

ANNÉE 2022

N° 2020*-190
(complété par la scolarité)

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN PHARMACIE

par

Adam MOUHIB

Présentée et soutenue publiquement le 14/10/2022

EVALUATION DE LA COLLABORATION
INTERPROFESSIONNELLE DANS LE SYSTEME DE SOINS
PRIMAIRES ET DE L'IMPLICATION DU PHARMACIEN :
UNE REVUE SYSTEMATIQUE

REMERCIEMENTS

Au Docteur Jean-François Huon,

Merci de m'avoir laissé l'opportunité de participer à ce travail et d'avoir été d'une aide des plus précieuses durant la totalité de cet exercice.

Aux Docteurs Morgane Angibaud et Maud Jourdain,

Merci de votre soutien et votre apport sans faille tout au long de ce travail.

Au Docteur Sonia Prot-Labarthe,

Merci d'avoir accepté de présider ma soutenance de thèse.

A Monsieur Antoine Nogueira,

Merci d'avoir partagé cette aventure avec moi.

Madame Françoise Nazih,

Merci d'avoir été présente dans des moments de doutes.

A mes parents, merci pour cette force que vous me donnez tous les jours, pour l'amour que vous m'offrez depuis le début et pour tout ce que vous m'avez apporté tout au long de ma vie.

A mon grand frère Taha, merci d'avoir été là pour moi dès mon plus jeune âge et de continuer à l'être.

A Charlie et Khaled, merci pour tous les moments inoubliables passés avec vous, et de ces futurs moments passés ensemble.

A Alexis et Rayan, merci pour votre amitié, des plus inestimable.

A Akram et Alix, merci à vous deux d'avoir été mes binômes durant toutes ces années d'études, et merci pour tous les bons moments que l'on a passés ensemble.

A Sylvain et Hicham, merci pour tous ces fous rires et d'avoir passé toute cette période universitaire à vos côtés.

Serment de Galien

En présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples, je fais le serment :

- D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés.
- D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.
- De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Tables de matières

Liste des tableaux et Abréviation	3
1. INTRODUCTION	4
2. MATERIELS ET METHODE	5
2.1. Stratégie de recherche.....	5
2.2. Critères d'inclusion et de non-inclusion.....	5
2.3. Sélection des articles.....	6
2.4. Extraction des données et analyse.....	6
3. RESULTATS	8
3.1. Caractéristiques générales des études.....	8
3.2. Dispositifs de collaborations.....	14
3.3. Effets sur le système de santé.....	21
3.4. Effets sur les professionnels de santé.....	23
3.5. Effets sur les patients	25
3.5.1. Diabète.....	25
3.5.2. Dépression.....	25
3.5.3. Gériatrie.....	26
3.5.4. Autres.....	26
4. DISCUSSION	32
5. CONCLUSION	34
6. BIBLIOGRAPHIE	35
Résumé	38

Liste de tableaux et des figures

Tableau 1 : Caractéristiques des études.....	10
Tableau 2 : Dispositifs de collaborations.....	16
Tableau 3 : Effets sur le système de santé.....	22
Tableau 4 : Effets sur les professionnels de santé.....	24
Tableau 5 : Effets sur les patients.....	28
Figure 1 : Diagramme de flux.....	8

Abréviation

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive
CAPP : Collaborative Ambulatory care Pharmacy Practice
CIP : Collaboration interprofessionnelle
GI : Groupe interventionnel
GT : Groupe témoin
HbA1c : Hémoglobine glyquée
HLI : Harsh Living Index
IDE : Infirmière diplômée d'état
MMI : Medication Management Interventions
PHCU : Primary HealthCare Unit
PMAC : Pharmacist-Managed Authorization Center
RGO : Reflux Gastro-Œsophagien
SPRY : Supporting Proactive lifestyle

1. Introduction

Aujourd'hui, la France possède l'un des systèmes de santé parmi les plus accessibles au monde, permettant à la majorité de la population une grande facilité d'accès aux soins (18). Dans le système de soins, le médecin traitant est positionné en chef d'orchestre du parcours des patients dans cette structure sanitaire. Lors des dernières décennies, l'augmentation croissante de la demande et la multiplication des déserts médicaux pose la question des limites du modèle de l'exercice des soins primaires dans sa forme historique(31). Ce constat se révèle également pour l'ensemble des professionnels de santé (pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, ...) qui sont les premiers maillons de la chaîne de santé pour les soins primaires, programmés ou non.

Les soins primaires sont définis d'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 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 et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations. » (19).

Avec plus de quatre millions de patients en officine par jour (20), le pharmacien se positionne parmi les praticiens les plus sollicités du système de soin. Ses connaissances pharmacologiques et galéniques le placent en qualité d'expert du médicament, lui conférant légitimement son monopole de délivrance. Il devient l'un des garde-fous du bon usage du médicament, à l'instar du médecin prescripteur ou de l'infirmière.

En plus de la dispensation du médicament, le législateur a défini le cadre d'exercice du pharmacien (l'article L.5125-1-1 A). En effet, et au même titre que le médecin, le pharmacien a toute sa place dans les activités d'éducation thérapeutique, de soins de premiers recours, de vaccination (à l'image de la crise sanitaire COVID-19). De manière plus générale, le pharmacien est impliqué dans les champs de la prévention et de promotion de la santé, du dépistage de maladies infectieuses et non transmissibles, ou encore de la réalisation d'un suivi et d'un accompagnement pharmaceutique pour le patient.

Ce constat nous démontre qu'il existe un lien franc entre les différents praticiens, qu'ils soient médecins ou pharmaciens. Cette zone de compétences communes doit être optimisée par no-

tamment une collaboration « médecin-pharmacien » efficace. Pour aller plus loin, ces observations peuvent être étendues aux autres professionnels de santé (masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, maïeuticiens, chirurgiens-dentistes, ...) où le travail de coordination, de permanence de service et de transmission d'information permettra de répondre au mieux aux nouveaux enjeux et difficultés de l'offre de prestations primaires.

Cette nouvelle forme d'exercice est de plus en plus répandue, comme le montre l'article 51 de la loi HSPT du 21 juillet 2009. Cette loi a mis en place des protocoles de coopération sous la forme d'initiative locale sous la tutelle de l'ARS (Agence Régionale de Santé) et de la HAS (Haute Autorité de Santé) (21). Le dispositif d'Appui à la Coordination est un autre exemple de Collaboration interprofessionnelles (CIP). C'est une structure qui permet aux professionnels de santé de pouvoir mieux accompagner les patients, afin de permettre un maintien à domicile (22). La littérature sur ce sujet nous montre qu'il existe déjà des données, mais pas en soins primaires. Ce travail est une revue systématique de la littérature qui vise à documenter les effets de la CIP en soins primaires. Il vise à décrire les différents types de collaboration publiés, ainsi que l'impact de ce mode d'exercice sur le système de santé, les professionnels de santé ainsi que les patients. Nous nous intéresserons tout particulièrement aux domaines d'activités du pharmacien, qu'il soit d'officine ou hospitalier.

2. Matériels et méthode

Cette revue systématique de la littérature a été menée selon la méthode PRISMA (23). Elle complète une revue menée lors d'une thèse précédente, effectuée sur 11 années et dans une seule base de données (PubMed). Notre objectif était donc de reprendre la stratégie de recherche du travail précédent en interrogeant plusieurs bases de données, et en élargissant la période d'étude.

2.1. Stratégie de recherche

Quatre bases de données ont été consultées pour cette revue : Pubmed, CINAHL, PsycINFO et Embase.

L'équation de recherche utilisée a été la même que lors du travail initial :

("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]).

Le terme MeSH "interprofessional collaboration" ne demeurant pas dans les différentes bases de données, nous avons comme la thèse antérieure utilisé le terme "intersectoral collaboration".

Les publications référencées sur Pubmed entre le premier janvier 2009 et le premier mars 2020 avaient déjà été sélectionnées lors du travail de la thèse précédente. Nous avons par conséquent dans un premier temps sélectionné les articles publiés sur Pubmed du commencement de la base de données jusqu'en janvier 2009, puis ceux du 1^{er} mars 2020 au 1^{er} mars 2021.

Pour les bases de données CINAHL, PsycINFO et Embase, la recherche et la sélection ont été effectuées sans limite de temps sur la littérature publiée avant le 1^{er} mars 2021.

La recherche d'articles pour CINAHL a été menée en collaboration avec deux documentalistes travaillant dans des bibliothèques inter-universitaires de Paris.

2.2. Critères d'inclusion et de non inclusion

- Les critères d'inclusion des articles étaient les suivants :
 - ❖ Caractéristiques des articles : format IMRAD (Introduction, Method, Results And Discussion), rédigés en anglais et français.
 - ❖ Équipe de soins primaires : l'étude doit évaluer une modalité de collaboration interprofessionnelle (selon la définition proposée par l'OMS) en soins primaires,

impliquant au moins deux praticiens de santé de profession différente, psychologues inclus.

- Les critères d'exclusion pour les articles étaient les suivants :
 - ❖ Format : éditorial, commentaire, lettre exprimant l'opinion de l'auteur, dissertation, protocole d'étude, rapport de pratique, étude de cas, recherche théorique.
 - ❖ Équipe : 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.

2.3. Sélection des articles

La première sélection a été effectuée sur titre, puis sur abstract à partir des titres retenus, et enfin à partir des articles intégraux. La sélection a été faite en double lecture et en interprofessionnalité avec Antoine NOGUEIRA, interne en médecine générale

Dans la précédente revue de littérature, le travail en collaboration devait obligatoirement associer un médecin généraliste. Dans cette revue, nous avons décidé que l'intervention devait être menée par un professionnel de santé en soins primaires, qu'il soit médecin généraliste ou non. Après analyse des précédentes recherches, 8 articles avaient été rejetés pour ce motif. À la suite de l'examen de ces études, une seule a été réincluse dans notre revue de littérature.

