

Efficacité de l'interprofessionnalité: des preuves, un défi...

Pr VALÉRIE SANTSCHI^a PhD, PHILIPPE GERMANIER^b, JOËLLE TISCHHAUSER^{c,f}, Prs NICOLAS SENN^{d,e,f} et ALAIN PECOUD^{e,f}

Rev Med Suisse 2017; 13: 1007-11

Parmi les mesures évoquées pour faire face au vieillissement de la population et à l'augmentation attendue des maladies chroniques, de meilleurs partage et emploi des compétences entre les différents professionnels de santé sont souvent évoqués. Cet article est le compte rendu d'un colloque sur l'interprofessionnalité qui a eu lieu en Valais. Ont été présentées des revues de la littérature sur l'interprofessionnalité, mettant l'accent sur les preuves de l'efficacité d'une interaction entre médecins, infirmiers, pharmaciens et physiothérapeutes. Une analyse critique des différentes formes de coordination des soins en médecine de famille montre l'efficacité de ces approches. Il est toutefois nécessaire de les tester en Suisse.

Efficacy of interprofessionality: evidence and challenges

Skillmix is often proposed as a measure to address the growing needs of an aging population with its expected increase in chronic diseases. This article reports on a symposium on interprofessional collaboration which took place in the canton of Valais in Switzerland. Reviews of the literature on interprofessional collaboration show evidence in favor of the effectiveness of having interactions between physicians, nurses, pharmacists and physiotherapists. A critical analysis of different forms of coordinated care within family medicine supports the effectiveness of these approaches. However, these approaches now need to be tested in Switzerland.

INTRODUCTION

Dans beaucoup de pays, dont la Suisse, la perspective du vieillissement de la population et des limites des moyens financiers à disposition du système de santé sont à l'origine de cet intérêt pour l'interprofessionnalité. Lors d'un colloque organisé par le Service de la santé publique du canton du Valais, qui a réuni les responsables politiques et dirigeants des institutions de santé de ce canton à Sierre en mars 2016, le sujet a été traité par quatre orateurs experts de leur domaine (pharmacien, infirmière, physiothérapeute et médecin). Ils ont donné un aperçu des développements de l'interprofessionnalité dans le monde, en évoquant plus particulièrement les preuves de l'efficacité de ces démarches.

^a Institut et Haute école de la santé La Source, HES-SO, Avenue Vinet 30, 1004 Lausanne, ^b Physio Valais, Av. Ritz 31, 1950 Sion, ^c Haute école de santé Fribourg HES-SO, Route des Cliniques 15, 1700 Fribourg, ^d Institut universitaire de médecine de famille, ^e Faculté de biologie et médecine, ^f Université de Lausanne, 1011 Lausanne
nicolas.senn@chuv.ch

«INTERPROFESSIONNALITÉ: LE PHARMACIEN, UN PONT ENTRE LA POPULATION ET LES MÉDECINS»

V. Santschi

Les pharmaciens, grâce à leur connaissance des médicaments, leur facilité d'accès et leur habitude de collaborer avec les médecins sont des professionnels de santé en excellente position pour aider à la création de véritables ponts thérapeutiques entre la population, les médecins et les autres professionnels de santé.^{1,2}

Depuis quelques années, les pharmaciens proposent de plus en plus des services cliniques tels qu'une aide à la gestion du médicament prescrit par le médecin grâce à un entretien de polymédication effectué en pharmacie de ville; des activités de prévention (vaccination, dépistage, conseils sur le style de vie); un suivi pour améliorer le contrôle, par exemple de l'hypertension ou du diabète ainsi qu'un suivi et un soutien de l'adhésion au traitement. De plus, des collaborations étroites entre médecins et pharmaciens sont de plus en plus fréquemment organisées, par exemple sous la forme des groupes de qualité.

Ces exemples suggèrent qu'une plus forte présence du pharmacien dans la prise en charge des maladies chroniques pourrait améliorer l'efficacité du traitement et la sécurité du patient. A cela s'ajoute un potentiel d'économie pour l'ensemble du système de santé. Mais est-ce que tout cela est réalisable? Est-on sûr que les démarches de ce type ont vraiment l'effet escompté? De très nombreuses études ont été réalisées ces dernières années pour démontrer l'efficacité de ces approches. Peut-on leur faire confiance? Ne sont-elles pas biaisées par l'enthousiasme des protagonistes de ces développements?

