé nécessaire d'avoir un traitement psychothérapeutique -> TCC avec un psychologue spécialisé, en groupe ou individuel (12 à 16 sessions) ou thérapie brève. Dans la QI med, l'infirmier contact les patients médiés tout les mois pendant 6 à 12 mois et aide le médecin à gérer les traitements (revoit l'observance, effets indésirables etc... et en réfère au médecin si besoin)   |
| Impact of a collaborative pharmacy practice model on the treatment of depression in primary care.              | Médecins généralistes et pharmaciens.  | Les médecins adressent un patient au pharmacien dès lors qu'ils lui diagnostiquaient une dépression et qu'ils démarraient un traitement. Le pharmacien réalise ensuite un entretien avec le patient en 2 parties : 1) évalue les symptômes dominants, l'environnement du patient, ses facteurs de stress, ATCD sociaux, médicaux et familiaux 2) education du patient sur la maladie (étiologie, facteurs prédisposants etc), explication sur la pharmacologie et l'importance de l'observance. Puis le pharmacien fait une synthèse avec des suggestions de prise en charge. Réalisation de nouveaux entretiens par la suite pour revoir l'observance, effets secondaires etc.... Si le pharmacien pense qu'il faut modifier le traitement ou bien que la prise en charge est à revoir il le notifie au médecin. |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p>Multiple medically unexplained physical symptoms and health care utilization: outcome of psychological intervention and patient-related predictors of change.</p> | <p>Médecins généralistes et psychologues</p>  | <p>Le patient dans le groupe intervention rencontre le thérapeute dans les 2 premières semaines. Le thérapeute est tenu de collaborer régulièrement avec le médecin généraliste. Envoi des comptes rendus du thérapeute au médecin et vice versa puis adaptation de la prise en charge en fonction de l'évolution du patient.</p>   |
| <p>The North Dublin randomized controlled trial of structured diabetes shared care.</p>  | <p>Médecins généralistes, infirmiers, diététiciens</p>  | <p>Les IDE et médecins participants à l'étude suivent 6 mois de cours à distance avec 3 évaluations sur le diabète en amont de la prise en charge des patients. Cette formation comprenait : un rendez-vous mensuel avec une IDE diabète spécialisée, une formation à la mise en place de recommandations locales approuvées, une réunion d'équipe tous les 3 mois avec participation de la diététicienne.</p>  |
| <p>The impact of a pharmacist intervention on 6-month outcomes in depressed primary care patients.</p>   | <p>Médecins généralistes, infirmiers et pharmaciens</p>   | <p>Les pharmaciens contactent chaque patient au minimum 9 fois sur 18 mois. Au cours de ces entretiens le pharmacien avait diverses missions : 1) l'obtention d'un historique complet des médicaments 2) l'évaluation des effets secondaires ou des interactions médicamenteuses 3) la surveillance de l'efficacité et de la toxicité des médicaments, en particulier sur les symptômes dépressifs, 4) l'éducation du patient sur la dépression et les antidépresseurs 5) encouragement du patient à poursuivre le traitement 6) faciliter la communication avec le médecin généraliste en lui adressant ces comptes rendus d'entretien, ce qui permettait au médecin de modifier sa prise en charge si besoin.</p> |
| <p>A comparative study of nursing home resident outcomes between care provided by nurse practitioners/physicians versus physicians only.</p>                         | <p>Médecins généralistes et infirmiers</p>  | <p>L'infirmier est responsable de la majorité des visites en urgence, certaines visites de routine et effectue les visites annuelles de santé. Elles ont en plus le bip du lundi au vendredi en cas de problème urgent. Les infirmiers contactent les médecins en fonction de leur besoin.</p>  |
| <p>Evaluating the impact of integrated health and social care teams on older people living in the community.</p>   | <p>Médecins généralistes, services sociaux, infirmiers</p>                                      | <p>Un centre qui regroupe les praticiens médicaux (médecins, infirmiers) et les services sociaux au même endroit. Le postulat était que cette proximité permettrait une communication plus rapide, de meilleure qualité et ainsi une meilleure prise en charge des patients.</p>  |
| <p>Team performance and risk-adjusted health outcomes in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE).</p>   | <p>Médecins généralistes, infirmiers, travailleurs sociaux, kinésithérapeutes, diététiciens</p> | <p>Les équipes interdisciplinaires sont composées de Médecins, infirmiers, Kinésithérapeute, travailleurs sociaux, un coordinateur de soins etc... Les interactions entre les membres d'équipes sont formel et informel. Formel à travers des staffs hebdomadaires regroupant toutes les professions au cours desquels sont discutés les dossiers avec des plans de soins créés ou modifiés en coordination. Informel à travers des discussions autour d'un cas durant la semaine.</p>  |
| <p>A randomized controlled trial of a pharmacist consultation program for family physicians and their elderly patients.</p>  | <p>Médecins généralistes, pharmaciens</p>   | <p>D'abord évaluation des médicaments du patient par le pharmacien. Puis, le pharmacien écrit un courrier au médecin résumant les médicaments du patient, les potentiels problèmes identifiés et comment les résoudre. Le pharmacien rencontre ensuite le médecin pour discuter et ce dernier décide ensuite quels modifications il souhaite mettre en œuvre et dans quel délai. Le pharmacien et le médecin se rencontrent à nouveau à 3 mois pour discuter des progrès dans la mise en œuvre des recommandations. A 5 mois de la première visite, le pharmacien revoit le médecin pour discuter de ce qui a été mis en place et des résultats.</p>  |
| <p>Impact of a collaborative care model on depression in a primary care setting: a randomized controlled trial.</p>  | <p>Médecins généralistes, pharmaciens</p>   | <p>Entretien initial réalisé par le manager de soin (care manager) dès la randomisation : Histoire de la maladie, facteurs prédisposants, symptômes, étiologies et pronostic de la dépression sont évoqués, éducation du patient. Suite à cette évaluation, le pharmacien a le droit de prescrire des traitements hypnotiques ou modifier les antidépresseurs avec l'aval du médecin généraliste. Ensuite contacts répétés entre le patient et le pharmacien par téléphone pour évaluer l'observance, les effets thérapeutiques, les effets secondaires etc. Pendant tout ce temps, si un changement de traitement semblait nécessaire le pharmacien en parlait au médecin par téléphone.</p>                       |
| <p>A randomized trial to improve the quality of treatment for panic and generalized anxiety disorders in primary care.</p>   | <p>Médecins généralistes, infirmiers</p>  | <p>Un coordinateur de soin fournissait aux patients, par téléphone, une éducation thérapeutique, évaluait leur préférence pour les soins (plutôt médicamenteux, plutôt psychothérapeutique, parmi 3 options), surveillaient les réponses au traitement et informait les médecins de tout cela et de leurs progrès via un système de dossier médical électronique. Il y avait ensuite des entretiens hebdomadaires entre les médecins et les coordinateurs afin de discuter des patients et des modifications de plan de soin à apporter.</p>  |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p>Influence of intense multidisciplinary follow-up and orlistat on weight reduction in a primary care setting.</p>  | <p>Médecins généralistes, diététiciens</p>                                   | <p>Les patients ont été répartis en trois groupes selon leur choix. Le groupe A a reçu un régime alimentaire personnel avec des réunions bimensuelles avec le médecin de famille et le diététicien et un traitement à l'orlistat. Le groupe B a reçu un régime alimentaire général, des réunions mensuelles avec le médecin de famille uniquement et un traitement à l'orlistat. Le groupe C a reçu un régime alimentaire personnel, des réunions mensuelles avec le diététicien uniquement et aucun traitement médicamenteux.</p>  |
| <p>Early effects of "Guided Care" on the quality of health care for multimorbid older persons: a cluster-randomized controlled trial.</p>                                | <p>Médecins généralistes, infirmiers</p>                                     | <p>Après avoir suivi un programme éducatif spécifique afin de pouvoir prodiguer des "guided care" (suivi actifs de patients ayant des pathologies chroniques), les infirmières ont été intégrés dans leurs sites de pratique suite à un processus d'observation et d'interaction avec le personnel. L'infirmière réalisait des évaluations régulières des patients et en référait au médecin coordinateur afin de se mettre d'accord sur le plan de soins.</p>  |
| <p>A randomized study of a multidisciplinary program to intervene on geriatric syndromes in vulnerable older people who live at home (Dutch EASYcare Study).</p>         | <p>Médecins généralistes, infirmiers spécialisés en gériatrie, gériatres</p> | <p>Dans un premier temps une infirmière rend visite au patient au domicile afin de l'évaluer. Puis à partir de cette évaluation multidimensionnelle, l'équipe élabore un plan de traitement individualisé pour chaque patient. L'infirmière réalise l'essentiel des suggestions suite à l'évaluation qu'elle a réalisée et confirme la mise en place du plan de soins avec le médecin et/ou le gériatre.</p>  |
| <p>Long-term cost effects of collaborative care for late-life depression.</p>  | <p>Médecins généralistes, psychiatre, infirmiers</p>                         | <p>Les patients avaient accès à un coordinateur de soins qui fournissait une éducation thérapeutique ainsi qu'une aide à la gestion des médicaments antidépresseurs prescrits. Les gestionnaires de soins étaient supervisés par un médecin généraliste et un psychiatre et pouvait les solliciter en cas de problème ou de question dans la prise en charge.</p>   |
| <p>Reduction in the number of asthma-related hospital admissions after implementation of a multidisciplinary asthma control program in the city of Londrina, Brazil.</p> | <p>Médecins généralistes, pneumologue, infirmiers</p>                        | <p>Création d'un protocole spécifique basé sur le Consensus brésilien sur la gestion de l'asthme. Il contient la méthode de formation pour les équipes multidisciplinaires, ainsi que des suggestions de traitement. On y trouve un pneumologue chargé d'orienter les équipes et de traiter les cas les plus graves, ainsi que d'effectuer la spirométrie. Au total 108 équipes composées chacune d'un médecin, d'une infirmière, de deux aides-soignants et de quatre agents de santé communautaire, ont été formées. Les patients souffrant d'asthme sévère et les patients ayant des difficultés à comprendre les informations fournies ont reçu des visites à domicile (de l'équipe soignante) dans lesquelles l'utilisation des inhalateurs, ainsi que la façon de reconnaître et de gérer les crises d'asthme, ont été abordés.</p> |
| <p>Influence of Pharmaceutical Care intervention and communication skills on the improvement of pharmacotherapeutic outcomes with elderly Brazilian outpatients.</p>     | <p>Médecins généralistes, pharmaciens</p>                                    | <p>Les patients devaient rendre visite au pharmacien une fois par mois pendant une période d'un an. Le pharmacien a interrogé chaque patient à l'aide d'une check-list comportant des éléments d'ordre socio-démographiques, sur l'état de santé du patient et ses médicaments. La nature des entretiens comprenait : l'écoute du patient, l'examen des antécédents médicamenteux, l'identification des besoins et des problèmes actuels, l'évaluation du traitement et du plan de soins, la documentation des informations reçues et l'intervention avec la modification ou non des thérapeutiques et/ou du plan de soins en accord avec le médecin.</p>   |
| <p>Impact of diabetes education teams in primary care on processes of care indicators.</p>   | <p>Médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, diététiciens</p>          | <p>Des équipes composées d'infirmiers et de diététiciens rencontrent les patients individuellement, revoit avec eux les paramètres biologiques (hbA1c, Cholestérol, DFG, Microalbuminurie), reprennent l'histoire de la maladie et l'évolution du diabète avec le patient, fournissent une éducation thérapeutique avec des conseils personnalisés sur les exercices physiques, régime alimentaire, prise des traitements etc. les patients sont revus régulièrement en fonction des objectifs qui sont fixés. Les informations sont transmises aux médecins et des RCP sont faites autour d'un cas quand des changements importants sont envisagés.</p>  |
| <p>Quality improvement programme for diabetes care in family practice settings in Dubai.</p>   | <p>Médecins généralistes, infirmiers, diététiciens</p>                       | <p>Un audit a été réalisé avant et après la mise en place de l'étude afin de relever les différents indicateurs cliniques qui font office de "critère de jugement principal". Des équipes multidisciplinaires ont été formées, incluant (médecins, IDE, pharmaciens, diététiciens) afin de discuter des différentes barrières à la bonne prise en charge des patients diabétiques et afin de trouver un consensus/des recommandations communes pour la prise en charge de ces patients.</p>   |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>Service use and outcomes among elderly persons with low incomes being treated for depression.</p>  | <p>Médecins généralistes, psychiatres, psychologues, infirmiers</p>              | <p>Le traitement est géré en collaboration par le médecin généraliste, un psychiatre et un spécialiste de la dépression (un psychologue ou un infirmier) -&gt; ce dernier évalue la dépression, éduque le patient sur la dépression, donne des conseils sur le traitement, coordonne le traitement et coordonne les différents intervenants. Le patient est encouragé à choisir entre antidépresseurs et thérapie psy. L'IDE ou le psychologue réévalue régulièrement les résultats et en réfère au médecin généraliste et au psychiatre afin de modifier ou non les traitements.</p>  |
| <p>Home-based medication review in a high risk elderly population in primary care--the POLYMED randomised controlled trial.</p>   | <p>Médecins généralistes, pharmaciens</p>  | <p>Une visite du Pharmacien au domicile du patient est organisée. Au préalable le pharmacien a l'ordonnance du patient ainsi que les antécédents médicaux. Lors de la première visite, le pharmacien interroge le patient, retire les médicaments périmés et évalue la nécessité d'une aide à l'observance. Le pharmacien et le médecin généraliste se sont réunis régulièrement afin de discuter des modifications thérapeutiques à apporter. Une visite de suivi a eu lieu 6 à 8 semaines plus tard afin de renforcer l'intervention initiale et évaluer si d'autres problèmes persistaient.</p>   |
| <p>Specific collaborative group intervention for patients with medically unexplained symptoms in general practice: A cluster randomized controlled trial.</p>                         | <p>Médecins généralistes, spécialistes en psychosomatique (dont psychologue)</p> | <p>A la base tout les médecins généralistes participants bénéficie d'une formation spécifiques aux MUS (symptômes non médicalement expliqués) qui inclut le travail sur l'éducation du patient, techniques de relaxation etc... Dans le bras intervention on constitue des groupes avec Medgé + psychologues + médecins spécialistes en psychosomatique qui se réunissent régulièrement (10 réunions hebdomadaires + des sessions "booster"), ces groupes se réunissent afin d'analyser les facteurs bio-psycho-sociaux en liens avec les symptômes décrit puis ils réalisent des thérapies de groupe en fonction des facteurs identifiés.</p>   |
| <p>Primary care outcomes and provider practice styles.</p>  | <p>Médecins généralistes, infirmiers, assistants médicaux</p>                    | <p>Les patients ont rempli un questionnaire administratif ainsi qu'un questionnaire médical (auto-évaluation de la gravité des symptômes présentés et liste des comorbidités) et quatre questionnaires sur leur état de santé, leur état fonctionnel, les informations médicales reçues et la satisfaction de la visite initiale. Une semaine plus tard, ils ont de nouveau rempli les questionnaires puis encore une fois six mois plus tard. En parallèle les professionnels de santé ont rempli des questionnaires validés permettant de déterminer leur style de pratique, la collaboration entre eux, la satisfaction au travail, et leur autonomie. Ensuite on comparait les résultats des patients en fonction des auto évaluations des praticiens.</p> |
| <p>Long-term effects of a collaborative care intervention on process of care in family practices in Germany: A 24-month follow-up study of a cluster randomized controlled trial.</p> | <p>Médecins généralistes, assistants médicaux</p>                                | <p>Sur une période d'un an, les assistants médicaux ont contacté leurs patients par téléphone une fois par mois, afin de recueillir leurs symptômes et évaluer leur observance. Les assistants rapportait cette informations aux médecins qui au vu des informations, évaluait l'urgence d'une réévaluation en fonction de la gravité des symptômes.</p>   |
| <p>Using the Teamlet Model to improve chronic care in an academic primary care practice.</p>  | <p>Médecin généralistes, assistants médicaux</p>                                 | <p>Les assistants médicaux, en coordination avec les médecins, ont rencontré les patients avant les visites afin de répertorier les prises de médicaments et recueillir les problèmes. Puis une deuxième visite après la consultation afin de renforcer le discours tenu et aider à mettre en place les plans d'actions. Ces assistants médicaux appelaient également les patients entre les visites afin de suivre leur état de santé et évaluer leur observance.</p>   |
| <p>Evaluating an integrated chronic obstructive pulmonary disease management program implemented in a primary care setting</p>  | <p>Médecins généralistes, Pharmaciens, pneumologue.</p>                          | <p>L'intervention consiste en une collaboration médecin/pharmacien. Ce dernier commence par une visite de 60 minutes avec le patient : ATCD, ATCD relatifs à la BPCO, remise du CAT, Optimisation des traitements, vérification la technique de prise des traitements, éducation thérapeutique, conseils sur les signes de gravité, conseils hygiéno-diététiques... -&gt; Suite à cela il prodigue des conseils au médecin quant à la prise en charge. Puis ensuite entretiens mensuelles téléphoniques de 30mn pendant 3 mois (revoit observance, revoit symptômes, refait CAT etc) avec possibilité de changement de prise en charge en passant par le médecin.</p>  |