L'ensemble des étapes a été réalisé en double lecture. En cas de discordances, les avis des directeurs de thèses étaient sollicités.

Pour l'analyse des résultats, je me suis concentré sur les articles incluant un pharmacien.

2.4. Extraction des données et analyse

Pour chaque étude, les données recueillies étaient :

- Caractéristiques générales : titre, auteur, date de publication et pays d'origine de l'étude ;
- Design de l'étude ;
- Objectif de l'étude
- Champ d'exercice

- Critère de jugement principal / critères d'évaluation applicables en soins primaires
- Équipe de soins primaires / population de l'étude
- Type d'intervention / modalités de la CIP
- Termes utilisés pour décrire la CIP ;
- Effets de l'étude sur les patients
- Effets de l'étude sur les professionnels de santé
- Effets de l'étude sur le système de santé
- Acceptabilité et limites sur les patients
- Acceptabilité et limites sur les professionnels de santé

Certaines données n'étaient pas décrites dans les articles et n'ont donc pas pu être extraites. L'extraction des données a été répartie entre les deux étudiants avec un code couleur si besoin d'une double lecture.

3. Résultats

Sur les 4 bases de données, nous avons au total 2278 articles éligibles selon l'équation de recherche. En appliquant les critères de sélection, 184 articles ont été retenus. Un ajout de 8 articles provenant du travail précédent a été effectué. Après lecture complète des articles, 51 articles ont été inclus. Pour mon travail de thèse, j'ai étudié uniquement les articles incluant les pharmaciens, ce qui représente 17 articles (Figure 1).

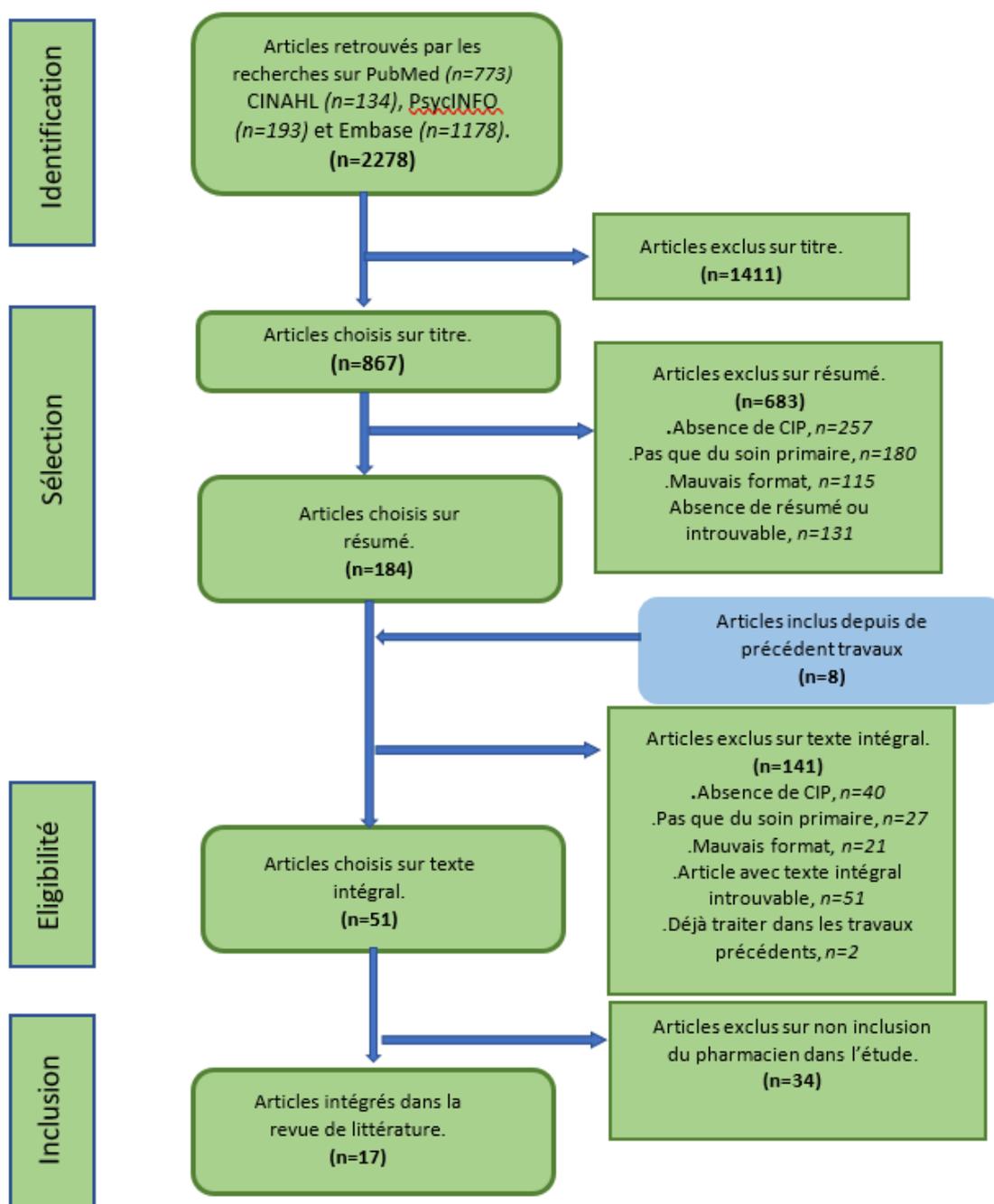


Figure 1 : Diagramme de flux

3.1. Caractéristiques générales des études

Les résultats sont décrits dans le tableau 1 (Caractéristiques des études).

Dix études ont été réalisées aux États-Unis, trois au Canada, une au Royaume-Uni, une au Pays-Bas, une au Brésil et une en Indonésie.

Les champs d'étude les plus traités étaient le diabète (4 études, (7)-(12)-(13)), la dépression (3 articles, (2)-(3)-(5)) et la gériatrie (2 articles, (4)-(17)).

Le dépistage, les unités de soins primaires, la médecine générale, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), le reflux gastro-œsophagien (RGO), le syndrome de l'intestin irritable et la dyspepsie, l'hépatite C, les maladies chroniques ainsi que les consultations de renouvellement ont chacun été traités dans un article.

Sur les 17 études examinées, sept étaient des études contrôlées randomisées, cinq des études prospectives ou rétrospectives, quatre des études interventionnelles et une étude qualitative.

Concernant les critères d'évaluation de la CIP, l'observance, la satisfaction du patient, le coût de prise en charge, le nombre de visite médicale ou d'admission à l'hôpital étaient mesurés à l'aide de différents indicateurs (questionnaires, entretiens, scores, valeurs cliniques...).

Tableau 1 : Caractéristiques générales des études

N°	Titre	Auteur, (Année), Pays	Design	Objectif de l'étude	Champs d'exercice	Critère de jugement principal / Critères d'évaluation applicables en SP
(1)	Putting population-based care into practice real option or rhetoric?	Taplin et al., (1988), Etats-Unis	Etude analytique interventionnelle	-Montrer que les soins (dépistage, suivi de maladie chronique) sont mieux réalisés quand ils sont pratiqués en équipe	Dépistage	- Homme et femmes >52 ans qui ont fait la recherche de sang dans les selles dans les 18 derniers mois - Femmes entre 52 et 65 ans qui ont réalisé une mammographie dans les 2 dernières années - Hommes et femmes traités par Warfarine qui ont eu une recherche du Taux de prothrombine dans le mois précédant - Hommes et femmes diabétiques qui ont eu une consultation ophtalmologique dans l'année précédente.
(2)	Impact of a collaborative pharmacy practice model on the treatment of depression in primary care.	Finley et al., (2002), Etats-Unis	Essai contrôle randomisé	-Etudier l'impact d'un modèle collaboratif impliquant un pharmacien dans la prise en charge des patients atteints de dépression	Dépression	- Observance des patients à 3 et 6 mois. - Satisfaction des patients à 6 mois - Nombre de visite avec le médecin de référence dans son cabinet dans les 12 mois avant et après la prescription.
(3)	The impact of a pharmacist intervention on 6 month outcomes in depressed primary care patients.	Adler et al., (2003), Etats-Unis	Essai randomisé et contrôlé	-Examiner le rôle du pharmacien clinicien dans le traitement de la dépression en soins primaires	Dépression	- taux d'utilisation des anti-dépresseurs à 6 mois - sévérité de la dépression
(4)	A randomized controlled trial of a pharmacist consultation program for family physicians and their elderly patients.	Sellers et al., (2008), Canada	Essai contrôle randomisé	-Evaluer si l'intervention d'un pharmacien spécialement formé pouvait réduire le nombre de prises médicamenteuses quotidiennes par les patients âgés -Evaluer les coûts et l'utilisation des soins de santé	Gériatrie	-Réduction des prises médicamenteuses quotidiennes (en unité de prise)
(5)	Impact of a collaborative care model on depression in a primary care setting : a randomized controlled trial.	Finley et al., (2003), Etats-Unis	Essai contrôle randomisé	-Mesurer les effets apportés par un pharmacien dans un modèle de soins collaboratifs portant sur la délivrance et le suivi des traitements antidépresseurs	Dépression	-Réduction des prises médicamenteuses quotidiennes (en unité de prise)

