

L'interprofessionnalité pour répondre aux enjeux du maintien à domicile : création d'un réseau interprofessionnel ambulatoire de proximité (RIAP) à Genève

Olivier Perrier-Gros-Claude¹, Fanny Vallet¹, Catherine Busnel¹, Johanna Sommer²,

¹Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD), esplanade de Pont-Rouge 5-1212 Grand-Lancy 1. (Suisse) Olivier.Perrier-Gros-Claude@imad-ge.ch

fanny.vallet@imad-ge.ch

catherine.busnel@imad-ge.ch

²Institut universitaire de médecine de famille et de l'enfance (IuMFE), Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 4 johanna.sommer@unige.ch

Résumé : Si l'interprofessionnalité est plébiscitée dans le domaine des soins, son implémentation dans la pratique nécessite de relever plusieurs défis. Le modèle domiciliaire genevois actuel nécessite de renforcer l'interprofessionnalité en intégrant une référence médicale de proximité et en mobilisant des ressources de proximité notamment face aux prises en soins de plus en plus complexes. Ce projet consiste à créer un nouveau modèle organisationnel « réseau de soins interprofessionnel ambulatoire de proximité » (RIAP) et d'en réaliser une étude de faisabilité. Le modèle RIAP vise au renforcement de l'interprofessionnalité en consolidant les échanges médecins-infirmières-patients et autres professionnels. Les résultats de l'étude de faisabilité réalisée entre juin 2020 et juin 2021 sont encourageant avec : 1) diminution de 33% du tournus des professionnels intervenant auprès des patients, 2) absence d'impact majeur sur le temps de déplacement des professionnels auprès des patients, 3) neutralité d'impact sur l'aspect financier, et 4) bénéfices importants perçus par les acteurs. Ces premiers résultats permettent d'élaborer des recommandations pour la pratique, pour les organisations de santé et également pour les stratégies à mener au niveau de la politique sanitaire.

Mots-clés : réseaux, interprofessionnalité, collaboration

Sintesi : Sebbene l'interprofessionalità sia un approccio popolare all'assistenza, ci sono diverse sfide che devono essere affrontate prima di poter essere implementate nella pratica. L'attuale modello domiciliare ginevrino deve rafforzare l'interprofessionalità integrando un riferimento medico locale e mobilitando le risorse locali, soprattutto a fronte di un'assistenza sempre più complessa. L'obiettivo di questo progetto è creare un nuovo modello organizzativo, la "rete locale interprofessionale di cure ambulatoriali" (RIAP), e realizzare uno studio di fattibilità. L'obiettivo del modello RIAP è rafforzare l'interprofessionalità consolidando gli scambi tra medici, infermieri, pazienti e altri professionisti. I risultati dello studio di fattibilità, condotto tra giugno 2020 e giugno 2021, sono incoraggianti: 1) riduzione del 33% del numero di professionisti che lavorano con i pazienti, 2) nessun impatto significativo sul tempo impiegato dai professionisti per recarsi dai pazienti, 3) nessun impatto sull'aspetto finanziario e 4) benefici significativi percepiti dalle persone coinvolte. Questi primi risultati ci permetteranno di elaborare raccomandazioni per la pratica, per le organizzazioni sanitarie e anche per le strategie da attuare a livello di politica sanitaria.

Argomenti : reti, interprofessionalità, collaborazione

CONTEXTE

Face à une population qui vieillit, se fragilise et souffre de plus en plus de maladies chroniques et face au virage ambulatoire entamé depuis plusieurs années, les soins à domicile sont de première importance pour permettre à la population de vieillir chez soi le plus longtemps et dans les meilleures conditions possibles. Les défis des prises en soins domiciliaires sont nombreux (e.g. la fragmentation des soins, le financement des prestations, l'organisation des prestataires, le nombre important d'acteurs de santé décentralisés, incluant le patient et ses proches). Les processus de travail contribuent aussi à complexifier les prises en soins tant au niveau des acteurs de la santé (incluant le patient et ses proches), et des organisations des soins, qu'au niveau du système politique de santé (Petticrew et al., 2019). Depuis près de vingt ans dans les pays occidentaux, de nombreux modèles d'organisation de santé se sont développés, sous des terminologies différentes telles que maison de santé pluridisciplinaire en France (Beaucourt et al., 2014), centres médicaux multidisciplinaires « Kaiser Permanente Medical Centers » en Allemagne (Imbaud et al., 2016), ou « patient-centered medical Homes » (Hoff et al., 2012, Green et al., 2012), « Guided Care » aux Etats-Unis (Boyd et al., 2007). Ils se basent de manière plus ou moins prégnante sur les principes de prévention et d'autonomie des patients, d'optimisation à l'accès aux soins, d'amélioration de l'intégration et de la coordination, d'engagement et de continuité renforcée des prises en soins orientées vers le patient, et une optimisation de la qualité et de la sécurité des patients (Conférence suisse des directeurs et directrices cantonaux de la santé et Office fédéral de la santé publique, 2012).

