

## FOCUS SUR LES MÉDICAMENTS À RISQUE : RÉASSORT DES TIROIRS D'ANESTHÉSIE DES SALLES DE BLOC OPÉRATOIRE



Groupe Hospitalier Bretagne Sud  
Association des praticiens

**Clinique du Ter**



### L'ÉQUIPE PROJET

- Anesthésiste-réanimateur (ARE)
- Pharmacien Gérant
- Préparateur(trice) en pharmacie hospitalière (PPH)
- Infirmier(e)s anesthésistes Diplômé(e)s d'Etat (IADE)

### SITE DE PLOEMEUR

- 1 Pharmacie à Usage Intérieur (PUI)
- 1 Bloc opératoire (BO) équipé de 11 salles d'intervention
- 2 Salles de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI)
- 1 plateau technique dédié aux soins externes et aux explorations fonctionnelles
- 5 salles d'examens
- 1 zone de traitement des endoscopes
- 1 logisticienne au BO en lien avec la PUI
- 1 pharmacien gérant
- 1 PPH à la PUI
- 2 agents administratifs à la PUI

### SITUATION DE DÉPART

- Un évènement indésirable médicamenteux (EIM) est survenu dans la salle du BO dédiée aux interventions d'ophtalmologie : **sélection de la mauvaise spécialité pharmaceutique dans le chariot d'anesthésie** (kétoprofène à la place de nicardipine).
- Les acteurs impliqués ont identifié plusieurs facteurs favorisant :
  - a. **L'obscurité de la salle** dédiée aux interventions d'ophtalmologie,
  - b. **La ressemblance entre les ampoules,**
  - c. **L'uniformisation récente des procédures de stockage** des produits de santé en dotation dans les armoires de toutes les unités de soins dont les chariots d'anesthésie au BO avec :
    - **Adaptation de la composition des tiroirs** de médicaments en dotation dans les chariots d'anesthésie en concertation avec les IADE,
    - **Présence de kétoprofène en salle d'ophtalmologie** bien que son utilisation soit rare
    - **Rangement par ordre alphabétique de Dénomination Commune Internationale (DCI)**
    - **Modification de l'emplacement de certaines spécialités pharmaceutiques** dont la nicardipine (placée récemment au fond du tiroir du chariot d'anesthésie et donc moins visible alors que cette spécialité est très souvent utilisée en ophtalmologie).
  - d. **L'information insuffisante des ARE** qui n'ont pas eu connaissance de la note d'information diffusée au sein des unités de soins



### OBJECTIF

- **Prévenir les erreurs de sélection de médicaments** dans le chariot d'anesthésie

## Quels critères ont permis de définir les règles de stockage des chariots d'anesthésie ?

1 Recommandations du Guide "Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments" - HAS - élaboré en 2011 et mis à jour en mai 2013 :

“ il faut **standardiser et harmoniser les procédures de stockage** dans les unités ”

- Ranger les médicaments en dotation dans les armoires de toutes les unités de soins par ordre alphabétique de DCI

2 Recommandations pour la pratique professionnelle sur la prévention des erreurs médicamenteuses en anesthésie réanimation - SFAR/SFPC - élaborées en 2016 et mises à jour en 2024 :

“ Le stockage dans le chariot d'anesthésie doit être clair, bien défini, **uniforme en composition et en agencement sur tous les sites** (partie commune et partie spécifique), **vérifié régulièrement** par des personnels identifiés, avec une traçabilité de la vérification.

- **Uniformiser la composition** de la dotation en médicaments des chariots d'anesthésie
- **Standardiser l'adressage des médicaments** dans le tiroir de l'ensemble des chariots d'anesthésie (Mêmes emplacements pour chaque tiroir, dans la mesure du possible.)
- **Effectuer le réassort par la PUI**

**Seuls les médicaments absolument indispensables et régulièrement utilisés doivent y être stockés**, idéalement avec une seule concentration par médicament.

- Définir une dotation journalière adaptée à chaque salle,
- **Signaler par des cases « fantôme » les spécialités pharmaceutiques absentes de la dotation** car non indispensables pour l'activité chirurgicale (A la Clinique du Ter, chaque salle du BO est dédiée à une spécialité chirurgicale sauf une salle dite polyvalente)

**Un seul médicament** doit être disponible par case.

- Respecter la règle : **1 case = 1 médicament = 1 dosage**

**Les médicaments à haut risque** comme le potassium injectable ne devraient pas s'y trouver, et si cela est indispensable, il faut mettre en œuvre **des mesures d'identification par étiquetage** et sensibilisation des personnels

- **Signaler les médicaments à risque** avec DCI sur fond jaune et autocollant spécifique



3 Contraintes liées à l'environnement de travail :

**Condamner le fond du tiroir**, étant précisé par les professionnels de terrain que le premier cran d'ouverture des tiroirs est rarement dépassé pour éviter de renverser le contenu du chariot d'anesthésie durant une intervention au BO

- Restreindre l'utilisation du tiroir au premier cran

**Éviter tout stock à zéro** en spécialités pharmaceutiques en dotation dans le tiroir du chariot d'anesthésie

- Prévoir un **réassort journalier des médicaments en dotation** dans les chariots d'anesthésie

## Quelles sont les étapes de mise en œuvre ?

**Figure N°1 :** Illustration du tiroir d'anesthésie de la salle d'ophtalmologie avant mise en place des nouvelles règles de rangement



**Figure N°2 :** Illustration du tiroir d'anesthésie de la salle d'ophtalmologie après mise en place des nouvelles règles de rangement



**Définir la dotation**  
nécessaire par salle pour  
une journée d'activité



## Quels sont les moyens matériels et humains nécessaires dédiés à la mise en œuvre ?



- **3 tiroirs par salle** : 1 tiroir plein, 1 tiroir vide en cours de réapprovisionnement, 1 tiroir en cours d'utilisation = 33 tiroirs minimum
- **22 compartiments** de stockage par tiroir
- Achat de **2 armoires** pour permettre le réassort quotidien des tiroirs (gestion en mode plein/vider)



- Création de **cache**s "fantômes"



- un temps de préparateur (**1H/jour**) pour un **réassort journalier** des médicaments en dotation dans les chariots d'anesthésie (1 tiroir par chariot) et gérer :
  - les retours,
  - les péremptions (rotation des spécialités)



## SYNTHÈSE

## LEVIERS

- Préparatrices en nombre pour porter les modifications
- ARE demandeurs d'actions préventives de l'erreur commise
- Volonté de sécurisation de la PECM par le pharmacien
- Soutien financier de la part de la Direction

## FREINS

- Baisse de 60% de l'effectif PPH depuis la mise en place

## IMPACTS

- ARE rassurés
- Charge de travail augmentée en PUI

## PERSPECTIVE

- Recrutement d'un PPH pour maintenir l'organisation en place

## POINTS DE VIGILANCE

- Être attentif aux changements d'organisation : Informer systématiquement et en même temps tous les utilisateurs.

