

# Élaboration d'un plan d'effectifs selon les principes de l'offre de soins pharmaceutiques en vigueur à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Mary Ghattas<sup>1-3</sup>, B.Pharm., Wen-Yuan Johnson Kuan<sup>1,2,4</sup>, Pharm.D., Justine Pagé<sup>1,2,5</sup>, Pharm.D., Aurélie Plante-Proulx<sup>1,2,6</sup>, Pharm.D., Julie Racicot<sup>7-9</sup>, B.Pharm., M.Sc., Isabelle Taillon<sup>7,10,11</sup>, B.Pharm., M.Sc., FOPQ

<sup>1</sup>Candidat à la maîtrise en pharmacothérapie avancée au moment de la rédaction, Faculté de pharmacie, Université Laval, Québec (Québec) Canada;

<sup>2</sup>Résident en pharmacie au moment de la rédaction Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval, Québec (Québec) Canada;

<sup>3</sup>Pharmacienne, Adjointe au chef du département de pharmacie, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, Hôpital du Suroît, Salaberry-de-Valleyfield (Québec) Canada;

<sup>4</sup>Pharmacien, Centre intégré de santé et services sociaux des Laurentides – Hôpital de Saint-Eustache, Saint-Eustache (Québec), Canada;

<sup>5</sup>Pharmacienne, Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, site Hôtel-Dieu de Lévis, Lévis (Québec) Canada;

<sup>6</sup>Pharmacienne, Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, Hôtel-Dieu d'Arthabaska, Victoriaville (Québec) Canada

<sup>7</sup>Pharmacienne, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval, Québec (Québec) Canada;

<sup>8</sup>Chef du Département de pharmacie, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval, Québec (Québec) Canada;

<sup>9</sup>Professeure de clinique, Faculté de pharmacie, Université Laval, Québec (Québec) Canada;

<sup>10</sup>Professeure agrégée de clinique, Faculté de pharmacie, Université Laval, Québec (Québec) Canada;

<sup>11</sup>Chef adjointe du Département de pharmacie, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval, Québec (Québec) Canada

---

*Reçu le 20 novembre 2019; Accepté après révision le 1er février 2020*

---

## Résumé

**Objectif :** Structurer l'application de l'offre de soins et services pharmaceutiques de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval en élaborant un plan d'effectifs pour assurer la continuité des soins et services pharmaceutiques dans l'établissement.

**Description de la problématique :** On s'attend à ce que les départements de pharmacie des établissements de santé québécois mettent sur pied une offre de soins pharmaceutiques reflétant les besoins de leur clientèle et déterminent la répartition optimale de leurs effectifs pour assurer l'application d'une telle offre. Peu de repères sont cependant fournis pour orienter la conduite dans l'élaboration et le déploiement de l'offre de soins pharmaceutiques, ainsi que dans l'adaptation à un contexte de pénurie.

**Résolution de la problématique :** La couverture actuelle réelle en pharmaciens au sein des secteurs cliniques de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval a été comparée à la couverture nécessaire à l'application intégrale du modèle d'offre de soins pharmaceutiques actuel de cet établissement. Ensuite, les pharmaciens du milieu ont fait valoir leur perception à ce sujet au moyen d'un sondage, ce qui nous a amenés à déterminer une répartition des effectifs en contexte de pénurie.

**Conclusion :** Notre étude a permis l'élaboration d'un plan d'effectifs à l'image de la couverture réelle en pharmaciens des secteurs cliniques à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval et de la perception des pharmaciens du milieu. Cet exercice de rationalisation des ressources pourrait inspirer d'autres établissements québécois et a révélé que des pistes d'amélioration des offres de soins actuellement en vigueur pourraient être explorées, notamment à l'urgence.

**Mots clés :** Offre de soins pharmaceutiques, optimisation des ressources, plan d'effectifs, priorisation, répartition du temps pharmacien.