|  |   |   |
|--|---|---|
| Effects of therapeutic education on self-efficacy, self-care activities and glycemic control of type 2 diabetic patients in a primary healthcare center in Lebanon   | Médecins généralistes, infirmiers, psychologue, diététicien                   | Toutes les deux semaines étaient réalisés des ateliers avec une quinzaine de patients. Les professionnels y évoquaient la définition du diabète, les types, les causes, les conséquences et les traitements. Il était également dispensé une éducation thérapeutique concernant la surveillance glycémique, la conduite à tenir en cas d'hypoglycémie etc.... Ces ateliers étaient réalisés en collaboration avec les différents professionnels à travers différents supports (vidéo, poster, discussion...) et les participants étaient recontactés toutes les 2 semaines afin de vérifier l'observance et réévaluer les difficultés des patients.   |
| Nurse-Led, Shared Medical Appointments for Common Gastrointestinal Conditions - Improving Outcomes through Collaboration with Primary Care in the Medical Home: A Prospective Observational Study          | Médecin généraliste, gastroentérologue, infirmiers, pharmaciens, diététiciens | Dans la consultation initiale l'infirmier fait le point avec le patient sur : Symptômes actuels, comorbidités, antécédents, traitements, examens déjà réalisés. Elle leur fait remplir des questionnaires (global overall symptom score for dyspepsia and quality of life survey). Puis réunion de groupe avec pharmacien, diététicien et spécialiste du comportement afin de discuter les premiers éléments recueillis par l'infirmier et commencer à élaborer un plan d'action. Après cela le patient est évalué par le médecin généraliste ou le gastroentérologue en fonction des résultats et une prise en charge est décidée.   |
| Comparison of Interventions Made in Ambulatory Pharmacist-Managed Refill Model to Usual Physician Care   | Médecins généralistes, pharmaciens  | Les patients s'adressaient directement au Pharmacien désigné pour le renouvellement de leur ordonnance. Ce dernier s'informait du plan de soin du patient, notamment en consultant le compte rendu de la dernière consultation avec le médecin, regardait les derniers résultats de laboratoire, puis reprit l'historique de traitement. Si une modification thérapeutique lui semblait nécessaire alors il l'a notifié au médecin généraliste, sinon il pouvait renouveler l'ordonnance.   |
| Pharmacist interventions in improving clinical outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus among the underrepresented population: A collaborative ambulatory care pharmacy practice (CAPP) approach | Médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers                                | Des visites de suivi de 30 minutes étaient programmées avec le pharmacien au besoin jusqu'à ce que les objectifs de traitement soient atteints. Ces objectifs étaient individualisés pour chaque patient et fixés par le médecin. En règle générale, les patients revenaient pour des visites de suivi toutes les 2 à 4 semaines en fonction de la gravité des maladies ou du manque aux objectifs. Le pharmacien collaborait avec le médecin en lui faisant des recommandations pour initier, ajuster, modifier, interrompre le traitement ou réaliser des dosages biologiques en fonction de ses consultations.   |
| Pilot randomized controlled trial of a complex intervention for diabetes self-management supported by volunteers, technology, and interprofessional primary health care teams                              | Médecins généralistes, infirmiers   | Chaque participant a été mis en relation avec un binôme de volontaire comprenant une IDE et/ou un médecin et/ou un personnel paramédical. ce binôme a ensuite effectué des rencontres régulières avec les participants par le biais de visites à domicile, d'appels téléphoniques ou de messagerie sécurisée. Lors de la première visite à domicile, ils ont aidé le participant à se fixer des objectifs pour s'orienter vers mode de vie plus sain. Au cours des 4 mois suivants, ils ont communiqué avec les participants environ une fois par semaine afin de les aider dans la mise en oeuvre des changements  |
| Exploring the potential of interprofessional collaboration in medication therapy management in primary health care   | Médecins généralistes, pharmaciens  | Des interviews ont été conduites avec 9 médecins et 10 pharmaciens sur la gestion médicamenteuse des patients. Les médecins et pharmaciens sont interrogés sur la pertinence d'une collaboration entre ces 2 professions et sur les modalités de coopération réalisables.   |
| Reducing social distress for chronic disease patients in primary care: An intervention for latino type 2 diabetes patients seen at community health centers  | infirmiers, diététiciens  | L'intervention impliquait un programme de cinq visites individuelles d'éducation au diabète avec un infirmier ou un diététicien. Chaque visite commençait par un examen des comportements du patient ( régime alimentaire, activité physique et observance des médicaments) ainsi que son niveau de détresse sociale (basée sur un questionnaire de 20 points). Ensuite le professionnel a dispensé une éducation adaptée au profil clinique, comportemental et social puis a orienté le patient vers les structures appropriées (alcoolique anonyme, service médical d'état etc...). Enfin le professionnel fait un résumé de son entretien et de ses actions afin de les communiquer au médecin traitant. |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>Safety and acceptability of practice-nurse-managed care of depression in patients with diabetes or heart disease in the Australian TrueBlue study</p> | <p>Médecins généralistes, Infirmiers, Psychologues</p>   | <p>Les infirmières ont réalisés des consultations programmées de 45 minutes immédiatement suivies d'une consultation de 15 minutes avec un médecin généraliste. La consultation des infirmières comportait quatre points: (1) recueil des marqueurs pathologiques et des mesures physiques (poids, TA...); (2) utilisation des scores de gravité de la dépression pour décider si des soins complémentaires (stepped care) sont nécessaires; (3) identifier les obstacles à l'amélioration de la santé physique et mentale et revoir les objectifs et (4) coordination des soins entre le médecin généraliste, le patient et les autres professionnels de santé. Le modèle TrueBlue était un checklist qui permettait aux infirmières d'examiner et suivre les progrès des patients pour fournir une aide à la décision pour le médecin généraliste ainsi que des informations pour les patients, les aidants des patients et l'équipe de santé au sens large.</p> |
| <p>An HMO-sponsored primary care-based disease management and case management initiative: Economic and selected clinical outcomes</p>                    | <p>Médecins généralistes, Infirmiers</p>   | <p>Pour l'asthme, 1 à 3 visites sont réalisées avec l'infirmière dans l'année en fonction de la sévérité et du contrôle de la maladie, durant lesquelles elles font de l'éducation thérapeutique, reviennent l'utilisation et l'observance des traitements. L'infirmier fait ensuite un retour au médecin et des modifications sont faites si besoin. Pour le Diabète : 2 à 4 visites dans l'année en fonction de la sévérité et des complications existantes, éducation thérapeutique, testing des pieds, HbA1c, fonction rénale. Pour l'insuffisance cardiaque, Pas de nombres de visites pré définis, les patients peuvent être adressé par le gestionnaire de cas ou par les médecins, éducation thérapeutique, vérifications que le traitement est en accord avec les recos. A chaque fois on a toujours cette phase de retour de l'infirmier vers le médecin avec une adaptation thérapeutique si besoin.</p>  |
| <p>A Population Health Approach to Clinical Social Work with Complex Patients in Primary Care.</p>   | <p>Médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens</p>  | <p>Le travailleur social, le médecin, l'infirmier et le pharmacien se rejoignent pour participer à des réunions pluridisciplinaires afin de mettre en oeuvre des plans d'actions pour des patients ayant un contexte social défavorisé.</p>  |
| <p>Cancer care coordinator: promoting multidisciplinary care – a pilot study in Australian general practice.</p>   | <p>Médecins généralistes, infirmiers, diététiciens, psychologues, kinésithérapeutes, sexologue s</p>                     | <p>Les patientes commencent par remplir un questionnaire qui prend en compte la Santé physique, la santé psychologique et le bien être social, ensuite entretient avec un infirmier en se servant du questionnaire. Cet entretien est enregistré puis il est donné aux différents membres de l'équipe qui l'écoutent, puis se réunissent pour en parler et si besoin proposer un Plan de Soins qui sera remis au médecin généraliste.</p>  |
| <p>Effectiveness of nurse practitioner coordinated team group visits for type 2 diabetes in medically underserved Appalachia.</p>                        | <p>Médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, diététiciens</p>  | <p>Il s'agit de visite de groupes pluridisciplinaires. Dans ces groupes regroupants plusieurs patients, on retrouve une intervention conjointe d'un médecin, un pharmacien, un diététicien et tout cela sous la coordination d'une infirmière. Ces interventions visaient à prodiguer une éducation thérapeutique sur le diabète et ainsi améliorer les résultats (sanguins ou cliniques) chez les patients.</p>   |
| <p>Effects on sickness pattern of early mini-rehabilitation groups among patients with musculoskeletal problems in primary healthcare.</p>               | <p>Médecins généralistes, Kinésithérapeutes, ergothérapeutes, consultants en Rhumatologie/psychiatrie/MPR/orthopédie</p> | <p>Après avoir vu le médecin, les patients du groupe intervention voyait le kinésithérapeute et l'ergothérapeute la semaine suivante. Les 2 réalisent leur évaluation séparément (qui comprend une évaluation psychologique, physique, social, recherche des antécédents etc..) puis mettent en commun avec le médecin généraliste et mettent en place un plan de soin qu'ils présentent au patient. Puis pendant la suite l'équipe se retrouve 1x/semaine pour parler des patients et si besoin adapter le plan de soin, contacter des médecins d'avis en psy/MPR/orthorhumato. Le suivi durait en tout 3 mois et l'étude 10 mois.</p>  |
| <p>Evaluation of a Clinical Pharmacist-Led Multidisciplinary Antidepressant Telemonitoring Service in the Primary Care Setting.</p>                      | <p>Médecins généralistes, pharmacien</p>   | <p>Les pharmaciens recevaient un rapport généré à partir du dossier de santé électronique (DSE) qui identifiait les patients âgés de ≥ 18 ans à qui un nouvel antidépresseur avait été prescrit ou qui avaient une augmentation de dose documentée. Les pharmaciens joignaient puis leur posait une série de questions axées sur : (1) la vérification du respect des recommandations pour la prise en charge de la dépression, y compris l'utilisation d'antidépresseurs et l'accès à des soins spécialisés, (2) les effets indésirables et (3) les idées suicidaires. Le pharmacien pouvait également recommander des changements de traitement. Le pharmacien a ensuite documenté l'entretien téléphonique dans le dossier du patient et a transmis ce résumé au médecin du patient pour examen ou pour demander la permission de modifier le traitement.</p>   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p>Improving Provider Experience and Increasing Patient Access Through Nurse Practitioner--Physician Primary Care Teams.</p>   | <p>Médecins généralistes, infirmiers</p>   | <p>Les équipes sont composées d'un infirmier et de 3 à 4 médecins. Les infirmiers n'avaient pas leurs propres patients mais géraient conjointement les patientèles des médecins. Au lieu de voir des patients 0 demies journées par semaine, une infirmière à plein temps voyait les patients pendant 6 demis-journées et les 4 séances restantes ont été réparties tel quel : 2 séances administratives et deux demi-journées supplémentaires consacrées aux soins entre les visites, travail qui n'est généralement pas remboursé dans les systèmes de rémunération à l'acte. Ces soins comprenaient des appels téléphoniques aux patients pour la gestion des maladies chroniques, le suivi des résultats des tests, la coordination des soins avec les spécialistes et la sensibilisation des patients complexes sur le plan médical et social.</p> |
| <p>Integration of Hepatitis C Treatment in a Primary care Federally Qualified Health Center, Philadelphia, Pennsylvania, 2015-2017.</p>  | <p>Médecins généralistes, Pharmaciens, psychologues</p>  | <p>Les patients testés positif au VHC sont adressés au centre de prise en charge puis le médecin fait le point sur les antécédants et les traitements en cours. Le patient rencontre le psychologue, qui évalue si le patient semble prêt à suivre le traitement. Ensuite, mise au courant du patient et explication sur ce qui va être mis en place, réalisation d'une échographie, rassemblement des choses nécessaires pour demander prise en charge à l'assurance puis démarrage du traitement toutes les 4 semaines sur site et test à 3 mois pour voir si SVR. (réponse virale soutenue)</p>  |
| <p>Preliminary evaluation of a primary care intervention for cry-fuss behaviours in the first 3-4 months of life ('The Possums Approach'): effects on cry-fuss behaviours and maternal mood.</p> | <p>Médecins généralistes, Sage-femmes, Ergothérapeutes</p>   | <p>Dans la salle d'attente avant la première consultation, les mères ont été invitées à remplir un questionnaire de préconsultation. Elles ont également été invitées à consentir à un appel téléphonique de suivi par un assistant de recherche indépendant 3 semaines plus tard, pour organiser le remplissage d'un questionnaire téléphonique post-consultation. Les deux questionnaires comprenaient le Crying Pattern Questionnaire (un outil validé pour mesurer la fréquence et la durée des pleurs du nourrisson, la fréquence des épisodes de pleurs inapaisés, les méthodes d'alimentation et les stratégies utilisées pour s'installer). La consultation était réalisée en collaboration par une équipe multidisciplinaire incluant Médecins, sages femmes et ergothérapeutes.</p>   |
| <p>The Effectiveness of a Proactive Multicomponent Intervention Program on Disability in Independently Living Older People: A Randomized Controlled Trial.</p>                                   | <p>Médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, diététiciens, travailleurs sociaux</p> | <p>L'intervention conjointe des différents professionnels avaient différents objectifs : Améliorer l'état nutritionnel, améliorer la condition physique, revoir l'observance et la pertinence des médicaments. Des interventions étaient réalisées par les différents acteurs avec une mise en commun des données afin de pouvoir proposer un plan de soin le plus adapté possible.</p>   |
| <p>Centrally Assisted Collaborative Telecare for Posttraumatic Stress Disorder and Depression Among Military Personnel Attending Primary Care: A Randomized Clinical Trial</p>                   | <p>Médecins généralistes, infirmiers, psychologues, psychiatre</p>   | <p>Ce programme repose sur 4 bases: 1) Formations hebdomadaires des différents acteurs de soins sur l'entretien motivationnel, la résolution de problèmes par le psychiatre ou infirmier psy, 2) Un psychologue délivre en ligne des TCC et peut rencontrer les patients en visite puis effectue un compte rendu au médecin 3) Un service en ligne de report des symptômes qui permet de détecter automatiquement qui a besoin d'un changement de prise en charge. 4) Un psychiatre ainsi qu'un psychologue qui sont disponibles afin d'aiguiller sur le traitement et d'en référer au médecin généraliste.</p>   |