V. Santschi, coauteure, a elle-même pratiqué certaines de ces approches dans une pharmacie de ville, et elle conduit actuellement une étude clinique évaluant la prise en charge par équipe (médecin, pharmacien et infirmier) de l'hypertension.³ Plus particulièrement, elle a réalisé d'importants travaux de revue systématique, qu'elle a menés avec son équipe, de ce qui a été publié dans le domaine de la prise en charge par le pharmacien des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et du diabète.^{4,5} Dans ces revues, on constate, que comparé à la pratique habituelle, les patients suivis par un pharmacien, travaillant en équipe ou simplement en sus de l'activité du médecin, bénéficient d'améliorations plus importantes de leurs valeurs de pression artérielle, de glycémie, de cholestérol sanguin. Ils sont aussi plus nombreux à cesser de fumer (**tableau 1**).

Demain, nous aurons très probablement moins de médecins et plus de patients à soigner, de façon plus régulière et plus long-

TABLEAU 1

Résultats de la prise en charge des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires

PA: pression artérielle; LDL: lipoprotéines de basse densité; IC à 95%: intervalle de confiance à 95%; RR: risque relatif.

Facteurs de risque	Nombre d'études	Nombre de participants	Différence moyenne entre le groupe ayant eu l'intervention du pharmacien et le groupe contrôle (IC à 95%)
PA systolique (mmHg)	19	10479	-8,1 (-10,2 à -5,9)
PA diastolique (mmHg)	19	10479	-3,8 (-5,3 à -2,3)
Cholestérol total (mmol/l)	9	1121	-0,45 (-0,66 à -0,24)
LDL-cholestérol (mmol/l)	7	924	-0,35 (-0,59 à -0,10)
Tabagisme (RR)	2	196	0,77 (0,67 à 0,89)

(Source réf.4).

temps.⁶ Un travail d'équipe, incluant médecins, pharmaciens et autres professionnels de santé, construit autour des patients, nous permettra peut-être de les soigner de façon efficace et plus sûre. C'est un des défis de l'interprofessionnalité.

QUE SOUHAITENT LES PHYSIOTHÉRAPEUTES?

P. Germanier et A. Pécoud

Une revue de la littérature montre que les physiothérapeutes ne sont pas demandeurs de plus d'interactions avec d'autres professionnels de santé. En évoquant la pénurie possible de soignants, ils souhaitent plutôt explorer une piste qui leur semble plus efficace en termes de soins au patient et de coûts de la santé: c'est celle du «premier recours», c'est-à-dire de l'accès direct pour les patients chez le physiothérapeute, sans ordonnance médicale. Dès lors, les questions importantes sont les suivantes: cet accès direct existe-t-il dans le monde? Est-il dangereux pour les patients? Est-il souhaité par les patients? Fait-il courir le risque d'entraîner une forte augmentation de la consommation de soins physiothérapeutiques non nécessaires? Quel impact aurait cette démarche sur les coûts de la santé?

On trouve des réponses à ces questions dans un certain nombre d'études. Plusieurs pays ont adopté cette démarche et publié leurs résultats. C'est le cas du Canada (1995), de l'Ecosse (2003), de la Suède (2004), de la Norvège (2005) et de la Hollande (2006). Aux Etats-Unis, ce système fonctionne dans 45 Etats.

Quelques premiers enseignements

Par exemple, en Hollande, pays dans lequel les Services de santé publique ont des registres très étoffés, le suivi de l'accès direct un an après son introduction montre que près de 60% des patients consultant un physiothérapeute y sont venus en accès direct. Ce sont des patients plutôt jeunes, éduqués. Durant ces années, selon le registre national, il n'y a pas eu d'augmentation significative du nombre total de visites chez l'ensemble des physiothérapeutes.⁷

Fait-on courir un risque aux patients?

Dans une étude suédoise (2012), lorsque le choix leur a été donné, 85% des patients ont choisi l'accès direct (patients pour la plupart jeunes); seuls 6% d'entre eux ont été référés à un médecin par le physiothérapeute. Des questionnaires plus détaillés comparant le groupe de patients ayant un accès direct avec celui des patients envoyés au physiothérapeute par un médecin semblent indiquer que les patients «avec accès direct» ont reçu une meilleure information sur leur pathologie et sur les comportements préventifs.⁸

Existe-il un bénéfice en termes de coûts pour la santé publique?