---

*Pour toute correspondance : Julie Racicot, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec- Université Laval, 2725, chemin Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4G5, CANADA; Téléphone : 418 656-8711 poste 3024; Courriel : julie.racicot@ssss.gouv.qc.ca*

## Introduction

Dans son plan stratégique de 2015-2020 et aux prises avec des besoins sans cesse croissants en matière de santé et de services sociaux et un contexte de pénurie de main-d'œuvre, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) énonçait la nécessité d'amorcer un virage vers l'optimisation des ressources dans le domaine de la santé<sup>1</sup>. Des préoccupations similaires se dégageaient en 2014 du rapport du Vérificateur général du Québec. Ce document formulait, entre autres, la nécessité d'établir « des orientations relatives à la main-d'œuvre en pharmacie d'établissement, notamment quant à l'offre de services et à la hiérarchisation des services pharmaceutiques en fonction des besoins »<sup>2</sup>. Il indiquait également la pertinence de « déterminer une offre de services pharmaceutiques optimale en fonction du niveau d'activité, des spécialités et des patients pris en charge, laquelle indique notamment la hiérarchisation des services pharmaceutiques à offrir, les effectifs nécessaires et la répartition de ceux-ci »<sup>2</sup>. Dans le même ordre d'idées, l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.) invitait, en 2018, les départements de pharmacie des établissements de santé à se questionner sur leur couverture en soins et services pharmaceutiques des patientèles les plus vulnérables et à déployer une offre de soins pharmaceutiques reflétant les réalités du milieu, les besoins des patientèles desservies et l'actuel contexte de pénurie de main-d'œuvre<sup>3</sup>.

Hormis ces principes généraux, les établissements de santé québécois disposent toutefois de peu de repères pour orienter leur conduite dans la conception et le déploiement de leur offre de soins pharmaceutiques<sup>1-3</sup>. En oncologie, la littérature scientifique évoque des ratios du nombre maximal de patients dont un pharmacien devrait être responsable<sup>4</sup>. Dans ses standards de pratique, la Société australienne des pharmaciens hospitaliers propose également des ratios du nombre de patients à la charge d'un pharmacien selon le secteur clinique<sup>5</sup>. Cependant, de façon générale, les guides de pratique actuels informent peu sur la manière optimale de répartir les effectifs en pharmaciens<sup>3</sup>. L'objectif de cet article consiste donc à structurer l'application de l'offre de soins et services pharmaceutiques de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (IUCPQ-UL) en élaborant un plan d'effectifs pour assurer une continuité des soins et services pharmaceutiques dans l'établissement.

## Description de la problématique

Pour donner suite aux considérations exprimées dans le plan stratégique du MSSS et le rapport du Vérificateur général du Québec, l'IUCPQ-UL a amorcé, en 2016, une réorganisation complète de son modèle d'offre de soins pharmaceutiques pour s'arrimer davantage aux orientations de ces entités<sup>1,2,6,7</sup>. L'exercice, qui s'est échelonné de 2016 à 2018, a supposé la transition d'un modèle de dispensation des soins pharmaceutiques à certains patients de façon indifférenciée, à un modèle dans lequel la prise en charge des patients par le pharmacien est hiérarchisée selon des critères de vulnérabilité établis. En 2016, plusieurs secteurs cliniques de l'IUCPQ-UL ne bénéficiaient d'aucun pharmacien clinicien. Les problèmes soulevés étaient souvent confiés aux

pharmaciens à la validation des ordonnances, ce qui engorgeait le secteur. Selon les besoins et les demandes des médecins, les pharmaciens ont graduellement été répartis dans différents secteurs cliniques. Cette distribution s'est toutefois faite indépendamment des ressources disponibles et des besoins de la patientèle correspondant aux missions de l'établissement.

Le nouveau modèle définit trois échelons de priorisation des soins pharmaceutiques :

1. Les patients devant être pris en charge systématiquement par le pharmacien (idéalement en moins de 24 heures);
2. Ceux devant être pris en charge prioritairement (idéalement en moins de 48 à 72 heures);
3. Ceux aux prises avec une situation clinique particulière pour lesquels la prise en charge par le pharmacien est jugée pertinente (sélection du dossier basée sur l'évaluation d'un membre de l'équipe traitante ou le jugement du pharmacien et non sur des critères prédéterminés)<sup>6</sup>.

