

Sécurité transfusionnelle : réflexions sur nos pratiques.

24 ÉME CONGRÈS DE LA SAARSIU

**Y. K.SOUAMI-MCA en biologie clinique-Faculté de Médecine
d'Alger.**

**K.KEZZAL-Professeur en microbiologie -Faculté de
Pharmacie d'Alger**

Introduction

- La sécurité transfusionnelle dépend de la mise en œuvre des procédures de chaque étape de la chaîne transfusionnelle et leur traçabilité (arrêté du 24 Mai 1998).

Introduction

- Notre objectif est d'évaluer le respect de ces procédures dans nos pratiques quotidiennes.

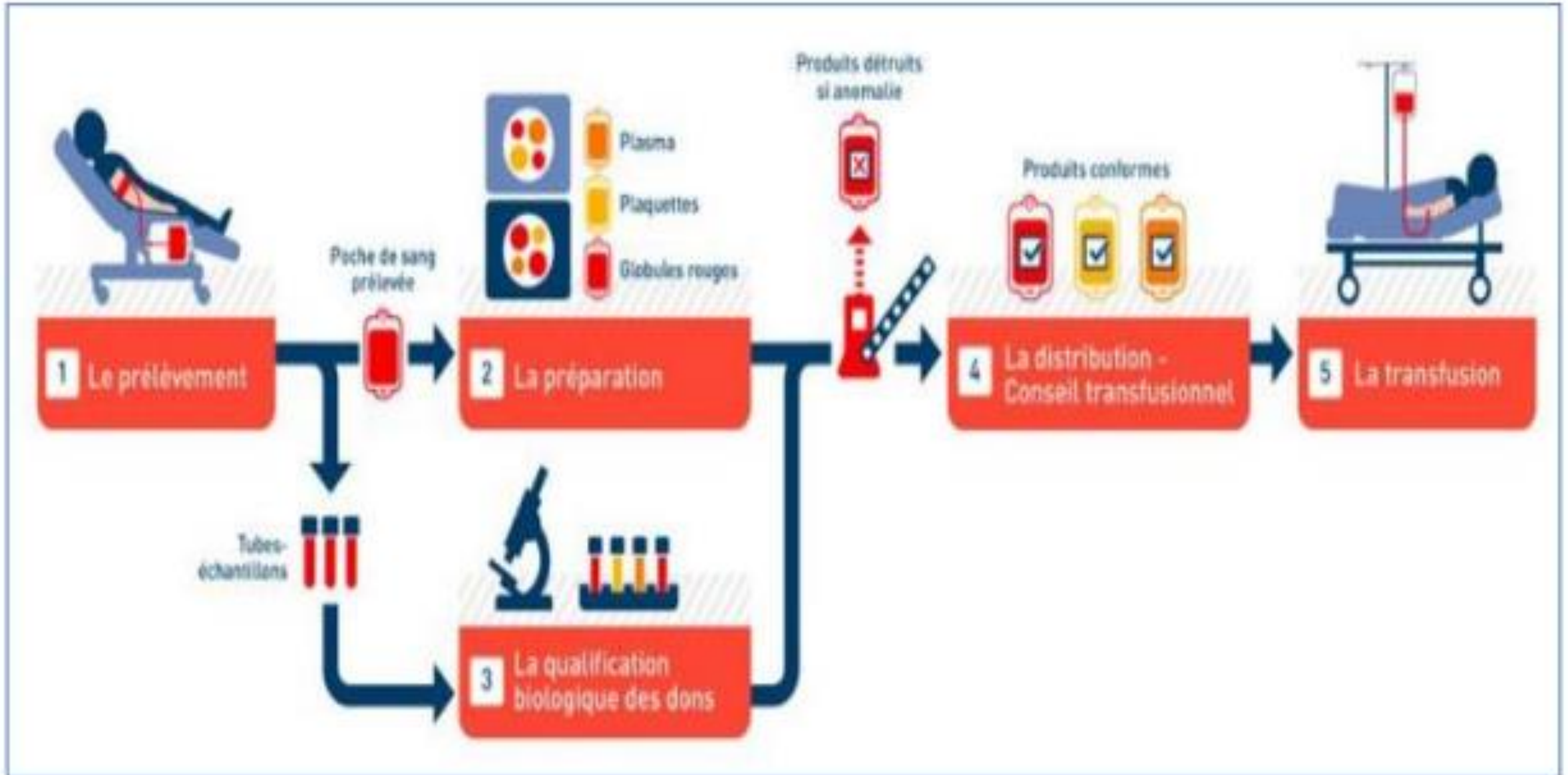
Matériel et Méthodes

Matériel et Méthodes

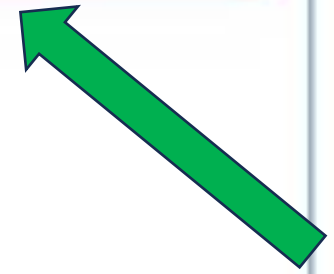
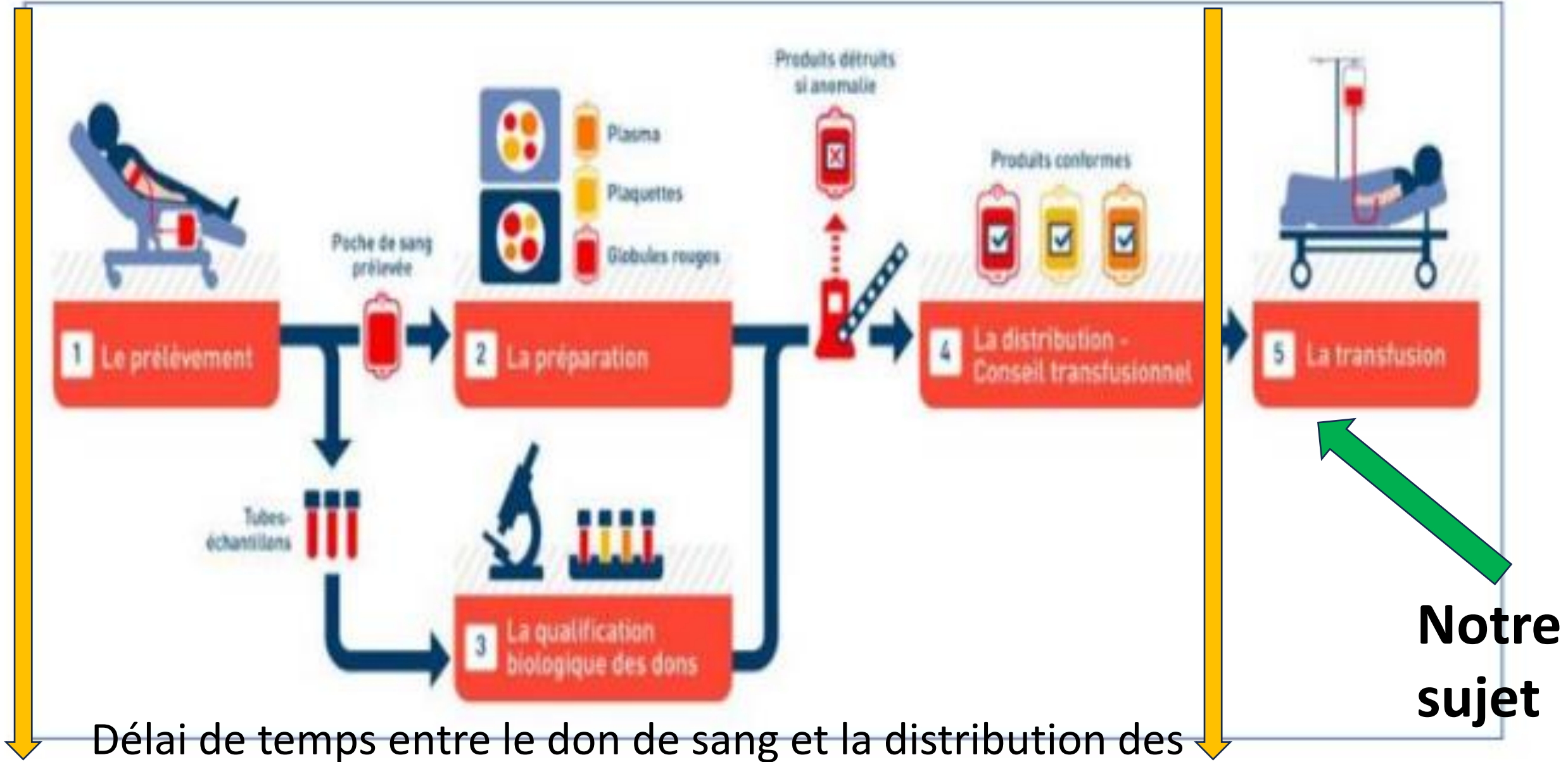
- Il s'agit d'une réflexion basée sur des observations et des échanges avec les acteurs de la chaîne transfusionnelle (1996-2012, 2022-2024).
- Les études transversales ont été réalisées à l'aide d'un questionnaire standardisé en 2009, et en 2013 au sein des services d'anesthésie et de chirurgie de l'EHS Douera et de l'EPH Médéa.
- Pour les autres années, ce sont des interviews avec des professionnels (médicaux, paramédicaux, coursiers) lors des sessions de formation continue régionales sur la sécurité transfusionnelle.
- De 2016 à ce jour, ces mêmes questions ont été traitées en formation initiale (étudiants en 6^{ème} année de médecine) qui nous faisaient part de leur retour d'expériences de stage. Et, avec les enseignants

La chaine transfusionnelle

La chaîne transfusionnelle.



La chaîne transfusionnelle.



**Notre
sujet**

Délai de temps entre le don de sang et la distribution des
PSL: 48-72 h.