### **III-4 Effets sur les Coûts**

Dans cette partie, seules les études évoquant clairement les coûts liés aux soins sont traitées.

En effet, les études dont les critères de jugement ont un impact sur le coût des soins de manière indirecte (nombre d'admissions hospitalières, nombre de passages aux urgences) sont traités dans la partie concernant les patients.

6 études ont été analysées : 3 essais contrôlés randomisés, 2 études avant/après et une cohorte rétrospective.

Une seule étude (16) atteignait la significativité avec une économie moyenne mensuelle de 248,29 dollars par patient ( $P < 0,01$ ) dans le cadre d'une stratégie de prise en charge de la BPCO incluant les pharmaciens.

Une étude (17) nous suggérait, suite à une analyse bootstrap, une probabilité de 87 % de significativité de différence mais avec un IC 95 % qui contient 0 et donc n'a pas été comptabilisé comme tel.

Les 4 autres études (18) (19) (20) (21) ne montraient pas de différence significative.

**Tableau 3 : Effets sur les coûts**

| Titre   | Design                              | Objectif  | Effet sur les coûts  |
|---|-------------------------------------|---|--|
| Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors.  | Essai contrôlé randomisé            | Evaluer l'impact d'une prise en charge multidisciplinaire sur les taux d'hospitalisations et l'état de santé des patients âgés souffrants de maladies chroniques                | Les auteurs ont noté une Economie non significative entre les deux groupes estimée à 90\$ par patient.   |
| Long-term cost effects of collaborative care for late-life depression.  | Essai contrôlé randomisé            | Déterminer les effets à long terme sur les coûts totaux des soins de santé du programme IMPACT (Improve Mood : Promoting Access to Collaborative Treatment) pour la dépression. | Les participants à IMPACT ont eu des coûts totaux moyens de soins de santé inférieurs (29 422 \$ ; IC 95 %, 26 479 \$ à 32 365 \$) à ceux du groupe Contrôle (32 785 \$ ; IC à 95 %, 27 648 \$ à 37 921 \$) sur 4 ans. Les résultats d'une analyse bootstrap suggèrent une probabilité de 87 % que le programme IMPACT soit associé à des coûts de santé inférieurs aux soins habituels, ce qui représente une économie de coûts chez les patients d'intervention de 3 363 \$ (intervalle de confiance à 95 %, -9 282 \$ à 2 557 \$) par patient en moyenne pendant 4 ans. |
| Evaluating an integrated chronic obstructive pulmonary disease management program implemented in a primary care setting               | Etude interventionnelle avant/après | Evaluer l'impact d'une stratégie de prise en charge de la BPCO incluant les pharmaciens sur les symptômes des patients, leur exacerbations et le coût des soins                 | Economie significative moyenne mensuelle de 248,29 dollars par patient (P<0,01)  |
| An HMO-sponsored primary care-based disease management and case management initiative: Economic and selected clinical outcomes        | Etude interventionnelle avant/après | Evaluer les économies de santé réalisées par un organisme d'assurance suite à la mise en place d'une IDE d'éducation thérapeutique en lien avec les médecins traitants.         | Cette étude ne met pas en évidence de différence statistiquement significative mais simplement une tendance à la diminution des dépenses de santé. Asthme : Coût total par patient est passé de 298 à 276\$ par mois. Diabète : Coût total passé de 367 à 346\$. Insuffisance cardiaque : Coût total passé de 1877 à 1541\$.   |
| A comparative study of nursing home resident outcomes between care provided by nurse practitioners/physicians versus physicians only. | Etude de cohorte rétrospective      | Comparer les soins prodigués par un binôme Médecin / IDE vs Médecin seul dans une maison de repos.  | Pas de différences significatives en terme de frais de séjour au service des urgences ou en hospitalisation.   |
| A randomized controlled trial of a pharmacist consultation program for family physicians and their elderly patients.                  | Essai contrôlé randomisé            | Evaluer si l'intervention d'un pharmacien peut réduire le nombre de prises médicamenteuses par les patients âgés, ainsi que les coûts et l'utilisation des soins de santé.      | Pas de différence significative en terme de coût des soins entre les 2 groupes.  |

### **III-5 Effets sur les professionnels de santé**

Parmi les études analysées, 4 s'intéressent de plus près aux effets sur les professionnels de santé. La totalité de ces études rapportaient des effets bénéfiques de la collaboration sur les professionnels de santé. Aucun de ces résultats n'est soumis à significativité car il ne s'agit pas de résultats comparatifs.

Une étude (22) évaluait la satisfaction apportée par des Infirmiers psychiatriques implantés en soins primaires, elle rapportait un très haut degré de satisfaction (85 %) avec notamment une amélioration perçue de la communication interprofessionnelle.

Une autre (23) s'intéressait à la formation d'une équipe pluriprofessionnelle consacrée au diabète par des spécialistes en la matière. Les retours sont encore une fois positifs, médecins et infirmiers formés déclarent au cours d'un entretien semi dirigé, être plus confiants dans leur prise en charge et satisfaits de la formation reçue.

Une des études (24) révélait une grande satisfaction des médecins et des pharmaciens dans la mise en place d'un modèle de soins collaboratifs pour la gestion d'un traitement antidépresseur.

Enfin, la dernière étude (25) mettait en valeur la diminution de charge de travail ressentie suite à la mise en place de binôme médecin-infirmier en soins primaires.

| Titre  | Design                              | Objectif   | Effet sur les professionnels   |
|--|-------------------------------------|--|--|
| The value of community mental health nurses based in primary care teams: 'switching the light on in a cellar'.       | Etude Qualitative                   | Evaluer l'apport des IDE psychiatriques dans les équipes de soin primaire  | 65 % trouvent que l'accès et le contact avec l'IDE psychiatrique est plus facile, 42% trouvent qu la communication est accrue, 26% trouvent que c'est plus facile pour adresser le patient. 85% des professionnels interrogés sont satisfaits du service et parmi eux 50% sont "très satisfaits". 70% trouvent que ce service est mieux que les précédents (plus adapté, plus de retours, plus de communication). 80% trouvent que ce service les a sensibilisé aux problématiques de santé mentale. 90% ont trouvé ce service bénéfique pour les patients dont 78% "très bénéfique" |
| The North Dublin randomized controlled trial of structured diabetes shared care.                                     | Essai contrôlé randomisé            | Evaluer la pertinence d'une team "Diabète share care". Une équipe de médecins et IDE formés par des spécialistes du diabète. Et évaluer sa faisabilité et son efficacité .       | Au cours d'interview semi dirigé, les médecins et infirmiers interrogés trouvaient la formation de ces équipes très positive et cela leur donnait confiance dans les prises en charge du diabète.  |
| Impact of a collaborative care model on depression in a primary care setting: a randomized controlled trial.         | Essai contrôlé randomisé            | Evaluer l'apport d'un pharmacien dans un modèle de soins collaboratif sur la délivrance et le suivi des traitements antidépresseurs  | Grande satisfaction des professionnels du bras intervention. (pas de comparaison)  |
| Improving Provider Experience and Increasing Patient Access Through Nurse Practitioner-Physician Primary Care Teams. | Etude interventionnelle avant/après | Evaluer l'impact d'une équipe Médecin-Infirmier sur l'épuisement professionnel et le stress au travail des soignants ainsi que son impact sur l'accès au soin pour les patients. | Au total, 79 % des médecins ont déclaré que le modèle était très ou extrêmement utile pour réduire la charge de travail entre les visites et 100 % des IDE ont déclaré être très ou extrêmement satisfaits de leur travail actuel.   |

## III-6 Effets sur les patients

### 1) Diabète

Douze études traitaient du Diabète, majoritairement du Diabète de type 2.

Parmi celles-ci, on remarque que les critères de jugement pouvaient être biomédicaux (tension artérielle, HbA1c, taux de LDLc) mais également psychosociaux (bien être, détresse sociale etc..).

Cinq études mettaient en valeur une amélioration significative de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) (26) (27) (28) (19) (29) dans un contexte de collaboration interprofessionnelle, une seule étude ne mettait pas en évidence de bénéfice sur ce paramètre (23).

Parmi celles-ci, une étude montrait une diminution de l'HbA1c de 8,7 à 8,1 %, une autre de 8,3 à 7,3 % et enfin une autre montrait une diminution moyenne de l'HbA1c de 2,3 %. Deux études ne mentionnent pas de chiffre en conclusion.

Quatre études mettaient en évidence une amélioration significative de la tension artérielle dans le cadre du contrôle du diabète (26–28,30).

Une étude montrait une amélioration de la pression artérielle systolique de 135,3 mmHg à 133,2 mmHg. Une autre montrait une diminution de la pression artérielle diastolique de 7,75 mmHg. Deux études ne montraient pas de chiffres.

Les interventions pluriprofessionnelles permettaient également une meilleure adhérence aux recommandations. Ainsi une étude faisait passer le taux de réalisation du fond d'oeil de 20 à 33 % (27), une autre montrait un meilleur suivi avec statistiquement plus d'exams de pieds, de suivi du taux d'HbA1c et de mesure de tension artérielle bi annuelle (26).

La prise en charge pluriprofessionnelle semblait également favoriser l'autonomie des patients avec des améliorations dans l'autogestion de la maladie concernant la nutrition, le contrôle glycémique, l'activité physique (31), et semblait également favoriser la motivation à atteindre ses objectifs (32) d'après l'entretien avec des patients dans la cadre d'une étude pilote sur l'autogestion de sa maladie diabétique.

En plus de favoriser l'autonomie, il semblait qu'une prise en charge pluridisciplinaire puisse améliorer significativement la détresse sociale des patients diabétiques de type 2 (33).

Pour mesurer ces paramètres les auteurs ont utilisé une échelle de détresse sociale de 20 items qui explore les problématiques socio-économiques des foyers.

