

## Session orale (3)

### Oral session (3)

© SRLF et Springer-Verlag France 2012

#### SOI014

#### Quel site de prélèvement sanguin pour mesurer la glycémie au lit du malade par glucomètre ?

A. Courtin, P. Gaudard, J. Eliet, F. Barge, P. Colson  
Dar Adv, CHU Arnaud-de-Villeneuve, Montpellier, France

**Introduction :** L'hyperglycémie est associée à un risque de complications élevées en réanimation postopératoire de chirurgie cardiaque [1,2]. Le bénéfice d'un contrôle glycémique dépend de l'absence de risque d'hypoglycémie [3], d'où l'importance de la qualité de la mesure de la glycémie. Notre travail consiste à évaluer différents sites de prélèvements sanguins pour dosage de la glycémie par glucomètre chez des patients opérés de chirurgie cardiothoracique et vasculaire.

**Patients et méthodes :** Cette étude observationnelle a été réalisée chez 83 patients consécutifs, dont 21 étaient diabétiques. La glycémie a été mesurée de façon répétée par Accu-Chek® afin de la maintenir dans des niveaux de 5 à 8 mmol/l. Une mesure de la glycémie par le laboratoire de biochimie était réalisée au même moment et sert de mesure de référence (GL). La glycémie par glucomètre est obtenue soit par prélèvement artériel à partir d'un cathéter artériel (Gma), soit par prélèvement capillaire (Gmc). Gma et Gmc sont comparés par régression linéaire. Une méthode de Bland-Altman et un pourcentage d'erreur (PE) défini par  $([GL - Gma \text{ ou } Gmc] / GL \times 100)$  complètent l'analyse.

**Résultats :** Deux cent soixante-trois triplets de mesures de glycémie ont été obtenus chez 23 femmes et 60 hommes, d'âge moyen de  $55 \pm 13$  ans. GL était de  $8,34 \pm 2,56$  mmol/l ; Gma de  $8,10 \pm 2,55$  mmol/l et Gmc de  $7,92 \pm 2,49$  mmol/l. Gma et Gmc sont corrélés avec GL avec un coefficient de corrélation  $r$  respectivement de 0,70 et 0,65. Cinquante-deux pour cent des mesures de Gma ont un PE inférieur à 10 %, 28 % sont entre 10 et 20 %, mais 20 % sont supérieurs à 20 %. Le PE moyen de Gma est de 2,5 %. Cinquante-deux pour cent des mesures de Gmc ont un PE inférieur à 10 %, 26 % sont entre 10 et 20 %, et 22 % sont supérieurs à 20 %. Le PE pour Gmc est de 1,11 %. La représentation de Bland et Altman donne un biais de +0,27 mmol/l et une précision de  $\pm 1,96$  mmol/l pour Gmc ; le biais est de +0,42 mmol/l et la précision de  $\pm 2,10$  mmol/l pour Gma. Il n'a pas été observé d'hypoglycémie dans cette série (GL la plus basse à 5 mmol/l).

**Conclusion :** Ces résultats suggèrent que la glycémie capillaire est au moins aussi bonne que la glycémie artérielle pour la mesure de la glycémie par glucomètre. Cependant, le manque de précision de Gma et de Gmc avec plus de 20 % d'erreurs avec la méthode de référence incite à la prudence dans l'utilisation de protocole d'insulinothérapie intensive.

#### Références

1. Van den Bergh G, Wouters P, Weekers F, et al (2001) Intensive insulin therapy in the critically ill patients. *N Engl J Med* 345:1359–67

2. Furnary AP, Gao G, Grunkemeier GL, et al (2003) Continuous insulin infusion reduces mortality in patients with diabetes undergoing coronary artery bypass surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg* 125:1007–21

#### SOI015

#### Intérêt d'une démarche d'appropriation en équipe pour prioriser les efforts de prévention des événements indésirables

A. Soury-Lavergne, L. Robriquet, G. Desmaretz, A. Biedny, F. Fourrier  
Service de réanimation polyvalente, CHRU de Lille, hôpital Roger-Salengro, Lille, France

**Introduction :** La survenue d'incidents liés à des procédures techniques au sein de notre service a conduit l'encadrement médical et paramédical à souhaiter la mise en place d'une politique concertée et collective de prévention de ces événements indésirables. Pour faciliter l'appropriation de la démarche, la première étape a été de faire un état des lieux de la perception qu'en avait chacun.