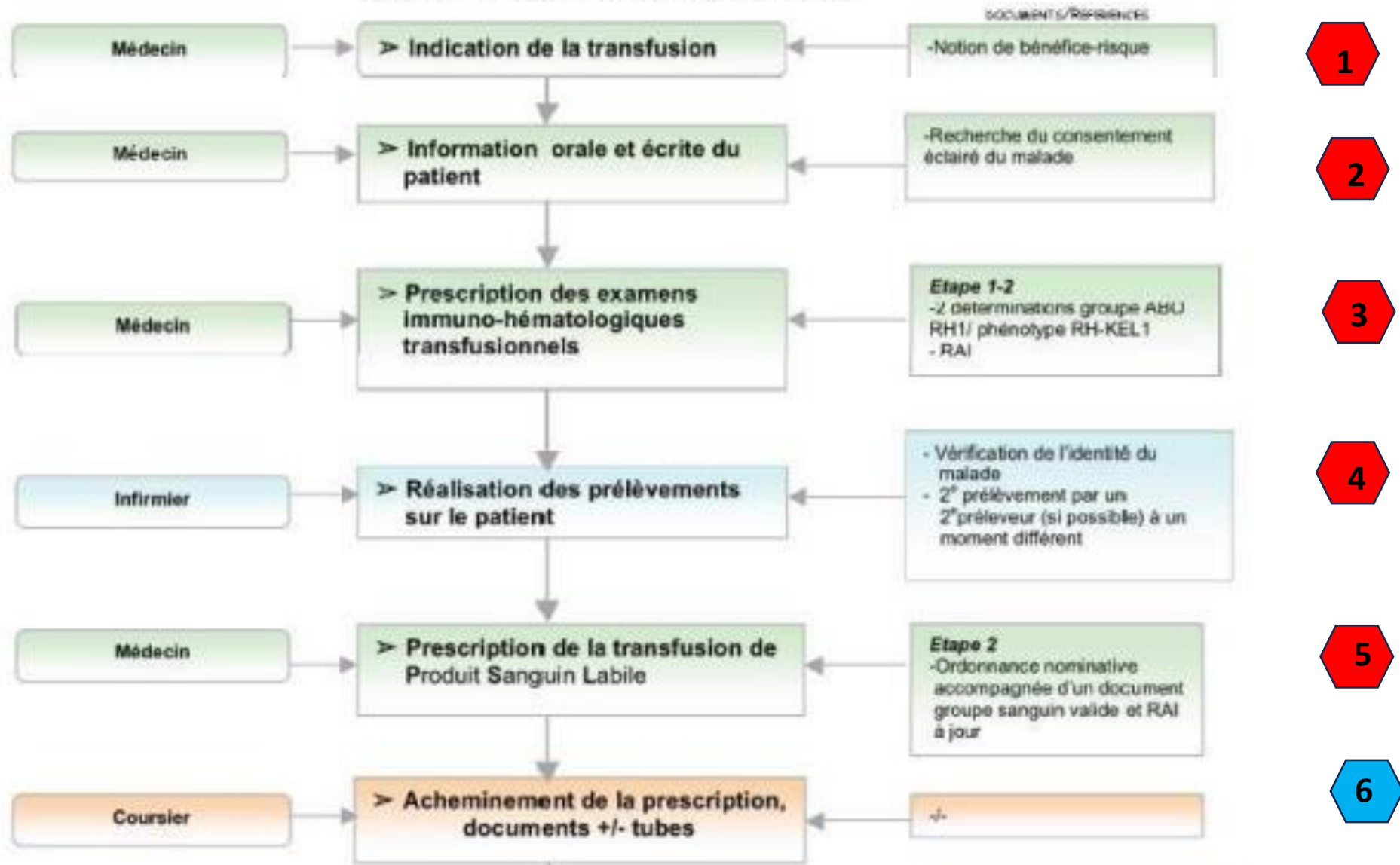
Transfusion sanguine de PSL

versus clinicien

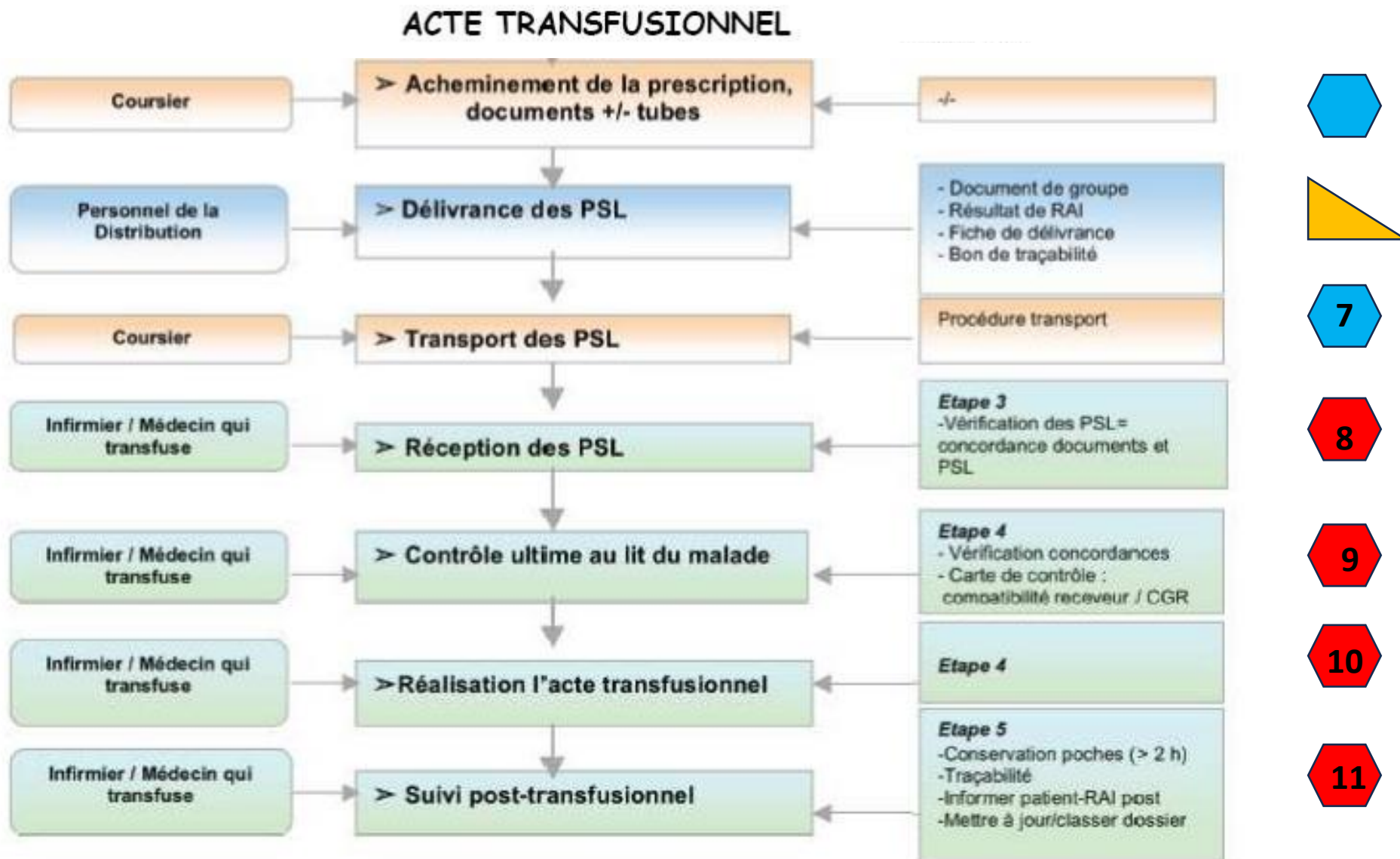
ACTE TRANSFUSIONNEL



ACTE TRANSFUSIONNEL



2/2



Logigramme de l'acte transfusionnel

Transfusion sanguine Vs clinicien

- **Comment ?**

- **Quels outils ?**

Comment réaliser ces tâches ?

**Supports réglementaire NATIONAL
ALGERIEN + PROCEDURES NORMALISEES
NATIONALES**



RÉGLEMENTATION

ARRÊTES



Arrêté N° 24 mai 1988 (Règles de
normes pratiques de prépondérance)



Arrêté 24 Mai 1988 (Règles de don
du sang)



Arrêté 24 Mai 1988 (Règles de
transfusion aseptique programmée)



Arrêté 24 Mai 1988 (Règles de
normes pratiques OCBEX)



Arrêté N°OR du 29 mars 1988



Arrêté N°OR du 08 Avril 2004



Arrêté N°2873 du 04 Mai
2008



Arrêté N°24 du 17 Avril 2011



Arrêté N°33 du 28 Mai 2011



Arrêté N°01 du 02 Janvier
2022 (Méthode)

ARRÊTES INTERMINISTÉRIELS



Arrêté Interministériel 18
octobre 2010

CIRCULAIRES



Circulaire 07 du 12 Juin 2008

DÉCISIONS



Décision N°87 du 18 Décembre
1988



Décision N°643 de 2006



Décision N°232 de 2021
collaborer



Décision N°281 de 2021 (art)
de services PBL



Décision N°282 de 2021
convention type

DÉCRETS



Décret ministériel N° 88, 10R du
