



Réseau
Québécois des
Pharmaciens GMF

ÉNONCÉ DE POSITION
SUR LA PRÉSENCE DE PHARMACIENS DANS LES
GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE DU QUÉBEC

Avis rédigé par l'équipe de recherche du
Réseau Québécois des Pharmaciens GMF

DÉCEMBRE 2020

NOTE AU LECTEUR

Le **Réseau Québécois des Pharmaciens GMF (RQP GMF)** a été créé grâce à une subvention du Cercle du Doyen de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal et du Réseau québécois de recherche sur les médicaments (RQRM). Le RQP GMF est une communauté de pratique spécifique à l'exercice de la pharmacie en GMF et a pour but d'optimiser les soins pharmaceutiques en partenariat avec le patient dans les équipes interdisciplinaires de première ligne en favorisant le transfert et le partage des connaissances ainsi que la collaboration intra et interprofessionnelle. Le réseau STAT (www.reseaustat.ca) du RQRM est une plateforme d'échange sécurisée sur les pratiques pharmaceutiques de première ligne et héberge la communauté de pratique des pharmaciens GMF. Une équipe de recherche, un comité de travail de pharmaciens GMF et un comité avisé, composé de représentants des principaux organismes et associations québécoises en pharmacie, viennent appuyer le fonctionnement de cette communauté de pratique, en colligeant et partageant des données utiles aux cliniciens et décideurs. Une analyse de besoins¹ en début de projet a permis d'identifier les activités phares de la communauté et de définir la pratique des pharmaciens GMF, notamment le temps pharmacien travaillé au GMF, le niveau d'intégration dans l'équipe et le type d'activités cliniques réalisées auprès des patients et de l'équipe. La communauté de pratique RQP GMF regroupe actuellement plus de 330 pharmaciens GMF, selon la dernière mise à jour d'octobre 2020.

RÉDACTION

Équipe de recherche du RQP GMF

Anne Maheu, B.Pharm., M.Sc., Fellow de l'Ordre des pharmaciens du Québec (FOPQ)
Directrice du Réseau STAT et coordonnatrice du projet de recherche du RQP GMF
Pharmacienne GMF-U, Bordeaux-Cartierville, CIUSSS Nord-de-l'île-de-Montréal
Clinicienne associée, Faculté de pharmacie, Université de Montréal

Line Guénette, B.Pharm., M.Sc., Ph.D.
Professeure titulaire, Faculté de pharmacie, Université Laval
Chercheure, Axe Santé des populations et pratiques optimales en santé, Centre de recherche du CHU de Québec

Marie-Claude Vanier, B.Pharm., M.Sc.
Professeure titulaire de clinique, Faculté de pharmacie, Université de Montréal
Pharmacienne GMF-U Laval, Cité de la santé de Laval, CISSS Laval
Co-titulaire clinicienne, Chaire Sanofi Aventis en soins pharmaceutiques ambulatoires

Nicolas Dugré, Pharm.D., M.Sc., BCPAC
Professeur adjoint de clinique, Faculté de pharmacie, Université de Montréal
Pharmacien GMF-U Sacré-Cœur, CIUSSS Nord-de-l'île-de-Montréal

Léonie Rouleau, Pharm.D., Ph.D.
Collaboratrice au Réseau Québécois des Pharmaciens GMF
Pharmacienne communautaire, Clinicienne associée, Université de Montréal et Université Laval

CONSULTATIONS

Comité aviseur

Patrick Boudreault, B.Pharm., M.Sc., LL.B.
Directeur des affaires externes et du soutien professionnel, Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ)

Dominique Chrétien, B.Pharm., M.Sc.
Pharmacienne GMF Proactive Santé St-Roch, CIUSSS de la Capitale-Nationale

François E. Lalonde, B.Pharm., M.Sc.
Adjoint professionnel à la direction générale
Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.)