**Patients et méthodes :** Un questionnaire anonyme a été distribué en mars 2012 à l'ensemble de l'équipe. La perception de la fréquence, de la gravité et de l'évitabilité de 18 événements indésirables devait être cotée sur une échelle de 0 à 10 (0 correspondait à jamais, bénin, inévitable et 10 à très fréquent, très grave, très facilement évitable). La traçabilité de ces événements était mesurée. Des questions ouvertes permettaient aux répondants de formuler des propositions de prévention.

**Résultats :** Tout le personnel du service a répondu à l'enquête (32 IDE, 21 AS et 11 médecins). Les questionnaires des AS étaient malheureusement inexploitable. L'analyse a été réalisée en calculant la note moyenne (note) pour chaque événement et par catégorie professionnelle. **Fréquence :** Pour les IDE, les cinq événements perçus comme les plus fréquents étaient l'autoextubation (5,8), les complications de pose de voies veineuses périphériques (5,6), l'ablation de sonde nasogastrique (4,9), les complications des relais de catécholamines (4,5) et l'ablation des voies veineuses périphériques (4,4). Pour les médecins, l'autoextubation (6,4), les complications des relais de catécholamines (5,4), les complications de pose de voies veineuses centrales (5,2), l'ablation de sonde nasogastrique (4,9) et les complications de réglage des alarmes du moniteur (4,9). **Gravité :** Pour les IDE, les cinq événements perçus comme les plus graves étaient l'autoextubation (9), la décanulation (8,6), l'ablation de voies veineuses centrales (8,4), les complications des relais de catécholamines (8,4) et de réglage des alarmes (8,4). Pour les médecins, l'ablation de voies veineuses centrales (9), la décanulation (8,9), l'autoextubation (8,8), les complications du montage du ventilateur (8,8) et des relais de catécholamines (8,7). **Évitabilité :** Les cinq événements perçus comme les plus évitables par

les IDE étaient les complications du montage des circuits de dialyse (8,1), du réglage des générateurs de dialyse (8), du montage du ventilateur (8), de réglage des alarmes du moniteur (8) et des relais de catécholamines (7). Pour les médecins, les complications de réglage des alarmes (9,2), de réglage des générateurs de dialyse (8,9), du montage du ventilateur (8,6) et des relais de catécholamines (8,5). **Traçabilité** : Les autoextubations étaient toujours tracées dans le dossier par 84 % des IDE et 45 % des médecins, les ablations de voies veineuses centrales par 53 % des IDE et 36 % des médecins, les complications du montage du circuit de dialyse et des relais des catécholamines par 22 % et 9 % des IDE, respectivement.

**Discussion** : Ces résultats montrent une homogénéité de la perception des événements indésirables au sein du service puisque au moins trois des cinq événements ayant les notes les plus élevées sont retrouvés avec un faible écart entre les cotations IDE et médicales aussi bien pour la fréquence que la gravité et l'évitabilité. Lors de la restitution des résultats en assemblée générale, l'autoextubation a été considérée comme prioritaire, car fréquente, très grave et plutôt évitable avec de nombreuses propositions de prévention. L'ablation de voies veineuses centrales, peu fréquente, est perçue comme très grave et évitable et en partie liée aux pansements de cathéters, qualifiés de véritable problème quotidien. Nous avons donc choisi de prioriser la prévention de ces deux événements. Les complications des relais des catécholamines devraient se résoudre par l'acquisition prochaine de colonnes automatisées et les complications du montage des ventilateurs et des générateurs de dialyse par une politique accentuée de formation.

**Conclusion** : Cet état des lieux de la perception des événements indésirables a permis de définir des objectifs de prévention en équipe et de façon consensuelle, ce qui nous semble être un gage de réussite. Un travail est en cours concernant les pansements des voies veineuses centrales, et la prévention des autoextubations pourrait s'intégrer prochainement dans une démarche d'accréditation d'équipe.

## SOI016

### Faisabilité et efficacité du décubitus ventral sous ECMO. Premières expériences

C. Bridey, A. Kimmoun, P. Perez, F. Vanhuyse, B. Levy  
Service de réanimation médicale Brabois, CHU de Nancy,  
institut lorrain du cœur et des vaisseaux,  
Vandœuvre-lès-Nancy, France

**Introduction** : L'ECMO veino-veineuse (vv) est une thérapie d'exception introduite dans le cadre du SDRA réfractaire à la ventilation conventionnelle. La ventilation apnéique est associée à sa mise en œuvre afin de favoriser la cicatrization alvéolaire. Néanmoins, la ventilation apnéique favorise aussi l'apparition d'atélectasies postérobasales qui peuvent rallonger la période de sevrage de l'ECMO vv. Dans ce cadre, le décubitus ventral est une thérapie possiblement efficace dont l'innocuité n'a jamais été évaluée.

