ÉCOLE D'INFIRMIER(E)S ANESTHÉSISTES DIPLÔMÉ(E)S D'ÉTAT

Étude de pratiques sur le circuit des stupéfiants au bloc opératoire du CHU de Poitiers

Par

Mélanie PIERRE

Sous la direction de :

Dr Simon RODIER

Pharmacien Praticien Hospitalier, Chef de service – CHU de Poitiers

M. Nicolas GILLIER

Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État – CHU de Poitiers

Septembre 2025

UE 7 : MÉMOIRE PROFESSIONNEL

En vue de l'obtention du Diplôme d'État d'Infirmier Anesthésiste

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE

Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Nouvelle-Aquitaine

La Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Nouvelle-Aquitaine délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 : Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je soussignée Mélanie PIERRE

atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat élaborée par la DRDJSCS Nouvelle-Aquitaine et de m'y être conformé.

et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte

Fait à Poitiers, Le 30 Juin 2025 ***Suivi de la signature :***



Article 2 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »[1].

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation.

En application du Code de l'éducation[2] et du Code pénal[3], il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS Nouvelle-Aquitaine est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

---

[1] Site Université de Genève http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf

[2] Article L. 331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'État sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

[3] Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

REMERCIEMENTS

J’adresse mes sincères remerciements à toutes les personnes qui m’ont apporté de l’aide et du soutien durant ces deux années et dans la réalisation de ce travail de recherche, en particulier :

Au Dr Simon RODIER, d’avoir accepté de suivre ce travail. Merci pour ton implication et ton encadrement bienveillant. Tes conseils m’ont permis de me surpasser et de mener à bien ce projet.

A Nicolas GILLIER, pour ton accompagnement, tes conseils et tes encouragements. Ta bienveillance et ton optimisme sans faille m’auront portée jusqu’à l’aboutissement de ce travail. Merci.

A Guillaume ARQUE, pour ton aide apportée tout au long de ce travail.

A Mme Frédérique CHEVEREAU, pour votre disponibilité, et votre accompagnement.

A l’ensemble de l’équipe pédagogique Valérie, Alain et Laurent, pour ces deux années de formation. Merci pour vos conseils et votre soutien attentif. Sandra, merci à toi pour ta disponibilité et ton écoute, on se souviendra de notre soleil.

A Myriam AOUSTIN, ma référente durant ces deux années, merci pour ta bienveillance tout au long de mon parcours.

A l’ensemble des IADE, MAR et internes, merci de votre partage d’expertise, merci pour ces deux années d’apprentissage, riches en belles rencontres, j’ai beaucoup appris à vos côtés.

A mes camarades de promotion et de formation, pour tous ces moments d’entraide et de bons moments au cours de ces deux années. A toi Sandra, ma colocataire durant cette dernière année, merci pour ces moments de simplicité, d’entraide et pour tous tes conseils. Je te souhaite une belle continuation et beaucoup de réussite pour la fin de ta formation.

A mes précieux amis, qui nous ont toujours soutenus et accompagnés de près comme de loin dans tous nos projets. Merci infiniment d’être à nos côtés.

A ma famille et ma belle-famille, sans qui mon projet professionnel n'aurait pas pu se concrétiser. Merci à vous pour votre présence et votre soutien.

A mon conjoint, merci d'avoir cru en moi depuis le début, sans toi rien de tout cela n'aurait pu se réaliser. Merci pour tout ce que tu as fait durant ces deux années pour gérer notre quotidien à la maison. A mon tour, je te suivrai et je t'accompagnerai dans tes projets futurs.

Pour finir, à toi ma fille, tu as réussi à être très courageuse et à être patiente en comptant les jours jusqu'à mon retour. Je suis fière de toi ma chérie, maman rentre à la maison.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADC : Armoire de Distribution Contrôlée

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ARS : Agence Régionale de Santé

CCV : Bloc Cardio-Neuro Vasculaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IADE : Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'État

JBC : Bloc Jean Bernard Commun

JBU : Bloc Jean Bernard Urgences

JFR : Bloc Jean François Risse

MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur

PPH : Préparateur en Pharmacie Hospitalière

SARMPO : Service d'Anesthésie-Réanimation Péri-Opératoire

SFAR : Société Française des Anesthésistes Réanimateurs

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

UF : Unité Fonctionnelle

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION 8

II. MÉTHODOLOGIE 11

1. TYPE D'ETUDE 11
2. OBJECTIFS DE L'ETUDE 11
   - *2.1. Objectif principal 11*
   - *2.2. Objectifs secondaires 11*
3. MATERIELS ET METHODE 11
   - *3.1. Critères d'inclusion 11*
   - *3.2. Critères de non-inclusion 12*
   - *3.3. Choix et échantillonnage des salles opératoires 12*
   - *3.4. Traitement et recueil des données 12*
   - *3.5. Méthodologie et outils statistiques 13*
   - *3.6. Aspect éthique et réglementaire 14*

III. RÉSULTATS 14

1. CONSOMMATION GLOBALE DES PRODUITS STUPEFIANTS 14
2. TAUX D'INCIDENCE DES ANOMALIES DETECTEES 15
3. CONFORMITE DU COMPTAGE QUOTIDIEN 16
4. TRAÇABILITE ET PRATIQUES 20

IV. DISCUSSION 23

V. LIMITES ET BIAIS 29

VI. PERSPECTIVES 30

VII. CONCLUSION 32

BIBLIOGRAPHIE 33

TABLE DES ANNEXES 36

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURE 1 : CONSOMMATION GLOBALE EN UNITES (AMPOULES) DE STUPEFIANTS 2022, 2023 ET 2024. 14
FIGURE 2 : TYPE ET PREVALENCE DE MOLECULES ASSOCIEES AUX ANOMALIES DE COMPTAGES POUR L'ANNEE 2024. 15
FIGURE 3 : PREVALENCE DU TYPE D'ANOMALIES DE COMPTAGES POUR L'ANNEE 2024. 16
FIGURE 4 : TAUX DE CONFORMITE DE COMPTAGES QUOTIDIEN. 16
FIGURE 5 : NOMBRE DE COMPTAGES QUOTIDIENS RECENSES EN FONCTION DE LA PERIODE DE REALISATION DU CONTROLE. 17
FIGURE 6 : TAUX DE CONFORMITE DES SALLES AYANT BENEFICIE D'UN CONTROLE QUOTIDIEN MATIN ET SOIR. 17
FIGURE 7 : TAUX DE REALISATION DES COMPTAGES BIQUOTIDIENS PAR JOUR DE LA SEMAINE. 18
FIGURE 8 : MISE EN CORRELATION DE LA REALISATION DU COMPTAGE AVEC LE PASSAGE OU NON DU PREPARATEUR EN PHARMACIE HOSPITALIERE (PPH). OUI= PASSAGE DU PPH ; NON= ABSENCE DE PASSAGE DU PPH. 18
FIGURE 9 : RECENSEMENT DU NOMBRE D'OUVERTURES DE COFFRES A STUPEFIANTS SUR LA PERIODE AUDITEE. 19
FIGURE 10: OBSERVATION DES POINTS DE CONFORMITE DU STOCKAGE, DE LA PREPARATION ET DE LA TRAÇABILITE DES STUPEFIANTS, RELEVES SUR LES TROIS SECTEURS AUDITES. 22

TABLEAU I : POURCENTAGE D'ERREURS DETECTEES LORS DU CONTROLE QUOTIDIEN DES STUPEFIANTS. 15
TABLEAU II : VARIABILITE DU TAUX D'OUVERTURES DE COFFRE PAR SALLE D'INTERVENTION. 19
TABLEAU III : RATIO D'OUVERTURES DE COFFRE PAR COMPTAGES REALISES. 20

I.INTRODUCTION

Le terme « stupéfiants » désigne les substances psychoactives à usage strictement médical (1,2).

En raison de leur puissant effet sur le système nerveux central, de leur propriétés analgésiques et sédatives, ces substances jouent un rôle central dans la pratique anesthésique (3).

En anesthésie au bloc opératoire, l'administration des stupéfiants s'effectue par voie intraveineuse. Elle concerne notamment les opioïdes morphiniques (SUFENTANIL, MORPHINE, REMIFENTANIL, ALFENTANIL) mais également les stupéfiants non opioïdes tels que certains anesthésiques non barbituriques (KETAMINE). Dans la majorité des protocoles d'anesthésie, une ou plusieurs de ces molécules sont utilisées.

Le CHU de Poitiers dispose de 32 salles de bloc opératoire, leur utilisation est très conséquente. Ainsi, les données internes de consommation pour l'année 2023 révèlent une utilisation totale de 26936 ampoules ou flacons de stupéfiants.

L'usage de ces substances représente ainsi un défi quotidien dans cet environnement de soins. En effet, leur puissance pharmacologique exige une utilisation hautement réglementée, nécessitant une identification et une prise en compte rigoureuse des risques associés.

Le détournement de ces produits et le risque de pharmacodépendance associé constituent de véritables enjeux de santé publique (4,5). Ainsi, chaque ampoule est tracée, suivie et toute anomalie est tracée et déclarée sans délai.

De plus, ces médicaments utilisés par voie intraveineuse, présentent des risques d'erreur (prélèvement, dilution, étiquetage, réglage de débit, choix de la voie…), renforcés par de possibles ressemblances ou consonances, les classant parmi les médicaments de la liste des *« never events »* (6).

Une culture sécurité est donc indispensable dans les pratiques soignantes, notamment pour prévenir les erreurs médicamenteuses (7).

La présence d'intervenants multiples dans cet environnement majore ces risques. Il est donc impératif de renforcer les exigences en matière de rigueur, de traçabilité et de conformité, afin de garantir la sécurisation des produits stupéfiants.

Pour garantir cette sécurité, les cadres législatifs et réglementaires français des stupéfiants et des substances psychoactives sont définis principalement par le Code de la Santé Publique (Articles L5132-1 à L5132-15 et Articles R5132-86 à R5132-110) (8,9). Ils réglementent leur prescription, leur détention, leur stockage et leur distribution.
L'ANSM supervise leur autorisation et leur usage en lien avec les conventions internationales, notamment celles de 1961 et 1971, qui classent ces substances selon leur dépendance et leur impact sur la santé publique (10).

Des contrôles du circuit peuvent avoir lieu, que cela soit par l'inspection de la pharmacie, l'ARS ou la HAS. C'est par exemple dans ce contexte que la certification des établissements de santé, mise en œuvre par la HAS depuis 1996, constitue un cadre structurant dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue (11). Elle évalue la qualité et la sécurité des soins, notamment à travers la gestion des médicaments à risque, intégrant ainsi classiquement les médicaments stupéfiants. La révision de cette procédure en 2020, encourage une évaluation plus ancrée dans les pratiques des soignants (12).

De plus, l'établissement a mis en œuvre de nombreuses actions pour maitriser les risques. Une procédure interne, mise en place en novembre 2015, définit les modalités de commande, de stockage, de contrôle des stupéfiants dans ce secteur en lien avec les exigences réglementaires (ANNEXE I).
Un pharmacien est désigné référent de l'anesthésie (dont activité au bloc opératoire) et des stupéfiants sur le CHU. Depuis septembre 2018, un PPH assure la centralisation des commandes et la sécurité du circuit des stupéfiants trois fois par semaine.

Les produits sont stockés dans des coffres sécurisés par digicode personnel, avec une dotation par salle opératoire. Des comptages doivent être effectués quotidiennement par les IADE à l'ouverture et à la fermeture des salles.

Un coffre commun est mis à disposition pour le secteur un. Le secteur deux bénéficie d'un coffre dédié, tandis qu'un coffre spécifique est attribué au secteur trois (ANNEXES II-IV).

La gestion des stupéfiants doit répondre à des exigences strictes conciliant la sécurité des patients, la traçabilité du produit et son efficacité (13,14). Toutefois, des écarts aux protocoles peuvent être observés dans les pratiques soignantes, notamment en ce qui concerne la traçabilité et les comptages journaliers des stupéfiants qui ne sont pas systématiquement réalisés dans les différents secteurs concernés. Ce constat interroge sur la conformité des pratiques observées au regard des exigences réglementaires et de sécurité.

