



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

NOUNOUSHIAN
(CC BY-NC-ND 2.0)



ANNÉE 2023

N°17

Éducation interprofessionnelle et résultats en santé dans une démarche approche centrée patient : une revue systématique de la littérature

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le **jeudi 23 mars 2023**

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine Par

NOUNOUSHIAN Gaël

Né le 14 juillet 1992, à Valence

Sous la direction du Pr Alain MOREAU

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique et de la Commission Recherche	Hamda BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	Didier REVEL
Vice-Présidente de la Commission Formation	Céline BROCHIER
Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires	Jean François MORNEX
Directeur général des services	Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTE

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux	Philippe PAPAREL
Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)	Claude DUSSART
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR)	Jacques LUAUTÉ
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Carole BURILLON

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODET
Directeur de Polytech Lyon	Emmanuel PERRIN
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO
Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOISNE
Directeur de l'Observatoire de Lyon	Bruno GUIDERDONI
Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)	Pierre CHAREYRON
Directrice du Département-composante Génie Électrique & des Procédés (GEP)	Rosaria FERRIGNO
Directrice du Département-composante Informatique	Saida BOUAZAK BRONDEL
Directeur du Département-composante Mécanique	Marc BUFFAT

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES

MERIEUX

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle
1^{ère} classe)**

BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie,
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie,
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie,
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale,
LINA Gérard	Bactériologie,
MION François	Physiologie,
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale,
RUFFION Alain	Urologie,
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction,
SAURIN Jean-Christophe	Hépatogastroentérologie,
THOMAS Luc	Dermato – Vénérologie,
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie,
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardio,

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle
2^{ème} classe)**

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive,
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales,
FOUQUE Denis	Néphrologie,
GILLY François-Noël	Chirurgie générale,
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale,
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence,
LAFRASSE RODRIGUEZ- Claire	Biochimie et Biologie moléculaire,
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie,
NICOLAS Jean-François	Immunologie,
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion,

THIVOLET Charles
VALETTE Pierre Jean

Endocrinologie et Maladies métaboliques,
Radiologie et imagerie médicale,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ALLAOUCHICHE Bernard	Anesthésie-Réanimation Urgence,
BARREY Cédric	Neurochirurgie,
BERARD Frédéric	Immunologie,
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie,
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie,
CERUSE Philippe	O.R.L,
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile,
COTTE Eddy	Chirurgie générale
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie,
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DISSE Emmanuel	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale,
FESSY Michel-Henri	Anatomie – Chirurgie Ortho,
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire,
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes,
FRANCO Patricia	Physiologie – Pédiatrie,
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie,
GILLET Pierre-Germain	Biologie Cellulaire,
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie,
KASSAI KOUPAI Behrouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique,
LANTELME Pierre	Cardiologie,
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire,
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale,
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, gériatrie,
LONG Anne	Médecine vasculaire,
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation,
LUSTIG Sébastien	Chirurgie. Orthopédique,
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie. Plastique,
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie
PAPAREL Philippe	Urologie,
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie,
REIX Philippe	Pédiatrie,

RIOUFOL Gilles	Cardiologie,
SANLAVILLE Damien	Génétique,
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique,
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique,
TAZAROURTE Karim	Médecine Urgence,
THAI-VAN Hung	Physiologies – ORL,
THOBOIS Stéphane	Neurologie,
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra	Anatomie et cytologies pathologiques,
TRINGALI Stéphane	O.R.L.
WALLON Martine	Parasitologie mycologie,
WALTER Thomas	Gastroentérologie – Hépatologie,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BACHY Emmanuel	Hématologie,
BELOT Alexandre	Pédiatrie,
BOHE Julien	Réanimation urgence,
BOSCHETTI Gilles	Gastro-entérologie Hépat.
CHO Tae-hee	Neurologie,
COURAND Pierre-Yves	Cardiologie,
COURAUD Sébastien	Pneumologie,
DALLE Stéphane	Dermatologie,
DEMILY Caroline	Psy-Adultes,
DESESTRET Virginie	Histo.Embryo.Cytogénétique,
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale,
FASSIER Jean-Baptiste	Méd. Santé au travail,
FRIGGERI Arnaud	Anesthésie Réa.Méd.
GHESQUIERES Hervé	Hématologie,
HAUMONT Thierry	Chirurgie Infantile,
KOPPE Laetitia	Néphrologie
LASSET Christine	Epidémiologie., éco. Santé,
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique – Médecine Interne,
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire,
MARIGNIER Romain	Neurologie,
MAUCORT BOULCH Delphine	Biostat.Inf. Méd.
MILLOT Laurent	Radiologie Imagerie Médicale
PASSOT Guillaume	Chirurgie Générale,

PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale,
PINKELE CAUSSY Cyrielle	Nutrition
RASIGADE J. Philippe	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
ROLLAND Benjamin	Addictologie
ROSSIGNOL Audrey	Immunologie
ROUSSET Pascal	Radiologie imagerie médicale,
SUJOBERT Pierre	Hématologie – Transfusion
VISTE Anthony	Anatomie
VOLA Marco	Chirurgie thoracique cardiologie vasculaire,
VUILLEROT Carole	Médecine Physique Réadaptation.
YOU Benoît	Cancérologie,

PROFESSEUR ASSOCIE – Autre Discipline

Pr PERCEAU-CHAMBARD,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE (1^{ère} Classe)

ERPELDINGER Sylvie,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE (2^{ème} Classe)

BOUSSAGEON Rémy,

PROFESSEURS ASSOCIES - MEDECINE GENERALE

DUPRAZ Christian,

PERDRIX Corinne,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire,
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction,
RABODONIRINA Meja	Parasitologie et Mycologie,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion,
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques,
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction,
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hygiène hospitalière,
COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie,
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques,
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie,
HAFLOM DOMENECH Pierre-Yves	Pédiatrie,
JAMILLOUX Yvan	Médecine Interne Gériatrie et Addictologie
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie,
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire,
PERROT Xavier	Physiologie – Neurologie,
PETER DERECH Laure	Physiologie,
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie cellulaire,
PUTOUX DETRE Audrey	Génétique
SKANJETI Andréa	Biophysique. Médecine nucléaire,
SUBTIL Fabien	Bio statistiques,
VALOUR Florent	Mal infect.

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

AUFFRET Marine	Pharm.fond.pharm clinique,
BOLZE Pierre-Adrien	Gynécologie Obstétrique,
CHATRON Nicolas	Génétique,
DANANCHE Cédric	Epidémiologie. Économie de la santé,
KEPENEKIAN Vahan	Chirurgie Viscérale et Digestive,
LE BOSSE Fanny	Gastro-Hépatologie
PERON Julien	Cancérologie ; radiothérapie,
RAMIERE Christophe	Bactériologie-virologie,
WOZNY Anne-Sophie	Biochimie biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

BENEDINI Elise,
DEPLACE Sylvie,
HERSAT DE LA VILLEMARQUE Anne

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie,
ANNAT Guy	Physiologie,
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
ECOCHARD René	Bio-statistiques,
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière,
LAVILLE Martine	Nutrition – Endocrinologie,
LAVILLE Maurice	Thérapeutique – Néphrologie,
LLORCA Guy	Thérapeutique,
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé,
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention,
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile,
MOYEN Bernard	Orthopédiste,
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire,
SIMON Chantal	Nutrition
TEBIB Jacques	Rhumatologie,

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A notre Président du Jury, Monsieur le Professeur Gilles RODE. Merci de l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence du jury.

Aux membres du jury, Monsieur le Professeur Alain MOREAU. Merci d'avoir accepté la direction de notre thèse et de nous avoir accompagné dans ce travail. Merci de vos précieux conseils. A Monsieur le Professeur Philippe MICHEL. Merci d'avoir accepté de juger ce travail. A Monsieur le Dr Philippe ARCHIMBAUD. Merci d'avoir accepté de participer au jury de notre thèse.

A mes parents, sans qui rien de tout cela n'aurait pu arriver. Papa, Maman merci pour tous vos sacrifices, votre dévouement, vos conseils ... Merci d'avoir toujours cru en moi et soutenus dans tout ce que j'ai souhaitais ou pu entreprendre. Merci pour ces nombreux aller-retour sur Lyon. Merci, Merci et Merci. Je vous aime.

A ma famille, Laetitia, ma sœur chérie merci pour les sessions de révisions intensives. A JB, bienvenue dans la famille, merci à toi pour les bons moments passés ensemble ... Puisse-tu gagner au moins une fois à nos futures parties d'échec.
A Socie, Vatche et Levon merci d'être présent dans ma vie.

A ma futur épouse, Tatiana, merci pour tout. Merci d'être entrée dans ma vie et de m'avoir rendu meilleur. Merci pour ta générosité, ton intelligence, ta bienveillance, ton humour et toutes les autres qualités que je ne peux citer faute de place. Merci de ton soutien indéfectible. Merci pour le plus merveilleux des futurs cadeaux ... hâte de rencontrer notre mini nous(h)
Je t'aime mon amour.

A mes amis : Merci Charlie pour les révisions et les fous rires. Merci, Corentin, Chloé, Loulou, Léo, Anissa, Mélanie, Paul, Dylan et aux autres que j'oublie. Merci de faire partie de ma vie. Merci pour les moments de rigolades terribles, les apéros, les soirées dingues. Vous rendez ma vie meilleure (et je rends la vôtre incroyable ^^). A Lolo et Jerem et nos futurs voyages et Moscow Mule partagés...

A ma belle-famille : Jeff, Sand, Sas, Caro, Léon, Peps, Mems ... Et vive l'Ardèche.

A Daisy et André, mes grands-parents de cœur.

A Gabriel, mon co-interne, mon co-thésard et mon co-pain. Merci d'avoir accepté ce travail. A ces heures passé à discuter d'équation de recherche, de bibliographies, de nos lectures intensives... Merci

A mes futurs associés : Alexandre, Guylaine, Marielle, Charlotte, Françoise. Merci de m'accueillir et hâte de visser ma plaque à vos côtés et vivre cette incroyable expérience.
A Philippe et à sa famille, à qui j'ai une pensée en cette période difficile.

A mes maitres de stage, co-interne et toutes les personnes rencontrées durant mes stages : un immense merci de m'avoir permis de partager un bout de chemin avec vous. Vous m'avez apporté tellement.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	17
1. Collaboration interprofessionnelle et amélioration de la qualité des soins	17
2. L’approche centrée patient : un élément de la qualité des soins	18
3. Identifications des freins à la collaboration interprofessionnelle (CIP).....	19
4. Éducation interprofessionnelle (EIP) et amélioration de la qualité des soins	20
5. Justification du sujet de thèse « éducation interprofessionnelle » :	21
METHODE	22
1. Protocole et enregistrement	22
2. Critères d’éligibilités	22
2.1. Participants	22
2.2. Interventions.....	22
2.3. Comparateur	22
2.4. Critères de jugement.....	22
2.5. Type d’études	23
3. Sources et stratégies de recherche	23
4. Méthodologie de la sélection des études	25
5. Évaluation du risque de biais.....	26
6. Évaluation des résultats et synthèse	26
RESULTATS	27
1. Sélection des études.....	27
2. Caractéristiques et description des études	28
2.1. Populations étudiées	28
2.2. Interventions.....	28
2.3. Comparaisons	29
2.4. Critères de jugement.....	29
3. Résultats sur les critères de jugements principaux.....	30

4.	Résultats sur les critères de jugements secondaires	30
5.	Synthèse des huit ECR	32
6.	Risque de biais.....	35
6.1.	Biais émergent du processus de randomisation.....	35
6.2.	Biais dû à des déviations par rapport aux interventions prévues (effet de l'assignation)	35
6.3.	Biais du aux données manquantes / résultats incomplets (biais d'attrition).....	35
6.4.	Biais dû à la mesure du critère de jugement.....	35
6.5.	Biais dans la sélection des résultats rapportés	35
7.	Synthèse des biais.....	36
	DISCUSSION	37
1.	Interprétation des résultats et force de l'étude.....	37
2.	Limites de l'étude	37
3.	Validité externe	39
3.1.	Efficacité de la collaboration interprofessionnelle (CIP).....	39
3.2.	Efficacité de l'éducation interprofessionnelle (EIP)	39
3.3.	Modalités pédagogiques de l'EIP	40
3.4.	Interprofessionnalité et Approche Centrée Patient.....	40
3.5.	Interprofessionnalité et « Patient centered medical home ».....	41
3.6.	État des lieux de l'EIP et des méthodes pédagogiques en France.....	42
	PERSPECTIVES.....	43
	CONCLUSIONS	43
	BIBLIOGRAPHIE	46
	ANNEXES	50
1.	Tableaux d'extraction des données des études incluses.....	50
2.	Compétences améliorées par l'EIP (selon la classification du consortium pancanadien pour l'interprofessionnalité)	71
3.	Tableaux résumés des risques de biais	72

LISTE DES FIGURES ET TABLEAU

Figure 1: référentiel national pancanadien de compétences en matière d'inter professionnalisme (22).	21
Figure 2: Diagramme de flux (modèle PRISMA 2020)	27
Tableau 1: Tableau de synthèse des résultats des ECR incluses.....	34
Figure 3: Évaluation du risque de biais pour les ECR incluses	36
Figure 4: Évaluation du risque de biais pour les ECR incluses (en pourcentage)	36

LISTE DES ABREVIATIONS

ACIC	Assesment of Chronic Illness Care
ACP	Approche centrée patient
CDSS	Cornell Scale for Depression in Dementia
CIP	Collaboration Inter-Professionnelle
CMAI	Cohen-Mansfield Agitation Inventory
ECBU	Examen CytoBactériologique Urinaire
ECR	Étude Randomisée Contrôlée
ED	Emergency Departement
EHPAD	Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendante
EIP	Education InterProfessionnelle
GDS-15	Geriatric Depression scale
HAD	Hospital Anxiety Depression Scale
HAS	Haute Autorité de Santé
Hba1C	hémoglobine glyquée
IDE	Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État
IDEP	Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État en Psychiatrie
KCCQ	Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire
MDS-DRS	Minimum Dataset Depression Rating Scale
MG	Médecin Généraliste
MMSE	Mini-Mental State Examination
NPI-NH	Neuropsychiatric Inventory—Nursing Home version
OBS-Scale	Organic Brain Syndrome Scale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCSS	Patient Centeredness Summary Score
PREMS	Patient-Reported Experience Measures
PROMS	Patient-Reported Outcome Measures
PSLS	Provider Survey Likert-Scaled
PSS	Proficiencies Summary Score
PSSS	Patient Safety Satisfaction Survey
RBPC	Recommandations de Bonne Pratique Clinique
RIAS	Roter Interaction Analysis System
SAS	Staff knowledge and Attitude Survey
STI	Serial Trial Intervention

INTRODUCTION

1. Collaboration interprofessionnelle et amélioration de la qualité des soins

Le système de santé fait face à plusieurs défis : (i) la pénurie de professionnels de santé; (ii) la croissance démographique et l'augmentation de l'espérance de vie (à l'origine d'une augmentation du nombre de patients dépendants et/ou souffrants de maladies chroniques) ; (iii) l'apparition de nouvelles maladies parfois à l'origine de crises sanitaires; (iv) l'augmentation croissante des connaissances (à l'origine d'une surspécialisation des professions de santé) ; (v) l'amélioration des techniques et modalités de prise en charge (1) (2).

A ces différents défis s'ajoute une prise en compte croissante, par le système de santé, des besoins du patient et de sa perception de la qualité des soins reçus , évalués à l'aide d'outils recommandés par la HAS (3)

- Les PROMS (Patient-Reported Outcomes Measures), qui évalue le résultat des soins ;
- Les PREMS (Patient-Reported Experience Measures), qui évalue l'expérience des soins;
- Les questionnaires de satisfactions, qui évaluent la réponse aux attentes du patient.

Ces différents défis ne sont pas spécifiques à la France mais se retrouvent à l'échelle internationale. L'une des solutions mise en avant pour faire face à ces différents défis serait la collaboration interprofessionnelle (CIP) (2,4).

Il n'existe pas de définition consensuelle de la CIP mais la définition communément admise est celle de l'OMS, qui la définit comme une pratique collaborative qui se produit lorsque plusieurs professionnels de santé d'horizons différents travaillent ensemble avec les patients, les familles, les soignants et les communautés pour fournir des soins de la plus haute qualité. Selon D'Amour (5), la CIP désigne le processus par lequel les différents professionnels de santé, exerçant des métiers différents, et les travailleurs sociaux, coopèrent afin de structurer une action collective autour d'un but commun, de manière à avoir un impact positif sur les soins (6). Elle est médiée par des comportements de partenariat, de partage et d'interdépendance entre les différents professionnels de santé, qui utilisent des compétences et aptitudes complémentaires, dans un cadre dynamique évolutif (1) (7).

D'une part, face à la pénurie de professionnels de santé, l'OMS a recommandé, en 2010, la mise en place d'une CIP (2), laquelle permettrait de renforcer les systèmes de santé et améliorer les résultats en santé en maximisant les forces et compétences des professionnels, afin de leur permettre de fonctionner de façon coordonnée, au maximum de leurs capacités. Du point de

vue des professions médicales, la CIP permettrait entre autre de libérer du temps médical grâce à la réalisation de certaines activités par d'autres professionnels. Par exemple, dans les centres de vision, les protocoles de collaboration ophtalmologues-orthoptistes améliorent le suivi et la prise en charge des patients.

