



## BILAN DES AVIS DE RÉCLAMATION DE L'ANNÉE 2016 : activités et médicaments impliqués, gravité des conséquences

En raison des délais de traitement requis pour obtenir des informations exhaustives, ce premier bulletin de l'année 2018 présente les statistiques de l'année ayant précédé celle qui se termine, en l'occurrence l'année 2016.

Ce fut une année occupée. En effet, en 2016, le FARPOPQ a reçu 641 avis de réclamation comparativement à 572 en 2015, soit une augmentation de 12 %. Un pharmacien doit remplir un avis de réclamation et le transmettre au FARPOPQ, dès qu'il prend connaissance d'une situation pouvant potentiellement donner ouverture à une réclamation en dommages de la part d'un patient. De plus, le pharmacien peut être amené à transmettre un avis, à la suite d'une allégation d'erreur de la part d'un patient, d'un membre de la famille ou d'un avocat, pour des faits qui lui étaient jusque-là inconnus, impliquant des reproches fondés ou non. En 2016, le nombre de réclamations

formelles engendrées par des avis de réclamation a également connu une hausse de 12 % par rapport à 2015.

La suite de ce bulletin explique quelles activités ont été à l'origine d'un avis de réclamation en 2016, quels médicaments ont été les plus impliqués dans ces avis, ainsi que la gravité globale des événements rapportés.

Les statistiques suivantes résultent d'une compilation des avis présentés au FARPOPQ sur une base volontaire par les pharmaciens et peuvent donc inclure des erreurs non avérées ni confirmées.



## Les activités des pharmaciens qui ont été à l'origine d'un avis de réclamation en 2016

Les avis de réclamation reçus sont classés, selon les renseignements fournis par les pharmaciens, en fonction de leur cause ou selon les activités effectuées. Les 641 avis reçus en 2016 se détaillent comme suit :

### Tableau du Rapport des causes – Année 2016

Activités et problèmes déclarés	Année 2016	
	Nombre	%
<i>Activités de préparation et de vente des médicaments en exécution d'une ordonnance</i>		
Erreur d'exécution de l'ordonnance	371	58 %
Interprétation inexacte de l'ordonnance	80	12 %
Identification erronée du patient	55	9 %
Substitution générique	6	1 %
Défaut de conseil	17	3 %
<i>Autres activités</i>		
Préparation et vente de médicament sans ordonnance	8	1 %
Surveillance de la thérapie	55	9 %
Autres avis	49	7 %
<b>Total</b>	<b>641</b>	<b>100 %</b>

N.B. La décision de classer une erreur selon l'une des causes énumérées sur le formulaire d'avis relève du pharmacien qui produit la déclaration. Il est possible que pour certains événements, une cause différente puisse être envisagée.

### Exécution de l'ordonnance :

En 2016, 58 % des événements rapportés se seraient produits lors de l'exécution d'une ordonnance. Les 2 causes d'erreur les plus fréquentes sont la saisie informatique erronée d'un médicament et la sélection du mauvais produit dans les tablettes. L'erreur de saisie informatique peut être occasionnée par une lecture erronée du médicament, soit parce que son orthographe ou sa teneur est semblable à un autre. Par exemple,

une assistante technique inscrit au dossier du Cefzil<sup>MD</sup> 500 mg au lieu du Ceftin<sup>MD</sup> 500 mg ou alors du Humulin R<sup>MD</sup> à la place du Humulin N<sup>MD</sup>. La mauvaise sélection sur les tablettes est presque toujours due à la proximité de 2 molécules, plus spécifiquement 2 molécules du même médicament, mais de teneur différente. Du quétiapine a notamment été servi au lieu du quétiapine XR. L'erreur se produit aussi lorsque 2 médicaments ayant une orthographe semblable, comme l'allopurinol 100 mg et l'acébutolol 100 mg, se voient sur les tablettes.