**Patients et méthodes** : Compte tenu de la faible fréquence, nous avons évalué chez deux patients sous ECMO vv en échec de sevrage présentant des condensations postérobasales la faisabilité, l'innocuité et l'efficacité sur l'hématose de quatre séances de décubitus ventral. La faisabilité a été réfléchiée en amont par définition des rôles spécifiques lors de la manœuvre du décubitus ventral. L'innocuité a été évaluée sur trois critères : la fonction respiratoire, le fonctionnement de l'ECMO, les lésions cutanées postdécubitus ventral. L'efficacité a été évaluée sur la comparaison avant/après mise en décubitus ventral sur la PaO<sub>2</sub> et la FiO<sub>2</sub>.

**Résultats** : **Faisabilité** : La présence de l'ECMO vv a influé sur l'organisation du geste, l'installation et la surveillance du patient.

La technique du décubitus ventral est intégrée en routine dans les procédures du service. Sept personnes participent au retournement du patient. En plus des six personnes habituelles pour un décubitus ventral, une personne est dédiée aux canules de l'ECMO et à la console placée en pied de lit. **Innocuité** : Aucune complication majeure n'a été observée sur les critères prédéfinis. Seules des complications mineures, principalement cutanées, sont survenues. **Efficacité** : voir Tableau 1.

**Tableau 1.** Efficacité du décubitus ventral

	Décubitus dorsal prédécubitus ventral	Per décubitus ventral	Décubitus dorsal (12 heures après fin décubitus ventral)
Mode ventilatoire	VAC	VAC	VAC
PEP (cmH <sub>2</sub> O)	12 ± 1,7	13	13
FiO <sub>2</sub> respirateur (%)	80 ± 20	46,6 ± 15	66 ± 20
FiO <sub>2</sub> ECMO (%)	56 ± 11	50	53 ± 12
Débit ECMO (l/min)	3,9 ± 0,6	4 ± 0,5	5 ± 0,57
Tours/min	3 216 ± 518	3 216 ± 518	3 151 ± 730
PaO <sub>2</sub> (mmHg)	67 ± 13	196 ± 137	81 ± 7,5

**Conclusion** : Le décubitus ventral chez le patient sous ECMO vv est une technique à haut risque iatrogène pouvant être utilisée de façon fiable sans conséquences délétères sous réserve d'une formation correcte des équipes. Son efficacité sur l'hématose rejoint celle des travaux déjà publiés. Son intérêt reste à évaluer de façon prospective.

## SOI017

### Un modèle de coopération médico-infirmière : la pose des voies veineuses centrales

M. Cellupica<sup>1</sup>, C. Thoumazet<sup>2</sup>, A.L. Boizat<sup>1</sup>, A. Talon<sup>3</sup>, H. Rosay<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unité d'accès vasculaire, centre Léon-Bérard, Lyon, France

<sup>2</sup>Département anesthésie et réanimation, centre Léon-Bérard, Lyon, France

<sup>3</sup>Direction des soins infirmiers, centre Léon-Bérard, Lyon, France

**Introduction** : En France, la pose des cathéters veineux centraux (CVC) est un acte exclusivement médical. Dans d'autres pays, les infirmières (IDE) sont autorisées à placer ces dispositifs [1]. En collaboration avec les médecins, elles participent à la surveillance et établissent des recommandations. L'objectif de notre travail est d'évaluer la capacité des IDE et des IADE à poser les CVC en France dans le cadre d'une coopération médico-infirmière au sein d'un département d'anesthésie posant plus de 2 200 CVC longue durée/an.

**Patients et méthodes** : Pendant l'année 2010, trois IDE mi-temps (deux IADE, une IDE) volontaires ont été formées à la ponction des veines du bras (brachiales et basiliques), jugulaires internes et fémorales sous échographie chez des patients adultes. Une formation aux indications médicales, aux repères anatomiques et radiologiques, au champage chirurgical, à l'habillage, au pansement a été réalisée. Les patients sont informés par le prescripteur oncologue de la possibilité de pose par une IDE ; le site Internet de l'établissement et les documents d'information concernant le cathéter choisi rappellent cette possibilité. Les bilans biologiques préopératoires sont validés. Avant la pose, l'opérateur se présente et recueille le consentement du patient. Pendant l'année 2011, les IDE ont assuré la pose d'accès veineux centraux dans une salle dédiée, un médecin anesthésiste à proximité répondant sur appel devant toutes difficultés et après trois tentatives de ponctions. La pose est effectuée sous échoguidage (Bard Site Rite 5, guide aiguille). De manière prospective, le nombre

de ponctions, la survenue d'une ponction artérielle, d'un pneumothorax, la bonne place du cathéter, le nombre d'appels aux médecins sont recueillis.