Une gestion rigoureuse, homogène et auditée des stupéfiants devient un levier incontournable afin de sécuriser les parcours patients et la responsabilité professionnelle des soignants.

Ces constats ont conduit à se poser la problématique suivante : dans quelles mesures les pratiques professionnelles liées à la gestion des stupéfiants dans les blocs opératoires du CHU de Poitiers sont-elles conformes aux protocoles en vigueur ?

Une étude de pratiques professionnelles a été menée au sein des différents blocs opératoires du CHU de Poitiers, visant à analyser le suivi de la gestion des stupéfiants.

II. MÉTHODOLOGIE

1. Type d'étude

Une étude des pratiques professionnelles liées à la gestion des stupéfiants au bloc opératoire du CHU de Poitiers a été réalisée. Il s'agissait d'une enquête monocentrique mixte associant une analyse de relevés rétrospectifs et un audit observationnel.

2. Objectifs de l'étude

2.1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était de réaliser un suivi de traçabilité des stupéfiants au bloc opératoire du CHU de Poitiers.

2.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient :

- Obtenir le taux d'incidence des anomalies signalées rapportées à la consommation et aux nombres de contrôles réalisés
- Évaluer les pratiques de traçabilité du contrôle quotidien des stupéfiants
- Évaluer les pratiques de traçabilité des préparations réalisées de stupéfiants.

3. Matériels et méthode

3.1. Critères d'inclusion

Les salles du bloc opératoire du CHU de Poitiers des secteurs JBU/JBC, JFR et CCV ont été incluses.

3.2. Critères de non-inclusion

Les blocs d'urgence, le secteur de Maternité – Obstétrique, les secteurs hors bloc ont été exclus. L'activité des samedis, dimanches et jours fériés n'a pas été incluse à l'étude.

3.3. Choix et échantillonnage des salles opératoires

Afin d'être représentatif de la diversité du bloc opératoire (unités distinctes, spécialités chirurgicales spécifiques, professionnels en poste sur des secteurs spécifiques…), 22 salles ont été auditées, parmi les secteurs JBU/JBC, JFR et CCV. Pour simplifier la lecture à suivre, elles ont été renommées respectivement en secteur un, deux et trois (ANNEXE V).

Secteur un (JBC/JBU) : neuf salles et sept spécialités
Secteur deux (JFR) : sept salles et quatre spécialités
Secteur trois (CCV) : six salles et trois spécialités

La période d'audit rétrospectif s'étendait du 01/10/2024 au 30/11/2024, sur un total de 42 jours ouvrés. Un audit observationnel s'est réalisé quant à lui sur la période du 16/01/2025 au 17/02/2025.

L'étude du programme opératoire sur cette période a mis en évidence l'ouverture de 706 salles sur l'intégralité de la période auditée. Le taux moyen de fonctionnement du service a été calculé à 76 %.

3.4. Traitement et recueil des données

Le recueil d'anomalies de l'année 2024 a été effectué, d'une part, à partir des registres de contrôle quotidien, et d'autre part, à partir des registres officiels de déclaration d'anomalies du SARMPO, ainsi que des données internes de la pharmacie.

Les données de traçabilité de comptage quotidien ont été extraites des registres papiers stockés à proximité immédiate des différents coffres de rangement de chaque secteur (ANNEXE VI).

Les plannings des IADE ont été récupérés pour identifier les jours d'ouverture des 22 salles concernées. Un total de 706 salles d'intervention réellement ouvertes avec un programme opératoire a été comptabilisé sur l'intégralité de la période ciblée.
Le recensement des ouvertures des coffres de stupéfiants a été transmis par le service de sécurité.
Les données de planning des PPH ont été recensés et croisées avec l'ensemble des données (ANNEXE VII).

L'audit observationnel des pratiques professionnelles s'est appuyé sur l'ensemble des critères de conformité établis dans la procédure institutionnelle en vigueur : le rangement des stupéfiants retirés du coffre de l'unité ainsi que les modalités d'administration et de traçabilité (ANNEXE VIII).
Les 22 salles ont chacune été auditées à deux reprises, soit un total de 44 observations. Celles-ci ont été réalisés à un moment donné sur une plage horaire comprise entre huit et 17 heures.
Des grilles de recueil organisées par thématique selon les critères de conformité, ont été créées spécifiquement pour l'audit. Elles ont été préalablement testées afin d'en garantir la pertinence et l'opérationnalité.

3.5. Méthodologie et outils statistiques

Une analyse descriptive des données reportées dans des tableurs sur le logiciel Microsoft Excel a été réalisée. Les variables quantitatives ont été décrites par leur médiane et écart-type. Les variables qualitatives ont été décrites par leur effectif et leur pourcentage.

3.6. Aspect éthique et réglementaire

Cette étude a été conduite dans le strict respect de la confidentialité des données recueillies. Les informations issues des plannings, des coffres à stupéfiants ou des relevés d'écarts de pratique ont été traitées de manière anonyme et regroupées informatiquement sans identification personnelle.

Ce mémoire s'inscrit dans le cadre d'une recherche non interventionnelle ne relevant pas de la loi Jardé. Il respecte néanmoins les principes éthiques en vigueur dans le milieu hospitalier, notamment en matière de respect de la vie privée, de neutralité et de discrétion

III. RÉSULTATS

1. Consommation globale des produits stupéfiants

Les données internes de pharmacie ont révélé en 2024 une consommation de 23653 unités (ampoules) de stupéfiants, à l'échelle des 22 salles auditées, à la hausse sur les trois dernières années (Figure 1).

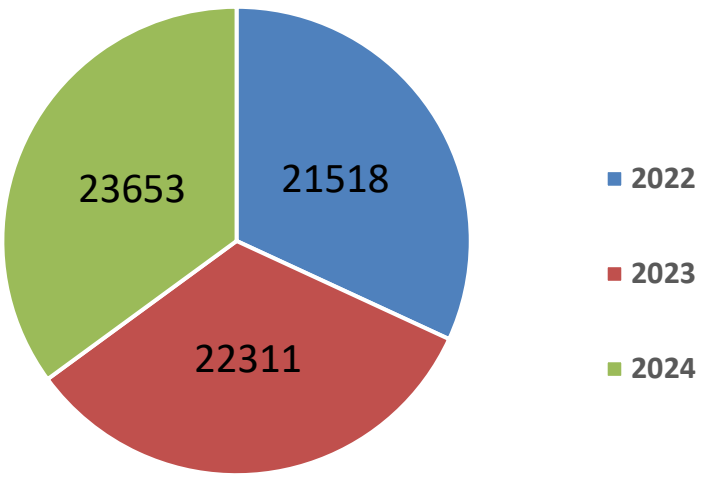


Figure 1 : consommation globale en unités (ampoules) de stupéfiants 2022, 2023 et 2024.

2. Taux d'incidence des anomalies détectées

Parmi les erreurs détectées lors des opérations de comptage et de la traçabilité sur le registre quotidien de la période d'audit, un taux d'anomalies de 0,9 % a été observé (Tableau I).

Tableau I : pourcentage d'erreurs détectées lors du contrôle quotidien des stupéfiants.

Indicateurs	Valeurs
Erreurs signalées	**5**
Comptages réalisés	**547**
Taux d'erreurs (%)	**0,9 %**

Les données officielles de déclarations pour l'année 2024, ayant nécessité un rapport écrit, ont concerné 11 ampoules de stupéfiants différentes.

Elles ont mis en évidence une prédominance d'anomalies liées au SUFENTANIL 50MCG/10ML (n=7), mais également à la KÉTAMINE 50MG/ML (n=2), à la MORPHINE 10 MG/ML (n=1) et au REMIFENTANIL 1MG (n=1) (Figure 2).

Le motif principal déclaré est : *« ampoule cassée pleine, non utilisée, tracée »* (n=7), représentant 63,6 % des anomalies recensées (Figure 3).

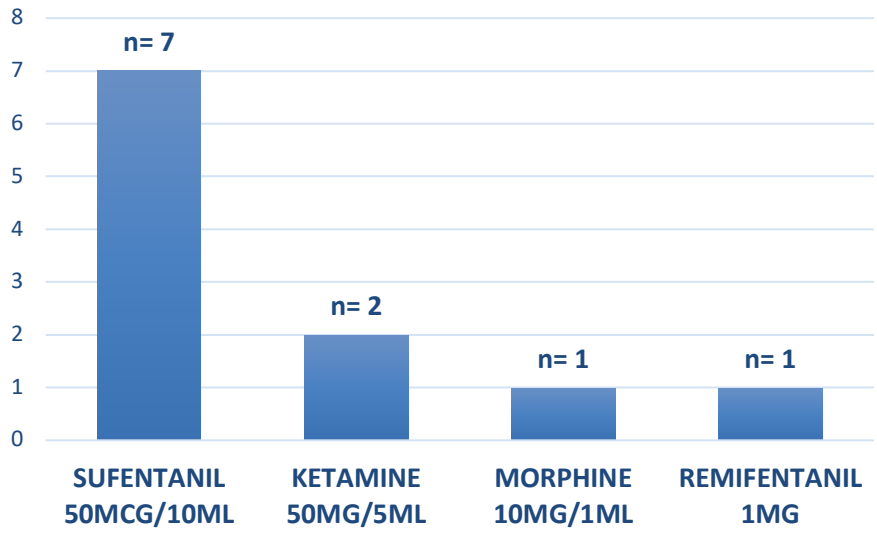


Figure 2 : type et prévalence de molécules associées aux anomalies de comptages pour l'année 2024.

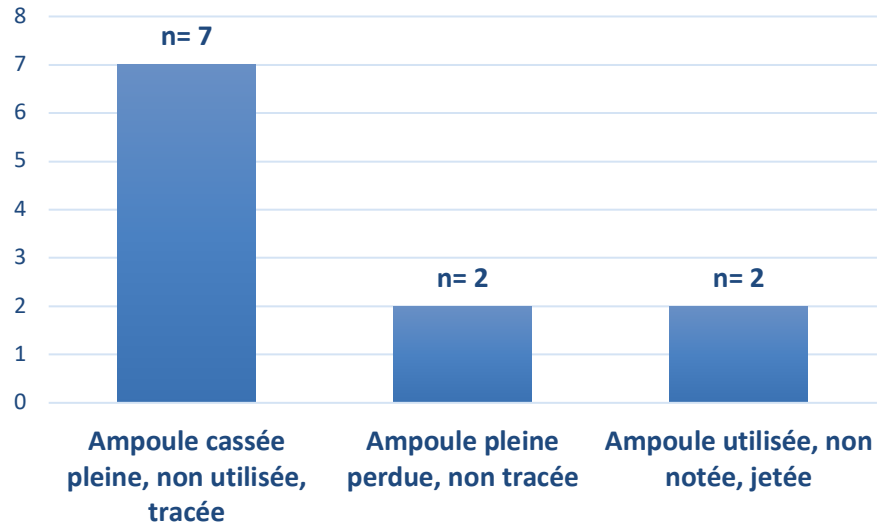


Figure 3 : prévalence du type d'anomalies de comptages pour l'année 2024.

3. Conformité du comptage quotidien

Le nombre de comptages attendus a été calculé en tenant compte du nombre de jours ouvrés et du nombre de salles ouvertes. Au total, 547 comptages ont été réalisés, tous secteurs confondus, sur les 1412 attendus, soit un taux de conformité global de 38,7 % (Figure 4). L'étude n'a pas mis en évidence de secteur dont le taux de réalisation dépasse 45,3 %, ce chiffre correspondant au maximum atteint en secteur deux. En secteur trois, moins d'un tiers des comptages attendus ont été réalisés.