Médecins et pharmaciens s'accordaient sur le fait qu'une collaboration entre eux pourrait être bénéfique dans la prise en charge du patient diabétique (34).

| Titre  | Design  | Objectifs   | Effets patients   |
|--|---|---|---|
| The North Dublin randomized controlled trial of structured diabetes shared care.   | Essai contrôlé randomisé                          | Evaluer la pertinence d'une team "Diabete share care". Une équipe de medecins et IDE formés par des spécialistes du diabète. Et évaluer sa faisabilité et son efficacité.   | Amélioration significative sur les paramètres psycho sociaux notamment meilleur score au Diabetes Well-being scores et plus de patients "très satisfaits" sur le Diabetes Clinic Satisfaction scores mais pas de différences significative sur les mesures biomédicales (HbA1c, Cholesterol, prise de médicaments hypocholésterolémiants, prises d'aag ou ATC)  |
| Impact of diabetes education teams in primary care on processes of care indicators.  | Essai contrôlé randomisé                          | Evaluer l'impact des équipes d'éducatrices du Diabète sur le suivi des malades.   | Les patients vus par les équipes éducatrices ont présenté des améliorations significatives sur les indicateurs de la visite médicale semestrielle. On note significativement plus de contrôle de la tension artérielle et de l'HbA1c tout les 6 mois, l'examen annuel des pieds est significativement plus réalisé dans le groupe intervention également.   |
| Quality improvement programme for diabetes care in family practice settings in Dubai.  | Etude interventionnelle avant/après               | Evaluer l'impact d'un programme d'amélioration de qualité de prise en charge des patients diabétiques   | L'HbA1c a diminué de 8.7 à 8.1 % avec une proportion de patient <7% qui est passée de 20.6% à 31.7%. La pression artérielle systolique est passée de 135.3 à 133.2 mmHg, le taux de LDLc a baissé de 129.2 à 115.4 mg/dL et la proportion de patient qui est passé sous le seuil recommandé de 100 mg/dL est passée de 20.8% à 33.6%. Le taux de réalisation de Fond oeil est passée de 28.9% à 53%. Toutes ces différences ont atteints la significativité.  |
| Using the Teamlet Model to improve chronic care in an academic primary care practice.  | Essai contrôlé combiné avec une étude Avant/après | Evaluer l'impact de Coach en santé (assistants médicaux) dans la prise en charge de patients diabétiques ou hypertendus   | Amélioration significative du groupe intervention pour le statut tabagisme, l'IMC, la documentation du plan d'autogestion et la mesure du LDL. La différence pour la pression artérielle était légèrement significative. En revanche, les patients du groupe de comparaison étaient significativement plus susceptibles d'avoir subi un test de LDL.  |
| Effects of therapeutic education on self-efficacy, self-care activities and glycemic control of type 2 diabetic patients in a primary healthcare center in Lebanon   | Essai contrôlé randomisé                          | Evaluer les effets de l'Education Thérapeutique par une équipe multidisciplinaire chez les patients diabétiques de type 2   | Le score total de DMSES (Diabetes Management Self-Efficacy Scale) a augmenté de 5.02 à 8.28 dans le groupe intervention (p<0.01) Les résultats du score SDSCA (Summary of Diabetes Self-Care Activities SDSCA) ont montré une amélioration significative (p<0.05). Tout cela traduit une amélioration significative de l'efficacité dans l'autogestion de la maladie concernant la nutrition générale et spécifique, le contrôle glycémique, l'activité physique, le contrôle du poids et le contrôle médical |
| Pharmacist interventions in improving clinical outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus among the underrepresented population: A collaborative ambulatory care pharmacy practice (CAPP) approach | Etude interventionnelle avant/après               | Evaluer l'impact de l'intervention d'un pharmacien dans la prise en charge du Diabète de type 2.  | Diminution statistiquement significative de l'hbA1c de 2,3%, de la pression artérielle diastolique de 7,75 mmHg, de la glycémie à jeun de 76,1 mg/dL et des taux de triglycérides de 55,5 mg/dL a été observée.   |
| Pilot randomized controlled trial of a complex intervention for diabetes self-management supported by volunteers, technology, and interprofessional primary health care teams                              | Essai contrôlé randomisé                          | Etude pilote pour Explorer la faisabilité et l'efficacité de l'approche "Health TAPESTRY-HC-DM" qui promeut l'autogestion du Diabète grâce à une équipe multidisciplinaire, des volontaires et la eHealth Technologique.                        | À 4 mois, la plupart des résultats semblait meilleurs dans l'intervention par rapport au groupe témoin : activité physique, alimentation/nutrition et liens sociaux mais pas de significativité. Les participants ont estimé que l'impact le plus important était la motivation à atteindre les objectifs. Plusieurs participants ont estimé que le programme ne leur convenait pas, principalement ceux qui estimaient déjà bien gérer leur diabète.   |
| Exploring the potential of interprofessional collaboration in medication therapy management in primary health care   | Etude qualitative transversale                    | Explorer le potentiel de Collaboration Médecin Pharmacien dans la prise en charge médicamenteuse du DT2   | D'après les interviewés il est ressortit que cela sera bénéfique pour la prise en charge du patient qu'il y ai une collaboration entre médecins et pharmaciens pour la gestion médicamenteuse.  |
| Reducing social distress for chronic disease patients in primary care: An intervention for latino type 2 diabetes patients seen at community health centers  | Essai contrôlé randomisé                          | Evaluer l'impact sur la détresse sociale d'une prise en charge multidisciplinaire chez des patients diabétiques de type 2   | Amélioration significative du score de détresse sociale (7.2 ± 4.5 pré intervention vs 5.6 ± 4.6 post intervention, p<0,01)   |
| Safety and acceptability of practice-nurse-managed care of depression in patients with diabetes or heart disease in the Australian TrueBlue study  | Essai contrôlé randomisé                          | Déterminer à posteriori l'acceptabilité / la sécurité et la bonne orientation des patients (Stepped care - SC) dans une étude ou des IDE faisaient office de coordinatrice des soins pour des patients Diabétiques ou Coronaropathe (ou les 2). | Près de la moitié des patients (48%) pour lesquels des actions supplémentaires étaient nécessaire (dans la prise en charge du diabète ou de la maladie cardiovasculaire) quelquechose a été entrepris. Tous les patients qui ont indiqué des idées suicidaires (11%) ont été identifiés et des mesures ont été prises   |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <p>An HMO-sponsored primary care-based disease management and case management initiative: Economic and selected clinical outcomes</p> <p>Effectiveness of nurse practitioner coordinated team group visits for type 2 diabetes in medically underserved Appalachia.</p> | <p>Etude interventionnelle avant/après</p> <p>Essai contrôlé non randomisé</p> | <p>Evaluer les économies de santé et améliorations cliniques réalisées par un organisme d'assurance suite à la mise en place d'une IDE d'éducation thérapeutique en lien avec les médecins traitants.</p> <p>Evaluer l'impact de l'intervention d'une équipe multidisciplinaire chez des patients diabétiques de type 2 et identifier ce qui retient les patients de participer aux programmes sur le diabète.</p> | <p>L'HbA1c est passé de 8.3 à 7.3% (significatif).</p> <p>Le groupe intervention avait de meilleurs résultats cliniques (glycémie et HbA1c), une meilleure connaissance et une meilleure auto-efficacité après l'intervention que les groupes contrôlés.</p> |
|---|--|--|--|

## 2) Dépression

Au total 8 études traitaient de la dépression dont 7 étaient des essais contrôlés randomisés.

Les effets liés à la collaboration sont évalués à travers différents critères : les symptômes de dépression, la santé perçue, la satisfaction des patients, l'observance et la prescription des antidépresseurs ou encore l'utilisation des soins.

Au niveau de la symptomatologie, une étude (35) montrait une amélioration globale de la santé perçue ainsi qu'une diminution des symptômes de somatisation.

Une autre (36) montrait une amélioration significative sur la santé morale et le score global de dépression dans une intervention impliquant un psychologue.

Une étude (37) montrait une diminution significative de la sévérité de la dépression quel que soit le statut social, et enfin une étude (24) ne montrait pas d'amélioration clinique significative.

Deux études (24,37) montraient une amélioration significative de la satisfaction des patients et une autre (38) montrait des notes plus élevées sur les scores moyens globaux d'évaluation des soins par le patient pour les maladies chroniques (questionnaire PACIC).

Trois études (24,39,40) ont montré une observance significativement plus élevée (jusqu'à 19 % de plus) dans le bras intervention, une (38) n'a pas montré de différence et enfin une étude (41) en collaboration avec un pharmacien a permis de mettre en évidence les patients non observants ainsi que les effets indésirables liés aux médicaments.

Deux études (37,39) ont montré une diminution significative d'utilisation des services supérieure à 20 % (la première concernant les médecins généralistes et la deuxième : médecins plus services d'urgences). Deux autres (24,38) n'ont pas montré de baisse significative dans ce domaine.

**Tableau 6 : Effets sur la dépression**

| Titre  | Design                         | Objectifs  | Effets patients   |
|--|--------------------------------|--|---|
| Impact of improved depression treatment in primary care on daily functioning and disability.   | Essai contrôlé randomisé       | Evaluer l'impact d'une prise en charge collaborative de la dépression sur la santé globale perçue, le fonctionnement quotidien et la productivité des patients.  | Amélioration significative de la santé globale perçue (OR 0.50, 95% CI 0.28, 0.91) dans le bras collaboration. Diminution significative des symptômes de somatisation dans le bras collaboration (OR 0.68, 95% CI 0.46, 0.99). Pas de différence significative sur la capacité à travailler ou la restriction des activités.  |
| Long-term effectiveness of disseminating quality improvement for depression in primary care.   | Essai contrôlé randomisé       | Evaluer l'impact que peuvent avoir les QI programme (Quality improvement) à court terme, chez des patients sujets à la dépression, en soin primaire. Programmes incluant des IDE, psychologues et médecins en vu de favoriser l'observance et promouvoir la psychothérapie | Pas d'amélioration significative des 2 interventions (QI thérapie et QImed) sur le taux de dépression. Pas d'amélioration significative des 2 interventions sur la "santé physique". Amélioration significative de QI therapy sur la santé morale à 6 et 24 mois (p<.004 et .04). Amélioration significative de du "score globale de dépression" à 6, 12 et 18 mois (p<.04, .03, .03) mais pas à 24 mois avec QI therapy. |
| Impact of a collaborative pharmacy practice model on the treatment of depression in primary care.  | Essai contrôlé randomisé       | Etudier l'impact d'un modèle collaboratif impliquant un pharmacien dans la prise en charge des patients atteints de dépression.  | L'observance était significativement plus élevée dans le groupe d'intervention (p = 0,0005). Les taux de changement de médicaments étaient également plus élevés chez les patients du groupe d'intervention (p = 0,0001). Baisse plus importante du nombre de visites chez le Généraliste pour les patients du groupe d'intervention (39 % contre 12 %) (p = 0,029).  |
| The impact of a pharmacist intervention on 6-month outcomes in depressed primary care patients.  | Essai contrôlé randomisé       | Examiner l'impact du pharmacien clinicien dans le traitement de la dépression en soins primaires   | Meilleure observance à 6 mois. (57,5 % contre 46,2 %, P = 0,03). Meilleur observance au traitement chez les patients nés d'antidépresseurs à l'inclusion (32,3 % contre 10,9 %, P = 0,001).   |
| Impact of a collaborative care model on depression in a primary care setting: a randomized controlled trial.   | Essai contrôlé randomisé       | Evaluer l'apport d'un pharmacien dans un modèle de soins collaboratif sur la délivrance et le suivi des traitements antidépresseurs  | Observance significativement plus élevée dans le groupe intervention (67% vs 48%). La Satisfaction des patients est statistiquement plus élevée dans le groupe intervention. Amélioration clinique non significative. Il semblait y avoir moins de recours aux services d'urgence dans le groupe intervention mais non significatif.  |
| Service use and outcomes among elderly persons with low incomes being treated for depression.  | Essai contrôlé randomisé       | Evaluer si une prise en charge collaborative de la dépression s'avère aussi efficace pour les populations pauvres (ou défavorisées) que pour les autres populations.   | L'approche collaborative a permis une amélioration significative de tout les axes ( Utilisation des service 77% vs 53%, Satisfaction des patients 72% vs 42%, Severité de la dépression et santé physique) de recherches par rapport au groupe contrôle. Cependant on ne note pas de différence significative en fonction du statut social.   |
| Long-term effects of a collaborative care intervention on process of care in family practices in Germany. A 24-month follow-up study of a cluster randomized controlled trial. | Essai contrôlé randomisé       | Evaluer les effets à long terme d'une intervention de soins en collaboration pour les patients souffrant de dépression .   | Les bénéficiaires de l'intervention ont donné des notes plus élevées sur les scores moyens globaux d'évaluation des soins par le patient pour les maladies chroniques (PACIC) (p<0,019), mais aucune différence n'a été constatée dans l'observance du traitement, la prescription d'antidépresseurs , nombre de visites chez le médecin de famille ou chez un spécialiste de la santé mentale au cours des 12 mois.      |
| Evaluation of a Clinical Pharmacist-Led Multidisciplinary Antidepressant Telemonitoring Service in the Primary Care Setting.   | Etude de cohorte rétrospective | Evaluer la faisabilité et l'apport de la mise en œuvre d'un service multidisciplinaire de télésurveillance des antidépresseurs dirigé par un pharmacien  | Les pharmaciens cliniciens ont réussi à joindre 258 des 380 patients (68 %). Les patients ont fait état de la non-observance du traitement par antidépresseurs lors de 56 appels (19 %), d'effets indésirables lors de 81 appels (27 %) et d'idées suicidaires lors de 13 appels (4 %).   |

### 3) Gériatrie

Dix études traitent de la Gériatrie.

Les critères sont nombreux pour évaluer les effets liés aux pratiques collaboratives : utilisation des soins, perception de la santé, capacités fonctionnelles mais également les différents scores AVQ (activités de la vie quotidienne), IADL (Instrumental activity of daily living) ou MMSE (mini mental state exam).

Deux études (18,42) montraient une diminution significative d'utilisation des services de santé (hospitalisations, visites en clinique ou aux urgences) alors que quatre (20,21,43,44) ne montraient pas de différence.

Deux études(42,45) ont montré une amélioration significative du bien être ou de la perception de la santé des patients et une (46) a montré une plus grande satisfaction dans les soins reçus avec notamment des améliorations sur les axes de communications avec les soignants. Une autre (44) n'a pas montré de différence significative sur la qualité de vie des patients.

Une étude (47) a montré que la performance de l'équipe de soins (auto évaluée selon un questionnaire standardisé) était significativement associée à de meilleurs résultats fonctionnels (à court et à long terme) et à de meilleurs résultats à long terme en matière d'incontinence urinaire.

