

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2020

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES MÉDECINE GÉNÉRALE

par

Solène GIRARD

et

Louise ROUXEL

Présentée et soutenue publiquement le 15/12/2020

EVALUATION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE EN
SOINS PRIMAIRES : UNE REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE

Président : Monsieur le Professeur Cédric RAT

Directeur de thèse : Dr Maud JOURDAIN

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Cédric Rat,

Nous te remercions de nous faire l'honneur de présider le jury de soutenance de notre thèse et de nous avoir proposé ce travail à deux. Nous t'adressons notre plus grand respect.

A Madame le Docteur Maud Jourdain,

Nous te remercions d'avoir dirigé notre travail, de t'être rendue disponible et de nous avoir soutenues tout au long de ce projet.

A Monsieur le Docteur Teddy Bourdet,

Merci d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse et de l'intérêt porté à notre travail.

A Monsieur le Docteur Jean-François Huon et Mme le Docteur Dominique Navas-Houssais,

Merci d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse et d'apporter l'interprofessionnalité à notre jury.

Au cabinet médical du Ranzay,

A Armelle, Aurélie, Céline, Frédérique, Morgan, Raphaëlle,

Merci d'avoir été présents et de nous avoir supportées (dans tous les sens du terme) pendant ce travail de thèse et de rendre les journées de travail au cabinet si agréables.

Merci à Armelle et Aurélie de la confiance que vous nous portez depuis tout ce temps.

Merci à Morgan de nous faire pratiquer la collaboration avec le dispositif Asalee.

Merci à Frédérique pour ta bienveillance et tes surprises sucrées !

Merci à Céline de partager ta joie de vivre et à Raphaëlle, quel plaisir de former avec toi le trio des remplaçantes du mercredi.

De la part de Solène,

A Mehdi, mon amour, merci de ton soutien, ta patience et de m'avoir épaulée durant toutes ces années et en particulier ces dernières semaines (tu vas finir par l'avoir cette médaille) ! Merci pour ces belles années et celles à venir. Merci pour ton amour. Je t'aime.

A Marceau et Alma, mon petit Poupoutch et ma petite Beauté, vous êtes mes rayons de soleil. Merci pour ce bonheur que vous m'apportez au quotidien.

A mes parents, merci pour cette vie parfaite que vous m'avez offerte, pour m'avoir soutenue et poussée à toujours aller plus loin. Ma douce Maman, toi qui attendais ce moment avec impatience, tu me manques tellement.

A ma sœur, Laure, merci pour ton écoute, tes conseils de « grande sœur » et tous ces moments partagés avec toi malgré la distance !

A Vincent, Lucas et Adam, merci de rendre les vacances à Belleville si mouvementées !

A ma belle-famille, Annie, Yvan, Jean-Michel et Laurent, merci de m'avoir accueillie à bras ouverts.

A Bérengère, merci pour cette complicité si particulière et tous ces fous rires inoubliables...

A toute ma famille, mes oncles et tantes, cousins et cousines, merci pour vos encouragements. Je sais que je peux compter sur chacun d'entre vous.

A mes précieuses amies, Cécile D. et Estelle, merci pour ces moments d'amitié, ces folles soirées et votre soutien inconditionnel.

Sans oublier Antho et Flo, petit Louis et mini princesse qui devrait bientôt arriver.

A ma Fougou et ma Fafa, merci pour toutes ces années d'amitié malgré ces durs moments à réviser, mais surtout merci pour ces incroyables soirées et bien sûr ces voyages inoubliables. Merci pour tous ces moments passés à vos côtés, et ceux à venir ! Pensées à Stéphan, Max et mini chou qui ne saurait tarder.

A Claire, ma grande amie qui a toujours cru en moi, merci infiniment.

A mes amis, Cécile H., merci pour ta joie de vivre et tes précieux avis odontologiques ! A Quentin, merci d'avoir rendu notre semestre au Mans si agréable ! Hâte de rencontrer votre petit héritier ! A Fanny, merci d'être toujours là pour moi malgré nos vies bien chargées. A Anne-Charlotte, merci pour ces mois travaillés avec toi et pour ta bienveillance. Olivier, Léa, petit Ulysse, François, merci pour votre amitié.

A Louise, quel plaisir d'avoir partagé ce travail avec toi ! Merci pour ces fous rires, ces repas si mal équilibrés et ces longues « discussions », qui nous ont permis d'en arriver jusque là malgré la fatigue et de nombreux moments de doute. Merci à Romain, de nous avoir supportées ces derniers jours et petit clin d'œil à Mimi qui m'a bien surveillée pendant que tu partais travailler ...

Un grand merci à tous les médecins et toutes les personnes que j'ai pu rencontrer durant ces années d'études, qui ont pu contribuer à ma formation, et à ceux qui m'ont permis d'avoir fait ce merveilleux choix de la médecine générale.

Merci à Aurélie pour ta confiance depuis ces deux ans et demi (déjà !).

A tous, mille mercis.

De la part de Louise,

Aux médecins qui ont croisé mon chemin : à l'équipe de l'hôpital de Pornic, aux équipes des urgences et de la maternité de Saint-Nazaire et aux médecins généralistes maitres de stages universitaires chez qui j'ai pu apprendre le cœur de ce qu'est mon métier de médecin généraliste. Chacun à votre manière, vous m'avez apporté une vision de ce métier et de comment l'exercer. Un remerciement particulier à Chrystelle, Laurence et Sandra, vous qui continuez à me suivre malgré vos vies bien remplies.

Et merci à toi Cédric, Pr Rat, après m'avoir accueillie en SASPAS, tu me fais l'honneur de présider notre jury de thèse.

A mes amies, Aurélia, Corentine et Justine, la distance et nos vies qui ont pris des chemins différents n'effacent pas cette amitié.

A Chachou, merci pour nos délires, nos petits secrets, nos discussions... Nos chemins se suivent et notre amitié ne tarit pas. Ta petite Rose est un amour. Merci d'être une amie fidèle.

A Morgane et Anne, mes bouseuses, pour votre écoute incomparable, votre disponibilité infallible à l'autre bout de la France (ou du monde !) mais surtout pour nos fous-rires et anecdotes à gogo. Vous m'êtes très précieuses, awe wove youu.

A Salomé, merci pour ta bonne humeur constante même dans les moments difficiles, pour ces voyages à deux et pour tous ces rendez-vous ratés qu'on finit par rattraper !

A tous les copains de promos, de stages d'externat, d'internat avec qui des moments de joie de vivre ont pu rendre plus digestes ces dix années.

A Solène, merci d'avoir partagé cette thèse « team-based » avec moi. Ces mois de travail n'auraient pas été les mêmes sans nos fous-rires, nos (petites) digressions et nos litres de café. J'admire ta ténacité, ta force et ta joie de vivre (et aussi ton accent impeccable !). Merci à Mehdi, Marceau et Alma qui ont su te donner du temps, promis maintenant je vous la rends !

A toute ma famille, cousins cousines, (Mickaël, ma petite Coco), petits cousins et petites cousines, oncles et tantes. A mes papys Prosper et Raymond, à ma Mamie Maria, vous seriez sûrement fiers de moi aujourd'hui et à ma mamie Nicole, toi qui seras là pour me voir devenir Docteur.

Vous avez suivi de près ou de loin mon parcours de vie, d'étudiante et de médecin. Je suis fière de faire partie de cette famille.

A Cathy, Jean-Pierre, Coco et Kévin, vous êtes entrés avec Romain dans ma vie, merci pour votre joie de vivre, votre sympathie et vos encouragements. Aux amis de Romain qui sont devenus mes amis.

A mon filleul, Maël, tu es né la veille de mon concours de PACES et tu fêtes tes 10 ans la veille de ma soutenance de thèse... Être ta marraine est une vraie fierté. A tes parents Boris, Sabrina et tes sœurs Romane et Salomé, vous comptez beaucoup pour moi.

A mes frères, Benjamin et Lambert, vous avez toujours su prendre soin de moi, chacun à votre manière, de près ou de loin. J'ai une chance infinie d'être votre petite sœur. A vos amoureuses, Nastasia, pour ta bienveillance, ta curiosité et ton enthousiasme et Ludivine pour ta gentillesse.

A mes deux nièces, Anna et Adèle, vous êtes venues semer du bonheur et du soleil dans ma vie. N'oubliez pas que « *Tout est possible à qui rêve, ose, travaille et n'abandonne jamais* ».

A Romain, merci d'être si encourageant et si valorisant à mon sujet et de tout faire pour me donner confiance en moi. Tu as embelli ma vision de moi-même, de la vie, de l'amour.

La vie est douce avec toi.

Nous sommes libres désormais de plonger dans nos si beaux projets (avec notre Mimi) et continuer à s'enivrer de nouveaux voyages, de pitons, de défis et d'amour !

Merci d'être toi, merci d'être là. Je t'aime.

A mes parents, vous avez été depuis le début un soutien inconditionnel dans ce parcours du combattant. Face à mes doutes, mes difficultés, mes déceptions, mais aussi mes découvertes, anecdotes, expériences, vous avez su m'accompagner, m'aider, m'épauler, m'écouter.

Des mes timides chansons enfantines au Serment d'Hippocrate, vos encouragements n'ont jamais cessé de me guider.

Grâce à vous, je peux le dire maintenant, je suis fière d'en être arrivée là.

Weißt du eigentlich, wie lieb ich dich hab ? Je vous aime jusqu'à la lune, et retour.

Ce travail vous est dédié.

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

Abréviations	10
1. INTRODUCTION	11
2. METHODE	14
2.1. Stratégie de recherche.....	14
2.2. Sélection des articles.....	15
2.3. Extraction des données et analyse.....	16
3. RESULTATS	17
3.1. Caractéristiques générales des études.....	18
3.2. Dispositifs de collaboration.....	24
3.3. Effets sur les coûts.....	34
3.4. Effets sur les professionnels de santé.....	36
3.5. Effets sur les patients.....	40
3.5.1. Diabète.....	40
3.5.2. Tension artérielle.....	41
3.5.3. Dyslipidémie.....	42
3.5.4. Maladies / facteurs de risque cardiovasculaires.....	43
3.5.5. Maladies chroniques et/ou patients âgés.....	44
3.5.6. Santé mentale.....	44
3.5.7. Accès aux soins.....	45
3.5.8. Autres résultats.....	46
4. DISCUSSION	58
5. CONCLUSION	65
6. BIBLIOGRAPHIE	66
7. ANNEXES	75
7.1. Annexe 1 : Modèle du CPIS	75
7.2. Annexe 2 : Définitions des termes MeSH	76
7.3. Annexe 3 : Patient-Centered Medical Home	77
7.4. Annexe 4 : Family Health Teams	78
7.5. Annexe 5 : Guided Care.....	80
7.6. Annexe 6 : Primary Care Networks	81
7.7. Annexe 7 : Dispositif Asalee	83
7.8. Annexe 8 : Système d'éducation et de santé selon l'OMS 2010.....	84
RESUME	86

Abréviations

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

ARA2 : Antagonistes des Récepteurs à l'Angiotensine de type 2

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Actions de Santé Libérale En Équipe

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

CCM : Chronic Care Model

CIP : Collaboration Interprofessionnelle

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CT : Cholestérol total

DME : Dossier Médical Électronique

ECG : Electrocardiogramme

ESP : Equipe de Soins Primaires

FDRCV : Facteurs de Risque Cardio-Vasculaire

FHT : Family Health Team

HTA : Hypertension artérielle

HbA1c : Hémoglobine glyquée

HDLc : High Density Lipoprotein cholesterol

IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion

IMC : Indice de Masse Corporelle

LDLc : Low Density Lipoprotein cholesterol

MAPA : Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle sur 24h

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCMH : Patient Centered Medical Home

PCN : Primary Care Network

PPCC : Physician-Pharmacist Collaborative Care

PS : Professionnels de Santé

RAMP : Risk Assessment and Management Program

SP : soins primaires / SS : soins secondaires

TA : Tension Artérielle / TAD : Tension Artérielle Diastolique / TAS : Tension Artérielle Systolique

TG : Triglycérides

1. INTRODUCTION

En France, le médecin généraliste est le premier recours du patient dans son parcours de soins. La sécurité sociale demande aux patients de choisir librement et de déclarer un médecin traitant, pilier du système de soins primaires. L'un des rôles du médecin traitant est de coordonner les soins du patient avec les autres professionnels de santé.

Les soins primaires ou soins de premier recours sont définis par l'article L. 1411-11 du Code de la santé publique (1) : "Ces soins comprennent la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients, la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique, l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social et l'éducation pour la santé.

[...] Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours [...] sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. [...] Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé."

L'instruction DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) (2) ajoute : "Les ESP sont un mode d'organisation coordonnée des professionnels de santé. Elles se situent à l'échelle de la patientèle. Elles peuvent comprendre ou non un projet immobilier, être constituées sur un ou plusieurs sites. Les ESP se mobilisent autour d'un projet de santé commun à l'équipe. Le projet de santé est un prérequis à la contractualisation entre les professionnels et l'ARS. Toutes les ESP, même lorsqu'elles ne prennent pas la forme de maisons de santé pluriprofessionnelles ou de centres de santé, s'inscrivent dans une dynamique qui peut les amener à évoluer vers un exercice plus coordonné."

Si la loi donne le cadre, elle ne précise pas en quoi consiste la collaboration interprofessionnelle. L'un des objectifs est de répondre aux besoins en santé des patients, parfois complexes en raison de la prépondérance de maladies chroniques, de comorbidités et du contexte psychosocial. Ces besoins peuvent dépasser les compétences d'un seul type de professionnel de santé et nécessitent une intervention collaborative des professionnels de santé (3–5).

L'OMS a proposé une définition de la collaboration interprofessionnelle en 2010 (6) : la CIP “se produit lorsque plusieurs travailleurs de la santé issus de différents milieux professionnels fournissent des services complets en travaillant avec les patients, leurs familles, les soignants et les communautés afin de fournir des soins de la plus haute qualité dans tous les contextes”.

Parmi les éléments de la collaboration, le Consortium Pancanadien sur l'Interprofessionnalisme en Santé (CPIS) en 2010 mentionne “le respect, la confiance, la décision partagée et les partenariats” (7) (Annexe 1).

Pour D'Amour *et al.* en 2005, la collaboration est un processus dynamique, évolutif et interactif, qui ne correspond pas à un simple rassemblement de plusieurs professionnels de santé. Ils précisent que les deux éléments clés de la CIP sont de répondre aux besoins des patients mais aussi des professionnels, ces deux objectifs étant inséparables (4).

La CIP permet donc de délivrer des soins intégrés centrés sur le patient (8), qui fait partie intégrante de l'équipe (3,9).

L'intérêt croissant des professionnels et des politiques pour un mode d'exercice en collaboration et le développement des équipes de soins primaires (10) nous incite à approfondir nos connaissances sur les effets concrets de la collaboration interprofessionnelle en soins primaires.

Afin d'évaluer les effets de ce travail en collaboration, nous avons fait un état des lieux de la littérature disponible à ce sujet.

Si des revues de littératures concernant la CIP existent, à notre connaissance, aucune d'entre elles ne décrit ses effets d'un point de vue global et dans le cadre des soins primaires.

Pour n'en citer que certaines : la revue de Reeves *et al.* en 2017 (11) comprenait des études en soins secondaires, Gougeon *et al.* (12) se sont intéressés aux patients âgés de > 65 ans en maisons de retraite, Körner *et al.* (13) se sont intéressés aux patients atteints de maladies chroniques, Sighinolfi *et al.* (14) se sont intéressés à la dépression, Carter *et al.* (15) se sont intéressés à l'hypertension ou encore Matthys *et al.* (16) se sont intéressés à la collaboration médecin-infirmier.

Ces revues de littérature relèvent toutes des effets positifs de la collaboration interprofessionnelle sur ces sujets précis.

Cependant, en soins de santé primaires, les problématiques sont diverses et souvent complexes.

Afin d'avoir une vision globale de ces problématiques, il était pertinent de réaliser une revue de la littérature internationale sur les multiples effets de la CIP en soins primaires.

Ce travail de revue de littérature internationale s'inscrit dans un projet plus vaste qui vise à documenter les effets de cet exercice coordonné dans le contexte de soins primaires en France (étude en cours pour l'évaluation d'un dispositif expérimental d'ESP).

L'objectif principal de cette revue de littérature était d'évaluer les effets de la CIP en soins primaires, sur les patients, les professionnels de santé et le système de soin.

Les objectifs secondaires étaient de lister les critères d'évaluation de la CIP applicables en soins primaires et de relever les différentes modalités de CIP en soins primaires.

2. MÉTHODE

2.1. Stratégie de recherche

Pour réaliser cette revue de littérature, nous avons suivi les lignes directrices de la méthode PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (17).

Nous nous sommes également inspirées de la méthode de la thèse d'exercice en médecine générale de Sandrine HILD et de Julie RAULT-SERANDOUR (18).

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
- Equipe 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 (1)) : l'étude devait évaluer une modalité de collaboration interprofessionnelle (selon définition proposée par l'OMS (6)) en soins primaires, impliquant au moins deux professionnels de santé de profession différente (psychologues inclus), dont un médecin généraliste

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, absence d'information sur la présence d'un médecin généraliste, 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

2.2. Sélection des articles

Nous avons effectué une recherche systématique sur PubMed®, du premier janvier 2009 au premier mars 2020. Nous avons choisi de réaliser cette revue de littérature à partir de 2009 du fait de la loi française promulguée cette année : Loi HPST 2009 - 879 du 21 juillet 2009 (Hôpital Patient Santé Territoire) qui met à jour l'organisation des soins et les missions des soins de santé primaires et du médecin généraliste (19).

Nous avons également parcouru manuellement les listes de référence des études sélectionnées. Les titres, les résumés et les textes intégraux ont été examinés indépendamment par deux relecteurs (SG et LR) pour inclusion. Tous les désaccords sur l'inclusion ou l'exclusion des études ont été résolus par consensus et un troisième examinateur (MJ) a été consulté en cas de désaccord subsidiaire. L'analyse des études incluses a été réalisée par un relecteur (SG ou LR), puis mise en commun par les deux relecteurs. En cas d'absence d'information, une recherche dans les études préliminaires, le cas échéant, était menée.

D'amour *et al.* et Reeves *et al.* utilisent le terme collaboration interprofessionnelle (4,11).

Cependant, dans les termes de recherche PubMed (termes MeSH), il n'existe pas de terme MeSH "interprofessional collaboration" (CIP).

Nous avons choisi d'utiliser le terme "intersectoral collaboration" qui correspondait mieux à notre définition de la CIP (4,6,7) (Annexe 2).

Les recherches ont été effectuées en anglais. Les mots clés utilisés étaient les suivants : « intersectoral collaboration », « cooperative behavior », « patient care team » AND « primary health care » AND « outcome and process assessment , health care ». Ces termes ont été définis exclusivement en référence à la nomenclature MeSH.

Equation de recherche PubMed® : ("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]) Filters: From 2009/01/01 to 2020/03/01, English, French

2.3. Extraction des données et analyse

Les informations recueillies pour chaque étude étaient :

- Les informations générales (titre, auteur, année de publication, pays, design)
- L'objectif principal de l'étude
- Le champ d'exercice médical
- La structure de soins
- Le terme utilisé pour nommer la collaboration interprofessionnelle
- La composition de l'équipe
- La modalité de collaboration adoptée et l'intervention auprès des patients
- Les outils/critères d'évaluation de la collaboration interprofessionnelle
- L'effet sur les patients
- L'effet sur les professionnels de santé
- L'effet sur le système de santé
- L'acceptabilité et les limites de l'intervention de collaboration interprofessionnelle du point de vue des professionnels de santé et du point de vue des patients

Selon l'objectif de l'étude, certaines données étaient manquantes.

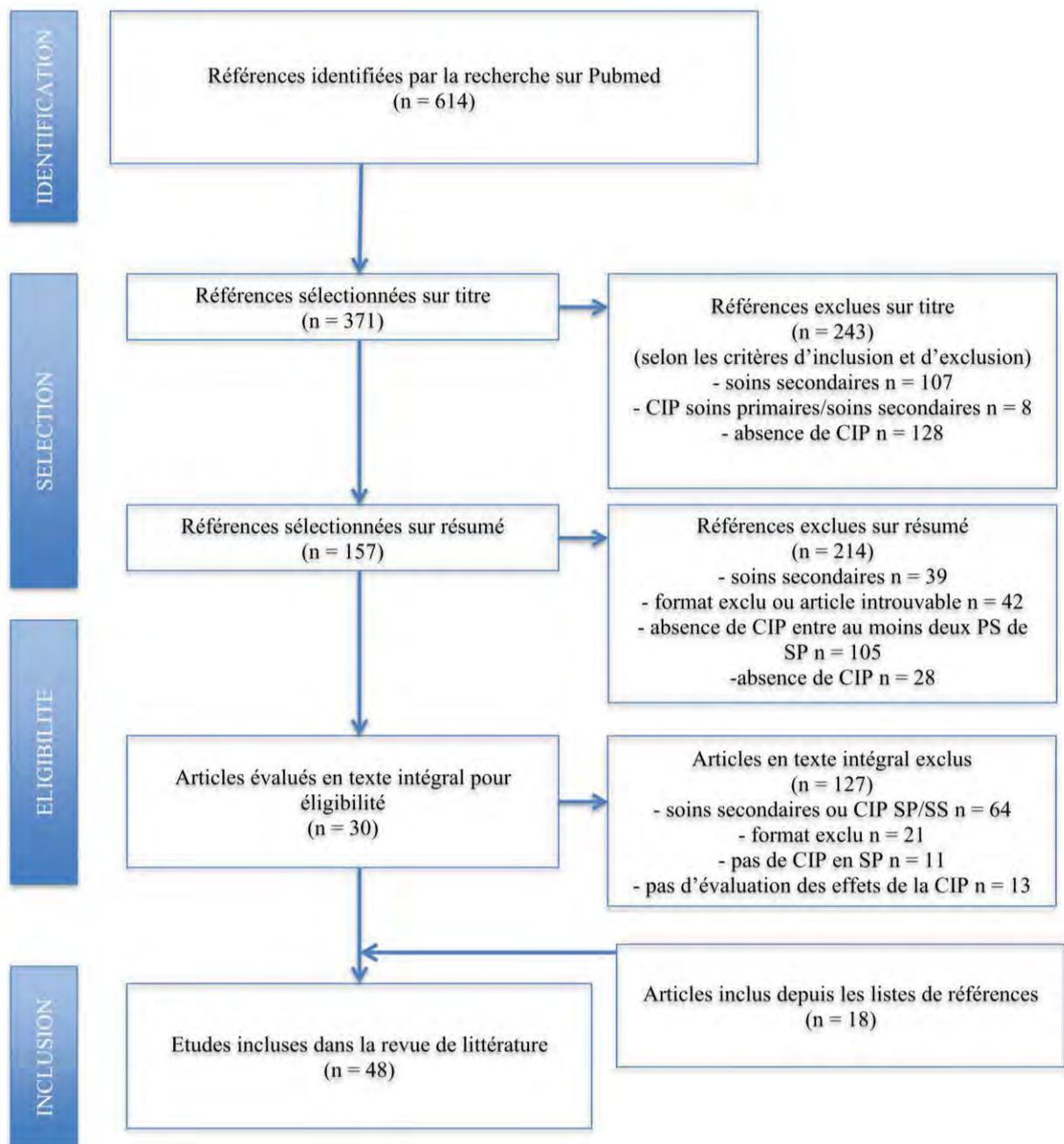
Une synthèse narrative des données et la discussion ont été réalisées par les deux relecteurs (SG et LR). L'hétérogénéité des différents designs et de la présentation des résultats n'a pas permis la réalisation d'une synthèse quantitative.

3. RÉSULTATS

Au total, 614 articles issus de la recherche PubMed® et 1210 articles issus des listes de références des articles sélectionnés (doublons inclus) ont été examinés pour étudier leur éligibilité en utilisant la méthodologie et les critères d'inclusion et d'exclusion précédemment définis.

48 articles ont été analysés (Figure 1).

Figure 1 : Diagramme de flux



3.1. Caractéristiques générales des études

Les caractéristiques principales des études sont rapportées dans le Tableau 1 (caractéristiques générales des études).

Vingt-sept études ont été réalisées aux Etats-Unis (20–46), neuf au Canada (47–55), trois à Hong-Kong (56–58), quatre en Europe - France (59), Espagne (60), Irlande (61), Pays-Bas (62) -, une en Jordanie (63), une au Brésil (64), une au Mexique (65), une en Australie (66) et une au Japon (67).

Les maladies chroniques font partie des champs d'étude qui ont été les plus abordés (quarante articles), dont : le diabète (quatorze études), l'hypertension artérielle (neuf études), les maladies/risques cardiovasculaires (six études), les patients âgés et/ou maladies chroniques (six études) et la dyslipidémie (deux études).

Les autres études traitaient de la santé mentale (deux études) ou concernaient la population générale (cinq études).

Sur les quarante-huit études analysées, vingt-sept étaient des études contrôlées randomisées, 2 étaient des études qualitatives, les autres étaient des études de cohorte prospective et rétrospective, études cas témoins, étude sociométrique.

Concernant les critères et outils d'évaluation de la CIP, la plupart étaient des procédures de suivi des maladies évaluées.

Pour certaines études, la qualité des soins, la satisfaction des patients/aidants et des professionnels de santé étaient évaluées. Quelques études ont étudié les coûts de santé et d'utilisation du système de soin.

Plusieurs études ont évalué l'utilisation du système de soins avec le taux d'hospitalisation, de réadmission à la suite d'une sortie d'hospitalisation, de consultations aux urgences.