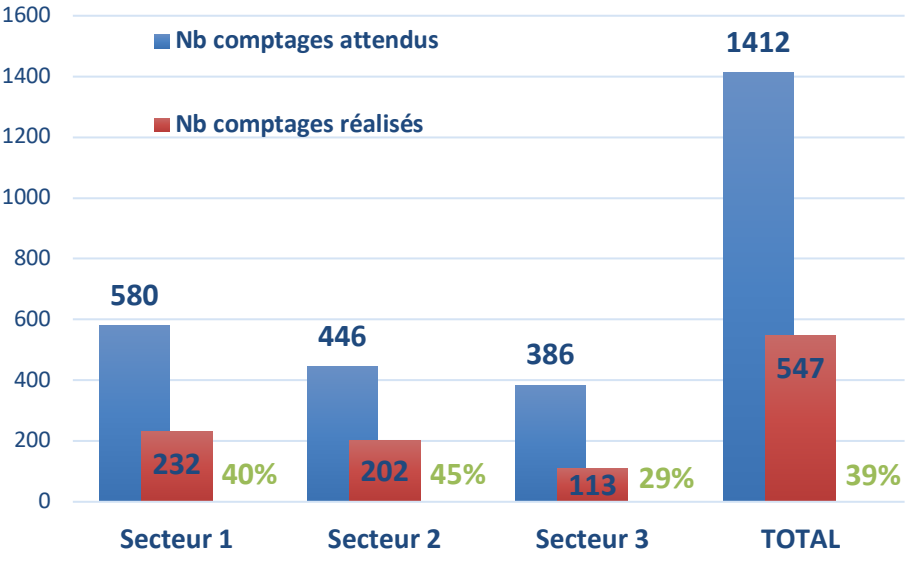


Figure 4 : taux de conformité de comptages quotidien.

Il a été constaté que les comptages effectués à l'ouverture des salles sont plus fréquents que ceux réalisés à leur fermeture. En effet, 76 % des comptages ont été réalisés le matin, contre seulement 24 % le soir. Cette tendance a été observée de manière homogène dans l'ensemble des secteurs (Figure 5).

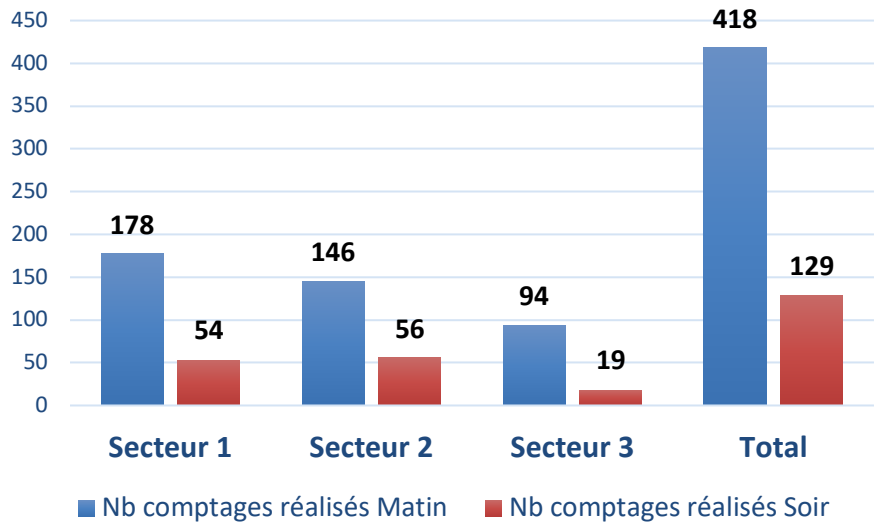


Figure 5 : nombre de comptages quotidiens recensés en fonction de la période de réalisation du contrôle.

Au total, 18 % des contrôles de dotation par salle étaient conformes à la procédure, comprenant un comptage effectué à l'ouverture et à la fermeture de la salle concernée (Figure 6).

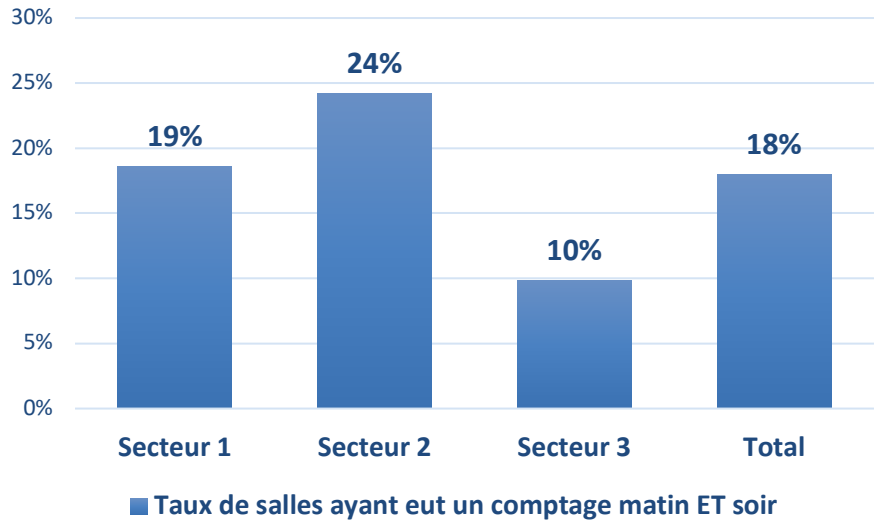


Figure 6 : taux de conformité des salles ayant bénéficié d'un contrôle quotidien matin et soir.

L'étude n'a pas mis en évidence de différence notable dans la réalisation des comptages selon le jour de la semaine. Toutefois, une légère amélioration des pratiques semble se dessiner en fin de semaine (Figure 7).

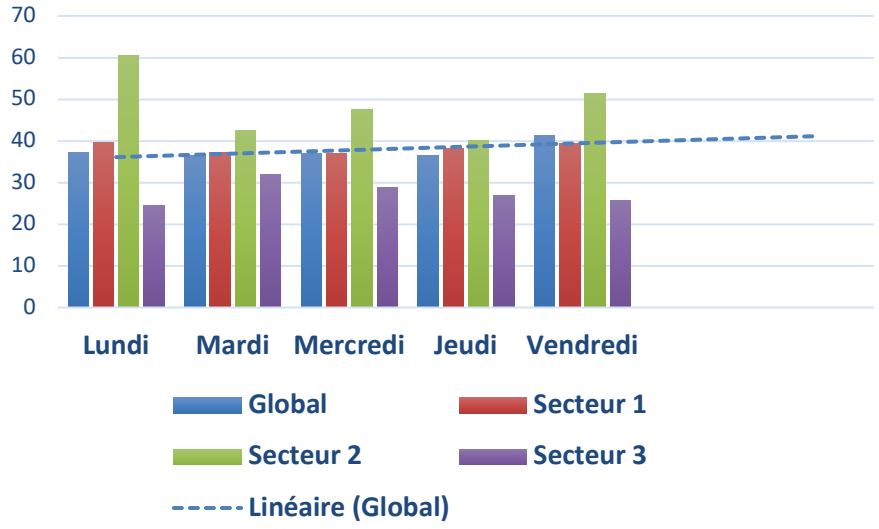


Figure 7 : taux de réalisation des comptages biquotidiens par jour de la semaine.

Les jours sans passage du PPH présentent, en moyenne, un taux de réalisation des contrôles quotidiens (40 %), comparativement aux jours avec passage du PPH, où 37 % des comptages ont été réalisés (Figure 8).

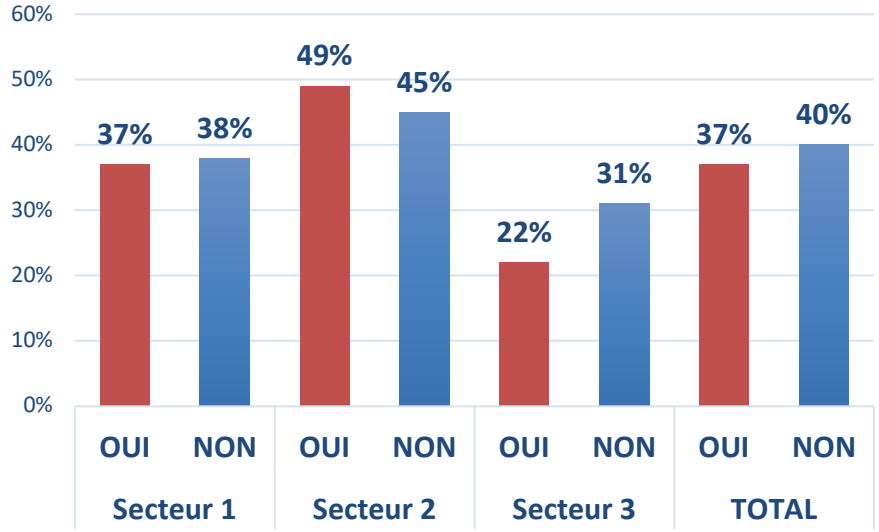


Figure 8 : mise en corrélation de la réalisation du comptage avec le passage ou non du préparateur en pharmacie hospitalière (PPH). OUI= Passage du PPH ; NON= absence de passage du PPH.

L'observation du nombre d'ouvertures des coffres à stupéfiants a montré que le secteur un a enregistré 606 ouvertures reparties sur 290 salles, soit une moyenne de 2,1 ouvertures par salle. Le secteur deux, avec 571 ouvertures pour 223 salles ouvertes, affiche une moyenne légèrement supérieure de 2,8 ouvertures par salle. Le secteur trois, quant à lui, comptabilise 652 ouvertures reparties sur 193 salles, soit une moyenne plus élevée de 3,5 ouvertures par salle (Figure 9 et Tableau II).

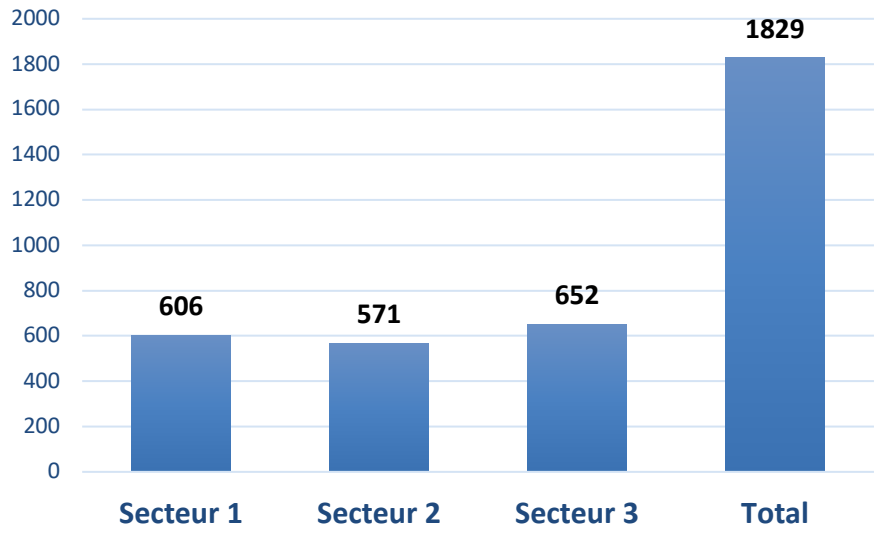


Figure 9 : recensement du nombre d'ouvertures de coffres à stupéfiants sur la période auditée.

Au total, 1829 ouvertures ont été recensées sur les 706 salles ouvertes. La moyenne journalière des ouvertures, calculée salle par salle, est de 2,8 (Tableau II). Pour l'ensemble des secteurs, la médiane est de 2,5. Dans le secteur trois, la médiane s'élève à 3,5.

Tableau II : variabilité du taux d'ouvertures de coffre par salle d'intervention.

Secteurs	Moyennes	Médianes	Écarts-types
Secteur 1	**2,1**	**2,0**	**0,6**
Secteur 2	**2,8**	**2,8**	**0,6**
Secteur 3	**3,5**	**3,5**	**0,7**
TOTAL	**2,8**	**2,5**	**0,7**

Un ratio d'ouvertures et de comptages a été réalisé par secteur (Tableau III). Au total, il est estimé un nombre d'ouverture de coffres à 3,3 pour un comptage effectué. Le secteur trois a révélé un ratio très élevé de 5,8.

Tableau III : ratio d'ouvertures de coffre par comptages réalisés.

Secteurs	Ratios ouvertures/comptages
Secteur 1	**2,6**
Secteur 2	**2,8**
Secteur 3	**5,8**
TOTAL	**3,3**

4. Traçabilité et pratiques

Les 41 observations réalisées ont permis de recenser un total de 79 seringues analysées, réparties en trois types de substances identifiées : le SUFENTANIL (46 %), la KETAMINE (32 %) et le REMIFENTANIL (23 %) (Figure 10).