La préparation de piluliers présente plusieurs occasions d'erreur. Parfois, un médicament cessé n'a pas été retiré du pilulier. À d'autres moments, la teneur d'un médicament est modifiée et la nouvelle concentration est ajoutée au pilulier sans que l'ancienne ne soit retirée. Il arrive aussi qu'un médicament s'ajoute à la thérapie du patient, mais que le changement ne soit pas noté au dossier maître, de sorte qu'il n'est pas servi lors de la préparation du prochain pilulier.

De plus, il existe encore des situations où, de manière inexplicite, des médicaments autres que ceux prescrits se retrouvent dans les contenants remis aux patients. Pourtant, ces médicaments ont été comptés manuellement à partir du pot original ou provenaient d'un robot.

### Interprétation de l'ordonnance :

Dans près de la moitié des cas, les erreurs liées à l'interprétation de l'ordonnance découlent d'une lecture erronée ou d'une mauvaise interprétation de la posologie. Par exemple, dans un cas, le témozolomide a été prescrit à une posologie de 400 mg par jour, mais le pharmacien a lu 480 mg ; il est allégué que le patient aurait souffert d'une thrombocytopenie peu de temps après. Un autre pharmacien a servi de la prednisone à une dose de 50 mg par jour au lieu de 20 mg, comme il était prescrit, ayant confondu le 2 avec un 5. De plus, comme mentionnée dans un précédent bulletin, une confusion entre les abréviations « MG » et « ML » entraîne parfois des erreurs. Ainsi, un pharmacien a lu « ML » plutôt que « MG » et a indiqué une posologie de 12,5 ml du sirop Ulone<sup>MD</sup> pour un enfant, au lieu de 12,5 mg qui était prescrit, soit 2,5 ml. Dans un contexte un peu différent, un patient a été privé de 6 médicaments pendant 10 mois parce que



le pharmacien a compris, à la lecture de l'ordonnance, que tous les médicaments devaient être cessés alors qu'en réalité, un seul l'était. Finalement, les problèmes de graphie et de consonances semblables sont encore la cause de plusieurs avis rapportés (14 au total). Un patient s'est notamment vu remettre la crème Efudex<sup>MD</sup> au lieu de l'Elidel<sup>MD</sup> et il l'a appliquée pendant 1 mois, conduisant à son hospitalisation dans un centre des grands brûlés. Il est aussi arrivé qu'un pharmacien serve à un enfant greffé du Imovane<sup>MD</sup> 7,5 mg au lieu du Imuran<sup>MD</sup> 75 mg, tandis qu'un autre a donné par erreur, également à un enfant, l'antibiotique céfadroxil au lieu du cefprozil.

### Identification erronée du patient :

En 2016, 55 avis impliquaient une identification erronée du patient. La plupart des erreurs de ce type sont survenues lors de la remise des médicaments au comptoir ou lors de la livraison, notamment parce que le nom du patient n'avait pas été vérifié ou en raison de lacunes lors de l'emballage. Dans un des 5 cas liés à une livraison, un patient avait reçu l'insuline destinée à une autre personne et l'avait utilisée durant 3 jours, entraînant, selon ses représentations, un sérieux problème au niveau de ses glycémies. Dans 2 autres cas, les erreurs provenaient de la saisie d'une ordonnance dans un mauvais dossier. Une patiente aurait ainsi reçu plus d'une fois, sous son propre nom, un médicament destiné à sa sœur, tandis qu'une autre patiente aurait reçu, quant à elle, le médicament de son conjoint, inscrit à son propre dossier. Ont également eu lieu 2 erreurs lors du transfert du profil pharmacologique

de certains patients (l'un d'eux aurait même subi ce problème à 2 reprises). Lors du service de médicaments à des enfants, 4 avis relatent ces erreurs. Notamment, un père, ayant mal entendu le nom, lors de l'appel, s'est présenté au comptoir et s'est vu remettre des gouttes pour le glaucome au lieu des gouttes antibiotiques prescrites. L'enfant a dû se rendre à l'urgence pour un suivi en ophtalmologie. Enfin, encore cette année, 4 erreurs se sont produites lors de remises de méthadone, les patients ayant reçu la préparation destinée à un autre individu.

