

Guide méthodologique

« Aide à l'ouverture d'un dépôt de délivrance au sein d'un établissement de santé ou en groupement de coopération sanitaire »

Document réalisé en 2016 par le Groupe de travail

« Recherche et Démarche Qualité » de la SFTS

Version actualisée – octobre 2021

En partenariat avec la SFVTT et la CNCRH

SOMMAIRE

A. Introduction	2
B. Cadre réglementaire	2
C. Identification des besoins et phase préparatoire	4
a) Comité de pilotage	4
b) Choix des locaux	5
c) Acquisition du matériel nécessaire à l'activité – Qualification	5
d) Système d'information	6
e) Ressources humaines	6
f) La logistique.....	7
g) Organisation et besoins transfusionnels.....	8
h) Procédures	8
D. Début et suivi de l'activité	8
E. Plan d'activité en cas de défaillance – Procédures dégradées	9
Glossaire.....	10
Annexe : Cadre réglementaire.....	11
Liste des participants à l'élaboration et relecture du guide	13

A. INTRODUCTION

Un Etablissement de Santé (ES) ou un groupement de coopération sanitaire (GCS) peut être amené, par ses activités ou suite à un changement dans les structures de distribution et de délivrance dont il dépend, à prendre en charge la gestion et le fonctionnement d'un dépôt de délivrance.

Un GCS peut être autorisé à gérer un dépôt de sang ; il est dans ce cas regardé comme un ES. Il peut être confronté à deux types de situations lorsqu'une décision de création de dépôt de délivrance est actée :

- la prise en charge seule de l'activité de délivrance des Produits Sanguins Labiles (PSL), l'immuno-hématologie receveur étant déjà effectuée au sein de l'ES (laboratoire de biologie médicale)
- la prise en charge de la délivrance des PSL et des activités biologiques immuno-hématologiques liées à la délivrance.

Pour un tel projet, deux phases existent d'emblée, une phase de préparation avec la mise en place d'un comité de pilotage et une phase de mise en œuvre.

Ce document constitue un support méthodologique pour l'ensemble des personnes impliquées dans un projet de création d'un dépôt de délivrance au sein d'un ES.

B. CADRE REGLEMENTAIRE

Un dépôt de sang est une unité qui conserve et délivre, sous l'autorité d'un médecin ou d'un pharmacien, les PSL destinés exclusivement à être administrés dans les services de l'ES (en cas d'un GCS, aux ES membres) et fait effectuer le cas échéant des tests de compatibilité. Il conserve également des PSL délivrés par son établissement de transfusion sanguine référent en vue de l'administration à des patients de l'ES. A titre exceptionnel, il peut être autorisé à délivrer en situation d'urgence vitale des PSL pour un patient d'un ES de proximité en appui d'une convention établie.

Un dépôt de délivrance est un dépôt qui conserve des PSL distribués par l'établissement de transfusion sanguine référent et les délivre pour un patient hospitalisé dans l'ES. Un dépôt de délivrance autorisé peut exercer les activités d'un dépôt d'urgence, ainsi que celles d'un dépôt relais, sans demander d'autorisation supplémentaire à l'Agence Régionale de Santé (ARS). Il assure la continuité de service 24h/24.

L'autorisation de gérer un dépôt de sang mentionnée à l'article L. 1221-10 du Code de la Santé Publique (CSP) est accordée par l'ARS territorialement compétente après avoir recueilli l'avis du Coordonnateur Régional d'Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle (CRHST) et de l'Etablissement Français du Sang (EFS).

Lorsqu'un ES sollicite l'autorisation de gérer un dépôt de sang, il passe préalablement avec l'établissement de transfusion sanguine référent une convention portant sur le fonctionnement du dépôt, les mesures de sécurité et les modalités de transport, la composition et la gestion du stock, la conservation et de surveillance des PSL ainsi que les engagements pris respectivement.

Cette convention prend effet à la date de l'autorisation du dépôt de sang. L'arrêté du 30 octobre 2007 définit le modèle type de la convention, qui comporte obligatoirement des clauses relatives au fonctionnement du dépôt de sang, aux personnels et à leurs qualifications et aux matériels de conservation des PSL (arrêté toujours en vigueur à ce jour).