Les pharmaciens assument en tout temps la prise en charge du premier échelon, fins de semaine et jours fériés inclus, tandis que la couverture des deuxième et troisième échelons est tributaire des ressources pharmaciens disponibles. En place depuis plus de deux ans, ce modèle est désormais bien ancré dans le milieu<sup>6,7</sup>. Des offres de soins spécifiques propres à chaque secteur clinique ont par ailleurs été élaborées pour refléter leurs particularités contextuelles. Avec les ressources actuelles, le modèle prévoit que les pharmaciens assurent une couverture hiérarchisée de la totalité des secteurs cliniques. Pour chaque secteur clinique, le pharmacien assume notamment les tâches relatives au bilan comparatif des médicaments (BCM), à l'accès aux médicaments absents du formulaire, à l'antibiogouvernance, aux suivis liés à la Loi 41, etc. Le déploiement des offres de soins pharmaceutiques permet une gestion efficiente des ressources humaines du Département de pharmacie, mais le modèle actuel demeure peu explicite quant à la conduite à adopter en contexte d'effectif réduit<sup>7</sup>. De plus, à ce jour, même si les offres de soins pharmaceutiques de l'IUCPQ-UL sont bien implantées, peu de pistes de solution à des fins d'amélioration ont été explorées et les pharmaciens du milieu ne se sont pas formellement prononcés quant à leur perception du modèle en place.

## Résolution de la problématique

La colligation des données a eu lieu en deux temps et visait l'élaboration d'un plan d'effectifs reflétant les besoins du Département de pharmacie de l'IUCPQ-UL et l'exploration de pistes d'amélioration du modèle actuel d'organisation des soins pharmaceutiques.

Dans un premier temps, nous avons dressé le portrait réel de la couverture des patients par les pharmaciens dans les différents secteurs cliniques. L'exercice a consisté à établir un parallèle entre la couverture prévue selon les offres de soins pharmaceutiques en place dans chaque secteur et ce que réalisent vraiment les pharmaciens sur le terrain. Pour ce faire, du 3 au 5 juin 2019 inclusivement, nous avons généré à l'aide du système d'information de la pharmacie

(GesphaRx<sup>MD</sup>) les rapports préprogrammés permettant aux pharmaciens de repérer les patients les plus vulnérables selon l'offre de soins pharmaceutiques. Ces rapports nous ont permis de déterminer pour chaque secteur clinique le nombre de patients présentant des critères de prise en charge systématique et prioritaire. Parallèlement, lors des trois journées mentionnées, tous les pharmaciens de l'IUCPQ-UL ont reçu la consigne d'inscrire sur un outil de collecte standardisé les numéros des dossiers qu'ils avaient analysés ou révisés.