Ont également été observés : 41 supports de stockage, 304 ampoules vides, ainsi que 63 feuilles de traçabilité comportant 187 lignes de relevés nominatifs.

L'observation du type de contenant utilisé pour la préparation de chaque molécule a mis en évidence une standardisation des pratiques : pour chaque produit à concentration spécifique et renseignée (n= 76), un seul type de contenant est systématiquement utilisé.

Dans cet audit, 68 % des préparations réalisées ont concerné le patient en cours d'intervention dans chaque salle. Les 32 % restants, tout comme les 5 % d'ampoules pleines déposées en dehors de la boite de stockage, n'ont pas concerné le patient au moment de l'audit. Ils ont été en lien avec des préparations anticipées liées au protocole d'induction du patient suivant.

La gestion des ampoules des produits consommés a révélé un taux de 95 % de conformité de rangement et de traçabilité.

Par ailleurs, un remplissage conforme à 95 % des feuilles de relevé en ce qui concerne les lignes d'identifications nominatives a été observé. En revanche, pour ce qui est des en-têtes de feuille, certains critères ou renseignements, tels que le nom du MAR (n= 2) et l'UF renseignée (n= 36), n'ont pas toujours été complétés.

Au total, une moyenne de conformité d'utilisation et de stockage des produits stupéfiants de 80 % a été observée.

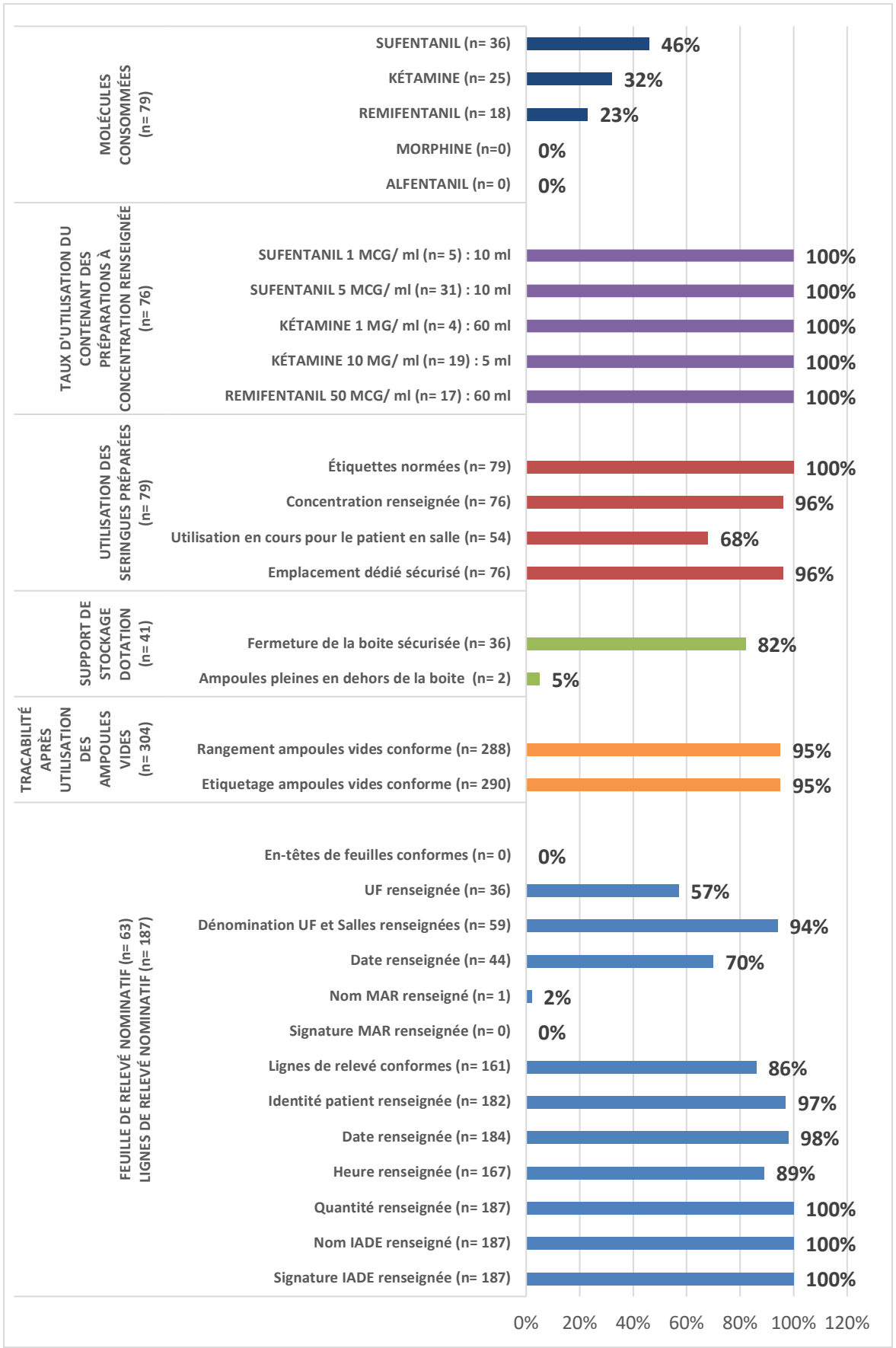


Figure 10: observation des points de conformité du stockage, de la préparation et de la traçabilité des stupéfiants, relevés sur les trois secteurs audités.

IV. DISCUSSION

L'objectif de l'étude était d'analyser les pratiques professionnelles concernant la gestion des stupéfiants au bloc opératoire du CHU de Poitiers. L'analyse des données recueillies sur 42 jours ouvrés, dans les 22 salles réparties sur trois secteurs distincts, a permis de faire ressortir plusieurs constats, notamment en ce qui concerne les pratiques de comptage biquotidien des stupéfiants.

Les données de consommations des trois dernières années révèlent une moyenne annuelle de 22494 produits stupéfiants utilisés, avec une tendance à la hausse au fil du temps. Un article publié en 2019 dans le *British Journal of Anesthesia* (15), qualifie cette situation « d'épidémie d'opioïdes », en soulignant la complexité des causes, souvent interdépendantes, qui encouragent à la fois la disponibilité des produits et leur utilisation. Le contexte épidémiologique augmente considérablement le nombre de patients ayant recours au traitement chirurgical, plaçant les anesthésistes au cœur de la gestion de la douleur péri-opératoire. Des approches telles que l'analgésie multimodale et la réhabilitation post-opératoire précoce se développent, dans l'objectif de limiter l'usage des opioïdes et d'en réduire les risques associés (16).
Cette hausse de la consommation, s'accompagne d'une augmentation des facteurs de risque, notamment en ce qui concerne la gestion et la traçabilité de ces médicaments à haut potentiel d'erreur.

Les anomalies sont principalement détectées lors du comptage biquotidien de chaque boite de dotation. Ces contrôles permettent de croiser les données de consommation, la dotation attribuée et la quantité restante. En cas de discordance, l'IADE ou le PPH en informe la cadre du service et mène une recherche pour identifier l'origine de l'anomalie. En cas de non résolution de cette dernière, un médecin responsable du secteur d'anesthésie rédige un courrier circonstancié à l'attention du pharmacien référent, afin d'assurer la traçabilité et la régularisation du stock. Cette méthodologie permet à chacun d'avoir un regard précis sur les dysfonctionnements et ainsi identifier précocement d'éventuels détournements.

La désynchronisation entre les feuilles de comptage et les outils de traçabilité rend la gestion plus complexe et peut entrainer une surcharge de travail.

Sur la période auditée, le taux d'erreurs détectées lors des comptages s'élève à 0,9 %, soit 5 erreurs sur 547 comptages réalisés. Ce taux demeure faible et peu significatif.

En 2024, 11 rapports écrits sont recensés. Ils concernent principalement l'utilisation du SUFENTANIL (n= 7) et de la KETAMINE (n= 2). Cette tendance est appuyée par l'audit des pratiques (Figure 10), qui met en évidence une prévalence d'utilisation de 46 % pour le SUFENTANIL et de 32 % pour la KETAMINE. La littérature souligne par ailleurs l'intérêt de l'association de ces deux molécules dans l'amélioration de la gestion de la douleur en péri-opératoire (17) justifiant ainsi les résultats.

Le motif le plus fréquemment rapporté est « ampoule cassée pleine, non utilisée, tracée », représentant 63,6 % des cas (n= 7). Les causes de ce type d'incident peuvent être multiples. En dehors des annulations ou modifications de programme opératoire, on note que 32 % des stupéfiants préparés ne concernent pas le patient présent en salle. Ces préparations anticipées peuvent être rendues obsolètes par un changement de stratégie thérapeutique de dernière minute, conduisant à une traçabilité d'un produit finalement non utilisé.

Par ailleurs les dotations de chaque salle sont conditionnées dans une boite plastique, transportée à l'ouverture et à la fermeture des salles, puis stockée dans le coffre commun en dehors des plages opératoires. Ce mode de manipulation expose les ampoules à des chocs ou mouvements incontrôlés, pouvant entrainer leur casse.

Enfin, deux autres motifs d'anomalies sont relevés : « ampoule cassée pleine, non tracée »(n= 2) et « ampoule utilisée, non tracée et jetée » (n=2). Ces situations constituent des anomalies majeures, en raison de l'absence totale de traçabilité, qu'elle soit liée à un oubli ou à une autre cause organisationnelle.

L'étude met en évidence un taux de réalisation de comptages quotidiens de 39 %. Parmi ces données, seules 18% de salles ont bénéficié d'un comptage conforme à la réglementation, c'est-à-dire effectué à l'ouverture et à la fermeture. Ce résultat traduit une non-conformité significative vis-à-vis des exigences du Code de la Santé Publique, et des recommandations de la HAS relatives à la gestion du médicament à risque. Cette faiblesse dans l'application des procédures constitue un point de vigilance majeur. Elle expose les professionnels à un risque médico-légal en cas d'erreur ou de perte non tracée, tout en compromettant la sécurisation du circuit du médicament.

Concernant les facteurs influençant la réalisation du comptage, 76 % sont effectués le matin contre seulement 24 % en fin de journée. Une revue de littérature, menée entre décembre 2019 et mars 2020, met en évidence que la fatigue est un phénomène largement répandu en anesthésie, touchant environ 73,1 % des soignants. Cette fatigue associée à une altération des compétences non techniques et à une diminution de l'attention soutenue, peut conduire à une baisse significative de la vigilance au fil de la journée (18).

Par ailleurs, aucune différence majeure n'a été observée selon les jours de la semaine, bien qu'une amélioration des pratiques semble se dessiner en fin de semaine, ce qu'il serait intéressant 'analyser statistiquement en intégrant une plus large période.

L'influence du passage du PPH n'est pas marquée d'incidences sur le comptage : en moyenne, 40 % des comptages sont réalisés en dehors des jours de passage, contre 37% les jours de présence, de commande et de remise à jour des dotations.

Au total, 1829 ouvertures de coffres sont recensées sur 706 salles, soit une moyenne globale de 2,8 ouvertures par salle. Cette moyenne est légèrement supérieure à la médiane, qui s'élève à 2,5, ce qui indique une asymétrie dans la distribution par la présence de salles avec un nombre d'ouvertures sensiblement plus élevé que la moyenne. Cette asymétrie est principalement influencée par le secteur trois, dont la moyenne atteint 3,5 ouvertures par salle, tirant ainsi la moyenne globale vers le haut.
L'écart type de 0,7, traduit une dispersion modérée autour de la moyenne, indiquant que le nombre d'ouvertures par salle varie généralement entre 2,1 et 3,5.

Le ratio d'ouvertures par comptage est calculé afin de fournir un indicateur de conformité. Le ratio observé, de 3,3 ouvertures de coffres par comptage réalisé, met en évidence un écart significatif entre les actions de contrôle et les actes d'exploitation.

Il montre que, pour chaque comptage effectué, plusieurs ouvertures de coffres sont réalisées en moyenne, ce qui reflète un décalage dans la traçabilité ou la formalisation des comptages. Par exemple, certains comptages peuvent ne pas être correctement déclarés, ou des ouvertures de coffres peuvent être effectuées sans comptage formel préalable, ce qui soulève des questions sur le respect des procédures en vigueur.

