

# Continuité de prise en charge médicamenteuse & erreur d'unité



## Quelle problématique ?

- Erreur d'unité dans la prescription d'entrée



## Quels produits de santé ?

- Tous produits de santé

## Cas clinique



### Qui ?

Enfant de 7 ans 1/2, 18 kg,  
présentant des crises  
convulsives



### Quoi ?

Erreur de posologie : confusion  
entre mg et mL



### Où et quand ?

Transfert d'établissement



### Pourquoi ?

Un enfant se présente aux urgences pour une prise en charge chirurgicale. Il dispose d'une ordonnance de ville, que les parents transmettent à l'hôpital :

TEGRETOL® 200 mg le matin et 300 mg le soir  
URBANYL® 5 mg matin et soir  
MICROPAKINE® 500 mg matin et soir  
KEPPRA® 400 mg matin et soir  
ZARONTIN® 3 ml 2 fois par jour  
RIVOTRIL® 5 gouttes matin midi et soir

A son admission, le médecin ressaisit les informations dans son logiciel d'aide à la prescription et indique :

TEGRETOL® 200 mg le matin et 300 mg le soir  
URBANYL® 5 mg matin et soir  
MICROPAKINE® 500 mg matin et soir  
KEPPRA® 400 mg matin et soir  
ZARONTIN® 3 mg 2 fois par jour  
RIVOTRIL® 5 gouttes matin midi et soir

## Conséquences

Le traitement est administré à l'enfant tout au long de son hospitalisation.  
De nouvelles crises convulsives apparaissent et alertent les professionnels de soins.

**L'interne est appelé. Il est constaté un déséquilibre de son traitement épileptique en lien avec une erreur d'unité dans la prescription de l'un des produits de santé : ZARONTIN®.**

**Le médecin modifie la prescription afin de respecter la conversion :  
ZARONTIN® 3mL en ZARONTIN® 150mg**

# Analyse

## Facteurs contributifs & analyse des causes

- Absence d'alerte du logiciel de prescription : sous dosage
- Absence d'information sur la concentration du médicament prescrit
- Prescription non présente dans le Dossier Patient Informatisé (DPI) : represcription par le médecin des urgences
- Absence d'analyse de la prescription par l'équipe pharmaceutique

## Actions correctives & immédiates

- Suivre le protocole d'urgence de prise en charge de crise convulsive chez l'enfant (protocole en si besoin)
- Contacter l'interne ou le médecin
- Surveiller la non-apparition de nouvelles crises
- Modifier la prescription par les bonnes informations

## Actions préventives & bonnes pratiques

- Définir, au sein de l'établissement, des règles de prescription et d'unité relatives aux formes buvables → ex : en hospitalisation, limiter les prescriptions en mL ; à défaut : les 2 unités (mg et mL) sur l'ordonnance
- Être vigilant lors d'une prescription en mL et revérifier la concentration du médicament prescrit
- Réaliser une analyse pharmaceutique de la prescription et intégrer le risque lié à la présentation du produit
- Si cela est possible :
  - mettre en place une alerte « Point Stop sur l'unité prescrite : go/no go », lors de la prescription d'un médicament en forme buvable, permettant la vérification de l'unité prescrite (goutte, mg ou mL) ;
  - mettre en œuvre le « Point stop, alerte sur l'unité prescrite » pour toute analyse de prescription de forme buvable ;
  - prioriser dans le système d'information l'analyse des prescriptions comportant une forme buvable à marge thérapeutique étroite.
- Faciliter l'accès au Dossier Patient (DP) ou Dossier Médical Partagé (DMP)
- S'appuyer sur les bases d'informations médicales reconnues
- Si l'établissement dispose d'abaques de conversion (mg en mL), les rendre accessibles
- Sensibiliser les professionnels de santé sur les bonnes pratiques professionnelles et le risque d'erreur d'unité
- Lorsque c'est possible, organiser la préparation centralisée des unidoses à marge thérapeutique étroite
- Réaliser une conciliation médicamenteuse d'entrée

## Critères de la certification

**Critère 2.2-16** Le carnet de santé, le dossier du patient et le cas échéant le dossier médical partagé sont mis à jour de manière synchronisée pour assurer la continuité des soins

**Critère 2.3-03** Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments

**Critère 2.3-06** Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque

## Pour aller plus loin

[HAS, No Go au bloc opératoire – comment renforcer les barrières de sécurité ?, Novembre 2018](#)

## Boîte à outils

[HAS, Flash sécurité patient : Les médicaments en pédiatrie – ce n'est pas un jeu d'enfant, mars 2023](#)

[OMéDIT Bretagne, E-learning et capsule vidéo – Bonnes pratiques : la prescription, juin 2023](#)