Pour être autorisé, un dépôt de sang de délivrance doit remplir les conditions suivantes :

1. Assurer la continuité 24h/24.
2. Disposer d'une organisation et de moyens lui permettant d'exercer ses activités selon des modalités définies par arrêté du ministre chargé de la santé, assurant l'approvisionnement en PSL, la sécurité de ces produits et leur traçabilité.
3. Disposer d'un médecin ou d'un pharmacien justifiant des qualifications mentionnées à l'article R. 1222-23 du CSP et d'une personne au moins appartenant à l'une des catégories mentionnées aux 1°, 2°, 3° ou 4° de cet article et justifiant des qualifications particulières mentionnées au même article (sage-femme, infirmier diplômé d'état, technicien de laboratoire médical, personne titulaire d'une licence de biologie).
4. Disposer de moyens de réception électronique des analyses d'immuno-hématologie respectant les conditions mentionnées à l'article R. 6211-13 du CSP.
5. Être en mesure de délivrer un volume annuel de PSL au moins égal au seuil défini par le même arrêté (hors dérogation donnée par l'ARS).
6. Disposer d'un système informatisé permettant d'assurer la gestion et la traçabilité des PSL et répondant aux exigences résultant des principes de bonnes pratiques transfusionnelles mentionnés à l'article L. 1223-3 du CSP.

L'autorisation ne peut être accordée que si le dépôt de sang répond à des besoins identifiés dans les schémas régionaux d'organisation des soins et si la mise en œuvre et le fonctionnement de ce dépôt figurent dans le projet médical de l'ES et dans son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

L'autorisation est accordée pour une durée de 5 ans et une demande de renouvellement doit être effectuée au moins 4 mois avant cette échéance. Toutes modifications non substantielles survenant pendant cette période doivent être signalées à l'Etablissement de Transfusion Sanguine (ETS) référent et aux autorités compétentes. Une nouvelle autorisation est requise en cas de modification substantielle. Cette autorisation de modification substantielle est accordée également pour une durée de cinq ans.

Les différents décrets et arrêtés indispensables à la bonne réalisation du projet de création d'un dépôt de délivrance sont énumérés en annexe de ce document.

C. IDENTIFICATION DES BESOINS ET PHASE PREPARATOIRE

L'identification des besoins devra être soigneusement réalisée avec l'implication indispensable des professionnels concernés notamment par la thérapeutique transfusionnelle et par la prise en charge de l'urgence transfusionnelle.

Elle porte sur les locaux (proximité des locaux, proximité des personnes en charge de l'immuno-hématologie, du dépôt de sang, ...), le matériel, l'informatique, les ressources humaines nécessaires au bon fonctionnement du dépôt, en incluant la composante médicale (personnel de santé, type de services impliqués, besoins formulés pour les personnels, ...).

Le projet est un projet d'établissement qui devra être validé par la Commission Médicale d'Etablissement (CME) pour les établissements publics et la Conférence Médicale d'Etablissement (CME) pour les établissements privés. Ce projet doit intégrer la politique de management de la qualité institutionnelle. Un responsable de projet sera nommé et un comité de pilotage mis en place.

La communication, le soutien et l'engagement de la direction de l'établissement sont des éléments indispensables en vue d'obtenir un déroulement optimal du projet. La mise en place d'une collaboration étroite avec l'ETS référent et l'ARS du ressort de l'ES est indispensable.

La durée de cette première étape est estimée de 6 à 12 mois voire plus selon le volume d'activité. Un dossier complet sera rédigé et transmis à l'ARS en vue d'obtenir une autorisation (délai de réponse de 4 mois). Les procédures rédigées porteront sur les points spécifiques à l'immuno-hématologie et à la délivrance des PSL, la gestion des stocks et sur les éléments qui concernent les services utilisateurs.

Une convention et des procédures seront établies avec l'ETS.

A. COMITE DE PILOTAGE

Un plan d'action accompagné d'une planification doit être rédigé. Ce plan d'action sera, pour sa mise en application, pris en charge par le comité de pilotage qui réalisera des points d'étape et veillera au bon déroulement du planning. Une gestion « en parallèle » de plusieurs points critiques devra être conduite : locaux, matériels, systèmes d'information, logistique, formation, ...

Le comité de pilotage présentera un état des lieux et devra être en mesure de réaliser une gestion prévisionnelle des points de blocage.