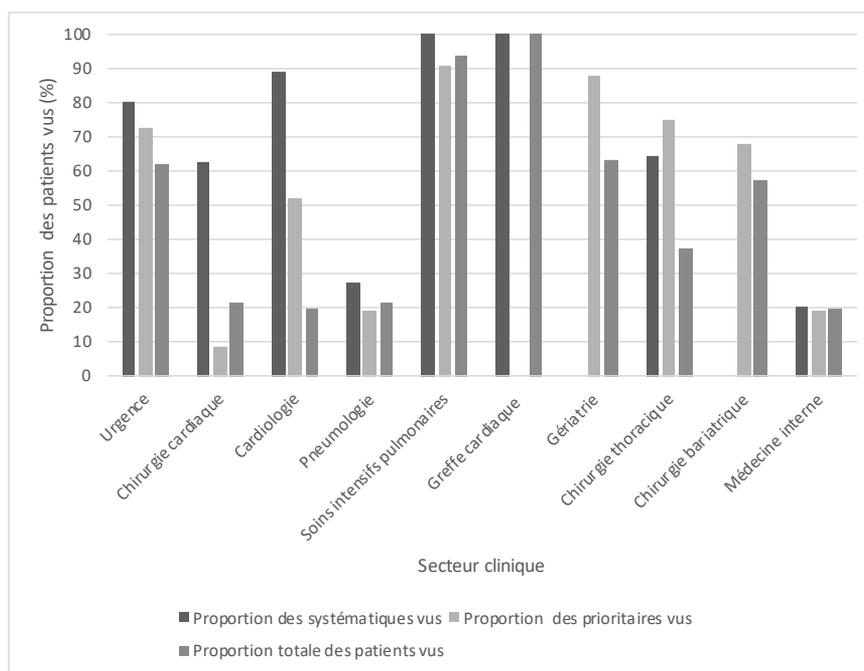
Subséquentement, nous avons pu établir une comparaison entre les dossiers devant être systématiquement ou prioritairement analysés selon les rapports générés et ceux réellement analysés par les pharmaciens selon l'outil de collecte. Quant aux dossiers que les pharmaciens ont analysés pour les patients ne présentant aucun critère de prise en charge systématique ou prioritaire, ils ont été déterminés par l'outil de collecte. Ultimement, ces étapes nous ont fourni une représentation plus juste de l'écart qui existe entre ce que prévoit idéalement l'offre de soins pharmaceutiques de l'IUCPQ-UL et ce que, compte tenu des ressources actuelles, les pharmaciens accomplissent effectivement dans chaque secteur clinique. Les résultats de cette analyse sont présentés à la figure 1.

Dans un deuxième temps, nous avons élaboré deux versions d'un sondage, l'une destinée aux pharmaciens œuvrant dans les cliniques ambulatoires (qui ne sont actuellement pas encadrées par une offre de soins pharmaceutiques) et l'autre destinée aux pharmaciens œuvrant dans les autres secteurs cliniques, et les avons envoyées à tous les pharmaciens de l'IUCPQ-UL (Annexe). Au moyen du sondage, seize pharmaciens se sont prononcés sur la possibilité ou non d'appliquer les principes de l'offre de soins pharmaceutiques en vigueur dans chacun de leurs secteurs cliniques avec les

ressources actuelles. Les informations tirées du sondage nous ont notamment permis de déterminer les secteurs pour lesquels la couverture en soins pharmaceutiques actuelle semble suffisante par rapport à l'offre de soins et ceux pour lesquels des ressources supplémentaires seraient souhaitables, en plus de nous révéler certaines pistes de solutions que les pharmaciens entendaient pour optimiser la prise en charge des patients. Cette étape a été cruciale pour l'élaboration d'un plan d'effectifs reflétant la réalité des pharmaciens. Les répondants ont donné leur consentement implicite à la publication des résultats du sondage.

Finalement, pour amalgamer en un tout cohérent les données objectives colligées à l'aide du premier volet du projet avec les données subjectives issues du sondage, nous avons comparé les résultats provenant de ces deux sources. De là a pris forme notre plan d'effectifs présenté au tableau I. Celui-ci illustre la couverture en pharmaciens du lundi au vendredi. La fin de semaine, deux pharmaciens travaillent à la validation des ordonnances et doivent également assurer les prises en charge systématiques des patients à l'urgence et sur les unités de soins.

Au terme de la collecte, nous avons rencontré la chef et la chef adjointe du Département de pharmacie de l'IUCPQ-UL, afin de définir la couverture en pharmaciens permettant l'application à 100 % du modèle en vigueur selon leur perspective. Cette estimation découle des offres de soins pharmaceutiques en place issues d'un souci de rationalisation, d'efficacité et de hiérarchisation des soins qui tiennent compte des ressources actuelles et n'est pas tirée d'une revue de littérature énonçant des ratios de pharmaciens ou de la réalisation de soins pharmaceutiques complets pour la totalité des patients. À ce chapitre, des travaux sont en cours entre l'A.P.E.S. et l'ensemble des établissements québécois.



