



## COURANTES OU INUSITÉES: brèves histoires d'erreurs en pharmacie

Afin de permettre aux pharmaciens et à leur équipe d'en apprendre plus sur les risques en pharmacie, un bulletin illustrant des situations réelles vécues dans la pratique sera produit chaque printemps. Cette année, nous attirons votre attention sur quelques cas d'erreur typiques... ainsi que sur des situations plus inhabituelles, mais aux risques tangibles.

Toute ressemblance avec des cas réels est entièrement volontaire.

### Ne pas confondre

Un patient se présente à la pharmacie en se plaignant de constipation. Le pharmacien en service lui suggère des suppositoires à la glycérine. Le patient préférerait un médicament à prendre par la bouche. Le pharmacien lui en suggère un, mais précise que l'effet se fera sentir plusieurs heures plus tard, ce qui ne fait pas l'affaire du patient. Le pharmacien propose à nouveau les suppositoires, car c'est la solution la plus rapide. Le patient accepte et part avec la boîte.

Quelques heures plus tard, le patient, fâché, revient à la pharmacie en prétendant que le pharmacien lui a dit d'avaler les suppositoires! Le pharmacien, bien évidemment, nie. Le patient ayant peur de s'être empoisonné, le pharmacien le rassure: ingérer de la glycérine n'est heureusement pas toxique. Par contre, ce n'est pas la voie d'administration idéale!

Dans une autre pharmacie, un patient présente une ordonnance pour des gouttes contenant un corticostéroïde et un antibiotique afin de soigner une infection à l'oreille. Le médicament lui est servi en même temps que plusieurs autres et, malgré une étiquette spécifiant correctement la voie d'administration, le patient met les gouttes dans ses yeux plutôt que dans son oreille douloureuse, provoquant une irritation de ses globes oculaires.

Ces cas prouvent que les évidences des uns ne sont pas celles de tous, et que la communication est primordiale.

### Attention aux greffes

Deux patients ayant subi une greffe se font prescrire du Prograf<sup>md</sup>. Leurs pharmaciens respectifs servent 0,5 mg au lieu de 5 mg, comme prescrit. Dans les deux cas, après un mois de traitement à cette posologie, les patients ont dû être hospitalisés avec des conséquences non négligeables, dont l'administration de traitements anti-rejets. Certaines erreurs de teneur ne pardonnent pas, particulièrement celles impliquant des médicaments à indice thérapeutique étroit.



## La confidentialité est si fragile

S'il y a un aspect du travail du pharmacien qui peut être particulièrement délicat, c'est bien celui de la confidentialité des dossiers. Malheur au pharmacien qui parlera trop fort, car certains patients ressentent de l'inconfort lorsqu'ils doivent divulguer leur état de santé. D'autres vivent des situations délicates, dont le pharmacien n'a pas été informé.

Par exemple, lorsqu'une jeune femme enceinte, tout juste adulte, se présente à la pharmacie en compagnie de son conjoint et d'une dame plus âgée, le pharmacien en service présume que la dame en question est la mère de la jeune femme. Il sert le Diclectin<sup>md</sup> à la jeune femme, mais oublie de noter sa date d'accouchement prévue. Qu'à cela ne tienne, dans l'heure suivante il appelle au numéro noté au dossier, et lorsqu'une dame âgée répond, il entame la conversation en disant : « Lorsque vous êtes venue tout à l'heure à la pharmacie avec votre fille... ». Son interlocutrice l'informe qu'il doit faire erreur, que sa fille est à l'école. Le pharmacien, confus, ne peut que raccrocher en bafouillant et en espérant ne pas avoir causé d'ennuis à la jeune femme. Il s'empresse d'inscrire au dossier qu'il faut demander à la jeune femme son numéro de cellulaire lors de la prochaine visite.

Dans un autre cas, une mère de famille se présente à la pharmacie pour renouveler, comme c'est son habitude, tous les médicaments de sa maisonnée. Le pharmacien, en énumérant les médicaments à renouveler pour confirmer que la dame voulait les obtenir, mentionne le Viagra<sup>md</sup> inscrit au dossier du conjoint. Quelques heures plus tard, le monsieur en colère appelle le pharmacien. Il aurait voulu que sa

prescription de Viagra<sup>md</sup> reste confidentielle. Cependant, aucune note n'avait été inscrite au dossier au moment de la nouvelle prescription. Cela est promptement corrigé, mais trop tard pour le secret éventé.

## D'accord, c'est de l'onguent, mais...

Parfois le format d'un médicament peut induire un patient en erreur sur les quantités à utiliser. Cela est particulièrement vrai dans le cas des crèmes et des onguents. Par exemple, une mère doit appliquer une crème anesthésiante sur des plaques qui parsèment le corps de son enfant de deux ans. Devant le gros format du tube et la mention « appliquer en couche généreuse et recouvrir d'un pansement », la mère a enduit tout le corps de son enfant. Celui-ci a eu une réaction au produit, qui l'a rendu bleu et léthargique, nécessitant une hospitalisation. Chez un enfant aussi jeune, la crème aurait dû être appliquée uniquement sur les plaques.