D'autre part, face à l'augmentation croissante des connaissances et la complexification des situations médicales, il est illusoire de s'attendre à ce qu'une prise en charge efficace puisse reposer sur le savoir d'un unique professionnel (9). Dans ce contexte, la CIP permettrait de coordonner les actions de soins afin d'appliquer efficacement les connaissances et compétences de chaque professionnel (1).

En somme, la collaboration interprofessionnelle permettrait d'améliorer la qualité des soins. Elle est actuellement reconnue comme le « gold standard » pour la prise en charge de patients souffrants de pathologies chroniques et/ou complexes (11). Les études faites dans le domaine ont montré que grâce à l'utilisation optimale des compétences de chaque membre de l'équipe de soins, la collaboration interprofessionnelle est associée à de nombreux résultats positifs tels que, la satisfaction des patients et des professionnels, l'amélioration de la sécurité des patients, la gestion des cas, et la prestation de meilleurs services de santé (12).

2. L'approche centrée patient : un élément de la qualité des soins

Comme mentionné plus haut, dans les pays occidentaux, le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre de patients dépendants et/ou atteints de maladies chroniques, qui sont parfois multiples chez un même patient, complexifiant ainsi certaines situations médicales (13). Très souvent, ces patients nécessitent une prise en charge globale et continue afin d'éviter ou ralentir la progression de la maladie et/ou d'atténuer son impact sur la qualité de vie du patient (14) (15) (16).

L'évaluation de la qualité de vie est devenue un élément fondamental de l'appréciation de la qualité des soins, si bien qu'elle occupe maintenant une place centrale dans la prise en charge. L'intérêt croissant porté au bien-être du patient résulte de l'évolution du système de santé actuel vers un modèle qui le place au centre de la prise en charge (14).

Il n'y a pas de consensus sur la définition de la qualité de vie mais les différents auteurs s'accordent à la définir comme un concept subjectif qui change dans le temps, évolue selon la situation médicale, les priorités, les valeurs et les croyances du patient. Son évaluation ne peut

être comprise que du point de vue du patient (15), et doit prendre en compte le bien-être physique, fonctionnel, émotionnel et social du patient. Par exemple, chez deux patients différents, pour une même pathologie ou un même traitement occasionnant le même niveau d'incapacité ou d'effets secondaires, ceux-ci peuvent être perçus différemment, en fonction leurs traits de caractères.

De même, dans son rapport de 2021 (3), sur la perception de la qualité des soins par le patient, la HAS a cité six dimensions de la qualité des soins à améliorer, parmi lesquelles l'action centrée sur le patient. Elle consiste à assurer « des soins de façon respectueuse et en tenant compte des préférences et des valeurs des personnes » (3).

L'approche centrée patient (ACP) est un concept développé dans les années 1980 par les médecins canadien Stewart et McWhinney, en se basant sur les travaux de conceptualisation de Balint (psychanalyste), Rogers (psychologue humaniste), Engel (médecin), et Kleinman (anthropologue). Ce concept fait suite à la remise en question du modèle paternaliste, qui constituait le modèle relationnel médecin-malade de référence dans les années 40 (18). Elle est définie comme une démarche clinique et relationnelle qui place le patient au premier plan pour exposer son point de vue sur son état de santé. Cette approche nécessite (i) d'explorer la maladie et l'expérience de la maladie vécue par le patient (à travers sa représentation de la maladie, ses préoccupations, ses attentes et ses préférences); (ii) de comprendre le patient dans sa globalité biopsychosociale (en explorant les données physiopathologiques et/ou anatomocliniques de la maladie) et sa dimension contextuelle (histoire actuelle, événements de vie, interaction avec l'environnement et dimension socio culturelle); (iii) de trouver un terrain d'entente commun avec le patient sur le problème, les solutions et le partage des responsabilités et des décisions; et (iv) de développer une relation thérapeutique médecin-patient délibérative, pour construire une alliance thérapeutique (18).

3. Identifications des freins à la collaboration interprofessionnelle (CIP)

Bien que la CIP soit reconnue comme une approche qui permet une prise en charge globale du patient et son entourage, sa mise en pratique reste limitée. Selon Simonet, il ne suffit pas de réunir des professionnels en équipe pour conduire à une pratique collaborative efficace et satisfaisante (19).

De même, les études dans le domaine de la CIP ont identifié plusieurs freins à une collaboration efficace, tels que l'absence de formation à la CIP, le manque de connaissances des rôles et des compétences des autres professionnels, l'asymétrie de pouvoir, et parfois la redondance des

rôles, qui peut conduire certains professionnels à se sentir « menacés » si les compétences spécifiques liées à chaque profession ne sont pas mises en avant (5).

La principale limite identifiée est l'absence de formation à la CIP, qui serait à l'origine d'un manque de connaissance sur le rôle et les compétences spécifiques des autres professions (20). Certains travaux suggèrent que l'une des solutions pour palier à ces différentes limites, serait l'Éducation interprofessionnelle (ou EIP) (2).

4. Éducation interprofessionnelle (EIP) et amélioration de la qualité des soins

Selon l'OMS, l'éducation interprofessionnelle est une étape nécessaire à la pratique d'une collaboration interprofessionnelle efficace. Il s'agit d'«une approche où les membres d'une profession acquièrent des connaissances et des compétences grâce aux autres professionnels, dans le but d'optimiser des processus décisionnels » (2)

Selon Thistlethwaite les objectifs de cette formation seraient (21) :

- L'acquisition de connaissances et compétences liées à la CIP ;
- Une meilleure compréhension des rôles et des responsabilités des autres professionnels de la santé et des services sociaux ;
- Une meilleure connaissance de la nature du travail en équipe multidisciplinaire ;
- Le développement des habiletés de travail d'équipe.

Plusieurs pays ont développé des référentiels de compétences de CIP : l'Angleterre en 2004, le Canada en 2010, les États-Unis d'Amérique et l'Australie en 2011 (22). Nous ne mentionnerons ici que le référentiel canadien qui nous semble le plus exhaustif.

Ce référentiel classe les compétences de CIP en six domaines (figure 1) (23):

- Aptitude au leadership collaboratif : collaboration à la formulation, la mise en œuvre et l'évaluation des soins et services, avec tous les participants (patient et famille) ;
- Travail d'équipe : comprendre la dynamique et les mécanismes du travail d'équipe
- Clarification des rôles : comprendre son rôle et celui des autres participants et mettre ce savoir à profit de manière à atteindre les objectifs du patient ;
- Communication interprofessionnelle : communication entre tous les participants de manière responsable dans un esprit de collaboration et de disponibilité ;
- Résolution de conflits dans un contexte d'inter-professionnalisme : participation active à la gestion efficace des conflits ;

- Soins centrés sur le patient, la famille et la collectivité : rechercher la contribution et la participation, en tant que partenaires, du patient et de sa famille, lors de la prise de décision.

Cadre national de définition des compétences en matière d'interprofessionnalisme

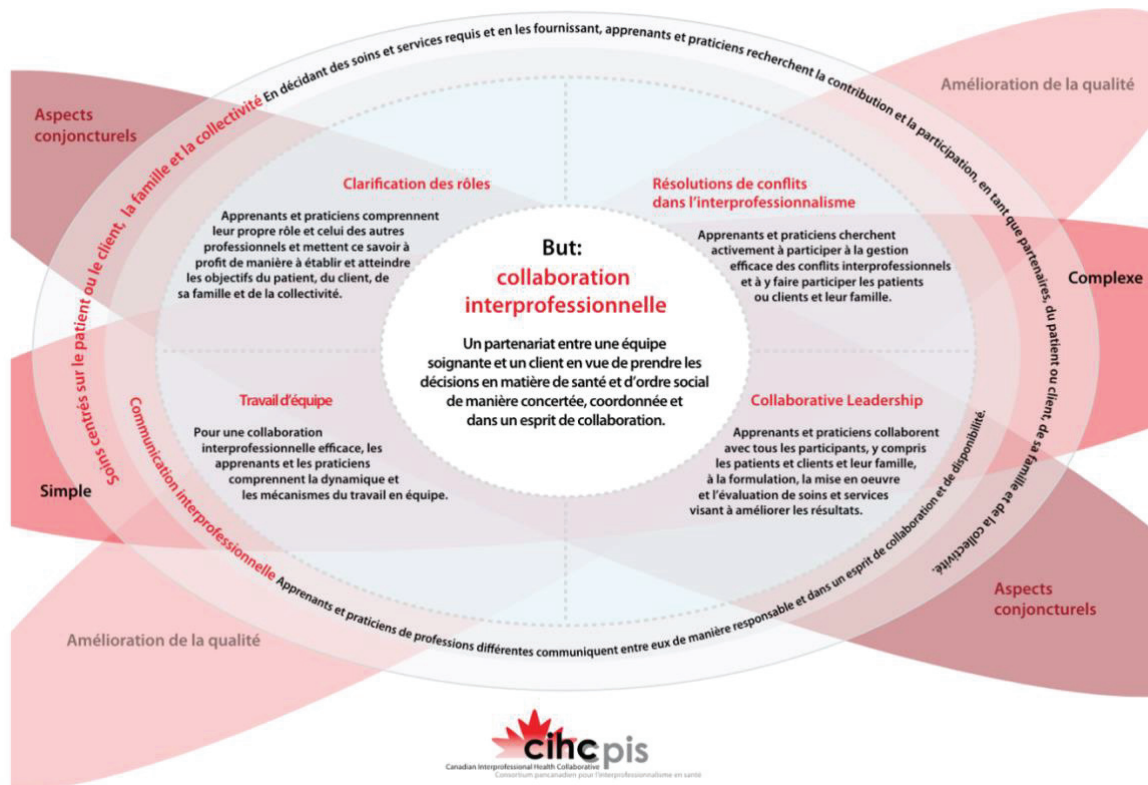


Figure 1: référentiel national pancanadien de compétences en matière d'interprofessionnalisme (22).

5. Justification du sujet de thèse « éducation interprofessionnelle » :

Il semble qu'un consensus se dégage pour valider le fait que la CIP permet d'améliorer les résultats en santé. Il faut donc mieux se former à cette pratique collaborative. Dans quelle mesure l'éducation interprofessionnelle permet-elle d'améliorer les résultats en santé et favorise-t-elle une démarche ACP de qualité des soins ? Pour répondre à cette question, nous avons choisi d'effectuer une revue systématique de la littérature.

METHODE

1. Protocole et enregistrement

Cette étude est une revue systématique de la littérature.

Le protocole de recherche a été enregistré sur la plateforme PROSPERO le 07/01/2023 et a été validé le 18/01/2023 (ID : CRD42023389971).

2. Critères d'éligibilités

2.1.Participants

Nous avons inclus les interventions qui ciblaient tous types de professionnels de santé et les travailleurs sociaux. Plus précisément, il s'agissait des professions médicales (médecins toutes spécialités confondues, internes et étudiants en médecine), paramédicales (infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, diététiciens...), et les assistants sociaux.

2.2.Interventions

Nous avons inclus tous types d'interventions dont l'objectif était d'améliorer la qualité de la prise en charge via une formation des professionnels à la collaboration interprofessionnelle. Ces formations pouvaient être des enseignements théoriques, des enseignements interactifs, des simulations, des jeux de rôles, des groupes de pairs, des formations en autonomie à l'aide de supports fournis

2.3.Comparateur

Il s'agissait de comparer l'efficacité de la prise en charge de patients par des professionnels de santé qui avaient soit bénéficié d'une formation usuelle, soit d'aucune formation.

2.4.Critères de jugement

Mesure des résultats de santé des patients après une prise en charge par des professionnels de santé formés à la CIP. Les résultats en santé pouvaient être des critères cliniques ou paracliniques, mesurés de façon objective et quantitative, mais aussi des critères de qualité des soins plus qualitatifs et subjectifs avec des échelles validées (satisfaction PROMS, PREMS ...)

2.5.Type d'études

Les études éligibles étaient les essais comparatifs randomisés (ECR) et les méta-analyses.

Il n'y a pas eu de restriction concernant l'année de publication des études, le pays de publication ou les durées de suivi des populations étudiées.

3. Sources et stratégies de recherche

Les recherches ont été effectuées sur PubMed, The Cochrane-Library, Web of science et Embase.

Les articles sélectionnés ont ensuite fait l'objet d'une analyse manuelle des références à la recherche d'éventuels autres articles d'intérêt.

Il n'y a pas eu de restriction sur l'année et des filtres de langues (français et anglais) ainsi que de catégorie (sélections concernant les humains) ont été appliqués.

Cette stratégie de recherche a été établie suite à une formation en recherche bibliographique auprès de Madame Charlène CRITON, bibliothécaire à la bibliothèque universitaire de la faculté de médecine Claude Bernard Lyon I.

L'équation de recherche sur PubMed a été la suivante :

```
((("interprofessional education"[MeSH Major Topic] OR "interprofessional education"[Title/Abstract] OR "collaborative education"[Title/Abstract] OR "multiprofessional education"[Title/Abstract] OR "interdisciplinary education"[Title/Abstract] OR "multidisciplinary education"[Title/Abstract] OR "transdisciplinary education"[Title/Abstract] OR "teamwork education"[Title/Abstract] OR "interprofessional training"[Title/Abstract] OR "collaborative training"[Title/Abstract] OR "multiprofessional training"[Title/Abstract] OR "interdisciplinary training"[Title/Abstract] OR "multidisciplinary training"[Title/Abstract] OR "transdisciplinary training"[Title/Abstract] OR "teamwork training"[Title/Abstract] OR "interprofessional learning"[Title/Abstract] OR "collaborative learning"[Title/Abstract] OR "multiprofessional learning"[Title/Abstract] OR "interdisciplinary learning"[Title/Abstract] OR "multidisciplinary learning"[Title/Abstract] OR "transdisciplinary learning"[Title/Abstract] OR "teamwork learning"[Title/Abstract] OR "health profession education"[Title/Abstract] OR "health profession training"[Title/Abstract]) AND ("patient centered outcomes"[Title/Abstract] OR "clinical outcomes"[Title/Abstract] OR "patient outcome assessment"[MeSH Terms] OR "patient outcome assessment"[Title/Abstract])) AND (humans[Filter])
```

L'équation de recherche sur Cochrane a été la suivante :

- #1 MeSH descriptor: [Interprofessional Education] explode all trees 2
- #2 (interprofessional education) OR ("interprofessional education"):ti,ab,kw OR ("inter*professional education"):ti,ab,kw OR ("interprofessional training"):ti,ab,kw OR ("inter*professional training"):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 482
- #3 ("multidisciplinary education"):ti,ab,kw OR ("multi*disciplinary education"):ti,ab,kw OR ("multidisciplinary training"):ti,ab,kw OR ("multi*disciplinary training"):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 99
- #4 ("collaborative education"):ti,ab,kw OR ("collaborative training"):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 35
- #5 ("interdisciplinary education"):ti,ab,kw OR ("inter*disciplinary education"):ti,ab,kw OR ("interdisciplinary training"):ti,ab,kw OR ("inter*disciplinary training"):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 56
- #6 "multiprofessional education" (Word variations have been searched) 14
- #7 ("multiprofessional education"):ti,ab,kw OR (multi*professional education):ti,ab,kw OR ("multiprofessional training"):ti,ab,kw OR ("multi*professional training"):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 117
- #8 ("teamwork education"):ti,ab,kw OR ("teamwork training"):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 49
- #9 ("transdisciplinary education"):ti,ab,kw OR ("transdisciplinary education"):ti,ab,kw OR ("trans*disciplinary education"):ti,ab,kw OR ("transdisciplinary training"):ti,ab,kw OR ("trans*disciplinary training"):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 0
- #10 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 #9 726
- #11 MeSH descriptor: [Patient-Centered Care] explode all trees 859
- #12 (patient centered care):ti,ab,kw OR (patient centered approach):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 45208
- #13 #11 OR #12 45326
- #14 MeSH descriptor: [Outcome Assessment, Health Care] explode all trees 162547
- #15 (clinical outcomes):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 422981
- #16 ("clinical outcomes"):ti,ab,kw OR ("clinical outcomes"):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 44576
- #17 #14 OR 15 OR #16 496071
- #18 #10 AND #17 203

L'équation de recherche sur Web Of Science a été la suivante :

((((((((((((((((((((TS=("interprofessional education")) OR TS=("interprofessional training")) OR TS=("interprofessional learning")) OR TS=("collaborative education")) OR TS=("collaborative training")) OR TS=("collaborative learning")) OR TS=("multiprofessional education")) OR TS=("multiprofessional training")) OR TS=("multiprofessional learning")) OR TS=("interdisciplinary formation")) OR TS=("interdisciplinary training")) OR TS=("interdisciplinary learning")) OR TS=("multidisciplinary education")) OR TS=("multidisciplinary training")) OR TS=("multidisciplinary learning")) OR TS=("teamwork education")) OR TS=("teamwork training")) OR TS=("teamwork learning")) OR TS=("health profession education")) OR TS=("health profession training")) OR TS=("health profession learning") AND (((((TS=("patient* outcome* assesement")) OR TS=("clinical* outcome*")) OR TS=("health improvement")) OR TS=("health* outcome*")) OR TS=("health care outcome*")) OR TS=("healthcare outcome*"))

L'équation de recherche sur Embase a été la suivante :

('interprofessional education':ti,ab,kw OR 'interprofessional training':ti,ab,kw OR 'interprofessional learning':ti,ab,kw OR 'collaborative education':ti,ab,kw OR 'collaborative training':ti,ab,kw OR 'collaborative learning':ti,ab,kw OR 'multiprofessional education':ti,ab,kw OR 'multiprofessional training':ti,ab,kw OR 'multiprofessional learning':ti,ab,kw OR 'interdisciplinary education':ti,ab,kw OR 'interdisciplinary training':ti,ab,kw OR 'interdisciplinary learning':ti,ab,kw OR 'multidisciplinary education':ti,ab,kw OR 'multidisciplinary training':ti,ab,kw OR 'multidisciplinary learning':ti,ab,kw OR 'teamwork education':ti,ab,kw OR 'teamwork training':ti,ab,kw OR 'teamwork learning':ti,ab,kw OR 'health profession education':ti,ab,kw OR 'health profession training':ti,ab,kw OR 'health profession learning':ti,ab,kw) AND 'clinical outcomes' OR 'patient outcome assesement'

4. Méthodologie de la sélection des études

La première étape de sélection des articles s'est faite sur la base des titres et des résumés. Les doublons ont été éliminés. Les études ont ensuite été sélectionnées après lecture des textes intégraux. L'ensemble des études incluses ont été accessibles en intégralité via la bibliothèque universitaire. Le logiciel Zotero® a été utilisé pour la classification à chaque étape des références éligibles.

