



Lien Hub Santé : LRM SAMU – LRM SAMU

Dossier des Spécifications Fonctionnelles

Date d'état 2024/01/09

Statut : En cours | Classification : Non restreinte | Version : v1.0

Avec la participation de



Destinataires

Prénom / Nom	Entité / Direction
Tous les collaborateurs	SAMU + ARS
Tous les collaborateurs	ANS programme SI-SAMU
Tous les collaborateurs	Editeur de Logiciel de Régulation Médical pour le SAMU

Historique du document

Version	Rédigé par		Vérifié par		Validé par	
0.1	Elodie FALCIONI	Le 12/09/2023	P.NOM	Le JJ/MM/AA	P.NOM	Le JJ/MM/AA
	Rédaction initiale					
0.2	Elodie FALCIONI	Le 20/09/2023				
	Remplacement du terme « moyen » par « ressources »					
1.0	Elodie FALCIONI	Le 22/12/2023	Dr Philippe DREYFUS	Le 29/12/2023		
	Romain FOUILLAND		Frédéric BERTHIER			
	Révision générale du document					
	Ajout des cinématiques détaillées pour le cas de gestion des appels en zone limitrophe					
	Ajout des parties relatives au format d'échanges et aux modèles de données utilisés					
	Ajout des annexes					

SOMMAIRE

1	Préambule	4
1.1	Acronymes.....	4
1.2	Contexte d'interopérabilité des SI d'urgence.....	4
1.3	Systèmes impliqués dans les échanges SAMU - SAMU.....	4
1.4	Objet du présent document	5
2	Principes généraux.....	6
2.1	Missions des SAMU.....	6
2.1.1	Missions générales	6
2.1.2	Régulation médicale et partenaires.....	6
2.2	Périmètre des données échangées	6
2.2.1	Données médicales.....	7
2.2.2	Échanges de données opérationnelles	7
2.2.3	Partage des opérations conjointes avec des acteurs tiers	7
3	Définitions métier	8
3.1	Dossier.....	8
3.2	Spécificités des Dossiers de Régulation (DR)	9
3.3	DR versus DRM.....	9
3.4	Spécificités des Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	10
3.5	Évènement & Épisode de Régulation Médicale (ERM).....	11
3.5.1	Évènement.....	11
3.5.2	Épisode de Régulation Médicale	11
3.6	Identification, numéro du dossier.....	11
3.7	Provenance de l'appel.....	11
3.8	Origine	11
3.9	Circonstances.....	12
3.10	Motif de recours.....	12
3.11	Devenir du patient	12
3.12	Hypothèse diagnostique de régulation (HDR).....	12
3.13	Victime	12
3.14	Patient.....	12
3.15	Décisions de régulation	12
3.16	Engagement.....	13
3.17	Ressources.....	13
3.18	Types de ressources	13
3.19	Types de vecteurs	14
3.20	Destination.....	14
3.21	Autres définitions	14

4	Cas d'usage métier	15
4.1	Gestion des appels en zone limitrophe	15
4.2	Gestion de ressources partagées.....	16
4.3	Partage d'activité.....	18
5	Format d'échanges	20
5.1	Message RS-EDA.....	20
5.1.1	Message RS-EDA versus RC-EDA.....	20
5.1.2	Tableau synthétique des différents types de messages fonctionnels.....	20
5.2	Données spécifiques au périmètre 15-15	21
5.2.1	Nomenclatures.....	21
5.2.2	Bloc Qualification du Dossier – qualification.....	21
5.2.3	Bloc Alerte Initiale – initialAlert	21
5.2.4	Bloc Opérateurs impliqués – operator.....	21
5.2.5	Bloc patients/victimes.....	21
5.2.6	Bloc régulation médicale	22
5.3	Acquittement fonctionnel du transfert de dossier entre deux CRRA.....	22
5.4	Mise à jour en continu des dossiers partagés	24
6	Cinématiques détaillées liées a l'envoi d'un message fonctionnel	25
6.1	Gestion des appels en zone limitrophe	25
6.1.1	Cinématique cible de traitement du cas passant.....	25
6.1.2	Cinématique cible du cas non-passant (refus).....	27
6.2	Gestion de ressources partagées.....	28
6.3	Partage d'activité.....	28
7	Propositions d'évolutions	29



1 PREAMBULE

Lors de nombreuses situations d'urgence, des interactions entre le SAMU et d'autres acteurs des Urgences ont lieu. Notamment, des liens propriétaires et spécifiques existent déjà entre certaines solutions de régulation médicale utilisées au sein des SAMU, mais ne sont pas généralisés à date.