En Ecosse, une étude a porté sur les coûts d'une consultation de physiothérapie en tenant compte du parcours médical total (episode of care), c'est-à-dire avec tous les frais annexes qui s'y rapportent. Les auteurs ont relevé ainsi un coût total des épisodes d'environ 30% inférieur dans le groupe «accès direct». Leur analyse suggère que le surcoût du passage chez le médecin est plutôt lié aux frais de radiologie et de médicaments.⁹

L'ensemble des données ci-dessus doivent être considérées avec précaution, du fait que, actuellement, les publications sont peu nombreuses. Toutefois, le sujet mérite réflexion et le débat est lancé en Suisse également.¹⁰

INTERPROFESSIONNALITÉ: QUEL FUTUR POUR LES SOINS INFIRMIERS?

J. Tischhauser

Une revue détaillée de la littérature scientifique internationale a porté sur les nouvelles professions «Advanced Practice Nurses (APN)» ou «Infirmières de pratiques avancées (IPA)».

Dans de nombreux pays, on trouve des IPA actives dans la prévention, le diagnostic ou le traitement de pathologies définies, souvent au bénéfice d'un droit à la prescription de certains médicaments. Elles sont souvent spécialisées dans certaines pathologies ou certains groupes de patients.¹¹ En Angleterre, elles ont le droit de prescription depuis les années 1990 et ce droit a été étendu depuis 2001. En Finlande et en Suède, les IPA travaillent dans des centres de santé au sein d'équipes et en première ligne. Dans certaines zones très isolées, elles exercent des actes traditionnellement pris en charge par les médecins.¹² En Suède, elles ont le droit de prescription, de même que dans tous les Etats au Canada. Au Québec, les médecins de famille pratiquent en collaboration avec des IPA; l'intégration d'infirmières à l'équipe de médecins est considérée comme un élément essentiel pour le succès de l'équipe. Elles peuvent effectuer des activités de prévention, de promotion, de dépistage, de gestion de cas, ainsi que de liaison avec les services de deuxième ligne. Elles ont également en charge le suivi systématique des soins infirmiers des clientèles vulnérables.

Que dit la littérature?

Une revue *Cochrane*, portant sur 4253 articles scientifiques et 16 études dans les soins primaires, montre que les IPA fournissent des soins d'aussi bonne qualité, ont d'aussi bons résultats cliniques que les médecins et obtiennent de la part des patients un taux de satisfaction supérieur à celui des

TABLEAU 2
**Synthèse des différentes interventions pour la coordination identifiées
dans la revue de littérature**

MF: médecin de famille; GC: gestionnaire de cas.

	Intervention	Définition
1	Consilium	Réunion formelle entre le MF et/ou le GC et/ou d'autres spécialistes pour discuter de la prise en charge d'un patient
2	Dossier électronique du patient	Système informatisé avec dossier médicalisé et/ou simple liste administrative de patients, à différents niveaux d'interconnexion
3	Contacts téléphoniques	Interventions utilisant les contacts téléphoniques pour améliorer la coordination des soins
4	Plan de soins	Plan de soins mis en place par un GC seul et/ou par le MF et/ou le spécialiste dans le cas de la prise en charge d'un patient spécifique
5	Formulaires préformatés	Formulaires «préformatés» ou «standardisés» (comme un bon de physiothérapie) que les MF doivent remplir pour adresser leur patient aux spécialistes
6	Télé médecine	Un appareil va jouer le rôle de «soignant» et mesurer des paramètres vitaux ou des valeurs quantifiables et les envoyer aux soignants
7	Consultations multidisciplinaires	Consultation à plusieurs soignants en même temps, ne précise pas le lieu ni le type de soignants
8	Gestion des rendez-vous entre les différents soignants	Organisation des rendez-vous par quelqu'un d'autre que le patient et aider la planification des consultations
9	Arrangement entre soignants	Une forme écrite, de type contrat, et précisant par exemple les façons de s'adresser les patients entre soignants
10	Priorisation de l'accès à certains spécialistes	Accord existant entre les soignants afin de faciliter l'accès des patients aux spécialistes
11	Formation des soignants	Sous la forme d'ateliers ou de cours afin d'entraîner le MF/les soignants à une intervention particulière
12	Guidelines	Protocoles ou guidelines favorisant la coordination des soins à l'intérieur du cabinet (définition des rôles ou des activités)
13	Système de rappel	Système de rappel le plus souvent par voie informatique
14	Supervision	Supervision ou conseil à un soignant par un autre soignant plus expérimenté (MF, spécialiste, infirmière aînée...)
15	Gestionnaire de soins/de cas	Soignant généralement autre que le MF qui a pour mission de coordonner les soins d'un patient par rapport à une ou plusieurs pathologies
16	Colocalisation	Regroupement dans la même structure physique de plusieurs soignants différents
17	Travail en équipe	Plusieurs personnes travaillent dans la même structure en équipe (équipe du cabinet depuis l'assistante jusqu'au médecin)
18	Formation/éducation des patients	Cours donnés au patient afin d'augmenter son autonomie dans sa prise en charge et sa compréhension de la maladie
19	Aide au patient à l'obtention de rendez-vous	Système existant afin de faciliter l'accès aux soins des patients
20	Formation des accompagnants des patients	Même principe que le support au patient mais adressé à son entourage
21	Accord opérationnel	Accord opérationnel entre des cabinets de groupe (cliniques) et d'autres structures de prise en charge
22	Gatekeeping	Système de santé par gatekeeping (porte d'entrée dans le système de santé)
23	Paiement à la performance	Système de rémunération par paiements à la performance selon des grilles composites
24	Capitation	Chaque médecin reçoit une somme X par patient qu'il traite en fonction de certains critères (âge, sexe, nombre de comorbidités...).
25	Facilitateur de la qualité	Cette personne aide le cabinet à organiser et prioriser les activités liées à l'amélioration de la qualité