08 Avril 1988



Décret ministériel N° 09, 23R du
11 Avril 2009

Les arrêtés Mai 1998.

<http://www.ans.dz/legislations-reglementations/>

Procédures normalisées et des supports d'information



Manuel Procédures

Manuel procédures opératoires normalisées
Activités transfusionnelles



Manuel du Medecin

Manuel du Médecin du don de sang



Fiche d'évaluation et Canevas

Fiche d'évaluation d'Activité Transfusionnelle

Prévision des besoins en poches et réactifs

Moyens humains, matériels et infrastructurels de la transfusion sanguine



Collecte mobile

Collecte mobile à travers tout le territoire national



Collecte fixe

Structures de transfusion sanguine

<http://www.ans.dz/>

Prescription de PSL

« La PRESCRIPTION de produits sanguins (la transfusion sanguine) est un ACTE MEDICAL. C'est une VERITABLE ORDONNANCE :

Elle DOIT ETRE REDiGEE, DATEE et SIGNEE par un médecin »

[S.MICHEL.in « Memento de Transfusion Sanguine.pp41-42.
Edition Sauramps médical. 2004]

ANNEXE
DEMANDE DE PRODUITS SANGUINS
(A REMPLIR EN DOUBLE EXEMPLAIRES)

Nom et Prénom du malade..... Age..... Sexe.....
 Service..... Lit..... Matricule..... Dossier n°.....
 Groupe Sanguin Rhésus Phénotype
 (en toutes lettres)