Marie-Line Renaud, Pharm.D.
Clinique Plein Ciel du GMF Cosmopolite de St-Laurent, CIUSSS Nord-de-l'île-de-Montréal

Karina Savoie, Pharm.D.
Présidente, Association professionnelle des pharmaciens salariés du Québec (APPSQ)
Pharmacienne communautaire et pharmacienne GMF

RÉVISION

Comité de travail

Stéphanie Carreau, Pharm.D., M.Sc.

Pharmacienne GMF-U Sacré-Cœur, CIUSSS Nord-de-l'île-de-Montréal

Stéphane Côté, B.Pharm., Diplôme de 2^e cycle en pharmacie communautaire

GMF des Abénakis, CISSS de Chaudière-Appalaches

Charles Dagenais, Pharm.D.

GMF Clinique Médicale Pierre-Bertrand, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Carine Gosselin-Papadopoulos, B.Pharm.

GMF de l'Outaouais; GMF de Gatineau, CISSS de l'Outaouais

Guyline Jacques, B.Pharm.

GMF Le Carrefour Médical, CISSS Laval

Valérie Paquet, B.Pharm., M.Sc.

GMF-U Jacques-Cartier, CIUSSS Estrie-CHUS

Léa Prince-Duthel, B.Pharm.

Pharmacienne GMF du Sud-Ouest, CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

Jacynthe Roy-Petit, B.Pharm., M.Sc.

GMF-U des Deux-Rives, CIUSSS Estrie-CHUS

Alain Rouillard, Pharm.D., Ph.D.

GMF Nouvelle-Beauce, CISSS de Chaudière-Appalaches

Isabelle Tremblay, B.Pharm., M.B.A., Fellow de l'Ordre des pharmaciens du Québec (FOPQ)

GMF Cyriac et GMF Lac St-Jean Est, CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean

REMERCIEMENTS

L'équipe de recherche du RQP GMF tient également à remercier les membres du RQP GMF pour leurs commentaires et intérêt pour l'énoncé de position.

OBJET DE L'ÉNONCÉ DE POSITION

Le pharmacien de Groupe de médecine de famille (GMF) est un acteur clé en soins primaires dans le réseau de la santé. Bien que des pharmaciens exercent dans la majorité des GMF du Québec, à l'heure actuelle, leur présence n'est en moyenne que de 16 heures par semaine¹. Cette présence limitée est un frein majeur pour que ces professionnels de première ligne puissent jouer pleinement leur rôle et à l'obtention de tous les bénéfices attendus auprès de leurs patients¹. Le Réseau québécois des pharmaciens GMF (RQP GMF), soutenu par son équipe de recherche, croit fermement qu'**une augmentation de la présence du pharmacien dans les GMF est nécessaire pour maximiser les bénéfices pour les patients et l'efficacité du système de santé**. Ceci est particulièrement important dans le contexte de l'élargissement du champ d'activités récemment accordé aux pharmaciens². D'ailleurs nous adhérons à la position de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux qui prône une meilleure accessibilité aux services des pharmaciens en augmentant leur nombre et leur présence dans les équipes de soins primaires du Canada³.

MISE EN CONTEXTE

Depuis les dernières années et avec la population vieillissante, nous observons une augmentation du nombre de médicaments consommés et de la complexité des pharmacothérapies. En fait, chez les personnes de 65-74 ans, 20 % consomment régulièrement plus de 10 médicaments et, chez les 85 ans et plus, cette proportion est de 40 %⁴. La polymédication augmente le risque de problèmes reliés à la pharmacothérapie (PRP)⁵, dont l'utilisation de médicaments inappropriés. Au Québec, 12 % des personnes âgées de 65 ans ou plus utilisent des benzodiazépines de façon chronique comparativement à 6,7 % en moyenne au Canada⁶ et 19,7 % des Québécois de 85 ans ou plus en utilisent⁶. La polymédication peut aussi augmenter la complexité du régime thérapeutique⁷ et diminuer l'adhésion à la thérapie⁸. Tous ces facteurs sont associés à une augmentation des hospitalisations chez les personnes âgées⁹⁻¹⁰ ainsi que de la morbidité, de la mortalité et des coûts des soins de santé¹¹. Environ 25 % des hospitalisations en médecine générale et bon nombre des visites à l'urgence sont directement associées à des événements indésirables liés aux médicaments; de ce nombre, on estime que 70 % pourraient être évitées¹².