Le Hub Santé est un projet de l'ANS (Agence du Numérique en Santé) visant à interopérer l'écosystème des Urgences en offrant une plateforme nationale d'échange de messages et des modèles de données associés. Il agit donc comme une plateforme centrale pour l'échange de messages entre les systèmes.

Le Hub Santé a pour objectif de permettre la transmission des messages de manière fiable et de garantir la sécurité et l'authentification des échanges. Sa finalité est de rendre possible le partage de données avec un ensemble de partenaires. Par exemple, la plateforme peut permettre de partager un dossier, un engagement de ressources ou un ensemble d'autres informations.

Le Hub Santé ne détermine pas à qui les informations peuvent être envoyées. Il incombe à chaque Logiciel de Régulation Médicale (LRM) de déterminer les conditions de partage des informations, en fonction de l'expéditeur et du destinataire du message.

1.1 Acronymes

Différents acronymes sont employés à travers le document, cette section réprecise les entités ou concepts auxquels ils se réfèrent.

- **ANS** : Agence du Numérique en Santé
- **ARM** : Assistant de Régulation Médicale
- **CISU** : Cadre d'Interopérabilité des Services d'Urgence
- **CRRA** : Centre de Réception et de Régulation des Appels
- **DDR** : Diagnostic De Régulation médicale
- **DR** : Dossier de Régulation
- **DRM** : Dossier de Régulation Médicale
- **EMSI** : Emergency Management Shared Information
- **ERM** : Épisode de Régulation Médicale
- **HDR** : Hypothèse Diagnostique de Régulation
- **LRM** : Logiciel de Régulation Médicale
- **MR** : Médecin Régulateur
- **MRG** : Médecin Régulateur Généraliste
- **MRL** : Médecin Régulateur Libéral
- **MRU** : Médecin Régulateur Urgentiste
- **RNIV** : Référentiel national d'identitovigilance
- **SAMU** : Service d'Aide Médicale Urgente
- **SAS** : Service d'Accès aux Soins
- **SMUR** : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

1.2 Contexte d'interopérabilité des SI d'urgence

Le détail de ce paragraphe peut être consulté dans le document, section 1.2- *Contexte d'interopérabilité des SI d'urgence*- « **Lien Hub Santé : LRM – NEXSIS- Dossier des spécifications fonctionnelles – v1.4** »

1.3 Systèmes impliqués dans les échanges SAMU - SAMU

Le détail de ce paragraphe peut être consulté dans le document, section 1.3.2 - Systèmes SAMU - « **Lien Hub Santé : LRM – NEXSIS- Dossier des spécifications fonctionnelles – v1.4** »

1.4 Objet du présent document

Ce document détaille le contrat d'interface du Hub Santé dans le cadre des échanges de données entre SAMU ; c'est à dire entre les différentes solutions LRM (Logiciels de Régulation Médicale) et le Hub Santé qui assure la transmission des messages entre ces LRM. Ainsi, le périmètre d'échange des données correspond à des échanges de données inter-SAMU, où l'expéditeur et le destinataire du message sont tous les deux des SAMU.

Il explicite notamment :

- les différents systèmes impliqués dans ces échanges ;
- les différents cas d'usage métiers identifiés d'échanges entre SAMU¹, nécessitant un échange entre systèmes ;
- la description des modèles de données des différents messages autorisés ;
- les cinématiques permettant de couvrir les cas d'usage en s'appuyant sur les messages définis.

NB : Ce document rappelle certains éléments du cadre légal et doctrinaire encadrant les missions du SAMU. Néanmoins, il n'a pas vocation à redécrire ces textes ni à les compléter/interpréter.