### Substitution générique :

Dans 4 des 6 cas où la substitution d'un médicament pour un générique a donné lieu à un avis, les patients se sont plaints d'avoir reçu un médicament générique sans en avoir été informés, alors qu'ils demandaient qu'on leur serve le produit original. Par contre, un autre cas implique, encore cette année, une mauvaise saisie informatique, lors d'un changement de compagnie pharmaceutique (de la paroxétine 30 mg a été servie au lieu du 20 mg prescrit originalement).

### Défaut de conseil :

À nouveau en 2016, un patient reproche à un pharmacien de ne pas l'avoir informé du mode de conservation d'un médicament. Dans ce cas-ci, le patient a conservé le Botox<sup>MD</sup> à la température ambiante durant 6 jours. Dans un autre dossier, une patiente a cessé un médicament hypoglycémiant, à la suite de la remise d'un nouveau médicament pour le même problème de santé, alors qu'elle devait poursuivre les 2 simultanément. Elle allègue que le pharmacien ne l'en a jamais avisée. Une autre patiente reproche à un pharmacien de ne pas l'avoir prévenue que l'amoxicilline pouvait entraîner une vaginite, un effet indésirable dont elle a souffert.

### Surveillance de la thérapie médicamenteuse :

Avec neuf cas rapportés, les allergies non détectées sont la principale source d'erreurs en lien avec la surveillance de la thérapie médicamenteuse. Les molécules les plus souvent en cause sont la pénicilline et les sulfamidés. Cependant, il existe des situations moins typiques. Par exemple, dans deux cas, les pharmaciens sont blâmés pour ne pas avoir expliqué adéquatement à leurs patientes l'importance de toujours prendre leur progestatif simultanément à leur œstrogène. Ainsi, l'une n'a pas pris la progestérone qui lui était prescrite avec le gel d'estradiol et



une autre a omis de prendre le médroxyprogestérone avec ses œstrogènes conjugués, sans que leurs pharmaciens n'interviennent. Il est également arrivé que deux patients ne reçoivent pas leur traitement complet, car le service était divisé en deux étapes, mais les patients n'ont pas été avisés de l'existence de la seconde partie. Comme l'un devait poursuivre sa médication de daltéparine et l'autre d'amiodarone, les deux ont dû être hospitalisés pour des complications. À l'inverse, deux patients ayant reçu une nouvelle ordonnance n'ont pas cessé un médicament de la même classe qu'ils prenaient antérieurement parce que leurs pharmaciens respectifs ne les ont pas prévenus. Un patient a donc débuté la prise d'un bêta-bloquant, le métoprolol, mais n'a pas cessé le bisoprolol qu'il prenait déjà. Un autre patient a présenté une nouvelle ordonnance de saxagliptine alors qu'il recevait déjà l'association de sitagliptine et de metformine. Il allègue qu'on ne lui a pas dit de cesser le comprimé combinant les deux médicaments.

### Autres avis :

Parmi les évènements classés dans les « autres avis », 11 cas sont en lien, notamment avec un bris de confidentialité et 5 d'entre eux résultent de la transmission du profil pharmacologique d'un patient sans son autorisation. Un pharmacien s'est également fait reprocher d'avoir nommé à voix haute et forte le médicament

d'une patiente, ce qui, aux dires de cette dernière, a informé de sa condition toutes les autres personnes présentes. Ont également été signalés 2 services de médicaments expirés.

Bien que peu nombreux, il est important de noter que trois avis ont été rapportés à la suite d'une prolongation d'ordonnance. L'un des cas implique un médicament qui avait été cessé depuis trois ans et qui a été ajouté par erreur aux autres ordonnances prolongées.