Tableau 1 : Caractéristiques générales des études

N°	Auteur / Année / Lieu	Objectif	Design / Setting	Champ d'étude	Outils/ Critères d'évaluation
(47)	Dolovich 2019 Canada	Evaluer l'efficacité de l'intervention health TAPESTRY sur l'identification et la réalisation d'objectifs de santé chez des participants âgés	Etude comparative contrôlée randomisée	Patients âgés	Objectif centré patient : échelle d'atteinte d'objectifs individuels de santé Thèmes : autogestion, qualité de vie, perception du vieillissement optimal, soutien social, autonomisation des patients, accès aux soins, activité physique, chutes, hospitalisation et consultation aux urgences quelque soit la raison
(60)	Aragonès 2019 Espagne	Evaluer l'efficacité clinique d'un programme de gestion intégrée des douleurs chroniques musculo-squelettiques associées à la dépression	Etude comparative contrôlée randomisée	Santé mentale	Sévérité des symptômes de la dépression : Hopkins Symptom Checklist (HSCL-20) Réponse de la dépression au traitement : réduction de 50 % du HSCL-20 par rapport au score de base Taux de rémission de la dépression : HSCL-20 <0,5 Sévérité de la douleur : Brief Pain Inventory Réponse au traitement de la douleur : réduction de 30 % par rapport au score de base Perception de l'efficacité du traitement par le patient: self-report Patient Global Impression of Change (PGIC) Satisfaction des soins reçus : échelle de 5 points de "très satisfait" à "très insatisfait"
(20)	King 2019 Etats-Unis	Evaluer l'efficacité d'un modèle de soins d'équipe interdisciplinaire sur le diabète de type 2	Etude de cohorte comparative avant/après	Diabète de type 2	HbA1c, TA, taux de vaccination, bilan lipidique, au cours du suivi Score self-care de connaissance de soins
(21)	Carter 2018 Etats-Unis	Evaluer les effets d'un service de pharmacie clinique centralisé et à distance, sur le respect des recommandations et des mesures de prévention secondaire du risque cardiovasculaire	Etude comparative prospective randomisée	Maladies cardiovasculaires et/ou FDRCV	Adhésion aux recommandations de bonnes pratiques du Guideline Advantage Contrôle de la TA, du diabète et du bilan lipidique si non atteints au départ Nombre de recommandations acceptées par les médecins
(22)	Matzke 2018 Etats-Unis	Evaluer l'impact d'un modèle de soins collaboratifs pharmacien-médecin sur les résultats des patients et l'utilisation des services de santé	Etude comparative non randomisée	Maladies chroniques	Comparaison début/ fin de l'étude : TAS et TAD, HbA1c, LDLc, Cholestérol total Utilisation des services de santé : visites aux urgences et hospitalisations, toutes causes confondues Résultat économique : différence des coûts, selon les estimations nationales, associés aux visites aux urgences et aux hospitalisations Retour sur investissement : différence entre les économies de coûts estimées liées aux changements dans les visites aux urgences et les hospitalisations, divisées par le coût total du programme
(23)	Benedict 2018 Etats-Unis	Evaluer l'effet des interventions de pharmaciens sur des patients atteints de diabète de type 2	Etude comparative non randomisée	Diabète de type 2	Pourcentage de patients ayant atteint l'objectif d'HbA1c < 8% durant les 12 mois de suivi Durée pour atteindre l'objectif d'HbA1c et variation moyenne de l'HbA1c de base et à chaque 3 mois de suivi Variation de l'HbA1c à 3, 6, 9 et 12 mois avec l'HbA1c de base
(64)	Da Silva Marinho 2017 Brésil	Evaluer les effets d'une intervention structurée sur la gestion du diabète de type 2	Etude transversale comparative non randomisée	Diabète de type 2	Composition de l'équipe de la Family Health Strategy Team Processus de travail Formation aux soins du diabète et actions prévues pour les soins du diabète selon les normes du ministère de la santé
(48)	Riverin 2017 Canada	Evaluer l'impact d'une intervention multidisciplinaire sur le taux de réadmission, de consultations aux urgences et de mortalité dans les 90 jours suivant une sortie d'hospitalisation chez des patients âgés ou atteints de maladies chroniques	Etude de cohorte comparative	Patients âgés et/ou maladies chroniques	Taux de réadmission, des visites aux urgences et de mortalité dans les 90 jours suivant la sortie d'hospitalisation
(66)	Furler 2017 Australie	Evaluer l'efficacité du modèle de soins « Stepping Up » dans l'initiation à l'insuline pour le diabète de type 2	Etude comparative contrôlée randomisée	Diabète de type 2	Evolution de l'HbA1c et poids à 12 mois Proportion de patients ayant débuté l'insuline. Proportion de patients ayant atteint l'HbA1c cible ≤ 7%, à 12 mois Changement des symptômes dépressifs avec le Patient Health Questionnaire (PHQ-9) entre le début et la fin du suivi à 12 mois Déresse spécifique au diabète (problem areas in diabetes scale, PAID) Etat de santé générique (évaluation de la qualité de la vie, Assessment of Quality of Life AQoL-8D)
(24)	Chwastiak 2016 Etats-Unis	Démontrer la faisabilité de la mise en œuvre d'un programme de soins collaboratifs pour le diabète de type 2 non contrôlé et les troubles complexes du comportement	Etude de cohorte rétrospective	Diabète de type 2	Variation de l'HbA1c et de la TAS à 18 mois Réalisation du Patient Health Questionnaire PHQ9 (si symptômes dépressifs) Utilisation des services de consultations externes et des urgences

N°	Auteur / Année / Lieu	Objectif	Design / Setting	Champ d'étude	Outils/ Critères d'évaluation
(25)	Smith 2016 Etats-Unis	Evaluer l'impact d'un modèle collaboratif médecin-pharmacien (PPCM) chez des patients atteints d'HTA résistante au traitement	Etude clinique prospective randomisée multicentrique	HTA	Changement de la TA à 9 mois Contrôle de la TA à 9 mois (défini selon JNC7 en vigueur : The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure)
(56)	Jiao 2015 Hong-Kong	Evaluer les effets d'un programme multidisciplinaire d'évaluation et de gestion des risques pour des patients atteints de diabète type 2 (RAMP-DM) sur les risques de complications cardiovasculaires et de mortalité toutes causes confondues	Etude prospective comparative randomisée	FDRCV	Risque de complications cardiovasculaires Risque de mortalité toutes causes confondues sur 3 ans Valeurs à 3 ans : HbA1c, TA, bilan lipidique, IMC, tabagisme Atteintes d'objectifs à 3 ans : HbA1c, TA, bilan lipidique
(26)	Smith 2015 Etats-Unis	Evaluer l'acceptation de la collaboration pharmacien-médecin (Physician-Pharmacist Collaborative Care, PPCC) par les médecins, pour le contrôle de l'HTA	Etude de cohorte prospective	HTA	Proportion de patients orientés vers la clinique d'intervention des PPCC qui ont été acceptés par les Primary Care Provider Raisons de la désapprobation des demandes d'orientation des patients
(27)	McAdam-Marx 2015 Etats-Unis	Evaluer les effets d'un programme collaboratif de gestion de pharmacothérapie dirigé par un pharmacien (DCCM program) sur les résultats cliniques et les coûts des soins de santé	Etude de cohorte rétrospective	Diabète type 2	Taux d'HbA1c Coûts de santé
(28)	Mundt 2015 Etat-Unis	Evaluer les associations entre la communication, l'interaction et la coordination des équipes de soins primaires, et la qualité des soins et les coûts chez des patients atteints de maladies cardiovasculaires	Etude sociométrique	Maladies cardiovasculaires	Mesures du cholestérol et de la TA Utilisation des services de santé : nombre de visites de soins urgents, de visites aux urgences et de jours d'hospitalisation Coûts médicaux Caractéristiques des réseaux de soins au niveau de l'équipe : densité et centralisation
(49)	Omran 2015 Canada	Identifier les activités qui ont amélioré le contrôle de la TA chez des patients atteints de diabète de type 2 lors de l'intégration de pharmaciens à des équipes de soins primaires	Etude secondaire à partir d'une étude comparative contrôlée randomisée	HTA	Changement de traitement (ajout, augmentation du dosage ou changement de médicament antihypertenseur) pendant la période d'étude d'un an Changement dans l'observance du traitement antihypertenseur (ratio de possession de médicaments (MPR))
(29)	Carter 2015 Etats-Unis	Evaluer un modèle de collaboration médecin/pharmacien dans l'amélioration et le maintien à long terme du contrôle de la TA	Etude prospective randomisée multicentrique	HTA	Changement TAS/TAD à 9, 12, 18 et 24 mois
(57)	Choi 2015 Hong-Kong	Evaluer l'efficacité d'un protocole de prévention secondaire des accidents vasculaires cérébraux	Etude de cohorte comparative avant / après	Maladies cardiovasculaires	TA HbA1c LDLc Respect du schéma des prescriptions
(30)	Lin 2014 Etats-Unis	Evaluer un programme de soins collaboratifs centré sur le patient pour la dépression et le diabète non contrôlé et/ou les maladies coronariennes	Etude comparative contrôlée randomisée	Maladies cardiovasculaires	HbA1c TAS LDLc Symptoms Check List-20 (dépression)
(31)	Bluml 2014 Etats-Unis	Evaluer les effets d'un modèle de soins communautaires sur les indicateurs clés de la prise en charge du diabète	Etude comparative observationnelle multicentrique avant / après	Diabète	Changement des mesures cliniques : HbA1c, IMC, TAS et TAD, LDLc, HDLc et TG Mesures des processus: arrêt tabagisme, examen ophtalmologique, examen des pieds, vaccination anti-grippale

N°	Auteur / Année / Lieu	Objectif	Design / Setting	Champ d'étude	Outils/ Critères d'évaluation
(58)	Jiao 2014 Hong-Kong	Evaluer l'efficacité d'un programme multidisciplinaire d'évaluation et de gestion des risques pour des patients atteints de diabète sucré (RAMP-DM) en termes de résultats biomédicaux, d'événements cardiovasculaires et de risque cardiovasculaire prévisible à long terme	Etude comparative non randomisée	Maladies cardiovasculaires et/ou FDRCV	Changements du taux d'HbA1c, de la TA, des taux lipidiques et de l'IMC Proportions de patients atteignant les objectifs d'HbA1c <7%, TA <130/80 mmHg et LDLc <2,6 mmol/L Evénements cardiovasculaires observés à 12 mois, et risques cardiovasculaires prévisibles sur 10 ans
(32)	Richardson 2014 Etats-Unis	Evaluer les effets de la collaboration infirmiers-médecins sur le contrôle de l'HbA1c, de la TA et du LDLc, et sur la dépression et l'auto-gestion chez des adultes atteints de diabète non contrôlé	Etude comparative avant après	Diabète type 2	Objectifs : HbA1c < 8% TA < 140/90 mmHg LDLc < 100 mg/dl PHQ-9 pour la dépression Autogestion
(33)	Driscoll 2013 Etats-Unis	Décrire et discuter les changements dans les résultats de l'utilisation du système de soins de santé avant, pendant et après la mise en œuvre de PCMH	Etude mixte quantitative et qualitative, comparative avant après	Population générale	Utilisation du service des urgences Accès aux soins Changement dans les relations et la coordination des soins Leadership decision making
(34)	Chen 2013 Etats-Unis	Evaluer les effets d'une intervention médecin-pharmacien sur la TA sur 24 heures et décrire les changements associés de prescription d'antihypertenseurs	Etude secondaire à partir d'une étude clinique prospective randomisée	HTA	TAS sur 24h (avec MAPA) Changements de thérapeutique médicamenteuse
(35)	Farland 2013 Etats-Unis	Evaluer l'effet de la collaboration pharmacien-médecin sur l'atteinte des cibles de traitement du diabète	Etude de cohorte prospective multicentrique	Diabète type 2	HbA1c Proportion de patients ayant une HbA1c <7% Proportion de patients ayant une HbA1c >9% Proportion de patients ayant réalisé les procédures de suivi du diabète (examens du pied, fond d'oeil, ratio microalbuminurie/créatininurie, vaccinations antigrippale et antipneumococcique)
(50)	Manns 2012 Canada	Evaluer l'effet de l'intégration à une primary care network sur les résultats de patients atteints de diabète	Etude de cohorte non randomisée	Diabète type 2	Admissions à l'hôpital ou visites aux urgences pour hypoglycémie/hyperglycémie (évitables par des soins ambulatoires appropriés) Proportion de patients ayant réalisé au laboratoire HbA1c, rapport albuminurie/créatininurie et taux de cholestérol Utilisation des médicaments indiqués chez les patients âgés de 66 ans et plus (statines, metformine [si hypoglycémiant oral prescrit], inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou bloqueurs des récepteurs de l'angiotensine [si protéinurie]) Contrôle de l'HbA1c Pourcentage de patients ayant vu un ophtalmologue
(36)	Edwards 2012 Etats-Unis	Evaluer le respect des recommandations de l'American Diabetes Association (ADA) chez des patients pris en charge par le Diabetes Assessment Service (DAS)	Etude de cohorte randomisée	Diabète type 2	Normes de soins de l'American Diabetes Association : Mesure de l'HbA1c et bilan lipidique à jeun Examen du pied au monofilament Administration de vaccins antipneumococcique et antigrippal Dépistage de la microalbuminurie Orientation vers un ophtalmologue pour fond d'oeil
(37)	Heister 2012 Etats-Unis	Evaluer l'efficacité de l'intervention "the adherence and intensification of medications" menée par des pharmaciens, dans le contrôle de la TA, chez des patients atteints de diabète de type 2	Etude prospective randomisée multicentrique	HTA	Mesures de TAS
(51)	Jesmin 2012 Canada	Evaluer l'impact de la pratique des soins primaires en équipe sur des indicateurs de processus et de résultats du point de vue des patients	Etude comparative rétrospective	Population générale	Les indicateurs de processus/résultats : accès aux soins après les heures de travail, difficulté d'accès aux soins, coordination du suivi (après consultation d'un spécialiste, ou après obtention d'un résultat de laboratoire ou d'information), qualité des soins, coordination globale, continuité des soins, initiatives de promotion de la santé et de prévention des maladies, confiance dans le système, centralité du patient (impliquant les patients dans les décisions cliniques), utilisation des services des médecins et utilisation des services des infirmiers

N°	Auteur / Année / Lieu	Objectif	Design / Setting	Champ d'étude	Outils/ Critères d'évaluation
(63)	Tahaineh 2011 Jordanie	Evaluer l'impact de la collaboration pharmaciens-médecins dans l'atteinte d'objectifs lipidiques	Etude clinique prospective contrôlée randomisée	Dyslipidémie	Pourcentage de patients ayant atteint les objectifs du bilan lipidique à 6 mois Evolution du bilan lipidique à 6 mois
(38)	Pape 2011 Etats-Unis	Evaluer l'impact des soins à distance dispensés par une équipe médecins-pharmaciens sur le taux de cholestérol chez des patients atteints de diabète de type 2	Etude prospective contrôlée randomisée	Dyslipidémie	Atteinte de l'objectif du LDLc \leq 100 mg/dL Taux LDLc Proportion de patients ayant eu une analyse du LDLc au cours des 12 derniers mois Proportion de patients à qui l'on a prescrit un médicament hypolipémiant Contrôle de la glycémie et de la TA Satisfaction des patients à l'égard des soins de diabète en soins primaires (enquête de l'American Diabetes Association et du National Committee for Quality Assurance Provider Recognition Program)
(52)	Simpson 2011 Canada	Evaluer l'effet de l'intégration de pharmaciens aux équipes de soins primaires sur la gestion de l'HTA et d'autres facteurs de risque cardiovasculaires chez des patients atteints de diabète de type 2	Etude contrôlée randomisée	Maladies cardiovasculaires et/ou FDRCV	Diminution d'au moins 10 % de la TAS à 1 an Changement absolu de la TAS du début à 1 an Atteinte de l'objectif de TA \leq 130/80 mmHg Changements de médicaments antihypertenseurs Changement dans le risque prévu sur 10 ans de maladies cardiovasculaires (outil UK Prospective Diabetes Study Risk Engine) Visites aux urgences, hospitalisations, mortalité toutes causes confondues
(39)	Boult 2011 Etats-Unis	Evaluer l'effet des Guided Care sur l'utilisation des services de santé chez des patients âgés multimorbides	Etude contrôlée randomisée	Patients âgés et/ou maladies chroniques	Fréquence d'utilisation : des services d'urgence, des hôpitaux, des centres de soins infirmiers spécialisés, des services de médecins de soins primaires, des services de médecins spécialisés, des soins de santé à domicile
(61)	Chan 2011 Irlande	Evaluer l'efficacité d'une consultation prolongée en équipe pluridisciplinaire de soins primaires sur l'anxiété et la dépression chez des mères	Etude prospective contrôlée randomisée	Santé mentale	Santé psychologique selon l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) : sous-échelle pour l'anxiété et pour la dépression Etat de santé selon le SF36-v2 Qualité de vie selon le SEIQoL-DW (abbreviated Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) Au départ, à 6 mois et à 12 mois
(62)	Fokkens 2011 Pays-Bas	Evaluer les effets de Structured Care sur les résultats cliniques de patients atteints de diabète de type 2	Etude comparative quasi-expérimentale	Diabète de type 2	HbA1c TA CT et HDLc (et calcul du LDLc) Créatinine IMC Pour groupe intervention : au début et annuellement pendant 3 ans. Pour groupe contrôle : au départ et à 1 an
(65)	Barceló 2010 Mexique	Evaluer les effets du modèle de soins chroniques et de la méthodologie collaborative Breakthrough Series (BTS) sur la qualité des soins du diabète	Etude pilote comparative randomisée	Diabète de type 1 et 2	Evolution de l'HbA1c Atteinte d'objectifs : HbA1c < 7%, CT < 200 mg/dl, TA < 140/90, examen des pieds effectué, examen ophtalmologique effectué Proportion de patients ayant atteint au mois 3 objectifs de soin
(40)	Boyd 2010 Etats-Unis	Evaluer les effets des Guided Care sur la qualité des soins chez des patients atteints de maladies chroniques	Etude comparative contrôlée randomisée	Patients âgés et/ou maladies chroniques	Questionnaire PACIC (Patient Assessment of Chronic Illness Care) : évaluation de la perception des soins des patients ayant des maladies chroniques. Comprend une échelle globale de la qualité des soins, et 5 sous échelles: détermination des objectifs, coordination des soins, aide à la prise de décision, résolution des problèmes et implication du patient. Scores = "haute qualité", "qualité moyenne" ou "faible qualité"
(59)	Mousquès 2010 France	Evaluer l'efficacité et le coût d'une expérience française de travail en équipe infirmier/médecin généraliste (ASALEE) chez des patients diabétiques de type 2	Trois études cas-témoins (sur deux périodes : juillet 2005 à juin 2006 et juillet 2006 à juin 2007)	Diabète type 2	Etude 1: Evolution sur 1 an des résultats de processus : probabilité de devenir ou d'être encore suffisamment suivi, pour six procédures de suivi recommandées (au moins 3 HbA1c/an, biologie annuelle avec créatinine, microalbuminurie et bilan lipidique, ECG ou consultation cardiologique annuelle et fond d'oeil annuel) Etude 2: Evolution sur 1 an des résultats finaux : probabilité de maintenir le taux HbA1c ou de diminuer l'HbA1c à un niveau \leq à trois seuils : 6,5 %, 7 % et 8 % Etude 3: Evolution entre deux années consécutives (juillet 2005 à juin 2006, et juillet 2006 à juin 2007) des coûts directs du diabète de type 2 pour les fonds nationaux d'assurance maladie
(67)	Tobari 2010 Japon	Evaluer l'efficacité d'un programme de coopération médecin-pharmacien sur la réduction des facteurs de risque cardiovasculaires chez des patients hypertendus	Etude comparative contrôlée randomisée	HTA	TA à domicile (moyenne des mesures de TA sur 7 jours) IMC Changements des médicaments antihypertenseurs Réduction des facteurs de risque cardiovasculaire Modification du mode de vie

N°	Auteur / Année / Lieu	Objectif	Design / Setting	Champ d'étude	Outils/ Critères d'évaluation
(41)	Marsteller 2010 Etats-Unis	Evaluer les effets des Guided Care sur les processus de soins chez des patients âgés atteints de maladies chroniques	Etude comparative contrôlée randomisée	Patients âgés et/ou maladies chroniques	Satisfaction des médecins concernant certains aspects des soins aux malades chroniques Connaissance des patients Connaissance des caractéristiques cliniques des patients Temps consacré à la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques
(42)	Jameson 2010 Etats-Unis	Evaluer les effets de la gestion du diabète de type 2 mal contrôlé par des pharmaciens dans un groupe de soins primaires	Etude prospective contrôlée randomisée	Diabète type 2	Taux d'HbA1c Pourcentage de patients ayant obtenu une diminution d'au moins 1,0% du taux d'HbA1c en 12 mois Différence de gestion des traitements
(43)	Weber 2010 Etats-Unis	Evaluer l'effet de la co-gestion médecin-pharmacien sur la TA ambulatoire de 24 heures chez des patients ayant une HTA	Etude clinique prospective contrôlée randomisée	HTA	Nombre de la TAS et TAD ambulatoire moyenne sur 24 heures Evolution de médicaments antihypertenseurs
(44)	Wolff 2010 Etats-Unis	Evaluer les effets des Guided Care sur les symptômes dépressifs, la tension, la productivité et la perception de la qualité des soins des maladies chroniques chez les aidants principaux de patients	Etude comparative contrôlée randomisée	Patients âgés et/ou maladies chroniques	Symptômes dépressifs chez l'aidant (Center for Epidemiological Studies-Depression scale CES-D) Souffrance de l'aidant (Modified Caregiver Strain Index CSI) Qualité des soins des patients avec maladies chroniques [Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)] Perte de productivité des aidants (Work Productivity and Activity Impairment questionnaire for caregivers WPAI-CG)
(53)	Goldman 2010 Canada	Examiner les perspectives et les expériences des membres d'une équipe de Family Health Team (FHT) en matière de collaboration interprofessionnelle et les avantages perçus	Etude de cas qualitative (entretiens semi-structurés)	Population générale	32 entretiens explorant les perceptions et expériences de la CIP, du point de vue des professionnels de santé (12 médecins de famille, 6 infirmiers, 5 pharmaciens, 9 autres membres des FHT)
(45)	Carter 2009 Etats-Unis	Evaluer l'efficacité d'un modèle de collaboration médecins-pharmaciens sur le contrôle de la TA	Etude clinique prospective contrôlée randomisée	HTA	Score total de respect des lignes directrices : 22 critères Evolution de la TA et proportion de patients obtenant un contrôle de la TA (TA au cabinet <130/80 mmHg pour les patients atteints de diabète ou de maladie rénale chronique et <140/90 mmHg pour les autres)
(54)	McKinnon 2009 Canada	Evaluer l'effet de la collaboration pharmaciens-médecins sur la gestion des médicaments, dans le cadre de demandes de renouvellements par fax	Etude clinique prospective non randomisée	Population générale	Demandes de renouvellement autorisées sans recommandation ni intervention Problèmes liés aux médicaments et changements de médicaments Examens de suivi prescrits Nouveaux rendez-vous fixés
(55)	Hogg 2009 Canada	Evaluer l'efficacité de l'intervention d'une équipe multidisciplinaire sur la qualité des soins chez des patients complexes	Etude comparative contrôlée randomisée	Population générale	Score de qualité de gestion des maladies chroniques Quality Of Care 12 indicateurs(QOC) : coronaropathie, diabète, insuffisance cardiaque chronique et BPCO Questionnaires portant sur la qualité de vie : Short-Form 36 (SF-36) and health-related quality-of-life (score plus élevé=meilleur statut) Activités instrumentales des évaluations de la vie quotidienne : Echelle Instrumental Activities of Daily Living (IADL) (score plus élevé= avantage de limitations d'activité) Charge des aidants Changement HbA1c et TA Procédures de suivi du diabète (nombre HbA1c, examen pied et ophtalmologique, IEC ou ARA2) Mesures de prévention : vaccin antigrippal, dépistage cancers, dépistage vue et audition Qualité des soins préventifs (6 manœuvres d'indicateurs de prévention) Paramètres de prise en charge coronaropathie et BPCO Visites aux urgences et hospitalisations déclarées par les patients eux-mêmes
(46)	Leff 2009 Etats-Unis	Evaluer les effets préliminaires des Guided Care sur l'utilisation et les coûts des services de santé	Etude comparative contrôlée randomisée	Patients âgés et/ou maladies chroniques	Accès aux services de santé : hôpital, établissement de soins infirmiers spécialisés, médecin de premier recours, soins à domicile, service des urgences, médecin spécialistes, équipement médical, examens de radiologie et de laboratoire, et traitements non médicamenteux Coûts des services de santé

3.2. Dispositifs de collaboration

Parmi les études analysées, différents termes ont été utilisés pour les établissements de soins : primary care practice/facility/clinic/office/centre/setting, general practice, family medicine office, medical office, general out-patient clinic ou community-based family medicine residency.

Nous avons retrouvé différents modèles de collaboration sous la forme de dispositifs de type :

- Patient-Centered Medical Home (PCMH) (Annexe 3)
- Family Health Team (FHT) (Annexe 4)
- Guided Care (Annexe 5)
- Primary Care Network (PCN) (Annexe 6)
- Multidisciplinary Primary Care Team (équivalent de la PCMH)
- Actions de SANTé Libérale En Équipe (ASALEE) (Annexe 7)
- Family Medicine Group (médecin généraliste + infirmier)

Les équipes de soins primaires étaient très différentes sur le plan du nombre de professionnels impliqués et sur la diversité des professionnels au sein de l'équipe.

Nous avons retrouvé un plus grand nombre d'équipes composées de deux professionnels avec prédominance des couples pharmaciens-médecins (dix-huit études), infirmiers-médecins (dix études) et une étude concernant le couple médecin-psychologue.

A l'inverse, certaines équipes (neuf études) étaient composées d'un grand nombre de professionnels (au moins cinq professionnels), avec notamment des médecins, infirmiers, pharmaciens, diététiciens, nutritionnistes, psychologues, infirmiers psychiatriques, dentistes, podologues, optométristes, kinésithérapeutes, (mais aussi travailleurs sociaux et bénévoles).

Certaines équipes (six études) étaient composées de trois à quatre professionnels, notamment : médecins, pharmaciens, infirmiers, psychologues ou diététiciens.

Enfin, certaines équipes (quatre études) étaient composées d'au moins deux professionnels de santé définis en fonction des besoins du patient (objectif commun centré sur le patient).

Il n'a pas été retrouvé de terme générique pour désigner la collaboration interprofessionnelle.

Les termes utilisés étaient nombreux :

- Interprofessional primary care / healthcare team
- Interdisciplinary primary care / team
- Primary care teamwork / primary care team
- Collaborative care / management / intervention
- Team-based care / primary care based-team
- Multidisciplinary health care / team
- Multidisciplinary cooperation
- Coordinated care (by multidisciplinary teams)
- Care coordination by integrated primary care team
- Patient-centered collaborative care / team care
- Co-management
- Team working
- Cooperation

Plusieurs modalités de CIP ont été utilisées :

- présentiel : face à face, réunions d'équipe interprofessionnelle, élaboration de plan de soins en équipe, consultations partagées pluriprofessionnelles avec le patient
- distanciel : téléphone, échanges de mails, comptes rendus ou alertes dans les DME, fax, voie électronique sécurisée

Les types d'intervention auprès des patients étaient multiples :

- consultations / entretiens au sein de l'établissement de soins primaires ou pharmacie communautaire
- visites à domicile
- appels téléphoniques
- alarmes / rappels
- groupes d'éducation thérapeutique
- protocoles de soins
- orientation vers un autre professionnel de santé
- surveillance des paramètres de suivi des maladies chroniques via le DME et lors des consultations

Tableau 2 : Dispositifs de collaboration

N°	Auteur / Année / Lieu	Setting + patients (n)	Composition de l'ESP	Terme CIP	Intervention / Modalités de CIP
(47)	Dolovich L 2019 Canada	Primary care practices n = 158 groupe intervention n = 154 groupe contrôle	2 FHT Membres de l'ESP selon les besoins individuels des patients, dont le médecin traitant	Interprofessionnel / interdisciplinaire primary (health) care team Primary care teamwork	Recueil d'informations lors de visites à domicile par deux bénévoles : objectifs de vie et de santé, risques et besoins, activités de la vie quotidienne et santé générale. Equipe interprofessionnelle reçoit la synthèse par voie électronique sécurisée. Analyse de ces rapports par les équipes pour élaborer un plan de soins afin de répondre aux objectifs et aux problèmes de santé des patients.
(60)	Aragonès E 2019 Espagne	8 urban primary care centres n = 139 groupe intervention n = 135 groupe contrôle	Psychologues Médecins traitants	Collaborative care / intervention	Suivi périodique mensuels puis trimestriels, des patients par le care manager (psychologue), par téléphone: surveillance avec le PHQ-9, le Global Assessment of Functioning Scale, et le suicide risk assessment scale + évaluation de l'observance du traitement + identification des difficultés. Conseils thérapeutiques et rappel des rendez-vous à venir. Transmission de recommandations aux médecins traitants via les dossiers électroniques des patients.
(20)	King DE 2019 Etats-Unis	Intensive Diabete Clinic au sein d'une PCMH n = 94	Certified diabete educator (CDE) ou diététicien Care manager Pharmacien Infirmier Interne en médecine générale Psychologue Médecin traitant	Interdisciplinary team	Première réunion d'équipe pour attribution des membres de l'équipe aux patients. Patients vus individuellement et successivement par chaque membre de l'équipe, et non dans le cadre d'une visite de groupe. Le CDE/diététicien : recueil d'information et conseils sur le régime alimentaire recommandé. Le pharmacien clinicien : consultation des ordonnances, contrôle des glycémies, réalisation d'un bilan de médicaments et éducation sur la médication et l'auto-surveillance. Le psychologue : évaluation psychologique des efforts du patient pour contrôler le diabète et évaluation du stress et de l'humeur. L'interne en médecine générale : discussion autour des obstacles identifiés par le patient sur le questionnaire d'auto-évaluation, consultation des résultats de laboratoire, réalisation de l'examen physique. Deuxième réunion d'équipe pour discuter des obstacles identifiés par chaque membre de l'équipe, et réalisation d'un plan d'action discuté avec le patient et l'interne et le médecin. Autres réunions d'équipe à un mois d'intervalle. Le care manager : suivi avec chaque patient entre les visites pour répondre aux questions ou aux besoins nouvellement identifiés.
(21)	Carter BL 2018 Etats-Unis	12 family medicine offices n = 149 groupe intervention n = 153 groupe contrôle	Médecins Pharmaciens cliniciens	Team-based care	Rencontre des pharmaciens cliniciens et des médecins pour constituer l'équipe. Accès au dossier médical électronique (DME) par les pharmaciens (recommandations aux médecins en temps réel). Dans 4 cabinets : rédaction de notes et prescription de tests de laboratoire ou de médicaments directement dans le DME par le pharmacien, avec l'approbation du médecin. Dans 2 cabinets : accès "en lecture seule" par le pharmacien et recommandations aux médecins par fax. Réponses des médecins classées par : acceptation dans son intégralité, acceptation avec modifications mineures, ou rejet. Recommandations de traitements classées par : ajouts, modifications de dose ou arrêts. Patients principalement contactés par téléphone toutes les 1 à 2 semaines par les pharmaciens pour éducation des patients pour les problèmes identifiés, conseils et élaboration d'un plan de suivi.
(22)	Matzke 2018 Etats-Unis	Six hopitaux du système de santé de la Carilion Clinic et 22 patient-centered medical home (PCMH) practices affiliées à la Carilion Clinic n = 2480 groupe intervention n = 2480 groupe contrôle	Médecins Infirmiers Care coordinators Assistants médicaux 5 pharmaciens cliniciens (aucun des établissements ne disposait d'un pharmacien clinicien intégré au cabinet avant le début du projet)	Pharmacist-physician collaborative care	Formation des pharmaciens cliniciens selon un programme éducatif en ligne développé par l'Association des pharmaciens canadiens (comprendait 6 modules : approche globale d'évaluation des médicaments pour les patients, comment travailler en collaboration avec tous les membres de l'équipe de soins de santé et comment élaborer un plan de soins médicamenteux, entretien avec le patient, pratique fondée sur les preuves dans la prise de décision clinique, documentation des soins liés aux médicaments, création d'un plan pour mettre en œuvre les nouvelles compétences des pharmaciens dans le cadre de la pratique de la PCMH). Appel des patients par les pharmaciens cliniciens dans les 72 heures suivant leur sortie de l'hôpital pour vérifier si le patient avait des problèmes ou des questions liées aux médicaments. Dans les 14 jours, une visite au cabinet était prévue en face à face. Puis interventions au moins trimestrielle, souvent par téléphone, avec évaluation de tous les médicaments par les pharmaciens, et pas seulement ceux associés à des maladies chroniques spécifiques.
(23)	Benedict 2018 Etats-Unis	Kaiser Permanente Downey Medical Center (KPDMC) : établissement délivrant des soins cc santé intégrés n = 980 groupe intervention n = 980 groupe contrôle	Pharmacien clinicien Primary care provider (PCP) Infirmiers Equipe de soutien (support staff)	Multidisciplinary health care teams Collaboration between pharmacists and primary care medical teams	Identification par les pharmaciens des patients diabétiques de type 2 avec HbA1c $\geq 8,0\%$, ou patients directement orientés par leur PCP. Pharmaciens cliniciens : prescription des examens de laboratoire de suivi, gestion des médicaments (introduction, ajustement et arrêt), vérification de l'observance du traitement, gestion du renouvellement des ordonnances, des vaccinations, des retards dans les examens de santé, et action d'éducation des patients concernant les modifications du mode de vie liés au diabète, à l'hypertension et à la dyslipidémie. Lorsqu'un patient atteint l'objectif HbA1c $< 8,0\%$, il est réadressé au PCP pour une prise en charge plus intensive du diabète. Pas de prise en charge supplémentaire par le pharmacien si HbA1c $< 8,0\%$. Si le taux d'HbA1c réaugmenté à $> 8,0\%$, la prise en charge par le pharmacien clinicien se répète.