N°	Titre	Auteur, (Année), Pays	Design	Objectif de l'étude	Champs d'exercice	Critère de jugement principal / Critères d'évaluation applicables en SP
(6)	Influence of pharmaceutical care intervention and communication skills on the improvement of pharmacotherapeutic outcomes with elderly Brazilian outpatients.	Lyra Jr et al., (2007), Brésil	Etude prospective longitudinale (semi-expérimentale)	-Evaluer l'influence de l'intervention de soins pharmaceutiques sur les résultats obtenus auprès d'un groupe de patients âgés en situation ambulatoire -Analyser les compétences de communication utilisées par les professionnels de santé (pharmaciens chercheurs, pharmaciens d'officine et médecins) lors de conseils en matière de santé et de médicaments.	Unité de soins primaires	-Echelle de Likert (Outil psychométrique permettant de mesurer une attitude chez des individus).
(7)	Impact of diabetes education teams in primary care on processes of care indicators.	Vitale et al., (2020), Canada	Etude randomisée déséquilibrée	-Évaluer l'impact de l'intégration des équipes d'éducation au diabète sur place dans les soins primaires sur les processus des indicateurs de soins conformément aux lignes directrices de pratique	Diabète	-Augmentation du nombre de visites médicales semestrielles pour le diabète et d'examens annuels des pieds
(8)	Home-based medication review in a high risk elderly population in primary care the POLYMED randomized controlled trial.	Lenaghan et al., (2007), Royaume-Uni	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	Médecine générale	-Nombre total d'hospitalisations non électives dans les 6 mois.
(9)	Evaluating an integrated chronic obstructive pulmonary disease management program implemented in a primary care setting	Kimball et al., (2021), Etats-Unis	Etude interventionnel avant/après	-Evaluer l'impact d'une stratégie de prise en charge de la BPCO incluant les pharmaciens sur les symptômes des patients, leurs exacerbations et le coût des soins	BPCO	-Différence moyenne au CAT (COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) Assessment Test)

N°	Titre	Auteur, (Année), Pays	Design	Objectif de l'étude	Champs d'exercice	Critère de jugement principal / Critères d'évaluation applicables en SP
(10)	Nurse-led, shared medical appointments for common gastrointestinal conditions – Improving outcomes through collaboration with primary care in the medical home : Prospective observational study.	Novak et al., (2018), Canada	Etude observationnelle prospective	-Evaluer la sécurité, l'accès et les résultats obtenus pour les patients adressés à une consultation dirigée par une infirmière diplômé d'état (IDE) dans des contextes de RGO, de dyspepsie ou de syndrome de l'intestin irritable	RGO, SII et dyspepsie	-Temps d'attente pour consultation, fréquence et résultat des endoscopies et fréquence de ré-adressement vers un gastroentérologue
(11)	Comparaison of intervention made in an Ambulatory Pharmacist-Managed Refill Model to Usual Physician Care	Okraszewski et al., (2020), Etats-Unis	Etude de cohorte rétrospective de non-infériorité	-Comparer le taux d'intervention de gestion des médicaments (MMI - changements de traitement médicamenteux, surveillance de laboratoire ordonnée ou visite de bureau prévue) initiée par le centre d'autorisation géré par le pharmacien (PMAC) aux soins habituels	Consultations de renouvellement de soins primaires générées à partir de 6 centres de santé de soins primaires	-Taux d'intervention de gestion des médicaments (changements de traitement médicamenteux, surveillance en laboratoire ordonnée ou visites au cabinet prévues) initiées par la PMCA par rapport aux soins habituels.
(12)	Pharmacist intervention in improving clinical outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus among the underrepresented population: A collaborative ambulatory care pharmacy practice (CAPP) approach	Chong et al., (2020), Etats-Unis	Etude prospective, non croisée, pré- et post-intervention	-Evaluer l'impact des interventions du pharmacien par le biais d'un modèle de pratique collaborative de la pharmacie de soins ambulatoires (CAPP) chez les patients atteints de diabète sucré de type 2 (DT2) parmi la population sous-représentée	Diabète	-Taux d'hémoglobine A1c (HbA1c)

N°	Titre	Auteur, (Année), Pays	Design	Objectif de l'étude	Champs d'exercice	Critère de jugement principal / Critères d'évaluation applicables en SP
(13)	Exploring the potential of interprofessional collaboration in medication therapy management in primary health care	Saragi et al., (2019), Indonésie	Etude Qualitative transversale par interviews	-Explorer le potentiel de collaboration médecin-pharmacien dans la prise en charge médicamenteuse du DT2	Diabète	-Connaissances des médecins et pharmaciens sur la gestion des thérapies médicamenteuses du DT2 -Gestion des thérapies médicamenteuses de leurs patients.
(14)	A Population Health Approach to Clinical Social Work with Complex Patients in Primary Care.	Rose et al., (2016), Etats-Unis	Etude interventionnelle	- Evaluation des patients exposés à un cadre social et économique difficile, ayant une utilisation accrue des services d'hospitalisation et d'urgence, et présentant des obstacles à l'autogestion de leur maladie	Maladies chroniques	- Score de Harsh Living Index (HLI)
(15)	Effectiveness of nurse practitioner coordinated team group visits for type 2 diabetes in medically underserved Appalachia.	Jessee et al. , (2012), Etats-Unis	Etude prospective non randomisée	-Evaluation de l'efficacité des visites de groupe de l'équipe coordonnée d'infirmières praticiennes multidisciplinaires dans la région de l'Appalachie médicalement mal desservies sur la santé, des connaissances et de l'auto-efficacité des patients atteints de diabète de type 2. -Identification des obstacles perçus à la participation aux programmes sur le diabète	Diabète	- Glycémie moyenne - Hémoglobine glyquée (HbA1c) moyenne, - Score moyen de connaissance - Score moyen d'efficacité. - Comparaison entre le groupe d'intervention et le groupe de soins habituelles de ces 4 facteurs.
(16)	Integration of Hepatitis C Treatment in a Primary care Federally Qualified Health Center; Philadelphia, Pennsylvania, 2015-2017.	Bartholomew et al., (2019), Etats-Unis	Etude Avant après	-Décrire une nouvelle approche de prise en charge de l'hépatite C (VHC) et évaluer son impact	Hépatite C	Critères : Même si l'étude n'est pas comparative les éléments mesurés étaient le nombre de patient référé à ce programme, le nombre de patient pour qui le traitement a été accordé par assurance, le nombre de personnes qui a commencé le traitement, le nombre de personnes qui a fini le traitement, le nombre de personne qui a atteint le SVR (Sustained Virologic Response = réponse virale soutenue)

N°	Titre	Auteurs, (Année), Pays	Design	Objectifs d'étude	Champs d'exercice	Critère de jugement principal / Critères d'évaluation applicables en SP
(17)	The Effectiveness of a Proactive Multicomponent Intervention Program on Disability in Independently Living Older People: A Randomized Controlled Trial.	Van Lieshout et al.,(2018), Pays-Bas	Essai contrôlé randomisé	-Evaluer l'efficacité du programme Supporting Proactive Lifestyle (SPRY) sur le fonctionnement quotidien des (pré) fragiles vivant dans la communauté et âgés de 65 ans et plus	Gériatrie en soins primaires	-Mesure de l'activité de la vie quotidienne via le Katz-6

3.2. Dispositifs de collaborations

Les résultats sont décrits dans le tableau 2 (Dispositifs de collaborations).

Pour 6 des études incluses dans la revue de littérature, il était question d'une équipe composée d'un médecin généraliste et d'un pharmacien hospitalier ou d'officine. Pour 5 de ces travaux, 3 professionnels de santé différents étaient impliqués (médecin généraliste, pharmacien hospitalier, pharmacien d'officine, infirmière, psychologue, pneumologue). Dans un article, l'équipe de soins est composée de 4 professionnels (médecin généraliste, pharmacien hospitalier / pharmacien d'officine, infirmière et un diététicien). Enfin, la composition des équipes de 5 articles se construit autour de 5 professionnels ou plus (médecin généraliste, pharmacien hospitalier / pharmacien d'officine, infirmière, kinésithérapeute, psychologue, travailleurs sociaux)

Le terme de collaboration interprofessionnelle a été retrouvé sous différentes formules :

- patient care team
- interprofessional relations
- cooperative behavior
- collaborative intervention
- education teams
- multidisciplinary teams
- interdisciplinary teams
- team-based care
- diabetes specialist teams
- diabetes care team
- practitioner-physician teams
- collaboratively managed patient care
- interprofessional collaboration

De multiples modalités de collaboration ont été explicitées :

- En présentiel : réunion d'équipe pluridisciplinaire, formation, consultation partagée multidisciplinaire avec le patient, entrevue ;

- En distanciel : note de suivi à travers des dossiers médicaux électroniques partagés, compte rendu, interaction par mail, communication téléphonique ou encore compte-rendu envoyé par courrier.

Les différents types d'intervention étaient des entretiens en face-à-face ou téléphonique, des questionnaires, des interviews, des dépistages, des groupes d'éducatons thérapeutiques, des visites à domicile ou encore la surveillance de paramètres biologiques en cabinet.