**Résultats :** Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et le 31 décembre 2011, les trois IDE mi-temps ont effectué 155 journées opératoires sur les 265. Mille cent treize VVC ont été posées par ces IDE sur les 2 074 (Tableau 1). Le détail des CVC est le suivant : 642 Picclines (Bard PICC Groshung 4 F, PowerPICC5F), 463 jugulaires internes (Plastimed 5 F, BARD Port 8 F), huit fémorales (gamcath GAMBRO 6,5 F, 8 F). Aucun pneumothorax et hémithorax n'a été répertorié. Deux ponctions carotidiennes ont été rapportées (0,36 %). Le dispositif a été placé en position centrale à la jonction atriocave dans 100 %. Les médecins anesthésistes ont été appelés dans 3,60 % des cas pour modifier la nature des dispositifs demandés par les oncologues, dans 3,59 % des cas pour des difficultés de mise en place du guide. Dans la moitié de ces derniers cas, le médecin renonce à la pose de CVC et demande un report pour obtenir un bilan vasculaire et proposer un autre site. Les externalisations pour pose de CVC sont passées de 880 à 250.

Type de CVC	Nombre	Pourcentage de ponction artérielle	Pourcentage de ponction unique
PICC	642	0	90,5
Jugulaire interne	463	0,36	88,4

**Conclusion :** Les infirmières sous couvert d'une formation rigoureuse, dans une organisation structurée, sont capables de placer les dispositifs veineux centraux avec efficacité et sans complication. Des études concernant la qualité du vécu de la pose, la durée de vie de ces cathéters et la cause de leur retrait sont en cours.

#### Référence

1. Yacopetti N, Alexandrou E, Spencer TR, et al (2010) Central venous catheter insertion by a clinical nurse consultant ou anaesthetic medical staff. *Crit Care Resusc* 12:90–5

## SOI018

### Chariot d'urgence au CHU d'Oran : état des lieux

I. Boulekouane<sup>1</sup>, S. Benbernou<sup>2</sup>, A. Azza<sup>2</sup>, A. Belkacem<sup>2</sup>, K. Bouyacoub<sup>2</sup>, H. Djebli<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Urgences médicales, CHU d'Oran, Mohammadia, Algérie

<sup>2</sup>Service des urgences médicales, CHU d'Oran, Oran, Algérie

**Introduction :** Le chariot d'urgence regroupe tout le matériel nécessaire à une prise en charge rapide et efficace des patients présentant une détresse vitale. Le chariot d'urgence est réservé exclusivement à cet usage et ne doit pas servir de réserve de matériel ou de médicaments. On ne peut pas parler de chariot d'urgence sans connaître les gestes d'urgence. En matière d'urgence, il n'existe pas de place à l'erreur, ni de place pour « l'à-peu-près », aucune tolérance pour la médiocrité. En situation d'urgence, la vie des patients tient parfois à peu de chose, la rapidité d'action, la manipulation du matériel et des substances sont indispensables. La présence d'un chariot d'urgence est le garant d'une bonne prise en charge. Le chariot d'urgence est un maillon vital dans la chaîne de survie.

**Patients et méthodes :** *Objectifs :* Connaître l'existence ou non du chariot d'urgence dans les différents services de l'hôpital. Apprécier l'état de la prise de conscience de son importance. Savoir si le chariot d'urgence dans les différents services répond aux normes. Il s'agit

d'une étude prospective, réalisée en avril 2011. Elle a concerné tous les services du CHU d'Oran. Un questionnaire a été élaboré en collaboration avec le service d'épidémiologie du CHU d'Oran.

#### Résultats :

Service	Présent/ check-list	Service	Présent/ check-list
Urgence cardio	Non	Déchoquage UMC	Non
Bloc cardio	Non	REA PAV 5	Oui/non
Hémodialyse	Non	Accueil Urg médicales	Oui/non
Chirurgie digestive	Non	UMC bloc	Oui/non
Réanimation pédiatrique	Oui/non	Réanimation UMC	Oui/oui
Radiologie	Non	Gastro	Non
Neurochir réanimation	Oui/non	UMC postop	Oui/non

Seulement huit services (sur 35) disposent du chariot d'urgence ; sur ces huit services : 1) un seul dispose de check-list ; 2) un seul répond aux normes ; 3) accessible dans sept cas ; 4) scellé dans seulement un cas.