N°	Auteur / Année / Lieu	Setting + patients (n)	Composition de l'ESP	Terme CIP	Intervention / Modalités de CIP
(64)	Da Silva Marinho 2017 Brésil	Primary healthcare professionals' practices n = 124 779 groupe intervention n = 105 669 groupe contrôle	Infirmiers Médecins Dentistes Nutritionnistes Agents de santé communautaires	Family Health Strategy teams	Elaboration d'un plan d'action par l'équipe pour améliorer les soins aux patients diabétiques : détection précoce active, gestion, suivi et prévention des complications liées à la maladie. Les équipes étaient libres de mettre en œuvre les changements organisationnels qu'elles jugeaient nécessaires pour améliorer la gestion du diabète sur le territoire qu'elles couvraient.
(48)	Riverin 2017 Canada	Primary care practices n = 107 345 groupe intervention n = 513 311 groupe contrôle	Family Medicine Group: 6 à 12 médecins de famille et 1 à 2 infirmiers	Multidisciplinary team-based primary care practice	Family Medicine Groups : médecins de famille qui travaillent en collaboration avec des infirmiers offrant un large éventail de services dont la gestion de cas, des heures d'ouverture prolongées et un service d'urgence sur appel
(66)	Furler 2017 Australie	74 primary care practices n = 151 groupe intervention n = 115 groupe contrôle	Médecin généraliste Infirmier Infirmier éducateur en diabète	Primary care team	Rôle de l'infirmier éducateur en diabète : soutien et encadrement de la pratique de l'infirmier praticien. Rôle de l'infirmier praticien : intensification du traitement par l'initiation et le tirage de l'insuline, dans le cadre d'un modèle de prise de décision partagée avec le patient. Toujours en lien avec le médecin généraliste pour les prescription d'insuline et gestion des posologies. Nombre de visites avec le patient par les infirmiers et médecins généralistes selon les besoins.
(24)	Chwastiak 2016 Etats-Unis	1 safety net primary care clinic n = 151 groupe collaboration n = 483 groupe contrôle	Primary care provider Infirmier Care manager : infirmier et diététicien Psychiatre Consultant médical Assistant médical	Multidisciplinary team Patient-centered team care Primary-care based team Collaborative care team	Supervision de l'équipe par le PCP. Infirmier praticien : visites des patients de l'équipe pour la lutte contre le diabète. Care manager : élaboration d'un plan de santé individualisé avec objectifs spécifiques et mesurables, éducation à l'autogestion des maladies chroniques (adhésion aux médicaments, mesures hygiéno-diététiques), mise en place d'interventions comportementales (entretiens motivationnels, activation comportementale) pour éviter les obstacles à l'autogestion, coordination des soins avec professionnels de la santé mentale et organismes communautaires, examen hebdomadaire des dossiers avec les consultants médicaux et psychiatriques des patients dont l'état ne s'améliore pas. Care manager soutenu par l'assistant médical. Réunion systématique hebdomadaire d'étude de cas pour tous les membres de l'équipe.
(25)	Smith 2016 Etats-Unis	32 medical offices n = 111 groupe intervention n = 58 groupe contrôle	Médecin généraliste Pharmaciens cliniciens (déjà au sein de la clinique avant le début de l'étude)	Physician-pharmacist collaborative care	Examen du dossier médical par le pharmacien et entretien avec évaluation des antécédents médicaux, des connaissances sur les régimes médicamenteux de la TA, de l'observance et des obstacles au contrôle de la TA à chaque visite. Recommandations de traitement du pharmacien documentées dans des plans de soins fournis au médecin (libre d'accepter ou de modifier le plan de traitement). Mise en œuvre du plan final réalisée par le pharmacien. Le calendrier de visites recommandé comprenait une visite de base, un appel à deux semaines et des visites en face à face supplémentaires à 1, 2, 4, 6 et 8 mois, avec des visites supplémentaires si nécessaire. Les pharmaciens et les médecins des groupes intervention ont reçu une formation concernant les méthodes pour une communication et une collaboration efficaces entre eux. Les pharmaciens du groupe contrôle devaient éviter les interventions pour les patients souffrant d'HTA, mais ils pouvaient réaliser les consultations habituelles si les médecins posaient des questions spécifiques.
(56)	Jiao 2015 Hong-Kong	General Out-patient Clinics (GOPCs) n = 9094 groupe intervention n = 9094 groupe contrôle	Consultants en médecine familiale Médecins généralistes Infirmiers Optométriste, diététicien, podologue, kinésithérapeute	Multidisciplinary team	Selon le niveau de risque des patients, dépistage annuel complet des facteurs de risque et évaluation par un infirmier, ou bien évaluation complète tous les 2 ou 3 ans avec prise de sang annuelle et suivi par le médecin de la GOPC. Les interventions comprenaient l'évaluation des infirmiers, les soins des médecins des GOPC, l'intervention des consultants associés et l'intervention des professionnels paramédicaux.
(26)	Smith 2015 Etats-Unis	Cliniques de soins primaires en milieu hospitalier et universitaire n = 1516 patients	Pharmacien Médecin de soins primaires des cliniques Médecin du patient Interne de médecine	Collaborative care	Première visite avec un pharmacien clinicien : évaluation TA, pharmacothérapie antérieure et actuelle, habitudes alimentaires et d'exercice physique. Elaboration d'un premier plan de traitement individualisé développé en collaboration avec les médecins des cliniques. Plan ensuite communiqué au médecin du patient, révisé selon les besoins et approuvé. Discussion en temps réel du plan entre les professionnels de santé. Degré et étendue de la collaboration médecin-pharmacien pour chaque patient selon les besoins.
(27)	McAdam-Marx 2015 Etats-Unis	Patient-centered primary care setting n = 303 groupe intervention n = 394 groupe contrôle	Pharmaciens cliniciens Médecins Cliniciens en pratique avancée	Collaborative Care Management	Visite initiale en personne avec le pharmacien et visites de suivi par téléphone et en personne toutes les 1 ou 2 semaines pour l'ajustement des doses, l'observance et l'éducation sur la maladie. Ils ont pu directement prescrire et modifier le traitement médicamenteux du diabète, ajuster le dosage de l'insuline, prescrire des tests de surveillance de l'HbA1c et du bilan lipidique, et fournir une éducation sur le diabète aux patients (si non contrôlé), grâce à un accord de collaboration avec les médecins et les cliniciens en pratique avancée (4 piliers de pratique : pratique clinique, facilitation de l'apprentissage, leadership et données probantes, recherche et développement).

N°	Auteur / Année / Lieu	Setting + patients (n)	Composition de l'ESP	Terme CIP	Intervention / Modalités de CIP
(28)	Mundt 2015 Etat-Unis	6 primary care clinics n = 7457	Médecins Médecins assistants Infirmiers praticiens Assistants médicaux Autres membres: secrétaires médicaux, techniciens laboratoire / radiologie et autres	Primary care team	Entretien en face à face des membres de l'équipe : examen des connexions du réseau de soin dans les équipes et du climat d'équipe. Chaque membre pouvait appartenir à plusieurs équipes (chevauchement des membres). Identification des interactions (avec qui, fréquence, face à face ou via les dossiers de santé électroniques). Connexion entre 2 membres de l'équipe codée comme présente si fréquence de communication rapportée comme quotidienne ou pluriquotidienne. Réseau de soin dense : interactions nombreuses entre tous les professionnels de santé. Les informations circulent rapidement entre les membres de l'équipe. Réseau de soin centralisé : interactions organisées autour d'un seul ou d'un petit groupe de professionnels de santé. Réseau très centralisé peut concentrer le pouvoir entre quelques personnes. Visite en face-à-face avec le pharmacien pour identifier les médicaments prescrits, ceux achetés en vente libre, complémentaires et alternatifs. Mesure des taille, poids, rythme cardiaque et TA du patient. Recommandations des pharmaciens pour optimiser la gestion médicamenteuse de la TA et des autres FDRCV, avec le médecin qui était chargé d'autoriser les changements de médication. Le pharmacien a ensuite travaillé de manière indépendante avec le patient pour mettre en œuvre ces changements. Contacts intermédiaires avec les patients, par téléphone ou en personne, pour déterminer si les changements de médication ont été mis en œuvre et pour répondre aux questions. A 1 an, tous les patients ont été vus dans la clinique pour examiner les médicaments, mesurer la TA, G.A.J, taux d'HbA1c et bilan lipidique.
(49)	Omran 2015 Canada	5 cliniques de soins primaires n = 107 groupe intervention n = 93 groupe contrôle	Médecins Pharmaciens	Primary care team	
(29)	Carter 2015 Etats-Unis	32 primary care offices n = 194 groupe intervention de 9 mois n = 207 groupe intervention 24 mois n = 224 groupe contrôle	Médecin Pharmacien	Physician-pharmacist collaboration	Examen du dossier médical par le pharmacien et entretien avec le patient: historique des médicaments, évaluation des connaissances des médicaments, dosages, moment de l'administration, et effets secondaires potentiels, obstacles au contrôle de la TA (effets secondaires, non-observance). Appel téléphonique à 2 semaines + visites en face à face au départ, à 1, 2, 4, 6 et 8 mois + visites supplémentaires si la TA restait non contrôlée. Réalisation d'un plan de soins par le pharmacien avec recommandations pour que le médecin ajuste la thérapeutique. Communications pharmacien-médecin surtout en face à face, et parfois par courriel. Les médecins pouvaient accepter ou rejeter toute la recommandation ou modifier le plan de soins.
(57)	Choi 2015 Hong-Kong	Deux GOPC (General Out-Patient Clinic) n = 256 groupe intervention (1 GOPC) n = 210 groupe contrôle (l'autre GOPC)	Médecin Infirmier	Pas de terme spécifique. Intervention ou protocole de prévention	Formation pour les médecins et les infirmiers: objectifs de traitement pour la prévention secondaire des AVC ischémiques, déroulement et l'applicabilité du protocole. Formation des infirmiers : éducation aux patients et interventions de modification du mode de vie en accord avec les recommandations des médecins. Services annexes disponibles dans les deux cliniques : consultation diététicien, aide au sevrage tabagique, programme de dépistage des complications du diabète et programmes de responsabilisation des patients diabétiques et hypertendus. Notes électroniques de consultation examinées chaque mois pour chaque patient afin d'évaluer le respect du protocole. Si soins sous-optimaux constatés, rappel électronique avec conseils appropriés de gestion envoyé au dossier médical électronique du patient. Le médecin consultant pouvait alors dispenser les soins appropriés lors du suivi suivant. Réunion trimestrielle pour présenter les données relatives au respect du protocole aux médecins et infirmiers du groupe intervention.
(30)	Lin 2014 Etats-Unis	14 Group Health primary care clinics n = 106 groupe intervention n = 108 groupe contrôle sous-groupes : contrôle médical défavorable (HbA1c >8.0%; TAS >140 mmHg; LDLc >120 mg/dL) ou favorable au départ	Nurse care manager Médecin généraliste Psychologue Psychiatre	Collaborative care team Interdisciplinary meetings Patient-centered collaborative care	Pas de protocole dans le groupe contrôle. Prescription et ajustement des médicaments par les médecins. Intervention basée sur le TEAMcare = traitement, amélioration, activation et motivation 1. Définition des objectifs et du plan de soins : collaboration du patient avec les nurse care managers et les médecins pour créer des objectifs cliniques et mise en place d'un plan de soins individuel afin de contrôler la dépression, le diabète, l'HHTA et la dyslipidémie. Evaluation réalisée en face à face dans l'établissement de soins primaires du patient. 2. Soutien aux soins et suivi des progrès : suivis réguliers par le nurse care managers en visite face-à-face et par téléphone avec approche motivationnelle et résolution des problèmes pour soutenir l'observance, les recommandations alimentaires et l'activité physique. Suivi des scores PHQ-9 et des mesures d'HbA1c, de LDLc et de TA, sur le registre électronique, avec signalement si absence de progrès. 3. Réunions de l'équipe multidisciplinaire : hebdomadaires avec nurse care managers, médecin de famille, un psychiatre et un psychologue. Recommandations individuelles pour ajustement du traitement selon les recommandations de bonnes pratiques. Le médecin du patient était responsable de la gestion des traitements. 4. Atteinte des objectifs : élaboration d'un plan de prévention des rechutes et de maintien par l'infirmier et le patient. Si aggravation du contrôle de la maladie, proposition de suivi et intensification des schémas de traitement selon le protocole.

N°	Auteur / Année / Lieu	Setting + patients (n)	Composition de l'ESP	Terme CIP	Intervention / Modalités de CIP
(31)	Bluml 2014 Etats-Unis	Centres de santé, cliniques gratuites, pharmacies communautaires, cabinets de médecins et autres établissements de santé dans 25 communautés de 17 états n = 1836	Médecins Pharmaciens	Multidisciplinary health care teams Interdisciplinary care team Collaborative care	Pharmaciens intégrés dans des équipes locales et interdisciplinaires de soins du diabète et ont fourni aux patients une éducation personnalisée sur le diabète et des consultations sur les médicaments. Soins centrés sur le patient et dispensés en équipe, afin d'améliorer les soins cliniques et les mesures d'autogestion liées au diabète soigné. Collaboration accrue entre les médecins, les pharmaciens et les autres membres de l'équipe soignante.
(58)	Jiao 2014 Hong-Kong	General Out-Patient Clinics (GOPCs) n = 1072 groupe intervention n = 1072 groupe contrôle	Consultants associés en médecine familiale Médecins généralistes Infirmiers de pratique avancée Infirmiers Autres professionnels de santé : optométriste, diététicien, podologue et kinésithérapeute	Collaborative Care Management	Différentes stratégies de gestion fournies par l'équipe, selon les différents niveaux de risques des patients. Patients invités à participer au programme d'autonomisation des patients (PEP), qui est un programme d'éducation structuré dispensé par deux organisations non gouvernementales visant à améliorer les connaissances et les compétences des patients en matière d'autogestion du diabète. Les interventions comprenaient l'évaluation des infirmiers (dont stratification des risques), les soins dispensés par les médecins des GOPC, l'intervention des consultants associés et d'autres professionnels de santé selon les niveaux de risque et des besoins.
(32)	Richardson 2014 Etats-Unis (KPGA)	Deux unités de soins ambulatoires de Kaiser Permanente Georgia (KPGA) n = 26	Pharmacien clinicien Diététicien Care manager : infirmier Médecin de soins primaires	Collaborative primary care	Soins de suivi délivrés par un infirmier toutes les 2 à 5 semaines : visites dans l'établissement de soins, suivis téléphoniques et suivis électroniques. Fréquence des soins basée sur les besoins individuels du patient et sur la capacité à établir une communication avec le patient. Des notes étaient rédigées dans le dossier médical électronique.
(33)	Driscoll 2013 Etats-Unis	PCMH 45 entretiens (patients de la PCMH, médecins de soins primaires, employés du système de santé et leaders tribaux) n = 206	Médecins Médecins assistants Assistants médicaux Infirmiers Autres professionnels de santé : nutritionnistes, psychologues	Coordinated care Multidisciplinary teams Team-based care/coordination	<i>cf Annexe 2</i>
(34)	Chen 2013 Etats-Unis	6 cliniques de médecine familiale n = 176 groupe intervention (3 cliniques) n = 198 groupe contrôle (3 cliniques)	Médecin Pharmacien clinicien Infirmier de recherche	Co-management	Pharmaciens : évaluation des médicaments et de la TA, au départ et à 1 mois, et par téléphone à 3 mois, avec possibilité de contacts plus fréquents si TA mal contrôlée. Identification des problèmes conduisant à un mauvais contrôle de la TA, élaboration d'un plan de soins et recommandations spécifiques au médecin du patient concernant les modifications de la pharmacothérapie. Recommandations le plus souvent en face à face avec le médecin et les changements de thérapie devaient être acceptés par le médecin avant d'être mis en œuvre. Recommandations de traitement documentées dans les formulaires de rapport de cas et dans le dossier médical du patient.
(35)	Farland 2013 Etats-Unis	7 sites de pratique de soins primaires n = 206	Pharmaciens cliniciens Médecins	Collaboration	Les méthodes de collaboration pouvaient inclure : (1) un accord de pratique permettant aux pharmaciens de prescrire de manière indépendante une thérapie médicamenteuse pour les patients diabétiques, (2) des rendez-vous pharmacien-médecin avec les patients au cours desquels les deux professionnels évaluaient le patient et élaboraient un plan de traitement sur le lieu de soins, (3) des rendez-vous pharmacien-patient, puis le pharmacien discutait de chaque cas avec le médecin pour élaborer un plan de traitement sur le lieu de soins. Une combinaison de ces méthodes pouvait être utilisée sur chaque site de pratique Les visites de suivi ont eu lieu à des intervalles de 1 à 12 semaines selon les indications cliniques. Elles ont été effectuées en face à face ou par téléphone par un pharmacien, un médecin, ou en partageant un rendez-vous pharmacien-médecin. Ils ont travaillé en collaboration pour gérer les soins de chaque patient. Lors des visites de suivi, les activités du pharmacien comprenaient l'éducation du patient, l'examen des carnets de surveillance de glycémie, la prescription et le suivi des tests de laboratoire, l'examen du pied, la vérification du dernier fond d'oeil et la prescription ou recommandation de vaccins. Les pharmaciens géraient également le traitement médicamenteux en débutant, ajustant ou en arrêtant les médicaments antidiabétiques, antihypertenseurs ou hypolipémiants.

N°	Auteur / Année / Lieu	Setting + patients (n)	Composition de l'ESP	Terme CIP	Intervention / Modalités de CIP
(50)	Manns 2012 Canada	18 primary care networks (PCN) n = 77 830 groupe intervention n = 105 824 groupe contrôle	Equipe différente selon les PCN Médecins de famille Infirmiers Diététiciens Pharmaciens	Primary Care Network Multidisciplinary teams	Un PCN consiste en médecins de soins primaires et d'autres professionnels de santé qui travaillent ensemble pour fournir des soins aux patients. Leurs objectifs sont d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires, de mettre l'accent sur les patients atteints de maladies chroniques et d'améliorer la coordination des soins de santé primaires aux soins secondaires. <i>cf Annexe 5</i>
(36)	Edwards 2012 Etats-Unis	Family Medicine Center (FMC) n = 131 groupe intervention n = 210 groupe contrôle	Internes en médecine familiale Médecins associés Médecins Pharmaciens	Collaboration	Accord de collaboration entre les médecins et les pharmaciens. Le pharmacien était chargé de la réalisation des normes de soins de l'American Diabetes Association (cf critères d'évaluation). Après la visite avec le patient, le pharmacien a documenté les résultats de chaque test ainsi que les recommandations de pharmacothérapie dans une note d'évolution dans le DME du patient, transmise au médecin pour qu'il l'examine avant le rendez-vous suivant.
(37)	Heisler 2012 Etats-Unis	5 outpatient primary care clinics n = 1797 groupe intervention n = 2303 groupe contrôle	Médecins Pharmaciens 16 équipes de soins primaires	Pas de terme (mais primary care team)	Consultations pharmacien-patient dans les cliniques de soins primaires et par téléphone. Lors de la rencontre d'accueil, évaluation par le pharmacien de l'observance de chaque prescription de médicaments pour la TA, dyslipidémie et diabète, évaluation des obstacles à l'observance et discussion autour des mesures récentes de TA, d'HbA1c et de LDL. Prescription de tests de laboratoire si besoin. Exploration avec le patient de ses objectifs, et de la manière dont la prise de médicaments les affectait. Si obstacles à l'observance du traitement, le pharmacien travaillait avec le patient pour définir une mesure d'action à court terme. Si absence de problème d'observance, le pharmacien était autorisé à modifier les traitements. A la fin de la rencontre, résumé des étapes suivantes et programmation du suivi. Toutes les consultations ont été documentées dans le DME (médecins des patients informés). Les rencontres de suivi concernaient l'évaluation de l'observance du traitement, les progrès réalisés par rapport aux plan d'action précédent, la planification d'actions supplémentaires et si besoin l'intensification des traitements.
(51)	Jesmin 2012 Canada	Primary health care practices n = 10 946	Médecin traitant Infirmiers Diététiciens, nutritionniste	Team-based primary care practice	Pratique des soins de santé primaires définie comme une pratique d'équipe si le médecin traitant du patient travaille dans le même établissement de soins que les infirmiers, les diététiciens et les nutritionnistes ou si le médecin traitant pratique dans un centre de santé communautaire ou un CLSC (Centre local de services communautaires).
(63)	Tahaineh 2011 Jordanie	Primary care facility n = 73 groupe intervention n = 52 groupe contrôle	Pharmacien Médecin de soins primaires	Collaboration	Le pharmacien clinicien a travaillé en collaboration avec les médecins pour contrôler les profils lipidiques via un formulaire indiquant les recommandations pour chaque patient. Ce formulaire a été soumis aux médecins et la réponse des médecins à chaque recommandation a été évaluée.
(38)	Pape 2011 Etats-Unis	9 cliniques n = 1496 groupe intervention n = 2928 groupe contrôle	68 médecins Pharmaciens	Physician-pharmacist team-based care	L'intervention comprenait des soins à distance dispensés par une équipe de médecins-pharmaciens. Communication électronique entre le pharmacien et le médecin via le DME. Le pharmacien a examiné les dossiers médicaux des patients dont le taux de LDLc est élevé et a élaboré des recommandations de traitement médicamenteux et de suivi biologique. Le traitement proposé a été envoyé par voie électronique au médecin qui avait la possibilité d'ignorer la recommandation, de modifier la recommandation ou d'approuver l'intervention du pharmacien. Dans le cas où l'intervention était approuvée, le pharmacien prenait contact avec le patient par téléphone. L'intervention téléphonique comprenait une présentation du rôle du pharmacien au sein de l'équipe de soins, la confirmation de l'historique des médicaments et des effets indésirables antérieurs, et l'identification des obstacles à l'observance du traitement. Toutes les communications et les soins aux patients ont été consignés dans le dossier médical du patient et cosignés par le médecin. Une formation a été dispensée afin de soutenir un processus de décision partagé concernant le plan de traitement.
(52)	Simpson 2011 Canada	5 cliniques de soins primaires n = 131 groupe intervention n = 129 groupe contrôle	Médecins Infirmiers Pharmaciens Selon les besoins : diététiciens, kinésithérapeutes, travailleurs sociaux	Multidisciplinary primary care teams (équivalent canadien du patient-centered medical home)	Visite en face-à-face avec le pharmacien pour identifier les médicaments prescrits, ceux achetés en vente libre, complémentaires et alternatifs. Mesure des taille, poids, rythme cardiaque et TA du patient. Recommandations des pharmaciens pour optimiser la gestion médicamenteuse de la TA et des autres FDRCV, avec le médecin qui était chargé d'autoriser les changements de médication. Le pharmacien a ensuite travaillé de manière indépendante avec le patient pour mettre en œuvre ces changements. Contacts intermédiaires avec les patients, par téléphone ou en personne, pour déterminer si les changements de médication ont été mis en œuvre et pour répondre aux questions. A 1 an, tous les patients ont été vus dans la clinique pour examiner les médicaments, mesurer la TA, GAJ, taux d'HbA1c et bilan lipidique.

N°	Auteur / Année / Lieu	Setting + patients (n)	Composition de l'ESP	Terme CIP	Intervention / Modalités de CIP
(39)	Boult 2011 Etats-Unis	8 cabinets de soins primaires n = 446 groupe intervention n = 404 groupe contrôle	Guided care : Infirmiers Médecins	Guided Care Interdisciplinary team care	Pour chaque patient, l'infirmier effectue une évaluation complète et standardisée à domicile, puis collabore avec le médecin, le patient et l'aïdant pour créer deux plans de gestion complets : un guide de soins pour les professionnels de santé et un plan d'action pour le patient et l'aïdant. L'infirmier assure ensuite un suivi régulier des affections chroniques du patient, l'accompagne dans l'autogestion, coordonne les actions de tous les professionnels de santé concernés, facilite les transitions du patient entre les sites de soins, assure l'éducation et le soutien des aidants familiaux et facilite l'accès aux ressources communautaires
(61)	Chan 2011 Irlande	3 cabinets de médecine générale n = 47 groupe intervention n = 47 groupe contrôle	4 médecins généralistes Infirmiers praticiens Kinésithérapeutes Ergothérapeute Infirmier psychiatrique Psychologue Diététicien Assistant social	Multidisciplinary team	Les mères randomisées dans le groupe d'intervention ont assisté à une consultation multidisciplinaire avec jusqu'à quatre professionnels de la santé en plus de leurs soins habituels. Les consultations ont porté sur des problèmes médicaux, psychologiques et sociaux. Avant la consultation, réunion hebdomadaire d'équipe (Primary Health Care Team : PHCT) afin d'obtenir un maximum d'informations concernant les mères et leurs problèmes, et de désigner quels membres de l'équipe de soins de santé primaires étaient les plus aptes à participer à la consultation. Proposition aux mères d'être accompagnées d'un proche pour les soutenir. Le membre de la PHCT qui connaissait le mieux la patiente, souvent le médecin généraliste, présidait chaque consultation. Il débutait la consultation et aidait les autres membres de l'équipe à contribuer de manière contrôlée. Chaque membre de l'équipe apportait sa contribution et donnait des conseils dans son domaine de compétence concernant les problèmes qui se posaient dans chaque cas. À la fin de chaque consultation, un plan de gestion a été établi et convenu avec la mère et sa famille. Des réunions hebdomadaires de l'équipe assuraient la coordination du plan de soins.
(62)	Fokkens 2011 Pays-Bas	24 general practices n = 795 groupe intervention n = 206 groupe contrôle	Médecin généraliste Infirmier spécialisé en diabétologie Infirmier praticien Diététicien	Multidisciplinary cooperation	Les soins proposés aux patients suivaient les recommandations du Guidelines of the Dutch College of General Practitioners : - suivi trimestriel : évaluation du bien-être et alimentation, recherche d'une éventuelle hypo- ou hyperglycémie, des difficultés dans les traitements ou dans la mise en place d'exercice physique. Mesure du poids et de la glycémie à jeun. Détermination de l'HbA1c pour les patients sous insuline. Détermination de la TA chez les patients hypertendus. Examen des pieds. - suivi annuel : recherche de troubles de la vision, d'affections cardiovasculaires, de neuropathies, de troubles sexuels. Mesures du poids, TA, GAJ, HbA1c, créatinine, bilan lipidique, kaliémie. Inspection des zones d'injection chez les patients sous insuline. Fond d'oeil. Coopération multidisciplinaire avec répartition claire des tâches et rapports standardisés entre les professionnels de santé. Saisie annuelle des paramètres pertinents pour le diabète avec comparaisons possibles au sein des cabinets et entre les cabinets. Indicateurs de résultats et de processus discutés entre l'infirmier spécialisé en diabète et le médecin généraliste. Volet éducatif à la fois aux patients et aux professionnels de santé : - éducation individuelle des patients par un infirmier spécialisé dans le diabète et un diététicien selon le protocole, et évaluation des médicaments prescrits, résultats de laboratoire, objectifs de traitement et informations personnelles. - programme d'éducation des professionnels de santé proposé
(65)	Barceló 2010 Mexique	10 public health centers n = 196 groupe intervention (5 public health centers) n = 111 groupe contrôle (5 autres)	43 ESP Médecins Infirmiers Selon les centres, d'autres professionnels de santé tels que des nutritionnistes et des psychologues	Primary care team Collaborative intervention	Programme éducatif pour les professionnels de santé dans tous les centres du groupe intervention. Détermination d'objectifs raisonnables à atteindre par les patients et l'équipe de soins primaires. Changements de traitement selon les directives mexicaines pour la gestion du diabète. Certains centres ont proposé des activités supplémentaires telles que l'amélioration de la santé psychologique, de la qualité de vie des patients et de la relation patient-professionnel de santé, et l'augmentation de l'activité physique.
(40)	Boyd 2010 Etats-Unis	8 community-based primary care practices n = 485 groupe intervention (7 ESP) n = 419 groupe contrôle (7 ESP)	Infirmiers Médecins de soins primaires	Guided Care Interdisciplinary team care	8 missions des infirmiers : évaluation complète à domicile, création et mise à jour d'un plan de soins et d'un plan d'action, suivi mensuel, encadrement pour l'autogestion, transition vers et hors de l'hôpital, coordination de l'ensemble des professionnels de santé, éducation et soutien des aidants et accès aux ressources communautaires. Entretiens en face-à-face pour évaluer les caractéristiques sociodémographiques de base des participants, leur état de santé, leurs maladies chroniques, et leur satisfaction à l'égard des soins de santé. Suivi mensuel des patients par les infirmiers par téléphone. Rapports de performance mensuels réalisés pour rendre compte du suivi.