La composition du comité de pilotage devrait être à minima la suivante :

- le directeur ou son représentant
- le président de CME ou son représentant
- le directeur des soins infirmiers ou son représentant

- le praticien pressenti comme responsable du dépôt
- le correspondant d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle de l'établissement
- le responsable de la cellule d'identitovigilance
- le responsable du service logistique
- le responsable de pôle
- un clinicien prescripteur (réanimation, anesthésie, ...)
- un cadre de santé d'un service clinique transfuseur
- le biologiste responsable du laboratoire d'immuno-hématologie
- la personne pressentie comme personne chargée du fonctionnement du dépôt
- le directeur des systèmes d'information (DSI) ou son représentant
- le directeur qualité et gestion des risques
- le directeur de l'EFS ou ses représentants (responsable de distribution/délivrance, responsable des activités immuno-hématologiques, correspondant d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle)
- le coordonnateur régional d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle.

B. CHOIX DES LOCAUX

Le dépôt de sang doit être situé dans un local dédié et identifié au sein de l'ES titulaire de l'autorisation ou de celui désigné par la convention du GCS pour héberger le dépôt.

Les locaux doivent être exclusivement réservés à l'activité du dépôt de sang et aux personnes autorisées. Ils seront judicieusement choisis et dimensionnés en fonction de l'organisation de l'établissement et des services demandeurs.

Un plan de ces locaux doit être établi et leur accès doit être limité et sécurisé.

Les modalités de maintenance, d'entretien et d'hygiène doivent être définies.

L'ensemble de ces données devront être rassemblées dans l'Annexe I « Fonctionnement du dépôt de sang » de la convention établie entre l'ES et l'ETS référent.

Une alimentation électrique sécurisée est à considérer

C. ACQUISITION DU MATERIEL NECESSAIRE A L'ACTIVITE – QUALIFICATION

Un cahier des charges sera rédigé et, si besoin, un appel d'offre lancé. Le matériel choisi et acquis devra être qualifié avant mise en service puis périodiquement par un organisme agréé. Des contrats de maintenance seront conclus. Une surveillance régulière est organisée et tracée, et notamment pour le report des alarmes.

Le matériel à prévoir pour le dépôt de délivrance sera fonction du volume et du type de PSL à conserver. Un carnet de vie sera à établir pour chacun d'entre eux ; une liste des matériels critiques avec le matériel à utiliser en cas de panne est à définir.

Il est également à prévoir le matériel permettant la communication entre les services de soins, le dépôt de sang, le laboratoire d'immunohématologie et l'EFS. Une messagerie sécurisée est à envisager.

D. SYSTEME D'INFORMATION

Un cahier des charges sera rédigé conjointement entre les responsables du dépôt de sang et du service informatique et un appel d'offre effectué (durée estimée à 6 à 12 mois).

Le paramétrage et la qualification opérationnelle seront réalisés sur l'application informatique retenue. Le logiciel médicotechnique intégrera l'immuno-hématologie, la délivrance des PSL et la gestion de stock des PSL.

La partie immuno-hématologie devra pouvoir fonctionner en interface avec le logiciel médicotechnique du laboratoire de biologie médicale réalisant les examens biologiques de l'ES.

Un guide pour l'informatisation des systèmes d'information des dépôts de sang de type dépôt de délivrance est disponible sur le site internet de la Conférence Nationale des CRH (http://hemovigilance-cncrh.fr/www2/depots_de_psl/Guide-dinformatisation-des-depots-DD-Version-suite-a-enquete-publique.pdf)

E. RESSOURCES HUMAINES

Les besoins devront être clairement définis :

- personnel médical avec les équivalents temps plein (ETP) par fonction [responsable titulaire et suppléant(s)].
- personnel paramédical, en particulier sur le plan de la délivrance, adapté en ETP au volume de l'activité (nombre de PSL délivrés).

La formation concerne :

- les responsables de l'activité.
- les personnels réalisant l'immuno-hématologie.
- les personnes assurant l'activité régulière de délivrance des PSL ou de façon occasionnelle.