Dans les modèles de soins, l'interprofessionnalité est un facteur de première importance pour des soins de qualité (World Health Organization, 2010). La collaboration interprofessionnelle peut se définir comme « un processus de négociation par lequel des individus [...] structurent une action collective afin de coordonner les services qu'ils rendent auprès de clients individuels ou de groupe... » (D'Amour et al., 1999). Cette collaboration s'inscrit dans des contextes d'actions, où des expertises de différentes professions sont conviées à des prises de décision. Autrement dit c'est de l'interdisciplinarité décisionnelle ou d'intervention (Legendre, 2005). L'interprofessionnalité associe plusieurs acteurs « ayant une formation, une compétence et une expérience spécifiques qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire de tâches » (D'Amour et al., 1999). Elle a pour but d'optimiser la qualité des prises en soins par un sens thérapeutique commun affirmé, en diminuant les événements indésirables (e.g. hospitalisation, institutionnalisation, mortalité), en optimisant l'organisation et la productivité et en augmentant la satisfaction au travail des professionnels. L'interprofessionnalité est un moyen à part entière au service de la prise en charge des patients. Les conditions clés de la collaboration interprofessionnelle sont nombreuses telles que le partage, le partenariat, l'interdépendance, la confiance et le respect mutuels des professionnels, la symétrie du pouvoir entre eux, une gestion des influences et la poursuite de buts communs (Corser, 1998). Les situations notamment les plus complexes (Busnel et al., 2018, Perone et al., 2022) nécessitent des interventions multimodales, en partenariat avec le patient et avec les autres professionnels de la santé et du social (Gerber et al., 2018).

Alors que renforcer les collaborations interprofessionnelles fait consensus, sa mise en œuvre concrète demande d'adapter ses modalités aux pratiques et aux spécificités du contexte : « la collaboration interprofessionnelle s'oriente selon le contexte du traitement et de la prise en charge. [...] Elle peut revêtir une multitude de formes qui dépendent principalement du contexte des soins et du type de maladie ou de trouble. Ces différences doivent être prises en compte pour une collaboration interprofessionnelle concrète » (Académie Suisse des Sciences Médicales, 2020) Les défis sont nombreux pour une interprofessionnalité intégrée aux soins à domicile (e.g. l'éloignement géographique des professionnels travaillant souvent dans des organisations différentes, la typologie des soins, la situation de santé des patients souvent fragiles, vulnérables, voire complexes) et au contexte de proximité (e.g. contexte géographique local, déplacements des professionnels, modalités de référence de situation, tournus des intervenants, modalités de communications). Si l'interprofessionnalité est un enjeu majeur pour

promouvoir des soins de qualité (World Health Organization, 2010), sa mise en œuvre doit être adaptée au secteur du maintien à domicile dont elle doit prendre en compte les spécificités et s'intégrer au contexte local en renforçant un travail en réseau des différents partenaires ambulatoires et localement à proximité des patients.

OBJECTIFS

L'objectif de ce pilote a été de tester la faisabilité d'un modèle organisationnel renforçant l'interprofessionnalité de proximité adaptée au contexte domiciliaire. Il s'agit donc de l'étude de l'implémentation d'un dispositif à un contexte de soins local. Plus précisément, pour analyser la faisabilité de ce réseau en contexte, deux démarches complémentaires ont été mises en place : 1) la réalisation de focus groupes permettant d'identifier la perception du pilote par les acteurs impliqués (succès, barrières et facilitateurs de son implémentation dans la pratique) (Bowen et al., 2009) et 2) l'identification de premiers indicateurs d'efficacité. Les résultats de l'analyse de faisabilité doivent permettre de déterminer la potentialité de déploiement et les éventuelles modalités d'adaptation de RIAP à d'autres secteurs géographiques.

DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Pilote : « réseau interprofessionnel ambulatoire de proximité (RIAP) »

Un nouveau modèle d'organisation a été défini sous le terme de « réseau interprofessionnel ambulatoire de proximité (RIAP) » se basant sur les principes de la charte 2.0 de l'ASSM (Académie Suisse des Sciences Médicales, 2020) et ceux décrits dans la littérature. Ce premier RIAP s'est construit sur une organisation interprofessionnelle de proximité avec pour objectif d'éviter des situations de crise par manque d'anticipation ou de coordination notamment dans les situations de prises en soins complexes. Elle intègre le patient comme un acteur qui contribue activement, comme les autres professionnels à déterminer les objectifs de la prise en soins (Gagnier and Roy, 2013). Les étapes du RIAP qui ont été établies sont les suivantes : 1) la création de binômes « hors-les murs » de proximité médecin-infirmières, 2) la détermination d'un portefeuille commun de patients entre médecin traitant et infirmier-ère des soins à domicile, évalués comme étant dans des situations complexes par les uns et les autres (Busnel et al., 2018, Perone et al., 2022), 3) le renforcement des espaces de communication et de coordination en interprofessionnalité et 4) une continuité de la prise en soin. Afin d'en tester la faisabilité, un premier RIAP pilote s'est créé dans un secteur géographique défini (i.e. secteur géographique tel qu'utilisé pour définir l'activité d'une équipe par l'institution de maintien à domicile (IMAD) : établissement public autonome reconnu d'utilité publique) en intégrant progressivement 4 médecins exerçant sur la commune ainsi que les 3 infirmières référentes du secteur de l'institution, des assistantes en soins et santé communautaires (ASSC), 1 ergothérapeute, 1 diététicienne du centre de maintien à domicile local. Ce dispositif pilote de prise en charge s'est adressé aux personnes en situation de fragilité, de complexité, ou de réadaptation à domicile.

Analyse de faisabilité : focus groupes et indicateurs de suivi

Deux mois après la mise en place du RIAP en mai 2021, deux focus groupes ont été menés sous forme d'entretiens collectifs auprès de 12 professionnels volontaires (Groupe 1 : 2 médecins, 3 infirmières, 1 ergothérapeute, 1 cadre de santé ; Groupe 2 : 2 médecins, 1 infirmière, 1 pharmacien, 1 cadre de santé). Les deux focus groupes avaient une durée définie de deux heures, et ont été animés par une animatrice

universitaire extérieure au projet qui présentait les objectifs et les modalités d'interventions, proposait les questions et les relances (sur la base d'une grille d'entretien prédéfinie) et garantissait la fluidité des prises de parole. Ces entretiens ont eu lieu par visioconférence à l'aide du logiciel Teams (en raison du contexte sanitaire) et ont été enregistrés par moyen audio et de prises de notes puis retranscrits en verbatims. L'analyse qualitative a été réalisée par l'animatrice et le responsable du projet. Il s'agissait d'une analyse de contenu thématique visant 1) à classer les propos dans une grille préétablie (besoins, attentes, objectifs et acteurs identifiés), 2) à les regrouper en thèmes et sous-thèmes et en recenser le nombre d'occurrences (e.g. communication, dossier commun), et 3) à analyser le contenu obtenu au regard des bénéfiques perçus du projet RIAP ainsi que les conditions de mises en œuvre de l'interprofessionnalité dans leurs pratiques (facilitateurs et barrières).

Cinq indicateurs de suivis de cette première expérience ont été construits :

- évolution du nombre de prises en charge des patients par binôme médecin-infirmier-ère
- évolution des temps de communications interprofessionnelles relatives aux prises en charge
- nombre d'heures de coordinations réalisées par les infirmières auprès de chaque médecin
- tournus des intervenants
- temps de déplacements des intervenants

PRINCIPAUX RESULTATS

Focus groupe

Les participants des focus groupes ont permis d'identifier les principales barrières rencontrées : absence d'un dossier informatique unique, tournus des intervenants, facturation du temps de coordination ; et les principaux facilitateurs : valeurs communes, organisation en amont des modes de communication, enjeu partagé du repérage précoce, volonté d'établir des objectifs de soin partagés. Les participants à ces entretiens ont reporté des bénéfiques en termes de sécurité, d'identité d'équipe et de respect des compétences.

