

Recommander  
les bonnes  
pratiques



FLASH SÉCURITÉ PATIENT

# Neuroleptiques à action prolongée (NAP)

## Les NAP, parfois ça dérape

Avril 2025

Ça peut aussi vous arriver

### Évènement 1

#### Erreur de rythme d'administration d'un NAP entraînant une surveillance cardiaque

*Un patient est hospitalisé en établissement de santé mentale. Il reçoit deux jours après son admission une dose de palipéridone LP<sup>1</sup> 150 mg (traitement habituel). Quelques heures après cette injection, l'infirmière libérale qui suit le patient appelle l'établissement pour indiquer qu'il a reçu sa dernière injection cinq jours auparavant. Le psychiatre référent fait transférer le patient aux urgences sur avis du centre antipoison et de toxicovigilance pour une surveillance cardiaque rapprochée.*

##### Que s'est-il passé ? Cause immédiate

Le patient a reçu deux fois la dose de palipéridone sans respecter l'intervalle d'un mois entre deux injections, entraînant un surdosage.

##### Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes

- À l'admission du patient, le psychiatre a prescrit l'injection de palipéridone, sans connaître la date de la précédente administration.
- Au moment de l'injection en établissement, le patient, en état de grande fragilité, n'a pas fait remarquer à l'infirmière du service qu'il avait déjà reçu son traitement.
- Un défaut de coopération entre les soignants a entraîné une perte d'informations : les coordonnées de l'infirmière libérale qui suit le patient n'étaient pas indiquées dans l'onglet dédié dans le dossier patient informatisé de l'établissement. Il n'y a pas eu de contact entre les équipes intrahospitalière et extrahospitalière.
- La traçabilité des injections de NAP réalisées en extra et en intrahospitalier n'était pas renseignée dans le dossier patient informatisé, ce qui n'a pas permis le suivi du traitement.

1. LP : libération prolongée.

## Évènement 2

### Erreur de dosage d'un NAP entraînant une hospitalisation

*Une résidente de 60 ans d'un établissement du secteur médico-social consulte un psychiatre d'un établissement de santé qui lui prescrit du « zuclophenthixol CLOPIXOL® ASP<sup>2</sup> : deux ampoules tous les deux jours pendant 1 mois ». La pharmacie d'officine dispense le médicament à l'établissement. Le traitement est ensuite administré en injection intra-musculaire toutes les 48 heures. Au bout de dix jours, la résidente est hospitalisée pour somnolence et hypertension. Le zuclophenthixol est alors arrêté, mais la patiente reste somnolente plusieurs semaines.*

**Que s'est-il passé ? Cause immédiate**

Du zuclophenthixol 200mg AP<sup>3</sup> (action prolongée – 1 injection par mois) a été administré toutes les 48 heures pendant dix jours au lieu du zuclophenthixol 50 mg ASP (action semi prolongée – 1 injection tous les 2 à 3 jours).

**Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes**

- Les bonnes pratiques de prescription n'ont pas été respectées :
  - le psychiatre a prescrit zuclophenthixol CLOPIXOL® ASP sans mentionner le dosage sur l'ordonnance ;
  - la durée de traitement prescrite par le médecin n'est pas conforme au résumé des caractéristiques du produit (maximum 6 jours) ;
  - le psychiatre hospitalier ne savait pas que le zuclophenthixol ASP 50 mg était réservé à l'usage hospitalier.
- Seule la présentation dosée à 200 mg AP était disponible en officine. Le nombre important d'ampoules dispensées au regard de la posologie usuelle n'a pas alerté le pharmacien.
  - Le pharmacien n'a pas confronté la présentation AP délivrée avec la présentation ASP prescrite.
- Les infirmières ont administré le médicament au regard d'une prescription incomplète (absence de dosage) et avec les seules ampoules disponibles.
- Les professionnels de santé ont poursuivi le traitement bien que la patiente ait refusé la deuxième injection car elle supportait mal son traitement.

2. ASP : action semi prolongée.

3. AP : action prolongée.

## Évènement 3

### Omission de l'administration d'un NAP entraînant une réapparition des symptômes psychiatriques

*Une patiente traitée par rispéridone LP 50 mg injectable est admise en établissement de santé mentale. Le jour de son admission, les parents de la patiente informent l'un des psychiatres de l'établissement de la date de la dernière administration. Ce dernier trace l'information dans le dossier patient informatisé (DPI). Une semaine plus tard, la patiente montre des signes d'agitation. Le pharmacien qui vérifie le stock des NAP dans le service se rend compte qu'il y a une seringue de rispéridone en trop.*

**Que s'est-il passé ? Cause immédiate**

Le jour prévu de l'injection, la rispéridone injectable n'a pas été administrée.

**Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes**

- Le psychiatre réalisant la consultation d'entrée n'a pas vérifié la date de la dernière administration de rispéridone tracée dans le DPI par son confrère. Ne connaissant pas la date de la dernière administration, il a prescrit la rispéridone en mettant en commentaire « date à vérifier ».
- Le pharmacien remplaçant a validé l'ordonnance de la patiente sans vérifier la date de la dernière injection.
- L'infirmière du matin n'a pas administré la rispéridone LP au regard du commentaire « date à vérifier » laissé par le médecin au niveau de la prescription. Par ailleurs, elle n'a pas pu demander au médecin de compléter la prescription car celui-ci n'était pas disponible. L'infirmière du soir n'a pas non plus effectué l'injection.
- L'infirmière du soir a tracé l'administration de l'ensemble des traitements du jour de façon globale et non ligne par ligne, dont le NAP qui n'a pas été administré.

**Mots clés : neuroleptiques injectables à action prolongée – neuroleptiques injectables à action semi-prolongée – iatrogénie – erreur médicamenteuse – psychiatrie**

## Pour que cela ne se reproduise pas

### Respecter les bonnes pratiques de prescription des NAP

- S'assurer de la connaissance de la date de la précédente administration du neuroleptique au moment de la prescription (l'administration d'un NAP peut être différée le temps d'obtenir les informations manquantes).
- Se renseigner avant de prescrire sur le circuit de dispensation de la spécialité (disponibilité en ville, réserve hospitalière).
- Ne pas utiliser des abréviations telles que ASP (action semi-prolongée) et LP (libération prolongée).

### Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux concernant les prescriptions de NAP.

### Respecter les bonnes pratiques de dispensation

- Alerter les équipes pharmaceutiques sur les risques liés aux NAP, en particulier ceux liés aux posologies des formes semi-prolongées et prolongées (voie, dose, rythme d'administration, durée).
- Vérifier que toutes les informations nécessaires soient connues (dont date de dernière administration le cas échéant), avant validation pharmaceutique et dispensation des traitements.

### Respecter les bonnes pratiques d'administration

- Tracer l'administration du NAP dans le dossier patient en temps réel et planifier la prochaine injection si elle est prescrite.
- Former les professionnels aux différentes règles d'administration des NAP.
- Sensibiliser les professionnels à la surveillance des effets indésirables en lien avec un sous ou un surdosage des NAP.

**Impliquer le patient et son entourage** en renforçant leurs connaissances liées au traitement et en les informant sur les effets indésirables et les symptômes de sur ou sous-dosage devant amener à consulter le médecin.

## La collection « Flash sécurité patient »

La collection « [Flash sécurité patient](#) » sensibilise les professionnels de santé à la gestion des risques à partir d'évènements auxquels ils ont été confrontés et déclarés dans les bases de retour d'expérience nationales des évènements indésirables associés aux soins (EIAS). **Le promoteur ne modifie pas et n'interprète pas les EIAS déclarés par les professionnels et sélectionnés dans les FSP.**

Ce flash s'intéresse aux EIAS liés à un traitement par neuroleptique injectable à action prolongée. Ils sont toujours liés à une succession de dysfonctionnements.

## Pour en savoir plus

- Haute Autorité de santé. [Patient sous neuroleptique. La vigilance est la bonne pratique.](#) Flash sécurité patient. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.
- OMÉDIT Centre-Val de Loire. [Fiches de bon usage et PTMI \(protocoles thérapeutiques infirmiers\)](#) [En ligne] 2025.
- OMÉDIT Hauts-de-France. [Protocoles Thérapeutiques Médicamenteux Infirmiers \(PTMI\)](#) [En ligne] 2025.
- OMÉDIT Normandie. [Les neuroleptiques. Supports de sensibilisation](#) [En ligne] 2023.
- OMÉDIT Pays de la Loire. [Antipsychotiques injectables à action prolongée : Guide des posologies adultes](#) [En ligne] 2024.
- Haute Autorité de santé. [Schizophrénies. Actes et prestations affective de longue durée.](#) Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
- National Institute for Health and Care Excellence. [Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management](#) London: NICE; 2014.
- Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, Benjamin S, Lyness JM, Mojtabai R, *et al.* [The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia.](#) *Am J Psychiatry* 2020;177(9):868-72.
- Barnes TR, Drake R, Paton C, Cooper SJ, Deakin B, Ferrier IN, *et al.* [Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: Updated recommendations from the British Association for Psychopharmacology.](#) *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)* 2020;34(1):3-78.

Ce flash sécurité patient a été réalisé par les OMÉDITs. Il a reçu le label HAS. Ce label signifie que le document a été élaboré selon les procédures et règles méthodologiques et déontologiques préconisées par la HAS.