Ce processus de sélection a été réalisé par Gabriel MOQUET-TORCY (GMT) et Gaël Nounousian (GN) et évalué par le Pr Alain MOREAU.

Les données des études incluses ont été extraites à l'aide de formulaires préétablis et standardisés sur le logiciel Excel®, basé sur le modèle PICOT, en prenant en compte :

- Auteurs, année ;
- Objectif(s) : résumé du/des objectif(s) primaire(s) et secondaire(s) ;
- Méthode : type d'étude, période d'inclusion, méthode de recrutement ;
- Participants : caractéristiques des participants éligibles ;
- Intervention : détails de l'intervention effectuée, nombre de participants ;
- Comparaison : type de comparaison ;
- Critère(s) de jugement : primaire(s) et secondaire(s) ;
- Résultats : résumé des différents résultats.

5. Évaluation du risque de biais

Chaque étude sélectionnée a fait l'objet d'une analyse des biais par GMT et GN, en se basant sur la version du 22 août 2019 de Revised Cochrane Risk-of-Bias tool (RoB 2.0) for randomized trials.

Cet outil permet d'assigner un niveau de risque aux 5 principaux biais des ECR :

- Biais émergent du processus de randomisation ;
- Biais dû à des déviations par rapport aux interventions prévues (effet de l'assignation et de l'adhésion) ;
- Biais dû aux données manquantes / résultats incomplets (biais d'attrition) ;
- Biais dû à la mesure du critère de jugement ;
- Biais dans la sélection des résultats rapportés.

6. Évaluation des résultats et synthèse

Pour chaque étude incluse, un tableau de synthèse regroupant les caractéristiques PICOT précédemment citées a été créé (Annexe).

RESULTATS

1. Sélection des études

Les recherches sur les bases de données ont permis de récupérer 591 articles. 23 articles supplémentaires ont été récupérés.

Il a été retrouvé 69 doublons qui ont été retirés ramenant à 545 le nombre d'articles sélectionnés.

Après lecture des titres et résumés, 488 articles ont été exclus.

57 articles ont fait l'objet d'une analyse intégrale permettant de retenir au total 8 articles qui ont été inclus dans cette revue.

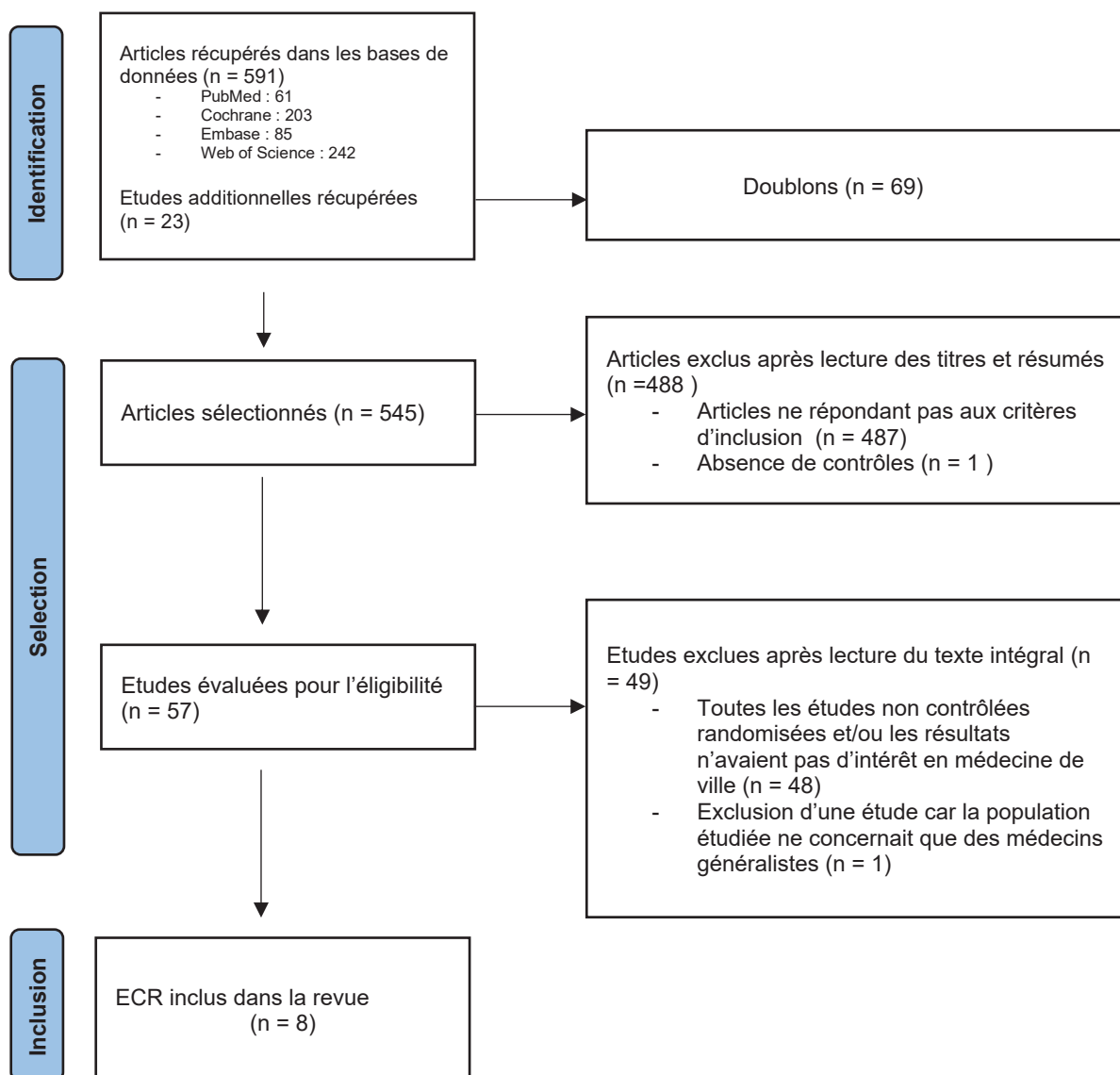


Figure 2: Diagramme de flux (modèle PRISMA 2020)

2. Caractéristiques et description des études

2.1. Populations étudiées

Les populations étudiées étaient principalement composées de personnels soignants ambulatoires (24), (25), (26), (27), (28), ou hospitaliers (29), (30), (31). Il s'agissait de médecins (24), (25), (26), (29), (27), (31), (30), (28), infirmiers (24), (25), (26), (29), (25), (29), (27), (28), (31), (28), ergothérapeutes, (29), diététiciens (24), (29), psychologues (24), (25). Deux études mentionnaient explicitement l'intervention d'assistants sociaux (31), (25) et d'administrateurs hospitaliers (31), (26).

Les études ont été menées en Angleterre (28), au Canada (26), aux États Unis (31), (27), (30), au Mexique (24), au Pays-Bas (25), et en Suède (29).

2.2. Interventions

Les interventions consistaient à former les professionnels à une prise en charge multidisciplinaire spécifique du domaine d'intérêt, puis à mettre en pratique la formation reçue lors de la prise en charge des patients, et ensuite à évaluer les effets de la formation sur les résultats en santé de ces patients.

Les domaines d'intervention étaient divers : **(i)** Prise charge de pathologies chroniques (le diabète (24)); **(ii)** Gestion de troubles neuropsychiatriques (29), (25), (27),(28); **(iii)** Prise en charge d'infections urinaires (26); **(iv)** Prise en charge de violences (30),(31).

Les formations étaient hétérogènes, toutes en plusieurs étapes réalisées sur plusieurs jours. Les méthodes pédagogiques étaient soit théoriques, sous forme de cours ((29), (25)), soit mixtes à la fois pratiques et théoriques sous forme de mises en situation, de jeux de rôles, d'enregistrements vidéo ou de simulations (24), (27), (26), (28), (30), (31).

Des audits avec feedback ont aussi été utilisés dans certaines formations, dans le but d'identifier les points importants à améliorer (24), (27), (26), (28), (30).

L'une des études a aussi eu recours à l'intervention de spécialistes au lit du malade, afin d'aider dans la prise en charge de cas difficiles (24).

2.3. Comparaisons

La comparaison des critères de jugement chez les patients a été réalisée entre les groupes de patients pris en charge par des professionnels qui ont reçu l'intervention et ceux pris en charge par des professionnels qui soit n'avaient reçu aucune intervention (24), (29), (26), (31), (27), (28), (30), soit avaient reçu une formation aux soins usuels (25).

Par ailleurs, une comparaison des caractéristiques des patients des groupes contrôles et d'intervention a été réalisée avant chaque intervention (« *baseline* »), afin de s'assurer de la comparabilité des groupes, puis sur une période de suivi variable selon les études.

2.4. Critères de jugement

Les critères de jugement des différentes études étaient hétérogènes. Les critères de jugements principaux utilisés pour évaluer l'effet de la formation interprofessionnelle sur les résultats en santé étaient pertinents, en accord avec les domaines de soins étudiés.

Une étude a eu recours à un critère de jugement principal objectif, paraclinique (24), il s'agissait du nombre de patient ayant une HbA1c < 7%, comparativement au groupe contrôle.

Trois études ont eu recours à des critères de jugement principaux cliniques objectifs, évalués à l'aide d'échelles neuropsychiatriques (25), (28) et (29). L' OBS-Scale (Organic Brain Syndrome Scale) (32) a été utilisé par Lundstrom (29) pour évaluer la durée des épisodes de confusion post-opératoire des patients âgés, opérés d'une fracture du col du fémur. Thompson C (28), a eu recours à l'échelle HAD (Hospital Anxiety Depression scale), pour l'évaluation de la dépression. Pieper et al. (25) a évalué le niveau d'agitation des patients en EHPAD, à l'aide du CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory).

Quatre études, (31),(27), (26), (30), ont eu recours à un critère de jugement clinique permettant d'évaluer l'effet de la formation sur les changements dans la pratique. Pasay et al (26) a eu recours à un critère composite basé sur les recommandations de bonnes pratiques, qui consistait à évaluer l'effet de l'intervention sur la gestion des infections urinaires en EHPAD. Campbell et al. (31) et R. S. Thompson et al. (30) ont évalué l'effet de la formation sur l'identification et la prise en charge des patients victimes de violences domestiques. Helitzer et al. (27) a évalué l'effet de la formation sur les aptitudes communicationnelles centrées patient.

Par ailleurs, Campbell et al (31) a aussi eu recours à un critère de qualité des soins en utilisant une échelle de satisfaction des patients.

3. Résultats sur les critères de jugements principaux

Sept des huit ECR incluses montrent une amélioration significative des critères de jugement :

- Barceló et al (24) montre une amélioration de l'HbA1c.
- Campbell et al. (31) et Thompson RS et al. (30) montrent une amélioration significative des connaissances et du comportement des soignants vis à vis de la prise en charge des violences domestiques.
- Helitzer et al. (27) montre une amélioration des aptitudes communicationnelles.
- Lundström et al. (29) montre une amélioration de la durée des épisodes de confusion post-opératoire.
- Pasay et al. (26), montre une amélioration de la prise en charge des infections urinaires en EHPAD.
- Pieper et al. (25), montre une amélioration du niveau d'agitation des patients en EHPAD.

Une ECR ne montre pas d'amélioration significative des critères de jugement principaux :

- Thompson C et al. (28), ne retrouve pas d'amélioration du dépistage et de la prise en charge de la dépression.

4. Résultats sur les critères de jugements secondaires

L'étude de Barcelo (24) montre une amélioration significative de critères de qualité des soins (examen des pieds et fond d'œil). En revanche, il n'y a pas de modification significative de la glycémie à jeun, de la cholestérolémie totale, du poids, de l'IMC et de la pression artérielle.

L'étude de Campbell et al. (31) montre une amélioration significative de la satisfaction des patients. Cependant elle ne retrouve pas de différence dans l'identification de nouveaux cas de violence domestiques.

Lundstrom et al (29) observe une diminution significative du taux d'infections urinaires, des troubles du sommeil, des troubles nutritionnels, et des chutes. De plus, la durée d'hospitalisation diminue de façon significative dans le groupe d'intervention.

Pour Pasay et al (26), la diminution de prescription d'ECBU et d'antibiotique n'entraîne pas d'augmentation du taux d'hospitalisation et de mortalité des patients âgés.

Pieper et al (25) montre une amélioration significative des scores de trois échelles d'évaluation de troubles neuropsychiatriques, ainsi qu'une diminution de l'utilisation d'antidépresseurs. Cependant, il n'y a pas de différence significative dans l'utilisation d'anxiolytiques et de traitements anti-démence.

Thompson RS et al. (30) ne retrouve pas d'amélioration significative du dépistage de nouveaux cas de violence domestiques.

5. Synthèse des huit ECR

L'ensemble des caractéristiques et des résultats des études ont été résumés dans le tableau suivant.

Auteur / Année / Pays	Objectifs	Populations	Interventions	Comparateurs	Critères de jugement	Résultats
Barceló et al. 2010 Mexique	Évaluer l'efficacité d'un programme éducatif interprofessionnel sur la prise en charge du diabète	10 centres de soins primaires Professionnels de santé: 269 (médecins, infirmiers, nutritionnistes et psychologues) Patients : 307 dont 111 (GC); 196 (GI)	Formation: - Audit et feedback - Sessions d'apprentissage orientés vers l'action - Intervention d'expert	Soins usuels Pas de formation	• Taux d'HbA1c, bilan lipidique, poids, IMC, pression artérielle • Critères de qualité des soins (fond d'œil, examen des pieds) • Questionnaire ACIC évaluant l'amélioration de la prise en charge	• Amélioration de l'HbA1c, de la glycémie, et du cholestérol • Amélioration critères de qualité des soins (fond d'œil, examen des pieds) • Pas de modification significative de la triglycéridémie, du poids, et de la pression artérielle
Campbell et al. 2001 Etats Unis d'Amerique	Évaluer l'efficacité d'un programme éducatif interprofessionnel sur la prise en charge des violences domestiques	12 services d'urgences Professionnel de santé: NP (médecin, IDE, assistantes sociales, administrateurs) Patients: NP	Formation: - Jeux de rôle - Enseignements didactiques - Plan d'action	Soins usuels Pas de formation	• Prévalence des patients victimes de violences domestiques • Echelle d'autoévaluation PSSS évaluant la satisfaction des patients • Echelle d'autoévaluation SAS évaluant les connaissances des soignants • Echelle "Culture of ED system change" mesurant les changements comportementaux	• Pas de différence dans la prévalence de patients victimes de violences • Amélioration de la satisfaction des patients • Amélioration score SAS • Amélioration du score « Culture of ED »
Helitzer et al. 2011 Etats Unis d'Amerique	Évaluer l'efficacité d'un programme éducatif interprofessionnel sur les aptitudes communicationnelles dans le dépistage des facteurs de risque comportementaux	Soins primaires Professionnels de santé: 26 (médecins, médecins assistants, IDE) dont 14 (GC); 12 (GI) Patients: NP	Formation: - Conférences - Jeux de rôle avec feedback - Ateliers optionnels	Soins usuels Pas de formation	• Outil PCSS évaluant les interactions soignants-patients • Outil PSS évaluant les compétences communicationnelles	• Amélioration du score PCSS • Amélioration PSS

Auteur / Année / Pays	Objectifs	Populations	Interventions	Comparateurs	Critères de jugement	Résultats
Lundstrom et al. 2007 Suède	Evaluer l'efficacité d'un programme éducatif interprofessionnel sur la réduction de la confusion post-opératoire chez la personne âgée.	1 service de gériatrie, 1 service de chirurgie orthopédique Professionnels de santé: NP (IDE, kinésithérapeutes, Ergothérapeutes, diététiciens, et gériatres) Patients: 199 dont 97 (GC) ; 102 (GI)	Formation: - Cours théoriques - Plan de soins individualisé - Prévention et traitement des complications post-opératoires	Soins usuels en service de chirurgie orthopédique Pas de formation	<ul style="list-style-type: none"> • Durée de la confusion post-opératoire évaluée par l'échelle OBS • Echelle GDS-15 évaluant la dépression • Echelle MMSE évaluant les troubles cognitifs • Complications post-opératoires • Durée de séjour • Taux de mortalité 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la durée des épisodes de confusion post opératoire • Pas de différence du score GDS-15 • Pas de différence du score MMSE • Diminution des complications post -opératoires • Diminution de la durée séjour • Pas de différence du taux de mortalité
Pasay et al. 2019 Canada	Evaluer l'efficacité d'un programme éducatif interprofessionnel sur la prise en charge des infections urinaires en EHPAD	21 EHPAD Professionnels de santé: NP (IDE, aides soignants et médecins) Patients: 1257 dont 620 (GC) ; 637 (GI)	Formation: - Audit et feedback - Support documentaire - Outil d'aide à la prise de décision clinique,	Soins usuels Pas de formation	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'ECBU • Taux de prescription d'antibiotiques • Taux d'admission aux urgences • Taux de mortalité 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution du taux d'ECBU • Diminution du taux de prescription d'antibiotiques • Pas de différence dans les admissions aux urgences • Pas d'augmentation du taux de mortalité
Pieper et al. 2016	Evaluer l'efficacité d'un programme éducatif interprofessionnel sur les troubles neuropsychiatriques en EHPAD.	21 unités de soins infirmiers gériatriques Professionnels de santé: NP (Infirmiers , médecins psychologue et physiothérapeutes) Patients: 229 dont 111 (GC) ; 118 (GI)	Formation: - Identification des symptômes douloureux et des troubles affectifs - Identification de besoins non satisfaits. - Méthode pédagogique non précisée	Formation aux soins usuels	<ul style="list-style-type: none"> • Echelle CMAI évaluant l'agitation • Echelle NPIH-NH évaluant les symptômes neuropsychiatriques • Echelles CSDD et MDS-DRS évaluant les symptômes dépressifs • Evaluation de la prescription de médicaments psychotropes 	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration du score CMAI • Amélioration du score NPIH-NH • Amélioration des scores CSDD et MDS-DRS • Diminution de la prescription d'antidépresseurs, sans modification des autres traitements psychotropes