## Les médicaments ayant suscité des avis de réclamation

Certaines classes de médicaments, de même que certains produits spécifiques, font plus souvent l'objet d'avis. Le tableau suivant liste les médicaments et les classes de médicaments qui figurent le plus fréquemment dans les avis de réclamation de l'année 2016. (Voir le tableau ci-contre)

Par ailleurs, bien que la classe de médicaments dans laquelle ils se retrouvent ne soit pas inscrite dans ce tableau, d'autres médicaments comptent, à eux seuls, 5 avis ou plus en 2016, soient :

- l'acide acétylsalicylique (6 avis);
- la clonidine (5 avis);
- le furosémide (7 avis);
- le méthotrexate (6 avis);
- le quétiapine (6 avis);
- le rosuvastatine (7 avis).

Les anti-infectieux représentent toujours la classe de médicaments la plus problématique, car elle est en cause dans environ 10 % des avis rapportés en 2016. L'amoxicilline est le médicament qui figure le plus fréquemment dans ces avis. On rapporte souvent des erreurs de doses et, dans la majorité de ces situations, le médicament est destiné à des enfants<sup>1</sup>. Dans quelques autres cas, l'amoxicilline est servie malgré une allergie connue à cette classe de médicaments.

La warfarine est toujours une source fréquente d'erreur en pharmacie, notamment en raison des nombreuses teneurs disponibles et des fréquents changements de posologie.

<sup>1</sup> Bulletin : *Petits patients, grandes émotions*, publication conjointe OPQ-FARPOPQ, vol. 4, numéro 3, décembre 2017.

Cependant, une augmentation des avis impliquant d'autres anticoagulants est notée, par exemple, l'apixaban. Pour ce dernier médicament, les problèmes sont liés à une posologie erronée, notamment une mauvaise teneur ou une confusion entre une ou deux prises par jour. De plus, dans plusieurs cas, des changements de doses n'auraient pas été effectués dans les piluliers hebdomadaires des patients.

Malheureusement, et malgré les risques déjà connus pour ce médicament, la méthadone<sup>2</sup> a généré 17 avis en 2016, comparativement à 12 l'année précédente. Les agonistes des opiacés comptent également plusieurs avis, soit 14 pour l'hydromorphone et 10 pour la morphine, ayant souvent confusion entre les 2 médicaments. Dans un cas, par exemple, une pharmacie préparatrice externe aurait fourni des seringues de morphine au lieu de seringues d'hydromorphone.

Récemment, les anticonvulsivants font davantage l'objet d'avis, peut-être parce que l'intention thérapeutique de certains d'entre eux s'est multipliée. C'est notamment le cas de la prégabaline, souvent confondue avec la gabapentine, toutes deux habituellement prescrites pour soulager certains types de douleurs. Dans cette même classe de médicaments, il arrive aussi qu'il y ait de la confusion entre différents antiépileptiques. Par exemple, un patient aurait reçu du lamotrigine 25 mg au lieu du topiramate 25 mg et aurait été hospitalisé.

Quant aux antidépresseurs, il existe encore des cas de confusion entre le citalopram et l'escitalopram ou entre le citalopram et le célécoxib. De plus, cette année, on note cinq avis impliquant le trazodone, car des noms de médicaments semblables ont été à l'origine d'erreurs. Entre autres, une patiente aurait reçu du quétiapine (Séroquel<sup>MD</sup> au lieu de Désyrel<sup>MD</sup>), tandis qu'une autre

