

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins

Bureau qualité et sécurité des soins

Personne chargée du dossier : Dr Philippe Magne

Tél. 01 40 56 61 69

philippe.magne@sante.gouv.fr

La ministre des Affaires sociales et de la Santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences
régionales de santé
(pour mise en œuvre)

INSTRUCTION N°DGOS/PF2/2014/142 du 5 mai 2014 relative à l'application en régions de la modélisation de la mission d'intérêt général H05 « correspondants régionaux d'hémovigilance » pour 2014

NOR :

Classement thématique :

Validée par le CNP le 30 avril 2014 - Visa CNP 2014-78

Publiée au BO : non

Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : non

Catégorie : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : Les entités « correspondants régionaux d'hémovigilance (CRH) » sont financées par des dotations de missions d'intérêt général (MIG) qui couvrent notamment les équivalents temps plein (ETP) des médecins CRH, du temps de secrétariat et des frais de déplacement.
Le passage en justification hors base de cette MIG depuis la campagne 2012 a nécessité de modéliser et d'appliquer en 2014 une nouvelle répartition régionale des dotations qui soit non plus historique mais conforme aux besoins. Cette modélisation est exposée aux ARS en vue notamment de préciser le nombre d'ETP prévus pour chaque région.

Mots-clés : MIG – hémovigilance – correspondants régionaux d'hémovigilance

Textes de référence :

Articles L.162-22-13 à L.162-22-15 du code de la sécurité sociale ;

Articles R.1221-32 à R.1221-35 du code de la santé publique ;

Circulaire DGS/DH N°40 du 7 juillet 1994 relative au décret n° 94-68 du 14 janvier 1994 sur l'hémovigilance pris pour application de l'article L. 666-12 du code de la santé publique et modifiant ce code (deuxième partie : décrets en Conseil d'État) ;

Circulaire DGOS/R1/2014/ du 31 mars 2014 relative à la campagne tarifaire 2014 des établissements de santé et ses annexes, notamment IA, IV et V.

Textes abrogés ou modifiés : Néant

Diffusion : ARS

Les coordonnateurs régionaux d'hémovigilance (CRH) assurent auprès de chaque agence régionale de santé des missions d'hémovigilance et de coordination de la sécurité transfusionnelle, définies par les articles R.1221-32 à R.1221-35 du code de la santé publique. Ces missions ont été créées par le décret n°94-68 du 14 janvier 1994 relatif aux règles d'hémovigilance, et précisées, notamment sur la répartition de ceux-ci en regard de l'activité de transfusion sanguine régionale par la circulaire DGS/DH N°40 du 7 juillet 1994, qui n'a pas fait l'objet de mise à jour depuis sa publication.

Médecins praticiens hospitaliers (PH) ou possédant des qualifications équivalentes, dotés d'une expérience en matière de transfusion sanguine, ces personnels sont mis à disposition par les établissements de santé et travaillent au sein des ARS avec les établissements de santé de la région sièges de dépôts de sang, les établissements de transfusion sanguine et, le cas échéant, avec les centres de transfusion sanguine des Armées.

Les entités CRH sont financées par des dotations de missions d'intérêt général (MIG) qui couvrent notamment les équivalents temps plein (ETP) des médecins CRH, du temps de secrétariat et des frais de déplacement.

Le passage en justification au premier euro (JPE) de cette MIG depuis la campagne 2012 a induit de faire coïncider, à dater de 2014, les dotations avec les besoins en régions. Cette modélisation a été réalisée en concertation avec le bureau de la Conférence nationale des coordonnateurs régionaux d'hémovigilance et en lien avec le bureau « Bioéthique, éléments et produits du corps humain » de la Direction générale de la santé.

Critères de répartition

Les critères de répartition ont pris en compte les éléments suivants :

1°) les médecins CRH sont, compte tenu des critères de sélection définis par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, des praticiens à forte expérience professionnelle, souvent classés en échelons élevés de la grille statutaire (en moyenne 12^{ème} échelon, la moitié au 13^{ème} et dernier échelon) ;

2°) l'enveloppe budgétaire retenue pour les ETP CRH correspond à un PH 13^{ème} échelon, et tient compte de l'indemnité d'engagement de service exclusif, ainsi que, le cas échéant, de l'indemnité pour exercice sur plusieurs établissements, charges incluses, soit 145 k€ ; l'enveloppe budgétaire retenue pour un demi-ETP revient à 60 % d'un ETP (quotité de six demi-journées hebdomadaires et indemnités non proportionnelles) ;

3°) le nombre d'équivalents temps plein par région est déterminé par le nombre de produits sanguins labiles (PSL) délivrés, avec une échelle ajustée par rapport à celle de 1994, éventuellement pondéré par le nombre de dépôts de sang de la région :

Nombre d'ETP	Volume de PSL distribué/an	Nombre de dépôts de sang
0,5	Moins de 100 000	Entre 1 et 15
1,0	100 000 à 150 000	Entre 15 et 30
1,5	150 000 à 200 000	Entre 30 et 40
2,0	200 000 à 400 000	Entre 40 et 80
3,0	Plus de 400 000	Plus de 80

4°) la dotation comprend également du temps d'assistant ou de secrétariat : pour ces postes, a été retenu le critère d'un demi-ETP pour un demi-ETP CRH, permettant d'organiser une continuité de service dans la réception des déclarations d'hémovigilance, et un ETP d'assistant-secrétariat pour un ETP CRH ou plus ;