Diagnostic et motif de la transfusion.....
 Polytransfusé : NON OUI Date de la dernière transfusion / /
 Date de la dernière RAI / / Résultats.....
 Réactions transfusionnelles antérieures NON OUI Types.....
 Nombre de grossesses antérieures

| PRODUITS DEMANDES | QUANTITES | QUALIFICATIONS |
|----------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sang total | | <input type="checkbox"/> Phénotypé |
| <input type="checkbox"/> Concentré érythrocytaire | | <input type="checkbox"/> Déleucocyté |
| <input type="checkbox"/> Concentré plaquettaire standard | | <input type="checkbox"/> Lavé |
| <input type="checkbox"/> Concentré unitaire plaquettaire | | <input type="checkbox"/> Autres..... |
| <input type="checkbox"/> PFC | | |
| <input type="checkbox"/> Cryoprécipité | | |
| <input type="checkbox"/> Autres | | |

| NON DU MEDECIN PRESCRIPTEUR | TELEPHONE | SIGNATURE | CACHET |
|-----------------------------|-----------|-----------|--------|
| | | | |

Date

Joindre à la demande : — Carte de groupe sanguin
 — Echantillon de sang du malade pour test de compatibilité

Nombres des Unités distribuées
 Date: / / Nom et Signature du porteur
 Heure:

N.B : — Avant toute transfusion, s'assurer que les unités à transfuser correspondent à ceux inscrits sur la présente demande ;
 — Effectuer le contrôle prétransfusionnel ultime au lit du malade ;
 — Consigner, toute transfusion d'un produit sanguin, sur le registre transfusionnel du service et sur la fiche transfusionnelle du receveur.

← Une prescription dûment signée par le médecin traitant

Fig N° . Formulaire standardisé réglementaire de demande de produits sanguins [[Décision N°97 du 18 Octobre 1998](#), <http://www.ans.dz>]

ANNEXE
DEMANDE DE PRODUITS SANGUINS
(A REMPLIR EN DOUBLE EXEMPLAIRES)

Nom et Prénom du malade..... Age..... Sexe.....
 Service..... Lit..... Matricule..... Dossier n°.....
 Groupe Sanguin Rhésus Phénotype
 (en toutes lettres)

Diagnostic et motif de la transfusion.....
 Polytransfusé : NON OUI Date de la dernière transfusion / /
 Date de la dernière RAI / / Résultats.....
 Réactions transfusionnelles antérieures NON OUI Types.....
 Nombre de grossesses antérieures

| PRODUITS DEMANDES | QUANTITES | QUALIFICATIONS |
|----------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sang total | | <input type="checkbox"/> Phénotypé |
| <input type="checkbox"/> Concentré érythrocytaire | | <input type="checkbox"/> Déleucocyté |
| <input type="checkbox"/> Concentré plaquettaire standard | | <input type="checkbox"/> Lavé |
| <input type="checkbox"/> Concentré unitaire plaquettaire | | <input type="checkbox"/> Autres..... |
| <input type="checkbox"/> PFC | | |
| <input type="checkbox"/> Cryoprécipité | | |
| <input type="checkbox"/> Autres | | |

| NON DU MEDECIN PRESCRIPTEUR | TELEPHONE | SIGNATURE | CACHET |
|-----------------------------|-----------|-----------|--------|
| | | | |

Date

Joindre à la demande : — Carte de groupe sanguin
 — Echantillon de sang du malade pour test de compatibilité

Nombres des Unités distribuées
 Date: / / Nom et Signature du porteur
 Heure:

N.B : — Avant toute transfusion, s'assurer que les unités à transfuser correspondent à ceux inscrits sur la présente demande ;
 — Effectuer le contrôle prétransfusionnel ultime au lit du malade ;
 — Consigner, toute transfusion d'un produit sanguin, sur le registre transfusionnel du service et sur la fiche transfusionnelle du receveur.

← Une prescription dûment signée par le médecin traitant

Fig N° . Formulaire standardisé réglementaire de demande de produits sanguins [[Décision N°97 du 18 Octobre 1998](#), <http://www.ans.dz>]

Les pièges à éviter :

- *Erreurs d'orthographe des nom, prénom et/ou nom marital.*
- *Utilisation des nom et prénom usuels.*
- *Date de naissance erronée*
- *Usurpation d'identité et/ou de carte de sécurité sociale.*
- *Données de l'assurance maladie.*

Prélèvement des tubes pour des examens pré-transfusionnel.

ERREURS à EVITER [S.MICHEL.in « Memento de Transfusion Sanguine.pp41-42. Edition Sauramps médical. 2004].

- NE JAMAIS IDENTIFIER les tubes AVANT le prélèvement.
- NE JAMAIS IDENTIFIER les tubes dans la salle de soins

Traçabilité

débuté dès les premières étapes pour le médecin
et pour l'infirmier

En France, « *la demande d'examens pré-transfusionnels (groupage sanguine,...) doit comporter les mêmes indications que la prescription de PSL et auxquelles s'ajoutent l'identification et la signature de l'IDE (infirmier diplômé d'état) qui assure le prélèvement* » [S.MICHEL.in « Memento de Transfusion Sanguine.pp41-42. Edition Sauramps médical. 2004].

En Algérie, la commande des produits sanguins labiles obéit à une réglementation

[Décret exécutif N° 09-258 du 11 Aout 2009,](#)

[Décision N°97 du 18 Octobre 1998,](#)

[Décision N°251 de 2021 tarif de cession PSL,](#)

[Décision N°252 de 2021 convention type,](#)

[http://www.ans.dz.](http://www.ans.dz)

Cette pratique obéit aux règles internationales d'éthique du don de sang : sans profit, **anonyme, sans considération ethnique ou religieuse** [

[Arrêté 24 Mai 1998-Règles de don du sang,](#)

<http://www.fiods-ifbdo.org>,

<http://www.ans.dz>].

Conservation des PSL

dans des enceintes réfrigérées dans les

services cliniques : une pratique.....

Prescription des examens immuno-hématologiques.


FICHE DE DEMANDE D'EXAMEN IMMUNO-HEMATOLOGIQUE DU RECEVEUR

- Nom et prénom du receveur :
- Age :
- Sexe :
- Date et heure du prélèvement :
- Les examens demandés :
- Les renseignements cliniques nécessaires :