¹ A la rédaction de document, les cas d'usage retenus sont basés sur des scénarii métiers SAMU validés et priorisés par les experts métiers ANS. Ils sont repris et adaptés des travaux :

«Modernisation SI & Télécom des Samu Centres-15 ; GTT-M07, Articulation, entraide, supervision et hypervision. Version du 01 12 2016, Y. Penverne. ASIP Santé, Programme SI-SAMU - Ministère des affaires sociales et de la santé (SI-Samu_GTT-M07-R1_161201_10_ERI_YPENVERNE_20170130). »

2 PRINCIPES GENERAUX

Cette section décrit le cadre des échanges entre SAMU.

2.1 Missions des SAMU

Les missions des SAMU sont fixées par le Code de Santé Publique².

2.1.1 Missions générales³

Le SAMU dispose d'un centre de réception et de régulation des appels (CRR) répondant 24h/24 aux besoins de santé non programmés de la population et aux transferts inter établissement. Grâce à la régulation médicale il assure aux patients l'orientation dans le système de santé et le juste soin.

Au-delà de ces missions au quotidien, les SAMU participent également à la prise en charge sanitaire des victimes impliquée dans une situation exceptionnelle, suivant les plans d'organisation des secours définis⁴.

Au quotidien comme lors des situations exceptionnelles, les missions réglementaires des SAMU sont de⁵ :

- assurer une écoute médicale permanente,
- déterminer et déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature des appels,
- s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés, adaptés à l'état du patient ;
- organiser le cas échéant le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires,
- veiller à l'admission du patient.

2.1.2 Régulation médicale et partenaires⁶

La régulation médicale du SAMU / SAS a pour objectif d'apporter une réponse médicale adaptée à tout appel venant d'une personne en détresse. Elle est accessible par le numéro d'appel d'urgence "15" et est effectuée habituellement par des médecins urgentistes hospitaliers et des médecins généralistes d'exercice libéral.

Pour l'accomplissement de ses missions, le SAMU / SAS est en relation, entre autres, avec :

- les structures mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR)
- les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS),
- les transporteurs sanitaires urgents (TSU) privés,
- les médecins et paramédicaux libéraux.

La participation de ces moyens privés, sous la responsabilité de la régulation médicale du SAMU, est déterminée par convention⁷.

2.2 Périmètre des données échangées

² Voir notamment : Article [L-6311-1](#) du code de la santé publique
Article [R-6311-1](#) du code de la santé publique

³ Dgos. (2022, 21 juillet). Samu / Smur – ministère de la Santé et de la Prévention. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/samu-smur#nb3>

⁴ Article [R-6311-3](#) du code de la santé publique

⁵ Article [R-6311-2](#) du code de la santé publique

⁶ Dgos. (2022, 21 juillet). Samu / Smur – ministère de la Santé et de la Prévention. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/samu-smur#nb3>

⁷ Article [R-6311-8](#) du code de la santé publique

2.2.1 Données médicales

Merci de vous référer à la section 2.2.1 – Données médicales du document - « **Lien Hub Santé : LRM – NEXSIS- Dossier des spécifications fonctionnelles – v1.4** »

A toutes fins utiles, il est rappelé ici que certaines données sont identifiées comme étant strictement réservées à un partage inter-SAMU afin de répondre aux exigences légales en matière de confidentialité des données de santé du patient (Articles L1111-1 à L1111-31 du Code de la Santé publique) et ne figurent donc **que dans le présent modèle**, qui s'applique uniquement aux échanges inter-SAMU

Il est donc essentiel que les données du présent contrat d'interface ne soient jamais échangées en dehors du périmètre autorisé, et que l'ensemble de l'écosystème veille au strict respect de cette règle.

Point d'attention :

Si des données sensibles non structurées sont passées dans des champs libres, le Hub Santé ne sera pas en mesure de les filtrer. Il est important que les opérateurs intervenant dans les systèmes des deux partenaires soient formés sur la sensibilité de ces données échangées. Ils devront en outre maîtriser les fonctionnalités d'échange de dossiers des LRM afin de ne pas déclencher d'échange de données sensibles involontairement ou inconsciemment.