Un ratio élevé d'ouvertures par comptage, peut refléter des failles dans le contrôle des stocks, ce qui augmente le risque de pertes, vols ou détournements.

L'étude observationnelle met en lumière les modalités de gestion des produits stupéfiants dans les pratiques soignantes du quotidien. En s'inspirant d'une publication récente de 2022, décrivant un programme de qualité et d'audit interne en pharmacie, ce programme vise à promouvoir un respect durable des normes de gestion des médicaments. Il permet ainsi de suivre les performances, d'identifier les lacunes en matière de conformité et de mettre en œuvre des mesures correctives ciblées (19).

Dans notre étude, quatre critères de conformité attendus, en lien avec la règlementation en vigueur, sont observés et analysés. Parmi les critères évalués, celui relatif à « l'utilisation des seringues préparées » révèle un taux de traçabilité élevé. En effet, l'utilisation systématique d'étiquettes normées est respectée à 100 %, permettant d'indiquer clairement la nature du produit utilisé. Par ailleurs, la notification de la dilution du médicament est réalisée dans 96 % des cas. Il est également observé que 68 % des préparations correspondent à des seringues en cours d'utilisation pour le patient en salle. Les 32 % restants, correspondent à des préparations anticipées, qui sont stockées dans un emplacement dédié, distinct de celui réservé aux préparations en cours d'utilisation. Cette organisation soulève toutefois des questions quant au respect des bonnes pratiques de sécurisation.

Ces données font écho aux préconisations 2016 et réactualisées en 2024 de la SFAR et de la SFPC sur la prévention des erreurs médicamenteuses en anesthésie réanimation(20,21). Ces recommandations précisent que la prévention des erreurs de préparation et d'administration repose sur la reconstitution extemporanée des médicaments, accompagnée d'un étiquetage conforme à la norme ISO 26825. Cette norme impose notamment la présence d'un emplacement libre et réservé à l'indication de la concentration du médicament, dont l'unité est pré-imprimée.
Par ailleurs, les recommandations insistent sur la nécessité de formaliser un système uniforme de préparation, de dilution, de choix des contenants et des modalités d'administration, afin d'harmoniser les pratiques au sein de l'établissement.
Les données recueillies dans cette étude mettent en évidence une cohérence et une homogénéité des pratiques, en accord avec ces recommandations, ce qui est un indicateur positif de conformité et de sécurité dans la gestion des produits stupéfiants.

En ce qui concerne le critère « Stockage et dotation », la réglementation institutionnelle impose le recours à une armoire fermée à clé ou à une sécurisation au sein du chariot d'anesthésie. Toutefois, les observations issues de l'étude montrent que la dotation est installée dans une boite en plastique déposée sur le plateau du chariot d'anesthésie pendant les périodes opératoires (ANNEXE IX). Si 82 % de ces boites sont effectivement fermées, elles ne garantissent qu'un niveau de sécurité limité : leur principal avantage réside dans la possibilité d'un accès rapide aux stupéfiants, mais elles ne répondent pas pleinement aux exigences de sécurisation. Par ailleurs, 5 % des ampoules pleines sorties de la boite, se retrouvent en lien avec les 32 % de préparations anticipées. Ces produits sont alors déposés dans un support distinct dédié au patient suivant ; une pratique qui, bien que structurée, interroge sur le respect strict des normes de stockage sécurisé des stupéfiants.

Après utilisation, un taux élevé de traçabilité des ampoules consommées est retrouvé, avec 95 % de conformité en matière d'identification et de rangement approprié des contenants vides dans les dispositifs prévus à cet effet. Les 5 % restants sont justifiés par une priorisation de la gestion du patient et de la période d'induction, plaçant en seconde intention l'action de traçabilité.

Le dernier critère observé concerne les éléments figurant sur la feuille de relevé nominatif. L'étude met en évidence un taux élevé de conformité en ce qui concerne la saisie des informations relatives à l'identification du patient, du produit administré et du professionnel ayant procédé à l'administration.
En revanche, la responsabilité médicale du MAR n'est jamais formalisée, en raison de l'absence de son nom et de sa signature. Par conséquent, 100 % des en-têtes de feuilles de relevés sont non conformes aux exigences réglementaires de traçabilité.

Publié en 2023, un article de revue narrative analyse les stratégies actuelles de prévention du détournement de substances contrôlées en milieu péri-opératoire (22). Différentes organisations sont envisageables pour sécuriser l'usage des produits stupéfiants. Le système de distribution manuelle, utilisé dans cette étude, permet aux différentes dotations d'être préparées par le PPH et placées sous la responsabilité individuelle de l'IADE et du MAR référents. Cette organisation répond à des critères pratiques et économiques. De plus, la présence du personnel de pharmacie dans la zone péri-opératoire facilite la communication avec les équipes d'anesthésie.

Le concept de « *sommelier aux opioïdes* », théorisé par le Dr Ronald LITMAN, anesthésiste pédiatrique Américain reconnu pour ses travaux sur la sécurité des médicaments, semble pertinent dans ce cadre, car vise à limiter le détournement des substances contrôlées en milieu péri-opératoire. Ce rôle unique consiste à centraliser et contrôler l'accès à ces médicaments, chaque administration nécessitant une approbation individuelle. Bien que prometteuse pour réduire l'usage abusif, cette approche n'est mise en place dans aucun établissement de santé à ce jour (23).

Les systèmes de distribution automatisés, tels que les ADC, permettent un stockage sécurisé des médicaments, avec authentification de l'utilisateur par mot de passe ou biométrique. Ce dispositif facilite les opérations de comptage et de traçabilité des substances, en assurant un suivi précis des quantités distribuées, utilisées et gaspillées. Toutefois, leur coût reste un frein majeur, et leur accessibilité en situation d'urgence suscite des inquiétudes. Une récente revue systématique a d'ailleurs mis en évidence des

failles dans ce système, en identifiant plusieurs moyens de contourner les dispositifs de sécurité des ADC (24).

De nombreuses stratégies sont décrites pour améliorer la sécurisation des stupéfiants en milieu péri-opératoire. Il est peu probable qu'une seule organisation constitue une solution complète. Certaines approches nécessitent du temps, des ressources humaines et techniques variables, tandis que les données probantes restent limitées pour guider les services d'anesthésie dans le choix des stratégies les plus efficaces.

V. LIMITES ET BIAIS

L'étude présentait plusieurs limites et biais.

Tout d'abord, la taille de l'échantillon et la durée de l'étude étaient possiblement trop faibles. Les données avaient été recueillies de façon rétrospective sur une période de deux mois. Une étude plus longue et sur un échantillon plus large aurait permis d'obtenir des résultats plus fiables.

L'objectif n'était pas de comparer statistiquement les différents secteurs. Pourtant, une analyse spécifique de l'activité opératoire de chaque secteur aurait pu être pertinente afin de mieux comprendre les liens éventuels et d'approfondir l'analyse.

L'étude observationnelle avait également été biaisée par plusieurs éléments. Tout d'abord, sur les 44 audits attendus, seuls 41 ont pu être réalisés en raison de contraintes organisationnelles liées à la planification opératoire. Une salle du secteur deux n'a pu faire l'objet d'aucune observation, et une autre salle du secteur un, n'a bénéficié que d'un seul relevé sur les deux initialement prévus.

Ensuite, certains professionnels IADE avaient modifié leurs pratiques après la mise en route de l'audit, ce qui a pu influencer les résultats.

Le passage du PPH avait dû être exclu des critères d'inclusion pour cet audit prospectif. En effet, la mise à jour des dotations et des supports de traçabilité rendait ces données non significatives par rapport aux objectifs initiaux. L'analyse s'était donc limitée aux jours ouvrés hors passage du PPH.

Par ailleurs, des biais techniques ont été constatés dans les blocs opératoires :
Dans le secteur trois, le coffre commun contenait les stupéfiants de deux salles différentes : la salle de radio interventionnelle (salle d'urgence) et la salle 44 (chirurgie programmée mais aussi pour les urgences cardiothoraciques).
Dans les secteurs un et deux, le coffre commun contenait des stupéfiants destinés aux trois salles de secteur hors bloc (deux salles de scanner et une de curiethérapie).
Ces éléments ont biaisé l'étude des ouvertures de coffres, en augmentant artificiellement leur fréquence d'ouverture.

Enfin, une phase test avait été lancée le 18 février 2025 dans les secteurs un et deux, afin d'expérimenter deux nouvelles mesures d'organisations différentes pour sécuriser et harmoniser la gestion des stupéfiants.
Cependant, en raison du volume de données collectées et des contraintes de temps liées à la rédaction du mémoire, il a été nécessaire de recentrer l'analyse et ne pas inclure cette comparaison de méthodes. Ainsi, l'étude s'était finalement concentrée sur la traçabilité du contrôle biquotidien des dotations de stupéfiants, par salle opératoire, sur la période d'audit définie, ainsi que sur des critères d'analyse des pratiques générales.

VI. PERSPECTIVES

Il serait intéressant de proposer une publication de synthèse des résultats de l'étude à l'ensemble de l'équipe, afin de sensibiliser les professionnels à l'importance du respect des pratiques de sécurisation des stupéfiants.

Dans la continuité de cette démarche, plusieurs actions pourraient être envisagées :

- Réaliser une enquête auprès des IADE, pour recueillir leurs avis et leurs suggestions sur les pratiques actuelles.
- Constituer un groupe de travail pluridisciplinaire afin d'identifier ensemble des pistes d'amélioration concrètes.
- Poursuivre les audits réguliers des pratiques, dans le cadre d'une évaluation continue et dynamique de la conformité.

À partir de ce travail collaboratif, il sera maintenu très utile de mettre à jour la procédure interne en y intégrant les ajustements identifiés collectivement, et d'élaborer un plan d'action structuré.

Pour renforcer la traçabilité et l'harmonisation des pratiques, un document visuel pourrait être affiché sur la porte du coffre contenant :

La démarche à suivre sur les modalités de réalisation du comptage, les consignes en cas d'anomalies, ou encore une check-list cognitive simplifiée, sous forme d'affiche informative.

Enfin, l'ouverture vers la phase test en cours permettrait d'évaluer les effets des modifications organisationnelles. Une étude comparative entre les différentes modalités de gestion pourrait alors être menée, afin de mettre en lumière les points forts et les limites de chaque modèle, dans une logique d'amélioration continue.

VII. CONCLUSION

Les stupéfiants représentent un sujet crucial au sein des structures hospitalières, en particulier au bloc opératoire, où leur usage intensif et les risques associés font partie intégrante des pratiques soignantes quotidiennes.

Parmi les différents verrous de sécurité encadrant leur utilisation, notre attention s'est portée plus spécifiquement sur la traçabilité de ces produits. En effet, certains manquements dans ce domaine peuvent entraîner des conséquences, telles qu'une perte de temps pour le personnel, des failles dans le système de sécurité, et un suivi des anomalies inefficaces.

Dans le cadre de ce travail, de nombreuses données ont été collectées dans le but de réaliser un audit multidimensionnel. Les outils utilisés pour cette collecte ont permis de mettre en place une réflexion sur les moyens d'améliorer les pratiques de sécurisation des stupéfiants et de favoriser les échanges au sein de l'équipe.

Le développement d'une culture institutionnelle centrée sur la sécurité est essentiel. Il n'existe pas de stratégie universelle applicable à tous les établissements. La faisabilité de chaque solution dépend de nombreux facteurs, qu'ils soient organisationnels, humains ou institutionnels. De plus, les données probantes sur l'efficacité d'une stratégie unique de prévention restent limitées.