médecins.¹³ Cependant, elles prescrivent davantage d'examen complémentaires et passent plus de temps qu'eux en consultation. En 2010, des experts ont mené une étude pour l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) et ont analysé les pratiques des IPA en santé primaire dans 12 pays. Leurs conclusions montrent que le recours aux IPA améliore l'accès aux services, réduit le temps d'attente et assure la même qualité de soins que les médecins lors du premier contact pour les personnes atteintes d'une affection mineure, de même que lors du suivi de routine des patients souffrant de maladies chroniques. Les évaluations constatent aussi un haut taux de satisfaction des patients, principalement parce que les infirmières passent plus de temps avec eux et fournissent plus d'informations et de conseils. Cependant, cette étude montre aussi qu'elles réfèrent davantage leurs patients que les médecins, qu'elles réitèrent

plus souvent leurs consultations et qu'elles prescrivent davantage d'examen, ce qui pourrait engendrer des coûts supplémentaires. D'autres auteurs soulignent plutôt un impact réducteur ou neutre sur les coûts, en soulignant les économies réalisées par rapport aux salaires des infirmières.¹³

Plus récemment (2010), une étude parue dans le *New England Journal of Medicine* démontre que les patients multimorbides souffrant de dépression ayant bénéficié d'une prise en soins conjointe médecin de famille/infirmière ont tiré un bénéfice significatif en termes de résultats sur les paramètres médicaux (hémoglobine, cholestérolémie, glycémie et score sur l'échelle de dépression) ainsi que de satisfaction vis-à-vis du traitement.¹⁴ Une revue systématique sur l'obésité et ses comorbidités conclut également à un effet positif des résultats cliniques des patients suivis par des IPA.¹⁵

De manière constante, les recherches démontrent les nombreux avantages liés aux nouveaux rôles des infirmières au sein d'équipes interdisciplinaires. Un véritable partenariat en interprofessionnalité et non pas seulement une délégation médicale des tâches vers les infirmières, constitue un pilier des nouveaux modèles de soins. En Suisse, les infirmières niveaux master et doctorat sont prêtes à jouer ce rôle.¹⁶

MÉDECINE DE FAMILLE ET COORDINATION DES SOINS: PERSPECTIVES POUR LE CANTON DE VAUD¹

N. Senn

Dans le cadre d'un mandat du Service de la santé publique du canton de Vaud, une revue de la littérature ainsi qu'une consultation d'un groupe d'accompagnement composé de 10 experts ont été réalisées afin d'identifier les interventions les mieux à même d'améliorer la coordination des soins en médecine de famille (MF).¹⁷ La coordination des soins joue en effet un rôle essentiel dans la prise en charge des patients, surtout les plus complexes, exposés aux difficultés à naviguer dans un système de santé souvent fragmenté.¹⁸