Tableau. Extrait de l'analyse qualitative issue des focus groupes.

Thèmes	Sous-thèmes	Exemples (verbatim)
Bénéfices	Rassurant pour le patient. Clarification et cohérence des objectifs et du plan de soins. Sécurité des soins, rapidité en repérage des risques, anticipation. Clarification des rôles et d'un mode de fonctionnement	« J'ai trouvé que c'était enrichissant, rassurant en même temps pour la personne qui était prise en charge. » (Infirmière) « C'est un gage de crédibilité pour le patient. Je pense qu'on ressent assez clairement de la part du patient qui trouve ça très cohérent [...] (Médecin) » « Et du coup, ça a été hyper bénéfique parce que la cliente a vu justement qu'il y avait cet échange, qu'il y avait une complémentarité qui s'était créée entre ces deux métiers. » (Cadre de santé) « Mais je vois que du coup, depuis qu'il y a un peu plus l'habitude de travailler un peu tous ensemble, on a ces sonnettes d'alarme qui sont tirées un peu plus vite. » (Médecin) « Je trouve que ce projet RIAP permet un peu d'officialiser les choses, de vraiment poser un petit peu le rôle de chacun, qui est vraiment de graviter autour du patient, et peut-être intégrer des autres professionnels, avoir plus de connaissances sur les autres professionnels et peut-être les intégrer dans la prise en charge du patient. » (Infirmière)
Barrières	Outil informatique et système	« Maintenant, c'est vrai que peut-être... que si on avait nous un outil pour mettre, pour placer nos bilans, nos observations et que ça soit aussi

	<p>d'information et de communication communs et sécurisés.</p> <p>Nombre d'interlocuteurs.</p> <p>Facturation des temps de coordination</p>	<p><i>lisible par les médecins, je pense que ça pourrait être bien aussi. » (Ergothérapeute)</i></p> <p><i>« de vrais outils de communication qui soient disponibles pour qu'on puisse échanger facilement des documents » (Médecin)</i></p> <p><i>« le réseau est encore trop large, je pense... On n'a pas encore assez de stabilité de personnes auprès du patient, même si la référente est toujours la même pour moi » (Médecin)</i></p> <p><i>« on a aussi besoin que ce soit reconnu et que ce temps de coordination, il est possiblement facturé pour l'instant » (Médecin)</i></p>
Facilitateurs	<p>Connaissance mutuelle des professionnels en face à face.</p> <p>Définition de modes de communication simples et efficaces, organisation.</p> <p>Complémentarité et reconnaissance mutuelles des rôles et responsabilités</p> <p>Confiance, respect</p>	<p><i>« Et puis que ça, vous, ça vous favorise aussi, peut-être un contact... Comme ça... Vous mettez peut-être aussi un nom et une tête sur quelle infirmière s'occupe de quel patient... » (Médecin)</i></p> <p><i>« de savoir quand on peut déranger, les priorités aussi, quand est-ce qu'on dérange et quand est-ce qu'on ne dérange pas, en fonctions des urgences, ça c'est des choses qu'on a discutées ensemble » (Ergothérapeute)</i></p> <p><i>« savoir à qui on s'adresse et comment le faire, je trouve que c'est très très facilitant » (Ergothérapeute)</i></p> <p><i>« on a pris le temps à s'organiser, on fait des entretiens réguliers où on regarde la suite des choses » (Médecin)</i></p> <p><i>« je me suis rendue compte qu'on n'avait pas du tout le même langage [...] Mais ça m'a beaucoup appris sur le besoin de se questionner, de comprendre la vision de l'autre. On n'a pas les mêmes réalités, si on ne va pas chercher cette information et comprendre, et bien on passe à côté de beaucoup de choses. » (Cadre de santé)</i></p> <p><i>« Pour moi, l'une des choses qui est importante, par rapport à la confiance, c'est d'avoir des retours réguliers des mêmes personnes. » (Médecin)</i></p>

Indicateurs de suivis

Les résultats montrent que le portefeuille de patients communs et suivis par médecins et infirmières des soins domiciliaires dans ce dispositif est passé de 43 patients en mars 2021 à 59 patients en novembre 2021, et ce malgré le contexte pandémique. Le temps de communication interprofessionnelle entre les acteurs a augmenté durant la même période pour 3 des 4 médecins impliqués. Toutefois, peu de coordinations interprofessionnelles étaient nommées en tant que telles en dehors de la préparation à la gestion des différentes situations. Ce dispositif a permis de diminuer de 33% le tournus moyen des professionnels intervenant auprès des patients sans impact majeur sur le temps de déplacements des professionnels auprès des patients et avec une neutralité sur l'aspect financier (Perrier-Gros-Claude et al., 2023).