La formation sera intégrée dans le plan de formation de l'établissement et dans le projet pédagogique. Les méthodes de formation choisies devront être adaptées aux besoins. Un recensement des formations déjà effectuées et validées avant l'ouverture du dépôt de sang sera pratiqué. Des formations spécifiques seront préconisées : modules d'une durée de 35

heures "immuno-hématologie érythrocytaire" et "bonnes pratiques de délivrance des PSL" pour les techniciens de laboratoire, IDE et Sage-femmes, "gestion d'un dépôt de sang" pour les praticiens responsables suppléants d'un dépôt de délivrance. Les responsables titulaires doivent justifier d'une formation universitaire selon les exigences réglementaires en vigueur.

La formation pourra être réalisée à deux niveaux :

- Niveau local en collaboration avec l'ETS référent : formation d'intégration sous la responsabilité du praticien responsable du service avec un versant théorique et un versant pratique (mises en situation, simulations).
- Recours à des formations externes (notamment pour les modules réglementaires).

Les formations seront planifiées et évaluées. Le nombre minimum de personnes à former sera défini et adapté aux futures conditions de fonctionnement (service 24 h sur 24, 7 jours sur 7).

Les fiches de poste et de fonction seront rédigées et transmises avec la demande d'autorisation à l'ARS ainsi que le plan de formation établi.

Une procédure d'habilitation périodique des personnels doit être établie et programmée.

Le management des équipes est un point majeur. Une adhésion des personnels au projet est indispensable. Des points d'étape avec le personnel sont à prévoir, en plus des points d'étape programmés par le comité de pilotage.

Une gestion pertinente des points d'achoppement et des "conflits" est à intégrer dans le projet. Une étude des risques est à mener en lien avec le responsable qualité gestion des risques de l'établissement.

F. LA LOGISTIQUE

Devront être inclus :

- les transports internes. A l'échelon du transport interne, une attention particulière sera requise vis à vis des dispositifs de transport automatisé des PSL et des échantillons biologiques (cf. les recommandations 2015 émises par l'ANSM, <http://ansm.sante.fr/content/download/84687/1069285/version/1/file/Recos-enquete-psl-janvier2016.pdf>).
- les transports externes assurés par un prestataire extérieur.

Un cahier des clauses techniques particulières (CCTP) sera rédigé et, si besoin, un appel d'offre lancé auprès des sociétés de transport. Dans le cahier des charges figureront entre autres, les véhicules et matériels de transports, les délais de prise en charge et de mise à disposition des PSL en particulier en situation d'urgence, la formation des transporteurs et la confidentialité. Ce CCTP sera associé au contrat signé entre le directeur de l'ES et la société

prestataire. Un exemplaire de ce contrat devra être joint à la demande d'autorisation auprès de l'ARS.

Une attention particulière est à porter sur les temps de transports prévus par le transporteur, notamment dans les situations d'urgence vitale, et sur les conditions de conservation des PSL pendant le transport.

- Les transports externes assurés par du personnel de l'ES

Le comité de pilotage définira les véhicules et leurs caractéristiques (climatisés, utilitaires ...), les conteneurs pour le transport des PSL. Il établira un plan de formation pour les personnels dédiés au transport ainsi que leur habilitation initiale, puis un programme d'habilitation périodique.

Dans tous les cas, un planning de transport en fonction des besoins de l'ES et de l'éloignement de l'ETS référent sera défini. Le comité de pilotage s'assurera de la validation des conditions de transport interne et externe et de la mise en place d'un programme de surveillance des températures.

G. ORGANISATION ET BESOINS TRANSFUSIONNELS

Une étude en amont sera effectuée pour définir les périodes de forte activité. Les cliniciens seront associés à cette démarche afin d'assurer au mieux le fonctionnement du dépôt de sang.

H. PROCEDURES

Les procédures seront rédigées et leur diffusion assurée en appui de la cellule qualité de l'établissement. La formation des personnels de santé qui mettront en pratique ces procédures sera effectuée. Des protocoles seront à valider avec les principaux services concernés, et les instances de l'établissement pour en garantir leurs applications.

L'ensemble des procédures concernant le dépôt de sang devra apparaître en annexe de la convention entre l'ES et l'ETS référent.

I. DEBUT ET SUIVI DE L'ACTIVITE

L'activité du dépôt de délivrance ne pourra être opérationnelle qu'une fois l'autorisation d'ouverture donnée par l'ARS. La convention entre l'ES et l'ETS prend effet à la date de l'autorisation du dépôt de sang.