Tableau 2 : Dispositifs de collaborations

N°	Composition d'équipe	Type d'intervention et modalité
(1)	Médecin généraliste, réceptionniste, Infirmiers, pharmacien	<ul style="list-style-type: none"> -Formation d'une équipe (médecin, infirmier, care manager, pharmacien, réceptionniste) -Résolution de cas liés à la pratique -Sélection sur 6 critères : 1) Problème prioritaire et récurrent 2) Existence de preuves de l'efficacité d'un traitement ou d'une prise en charge 3) Existence d'outils pour améliorer le processus 4) Sujet intéressant l'équipe 5) Existence d'un gap entre la théorie et la pratique 6) Efforts améliorant l'équipe en termes de prévention via un environnement de travail sûr et une communication honnête -Réunions hebdomadaires puis bimensuelles durant la première année
(2)	Médecins et pharmaciens	<ul style="list-style-type: none"> -Diagnostic de dépression + début d'un traitement -Patient redirigé par médecin vers le pharmacien -Entretien de 30 min par le pharmacien en 2 parties : 1) évalue les symptômes dominants, l'environnement du patient, ses facteurs de stress, ATCD sociaux, médicaux et familiaux 2) éducation du patient sur la maladie (étiologie, facteurs prédisposants), explication de la pharmacologie du médicament et explication de l'importance de l'observance. -Synthèse avec des suggestions de prise en charge. -Entretien à S6 et S24, entretien téléphonique à S1,2,4,10,16. : revoit l'observance et les effets secondaires puis les consigne dans le dossier
(3)	Médecins et pharmaciens	<ul style="list-style-type: none"> -Entretien téléphonique et/ou physique au minimum 9 fois sur 18 mois -Utilisation d'un protocole basé sur les principes de la pharmacie clinique et les lignes directrices de l'AHCP (Agency for Health Care Policy and Research = agence de politique et de recherche en matière de santé) -Protocole mettant l'accent sur : 1) l'obtention d'un historique complet médicamenteux, 2) l'évaluation du régime médicamenteux d'un patient pour les problèmes liés aux médicaments (tels que les effets secondaires ou les interactions médicamenteuses), 3) surveillance de l'efficacité et de la toxicité des médicaments, en particulier pour les symptômes de dépression, 4) éduquer les patients sur la dépression et les antidépresseur, 5) encourager les patients à commencer et à poursuivre le traitement de la dépression, et 6) faciliter la communication avec le médecin traitant du patient. -Communication par mail entre le pharmacien et le médecin.
(4)	Médecins et pharmaciens	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluation des médicaments par le pharmacien dans le cabinet du médecin -Rédaction par le pharmacien d'un courrier au médecin résumant les médicaments du patient, les problèmes liés aux médicaments et les actions pour résoudre ces problèmes -Discussion entre pharmacien et médecin de la lettre de consultation + décision prise par le médecin -Rencontre entre le pharmacien et le médecin à M3 pour discuter des progrès dans la mise en œuvre des recommandations -A M5 de la première visite, rencontre entre le pharmacien et le médecin pour déterminer quelles modifications sont mises en place -surveillance par entretien téléphonique par le pharmacien un et trois mois après la rencontre avec le médecin

N°	Composition d'équipe	Type d'intervention et modalité
(5)	Médecins et pharmaciens	<ul style="list-style-type: none"> -Entretien réalisé par le care manager dès la randomisation -Contacts répétés entre le patient et le pharmacien : par téléphone à S1,2,4,10,16 : évalue observance, effets thérapeutiques, effets secondaires... etc. -Visites cliniques à S6 et S24. -Si un changement de traitement semble nécessaire, échange téléphonique entre médecin et pharmacien
(6)	Quatre médecins, deux pharmaciens officinaux et deux chercheurs, eux-mêmes pharmaciens	<ul style="list-style-type: none"> -Visite mensuelle chez le pharmacien en unité de soins primaires (=Primary HealthCare Unit (PHCU)) pendant un an -Entretien avec le pharmacien pendant 40 min, à l'aide d'une check-list comportant des éléments essentiels tels que les variables socio-démographiques, l'état de santé et la pharmacothérapie. -Programme d'entretiens de soin pharmaceutique constitué de : l'écoute, l'examen de la situation de santé et des antécédents médicamenteux, l'identification des besoins et des problèmes, l'évaluation, le plan de soins, la documentation et l'intervention. -Echanges entre médecins et pharmaciens par mail ou par entrevues
(7)	Médecin de famille, infirmière, pharmacien, diététicien	<ul style="list-style-type: none"> -Visite hebdomadaire de l'infirmière et de la diététicienne des sites de soins primaires Entrevues avec les patients pendant environ une demi-heure sur une période d'un an pour évaluer le niveau d'auto-prise en charge du diabète, les connaissances sur le diabète et les habitudes de vie des patients. -Communication par le biais de notes écrites. -Au cours de cette année, examen / discussion / révision au besoin des plans de traitement, des objectifs et des besoins des patients -Nombre et fréquence des visites de suivi variables pour tenir compte des besoins individuels des patients, et basés sur les paramètres cliniques de chaque patient -Les patients du groupe de soins habituels ont été vus par leur médecin selon les soins habituels.
(8)	Médecin généraliste, pharmacien d'officine	<ul style="list-style-type: none"> -Visite des pharmaciens dans les 2 semaines suivant l'appel téléphonique initial -Entrevues régulières entre le pharmacien et le médecin pour discuter de possibles modifications des traitements -Modifications mises en œuvre par le médecin généraliste ou par le délégué à l'équipe de dispensation du cabinet -Visite de suivi à S6-S8
(9)	Pharmacien, médecin généraliste, pneumologue	<ul style="list-style-type: none"> -Visite de 60 min du pharmacien et du médecin avec le patient -Le pharmacien commence par une visite de 60 minutes avec le patient : antécédents relatifs à la BPCO, remise du CAT, optimisation des traitements, vérification de la bonne technique de prise des traitements, éducation thérapeutique, conseils sur les signes de gravité, conseils hygiéno-diététiques -conseils de prise en charge au médecin -Entretien mensuel téléphonique de 30 min pendant 3 mois avec possibilité de changement de prise en charge en passant par le médecin

N°	Composition d'équipe	Type d'intervention et modalité
(10)	Médecin généraliste, gastroentérologue, IDE, pharmacien	<ul style="list-style-type: none"> -IDE entretien avec le patient sur : symptômes, comorbidités, antécédents, traitements, examens déjà réalisés (questionnaires). -Réunion de groupe avec pharmacien, diététicien, spécialiste du comportement. -Evaluation du patient par le médecin ou par le gastroentérologue -Questionnaires remplis à M0 et M6 -Dans le bras sous soins habituels, les patients ne voient que médecin généraliste ou gastroentérologue et remplissent les mêmes questionnaires
(11)	Médecins de soins primaires et pharmacien	<ul style="list-style-type: none"> -Collecte des données par 4 pharmaciens à l'aide de REDCap -Réunions bi-hebdomadaires tout au long de la période de collecte de données par l'équipe de recherche pour normaliser la collecte de données et contrôler la qualité des données.
(12)	Infirmière praticienne, médecin de soins primaires, pharmacien	<ul style="list-style-type: none"> -Visite de suivi de 30 min avec le pharmacien au besoin jusqu'à ce que les objectifs de traitements ciblés soient atteints -Puis visites de suivi toutes les 2 à 4 semaines -Recommandations du pharmacien au médecin sur la pharmacothérapie - « Note de progression du pharmacien » dans le dossier du patient pour que les infirmières et médecin puissent suivre l'évolution du patient
(13)	Médecins généralistes et pharmaciens	Interviews conduites avec 9 médecins et 10 pharmaciens sur la Medication Therapy Management (Gestion des traitements médicamenteux), ils devaient pour cela avoir au moins 2 ans d'expérience, au moins 5 patients DT2 et ne pas travailler à l'hôpital.
(14)	Médecin de soins primaire, une infirmière, un assistant médical, un pharmacien et un gestionnaire de soins (care manager)	<ul style="list-style-type: none"> -Prise de contact du travailleur social avec le médecin actuel des patients identifiés -Si cela est possible d'autres membres du personnel de l'équipe de soins peuvent participer aux réunions de l'équipe de soins afin de créer un plan pour présenter l'intervention aux patients -Si le patient était intéressé par le service, le travailleur social rencontrait le patient individuellement. -Chaque patient a donné son consentement éclairé et a été soumis à une enquête HLI pour évaluer son niveau d'exposition au SDOH (Social Determinants of Health = déterminants de santé social) et à l'ACE (Adverse Childhood Experience= expérience d'enfance difficile)
(15)	Un médecin, un conseiller pédagogique, une diététicienne, deux pharmaciens, d'une infirmière	<ul style="list-style-type: none"> -Intervention d'une équipe composée d'infirmiers, de pharmaciens, de médecins et de diététiciens sur une période de 3 semaines pour le groupe intervention (GI) -Réunion hebdomadaire pendant 3 semaines pour le groupe intervention -2 visites de groupe de 4h (S1 et S3) et une activité d'apprentissage expérientiel de 2h (S2) -Visites de groupe, coordonnées par une Infirmière Praticienne (IP) et assurées par une équipe multidisciplinaire -Visite médicale à S1 dans le cadre du groupe interventionnel et comprenait un bref examen physique cardiopulmonaire par l'IP -Examens des pieds ont été effectués par l'infirmière à S3 -A S1 et S3 l'infirmière praticienne et le pharmacien ont passé en revue les analyses de laboratoire, les médicaments, la glycémie

N°	Composition d'équipe	Type d'intervention et modalité
(16)	Médecin, pharmacien, psychologue	<ul style="list-style-type: none"> -Patients testés positif au VHC lors des tests de routine adressés au centre de prise en charge -Le médecin revoit le diagnostic, fait le point sur les ATCD, les traitements en cours, vérifie le statut sérologique et fait effectuer les tests appropriés en laboratoire -Rencontre du psychologue pour voir si le patient semble prêt à suivre le traitement ; patient revu si addictions -Information du patient et explication de ce qui va être mis en place, réalisation d'une échographie, rassemblement des éléments nécessaires pour demander une prise en charge par l'assurance -Le coordinateur de traitement VHC prend en charge le dossier et fait la demande à l'assurance -Traitement toutes les 4 semaines sur site -Après la fin du traitement, test à 3 mois pour voir si RVS
(17)	Médecin de soins primaires, pharmaciens, infirmière psychosociale, kinésithérapeute, diététicienne et travailleur sociaux	<ul style="list-style-type: none"> La durée du programme était de 23 semaines -Optimisation de l'utilisation des médicaments, effectuée une fois au début du programme -Amélioration de la condition physique à 12 semaines -Renforcement des compétences sociales à 5 semaines à l'exception de la composante médicamenteuse -Optimisation de l'état nutritionnel à 3 semaines

3.3. Effets sur le système de santé

Les résultats sont décrits dans le tableau 3 (Effets sur le système de santé).