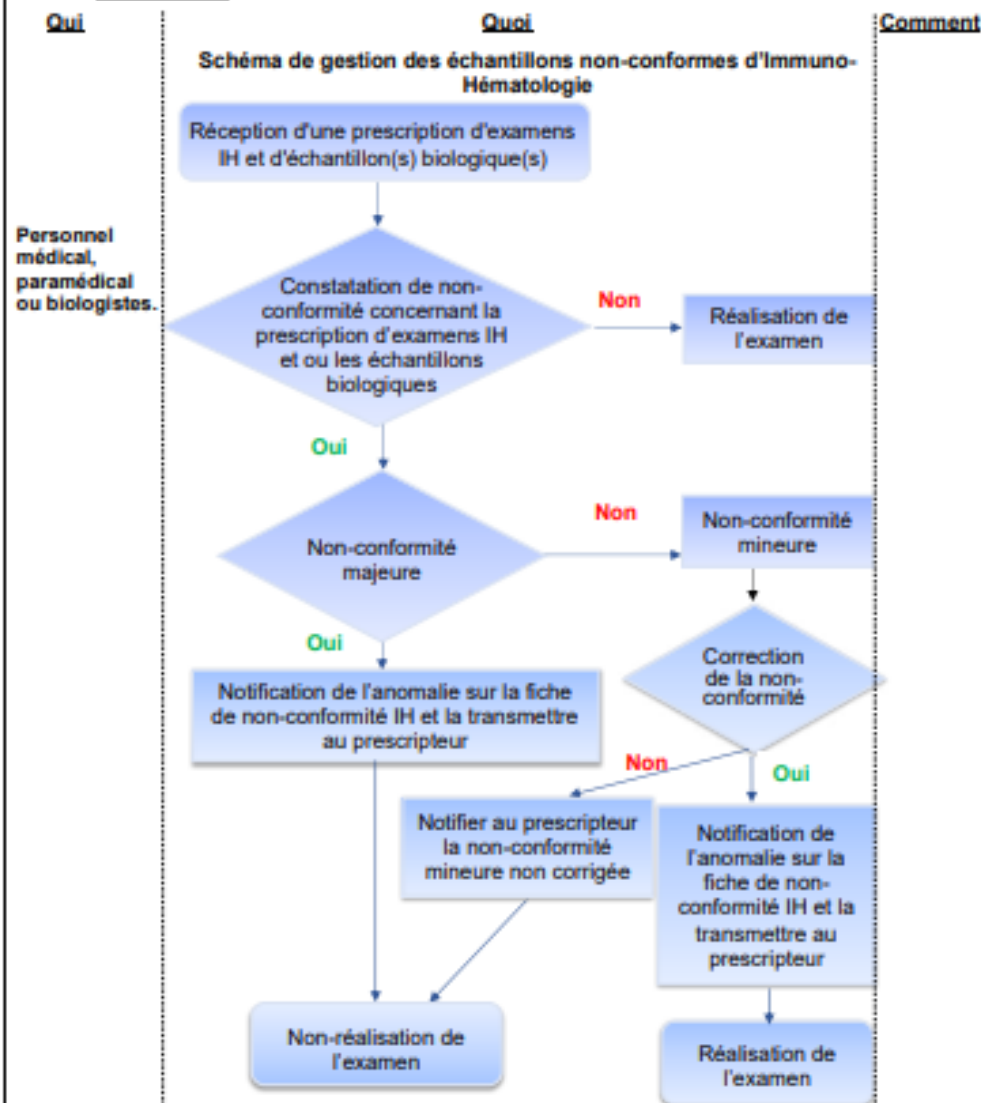
Cachet du service

Nom et signature du
prescripteur

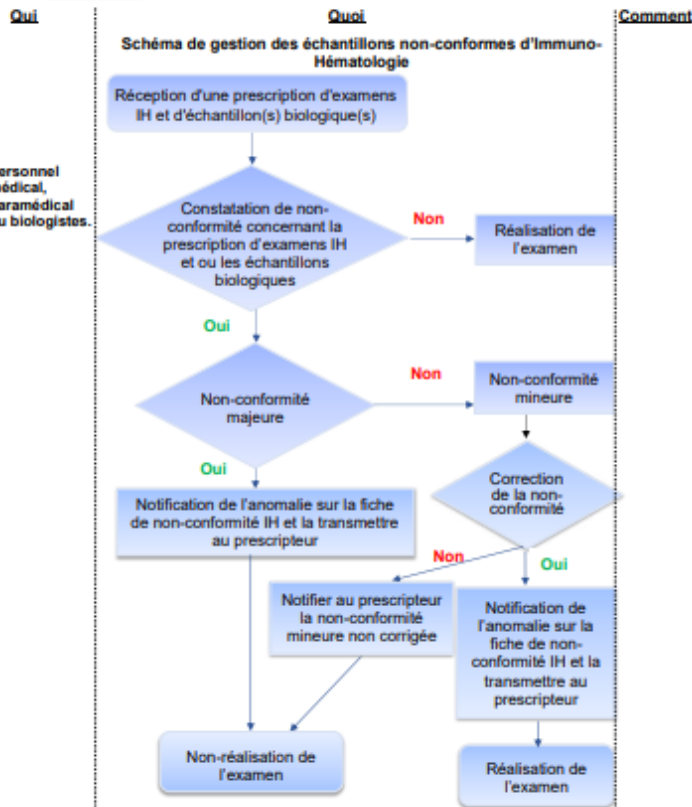
| Non-conformité | | Traitement de la demande | | Non-conformité | Traitement de la demande | |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--|
| La prescription | | | | échantillon(s) biologique(s) | | |
| MAJEURES | Absence de prescription | Refus | | Absence de tube | Refus | |
| | Absence (ou non lisibilité) de nom de famille et prénom | Refus | | Absence (ou non lisibilité) de nom de famille, prénom | Refus | |
| | Absence de date de prélèvement | Refus | | Double étiquetage | Refus | |
| | Nature des examens non précisée | Refus | | Tubes non adaptés | Refus | |
| | Absence d'identification du service de soins | Refus | | Discordance entre identités sur prescription et tube(s) | Refus | |
| | Absence d'identification du prescripteur | Refus | | | | |
| | Absence d'heures de prélèvement ou de critères permettant de différencier les 2 déterminations demandées simultanément | Refus | | | | |
| MINIÈRES | Absence de date de naissance, sexe et le cas échéant nom d'usage | Refus Sauf si régularisation rapide | | Absence de date de naissance, sexe et le cas échéant nom d'usage | Refus Sauf si régularisation rapide | |
| | Absence (ou non lisibilité) du nom du préleveur | Refus sauf si régularisation rapide | | Absence de date et heure de prélèvement | Refus sauf si date et heure présentes sur la prescription | |
| | Absence des renseignements cliniques pertinents relatifs aux examens | Refus sauf si régularisation rapide | | Prélèvement hémolysé | Refus sauf si incident transfusionnel ou contexte clinique d'hémolyse | |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------|
|  | AGENCE NATIONALE DU SANG | Nombre de pages : 06 |
| ANS/QBIH/PRO09/ V03/ 22 | GESTION DES ECHANTILLONS EN IMMUNO-HEMATOLOGIE DU RECEVEUR | |
| DIRECTION NORMALISATION ET QUALITE | | |