N°	Auteur / Année / Lieu	Setting + patients (n)	Composition de l'ESP	Terme CIP	Intervention / Modalités de CIP
(59)	Mousquès 2010 France	Cabinets de médecine générale n = 1684 Etude 1: n = 838 groupe intervention et n = 1018 groupe contrôle Etude 2: n = 588 vs n = 202 Etude 3: n = 795 vs n = 956	Médecins généralistes Infirmiers ASALEE (ASALEE = Action de Santé Libérale En Equipe)	Team working	Intervention niveau 1 : rappels électroniques dans les dossiers électroniques des patients par les infirmiers Asalée, permettant d'alerter le médecin généraliste, lors de la consultation du patient, des examens à effectuer selon les directives nationales. Intervention niveau 2 : consultations d'éducation et de conseils aux patients en matière d'hygiène nutritionnelle et de respect du traitement, effectuées par les infirmiers Asalée, après accord du patient, à la demande du médecin généraliste.
(67)	Tobari 2010 Japon	Community-based primary care center n = 64 groupe intervention n = 64 groupe contrôle	Médecins Pharmaciens	Cooperation	Le pharmacien a rencontré chaque patient séparément lors d'une première séance afin de fixer des objectifs individuels. Elaboration d'un plan de traitement par le médecin et le pharmacien, par téléphone ou face à face si nécessaire lors de l'examen du patient. A chaque visite du pharmacien, proposition de conseil ciblés individuels au patient, mensuellement pendant 6 mois. Réalisation par les pharmaciens de recommandations de traitement aux médecins.
(41)	Marsteller 2010 Etats-Unis	8 practices	38 médecins Infirmiers n = 18 groupe intervention n = 20 groupe contrôle	Guided Care	<i>cf Annexe 4</i>
(42)	Jameson 2010 Etats-Unis	Community-based primary care group n = 52 groupe intervention n = 51 groupe contrôle	Médecins Pharmaciens	Collaboration	Les patients ont rencontré le pharmacien pour une évaluation de l'adhésion, des obstacles à l'optimisation des taux de glycémie et du régime médicamenteux actuel. Education individualisée des patients concernant l'autogestion du diabète, y compris le régime alimentaire, l'exercice, la mesure de la glycémie, les médicaments et l'insuline. Le pharmacien a suivi les directives de la gestion de l'hyperglycémie dans le diabète de type 2 qui comprenait le passage précoce à l'insulinothérapie après l'échec de deux médicaments oraux. Le médecin traitant du patient a approuvé tout changement de médicament ou de thérapie, mais l'autonomie du pharmacien pour ajuster les doses d'insuline en fonction des besoins. Nombre de visites ultérieures avec le pharmacien basé sur la nécessité d'éduquer davantage le patient sur le contrôle du diabète ou de surveiller les changements thérapeutiques. Les visites de suivi étaient complétées par des appels téléphoniques selon les besoins.
(43)	Weber 2010 Etats-Unis	5 cliniques de soins primaires n = 100 groupe intervention n = 75 groupe contrôle	Pharmaciens Médecins	Collaborative management	Examen par les pharmaciens des données obtenues par l'infirmier de recherche. Entretiens avec le patient : évaluation par les pharmaciens des facteurs qui pourraient entraver l'atteinte de la TA cible et des stratégies de traitement actuelles du patient par rapport aux directives cliniques. Discussion des recommandations de traitement entre le pharmacien et le médecin du patient : les médecins pouvaient choisir d'accepter ou de rejeter les recommandations des pharmaciens.
(44)	Wolff 2010 Etats-Unis	Primary care practices n = 98 couples patient/aidant groupe intervention n = 98 couples groupe contrôle	Sept infirmiers intégrés dans sept équipes Primary Care Practises Médecins de soins primaires	Guided Care Collaborative care	Education et soutien des aidants familiaux, évaluation complète des patients, directives fondées sur des preuves pour les maladies chroniques, entretiens de motivation pour le changement de comportement en matière de santé, soins en collaboration, éducation à l'autogestion des maladies chroniques, prévention maltraitance des personnes âgées, ressources communautaires et utilisation du dossier de santé électronique "Guided Care".
(53)	Goldman 2010 Canada	12 FHT et 2 team-based primary care practices (mais équivalent FHT)	Médecins de famille Infirmiers praticiens Diététiciens Travailleurs sociaux Pharmaciens Managers	Interprofessional team based care Interprofessional collaboration	Réunions régulières entre les membres de l'équipe pour discuter et élaborer des plans de soins interprofessionnels pour les patients : conférences de cas interprofessionnelles ou des rondes de gestion de cas. DME (dossier médical électronique) : pour saisir et partager les informations sur les patients, évitant ainsi la duplication des efforts dans le cadre du programme interprofessionnel sur le diabète.

N°	Auteur / Année / Lieu	Setting + patients (n)	Composition de l'ESP	Terme CIP	Intervention / Modalités de CIP
(45)	Carter 2009 Etats-Unis	6 community-based family medicine residencies n = 192 groupe intervention n = 210 groupe contrôle	Pharmaciens Médecins (+ infirmier de l'étude)	Collaboration Collaborative intervention	Les médecins et les pharmaciens du groupe intervention ont été soumis à des exercices de consolidation d'équipe menés par deux enquêteurs. Les consultations avec les pharmaciens ont eu lieu dans le cabinet médical : évaluation des médicaments et de la TA au départ, à 1 et 3 mois. Plupart des recommandations des pharmaciens aux médecins en face à face. Tous les changements de thérapie étaient approuvés par le médecin. Les patients ont été appelés avant les visites à la clinique pour encourager l'adhésion. <i>Les pharmaciens cliniciens du groupe contrôle s'abstenaient de fournir des soins aux patients contrôlés, mais continuaient de répondre aux questions générales des médecins sur le traitement.</i>
(54)	McKinnon 2009 Canada	Primary Health Centre n = 87 groupe intervention n = 94 groupe contrôle	Pharmacien clinicien Médecin de soins primaires	Collaboration	Le pharmacien évaluait tous les aspects liés à la pharmacothérapie susceptibles de nuire à une prescription sécuritaire et efficace des médicaments. Le pharmacien et le médecin décidaient en collaboration d'autoriser la médication demandée ou d'exiger une intervention additionnelle.
(55)	Hogg 2009 Canada	1 family health network n = 120 groupe intervention n = 121 groupe contrôle	Médecins Trois infirmiers praticiens 1 pharmacien	Multidisciplinary team	Un pharmacien et trois infirmiers praticiens ont été intégrés au cabinet de médecine familiale. Soins dispensés par le pharmacien ou l'infirmier au domicile des patients ou par téléphone. Réalisation d'un examen complet des dossiers et d'une visite à domicile pour chaque patient au début de l'étude par le pharmacien ou l'infirmier. Pharmacien: gestion des médicaments, identification des problèmes potentiels liés aux médicaments et des actions nécessaires pour y remédier. L'infirmier praticien de chaque patient a élaboré un plan de soins individualisé en collaboration avec le patient, le pharmacien et le médecin de famille du patient. Le plan de soins identifiait les problèmes de santé actifs du patient et définissait les objectifs de gestion que le patient et l'équipe de soins devaient atteindre au cours de l'intervention.
(46)	Leff 2009 Etats-Unis	14 primary care practices n = 433 groupe intervention n = 402 groupe contrôle	Médecins (n = 49) Infirmiers	Guided Care	<i>cf Annexe 4</i>

Au total, nous avons retrouvé cinq études étudiant les effets sur les coûts liés aux soins, dix études concernant les effets sur les professionnels de santé et quarante-quatre études étudiant les effets sur les patients.

3.3. Effets sur les coûts

Concernant les effets sur le système de soins, nous avons intégré les résultats sur l'utilisation du système de soins aux résultats patients (exemple : passages aux urgences, accès aux soins, hospitalisations...).

De manière globale, la CIP a tendance à entraîner une diminution des coûts (22,27,28,46). Cette tendance a été majorée par des interactions denses entre les professionnels de santé et lors d'une interaction en face-à-face plutôt que par le biais du DME (28).

Une étude n'a pas démontré de différence significative sur les coûts (59).

Tableau 3 : Effets sur les coûts

Auteur / Année	Objectif	EFFETS SUR LES COUTS	Statistiques
Matzke 2018 (22)	Evaluer l'impact d'un modèle de soins collaboratifs pharmacien-médecin sur [...] et l'utilisation des services de santé	Economie de coûts estimée en \$ par patients groupe intervention vs groupe contrôle : 2 619 vs 241 Retour sur investissement (économies nettes divisées par coût du programme de soins collaboratifs) : 504 %	
Mundt 2015 (28)	Evaluer les associations entre la communication, l'interaction et la coordination des équipes de soins primaires, et la qualité des soins et les coûts chez des patients atteints de maladies cardiovasculaires	Association entre les réseaux de soin des équipes et les résultats : Densité vs Centralisation : Coûts moyens (\$) par patient sur les 12 derniers mois : -516 vs +519 Association entre les communications face à face vs les dossiers de santé électroniques : Coûts moyens (\$) par patient sur les 12 derniers mois : -594 vs +60	p < 0.001 vs p < 0.01 p < 0.05 vs NS
McAdam-Marx 2015 (27)	Evaluer les effets d'un programme collaboratif de gestion de pharmacothérapie dirigé par un pharmacien (DCCM program) sur [...] et les coûts des soins de santé	Modèle des doubles différences : intervention vs contrôle Augmentation moyenne des frais plus faible (250 \$), toutes causes confondues	1 341 \$; coefficient = -0.423 ; (IC95 % -0.779 à -0.068)
Mousquès 2010 (59)	Evaluer l'efficacité et le coût d'une expérience française de travail en équipe infirmier/médecin généraliste (ASALEE) chez des patients diabétiques de type 2	Etude 3 = Evolution des coûts : <i>pas de différence significative entre le groupe intervention et groupe contrôle</i>	
Leff 2009 (46)	Evaluer les effets préliminaires des Guided Care sur l'utilisation et les coûts des services de santé	<i>Economie annuelle nette de 75 000 \$ par infirmière soit 1 364 \$ par patient</i>	(IC95% -244 000 à +150 900)

3.4. Effets sur les professionnels de santé

Quatre études ont retrouvé une bonne acceptabilité par les médecins des recommandations faites par les pharmaciens en matière de modulation de la pharmacothérapie (21,34,43,63).

Cependant, dans une étude sur l'HTA, certains médecins n'ont pas suivi les recommandations des pharmaciens et ont géré seul le traitement. Certains ont exprimé leur refus du fait de patients jugés trop complexes (26).

Dans une étude sur les FDRCV, la plupart des professionnels de santé souhaitaient un maintien de la collaboration médecin-pharmacien à la fin de l'étude (21).

Certains professionnels de santé ont particulièrement apprécié les interactions interprofessionnelles, comme l'importance croissante accordée à la collaboration centrée sur le patient et les réunions régulières interprofessionnelles (53). Dans cette étude, l'utilisation du DME a permis de favoriser la collaboration en évitant de multiplier les échanges entre professionnels.

Dans une étude sur des patients âgés atteints de maladies chroniques, la CIP a permis d'améliorer la connaissance du patient par son médecin (ce qui est important pour lui, ses antécédents, son traitement) et une meilleure satisfaction dans la communication du médecin avec le patient et ses aidants. En revanche, il n'a pas été démontré dans cette étude de différence concernant la satisfaction dans la gestion des soins chroniques (41).

Certains professionnels de santé ont trouvé un gain de temps grâce à la CIP car, pour des problématiques identifiées, les patients étaient orientés vers le professionnel ayant la compétence la plus adaptée pour y répondre. Seulement, pour certains, cette orientation a été difficile à mettre en place et a nécessité l'utilisation d'un protocole d'orientation (53).

Pour d'autres professionnels de santé, l'amélioration de l'accès aux soins grâce à la CIP a entraîné une surcharge de travail en raison de l'augmentation de la demande, aboutissant à la démission de certains médecins, en partie à cause d'un manque de temps pour voir les patients (33).

Une étude n'a pas montré d'amélioration concernant le temps consacré à la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques (41).

Pour certains médecins, le concept de décision partagée était en conflit avec leur expérience passée de médecin en cabinet privé : l'un d'entre eux a éprouvé des difficultés lors du passage au travail en collaboration centrée sur le patient où le médecin devient un "simple" membre de l'équipe (33).

Tableau 4 : Effets sur les professionnels de santé

Auteur / Année	Objectif	EFFETS SUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	Statistiques
Carter 2018 (21)	Évaluer les effets d'un service de pharmacie clinique centralisé et à distance, sur le respect des recommandations et des mesures de prévention secondaire du risque cardiovasculaire	294/331 (88,8%) recommandations réalisées par les pharmaciens acceptées dans leur intégralité par les médecins. Pharmaciens intégrés comme membres virtuels de l'équipe du cabinet médical. Souhait de maintien du service par de nombreux médecins après la fin de l'étude.	
Da Silva Marinho 2017 (64)	Évaluer les effets d'une intervention structurée sur la gestion du diabète de type 2	Le pourcentage de professionnels ayant mesuré l'adhésion au traitement, développé des actions éducatives pour contrôler les situations à haut risque ou prévenir les complications, ou déclaré avoir "expliqué" la maladie aux patients, était plus élevé dans le groupe contrôle. L'implication multidisciplinaire pour les demandes d'ECG et l'orientation vers des spécialistes était plus fréquente dans le groupe contrôle	p < 0,05 p < 0,01
Smith 2015 (26)	Évaluer l'acceptation de la collaboration pharmacien-médecin (Physician-Pharmacist Collaborative Care, PPCC) par les médecins, pour le contrôle de l'HTA	Différences en faveur du groupe intervention : Proportion plus élevée d'infirmiers et d'agents de santé communautaires formés pour la gestion du diabète Plus grande fréquence de discussion des cas de patients diabétiques lors des réunions d'équipe Implication multidisciplinaire dans les soins du diabète Sur 1516 patients adressés à la clinique PPCC : Absence de réponse pour 160 patients (10,6%). Refus d'inclusion dans l'étude par les médecins : 406 patients (29,9% des 1356 patients ayant répondu) Principale raison du refus : le médecin préfère gérer lui-même (19%) Autres raisons : TA contrôlée selon le médecin (mais parfois > 140/90mmHg) (18%), patient incapable de prendre des RDV (12%), gestion par un spécialiste (9%), effet blouse blanche confirmé/suspecté (9%), patient trop complexe (8%) , patient nouvellement suivi (6%), priorité pour autre pathologie (5%), autres (13%). A noter que seuls 1/3 des médecins avaient donné une raison à leur refus.	p < 0,05 vs p < 0.01 p < 0.01 p < 0.05
Driscoll 2013 (33)	Décrire et discuter les changements dans les résultats de l'utilisation du système de soins de santé avant, pendant et après la mise en œuvre de PCMH	Accès aux soins : Augmentation de l'accès aux soins entraîne une augmentation de la demande, qui peut dépasser les capacités pour y répondre Surcharge de travail pour certains professionnels de santé Médecins ont démissionné ou pris leur retraite, ne pouvant répondre aux demandes.	
Chen 2013 (34)	Évaluer les effets d'une intervention médecin-pharmacien sur la TA sur 24 heures et décrire les changements associés de prescription d'antihypertenseurs	Leadership Decision Making : Difficultés pour certains médecins d'accepter un système de santé qui valorise le patient, plus que le médecin, qui devient un membre de l'équipe comme les autres 368 recommandations de modification des régimes médicamenteux antihypertenseurs faites par les pharmaciens : 95% acceptées et mises en œuvre par les médecins	
Tahaine 2011 (63)	Évaluer l'impact de la collaboration pharmaciens-médecins dans l'atteinte d'objectifs lipidiques	90,4 % des recommandations des pharmaciens ont été suivies par les médecins L'utilisation des traitements hypolipémiants a augmenté à 91,8 % chez les patients du groupe intervention vs 86,5 % chez les patients du groupe contrôle (69,9 % et 78,8 % respectivement au départ	

EFFETS SUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ		Statistiques
Auteur / Année	Objetif	
Marsteller 2010 (41)	Évaluer les effets des Guided Care sur les processus de soins chez des patients âgés atteints de maladies chroniques	Amélioration des notes moyennes des médecins pour les processus de soins chroniques groupe contrôle vs intervention au départ et un an plus tard : Amélioration plus importante pour le groupe intervention : Connaissance des caractéristiques cliniques des patients : 2,70 (2,38-3,02) puis 2,77 (2,50-3,03) / 2,85 (2,59-3,11) puis 3,17 (2,88-3,46) p = 0,042 Satisfaction concernant la communication patient/famille 4,25 (3,86 -4,64) puis 3,94 (3,58-4,30) / 4,03 (3,72-4,34) puis 4,40 (3,99-4,81) p = 0,014
Weber 2010 (43)	Evaluer l'effet de la co-gestion médecin-pharmacien sur la TA ambulatoire de 24 heures chez des patients ayant une HTA	Pas de différence entre les 2 groupes pour les variables suivantes : Satisfaction concernant la gestion des soins chroniques, Temps consacré à la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, Connaissance de la situation personnelle des patients, Médecin au courant de toutes les visites de spécialistes, Un fonctionnaire aide le patient à prendre rendez-vous pour une consultation d'orientation, Des informations écrites sont envoyées aux spécialistes des patients, Des informations utiles sont reçues des spécialistes 267 recommandations des pharmaciens de changements de traitement (101 patients intervention) : ajout d'un nouveau médicament antihypertenseur (46,4%), augmentation de la dose d'un médicament existant (33,3%) Si proposition de nouveau médicament antihypertenseur : 36,3% concerne ajout d'un diurétique de type thiazidique 95,9 % des 267 recommandations ont été acceptées par les médecins
Goldman 2010 (53)	Examiner les perspectives et les expériences des membres d'une équipe de Family Health Team (FHT) en matière de collaboration interprofessionnelle et les avantages perçus	Initiatives interprofessionnelles Difficultés d'orientation inappropriée et problèmes de calendrier : en réponse, des FHT ont développé des approches telles qu'une liste de contrôle à utiliser lors des examens de santé annuels, qui indiquerait si une orientation vers le pharmacien est nécessaire. Certains ont indiqué que leur FHT réalisait des études de cas interprofessionnelles ou des réunions de gestion de cas, de façon régulière, pour discuter et élaborer des plans de soins interprofessionnels pour des patients. Il a été reconnu par les participants que le DME est un outil utilisé pour faciliter la collaboration. Par exemple, dans une FHT, il a été utilisé par les médecins, l'infirmier et le diététicien pour saisir et partager les informations sur les patients, évitant la duplication des efforts dans le cadre du programme interprofessionnel sur le diabète. Premières impressions des soins en collaboration Certains ont apprécié les interactions interprofessionnelles qui se produisaient, comme l'importance croissante accordée à la collaboration centrée sur le patient. Intérêt pour le patient de consulter les professionnels de santé ayant la plus grande expertise pour un problème particulier = approche de soins partagés. Permet par exemple aux médecins d'avoir plus de temps pour voir d'autres patients. Les participants ont estimé que les patients qui étaient orientés de manière appropriée vers d'autres professions bénéficiaient de soins primaires améliorés.

3.5. Effets sur les patients

L'ensemble des résultats fait référence à l'intervention en collaboration.

3.5.1. Diabète

Vingt études ont évalué les effets de la CIP sur l'HbA1c (variations du taux et proportion de patients ayant atteint leur objectif).

Dix-huit études ont montré un effet positif sur l'HbA1c (20,22–24,27,30–32,35,36,42,50,56–58,65,66) mais cet effet n'était pas toujours significatif statistiquement (42,59).

Huit études ont montré une plus grande proportion de patients ayant atteint leur objectif : HbA1c <8% dans trois études (23,32,59) et HbA1c <7% dans cinq études (35,50,56,65,66).

Une étude a montré une diminution de la proportion de patients dont le diabète était mal contrôlé défini par une HbA1c <9% (35).

Une étude a montré une augmentation de l'HbA1c (+0.2% avec HbA1c moyenne 6.5%) mais cette augmentation était statistiquement moins importante que dans le groupe contrôle (62).

Une étude a montré que le contrôle glycémique est meilleur lorsque l'infirmier Asalee délivre des conseils d'éducation thérapeutique (59).

Certaines études ont montré une amélioration de l'HbA1c qui n'a pas été stable dans le temps : perte de l'effet à 9 mois (23), à 12 mois (27), à 18 mois (30) du début de l'intervention.

L'atteinte de l'objectif d'HbA1c a été plus rapide pour une étude (23).

Deux études ont montré une amélioration concernant l'autogestion des patients pour le diabète (20,32).

Concernant les traitements du diabète, deux études ont montré un plus grand nombre d'initiations d'insuline (42,66), parfois associées à un arrêt de tous les traitements oraux (42).

Une étude a montré une augmentation du nombre de patients ayant un IEC ou ARA2 lorsqu'ils avaient une protéinurie (50).

Une étude n'a pas mis en évidence d'effet sur l'HbA1c mais a montré un plus grand nombre de procédures de suivi du diabète réalisées (55).

Certaines études ont évalué les procédures de suivi du diabète.

Une étude a rapporté que les procédures de suivi sont d'autant plus réalisées lorsque l'infirmier a délivré des conseils d'éducation thérapeutique (59).

Une étude a montré un plus grand nombre de patients ayant atteint au moins 3 objectifs de leurs procédures de suivi (65).

Le statut vaccinal par rapport à la grippe et au pneumocoque (recommandations diabète) a été évalué dans trois études (20,31,36) : deux ont montré une augmentation des vaccinations (31,36), l'autre n'a pas montré d'amélioration du statut vaccinal (20).

Trois études ont montré un plus grand nombre de patients ayant réalisé le nombre d'HbA1c recommandé (24,50,59).

Trois études ont montré une augmentation de réalisation de l'examen du pied (31,36,65).

Trois études ont montré une augmentation de réalisation du LDLc (50) ou du bilan lipidique global (36,59).

Quatre études ont retrouvé une augmentation des consultations de suivi ophtalmologique / réalisation de fond d'œil (31,36,50,65), alors qu'une étude n'a pas retrouvé plus de réalisation du fond d'œil (59).

Une étude a retrouvé une augmentation de réalisation d'examen cardiologique (ECG ou consultation cardiologue) (59).

Une étude a montré une augmentation de réalisation de la créatinine (59). Une étude a retrouvé une augmentation de sa valeur (62).

Quatre études ont montré une augmentation de patients ayant réalisé le rapport microalbuminurie/créatininurie (35,36,50,59).

3.5.2. Tension Artérielle

Parmi les dix-neuf études ayant évalué la TA :

- onze études ont montré un effet positif sur la TAS seulement (24,25,30,34,37,45,52,57,62), mais ce résultat n'était pas toujours significatif statistiquement (31,32,67)

- six études ont montré un effet positif sur la TAD seulement (62,67), mais ce résultat n'était pas toujours significatif statistiquement (31,45,57)
- six études ont montré un effet positif sur la TAS et la TAD (22,29,43,45,56,58)
- trois études n'ont pas montré d'effet sur la TA (20,55,65)

Deux études ont montré une plus grande proportion de patients ayant atteint leur objectif de TA globale (45,56).

Une étude a montré un effet négatif pour la TAD mais ce résultat n'était pas statistiquement significatif (32).

Certaines études ont montré une amélioration de la TA qui n'était pas stable dans le temps : perte de l'effet positif à 3 ans pour la TAS mais maintien de l'effet pour la TAD (62), effet présent de manière significative seulement 3 mois (après période d'intervention de 3 mois) (37).

Dans une étude, l'effet positif sur la TAS était lié à un plus grand nombre de patients ayant eu une modification de médicaments antihypertenseurs, notamment à l'ajout d'un diurétique (34). Cet effet était également montré dans une autre étude avec amélioration du contrôle de la TA suite à une modification du traitement antihypertenseur (49).

Cinq autres études ont montré un plus grand nombre de changements (ajouts / arrêts / posologie / horaires) de traitements (25,43,49,52,67).

Concernant l'observance aux traitements antihypertenseurs, deux études ont montré une amélioration de l'observance mais qui n'était pas statistiquement significative (25,49).

3.5.3. Dyslipidémie

Deux études ont étudié spécifiquement les effets de la CIP sur le bilan lipidique. Ces études ont montré un effet positif sur l'atteinte du taux de LDLc cible (38,63).

Quatre études ont montré une diminution du taux de LDLc (30,31,57), mais ce résultat n'était pas toujours significatif statistiquement (62).

Une étude a montré une diminution du taux de TG (31).

Une étude a montré une diminution du taux de CT (22).

Cependant, trois études ont montré un effet négatif sur les taux de lipides (HDLc (63)), qui n'était pas toujours significatif statistiquement (32,62).

Deux études ont montré une plus grande proportion de patients ayant atteint leur objectif de LDLc (38,63). Une étude a montré une plus faible proportion de patients ayant atteint leur objectif de LDLc mais ce résultat n'était pas significatif (32).

Dans une étude, le contrôle biologique du LDLc était réalisé plus fréquemment et entraînait plus de prescriptions de traitement hypolipémiant (38).

3.5.4. Maladies / Facteurs de Risque Cardiovasculaires

Dans les trois études s'intéressant au tabagisme, deux études ont constaté une augmentation de la proportion de patients ayant arrêté de fumer (31,67) et une étude n'a pas montré d'effet (56). Quatre études ont montré une diminution de l'IMC (62,67) mais qui n'était pas toujours significative statistiquement (31,57). Deux études sur les maladies cardiovasculaires ont montré une augmentation de dépistage de l'IMC (21,57).

Une étude sur l'HTA a montré une diminution de la consommation de sel (67).

Une étude sur les risques cardiovasculaires a montré une augmentation de dépistage de la consommation d'alcool (21) et une autre étude sur l'HTA a montré une diminution de la consommation d'alcool mais ce résultat n'était pas significatif (67).

Une étude a montré une amélioration du score Guideline Advantage (procédures de suivi cardiovasculaire) (21).

Une étude sur la prévention secondaire des AVC ischémiques a montré une augmentation de patients sous statine (57).

Deux études ont montré une diminution du risque cardiovasculaire à 10 ans (52,58).

Deux études du même auteur sur le diabète de type 2 ont montré une diminution globale des complications cardiovasculaires à 1 an (58) et à 3 ans (56).

Parmi les trois études ayant analysé la mortalité toutes causes confondues, deux études ont montré une diminution (48,56), une étude n'a pas montré d'effet (52).

3.5.5. Maladies chroniques et/ou patients âgés

Une étude sur les patients âgés a montré une augmentation du temps de marche, une diminution du nombre de chutes et une diminution du nombre de médicaments (47).

Cette étude a retrouvé comme objectifs prioritaires des patients : activité physique, productivité, lien social et maintien de la santé.

Deux études ont analysé la perception de la qualité des soins chez des patients atteints de maladies chroniques (Score PACIC) et ont montré une amélioration de l'échelle globale de la qualité sauf pour l'aide à la prise de décision (40) ou la résolution des problèmes (44).

Une étude a analysé la qualité des soins chez des patients âgés complexes et a montré une amélioration de la qualité de la gestion de la maladie chronique et des soins préventifs (55).

Deux études se sont intéressées aux aidants principaux de patients atteints de maladies chroniques. Parmi elles, une étude n'a pas montré d'effet sur leur productivité dans leurs activités personnelles ou professionnelles (WPAI:CG), ni sur la souffrance et les symptômes dépressifs (44) et une étude a montré une diminution de la charge des aidants (55).

3.5.6. Santé Mentale

Une étude a montré une amélioration dans la sévérité des symptômes liés à la dépression avec une amélioration du taux de réponse de la dépression au traitement. Les patients avaient une meilleure perception de l'amélioration des symptômes et une meilleure satisfaction pour les soins reçus (60).