Tableau des médicaments ayant suscité des avis – Année 2016

Classes de médicaments (selon AHFS) pour lesquelles plus de 15 avis ont été reçus	Médicaments impliqués dans 3 avis ou plus
Médicaments anti-infectieux	Amoxicilline (avec et sans acide clavulanique), azithromycine, céfuroxime, ciprofloxacine, clarithromycine, lévofloxacine, sulfaméthoxazole-triméthoprim.
Médicaments anti-thrombotiques	Apixaban, clopidogrel, rivaroxaban, warfarine.
Antihypertenseurs	Amlodipine, ramipril, trandolapril, valsartan.
Bloquants bêta-adrénergiques	Acébutolol, bisoprolol, métoprolol.
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	Célécoxib.
Agonistes des opiacés	Hydromorphone, méthadone, morphine.
Anticonvulsivants	Divalproex, gabapentine, lamotrigine, lévétiracétam, prégabaline, topiramate.
Antidépresseurs	Bupropion, citalopram, duloxétine, escitalopram, paroxétine, trazodone, venlafaxine.
Stimulants S.N.C.	Lisdexamfétamine, méthylphénidate.
Médicaments O.R.L.O.	Tobramycine, fluticasone.
Antiulcéreux et suppressions de l'acide	Lansoprazole, pantoprazole.
Corticostéroïdes	Fludrocortisone, hydrocortisone, prednisone.
Antidiabétiques	Metformine.
Thyroïdiens et antithyroïdiens	Lévothyroxine.

<sup>2</sup> Bulletin : Appel à la vigilance - la méthadone, publication du FARPOPOQ, numéro 13, janvier 2013.

patiente aurait reçu de la prednisone, alors que le trazodone avait été prescrit dans les deux cas. Aucune conséquence importante n'aurait cependant été constatée.

En raison de ses posologies complexes, la prednisone est à l'origine de 15 avis. Cette classe de médicament comprend également la fludrocortisone et l'hydrocortisone, qui ont causé des problèmes cette année. Pour un patient qui prenait de la fludrocortisone, servie en pilulier, le mode de conservation du médicament aurait été à l'origine de l'erreur. Des comprimés préparés pour le pilulier auraient été gardés au réfrigérateur et d'autres à la température de la pièce. En conséquence, le patient aurait reçu une double dose. Dans une autre situation, il semble y avoir eu confusion avec un médicament de nom semblable et la patiente aurait reçu du Fiorinal<sup>MD</sup> au lieu du Florine<sup>fMD</sup>.

La classe des stimulants du SNC comporte un nombre plus important d'avis en 2016 qu'en 2015. On note de la confusion entre le lisdexamfétamine et le méthylphénidate, 2 médicaments qui possèdent des indications semblables et sont disponibles avec des teneurs (courte et longue action) similaires. Il est donc arrivé qu'un patient reçoive du lisdexamfétamine 60 mg à la place du méthylphénidate 60 mg.

En ce qui concerne les médicaments O.R.L.O., c'est sans surprise que l'on remarque 4 cas de confusion entre le Tobrex<sup>MD</sup> et le Tobradex<sup>MD</sup>, et ce, en raison de leur nom semblable. Les avis liés au fluticasone ont, quant à eux, différentes causes : mauvaise teneur, saisie d'une ordonnance dans le dossier du conjoint, erreur de sélection du vaporisateur nasal. Finalement, en plus de se retrouver dans la classe des anti-infectieux, la ciprofloxacine est également à l'origine de 2 avis en tant que médicament O.R.L.O. Dans un premier cas, le patient aurait reçu du brimonidine plutôt que de la ciprofloxacine ophtalmique, mais il ne semble pas avoir présenté d'inconvénient, même après 10 jours de traitement. Toutefois, dans le second cas, les conséquences auraient été plus importantes pour le patient, auquel on aurait remis du vernis de ciclopirox pour traiter les onychomycoses plutôt que la ciprofloxacine ophtalmique.

## Gravité clinique des événements déclarés

Une fois classés en fonction de leur cause, les avis de réclamation reçus sont regroupés selon la gravité des conséquences alléguées par les patients. Parfois, ces conséquences ont été constatées, mais dans d'autres cas (par exemple, si les avis sont préventifs), elles ne sont pas confirmées. Selon les informations disponibles au moment d'écrire ce bulletin, la gravité clinique des événements pour l'année 2016 se présente comme suit : (Voir le tableau ci-contre)