2.2.2 Échanges de données opérationnelles

Merci de vous référer à la section 2.2.2 – Échanges de données opérationnelles- « **Lien Hub Santé : LRM – NEXSIS- Dossier des spécifications fonctionnelles – v1.4** »

2.2.3 Partage des opérations conjointes avec des acteurs tiers

Merci de vous référer à la section 2.2.3 – Partage des opérations conjointes avec des acteurs tiers - « **Lien Hub Santé : LRM – NEXSIS- Dossier des spécifications fonctionnelles – v1.4** »

,

3 DEFINITIONS METIER

Cette section a pour objectif de décrire des concepts, c'est-à-dire des termes métiers génériques, rencontrés dans les échanges entre SAMU. Il est à noter que le nommage de ces concepts peut varier entre les différents acteurs de l'urgence, l'objectif ici est de proposer un vocabulaire commun et partagé entre les SAMU.

Ces définitions sont extraites de travaux réalisés au niveau national, et détaillées dans les documents de référence ci-dessous⁸ :

- SAMU Centres 15 - *Référentiel et guide d'évaluation* - mars 2015. Samu-Urgences de France (SUdF). Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)
- Activité des Samu-Centre 15. *Définitions & standardisation des données*. Version finale du 24/03/2009. Groupe Interface Samu de France et Société française de Médecine d'Urgence.

Certaines d'entre elles sont également reprises du Dossier des Spécifications Fonctionnelles LRM – NexSIS (15-18). Elles peuvent être amenées à évoluer dans le DSF, pour refléter au mieux les situations terrain et les dernières recommandations.

3.1 Dossier

Un dossier est le regroupement d'un ensemble d'informations qui peuvent être transmises à la suite d'une alerte.

Il existe trois types de dossier : le Dossier (D), le Dossier de Régulation (DR) et le Dossier de Régulation Médicale (DRM). En fonction du traitement de l'appel reçu par le SAMU / SAS, un dossier peut ensuite être requalifié en dossier de régulation ou en dossier de régulation médicale. (cf. Fig1 et Fig2)

Pour chaque problème soumis à l'analyse du SAMU / SAS, un dossier est créé sur le système d'information de l'établissement de santé :

- les dossiers ouverts (D) qui ne sont ni des DR ni des DRM ne sont pas en rapport avec un problème médical, social ou sanitaire.
Exemples : appel administratif ; appel raccroché sans réponse ; tonalité de fax ; malveillance ; canular ; erreur de numéro ; erreur d'acheminement ; appel personnel.
- les dossiers (D) sont requalifiés en DR puis en DRM si et seulement si ils sont en rapport avec une information à caractère médical, médico-social ou sanitaire.

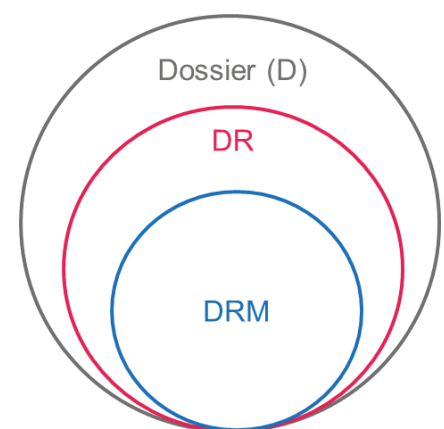


Fig1. Catégorisation générale des DR&DRM

N.B. Le terme « affaire » utilisé par les SIS est remplacé ici par le mot « Dossier », éventuellement qualifié de « Dossier de Régulation » (DR) ou « Dossier de Régulation Médicale » (DRM).

Tout appel décroché par un SAMU doit faire l'objet de l'ouverture d'un dossier.

Ce terme correspond en revanche au terme « case » dans le modèle de données ; ce terme est utilisé lors des échanges inter-forces.

⁸ En cas de doute, le document le plus récent *Référentiel et guide d'évaluation* (2015) est celui qui fait foi. Le document de 2009 contient certaines définitions obsolètes, mais également d'autres qui sont toujours d'actualité, il donc est cité à titre de référence.