Auteur / Année / Pays	Objectifs	Populations	Interventions	Comparateurs	Critères de jugement	Résultats
Thompson C et al. 2000 Royaumes Unis	Évaluer l'efficacité d'un programme éducatif interprofessionnel sur la prise en charge de la dépression.	Soins primaires Professionnels de santé: 59 (médecins, IDE, IDE psychiatriques) dont 30 (GC) ; 29 (GI) Patients: 5043 dont 2224 (GC); 2819 (GI)	Formation: - Remise d'un référentiel de bonne pratique clinique - Jeux de rôles et feedback - Groupes de discussion	Soins usuels Pas de formation	• Échelle HAD évaluant les symptômes dépressifs • Taux d'amélioration de la dépression	• Pas de différence du score HAD • Pas d'amélioration de la dépression
Thompson RS et al. 2000 Etats Unis d'Amérique	Évaluer l'efficacité d'un programme éducatif interprofessionnel sur la prise en charge des violences domestiques	5 cliniques Professionnels de santé: 179 (médecins, IDE, médecins assistants, assistants médicaux) Patients: 3392 dont 2020 (GC); 1372 (GI)	Formation: - Audit avec feedback - Support documentaire	Soins usuels Pas de formation	• Outil PSS évaluant les connaissances, les attitudes, et les barrières des soignants vis à vis des violences domestiques • Dépistage des violences domestiques à l'aide d'indicateurs (analyse des dossiers médicaux) • Mise en place de supports documentaires (brochures, posters)	• Amélioration dans plusieurs domaines du questionnaire PSS • Augmentation non significative du dépistage de nouveaux cas • Augmentation de la mise à disposition de supports documentaires • Identification de 6 victimes à l'aides des documents et brochures

Tableau 1: Tableau de synthèse des résultats des ECR incluses

GC : groupe contrôle, GI : groupe d'intervention, NP : non précisé ; ACIC: Assesment of Chronic Illness Care ; CSDD: Cornell Scale for Depression in Dementia; CMAI: Cohen-Mansfield Agitation Inventory ; ECBU : Examen CytoBacteriologique Urinaire ; ED : Emergency Departement ; EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendante ; GDS-15 : Geriatric Depression scale; HAD: Hospital Anxiety Depression Scale; Hba1C: hémoglobine glyquée ; IDE : Infirmier(ère) Diplomé(e) d'Etat ; IDEP :Infirmier(ère) Diplomé(e) d'Etat en Psychiatrie ; IMC : Indice de Masse Corporel; MDS-DRS : Minimum Dataset Depression Rating Scale; MMSE : Mini-Mental State Examination; NPI-NH: Neuropsychiatric Inventory—Nursing Home version ; OBS-Scale : Organic Brain Syndrome Scale ; PCSS: Patient Centeredness Summary Score; PSS: Proficiencies Summary Score; PSSS: Patient Safety Satisfaction Surve; SAS: Staff knowledge and Attitude Survey

6. Risque de biais

Chaque étude sélectionnée a fait l'objet d'une analyse des biais par GMT et GN, en se basant sur la version du 22 août 2019 de la Revised Cochrane Risk-of-Bias tool (Rob2) for randomized trials.

6.1. Biais émergent du processus de randomisation

Les études incluses avaient un risque de biais émergent du processus de randomisation modéré. Bien que les processus de randomisation étaient adaptés, il existait soit des différences de caractéristiques des participants pouvant influencer les résultats (29) (25), soit les participants avaient connaissance de la séquence d'allocation.

6.2. Biais dû à des déviations par rapport aux interventions prévues (effet de l'assignation)

Les études incluses avaient un risque dû à des déviations par rapport aux interventions prévues modéré. Dans la plupart des études, compte tenu du type d'intervention, les participants étaient au courant de leur groupe d'assignation.

6.3. Biais dû aux données manquantes / résultats incomplets (biais d'attrition)

Les études incluses avaient un risque dû aux données manquantes faible. Dans la plupart des études, il y avait peu ou pas de données manquantes. Seule l'étude de Pieper et al. (25) analysait uniquement les données des 39% des patients du groupe d'intervention.

6.4. Biais dû à la mesure du critère de jugement

Les études incluses avaient un risque dû aux mesures du critère de jugement faible. Dans toutes les études, soit les méthodes de mesure des critères de jugement étaient objectives et identiques dans chaque groupe, soit les évaluateurs étaient en aveugle.

6.5. Biais dans la sélection des résultats rapportés

Les études incluses avaient un risque de sélection des résultats faible. Toutes les études ont rapporté fidèlement les résultats obtenus. L'étude de Barcelo et al. (24) présente un risque indéterminé.

7. Synthèse des biais

Le tableau suivant résume les risques de biais :

<u>Study ID</u>	<u>D1</u>	<u>D2</u>	<u>D3</u>	<u>D4</u>	<u>D5</u>	<u>Overall</u>	
Barcelo 2010	!	!	+	+	!	!	+
Campbell 2001	!	!	+	+	+	!	!
Helitzer 2011	!	+	+	+	+	!	-
Lundstrom 2007	!	!	+	+	+	!	
Pasay 2019	!	!	+	+	+	!	D1 Randomisation process
Pieper 2016	!	!	-	+	+	-	D2 Deviations from the intended interventions
Thompson C. 2000	!	!	+	+	+	!	D3 Missing outcome data
Thompson RS 2000	!	+	+	+	+	!	D4 Measurement of the outcome
							D5 Selection of the reported result

Figure 3: Évaluation du risque de biais pour les ECR incluses

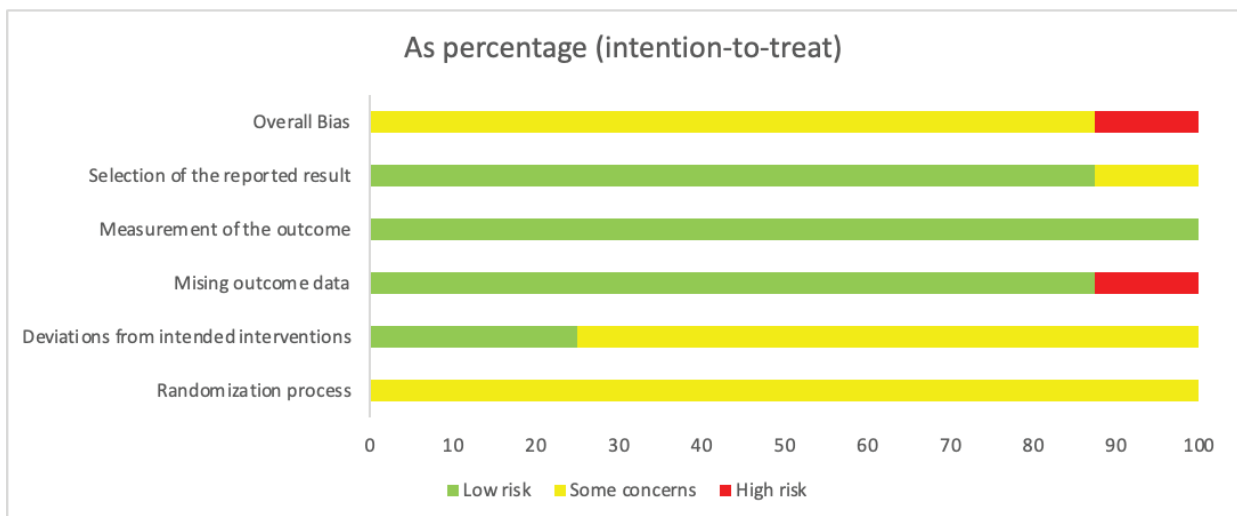


Figure 4: Évaluation du risque de biais pour les ECR incluses (en pourcentage)

DISCUSSION

1. Interprétation des résultats et force de l'étude

L'objectif de cette revue systématique de la littérature était de déterminer dans quelle mesure l'éducation interprofessionnelle améliore les résultats en santé des patients dans une démarche centrée sur le patient, de qualité. Cette revue a permis de dégager 8 ECR avec un risque de biais faible à modéré.

Sept des huit études montrent un effet positif de l'EIP sur des thématiques psychosociales complexes et/ou des pathologies chroniques : le diabète (24), la gestion de troubles du comportement (25), (27), (29), de troubles psychiatriques (25), la prise en charge d'infections urinaires (26) et de violences (31).

Les modalités des formations souvent mixtes, avec une composante de formation théorique et une composante pédagogique plus interactive, contribuaient à une meilleure acquisition des connaissances (33). Les programmes éducatifs semblaient également apporter une meilleure satisfaction des patients (31), (27) qui décrivaient une meilleure prise en charge par les soignants. Il existait également une meilleure satisfaction des soignants à la fois sur des critères ACP (communicationnelle, implication du patient, éducation ...) et sur l'acquisition de connaissances (31), (27), (30).

Une étude (28) n'a pas retrouvé de différence statistiquement significative entre les groupes d'intervention et contrôle en ce qui concerne la reconnaissance et l'amélioration des symptômes dépressifs. Les auteurs attribuent ce résultat à une population biaisée comprenant des patients dépressifs chroniques.

Les durées de suivi post- intervention pour évaluer les effets à distance des formations étaient variables. Trois études (25), (26), (28) ont observé une diminution des bénéfices apportés par la formation au cours du temps.

2. Limites de l'étude

Bien que le résultat de notre revue systématique soit encourageant, il existe plusieurs limites qui empêchent de tirer une conclusion certaine sur l'efficacité de l'EIP à améliorer les résultats en santé des patients. L'hétérogénéité des domaines d'intervention et des critères de jugement rendent difficile la comparaison des différentes études entre elles et rendent donc la réalisation d'une méta-analyse impossible.

Sept études ont eu recours à des critères de jugement cliniques de nature subjective dont la mesure pouvait potentiellement être influencée par la réalisation de l'étude. Seule une étude (24) a eu recours à un critère de jugement principal évalué de façon objective. Il s'agissait d'un critère intermédiaire paraclinique bien défini et quantifiable (Hba1c).

Du fait du type d'intervention, il était difficile de pouvoir dissimuler l'allocation aux différents intervenants constituant un biais de détection et/ou de déviation.

Parmi les huit études, seule une intervention (25) a eu recours à un groupe contrôle ayant bénéficié d'une formation aux soins usuels, sans la composante interprofessionnelle. Ainsi, l'absence de comparaison à un comparateur adapté pourrait introduire un biais de performance et devrait conduire à une interprétation prudente des résultats.

Le faible nombre de participants dans chaque étude et l'hétérogénéité des programmes éducatifs constituaient une limite importante à la généralisation des résultats par manque de puissance.

Concernant l'extrapolation des résultats à notre système de soin primaire, celle-ci doit être réalisée avec précaution, car aucune étude française n'a été retrouvée dans les articles que nous avons sélectionnés.

Il aurait été intéressant de pouvoir réaliser une analyse comparative des différents programmes éducatifs, afin de déterminer quel type de formation a le plus d'impact, mais cela était impossible car les différents programmes étaient très peu détaillés. De plus, l'évaluation de la satisfaction des apprenants vis-à-vis des enseignements n'a été réalisée que dans une étude (28), limitant ainsi les perspectives d'amélioration des programmes éducatifs.

L'analyse des biais a été effectuée par la RoB2 qui est un outil standardisé, mais qui est soumis à l'interprétation des deux évaluateurs (GMT et GN) pouvant être source d'erreurs. Certaines études sélectionnées (24), (27), (28), (30), (31) ont fait l'objet d'une analyse par la Rob 1 par d'autres auteurs (34). Les résultats comparatifs entre les 2 outils d'évaluation montrent une différence. En effet, il semblerait que la Rob 2 évalue de manière moins sévère les risques de biais par rapport à la Rob 1. Il s'avère que ces différences avaient déjà été soulignées par d'autres utilisateurs, comme mentionné sur la page Cochrane : « La plus grande divergence entre les outils concernait les résultats subjectifs dans les études ouvertes, où RoB 1 était plus susceptible de pénaliser que RoB 2. RoB 1 avait également tendance à conduire à un risque plus sévère de jugements biaisés en raison des options disponibles » (35). Toutefois l'outil Risk of Bias 2 (RoB 2) a pour objectif d'améliorer l'exactitude des évaluations de biais à l'aide d'une structure et de directives plus complètes pour améliorer la cohérence.

3. Validité externe

3.1.Efficacité de la collaboration interprofessionnelle (CIP)

Dans les revues de synthèse, certains auteurs soulignent l'absence de données probantes sur l'efficacité de la CIP : « beaucoup d'études, peu de réponses » (1), (36). Bien que plusieurs revues de la littérature indiquent un effet positif de la CIP (5), (38), (9), d'autres études ne retrouvent pas d'amélioration des résultats de santé (40), (41), (42), (43), (44). L'étude de Pannick et al. (44) cherche à déterminer l'impact de la CIP sur les résultats de santé de patients de services de médecine générale. Pour cela il a inclus des études utilisant des critères de jugement objectifs (mortalité intra-hospitalière, complication des soins, taux de réadmission, durée de séjour). Les résultats suggéraient que l'interprofessionnalité avait un effet incertain sur ces critères de jugement mesurés.

3.2.Efficacité de l'éducation interprofessionnelle (EIP)

L' EIP a pour objectif le développement de compétences et connaissances nécessaires à une CIP efficace dont le but est d'améliorer le prise en charge des patients (33). Bien que les articles que nous avons inclus ne mentionnent pas explicitement l'amélioration des comportements collaboratifs, les données de littératures montrent que l'EIP favorise une meilleure compréhension des rôles et des responsabilités de chaque professionnel de santé, en améliorant les attitudes/perceptions ainsi que les compétences collaboratives (33), (45). Dans sa revue systématique, Riskiyana et al. (33) démontre que l'EIP favorise l'acquisition de compétences nécessaires à la CIP (communication interprofessionnelle, travail d'équipe). Kent et al. 2015 (46) a montré une amélioration de la confiance en soi des étudiants, de la communication et du travail d'équipe, ainsi qu'une meilleure intégration des compétences pratiques et cliniques.

L'EIP favorise également une meilleure coordination des professionnels de santé, permettant des soins plus adaptés, et une meilleure communication entre les acteurs de soins, permettant ainsi une diminution des erreurs médicales et l'amélioration de la prise de décision (43),(47) (48).

Bien que les résultats des études montrent des effets positifs de l'EIP, leur généralisation doit être prudente compte tenu de l'absence de critères de jugement cliniques objectifs (morbimortalité) et des limitations méthodologiques des différentes études (hétérogénéité des interventions, absence de double aveugle, échantillonnages de tailles insuffisantes, groupes contrôles inappropriés, absence d'évaluation des résultats à long terme) (33), (49).

3.3.Modalités pédagogiques de l'EIP

La HAS mentionne l'existence de trois modalités pédagogiques d'apprentissage (50):

- Les méthodes dites affirmatives (exposés théoriques en cours magistraux, conférences, ateliers), où le formateur transmet ses connaissances aux étudiants ;
- Les méthodes interrogatives (sessions questions-réponses), où à l'aide de questions, le formateur oriente le participant vers les connaissances qu'il doit acquérir ;
- Les méthodes actives ou expérientielles (jeux de rôles, simulations, analyses de cas cliniques), où les participants cherchent à trouver des solutions aux problèmes rencontrés, via leurs connaissance et leurs expériences.

La HAS souligne également l'intérêt de la méthode expérientielle (ou méthode d'apprentissage active) qui est la plus adaptée à la formation d'adultes (50).

L'OMS a réalisé une enquête en 2008 afin de faire un état des lieux de l'EIP dans 193 pays. Cette étude a permis de mettre en avant une prédominance de formations basées sur des conférences, des groupes de réflexions, des cas cliniques et des mises en situations réelles. Depuis, plusieurs études ont pu souligner les bénéfices d'une stratégie d'enseignement par simulation (ou méthode expérientielle) (33), (51), (52).

Sept des huit ECR incluses dans notre étude ont eu recours à une méthode pédagogique expérientielle.

3.4.Interprofessionnalité et Approche Centrée Patient

L'ACP et la CIP possèdent de nombreux éléments communs et sont interdépendants (53). Dans le cadre des maladies chroniques et/ou complexes, la mise en œuvre d'une démarche ACP de qualité implique très souvent la collaboration et la coordination entre les différents professionnels de santé (54) et parfois de travailleurs sociaux. L'ACP apparait comme une culture commune de la démarche clinique des professionnels de santé qui permet de les fédérer en leur fournissant un objectif commun, centré sur les besoins du patient. De même, l'objectif de la CIP est de délivrer des soins sûrs et efficaces qui prennent en compte les particularités cliniques et les besoins spécifiques de chaque malade. Par conséquent, la démarche ACP nécessite la mise en œuvre, par les professionnels, de compétences spécifiques à leurs professions, mais aussi de compétences génériques (communicationnelles, empathie, adaptabilité, résilience, éthique et/ou professionnalisme) (22). A cela s'ajoutent les compétences collaboratives qui permettront de se coordonner de façon cohérente et efficace. Ainsi, l'ACP favorise la CIP tandis que la CIP permet de fournir une ACP de qualité.