Comme le montre le tableau, 7 % des avis reçus n'ont pas eu de conséquences reliées à la prise d'un médicament. Il s'agit souvent d'allégations de violation du secret professionnel, situations aux effets multiples, mais de gravités variables. Par exemple, il est arrivé que les médicaments d'un patient ou son profil pharmacologique soient remis à une personne non autorisée, tandis que des piluliers identifiés à des patients ont fait l'objet d'un vol par effraction. Cette catégorie d'avis comprend également les allégations de comportements abusifs (tant de la part des patients que des pharmaciens) et d'atteinte à la réputation. Il peut s'agir d'un pharmacien qui refuse de prolonger, une seconde fois, des médicaments ou qui n'a pas servi un médicament parce qu'il soupçonnait une fraude, finalement non fondée. Nous y ajoutons aussi les réclamations non couvertes par le FARPOPQ, notamment en lien avec des patients se sentant lésés par les honoraires de pharmaciens, présumés trop élevés.

Les médicaments remis au patient, mais récupérés avant qu'ils ne soient pris, donc sans conséquence sur la santé, constituent quant à eux 9 % des avis reçus.

Notons que dans 24 % des cas rapportés, les médicaments auraient été ingérés, mais l'erreur se serait révélée sans conséquence ou avec peu de risque pour la santé des patients. La plupart du temps, l'erreur a été décelée par le patient lui-même ou par un membre de sa famille, mais il est arrivé qu'elle soit découverte par un membre de l'équipe de la pharmacie et communiquée rapidement au patient. Dans ce contexte, il est fondamental pour les pharmaciens de rester à l'écoute des préoccupations des patients et de leur famille afin de pouvoir intervenir promptement, le cas échéant.

## Tableau du Rapport des gravités – Année 2016

Gravité	Année 2016	
	Nombre	%
Gravité nulle, l'événement n'étant pas relié à un médicament	48	7 %
<b>INCIDENTS</b> : une action ou une situation qui n'entraînent pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers, mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourraient entraîner des conséquences (source : Loi SSSS, article 183.2).		
Une erreur est survenue ou aurait pu survenir, mais a été corrigée avant qu'un médicament ne soit pris ou omis	57	9 %
<b>ACCIDENTS</b> : une action ou une situation où le risque se réalise et est ou pourrait être à l'origine de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être de l'usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers (source : LSSSS, art. 8, accessible sur le site <a href="http://www.opq.org">www.opq.org</a> ).		
Un médicament a été pris ou omis, mais cela n'a pas présenté de risque pour la santé du patient	153	24 %
Un médicament a été pris ou omis et un suivi a été fait pour s'assurer qu'il n'y aurait aucune conséquence	210	32,5 %
Le patient a dû être traité par un médecin	79	12 %
Le patient a été hospitalisé	85	13 %
Le patient a subi un dommage permanent	3	0,5 %
Le patient est décédé	6	1 %
<b>Total</b>	<b>641</b>	<b>100 %</b>

Par ailleurs, pour un autre 32,5 % des situations problématiques, un suivi effectué par l'équipe de la pharmacie a été suffisant pour s'assurer que l'accident n'ait pas de conséquence à long terme sur la santé du patient. De plus, la démarche du pharmacien rassure le patient ou sa famille, le cas échéant.

Cela laisse tout de même 25 % d'accidents dont les conséquences alléguées ont été plus graves. Une intervention médicale aurait résolu 79 de ces cas, tandis que 85 autres auraient nécessité un séjour à l'urgence ou à l'hôpital, sans pour autant, et selon toute apparence, causer des dommages permanents. Les erreurs ayant mené à une hospitalisation seraient liées à une posologie erronée, à une mauvaise sélection du médicament ou encore à l'omission de considérer les allergies du patient. En effet, les accidents rapportés seraient survenus, soit à l'occasion de changement de la thérapie, lorsqu'il faut ajouter, cesser ou remplacer un médicament, soit lors d'un renouvellement. Par exemple, une patiente aurait

retrouvé dans son pilulier du benzotropine appartenant à une autre personne, tandis qu'un patient aurait reçu du méthotrexate<sup>3</sup> tous les jours au lieu d'une seule fois par semaine. Il semble aussi qu'un pharmacien aurait omis de servir la deuxième étape de l'ordonnance d'amiodarone d'un patient, entraînant un épisode d'arythmie sévère. Finalement, lors d'une sortie d'hôpital, on aurait servi à 2 patients une dose inférieure à ce qui avait été prescrit, l'une de prednisone et l'autre d'apixaban, si bien qu'ils ont dû être hospitalisés à nouveau.