Trois études n'ont pas montré d'amélioration des scores de dépression et/ou d'anxiété (30,32,61).

Concernant la santé mentale chez les patients atteints de maladies chroniques : une étude concernant le diabète a montré une amélioration du score de dépression (PHQ 9) et une

amélioration du score de qualité de vie mentale (AQoL8D) (66). Une autre étude a montré un plus grand nombre de dépistages de la dépression par le score PHQ 9 (24).

3.5.7. Accès aux soins

Une étude sur l'HTA a montré un plus grand nombre de consultations externes de soins primaires (24) et une autre étude sur l'HTA a montré un plus grand nombre de visites dans l'établissement de soins primaires liées uniquement à l'HTA (25).

Quatre études ont montré une diminution d'admissions à l'hôpital et/ou de visites aux urgences (22,33,47,50). Une étude a montré une diminution de journées d'hospitalisation en soins courants, en soins infirmiers spécialisés, de visites aux urgences et de soins à domicile (46).

Une étude a montré une diminution du taux de visites aux urgences associées ou non à une réadmission et une diminution de la mortalité (suivant une sortie d'hospitalisation chez des patients âgés ou atteints de maladies chroniques) (48).

Une étude a montré un nombre plus faible de soins à domicile pour les patients âgés multimorbides (39).

Quatre études n'ont pas montré d'effet positif sur l'utilisation des services (visites aux urgences, consultations externes, hospitalisations) (24,27,52,55).

Une étude a analysé ces variables en comparant le travail d'équipe "dense" (interactions denses entre tous les professionnels) au travail d'équipe "centralisé" (interactions centralisées entre un faible nombre de professionnels) et a montré une diminution de consultations pour soins urgents, de consultations aux urgences et de journées d'hospitalisation pour un travail d'équipe "dense" (28). Cette même étude a montré qu'en collaborant en face à face on obtient une plus grande diminution des consultations pour soins urgents et visites aux urgences qu'en communiquant via les DME.

De plus, le travail "dense" entraîne une amélioration de la vision partagée de l'équipe et a un impact renforcé sur les effets décrits précédemment (28).

Une étude a montré une augmentation de la disponibilité des soins primaires (horaires d'ouverture, nombre de créneaux de consultations, délai plus court pour avoir une consultation)

et une diminution des recours aux soins urgents. Dans cette étude, le choix du professionnel de santé par le patient entraîne une amélioration des relations médecins/patients, de la communication et le sentiment de sécurité et de confiance du patient. Le patient gagne du temps dans sa prise en charge en étant orienté directement vers le professionnel le plus compétent selon ses besoins (33).

Une étude a montré une amélioration de l'accès aux soins après les heures de travail, de la qualité des soins, de la confiance dans le système de soins, de la promotion et prévention de la santé et des soins centrés sur le patient (et de la coordination globale des soins, de l'utilisation des services de médecins et infirmiers, de la compréhension des soins sans que cet effet reste positif dans tous les tests statistiques). En revanche, l'étude n'a pas montré de différence concernant les difficultés d'accès aux soins et la continuité des soins (voire même un effet négatif sur cette dernière selon les tests) (51).

Une étude sur la collaboration pharmacien-médecin a montré un plus grand nombre de nouveaux rendez-vous chez le médecin, une diminution de renouvellements d'ordonnance sans réévaluation du patient ni de l'ordonnance, une augmentation d'identification, par le pharmacien, de problèmes liés à la médication et une augmentation des changements de médicaments (54).

3.5.8. Autres résultats

Bien que ce ne soit pas un effet de la CIP, il a été montré dans une étude concernant le diabète de type 2 qu'il est plus difficile d'atteindre les objectifs de soins chez des patients atteints de troubles cognitifs ou de troubles psychologiques (35). Toutefois cela n'a pas été comparé à un groupe ne bénéficiant pas d'intervention de collaboration.

Par ailleurs, certaines études ont fait une distinction entre "ethnies": "minorités ethniques", "afro américains" (25,29,42). Dans ces groupes, on a retrouvé une amélioration des variables analysées, alors qu'il n'a pas toujours été retrouvé d'amélioration dans la population générale.

Tableau 5 : Effets sur les patients

Auteur / Année	Objetif de l'étude	EFFETS SUR LES PATIENTS	Statistiques
DIABETE			
King 2019 (20)	Évaluer l'efficacité d'un modèle de soins d'équipe interdisciplinaire sur le diabète de type 2	Diminution HbA1c moyenne de 0 à 1-6 mois et (0) à 6-18 mois: 10,25% ± 1,4% à 8,7% ± 1,8%, et à 8,4% ± 2,2% Au cours de suivi : diminution de l'HbA1c pour 86% des patients et atteinte d'un taux d'HbA1c < 8% pour 33% des patients <i>Pas de différence pour la TA, le taux de vaccination ou les valeurs de lipides entre les visites initiales et les visites de suivi</i> 66% des patients ont rapporté une amélioration des connaissances de soins (self care) Corrélation significative entre la diminution de l'HbA1c et l'amélioration du score self-care	p < 0.001 et p < 0.001 p > 0.05 p = 0.008 p = 0.031
Benedict 2018 (23)	Évaluer l'effet des interventions de pharmaciens sur des patients atteints de diabète de type 2	Pourcentage de patients ayant atteint le taux d'HbA1c < 8% groupe intervention vs contrôle : A 3 mois : 27,86% vs 14,39% A 6 mois : 37,35% vs 31,63% Pas de différence significative à 9 et 12 mois Probabilité d'HbA1c < 8% groupe intervention vs contrôle : A 3 mois : OR = 2,44 A 6 mois : OR = 1,32 Pas de différence significative à 9 et 12 mois Durée pour atteindre l'objectif d'HbA1c < 8% groupe intervention vs contrôle : 3,4 mois vs 4,6 mois Après ajustement sur covariables HR : 1,24 Variation moyenne de l'HbA1c de base groupe intervention vs contrôle : A 3 mois : -0,95% vs -0,54% A 6 mois : -1,19% vs -0,99% Pas de différence significative à 9 et 12 mois	p < 0.0001 p = 0.006 (IC95% 1,93 à 3,10) p < 0.0001 (IC95% 1,08 à 1,61) p = 0.007 p < 0.0001 (IC 95% 1,09 à 1,41) p = 0.001 p < 0.0001 p = 0.008
Furler 2017 (66)	Évaluer l'efficacité du modèle de soins « Stepping Up » dans l'initiation à l'insuline pour le diabète de type 2	Evolution à 12 mois, groupe intervention vs contrôle : Diminution du taux d'HbA1c : -1,3% vs -0,6% / Différence : -0,6% Proportion de patients ayant débuté l'insuline : n (%) : 105 (70%) vs 25 (22%) Proportion de patients ayant atteint l'HbA1c ≤ 7% : n (%) : 54 (36%) vs 22 (19%) Diminution du score PHQ-9 (dépression) : -1,1 vs -0,1 / Différence -0,8 Evolution de la santé mentale (composante mentale de la qualité de vie du AQoL-8D) : 0,04 vs -0,002 / Différence : 0,04 <i>Détresse spécifique au diabète (PAID) et état de santé physique (composante physique de la qualité de la vie, AQoL-8D)</i> Différence de poids : +1,7kg vs -1,1kg / Différence : 2,8	(IC95% -0,9% à -0,3%) p < 0,001 OR 8,3 (IC95% 4,5 à 15,4) p < 0,001 OR 2,2 (IC95% 1,2 à 4,3) p = 0,02 (IC95% -1,6 à -0,01) p = 0,047 (IC95% 0,002 à 0,08) p = 0,04 NS (IC95% 1,5 à 4,0) p < 0,001
Chwastiak 2016 (24)	Démontrer la faisabilité de la mise en œuvre d'un programme de soins collaboratifs pour le diabète de type 2 non contrôlé et les troubles complexes du comportement	Résultats cliniques au cours de la période d'étude de 18 mois groupe intervention vs contrôle : Diminution taux moyen d'HbA1c : 10,6% à 9,7% vs 9,4% à 9,2% / différence -0,9 vs -0,2 Diminution de la TAS moyenne mmHg : 135,7 à 132,7 vs 133,4 à 134,8 / différence -3 vs +1,4 Engagement des patients et résultats processus au cours de la période d'étude de 18 mois groupe intervention vs contrôle : Nombre moyen de consultations externes : 14,5 vs 8,3 <i>Taux d'admission aux urgences : NS</i> Dépistage dépression avec au moins 2 mesures de PHQ 9 (% de patients) : 43,7% vs 7,2% Avoir minimum 3 mesures d'HbA1c (% de patients) : 70,4% vs 56%	p = 0.008 p = 0.014 p < 0.0001 p < 0.001 p = 0.009
McAdam-Marx 2015 (27)	Évaluer les effets d'un programme collaboratif de gestion de pharmacothérapie dirigé par un pharmacien (DCCM program) sur les résultats cliniques et les coûts des soins de santé	Comparaison de l'HbA1c des patients ayant HbA1c de base ≥ 7,0%, groupe intervention vs contrôle : Différence HbA1c (%) à J0 : 10,3 vs 8,35 / J90 : 9,02 vs 8,03 / J180 : 8,33 vs 7,83 / J450 : 8,17 vs 7,87 / J540 : 8,76 vs 8,11 Pas de différence HbA1c à J270 et J360 (plus grande diminution de l'HbA1c pour groupe intervention mais ne durant pas au delà de J360) Après ajustement à l'HbA1c de base : Différence moyenne de l'HbA1c entre les groupes : -0,212 (-0,401 à -0,023) Comparaison de l'HbA1c des patients ayant HbA1c de base ≥ 8,0%, groupe intervention vs contrôle : Différence HbA1c (%) à J0 : 10,3 vs 9,7 / J360 : 7,99 vs 8,4 / J450 : 8,3 vs 8,7 / J540 : 8,96 vs 9,3 Pas de différence HbA1c à J90, J180 et J270. Après ajustement à l'HbA1c de base : Différence moyenne de l'HbA1c entre les groupes : -0,381 (-0,616 à -0,146)	p < 0.05 p = 0.028 p < 0.05 p = 0.002
<i>Pas de différence d'utilisation des services : visites aux urgences, consultations externes, hospitalisations</i>			

Auteur / Année	Objectif de l'étude	EFFETS SUR LES PATIENTS	Statistiques
Bluml 2014 (31)	Évaluer les effets d'un modèle de soins communautaires sur les indicateurs clés de la prise en charge du diabète	Mesures cliniques avant après intervention (à 12 mois) : Diminution HbA1c : -0,8% Diminution LDLc : -7,1 mg/dL Diminution TG : -23,7 mg/dL <i>Diminution IMC, TAS, TAD et augmentation HDLc</i>	p < 0.001 / d de cohen 0.41 p < 0.001 / d de cohen 0.17 p < 0.001 / d de cohen 0.13 NS
Richardson 2014 (32)	Évaluer les effets de la collaboration infirmiers-médecins sur le contrôle de l'HbA1c, de la TA et du LDLc, et sur la dépression et l'autogestion chez des adultes atteints de diabète non contrôlé	Mesures des processus parmi les patients qui n'avaient pas atteint la cible au départ : Tabagisme : Arrêt du tabac pour 9,3 % des 270 patients Examen ophtalmologique réalisé pour 51,7 % des 453 patients (39,9 % de la population totale) Examen des pieds réalisé pour 72,0 % des 271 patients (21,5 % de la population totale) Vaccination anti grippale réalisée pour 41,7 % des 307 patients (27,5 % de la population totale) Pourcentage de patients ayant atteint les objectifs après l'intervention (pré à post) : HbA1c < 8% : 0% à 50 % TAS < 140 mmHg : 88,5% à 95,7% TAD < 90 mmHg : 96,2% à 95,7% LDLc < 100mg/dl : 60% à 57,9% Auto-gestion : amélioration après intervention Dépression : pas d'amélioration significative	p = 0.0001 p = 0.625 p = 0.999 p = 0.687 p = 0.001 p = 0.225
Farland 2013 (35)	Évaluer l'effet de la collaboration pharmacien-médecin sur l'atteinte des cibles de traitement du diabète	Comparaison pré-post intervention : HbA1c : diminution moyenne du taux de 1,16% Proportion de patients ayant obtenu un taux d'HbA1c < 7 % : augmentation de 65,32 % Proportion de patients ayant HbA1c > 9% : diminution de 51,68% Ratio microalbuminurie/créatinurie : diminution du nombre de patients n'ayant pas fait l'examen <i>À la fin de l'étude, 114 (55,34 %) patients avaient réalisé les 5 procédures de suivi diabète : vaccins grippe et antipneumococciques, examen du pied, fond d'oeil et ratio microalbuminurie/créatinurie</i> Obstacles signalés par les cliniciens, concernant les patients, entravant l'atteinte de l'objectif d'HbA1c : Déficits cognitifs n (%) : 19 (9,22%) Obstacles psychologiques n (%) : 13 (6,31%) <i>Manque de connaissances sur les soins du diabète, Inertie clinique, Barrières sociales, Manque de ressources financières ou d'assurance</i> <i>Pas de corrélation entre le nombre d'ajustements de médicaments effectués et l'HbA1c</i>	Pré vs post intervention : 8,90% (1,97 DS) vs 7,74% (1,69 DS) p < 0.0001 26 (12,75%) vs 75 (36,76%) p = 0.0002 70 (34,15%) vs 34 (16,50%) p < 0.0001 23,30% vs 7,77% p < 0.0001 HbA1c (%) si obstacle signalé / non signalé 8,58 / 7,66 p = 0.0130 8,41 / 7,70 p = 0.0077 NS
Manns 2012 (50)	Évaluer l'effet de l'intégration à une primary care network sur les résultats de patients atteints de diabète	Comparaison patients groupe contrôle vs intervention à la fin : n ou % (IC 95%) Taux d'admissions à l'hôpital ou de visites aux urgences pour 1000 patients-mois : 1,96 (1,85 à 2,09) vs 1,58 (1,49 à 1,68) Taux d'admissions à l'hôpital pour 1000 patients-mois : 0,30 (0,26 à 0,35) vs 0,23 (0,20 à 0,26) Taux de visites aux services d'urgence pour 1000 patients-mois : 1,62 (1,52 à 1,73) vs 1,33 (1,25 à 1,42) HbA1c moyenne : 7,26 (7,25 à 7,28) vs 7,20 (7,18 à 7,21) HbA1c < 7,0 % en moyenne (%) : 54,9 (54,4 à 55,5) vs 57,0 (56,4 à 57,6) Nombre moyen de mesures de l'HbA1c : 1,87 (1,86 à 1,88) vs 2,02 (2,01 à 2,03) Patients ayant vu un ophtalmologiste/optométriste (%) : 25,7 (25,4 à 26,0) vs 31,1 (30,8 à 31,5) Patients avec mesure du rapport microalbuminurie/créatinurie (%) : 36,7 (36,3 à 37,1) vs 41,2 (40,8 à 41,6) Patients avec mesure du LDL (%) : 61,5 (61,2 à 61,9) vs 63,8 (63,4 à 64,1) Patients avec mesure de l'HbA1c (%) : 67,3 (66,9 à 67,6) vs 72,1 (71,7 à 72,5) Patients sous statine (%) : 53,7 (53,2 à 54,3) vs 55,8 (55,2 à 56,4) Patients souffrant de protéinurie et prenant un IEC/ARA2 (%) : 80,3 (79,3 à 81,2) vs 82,3 (81,3 à 83,3)	p < 0.001 p = 0.007 OR (IC95%) p value 3,13 (1,52 à 6,46) p = 0.0013 9,26 (3,60 à 23,79) p < 0.0001 7,78 (4,18 à 14,48) p < 0.0001 5,29 (2,88 à 9,72) p < 0.0001 7,26 (4,19 à 12,59) p < 0.0001 2,90 (1,75 à 4,78) p < 0.0001 17,08 (9,66 à 30,21) p < 0.0001
Edwards 2012 (36)	Évaluer le respect des recommandations de l'American Diabetes Association (ADA) chez des patients pris en charge par le Diabetes Assessment Service (DAS)	Proportion de patients ayant réalisé les examens suivants (normes de soins de l'ADA) groupe intervention vs contrôle : HbA1c : 91,2% vs 76,7% Lipides : 95,6% vs 70,0% Examen du pied : 87,6% vs 47,6% Consultation ophtalmologique 85,8% vs 55,2% Vaccin antipneumococcique 80,5% vs 37,6% Vaccin contre la grippe 74,3% vs 50,0% Urine 75,2% vs 15,7%	

Auteur / Année	Objectif de l'étude	EFFETS SUR LES PATIENTS	Statistiques
Fokkens 2011 (62)	Évaluer les effets de Structured Care sur les résultats cliniques de patients atteints de diabète de type 2	Différence mesures à 0 puis 1 an groupe intervention vs contrôle (moyenne (SD)) / différence ajustée : HbA1c : 6,5 (1,1) vs 6,9 (1,2) puis 6,7 (1,0) vs 7,1 (1,4) / -0,3% TAS mmHg : 146,1 (18,1) vs 144,1 (19,4) puis 143,4 (18,4) vs 145,1 (18,0) / -2,9 TAD mmHg : 82,4 (9,2) vs 82,7 (9,4) puis 80,6 (9,2) vs 82,3 (10,6) / -1,5 CT mmol/l : 4,9 (0,9) vs 5,6 (1,4) puis 4,7 (0,9) vs 5,2 (1,2) / -0,05 HDLc mmol/l : 1,3 (0,3) vs 1,2 (0,4) puis 1,3 (0,2) vs 1,2 (0,3) / -0,02 LDLc mmol/l : 2,8 (0,8) vs 3,6 (1,2) puis 2,6 (0,7) vs 3,2 (1,1) / -0,2 Créatinine umol/l : 80,4 (19,3) vs 85,9 (31,0) puis 83,8 (22,4) vs 86,4 (12,5) / +2,9 IMC kg/m ² : 29,0 (5,5) vs 29,5 (4,3) puis 28,9 (1,8) vs 29,4 (1,6) / +0,09 Évaluation à long terme des effets du groupe intervention à 1/2/3 ans : HbA1c % : + 0,2% / + 0,1% / + 0,1% TAS mmHg : -2,7 / -4,5 / -2,2 TAD mmHg : -1,7 / -3,2 / -4,1 HDLc mmol/l : +0,03 / +0,1 / +0,2 LDLc mmol/l : -0,2 / -0,4 / -0,5 Créatinine umol/l : +5,5 / +4,1 / +5,4 IMC : -0,1 / -0,08 / -0,3	p value : départ puis à 1 an / différence ajustée p = 0,006 puis p = 0,789 / p = 0,011 p = 0,273 puis p = 0,045 / p = 0,073 p = 0,734 puis p = 0,140 / p = 0,073 p = < 0,001 puis p = 0,150 / p = 0,711 p = 0,110 puis p = 0,858 / p = 0,676 p = < 0,001 puis p = 0,218 / p = 0,059 p = 0,145 puis p = 0,281 / p = 0,281 p = 0,535 puis p = 0,903 / p = 0,767 p value à 1, 2 et 3 ans : p = 0,002, p = 0,024, p = 0,140 p = 0,002, p < 0,001, p = 0,130 p < 0,001, p < 0,001, p = 0,000 p = 0,093, p < 0,001, p < 0,001 tous p < 0,001 p < 0,001, p = 0,031, p = 0,067 p = 0,002, p = 0,024, p = 0,140
Mousquès 2010 (59)	Évaluer l'efficacité et le coût d'une expérience française de travail en équipe infirmier/médecin généraliste (ASALEE) chez des patients diabétiques de type 2	Etude 1 : Mesures de processus groupe intervention vs contrôle : Proportion plus importante de patients ayant réalisé les procédures de suivi recommandées sur les deux périodes Sauf fond d'œil annuel Plus de chances de rester ou devenir correctement suivis pour toutes les procédures de suivi : OR entre 2,1 et 6,8 Sauf pour le fond d'œil OR 1,25 Augmentation des OR pour toutes les procédures de suivi si patients bénéficient de l'intervention 2 : Sauf pour la créatinémie annuelle. Etude 2 : Maintien du taux d'HbA1c ou diminution à un niveau inférieur ou égal à trois différents seuils : 6,5 %, 7 % et 8 % Evolution de l'HbA1c sur 1 an : diminution pour patients groupe intervention 2 (-0,34), groupe intervention 1 (-0,13) et groupe contrôle (-0,1) Probabilité de maintenir son HbA1c ou la réduire à < ou égal à 8% groupe intervention vs contrôle : OR = 1,8 Pas de différence significative pour les seuils de 6,5 % ou de 7 % entre les groupes Amélioration du contrôle glycémique groupe intervention niveau 2 vs contrôle pour seuils de 8% / 7% / 6,5% : OR = 2,673 / OR = 1,628 / OR = 1,803	p = 0,000 à p = 0,040 p = 0,060 p < 0,0001 p = 0,0462 p < 0,05 p = 0,0022 / p = 0,0572 / p = 0,0258 p < 0,001 vs p = 0,8 p intervention vs contrôle / différence entre les 2 à la fin p < 0,01 vs p = 0,18 / p = 0,03 p < 0,01 vs p = 0,38 / p = 0,25 p = 1 vs p = 0,69 / p = 0,57 p < 0,001 vs p < 0,001 / p < 0,01 p < 0,001 vs p < 0,001 / p < 0,01 p < 0,001 vs p = 0,12 / p < 0,01 p = 0,02 p = 0,02 p = 0,06 p = 0,03
Barceló 2010 (65)	Évaluer les effets du modèle de soins chroniques et de la méthodologie collaborative Breakthrough Series (BTS) sur la qualité des soins du diabète	Évolution de 0 à 18 mois HbA1c groupe intervention vs contrôle : -0,5% vs -0,1% Proportion de patients ayant atteint l'objectif au début et à la fin (18 mois), groupe intervention vs groupe contrôle : HbA1c < 7% : 27,6% à 39,3% vs 20,7% à 27,9% CT < 200 mg/dl : 65,1% à 76,5% vs 54,1% à 58,6% TA < 140/90 mmHg : 73,4% à 75,1% vs 72,5% à 69,3% Examen des pieds effectué : 49% à 95,4% vs 46,8% à 21,6% Examen ophtalmologique effectué : 10,2% à 73% vs 3,6% à 4,5% Proportion de patients ayant atteint au moins trois objectifs d'amélioration de la qualité groupe intervention vs contrôle : 16,6% à 69,7% vs 12,4% à 5,9%	p < 0,001 vs p = 0,8 p intervention vs contrôle / différence entre les 2 à la fin p < 0,01 vs p = 0,18 / p = 0,03 p < 0,01 vs p = 0,38 / p = 0,25 p = 1 vs p = 0,69 / p = 0,57 p < 0,001 vs p < 0,001 / p < 0,01 p < 0,001 vs p < 0,001 / p < 0,01 p < 0,001 vs p = 0,12 / p < 0,01 p = 0,02 p = 0,02 p = 0,06 p = 0,03
Jameson 2010 (42)	Évaluer les effets de la gestion du diabète de type 2 mal contrôlé par des pharmaciens dans un groupe de soins primaires	Seule différence significative au départ : Taux d'HbA1C moyen, % : 10,4 (1,2) vs 11,1 (1,6) Patients ayant obtenu une diminution d'au moins 1,0 % du taux d'HbA1c intervention vs contrôle : n (%) Groupes complets : 35 (67,3) vs 21 (41,2) (Cette diminution reste significative pour les hommes et les patients de "ethnie non blanche", mais n'est pas significative pour les patients de "ethnie blanche" et les femmes) Réduction du taux d'HbA1c intervention vs contrôle : Groupes complets : -1,50 (-0,03 to -2,68) vs -0,40 (0,50 to -2,10) Réduction significative uniquement pour les hommes -1,90 (-0,05 to -2,95) vs -0,15 (0,98 to -1,38) Différence dans la gestion des traitements intervention vs contrôle : Changement de traitement pour insuline basal-bolus chez 15 patients (28,8%) vs 1 patient (1,9%) Arrêt de tous les médicaments oraux pour 15 patients (28,8%) vs 1 patient (1,9%)	p < 0,001 vs p = 0,12 / p < 0,01 p = 0,02 p = 0,02 p = 0,06 p = 0,03

Auteur /	Objetif de l'étude	EFFETS SUR LES PATIENTS	Statistiques
		HYPERTENSION ARTERIELLE	
Smith 2016 (25)	Évaluer l'impact d'un modèle collaboratif médecin-pharmacien (PPCM) chez des patients atteints d'HTA résistante au traitement	<p>Comparaison à 9 mois groupe intervention vs groupe contrôle : Diminution moyenne TA mmHg (valeurs non ajustées) : -17/9 (149/84 à 132/75) vs -9/6 (150/79 à 141/73) Différence de TAS -6,62 (après ajustement) <i>Différence de TAD -0,37 (après ajustement)</i> <i>Contrôle de la TA : 34,2 % vs 23,9 %</i> Nombre moyen de visites en clinique liées à l'HTA uniquement (+/- SD) : 6,2 +/- 3,7 vs 1,0 +/- 1,5 Augmentation de dose ou ajouts de médicaments (moyenne +/- SD) : 3,6 +/- 3,0 vs 0,7 +/- 1,1</p> <p>Utilisation de médicaments en double d'une même classe (de 0 à 9 mois) : 12 % à 2 % vs 9 % à 8 % <i>Proportion de patients avec observance médicamenteuse élevée : 81 % vs 77,6 %</i> <i>Proportion de patients avec amélioration de l'observance de faible à élevée : 6,3 % vs 1,7 %</i> Chez les "afro américains", les proportions correspondantes étaient de 8,1 % vs 0 %</p>	<p>(IC95% -12.8 à -0.44) p = 0.036 (IC95% -4.07 à 3.33) p = 0.84 <i>OR ajusté 1.92 (IC95% 0.33 à 11.2) p = 0.47</i> p < 0.0001 p = 0.0004</p> <p>p = 0.44 p = 0.36 p = 0.016</p>
Omaran 2015 (49)	Identifier les activités qui ont amélioré le contrôle de la TA chez des patients atteints de diabète de type 2 lors de l'intégration de pharmaciens à des équipes de soins primaires	<p>Modification de traitement pendant la période d'étude d'un an groupe intervention vs contrôle n (%) : Changement de traitement : 45 (42%) vs 24 (26%) Ajout de traitement : 34 (32%) vs 17 (18%) Amélioration du contrôle de la TA si modification de traitement antihypertenseur : Groupe intervention: RR = 2,07 Groupe contrôle: RR = 0,96</p> <p><i>Changement dans l'observance du traitement antihypertenseur (ratio de possession de médicaments MPR) : Au départ = 93% Amélioré dans le groupe d'intervention (97%) vs diminué dans le groupe contrôle (91%). Différence entre les groupes : 6%</i></p>	<p>RR 1.63 (IC95% 1.08 à 2.46) p = 0.016 RR 1.74 (IC95% 1.04 à 2.90) p = 0.029</p> <p>(IC95% 1.25 à 3.42) p = 0.004 (IC95% 0.47 à 1.97) p = 0.91</p> <p>p = 0.21</p>
Cartier 2015 (29)	Évaluer un modèle de collaboration médecin/pharmacien dans l'amélioration et le maintien à long terme du contrôle de la TA	<p>Différence ajustée entre les 2 groupes de la TAS/TAD à 9 mois (mmHg) en faveur du groupe intervention : Pour tous les patients : -6,1/-2,9 Pour les "minorités" ethniques : -6,4/-2,9 Diminution de la TAS/TAD à 12, 18 et 24 mois chez les patients de "minorités ethniques" entre groupe intervention vs contrôle : intervention brève ou intervention prolongée (24 mois) = effet positif Chez patients "non minoritaires" différence TAS et TAD à 24 mois intervention prolongée (24 mois) vs contrôle : TAS mmHg : -7,90 TAD mmHg : -4,33</p>	<p>p = 0.002 vs p = 0.005 p = 0.009 vs p = 0.044 p = 0.048 et p < 0.001</p> <p>(IC95% -14.70 à -1.13) p = 0.020 (IC95% -8.32 à -0.35) p = 0.033</p>
Chen 2013 (34)	Évaluer les effets d'une intervention médecin-pharmacien sur la TA sur 24 heures et décrire les changements associés de prescription d'antihypertenseurs	<p>Dans groupe intervention vs contrôle à 6 mois : TAS moyenne 24h : 120.4 vs 131.8 Pourcentage de sujets dont la TAS moyenne 24h est contrôlée : 75.6% vs 50.0%</p> <p>Changements de médicaments plus nombreux groupe intervention : Diurétique ajouté, médicament non diurétique ajouté, augmentation/diminution de la dose Médicament abandonné, changement de classe</p> <p>Ajout d'un diurétique dès le 1er mois (vs pas d'ajout de diurétique) : Diminution significative de la TAS moyenne jour et nuit</p> <p>Ajout d'un diurétique à n'importe quel moment (vs pas d'ajout de diurétique) : Diminution significative de la TAS moyenne nuit et 24h</p>	<p>p < 0.001 p < 0.001</p> <p>p < 0.001 p < 0.05</p> <p>p < 0.01 et p < 0.001 p < 0.01 et p < 0.05</p>
Heisler 2012 (37)	Évaluer l'efficacité de l'intervention "the adherence and intensification of medications" menée par des pharmaciens, dans le contrôle de la TA, chez des patients atteints de diabète de type 2	<p><i>Diminution de TAS 6 mois avant et 6 mois après l'intervention de 14 mois, groupe intervention vs contrôle (mmHg) : - 8.9 vs -9.0</i></p> <p>Entre 3 et 6 mois (suite activation des patients de 0 à 3 mois) : Comparaison groupe intervention vs contrôle : Diminution TAS moyennes : -9,7 vs -7,2 / différence de 2,4 A 6 mois et pendant le reste du suivi, les TAS moyennes des patients de l'équipe de contrôle admissibles n'ont pas pu être distingués de ceux des participants du groupe d'intervention.</p>	<p>(IC95% 1.5 à 3.4) p < 0.001</p>