La gestion optimale des maladies chroniques en première ligne diminue le risque de complications importantes et est plus performante au niveau coût-efficacité qu'une gestion en soins aigus¹³⁻¹⁴. Il a été démontré, en contexte de soins primaires, que les pharmaciens améliorent la pharmacothérapie, réduisent l'utilisation des services de santé et les coûts en médicaments, et contribuent à l'amélioration clinique de plusieurs conditions de santé¹⁵⁻¹⁶. **La présence des pharmaciens à chaque niveau du système de santé est donc un gage de soins de santé de qualité tout en assurant une thérapie médicamenteuse optimale et en diminuant les risques d'événements indésirables et coûteux reliés à la médication.**

Le Programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF est présentement en révision; nous jugeons qu'il est opportun de revoir le financement lié au pharmacien GMF puisque le budget alloué pour celui-ci n'a pas changé depuis son intégration dans l'équipe GMF en 2015. L'étape de projet pilote est derrière nous, le pharmacien est bien intégré dans son milieu de travail et réalise pleinement le mandat que lui a confié le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). L'arrivée des activités reliées au projet de loi 31 vient également élargir les possibilités de sa contribution à la première ligne. Le temps limité de 16 heures par semaine en moyenne de présence pharmacien dans les GMF constitue un frein majeur et le principal enjeu de sa contribution optimale¹.

RÔLE DU PHARMACIEN EN GMF

Le pharmacien est l'expert de la thérapie médicamenteuse et des soins pharmaceutiques^{1,17}. Lorsque dédié aux patients inscrits au GMF, il collabore avec ses collègues médecins et autres professionnels du GMF et les soutient dans la prévention et le traitement des maladies et le suivi des patients^{1,17}. Le pharmacien GMF est notamment impliqué dans l'évaluation des risques et bénéfices de chaque médicament en lien avec l'état clinique du patient et de ses objectifs de santé afin d'identifier ceux qui sont non nécessaires, potentiellement nuisibles, mal ajustés, ou manquants et ainsi optimiser la pharmacothérapie^{1,17}. Il s'assure que toutes les interventions non-pharmacologiques appropriées ont été mises en place, que le patient adhère à son traitement et qu'il l'utilise de manière adéquate^{1,17}. **Il participe à la prescription, ajuste les médicaments et est directement engagé dans le suivi des patients pour l'atteinte des objectifs visés, en collaboration avec les autres professionnels du GMF^{1,17}.** Les patients plus vulnérables ou polymédicamentés ayant des besoins complexes bénéficient particulièrement de l'expertise et du soutien du pharmacien GMF, par exemple: les patients âgés, les patients ayant des maladies chroniques, les patients particulièrement sensibles aux effets indésirables des médicaments et ceux ayant vécu plusieurs échecs thérapeutiques ou ayant des problématiques de santé mentale¹⁷⁻¹⁸. L'ajustement de la pharmacothérapie de ces patients par le pharmacien GMF pourrait notamment permettre de diminuer la fréquence des consultations médicales et ainsi favoriser l'accès à un médecin de famille à un plus grand nombre de patients. Pour assurer la continuité des soins, le pharmacien GMF collabore avec des équipes et des professionnels de la santé à l'extérieur du GMF comme les cliniques de diabète, de la douleur, le soutien à domicile (SAD) et les pharmaciens communautaires et d'établissements. Dans le contexte des nouveautés thérapeutiques qui ont explosé dans les dernières années, le pharmacien GMF demeure l'expert au GMF pour aider ses collègues médecins et infirmières à se positionner par rapport au meilleur traitement pour le patient et ainsi **s'assurer que le bon médicament est prescrit au bon patient, au bon moment et pris de la bonne façon.**