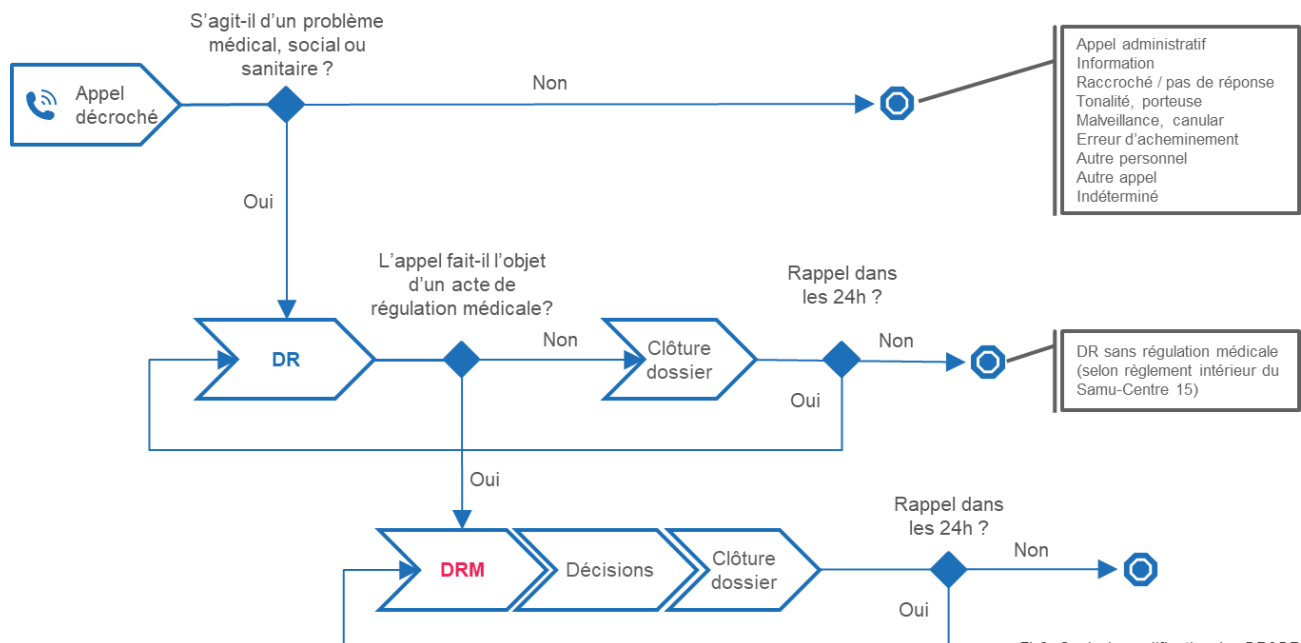


Fig2. Cycle de qualification des DR&DRM

3.2 Spécificités des Dossiers de Régulation (DR)

L'intégralité du contenu d'un DR est soumise aux mêmes règles qu'un dossier médical classique.

- un dossier de régulation peut se limiter à la réception d'un appel unique (demande de renseignement simple) mais génère le plus souvent un nombre d'appels téléphoniques ou radios multiples en réception comme en émission (appels lors de la création, la régulation, la décision et le suivi du dossier) ;
- tout nouvel appel reçu moins de 24 heures après l'heure de création d'un DR est considéré comme la continuité du même DR si son motif est en rapport avec l'évènement ayant justifié l'ouverture du DR primitif. Au-delà de cette période, un nouveau DR est créé.

N.B. Cette règle n'est pas applicable dans le cas des dossiers pour transferts inter-hospitaliers, intra-hospitaliers, évacuations sanitaires, évènements catastrophiques et évènements sanitaires (ces dossiers sont automatiquement classifiés comme DRM).

3.3 DR versus DRM

DOSSIERS DE REGULATION

Un Dossier est qualifié de Dossier de Régulation (DR) lorsqu'il regroupe l'ensemble des informations collectées, des mesures prises et du suivi assuré, suite à une information à caractère médical, médico-social ou sanitaire, portée à la connaissance du Samu Centre 15

Exemples : recherche d'une pharmacie de garde suite à une prescription médicale ; trouble du sommeil ; problème social réorienté vers le 115 ; recherche du dentiste de garde ; information du CTA/Codis sans problème de santé.

VS

DOSSIER DE REGULATION MEDICALE

Un Dossier de Régulation (DR) sera qualifié en tant que Dossier de Régulation Médicale (DRM) dès lors qu'il a bénéficié d'un **acte de régulation médicale** par application des règles spécifiées dans le règlement intérieur du Samu-Centre 15.