Pour conclure, l'optimisation des pratiques repose sur un travail collégial entre l'équipe pluri-professionnelle du secteur d'anesthésie et le personnel de la pharmacie. Cette collaboration, combinant audits et approche globale, permet de tendre vers des pratiques conformes à la réglementation, tout en prenant en compte l'impact sur les pratiques soignantes.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANSM [Internet]. [cité 30 juin 2025]. Actualité - Décision du 23/06/2025 portant inscription sur les listes I et II des substances vénéneuses définies à l'article L.5132-6 du code de la santé publique. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/actualites/decision-du-23-06-2025-portant-inscription-sur-les-listes-i-et-ii-des-substances-veneneuses-definies-a-larticle-l-5132-6-du-code-de-la-sante-publique
2. Arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants.
3. MAPAR C. Protocoles MAPAR. 16e édition. Hôpital du Kremlin-Bicêtre, France: MAPAR; 2022. 850 p.
4. Coscas S, Rolland F, Rodriguez K, Benyamina A. Le personnel soignant et les addictions, le milieu anesthésique à risques. Un exemple de prévention : la mission FIDES (AP–HP). Le Praticien en Anesthésie Réanimation. 1 oct 2023;27(5):321-6.
5. Fan M, Tscheng D, Hamilton M, Hyland B, Reding R, Trbovich P. Diversion of Controlled Drugs in Hospitals: A Scoping Review of Contributors and Safeguards. Journal of Hospital Medicine. 2019;14(7):419-28.
6. ANSM [Internet]. [cité 30 juin 2025]. Actualité - La liste des « never events » est actualisée. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/actualites/la-liste-des-never-events-est-actualisee
7. Piriou et al. - 2017 - Prévention des erreurs médicamenteuses en anesthés.pdf [Internet]. [cité 13 juin 2025]. Disponible sur: https://sfar.org/wp-content/uploads/2016/11/texte-court-preco-erreurs-med-2016-SFAR-SFPC-version-finale-25-oct-2016.pdf
8. Sous-section 4 : Autres substances et préparations stupéfiantes (Articles R5132-74 à R5132-87) - Légifrance [Internet]. [cité 11 juin 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006196954?utm_source=chatgpt.com
9. Chapitre II : Substances et préparations vénéneuses. (Articles L5132-1 à L5132-10) - Légifrance [Internet]. [cité 11 juin 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171376/#LEGISCTA000006171376

10. ANSM [Internet]. [cité 16 mai 2025]. Substances vénéneuses (Listes I et II, stupéfiants, psychotropes). Disponible sur: https://ansm.sante.fr/documents/reference/substances-veneneuses-listes-i-et-ii-stupefiants-psychotropes
11. Article L6113-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 12 mai 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000021940215
12. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 12 mai 2025]. Comprendre la certification pour la qualité des soins. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_411173/fr/comprendre-la-certification-pour-la-qualite-des-soins
13. fiche_pedagogique_pec_medicamenteuse.pdf [Internet]. [cité 2 avr 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/fiche_pedagogique_pec_medicamenteuse.pdf
14. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 16 mai 2025]. Actualisation des recommandations de bonne pratique et des parcours de soins. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3312383/fr/actualisation-des-recommandations-de-bonne-pratique-et-des-parcours-de-soins
15. Soffin EM, Lee BH, Kumar KK, Wu CL. The prescription opioid crisis: role of the anaesthesiologist in reducing opioid use and misuse. British Journal of Anaesthesia. juin 2019;122(6):e198-208.
16. Patel J, Snyder K, Brooks AK. Perioperative pain optimization in the age of the opioid epidemic. Curr Opin Anaesthesiol. 1 juin 2024;37(3):279-84.
17. Zakine J, Samarcq D, Lorne E, Moubarak M, Montravers P, Beloucif S, et al. Postoperative Ketamine Administration Decreases Morphine Consumption in Major Abdominal Surgery: A Prospective, Randomized, Double-Blind, Controlled Study. Anesthesia & Analgesia. juin 2008;106(6):1856.
18. Scholliers A, Cornelis S, Tosi M, Opsomer T, Shaproski D, Vanlersberghe C, et al. Impact of fatigue on anaesthesia providers: a scoping review. Br J Anaesth. mai 2023;130(5):622-35.
19. Sin JH, Koirala HP, Phyo L, Meleis LA. A Pharmacy Quality and Internal Audit Program Promoting Continuous Survey Readiness with Medication Management Standards. Jt Comm J Qual Patient Saf. août 2022;48(8):411-8.

20. prevention-des-erreurs-medicamenteuses.pdf [Internet]. [cité 30 juin 2025]. Disponible sur: https://sfar.org/download/prevention-des-erreurs-medicamenteuses/?wpdmdl=68460&refresh=68626306e70991751278342
21. texte-long-Preconisations-2016-erreurs-med-SFAR-SFPC-version-finale-25-oct-2016.pdf [Internet]. [cité 18 déc 2024]. Disponible sur: https://sfar.org/wp-content/uploads/2016/11/texte-long-Preconisations-2016-erreurs-med-SFAR-SFPC-version-finale-25-oct-2016.pdf
22. Wong MJ, Wang Y, Blake L, Ke JXC. Preventing controlled substance diversion in perioperative settings: a narrative review. Can J Anesth/J Can Anesth. 1 déc 2023;70(12):1989-2001.
23. van Pelt M, Meyer T, Garcia R, Thomas BJ, Litman RS. Drug Diversion in the Anesthesia Profession: How Can Anesthesia Patient Safety Foundation Help Everyone Be Safe? Report of a Meeting Sponsored by the Anesthesia Patient Safety Foundation. Anesthesia & Analgesia. janv 2019;128(1):e2.
24. Zheng WY, Lichtner V, Van Dort BA, Baysari MT. The impact of introducing automated dispensing cabinets, barcode medication administration, and closed-loop electronic medication management systems on work processes and safety of controlled medications in hospitals: A systematic review. Res Social Adm Pharm. mai 2021;17(5):832-41.

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE I : PROCEDURE INSTITUTIONNELLE « GESTION DES STUPEFIANTS DANS LES BLOCS OPERATOIRES ET EN SSPI » I
ANNEXE II : ORGANISATION DU COFFRE SECTEUR UN VII
ANNEXE III : ORGANISATION DU COFFRE SECTEUR DEUX VIII
ANNEXE IV : ORGANISATION DU COFFRE SECTEUR TROIS IX
ANNEXE V : PLAN DES BLOCS OPERATOIRES AU CHU DE POITIERS XI
ANNEXE VI : REGISTRE DE COMPTAGE BIQUOTIDIEN XII
ANNEXE VII : PLANNING DES JOURS DE PASSAGE DU PPH XIII
ANNEXE VIII : FEUILLE DE RELEVE NOMINATIF JOURNALIER DES MEDICAMENTS STUPEFIANTS XIV
ANNEXE IX : GESTION ET ORGANISATION DES BOITES DE DOTATION XV

ANNEXE I : Procédure institutionnelle « Gestion des stupéfiants dans les blocs opératoires et en SSPI »

CHU de Poitiers **INS-STUP-002**	**Institutionnel**	**Page : 1/6**
		Date : Novembre 2015
Version n° 01	**Gestion des dotations de stupéfiants au bloc opératoire et en Salle de Surveillance Post Interventionnelle**	

Historique		
Numéro de version	**Date**	**Nature des éventuelles modifications**
01	Novembre 2015	Création

Sommaire

1. Objectifs 1
2. Domaine d'application et personnes concernées 1
3. Définitions 2
4. Description 2
4.1. Prescription 2
4.2. Commande 2
4.2.1. Qui fait la commande des stupéfiants 2
4.2.2. Modalités de commande des stupéfiants 2
4.2.3. Quand et comment adresser la commande ? 2
4.2.4. Qui réceptionne les stupéfiants ? 3
4.3. Rangement des produits classés stupéfiants 3
4.3.1. Dans le bloc ou en SSPI 3
4.3.2. Dans la salle d'opération 3
4.3.3. L'entretien des tiroirs 3
4.4. Préparation et administration 3
4.4.1. Préparation 3
4.4.2. Administration 4
4.5. Contrôles au bloc opératoire 4
4.5.1. Contrôle des stocks 4
4.5.2. Suivi des péremptions 5
4.6. Révision de la dotation 5
4.7. Dysfonctionnements et irrégularités 5
4.7.1. Les dysfonctionnements 5
• Actes délictueux 6
5. Documents de référence 6
6. Annexes 6

1. OBJECTIFS

- Définir les modalités de commande, de contrôle, de stockage et de suivi des stupéfiants dans les blocs opératoires et la Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI)
- Sécuriser le circuit des stupéfiants en conformité avec la réglementation

2. DOMAINE D'APPLICATION ET PERSONNES CONCERNEES

Les produits classés stupéfiants dans les blocs opératoires et la Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI)
Personnes concernées : médecins anesthésistes-réanimateurs, pharmaciens, internes d'anesthésie et de réanimation, .IADE, IBODE, IDE, cadres de santé, préparateurs en pharmacie,

Rédaction	Vérification	Approbation
Anne Laure VINET, Ingénieur Qualité, Direction Usagers Risques Qualité Date et signature : Le 16/11/2015 Signé **Dr Pauline LAZARO,** Pharmacien Assistant Spécialiste Date et Signature : Le 28/04/2016 Signé **Laurence JOULAIN**, FF Cadre supérieur de santé Blocs opératoires Date et signature : le 09/05/2016 Signé	**Dr Sophie LESTAGE**, Pharmacien référent stupéfiants Date et signature : Le 28/04/2016 Signé **Dr Cédric. LANDRON**, PH Médecine interne, Membre du trio PECM Date et signature : Le 28/04/2016 Signé **Céline. BICHE**, Directeur, Direction Qualité Risques Evaluation Date et signature : le 11/06/2016 Signé	**Martine IMBERT,** Coordonnateur Général des Soins Date et signature : le 27/05/2016 Signé **Séverine MASSON**, Directeur Général Adjoint Date et Signature : le 07/06/2016 Signé **PR Bertrand DEBAENE**, Président de la CME Date et Signature : le 19/05/2016 Signé

3. DEFINITIONS

Les substances vénéneuses classées **stupéfiants** sont soumises à la réglementation.

Dotation : La liste qualitative et quantitative des médicaments stupéfiants composant la dotation de service est fixée par le pharmacien en charge des stupéfiants en collaboration avec le chef de service d'anesthésie. Cette liste est établie en deux exemplaires datés et conjointement signés. Un exemplaire est conservé à la Pharmacie et l'autre est affiché dans le dispositif de rangement des stupéfiants au sein de l'unité de soins. Une copie est disponible dans les classeurs de pôle des équipes pharmaceutiques.

Dispensation : des médicaments par la pharmacie

Administration : des médicaments au patient par le médecin anesthésiste, l'interne d'anesthésie, l'IADE, l'IBODE,

Prescripteur habilité : professionnel inscrit à l'Ordre des Médecins
« *Le représentant légal de l'établissement établit la liste des personnes habilitées à prescrire sur proposition des responsables de service et en assure la mise à jour. Cette liste est systématiquement transmise à la pharmacie de l'établissement (arrêté du 6 avril 2011 »)*
Au sein de l'institution c'est la Direction des Affaires Médicales qui établit la liste des prescripteurs habilités et la transmet à la PUI.

4. DESCRIPTION

4.1. Prescription

Les stupéfiants sont prescrits dans le dossier d'anesthésie via le logiciel DIANE. Le rapport informatisé d'anesthésie est imprimé et joint au dossier patient (tant que celui-ci n'est pas informatisé).

4.2. Commande

La dispensation des médicaments stupéfiants par la pharmacie est réalisée pour le **renouvellement de la dotation de service**,

4.2.1. Qui fait la commande des stupéfiants

La commande est effectuée par l'IADE ou l'IDE désignée dans l'organisation du bloc ou de la SSPI.

4.2.2. Modalités de commande des stupéfiants

Pour le renouvellement des stupéfiants en dotation, la preuve de l'administration des stupéfiants (Relevé d'administration des stupéfiants en dotation – annexe 1) doit être fournie à la pharmacie ainsi que les ampoules vides des stupéfiants injectables portant l'étiquette du patient pour une meilleure traçabilité.
Le(s) relevé(s) d'administration doit(vent) être validés (date, nom et signature) par un médecin habilité.

Compléter **en toutes lettres** la feuille de commande (de couleur rose dupliquée) « Réserve des stupéfiants – Services de réanimation, Soins intensifs et Blocs opératoires » (annexe 2) et la faire signer (nom et signature) par un médecin habilité.
S'assurer que la quantité demandée correspond à la quantité consommée et que le nombre d'ampoules vides correspond au nombre d'injectables consommés.