BÉNÉFICES ASSOCIÉS À LA PRÉSENCE DE PHARMACIENS DANS LES ÉQUIPES DE SOINS PRIMAIRES

Que ce soit pour cesser un médicament (déprescrire) pris pendant plusieurs années mais désormais non nécessaire ou nuisible, l'ajout ou l'ajustement de médicaments, le pharmacien en équipe de soins primaires accompagne le patient dans sa démarche vers l'amélioration de sa santé et des traitements médicamenteux les mieux adaptés à sa réalité, lui procurant ainsi une expérience de soins et des résultats de santé optimaux^{14,16,18-26}.

Interventions du pharmacien en équipe de soins primaires

Le pharmacien en équipe de soins primaires prévient, détecte et résout des problèmes liés à la pharmacothérapie (PRP)^{18,20,23,24} et améliore la satisfaction des patients^{14,15,19,21,22}. Ses interventions sont bénéfiques notamment pour :

- diminuer les effets indésirables²¹
- augmenter l'adhésion au traitement^{18,21, 22}
- réduire le nombre de médicaments au profil pharmacologique et la complexité du régime thérapeutique¹⁸
- augmenter la proportion de patients qui atteignent leurs cibles thérapeutiques (par exemple TA, HbA1c, INR, douleur chronique)^{14,16,20, 22,25,26}
- augmenter la satisfaction des médecins à faire leur travail^{19,27}
- optimiser les coûts des soins de santé¹⁴

ACTIVITÉS DE LIAISON

Le pharmacien GMF est avant tout un pharmacien; il comprend et parle le « langage » des pharmaciens, ce qui facilite la communication avec ces derniers. **Étant un membre à part entière de l'équipe clinique du GMF et ayant accès au dossier médical électronique (DME), le pharmacien GMF est dans une position unique pour jouer un rôle de liaison avec les pharmaciens communautaires et d'établissements. Ses interventions sont ainsi efficaces et intégrées et permettent d'optimiser les trajectoires de soins pharmaceutiques entre les milieux de soins primaires, secondaires et tertiaires.** Par exemple, il peut s'assurer de poursuivre la mise en œuvre d'un plan de soins initié lors d'une hospitalisation et ainsi éviter des ré-hospitalisations. Il travaille aussi avec le pharmacien communautaire avec qui il échange les informations nécessaires (ex: particularités du patient, objectifs/cibles thérapeutiques, etc.) pour faciliter la continuité des soins pharmaceutiques initiés au GMF et pour transférer le suivi pharmaceutique de certains patients (ex : hypertension, diabète, anticoagulothérapie, etc.).

EFFECTIFS DE PHARMACIENS GMF

En Ontario, la subvention initiale du programme IMPACT (« *Integrating Family Medicine and Pharmacy to Advance Primary Care Therapeutics* ») soutenait la présence d'un pharmacien équivalent temps complet (ETC) par 10 000 patients²⁷. En Angleterre, chacune des 1260 équipes de soins primaires (PCN = *primary care network*) devait avoir au moins un pharmacien dans leur équipe d'ici 2020²⁸. Les projections de 2023-2024 sont qu'une équipe typique desservant de 30 000 à 50 000 patients aura environ 5 pharmaciens amenant le nombre de pharmaciens dans les équipes de soins primaires à 7 000 en Angleterre²⁹⁻³⁰. Au Québec, le financement actuel du MSSS correspond à environ 0,2 ETC (1 journée par semaine) par 10 000 patients inscrits (GMF de niveau 2) selon une analyse complétée pour le Comité régional des services pharmaceutiques (CRSP) de Montréal en mars 2019³¹. Des auteurs québécois prônent un ratio d'un ETC pharmacien GMF pour dix (10) ETC médecins œuvrant dans une clinique médicale; assumant qu'un médecin a en moyenne une clientèle de 1 000 patients, ce modèle revient à 1 ETC par 10 000 patients³²⁻³³.