**Figure 1.** Couverture réelle par le pharmacien des patients ciblés par l'offre de soins pharmaceutiques selon le secteur clinique

**Tableau I.** Plan d'effectifs du lundi au vendredi

Service clinique	Nombre d'ETP/ semaine souhaitable selon les gestionnaires	Nombre d'ETP/ semaine souhaitable selon les pharmaciens cliniciens	Actuel budgété (ETP/ semaine)	Nombre d'ETP/ semaine avec 85 % des effectifs	Nombre d'ETP/ semaine avec 75-80 % des effectifs	Nombre d'ETP/ semaine en rupture de services
Pneumologie (y compris SI pulmonaires et CFK)	2	1,5	1,2	1	1	0,2
Chirurgie thoracique et bariatrique	2	1,5	1	0,8	0,8	0,2
Cardiologie/UC	2	2	1	0,7	0,5	0,2
Chirurgie cardiaque/SI cardiaques	1,5	1,2	1	0,8	0,5	0,2
Gériatrie/soins palliatifs	1,2	0,8	0,8	0,5	0,4	0,2
Urgence	1,5	1,2	1	0,8	0,5	0,5
Clinique ambulatoire néphrologie	0,8	0,8	0,8	0,5	0,4	0,2
Médecine interne	0,5	0,5	0,2	0,2	0,2	0,1
Greffe (ambulatoire et patients hospitalisés)	1	1	1	0,6	0,6	0,4
Oncologie (ambulatoire et patients hospitalisés)	2	2	2	2	2	2
Insuffisance cardiaque (ambulatoire)	1	1	1	0,8	0,8	0,2
Validation des ordonnances	4	4	4	4	4	4
Clinique anticoagulothérapie	1	1	1	0,8	0,8	0,8
Aide clinique anticoagulothérapie <sup>a</sup>	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,3
Total	21	19	16,5	14	12,5	9,5

Abréviations : CFK : clinique de fibrose kystique; ETP : équivalent temps plein; SI : soins intensifs; UC : unité coronarienne a Renvoie à un deuxième pharmacien de soutien pour la réalisation de tâches relatives à la clinique d'anticoagulothérapie

## Discussion

La figure 1 illustre les discordances importantes qui existent entre les secteurs cliniques relativement à la capacité des pharmaciens à prendre en charge les patients, que ceux-ci présentent des critères systématiques, prioritaires ou qu'ils ne soient pas ciblés formellement par l'offre de soins pharmaceutiques. Notons, dans le cas de la greffe cardiaque, que tous les patients présentaient des critères de prise en charge systématique, d'où l'absence de patients dans la catégorie prioritaire. Inversement, en gériatrie, seule une patiente hospitalisée depuis deux mois, que le pharmacien n'avait pas vue lors des trois jours de collecte, présentait un critère de prise en charge systématique et aucun en chirurgie bariatrique, ce qui explique l'absence de patients nécessitant une prise en charge systématique.

Concernant les cliniques ambulatoires, comme elles ne bénéficient actuellement d'aucun encadrement par une offre de soins pharmaceutiques, les données ne peuvent pas être comparées directement à celles des autres secteurs. Toutefois, selon les observations faites pendant la période à l'étude, peu importe la clinique ambulatoire, tous les patients sans exception qui se sont présentés ou pour qui un suivi téléphonique était prévu ont été pris en charge par un pharmacien. Cette étude n'a pas pris en compte la présence d'étudiants au doctorat de premier cycle en pharmacie et de pharmaciens résidents à la maîtrise en pharmacothérapie avancée.