Des effets sur le coût des soins ont été relevés dans le sens d'une économie, significative (9).

Une diminution des dépenses de santé a été montrée par la réduction de l'utilisation des ressources à travers une réduction du nombre d'examens (10). Cette diminution s'est manifestée par une diminution du nombre d'examens d'endoscopie et de gastro-entérologie ou encore par une réduction du nombre de visites aux urgences. Cette diminution des coûts pouvait être liée aussi à une diminution des admissions à l'hôpital et de l'utilisation des services d'urgences (14).

La CIP améliore également la fluidité et l'activité des soins (15).

Une étude n'a démontré aucun effet sur les coûts liés aux soins. (4).

Tableau 3 : Effets sur le système de santé

N°	Composition d'équipe	Effet sur le système de santé
(4)	Évaluer si l'intervention d'un pharmacien spécialement formé pouvait réduire le nombre de prises médicamenteuses quotidiennes prises par les patients âgés, ainsi que les coûts et l'utilisation des soins de santé.	-Pas d'effet sur les coûts liés aux soins.
(8)	Évaluer 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.	-Réduction du nombre de prescriptions (9,85 à 10,33 médicaments prescrit sur 6 mois pour le groupe témoin (GT) contre groupe interventionnel 9,01 à 8,68 pour le groupe interventionnel après l'intervention, p=0,03)
(9)	Évaluer l'impact d'une stratégie de prise en charge de la BPCO incluant les pharmaciens sur les symptômes des patients, leurs exacerbations et le coût des soins	-Économie moyenne mensuelle de 248,29 dollars par patient, p<0,01
(10)	Évaluer 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.	<ul style="list-style-type: none"> -Moins d'examen d'endoscopie (50,9 % contre 76,3 %, p<0,0001) -Moins de réexamen en gastroentérologie (4,6 % contre 15,6 %, p<0,001) -Moins de visite aux urgences avec le même résultat (6,1% contre 12,0%, P=0,004) -Temps d'attente médian plus court (12,6 semaines contre 137,1 semaines, p<0,0001) -Optimisation de l'utilisation de ces ressources et amélioration du flux de travail
(14)	Evaluation des patients ayant une utilisation accrue des services d'hospitalisation et d'urgence et des obstacles à l'autogestion et ayant une vie exposée à un cadre social et économique difficile	<ul style="list-style-type: none"> -Diminution des admissions à l'hôpital (49%) et de l'utilisation des services d'urgences (5%) -Economie de coût de 107 808 \$/an
(15)	Étudier l'efficacité des visites de groupe de l'équipe coordonnée d'infirmières praticiennes multidisciplinaires dans la région de l'Appalachie médicalement mal desservie sur la santé, les connaissances et l'auto-efficacité des patients atteints de diabète de type 2. L'étude a également identifié les obstacles perçus à la participation aux programmes sur le diabète.	-Meilleur accès aux soins des populations de territoires mal desservis

3.3. Effets sur les professionnels de santé

Les résultats sont décrits dans le tableau 4 (Effets sur les professionnels de santé).

Dans 2 études (8)-(13), le travail de collaboration a été considéré judicieux par les médecins car il y avait une meilleure compréhension des prescriptions avec un retour d'expérience des pharmaciens. La pertinence de ce travail a donné suite à des missions de coopération après l'étude. (13)

Une étude a permis de mettre en place des programmes de soins pharmaceutiques dans différentes unités de soins primaires de Ribeirao Preto. Ces programmes ont permis aux pharmaciens de suivre 300 patients âgés. (6)

Les tâches accomplies par les pharmaciens dans le bras interventionnel ont été grandement appréciées par les médecins, que ce soit le suivi des patients ou encore les prescriptions faites par ces mêmes pharmaciens. (5)

Un autre élément a été mis en exergue dans cette revue de littérature : la gestion des renouvellements par les pharmaciens à la place des médecins a permis un gain de temps et de qualité sur les soins directs. (11)

Tableau 4 : Effets sur les professionnels de santé

N°	Objectif	Effets sur les professionnels de santé
(5)	Mesurer les effets apportés par un pharmacien dans un modèle de soins collaboratifs portant sur la délivrance et le suivi des traitements antidépresseurs	<ul style="list-style-type: none"> -Satisfaction du flux de travail -Satisfaction du bien-être des patients -Satisfaction des missions accomplies par les pharmaciens -Résultats révélés par une enquête de satisfaction de 11 items -Les 11 items ont des scores supérieurs pour le groupe interventionnel comparé au groupe témoin
(6)	Évaluer l'influence de l'intervention de soins pharmaceutiques sur les résultats obtenus auprès d'un groupe de patients âgés ambulatoires et analyser les compétences de communication utilisées par les professionnels de santé (pharmaciens chercheurs, pharmaciens d'officine et médecins) lors de conseils en matière de santé et de médicaments.	<ul style="list-style-type: none"> -Formation de 38 pharmaciens -13 de ces pharmaciens ont mis en place des programmes de soins pharmaceutiques dans différents PHCU et suivent 300 patients
(11)	Comparer le taux d'interventions de gestion des médicaments (MMI - changements de traitement médicamenteux, surveillance de laboratoire ordonnée ou visite de bureau prévue) initiées par le centre d'autorisation géré par le pharmacien (PMAC) aux soins habituels.	<ul style="list-style-type: none"> -Libération de temps permettant d'en consacrer plus aux soins directs, améliorant ainsi leur qualité → Taux de renouvellement plus faible (groupe témoin (GT) 93,4 %, groupe interventionnel (GI) 86,2 %, $p < 0,001$)
(13)	Explorer le potentiel de collaboration médecin-pharmacien dans la prise en charge médicamenteuse du DT2 après avoir suivi le programme de la commission nationale d'assurance maladie à Jakarta de janvier à avril 2017.	<ul style="list-style-type: none"> -Bénéfices des retours sur l'expérience patient des pharmaciens -Début de coopération entre médecins et pharmaciens sous la forme de réunions et de discussions régulières. -Résultats exprimés sous la forme d'interview

3.4. Effets sur les patients

Les résultats ont été décrits dans le tableau 5 (Effets sur les patients).

3.5.1. Diabète

Quatre études ont étudié le diabète comme champ d'exercice principal. Pour chaque étude, la CIP a permis une meilleure prise en charge du patient.

Chong *et al.* et Jessee *et al.* ont démontré de manière significative une amélioration de la HbA1c et de la glycémie (12)-(15). Il y a également eu des améliorations au niveau de la pression artérielle systolique et des taux de triglycérides. (12)

Le nombre de patients se rendant aux visites médicales semestrielles et de patients allant à l'examen annuel des pieds s'est retrouvé significativement augmenté (7).

Des questionnaires donnés aux participants avant et après l'essai ont permis de mettre en avant une amélioration de la connaissance des candidats concernant leur maladie, ainsi qu'une amélioration de l'auto-gestion des patients dans le contrôle de leur diabète (15).

L'article 13 a conclu après des entretiens avec les pharmaciens et médecins que la CIP avait été bénéfique sur la prise en charge des patients. (13)

Aucune amélioration significative n'a été démontrée sur d'autres indicateurs biologiques comme les examens des pieds, les examens de la vue, le rapport albumine urine-créatinine, le taux de filtration glomérulaire ou encore d'autres éléments comme le vaccin contre la grippe. (7)-(12).

3.5.2. Dépression

Deux études ont mis en évidence de manière significative que la CIP entraînait une meilleure observance des traitements antidépresseurs à 6 mois par les patients (2)-(5).

Les études 2 et 5 ont également démontré un effet positif sur la poursuite du traitement antidépresseur à 3 mois. Les patients du groupe intervention ont indiqué une meilleure satisfaction de leur prise en charge (2)-(5).

Il a aussi été rapporté dans ce travail un meilleur suivi, un meilleur accès aux soins ainsi qu'une meilleure compréhension de la prise en charge des patients se traduisant par une augmentation de l'adhésion aux médicaments dans le groupe d'intervention, ainsi qu'une diminution des visites des patients chez le médecin (2)-(5).

Dans l'étude 5, aucun progrès clinique n'a été démontré (5).

L'article 3 a conclu à un taux d'utilisation des antidépresseurs significativement plus élevé pour le groupe interventionnel par rapport au groupe témoin dans le cas où les patients n'étaient pas sous antidépresseur durant la phase d'adhésion à l'étude (3). Mais aucune différence significative n'a été trouvée entre le groupe d'intervention et le groupe témoin pour les participants qui étaient déjà sous traitement antidépresseur au début de l'étude (3).