DISCUSSION DES RÉSULTATS

L'étude de faisabilité a permis de tester un modèle visant à renforcer l'interprofessionnalité dans les soins à domicile (RIAP). Le premier bilan est prometteur tant dans l'analyse qualitative des perceptions des professionnels (focus groupes) que des premiers indicateurs recueillis. En effet, les professionnels perçoivent plusieurs bénéfices à RIAP (e.g. anticipation des risques) et les premiers indicateurs relevés

sont encourageants. Alors que la littérature a relevé plusieurs facteurs pouvant entraver ou faciliter le travail en interprofessionnalité (Rawlinson et al., 2021), les résultats des focus groupes permettent de mettre en évidence ceux qui ressortent spécifiquement dans ce contexte, comme l'absence d'un système d'information commun (barrières) ou la définition des rôles et des flux (facilitateurs). Il est intéressant de relever que bien qu'une des particularités des soins à domicile est la distance entre les professionnels qui peut nuire à l'instauration d'une confiance entre acteurs (Sutherland et al., 2022), les résultats de cette étude pilote montrent l'importance de RIAP pour améliorer la connaissance entre les professionnels permettant que la confiance s'établisse.

Ainsi, un modèle de proximité favorisant les échanges entre des professionnels identifiés et en s'appuyant sur un réseau existant, tel que mis en œuvre dans RIAP, semble être un levier important au renforcement de l'interprofessionnalité. Les résultats des focus groupes ont ainsi permis aux responsables du projet d'avoir un premier retour sur le pilote de RIAP et de proposer un ajustement des modalités de mises en œuvre. Afin d'obtenir une évaluation de l'impact de RIAP sur le travail interprofessionnel, il conviendrait d'analyser de manière qualitative les facteurs de réussite et d'échec d'un tel dispositif sur un nouvel échantillon (e.g. dans d'autres secteurs géographiques) et de manière indépendante (e.g. analyse par un chercheur non impliqué du projet). De la même manière, le recueil systématique des indicateurs identifiés dans le pilote (e.g. tournus) et affiné (e.g. nombre d'heures de coordinations) devrait permettre un suivi et une évaluation de l'impact de RIAP. La présente étude pilote est toutefois une première étape indispensable à l'évaluation et l'adaptation de RIAP aux pratiques réelles des professionnels et dans un contexte spécifique. En effet, implémenter un dispositif à un contexte particulier demande de procéder étapes par étapes et de repérer les déterminants favorisant et entravant la mise en œuvre de ce dispositif (Bauer et al., 2015, Smith et al., 2020) .

CONCLUSION

L'interprofessionnalité dans le domaine des soins, bien que plébiscitée depuis de nombreuses années est encore fragile dans sa mise en œuvre dans la pratique de proximité et demande à être adaptée au contexte et à être pensée en termes d'organisation des soins à différents niveaux (e.g. pratiques individuelles et collectives, organisation du travail). La mise en place de projets locaux tels que ce RIAP ouvre la voie aux professionnels et aux organisations de soins pour renforcer l'interprofessionnalité de manière totalement ancrée à la réalité de leur pratique quotidienne et à leur contexte local. Etudier la faisabilité de RIAP et en tirer des leçons pour une évaluation et un déploiement plus large sont des étapes nécessaires pour qu'un tel dispositif puisse être adapté au contexte local et accepté et adopté par les acteurs de terrain.

Références

- ACADÉMIE SUISSE DES SCIENCES MÉDICALES 2020. Charte 2.0 La collaboration interprofessionnelle dans le système de santé.
- BAUER, M. S., DAMSCHRODER, L., HAGEDORN, H., SMITH, J. & KILBOURNE, A. M. 2015. An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychology*, 3, 32.
- BEAUCOURT, C., KUSTOSZ, I., MASINGUE, A. & ROUX, L. 2014. La coordination au sein des maisons de santé : d'une mise en cohérence à l'animation d'interactions. *Gestion et management public*, 2/4, 61-79.
- BOWEN, D. J., KREUTER, M., SPRING, B., COFTA-WOERPEL, L., LINNAN, L., WEINER, D., BAKKEN, S., KAPLAN, C. P., SQUIERS, L., FABRIZIO, C. & FERNANDEZ, M. 2009. How We Design Feasibility Studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 36, 452-457.