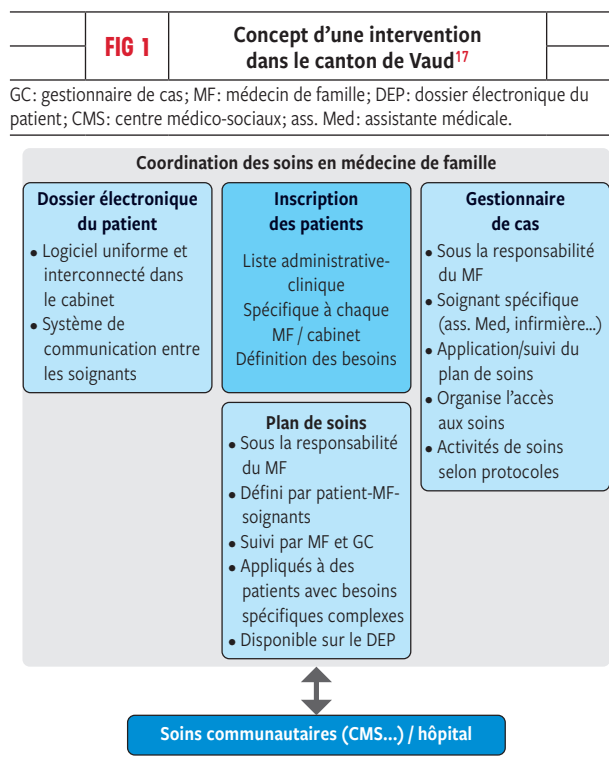
Une coordination des soins est nécessaire dès l'instant où plusieurs partenaires de santé sont impliqués. Elle nécessite notamment le transfert d'informations concernant le patient entre les différents partenaires.¹⁹ Elle ne se restreint cependant pas aux professionnels de la santé et doit également inclure le patient et son entourage. Elle doit permettre la mise en place d'une prise en charge appropriée, centrée sur le patient, limitant la fragmentation des soins, la perte des informations, les erreurs de traitement, la redondance des examens et plus généralement le recours inapproprié aux services de santé.

Synthèse de la revue de littérature

Cinquante-neuf articles ont été retenus et décrivent 25 interventions différentes. Elles ont été classifiées en 8 catégories selon les travaux de Powell-Davies et coll. réalisés en 2006 en Australie²⁰: 1) communication entre les soignants (10% des études); 2) système de soutien à la coordination des soins (60%); 3) coordination des activités cliniques (15%); 4) soutien aux soignants (32%)²¹; 5) structurer les relations entre les soignants ou entre les soignants et les patients (54%); 6) soutien aux patients (37%); 7) accord formel interorganisationnel (3%) et 8) organisation du système de santé (1%). Aucune étude évoquant des arrangements, des financements ou une gestion commune n'a été retrouvée. Au total, 25 interventions spécifiques ont été identifiées dans la littérature et sont résumées dans le **tableau 2**.

La consultation du groupe d'accompagnement a permis d'identifier les interventions considérées comme les plus utiles, motivantes et réalisables dans le canton de Vaud. Trois interventions ont ainsi été retenues: 1) le dossier électronique du patient (DEP); 2) le gestionnaire de cas (GC) et 3) le plan de soins.

Un cadre conceptuel (résumé dans la **figure 1**) est proposé afin de servir de base à l'élaboration d'une intervention pilote réunissant DEP, GC et plan de soins en médecine de famille dans le canton de Vaud. Ces trois interventions sont articu-



lées autour d'une activité centrale qui est l'inscription des patients auprès d'un médecin. Cette liste administrative-clinique est en effet un levier central devant permettre une vision d'ensemble des patients suivis par un médecin et ainsi définir les besoins, par exemple en ressources humaines et organisationnelles.

CONCLUSION

Les résultats des différentes revues de littérature montrent que l'interprofessionnalité est une pratique déjà très répandue dans le monde: elle existe depuis longtemps dans les pays aux ressources de santé limitées et elle s'est développée ces dernières années également sous nos latitudes. Dans beaucoup de pays, y compris le nôtre, on remarque la volonté des institutions de formation (soins infirmiers, pharmacie, physiothérapie, médecine) d'inscrire dans leur programme des compétences et des cursus de prise en charge interprofessionnelle (voir l'article dans ce numéro sur le HEADSSS).