Aucune amélioration significative pour des patients ayant des comorbidités et/ou ayant un niveau d'éducation plus élevé et/ou ayant déjà des traitements médicamenteux hors antidépresseurs et/ou ayant déjà reçu des traitements pour d'autres pathologies mentales n'a pu être démontrée. (3)

3.5.3. Gériatrie

Pour l'article 4, l'étude n'a pas montré un effet significatif sur le nombre de prises médicamenteuses quotidiennes des patients âgés (4).

L'étude 17 n'a pas montré un changement significatif de la qualité de vie ainsi que de la consommation de soins de santé (17).

Malgré cela, les sujets ayant participé au groupe d'intervention ont vu une amélioration de leur vitesse de marche et de leur capacité fonctionnelle après le suivi d'un an. Une meilleure préhension de la main droite a été démontrée, mais uniquement à la fin de l'intervention et non plus après le suivi 12 mois.

3.5.4. Autres

Des études ont montré une amélioration des symptômes (diminution de la moyenne du nombre d'exacerbation, amélioration des symptômes causés par la pharmacothérapie ainsi que de l'état de santé des patients) dans des cas de patients âgés ou dans des cas de BPCO (6)-(9).

Dans le cas de la prise en charge de l'hépatite C, une étude a montré des résultats concluant avec un taux de réussite de 53,7 % (n=102/190) des patients ayant atteint une réponse virologique soutenue (16). Cette réponse virologique satisfaisante se traduit par une charge virale basse (16).

La CIP a pu également avoir un impact sur les dépistages. Effectivement cette coopération entre professionnels a eu pour effet d'augmenter le taux de dépistage de certains cancers (sein et côlon) (1).

Elle a de plus permis, grâce aux 294 recommandations formulées par le centre d'autorisation géré par le pharmacien, que moins de renouvellements soient effectués par les médecins. Ont ainsi été observés une fréquence de rendez-vous programmés plus élevée et une baisse du nombre moyen de médicaments prescrits, permettant un meilleur suivi des patients et une baisse du risque de mésusage du médicament (11)-(16).

Des études ont permis de constater une diminution des admissions à l'hôpital et une réduction de l'utilisation des services d'urgences aux États-Unis comme au Canada dans des contextes de BPCO, de RGO ou encore de maladies chroniques (9)-(10)-(14).

L'article 8 ne conclut pas à un effet de la CIP ni sur le nombre d'admissions, que ce soit à l'hôpital ou en maison de retraite, ni sur la qualité de vie (8).

Les temps d'attentes grâce à la CIP ont été réduits. Le nombre d'examen d'endoscopie et le nombre de réorientation dans des services spécialisés ont également été réduits grâce à la CIP, mais ces résultats n'étaient plus significatifs 2 ans après suivi (10).

La CIP n'a entraîné aucune répercussion significative sur l'augmentation des changements de traitement (11), sur les mesures de temps de prothrombine ou sur la surveillance des yeux pour les diabétiques (1).

Tableau 5 : Effets sur les patients

Diabète		
N°	Objectif	Effets sur le patient
(7)	Évaluer l'impact de l'intégration des équipes d'éducation au diabète dans les soins primaires sur les indicateurs de soins et de gestion du diabète.	-Amélioration des indicateurs de la visite médicale semestrielle (0,89 à 1,09, p=0,02) et de l'examen annuel des pieds (1,13 à 1,34, p= 0,05) dans le groupe interventionnel par rapport au groupe témoin - Aucune autre amélioration pour les autres indicateurs de processus de soins
(12)	Évaluer l'impact des interventions du pharmacien par le biais d'un modèle de la CAPP chez les patients atteints de diabète sucré de type 2 (DT2) parmi la population sous-représentée.	-64% des patients ont atteint les objectifs de traitements ciblés -Diminution de la variation moyenne de l'hémoglobine A1c (-2,3 %), de la pression artérielle diastolique (-7,75 mmHg), de la glycémie à jeun (-76,1 mg/dL) et des taux de triglycérides (-55,5 mg/dL), p<0,05
(13)	Explorer le potentiel de collaboration médecin-pharmacien dans la prise en charge médicamenteuse du DT2	-Médecins signalent l'importance des explications des traitements par les pharmaciens -La CIP entre médecins et pharmaciens jugé importantes pour fournir des soins de qualités aux patients
(15)	Étudier l'efficacité des visites de groupe de l'équipe coordonnée d'infirmières praticiennes multidisciplinaires dans la région de l'Appalachie médicalement mal desservie sur la santé, les connaissances et l'auto-efficacité des patients atteints de diabète de type 2. L'étude a également identifié les obstacles perçus à la participation aux programmes sur le diabète.	-Amélioration de la glycémie (+27,24 mg/Dl) et HbA1c (-0,8%) -Amélioration de la connaissance (+1,26 point) et de l'auto-efficacité (+0,22 point) Groupe interventionnel par rapport au groupe témoin

Dépression		
N°	Objectif	Effets sur le patient
(2)	Etudier l'impact d'un modèle collaboratif impliquant un pharmacien dans la prise en charge des patients atteints de dépression.	-Meilleure observance (0,811 contre 0,659, $p < 0,0005$) du traitement à 6 mois -meilleur ratio (76 % contre 51 %, $p < 0,001$) de poursuite de l'antidépresseur après 3 mois -meilleure satisfaction globale de la prise en charge des patients (61% vs 43%)
(3)	Examiner le rôle du pharmacien clinicien dans le traitement de la dépression en soins primaires	-Amélioration des taux d'utilisation d'antidépresseurs à 3 mois (29,2% vs 11,0 %, $p = 0,005$) et à 6 mois (32,3% vs 10,9%, $p = 0,001$) pour les sujets qui n'étaient pas sous antidépresseur au moment de l'inscription à l'étude. -Pas de différence pour les patients qui étaient déjà sous antidépresseur au moment de l'adhésion à l'étude -Taux d'utilisations des antidépresseurs à 6 mois plus élevés chez patients atteints de dépression chronique (42,7% vs 13,9%, $p = 0,005$), de dysthymie (47,8% vs 15,6%, $p = 0,006$) et de troubles de la personnalité potentiel (37,1% vs 13,4%, $p = 0,001$) -Aucune différence trouvée dans le taux d'utilisation à 6 mois des patients qui ont plus d'éducation, plus de comorbidités, plus traitements médicamenteux hors antidépresseur ou encore des personnes ayant déjà reçu un ou des traitements en liens avec une quelconque pathologie mentale
(5)	Mesurer les effets apportés par un pharmacien dans un modèle de soins collaboratif portant sur la délivrance et le suivi des traitements antidépresseurs	-Observance plus élevée (67% vs 48%, $p = 0,038$) -Satisfaction des patients mesurée à l'aide d'items plus élevée pour le groupe d'intervention vis à vis du caractère personnel des soins, de la disponibilité et de la capacité d'écoute des prestataires, et des explications des traitements, $p < 0,05$

Gériatrie		
N°	Objectif	Effets sur le patient
(4)	Evaluer si l'intervention d'un pharmacien spécialement formé pouvait réduire le nombre de prises médicamenteuses quotidiennes des patients âgés, ainsi que les coûts et l'utilisation des soins de santé.	-Pas d'effets sur le nombre de prises quotidiennes
(17)	Evaluer l'efficacité du programme SPRY sur le fonctionnement quotidien des (pré) fragiles vivant en communauté et âgés de 65 ans et plus.	-Pas de différence du score médian de Katz-6, ni sur la qualité de vie, ni sur la consommation de soins de santé après le suivi de 12 mois après l'étude -Amélioration de l'Instrumental Activities of Daily Living (=activités instrumentales de la vie quotidienne), de la vitesse de marche et de la capacité fonctionnelle après le suivi de 12 mois ($\chi^2 = 6,50$, $p < 0,04$) -Amélioration de la force de préhension de la main immédiatement après la fin de l'intervention ($z = 3,39$, $p < 0,001$) mais pas après le suivi de 12 mois