**Discussion :** Ce qu'on peut dire à travers ce travail c'est que la majorité des services du CHU d'Oran ne disposent pas de chariot d'urgence, que certains services ignorent totalement l'utilité de ce chariot. Lorsqu'il existe, il n'est pas utilisé à bon escient mais utilisé comme simple outil de rangement. Heureusement pour notre service, le chariot d'urgence, même s'il manque d'être scellé, répond aux normes.

**Conclusion :** L'existence seule d'un chariot d'urgence n'est pas garante d'une bonne réanimation, car il est nécessaire que le personnel médical ou paramédical puisse mettre en œuvre les gestes de réanimation de base : la vérification devrait être hebdomadaire, par l'équipe de jour et par l'équipe de nuit (soit deux vérifications par semaine) à adapter en fonction du roulement des services ; la vérification du défibrillateur est obligatoire et médicolégale ; il est donc indispensable que l'ensemble du personnel bénéficie d'une formation aux gestes d'urgence.

#### Bibliographie

1. Chevillet J (2007) Le chariot d'urgence. *Soins* 52:57–8

## SOI019

### Planification des séances de VNI : évaluation d'une procédure de soin

M. Cosson<sup>1</sup>, A. Constan<sup>1</sup>, T. Millan<sup>2</sup>, G. Carreaux<sup>1</sup>, C. Mercier<sup>1</sup>, F. Schortgen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de réanimation médicale, CHU Henri-Mondor, Créteil, France

<sup>2</sup>Soins intensifs, Clinica Universidad de Navarra, Pamplune, Espagne

**Introduction :** La planification des séances de VNI dépend des besoins du patient et des contraintes organisationnelles. Nous avons évalué une procédure de soin dans laquelle sont prescrites la durée de la première séance puis une durée et une fréquence minimales de VNI/24 h. La réalisation de séances nocturnes (0–6 heures), continues ou non, est spécifiée sur la prescription.

**Matériels et méthodes :** Les données de 46 patients tirés au sort (23 insuffisances respiratoires aiguës hypercapniques/23 hypoxémiques) ont été analysées à partir du recueil des feuilles de soins dédiées à la VNI. Les VNI postextubation ne sont pas incluses. Nous avons évalué l'adéquation entre prescription et application, ainsi que la répartition des séances au cours du nyctémère.

**Résultats :** Quatre-vingt-sept jours de VNI et 243 séances ont été analysés. La durée médiane des séances était de 2,8 (2,0–3,5) heures, identique pour le jour et la nuit. La répartition des séances sur le nycthémère est variable avec une diminution des séances durant les périodes de nursing (8–10 et 20–22 heures) et une augmentation en soirée (22–0 heures). Vingt-neuf pour cent des séances sont réalisées durant la période nocturne. L'adéquation prescription-application est indiquée dans le Tableau 1. La durée médiane de VNI délivrée/j était similaire chez les patients hypercapniques (7 [5–9] heures) et hypoxémiques (8 [6–10] heures) et conformes aux durées minimales prescrites. Trente pour cent des prescriptions de VNI nocturnes et 59 % des prescriptions de VNI nocturnes continues ne sont pas réalisées. Deux patients hypercapniques et 11 hypoxémiques ont nécessité une intubation, ce qui est conforme aux résultats de la littérature.

Tableau 1. Caractéristiques des séances de VNI		
Adéquation aux prescriptions	Ce qui est prescrit	Ce qui est fait
1 <sup>re</sup> séance <i>n</i> = 46		
Durée, min	120 (120–120)	138 (120–229)
Toutes les séances, <i>n</i> = 243		
Nombre minimal/j	4 (3–5)	3 (2–4)
Durée minimale/j, h	8 (5–10)	8 (6–13)
VNI nocturne (0–6 heures), <i>n</i> = 87		
Oui, <i>n</i> (%)	73 (84 %)	59 (68 %)
Continue, <i>n</i> (%)	26 (30 %)	12 (14 %)

**Conclusion :** L'absence de prescription des séances de VNI à horaires fixes permet une souplesse dans l'organisation des séances. La durée quotidienne de VNI est conforme à la prescription minimale, sans plus. La VNI nocturne est moins fréquemment réalisée que ce qui est prescrit.