Parmi les accidents sévères, on compte 1,5 % de situations pour lesquelles les conséquences alléguées sont importantes, notamment 3 cas qui impliquent la lamotrigine. Dans le premier cas, la lamotrigine aurait été remise au lieu du topiramate, dans la seconde situation la dose servie aurait été inférieure à celle prescrite, tandis que dans le troisième cas, une interaction serait survenue avec le Divalproex<sup>MD</sup>. Dans toutes ces situations, l'erreur aurait été découverte à la suite de crises d'épilepsie sévères.

<sup>3</sup> Bulletin : *Le Méthotrexate, encore et toujours une source d'inquiétudes*, publication du FARPOPQ, numéro 15, octobre 2013.

Mentionnons que le fils d'une patiente attribue le suicide de sa mère à un abus de médicaments prescrits par différents médecins et à un manque de surveillance tant de la part des médecins que de l'équipe de pharmaciens. Les autres décès survenus en 2016 impliquaient des patients en fin de vie ou ayant une santé précaire, qui pourraient possiblement avoir reçu les médicaments d'un autre patient ou une dose supérieure à celle prescrite.

Pour tous les cas faisant l'objet d'une réclamation formelle, l'analyse de la faute, du dommage et du lien de causalité est toujours en cours. En ce qui a trait aux autres réclamations potentielles, les facteurs contributifs, ainsi que le lien de causalité entre les séquelles permanentes ou les décès et les services pharmaceutiques rendus n'ont pu être établis.



En résumé, pour 72,5 % des avis rapportés en 2016, l'erreur a eu peu d'impact sur la santé des patients et dans 26 %<sup>4</sup> des cas, elle aurait causé des inconforts temporaires. Cependant, dans 1,5 % des situations, les conséquences alléguées sont beaucoup plus sérieuses. Quelle que soit la gravité des avis de réclamation présentés, ces situations demeurent préoccupantes sur le plan de la gestion des risques.

## CONCLUSION

Le bilan des avis de réclamation de l'année 2016 nous permet de constater que leur nombre est plus élevé qu'en 2015 et que la gravité des conséquences, pour certains patients, est toujours préoccupante. Comme nous savons que la sensibilisation est l'un des moyens d'aider les pharmaciens à identifier les risques et à mettre en place des mécanismes de prévention, nous continuerons de tenir à l'œil l'évolution de la situation pour les années à venir.

Les membres du Groupe de travail OPQ-FARPOPQ espèrent, grâce au présent bulletin, contribuer à améliorer la qualité et la sécurité des soins et services pharmaceutiques. D'autres publications touchant la prévention sont disponibles sur les sites Internet des deux instances. Nous vous invitons à les consulter :

- <http://www.opq.org/fr-CA/publications/prevenir-les-risques-en-pharmacie/>
- <http://www.farpopq.com/publications/default.aspx>

<sup>4</sup> La statistique du 27,3 % représente 156 avis rapportés en 2015 par rapport à 101 avis en 2014, c'est-à-dire une augmentation de 65 %. Bulletin : *Prévenir les risques en pharmacie*, publication conjointe OPQ-FARPOPQ, vol. 3, numéro 1, mars 2016.

### ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC

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

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

ordrepharm@opq.org

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

### FARPOPQ

2020, boulevard Robert-Bourassa  
Bureau 2160  
Montréal (Québec) H3A 2A5

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

info@farpopq.com

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