Auteur /	Objetif de l'étude	EFFETS SUR LES PATIENTS	Statistiques
Simpson 2011 (52)	Évaluer l'effet de l'intégration de pharmaciens aux équipes de soins primaires sur la gestion de l'HTA et d'autres facteurs de risque cardiovasculaires chez des patients atteints de diabète de type 2	Comparaison groupe intervention vs contrôle : Diminution de TAS parmi les patients (153) avec HTA non contrôlée au départ (mmHg): -13,9 vs -6,7 avec différence entre les groupes : 0,001 et différence p = 0,002 (IC95% 4,6 à 10,2) p < 0,001 vs (IC95% 1,0 à 8,7) p = 0,01 Diminution de la TAS à 1 an (mmHg) : -7,4 vs -2,5 avec différence entre les groupes : 4,9 Diminution d'au moins 10% de la TAS à 1 an (%patients) : 37% vs 23% Diminution d'au moins 10% de la TAS à 1 an chez les patients avec HTA non contrôlée au départ (%patients) : 50% vs 28% Valeurs cibles recommandées pour la TA atteintes n(%) : 44 (54%) vs 21 (30%) Changements de médicaments antihypertenseurs n(%) : 55 (42%) ont eu 85 changements vs 32 (25%) ont eu 44 changements Diminution moyenne du risque d'événements cardiovasculaires à 10 ans : -2,7 % vs -1,2 % avec différence entre les groupes : 1,5% <i>Visites aux urgences : 11 (8,4 %) vs 11 (8,5%)</i> <i>Hospitalisations : 4 (3,1%) vs 5 (3,9 %)</i> <i>Mortalité toutes causes confondues : 1 (0,8%) vs 0 (0%)</i>	(IC95 % 10,6 à 17,1) p < 0,001 vs (IC95% 3,2 à 10,1) p < 0,001 et différence p = 0,002 (IC95% 4,6 à 10,2) p < 0,001 vs (IC95% 1,0 à 8,7) p = 0,01 OR 1,91 (IC95% 1,11 à 3,28) p = 0,019 OR 2,55 (IC95% 1,30 à 5,01) p = 0,0065 OR 2,8 (IC95% 1,4 à 5,4) p = 0,003 OR 2,19 (IC95% 1,30 à 3,71) p = 0,003 (IC95% 1,5 à 3,9) p < 0,001 vs (IC95% 0,1 à 2,4) p = 0,06 et différence (IC95% 0,2 à 3,3) p = 0,005
Tobari 2010 (67)	Évaluer l'efficacité d'un programme de coopération médecin-pharmacien sur la réduction des facteurs de risque cardiovasculaires chez des patients hypertendus	Pour le groupe intervention variation de 0 à 6 mois variation (IC95%) : Amélioration de : TAS et TAD à domicile le matin : -2,9 (-5,5 à -0,4) et -3,3 (-4,8 à -1,8) IMC : -0,4 (-0,7 à -0,2) Score de réduction du sodium : +1,3 (+0,9 à +1,7) Comparaison groupe intervention vs contrôle à 6 mois (nombre patients + % ou variation +IC95%) : TAD à domicile matin (variation) : -3,3 (-4,8 à -1,8) vs -1,4 (-2,9 à +0,1) Arrêt traitement ou dosage diminué : 20 (31%) vs 5 (8%) Introduction traitement ou dosage augmenté : 7 (11%) vs 18 (28%) Changement du moment de la prise de médicaments : 24 (38%) vs 9 (14%) IMC (variation) : -0,4 (-0,7 à -0,2) vs 0,0 (0,2 à +0,2) Score de réduction du sodium (variation) : +1,3 (+0,9 à +1,7) vs +0,0 (-0,4 à +0,4) Fumeurs : 9 (14%) vs 19 (30%) <i>TAS à domicile matin (variation) : -2,9 (-5,5 à -0,4) vs -1,2 (-3,8 à +1,3)</i> <i>TAS au cabinet (variation) : -2,4 (-5,7 à +0,8) vs -0,9 (-4,2 à +2,3)</i> <i>TAD au cabinet (variation) : -2,3 (-4,2 à -0,3) vs -3,1 (-5,1 à -1,2)</i> <i>Patients ayant atteint TA cible (<135/85 mmHg) : 34 (53%) vs 30 (47%)</i> <i>Consommation alcool : 19 (30%) vs 25 (39%)</i> <i>Marche rapide >30 min/jour : 44 (69%) vs 34 (53%)</i>	OR (IC 95%) -2,8 (-5,5 à -0,1) p = 0,04 9,8 (2,8 à 41,1) p < 0,0001 0,3 (0,1 à 0,8) p = 0,03 3,9 (1,6 à 10,1) p = 0,003 -0,4 (-0,7 à -0,1) p = 0,008 +1,2 (+0,5 à +2,0) p = 0,002 0,4 (0,2 à 0,9) p = 0,04 -0,6 (-4,1 à +2,9) p = 0,73 -1,9 (-6,1 à +2,3) p = 0,36 -0,7 (-3,4 à +1,9) p = 0,59 1,4 (0,6 à 3,1) p = 0,40 0,6 (0,3 à 1,3) p = 0,23 1,9 (0,9 à 4,0) p = 0,09
Weber 2010 (43)	Évaluer l'effet de la congestion médecin-pharmacien sur la TA ambulatoire de 24 heures chez des patients ayant une HTA	Réduction (r) moyenne de la TA du début à la fin de l'étude (9 mois) : Intervention vs contrôle (r TAS/TAD) : TA des 24h : 14,1 ± 11,3 / 6,8 ± 5,9 vs 5,5 ± 12,5 / 2,8 ± 6,5 Résultats de la TA du début à la fin de l'étude (9 mois) : Intervention vs contrôle (TAS/TAD) : Cabinet : 153,1 ± 10,0 / 84,9 ± 12,0 puis 124,2 ± 9,7 / 74,7 ± 9,6 vs 150,3 ± 9,0 / 85,4 ± 11,0 puis 133,0 ± 14,2 / 78,5 ± 10,9	p value TAS et TAD p < 0,001 p < 0,001 p < 0,01
Carter 2009 (45)	Évaluer l'efficacité d'un modèle de collaboration médecins-pharmaciens sur le contrôle de la TA	Evolution TA intervention vs contrôle : à 0 et 6 mois : TAS : 153,6 ± 12,8 puis 132,9 ± 15,5 vs 150,6 ± 14,1 puis 143,8 ± 20,5 <i>TAD : 87,4 ± 11,9 puis 77,7 ± 11,2 vs 83,6 ± 12,3 puis 79,1 ± 14,3</i> Contrôle de la TA (%) : 0% puis 63,9% vs 0% puis 29,9% <i>Score total de respect des lignes directrices (% de critères respectés) : 40,4 ± 22,6 puis 62,8 ± 13,5 vs 49,4 ± 19,3 puis 53,4 ± 18,1</i> Amélioration non significative des TA/24h dans les 2 groupes suivant la même tendance que les TAS et TAD	OR ajusté (IC95%) -12,0 (-24,0 à 0,0) p < 0,050 -1,8 (-11,9 à 8,3) p ND 3,2 (2,0 à 5,1) p < 0,001 9,6 (-2,3 à 21,5) p = 0,089

Auteur /	Objetif de l'étude	EFFETS SUR LES PATIENTS	Statistiques
DYSLIPIDEMIE			
Tahaïneh 2011 (63)	Évaluer l'impact de la collaboration pharmaciens-médecins dans l'atteinte d'objectifs lipidiques	Pourcentage de patients ayant atteint l'objectif à 6 mois : Comparaison groupe intervention vs groupe contrôlé : LDLc : 94,5% vs 71,2% CT : 87,7% vs 73,1% HDLc : 28,8% vs 50,0 % (effet inverse) TG : 35,6% vs 30,8% Evolution dans chaque groupe de 0 à 6 mois : Comparaison groupe intervention vs groupe contrôlé : LDLc : 24,7% à 94,5% vs 28,8% à 71,2% (amélioration significative dans les 2 groupes) CT : 68,5% à 87,7% vs 61,5% à 73,1% HDLc : 11,0% à 28,8% vs 23,1% à 50,0% TG : 28,8% à 35,6% vs 30,8% à 30,8%	p < 0.001 p = 0.038 p = 0.016 p = 0.572 p < 0.001 p = 0.007 vs p = 0.238 p < 0.001 p = 0.063 vs p = 1.000
Pape 2011 (38)	Évaluer l'impact des soins à distance dispensés par une équipe médecins-pharmaciens sur le taux de cholestérol chez des patients atteints de diabète de type 2	Comparaison groupe intervention vs contrôle : Pourcentage de patients ayant atteint l'objectif du LDLc : 78% vs 50% / 82% vs 63% si analyse patients ayant eu un test de LDLc au cours des 12 derniers mois / 74% vs 48 % si taux de LDLc supérieur à l'objectif au départ Taux moyen de LDLc (mg/dL) : 83 vs 95 Proportion de patients ayant eu une analyse de laboratoire du LDLc au cours des 12 derniers mois : 95% vs 82% Proportion de patients à qui on a prescrit un médicament hypolipémiant : 77% vs 63% <i>Contrôle de la glycémie et de la TA : réalisation d'une HbA1c au cours des 12 derniers mois dans groupe intervention (pas d'autre différence)</i> <i>Pas de différence dans la satisfaction des patients à l'égard des soins de diabète en soins primaires</i>	p = 0.003 / p = 0.003 / p = 0.003 (IC95% 82 à 85) vs (IC95% 91 à 97) p < 0.001 p = 0.004 p = 0.04 p = 0.004 p = 0.15
MALADIES CHRONIQUES / PATIENTS AGES			
Dolovich 2019 (47)	Évaluer l'efficacité de l'intervention health TAPESTRY sur l'identification et la réalisation d'objectifs de santé chez des participants âgés	Objectifs prioritaires des patients : activité physique, productivité, lien social et maintien de la santé. Comparaison groupe intervention vs contrôle : <i>Score d'atteinte des objectifs : 57,79 vs 58,94 / différence moyenne ajustée -1,50</i> Autodéclaration du temps de marche par semaine : +81 min vs -120 min Chutes : 10 (6,33%) vs 19 (12,34%) Diminution du taux d'admission à l'hôpital (moyenne ± SD) : 0,09 ± 0,33 vs 0,23 ± 0,60 Probabilité d'avoir une ou plusieurs admissions à l'hôpital : 6,96% v. 14,94 % Consultations aux urgences : 8,86% vs 13,64% Diminution du nombre de médicaments utilisés (moyenne ± SD) : 4,77 ± 3,78 vs 5,39 ± 3,59 <i>Autogestion, qualité de vie, vieillissement optimal. Lien social, automatisation des patients, accès au système de soins : pas de différence entre les groupes</i>	(IC95% -6.51 à 3.50) p = 0.004 (effet négatif) OR 0.47 (IC95% 0.21 à 1.05) Taux d'incidence ajusté 0.37 (0.18 à 0.77) OR 0.44 (IC95% 0.20 à 0.95) OR 0.58 (IC95% 0.28 à 1.20) Taux d'incidence ajusté 0.86 (0.78 à 0.96)
Matzke 2018 (22)	Évaluer l'impact d'un modèle de soins collaboratifs pharmaciens-médecin sur les résultats des patients et l'utilisation des services de santé	Comparaison groupe intervention vs contrôle : Comparaison mesures cliniques (différence moyenne début à fin d'étude) : HbA1c : -0,46% vs -0,08% / -0,38% TAS mmHg : -6,28 vs -1,05 / -5,23 TAD mmHg : -2,69 vs -1,23 / -1,46 LDLc mg/dL : -3,72 vs -4,15 / +0,43 CT mg/dL : -5,08 vs -5,34 / +0,26 Amélioration des mesures cliniques avec données initiales au dessus des objectifs (différence entre les 2 groupes) : TAS mmHg : -8,2 CT mg/dL : -9,3 Diminution du nombre d'hospitalisation : -23,4% vs -8,7% <i>Différence d'utilisation du service des urgences : +1% vs -8%</i>	intervention vs contrôle / différence entre les deux p < 0.0001 vs p = 0.1388 / p < 0.0001 p < 0.0001 vs p = 0.0994 / p < 0.0001 p < 0.0001 vs p = 0.0008 / p = 0.0071 p = 0.0105 vs p = 0.0011 / p = 0.8271 p = 0.0036 vs p = 0.0003 / p = 0.9085 p < 0.0001 p = 0.0449 p < 0.0001 NS
Riverin 2017 (48)	Évaluer l'impact d'une intervention multidisciplinaire sur le taux de réadmission, de consultations aux urgences et de mortalité dans les 90 jours suivant une sortie d'hospitalisation chez des patients âgés ou atteints de maladies chroniques	Comparaison groupe intervention vs contrôle : différence / 1000 sorties : Dans les 30 jours après sortie : <i>Réadmission : -4,3</i> Taux de visites aux urgences : -8,8 Taux de visites aux urgences non associés à une réadmission : -10,7 Mortalité : -3,7 (diminué avec l'augmentation de la morbidité) Dans les 90 jours après sortie : Réadmission : -3,5 Taux de visites aux urgences : -10,0 Taux de visites aux urgences non associés à une réadmission : -13,7 Mortalité : -4,4	différence ajustée / 1000 sorties 1,2 (-2,1 to 4,5) -4,2 (-8,2 à -0,2) -7,5 (-10,8 à -4,2) -3,8 (-5,9 à -1,7) 5,5 (0,8 à 10,3) (s'inverse avec l'ajustement) -5,3 (-10,1 à -0,4) -10,7 (-14,9 à -6,5) -5,0 (-7,9 à -2,2)

Auteur /	Objetif de l'étude	EFFETS SUR LES PATIENTS	Statistiques
Boult 2011 (39)	Évaluer l'effet des Guided Care sur l'utilisation des services de santé chez des patients âgés multimorbides	Diminution significative groupe intervention vs contrôle pour : (exprimé en utilisation annuelle moyenne/habitant) Soins à domicile : 0.99 vs 1.30 <i>Pas de différence significative pour les autres critères : Admissions à l'hôpital, Réadmissions dans les 30 jours d'hospitalisation, Admissions dans des établissements de soins infirmiers spécialisés, Journées d'hospitalisation en établissement de soins infirmiers spécialisés, Visites aux urgences, Visites de soins primaires, Visites de spécialistes</i>	Ratio ajusté (IC95%) 0.70 (0.53 à 0.93) NS
Boyd 2010 (40)	Évaluer les effets des Guided Care sur la qualité des soins chez des patients atteints de maladies chroniques	Score PACIC plus élevé à 18 mois groupe intervention vs contrôle : Echelle globale de la qualité, Détermination des objectifs, Coordination des soins, Résolution des problèmes, Implication du patient <i>Sauf pour l'aide à la prise de décision</i> A 18 mois, chance qu'un patient du groupe intervention qualifié de "haute qualité" la qualité globale de ses soins : aOR = 2.13	p < 0.001 à p = 0.02 p = 0.21 (IC95% 1.30 à 3.50) p = 0.003
Wolff 2010 (44)	Évaluer les effets des Guided Care sur les symptômes dépressifs, la tension, la productivité et la perception de la qualité des soins des maladies chroniques chez les aidants principaux de patients	Résultats à 0 puis 18 mois, groupe intervention vs contrôle, moyenne (ES) : Qualité de soins des patients avec maladies chroniques (PACIC) (score/5) : Détermination des objectifs 2,5 (0,12) puis 3,1 (0,13) vs 2,6 (0,11) puis 2,7 (0,13) Coordination des soins : 2,5 (0,12) puis 3,1 (0,13) vs 2,6 (0,11) puis 2,7 (0,13) Aide à la prise de décision : 3,2 (0,10) puis 3,9 (0,10) vs 3,3 (0,10) puis 3,5 (0,12) <i>Résolution des problèmes : 2,9 (0,13) puis 3,3 (0,13) vs 2,9 (0,12) puis 3,2 (0,13)</i> Implication du patient : 2,8 (0,14) puis 3,3 (0,13) vs 2,9 (0,14) puis 2,9 (0,15) Qualité globale : 2,8 (0,1) puis 3,3 (0,11) vs 2,8 (0,09) puis 2,9 (0,11) Différence persistante pour aidants présents > 14h/semaine : détermination des objectifs et l'implication du patient Différence persistante pour aidants présents < 14h/semaine : détermination des objectifs, coordination des soins et qualité globale.	ES (95% CI) 0.47 (0.15 à 0.79) 0.43 (0.12 à 0.75) 0.41 (0.09 à 0.74) 0.17 (-0.14 à 0.49) 0.47 (0.14 à 0.80) 0.47 (0.15 à 0.78) 0.48 (0.03 à 0.94) / 0.65 (0.18 à 1.12) 0.47 (0.03 à 0.92) / 0.45 (0.01 à 0.89) / 0.51 (0.07 à 0.96)
MALADIES / FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRES			
Cartier 2018 (21)	Évaluer les effets d'un service de pharmacie clinique centralisé et à distance, sur le respect des recommandations et des mesures de prévention secondaire du risque cardiovasculaire	<i>Perte de productivité des aidants (WPAI-CG) : Activité régulière / Productivité du travail</i> <i>Symptômes dépressifs chez l'aidant (CES-D score) : 6.4 (0.59) puis 6.8 (0.68) vs 7.1 (0.82) puis 5.8 (0.68)</i> <i>Souffrance de l'aidant (CSI score) : 6.5 (0.54) puis 6.7 (0.55) vs 6.6 (0.59) puis 7.7 (0.61)</i> Comparaison groupe intervention vs contrôle à 12 mois : Score du Guideline Advantage (%) : 63,3 à 67,8 vs 64,7 à 63,1 Traitement par statines recommandé (%) : 67,5 % vs 33,3 % Dépistage de l'IMC (%) : 68,0 % vs 37,4 % Dépistage de la consommation d'alcool : 98,0 % vs 88,2 % <i>Contrôle de la TA, du diabète et du bilan lipidique : pas de différence</i>	-0.26 (-0.74 à 0.22) / 0.01 (-0.28 à 0.3) 0.23 (-0.06 à 0.51) -0.08 (-0.37 à 0.20) p = 0.02 vs p = 0.21 p < 0.001 p < 0.001 p < 0.001
Mundt 2015 (28)	Évaluer les associations entre la communication, l'interaction et la coordination des équipes de soins primaires, et la qualité des soins et les coûts chez des patients atteints de maladies cardiovasculaires	Association entre les réseaux de soins des équipes et les résultats : Densité vs Centralisation : RR (IC95%) Consultations pour soins urgents : 0.28 (0.19 à 0.40) vs 3.07 (2.09 à 4.51) Consultations service d'urgences : 0.58 (0.42 à 0.80) vs 1.70 (1.23 à 2.35) Journées d'hospitalisation : 0.64 (0.51 à 0.80) vs 1.47 (1.14 à 1.89) Pour les 2 précédents, les résultats restent significatifs en ajustant sur les covariables <i>Pas de différence significative concernant le contrôle de la TA et du LDLc</i> Comparaison résultats communications face à face vs dossiers médicaux électroniques : ORajusté ou RR (IC95%) Contrôle du LDLc : aOR : 1.17 (1.00 à 1.37) vs 0.85 (0.72 à 1.00) Consultations pour soins urgents RR : 0.34 (0.12 à 0.98) vs 1.64 (0.71 à 3.81) Consultations service d'urgences : RR : 0.28 (0.12 à 0.63) vs 2.34 (1.10 à 4.97) <i>Journées d'hospitalisation :</i> Association en rapport à la vision commune de l'équipe : + 1 SD densité entraîne +0,82 SD vision partagée + 1 SD vision partagée entraîne -0,68 SD visites urgentes, -0,51 SD consultation services d'urgence, -0,47 SD journées d'hospitalisation Augmentation de la vision commune de l'équipe entraîne diminution des visites urgentes, aux urgences et des journées d'hospitalisation	p < 0.001 p < 0.01 p < 0.001 et p < 0.01 p < 0.05 p < 0.05 vs NS p < 0.01 vs p < 0.05 NS

Auteur /	Objetif de l'étude	EFFETS SUR LES PATIENTS	Statistiques
Choi 2015 (57)	Évaluer l'efficacité d'un protocole de prévention secondaire des accidents vasculaires cérébraux	<p>Comparaison des résultats à la fin, groupe intervention vs contrôle :</p> <p>Diminution de la TAS mmHg : 135.2 ± 17.5 à 127.7 ± 12.2 vs 135.7 ± 18.4 à 134.5 ± 16.9</p> <p>Diminution de la TAD mmHg : 70.4 ± 9.7 à 68.1 ± 9.3 vs 73.5 ± 9.2 à 72.1 ± 10.6</p> <p>Diminution de l'HbA1c : 7.2 ± 1.0% à 6.5 ± 0.8% vs 7.2 ± 1.3 à 6.9 ± 0.8</p> <p>Diminution du taux de LDLc mmol/L : 3.4 ± 0.8 à 2.8 ± 1.3 vs 3.0 ± 0.8 à 3.0 ± 0.7</p> <p><i>Nombre de médicaments antihypertenseurs prescrits</i></p> <p><i>Prescription d'antiplaquettaire après la période d'intervention - environ 96 % des patients dans les deux groupes (tousjours l'aspirine)</i></p> <p>Augmentation de la proportion de patients ayant une statine : 17,2% à 41,8% vs de 21,4% à 36,2%</p>	<p>p < 0.01 vs p = 0.49</p> <p>p < 0.01 vs p = 0.04</p> <p>p < 0.01 vs p = 0.13</p> <p>p < 0.01 vs p = 0.36</p> <p>NS</p> <p>NS</p> <p>p < 0.01 vs p < 0.01</p>
Jiao 2015 (56)	Évaluer les effets d'un programme multidisciplinaire d'évaluation et de gestion des risques pour des patients atteints de diabète type 2 (RAMP-DM) sur les risques de complications cardiovasculaires et de mortalité toutes causes confondues	<p>Comparaisons groupe intervention vs contrôle à 3 ans (moyenne ± DS ou nombre (%)) :</p> <p>Mesures cliniques :</p> <p>TAS (mmHg) : 130.12 ± 14.68 vs 132.35 ± 15.51</p> <p>TAD (mm Hg) : 71.60 ± 10.26 vs 73.23 ± 9.72</p> <p>HbA1c (%) : 7.13 ± 1.09 vs 7.25 ± 1.26</p> <p>CT (mmol/L) : 4.43 ± 0.82 vs 4.49 ± 0.86</p> <p>LDLc (mmol/L) : 1.28 ± 0.34 vs 1.31 ± 0.35</p> <p>LDLc (mmol/L) : 2.51 ± 0.69 vs 2.55 ± 0.72</p> <p><i>Tabagisme actif</i> 346 (9.0 %) vs 235 (8.6 %)</p> <p><i>IMC (kg/m2)</i> 25.07 ± 3.79 vs 25.11 ± 3.92</p> <p>Pourcentage de patients ayant atteint l'objectif de traitement :</p> <p>TAS <130 mmHg : 50.31% vs 45.45%</p> <p>TAD <80 mmHg : 78.39% vs 74.45%</p> <p>HbA1c <7 % : 52.10% vs 48.81%</p> <p><i>LDLc <2.6 mmol/L : 59.18% vs 58.46%</i></p> <p>Pourcentage de patients sous traitements :</p> <p>Anti-diabétiques oraux : 7,999 (90.0 %) vs 7,143 (83.6 %)</p> <p>Anti-hypertenseurs : 7,112 (80.0 %) vs 6,493 (76.0 %)</p> <p>Hypocholestérolémiants : 4,551 (51.2 %) vs 3,903 (45.7 %)</p> <p>Insuline : 534 (6.0 %) vs 386 (4.5 %)</p> <p>Survenue de complications cardiovasculaires pour tout score d'HbA1c de départ :</p> <p>Maladie cardiovasculaire : HR 0.629</p> <p>Maladie coronarienne : HR 0.570</p> <p>AVC : HR 0.652</p> <p>Insuffisance cardiaque : HR 0.598</p> <p>Mortalité toutes causes confondues : HR 0.363</p>	<p>p < 0.001</p> <p>p = 0.651</p> <p>p = 0.540</p> <p>p < 0.001</p> <p>p < 0.001</p> <p>p < 0.001</p> <p>p = 0.384</p> <p>p < 0.001</p> <p>p < 0.001</p> <p>p < 0.001</p> <p>p < 0.001</p> <p>(IC95% 0.554 à 0.715) p < 0.001</p> <p>(IC95% 0.470 à 0.691) p < 0.001</p> <p>(IC95% 0.546 à 0.780) p < 0.001</p> <p>(IC95% 0.446 à 0.802) p = 0.001</p> <p>(IC95% 0.308 à 0.428) p < 0.001</p>
Jiao 2014 (58)	Évaluer l'efficacité d'un programme multidisciplinaire d'évaluation et de gestion des risques pour des patients atteints de diabète sucré (RAMP-DM) en termes de résultats biomédicaux, d'événements cardiovasculaires et de risque cardiovasculaire prévisible à long terme	<p>Événements cardiovasculaires observés à 12 mois groupe intervention vs contrôle : n(%)</p> <p>Coronarthropathie : 2 (0,19 %) vs 18 (1,68 %)</p> <p><i>AVC : 10 (0,93%) vs 13 (1,21%)</i></p> <p>Total des maladies cardio-vasculaires (coronarthropathie + AVC) : 12 (1,21%) vs 31 (2,89%)</p> <p>Différence à 12 mois groupe intervention vs contrôle : différence (IC95%)</p> <p>HbA1c (%) : -0,11 (-0,18 à -0,04) vs 0,10 (0,01 à 0,17)</p> <p>TAD (mmHg) : -2,53 (-3,18 à -1,88) vs -0,60 (-0,06 à 1,26)</p> <p>Pourcentage de patients ayant atteint TAD < 80 mmHg : 8,87 (5,61 à 12,14) vs 0,98 (-2,24 à 4,20)</p> <p>UKPDS Risque de coronarthropathie sur 10 ans : -3,00 (-3,54 à -2,44) vs -1,55 (-2,19 à -0,92)</p> <p>UKPDS Risque d'AVC sur 10 ans : -1,17 (-1,49 à -0,85) -0,46 (-0,01 à 0,01)</p> <p>Pas de différence dans la proportion de patients ayant atteint leurs objectifs sauf pour TAD : 4,57 (0,39 à 8,74)</p>	<p>Différence entre les 2 groupes - p value</p> <p>-1,49 % p < 0,001</p> <p>-0,28 % p = 0,529</p> <p>-1,77 % p = 0,003</p> <p>"différence-in-différences" ajustée (IC95%)</p> <p>-0,11 (-0,20 à -0,02) p < 0,05</p> <p>-0,94 (-1,72 à -0,16) p < 0,05</p> <p>4,57 (0,39 à 8,74) p < 0,05</p> <p>-1,25 (-2,05 à -0,45) p < 0,05</p> <p>-0,77 (-1,30 à -0,23) p < 0,01</p> <p>p < 0,05</p>