6.5. Logigramme



6.5. Logigramme



| Non-conformité | Non-conformités majeures Refus de la demande | Non-conformités mineures Refus de la demande sauf si régularisation rapide |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anomalies de la prescription | <ul style="list-style-type: none"> - Absence de prescription. - Absence d'identification du prescripteur. - Absence d'identification du service de soins. - Absence (ou non lisibilité) de nom de famille, prénom. - Nature des examens non précisée. - Absence de date de prélèvement. - Absence d'heures de prélèvement ou de critères permettant de différencier les 2 déterminations demandées simultanément. | <ul style="list-style-type: none"> - Date de naissance, Sexe et le cas échéant nom d'usage. - Absence (ou non lisibilité) du nom du préleveur. - Renseignements cliniques pertinents relatifs aux examens (si nécessaires doivent être demandés par le biologiste). |
| Anomalies de(s) (l') échantillon(s) biologique(s) | <ul style="list-style-type: none"> - Absence de tube. - Absence (ou non lisibilité) de nom de famille, prénom. - Double étiquetage. - Discordance entre identités sur prescription et tube(s). - Absence de date et heure de prélèvement (sauf si date et heure présentes sur la prescription). - Tubes non adaptés. - Prélèvement hémolysé (sauf si incident transfusionnel ou contexte clinique d'hémolyse). | <ul style="list-style-type: none"> - Absence de date de naissance, sexe et le cas échéant nom d'usage. - Absence de date et heure de prélèvement sauf si date et heure présentes sur la prescription. - Prélèvement hémolysé sauf si incident transfusionnel ou contexte clinique d'hémolyse. |

Derrière une demande de PSL,

l'équipe du CTS s'active



AGENCE NATIONALE DU SANG

Nombre de
pages : 05

ANS/DIS/PRO01/
V02/22

DISTRIBUTION DES PRODUITS SANGUINS
LABILES

DIRECTION NORMALISATION ET QUALITE

Code-Document : ANS/DIS/PRO01

Version-Document : V02/22

Date effective : 03/07/2022

Valide :

Date d'expiration : 03/07/2027

Version remplacée : Manuel procédures opératoires normalisées activité transfusionnelle V01/17, processus distribution des PSL

Modification : Voir annexe des modifications

Agence Nationale du Sang

Distributeur :

Numéro d'identification de la copie : 0001

Actualisée

Validée

Approuvée

Date : du 17/01 au 22/04/2022

Date : du 20 au 30/06/2022

Date : 03/07/2022

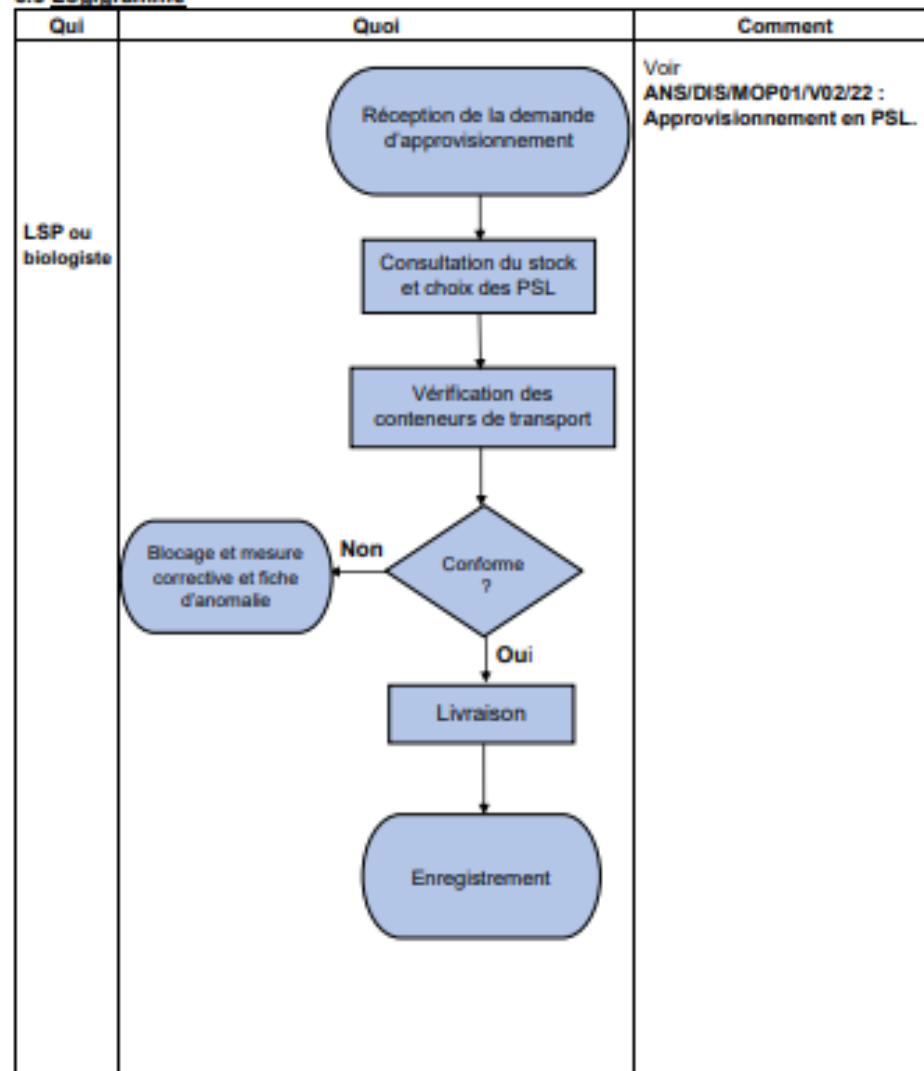
**Commission de rédaction
et d'actualisation**