Lors du débat qui a suivi les présentations ci-dessus, l'intérêt était fort de la part des professionnels de santé (avec quelques réserves venant du secteur médical) et de la part des représentants du monde politique, même si les intérêts sont parfois divergents. Ce constat montre qu'il faudra patience, volonté, union des forces et des intérêts pour réussir le défi de l'interprofessionnalité et faire ainsi avancer les réformes qui seront nécessaires pour affronter les défis qui nous attendent.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les résultats des différentes revues de littérature montrent que l'interprofessionnalité est une pratique déjà très répandue dans le monde
- Il existe un nombre croissant d'interventions à caractère interprofessionnel ayant démontré un effet bénéfique sur la coordination des soins comme le dossier électronique, le plan de soins partagé ou le gestionnaire de cas
- Dans beaucoup de pays, y compris le nôtre, on remarque, malgré des intérêts parfois divergents parmi les protagonistes, la volonté des institutions de formation (soins infirmiers, pharmacie, physiothérapie, médecine) d'inscrire dans leur programme des compétences et des cursus de prise en charge interprofessionnelle

1 * Tsuyuki RT, Johnson JA, Teo KK, et al. A randomized trial of the effect of community pharmacist intervention on cholesterol risk management: the Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists (SCRIP). *Arch Intern Med* 2002;162:1149-55.
 2 Chisholm-Burns MA, Kim Lee J, Spivey CA, et al. US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. *Med Care* 2010;48:923-33.
 3 Santschi V, Wuerzner G, Chiolero A, et al. Team-based care for improving hypertension control among outpatients (TBC-HTA): study protocol for a pragmatic randomized controlled trial. *BMC Cardiovasc Disord* 2017;17:39.
 4 ** Santschi V, Chiolero A, Burnand

B, Colosimo A, Paradis G. Impact of pharmacist care in the management of cardiovascular disease risk factors: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Arch Intern Med* 2011;171:1441-53.
 5 Santschi V, Chiolero A, Colosimo A, et al. Improving blood pressure control through pharmacist interventions: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Heart Assoc* 2014;3:e000718.
 6 Merçay C. Médecins de premier recours – Situation en Suisse, tendances récentes et comparaison internationale. Analyse de l'International Health Policy Survey 2015 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Neuchâtel: Observatoire

suisse de la santé (Obsan), 2015.
 7 ** Leemrijse CJ, Swinkels ICS, Veenhof C. Direct access to physical therapy in the Netherlands. Results from the first year in community based physical therapy. *Phys Ther* 2008;88:936-46.
 8 Landen Ludvigsson M, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy* 2012;98:131-7.
 9 * Holdsworth LK, Webster VS, McFadyen AK. What are the costs to NHS Scotland of self referral to physiotherapy? Results of a national trial. *Physiotherapy* 2007;93:3-11.
 10 Scheermesser M, Allet A, Bürge E, et al. Accès direct à la physiothérapie en Suisse: validation linguistique et culturelle d'un questionnaire et position des physiothérapeutes. *Kinesither Rev* 2012;124:29-37.
 11 Delamaire ML, Lafortune G. Nurses in advanced roles. *OECD Health Working Papers* 2010.
 12 Bourgueil Y, Marek A, Mousques J. La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec. *Questions d'économie de la santé*, 2005:1-12.
 13 ** Laurant M, Reeves D, Hermens R, et al. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;2:CD001271.
 14 Katon WJ, Lin EH, Von Korff M, et al. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *New Engl J Med* 2010;363: 2611-20.
 15 Sargent G, Forrest L, Parker R.

Nurse delivered lifestyle interventions in primary health care to treat chronic disease risk factors associated with obesity: a systematic review. *Obes Rev* 2012;13:1148-71.
 16 CDS/OFSP. Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours. Confédération suisse, 2002.
 17 Ochs N, Cornuz J, Senn N. Médecine de famille et coordination des soins: revue de la littérature et perspectives pour le canton de Vaud. 2015; Available from: www.pmu-lausanne.ch/pmu-recherche-publications-coordination-soins-vaud.pdf
 18 Osborn R, et al. International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient-centered care. *Health Aff (Millwood)* 2014;33:2247-55.
 19 McDonald K. Closing the Quality Gap – A critical analysis of quality improvement strategies. *Care Coordination*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality 2007;7.
 20 ** Powell Davies G, et al. Coordination of care within primary health care and with other sectors: a systematic review. *Research Centre for Primary Health Care and Equity, School of Public Health and Community Medicine, UNSW* 2006.
 21 Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 2002.

*à lire
 ** à lire absolument