Auteur /	Objetif de l'étude	EFFETS SUR LES PATIENTS	Statistiques
Lin 2014 (30)	Évaluer un programme de soins collaboratifs centré sur le patient pour la dépression et le diabète non contrôlé et/ou les maladies coronariennes	Comparaison groupe intervention vs sous-groupe "contrôle médical défavorable" : Diminution de l'HbA1c à 6,12,18 et 24 mois pour les deux groupes Différence HbA1c (%) à 6 mois : -1,19 Différence HbA1c (%) à 12 mois : - 1,20 <i>Différence non significative pour le LDL</i> Différence à 6 mois pour la TAS mmHg : -10,2 <i>Diminution du score SCL-20 dans les deux groupes</i>	(IC95% -1,75 à -0,62) ES -4,19 p = 0,001 (IC95% -1,76 à -0,63) ES -4,22 p < 0,001 (IC95% -18,1 à -2,3) ES -2,57 p = 0,012
Aragonès 2019 (60)	Évaluer l'efficacité clinique d'un programme de gestion intégrée des douleurs chroniques musculo-squelettiques associées à la dépression	Comparaison groupe intervention vs contrôle à 12 mois : Sévérité des symptômes de dépression : diminution dans les deux groupes, meilleurs résultats cliniques pour groupe intervention Taux de réponse à la dépression (%) : 39,6 vs 20,7 <i>Taux de rémission (%) : 20,1 vs 11,1</i> Sévérité de la douleur, interférence fonctionnelle de la douleur et taux de réponse à la douleur Perception de l'amélioration PGIC (moyenne) : 3,52 (SD = 1,51) vs 3,97 (SD = 1,42) Satisfaction des patients pour les soins reçus (moyenne) : 3,25 (SD = 1,07) vs 2,96 (SD = 0,86) = correspondant à une perception de la qualité meilleur groupe intervention / pour PGIC meilleur score si bas	d de Cohen 0.32 (IC95% 0,08 à 0,56) OR 2.74 (1.12 à 6.67) p = 0.027 OR 2.13 (0.94 à 4.85) p = 0.070 NS p = 0.011 p = 0.020
Chan 2011 (61)	Évaluer l'efficacité d'une consultation prolongée en équipe pluridisciplinaire de soins primaires sur l'anxiété et la dépression chez des mères	Echelle HAD : Sous-échelle dépression de l'HAD à 6 mois entre les deux groupes en faveur groupe contrôle <i>Pas de différence entre les deux groupes après 6 et 12 mois</i> Score SF36-v2 : <i>Pas de différence entre les groupes à 6 et 12 mois</i> SEIQoL-DW (domaines les plus importants pour la qualité de vie : environnement local, santé mentale, finances et famille) <i>Pas de différence entre les groupes à 6 et 12 mois</i>	p = 0.038
Driscoll 2013 (33)	Décrire et discuter les changements dans les résultats de l'utilisation du système de soins de santé avant, pendant et après la mise en œuvre de PCMH	POPULATION GENERALE Utilisation du service des urgences suite à la mise en place de l'intervention : Toutes causes confondues : augmentation avant (t = 3,74), diminution pendant (t = -0,49), diminution régulière immédiatement après (t = toutes p < 0,001 -5,46) et stabilisation par la suite (t = -3,82) Pour l'asthme : diminution régulière depuis le début jusqu'à la période immédiatement après (t = -10,36), et tendance à l'augmentation toutes p < 0,001 par la suite t = 4,30) Pour les blessures involontaires (mesures contrôles) : augmentation avant et pendant (t = 2,12), tendance à la diminution immédiatement après (t = -3,38) et diminution par la suite (t = -2,92) Accès aux soins : Disponibilité accrue des soins primaires : Augmentation des rendez-vous pour le jour même, à des heures d'ouverture plus larges et rendez-vous plus rapides Diminution des besoins de recours aux soins urgents devant l'augmentation des services de soins primaires Changement dans les relations et la coordination des soins : Assignment parfois au hasard à un médecin de la PCMH ne respectant pas leur préférence déclarée Pour patients ayant choisi leurs professionnels de santé : plus d'autonomie / amélioration des relations avec les professionnels de santé Orientation vers le professionnel de santé le plus apte à aider Coordination globale des soins : améliore la communication et le sentiment de sécurité et de confiance Gain de temps grâce à l'orientation des patients au professionnel de santé le plus apte à prendre en charge le patient selon le motif du besoin	p = 0.04, p < 0.00, p = 0.004

Auteur /	Objetif de l'étude	EFFETS SUR LES PATIENTS	Statistiques
Hogg 2009 (55)	Évaluer l'efficacité de l'intervention d'une équipe multidisciplinaire sur la qualité des soins chez des patients complexes	<p>Comparaison groupe intervention vs contrôle (différence début - fin d'étude) :</p> <p>Scores de qualité des soins de la maladie chronique :</p> <p>Qualité des soins - maladie chronique (score QOC) : 0.098 vs 0.008</p> <p>Procédures de suivi diabète (≥ 2 HbA1c en 1 an, examen pied et ophtalmo, IEC ou ARA2) : 0.144 vs 0.013</p> <p><i>Coronaropathie (aspirine, Beta-bloquants, statines) : 0.075 vs 0.025</i></p> <p><i>BPCO (vaccin grippe, pneumocoque, bronchodilatateurs) : 0.080 vs 0.017</i></p> <p><i>Diabète (HbA1c moyenne) et TA moyenne : pas de différence</i></p> <p>Scores qualité des soins préventifs, qualité de vie et autre :</p> <p>Qualité des soins de prévention : 0.126 vs -0.056</p> <p>Vaccination grippe : 0.078 vs -0.009</p> <p>Dépistage cancer colorectal : 0.175 vs 0.008</p> <p>Examen audition : 0.062 vs -0.211</p> <p>Examen vue : 0.119 vs -0.101</p> <p>Charge des aidants : 1.7 vs -3.3</p> <p><i>Dépistage Cancer du sein, dépistage cancer du col de l'utérus, Qualité de vie avec échelles SF-36 et Health-Related Quality of Life , Score IADL, Utilisation des services d'urgences et hospitalisations : pas de différence</i></p>	<p>"différence des différences" (IC95%)</p> <p>0.091 (0.037 to 0.144) p = 0.0013</p> <p>0.131 (0.036 to 0.226) p = 0.0074</p> <p>p = 0.090</p> <p>p = 0.30</p> <p>p = 0.19 et (TAS p = 0.70 et TAD p = 0.071)</p> <p>0.181 (0.108 to 0.255) p < 0.001</p> <p>0.087 (0.012 to 0.162) p = 0.023</p> <p>0.167 (0.046 to 0.288) p = 0.0070</p> <p>0.273 (0.106 to 0.44) p = 0.0016</p> <p>0.220 (0.076 to 0.364) p = 0.0029</p> <p>5.0 (1.4 to 8.6) p = 0.0070</p>

NS = non significatif / ND = non déterminé / OR = Odd Ratio / HR = Hazard ratio / RR = Risque relatif / SD ou DS = Déviation standard / ES = Effect size / IC95% = intervalle de confiance à 95%

4. DISCUSSION

Notre travail de revue de littérature a pu mettre en avant de nombreux effets positifs de la CIP en soins primaires sur les patients, les professionnels de santé et les coûts liés à l'utilisation du système de soins.

Le caractère très large de notre revue a permis de récupérer un grand nombre de résultats sur des sujets multiples. Cette variété de résultats ne fait que confirmer la complexité de la médecine en soins primaires tant d'un point de vue diversité de patients, de pathologies, d'organisation des soins et de relations interprofessionnelles et médecin-patient.

Aussi, une exhaustivité de la revue de la littérature n'est pas atteignable dans ce contexte, compte tenu des nombreux termes utilisés par les auteurs concernant la CIP, des modes d'interventions multiples et l'absence de terme universel au sujet de la CIP et des ESP dans la littérature.

Cette difficulté concernant l'hétérogénéité de termes pour parler de CIP a également été rapportée dans des précédentes revues de littérature (16,68) et dans un article publié dans la revue *Exercer* en mars 2020 (69).

Ainsi, l'équation de recherche pour une étude sur la CIP en soins primaires pourrait inclure des termes libres comme « interprofessional collaboration » du fait de l'absence de terme MeSH correspondant.

Nous avons inclus les études sur la collaboration avec les psychologues du fait de leur implication majeure en soins de santé primaires bien qu'ils ne fassent pas partie des professionnels de santé selon le Code de Santé Publique en France (70).

Conformément à la méthode Prisma, la réalisation de la sélection des articles que nous avons réalisée en double lecture, apporte un meilleur niveau de preuve.

Certaines études analysées sont réalisées dans des structures de soins ou avec des ESP formalisées et parfois subventionnées par les politiques publiques comme on peut notamment le retrouver en France avec les maisons de santé pluriprofessionnelles.

Nous avons découvert de multiples dispositifs d'ESP centrées sur le patient avec pour objectif un meilleur accès aux soins, une diminution des inégalités sociales de santé, une amélioration de la gestion des maladies chroniques (39,71–74).

La composition des ESP ainsi que leur mode de collaboration étaient très variées, comme retrouvé par Saint-Pierre *et al.* (9).

Cependant, certaines modalités de collaboration n'étaient pas explicitement décrites, notamment sur les contacts "informels" tels que les discussions dans les couloirs, les appels téléphoniques rapides comme cela était décrit dans cette même revue de Saint-Pierre *et al.* (9).

Du fait de modalités de collaboration variées et pas toujours aussi efficaces entre elles, par exemple échanges en face à face vs par le biais du DME (28), une homogénéisation des résultats est difficile à obtenir.

En revanche, ces modalités de collaboration peuvent être accessibles à tout professionnel de santé, car elles ne nécessitent pas forcément une équipe avec de nombreux professionnels de santé ni un projet immobilier commun (27).

En effet, la multiplicité des professionnels de santé est effective *a fortiori* lorsqu'il y a un respect et une valorisation des compétences de chacun.

Les résultats sur les professionnels de santé sont mitigés.

Des refus de collaborer ont été retrouvés chez des médecins dans un article sur la collaboration médecin-pharmacien pour l'HTA. Des médecins ont notamment refusé l'intervention d'un pharmacien sur la pharmacothérapie entre autres pour des patients jugés trop complexes, avec une HTA suffisamment contrôlée (à tort) ou une HTA considérée comme motif non prioritaire (26). Au contraire, ces profils de patients nous semblent prioritaires à prendre en charge en ESP et devraient bénéficier d'une attention particulière.

Certains professionnels ont exprimé une surcharge de travail liée au passage de cabinets privés à un modèle de PCMH due à une amélioration de l'accès aux soins (33).

Nous pensons que l'installation dans un modèle de travail en collaboration peut se révéler difficile d'un point de vue organisationnel et qu'un soutien et une formation à ce genre de pratique est indispensable.

La présence d'un "tiers facilitant" au sein d'une équipe, pour le soutien organisationnel, nous semble intéressant dans le cadre d'un travail collaboratif en ESP, comme retrouvé dans la revue de 2017 de Reeves *et al.* (11).

Globalement, les études ont montré une bonne acceptabilité de la collaboration par les professionnels de santé et une bonne satisfaction du travail en ESP avec un gain de temps et de meilleures connaissances du patient (53).

Notre hypothèse est que d'avoir formalisé la collaboration, avec souvent des rencontres en face à face pour élaborer le plan de collaboration, a permis une meilleure connaissance des compétences de chaque professionnel et donc un gain de confiance mutuelle et une meilleure communication, tout cela dans l'intérêt de meilleurs soins centrés sur le patient (21), comme retrouvé dans une étude visant à explorer les facteurs influençant la CIP (75).

Nous n'avons pas trouvé de questionnaires validés pour évaluer les effets de la CIP sur les professionnels de santé, notamment l'AICTS décrit par Orchard *et al.* (76,77). L'utilisation d'un questionnaire pertinent et validé par les chercheurs permettrait d'homogénéiser les résultats concernant les professionnels de santé.

Concernant les résultats sur les patients, deux études sur le diabète ont montré une amélioration de l'autogestion des patients (20,32). Ces études étaient composées d'un médecin, d'un pharmacien, d'un diététicien et d'un infirmier. Nous pensons que grâce aux compétences de chaque professionnel, les patients ont pu eux-mêmes améliorer leurs propres compétences. Un psychologue évaluait également les efforts des patients concernant leur prise en charge (20) ce qui a dû les aider à mieux accepter la maladie.

Dans le diabète, l'instauration d'une insulinothérapie est souvent une étape complexe pour le médecin et le patient (78). Une étude a analysé spécifiquement ce sujet et les résultats montrent un meilleur contrôle du diabète suite à la mise en place de l'insulinothérapie (66). L'ESP comprenait un infirmier de pratique avancée sur le diabète qui a pu accompagner le médecin et le patient dans cette transition.

Les recommandations internationales sur le diabète sont globalement similaires, plusieurs études ont montré une augmentation de la réalisation des procédures de suivi (24, 31, 35, 36, 50, 59, 65) telles que : examen du pied, examen ophtalmologique, examen cardiologique, rapport microalbuminurie/créatininurie, vaccinations antigrippale et anti pneumococciques et dosages répétés des HbA1c. Toutes ces études ont montré un effet positif sur l'HbA1c, ce qui nous fait penser qu'un meilleur suivi global peut être associé à un meilleur contrôle du diabète.

Pour trois études sur le diabète, l'effet positif de la CIP ne s'est pas maintenu dans le temps. Dans une de ces études, l'intervention s'est arrêtée une fois l'objectif atteint par le patient (23).

Il nous paraît primordial de poursuivre l'intervention avec des actions de consolidation, de renforcement positif, notamment par l'entretien motivationnel et la poursuite de l'éducation thérapeutique.

Par ailleurs, il peut être difficile pour les patients de maintenir une gestion satisfaisante de leur diabète, dont les règles hygiéno-diététiques (79). Grâce à la collaboration, avec parfois des rappels envoyés aux patients ou bien la délivrance de conseils d'éducation thérapeutique, la probabilité de rester mieux suivi est augmentée (59).

Toutes les études qui ont traité spécifiquement l'HTA ont bénéficié de l'intervention d'un pharmacien. Pour certaines, l'analyse de l'ordonnance a été réalisée par le pharmacien, entraînant parfois des modifications de traitement souvent corrélées à un effet positif sur l'HTA. Cette analyse d'ordonnance peut être apparentée à ce qu'on appelle en France le bilan partagé de médication (destiné aux patients âgés et polymédiqués), qui peut avoir un réel impact pour la prise en charge des patients.

Nous pensons que ce bilan partagé de médication devrait être une pratique promue et répandue dans les ESP. Cela serait possible grâce à une relation de confiance dans la collaboration pharmacien-médecin et une clarification des rôles et des compétences de chacun (80–82).

L'effet positif sur la dyslipidémie est moins franc que pour les autres maladies étudiées. L'émergence des données sur les effets indésirables liés aux statines et l'inquiétude des patients à ce sujet est probablement un frein à l'observance et à l'instauration du traitement.

A ce sujet, le bilan partagé de médication pourrait parvenir à améliorer la réassurance des patients. (83,84).

Globalement, la CIP améliore les résultats des patients atteints de maladies chroniques notamment le diabète, l'hypertension et les FDRCV. Quelques études ont montré une diminution du score de risque cardiovasculaire à 10 ans (52,58) et de la mortalité toutes causes confondues (48,56), enjeu majeur de santé publique.

Une étude au sujet de la santé mentale n'a trouvé aucun résultat positif, malgré la mise en place d'une ESP spécifique selon les problématiques du patient (61).

Nous pensons que l'évaluation de la santé mentale dépend en partie de l'objectivité (ou du manque d'objectivité) du patient et du professionnel de santé. Malgré des résultats non probants,

une prise en charge globale biopsychosociale en ESP pour la santé mentale nous semble appropriée afin de pouvoir répondre aux besoins du patient.

Chez les patients âgés et/ou atteints de maladies chroniques notamment, nous avons trouvé quelques études montrant des effets positifs sur la qualité des soins (40,44,55).

Nous espérons, notamment pour ces patients, obtenir plus de résultats sur la qualité de vie et la qualité des soins, cependant les données ont été faibles et peu contributives.

Une revue de la littérature sur les expériences des patients à la suite d'une intervention collaborative en soins primaires a confirmé ce manque de données sur les expériences des patients de manière générale (85).

La satisfaction des patients devrait être au cœur des objectifs des ESP, notamment leur satisfaction concernant la CIP. Un questionnaire a été publié et validé en français : "Patient Centered coordination by a care team" et pourrait servir de base pour une étude centrée sur les patients (86).

A noter qu'une seule étude, chez des patients âgés, a utilisé une échelle personnelle d'atteinte d'objectifs centrés sur le patient afin d'évaluer différents thèmes tels que la qualité de vie, l'autogestion, le lien social, l'activité physique (47).

En effet, l'un des objectifs principaux de la CIP est de répondre aux besoins des patients, cette étude permet de confirmer que les objectifs des patients correspondent aussi à ceux des professionnels de santé (activité physique, productivité, lien social et maintien de la santé).

Deux études se sont intéressées à la qualité de vie des aidants des patients âgés et/ou atteints de maladies chroniques, les résultats étaient mitigés (44,55), ce qui nous amène à penser qu'il faudrait plus intégrer les aidants dans les décisions centrées sur les patients des ESP (87).

Comme déjà évoqué, des structures de soins primaires ont pu améliorer l'accès aux soins de santé primaires notamment grâce des heures d'ouvertures prolongées (33,51). Tout porte à penser que cet accès aux soins primaires permet une diminution du recours aux soins urgents.

Ainsi, un grand nombre d'études ont montré une diminution de visites aux urgences, d'admissions à l'hôpital, du taux de réadmissions et d'hospitalisations. Ce résultat est d'autant plus intéressant pour les patients âgés et/ou atteints d'affections sensibles aux soins ambulatoires (Ambulatory Care Sensitive Conditions) pour lesquels les hospitalisations évitables sont fréquentes (88,89).

En effet, le recours aux urgences et les hospitalisations peuvent refléter un manque de contrôle des maladies chroniques, être un facteur stressant pour les patients et entraîner un coût pour le système de soins. Quelques études ont confirmé la diminution des coûts de santé grâce à des interventions de CIP (22,27,28).

Une étude a relevé un biais lié à un effet potentiel d'entraînement de l'intervention sur le groupe contrôle (30).

En revanche, dans la pratique, cet effet d'entraînement est souhaitable car des patients non pris en charge de manière formalisée en ESP peuvent bénéficier de ses effets, grâce aux habitudes de travail des professionnels de santé.

Concernant les forces et limites de notre travail :

Nous avons tenté de limiter le biais de notification dans notre étude tout en gardant en priorité les résultats répondant à notre question de recherche. Nous avons déjà décrit le risque de biais de sélection concernant notre équation de recherche utilisée.

L'analyse des résultats n'a pas été facilitée par l'hétérogénéité des designs, des champs d'étude, des objectifs, des ESP et de leurs modalités de collaboration, des structures de soins primaires, des outils/ critères d'évaluation et de la présentation des résultats.

Grâce à cette multitude de données, chaque professionnel de santé à l'international pourrait tirer profit des résultats obtenus en fonction de son mode de travail et pourquoi pas améliorer sa pratique.

Perspectives :

Bien que les effets de la CIP ne soient plus à démontrer, la perspective d'amélioration des pratiques peut inciter à faire de nouvelles études à ce sujet.

Notre revue révèle qu'un des intérêts principaux des ESP à l'internationale est l'amélioration des soins aux patients âgés et/ou atteints de maladies chroniques. Il serait intéressant d'étudier et de se concentrer en particulier sur ces populations dans les projets d'ESP.

Par ailleurs, il nous paraît primordial d'évaluer la satisfaction, la qualité de vie, la qualité des soins du point de vue des patients et des professionnels de santé ce qui n'a pas été systématique dans les études de notre revue.

Des questionnaires validés (pour les professionnels de santé et les patients) et des entretiens semi-dirigés pourraient être combinés avec l'analyse des résultats de suivi des maladies (76,77,86).

Du point de vue des professionnels de santé, il a parfois été retrouvé des difficultés à (bien) collaborer.

Comme suggéré par l'OMS (6), une bonne pratique collaborative commence par une éducation à l'interprofessionnalité (90) (Annexe 8).

La formation théorique initiale concernant l'interprofessionnalité était à ce jour absente des programmes des étudiants en santé. Une étude relève d'ailleurs ce manque de formation initiale des étudiants, qui ont pour autant une opinion favorable des soins de santé primaires (91).

Afin de répondre à ce besoin de formation, un décret a été publié en France le 11/05/2020 relatif à "l'expérimentation des modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche" (92,93).

Ce projet de loi très récent, publié pendant la réalisation de notre travail, confirme l'importance de l'interprofessionnalité en soins primaires et ouvre des perspectives d'amélioration de nos pratiques.

Par ailleurs, l'agence Nationale du Développement Professionnel Continu (DPC) a lancé un appel à projets en 2019 pour un "DPC interprofessionnel en appui de l'exercice coordonné en santé", "dans le cadre des organisations territoriales de santé, et plus particulièrement en soutien du déploiement progressif des CPTS ou du fonctionnement des CPTS constituées" (94).

Ces perspectives de formations universitaires et continues nous paraissent un tremplin à l'amélioration de l'efficacité des ESP.

5. CONCLUSION

Notre revue a montré des résultats positifs et encourageants concernant les effets de la CIP en soins primaires sur les patients, les professionnels de santé et les coûts de santé.

La collaboration interprofessionnelle en soins primaires prend forme sous différentes modalités, structures et interventions.

La promotion de la CIP en ESP doit être poursuivie afin d'améliorer la qualité des soins pour les patients. Des formations interprofessionnelles sont une perspective pour encourager les professionnels de santé à s'installer dans ce mode d'exercice.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. République Française. Chapitre Ier bis : Organisation des soins. (Articles L1411-11 à L1411-13) - Légifrance [Internet]. [cité 16 nov 2020] Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000038886353/2019-07-27/>
2. République Française. INSTRUCTION N° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). - Légifrance [Internet]. [cité 16 nov 2020] Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/41637>
3. Orchard CA, Curran V, Kabene S. Creating a Culture for Interdisciplinary Collaborative Professional Practice. *Med Educ Online*. déc 2005;10(1):4387.
4. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu M-D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. mai 2005;19 Suppl 1:116-31.
5. Pannick S, Davis R, Ashrafian H, Byrne BE, Beveridge I, Athanasiou T, et al. Effects of Interdisciplinary Team Care Interventions on General Medical Wards: A Systematic Review. *JAMA Intern Med*. août 2015;175(8):1288-98.
6. Gilbert JHV, Yan J, Hoffman SJ. A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *J Allied Health*. 2010;39 Suppl 1:196-7.
7. Référentiel national de compétences en matière d interprofessionnalisme [Internet]. [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/16510820-Referentiel-national-de-competences-en-matiere-d-interprofessionnalisme.html>
8. Morley L, Cashell A. Collaboration in Health Care. *J Med Imaging Radiat Sci*. juin 2017;48(2):207-16.
9. Saint-Pierre C, Herskovic V, Sepúlveda M. Multidisciplinary collaboration in primary care: a systematic review. *Fam Pract*. 27 2018;35(2):132-41.
10. Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_497724/fr/delegation-transfert-nouveaux-metiers-comment-favoriser-les-formes-nouvelles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante

11. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 22 2017;6:CD000072.
12. Gougeon L, Johnson J, Morse H. Interprofessional collaboration in health care teams for the maintenance of community-dwelling seniors' health and well-being in Canada: A systematic review of trials. *J Interprofessional Educ Pract.* 1 juin 2017;7:29-37.
13. Körner M, Bütof S, Müller C, Zimmermann L, Becker S, Bengel J. Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: A systematic review. *J Interprof Care.* 2 janv 2016;30(1):15-28.
14. Sighinolfi C, Nespeca C, Menchetti M, Levantesi P, Belvederi Murri M, Berardi D. Collaborative care for depression in European countries: A systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res.* 1 oct 2014;77(4):247-63.
15. Carter BL, Rogers M, Daly J, Zheng S, James PA. The potency of team-based care interventions for hypertension: a meta-analysis. *Arch Intern Med.* 26 oct 2009;169(19):1748-55.
16. Matthys E, Remmen R, Van Bogaert P. An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: what can we learn in primary care? *BMC Fam Pract.* 22 2017;18(1):110.
17. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie Rev.* 1 janv 2015;15(157):39-44.
18. Hild S. Recours au smartphone dans le dépistage du mélanome : une revue systématique de la littérature [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. UFR Médecine; 2017. 57 p.
19. République française. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009. [cité 16 nov 2020] Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475/>
20. King DE, Petrone AB, Alcantara FM, Elavsky MM, Prestoza MO, Siebart J, et al. Outcomes in an Interdisciplinary Diabetes Clinic in Rural Primary Care. *South Med J.* 2019;112(4):205-9.
21. Carter BL, Levy B, Gryzlak B, Xu Y, Chrischilles E, Dawson J, et al. Cluster-Randomized Trial to Evaluate a Centralized Clinical Pharmacy Service in Private Family Medicine Offices. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2018;11(6):e004188.

22. Matzke GR, Moczygemba LR, Williams KJ, Czar MJ, Lee WT. Impact of a pharmacist-physician collaborative care model on patient outcomes and health services utilization. *Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm*. 15 juill 2018;75(14):1039-47.
23. Benedict AW, Spence MM, Sie JL, Chin HA, Ngo CD, Salmingo JF, et al. Evaluation of a Pharmacist-Managed Diabetes Program in a Primary Care Setting Within an Integrated Health Care System. *J Manag Care Spec Pharm*. févr 2018;24(2):114-22.
24. Chwastiak LA, Jackson SL, Russo J, DeKeyser P, Kiefer M, Belyeu B, et al. A collaborative care team to integrate behavioral health care and treatment of poorly-controlled type 2 diabetes in an urban safety net primary care clinic. *Gen Hosp Psychiatry*. 1 janv 2017;44:10-5.
25. Smith SM, Carris NW, Dietrich E, Gums JG, Uribe L, Coffey CS, et al. Physician-pharmacist collaboration versus usual care for treatment-resistant hypertension. *J Am Soc Hypertens JASH*. avr 2016;10(4):307-17.
26. Smith SM, Hasan M, Huebschmann AG, Penaloza R, Schorr-Ratzlaff W, Sieja A, et al. Physician Acceptance of a Physician-Pharmacist Collaborative Treatment Model for Hypertension Management in Primary Care. *J Clin Hypertens Greenwich Conn*. sept 2015;17(9):686-91.
27. McAdam-Marx C, Dahal A, Jennings B, Singhal M, Gunning K. The effect of a diabetes collaborative care management program on clinical and economic outcomes in patients with type 2 diabetes. *J Manag Care Spec Pharm*. juin 2015;21(6):452-68.
28. Mundt MP, Gilchrist VJ, Fleming MF, Zakletskaia LI, Tuan W-J, Beasley JW. Effects of primary care team social networks on quality of care and costs for patients with cardiovascular disease. *Ann Fam Med*. mars 2015;13(2):139-48.
29. Carter BL, Coffey CS, Ardery G, Uribe L, Ecklund D, James P, et al. Cluster-randomized trial of a physician/pharmacist collaborative model to improve blood pressure control. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. mai 2015;8(3):235-43.
30. Lin EHB, Von Korff M, Peterson D, Ludman EJ, Ciechanowski P, Katon W. Population targeting and durability of multimorbidity collaborative care management. *Am J Manag Care*. 2014;20(11):887-95.
31. Bluml BM, Watson LL, Skelton JB, Manolakis PG, Brock KA. Improving outcomes for diverse populations disproportionately affected by diabetes: final results of Project IMPACT: Diabetes. *J Am Pharm Assoc JAPhA*. oct 2014;54(5):477-85.
32. Richardson GC, Derouin AL, Vorderstrasse AA, Hipkens J, Thompson JA. Nurse practitioner management of type 2 diabetes. *Perm J*. 2014;18(2):e134-140.

33. Driscoll DL, Hiratsuka V, Johnston JM, Norman S, Reilly KM, Shaw J, et al. Process and outcomes of patient-centered medical care with Alaska Native people at Southcentral Foundation. *Ann Fam Med.* juin 2013;11 Suppl 1:S41-49.
34. Chen Z, Ernst ME, Ardery G, Xu Y, Carter BL. Physician-pharmacist co-management and 24-hour blood pressure control. *J Clin Hypertens Greenwich Conn.* mai 2013;15(5):337-43.
35. Farland MZ, Byrd DC, McFarland MS, Thomas J, Franks AS, George CM, et al. Pharmacist-physician collaboration for diabetes care: the diabetes initiative program. *Ann Pharmacother.* juin 2013;47(6):781-9.
36. Edwards HD, Webb RD, Scheid DC, Britton ML, Armor BL. A pharmacist visit improves diabetes standards in a patient-centered medical home (PCMH). *Am J Med Qual Off J Am Coll Med Qual.* déc 2012;27(6):529-34.
37. Heisler M, Hofer TP, Schmittiel JA, Selby JV, Klamerus ML, Bosworth HB, et al. Improving blood pressure control through a clinical pharmacist outreach program in patients with diabetes mellitus in 2 high-performing health systems: the adherence and intensification of medications cluster randomized, controlled pragmatic trial. *Circulation.* 12 juin 2012;125(23):2863-72.
38. Pape GA, Hunt JS, Butler KL, Siemieniczuk J, LeBlanc BH, Gillanders W, et al. Team-based care approach to cholesterol management in diabetes mellitus: two-year cluster randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 12 sept 2011;171(16):1480-6.
39. Boulton C, Reider L, Leff B, Frick KD, Boyd CM, Wolff JL, et al. The effect of guided care teams on the use of health services: results from a cluster-randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 14 mars 2011;171(5):460-6.
40. Boyd CM, Reider L, Frey K, Scharfstein D, Leff B, Wolff J, et al. The effects of guided care on the perceived quality of health care for multi-morbid older persons: 18-month outcomes from a cluster-randomized controlled trial. *J Gen Intern Med.* mars 2010;25(3):235-42.
41. Marsteller JA, Hsu Y-J, Reider L, Frey K, Wolff J, Boyd C, et al. Physician satisfaction with chronic care processes: a cluster-randomized trial of guided care. *Ann Fam Med.* août 2010;8(4):308-15.
42. Jameson JP, Baty PJ. Pharmacist collaborative management of poorly controlled diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *Am J Manag Care.* avr 2010;16(4):250-5.
43. Weber CA, Ernst ME, Sezate GS, Zheng S, Carter BL. Pharmacist-physician co-management of hypertension reduces 24-hour ambulatory blood pressures. *Arch Intern Med.* 11 oct 2010;170(18):1634-9.

