



## D'AUTRES HISTOIRES D'ERREURS en pharmacie

Le printemps est de retour et tandis que les jardiniers retroussent leurs manches en prévision de la lutte aux mauvaises herbes, les pharmaciens et leur équipe doivent plutôt redoubler d'efforts dans leur bataille contre les situations pouvant mener à des erreurs. Il ne faudrait pas que de mauvaises habitudes prennent racine!

Pour aider les pharmaciens dans leur quotidien, voici un bulletin illustrant des situations réelles vécues dans la pratique. Certaines ont eu de graves conséquences, mais d'autres, heureusement, se sont révélées plutôt cocasses.

Toute ressemblance avec des cas réels est entièrement volontaire.

### Nez à nez

À la pharmacie, les patients s'attendent à ce qu'on leur remette des médicaments intacts et stériles. Parfois, ces mêmes patients ramènent des médicaments qu'ils ont cessés de prendre ou qu'ils n'ont tout simplement pas utilisés. Quand les rebuts des uns se retrouvent dans les sacs des autres, des problèmes surviennent.

Par exemple, il est arrivé qu'un patient quitte la pharmacie avec un vaporisateur nasal pour découvrir quelques jours plus tard que ledit vaporisateur était vide... parce qu'il avait été utilisé par d'autres narines avant les siennes! Le patient, dégoûté et préoccupé par les risques de contamination, a ramené le vaporisateur à la pharmacie. Le personnel en service a alors compris que le produit avait été destiné à la destruction. Par quel enchaînement d'événements s'était-il retrouvé entre les mains du patient? Mystère...

Depuis cet incident, les pharmaciens se sont empressés de mettre en place des procédures de destruction claires et précises.

### Season... quoi?

Les médicaments homonymes continuent de poser problème. Il suffit d'une lecture un peu trop rapide d'une ordonnance ou d'une calligraphie négligée pour confondre deux produits.

Par exemple, lors de deux services distincts, mais exécutés la même journée, un pharmacien a remis à ses patientes le contraceptif hormonal Seasonale<sup>MD</sup> au lieu du Seasonique<sup>MD</sup> prescrit. Heureusement, la seule différence entre les deux produits est la présence de sept comprimés inactifs dans le boîtier de Seasonale<sup>MD</sup>. La méprise a été rapidement constatée et corrigée.

Dans un autre cas, un patient a remis au pharmacien une ordonnance pour du Wellbutrin XL<sup>MD</sup> 150 mg, mais aurait reçu du Wellbutrin SR MD 150 mg à la place. Le mode de libération des deux produits étant différent, le patient allègue qu'à la suite de cette erreur, sa dépression est « revenue en force ».

Pour éviter ce genre de situation, assurez-vous d'avoir bien saisi le nom du médicament... et ce, de la première à la dernière lettre!



## Problèmes au volant

Il arrive qu'une erreur commise dans la pharmacie ait des conséquences touchant non seulement la santé immédiate des patients, mais également leurs conditions de vie.

Par exemple, lors d'un renouvellement, une patiente reçoit du Celebrex<sup>MD</sup> au lieu de son Dilantin<sup>MD</sup>. Étant donc privée de son médicament antiépileptique, elle fait une crise et est hospitalisée. L'erreur est découverte à l'hôpital et promptement corrigée. Cependant, la patiente n'est pas au bout de ses peines, car elle prétend qu'en raison de cette crise, son permis de conduire lui a été retiré. Cela lui occasionne, on l'imagine, certaines difficultés au quotidien.

Dans un autre cas, un patient devait recevoir de l'Imodium<sup>MD</sup> pour traiter une diarrhée. À la place, on lui remet de l'Ativan<sup>MD</sup>, selon la posologie destinée à l'Imodium<sup>MD</sup>: « un comprimé après chaque selle ». Plus tard ce même jour, le patient fait une selle, avale un comprimé, prend le volant et... s'endort, ce qui cause un accident! Heureusement, seule la voiture est endommagée. Voilà un autre patient devenu piéton... mais les conséquences auraient pu être beaucoup plus graves.



## Le feu aux fesses

À deux reprises, des patients se sont présentés à la pharmacie pour obtenir la pommade Nitrol, qui leur était prescrite pour soulager des fissures anales, et se sont retrouvés avec des fesses échauffées.

L'ordonnance de la première patiente précisait une concentration de 0,2 %, mais une technicienne inexpérimentée ne savait pas que cela requérait une préparation magistrale. Lors de sa vérification, le pharmacien n'a pas recherché tous les renseignements nécessaires pour valider correctement l'ordonnance. En conséquence, la pommade a été servie non diluée, avec une concentration de 2 %. La patiente, après une journée d'utilisation, a souffert de nausées, de maux de tête, d'une hausse de pression et d'un pouls plus rapide. Elle s'est rendue à l'hôpital, où la cause de ses malaises a été découverte.



Dans le cas du second patient, c'est l'ordonnance électronique qui a induit le pharmacien en erreur, car la concentration originale de 2 % du Nitrol y était inscrite, sans une modification manuscrite du médecin. Le pharmacien a réalisé l'erreur, mais seulement après le départ du patient. Lorsqu'il a communiqué avec ce dernier, il était trop tard, le patient avait déjà appliqué la pommade et souffrait grandement. Après avoir préparé une pommade correctement diluée, le pharmacien a fait livrer le produit au patient, qui a apprécié de ne pas avoir à se déplacer.

Ces deux cas nous rappellent que certains médicaments, selon l'intention thérapeutique, doivent être traités selon des formes ou des voies d'administration différentes.