4.2.3. Quand et comment adresser la commande ?

Seuls les documents originaux doivent être transmis à la pharmacie (pas de fax). Ceux-ci sont préparés dans le service, à disposition de l'équipe pharmaceutique qui validera la demande avant 11h30

La commande de dotation est réalisée 1 à 3 fois par semaine, selon un rythme défini par la pharmacie :

- Mise en place des jours fixes de commandes (calendrier en annexe 3)
  - 2 fois par semaine pour la SSPI
  - 3 fois par semaine pour les blocs
- En règle générale, il est utile de renouveler un produit s'il reste moins des 2/3 de la dotation tout en évitant des commandes trop fréquentes.
- Les ampoules vides et les documents (feuille de commande et relevés d'administration) sont préparés dans une caisse métallique fermée à clef, prêts à être vérifiés par l'équipe pharmaceutique.

Les renouvellements de dotation doivent être anticipés les jours ouvrés pour éviter des dispensations le week-end ou les jours fériés.

4.2.4. Qui réceptionne les stupéfiants ?

Les caisses de stupéfiants sont livrées dans le service par la logistique. La réception et le contrôle de la livraison se font par un binôme IADE (ou IDE ou cadre de santé) + préparateur en pharmacie (ou pharmacien).
L'accusé de réception est signé par l'IADE (ou IDE ou cadre de santé) qui en conserve un exemplaire ainsi qu'un exemplaire du bon de commande.
Ces documents sont archivés 3 ans par les services et 10 ans par la PUI.

4.3. Rangement des produits classés stupéfiants

4.3.1. Dans le bloc ou en SSPI

Les médicaments sont rangés dans un coffre fermant à clef ou sécurisé par un digicode. Dans le cas des coffres à codes, ces derniers sont communiqués à chaque personne habilitée pour l'accès au coffre (IADE, IDE, Anesthésiste). Chaque code est personnel, l'accès au coffre est enregistré et permet d'assurer une traçabilité des personnes ayant réalisé des mouvements de stupéfiants au cours d'une journée.
La totalité de la dotation est répartie dans des boites identifiées par salle d'opération ou secteur de la SSPI. La nature et la quantité de produits contenus dans chaque boite sont notées sur le couvercle.

Cette organisation s'applique également aux sites d'anesthésie hors bloc

- Salles de naissance
- Salles de radiologie interventionnelle
- Salles d'endoscopie

4.3.2. Dans la salle d'opération

Les médicaments stupéfiants retirés du coffre de l'unité et transportés dans la salle d'opération sont ensuite rangés dans un tiroir fermant à clef du chariot d'anesthésie.

4.3.3. L'entretien des tiroirs

Un entretien trimestriel des tiroirs de rangement est préconisé et il est fait par un IADE ou IDE.

4.4. Préparation et administration

4.4.1. Préparation

Les seules personnes autorisées pour la préparation des seringues de stupéfiants sont :

- Médecin anesthésiste réanimateur
- Interne d'anesthésie réanimation
- IADE
- IBODE
- IDE

La préparation des produits doit être faite au plus près de leur utilisation.

Une ampoule de stupéfiant ne doit pas être utilisée pour plusieurs patients.

4.4.2. Administration

L'administration de tous les stupéfiants doit être tracée sur le **Relevé nominatif de l'administration journalière des stupéfiants en dotation (**annexe 1**)**.

Le relevé d'administration doit correspondre à **un médicament stupéfiant** donné.
Pour chaque administration doivent figurer les données suivantes :

- La date et l'heure de l'administration
- Les nom et prénom du patient
- La dénomination du médicament administré (nom de spécialité + dosage)
- L'identité du prescripteur
- L'identité et la signature du professionnel ayant procédé à l'administration
- **Utiliser une étiquette patient pour chaque ampoule utilisée**

L'administration est également tracée sur le rapport informatisé d'anesthésie et comporte la totalité des médicaments administrés au patient.

Les **ampoules vides** des stupéfiants injectables doivent être **conservées et porter l'étiquette du patient** qui en a reçu le contenu. Dans le cas où l'ampoule est cassée, le pharmacien peut demander le retour des débris d'ampoules.

Une seringue de stupéfiant **préparée pour un patient et non administrée** doit être vidée et détruite. Elle est tracée sur le Relevé nominatif d'administration de la façon suivante : « Préparée, non utilisée, détruite »

4.5. Contrôles au bloc opératoire

4.5.1. Contrôle des stocks

Il s'agit de vérifier l'adéquation entre la dotation définie, les quantités consommées et les quantités restantes

Il existe 3 niveaux de contrôle :

1/ Contrôle du stock des boites contenant les stupéfiants des salles d'opération (annexe 3)
Il s'agit tous les jours de vérifier l'adéquation entre le contenu théorique de la boite et son contenu réel.
Le matin lors de la récupération de la boite contenant les stupéfiants dans le coffre de la salle d'opération
En fin de journée lors de la remise de la boite contenant les stupéfiants dans le coffre de la salle d'opération
Lors de la vérification, si un flacon est manquant signaler immédiatement au médecin anesthésiste responsable ou à son remplaçant et la cadre de santé du service d'anesthésie (poste 43840) en précisant :

- Le produit,
- Le nombre d'ampoules,
- Salle de bloc,
- Date
- Origine de la perte : ampoule cassée, jetée ou inconnue

En cas d'absence du cadre de santé, prévenir les coordinatrices référentes matériel IADE (poste 45534 – 42444).
Le cadre de santé d'anesthésie (ou en son absence les coordinatrices IADE) prévient alors le secrétariat d'anesthésie.

2/ Contrôle à chaque renouvellemnt de dotation (commande-réception)

3/ Contrôle global de la dotation et des conditions de stockage tous les six mois ou en cas d'anomalie constatée par l'IADE coordinatrice référente matériel (ou le cadre) + pharmacien référent du pôle

4.5.2. Suivi des péremptions

Le suivi des péremptions est réalisé et tracé au cours du contrôle global tous les six mois (annexe 4).

4.6. Révision de la dotation

La dotation est revue au moins une fois par an et validée par le chef de service du service d'anesthésie et le pharmacien référent du service. (Annexe 5)

4.7. Dysfonctionnements et irrégularités

Quand un dysfonctionnement ou une irrégularité est constaté, le cadre de santé et le pharmacien référent du pôle en sont informés sans délai et recherchent l'origine de l'irrégularité.

4.7.1. Les dysfonctionnements

- *Que faire si une ampoule pleine est cassée ?*

L'IADE (ou IDE) s'identifie et renseigne « ampoule cassée pleine » sur le relevé d'administration. Pour le renouvellement de l'ampoule, un courrier du chef de service attestant qu'une ampoule a été cassée pleine doit être fourni. Dans la mesure du possible les débris sont gardés et présentés lors du contrôle. Sinon ils sont jetés dans le container à objets piquants/coupants/tranchants.

- *Que faire si une ampoule vide est jetée par erreur ?*

L'infirmière responsable de l'erreur s'identifie et le trace sur le relevé d'administration. Un courrier du chef de service d'anesthésie attestant qu'une ampoule a été jetée vide est joint aux relevés d'administration lors de la demande de renouvellement.

- *Que faire si le relevé d'administration n'est pas conforme ? (nombre d'unités manquantes ne correspond pas au nombre d'unités effectivement notées sur le relevé d'administration)*

Le renouvellement des unités manquantes ne pourra être effectué en l'état. Le cadre de santé du bloc ou de la SSPI doit être informé et l'administration manquante doit être retrouvée par le bloc ou la SSPI. Le chef de service d'anesthésie est alerté et rédige un courrier attestant de la perte du produit.

4.7.2. Les irrégularités

Les irrégularités dans la gestion des stupéfiants correspondent aux cas suivants :

- perte d'ampoules ou de flacons pleins, perte de comprimés ou de gélules, perte de dispositifs transdermiques

- perte de relevés d'administration ou relevé d'administration incomplet

- perte d'ampoules ou de flacons vides

Les ampoules ou les flacons cassés lors du transport ou de la manipulation ne sont pas considérés comme des irrégularités.

- *Irrégularités isolées*

Si l'irrégularité était un relevé d'administration non rempli qui a été complété a posteriori, le cadre de santé fourni au pharmacien référent du pôle les rapports informatisés d'anesthésie (logiciel DIANE) des patients de façon à ce qu'il puisse vérifier la concordance entre ces rapports dossiers et le relevé d'administration.
Si l'origine du problème n'est pas retrouvée et/ou que l'irrégularité ne peut pas être rectifiée, le cadre de santé informe le chef de service d'anesthésie et le pharmacien référent de pôle.
Le chef de service d'anesthésie rédige un courrier à l'attention du pharmacien référent de pôle décrivant les circonstances de l'irrégularité. Ce document est validé par le pharmacien référent pôle et archivé à la pharmacie.
Le pharmacien responsable du secteur des stupéfiants tient un registre des irrégularités constatées. Ce registre est communiqué tous les trimestres à chaque pharmacien responsable de pôle qui se charge d'informer les médecins et cadres de santé concernés.

Le personnel de l'unité est re-sensibilisé par le cadre de santé et le chef de service d'anesthésie à la gestion des médicaments suivant le circuit des stupéfiants.

- *Irrégularités récurrentes et/ou graves*

Si une autre irrégularité se reproduit **avant 7 jours** dans le même bloc ou si l'irrégularité concerne plus d'une unité de prise, le pharmacien référent du pôle rédige une déclaration d'événement indésirable pour informer la Direction qui prendra les mesures appropriées (procédure INS-GdR-008 « Gestion des Evènements Indésirables ». Cela intervient en complément des mesures décrites au paragraphe précédent.

- *Actes délictueux*

En cas d'acte délictueux constaté (vol avéré, fraude…) le pharmacien référent du pôle rédige une déclaration d'événement indésirable pour informer la Direction Usagés Risques Qualité qui prendra les mesures appropriées. Cela intervient en complément des mesures décrites au paragraphe précédent.

Quelques soient les dysfonctionnements ou irrégularités constatés au bloc ou en SSPI, le cadre d'anesthésie doit être obligatoirement informé (ou les coordinatrices référentes matériel IADE en son absence). Lui seul (ou les coordinatrices IADE) préviendra le secrétariat d'anesthésie pour signaler le dysfonctionnement afin qu'un courrier soit rédigé par le chef de service d'anesthésie.

5. DOCUMENTS DE REFERENCE

Arrêté du 6 Avril 2011 : relatif au management de la prise en charge médicamenteuse
Arrêté du 12 mars 2013 : relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la règlementation des stupéfiants dans les établissements de santé…disposant d'une pharmacie à usage intérieur.

6. ANNEXES

Annexe 1 : Relevé nominatif d'administration des Stupéfiants en dotation

Annexe 2 : Commande des stupéfiants dans les services de réanimation, Soins intensifs et au bloc opératoire.

Annexe 3 : Fiche de traçabilité du Contrôle quotidien du stock des stupéfiants des boites destinées aux salles d'opération

Annexe 4 : Fiche de traçabilité du Contrôle hebdomadaire du stock des stupéfiants en dotation et de la péremption mensuelle

Annexe 5 : Demande de modification de la dotation

ANNEXE II : Organisation du coffre secteur un



Extérieur du coffre secteur un.



Intérieur du coffre secteur un.

ANNEXE III : Organisation du coffre secteur deux



Extérieur du coffre secteur deux.



Intérieur du coffre secteur deux.