CONCLUSION

Il a été démontré, en contexte de soins de soins primaires, que les pharmaciens améliorent la pharmacothérapie, réduisent l'utilisation des services de santé et les coûts en médicaments, et contribuent à l'amélioration clinique de plusieurs conditions de santé¹⁵⁻¹⁶. Le pharmacien en équipe de soins primaires prévient, détecte et résout des problèmes liés à la pharmacothérapie (PRP)^{18,20,23,24} et améliore la satisfaction des patients^{14,15,19,21,22}. Ses interventions se répercutent notamment sur : une diminution des effets indésirables²¹, une augmentation de l'adhésion au traitement^{18,21,22}, une réduction du nombre de médicaments au profil pharmacologique¹⁸, une diminution de la complexité du régime thérapeutique¹⁸, une augmentation de la proportion de patients qui atteignent leurs cibles thérapeutiques^{14,16,20,22,25-26}, une augmentation de la satisfaction des médecins à faire leur travail^{19,27} et une optimisation des coûts des soins de santé¹⁴. Le pharmacien GMF participe à la prescription, ajuste les médicaments et est directement engagé dans le suivi des patients pour l'atteinte des objectifs visés, en collaboration avec les autres professionnels du GMF^{1,17}. Les patients ayant des besoins complexes tels que, les patients âgés, les patients ayant des maladies chroniques, les patients particulièrement sensibles aux effets indésirables des médicaments et ceux ayant vécu plusieurs échecs thérapeutiques ou ayant des problématiques de santé mentale bénéficient particulièrement de l'expertise et du soutien du pharmacien GMF¹⁷⁻¹⁸. Le pharmacien GMF est un membre à part entière de l'équipe de soins de première ligne et il est un joueur incontournable au sein du système de santé en permettant l'accessibilité de la population à des soins pharmaceutiques optimaux et intégrés.

RECOMMANDATIONS DU RQP GMF

Recommandation N° 1 : Considérant que 86 % des GMF avaient une entente de services avec un pharmacien GMF en novembre 2020³⁴, nous recommandons que des **pharmaciens soient intégrés dans tous les GMF du Québec.**

Recommandation N° 2 : Considérant que les pharmaciens GMF ne sont présents en moyenne que 16 heures par semaine¹ et que cette présence « limitée » est un frein majeur pour qu'ils jouent pleinement leur rôle et maximisent ainsi les bénéfices pour les patients et l'efficacité du système de santé, nous recommandons le **rehaussement du temps pharmacien à un ETC pharmacien par 10 000 patients inscrits au GMF.**

Recommandation N° 3 : Considérant que le RQP GMF a développé une expertise sur la pratique des pharmaciens en GMF et que ceux-ci sont maintenant des acteurs incontournables des GMF, **nous souhaitons être consultés dans la refonte du Programme** et toute autre table/discussion en lien avec la pratique des pharmaciens en GMF.