Autres		
N°	Objectif	Effets sur le patient
(1)	Montrer que les différents examens (dépistage, suivi de maladie chronique) sont mieux réalisés quand ils sont pratiqués en équipe	-Mammographie : augmentation des taux de dépistage (p<0,001) -Recherche de sang dans les selles : Augmentation des taux de dépistage (p<0,001)
(6)	Évaluer l'influence de l'intervention de soins pharmaceutiques sur les résultats obtenus auprès d'un groupe de patients âgés ambulatoires et analyser les compétences de communication utilisées par les professionnels de santé (pharmaciens chercheurs, pharmaciens d'officine et médecins) lors de conseils en matière de santé et de médicaments.	-Optimisation de l'utilisation des médicaments, -Réduction des symptômes causés par la pharmacothérapie -Amélioration de l'état de santé des patients
(8)	Évaluer 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.	-Aucune différence dans les admissions hospitalières à 6 mois et dans les admissions ou dans le nombre de décès -Aucune différence de qualité de vie -Réduction du nombre moyen de médicaments prescrits sur 6 mois dans le groupe interventionnel (-0,87 médicament, p<0,03)
(9)	Evaluer l'impact d'une stratégie de prise en charge de la BPCO incluant les pharmaciens sur les symptômes des patients, leurs exacerbations et le coût des soins.	-Augmentation du score moyen de CAT (+8,3 points, p<0,01), permettant d'évaluer la qualité de vie des patients souffrant de BPCO -Diminution sur un an du nombre moyen d'exacerbation (-1,35 épisode, p=0,01) et du nombre moyen d'hospitalisation ou de visite aux urgences (-0,85, p=0,02)
(10)	Evaluer la sécurité, l'accès et les résultats obtenus des patients adressés à une consultation dirigée par une IDE dans des contextes de RGO, dyspepsie ou Syndrome de l'intestin irritable.	-Temps d'attente médians plus courts (12,6 contre 137,1 semaines, p<0,0001) -Moins d'examens endoscopiques (50,9 % contre 76,3 %, p<0,0001) -Moins de réorientations en gastro-entérologie (4,6 % contre 15,6 %, p<0,0001) -Moins de visites à l'hôpital. (6.1% vs 12.0%, p=0,004) Après deux ans de suivi, les résultats n'étaient pas différents entre les deux parcours
(11)	Comparer le taux d'interventions de gestion des médicaments (MMI - changements de traitement médicamenteux, surveillance de laboratoire ordonnée ou visite de bureau prévue) initiées par le centre d'autorisation géré par le pharmacien (PMAC) aux soins habituels.	-Taux de renouvellement plus faible (groupe témoin (GT) 93,4 %, groupe interventionnel (GI) 86,2 %, p<0,001) -Nombre de rendez-vous programmés (46 pour GT et 92 pour GI, p<0,001) et de médicaments examinés en suivi de laboratoire plus élevé (21 pour GT et 32 pour GI, p=0,036) -Augmentation non significative des changements de traitement (23 pour GT et 29 pour GI, p=0,16)
(14)	Evaluer la consommation de soins des patients exposés à un cadre social et économique difficile, ayant une utilisation accrue des services d'hospitalisation et d'urgence, et présentant des obstacles à l'autogestion de leur maladie	-Diminution des admissions à l'hôpital (49%) et de l'utilisation des services d'urgences (5%).
(16)	Décrire une nouvelle approche de prise en charge de l'hépatite C (VHC) et évaluer son impact.	-Taux de réussite de 93% dans l'initiation des patients à un traitement après l'approbation de l'assurance, montrant un niveau de réussite comparable à ceux des médecins traditionnels avec spécialiste -Taux de réussite de 53,7 %, (102 sur 190 patients soignés ont obtenu une charge virale indétectable)

4. Discussion

Au regard de cette revue de littérature, force est de constater de nombreux effets positifs de la CIP, que ce soit sur les patients, sur les professionnels de santé ou encore sur le système de santé.

De manière générale, nous retrouvons les effets bénéfiques de la CIP dans la prise en charge des patients via l'augmentation du nombre de dépistages. Ceux-ci peuvent concerner les examens annuels des pieds pour les personnes diabétiques, les mammographies ou encore des recherches de sang dans les selles dans le cadre de la prévention primaire oncologique. Sur le long terme, ce progrès au niveau du dépistage va permettre une diminution des coûts de santé et d'avoir un réel impact sur le système de santé dans sa globalité (1). La CIP dans le domaine de la cancérologie a permis en Suisse de mettre en place de nouveaux programmes de dépistage du cancer du côlon dans de nombreux cantons, d'offrir un meilleur accès à l'information et surtout d'améliorer la coordination entre les acteurs de santé (24).

Il arrive même que parfois la CIP devienne nécessaire dans le domaine de la santé publique. Une investigation de l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) a ainsi mis en avant des effets bénéfiques d'un programme de coopération interprofessionnel entre des pharmaciens d'officine et des néphrologues (25). Les néphrologues ont formé et donné le matériel nécessaire aux pharmaciens pour permettre qu'ils puissent depuis leur officine dépister puis déclarer en ligne des patients atteints de maladies rénales chroniques (25).

Les données retrouvées dans les articles de cette revue de littérature ou retrouvés dans de nouvelles sources convergent bien vers des effets positifs concernant le dépistage.

Dans cette dynamique de perfectionnement, on retrouve également un meilleur suivi des patients dans certaines études, avec une amélioration de l'observance des consignes et des prescriptions, ce qui a pour conséquence de diminuer le mésusage et les effets iatrogènes (5). Il y a de ce fait une réduction des consultations évitables et donc une fluidification du parcours de soins. Cette optimisation est également un gain de temps pour le médecin, mais elle peut néanmoins entraîner des conduites de « course au rendement » de certains praticiens, souvent au détriment du facteur humain. L'amélioration de l'observance a un retentissement à la fois sur le patient, sur le professionnel de santé et sur le système de santé en le fluidifiant (2).

A défaut de vouloir trouver les conséquences bénéfiques de l'observance, il est possible de s'attarder sur les répercussions de l'inobservance en termes de santé pour le patient. D'après une étude sur la CIP dans le secteur de la santé, l'inobservance a des conséquences de gravité variable : par exemple, chez des patients

coronariens l'arrêt brutal d'un traitement anti-agrégants peut provoquer un accident coronarien d'origine thrombotique (26). Cette même étude montre que l'inobservance peut également impacter le système de santé (hospitalisations évitables, etc), en accentuant le coût pour la collectivité (26).

Dans cette revue de littérature, les articles axent leurs recherches sur les effets positifs de l'observance et non sur les possibles retentissements de la mauvaise observance des participants aux différents travaux.

La CIP a eu des effets positifs sur des paramètres cliniques de patients atteints de pathologies chroniques. Dans le cadre de la BPCO, elle a eu pour conséquence de diminuer les exacerbations et le score CAT (9) ; concernant le diabète, une régression de l'HbA1c et de la glycémie à jeun... (12)-(15). La réduction de ces mesures peut encourager les patients à adhérer à leurs traitements, ce qui permettrait d'augmenter l'observance des patients (12). Ces éléments peuvent avoir une influence sur une possible baisse du mésusage et une augmentation de l'observance par effet domino.

La CIP a prouvé son intérêt dans la diminution des signes de syndrome dépressif dans la maladie d'Alzheimer (27). Elle montre ainsi des effets bénéfiques sur les symptômes physiques comme psychologiques.

Le nombre d'hospitalisations et de passages aux urgences (9) a diminué, améliorant la fluidité de services de santé. Les temps d'attente réduits participent également à l'amélioration du système de santé en désengorgeant les services. Moins d'hospitalisation et moins de passages aux urgences diminuent les dépenses de santé. Une étude a même calculé une économie réalisée grâce à une diminution des hospitalisations et des visites aux urgences. (9)

Les économies faites sur la diminution des examens d'endoscopie, des hospitalisations et sur la baisse des réorientations en gastro-entérologie n'ont eu aucun effet négatif rapporté sur les patients. Les économies que permettrait la CIP ne semblent ainsi pas se faire au détriment du patient.

Une étude rapporte qu'en médecine interne et en psychiatrie, la CIP permet une réduction des coûts de santé tout en associant une amélioration au niveau de la qualité des soins (28). Ces économies restent néanmoins très faibles par rapport aux dépenses totales des hôpitaux (28). Ces diminutions de coûts ont-elles un réel impact dans le système de santé ?

La diminution de ces coûts peut venir aussi d'une réduction des coûts cachés. Les coûts cachés proviennent, pour la majorité, du temps perdu à réparer des erreurs dues aux dysfonctionnements organisationnels, ce qui majore les taux d'absentéisme et minore la productivité du personnel (29). La CIP vient justement contribuer au réajustement de ces problèmes organisationnels. Ces économies peuvent venir autant des

patients que des professionnels de santé : la revue de littérature s'est ici orientée sur les économies faites sur les patients uniquement, occultant celles possibles sur les professionnels de santé (29).

Lors de cette revue de littérature, il a été constaté chez les patients une meilleure connaissance générale de leur maladie et une meilleure auto-gestion du diabète après intervention (15).

La CIP a également impacté les professionnels de santé, tout d'abord par une satisfaction accrue de ceux-ci (5). Dans certains services, les études ont révélé un désengorgement des consultations spécialisées et donc un gain de temps pour les médecins pour la prise en charge des patients (16).

Le fait d'avoir mis en place une équipe coordonnée d'infirmières praticiennes multidisciplinaires permettrait d'avoir une activité plus fluide et de donner un meilleur accès aux soins au sein des territoires les plus mal desservis. Cela permettrait par conséquent de contribuer à pallier les manques de certains déserts médicaux (15).

Les limites de ces différentes études sont nombreuses.

Tout d'abord, concernant le recensement des articles qui évoquent ce sujet de la CIP en soins primaires, l'exhaustivité n'est pas assurée et cela pose la question de la limitation du nombre de bases données utilisées. Effectivement des articles qui s'intéressent à la CIP ont par ailleurs été publiés depuis le début des recherches concernant cette revue de littérature mais n'ont pas pu être inclus dans ce travail car la date butoir relatif à l'incorporation des articles dans ce travail était de mars 2020. Donc tous les articles publiés après cette date n'ont pas pu être intégrés à cette étude.

La diversité des caractéristiques des articles (champ d'exercice, pays de l'étude, patients, composition des équipes de soins), complique l'harmonisation des données et donc l'analyse des effets de la CIP sur le système de santé, sur les professionnels de santé et sur les patients.

L'inexistence du terme MeSH « interprofessionnel collaboration » a posé une limite également à notre étude. Il a été décidé d'utiliser le terme MeSH existant « intersectoral collaboration », ce qui par conséquent a peut-être fait perdre un peu de précision vis-à-vis des recherches d'articles. Mais ça n'a pas pour autant perturbé la suite de notre travail.

Le rédacteur est dans une revue de littérature le simple « porte-parole » de la littérature scientifique dans un domaine donné, le rendant par là même dépendant de la qualité des études relatées. Beaucoup d'études choisies font référence à des résultats trouvés dans des méta-analyses : si des études de mauvaises qualités ont été incluses dans celles-ci, la qualité du rendu de la revue de la littérature scientifique s'en trouve altérée.