Le sondage a également généré des résultats très variables d'un secteur clinique à l'autre. Six pharmaciens (54,5 %)

pratiquant en clinique ambulatoire et 16 (80 %) œuvrant dans un ou plusieurs autres secteurs cliniques ont rempli le questionnaire. Parmi les éléments intéressants, on note que tous les pharmaciens ayant participé au sondage, qui exercent en chirurgie thoracique, greffe cardiaque, chirurgie bariatrique ou gériatrie, considèrent que le nombre d'heures allouées actuellement dans leur secteur est suffisant. Par ailleurs, selon le sondage, 50 % des pharmaciens disent réaliser une analyse complète des dossiers dans lesquels ils interviennent, tandis que 50 % réaliseraient plutôt une analyse ciblée en fonction d'un problème spécifique. À cet égard, tous les pharmaciens œuvrant dans les secteurs de la gériatrie, des soins intensifs pulmonaires et de la greffe cardiaque ont rapporté analyser les dossiers dans leur globalité. Inversement, une approche ciblée est préconisée par tous les pharmaciens de l'urgence. Ces observations s'expliquent par les contextes de pratique très différents d'un secteur clinique à l'autre, ce qui justifie une prise en charge plus ou moins circonscrite, adaptée notamment aux besoins du patient et des autres membres de l'équipe traitante. De plus, il convient de mettre en perspective la nature tertiaire des soins dispensés à l'UCPQ-UL, qui, dans certaines circonstances, justifie une prise en charge plus ciblée avant le transfert des patients dans leur établissement d'origine par exemple.

La figure 1 fait également ressortir deux secteurs cliniques, la médecine interne et la pneumologie, dont moins de 30 % des patients présentant des critères de prise en charge systématique ont été analysés par un pharmacien. La médecine interne n'est couverte par un pharmacien qu'à

raison de deux heures par jour, ce qui n'est visiblement pas suffisant pour appliquer intégralement l'offre de soins pharmaceutiques et qui ne permet pas de voir tous les patients ciblés dans les délais prévus. Les deux pharmaciens de ce secteur ayant répondu au sondage ont rapporté que les principaux obstacles à l'application de l'offre de soins étaient le nombre d'heures insuffisant et l'accessibilité restreinte aux dossiers médicaux. D'autre part, la pneumologie est couverte à raison d'un demi-équivalent temps plein (ETP) pharmacien par jour, qui doit assumer en outre les activités liées à la clinique ambulatoire de fibrose kystique en cas de nécessité (suivi pharmacocinétique des antibiotiques, explication des nouveaux traitements, etc.). Tous les pharmaciens de ce secteur clinique ayant répondu au sondage ont d'ailleurs signalé que le nombre d'heures allouées actuellement est insuffisant et qu'il représente l'obstacle principal à l'application complète de l'offre de soins.

Les résultats de notre étude révèlent que certains éléments pourraient être considérés dans l'optique d'une amélioration des offres de soins pharmaceutiques. Notamment, étant donné la brièveté du séjour des patients à l'urgence (durée moyenne de 12,35 heures), le délai de 72 heures pour la prise en charge des patients prioritaires actuellement prévu dans l'offre de soins pharmaceutiques serait à revoir<sup>8</sup>. Les données de la figure 1 laissent effectivement supposer que peu importe le critère (systématique ou prioritaire), les patients ciblés par le rapport préprogrammé sont tous pris en charge par le pharmacien de l'urgence en moins de 24 heures du lundi au vendredi. En outre, certains obstacles propres à l'urgence peuvent rendre les rapports préprogrammés de ciblage des patientèles vulnérables moins fiables. C'est le cas de la non-informatisation des données-patients lorsque la collecte de données n'a pas été effectuée au triage ou de la liste de médicaments du patient en raison de la brièveté du séjour. Les pharmaciens de l'établissement explorent actuellement d'autres méthodes de repérage des patients vulnérables, plus adaptées aux particularités de l'urgence que les rapports actuels et elles gagneraient à être intégrées formellement à l'offre de soins<sup>9</sup>.