Une étude (42) montrait une altération du score IADL significativement moins importante dans le temps tandis qu'une autre (44) montre une amélioration significative du score après l'intervention.

Une étude (42) a montré une amélioration significative des scores au MMSE.

Deux études (42,48) ne montraient pas de différences significatives sur les activités de la vie quotidienne ou sur l'autonomie des patients.

**Tableau 7 : Effets en gériatrie**

| Titre   | Design                              | Objectifs  | Effets patients  |
|---|-------------------------------------|--|--|
| Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors.  | Essai contrôlé randomisé            | Evaluer l'impact d'une prise en charge multidisciplinaire sur les taux d'hospitalisations et l'état de santé des patients âgés souffrants de maladies chroniques                               | Dans le groupe intervention : Moins d'hospitalisations (P= .03). Moins de réadmission (P=0.3). Diminution du nombre de visite au cabinet (P=.003). Augmentation des activités sociales (P=.04).  |
| Interdisciplinary geriatric primary care evaluation and management: two-year outcomes.  | Essai contrôlé randomisé            | Comparer l'efficacité à long terme d'une prise en charge gériatrique ambulatoire pluridisciplinaire par rapport à une prise en charge classique.   | Amélioration de la perception de la santé ( P = 0,001). Moins de visites à la clinique (P = 0,019) Altération IADL plus faible (P = 0,006 ), amélioration de l'activité sociale (P < 0,001), amélioration des scores du Centre d'études épidémiologiques sur la dépression (CES-D) (P = 0,003), augmentation du bien-être général (P = 0,001), satisfaction à l'égard de la vie (P < .001) et amélioration des scores du Mini-Mental State Exam (MMSE) (P = .025). Il n'y avait aucun effet significatif du traitement sur les scores des activités de la vie quotidienne (AVQ) (P = 0,386), le nombre d'hospitalisations (P = 0,377) ou la mortalité (P = 0,155). |
| A comparative study of nursing home resident outcomes between care provided by nurse practitioners/physicians versus physicians only.                     | Etude de cohorte rétrospective      | Comparer les soins prodigués par un binôme Médecin / IDE vs Médecin seul dans une maison de repos.   | Le groupe IDE/médecin a traité beaucoup plus de soins oculaires,oto-rhino-laryngologie et diagnostics dermatologiques que le groupe des médecins seulement. (les visites en urgence y étaient plus élevés 3+/- 2.4 vs 1.2 +/- 1.5)<br>Les Visites au service des urgences, frais au service des urgences, hospitalisations, durée de séjour, frais hospitaliers et respect des visites annuelles n'ont pas montré de différences significatives entre les deux groupes   |
| Evaluating the impact of integrated health and social care teams on older people living in the community.   | Essai contrôlé non randomisé        | Evaluer l'impact d'un service regroupant soins médicaux et services social pour les patients âgés  | Pas de différences significatives sur l'autonomie des patients après 18 mois.  |
| Team performance and risk-adjusted health outcomes in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE).   | Etude interventionnelle avant/après | Examiner l'association entre la performance globale de l'équipe de soin multidisciplinaire et la Qualité de vie des patients à travers leur statut fonctionnel.                                | La performance de l'équipe était significativement associée à de meilleurs résultats fonctionnels (à court et à long terme) et à de meilleurs résultats à long terme en matière d'incontinence urinaire. Il n'y avait pas d'association significative avec la survie.  |
| A randomized controlled trial of a pharmacist consultation program for family physicians and their elderly patients.                                      | Essai contrôlé randomisé            | Evaluer si l'intervention d'un pharmacien peut réduire le nombre de prises médicamenteuses par les patients âgés, ainsi que les coûts et l'utilisation des soins de santé.                     | L'intervention n'a pas eu d'effet significatif sur le nombre de prise quotidienne ni sur l'utilisation des soins. Cependant, les médecins étaient réceptifs aux recommandations des pharmaciens ( ils ont appliqué ou essayé d'appliqué 72.3% des recommandations des pharmaciens).  |
| Early effects of "Guided Care" on the quality of health care for multimorbid older persons: a cluster-randomized controlled trial.                        | Essai contrôlé randomisé            | Evaluer l'impact des "Guided Care" (intégration d'une IDE spécialiste en maladie chronique dans l'équipe de soin primaire) dans la qualité de prise en charge des patients âgés multimorbides. | Les participants du bras intervention étaient plus satisfait de leur soins que le bras contrôle (OR = 2.0, IC 95 %, 1.2-3.4, p = 0,006). La participation au bras intervention était significativement liée à un changement positif dans cinq mesures de satisfaction (communication avec les patients, communication avec les soignants familiaux, éducation des soignants, motivation des patients à participer à leurs soins et aiguillage vers les ressources communautaires) et une mesure de connaissance (connaître les médicaments que les patients prennent).   |
| A randomized study of a multidisciplinary program to intervene on geriatric syndromes in vulnerable older people who live at home (Dutch EASYcare Study). | Essai contrôlé randomisé            | Etudier l'impact d'une prise en charge multidisciplinaire ciblant des problèmes précis chez des patients âgés dit "vulnérables"  | Après 3 mois, les bras de traitement ont montré des différences significatives en faveur de la nouvelle intervention. Les capacités fonctionnelles se sont améliorées de 2.2 points (IC 95 % [IC], 0.3-4.2) et le bien-être de 5.8 points (IC à 95 %, 0.1-11.4). Après 6 mois, l'effet favorable augmentait pour le bien-être (9.1 ; IC 95 %, 2.4-15.9), mais l'effet sur les capacités fonctionnelles n'était plus significatif (1.6 ; IC 95 %, -0.7 à 3.9).  |
| Home-based medication review in a high risk elderly population in primary care--the POLYMED randomised controlled trial.                                  | Essai contrôlé randomisé            | Evaluer si l'examen des médicaments à domicile par un pharmacien pour les patients âgés à risque dans un établissement de soins primaires peut réduire les hospitalisations.                   | A 6 mois, aucune différence dans les admissions hospitalières (21 intervention contre 20 témoins P = 0,80), et aucune différence dans les admissions en maison de retraite ou les décès n'a été détectée entre les groupes. Il y avait une petite diminution (non significative) de la qualité de vie dans le groupe d'intervention. Il y avait une réduction statistiquement significative du nombre moyen de médicaments prescrits (-0,87 en faveur du groupe d'intervention, IC 95 % = -1,66 à -0,08, P = 0,03).  |

|  |                                 |   |   |
|--|---------------------------------|---|---|
| <p>The Effectiveness of a Proactive Multicomponent Intervention Program on Disability in Independently Living Older People: A Randomized Controlled Trial.</p> | <p>Essai contrôlé randomisé</p> | <p>Evaluer l'efficacité d'un programme multidisciplinaire pour prévenir la dépendance des sujets âgés fragiles.</p> | <p>Dans le groupe intervention les scores IADL (activités instrumentales de la vie quotidienne), vitesse de marche et capacité fonctionnelle se sont significativement améliorées. Le score médian de Katz-6 (évalue la perte d'autonomie) n'a pas changé de manière significative entre les deux groupes. Aucune différence significative pour la qualité de vie et la consommation de soins de santé.</p> |
|--|---------------------------------|---|---|

#### 4) Psychiatrie

Dans cette partie sont traitées les études de psychiatrie en dehors du domaine de la dépression. On en compte quatre.

Deux études (49,50) s'intéressaient aux symptômes inexpliqués, appelés également psychosomatiques.

La première (49) n'a pas montré de différence significative sur le nombre de symptômes (auto-déclarés et notifiés par le médecin) entre les deux groupes.

En revanche, la deuxième (50), l'étude montrait une réduction significative de la gravité des symptômes somatiques à 6 mois mais qui ne l'était plus à 12 mois. Une diminution de l'anxiété liée à la santé, et de la détresse psychosociale statistiquement significative à 12 mois, ainsi qu'une diminution significative du nombre de consultations chez le médecin généraliste.

Une étude (51) comprenant une intervention téléphonique pluriprofessionnelle dans les troubles paniques et anxieux, mettait en évidence une diminution significative des symptômes d'anxiété et des symptômes dépressifs ainsi qu'une amélioration significative de la qualité de vie liée à la santé mentale.

Une étude (52) visant à évaluer l'efficacité d'une télé assistance collaborative dans la prise en charge du stress post-traumatique mettait en évidence une amélioration significative à 12 mois des scores de PTSD (stress post traumatique) et de dépression. On note également que les patients avaient statistiquement moins de symptômes somatiques après 12 mois.

| Titre   | Design                   | Objectifs   | Effets patients   |
|---|--------------------------|---|---|
| Multiple medically unexplained physical symptoms and health care utilization: outcome of psychological intervention and patient-related predictors of change.           | Essai contrôlé randomisé | Etudier l'impact d'une prise en charge psychologique sur les symptômes physiques inexpliqués et le nombre de consultation qui en découlent et étudier les facteurs prédictifs de changement chez les patients | Pas de différence significative sur le nombre de symptômes (auto déclaré et notifié par le médecin) entre les deux groupes.   |
| A randomized trial to improve the quality of treatment for panic and generalized anxiety disorders in primary care.   | Essai contrôlé randomisé | Examiner si des soins collaboratifs dispensés par téléphone améliorent davantage les résultats cliniques et fonctionnels que les soins habituels pour les troubles de panique et d'anxiété généralisée.       | A 12 mois dans le groupe intervention : diminution des symptômes d'anxiété ( $P < .02$ ) et des symptômes dépressifs ( $P = .03$ ), amélioration de la qualité de vie liée à la santé mentale ( $P = 0.01$ ), amélioration du nombre d'heures travaillées par semaine ( $P = 0.05$ ) et du nombre de jours d'absence au cours du dernier mois ( $P = 0.03$ ). S'ils travaillaient au départ, les patients de l'intervention étaient plus nombreux à continuer de travailler ( $P = 0.04$ ).   |
| Specific collaborative group intervention for patients with medically unexplained symptoms in general practice: A cluster randomized controlled trial.                  | Essai contrôlé randomisé | Evaluer une intervention en collaboration pour les patients souffrants de symptômes médicalement inexpliqués.   | Après 12 mois, effet significatif entre les groupes pour la Mental Composite Score ( $p = 0.023$ ) mais pas pour la Physical Composite Score ( $p = 0.674$ ). Réduction significative de la gravité des symptômes somatiques (échelle de gravité des symptômes somatiques en 15 points du PHQ-15) à 6 mois ( $p = 0.008$ ) qui n'était plus significative à 12 mois ( $p = 0.078$ ). A 12 mois, diminution de l'anxiété liée à la santé (Whiteley-7 ; $p = 0.038$ ) et de la détresse psychosociale (PHQ ; $p = 0.024$ ) ; les visites chez le généraliste ont été réduites de manière significative ( $p = 0.042$ ) dans le groupe d'intervention. |
| Centrally Assisted Collaborative Telecare for Posttraumatic Stress Disorder and Depression Among Military Personnel Attending Primary Care: A Randomized Clinical Trial | Essai contrôlé randomisé | Evaluer l'efficacité d'une téléassistance collaborative centralisée (CACT) dans la prise en charge du Stress post traumatique et de la dépression chez les militaires   | Amélioration significative à 12 mois des scores de PTSD (stress post traumatique) et de Dépression. dans le groupe intervention, statistiquement plus de participants ont eu une amélioration d'au moins 50% de leur symptômes en 12 mois. Les patients intervention avaient statistiquement moins de symptômes somatiques après 12 mois.   |

## 5) Soins généraux

Cinq études traitent des “soins généraux”

Une étude (53) souhaitant évaluer les bienfaits du travail d'équipe sur les actions de Santé Publique a mis en évidence une amélioration significative du taux de réalisation des mammographies et recherches de sang dans les selles dans le bras intervention (dans le cadre de campagnes de dépistage organisé). En revanche, elle ne montrait pas d'amélioration sur la réalisation de la mesure du TP chez les patients sous AVK.

Une étude (54) a évalué les changements apportés aux ordonnances des patients lorsqu'on permet à un pharmacien de réaliser les réévaluations thérapeutiques en collaboration avec un médecin généraliste. On note environ deux fois plus de modifications des traitements dans le bras intervention avec significativement plus de contrôle (par un examen biologique ou par une visite à distance) au décours de ces changements . Cette étude a également montré un taux d'acceptation de 52 % des recommandations des pharmaciens de la part des médecins.

Une étude (55) a évalué l'impact d'une équipe multidisciplinaire incluant des travailleurs sociaux sur des malades ayant des conditions de vie difficile. Elle a montré une diminution de 49 % des admissions hospitalières et de 5 % de l'utilisation des urgences mais avec une puissance très faible.

Une étude (25) a montré que la mise en place d'un binôme médecin infirmier avait un impact positif sur l'accès aux soins en faisant diminuer le délai jusqu'au troisième rendez-vous avec un des deux membres du binôme de 20 jours.

Enfin une étude (56) a montré un résultat inattendu, que les équipes caractérisant leur pratique “faible” en terme de collaboration ont obtenu les plus hauts niveaux de satisfaction de soins par leur patient.