3.5. Interprofessionnalité et « Patient centered medical home »

Aux États-Unis, vers les années 1990-2000, l'organisation du système de soins primaires a dû être repensé face à l'augmentation de patients atteints de maladies chroniques et à leurs difficultés d'accès à des soins optimaux. Edwar Wagner et ses collègues ont proposé le « *Chronic Care Model* » (CCM) comme modèle de soins de santé primaires qui met l'accent sur une gestion proactive des maladies chroniques (55), (56). Ce modèle de soins propose la collaboration entre les patients et les professionnels de santé, la planification des soins à long terme, la coordination des soins et la promotion de l'auto-gestion des patients (57). Par la suite, la mise en pratique de ce modèle a conduit à la création des PCMH ("*Patient-Centered Medical Home*"), qui sont des centres de soins de premiers recours composés d'équipes pluridisciplinaires sous la responsabilité d'un médecin. Le but est de privilégier l'accès aux soins, de favoriser une meilleur gestion des patients présentant des pathologies chroniques et/ou complexes, d'assurer une meilleure qualité des soins et de réaliser des économies en santé via la diminution des hospitalisations (58).

En France, sous l'impulsion des pouvoirs publiques, les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) ont été créées sur le modèle des PCMH américains (59). Il s'agit de structures de soins primaires pluridisciplinaires, composées de médecins, d'auxiliaires médicaux et de pharmaciens. L'objectif étant d'améliorer l'accessibilité aux soins dans les déserts médicaux (60), en regroupant les professionnels dans une même structure, et d'améliorer la coordination de la prise en charge des patients, en facilitant la coopération interprofessionnelle (59).

L'un des exemples de collaboration interprofessionnel en maison de santé est le protocole Asalée (Action de SAnité Libérale En Equipe). Il s'agit d'un protocole de coopération entre un médecin généraliste et un infirmier libéral, délégué à la santé publique, dont l'objectif est d'améliorer la qualité des soins. Par délégation et en collaboration avec le médecin, l'infirmier Asalée assure le suivi et le dépistage de patients identifiés par le protocole. Chez les patients diabétiques, les analyses montrent une amélioration significative de la qualité du suivi des patients (61).

3.6. État des lieux de l'EIP et des méthodes pédagogiques en France

En 2017, Tyrant et al (62) a mené une étude observationnelle sur l'état des lieux de l'EIP en France. Sur les 36 UFR de médecine, 18 programmes d'EIP ont été recensés dans 15 universités. Douze filières de santé étaient représentées dans ces formations, dont une majorité de médecins, de pharmaciens et d'infirmiers. Les méthodes pédagogiques employées étaient majoritairement expérientielles. L'étude souligne l'augmentation du nombre de formations proposées depuis l'instauration de la première formation en 2006, ce qui traduit un intérêt croissant des universités pour l'EIP.

Une autre étude, Gaboreau et al. (63) s'est intéressée aux programmes d'EIP entre étudiants en médecine générale et étudiants pharmaciens d'officine, parmi les 36 UFR de médecine et les 24 UFR de pharmacie. Cette étude a permis d'identifier l'existence de 10 programmes d'EIP médecin-pharmacien. Les modalités pédagogiques des différents programmes éducatifs comprenaient essentiellement des jeux de rôle et des travaux de groupe.

Fiquet et al. (64) a mené une étude afin d'évaluer la perception de l'EIP par les étudiants, et son impact dans leurs pratiques professionnelles. Cette étude a recensé des étudiants en santé de l'université de Rennes entre 2009 et 2010 (Ergothérapeutes, kinésithérapeutes, IDE, internes de médecine générale, pharmaciens, podologues et sage-femmes). Les résultats ont montré une modification de la perception de l'interprofessionnalité par les étudiants. Cependant, l'impact de la formation sur la pratique clinique était difficile à évaluer.

Enfin, en 2017, Le Lan et al (65) a cherché à déterminer l'impact d'un programme d'EIP par simulation, sur la pratique professionnelle d'étudiants en médecine et en soins infirmiers. Cette étude qualitative, réalisée six mois après le programme d'EIP, souligne une amélioration des pratiques collaboratives interprofessionnelles grâce à l'amélioration des aptitudes communicationnelles et des échanges de compétences.

PERSPECTIVES

En 2017, l'analyse des données d'une enquête (59) faisant un état des lieux des MSP en France, montre que les objectifs de coordination et de coopération en MSP n'ont pas été atteints. Ainsi, la mise en place de programmes d'EIP facultaires systématiques semble être une piste à explorer pour améliorer la CIP en MSP.

Des ECR devraient être menées afin de confirmer l'efficacité de l'EIP sur l'acquisition de compétences collaboratives et pour évaluer les effets de l'EIP à long terme.

Une méthodologie plus rigoureuse devrait être employée dans les futures études : l'utilisation de critères de jugement cliniques objectifs (morbi-/mortalité, situations cliniques intermédiaires...) pour confirmer l'effet de l'EIP sur l'amélioration des résultats de santé ; l'utilisation de comparateurs plus adaptés (« vrai » placebo) pour confirmer l'efficacité de l'EIP ; la dissimulation de l'allocation des participants pour limiter le risque de biais ; la réalisation d'études en cluster pour limiter la contamination.

CONCLUSIONS

La collaboration interprofessionnelle (CIP) constitue un élément de réponse aux difficultés que rencontre le système de santé, notamment face à la pénurie de professionnels de santé, en facilitant la coordination des soins afin d'utiliser de façon efficace les compétences des différents professionnels, mais aussi pour répondre aux besoins spécifiques des patients en délivrant des soins dans une démarche ACP (Approche Centrée Patient), prenant en compte le patient dans sa globalité. La littérature mentionne l'existence de plusieurs freins à la mise en œuvre d'une collaboration interprofessionnelle efficace, parmi lesquels l'absence de formation. La CIP requiert de savoir travailler en équipe et de pouvoir échanger et partager les points de vue des différents membres de l'équipe, dans le respect de chacun. De plus, elle nécessite de connaître les rôles et compétences des différents membres de l'équipe afin de pouvoir coordonner de façon efficace les actions des professionnels autour du projet de soins du patient. Selon l'OMS, l'éducation interprofessionnelle (EIP) est une étape nécessaire à une pratique collaborative efficace. Il s'agit d'un processus d'apprentissage où les membres d'au moins deux professions (médicales, paramédicales, travailleurs sociaux etc...), acquièrent des

connaissances et des compétences les uns des autres et apprennent à travailler ensemble, dans le but d'optimiser des processus décisionnels.

Dans quelle mesure l'éducation interprofessionnelle permet-elle d'améliorer les résultats en santé et favorise-t-elle une démarche ACP de qualité ? Pour répondre à cette question, nous avons effectué une revue systématique de la littérature.

Cette revue systématique de la littérature a été réalisée selon les recommandations de la méthode PRISMA, et son protocole a été enregistré en amont sur PROSPERO. Les recherches ont été effectuées sur les bases de données PubMed, the Cochrane-Library, Web of Science, Embase et dans la littérature grise. Les études éligibles étaient les essais contrôlés randomisés (ECR) et les méta-analyses, s'intéressant à des interventions réalisées en soins premiers, ou à l'hôpital avec des soins transposables à la médecine de ville. La reproductibilité a été assurée par un processus de sélection réalisé de façon indépendante par deux investigateurs, tout comme l'extraction des données et l'analyse des biais. L'évaluation des biais a été réalisée pour chaque étude incluse en utilisant la Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB 2).

Les résultats de la recherche ont permis de sélectionner huit études, parmi 614 articles identifiés, réalisées dans quatre domaines d'intervention : le diabète, les violences à la personne, les troubles neuropsychiatriques et l'infection urinaire chez la personne âgée. Les études étaient issues de six pays : Canada, États-Unis d'Amérique, Mexique, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède. Les populations étudiées comprenaient des professionnels de santé médicaux (médecins, étudiants, assistants) et paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeute, psychologues ...) ainsi que des travailleurs sociaux. Les interventions consistaient en un programme éducatif, visant à améliorer une prise en charge, sous forme de cours théoriques (cours magistraux, recommandations de bonnes pratiques ...) et/ou interactifs (jeux de rôle, simulation, groupe d'échanges ...). Les formations étaient hétérogènes, spécifiques de la prise en charge à améliorer, et comprenaient toutes une formation multi-étapes des professionnels de santé, sur plusieurs jours, avec une partie de la formation dédiée au travail en équipe. Une fois les formations effectuées, une comparaison de l'effet de la formation sur les résultats de santé des patients a été réalisée, entre le groupe d'intervention (ayant bénéficié de la formation) et le groupe contrôle (n'ayant reçu aucune formation). Ces comparaisons ont été réalisées au début des études puis sur une période de suivi propre à chaque étude. Cependant, compte tenu du type d'étude, les participants étaient informés de leur groupe d'allocation.

Sept des huit études incluses ont montré une amélioration significative des critères de jugement principaux. Il s'agissait soit de critères intermédiaires objectifs paracliniques (hémoglobine glyquée), soit de critères subjectifs de natures cliniques évalués par des échelles validées ou des changements de pratique clinique (la satisfaction des patients, les aptitudes communicationnelles, la confusion post opératoire, les modalités de prise en charge des infections urinaires, de l'agitation, de la dépression et des violences domestiques). Seule une étude n'a pas retrouvé de différence significative entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle, concernant la reconnaissance et l'amélioration des symptômes dépressifs. Aucune étude n'a montré d'effet défavorable des interventions. Par ailleurs, il existe une amélioration significative des critères de jugements secondaires tel que la satisfaction, l'amélioration des connaissances et les changements comportementaux induis par la formation chez les participants. Enfin, l'ensemble des études incluses présentaient un risque de biais global faible à modéré.

Globalement les études que nous avons inclus montrent un effet positif de l'éducation interprofessionnelle sur l'amélioration des résultats en santé des patients. Cependant, du fait du faible nombre d'articles inclus, de l'hétérogénéité des interventions et des critères de jugement, de l'absence de critères de jugements cliniques objectifs, ainsi que de certaines limitations méthodologiques (absence de « vrai » placebo, absence de double aveugle), cette revue systématique de la littérature ne permet pas de tirer une conclusion généralisable et de réaliser une méta-analyse sur l'efficacité de l'EIP dans l'amélioration des résultats en santé des patients. Il serait donc intéressant que les prochaines études emploient une méthodologie plus rigoureuse et qu'elles aient recours à des critères de jugement cliniques objectifs.

Enfin, l'ensemble des études a été réalisé dans des systèmes de santé différents du notre. Il serait donc intéressant de mener des études françaises de manière à pouvoir évaluer l'impact de l'EIP dans notre système de santé.

CONFLIT D'INTERET ET FINANCEMENT

Les auteurs n'ont pas de lien d'intérêt à déclarer dans la réalisation de cette revue systématique. Il n'a pas été reçu de financement ni sponsorship pour sa réalisation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gerber M, Kraft E, Bosshard C. La collaboration interprofessionnelle sous l'angle de la qualité. *BULLETIN DES MÉDECINS SUISSES*. :6.
2. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. :64.
3. Cong-Tri T. Qualité des soins perçue par le patient – Indicateurs PROMs et PREMs. 2021;134.
4. Gallant S, Clerc M, Gachoud D, Morin D. Learning together to work together ; Interprofessional education, a myth or reality ? *Recherche en soins infirmiers*. 2011;106(3):40-6.
5. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*. mai 2005;19(sup1):116-31.
6. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2017 [cité 3 mars 2022];(6). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000072.pub3/full>
7. Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Health*. 18 déc 2014;fdu102.
9. Aiguier G. Chapitre 42. Travailler en équipe dans une perspective de collaboration interprofessionnelle. In: *Manuel de soins palliatifs* [Internet]. Paris: Dunod; 2020 [cité 8 nov 2022]. p. 910-8. (Guides Santé Social; vol. 5e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/manuel-de-soins-palliatifs--9782100810482-p-910.htm>
11. Kaiser L, Conrad S, Neugebauer EAM, Pietsch B, Pieper D. Interprofessional collaboration and patient-reported outcomes in inpatient care: a systematic review. *Syst Rev*. 13 août 2022;11(1):169.
12. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group*, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 28 mars 2013 [cité 3 mars 2022]; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002213.pub3>
13. Samuelson M, Herzig L, Widmer D. L'avenir des soins primaires interprofessionnels dans un temps de crise. :5.
14. Sebai J, Yatim F. Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : confluence et paradoxe. *Santé Publique*. 2018;30(4):517-26.
15. Cella DF. Le concept de qualité de vie : les soins palliatifs et la qualité de vie. *Recherche en soins infirmiers*. 2007;88(1):25-31.
16. HAUTE AUTORITE DE SANTE: qualité de vie. :8.
18. Moreau A, Ferrat E, Perdrix C, Aubin-Auger I. L'approche centrée patient : histoire d'un concept (revue narrative de littérature).
19. Louis Simonet M. Collaboration interprofessionnelle et pratique collaborative en milieu hospitalier : un véritable défi. *Revue Médicale Suisse*. 2017;13(579):1771-2.
20. Arnfred S. Interprofessional Training in a Psychiatric Study Unit [Internet]. *clinicaltrials.gov*; 2019 avr [cité 20 oct 2022]. Report No.: NCT03070977. Disponible sur: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03070977>
21. Thistlethwaite J, Moran M. Learning outcomes for interprofessional education (IPE): Literature review and synthesis. *Journal of Interprofessional Care*. 1 sept 2010;24(5):503-13.
22. Thistlethwaite JE, Forman D, Matthews LR, Rogers GD, Steketee C, Yassine T. Competencies and Frameworks in Interprofessional Education: A Comparative Analysis. *Academic Medicine*. juin 2014;89(6):869-75.

23. Referentiel_des_competences-collaboration interprofessionnelle Mars_2010.pdf [Internet]. [cité 3 déc 2022]. Disponible sur: https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/ProjetsGMF/Referentiel_des_competences-Vcourte_Fr-Mars_2010.pdf
24. Barceló A, Cañero E, de Boer M, Mesa AE, Lopez MG, Jiménez RA, et al. Using collaborative learning to improve diabetes care and outcomes: The VIDA project. *Primary Care Diabetes*. 1 oct 2010;4(3):145-53.
25. Pieper MJC, Francke AL, van der Steen JT, Scherder EJA, Twisk JWR, Kovach CR, et al. Effects of a Stepwise Multidisciplinary Intervention for Challenging Behavior in Advanced Dementia: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2016;64(2):261-9.
26. Pasay DK, Guirguis MS, Shkrobot RC, Slobodan JP, Wagg AS, Sadowski CA, et al. Antimicrobial stewardship in rural nursing homes: Impact of interprofessional education and clinical decision tool implementation on urinary tract infection treatment in a cluster randomized trial. *Infect Control Hosp Epidemiol*. avr 2019;40(4):432-7.
27. Helitzer DL, Lanoue M, Wilson B, de Hernandez BU, Warner T, Roter D. A randomized controlled trial of communication training with primary care providers to improve patient-centeredness and health risk communication. *Patient Educ Couns*. janv 2011;82(1):21-9.
28. Thompson C, Kinmonth A, Stevens L, Pevele R, Stevens A, Ostler K, et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *The Lancet*. janv 2000;355(9199):185-91.
29. Lundström M, Olofsson B, Stenvall M, Karlsson S, Nyberg L, Englund U, et al. Postoperative delirium in old patients with femoral neck fracture: a randomized intervention study. *Aging Clin Exp Res*. juin 2007;19(3):178-86.
30. Thompson RS, Rivara FP, Thompson DC, Barlow WE, Sugg NK, Maiuro RD, et al. Identification and management of domestic violence: A randomized trial | The full text of this article is available via AJPM Online at <http://www.elsevier.com/locate/ajpmonline>. *American Journal of Preventive Medicine*. 1 nov 2000;19(4):253-63.
31. Campbell JC, Coben JH, McLoughlin E, Dearwater S, Nah G, Glass N, et al. An evaluation of a system-change training model to improve emergency department response to battered women. *Acad Emerg Med*. févr 2001;8(2):131-8.
32. Jensen E, Dehlin O, Gustafson L. A comparison between three psychogeriatric rating scales. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1993;8(3):215-29.
33. Riskiyana R, Claramita M, Rahayu GR. Objectively measured interprofessional education outcome and factors that enhance program effectiveness: A systematic review. *Nurse Education Today*. juill 2018;66:73-8.
34. Reeves et al. - 2013 - Interprofessional education effects on profession.pdf [Internet]. [cité 3 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6513239/pdf/CD002213.pdf>
35. What can we learn from results of the RoB 2 comparison study? [Internet]. [cité 29 janv 2023]. Disponible sur: <https://community.cochrane.org/news/what-can-we-learn-results-rob-2-comparison-study>
36. Trivedi D, Goodman C, Gage H, Baron N, Scheibl F, Iliffe S, et al. The effectiveness of inter-professional working for older people living in the community: a systematic review. *Health Soc Care Community*. mars 2013;21(2):113-28.
38. Pascucci D, Sassano M, Nurchis MC, Cicconi M, Acampora A, Park D, et al. Impact of interprofessional collaboration on chronic disease management: Findings from a systematic review of clinical trial and meta-analysis. *Health Policy*. févr 2021;125(2):191-202.