ANNEXE IV : Organisation du coffre secteur trois



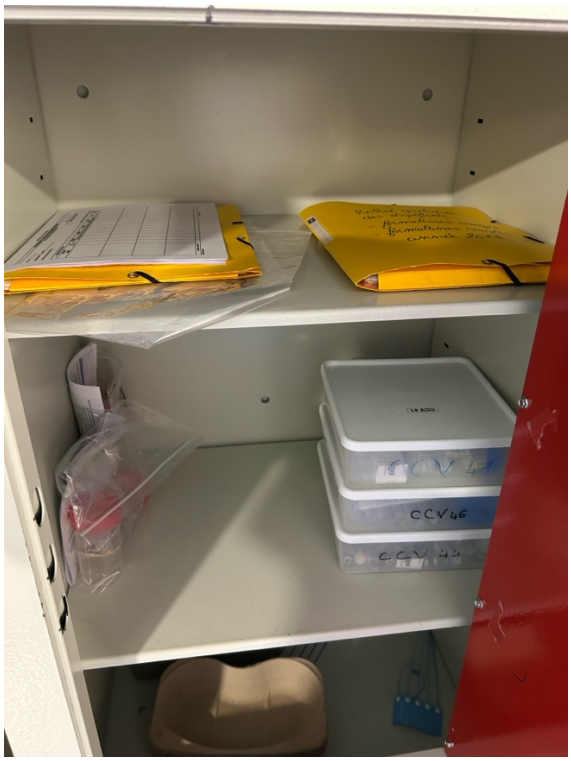
Accès au coffre secteur trois.



Extérieur du coffre secteur trois.

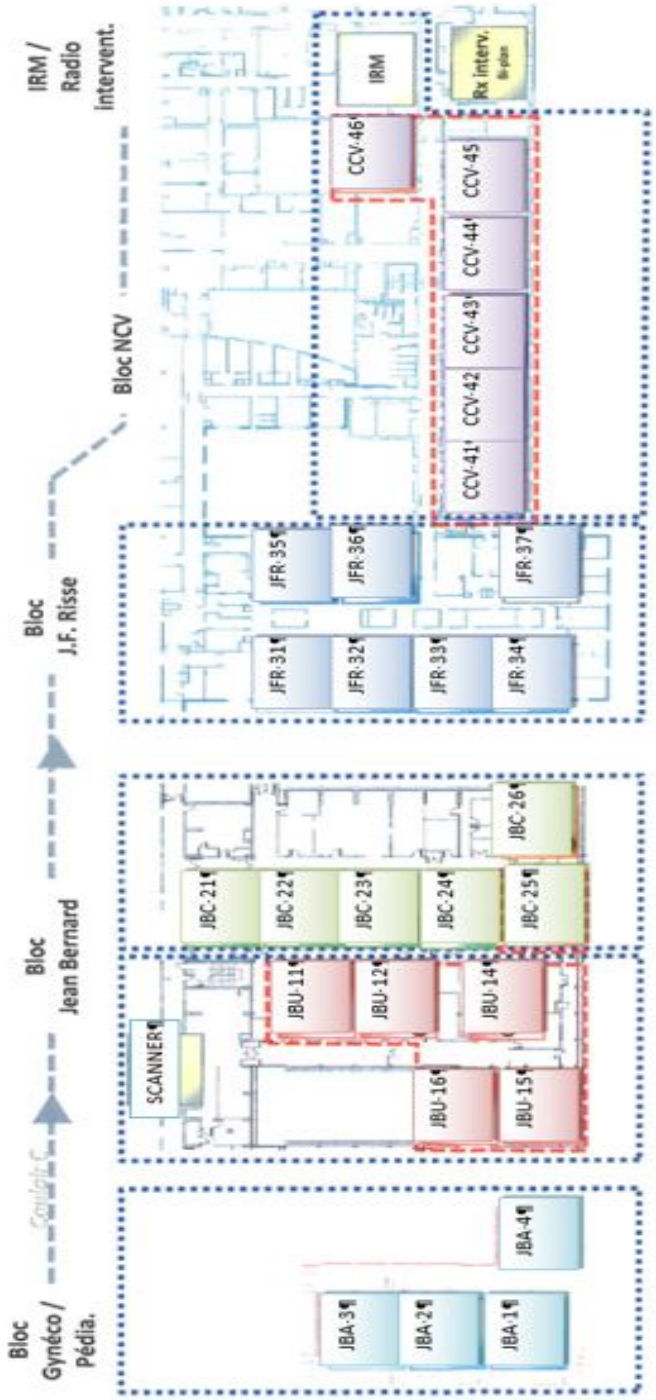


Intérieur du coffre secteur trois.



Intérieur du coffre secteur trois.

ANNEXE V : Plan des blocs opératoires au CHU de Poitiers



ANNEXE VI : Registre de comptage biquotidien

RELEVE QUOTIDIEN DES STUPEFIANTS

BLOC .....SALLE .....

Pouvez-vous, SVP, vérifier et noter votre compte de produit stupéfiant

dès que vous prenez et remettez la boite dans le coffre à stupéfiant.

DATE	HEURE	COMPTE EXACT O/N	AMPOULE MANQUANTE et CAUSE (nom du produit et quantité)	SIGNALEMENT à Frederique Chevereau O/N	SIGNATURE

Toute ampoule de stupéfiant manquante doit être signalée le jour même au poste 43840

Préciser la salle du bloc concerné – le jour – le produit – le nombre d'ampoule manquante et la cause.

ANNEXE VII : Planning des jours de passage du PPH

Octobre 2024						
Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
	1 Secteur 1 Secteur 2	2	3	4 Secteur 1 Secteur 2 Secteur 3	5	6
7	8 Secteur 1 Secteur 2	9	10	11 Secteur 1 Secteur 2 Secteur 3	12	13
14	15 Secteur 1 Secteur 2	16	17	18 Secteur 1 Secteur 2 Secteur 3	19	20
21	22 Secteur 1 Secteur 2	23	24	25 Secteur 1 Secteur 2 Secteur 3	26	27
28	29 Secteur 1 Secteur 2	30	31 Secteur 1 Secteur 2 Secteur 3			

Novembre 2024						
Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
				1	2	3
4	5 Secteur 1 Secteur 2	6	7	8 Secteur 1 Secteur 2 Secteur 3	9	10
11	12 Secteur 1 Secteur 2	13	14	15 Secteur 1 Secteur 2 Secteur 3	16	17
18	19 Secteur 1 Secteur 2	20	21	22 Secteur 1 Secteur 2 Secteur 3	23	24
25	26 Secteur 1 Secteur 2	27	28	29 Secteur 1 Secteur 2 Secteur 3	30	

Service Pharmacie - CHU de Poitiers

RELEVE NOMINATIF JOURNALIER DES MEDICAMENTS STUPEFIANTS* - BLOCS OPÉRATOIRES

Indiquer en toutes lettres les quantités administrées

N° U.F : I__I__I__I__I

Dénomination UF : Anesthésie _____

Service du Professeur D,FRASCA

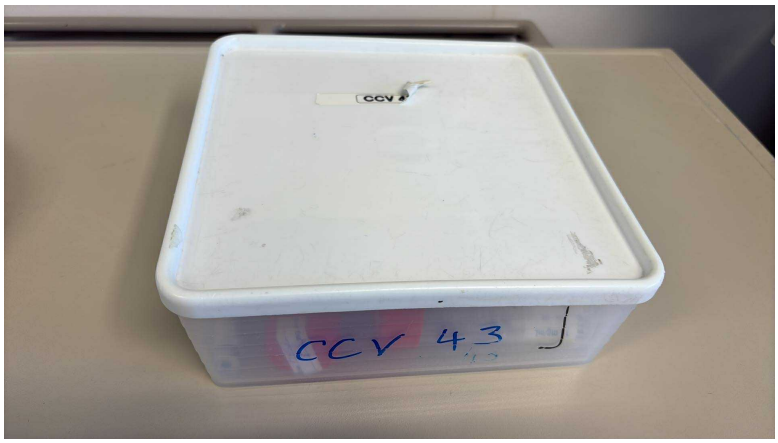
Date : I__I__I / I__I__I : I__I__I

Prescripteur autorisé : Nom et Signature

Étiquette malade	date heure	KÉTAMINE	MORPHINE				RAPIFEN		SUFENTA			ULTIVA		Nom et Signature de l'IADE ou du médecin
		50mg/5mL	0,5mg/5mL	1mg/1mL	10mg/1mL	50mg/5mL	1mg/2mL	5mg/10mL	10µg/2mL	50µg/10mL	250µg/5mL	1mg	2mg	

* Arrêté du 31 mars 1999

ANNEXE IX : Gestion et organisation des boites de dotation



Boite de dotation de stupéfiants.



Chariot d'anesthésie au bloc opératoire.

ÉCOLE D'INFIRMIER(E)S ANESTHÉSISTES DIPLÔMÉ(E)S D'ÉTAT

UE 7 - MÉMOIRE PROFESSIONNEL

En vue de l'obtention du diplôme d'État d'Infirmier Anesthésiste 2023-2025

Étude de pratiques sur le circuit des stupéfiants au bloc opératoire du CHU de Poitiers

Introduction : L'usage des stupéfiants en anesthésie constitue un enjeu du quotidien, nécessitant un encadrement strict. Ce travail s'est centré sur la traçabilité de ces substances à haut risque, un maillon essentiel dans le contexte de la culture sécurité. Des écarts aux protocoles peuvent être observés, ce qui interroge sur la conformité des pratiques au regard des exigences réglementaires. L'objectif a été de réaliser un suivi de traçabilité des stupéfiants au bloc opératoire du CHU de Poitiers.

Méthodologie : Étude monocentrique combinant des relevés rétrospectifs et un audit observationnel, menée sur deux périodes distinctes, concernant les 22 salles de chirurgie programmée de l'établissement, réparties en trois secteurs définis. Les données rétrospectives, issues de sources internes, portaient essentiellement sur les modalités de contrôle quotidien des dotations de stupéfiants. L'audit des pratiques a, quant à lui, évalué le taux de conformité de la gestion de ces substances selon la procédure institutionnelle.

Résultats : Ce travail s'appuie sur des relevés multidimensionnels portant sur la traçabilité des stupéfiants. Il met en évidence une gestion hétérogène selon les indicateurs, avec un certain manque de conformité aux protocoles induisant un suivi parfois inefficace des anomalies. Dans un contexte d'amélioration continue des pratiques, différentes organisations ont été identifiées, permettant de proposer des solutions de sécurisation.

Conclusion : La stratégie optimale en matière de sécurisation des stupéfiants n'est pas universelle. Elle repose sur un travail collégial et sur des audits réguliers. La démarche réflexive permet de tendre vers des pratiques conformes à la réglementation, tout en tenant compte des réalités du terrain soignant. Une étude menée sur un échantillon plus large et sur une période plus longue renforcerait la portée de cette analyse, permettant ainsi de promouvoir les bonnes pratiques.

Mots clés : stupéfiants, anesthésie, réglementation, traçabilité, sécurisation.

Auteur : Mélanie PIERRE

Directeur de mémoire : Dr Simon RODIER

SCHOOL OF STATE – CERTIFIED ANAESTHETIST NURSES

UE 7 - PROFESSIONAL DISSERTATION

To obtain the National Diploma in Anaesthetic Nursing 2023-2025

Study of the narcotics circuit in the operating rooms of Poitiers University Hospital

Introduction: The use of narcotics in anaesthesia is a daily yet critical issue that requires strict oversight due to their dangerous nature. This work focuses on the traceability of these high-risk substances, an essential component within the framework of safety culture. Deviations from established protocols have been observed, raising concerns about the conformity of current practices with regulatory requirements. The objective of this work is to evaluate the conformity of the traceability of narcotics in the operating rooms of Poitiers University Hospital.

Method: This is a single-centre study combining a retrospective review of records with an observational audit conducted over two separate periods. The research included all 22 scheduled surgery rooms, divided into three defined sectors. The data were sourced internally and primarily concerned daily narcotic inventory checks. The audit evaluated the compliance of the narcotic management practices with regulatory standards.

Results: The study relies on a multidimensional assessment of narcotic traceability. It reveals variability in management according to specific indicators with some instances of non-compliance with the protocol resulting in inefficient tracking of anomalies. In a context of continuous practice improvement, different organisational models were identified, allowing for the proposal of targeted safety measures.

Conclusion: There is no universal strategy for securing narcotics. It mainly relies on efficient teamwork and regular audits. Reflective and contextualised approaches are one of the key components of aligning practices with regulatory requirements while addressing the practical realities of the healthcare environment. A study on a larger sample and on a longer period would allow for the identification and promotion of good practices.

Keywords : narcotic, anaesthesia, regulatory, traceability, securing.

Author : Mélanie PIERRE

Supervisor : Dr Simon RODIER