RÉFÉRENCES

1. Guénette L, Maheu A, Vanier MC, Rouleau L, Dugré N, Lalonde L. Pharmacists practising in family medicine groups: What are their activities and needs? *J Clin Pharm Ther.* 2019;00:1-10.
2. Projet de Loi 31 : Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services. Québec (QC), 2020. Assemblée Nationale. Consulté 6 décembre 2020. [en ligne] <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2020C4F.PDF&fbclid=IwAR3tP4yw5vUYR5KHt0PpDDIfpcglURcdP7owk1McjHj0OCrcVeCSMSMHTzo>
3. Team-Based Primary Care Pharmacists Position Statement. Ottawa (ON): Canadian Society for Hospital Pharmacists; 2020. Consulté le 8 décembre 2020. [en ligne] <https://cshp.ca/sites/default/files/files/publications/Official%20Publications/Position%20Statements/Team-Based%20Primary%20Care%20Pharmacists%20Position%20Statement.pdf>
4. Réseau canadien pour la déprescription. Rapport annuel 2016. p 5. Consulté 9 novembre 2020. [en ligne] <https://www.reseaudeprescription.ca/>
5. Kovacevic SV, Miljkovic B, Culafic M, Kovacevic M, Golubovic B, Jovanovic M, Vucicevic K, de Gier JJ. Evaluation of drug-related problems in older polypharmacy primary care patients. *J Eval Clin Pract.* 2017;23:860-5.
6. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2018. Ottawa (ON). Gouvernement du Canada. Données de 2018. [en ligne] <https://www.cihi.ca/fr>
7. Wimmer BC, Johnell K, Fastbom J, Wiese MD, Bell JS. Factors associated with medication regimen complexity in older people: a cross-sectional population-based study. *Eur J Clin Pharmacol.* 2015;71(9):1099-108.
8. Pasina L, Brucato AL, Falcone C, Cucchi E, Bresciani A, Sottocorno M, et al. Medication non-adherence among elderly patients newly discharged and receiving polypharmacy. *Drugs & aging.* 2014;31(4):283-9.
9. Al Hamid A, Ghaleb M, Aljadhey H, Aslanpour Z. A systematic review of hospitalization resulting from medicine-related problems in adult patients. *Br J Clin Pharmacol.* 2014;78(2):202-17.
10. Lalic S, Sluggett JK, Ilomaki J, Wimmer BC, Tan EC, Robson L, et al. Polypharmacy and Medication Regimen Complexity as Risk Factors for Hospitalization Among Residents of Long-Term Care Facilities: A Prospective Cohort Study. *J Am Med Dir Assoc.* 2016;17(11):1067.e1-.e6.
11. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2007;5(4):345-51.
12. Zed P. Événements indésirables liés aux médicaments. *Can J Hosp Pharm.* 2011;64(5):309-10.
13. Long S. The pharmacist's role in primary care within an integrated health system. *Healthc Pap.* 1999;1(1):82-7.
14. Simpson SH, Lier DA, Majumbar SR, Tsuyuki RT, Lewanczuk RZ, Spooner R, et al. Cost-effectiveness analysis of adding pharmacists to primary care teams to reduce cardiovascular risk in patients with type 2 diabetes: results from a randomized controlled trial. *Diabet Med.* 2015;32(7): 899-906
15. Nkansah N, Mostovetsky O, Yu C, et al. Effect of outpatient pharmacists' non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns. *Cochrane Database Syst Rev* 2010:CD000336.
16. Tan EC, Stewart K, Elliott RA, George J. Pharmacist services provided in general practice clinics: a systematic review and meta-analysis. *Res Social Adm Pharm.* 2014;10:608-22.
17. Cadre de gestion : Groupe de médecine de famille (GMF). Guide d'intégration des professionnels en GMF. Ministère de la santé et des services sociaux. (Direction des communications), ed., 2015. Consulté 9 novembre 2020. [en ligne] https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-920-03W_Fiches_GMF_Pharmacien.pdf
18. Samir Abdin M, Grenier-Gosselin L, Guenette L. Impact of pharmacists' interventions on the pharmacotherapy of patients with complex needs monitored in multidisciplinary primary care teams. *Int J Pharm Pract.* 2020; 28:75-83. doi: 10.1111/ijpp.12577