## Stagiaire proactive

Qu'il soit salarié, suppléant ou propriétaire, maître de stage désigné ou non, le pharmacien travaillant avec un stagiaire est responsable des actes posés par ce dernier. La responsabilité peut sembler lourde, mais bien former un stagiaire peut être doublement payant.

On a vu un stagiaire en pharmacie servir à une patiente le bon antibiotique, du Clavulin<sup>md</sup>, et lui indiquer verbalement la bonne dose, tandis qu'une erreur de saisie informatique inscrivait une double dose sur l'étiquette. La patiente a

pris trois fois la mauvaise dose et a ensuite rappelé la pharmacie, car elle s'était mise à souffrir de diarrhées. Après avoir constaté son erreur, la stagiaire, en plus de confirmer verbalement la posologie et de préparer des comprimés supplémentaires pour terminer le traitement, a expliqué à la patiente comment procéder pour se réhydrater. Devant cette façon de faire proactive, la patiente s'est sentie écoutée, rassurée et prise en main. Bravo à la stagiaire et à son superviseur du moment.



## Allergique à quoi déjà ?

Certaines allergies, comme les allergies à la pénicilline, sont souvent rencontrées dans la pratique et les systèmes informatiques ont été conçus pour les documenter et les repérer. Par contre, dans les cas d'allergie à un ingrédient non médicinal, comme la menthe, non seulement les fonctionnalités informatiques ne permettent pas une inscription et un repérage aussi aisé, mais en plus les patients ne pensent pas toujours à les mentionner. Par exemple, un patient se fait servir du Maxalt<sup>md</sup> et il réalise seulement en l'avalant que le produit contient de la menthe, à laquelle il est allergique. Il n'avait pas spécifié cette allergie à son pharmacien. Le patient subit un choc anaphylactique et doit se rendre à l'hôpital. Par la suite, le pharmacien a multiplié les notes manuscrites dans le dossier de son patient, mais il s'est également entendu avec le patient pour que celui-ci mentionne toujours son allergie à la menthe avant d'accepter un nouveau médicament.

## Attention à vos tests

Une pharmacienne, histoire de vérifier si le médicament Complera<sup>md</sup> est couvert par la RAMQ, saisit une ordonnance fictive dans le dossier d'un patient choisi au hasard. Sa réponse obtenue, elle sert ensuite le Complera<sup>md</sup> à la patiente pour laquelle le médicament a été prescrit... en oubliant de supprimer l'ordonnance fictive! Quelques jours plus tard, le patient qui avait servi de cobaye reçoit du Complera<sup>md</sup> dans son pilulier. L'erreur a heureusement été découverte rapidement et n'a pas eu de conséquence sur la santé du patient. La pharmacienne a eu sa leçon avec ces transactions fictives.



## Noms similaires, molécules semblables, effets différents ?

Lors d'une nouvelle ordonnance, une patiente reçoit du Cipralext<sup>md</sup> au lieu du Celexa<sup>md</sup> prescrit. Elle prend le mauvais médicament pendant plusieurs mois et c'est lors d'une augmentation de dose que l'erreur est découverte. La patiente blâme cette erreur du pharmacien pour expliquer l'échec du traitement de sa dépression. Le lien entre les deux n'est pas clair, car les deux médicaments sont très semblables sur le plan moléculaire, mais l'erreur est indiscutable.

## La méthadone, encore et toujours

La prescription de méthadone a-t-elle été interprétée sans erreur? La dilution a-t-elle été effectuée avec rigueur? Le patient prend-il religieusement ses doses? Oui? Vous n'êtes cependant pas encore au bout de vos peines avec ce médicament délicat. En effet, la posologie de la méthadone varie énormément selon les individus. Par exemple, l'inversion des doses d'un couple sous traitement à la méthadone à la même pharmacie a eu des conséquences fâcheuses. La femme ayant reçu la dose destinée à son conjoint a absorbé dix fois la quantité de méthadone qu'elle devait prendre et elle s'est retrouvée rapidement à l'hôpital. Gardez l'œil ouvert et vérifiez l'identité de vos patients à l'aide de deux identifiants distincts.

## Morales de ces histoires

Par l'illustration de ces cas types, nous vous invitons à bien vérifier vos procédures et méthodes de travail pour prévenir les risques et éviter de vous reconnaître dans ce bulletin l'an prochain.

**Sur ce, bon printemps!**



### ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC

266, Notre-Dame Ouest  
Bureau 301  
Montréal (Qc) H2Y 1T6

Tél. 514 284-9588  
**Sans frais** 1 800 363-0324  
Télé. 514 284-3420

[ordrepharm@opq.org](mailto:ordrepharm@opq.org)

[www.opq.org](http://www.opq.org)

### FARPOQ

1010, rue Sherbrooke Ouest  
Suite 405  
Montréal (Qc) H3A 2R7

Tél. 514 281-0300  
**Sans frais** 1 877 281-0309  
Télé. 514 281-0881

[info@farpopq.com](mailto:info@farpopq.com)

[www.farpopq.com](http://www.farpopq.com)