40. Morgan L, Pickering SP, Hadi M, Robertson E, New S, Griffin D, et al. A combined teamwork training and work standardisation intervention in operating theatres: controlled interrupted time series study. *BMJ Qual Saf.* févr 2015;24(2):111-9.
41. Nielsen PE, Goldman MB, Mann S, Shapiro DE, Marcus RG, Pratt SD, et al. Effects of Teamwork Training on Adverse Outcomes and Process of Care in Labor and Delivery: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology.* janv 2007;109(1):48-55.
42. Mudge AM, Maussen C, Duncan J, Denaro CP. Improving quality of delirium care in a general medical service with established interdisciplinary care: a controlled trial. *Internal Medicine Journal.* 2013;43(3):270-7.
43. Bassett RD, Vollman KM, Brandwene L, Murray T. Integrating a multidisciplinary mobility programme into intensive care practice (IMMPTP): A multicentre collaborative. *Intensive and Critical Care Nursing.* 1 avr 2012;28(2):88-97.
44. 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 Internal Medicine.* 1 août 2015;175(8):1288-98.
45. Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet S, Davies N, et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Medical Teacher.* 2 juill 2016;38(7):656-68.
46. Kent F, Keating JL. Interprofessional education in primary health care for entry level students — A systematic literature review. *Nurse Education Today.* 1 déc 2015;35(12):1221-31.
47. spa216_rapport_determinants_qualite_et_securite_des_soins_en_es_vd.pdf [Internet]. [cité 28 févr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-12/spa216_rapport_determinants_qualite_et_securite_des_soins_en_es_vd.pdf
48. Lapkin S, Levett-Jones T, Gilligan C. The effectiveness of interprofessional education in university-based health professional programs: A systematic review. *JBI Libr Syst Rev.* 2011;9(46):1917-70.
49. Lapkin S, Levett-Jones T, Gilligan C. A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs. *Nurse Education Today.* févr 2013;33(2):90-102.
50. Formation présenteielle [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 12 déc 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807852/en/formation-presentielle
51. Policard F. Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives: *Recherche en soins infirmiers.* 1 juin 2014;N° 117(2):33-49.
52. Renaut P, Mancheron P, Le Duc V, Allory E, Tanguy G, Daucé L, et al. Une méthode au service de la collaboration interprofessionnelle en santé. *Soins Cadres.* nov 2014;23(92):S10-4.
53. O'Keefe M, Henderson A, Chick R. Defining a set of common interprofessional learning competencies for health profession students. *Medical Teacher.* 4 mai 2017;39(5):463-8.
54. Sidani S, Fox M. Patient-centered care: clarification of its specific elements to facilitate interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care.* 1 mars 2014;28(2):134-41.
55. Chronic Disease Management: What Will It Take To Improve Care for Chronic Illness? [Internet]. [cité 1 mars 2023]. Disponible sur: <https://access.portico.org/Portico/rest/au/getAUContent?auId=ark:/27927/phwwtrq3nv&fileName=phwwtrnzmh.pdf&viewType=PDF>
56. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Jt Comm J Qual*

Improv. févr 2001;27(2):63-80.

57. Steurer-Stey C, Frei A, Rosemann T. Le «Chronic care model» en médecine de famille en Suisse. *Revue Médicale Suisse*. 2010;

58. Bras PL. Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux États-Unis: Pratiques et Organisation des Soins. 1 mars 2011;Vol. 42(1):27-34.

59. Sebai J, Yatim F. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. *Revue française d'administration publique*. 2017;164(4):887-902.

60. Maisons de santé pluriprofessionnelles [Internet]. Ministères Écologie Énergie Territoires. [cité 1 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.ecologie.gouv.fr/maisons-sante-pluriprofessionnelles>

61. 264-la-cooperation-entre-medecins-generalistes-et-infirmieres-ameliore-le-suivi-des-patients-diabetiques.pdf.

62. Tyrant J, Girard P, Nicolotto C, Gabo Y. Education | Interprofessionnalité. 2021;

63. Gaboreau education interpro.pdf.

64. Fiquet L, Hugué S, Annezo F, Chapron A, Allory E, Renaut P. Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. *Pédagogie Médicale*. mai 2015;16(2):105-17.

65. Le Lan A, Allory E, Mancheron P, Boudet H, Banatre A, Renaut P. Influence ressentie d'un dispositif de formation interprofessionnelle par simulation pour des étudiants infirmiers et des internes de médecine générale. *Pédagogie Médicale*. 2019;20(1):3-11.

ANNEXES

1. Tableaux d'extraction des données des études incluses

Auteur Année	<p>Barceló A / 2010</p> <p>Using collaborative learning to improve diabetes care and outcomes: The VIDA project</p>
Type de publication	Essai contrôlé randomisé
Objectif de l'étude	Améliorer la qualité de soins du diabète en centre de soins de santé primaires à l'aide d'un modèle de soins pour pathologies chroniques.
Participants - problème de santé	<p>Randomisation : 10 centres (5 centres contrôles + 5 centres d'intervention) sur 23 centres de soins publiques des villes de Xalapa et Veracruz au Mexique (SSVER), sélectionnés de façon aléatoire pour participer au projet.</p> <p>Représente 43 équipes des soins premiers, composées de médecins, infirmiers, nutritionnistes et psychologues.</p> <p>307 patients atteints de diabète (196 patients dans le groupe d'intervention et 111 patients dans le groupe contrôle).</p>
Catégorie d'intervention	<p>Formation des professionnels de santé selon la méthodologie BTS, sur 3 sessions d'apprentissage d'au moins 3 heures, sur une période de 18 mois (de Nov 2002 à May 2004).</p> <p>La formation comprenait :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un audit suivi d'un feedback réalisé par les soignants, afin d'identifier les points à améliorer ; - 3 sessions d'apprentissage, orientés vers l'action, sur la mise en œuvre de trois stratégies fondamentales pour améliorer la qualité des soins du diabète : (i) un programme structuré d'éducation des patients sur le diabète ; (ii) une formation sur le soins des pieds ; (iii) une formation sur la prise en charge du diabète) ;

	<p>- une intervention de patients, et de spécialistes ;</p> <p>- un apprentissage sur le terrain rendu possible par l'intervention de spécialistes dans les services pour aider à la PEC de patients qui n'atteignaient pas les objectifs.</p> <p>Plus précisément, dans chacune des sessions d'apprentissage, les équipes ont choisi des objectifs spécifiques à améliorer, basés sur les problèmes retrouvés en pratique. Ces objectifs ont ensuite été étudiés par une méthode d'apprentissage orientée vers l'action (méthode "Plan, Do, Study, Act" (P-D-S-A)) : Définition des objectifs d'apprentissage pendant la phase "Plan"; Mise en œuvre des objectifs pendant la phase « Do » ; étude des résultats pendant la phase « Studied » ; intégration des apprentissages dans la pratique clinique pendant la phase « Acte ».</p>
Type de contrôle	Centres n'ayant pas bénéficié de formation.
Critères de jugement et outils de mesure	<p>Critères de jugement évalués avant la formation (baseline) et après 18 mois de suivi.</p> <p>Le critère principal est le nombre de patient ayant une Hba1c < 7%.</p> <p>Les critères de jugement secondaires sont paracliniques (bilan lipidique, glycémie à jeun), cliniques (poids, IMC, TA) et critères de suivi du diabète (examen systématique des pieds et du fond d'œil).</p> <p>Outils de mesure :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mesure de l'Hba1C; De la cholestérolémie , glycémie à jeun, le profil lipidique, le poids , l'IMC, la pression artérielle. <p>Réalisation d' examen oculaire et d'examen des pieds</p>
Résultats et leur significativité	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation significative du nombre de patients atteignant une Hba1c < 7% (p < 0,0.5), comparativement au groupe contrôle, après intervention. • Amélioration significative de la valeur moyenne de l'Hba1c et de la glycémie, dans le groupe d'intervention.

- Amélioration significative de la cholestérolémie dans le groupe d'intervention, comparativement au groupe contrôle ($p < 0,01$).
- Amélioration significative de la proportion de patients bénéficiant d'un examen des pieds et des yeux.
- Augmentation globale du nombre de patients qui atteignent 3 critères de qualité ou plus dans le groupe d'intervention. La proportion de patients passe de 16.6% à 69.7% ($p < 0.01$) dans le groupe intervention, tandis qu'elle diminue de façon non significative, de 12.4% à 5.9% ($p = 0.12$) dans le groupe contrôle.

Auteur Année	Campbell JC / 2001 An evaluation of a system-change training model to improve emergency department response to battered women
Type de publication	Essai contrôlé randomisé
Objectif de l'étude	Évaluation d'un programme éducatif interprofessionnel dans l'identification et la prise en charge des patients victimes de violences
Participants - problème de santé	12 hôpitaux américains ont été randomisés : 6 services d'urgences de cliniques en Pennsylvanie et 6 autres services d'urgences en Californie. Parmi les 6 cliniques de chaque état, 3 ont reçu le programme éducatif (groupe intervention) et 3 n'ont pas reçu l'intervention (contrôle). Les participants étaient composés de : médecin, IDE, AS, admin
Catégorie d'intervention	Le programme éducatif consistait en une formation sur 2 jours comprenant : des jeux de rôle, des enseignements didactiques (sur l'identification des violences domestiques, la prise en charge dans les services d'urgences ...), l'élaboration d'un plan d'action afin d'apporter des changements d'attitudes et de comportements et de renforcer les compétences dans la prise en charge de patients victimes de violences
Type de contrôle	Comparaison groupe intervention vs groupe contrôle au début de l'étude puis entre 9 et 12 mois ET entre 18 et 24 mois
Critères de jugement et outils de mesure	1/ Prévalence des patients victimes de violences. 2/ Satisfaction des patients = échelle d'autoévaluation PSSS. 3/ Connaissances des soignants : échelle d'autoévaluation SAS. 4/ « Culture of ED system change » = critères mesurant les changements comportementaux induits par la formation : échelle d'évaluation culture of ED (prend en compte les protocoles des urgences, les supports disponibles dans les services des urgences relatifs aux violences domestiques (brochures et posters, grilles d'évaluations ...) et la formation du personnel.
Résultats et leur significativité	• Absence de différences statistiquement significative de la prévalence des patients victimes de violences domestiques ($p = 0,52$).

- Amélioration statistiquement significative de la satisfaction des patients dans le groupe intervention vs groupe contrôle ($p < 0,001$).
- Amélioration statistiquement significative du score SAS dans le groupe intervention vs le groupe contrôle ($p < 0,019$) / l'analyse en sous-groupe a démontré une amélioration statistiquement significative du score SAS chez les femmes vs les hommes ($p = 0,011$) et dans les hôpitaux Californiens cs Pennsylvaniens ($p = 0,001$).
- Amélioration statistiquement significative du score « Culture of ED » dans le groupe intervention vs groupe contrôle ($p < 0,04$)

Auteur /Année	Helitzer DL / 2011 A RCT of communication training with primary care providers to improve patient -centeredness and health risk communication
Type de publication	Étude contrôlée randomisée
Objectif de l'étude	Évaluer l'efficacité d'un programme éducatif interprofessionnel en soins premiers, dans l'amélioration des compétences communicationnelles pour le dépistage des facteurs de risque comportementaux (poids/nutrition/activité physique, conduites à risque, consommation de drogue, dépression/anxiété/stress, suicide et les comportements violents, évènements indésirables chez l'adulte et les évènements indésirables dans l'enfance).
Participants - problème de santé	26 professionnels de santé soins primaires du Nouveau Mexique (USA) ont été randomisés : 12 ayant reçu le programme éducatif (groupe intervention) et 14 n'ayant pas reçu l'intervention (groupe contrôle) composé de médecins, assistants, infirmiers.
Catégorie d'intervention	Une journée de formation comprenant une conférence le matin sur les évènements indésirables dans l'enfance + une session interactive l'après-midi comprenant des jeux de rôle . Chaque participant a mené un entretien enregistré avec un patient simulé avant la formation (audio) et après la formation (vidéo). Il y avait 4 cas possible de patients simulés : patient masculin ou féminin atteint soit HTA soit d'Asthme. Analyse rétroactive des enregistrements vidéos des entretiens. 2 ateliers optionnels pour renforcer l'engagement des patients : un atelier sur le « reflective writing » et le bénéfice apporté aux patients et 1 atelier d'entretien motivationnel pour faciliter la relation et la communication.
Type de contrôle	Comparaison groupe intervention vs groupe contrôle à 6 puis 18 mois après l'intervention. Les données ont été recueillies sur patients simulés lors de la formation puis en situation réelle.

<p>Critère de jugement et outils de mesure</p>	<p>Patient centeredness summary score (PCSS) : prend en compte les données socio émotionnelles et psychosociales des entretiens en se basant sur l’outil RIAS.</p> <p>Le RIAS (Roter Interaction Analysis System) est un outil permettant d’analyser et de coder les interactions entre le soignant et le patient en prenant en compte : recueil de données (questions ouvertes ou fermées lors des entretiens), éducation et conseils aux patients, l’élaboration d’une relation de confiance et partenariat (empathie, préoccupations, approbation, réassurance).</p> <p>Proficienciers summary score (PSS) : basé sur 21 habilités/compétences communicationnelles</p>
<p>Résultats et leur significativité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de différence statistiquement significative AVANT la formation (PRE TRAINING) • Amélioration statistiquement significative des score PCSC ($p < 0,001$) et PSS ($p < 0,011$) APRES la formation (POST TRAINING) • Différence statistiquement significative du Patient Centeredness Summary Score à 6 mois ($p < 0,01$) et a 18 mois ($p < 0,032$) (FOLLOW UP PERIOD) • Différence statistiquement significative dans le domaine des effets indésirables de l’enfance ($p < 0,001$) • Pas de différence significative dans les autres domaines comportementaux

Auteur Année	<p>Lundstrom /2007</p> <p>Postoperative delirium in old patients with femoral neck fracture: a randomized intervention study</p> <p>service d'orthopédie de l'hôpital universitaire d'Umeå, en Suède, entre mai 2000 et décembre 2002</p>
Type de publication	Essai contrôlé randomisé,
Objectif de l'étude	Étudier l'impact d'un programme d'intervention post-opératoire multifactoriel, sur la réduction de la confusion et l'amélioration des résultats de santé des patients âgés ayant eu une fracture du col fémoral.
Participants - problème de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Équipe de soins gériatriques orthopédiques composée d'infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, et gériatres • Service de chirurgie orthopédique <p>Représentant 199 patients âgés de 70 ans et plus après intervention chirurgicale d'une fracture du col fémoral</p>
Catégorie d'intervention	<p>Intervention multifactorielle comprenant une formation du personnel, d'un service spécialisé en gériatrie, à la prévention et prise en charge de complications post-opératoires de fractures du fémur, dont la confusion.</p> <p>Il s'agit d'une formation axée sur la rééducation, l'évaluation, la prévention et le traitement des complications post-opératoires.</p> <p>Contenu de l'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 jours de cours sur la prise en charge, la rééducation, le travail d'équipe, la prévention des complications post-opératoires (confusion, douleur, troubles du sommeil et le SAS), l'ostéoporose. - Prise en charge multidisciplinaire ; - Mise en place d'un plan de soins individualisé ; - Prévention, dépistage et traitement de la confusion ; - Prévention des complications post-opératoires (infections, anémies, troubles de la coagulation) ;

	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation systématique et prise en charge des troubles fonctionnels digestifs et urinaires, des troubles du sommeil, des ulcères de décubitus, de la douleur, des paramètres vitaux (TA, température, saturation). - Prévention s des chutes - Prévention de la dénutrition - Mobilisation précoce.
Type de contrôle	<p>Comparaison d'une prise en charge post-opératoire en service gériatrique orthopédique, ayant bénéficié d'une formation à la prise en charge post-opératoire de personnes âgées, à une prise en charge en service d'orthopédie conventionnelle n'ayant bénéficié d'aucune formation.</p> <p><i>NB : Il me semble qu'il ne s'agit pas du meilleur contrôle pour ce type d'étude. Le meilleur contrôle selon moi serait une prise en charge en service de gériatrie conventionnelle n'ayant pas bénéficié de formation.</i></p> <p><i>Cependant, dans la discussion, il est dit que 40 patients du groupe contrôle ont dû être adressé à un service de gériatrie conventionnel.</i></p>
Critère de jugement et outils de mesure	<p>1^{er} Outcome : nombres de jours de confusion post-opératoire</p> <p>2nd Outcome : complication survenue pendant l'hospitalisation, durée de séjour, mortalité à 1 an.</p> <p>Évaluation des patients à 1 an :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Évaluation des patients faite au moins 3 fois par jour, avec enregistrement des données dans le dossier infirmier. - Diagnostic de confusion est fait par un évaluateur externe à partir du dossier infirmier. - Réalisation d'une évaluation par 2 IDE, entre J3-J5 post-opératoire à l'aide du MMSE , de l'OBS-Scale (Organic Brain Syndrome Scale), et du GDS-15 (Geriatric Depression scale). - MMSE : pour évaluer le statut cognitif - OBS : pour évaluer la confusion - GDS-15 utilisé pour évaluer la dépression

