



Recommander
les bonnes
pratiques

FLASH SÉCURITÉ PATIENT

(Re)transcription des prescriptions médicamenteuses*

Copier une prescription, c'est risquer de coller des erreurs

Février 2026

Ça peut aussi vous arriver

Évènement 1

Erreur de retranscription de lamotrigine entraînant une pneumopathie d'inhalation

Une patiente octogénaire retourne dans son établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) à la suite d'une hospitalisation. À sa sortie de l'établissement de santé, on lui remet une ordonnance papier de lamotrigine, un antiépileptique, à initier avec une posologie quotidienne progressive sur plusieurs semaines (25 mg, puis 50 mg, puis 75 mg). Dans les jours qui suivent l'instauration du traitement, la résidente présente des symptômes évocateurs d'un surdosage, avec l'apparition de troubles du comportement, puis de troubles de la conscience. Elle fait ensuite une fausse route, nécessitant une hospitalisation en urgence pour pneumopathie d'inhalation.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'infirmière de l'Ehpad a retranscrit la prescription de l'établissement de santé dans le logiciel d'aide à la prescription (LAP) en y introduisant une erreur de posologie : dès l'initiation du traitement, 125 mg de lamotrigine ont été prescrits à la patiente.

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

- Le LAP de l'Ehpad et celui de l'hôpital n'étaient pas interopérables et ne permettaient donc pas de partager des ordonnances informatisées.
- Il n'y avait pas de médecin coordonnateur dans l'Ehpad et les médecins conventionnés libéraux de la structure refusaient de prescrire dans le LAP.
- Il n'y a pas eu de double vérification de la concordance entre l'ordonnance papier et la retranscription informatique.
- La pharmacie a préparé le pilulier à partir d'une feuille de traitement retranscrite transmise par l'Ehpad, alors que l'ordonnance était également jointe.
- Les professionnels n'ont pas vérifié immédiatement le traitement lors de l'apparition des premiers symptômes (comparaison ordonnance papier d'origine – feuille de traitement).
- La présence d'une infection urinaire a constitué un facteur confondant et a orienté la recherche diagnostique vers une autre cause que le surdosage médicamenteux.

* [Transcription](#) : action de copier un écrit sur un autre support ou dans un autre système de notation/code et, par extension, de coucher par écrit un contenu oral (dictionnaire de l'Académie française).

[Retranscription](#) : nouvelle transcription d'un texte ou mise par écrit d'un contenu oral (dictionnaire de l'Académie française).

Évènement 2

Erreur de prescription de colchicine entraînant un surdosage chez un enfant

Un adolescent ayant des antécédents de péricardite se présente aux urgences pédiatriques pour un nouvel épisode. Une prescription initiale de 0,5 mg de colchicine par 24 h est effectuée aux urgences. Lors de l'admission de l'enfant en service de pédiatrie, l'interne re prescrit le médicament dans le logiciel d'aide à la prescription (LAP) et celui-ci est administré immédiatement par un infirmier. Après 24 h de traitement et devant l'apparition de symptômes de surdosage, le centre antipoison est sollicité et recommande un arrêt temporaire de la colchicine.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'interne de pédiatrie a saisi 5 mg de colchicine par 24 h, au lieu de 0,5 mg dans le LAP.

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

- Deux LAP différents étaient utilisés aux urgences et dans le service de pédiatrie, sans reprise automatique des prescriptions. L'interne de pédiatrie a donc dû retranscrire la prescription initiale du service des urgences dans le LAP de pédiatrie.
- Le LAP n'a pas été configuré pour générer des alertes dans le service de pédiatrie.
- Bien que ne faisant pas partie de la dotation du service, la colchicine a été administrée immédiatement, sans dispensation (et donc sans analyse) par la pharmacie à usage intérieur (PUI), car le service a pu s'en procurer autrement.
- La PUI a ensuite délivré la colchicine sans détecter l'erreur de posologie.
- La colchicine étant rarement utilisée en pédiatrie (ne dispose pas d'autorisation de mise sur le marché en pédiatrie), sa posologie n'était pas connue des infirmiers du service.

Évènement 3

Erreur d'administration de méthotrexate nécessitant une surveillance du patient

Un patient d'une trentaine d'années, suivi pour une maladie de Crohn, est hospitalisé dans un service de psychiatrie pour la prise en charge de troubles schizo-affectifs. Au cours de cette hospitalisation, du méthotrexate, traitement habituel du patient pour sa pathologie digestive, lui est administré par une infirmière. Deux jours plus tard, le patient est placé sous surveillance.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

Le méthotrexate a été administré 1 semaine avant la date prescrite.

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

- L'administration a été réalisée à partir d'une retranscription papier de la prescription initiale par l'infirmière au cours de laquelle elle a introduit une erreur sur le jour d'administration.
- L'infirmière n'a pas consulté la prescription sur le LAP.
- Comme l'injection de méthotrexate était prescrite à une date ultérieure, il n'était pas possible de valider son administration sur le LAP le jour où elle a été faite. Ce blocage informatique n'a pas alerté l'infirmière.
- Le traitement personnel du patient a été utilisé, alors que la seringue de méthotrexate était habituellement fournie par la PUI. Celle-ci n'a donc pas pu détecter l'erreur de jour d'administration.
- La déclaration tardive de l'évènement (2 jours après sa survenue) a empêché l'administration précoce d'un antidote.