**Tableau 8 : Effets en soins généraux**

| Titre   | Design                                 | Objectifs   | Efets patients   |
|---|--|---|--|
| Putting population-based care into practice: real option or rhetoric?   | Etude interventionnelle ici/ailleurs   | Démontrer les bienfaits du travail d'équipe sur les actions de Santé Publique (dépistage) et le suivi des maladies chroniques   | Mammographie : Amélioration significative du taux dans le bras intervention. Recherche de sang dans les selles : Augmentation significative dans le bras intervention. Mesure TP : Pas de changement pour le bras intervention. Oeil diabétique : Compliance déjà haute à la base, augmentée au cours de l'étude mais non significativement. (p< 0,05 pour tout)                         |
| Primary care outcomes and provider practice styles.   | Etude de cohorte prospective           | Evaluer les changements de l'état de santé des patients en fonction du style de pratique de leur médecin/IDE  | Les prestataires qui ont noté faible ou moyen sur l'échelle de collaboration ont obtenu les plus hauts niveaux de satisfaction des patients. (p< 0,05)   |
| Comparison of Interventions Made in an Ambulatory Pharmacist-Managed Refill Model to Usual Physician Care             | Etude rétrospective de non-infériorité | Comparer le taux d'interventions dans la gestion des médicaments ( changements de traitement, Analyse aulaboratoire ordonnée) initiées par le pharmacien par rapport aux soins habituels. | Des modifications ont été faite dans 153 ordonnances au sein de l'intervention (7,0 %) contre 90 pour le controle(3,5 %). Les médicaments examinés/modifiés par les pharmaciens étaient significativement plus suivi en laboratoire et en rendez-vous programmés ( P < 0,001). Il y avait 294 recommandations du Pharmacien(13,5 %) avec un taux d'acceptation de 52,0 % par le médecin. |
| A Population Health Approach to Clinical Social Work with Complex Patients in Primary Care.                           | Etude interventionnelle avant/après    | Etude pilote qui évalue l'impact d'une équipe multidisciplinaires incluant de travailleurs sociaux sur des malades ayant des conditions de vie difficile.                                 | Diminution de 49 % des admissions hospitalières et de 5 % de l'utilisation des urgences mais effectif très faible (n=12)   |
| Improving Provider Experience and Increasing Patient Access Through Nurse Practitioner--Physician Primary Care Teams. | Etude interventionnelle avant/après    | Evaluer l'impact d'une équipe Médecin-Infirmier sur l'épuisement professionnel et le stress au travail des soignants ainsi que son impact sur l'accès au soin pour les patients.          | Le délai moyen jusqu'au troisième rendez-vous disponible avec un membre de l'équipe (soit une IDE ou un médecin) a diminué de près de 20 jours.  |

## **6) Asthme et la BPCO**

Trois études traitaient de ces sujets, deux sur l'asthme et une sur la BPCO. Ces trois études sont selon un modèle avant/après.

Une étude (57) a évalué l'évolution du taux d'hospitalisation lié à l'asthme suite à la mise en place d'un programme multidisciplinaire d'éducation thérapeutique. Le taux post-intervention d'hospitalisations liées à l'asthme était significativement inférieur au taux pré-intervention.

Une autre étude (19) sur l'asthme a montré une diminution significative du nombre de jours non travaillés pour les patients asthmatiques suite à la mise en place d'un infirmier d'éducation thérapeutique en lien avec les médecins traitants.

Enfin, une étude (16) évaluant les bienfaits d'une prise en charge conjointe médecin/pharmacien sur la BPCO a mis en évidence une amélioration significative de la qualité de vie des patients, ainsi qu'une diminution significative du nombre d'exacerbations et du nombre moyen d'hospitalisations ou de visites aux urgences.

**Tableau 9 : Effets sur l'asthme et la BPCO**

| Titre   | Design                              | Objectifs  | Effets patients  |
|---|-------------------------------------|--|--|
| Reduction in the number of asthma-related hospital admissions after the implementation of a multidisciplinary asthma control program in the city of Londrina, Brazil. | Etude interventionnelle avant/après | Evaluer l'évolution du taux d'hospitalisation lié à l'asthme suite à la mise en place d'un programme multidisciplinaire d'éducation thérapeutique.   | Le nombre d'hospitalisations a diminué plus nettement en 2005 que les années précédentes étudiées. Cette baisse a été plus prononcée dans les cliniques de santé familiale ou la formation professionnelle a eu lieu plus tôt. Le taux post-intervention (2004-2005) d'hospitalisations liées à l'asthme (120/100 000 habitants) était significativement inférieur au taux pré-intervention (2002-2003) (178/100 000 habitants ; $p < 0,01$ ). |
| Evaluating an integrated chronic obstructive pulmonary disease management program implemented in a primary care setting   | Etude interventionnelle avant/après | Evaluer l'impact d'une stratégie de prise en charge de la BPCO incluant les pharmaciens sur les symptômes des patients, leur exacerbations et le coût des soins                                    | Le score moyen de CAT (évaluation qualité de vie du patient BPCO) a augmenté significativement de 8,73 points. Le nombre moyen d'exacerbations (ramené à 1 an) a diminué significativement de 1,35 épisode et le nombre moyen d'hospitalisations ou de visites aux urgences a diminué significativement de 0,85 épisodes (ramené à 1 an).  |
| An HMO-sponsored primary care-based disease management and case management initiative: Economic and selected clinical outcomes  | Etude interventionnelle avant/après | Evaluer les économies de santé et améliorations cliniques réalisées par un organisme d'assurance suite à la mise en place d'une IDE d'éducation thérapeutique en lien avec les médecins traitants. | Asthme : Jours non travaillés est passé de 3,2 à 1,1 en 6 mois (significatif). Diabète : HbA1c est passé de 8,3 à 7,3% (significatif). IC : Utilisation des IEC est passée de 63,6 à 76% (significatif)  |

## **7) Cardiologie**

Une étude (58) a évalué l'acceptabilité et la sécurité à la mise en place d'une infirmière en tant que coordinatrice de soins. Cette étude a montré que pour près de la moitié des patients nécessitant une action supplémentaire (consultation, mise en place d'un traitement, examen complémentaire), une action a été mise en place. Il s'agit là d'un audit à la suite d'une étude, et non d'une étude comparative.

Une autre étude (19) a montré une augmentation significative du taux d'utilisation des inhibiteurs de l'enzyme de conversion chez les patients insuffisants cardiaques suite à la mise en place d'un infirmier d'éducation thérapeutique en lien avec les médecins traitants.

| Titre   | Design  | Objectifs  | Effets patients   |
|---|---|--|---|
| Safety and acceptability of practice-nurse-managed care of depression in patients with diabetes or heart disease in the Australian TrueBlue study | Essai contrôlé randomisé complété par la suite par un audit des données médicales puis des entretiens | Déterminer à posteriori l'acceptabilité / la sécurité et la bonne orientation des patients (Stepped care - SC) dans une étude ou des IDE faisaient office de coordinatrice des soins pour des patients Diabétiques ou Coronaropathe (ou les 2) . | Près de la moitié des patients (48%) pour lesquels des actions supplémentaires étaient nécessaires (dans la prise en charge du diabète ou de la maladie cardiovasculaire) quelque chose a été entrepris. Tous les patients qui ont indiqué des idées suicidaires (11%) ont été identifiés et des mesures ont été prises |
| An HMO-sponsored primary care-based disease management and case management initiative: Economic and selected clinical outcomes                    | Etude interventionnelle avant/après   | Evaluer les économies de santé et améliorations cliniques réalisées par un organisme d'assurance suite à la mise en place d'une IDE d'éducation thérapeutique en lien avec les médecins traitants.   | Asthme : Jours non travaillé est passé de 3.2 à 1.1 en 6 mois (significatif). Diabète : HbA1c est passé de 8.3 à 7.3% (significatif). IC : Utilisation des IEC est passée de 63.6 à 76% (significatif)  |

## **8) HTA**

Deux études traitaient de l'HTA dite essentielle, non liée au diabète ou à tout autre maladie cardiovasculaire.

Une étude (59) a montré que la collaboration médecin/pharmacien pour le bon usage des médicaments chez des patients hypertendus a permis de résoudre 69 % des problèmes liés aux médicaments (effets indésirables, interactions) et a permis d'en prévenir environ 78,5 %.

Une deuxième étude(30) mettait en évidence une diminution significative de la pression artérielle suite à la mise en place d'assistants médicaux en soins primaires.

**Tableau 11 : Effets sur l'hypertension artérielle**

| Titre   | Design  | Objectifs  | Effets patients  |
|---|---|--|--|
| Influence of Pharmaceutical Care intervention and communication skills on the improvement of pharmacotherapeutic outcomes with elderly Brazilian outpatients. | Etude interventionnelle avant/après               | Evaluer l'influence de l'intervention d'un pharmacien sur le bon usage des médicaments chez les personnes âgées hypertendues | L'intervention optimisait l'utilisation des médicaments : les pharmaciens ont résolu 69 % des problèmes liés aux médicaments (DTP) pré existants et auraient prévenu 78,5% des éventuels DTP.  |
| Using the Teamlet Model to improve chronic care in an academic primary care practice.   | Essai contrôlé combiné avec une étude Avant/après | Evaluer l'impact de Coach en santé (assistants médicaux) dans la prise en charge de patients diabétiques ou hypertendus      | Amélioration significative du groupe intervention pour le statut tabagisme, l'IMC, la documentation du plan d'autogestion et la mesure du LDL. La différence pour la pression artérielle était légèrement significative. En revanche, les patients du groupe de comparaison étaient significativement plus susceptibles d'avoir subi un test de LDL. |

## 9) Obésité

Une étude (60) suggérait qu'une prise en charge collaborative permettait à plus de patients d'atteindre leurs objectifs de perte de poids.

**Tableau 12 : Effets sur l'obésité**

| Titre  | Design                           | Objectifs  | Effets patients  |
|--|----------------------------------|--|--|
| Influence of intense multidisciplinary follow-up and orlistat on weight reduction in a primary care setting. | Essai non contrôlé non randomisé | Examiner si un traitement efficace de perte de poids peut être administré par un médecin de famille. | Un plus grand pourcentage de patients du groupe A (Médecin + diététicien + traitement) ont atteint leurs objectifs de perte de poids (51 %, 13 % et 9 % dans les groupes A, B (médecin + traitement) et C (diététicien) respectivement, $p < 0,001$ ). |

## 10) Pédiatrie

Une étude (61) avant/après a montré une diminution significative des pleurs du nourrisson le soir et pendant la nuit à la suite d'une intervention pluridisciplinaire.

**Tableau 13 : Effets en pédiatrie**

| Titre   | Design                              | Objectifs   | Effets patients   |
|---|-------------------------------------|---|---|
| Preliminary evaluation of a primary care intervention for cry-fuss behaviours in the first 3-4 months of life ('The Possums Approach'): effects on cry-fuss behaviours and maternal mood. | Etude interventionnelle avant/après | Evaluation de l'efficacité d'une intervention interdisciplinaire visant à diminuer les pleurs de nourrissons dans les 3 à 4 premiers mois de vie. | Diminution significative des pleurs du nourrisson le soir et pendant la nuit. Amélioration de l'humeur maternelle. Les résultats de scores EPDS (Score dépression post partum) ont significativement diminué, passant en moyenne de 11 à 6. |

## 11) Troubles musculosquelettiques

Un essai contrôlé randomisé (62) étudiant les effets d'un programme de réhabilitation pluriprofessionnelle a montré une réduction statistiquement significative du nombre de congés maladie.

**Tableau 14 : Effets sur les troubles musculosquelettiques**

| Titre   | Design                       | Objectifs  | Effets patients  |
|---|------------------------------|--|--|
| Effects on sickness pattern of early mini-rehabilitation groups among patients with musculoskeletal problems in primary healthcare. | Essai contrôlé non randomisé | Etudier l'effet sur les arrêts de travail d'un programme court de réhabilitation pluri professionnel de 3 mois chez les personnes souffrants de troubles musculo squelettiques | Réduction statistiquement significative au cours de l'intervention du nombre de congés maladie avec 63.8 dans le groupe intervention contre 92.8 dans le groupe contrôle. En revanche, à 3 mois, différence non significative entre les 2 groupes concernant la récurrence des congés maladie et le nombre moyen de congé maladie. |

## 12) Oncologie

Une étude (63) a étudié la possibilité de mise en place de traitements spécifiques par un médecin généraliste en suivant les recommandations d'une équipe pluridisciplinaire. Cette étude n'a pas montré d'amélioration significative de la qualité de vie ou de l'anxiété des patientes.

**Tableau 15 : Effets en Oncologie**

| Titre  | Design                              | Objectifs  | Effets patients  |
|--|-------------------------------------|--|--|
| Cancer care coordinator: promoting multidisciplinary care -- a pilot study in Australian general practice. | Etude interventionnelle avant/après | Etudier la faisabilité de mise en place de traitements spécifiques initiés par le médecin traitant sous les recommandations d'une équipe pluridisciplinaire. | On ne note pas de changement significatif des 2 scores SF-36 (test standardisé de mesure de la qualité de vie) et HADS (Hospital Anxiety and depression scale) entre pré et post intervention. En revanche sur les 17 femmes pour qui un plan de soin a été proposé, 11 ont dit allé mieux après leur rdv avec le médecin généraliste. |

### **13) Gastro entérologie**

Une étude (64) a évalué les conséquences pour les patients adressés à une consultation dirigée par un infirmier dans des contextes de RGO (Reflux Gastro Oesophagien), dyspepsie ou syndrome de l'intestin irritable.

Les rendez-vous médicaux partagés présentaient des temps d'attente médians significativement plus courts, et débouchaient sur significativement moins d'examens endoscopiques, étaient significativement moins réorientés en gastro-entérologie et débouchaient sur significativement moins de visites à l'hôpital.

Une autre étude (65) visait à décrire une nouvelle méthode de prise en charge de l'hépatite C en soins primaires.