ACTE DE REGULATION MEDICALE

Un acte de régulation médicale s'effectue au sein du Centre de Réception et de Régulation des Appels du Samu Centre **15 sous la responsabilité d'un docteur en médecine**. Il comprend tous ou au moins un des éléments suivants :

- Une transmission d'informations par l'ARM à un MR
- Un éventuel interrogatoire médical effectué par un MR
- Au moins une décision prise ou validée par un MR,
- Le suivi du déroulement des interventions et l'analyse des bilans médicaux ou non médicaux des différents effecteurs
- L'orientation et la préparation de l'accueil du ou des patients.

Tout dossier pour lequel le médecin régulateur a été informé à un moment de son traitement est considéré comme ayant bénéficié d'un acte de régulation médicale. Il est classé comme DRM.

3.4 Spécificités des Dossiers de Régulation Médicale (DRM)

Tout DR n'ayant pas été porté à la connaissance du médecin régulateur ne pourra pas être classé comme DRM. Tout dossier pour lequel le médecin régulateur a au moins été informé à un moment de son traitement a bénéficié d'un acte de régulation médicale. Il est classé comme DRM :

- un DRM peut concerner un ou plusieurs patients ou aucun patient en particulier (renseignement médical d'ordre général, AVP sans victime, ...) ;
- un DRM peut faire l'objet d'une ou plusieurs décisions, immédiates ou successives, entraînant l'engagement d'une ou plusieurs ressources ;
- un DRM peut avoir pour seule décision « Aucune décision après régulation médicale » s'il ne donne lieu à aucune autre décision (ex : information sur une situation médico-sociale ou sanitaire préoccupante).

Un DRM doit contenir, de préférence sur un support informatique :

- une fiche administrative,
- la liste horodatée de l'ensemble des communications liées à ce DRM. L'appel initial ayant été à l'origine du DRM doit être clairement identifiable. Les informations suivantes doivent être disponibles :
 - date,
 - heure,
 - sens de l'appel (entrant/sortant),
 - type de support technique,
 - nom/numéro de l'appelant,
 - nom/numéro de l'appelé,
 - objet (liste)
 - lien ou N° d'identification de l'enregistrement
- la liste des décisions (et le nom de la personne qui a pris chacune d'entre elle) et leur suivi ;
- pour chaque patient, une fiche contenant son épisode de régulation médicale (ERM), contenant les informations, conseils, prescriptions, observations et bilans motivant les décisions prises. Chacune de ces données doit pouvoir être tracée de manière nominative et horodatée ;

- la liste des patients avec le lien éventuel à leur dossier patient. Lorsqu'il y a eu un transport, il faut pouvoir connaître : le vecteur de transport, le niveau de médicalisation, le lieu de prise en charge, les éventuelles étapes de transit, le lieu de destination et en cas d'hospitalisation le service d'admission.

3.5 Évènement & Épisode de Régulation Médicale (ERM)

3.5.1 Évènement

Un évènement est un agrégat de plusieurs dossiers qui partagent un point commun. Un même évènement peut concerner un, plusieurs ou aucun patients et la création d'un ou plusieurs dossiers.

3.5.2 Épisode de Régulation Médicale

Un DRM peut contenir des données de santé concernant plusieurs patients qui ont en commun une situation géographique à un moment donné :

- pour chaque patient, les données de santé collectées correspondent à un Épisode de Régulation Médicale (ERM).
- lorsqu'il y a plusieurs patients dans un DRM, ces épisodes ont en commun une même situation géographique à un moment donné.