Mots clés : ordonnance – (re)transcription – prescription – logiciel d'aide à la prescription

Pour que cela ne se reproduise pas

La retranscription des prescriptions, quel que soit le support utilisé, par des professionnels non habilités à prescrire **n'est pas autorisée**¹.

S'il n'y a pas de prescription médicale écrite par des professionnels habilités², il n'est pas possible d'administrer de médicaments, sauf en situation d'urgence³. Dans ce cas, l'infirmier peut administrer un traitement sur la base d'une prescription médicale orale, explicite et circonstanciée. Cette prescription doit toutefois être formalisée par écrit par le médecin dans les meilleurs délais⁴.

Pour les professionnels habilités à prescrire, la copie de la prescription d'un confrère, sans analyse préalable, est une pratique à risque d'erreurs médicamenteuses et doit être évitée. Lorsqu'elle est nécessaire, elle doit systématiquement s'accompagner d'une vérification approfondie de la prescription, notamment des dosages, des posologies, des durées de traitement, des voies d'administration et des interactions médicamenteuses éventuelles avec les autres traitements du patient.

Pour gérer les risques liés aux (re)transcriptions, il est préconisé de :

- **s'assurer qu'il y ait toujours un prescripteur disponible** (médecin référent, procédures en cas d'indisponibilité, gestion des urgences) ;
- **veiller à ce que toute prescription effectuée par un interne ou docteur junior** par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève fasse l'objet d'une supervision adaptée à leur niveau de formation ; **si le contenu de la prescription n'est pas familier du prescripteur, il est de son devoir d'en vérifier tous les composants** ;
- **recourir à une messagerie sécurisée intégrée au logiciel** pour solliciter et tracer les échanges avec le prescripteur ;
- **mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission du patient** ;
- **évaluer régulièrement les pratiques de prescription** (recherche de retranscriptions résiduelles, conformité réglementaire, cohérence entre prescription, dispensation et administration) et mettre en œuvre, si nécessaire, un plan d'amélioration continue avec retour structuré aux équipes ;
- **utiliser des LAP pour prescrire** ;
- **mettre en place des droits d'accès restreints aux LAP**, ainsi que des profils utilisateurs adaptés aux différents types de prescripteurs ;
- **utiliser un support unique** numérique pour la prescription et l'administration des médicaments ;
- **favoriser l'interopérabilité des systèmes d'information** (LAP, dossier patient informatisé, dossier pharmaceutique) au sein d'une structure ou d'un territoire ;
- **définir et mettre en œuvre une politique de formation à l'utilisation des LAP** et des outils métiers associés, adaptée aux différents professionnels concernés.

¹ Article 13 de [l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé](#).

² La prescription des produits de santé relève de la compétence des médecins et de certains autres professionnels de santé, dans les limites fixées par leur champ d'exercice respectif : les chirurgiens-dentistes (art. L. 4141-2 du CSP), les sages-femmes (art. L. 4151-4 du CSP), les masseurs-kinésithérapeutes (art. L. 4321-1 et R. 4322-1 du CSP), les pédicures-podologues (art. L. 4322-1 du CSP), les infirmiers (art. L. 4311-1 du CSP), les infirmiers exerçant en pratique avancée (art. L. 4301-3 du CSP), ainsi que les ergothérapeutes (art. L. 4331-1 et D. 4331-1-1 du CSP).

³ Article R. 4311-7 du CSP.

⁴ Haute Autorité de santé. [L'évaluation de la prise en charge médicamenteuse et des produits de santé selon le référentiel](#). Fiche pédagogique, 2026.

La collection « Flash sécurité patient »

La collection « [Flash sécurité patient](#) » sensibilise les professionnels de santé à la gestion des risques à partir d'événements indésirables associés aux soins (EIAS) auxquels ils ont été confrontés, et qui sont toujours liés à une succession de dysfonctionnements. **La HAS ne modifie pas et n'interprète pas ces EIAS déclarés dans les bases de retour d'expérience nationales par les professionnels et sélectionnés dans les FSP.**

Ce flash s'intéresse aux EIAS liés à des retranscriptions de prescriptions médicamenteuses. Les événements décrits ne le sont pas dans leur ensemble et les analyses reportées ont été focalisées sur les causes profondes liées à ce sujet.

Pour en savoir plus

- Haute Autorité de santé. [Analyse des déclarations des événements indésirables graves associés aux soins \(EIGS\) survenus lors de la prescription médicamenteuse](#). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.
- Omédit Centre-Val de Loire, Omédit Normandie. [E-learning - S'approprier les bonnes pratiques de prescription](#) [en ligne] 2025.
- Omédit Centre-Val de Loire. [Critère impératif certification et bon usage des médicaments](#) [en ligne] 2025.
- Omédit Île-de-France. [Qui prescrit quoi? Les infirmiers en pratique avancée \(IPA\) \[Flyer\]](#) [en ligne] 2025.
- Omédit Île-de-France. [Fiche pratique: éviter les retranscriptions. Établissements et services médico-sociaux](#) [en ligne] 2024.
- Omédit Bretagne. [E-learning - Bonnes pratiques de prescription](#) [en ligne] 2023.
- Haute Autorité de santé. [Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments](#). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.

La HAS remercie les Omédit qui ont participé à la relecture de ce flash.