	<p>- Durée d'hospitalisation , complications de décubitus.</p>
<p>Résultats et leur significativité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution significative de la durée des épisodes de confusion post opératoire dans le groupe d'intervention (5.0±7.1 jours vs 10.2±13.3 jours, p=0.009). • Diminution du nombre de patients confus dans le groupe d'intervention comparativement au groupe contrôle (56/102, = 54.9% vs 73/97 =75.3% , p=0.003). • Après le 7ème jour post op, 18% des patients sont délirants dans le groupe d'intervention contre 52 % dans le groupe contrôle (p<0.001). • 20 % de patients confus à la sortie d'hospitalisation dans le groupe contrôle contre 0% dans le groupe d'intervention. • Moins de patients souffrent d'infection urinaire (31.4% vs 51.0% ; p.005), de troubles du sommeil (27.5% vs 45.4% ; p.009), de troubles nutritionnels (24.5% vs 38.1% ; p.038), de chutes (11.8% vs 26.8% ; p.006) dans le groupe d'intervention, comparativement au groupe contrôle. • Diminution du nombre de jour d'hospitalisation dans le groupe d'intervention (28.0±17.9 jours vs 38.0±40.6 jours , p=0.028). <p><i>NB : Les caractéristiques des deux groupes avant intervention, montrent une différence significative sur le nombre de patients dépressifs (47.4% vs 32.4%, p=0.031) et sous antidépresseurs (46.4% vs 28.4%, p=0.009) dans le groupe contrôle vs groupe d'intervention. Cependant le GDS-15 score ne montre pas de différence dans les symptômes dépressifs durant l'hospitalisation (5.2 ±3.6 vs 4.5±3.5 ; p 0.271).</i></p>

Auteur Année	<p>Pasay DK /2019</p> <p>Antimicrobial stewardship in rural nursing homes: Impact of interprofessional education and clinical decision tool implementation on urinary tract infection treatment in a cluster randomized trial</p>
Type de publication	Essai contrôlé randomisé par cluster
Objectif de l'étude	<p>Déterminer l'impact d'une formation interprofessionnelle et de la mise en œuvre d'outils de décision clinique, sur le taux de culture urinaire et de prescription d'antibiotiques dans le cadre d'infections urinaires.</p> <p>Les objectifs secondaires comprenaient l'évaluation des risques de l'intervention et l'identification des caractéristiques de la population à laquelle des antibiotiques sont prescrits.</p>
Participants - problème de santé	<p>42 EHPAD comprenant médecins, infirmiers , famille et soignants</p> <p>Représentant de 8 à 112 lits</p> <p>Background : Fort taux de résistance bactériennes aux antibiotiques en EHPAD, du fait d'un haut taux de prescription d'ECBU. L'absence de distinction entre une bactériurie asymptomatique et une infection urinaire conduit à la prescription d'ECBU.</p>
Catégorie d'intervention	<p>Intervention entre Avril 2015 et Janvier 2016.</p> <p>Intervention multimodale réalisée en présentiel, par un pharmacien responsable de la gestion des anti-infectieux. L'objectif étant de mettre en place une culture organisationnelle sûre et efficace de l'utilisation des anti-infectieux.</p> <p>La formation a été délivrée au directeur du site, aux médecins , au personnel en première ligne, et à la famille.</p> <p>Chaque session a débuté par l'identification des barrières à la mise en place des modifications (identification => rétroaction), suivi de la mise en place de solutions pour y remédier.</p>

	<p>Remise d'une documentation: (1) remise de documents spécifiques à chaque profession pour sensibiliser à la gestion responsable des antimicrobiens, (2) amélioration de la pratique pour le diagnostic et le traitement des infections urinaires, (3) une brochure rédigée en langage simple pour la famille et les soignants, et (4) des considérations pour évaluer les changements cliniques ou comportementaux subtils chez les résidents des foyers de soins (outil DELIRIUMS).</p> <p>Remise d'un outil d'aide à la prise de décision clinique (checklist) pour identifier les infections urinaires en fonction des symptômes cliniques, pour prélever les urines quand cela est indiqué et pour réévaluation de traitement antimicrobien prescrit. La checklist était un outil de communication interprofessionnelle, qui devait s'intégrer dans la re pratique quotidienne</p>
Type de contrôle	<p>Appariement par sites en fonction du nombre de lit (+/- 10%)</p> <p>Randomisation aléatoire à l'aide d'une table de randomisation</p>
Critères de jugement et outils de mesure	<p>Recueil de données 6 mois avant intervention (baseline) et 12 mois après intervention.</p> <p>Le critère de jugement principal était (i) le taux d'ECBU pour 1000 résidents et (ii) le taux de prescription d'antibiotiques pour 1000 résidents.</p> <p>Les critères de jugement secondaires étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Évaluation de l'impact de la réduction des antibiotiques en sur la mortalité et le taux d'admission aux urgences. - Évaluation des caractéristiques des résidents qui ont reçu des antibiotiques (âge, utilisation d'une sonde urinaire, diagnostic d'infection urinaire (p. ex., fièvre, dysurie, hématurie, flanc ou douleur sus-pubienne, pollakiurie, urgenturie, incontinence) , à partir du dossier médical. <p>Recueil mensuel des données sur la base de données du laboratoire et le dossier médical.</p>

<p>Résultats et leur significativité</p>	<p>L'âge des résidents (83,0 vs 83,8 ans) et la répartition par sexe (femmes, 62,5 % vs 64,5 %) étaient similaires entre les groupes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminution significative : (i) du taux de tests de culture d'urines (-2,1 tests pour 1 000 [RD] ; [IC] à 95 %, -2,5 à -1,7 ; P < 0,001) et (ii) de la prescription d'antibiotiques (-0,7 prescriptions pour 1 000 DR ; IC à 95 %, -1,0 à -0,4 ; P < 0,001) dans le groupe d'intervention. • Pas de différence dans les admissions à l'hôpital (0,00 admissions pour 1 000 DR ; IC à 95 %, -0,4 à 0,3 ; P = 0,76) • Diminution du taux de mortalité de 0,2 pour 1 000 DR dans le groupe d'intervention (IC à 95 %, -0,5 à -0,1 ; P = 0,002) • L'examen des dossiers a indiqué que les symptômes d'infections urinaires étaient consignés dans 16 % des cas et que des tests de culture d'urines avaient eu lieu dans 64,5 % des cas.
--	--

Auteur Année	<p>Pieper MJC / 2016</p> <p>Effects of a Stepwise Multidisciplinary Intervention for Challenging Behavior in Advanced Dementia: A Cluster Randomized Controlled Trial</p>
Type de publication	<p>Essai contrôlé randomisé, par cluster.</p> <p>Randomisation par cluster ; Les unité d'EHPAD servent d'unité de clustérisations</p>
Objectif de l'étude	<p>Déterminer l'impact d'un protocole de prise en charge multi-étapes (protocole STI), permettant d'identifier et répondre à des besoins non satisfaits, sur les troubles du comportement et la dépression chez les résidents d' EHPAD atteints d'une démence avancée.</p>
Participants	<p>21 unités (11 unités d'intervention et 10 unités contrôles), représentant infirmiers , médecins psychologues et physiothérapeutes.</p> <p>Résidents de maison de soins infirmiers âgés de 65 ans ou plus, atteints de troubles cognitifs modérés à sévères:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 148 patients dans les unités d'intervention ; - 111 patients dans les unités contrôles
Problème de santé	<p>Dans les résidences de personnes âgées, 45 à 80 % des résidents sont douloureux et jusqu'à 80 % des résidents peuvent présenter des troubles du comportement. Selon l'auteur, les troubles du comportement peuvent être un moyen d'expression des personnes atteintes de troubles cognitifs.</p> <p>Le protocole STI (Serial Trial Intervention) est protocole de prise en charge en étape (5 étapes), de douleur et troubles du comportement de personnes âgées présentant des troubles cognitifs, développé aux US (ref Marjoleine JC Pieper et al BMC gériatriques 2011 ; doi: 10.1186/1471-2318-11-12).</p>

	<p>Il est basé sur le cadre théorique des « besoins non satisfaits », dans lequel le comportement peut être considéré comme un moyen pour les personnes atteintes de troubles cognitifs d'exprimer leurs besoins physiques et affectifs non satisfaits.</p> <p>Le protocole consiste à évaluer, étape par étape, la présence de douleur ou d'un autre besoin non satisfait. Si à une étape l'évaluation est négative ou si les interventions ciblées ne parviennent pas à diminuer les symptômes, on passe à l'étape suivante.</p>
Catégorie d'intervention	<p>Le personnel des unités d'intervention a reçu une formation multidisciplinaire en étape, au protocole de prise en charge STI, sous forme de 5 réunions multidisciplinaires d'au moins 3 heures chacune, pendant lesquelles ils ont appris à utiliser la méthode de travail par étape du protocole STI.</p>
Type de contrôle	<p>Le personnel des conditions contrôle a aussi reçu une formation centrée sur les compétences générales de soins infirmiers, la gestion de la douleur et de la démence, sans la composante multi-étape.</p>
Critères de jugement et outils de mesure	<p>Évaluation des modifications de comportement et de l'utilisation de médicaments psychotropes à 3 mois (fin de la période de formation) et 6 mois après intervention.</p> <p>Le critère de jugement principal consistait à évaluer le niveau d'agitation à l'aide du CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory) => échelle de 29 items utilisée pour évaluer l'agitation des résidents en maison de soins infirmiers atteints de démence.</p> <p>Les critères de jugement secondaires étaient : (i) le taux d'utilisation de médicaments psychotropes ; (ii) l'évaluation des symptômes neuropsychiatriques à l'aide du NPIH-NH (Neuropsychiatric Inventory—Nursing Home version (NPI-NH), qui est un interview structurée de 12 items utilisés pour évaluer la fréquence et la sévérité des symptômes neuropsychiatriques chez les résidents déments ; (iii) l'évaluation des symptômes de dépression à l'aide du CSDD (Cornell</p>

	<p>Scale for Depression in Dementia) et du MDS-DRS (Minimum Dataset Depression Rating Scale).</p> <p>Étude en simple aveugle</p> <ul style="list-style-type: none"> - les chercheurs connaissent les conditions - les assistants de recherche qui effectuent les mesures sont en aveugle et recueillent les informations auprès des membres du staff infirmier.
<p>Résultats et leur significativité</p>	<p>Analyse faite en intention de traiter du fait des perdus de vue (29 résidents dans le groupe contrôle et 30 résidents dans le groupe d'intervention). Par ailleurs seul 39 % des patients du groupe d'intervention ont bénéficié de la prise en charge.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration globale des scores de comportements et de dépression. <p>Pour l'agitation et les symptômes neuropsychiatriques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le CMAI montre une différence moyenne globale ajustée à - 4.07 points (95% IC = -7.90 to -0.24, P = .02) avec diminution du score de - 4.59 points (95% IC = - 8.70 à -0.48, P = .01) à 3 mois et - 3.45 points (95% IC = -7.68 à -0.78, P = .05) à 6 mois, par rapport au groupe contrôle. - Le NPI-NH montre une différence moyenne globale ajustée à -3.57 points (95% IC = -6.30 à -0.84, P = .005) avec une diminution du score de -1.80 points (95% IC = -4.85 à -1.25, P = .12) à 3 mois et - 5.70 (95% IC = -8.88 à -2.52, P < .001) à 6 mois, par rapport au groupe contrôle. <p>Concernant l'effet sur la dépression :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le CDSS montre une différence moyenne globale ajustée de - 1,59 point (IC à 95 % = - 2,49 à - 0,69, P < 0,001), - Le MDS-DRS montre une différence moyenne ajustée globale de -0,96 point (IC à 95 % = - 1,40 à - 0,52, P < 0,001). <p>Concernant l'utilisation de médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminution significative de l'utilisation d'antidépresseurs dans le groupe d'intervention par rapport au contrôle (OR = 0.32, 95% IC = 0.10–0.98)

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">- Tendence à une diminution de l'utilisation des antipsychotiques (OR = 0.69, 95% IC = 0.30–1.60), des anxiolytiques (OR = 0.75, 95% IC = 0.27–2.12), des hypnotiques et des sédatifs (N05C) (OR = 0.90, 95% IC = 0.34–2.37)- Tendence à une augmentation de l'utilisation de médicaments anti-démence (OR=2.63, 95% IC = 0.63–10.95) |
|--|--|

Auteur/Année	Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ, et al. 2000 Effects of a clinical practice guideline and practice based education on detection and outcome of depression in primary care : Hampshire depression project
Type de publication	Étude contrôlée randomisée
Objectif de l'étude	Évaluer l'efficacité d'un programme de formation interprofessionnel basé sur les guides de bonne pratique clinique dans la reconnaissance de la dépression en soin primaire
Participants - problème de santé	59 professionnels de santé en soins primaire (médecins généralistes, IDE, IDE psychiatriques) répartis en un groupe intervention (29 participants) et un groupe contrôle (30 participants)
Catégorie d'intervention	<p>Le programme éducatif était composé en 2 parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Étude du référentiel de bonne pratique clinique (développé par médecins experts) par chaque participant = fascicule de 24 pages sur la détection, l'amélioration et la prise en charge de la dépression - Séminaires de 4 heures comprenant des jeux de rôles des analyses vidéos mettant en avant les compétences communicationnelles, discussion de cas en petit groupe = établir lien entre les recommandations et l'expérience clinique de chaque participant <p>Contrôle de la qualité du programme éducatif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire rétroactif basé sur British Postgraduate Medical Federation's = 15 questions fermées basées sur échelle Likert et 5 questions ouverts évaluant la forme, le fond, la pertinence, le modèle et les objectifs du programme éducatif - Analyse d'une enregistrement vidéo d'un séminaire par 4 experts indépendants
Type de contrôle	Comparaison groupe intervention vs groupe ctrl à 6 semaines puis à 6 mois

Critère de jugement et outils de mesure	<p>Échelle HAD : reconnaissance des symptômes dépressifs = Sensibilité</p> <p>Score entre 0-7 : pas de dépression</p> <p>Score entre 8 et 10 : possible dépression</p> <p>Score entre 11 et 21 = probable dépression</p> <p>Amélioration clinique de la dépression en prenant en compte : la proportion de patient ayant diminué / changé leur score HAD et la proportion de patient considéré toujours dépressifs malgré programme éducatif (score HAD > ou = à 8)</p>
Résultats et leur significativité	<p>Pas de différence statistiquement significative entre le groupe intervention et le groupe contrôle dans le reconnaissance des sptms dépressifs</p> <p>Pas de différence statistiquement significative entre le groupe intervention et le groupe contrôle dans l'amélioration de la dépression</p>

Auteur /Année	Thompson RS, Rivara FP, Thompson DC, Barlow WE, Sugg NK, Maiuro RD, et al./2000 Identification and management of domestic violence
Type de publication	Étude contrôlée randomisée
Objectif de l'étude	Évaluer l'efficacité d'une intervention interprofessionnelle d'un an dans l'identification des violences domestiques et la gestion collaborative dans des cliniques de soins primaires
Participants - problème de santé	5 cliniques assignées de façon randomisées en 2 groupes : 2 dans groupe intervention et 3 dans groupe contrôle 179 praticiens en soins primaires comprenant : médecins, IDE, assistants : physicians, nurse practitioners, physician assistants, registered nurses licensed practical nurses and medical assistants
Catégorie d'intervention	Formation sur 1 an : 2 demi-journées de sessions de formation basées sur modèle Precede/Proceed = concept basé sur changement de comportements prenant en compte facteurs prédisposants (savoirs, attitudes, croyances, barrière), facteurs favorisant (environnementaux ...), facteurs renforçant (feedback pratiques) 3 sessions de formation supplémentaires pour les chefs de groupe (leaders) 4 sessions éducatives additionnelles pour chaque équipe Journaux d'information bimensuel
Type de contrôle	Comparaison groupe intervention vs groupe contrôle au début de l'étude puis à 9-10 mois et 21-23 mois
Critère de jugement et outils de mesure	Provider Survey Scale : questionnaire permettant de mesurer les connaissances, les attitudes et les croyances des participants et d'évaluer les barrières concernant les violences domestiques = 71 questions prenant en compte 6 domaines (provider self efficacy, perceived system support, blaming the victim, fear of offense, safety concerns, perceived frequency of asking about domestic violence)

	<p>Recherches dans les dossiers médicaux des indicateurs de violences domestiques : douleurs pelviennes chroniques, blessures, symptômes dépressifs, données de l'examen physique.</p> <p>Information qualitative : questionnaires, affiches/posters et documentation concernant les violences domestiques dans les toilettes</p>
<p>Résultats et leur significativité</p>	<p>Amélioration statistiquement significative dans plusieurs domaines du questionnaire à 9 mois : self efficacy ($p < 0,0002$), fear of offending ($p < 0,05$), safety concerns ($p < 0,05$) et perceived asking about DV ($p < 0,04$)</p> <p>Amélioration statistiquement significative dans plusieurs domaines du questionnaire à 21 mois : self efficacy ($p < 0,001$), fear of offending ($p < 0,005$), safety concerns ($p < 0,01$)</p> <p>Augmentation du dépistage des patients victimes de violences domestiques (« asking about DV ») avant et après intervention</p> <p>Augmentation non significative du dépistage de nouveaux cas (IC 0,75 – 2,7)</p> <p>Identification de 6 victimes à l'aide des documents et brochures placés dans les toilettes</p>

