

RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LES ERREURS MÉDICAMENTEUSES



Lecture de l'évènement

Erreur de lecture de la concentration d'une solution buvable

Gaston, 25 ans, résident d'une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), participe à une sortie organisée par son établissement. Il doit recevoir son traitement habituel de Dépakine® solution buvable 200 mg/mL, à la dose de 500 mg le soir. Une infirmière libérale, qui n'intervient habituellement pas dans l'établissement, est sollicitée pour l'administration. Elle dispose uniquement de l'ordonnance, sans transmission sur les habitudes d'administration ni sur le dispositif doseur utilisé. Au moment de préparer le traitement, elle s'interroge sur le volume à administrer. Elle estime que la quantité disponible est insuffisante, alors que deux flacons neufs de **40 mL** sont à disposition. Elle contacte l'infirmière d'astreinte de la MAS, qui lui confirme que la quantité est suffisante et lui demande de vérifier la concentration indiquée sur le flacon avant toute administration. Pensant avoir correctement interprété la prescription, l'infirmière poursuit néanmoins la préparation sans nouvelle vérification ni double contrôle. Elle confond la concentration de **200 mg/mL** avec le volume total du flacon (40 mL) et administre environ **80 mL** de solution, correspondant au contenu des deux flacons, soit un surdosage d'environ **32 fois** la dose prescrite. Quelques heures plus tard, Gaston présente une altération de la vigilance nécessitant son transfert en réanimation, où il sera intubé et sédaté.

Contexte et généralités

La HAS recommande une **analyse systémique** structurée autour de **8 catégories de facteurs contributifs** : **patient, professionnel, équipe, tâches, environnement, systèmes d'information et technologie, organisation, contexte institutionnel** -> [Haute Autorité de Santé - Grille ALARM](#) La méthode ALARM propose d'explorer systématiquement les causes profondes d'un évènement à travers de ces **8 familles de facteurs contributifs**. Dans cette fiche nous insisterons plus particulièrement sur certains facteurs.

Erreur identifiée	Facteurs contributifs possibles (Grille ALARM)	Actions et barrières
La prescription est prise en compte sans analyse complète (dose prescrite, concentration, calcul du volume).	Professionnel : lecture incomplète de la prescription. Tâches : absence de vérification de la concentration avant le calcul. Système d'information : prescription exprimée uniquement en mg.	Vérifier la dose, la concentration (mg/mL) et le volume à administrer avant toute préparation ; prescription mentionnant le volume lorsque cela est pertinent.
Une conversion dose (mg) / volume (mL) est réalisée de façon erronée.	Professionnel : confusion entre dose, concentration et volume. Tâches : calcul mental sans aide ; absence de tableau de conversion.	Sensibiliser aux situations à risque liées aux solutions buvables multidoses.
Le principe NO GO non appliqué	Professionnel : poursuite du soin malgré une incertitude. Organisation : culture sécurité insuffisante	Appliquer le principe NO GO : ne pas administrer tant que le doute n'est pas levé ; recourir à un second professionnel.
L'administration est réalisée sans double contrôle malgré une situation inhabituelle (IDE ponctuellement présente).	Équipe : absence de double vérification ; rôles insuffisamment définis. Organisation : procédure absente pour les situations à risque.	Mettre en place un double contrôle indépendant pour les calculs dose/volume et les administrations réalisées dans un contexte inhabituel ou hors établissement.
L'infirmière ne dispose pas des informations nécessaires (absence de transmission).	Équipe : défaut de communication entre professionnels. Organisation : absence de transmission formalisée.	Formaliser les transmissions (traitement, concentration, dispositif doseur, modalités d'administration).
Le dispositif doseur n'est pas vérifié ou n'est pas celui fourni avec le médicament.	Professionnel : méconnaissance des recommandations ANSM. Environnement : matériel non standardisé.	Utiliser la pipette fournie avec le médicament ; former les professionnels aux recommandations de l'ANSM.
Le contexte de sortie favorise les interruptions et augmente le risque d'erreur.	Environnement : préparation dans un contexte inhabituel, sollicitations multiples. Tâches : interruptions de tâche.	Prévoir un espace calme pour la préparation ; limiter les interruptions ; check-list de préparation lors des soins hors établissement.
Les professionnels ne sont pas suffisamment formés aux risques liés aux solutions buvables.	Institution : diffusion insuffisante des recommandations ; culture de sécurité perfectible.	Former les professionnels aux bonnes pratiques d'administration des solutions buvables.

RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LES ERREURS MÉDICAMENTEUSES



Quiz et test de connaissances

Une prescription indique **Dépakine® solution buvable 200 mg/mL** avec **Dose prescrite : 500 mg**

Quel volume faut-il administrer ? ☐ 500 mL ☐ 25 mL ☒ 2,5 mL ☐ 0,25 mL

Explication : $500 \text{ mg} \div 200 \text{ mg/mL} = 2,5 \text{ mL}$

Dans le cas présenté, voici ce que l'infirmière a compris : 200mg dans 40ml (1 flacon) donc administration des 2 flacons disponibles. La préparation d'un médicament nécessite de passer d'un **mode automatique** (lecture rapide, reconnaissance visuelle, habitudes) à un **mode analytique** (lecture complète de l'étiquetage, vérification de l'unité, calcul de dose). **Dans cette situation, le professionnel est resté en mode automatique, favorisant une interprétation erronée de la concentration inscrite sur le flacon.**

Une prescription indique **Risperdal® solution buvable 1 mg/mL** avec **Dose prescrite : 0,5 mg**

Quel volume faut-il administrer ? ☒ 0,5 mL ☐ 1 mL ☐ 2 mL ☐ 5 mL

Avant d'administrer une solution buvable, il est indispensable de vérifier :

☒ Le nom du médicament ☒ La concentration (mg/mL) ☒ La dose prescrite ☒ Le volume à administrer

Que faut-il faire si le volume calculé paraît inhabituel ?

☐ Administrer quand même ☒ Refaire le calcul ☒ Demander un second avis ☒ Appliquer la règle NO GO

Un volume incohérent doit faire rechercher une erreur de calcul ou de concentration

Lorsqu'il existe plusieurs concentrations d'un même médicament, il faut :

☒ Toujours vérifier la concentration inscrite sur le flacon ☒ Vérifier la correspondance dose $\leftrightarrow$ volume
☒ Calculer le volume à administrer

Que signifie la règle « NO GO » ?

☐ Continuer le soin pour éviter un retard ☒ Arrêter l'administration tant que le doute n'est pas levé

Quel est le meilleur moyen de prévenir une erreur de dose ?

☐ Faire confiance à son expérience ☐ Vérifier uniquement le nom du médicament
☒ Vérifier le médicament, la concentration, la dose et le volume ☐ Se fier à la quantité restante dans le flacon

Vrai ou faux

La dose prescrite en mg correspond toujours au même volume en mL.

Faux - Le volume dépend de la **concentration** de la solution (mg/mL).

Deux pipettes graduées peuvent être utilisées indifféremment si elles se ressemblent.

Faux - Les graduations et les unités peuvent différer d'un médicament à l'autre. Un dispositif = un médicament.

Plus de 30 % des erreurs liées aux solutions buvables sont en lien avec le dispositif d'administration. Vrai

Les interruptions de tâche pendant la préparation n'augmentent pas le risque d'erreur. Faux

Les interruptions de tâche constituent un facteur reconnu d'erreurs médicamenteuses.

Une solution buvable peut être préparée plusieurs heures à l'avance pour gagner du temps. Faux

La préparation doit être réalisée au plus près de l'administration afin de limiter les risques de dégradation, de contamination et de confusion.

Pour aller plus loin

- [Prise en compte de la prescription \[Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration\]](#) – NO GO - OMÉDIT Centre-Val de Loire© - OMÉDIT Normandie© - Version Novembre 2025
- [Les situations à risque : les solutions buvables multidoses \[Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration\]](#) - OMÉDIT Centre-Val de Loire© - OMÉDIT Normandie© - Version Novembre 2025
- [Fiche de bonnes pratiques et bon usage « solutions buvables » - site OMÉDIT CVdL](#) – juin 2017
- [Fiche pratique d'aide à la prise – les bonnes pratiques](#) - OMÉDIT Ile de France février 2022
- [Never events - Site de l'OMÉDIT Normandie](#)