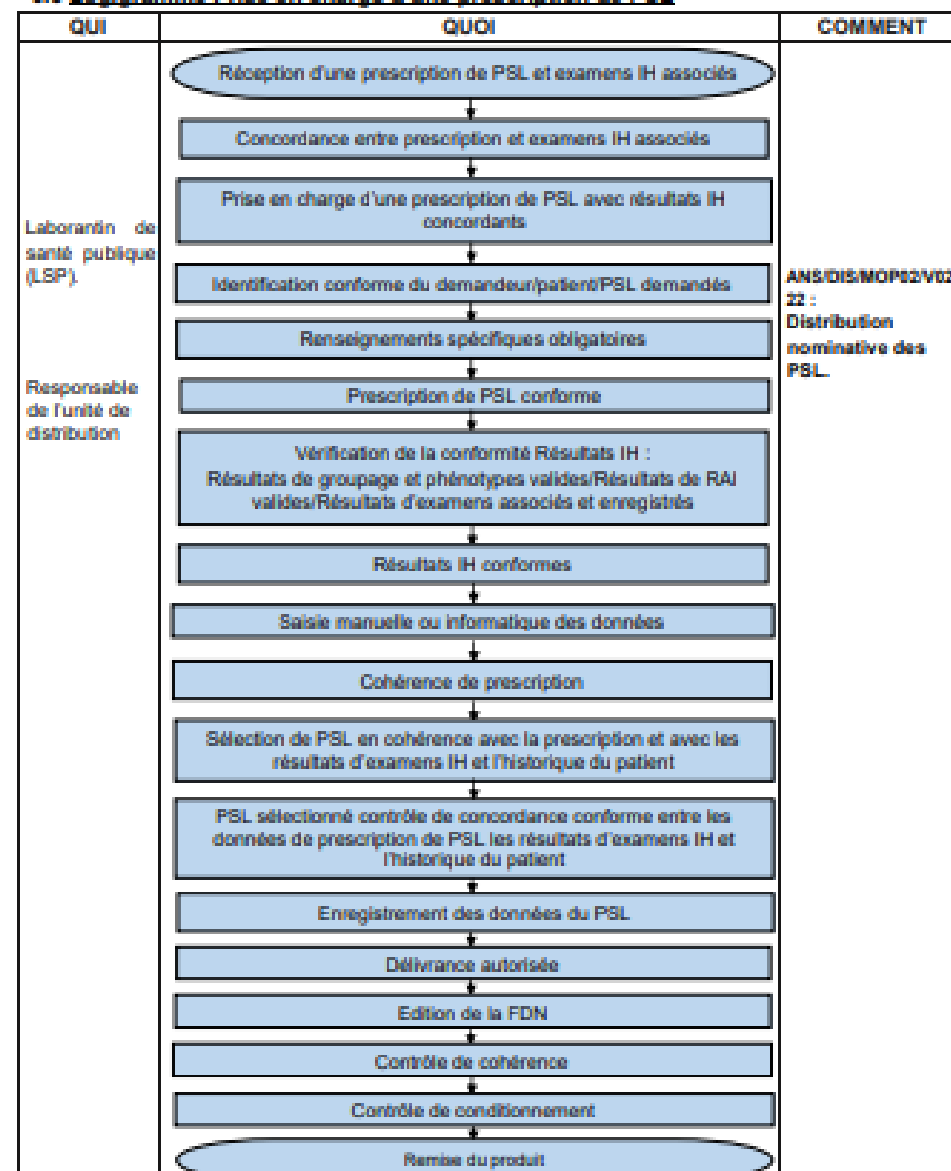
**Commission de
validation**


**La Directrice Générale de
l'Agence Nationale du Sang
Dr K.L OULD KABLIA**



6.5 Logigramme



**6.5 Logigramme Prise en charge d'une prescription de PSL**

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------|
|  | AGENCE NATIONALE DU SANG | Nombre de pages : 05 |
| ANS/DIS/MOP03/ V02/22 | DISTRIBUTION DES CONCENTRES DE GLOBULES ROUGES | |
| DIRECTION NORMALISATION ET QUALITE | | |

6.5 Logigramme



Contrôle ultime au lit du
malade

ANNEXE
DEMANDE DE PRODUITS SANGUINS
(A REMPLIR EN DOUBLE EXEMPLAIRES)

Nom et Prénom du malade..... Age..... Sexe.....
 Service..... Lit..... Matricule..... Dossier n°.....
 Groupe Sanguin Rhésus Phénotype
 (en toutes lettres)

Diagnostic et motif de la transfusion.....
 Polytransfusé : NON OUI Date de la dernière transfusion / /
 Date de la dernière RAI / / Résultats.....
 Réactions transfusionnelles antérieures NON OUI Types.....
 Nombre de grossesses antérieures

| PRODUITS DEMANDES | QUANTITES | QUALIFICATIONS |
|----------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sang total | | <input type="checkbox"/> Phénotypé |
| <input type="checkbox"/> Concentré érythrocytaire | | <input type="checkbox"/> Déleucocyte |
| <input type="checkbox"/> Concentré plaquettaire standard | | <input type="checkbox"/> Lavé |
| <input type="checkbox"/> Concentré unitaire plaquettaire | | <input type="checkbox"/> Autres..... |
| <input type="checkbox"/> PFC | | |
| <input type="checkbox"/> Cryopréparé | | |
| <input type="checkbox"/> Autres | | |

| NON DU MEDECIN PRESCRIPTEUR | TELEPHONE | SIGNATURE | CACHET |
|-----------------------------|-----------|-----------|--------|
| | | | |

Date

Joindre à la demande : — Carte de groupe sanguin
 — Echantillon de sang du malade pour test de compatibilité

Numéros des Unités distribuées

 Date: / / Nom et Signature du porteur
 Heure:

N.B : — Avant toute transfusion, s'assurer que les unités à transfuser correspondent à ceux inscrits sur la présente demande ;
 — Effectuer le contrôle prétransfusionnel ultime au lit du malade ;
 — Consigner, toute transfusion d'un produit sanguin, sur le registre transfusionnel du service et sur la fiche transfusionnelle du receveur.

Vérifications

1-PSL

(traçabilité, température, étanchéité, nature PSL, conditions de transport)

2-Identité du patient



Concordance entre l'identité du receveur et les renseignements portés sur la carte de groupage sanguine

Anti-A Anti-B Anti-D



Serums -tests



Name: EMMA
 Date: 18/10/18
 TOLOGIE

73M2487558



1. ...
 2. ...
 3. ...



...
 ...



SAFETY CARD AB **DIAGAST**

Patient Name & Address: **SMITH John** Date: 21/10/10

Room or ward No: **5102145** NAT: 000000 A+

Unit No: **5102145** FIB: 00000000

720001703-

Panel



Panel



Panel



Panel



Panel



Panel



Panel



Panel



Interpretation: 1 = 10% of red blood cells agglutinated

Panel Control

1 1

2 2

When an indirect Coombs' test is performed, a positive result is noted as 'positive' or 'negative' with a '+' or '-' symbol to indicate the result.

If you are unsure whether to transfuse consult the transfusion team.

Conclusion: transfuser (but) NON

Peruse P

21/10/10

Malade

Culot globulaire

Observation

Decision/Transfusion

Identité de l'infirmier qui a réalisé CUL

En Bref

EFFET EN MIROIR

Contrôle ultime au lit du malade.

Exemple de résultats en miroir entre le receveur et la poche de sang appliqué au groupe A

| | | |
|--------------------------------|---------------|---------------|
| | Anti A | Anti B |
| Receveur (malade) | + | 0 |
| Poche de sang (donneur) | + | 0 |

Résultats du contrôle ultime au lit du malade en miroir entre le patient (receveur) et la poche de sang (donneur) pour autoriser la transfusion sanguine erythrocytaire.