- BOYD, C. M., BOULT, C., SHADMI, E., LEFF, B., BRAGER, R., DUNBAR, L., WOLFF, J. L. & WEGENER, S. 2007. Guided Care for Multimorbid Older Adults: Kathleen Walsh Piercy, PhD, Editor. *The Gerontologist*, 47, 697-704.
- BUSNEL, C., MARJOLLET, L. & PERRIER-GROS-CLAUDE, O. 2018. Complexité des prises en soins à domicile : développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 4, 116-123.
- CONFÉRENCE SUISSE DES DIRECTEURS ET DIRECTRICES CANTONAUX DE LA SANTÉ ET OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE 2012. „Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours“. *Rapport du Groupe de travail „Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours“ de la CDS et de 'OFSP*, Berne.
- CORSER, W. D. 1998. A conceptual model of collaborative nurse-physician interactions: the management of traditional influences and personal tendencies. *Sch Inq Nurs Pract*, 12, 325-41; discussion 343-6.
- D'AMOUR, D., SICOTTE, C. & LÉVY, R. 1999. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé*, 17, 67-94.
- GAGNIER, J.-P. & ROY, L. 2013. Réflexion sur la collaboration interdisciplinaire. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 50, 85-104.
- GERBER, M., KRAFT, E. & BOSSHARD, C. 2018. La collaboration interprofessionnelle sous l'angle de la qualité. *Bulletin des Médecins Suisses*, 99, 1524-1529.
- GREEN, E. P., WENDLAND, J., CARVER, M. C., HUGHES RINKER, C. & MUN, S. K. 2012. Lessons Learned from Implementing the Patient-Centered Medical Home. *International Journal of Telemedicine and Applications*, 2012, 103685.
- HOFF, T., WELLER, W. & DEPUCCIO, M. 2012. The Patient-Centered Medical Home: A Review of Recent Research. *Medical Care Research and Review*, 69, 619-644.
- IMBAUD, C., GARASSUS, P., ANDRÉ, J.-M. & LANGEVIN, F. 2016. Le développement de centres de santé pluridisciplinaires de proximité en Allemagne : les Medizinische Versorgungszentren. *Santé Publique*, 28, 555-568.
- LEGENDRE, R. 2005. *Dictionnaire actuel de l'éducation*, Montréal, Guérin.
- PERONE, N., FILLIETTAZ, S., WALDVOGEL, F., SOMMER, J., SCHALLER, P. & BALAVOINE, J.-F. 2022. Identification du patient complexe pour une prise en charge interprofessionnelle. *Revue médicale suisse*, 8, 560-565.
- PERRIER-GROS-CLAUDE, O., BUSNEL, C., VALLET, F. & SOMMER, J. 2023. Collaboration dans les soins à domiciles: Réseau Interprofessionnel Ambulatoire de Proximité *Revue Médicale Suisse*, 19, 430-433.
- PETTICREW, M., KNAI, C., THOMAS, J., REHFUESS, E. A., NOYES, J., GERHARDUS, A., GRIMSHAW, J. M., RUTTER, H. & MCGILL, E. 2019. Implications of a complexity perspective for systematic reviews and guideline development in health decision making. *BMJ Global Health*, 4, e000899.
- RAWLINSON, C., CARRON, T., COHIDON, C., ARDITI, C., HONG, Q. N., PLUYE, P., PEYTREMANN-BRIDEVAUX, I. & GILLES, I. 2021. An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators. *International journal of integrated care*, 21, 32-32.
- SMITH, J. D., LI, D. H. & RAFFERTY, M. R. 2020. The Implementation Research Logic Model: a method for planning, executing, reporting, and synthesizing implementation projects. *Implementation Science*, 15, 84.
- SUTHERLAND, B. L., PECANAC, K., LABORDE, T. M., BARTELS, C. M. & BRENNAN, M. B. 2022. Good working relationships: how healthcare system proximity influences trust between healthcare workers. *Journal of Interprofessional Care*, 36, 331-339.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION 2010. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice (No. WHO/HRH/HPN/10.3). *World Health Organization*.