44. Wolff JL, Giovannetti ER, Boyd CM, Reider L, Palmer S, Scharfstein D, et al. Effects of guided care on family caregivers. *The Gerontologist*. août 2010;50(4):459-70.
45. Carter BL, Ardery G, Dawson JD, James PA, Bergus GR, Doucette WR, et al. Physician and pharmacist collaboration to improve blood pressure control. *Arch Intern Med*. 23 nov 2009;169(21):1996-2002.
46. Leff B, Reider L, Frick KD, Scharfstein DO, Boyd CM, Frey K, et al. Guided care and the cost of complex healthcare: a preliminary report. *Am J Manag Care*. août 2009;15(8):555-9.
47. Dolovich L, Oliver D, Lamarche L, Thabane L, Valaitis R, Agarwal G, et al. Combining volunteers and primary care teamwork to support health goals and needs of older adults: a pragmatic randomized controlled trial. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 06 2019;191(18):E491-500.
48. Riverin BD, Li P, Naimi AI, Strumpf E. Team-based versus traditional primary care models and short-term outcomes after hospital discharge. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 24 avr 2017;189(16):E585-93.
49. Omran D, Majumdar SR, Johnson JA, Tsuyuki RT, Lewanczuk RZ, Guirguis LM, et al. Pharmacists on primary care teams: Effect on antihypertensive medication management in patients with type 2 diabetes. *J Am Pharm Assoc JAPhA*. juin 2015;55(3):265-8.
50. Manns BJ, Tonelli M, Zhang J, Campbell DJT, Sargious P, Ayyalasomayajula B, et al. Enrolment in primary care networks: impact on outcomes and processes of care for patients with diabetes. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 7 févr 2012;184(2):E144-152.
51. Jesmin S, Thind A, Sarma S. Does team-based primary health care improve patients' perception of outcomes? Evidence from the 2007-08 Canadian Survey of Experiences with Primary Health. *Health Policy Amst Neth*. avr 2012;105(1):71-83.
52. Simpson SH, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Lewanczuk RZ, Spooner R, Johnson JA. Effect of adding pharmacists to primary care teams on blood pressure control in patients with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Diabetes Care*. janv 2011;34(1):20-6.
53. Goldman J, Meuser J, Rogers J, Lawrie L, Reeves S. Interprofessional collaboration in family health teams: An Ontario-based study. *Can Fam Physician Med Fam Can*. oct 2010;56(10):e368-374.
54. McKinnon A, Jorgenson D. Pharmacist and physician collaborative prescribing: for medication renewals within a primary health centre. *Can Fam Physician Med Fam Can*. déc 2009;55(12):e86-91.
55. Hogg W, Lemelin J, Dahrouge S, Liddy C, Armstrong CD, Legault F, et al. Randomized controlled trial of anticipatory and preventive multidisciplinary team care: for complex patients

in a community-based primary care setting. *Can Fam Physician Med Fam Can.* déc 2009;55(12):e76-85.

56. Jiao F, Fung CSC, Wan YF, McGhee SM, Wong CKH, Dai D, et al. Long-term effects of the multidisciplinary risk assessment and management program for patients with diabetes mellitus (RAMP-DM): a population-based cohort study. *Cardiovasc Diabetol.* 14 août 2015;14:105.

57. Choi YK, Han JH, Li R, Kung K, Lam A. Implementation of secondary stroke prevention protocol for ischaemic stroke patients in primary care. *Hong Kong Med J Xianggang Yi Xue Za Zhi.* avr 2015;21(2):136-42.

58. Jiao FF, Fung CSC, Wong CKH, Wan YF, Dai D, Kwok R, et al. Effects of the Multidisciplinary Risk Assessment and Management Program for Patients with Diabetes Mellitus (RAMP-DM) on biomedical outcomes, observed cardiovascular events and cardiovascular risks in primary care: a longitudinal comparative study. *Cardiovasc Diabetol.* 21 août 2014;13:127.

59. Mousquès J, Bourgueil Y, Le Fur P, Yilmaz E. Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. *Health Policy Amst Neth.* déc 2010;98(2-3):131-43.

60. Aragonès E, Rambla C, López-Cortacans G, Tomé-Pires C, Sánchez-Rodríguez E, Caballero A, et al. Effectiveness of a collaborative care intervention for managing major depression and chronic musculoskeletal pain in primary care: A cluster-randomised controlled trial. *J Affect Disord.* 01 2019;252:221-9.

61. Chan W-S, Whitford DL, Conroy R, Gibney D, Hollywood B. A multidisciplinary primary care team consultation in a socio-economically deprived community: an exploratory randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res.* 24 janv 2011;11:15.

62. Fokkens AS, Wieggersma PA, Beltman FW, Reijneveld SA. Structured primary care for type 2 diabetes has positive effects on clinical outcomes. *J Eval Clin Pract.* déc 2011;17(6):1083-8.

63. Tahaineh L, Albsoul-Younes A, Al-Ashqar E, Habeb A. The role of clinical pharmacist on lipid control in dyslipidemic patients in North of Jordan. *Int J Clin Pharm.* avr 2011;33(2):229-36.

64. Da Silva Marinho MG, Fontbonne A, Vasconcelos Barbosa JM, de Melo Rodrigues H, Freese de Carvalho E, Vieira de Souza W, et al. The impact of an intervention to improve diabetes management in primary healthcare professionals' practices in Brazil. *Prim Care Diabetes.* 1 déc 2017;11(6):538-45.

65. Barceló A, Cafiero E, de Boer M, Mesa AE, Lopez MG, Jiménez RA, et al. Using collaborative learning to improve diabetes care and outcomes: the VIDA project. *Prim Care Diabetes*. oct 2010;4(3):145-53.
66. Furler J, O'Neal D, Speight J, Manski-Nankervis J-A, Gorelik A, Holmes-Truscott E, et al. Supporting insulin initiation in type 2 diabetes in primary care: results of the Stepping Up pragmatic cluster randomised controlled clinical trial. *BMJ*. 8 mars 2017;356:j783.
67. Tobari H, Arimoto T, Shimojo N, Yuhara K, Noda H, Yamagishi K, et al. Physician-pharmacist cooperation program for blood pressure control in patients with hypertension: a randomized-controlled trial. *Am J Hypertens*. oct 2010;23(10):1144-52.
68. Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *Int J Nurs Stud*. juill 2015;52(7):1217-30.
69. Gay B, Gilberg S, Druais P-L, Certain M-H, Frappé P. Développer les soins de santé primaires, un enjeu stratégique. *Exercer*. mars 2020;(161):133-5.
70. République française. Quatrième partie : Professions de santé (Articles R4002-1 à D4443-33) - Légifrance [Internet]. [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006132386/2020-11-11/#LEGISCTA000006132386
71. Rosser WW, Colwill JM, Kasperski J, Wilson L. Patient-centered medical homes in Ontario. *N Engl J Med*. 21 janv 2010;362(3):e7.
72. Campbell DJT, Sargious P, Lewanczuk R, McBrien K, Tonelli M, Hemmelgarn B, et al. Use of chronic disease management programs for diabetes: In Alberta's primary care networks. *Can Fam Physician*. 1 févr 2013;59(2):e86-92.
73. Rosser WW, Colwill JM, Kasperski J, Wilson L. Progress of Ontario's Family Health Team model: a patient-centered medical home. *Ann Fam Med*. avr 2011;9(2):165-71.
74. PCN Operational Resources [Internet]. [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: <https://actt.albertadoctors.org/pcns/Pages/default.aspx>
75. van Dongen JJJ, Lenzen SA, van Bokhoven MA, Daniëls R, van der Weijden T, Beurskens A. Interprofessional collaboration regarding patients' care plans in primary care: a focus group study into influential factors. *BMC Fam Pract*. 28 2016;17:58.
76. Orchard CA, King GA, Khalili H, Bezzina MB. Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): development and testing of the instrument. *J Contin Educ Health Prof*. 2012;32(1):58-67.

77. Orchard C, Pederson LL, Read E, Mahler C, Laschinger H. Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Further Testing and Instrument Revision. *J Contin Educ Health Prof.* 2018;38(1):11-8.
78. Perreault L, Vincent L, Neumiller JJ, Santos-Cavaola T. Initiation and Titration of Basal Insulin in Primary Care: Barriers and Practical Solutions. *J Am Board Fam Med JABFM.* juin 2019;32(3):431-47.
79. Ahola AJ, Groop P-H. Barriers to self-management of diabetes. *Diabet Med J Br Diabet Assoc.* avr 2013;30(4):413-20.
80. Doucette WR, Nevins J, McDonough RP. Factors affecting collaborative care between pharmacists and physicians. *Res Soc Adm Pharm RSAP.* déc 2005;1(4):565-78.
81. McDonough RP, Doucette WR. Building working relationships with providers. *J Am Pharm Assoc JAPhA.* oct 2003;43(5 Suppl 1):S44-45.
82. Brock KA, Doucette WR. Collaborative working relationships between pharmacists and physicians: an exploratory study. *J Am Pharm Assoc JAPhA.* juin 2004;44(3):358-65.
83. Komajda M. Efficacité et effets indésirables des statines: évidences et polémiques. *Bull Académie Natl Médecine.* 1 mai 2018;202(5):817-35.
84. Nanchen D, Vonnez J-L, Selby K, Auer R, Cornuz J. Statines en prévention primaire : comment décider avec le patient ? *Rev Médicale Suisse.* 2015;11:2222-6.
85. Morgan KH, Barroso CS, Bateman S, Dixson M, Brown KC. Patients' Experiences of Interprofessional Collaborative Practice in Primary Care: A Scoping Review of the Literature. *J Patient Exp.* 27 mai 2020;2374373520925725.
86. Ramond-Roquin A, Stewart M, Ryan BL, Richards M, Sussman J, Brown JB, et al. The « Patient-centered coordination by a care team » questionnaire achieves satisfactory validity and reliability. *J Interprof Care.* oct 2019;33(5):558-69.
87. Ngangue PA, Forgues C, Nguyen T, Sasseville M, Gallagher F, Loignon C, et al. Patients, caregivers and health-care professionals' experience with an interdisciplinary intervention for people with multimorbidity in primary care: A qualitative study. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy.* 2020;23(2):318-27.
88. Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ.* 1 févr 2017;356:j84.
89. van Loenen T, van den Berg MJ, Westert GP, Faber MJ. Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review. *Fam Pract.* oct 2014;31(5):502-16.

90. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care*. mai 2005;19 Suppl 1:8-20.
91. Brown JB, French R, McCulloch A, Clendinning E. Primary health care models: medical students' knowledge and perceptions. *Can Fam Physician Med Fam Can*. mars 2012;58(3):e166-171.
92. République Française. Décret n° 2020-553 du 11 mai 2020 relatif à l'expérimentation des modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche - Légifrance [Internet]. [cité 16 nov 2020] Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041870142>
93. République Française. Arrêté du 25 juin 2020 relatif aux modalités de dépôt et d'examen des candidatures pour l'expérimentation des modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche - Légifrance [Internet]. [cité 16 nov 2020] Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042045903>
94. Nous connaître – Appels à candidatures [Internet]. [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.agencedpc.fr/le-dpc/appelaprojets>
95. Impulsion du dispositif Asalee : pour une coopération pluri-professionnelle entre médecins généralistes et infirmiers [Internet]. [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.grand-est.ars.sante.fr/impulsion-du-dispositif-asalee-pour-une-cooperation-pluri-professionnelle-entre-medecins>

7. ANNEXES

7.1. Annexe 1 : Modèle du CPIS (7)

Le modèle du CPIS



7.2. Annexe 2 : Définitions des termes MeSH (selon PubMed®)

Patient care team : Care of patients by a multidisciplinary team usually organized under the leadership of a physician ; each member of the team has specific responsibilities and the whole team contributes to the care of the patient.

Primary health care : Care which provides integrated, accessible health care services by clinicians who are accountable for addressing a large majority of personal health care needs, developing a sustained partnership with patients, and practicing in the context of family and community

Physician primary care : Providers of initial care for patients. These PHYSICIANS refer patients when appropriate for secondary or specialist care.

Intersectoral collaboration : Cooperative actions and ventures among health and health-related groups and organizations intended to improve health outcomes.

Cooperative behavior : The interaction of two or more persons or organizations directed toward a common goal which is mutually beneficial. An act or instance of working or acting together for a common purpose or benefit, i.e., joint action

Outcome and process assessment, Health care : Evaluation procedures that focus on both the outcome or status (OUTCOMES ASSESSMENT) of the patient at the end of an episode of care - presence of symptoms, level of activity, and mortality; and the process (ASSESSMENT, PROCESS) - what is done for the patient diagnostically and therapeutically.

7.3. Annexe 3 : Patient-Centered Medical Home (71)

Principes des PCMH :

Médecin personnel : chaque patient a une relation continue avec un médecin de famille qui fournit les premiers contacts, des soins continus et complets.

Pratique médicale dirigée par un médecin : le médecin personnel dirige une équipe de professionnels qui assument collectivement la responsabilité des soins continus aux patients.

Orientation axée sur la personne : le médecin personnel est responsable de répondre à tous les besoins du patient en matière de soins de santé ou d'organiser les soins de façon appropriée avec d'autres professionnels qualifiés. Cela comprend les soins à toutes les étapes de la vie, les soins de courte durée, les soins chroniques, les services de prévention et les soins de fin de vie.

Soins coordonnés et/ou intégrés à tous les éléments du système de soins de santé et à la collectivité du patient. Les soins sont facilités par les registres, la technologie de l'information, l'échange d'information sur la santé et d'autres moyens pour s'assurer que les patients reçoivent les soins indiqués au moment et à l'endroit où ils en ont besoin et d'une manière culturellement et linguistiquement appropriée.

La qualité et la sécurité :

- Les patients atteignent des résultats optimaux centrés patient qui sont définis par un processus de planification des soins axé sur un partenariat entre les médecins, les patients et la famille du patient.
- L'evidence-based medicine et les outils d'aide à la décision clinique guident la prise de décisions.
- Les patients participent activement à la prise de décisions et la rétroaction est sollicitée pour s'assurer que les attentes des patients sont satisfaites.
- La technologie de l'information est utilisée de façon appropriée pour appuyer les soins optimaux aux patients, la mesure des performances, l'éducation des patients et l'amélioration de la communication.
- Les patients et les familles participent à des activités d'amélioration de la qualité au niveau de la pratique.

L'accès aux soins est amélioré grâce aux heures d'ouverture prolongées et de nouvelles options de communication entre les patients, leur médecin personnel et le personnel de la clinique.

Le paiement reconnaît de façon appropriée la valeur ajoutée fournie aux patients qui sont suivis dans une PCMH.

7.4. Annexe 4 : Family Health Teams (73)

Le modèle des FHT s'est développé en 2005 au Canada en Ontario, dans les suites de réformes des soins primaires. Il reprend les principes de la PCMH. Ce modèle repose sur des équipes multidisciplinaires de soins de santé primaires et un système de financement basé sur des objectifs de santé.

Principes des FHT :

Médecin de famille : les patients doivent choisir un médecin dans un cabinet, chargé de lui fournir un panel de services y compris la coordination des soins au sein de la pratique et ailleurs dans le système de soins. Le rôle central est délégué au médecin de famille et à l'équipe.

Pratique médicale dirigée par un médecin : la responsabilité des soins cliniques repose sur le médecin. Les médecins sont encouragés à former des équipes multidisciplinaires, pour élargir la portée des services et alléger la charge du médecin. Les autres cliniciens de la santé sont financés par le ministère : infirmiers et pharmaciens. Des travailleurs sociaux, des psychologues, des éducateurs en santé, des ergothérapeutes et d'autres membres du personnel de soutien peuvent également être inclus dans l'équipe.

Les FHT sont régis par des conseils responsables devant le ministère de l'identification et de la satisfaction des besoins des praticiens, de la gestion des ressources et du suivi de la satisfaction des patients et de la qualité des soins.

Orientation axée sur la personne : le panel de services définit le large éventail de la médecine intégrale dispensée par l'équipe de la FHT. La confiance entre le patient et le médecin constitue la base de la confiance dans l'équipe.

Soins coordonnés ou intégrés : les DME, les consultations dans les couloirs et les réunions d'équipe aident à coordonner les soins entre les membres de l'équipe.

Dans de nombreuses FHT, les médecins de famille partagent de plus en plus avec les spécialistes, les soins des patients atteints de troubles chroniques. Un financement est disponible pour des consultations sur place par des psychiatres, des internistes ou des pédiatres en collaboration avec les membres de l'équipe de la FHT. La plupart des médecins de famille continuent d'être impliqués dans les soins de leurs patients, qu'ils soient à l'hôpital, à la maison ou dans une maison de soins infirmiers.

Qualité et sécurité : système d'évaluation de la qualité et de la sécurité dans les FHT via utilisation des données de facturation pour évaluer la qualité de l'ensemble du système de soins de santé. Dans la FHT typique, le DME fournit des informations actuelles collectées auprès des

membres de l'équipe, ainsi que des invités pour des outils de prévention et de soutien clinique fondés sur des données probantes. Dans la plupart des FHT, le pharmacien examine les médicaments des patients recevant 4 médicaments ou plus et le DME signale les interactions médicamenteuses potentielles. Les organigrammes rappellent aux médecins les étapes de développement pour les enfants et alertent les membres de l'équipe pour qu'ils inspectent les pieds et les yeux et surveillent les taux d'HbA1c chez les patients diabétiques. VAD par les infirmiers et les pharmaciens pour déterminer si des médicaments sont pris et si les stratégies de gestion peuvent être améliorées. Les "trousses d'outils" d'éducation des patients facilitent l'autogestion du patient.

Accès amélioré : les FHT doivent être ouvertes 3 heures le soir et le week-end pour les patients sans rendez-vous (système de garde après les heures normales de travail).

Le système de triage téléphonique des infirmiers fournit des conseils axés sur les protocoles aux patients, réduisant ainsi les appels téléphoniques aux médecins de 80%. De nombreux cabinets ont établi un système de rendez-vous le jour même pour leurs patients. Les médecins reçoivent donc une prime pour chaque nouveau patient accepté, selon la complexité des soins du patient.

Réforme des paiements : le revenu des médecins repose sur un modèle de financement mixte qui combine la capitation, la rémunération à l'acte et les primes (basées sur les objectifs de prévention + prime annuelle de formation médicale continue + prime d'accès mensuelle (éviter que le patient sollicite des soins dans d'autres parties du système pour des problèmes non urgents)). Financement des membres de l'équipe interdisciplinaire et du DME par le ministère. Chaque conseil d'administration de la FHT décide des professionnels à embaucher en fonction des besoins des patients.

7.5. Annexe 5 : Guided Care (39)

Dans le cadre des Guided Care, une infirmière diplômée, qui a suivi un programme d'enseignement complémentaire et rejoint un cabinet de soins primaires, travaille en étroite collaboration avec 2 à 5 médecins de soins primaires et d'autres membres du personnel de l'établissement de soins primaires, pour répondre aux besoins de santé de 50 à 60 patients atteints de maladies chroniques qui risquent de recourir massivement aux services de santé au cours de l'année à venir.

Ce modèle s'appuie sur 8 prestations de soins primaires par l'infirmier :

- évaluation complète à domicile
- élaboration d'un guide de soins fondé sur des données probantes et une version pour les patients appelée plan d'action
- surveillance mensuelle du patient
- facilite la transition du patient parmi les sites de soins
- coordonne les efforts de tous les prestataires de soins
- utilise l'entretien motivationnel pour promouvoir l'autogestion des patients
- éducation et soutien des aidants
- facilite l'accès aux ressources communautaires appropriées

7.6. Annexe 6 : Primary Care Networks - PCN - Alberta, Canada (72,74)

Un PCN est composé de médecins de soins primaires travaillant avec d'autres professionnels de santé, notamment des infirmiers, des diététiciens et des pharmaciens, pour fournir des soins aux patients dans une zone géographique spécifique. Bien que chaque réseau fournisse des soins aux patients atteints ou non de maladies chroniques (et ait la possibilité de se concentrer sur tout aspect des soins qui bénéficiera aux patients en fonction des besoins locaux), la gestion des maladies chroniques (Chronic Disease Management - CDM) pour les patients atteints de diabète a été identifiée comme une priorité par la plupart des PCN.

Un financement supplémentaire (50 dollars par patient inscrit par an) est accordé aux PCN pour soutenir des activités qui ne sont pas financées par le modèle typique de rémunération à l'acte des médecins, mais qui répondent à des objectifs spécifiques tels que le CDM. Ces fonds peuvent être utilisés pour embaucher des infirmiers, pour permettre aux professionnels de santé d'exercer pleinement leur métier ou pour soutenir d'autres initiatives, notamment des programmes de CDM.

Les objectifs des PCN sont établis par un accord entre l'Alberta Health (AH) et l'Alberta Medical Association (AMA) :

1. Gestion responsable et efficace - Établir des rôles, des structures et des processus de gestion clairs et efficaces qui soutiennent la responsabilité partagée et l'évolution de la délivrance des soins de santé primaires.
2. Partenariats solides et transitions des soins - Coordonner, intégrer et établir des partenariats avec les services de santé et les autres services sociaux dans le continuum des soins.
3. Besoins de santé de la communauté et de la population - Planifier l'offre de services sur la base d'évaluations de haute qualité des besoins de la communauté par le biais de l'engagement communautaire et de l'évaluation des connaissances existantes.
4. Maison médicale du patient - Mettre en place la maison médicale du patient pour garantir aux patients un accès aux bons services grâce à la création d'équipes interdisciplinaires qui fournissent des soins primaires complets.

Soit plus concrètement : Augmenter le nombre de résidents ayant accès aux services de soins primaires, gérer l'accès à des services de soins primaires appropriés 24h/24, mettre l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures, et les soins aux patients souffrant de problèmes médicaux complexes ou de maladies chroniques, améliorer la coordination des services de santé primaires avec les hôpitaux et les services fournissant des soins de longue durée et spécialisés, favoriser une approche d'équipe pour la fourniture de soins de santé primaires.

7.7. Annexe 7 : Dispositif Asalee (95)

Il s'agit d'un dispositif mis en place par l'association Asalee (Association de Médecins Généralistes et d'Infirmières Déléguées à la Santé Publique basée en (ex)région Poitou-Charentes) qui instaure une coopération pluriprofessionnelle entre médecins généralistes et infirmiers intégrée au cabinet des praticiens.

Spécifiquement formés, les infirmiers interviennent, dans le cadre d'un protocole autorisé par l'ARS, auprès de patients atteints de maladies chroniques, en proposant un accompagnement individuel qui intervient en complément de la pratique médicale, au sein du cabinet d'un médecin généraliste.

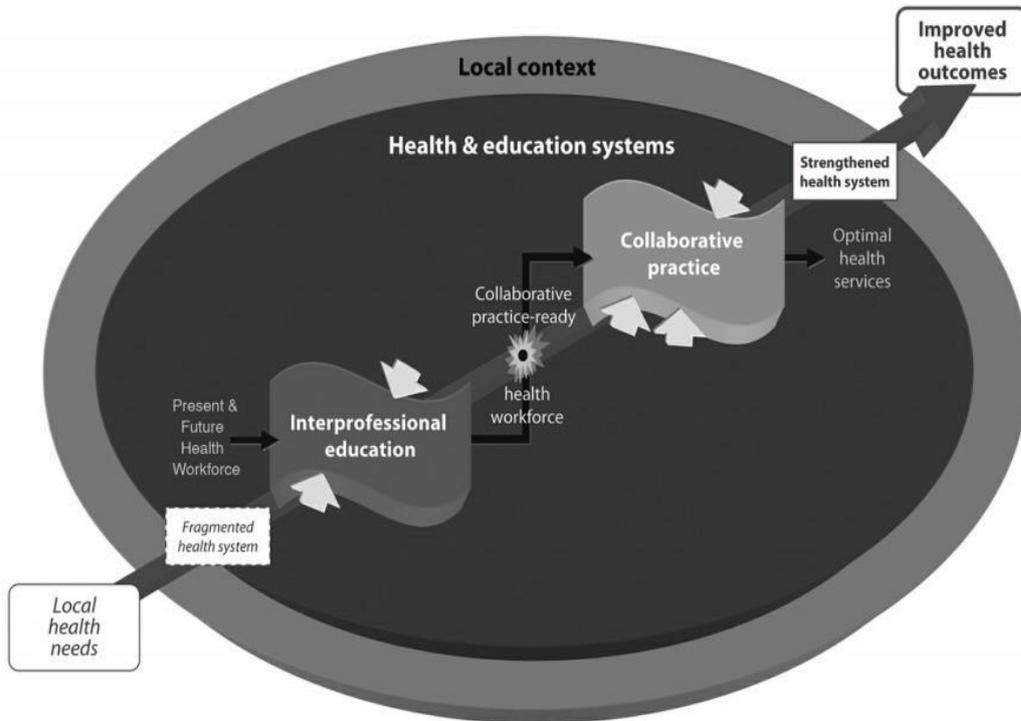
Le protocole de coopération couvre les activités suivantes :

- le suivi du patient diabétique de type 2 : rédaction et signature de prescriptions types des examens, prescription et réalisation des ECG, prescription réalisation et interprétation des examens des pieds ;
- le suivi du patient à risque cardiovasculaire incluant la prescription et la réalisation des ECG
- le suivi du patient tabagique à risque de BPCO, incluant prescription, réalisation et interprétation de spirométrie
- la consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de tests mémoire chez les personnes âgées.

Un levier majeur pour l'accès aux soins dans les territoires : le dispositif Asalee, en concrétisant le déploiement des coopérations entre professionnels de santé sur la base de protocoles validés, bénéficiant d'un financement de l'Assurance Maladie, facilite l'accès aux soins dans les territoires.

Cette forme d'exercice coordonné permet de libérer du temps médical, de fluidifier les parcours des patients en améliorant la qualité de prise en charge, de valoriser de nouvelles compétences paramédicales, de référencer des bonnes pratiques de coopération. Le dispositif Asalee constitue également en ville une alternative aux programmes d'Education thérapeutique collective proposés par les réseaux et dans les Maisons de santé pluri-professionnelles.

7.8. Annexe 8 : Système d'éducation et de santé selon l'OMS 2010 (6)



Vu, le Président du Jury,

Pr Cédric RAT

Vu, le Directeur de Thèse,

Dr Maud JOURDAIN

Vu, le Doyen de la Faculté,

Professeur Pascale JOLLIET

Titre de Thèse : Evaluation de la collaboration interprofessionnelle en soins primaires : une revue systématique de la littérature

RÉSUMÉ

Contexte : Les équipes de soins primaires se développent, cependant les données actuelles sur les effets de la collaboration interprofessionnelle sont parcellaires et non spécifiques des soins primaires.

Objectif : Évaluer les effets de la collaboration interprofessionnelle en soins primaires sur les patients, les professionnels de santé et le système de soins.

Méthode : Réalisation d'une revue systématique de la littérature du 1er janvier 2009 au 1er mars 2020 sur PubMed®, selon la méthode PRISMA.

Résultats : Sur les 48 études analysées, 44 études ont rapporté des résultats sur les patients, 10 sur les professionnels de santé et 5 sur les coûts. Les résultats sur les patients traitaient des maladies chroniques telles que le diabète (18 études ont montré des effets positifs sur l'HbA1c, 8 études ont montré un effet positif sur la réalisation des procédures de suivi), l'hypertension artérielle (15 études ont montré un effet positif sur la tension artérielle), la dyslipidémie (6 études ont montré un effet positif sur le bilan lipidique), les facteurs de risque ou maladies cardiovasculaires (2 études ont montré une diminution du risque cardiovasculaire à 10 ans), mais aussi les patients âgés (2 études ont montré une amélioration de l'échelle globale de la qualité des soins), la santé mentale (2 études ont montré une diminution des symptômes de la dépression) et l'accès aux soins (8 études ont montré une diminution du recours aux soins urgents et hospitalisations, 2 études ont montré une amélioration de l'accès aux soins primaires). Peu d'études ont évalué le point de vue du patient. Concernant les professionnels de santé, 1 étude a montré des difficultés d'organisation au sein de l'équipe de soins primaires, 5 études ont montré une bonne acceptabilité/satisfaction de la collaboration. Enfin, 4 études ont montré une diminution des coûts.

Conclusion : Malgré l'absence de définition universelle sur la collaboration interprofessionnelle en soins primaires, cette revue a montré des effets positifs sur les patients, les professionnels de santé et les coûts.

MOTS-CLÉS

évaluation ; effets ; collaboration interprofessionnelle ; équipe de soins primaires ; soins primaires ; revue systématique de la littérature