-En cas de doute ou de non-concordance : NE PAS TRANSFUSER la poche testée

| | | Anti-A | Anti-B |
|--------------------|---------------|---------------|---------------|
| Situation 1 | Receveur | + | 0 |
| | Poche de sang | + | 0 |
| | | | |
| Situation 2 | Receveur | 0 | + |
| | Poche de sang | 0 | + |
| | | | |
| Situation 3 | Receveur | + | + |
| | Poche de sang | + | + |
| | | | |
| Situation 4 | Receveur | 0 | 0 |
| | Poche de sang | 0 | 0 |

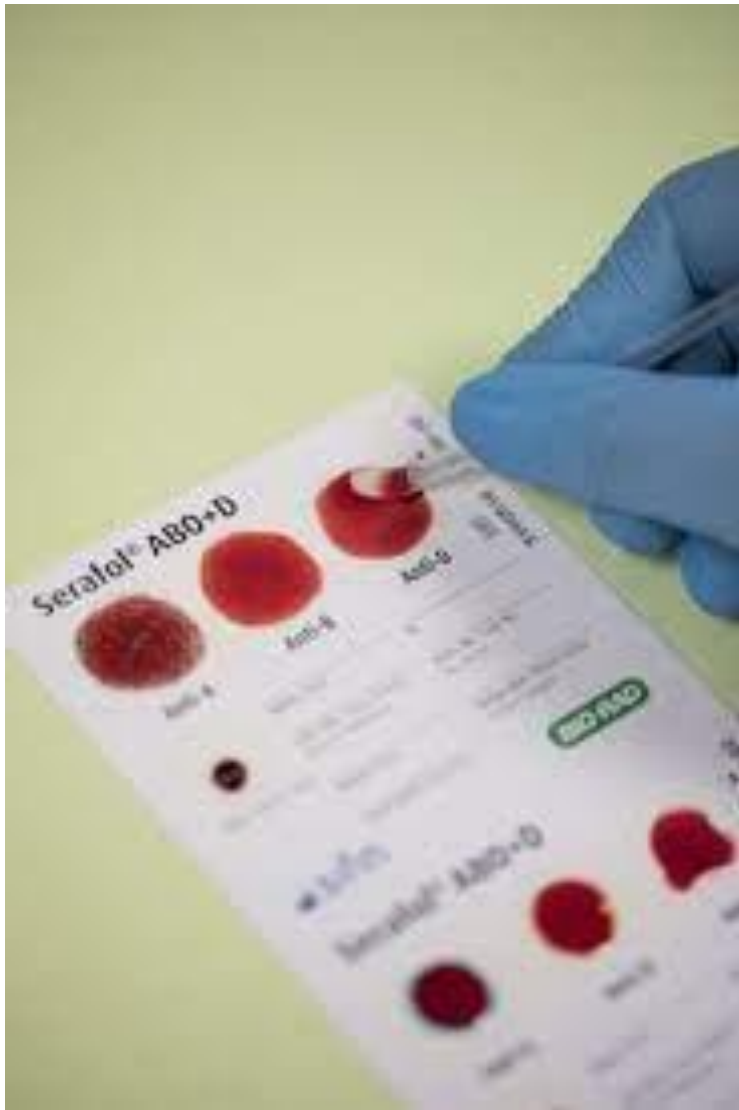
Causes d'erreur du Contrôle Ultime au lit du malade

Causes d'erreurs de contrôle ultime au lit du malade

- ✓ *Erreur d'identification du receveur et/ou de l'unité de sang à transfuser.*
- ✓ *Erreurs techniques.*
 - *Présence de faux positifs.*
 - *-Support couvert d'une fine poussière ou de traces de doigts invisibles à l'œil nu (intérêt de nettoyer à l'alcool chirurgical).*
 - *-Dépôts de sang trop importants.*
 - *-Contamination des sérums tests ou des mélangeurs qui ne sont pas essuyés correctement entre chaque réaction.*
 - *-Séchage trop rapide du sang, avant lecture, en cas, par ex, de contrôle de plusieurs poches à la fois.*
 - *Présence de faux négatifs.*
 - *-Chaloupage insuffisant ou non fait*
 - *-Visualisation imparfaite des agglutinations.*
 - *Présence de faux positifs et de faux négatifs.*
 - *-Quantité de dépôts de sang non identiques*
 - *Mode opératoire non scrupuleusement respecté.*
- ✓ *Mauvaise interprétation des résultats.*
- ✓ *Mauvaise qualité des supports de réalisation du contrôle ultime au lit du malade.*
 - *Un support qui fait « buvard » et absorbe les mélanges, entraîne des difficultés de chaloupage, un séchage trop rapide, et empêche la mise en évidence des agglutinations.*

Autre dispositif de CUL





Traçabilité

Inscrire sur le dossier médical

Fiche transfusionnelle (réglementation).

Hopital N°Dossier

Service

Nom : Prénom : Age :

Matricule : Salle : Lit :

Groupage sanguin :

Phénotype :

Recherche d'agglutinines irrégulières :

| Date prescripteurs | Heure Observations | Produits transfusés | Références | Médecins |
|--------------------|--------------------|---------------------|------------|----------|
|--------------------|--------------------|---------------------|------------|----------|

RESULTATS

Vécu des professionnels cliniciens

En une vingtaine d'années, ces procédures sont vécues par les professionnels,

- ✓ comme une tâche supplémentaire,
- ✓ incompatible avec leur réalité.

“POURQUOI ?


(1996-2012, 2022-2024).

Prescription de PSL

Folk !

- Les prescriptions sont établies majoritairement sur des ordonnances sans informations cliniques, délaissant la fiche réglementaire complète.
- Au mieux, la fiche standardisée SANS cachet du médecin ? En 2024 pour une prescription médicale de PSL c-a-d risque !


(1996-2012, 2022-2024).

“POURQUOI ?

Transport des PSL

Intra-hospitalier << Extra-hospitalier

Container++++

Pas de mouchard de temperature ?

“POURQUOI ?


(1996-2012, 2022-2024).

Contrôle ultime au lit du malade en 2024 !!!!!

- Le CUL selon la procédure internationale n'est pas

appliqué généralement : elle est vécue
chronophage et incompatible

“POURQUOI ?


(1996-2012, 2022-2024).

Contrôle ultime au lit du malade en 2024 !!!!!

- Le CUL selon la procédure internationale n'est pas

appliqué généralement : elle est vécue
chronophage et incompatible

“POURQUOI ?



(1996-2012, 2022-2024).

Contrôle des PSL à reception des Services

- Comment ? Quels paramètres ?

“POURQUOI ?


(1996-2012,

2022-2024).

Stock et encore stock dans les réfrigérateurs des services !!!!

- Risque !
- Chaine de froid ?
- **PCL= précieux**

“POURQUOI ?


(1996-2012, 2022-2024).

Points POSITIFS

- Les règles administratives de demande et, de traçabilité au sein des services sont globalement respectées.

Conclusion

- Il est impératif que les procédures de sécurité transfusionnelle soient appropriées par tous les acteurs de la chaîne transfusionnelle. Et, faire l'objet d'un programme prioritaire de formation (continue et initiale), d'accompagnement de leur mise en oeuvre et de suivi. Avec le temps, l'engagement permanent de tous les acteurs concernés, les retours d'expériences et la collaboration interdisciplinaire, ces procédures de sécurité pourraient être mises en oeuvre de façon pérenne.

Take message at home !

PSL sont des médicaments.

Prescription et l'administration sont sous la responsabilité médicale.

Il y ' a des outils nationaux réglementaires et normatifs.

Il reste à les utiliser.