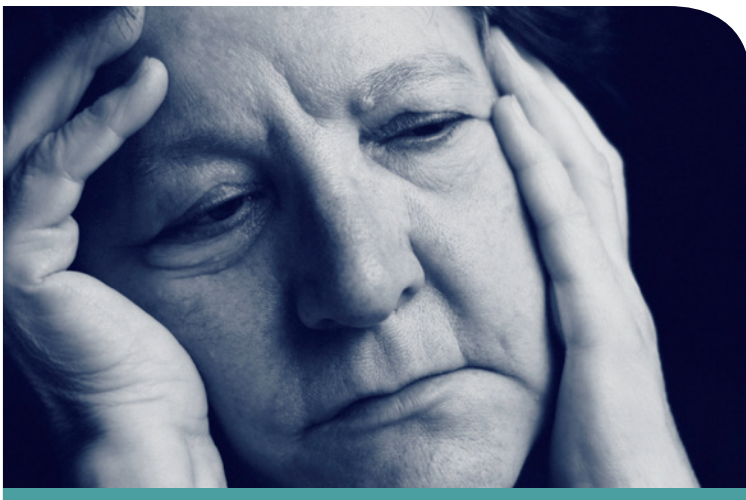
## Vérifier les exceptions

Un patient dialysé présente une ordonnance rédigée par une infirmière praticienne spécialisée, pour des comprimés de 50 000 UI de vitamine D, à prendre une fois par jour. La dose est exceptionnellement forte, mais l'ordonnance est claire. Le pharmacien remet le médicament tel que prescrit sans s'interroger sur l'intention thérapeutique. Un mois plus tard, le médecin du patient communique avec le pharmacien. La dose de vitamine D aurait dû être prise une fois par semaine. Le traitement est donc compromis.

## Quand le client communique mal

Parfois les gens ne communiquent pas bien leurs besoins, ce qui peut mener à des erreurs. Vaut mieux poser plus de questions que de risquer la confusion.

Par exemple, un homme se présente à la pharmacie et demande à une technicienne la différence entre le Peglyte<sup>MD</sup> et le Pedialyte<sup>MD</sup>. Elle réfère l'homme au pharmacien, mais, arrivé devant lui, l'homme ne répète pas sa question et présente simplement un papier portant la mention « Peglyte ». Le pharmacien lui remet le produit et s'informe de la date de l'examen. L'homme répond qu'il ne le sait pas, qu'il fait une commission pour son épouse. Le pharmacien demande si la dame a bien une feuille d'instructions pour la préparation à l'examen. L'homme hoche la tête. Le pharmacien interprète cela comme une affirmation, sans poser plus de questions.



Le lendemain, la fille de la dame appelle à la pharmacie et se plaint qu'on ait donné à sa mère, qui souffrait de diarrhée, un produit de lavement plutôt que la solution de réhydratation !

Par la suite, avec les conseils appropriés du pharmacien, la dame a pu se réhydrater à temps pour éviter une hospitalisation.

## Les petits caractères

Un homme demande au pharmacien un produit pour arrêter les saignements causés par des coupures de rasage. Le pharmacien lui suggère un crayon styptique à base d'aluminium, mais l'homme refuse sous prétexte que l'aluminium cause le cancer. Il veut, dit-il, un produit à base d'argent. Le pharmacien lui remet donc des bâtons de nitrate d'argent, sans penser qu'il est contre-indiqué d'utiliser du nitrate d'argent sur le visage, étant donné que le produit cause des taches noires. Quelques jours plus tard, l'homme revient à la pharmacie, très fâché, le visage constellé de taches. Puisqu'il travaille avec le public et doit maintenir une image soignée, l'homme a dû s'absenter de son poste jusqu'à la disparition des taches.



En cas de doute, avant de proposer un produit en vente libre à un patient, assurez-vous de relire les contre-indications inscrites en \*petits caractères\* et, surtout, d'en informer le patient !

## Tiré par les cheveux

Un patient, lors d'un renouvellement, a reçu des comprimés de Provera<sup>MD</sup> à la place du Proscar<sup>MD</sup> destiné à contrer sa perte de cheveux. La dose prise étant minime (¼ de 5 mg quotidiennement), le patient n'a pas souffert, mais il semble que son orgueil ait été blessé par l'idée d'avoir absorbé des hormones féminines durant un mois. On ne sait cependant pas comment se porte sa perte de cheveux.



## Morales de ces histoires

Pour éviter une récolte d'incidents regrettables, il est fondamental d'effectuer une collecte de renseignements complète et adaptée, comprenant notamment l'intention thérapeutique des produits que vous servez.

Nous l'avons vu dans les exemples précédents : les erreurs ne sont pas toujours de votre seul fait, plusieurs intervenants peuvent être impliqués dans le processus de prescription et de préparation des médicaments. Toutefois, il relève de votre responsabilité professionnelle d'assurer le leadership nécessaire pour prévenir ou corriger les erreurs qui pourraient se produire à d'autres niveaux.

Par ailleurs, malgré vos propres inquiétudes lorsqu'une erreur se produit, vous devez soutenir et accompagner votre patient jusqu'à ce que la situation problématique soit rétablie.

Finalement, pour voir fleurir un sourire là où vous auriez pu recevoir des plaintes, ne négligez pas le pouvoir de l'empathie et des actions concrètes pouvant atténuer le désagrément de la situation, comme la livraison rapide d'un produit de remplacement.

## 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)