5°) les CRH se déplacent dans les établissements de santé (ES) et de transfusion sanguine (ETS) de leur région : les frais de déplacement constatés sont très variables d'une région à une autre, même à caractéristiques géographiques comparables, les régions ultra-marines n'affichant pas forcément des frais supérieurs à certaines régions métropolitaines ; un forfait global de frais de déplacements a été retenu (10 k€) ;

6°) la mutualisation interrégionale prônée par la circulaire de 1994 n'apparaît plus adaptée au regard des distances à parcourir pour couvrir les sites de transfusion éloignés entre deux régions ; seule la mutualisation entre les régions de Haute et Basse Normandie reste actuellement justifiée ; d'autre part, la fonction de CRH qui était mutualisée entre Martinique et Guyane sera répartie, à la demande de ces deux ARS, en deux fonctions séparées, à hauteur d'un demi-ETP pour chaque région ;

7°) les dotations sont de plus modulées par le coefficient géographique (7% pour Île-de-France, 8% pour Corse, 26% pour les départements français d'Amérique et 31% pour Océan Indien) ;

8°) les dotations sont déléguées aux ARS qui ont en charge leur répartition entre le ou les établissements de santé concernés, dans le respect du nombre d'ETP minimum rappelé dans le tableau *infra*. **Il s'agit d'une MIG (H05) en JPE, indicative et non fléchée** (indication erronée dans l'annexe V de la circulaire DGOS/R1/2014/ du 31 mars 2014 relative à la campagne tarifaire 2014 des établissements de santé).

Modélisation résultante et mesures de lissage 2014-2016

D'après la nouvelle modélisation, certaines régions voient leur dotation passer d'un ETP à un demi-ETP. Dans ce cas, lorsque le poste est occupé et la mise à disposition du praticien en cours, une mesure de lissage est appliquée : maintien de la dotation à 1 ETP pour ces régions pendant la durée restante à courir (maximum trois ans) à compter de la décision de nomination arrêtée par le directeur général de l'ARS (art. R.1221-35 du CSP).

Concernant les emplois de secrétaires ou assistants, le nouveau modèle induit le passage du nombre global d'ETP assistant de 19,75 à 19,5 ETP, avec une répartition du nombre d'ETP cibles modifiée dans certaines régions.

Tableau synthétique de la MIG CRH (H05) pour 2014

Région	Nbre PSL délivrés 2012	Nbre dépôts 2012	ETP CRH 2013	Poste CRH vacant	ETP CRH cible	ETP CRH 2014	ETP Secr. 2013	ETP Secr. cible	dotation 2014 en €
Alsace	139 876	16	1		1	1	1	1	190 000
Aquitaine	174 574	37	1,5		1,5	1,5	1	1	277 000
Auvergne	68 276	11	1		0,5	1	1	0,5	172 500
Bourgogne	92 520	16	1		1	1	0	1	190 000
Bretagne	155 129	35	1		1,5	1,5	1	1	277 000
Centre	103 132	36	1		1	1	1	1	190 000
Champagne-Ardenne	57 568	12	1		0,5	1	1	0,5	172 500
Corse	15 834	4	0,5	1	0,5	0,5	1	0,5	123 660
Franche-Comté	57 603	9	1	1	0,5	0,5	0	0,5	114 500
Guadeloupe	13 211	5	0,8		0,5	0,5	0,25	0,5	144 270
Guyane	5 973	1		CR	0,5	0,5		0,5	144 270
Île-de-France	608 395	100	3	1	3	3	1	1	513 600
Languedoc-Roussillon	139 400	28	1		1	1	1	1	190 000
Limousin	41 332	9	1		0,5	1	1	0,5	172 500
Lorraine	113 151	25	1		1	1	1	1	190 000
Martinique	19 228	2	1	1	0,5	0,5	0,5	0,5	144 270
Midi-Pyrénées	150 798	34	1		1,5	1,5	1	1	277 000
Nord Pas de Calais	196 583	60	2		2	2	1	1	335 000
Normandie Basse	72 038	13							-
Normandie Haute (et Basse)	79 863	8	1		1	1	1	1	190 000
Pays de la Loire	165 889	23	1		1,5	1,5	1	1	277 000
Picardie	74 749	18	1	1	0,5	0,5	0	0,5	114 500
Poitou-Charentes	75 198	22	1		0,5	1	0	0,5	172 500
Provence-Alpes-Côte d'Azur	239 173	49	2		2	2	2	1	335 000
Réunion-Mayotte	30 423	7	1		0,5	1	1	0,5	225 975
Rhône-Alpes	290 552	74	2	1	2	2	1	1	335 000
Total	3 180 468	654	28,8	7	26,5	29,0	19,75	19,50	5 468 045

Légende :

CR = création de poste

Difficultés signalées de recrutement des CRH

Fin 2013, le bilan fait état de sept postes de CRH vacants (pour 4,5 ETP), sur cinq régions métropolitaines et deux ultramarines.

Compte tenu de l'importance qu'il y a à pourvoir ces postes dans les meilleurs délais, les ARS qui connaissent des difficultés dans le recrutement de CRH ou la mobilisation de candidatures pour ces postes pourront prendre l'attache de mes services afin d'analyser ces difficultés et qu'une large publicité de ces vacances de postes puisse être appuyée par l'administration centrale et ses opérateurs, notamment auprès des institutions et spécialités médicales concernées.

Je vous remercie de me faire savoir les difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de la présente instruction.

Pour la Ministre et par délégation
Le Directeur général de l'offre de soins

Jean DEBEAUPUIS