Indépendamment des réunions techniques, avant ouverture, une réunion permettra de donner « le feu vert » de début d'activité et sera suivie d'une réunion à 3 mois, à 6 mois, ... pour analyser le fonctionnement de la nouvelle structure.

Un suivi tel que celui-ci est indispensable afin d'assurer la pérennité et le bon déroulement du projet.

Des indicateurs d'activité doivent être mis en place afin de détecter, d'analyser et de corriger les écarts et dysfonctionnements pouvant survenir. Un tableau de bord de suivi de ces indicateurs permettra au(x) responsable(s) du dépôt d'en suivre l'évolution. Il sera présenté périodiquement devant les instances de l'établissement (CSTH, DSI, CME, ...) afin de tenir informée notamment la collectivité médicale de l'application des protocoles transfusionnels.

J. PLAN D'ACTIVITE EN CAS DE DEFAILLANCE – PROCEDURES DEGRADEES

Afin d'assurer la continuité de l'activité, une analyse des risques *a priori* doit être menée et une réflexion sur les dysfonctionnements pouvant impacter la sécurité des produits et des patients doit être conduite (survenue d'incidents graves, procédures dégradées, ...). Une attention pourra être portée aux retours d'expériences d'autres établissements.

Conformément aux règles d'hémovigilance, les dysfonctionnements en lien avec l'activité transfusionnelle devront faire l'objet d'un signalement voire d'une déclaration. Si une analyse des causes met en exergue un dysfonctionnement au niveau du dépôt, un plan d'action sera élaboré par le responsable du dépôt, le correspondant d'hémovigilance et tout autre acteur concerné.

GLOSSAIRE

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

CCTP : Cahier de Clauses Techniques Particulières

CME : Commission ou Conférence Médicale d'Établissement

CNCRH : Conférence Nationale des Coordonnateurs Régionaux d'Hémovigilance

CSP : Code de la Santé Publique

CSTH : Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance

CTSA : Centre de Transfusion Sanguine des Armées

CTT : Capacité en Technologie Transfusionnelle

D3Ti : Diplôme Universitaire « Principes Thérapeutiques en Technologie Transfusionnelle »

DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires d'Hémodiologie-Transfusion

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DSI : Directeur des Systèmes d'Information

DUTS : Diplôme Universitaire de Transfusion Sanguine

ES : Établissement de Santé

EFS : Établissement Français du Sang

ETP : Équivalent Temps Plein

ETS : Établissement de Transfusion Sanguine

GBEA : Guide de Bonne Exécution des Analyses

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GT : Groupe de Travail

HAS : Haute Autorité de Santé

INTS : Institut National de la Transfusion Sanguine

IH : Immuno-Hématologique

PSL : Produits sanguins labiles

SFTS : Société Française de Transfusion Sanguine

SFVTT : Société Française de Vigilance et Thérapeutique Transfusionnelle

TACT : Association « Techniciens Associés des Centres de Transfusion »

ANNEXE : Cadre réglementaire, décrets, arrêtés et circulaires

- Code de Santé Publique : articles L 1221-10, R 1221-19 à 21 et R 1222-23
- Décret no 94-68 du 24 janvier 1994 relatif aux règles d'hémovigilance
- Circulaire DGS/DHOS/AFSSAPS N°03/582 du 15 décembre 2003 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel.
- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- Ordonnance n°20051087 du 1er septembre 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine
- Décret no 2006-99 du 1er février 2006 relatif à l'Etablissement français du sang et à l'hémovigilance et modifiant le CSP (dispositions réglementaires)
- Décret du 7 août 2020 relatif à la mise à disposition du plasma lyophilisé (PLYO)
- Décret du 24 février 2021 relatif à la délivrance des produits sanguins labiles par les établissements de santé et les groupements de coopération sanitaire
- Décision du 10 mars 2020 définissant les principes de bonnes pratiques prévus à l'article L.1223.3 du CSP
- Décision du 5 janvier 2007 fixant la forme, le contenu et les modalités de transmission de la fiche de déclaration d'effet indésirable survenu chez un receveur de produit sanguin labile
- Note de l'Afssaps du 29 janvier 2007 relative à la délivrance des PSL en situation d'urgence
- Décision du 7 mai 2007 fixant la forme, le contenu et les modalités de transmission de la fiche de déclaration d'incident grave
- Décret n°2007-1324 du 7 septembre 2007 relatif aux dépôts de sang et modifiant le CSP (dispositions réglementaires)
- Arrêté du 10 octobre 2007 relatif aux conditions relatives à l'entreposage des produits sanguins labiles dans les services des établissements de santé
- Arrêté du 30 octobre 2007 relatif aux conditions d'autorisations des dépôts de sang pris en application des articles R. 1221-20-1 et R. 1221-20-3
- Arrêté du 30 octobre 2007 fixant le modèle type de convention entre un ES et l'établissement de transfusion sanguine référent pour l'établissement d'un dépôt de sang
- Arrêté du 30 octobre 2007 fixant la liste des matériels des dépôts de sang prévue à l'article R. 1221-20-4
- Arrêté du 3 décembre 2007 relatif aux qualifications de certains personnels des dépôts de sang