Dans notre revue, certains échantillons, trop petits, ne permettaient pas de pouvoir généraliser les résultats (12). Les difficultés à recruter des participants pour diverses raisons (manque de temps, obstacles pour se rendre sur les lieux des essais (15)), expliquent pour partie cette limite.

Par ailleurs, des limites statistiques ont été mises en exergue dans certaines études : échantillons entre les groupes d'intervention et les groupes témoins de tailles hétérogènes, intervalles de confiance trop long, manque de puissance des études en elles-mêmes (3)-(5), périodes de collecte trop courtes, études trop courtes pour observer des variations de résultats (7)-(9). La précision de ces études s'en trouve ainsi altérée. Une étude peut ainsi donner des résultats positifs sur le court ou même moyen terme mais donner sur le long terme une issue totalement différente.

Un autre élément peut fausser l'interprétation d'une expérimentation : la non-randomisation des candidats à l'étude (15). Dans cet essai les participants de l'étude étant une population mal desservie par les transports, cela n'a pas permis de garder un nombre de candidats stable et des facteurs comme le coût du carburant, le temps de trajet, l'absence de transport ou encore l'incapacité à se rendre disponible ont exclus des patients de l'étude. Il est amusant d'observer ainsi que l'une des limites de cette étude est la conséquence d'un problème auquel cette même étude apporte partie de solution (l'accès de ces populations aux soins primaires (15)).

D'autres éléments peuvent impacter le bon déroulement d'une étude :

- Des limites structurelles, par exemple une salle de consultation trop bruyante qui nuit à la bonne communication entre le professionnel de santé et le participant.
- Le choix des candidats inclus dans l'étude, qui n'est pas tout le temps pertinent. Van Lieshout *et al.* ont par exemple démontré que la majorité des patients n'étaient pas en situation de handicap, ce qui réduit la marge de progression de ces patients dans l'étude (17). Dans cette même étude, le niveau standard de prestation de soins de santé étant déjà élevé, cela a réduit la possible marge de progression possible sur ce sujet (et par conséquent les possibles effets de la CIP analysés dans ce contexte (17)).

Le facteur humain peut également constituer une limite. On imagine facilement que des éléments déterminés entre autres par la motivation du professionnel comme du patient dans le fait de participer à l'étude (tel que le temps accordé aux différents entretiens par les protagonistes) ait pu jouer sur la qualité d'implication dans celle-ci, et donc *in fine* sur les résultats des données collectées.

L'expérience et la formation du professionnel de santé de la même manière sont des éléments à prendre en compte pour la fiabilité des résultats de l'étude, car ils peuvent devenir des facteurs de confusion potentiels de l'étude. En effet, un professionnel qui a l'habitude de ce genre d'essai peut risquer de faire son travail de façon machinale et automatique et par conséquent être moins précis et moins fiable dans son étude.

La taille de l'équipe de soins primaires impacte également les résultats. Une étude ayant développé une méta-analyse sur cette problématique a ainsi conclu que plus le groupe de professionnels était grand, plus il s'avérait que les membres du groupe étaient mécontents et que le groupe était moins performant (30). Dans notre revue de littérature, la taille de l'équipe soins primaires n'as pas semblé être un facteur aidant ni un facteur invalidant. Mais le nombre de ces professionnels pourrait être un élément impactant la crédibilité de l'étude.

5. Conclusion

Cette revue de littérature a pu mettre en exergue de nombreux points positifs de la CIP en soins primaires, du point de vue du patient, du professionnel ou encore des coûts de santé. Cette CIP peut être développée sous la forme de différents dispositifs : interventions, procédures changeantes ou encore structures modifiées.

La CIP a surtout permis de mettre en évidence que la collaboration entre les différents professionnels de santé du système de soins primaires s'améliore et en particulier ici entre le médecin généraliste et le pharmacien, deux acteurs importants du système de santé. Elle a permis également une amélioration de l'usage du médicament par les patients via notamment une amélioration de leur observance.

La CIP semble permettre une meilleure prise en charge grâce à un meilleur accès aux soins, ainsi qu'une connaissance accrue des patients sur leurs maladies. Une baisse des dépenses de santé a été constatée après mise en place de la CIP.

Le travail de collaboration entre pharmacien et médecin a également permis une meilleure fluidité des soins, de même qu'une qualité des soins optimisée grâce à une meilleure répartition du travail entre eux. Pour cette raison, il est essentiel, voire nécessaire, que la CIP soit promue et mise en avant, et que son usage devienne un commun pour tous plutôt qu'une tendance éphémère.

6. Bibliographie

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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;
13. Saragi S, Murty AI, Athiyah U. Exploring The Potential of Interprofessional Collaboration in Medication Therapy Management in Primary Health Care. 2019;8.

14. 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.
15. 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.
16. 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.* 2019;12:1178633719841381.
17. van Lieshout MRJ, Bleijenberg N, Schuurmans MJ, de Wit NJ. The Effectiveness of a PProactive Multicomponent Intervention Program on Disability in Independently Living Older People: A Randomized Controlled Trial. *J Nutr Health Aging.* 2018;22(9):1051-9.
18. Rankings : [Internet]. Legatum Prosperity Index 2021. [cité 17 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.prosperity.com/rankings>
19. Soins de santé primaires [Internet]. [cité 17 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
20. Officines : 4 millions de personnes par jour | Le Quotidien du Pharmacien [Internet]. [cité 17 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/archives/officines-4-millions-de-personnes-par-jour>
21. Coordination des soins [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 17 sept 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3029265/fr/coordination-des-soins
22. Les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) [Internet]. [cité 17 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/les-dispositifs-dappui-la-coordination-dac>
23. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 29 mars 2021;372:n71.
24. Dépistage du cancer de l'intestin: place à la collaboration interprofessionnelle [Internet]. [cité 19 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.liguecancer.ch/medias/communiques-de-presse/pages/2019/depistage-du-cancer-de-lintestin-place-a-la-collaboration-interprofessionnelle-1>
25. Coopération interprofessionnelle - Communications - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 19 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-cahiers-thematiques/Cooperation-interprofessionnelle>
26. Ligeon B. La collaboration interprofessionnelle dans le secteur de santé. Un facteur de lien au sein des équipes soignantes [Internet]. 2019 [cité 19 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.grin.com/document/511003>
27. L'approche collaborative interprofessionnelle des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence : le rôle du psychologue - Ordre des psychologues du Québec - OPQ [Internet]. Ordre des psychologues du Québec. [cité 19 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/l-approche-collaborative-interprofessionnelle-des-symptomes-comportementaux-et-psychologiques-de-la-demence-le-role-du-psychologue/2.0>
28. OFSP O fédéral de la santé publique. Analyse coûts-bénéfices de la collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé [Internet]. [cité 19 sept 2022]. Disponible sur:

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen/forschungsberichte-interprofessionalitaet-M9-kosten-nutzen-analyse.html>

29. Gestion de la coopération interprofessionnelle à l'hôpital | Cairn.info [Internet]. [cité 19 sept 2022]. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-medicales1-2011-6-page-277.htm?try_download=1
30. Mullen B, Symons C, Hu LT, Salas E. Group Size, Leadership Behavior, and Subordinate Satisfaction. *J Gen Psychol.* 1 avr 1989;116(2):155-70.
31. Véran O. Des bacs à sable aux déserts médicaux : construction sociale d'un problème public. *Trib Santé.* 2013;39(2):77-85.

UNIVERSITÉ DE NANTES

Année de la soutenance
2022

Nom - Prénoms : MOUHIB Adam

Titre de la thèse : Evaluation de la collaboration interprofessionnelle dans le système de soins primaire et de l'implication du pharmacien : une revue systématique.

Résumé de la thèse :

Contexte : La collaboration interprofessionnelle est de plus en plus discutée dans le système de santé de soins primaires, en France comme à l'étranger. Qu'en est-il des études publiées permettant de l'évaluer ?

Objectifs : Une revue systématique de la littérature a été menée pour évaluer les effets de la collaboration interprofessionnelle entre les pharmaciens et les médecins au niveau du patient, des professionnels de santé et du système de santé.

Résultats : 17 études ont été retenues. 16 d'entre elles ont démontré des effets sur les patients, 8 sur le système de santé et 3 sur les professionnels de santé. Les effets sur le système de santé s'exprimaient par une diminution des coûts et une amélioration de l'activité des soins ; ceux sur les professionnels de santé par une amélioration de la qualité de soins, un gain de temps pour ceux-ci, ainsi que la mise en place de programmes de coopération interprofessionnelle. Enfin, les effets sur les patients s'exprimaient par une amélioration de leurs symptômes, de leurs caractéristiques physiques et biologiques, de leur observance et de leur adhésion aux traitements médicamenteux. La collaboration interprofessionnelle permet une amélioration de l'auto-gestion du patient ainsi que sa connaissance vis-à-vis de sa maladie.

Conclusion : L'analyse de ces 4 bases de données a montré que la collaboration interprofessionnelle avait eu de multiples effets bénéfiques pour les patients, les professionnels de santé et le système de santé.

MOTS CLÉS (6 maximum en majuscules, tous les mots clefs doivent être présents dans le résumé)

Collaboration interprofessionnelle ; soins primaires ; bases de données ; effets ; système de santé ; coûts

JURY

PRESIDENTE : Mme Sonia PROT-LABARTHE, Professeur des Universités Praticien Hospitalier au CHU de Nantes

ASSESEURS : M Jean-François HUON, Pharmacien Maître de Conférences - Praticien Hospitalier

Mme Morgane ANGIBAUD, Pharmacien d'officine, Nantes

Mme Maud JOURDAIN, Médecin généraliste enseignante à l'université de Nantes