19. Bishop L, Young S, Twells L. et al. Patients' and physicians' satisfaction with a pharmacist managed anticoagulation program in a family medicine clinic. *BMC Res Notes*. 2015;8:233.
20. Dolovich L, Pottie K, Kaczorowski J, Farrell B, Austin Z, Rodriguez C, et al. Integrating family medicine and pharmacy to advance primary care therapeutics. *Clin Pharmacol Ther*. 2008;83(6):913-7.
21. Finley PR, Rens HR, Pont JT, Gess SL, Louie C, Bull SA, Lee JY, Bero LA. Impact of a collaborative care model on depression in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Pharmacotherapy*. 2003;23(9):1175-85.
22. Pousinho S, Morgado M, Falcão A, Alves G. Pharmacist Interventions in the Management of Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Manag Care Spec Pharm*. 2016;22(5):493-515.
23. Lenander C, Elfsson B, Danielsson B, Midlöv P, Hasselström J. Effects of a pharmacist-led structured medication review in primary care on drug-related problems and hospital admission rates: a randomized controlled trial. *Scand J Prim Health Care*. 2014;32:180-6.
24. Milos V, Rekman E, Bondesson A, Eriksson T, Jakobsson U, Westerlund T, Midlöv P. Improving the quality of pharmacotherapy in elderly primary care patients through medication reviews: a randomised controlled study. *Drugs Aging*. 2013;30:235-46.
25. Hammad EA, Yasein N, Tahaineh L, Albsoul-Younes AM. A Randomized Controlled Trial to Assess Pharmacist-Physician Collaborative Practice in the Management of Metabolic Syndrome in a University Medical Clinic in Jordan. *Journal of Managed Care Pharmacy*. 2011;17(4):295-303
26. Hunt JS, Siemieniczuk J, Pape G, Rozenfeld Y, MacKar J, LeBlanc BH, Touchette D. A Randomized Controlled Trial of Team-Based Care: Impact of Physician-Pharmacist Collaboration on Uncontrolled Hypertension. *J Gen Intern Med* 2008;23(12):1966-72
27. Dolovich L. Ontario pharmacists practicing in family health teams and the patient-centered medical home. *Ann Pharmacother*. 2012; 46 (4 Suppl): S33-9.
28. Pharmacists working in general practice increase by more than 40% in one year. 2019. The Pharmaceutical Journal. Royal Pharmaceutical Society. Consulté 10 juillet 2020. [en ligne] <https://www.pharmaceutical-journal.com/news-and-analysis/news-in-brief/pharmacists-working-in-general-practice-increase-by-more-than-40-in-one-year/20207405.article?firstPass=false>
29. Petty D. Clinical pharmacist roles in primary care networks. *Prescriber*. 2019. Consulté 10 juillet 2020. [en ligne] <https://www.prescriber.co.uk/article/clinical-pharmacist-roles-in-primary-care-networks/>.
30. Employing clinical pharmacists in GP practices. 2020. British Medical Association. Consulté 10 juillet 2020. [en ligne] <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/gp-practices/employment524advice/employing-clinical-pharmacists-in-gp-practices>.
31. Prise de position du CRSP de Montréal à propos du nouveau cadre ministériel sur les pharmaciens en GMF. Développé par Josée Anne Boucher (étudiante en stage STOP) sous la supervision de Jude Goulet et Venessa Kemp-Doyon. 29 mars 2019. Déposé et disponible sur Réseau STAT (www.reseaustat.ca).
32. Regroupement de pharmaciens experts en première ligne. Position de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec sur la présence de pharmaciens au sein des structures de soins de première ligne. Montréal: A.P.E.S.;2014 (rév. 2019). 20 p. Consulté 9 novembre 2020. [en ligne] https://www.apesquebec.org/sites/default/files/publications/enonces-de-positions/20140708_POSITION_pharm-1re-ligne_rev-20190215.pdf
33. Un accès à un médecin de famille à géométrie variable. *Le Devoir*. 16 juillet 2018. Dr. Louis Godin (président-directeur général de la FMOQ). Consulté 15 novembre 2020. [en ligne] <https://www.ledevoir.com/societe/sante/532490/medecin-de-famille-un-acces-a-geometrie-variable>.
34. Ministère de la santé et des services sociaux. Direction des services de proximité en santé physique. Communication personnelle, 19 novembre 2020.