Ce programme a eu un taux de réussite de 93 % pour initier les patients à un traitement après l'approbation de l'assurance, montrant un niveau de réussite comparable à ceux des médecins traditionnels avec la présence d'un spécialiste.

| Titre   | Design                          | Objectifs   | Effets patients  |
|---|---------------------------------|---|--|
| Nurse-Led, Shared Medical Appointments for Common Gastrointestinal Conditions - Improving Outcomes through Collaboration with Primary Care in the Medical Home: A Prospective Observational Study | Essai contrôlé non randomisé    | Evaluer la sécurité, l'accès et les résultats obtenus pour les patients adressés à une consultation dirigée par une IDE dans des contextes de RGO, dyspepsie ou Syndrome de l'intestin irritable. | Les rendez-vous médicaux partagés, dirigés par une infirmière, comparés au parcours de soins habituel, présentaient des temps d'attente médians plus courts (12,6 semaines contre 137,1 semaines, $P < 0,0001$ ), moins d'examen endoscopiques (50,9 % contre 76,3 %, $P < 0,0001$ ), moins de réorientations en gastro-entérologie (4,6 % contre 15,6 %, $P < 0,0001$ ) et moins de visites à l'hôpital (6,1 % versus 12,0 %, $P = 0,004$ )   |
| Integration of Hepatitis C Treatment in a Primary care Federally Qualified Health Center, Philadelphia, Pennsylvania, 2015-2017.  | Etude descriptive longitudinale | Le but de l'étude est de décrire une nouvelle approche de prise en charge de l'hépatite C (VHC) et d'évaluer son impact.  | Le nombre de patients référés qui ont reçu un diagnostic de VHC et ont été orientés vers un traitement ( $n=190$ ), approuvés pour le traitement ( $n=143$ ), ont commencé le traitement ( $n=133$ ), ont terminé le traitement ( $n=116$ ), et ont atteint une RVS ( $n=102$ ). Ce programme a eu un taux de réussite de 93% pour initier les patients à un traitement après l'approbation de l'assurance, montrant un niveau de réussite comparable à ceux des médecins traditionnels avec la présence d'un spécialiste. |

## IV - Discussion

Cette revue de littérature a permis de compléter le travail fait initialement par Solène GIRARD et Louise ROUXEL (66) en venant renforcer l'idée que la collaboration interprofessionnelle est bénéfique pour les patients, pour les professionnels de santé et sur le coût de la santé.

Bien que le champ des recherches ait été largement élargi, notamment en incluant les bases de données EMBASE, CINAHL et PSYCINFO, ce travail ne peut se vanter d'être exhaustif.

Cette difficulté provient d'une part de l'absence de terme générique pour évoquer la collaboration interprofessionnelle mais également de l'absence de cadre définissant ce qu'est la collaboration *stricto sensu*.

En effet ce travail, ainsi que le précédent, met en lumière la grande diversité des modes de collaboration de même que l'importante hétérogénéité des équipes de soins.

Cette pluralité professionnelle au sein des équipes est illustrée par pas moins de 11 professions différentes avec des groupes variants de 2 à 6 personnes.

De ce fait, devant ce constat de grande diversité et avec l'absence de terme MeSh comme "interprofessional Collaboration", le recueil de toutes les études traitant de ce sujet semble presque impossible.

En revanche, la multiplication des bases de données a permis de sélectionner 50 articles, autorisant ainsi l'analyse des effets de collaboration dans une multitude de contextes de situations de soins.

Malgré cette richesse littéraire, l'obtention d'études à haut niveau de preuves est difficile du fait de barrières méthodologiques inhérentes à l'intervention. En effet, le double aveugle semble impossible à mettre en place dans un contexte collaboratif. De même, l'évaluation des effets sur les professionnels de santé reste la plupart du temps non comparative et qualitative, du fait des difficultés à mettre en place des échelles objectives et reproductibles.

Néanmoins, la quantité de références trouvées ainsi que leur design (25 essais contrôlés randomisés) permettent quand même de fournir des résultats sérieux.

Les études évaluant les économies réalisées dans un contexte de collaboration ne semblent pas abondantes dans la littérature. Ici seulement 6 ont été trouvées.

Une seule étude (16) a montré une baisse significative du coût des soins, dans le cadre de la BPCO, en améliorant le contrôle des symptômes via une collaboration médecin/pharmacien permettant l'optimisation des traitements ainsi que l'optimisation de leur utilisation et de leur observance.

On dénombre également 3 études qui montrent un allègement des coûts des soins mais de manière non significative (17–19).

Il est intéressant de remarquer que la plupart de ces études utilisent le levier de l'éducation thérapeutique et que la majorité d'entre elles sont dans des contextes de maladies chroniques (Asthme, BPCO, insuffisance cardiaque, dépression).

Il faut cependant prendre en compte que certaines études, traitées dans la partie "effets patients", montrent une diminution des recours aux services d'urgence, à l'hôpital ou au médecin généraliste, mais que les conséquences financières de ces diminutions ne sont pas évaluées.

Cette revue de littérature met également en lumière la grande diversité de pathologies dans lesquelles des modèles de soins collaboratifs peuvent s'inscrire.

Les études concernant le Diabète explorent les effets de la collaboration à travers différents paradigmes.

En effet sont évalués soit les paramètres “bruts” (19,23,27–30) (tel que l’HbA1c et/ou la pression artérielle et /ou les profils lipidiques etc...) , soit le bon respect des recommandations (26,27,31,32) (une HbA1c tous les 3mois, fond d’œil annuel etc..) soit l’aspect plutôt social avec le vécu de la maladie et le contexte social.(23,29,33,58).

La diversité de modes de prise en charge afin d’améliorer la condition des patients diabétiques est grande. En effet on remarque différentes expérimentations, soit à travers une IDE spécialisée dans le diabète, soit à l’aide d’un pharmacien, d’un coach de santé ou alors simplement en remettant à jour les connaissances des professionnels de santé.

Encore une fois, il semble ressortir de ces études que l’éducation thérapeutique joue un rôle clé dans l’amélioration des paramètres liés au diabète, même si de manière générale la plupart des études plaident en faveur des bienfaits de la collaboration sur les 3 aspects sus-cités.

Un autre thème récurrent dans les études analysées est celui de la dépression, ce qui peut probablement s’expliquer par sa forte prévalence (en effet l’OMS estime qu’environ 5 % des adultes souffrent de dépression dans le monde).

Parmi les 8 études analysées, 5 études (24,38–41) traitent de l’observance thérapeutique, et parmi celles-ci 4 études (24,39–41) sont constituées d’un binôme médecin/pharmacien.

Dans ces 4 études constituées du binôme médecin/pharmacien, 3 montrent une différence significative en terme d’observance pouvant aller jusqu’à une différence >20 % (40).

Cela souligne l’importance de l’implication du pharmacien dans la prise en charge des patients, et ceci encore plus quand on regarde les résultats de *Bhat et al.*(41) qui suggèrent qu’environ 19 % des patients sont non observants.

Enfin, il semble licite de penser que tout ceci peut conduire à des réductions de dépenses de santé avec deux études qui montrent des diminutions significatives dans l’utilisation des services de soins, allant jusqu’à 24 % dans l’étude de *Areàn et al.* (37).

Dans le domaine étendu de la psychiatrie, on observe des effets intéressants de la collaboration sur le stress post traumatique ou les symptômes anxieux.

En effet une plateforme téléphonique collaborative a démontré une amélioration significative des symptômes anxieux chez des patients souffrants de stress post traumatique (52), cette étude est intéressante car elle permet de montrer que l’aspect délocalisé de la collaboration n’est pas un frein à sa réussite.

La collaboration a également été activement évaluée dans le domaine de la gériatrie, ce qui encore une fois semble pertinent devant le vieillissement de la population et l’allongement croissant de l’espérance de vie.

Les résultats sont mitigés dans le domaine de l’autonomie et des activités de la vie quotidienne.

En effet, parmi les 4 publications qui évaluent ces aspects, deux (44,45) apportent une amélioration significative sur l’échelle IADL, mais l’une d’elles (45) n’est plus significative après 6 mois. Une autre publication (42) montre une altération plus faible de l’échelle IADL dans le temps, mais pas de différence significative sur les activités de la vie quotidienne. Et enfin, une étude impliquant un service social en plus de l’équipe médicale (48) n’a pas montré de différence sur l’autonomie des patients à 18 mois.

Il semble important de préciser que le critère d’admission dans la catégorie “gériatrie” se fait sur l’âge et non sur une pathologie en particulier, ce qui peut constituer un potentiel biais si l’étude n’ajuste pas ces deux populations en fonction des comorbidités.

Enfin l'effet sur les admissions hospitalières et plus largement l'utilisation des services de soins semble ici très modeste, sur 6 études qui évaluent ces critères, seule une (18) montre une diminution des hospitalisations et des services de soins, et cette étude implique des médecins, infirmiers et travailleurs sociaux pour des personnes âgées souffrants de maladies chroniques. C'est d'ailleurs la seule étude qui précise la notion de maladie chronique en gériatrie.

Les 5 autres études (20,21,42–44) ne mettent en évidence aucune amélioration sur la consommation de soins, et ceci qu'il s'agisse d'un binôme médecin/IDE, médecin/pharmacien ou encore par une équipe pluridisciplinaire.

Dans un registre plus général maintenant, une étude de *Taplin et al.* (53) a montré des résultats très encourageants sur les domaines du dépistage.

Au départ de cette étude la constitution d'une équipe constituée de médecins, secrétaires, infirmiers et pharmaciens qui se réunissent toutes les deux semaines afin d'échanger sur les problématiques récurrentes de santé et comment y faire face.

Au final on note une amélioration significative du taux de réalisation des mammographies, de la recherche de sang dans les selles et de la mesure de l'INR chez les patients sous anticoagulants.

Cette publication est marquante par sa simplicité de mise en œuvre (absence de personnel spécialisé, réunion toutes les deux semaines) ainsi que par la force et la diversité de ses résultats.

L'éducation thérapeutique semble également être un atout dans le domaine respiratoire (Asthme/BPCO) avec des améliorations significatives en terme de nombre d'hospitalisations, nombre d'exacerbations et nombre de jours d'arrêt de travail. Les 3 études (16,19,57) à l'origine de ces résultats sont des études interventionnelles avant/après ayant pour socle commun un programme d'éducation thérapeutique incluant des équipes IDE/médecins ou pharmaciens/médecins.

Diverses autres domaines ont pu bénéficier de l'expérimentation d'une prise en charge collaborative avec des résultats très encourageants.

Une étude (64) a par exemple évalué la sécurité, l'accès et les résultats obtenus pour les patients adressés à une consultation dirigée par une IDE dans des contextes de RGO, dyspepsie ou syndrome de l'intestin irritable. Non seulement les temps d'attente pour avoir une consultation sont devenus plus courts mais ces consultations ont débouché sur moins de gestes endoscopiques et moins de visites à l'hôpital.

On peut facilement imaginer que ce genre de pratique soit étendu à d'autres types de spécialités.

En ce qui concerne les professionnels de santé, les 4 études qui en évaluent les effets semblent converger vers une amélioration, et ce quelque soit le domaine, mais sans comparaison et donc sans significativité.

Globalement on a pu remarquer une satisfaction importante des professionnels de santé, qu'il s'agisse du domaine du diabète ou de la psychiatrie.

L'implantation d'IDE psychiatriques (22) ou la constitution d'équipes pluriprofessionnelles dédiées au diabète (23) ont mis en évidence une amélioration de la communication perçue entre les professionnels ainsi qu'une plus grande satisfaction au travail.

La collaboration médecin/pharmacien (39) dans la réévaluation thérapeutique a elle aussi montré des bénéfices en terme de satisfaction.

Enfin, la constitution de binômes médecin/IDE (25) en soins primaires a été à l'origine d'une diminution de la charge de travail perçue par les professionnels, ce qui semble aller dans le sens de conditions de travail améliorées.

Bien que cette revue narrative de la littérature ait pu explorer de nombreux thèmes, il reste encore beaucoup de domaines à explorer afin de venir étendre le champ des bienfaits de la collaboration interprofessionnelle en soins primaires.

Dans une société en difficulté sur la gestion de la démographie médicale, de tels résultats semblent encourageants pour l'avenir. En effet la mise en commun des compétences et le travail en équipe semblent, au

vu des résultats, des atouts dans la prise en charge de nombreuses maladies chroniques et/ou invalidantes et dans la préservation du bien être des professionnels de santé, ainsi qu'une possible entrée vers une diminution des frais liés à la santé.

Peut être serait-il pertinent, dans les années à venir, en plus de réformes à long terme sur la formation et les conditions de travail des professionnels de santé, de favoriser un exercice collaboratif de la santé, à travers des outils matériels (infrastructures types MSP, salles de réunion dans les cabinets etc..) ou immatériels (logiciels en commun, Dossier médical partagé etc..).

Ce qui est sûr, en revanche, c'est qu'adopter des valeurs de solidarité et de bienveillance dans l'exercice de notre profession, à l'égard de nos collègues ou de nos patients, est une condition nécessaire au déroulement optimal du processus de soins.

## **V - Conclusion**

Les résultats présentés au cours de cette revue de Littérature mettent en évidence les bienfaits de la collaboration interprofessionnelle sous toutes ses formes.

La majorité des études tendent vers une amélioration significative de la condition des patients, de la diminution des coûts liés aux soins mais également du bien être des professionnels de santé.

Devant ce constat, il semble important d'encourager les acteurs du système de santé, actuel et de demain, vers ce genre de pratique.

## VI - Bibliographie

1. INSEE - Préoccupations des Français selon le sexe [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2383052>
2. DREES - Les dépenses de santé depuis 1950 [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1017.pdf>
3. CNOM - atlas de demographie medicale 2021 [Internet]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1riyb2q/atlas\\_demographie\\_medicale\\_-\\_cnom\\_-\\_2021.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf)
4. Accès aux soins : plus d'un Français sur trois en difficulté pour consulter un généraliste ou un spécialiste | Le Quotidien du Médecin [Internet] Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/acces-aux-soins-plus-dun-francais-sur-trois-en-difficulte-pour-consulter-un-generaliste-ou-un>
5. Difficultés d'accès aux médecins traitants - Sénat [Internet]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2019/qSEQ190108591.html>
6. DREES - Délai de rendez-vous.
7. Health workforce [Internet]. Disponible sur: [https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1)
8. A vision for primary Health care in the 21st century [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>
9. Article L1411-11 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031930722/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930722/)
10. Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé [Internet]. Disponible sur: [https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre\\_a\\_outils/CIHC\\_IPCompetencies-FrR\\_Sep710.pdf](https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre_a_outils/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf)
11. Marchand O, Seigneurin A, Chermand D, Boussat B, François P. Marchand, Olivier, et al. « Développement et fonctionnement des maisons de santé pluri-professionnelles dans la région Rhône-Alpes », Santé Publique, vol. 27, no. 4, 2015, pp. 539-546. Sante Publique (Bucur). 5 nov 2015;27(4):539-46.
12. Lee JK, McCutcheon LRM, Fazel MT, Cooley JH, Slack MK. Assessment of Interprofessional Collaborative Practices and Outcomes in Adults With Diabetes and Hypertension in Primary Care: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 1 févr 2021;4(2):e2036725.
13. Raj S, Williams EM, Davis MJ, Abu-Ghname A, Luu BC, Buchanan EP. Cost-effectiveness of Multidisciplinary Care in Plastic Surgery: A Systematic Review. Ann Plast Surg. 1 août 2021;87(2):206-10.
14. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. Cochrane Database Syst Rev. 17 oct 2012;10:CD006525.