2. Compétences améliorées par l'EIP (selon la classification du consortium pancanadien pour l'interprofessionnalité)

Auteur	Compétences interprofessionnelles identifiées (selon le consortium pancanadien pour l'interprofessionnalité en santé)
Barceló et al 2010 Mexique	<ul style="list-style-type: none"> • Clarification des rôles • Soins centrés sur le patient ou client, la famille et la collectivité • Travail d'équipe • Aptitude à diriger en collaboration
Campbell et al. 2001 Etats Unis d'Amerique	<ul style="list-style-type: none"> • Soins centrés sur le patient ou client, la famille et la collectivité • Travail d'équipe
Helitzer et al. 2011 Etats Unis d'Amerique	<ul style="list-style-type: none"> • Soins centrés sur le patient ou client, la famille et la collectivité • Travail d'équipe • Communication interprofessionnelle
Lundstrom 2007 Suède	<ul style="list-style-type: none"> • Clarification des rôles • Soins centrés sur le patient ou client, la famille et la collectivité • Travail d'équipe • Aptitude à diriger en collaboration
Pasay DK 2019 Canada	<ul style="list-style-type: none"> • Soins centrés sur le patient ou client, la famille et la collectivité • Travail d'équipe • Communication interprofessionnelle
Pieper MJC et al 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Soins centrés sur le patient ou client, la famille et la collectivité • Travail d'équipe • Communication interprofessionnelle
Thompson C et al. 2000 Royaumes Unis	<ul style="list-style-type: none"> • Communication interprofessionnelle • travail d'équipe
Thompson RS et al. 2000 Etats Unis d'Amerique	<ul style="list-style-type: none"> • Soins centrés sur le patient ou client, la famille et la collectivité • Travail d'équipe • Communication interprofessionnelle

3. Tableaux résumés des risques de biais

Unique ID	RS1	Study ID	Barcelo 2010	Assessor	GMT et GN
Ref or Label		Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental		Comparator		Source	
Outcome		Results		Weight	1
Domain	Signalling question	Response	Comments		
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y	blocks de randomisation aléatoires sans autre précision populations sont comparables à baseline		
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	NI			
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	N	caracteristiques identiques à baseline (table 1)		
	Risk of bias judgement	Some concerns			
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	PY	La ville avait placardé la réalisation de l'étude (paragraphe 9.1)		
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	PY			
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N			
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA			
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA			
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	NI			
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	N			
Risk of bias judgement	Some concerns				
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	table 5 : la plupart des patient on été évalués		
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA			
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA			
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA			
Risk of bias judgement	Low				
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	Critère paraclinique objectif		
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	mesure identique entre les deux groupes		
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	information placardée dans la ville		
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	N	critères de jugement objectif		
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA			
Risk of bias judgement	Low				
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	NI	tous les résultats sont disponibles		
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N			
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N			
Risk of bias judgement	Some concerns				
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns			

Unique ID	RS2	Study ID	Campbel 2001	Assessor	GMT et GN
Ref or Label		Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental		Comparator		Source	
Outcome		Results		Weight	1
Domain	Signalling question	Response	Comments		
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y	randomisation non précisé		
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	NI			
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	N	caractéristiques identiques		
	Risk of bias judgement	Some concerns			
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Y	impossible de masquer l'allocation seul le groupe intervention recoit une formation		
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Y			
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N	pas de déviation		
	2.4 If Y/PY/NI to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA			
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA			
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	NI	non précisé		
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	N			
Risk of bias judgement	Some concerns				
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	pas de données manquantes		
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA			
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA			
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA			
Risk of bias judgement	Low				
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	critère de jugement facilement mesurable		
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	mesure identique entre chaque groupe		
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	L'évaluateur connaissait le statut de chaque hopital		
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	N	L'évaluateur analysé les resultats anaonymement		
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA			
Risk of bias judgement	Low				
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y			
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	mesure unique du critère de jugement		
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N	analyse unique		
Risk of bias judgement	Low				
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns	non précisé		

Unique ID	RS3	Study ID	Heltzer 2011	Assessor	GMT et GN
Ref or Label		Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental		Comparator		Source	
Outcome		Results		Weight	1
Domain	Signalling question	Response	Comments		
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y	randomisation stratifiée en fonction du sexe et de la spécialité des participants Non précisé		
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	NI			
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	N	pas de différence entre les 2 groupes		
	Risk of bias judgement	Some concerns			
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Y	impossible de masquer l'allocation seul le groupe intervention reçoit une formation par formateur / le groupe contrôle ne reçoit aucune formation		
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Y			
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N			
	2.4 If Y/PY/NI to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA			
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA			
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Y	modèle linéaire statistique		
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA			
Risk of bias judgement	Low				
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	données complètes		
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA			
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA			
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA			
	Risk of bias judgement	Low			
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	critères de jugements basé sur outils validés		
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	mesures identiques entre différents participants des différents groupes		
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	NI	non précisé si évaluateur indépendant ou non ?		
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	N	analyse des scores du critère de jugement par model mixte satatslique		
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA			
	Risk of bias judgement	Low			
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y			
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	mesure unique du critère de jugement		
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N			
	Risk of bias judgement	Low			
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns			

Unique ID	RS4	Study ID	Lundstrom 2007	Assessor	GMT et GN
Ref or Label		Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental		Comparator		Source	Journal article(s)
Outcome		Results		Weight	1
Domain	Signalling question	Response	Comments		
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y	randomisation, immédiatement avant chirurgie (p184) découverte groupe d'attribution juste avant la chirurgie		
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	Y			
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	Y	sur 24 caractéristiques analysées avant intervention, on observe une différence		
	Risk of bias judgement	Some concerns			
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Y	impossible de masquer l'allocation		
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Y			
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	NI	non précisé		
	2.4 If Y/PY/NI to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA			
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA			
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Y	modèle linéaire multi-varié		
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA			
Risk of bias judgement	Some concerns				
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	< 10% de perdus de vue		
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA			
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA			
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA			
	Risk of bias judgement	Low			
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	PN	évaluation en 2 étapes par un expert indépendant, à partir du recueil de données des patients		
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	même évaluateur dans chaque groupe		
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N	évaluateur en aveugle		
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA			
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA			
Risk of bias judgement	Low				
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y	processus en plusieurs étapes définis dans le texte		
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	tous les résultats sont publiés		
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N			
	Risk of bias judgement	Low			
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns			

Unique ID	RS5	Study ID	Pasay 2019	Assessor	GMT et GN
Ref or Label		Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental		Comparator		Source	
Outcome		Results		Weight	1
Domain	Signalling question	Response	Comments		
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y	randomisation à l'aide d'une table numérique non précisé		
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	NI			
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	N	pas de différence significative		
	Risk of bias judgement	Some concerns			
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Y	impossible de masquer l'allocation		
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Y			
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N			
	2.4 If Y/PY/NI to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA			
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA			
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	NI			
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	N			
Risk of bias judgement	Some concerns				
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	pas de perdus de vue		
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA			
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA			
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA			
Risk of bias judgement	Low				
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	critères de jugements objectifs		
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N			
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	mais mesure objective		
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	N	évaluateurs au courant du groupe d'assignation mais critère de jugement objectif		
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA			
Risk of bias judgement	Low				
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y			
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N			
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N			
Risk of bias judgement	Low				
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns			

Unique ID	RS6	Study ID	Pieper 2016	Assessor	GMT et GN
Ref or Label		Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental		Comparator		Source	Journal article(s)
Outcome		Results		Weight	1
Domain	Signalling question	Response	Comments		
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y	randomisation à l'aide d'un programme informatique		
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	Y			
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	Y	plus de dépression dans le groupe intervention		
	Risk of bias judgement	Some concerns			
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Y	partidipant et intervenant au courant du groupe d'assignation		
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Y			
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	Y	seul 39% des participants ont bénéficié de l'intervention		
	2.4 If Y/PY/NI to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	Y	< 50% des participants ont été évalués		
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	N			
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Y	modèle statistique linéaire		
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA			
Risk of bias judgement	High				
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N	seul 39% des participants du GI ont été analysés		
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	N			
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NI			
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NI			
	Risk of bias judgement	High			
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	critères de jugement objectifs évaluateurs indépendants		
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	évaluateurs indépendants		
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N	évaluateurs indépendants		
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA			
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA			
	Risk of bias judgement	Low			
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y	protocole publié et conforme		
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N			
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N			
	Risk of bias judgement	Low			
Overall bias	Risk of bias judgement	High			

Unique ID	RS7	Study ID	Thompson C. 2000	Assessor	GMT et GN
Ref or Label		Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental		Comparator		Source	
Outcome		Results		Weight	1
Domain	Signalling question	Response	Comments		
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y	assignement aléatoire dans chaque groupe par un ordinateur non précisé		
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	NI			
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	N	population identique à baseline		
	Risk of bias judgement	Some concerns			
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Y	impossible de masquer l'allocation seul le groupe intervention reçoit une formation / groupe contrôle n'a pas de formation		
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Y			
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	NI	non précisé		
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA			
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA			
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	NI	non précisé		
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	N	chaque participé a pu bénéficier d'une analyse		
Risk of bias judgement	Some concerns				
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	peu de données manquantes mais taille de l'échantillon trop faible		
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA			
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA			
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA			
	Risk of bias judgement	Low			
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	critères de jugement objectifs		
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N			
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N	évaluation par expert indépendants		
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA			
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA			
Risk of bias judgement	Low				
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y			
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	critère de jugement unique (HAD)		
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N	critère de jugement unique (HAD)		
	Risk of bias judgement	Low			
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns			

Unique ID	RS8	Study ID	Thompson RS 2000	Assessor	GMT et GN
Ref or Label		Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental		Comparator		Source	
Outcome		Results		Weight	1
Domain	Signalling question	Response	Comments		
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y	randomisation 2 cliniques dans G1 et 3 clinique dans GC - Figure 1 non précisé		
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	NI			
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	N	évaluation des caractéristiques de chaque groupe / stratification		
	Risk of bias judgement	Some concerns			
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Y	impossible de masquer le groupe d'allocation seul le groupe intervention reçoit une formation par les formateurs / le groupe contrôle ne reçoit pas de formation		
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Y			
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N			
	2.4 If Y/PY/NI to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA			
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA			
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Y	modele linéaire statistique a base line		
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA			
Risk of bias judgement	Low				
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	pas de données manquantes		
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA			
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA			
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA			
	Risk of bias judgement	Low			
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	echelle validée Likert-Scale		
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N			
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N	2 évaluateur independant en aveugle l'un de l'autre		
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA			
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA			
Risk of bias judgement	Low				
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y			
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	mesure critère du jugement par une unique échelle		
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N			
	Risk of bias judgement	Low			
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns			

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

**FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON-SUD
CHARLES MERIEUX**

Année 2023

N°17

EDUCATION INTERPROFESSIONNELLE ET RESULTATS EN
SANTÉ DANS UNE DEMARCHE APPROCHE CENTREE
PATIENT : UNE REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA
LITTÉRATURE

Thèse

Présentée à l'Université Claude Bernard -Lyon 1

et soutenue publiquement le 23 mars 2023

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

M Nounoushian Gaël

Né le 14 juillet 1992

à Valence



Nom, prénom du candidat : NOUNOUSHIAN Gaël

CONCLUSIONS

La collaboration interprofessionnelle (CIP) constitue un élément de réponse aux difficultés que rencontre le système de santé, notamment face à la pénurie de professionnels de santé, en facilitant la coordination des soins afin d'utiliser de façon efficace les compétences des différents professionnels, mais aussi pour répondre aux besoins spécifiques des patients en délivrant des soins dans une démarche ACP (Approche Centrée Patient), prenant en compte le patient dans sa globalité. La littérature mentionne l'existence de plusieurs freins à la mise en œuvre d'une collaboration interprofessionnelle efficace, parmi lesquels l'absence de formation. La CIP requiert de savoir travailler en équipe et de pouvoir échanger et partager les points de vue des différents membres de l'équipe, dans le respect de chacun. De plus, elle nécessite de connaître les rôles et compétences des différents membres de l'équipe afin de pouvoir coordonner de façon efficace les actions des professionnels autour du projet de soins du patient. Selon l'OMS, l'éducation interprofessionnelle (EIP) est une étape nécessaire à une pratique collaborative efficace. Il s'agit d'un processus d'apprentissage où les membres d'au moins deux professions (médicales, paramédicales, travailleurs sociaux etc...), acquièrent des connaissances et des compétences les uns des autres et apprennent à travailler ensemble, dans le but d'optimiser des processus décisionnels.

Dans quelle mesure l'éducation interprofessionnelle permet-elle d'améliorer les résultats en santé et favorise-t-elle une démarche ACP de qualité ? Pour répondre à cette question, nous avons effectué une revue systématique de la littérature.

Cette revue systématique de la littérature a été réalisée selon les recommandations de la méthode PRISMA, et son protocole a été enregistré en amont sur PROSPERO. Les recherches ont été effectuées sur les bases de données PubMed, the Cochrane-Library, Web of Science, Embase et dans la littérature grise. Les études éligibles étaient les essais contrôlés randomisés (ECR) et les méta-analyses, s'intéressant à des interventions réalisées en soins premiers, ou à l'hôpital avec des soins transposables à la médecine de ville. La reproductibilité a été assurée par un processus de sélection réalisé de façon indépendante par deux investigateurs, tout comme l'extraction des données et l'analyse des biais. L'évaluation des biais a été réalisée pour chaque étude incluse en utilisant la Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB 2).

Les résultats de la recherche ont permis de sélectionner 8 études, parmi 614 articles identifiés, réalisées dans quatre domaines d'intervention : le diabète, les violences à la personne, les troubles neuropsychiatriques et l'infection urinaire chez la personne âgée. Les études étaient issues de 5 pays : Canada, États-Unis d'Amérique, Mexique, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède. Les populations étudiées comprenaient des professionnels de santé médicaux (médecins, étudiants, assistants) et paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeute, psychologues ...) ainsi que des travailleurs sociaux. Les interventions consistaient en un programme éducatif, visant à améliorer une prise en charge, sous forme de cours théoriques (cours magistraux, recommandations de bonnes pratiques ...) et/ou interactifs (jeux de rôle, simulation, groupe d'échanges ...). Les formations étaient hétérogènes, spécifiques de la prise en charge à améliorer, et comprenaient toutes une formation multi-étapes des professionnels de santé, sur plusieurs jours, avec une partie de la formation dédiée au travail en équipe. Une fois les formations effectuées, une comparaison de l'effet de la formation sur les résultats de santé des patients a été réalisée, entre le groupe d'intervention (ayant bénéficié de la formation) et le groupe contrôle (n'ayant reçu aucune formation). Ces comparaisons ont été réalisées au début des études puis sur une période de suivi propre à chaque étude. Cependant, compte tenu du type d'étude, les participants étaient informés de leur groupe d'allocation.

Sept des huit études incluses ont montré une amélioration significative des critères de jugement principaux. Il s'agissait soit de critères intermédiaires objectifs paracliniques (hémoglobine glyquée), soit de critères subjectifs de natures cliniques évalués par des échelles validées ou des changements de pratique clinique (la satisfaction des patients, les aptitudes communicationnelles, la confusion post opératoire, les modalités de prise en charge des infections urinaires, de l'agitation, de la dépression et des violences domestiques). Seule une étude n'a pas retrouvé de différence significative entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle, concernant la reconnaissance et l'amélioration des symptômes dépressifs. Aucune étude n'a montré d'effet défavorable des interventions. Par ailleurs, il existe une amélioration significative des critères de jugements secondaires tel que la satisfaction, l'amélioration des connaissances et les changements comportementaux induis par la formation chez les participants. Enfin, l'ensemble des études incluses présentaient un risque de biais global faible à modéré.

Globalement les études que nous avons inclus montrent un effet positif de l'éducation interprofessionnelle sur l'amélioration des résultats en santé des patients. Cependant, du fait du faible nombre d'articles inclus, de l'hétérogénéité des interventions et des critères de jugement, de l'absence de critères de jugements cliniques objectifs, ainsi que de certaines limitations méthodologiques (absence de « vrai » placebo, absence de double aveugle), cette revue systématique de la littérature ne permet pas de tirer une conclusion généralisable et de réaliser une méta-analyse sur l'efficacité de l'EIP dans l'amélioration des résultats en santé des patients.

Il serait donc intéressant que les prochaines études emploient une méthodologie plus rigoureuse et qu'elles aient recours à des critères de jugement cliniques objectifs.

Enfin, l'ensemble des études a été réalisé dans des systèmes de santé différents du notre. Il serait donc intéressant de mener des études françaises de manière à pouvoir évaluer l'impact de l'EIP dans notre système de santé.

Le Président de jury,

Pr Gilles RODE

Signature



VU,

Le Doyen de la Faculté de Médecine

et de Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux



Professeur Philippe PAPAREL

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 15/02/2023



NOUNOUSHIAN Gaël

Éducation interprofessionnelle et résultats en santé dans une démarche approche centrée patient : une revue systématique de la littérature

Thèse Médecine Générale : Lyon 2023 ; n°17

Résumé : L'éducation interprofessionnelle (EIP) correspond à un processus d'acquisition de connaissances et de compétences par plusieurs professionnels de santé, qui favorise une démarche collaborative et améliore des processus décisionnels dans le cadre de soins centrés sur le patient. Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature afin de déterminer dans quelle mesure l'EIP permet d'améliorer les résultats en santé des patients. Nous avons identifié huit études contrôlées randomisées (ECR) dans les domaines de la prise en charge du diabète, des troubles neuropsychiatriques de la personne âgée, des violences domestiques et des infections urinaires en EHPAD. Ces ECR comparent les résultats en santé de patients pris en charge par des professionnels ayant bénéficié d'une EIP, à ceux de patients pris en charge en soins usuels. Sept des huit ECR montrent des résultats encourageants, en faveur d'une amélioration des résultats de santé des patients. Cependant, nous ne pouvons généraliser les conclusions du fait du faible nombre d'articles inclus, de l'hétérogénéité des interventions et des critères de jugement, ainsi que de certaines limites méthodologiques.

Mots clés : éducation interprofessionnelle, collaboration interprofessionnelle, approche centrée patient, résultats en santé

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Gilles RODE

Membres : Monsieur le Professeur Alain MOREAU

Monsieur le Professeur Philippe MICHEL

Monsieur le Docteur Philippe ARCHIMBAUD

DATE DE SOUTENANCE : le jeudi 23 mars 2023