- Arrêté du 16 décembre 2008 portant homologation du cahier des charges de la formation des personnels des dépôts de sang
 - Arrêté du 15 juillet 2009 modifiant l'arrêté du 3 décembre 2007 relatif aux qualifications de certains personnels des dépôts de sang
 - Arrêté du 9 mars 2010 relatif au tarif de cession des produits sanguins labiles
 - Décision du 24 décembre 2010 fixant la forme, le contenu et les modalités de transmission de la fiche de déclaration d'incident grave
 - Décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences Régionales de Santé
 - Recommandations de bonne pratique ANSM et HAS "transfusion de plasma thérapeutique : Produits, indications" - Juillet 2012
 - Instruction DGOS/MSIOS no 2013-281 du 7 juin 2013 relative à l'utilisation du nom de famille (ou nom de naissance) pour l'identification des patients dans les systèmes d'information des structures de soins
 - Décret n°2014-1042 du 12 septembre 2014 relatif au sang humain
 - Recommandations de bonne pratique ANSM et HAS "transfusion de globules rouges homologues - Produits, indications, alternatives" - Novembre 2014
 - Recommandations de bonne pratique ANSM et HAS "transfusion de plaquettes : produits, indications" - Octobre 2015
- Recommandations relatives aux dispositifs de transport automatisé des produits sanguins labiles – Janvier 2016
- Arrêté du 18 décembre 2019 relatif au tarif des produits sanguins labiles
- Décision du 4 juin 2020 fixant la liste et les caractéristiques des produits sanguins labiles
- Décret n° 2020-1019 du 7 août 2020 relatif à la mise à disposition du plasma lyophilisé
- Arrêté du 25 octobre 2021 fixant les conditions techniques d'autorisations de dépôt de sang par un établissement de santé ou par un groupement de coopération sanitaire
- Arrêté du 25 octobre 2021 fixant le modèle type de convention entre un établissement de santé et l'établissement de transfusion sanguine référent