Inspiré des résultats obtenus par la collecte de données et le sondage, le tableau I présente un plan d'effectifs selon différents scénarios. Le nombre actuel de pharmaciens budgétés afin de couvrir les secteurs cliniques et la validation des ordonnances s'élève à 16,5 ETP par semaine, du lundi au vendredi. Pour assurer une couverture minimale (prise en charge des patients systématiques, réponse aux demandes de consultation et validation des BCM) de chacun des secteurs cliniques et à la validation des ordonnances, 12,5 ETP par semaine sont nécessaires, ce qui représente 75 % à 80 % des effectifs. Soulignons que le plan d'effectifs proposé en cas de rupture de services ne prévoit jamais de découverte complète d'un secteur clinique, puisque le Département de pharmacie s'engage à offrir en permanence une couverture des patients présentant des critères systématiques. Un même pharmacien pourrait toutefois être appelé à couvrir plus d'un secteur clinique dans une même journée en cas de pénurie et devrait se consacrer aux patients les plus vulnérables repérés selon l'offre de soins.

Les résultats du sondage indiquent une différence notable entre le nombre d'ETP par semaine souhaité par les pharmaciens cliniciens pour assurer l'application complète

de l'offre de soins pharmaceutiques (19 ETP, ce qui représente l'ajout de deux à trois pharmaciens) et celui souhaité par la chef et la chef adjointe du Département de pharmacie (21 ETP, ce qui représente l'ajout de quatre à cinq pharmaciens). Cet écart peut être attribué au fait que, malgré le besoin qu'ils expriment à être plus nombreux dans certains secteurs, les pharmaciens ont développé des stratégies d'amélioration de leur efficacité, qui leur permettent de prendre en charge une majorité de patients vulnérables, constat ressortant d'ailleurs dans le sondage. Quant à la perception des gestionnaires du milieu, elle est plutôt teintée par les données issues de la littérature sur les modèles de dispensation des soins pharmaceutiques et d'études internes, et elles désirent que les offres de soins pharmaceutiques déployées soient respectées et permettent d'offrir plus de soins advenant l'ajout de ressources<sup>6,10</sup>.

Notre étude comporte néanmoins quelques limites. Tout d'abord, notre collecte de données ne s'étant échelonnée que sur trois jours en début d'été, les résultats ne sont pas forcément représentatifs de ce que nous aurions pu observer sur une plus longue période ou à une période de l'année plus fréquentée. Par ailleurs, en nous basant uniquement sur les rapports servant à prioriser les patients selon leur vulnérabilité pour ainsi les comptabiliser, nous avons fait abstraction de facteurs externes à l'offre de soins pharmaceutiques qui entrent en jeu pour chaque pharmacien dans la priorisation des patients, notamment le jugement clinique. De plus, bien qu'un patient puisse apparaître dans les rapports préprogrammés, nous n'avions aucune information sur le fait qu'il ait été pris en charge par un pharmacien dans les jours précédents, ce qui peut avoir altéré nos données. Nous appuyer sur les principes de l'offre de soins pharmaceutiques constituait toutefois la façon la plus objective de dresser le portrait de la couverture réelle des patients par les pharmaciens de chaque secteur clinique.

## Conclusion

La présente étude nous a permis d'établir le portrait de la couverture réelle en soins pharmaceutiques au sein de l'IUCPQ-UL et de la comparer à celle prévue dans les offres de soins. À la suite de cet exercice, un plan de pénurie a pu être élaboré de manière à maintenir la couverture minimale définie dans l'offre de soins pour l'ensemble des secteurs cliniques. Tout comme les offres de soins, ce plan sera entériné par la direction et le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Il pourra être appliqué pendant les vacances estivales ou la période des fêtes. Le retrait complet du pharmacien d'un secteur clinique n'est prévu dans aucune circonstance, à l'exception d'une situation de rupture de services. En effet, la hiérarchisation des soins pharmaceutiques assure minimalement une couverture des patients que le pharmacien doit prendre systématiquement en charge.

Diverses pistes d'amélioration des offres de soins actuelles auraient également avantage à être explorées à la lumière de cette étude, notamment à l'urgence. Une réflexion a pu être entamée pour la planification d'effectifs à plus long terme en fonction des offres de soins à l'IUCPQ-UL, quoique cet aspect nécessite davantage de réflexion et d'études. Des travaux, visant à définir des indicateurs, tels les ratios du

nombre de patients à prendre en charge par pharmacien et par secteur, seraient également pertinents pour préciser les attentes en matière de plan d'effectifs. Par ailleurs, d'autres établissements de santé québécois pourraient tirer profit du processus d'élaboration d'un plan d'effectifs dévoilé dans le présent article.