15. Evaluation de la Collaboration en Soins primaire : Une revue de Littérature.
16. Kimball BK, Tutalo RA, Minami T, Eaton CB. Evaluating an integrated chronic obstructive pulmonary disease management program implemented in a primary care setting. *JACCP J Am Coll Clin Pharm.* 2021;4(6):697-710.
17. Unutzer J, Katon WJ, Fan MY, Schoenbaum MC, Lin EHB, Della Penna RD, et al. Long-term cost effects of collaborative care for late-life depression. *Am J Manag Care.* févr 2008;14(2):95-100.
18. Sommers LS, Marton KI, Barbaccia JC, Randolph J. Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. *Arch Intern Med.* 26 juin 2000;160(12):1825-33.
19. Sidorov J, Fisher F, Girolami S, Wolke O. An HMO-Sponsored Primary Care-Based Disease Management and Case Management Initiative. *Dis Manag Health Outcomes.* 1 sept 2002;10:9-16.
20. Aigner MJ, Drew S, Phipps J. A comparative study of nursing home resident outcomes between care provided by nurse practitioners/physicians versus physicians only. *J Am Med Dir Assoc.* févr 2004;5(1):16-23.
21. Sellors J, Kaczorowski J, Sellors C, Dolovich L, Woodward C, Willan A, et al. A randomized controlled trial of a pharmacist consultation program for family physicians and their elderly patients. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 8 juill 2003;169(1):17-22.
22. Crawford P, Carr J, Knight A, Chambers K, Nolan P. The value of community mental health nurses based in primary care teams: « switching the light on in a cellar ». *J Psychiatr Ment Health Nurs.* juin 2001;8(3):213-20.
23. Smith S, Bury G, O'Leary M, Shannon W, Tynan A, Staines A, et al. The North Dublin randomized controlled trial of structured diabetes shared care. *Fam Pract.* févr 2004;21(1):39-45.
24. Finley PR, Rens HR, Pont JT, Gess SL, Louie C, Bull SA, et al. Impact of a collaborative care model on depression in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Pharmacotherapy.* sept 2003;23(9):1175-85.
25. D'Afflitti J, Lee K, Jacobs M, Pace C, Worcester J, Thornton S, et al. Improving Provider Experience and Increasing Patient Access Through Nurse Practitioner--Physician Primary Care Teams. *J Ambulatory Care Manage.* oct 2018;41(4):308-13.
26. Vitale M, Xu C, Lou W, Horodezny S, Dorado L, Sidani S, et al. Impact of diabetes education teams in primary care on processes of care indicators. *Prim Care Diabetes.* avr 2020;14(2):111-8.
27. Khattab MS, Swidan AM, Farghaly MN, Swidan HM, Ashtar MS, Darwish EA, et al. Quality improvement programme for diabetes care in family practice settings in Dubai. *East Mediterr Health J Rev Sante Mediterr Orient Al-Majallah Al-Sihhiyah Li-Sharq Al-Mutawassit.* juin 2007;13(3):492-504.
28. Chong M. Pharmacist Interventions in Improving Clinical Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus Among the Underrepresented Population: A Collaborative

- Ambulatory Care Pharmacy Practice (CAPP) Approach. *J Res Pharm Pract.* 2020;
29. Jessee BT, Rutledge CM. Effectiveness of nurse practitioner coordinated team group visits for type 2 diabetes in medically underserved Appalachia. *J Am Acad Nurse Pract.* déc 2012;24(12):735-43.
  30. Chen EH, Thom DH, Hessler DM, Phengrasamy L, Hammer H, Saba G, et al. Using the Teamlet Model to improve chronic care in an academic primary care practice. *J Gen Intern Med.* sept 2010;25 Suppl 4:S610-614.
  31. ElGerges NS. Effects of therapeutic education on self-efficacy, self-care activities and glycemic control of type 2 diabetic patients in a primary healthcare center in Lebanon. *J Diabetes Metab Disord.* déc 2020;19(2):813-21.
  32. Agarwal G, Gaber J, Richardson J, Mangin D, Ploeg J, Valaitis R, et al. Pilot randomized controlled trial of a complex intervention for diabetes self-management supported by volunteers, technology, and interprofessional primary health care teams. *Pilot Feasibility Stud.* 27 oct 2019;5(1):118.
  33. Allen NA, Zagarins S, Welch G. Reducing Social Distress for Chronic Disease Patients in Primary Care: An Intervention for Latino Type 2 Diabetes Patients Seen at Community Health Centers. *Diabetes Spectr Publ Am Diabetes Assoc.* nov 2017;30(4):288-96.
  34. Saragi S, Murty AI, Athiyah U. Exploring The Potential of Interprofessional Collaboration in Medication Therapy Management in Primary Health Care. 2019;8.
  35. Simon GE, Katon W, Rutter C, VonKorff M, Lin E, Robinson P, et al. Impact of improved depression treatment in primary care on daily functioning and disability. *Psychol Med.* mai 1998;28(3):693-701.
  36. Sherbourne CD, Wells KB, Duan N, Miranda J, Unützer J, Jaycox L, et al. Long-term effectiveness of disseminating quality improvement for depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry.* juill 2001;58(7):696-703.
  37. Areán PA, Gum AM, Tang L, Unützer J. Service use and outcomes among elderly persons with low incomes being treated for depression. *Psychiatr Serv Wash DC.* août 2007;58(8):1057-64.
  38. Petersen JJ, König J, Paulitsch MA, Mergenthal K, Rauck S, Pagitz M, et al. Long-term effects of a collaborative care intervention on process of care in family practices in Germany: a 24-month follow-up study of a cluster randomized controlled trial. *Gen Hosp Psychiatry.* nov 2014;36(6):570-4.
  39. Finley PR, Rens HR, Pont JT, Gess SL, Louie C, Bull SA, et al. Impact of a collaborative pharmacy practice model on the treatment of depression in primary care. *Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm.* 15 août 2002;59(16):1518-26.
  40. Adler DA, Bungay KM, Wilson IB, Pei Y, Supran S, Peckham E, et al. The impact of a pharmacist intervention on 6-month outcomes in depressed primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry.* juin 2004;26(3):199-209.
  41. Bhat S, Kroehl ME, Trinkley KE, Chow Z, Heath LJ, Billups SJ, et al. Evaluation of a Clinical Pharmacist-Led Multidisciplinary Antidepressant Telemonitoring Service in the

Primary Care Setting. *Popul Health Manag.* oct 2018;21(5):366-72.

42. Burns R, Nichols LO, Martindale-Adams J, Graney MJ. Interdisciplinary geriatric primary care evaluation and management: two-year outcomes. *J Am Geriatr Soc.* janv 2000;48(1):8-13.
43. Lenaghan E, Holland R, Brooks A. Home-based medication review in a high risk elderly population in primary care--the POLYMED randomised controlled trial. *Age Ageing.* mai 2007;36(3):292-7.
44. van Lieshout MRJ, Bleijenberg N, Schuurmans MJ, de Wit NJ. The Effectiveness of a PReactive Multicomponent Intervention Program on Disability in Independently Living Older People: A Randomized Controlled Trial. *J Nutr Health Aging.* 2018;22(9):1051-9.
45. Melis RJF, van Eijken MIJ, Teerenstra S, van Achterberg T, Parker SG, Borm GF, et al. A randomized study of a multidisciplinary program to intervene on geriatric syndromes in vulnerable older people who live at home (Dutch EASYcare Study). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* mars 2008;63(3):283-90.
46. Boulton C, Reider L, Frey K, Leff B, Boyd CM, Wolff JL, et al. Early effects of « Guided Care » on the quality of health care for multimorbid older persons: a cluster-randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* mars 2008;63(3):321-7.
47. Mukamel DB, Temkin-Greener H, Delavan R, Peterson DR, Gross D, Kunitz S, et al. Team performance and risk-adjusted health outcomes in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE). *The Gerontologist.* avr 2006;46(2):227-37.
48. Brown L, Tucker C, Domokos T. Evaluating the impact of integrated health and social care teams on older people living in the community. *Health Soc Care Community.* mars 2003;11(2):85-94.
49. Kolk AMM, Schagen S, Hanewald GJFP. Multiple medically unexplained physical symptoms and health care utilization: outcome of psychological intervention and patient-related predictors of change. *J Psychosom Res.* oct 2004;57(4):379-89.
50. Schaefer R, Kaufmann C, Wild B, Schellberg D, Boelter R, Faber R, et al. Specific collaborative group intervention for patients with medically unexplained symptoms in general practice: a cluster randomized controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2013;82(2):106-19.
51. Rollman BL, Belnap BH, Mazumdar S, Houck PR, Zhu F, Gardner W, et al. A randomized trial to improve the quality of treatment for panic and generalized anxiety disorders in primary care. *Arch Gen Psychiatry.* déc 2005;62(12):1332-41.
52. Engel CC, Jaycox LH, Freed MC, Bray RM, Brambilla D, Zatzick D, et al. Centrally Assisted Collaborative Telecare for Posttraumatic Stress Disorder and Depression Among Military Personnel Attending Primary Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 1 juill 2016;176(7):948-56.
53. Taplin S, Galvin MS, Payne T, Coole D, Wagner E. Putting population-based care into practice: real option or rhetoric? *J Am Board Fam Pract.* avr 1998;11(2):116-26.
54. Okraszewski S, Sattler-Leja R, Brodman M, Goll D, Lam SW. Comparison of Interventions Made in an Ambulatory Pharmacist-Managed Refill Model to Usual Physician Care. *J Pharm Technol JPT Off Publ Assoc Pharm Tech.* févr

2020;36(1):22-7.

55. Rose SM, Hatzenbuehler S, Gilbert E, Bouchard MP, McGill D. A Population Health Approach to Clinical Social Work with Complex Patients in Primary Care. *Health Soc Work.* mai 2016;41(2):93-100.
56. Mark DD, Vicki L. B, Mays MZ. Primary Care Outcomes and Provider Practice Styles. *Mil Med.* 1 oct 2001;166(10):875-80.
57. Cerci Neto A, Ferreira Filho OF, Bueno T, Talhari MA. Reduction in the number of asthma-related hospital admissions after the implementation of a multidisciplinary asthma control program in the city of Londrina, Brazil. *J Bras Pneumol Publicacao Of Soc Bras Pneumol E Tisilogia.* sept 2008;34(9):639-45.
58. Schlicht K, Morgan M a. J, Fuller J, Coates MJ, Dunbar JA. Safety and acceptability of practice-nurse-managed care of depression in patients with diabetes or heart disease in the Australian TrueBlue study. *BMJ Open.* 1 janv 2013;3(4):e002195.
59. Lyra DP, Rocha CE, Abriata JP, Gimenes FRE, Gonzalez MM, Pelá IR. Influence of Pharmaceutical Care intervention and communication skills on the improvement of pharmacotherapeutic outcomes with elderly Brazilian outpatients. *Patient Educ Couns.* oct 2007;68(2):186-92.
60. Feigenbaum A, Pasternak S, Zusk E, Sarid M, Vinker S. Influence of intense multidisciplinary follow-up and orlistat on weight reduction in a primary care setting. *BMC Fam Pract.* 29 janv 2005;6(1):5.
61. Douglas PS, Miller Y, Bucetti A, Hill PS, Creedy DK. Preliminary evaluation of a primary care intervention for cry-fuss behaviours in the first 3-4 months of life ('The Possums Approach'): effects on cry-fuss behaviours and maternal mood. *Aust J Prim Health.* mars 2015;21(1):38-45.
62. Bertil Marklund, Jörgen Månsson, Carl-Peter Anderberg, Kerstin Hagberg, Inger Lyder, Calle Bengtsson, et al. Effects on Sickness Pattern of Early Mini-rehabilitation Groups Among Patients with Musculoskeletal Problems in Primary Healthcare. *Scand J Occup Ther.* 1 janv 1999;6(2):90-4.
63. Jiwa M, Longman G, Sriram D, Sherriff J, Briffa K, Musiello T. Cancer care coordinator: promoting multidisciplinary care--a pilot study in Australian general practice. *Coll R Coll Nurs Aust.* 2013;20(1):67-73.
64. Novak KL, Halasz J, Andrews C, Johnston C, Schoombee W, Tanyingoh D, et al. Nurse-Led, Shared Medical Appointments for Common Gastrointestinal Conditions-Improving Outcomes Through Collaboration With Primary Care in the Medical Home: A Prospective Observational Study. *J Can Assoc Gastroenterol.* avr 2020;3(2):59-66.
65. Bartholomew TS, Grosgebauer K, Huynh K, Cos T. Integration of Hepatitis C Treatment in a Primary care Federally Qualified Health Center; Philadelphia, Pennsylvania, 2015-2017. *Infect Dis Res Treat.* déc 2019;12:N.PAG-N.PAG.
66. Girard S. DES MÉDECINE GÉNÉRALE.



**NOM : NOGUEIRA**

**PRÉNOM : ANTOINE**

**Titre de Thèse : Les effets de la collaboration interprofessionnelle en soins primaires : une revue de littérature.**

---

### **RÉSUMÉ**

A travers une revue systématique de la Littérature sur Pubmed, CINAHL, Psycinfo et EMBASE incluant 50 articles, l'objectif de ce travail est d'évaluer les effets de la collaboration interprofessionnelle en soins primaires.

Sont analysés : les effets sur les patients, les effets sur les professionnels de santé et enfin les effets sur le coût des soins.

---

### **MOTS-CLÉS**

**Soins primaires – collaboration – interprofessionnalisme – revue de littérature**