LISTE DES PARTICIPANTS A L'ELABORATION ET RELECTURE DU GUIDE

**Membres du Groupe RDQ ayant participé à l'actualisation du Guide 2021*

- PATRICIA AURY, CADRE DE SANTE, CHARGEE DE PROJET FORMATION A L'INTS, GT "RECHERCHE ET DEMARCHE QUALITE" DE LA SFTS
- DR PATRICK BILLION, BIOLOGISTE A L'HOPITAL D'ANNONAY (REGION AUVERGNE-RHONE-ALPES), RETOUR D'EXPERIENCE SUR LA CREATION D'UN DEPOT DE DELIVRANCE ET LE TRANSFERT DE L'ACTIVITE IH
- DR LAURE BOURGUIGNAT, BIOLOGISTE, EFS ILE-DE-FRANCE SITE TENON
- DR DOMINIQUE BUCLET, RESPONSABLE IH-DISTRIBUTION/DELIVRANCE, EFS RHONE-ALPES-AUVERGNE SITE DE VALENCE
- DR JEAN-JACQUES CABAUD, COORDINATEUR DU GT "RECHERCHE ET DEMARCHE QUALITE" DE LA SFTS*
- ANNE-FRANÇOISE DELAHAIE, IDE RÉFÉRENTE EN HÉMOVIGILANCE ET GESTIONNAIRE DE DÉPÔT DE SANG, CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-MALO, GT "RECHERCHE ET DEMARCHE QUALITE" DE LA SFTS*
- NATHALIE DONATO, CADRE SUPERIEUR DE SANTE DU SERVICE DE BIOLOGIE CLINIQUE A L'HOPITAL FOCH (SURESNES, REGION ILE-DE-FRANCE), RETOUR D'EXPERIENCE SUR LA CREATION D'UN DEPOT DE DELIVRANCE
- DR CHRISTINE FOURCADE, BIOLOGISTE ET RESPONSABLE DE DEPOT DE SANG A L'HOPITAL D'ARGENTEUIL, GT "RECHERCHE ET DEMARCHE QUALITE" DE LA SFTS*
- SOLINE GAUCHERON, CADRE MEDICO-TECHNIQUE DU SERVICE DE DISTRIBUTION/DELIVRANCE A L'EFS BRETAGNE, SITE DE RENNES, MEMBRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU TACT, GT "RECHERCHE ET DEMARCHE QUALITE" DE LA SFTS*
- CHARLOTTE DE LA GIRENNERIE, GT "RECHERCHE ET DEMARCHE QUALITE" DE LA SFTS
- DR DELPHINE GORODETZKY, COORDONNATEUR REGIONAL D'HEMOVIGILANCE ET DE SECURITE TRANSFUSIONNELLE, ARS AUVERGNE-RHONE-ALPES, GT "RECHERCHE ET DEMARCHE QUALITE" DE LA SFTS*
- DR ISABELLE HERVE, COORDONNATEUR REGIONAL D'HEMOVIGILANCE ET DE SECURITE TRANSFUSIONNELLE, ARS NORMANDIE, GT "RECHERCHE ET DEMARCHE QUALITE" DE LA SFTS*
- DR VICTOIRE LOVI, MEDECIN HEMOBIOLOGISTES ET RESPONSABLE DES DEPOTS DE SANG DES HOPITAUX DE ROUBAIX- TOURCOING, CORRESPONDANT D'HEMOVIGILANCE, GT "RECHERCHE ET DEMARCHE QUALITE" DE LA SFTS*
- DR LAURENCE MAZAUX, BIOLOGISTE A L'HOPITAL FOCH (SURESNES, REGION ILE-DE-FRANCE), RETOUR D'EXPERIENCE SUR LA CREATION D'UN DEPOT DE DELIVRANCE
- DR PIERRE MONCHARMONT, MEMBRE DU GT "RECHERCHE ET DEMARCHE QUALITE" DE LA SFTS*
- DR MYRIAM OUDGHIRI-ORANGER, COORDONNATEUR REGIONAL D'HEMOVIGILANCE ET DE SECURITE TRANSFUSIONNELLE, ARS ILE-DE-FRANCE, GT "RECHERCHE ET DEMARCHE QUALITE" DE LA SFTS*
- DR MARIANNE SANDLARZ, COORDONNATEUR REGIONAL D'HEMOVIGILANCE ET DE SECURITE TRANSFUSIONNELLE, ARS NORD-PAS DE CALAIS-PICARDIE, GT "RECHERCHE ET DEMARCHE QUALITE" DE LA SFTS

- DR SYLVIE SCHLANGER, COORDONNATEUR REGIONAL D'HEMOVIGILANCE ET DE SECURITE TRANSFUSIONNELLE, ARS ALSACE-LORRAINE-CHAMPAGNE-ARDENNES, GT "RECHERCHE ET DEMARCHE QUALITE" DE LA SFTS.

ENFIN, CE GUIDE AVAIT ETE SOUMIS EN 2016 POUR AVIS AUX COLLEGUES DE L'ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG DES REGIONS ILE-DE-FRANCE ET AUVERGNE-RHONE-ALPES AYANT PARTICIPE A UN TRANSFERT D'ACTIVITE ET CREATION D'UN DEPOT DE SANG, AU BUREAU DU COLLEGE NATIONAL D'HEMATOLOGIE DES HOPITAUX, A LA CONFERENCE NATIONALE DES COORDONATEURS REGIONAUX D'HEMOVIGILANCE AINSI QU'A L'ASSOCIATION DES TECHNICIENS ASSOCIES DES CENTRES DE TRANSFUSION.