## Annexe

Cet article comporte une annexe; elle est disponible sur le site de *Pharmactuel* ([www.pharmactuel.com](http://www.pharmactuel.com)).

## Financement

Aucun financement en relation avec le présent article n'a été déclaré par les auteurs.

## Conflit d'intérêts

Tous les auteurs ont rempli et soumis le formulaire de l'ICMJE pour la divulgation de conflit d'intérêts potentiel. Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec le présent article.

## Références

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020. Québec: Bibliothèque et Archives nationales du Québec; 2017. 33 p.
2. Vérificateur général du Québec. Rapport du Vérificateur général du Québec à l'assemblée nationale pour l'année 2014-2015: Vérification de l'optimisation des ressources printemps 2014. Québec 2014. 292 p.
3. Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec. Recommandations sur la pratique de la pharmacie en établissement de santé, axe 1: soins pharmaceutiques. Montréal 2018. 77 p.
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de cancérologie. Recommandations sur le rôle du pharmacien en oncologie dans les établissements de santé: Rapport du Comité de l'évolution de la pratique des soins pharmaceutiques. Québec: Bibliothèque et Archives nationales du Québec; 2016. 85 p.
5. The Society of Hospital Pharmacists of Australia. Standards of practice for clinical pharmacy services: Chapter 9: Staffing levels and structure for the provision of clinical pharmacy services. *J Pharm Pract* 2013;43:s32-4.
6. Racicot J, Plante-Proulx A, Taillon I, Pelletier-St-Pierre AA, Lacroix C. Évaluation des interventions du pharmacien dans trois secteurs cliniques différents (cardiologie, pneumologie et médecine interne) selon le modèle traditionnel et le modèle décrit dans la nouvelle offre de soins pharmaceutiques de l'IUCPQ-UL. *Pharmactuel* 2018;51:170-9.
7. Département de pharmacie de l'IUCPQ-UL. Offre de soins pharmaceutiques générale de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval. Québec; 2017.
8. Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval. Rapport annuel de gestion 2017-2018. Québec 2018. 106 p.
9. Germain M, Tremblay C, Bernard-Genest M, Méthot J. Gestion et prévention des événements indésirables liés aux médicaments à l'urgence de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (IUCPQ-UL) : retombées de la participation du pharmacien. *Pharmactuel* 2018;51:24-34.
10. Boivin E, Racicot J, Drolet B. Évaluation de la qualité des bilans comparatifs des médicaments réalisés pour les usagers hospitalisés à l'IUCPQ-UL depuis l'urgence. *Pharmactuel* 2018;52:25-33.

## Abstract

**Objective:** To structure the deployment of the offer of pharmaceutical care and services at the IUCPQ-UL by developing a staffing plan to ensure the continuity of such care and services at this facility.

**Problem description:** Pharmacy departments in Quebec's healthcare facilities are expected to develop an offer of pharmaceutical care in line with the needs of their patient base and to determine the optimal allocation of their staff to ensure the deployment of this offer. However, few benchmarks are provided to guide the process of developing and deploying the offer of pharmaceutical care or of making adjustments in the context of a shortage.

**Problem resolution:** The current actual pharmacists coverage in the clinical sectors at the IUCPQ-UL were compared to the coverage required to fully implement the facility's current model of offering pharmaceutical care. Pharmacists were then surveyed for their perception which enabled us to determine staff allocation in the context of a shortage.

**Conclusion:** Our study led to the development of a staffing plan that reflects the actual pharmacists coverage in the IUCPQ-UL's clinical sectors and its pharmacists' perception. This resource rationalization exercise could inspire other Quebec facilities, and it showed that avenues for improving the current offers of care could be explored, particularly in the emergency department.

**Keywords:** Offer of pharmaceutical care, pharmacist time allotment, prioritization, resource optimization, staffing plan