## SOI020

### Évaluation de la qualité du dossier transfusionnel dans un service de réanimation médicale : audit de 50 dossiers de patients transfusés en 2011

A. Gonzalez, F. Camou, O. Guisset, O. Julien, P.E. Corrado, S. Gibelot, C. Gabinski  
*Réanimation médicale, CHU de Bordeaux, hôpital Saint-André, Bordeaux, France*

**Introduction :** La transfusion sanguine est une thérapeutique courante dans la prise en charge des patients admis en réanimation. Elle expose à des effets indésirables (infectieux, immunoallergiques et cardiovasculaires) pour les patients ainsi qu'à des accidents d'exposition au sang pour les soignants. La traçabilité du processus transfusionnel est encadrée par des recommandations qui concernent aussi bien les médecins que les infirmiers. Suite à des incidents récurrents de traçabilité du processus transfusionnel au sein de notre service, nous avons mené une évaluation de la qualité de tenue du dossier transfusionnel.

**Patients et méthodes :** Nous avons réalisé au préalable un état des lieux des connaissances et des pratiques transfusionnelles des infirmiers et des médecins du service à l'aide d'un questionnaire d'autoévaluation. Au total, 32 infirmiers et 15 médecins ont participé à cette étude. L'analyse statistique a été réalisée à partir du logiciel ÉpiInfo™ version 3.5.3 (test du Chi<sup>2</sup> pour les données qualitatives). Dans un second temps, il a été réalisé une étude rétrospective portant sur 50 dossiers de patients transfusés au cours de l'année 2011. À partir de la liste des patients transfusés cette année-là (*n* = 153), les dossiers ont été tirés au sort de manière aléatoire à l'aide d'un générateur de nombres aléatoires. Les dossiers ont ensuite été analysés à l'aide d'une grille de recueil de données standardisée en utilisant la méthodologie de l'audit clinique.

**Résultats :** L'implication du personnel pour le questionnaire a été importante avec 97 % de participation chez les infirmiers et 73 % chez les médecins. L'analyse des réponses obtenues à partir du questionnaire a permis de mettre en évidence des écarts sur les connaissances entre les médecins et les infirmiers. Les guides de bonnes pratiques transfusionnelles sont moins bien connus des médecins (45,5 %) que des infirmiers (83,9 %, *p* = 0,005). Les documents devant être conservés ou remis au patient à sa sortie sont également moins connus des médecins (27,3 %) que des paramédicaux (50,1 %, *p* = 0,05). L'information prétransfusionnelle, pourtant médicolegale, ne semble être effectuée que par 36,4 % des médecins interrogés. La réalisation de l'audit clinique à partir des dossiers transfusionnels sélectionnés a permis de confirmer certains dysfonctionnements soulevés par le questionnaire. Les prescriptions médicales de produits sanguins labiles ne sont conformes aux recommandations qu'à hauteur de 36,1 % des cas. La totalité des dossiers audités ne comporte ni la traçabilité de l'information prétransfusionnelle ni la remise des documents de suivi posttransfusionnel. Les recommandations de suivi posttransfusionnel n'ont pas été respectées dans le service (0 %). À l'inverse, certains points positifs ont pu être mis en évidence. Le dossier transfusionnel est présent dans le dossier patient dans 94 % des cas. Il est systématiquement identifié au nom du patient. Le bordereau de délivrance des produits est rempli conformément aux recommandations à plus de 95 % des cas. La fiche transfusionnelle est toujours retrouvée dans le dossier transfusionnel et est identifiée avec l'étiquette administrative du patient dans près de 98 % des cas. Elle est remplie conformément aux recommandations pour 77 % des dossiers analysés.

**Discussion :** Les dysfonctionnements ainsi repérés nous ont permis de mettre en place des actions d'amélioration dont la principale consiste en la constitution de dossiers transfusionnels vierges complets, comportant les documents institutionnels d'information prétransfusionnelle et de suivi posttransfusionnel. L'impact de ces actions sera mesuré ultérieurement par un nouvel audit de dossiers en analysant les mêmes critères que précédemment.

**Conclusion :** La transfusion sanguine est un acte thérapeutique encadré par des recommandations qu'il est impératif de respecter afin d'en limiter les risques aussi bien pour les patients que pour le personnel soignant. L'audit clinique est un outil d'évaluation des pratiques professionnelles permettant de mettre en évidence les dysfonctionnements et de proposer des mesures correctives.