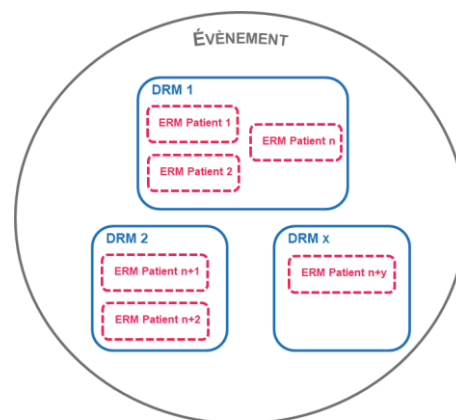


Fig3. Évènement & ERM

3.6 Identification, numéro du dossier

Tout dossier de régulation pris en charge par un SAMU / SAS doit avoir un numéro d'indexation et d'identification unique généré automatiquement par le logiciel de régulation médicale, du type **DRFR15DDXAAJJJ00000**

- DR = dossier (de type D, DR ou DRM)
- FR : désigne le pays (FR = France)
- 15 : désigne le fait que le dossier a été pris en charge par un SAMU / SAS,
- DD : désigne le département où est situé le SAMU / SAS qui a traité le dossier,
- X: lettre désignant le SAMU / SAS en cas de pluralité de SAMU / SAS sur le même département ou le troisième chiffre des DOM
- AA : année durant laquelle l'appel a été créé
- JJJ : désigne le jour de l'année
- 00000 : numéro d'ordre chronologique du dossier dans la journée de référence ci-dessus

3.7 Provenance de l'appel

C'est le mode d'arrivée de l'appel : soit direct au SAMU / SAS soit via le centre d'appel d'urgence, public ou privé, qui contacte le SAMU / SAS. La provenance est distincte de l'origine.

Exemples : SAMU-SAS / Centre 114 / Police / Gendarmerie

3.8 Origine

C'est le premier centre d'appel d'urgence, public ou privé, qui a eu connaissance de l'évènement à l'origine du dossier, quel que soit le cheminement ultérieur de l'appel ou de l'alerte.

3.9 Circonstances

Lorsqu'elle existe, c'est la caractéristique de survenue d'une lésion traumatique ou une situation circonstancielle particulière.

Exemples : Chute de grande hauteur / Noyade / Explosion

3.10 Motif de recours

C'est le codage non médical du motif principal de sollicitation du SAMU / SAS initialement porté à sa connaissance, exprimé par l'appelant et analysé par la personne qui réceptionne l'appel initial, en général un ARM.

Exemples : Intoxication / Pb allergique / Trauma léger

3.11 Devenir du patient

C'est le type de devenir du patient entre l'appel et la fin de l'épisode de soins caractérisé par le DRM. Chaque patient du DRM a un devenir qui lui est propre.

Exemples : Transporté par ses propres moyens / Laissé sur place / Refus de soins, de transport ou d'hospitalisation

3.12 Hypothèse diagnostique de régulation (HDR)

Dans l'idéal, la même codification est utilisée pour la saisie de l'**hypothèse diagnostique de régulation médicale** (HDR) et des **diagnostics posés ou rapportés** par les effecteurs (par le dernier effecteur médical s'il y en a eu plusieurs). Ces deux codages se succèdent.

Pour l'HDR, il est renseigné la maladie supposée ayant motivé la première série de décision(s) prise(s) ou validée(s) par le médecin régulateur. A défaut de suffisamment de certitude, c'est le codage du signe ou du symptôme ressenti par le patient. C'est la résultante d'une démarche élaborée à distance essentiellement au moyen de l'interrogatoire et du dossier médical du patient.

Exemples : Myocardite aigue / Diabète type II (sans insuline ou SP) avec complications rénales / Hypothyroïdie / Entorse grave du doigt

3.13 Victime

Personne concernée par un problème ou une situation d'ordre médical, sociale ou sanitaire qui n'a pas bénéficié d'une prise en charge médicale.

3.14 Patient

Victime ayant bénéficié d'une prise en charge médicale sur place ou à distance. La régulation médicale, le conseil médical, la prescription médicale téléphonique sont des actes de prise en charge médicale à distance

3.15 Décisions de régulation

Ce sont la ou les mesures prises par le SAMU / SAS en réponse à la demande exprimée en fonction de l'événement et de la situation du ou des patients. Elles sont caractérisées par la nature du ou des ressources mises en œuvre et leur chronologie.

- les décisions peuvent être simples ou multiples, avec ou sans engagement de moyen ;
- les ressources déjà engagées par d'autres centres d'appels d'urgences, par le patient ou des tiers doivent pouvoir être identifiés. Ils sont alors qualifiés comme « décision antérieures » dès lors que la régulation médicale les prend en compte.
- elles sont distinguées selon leur chronologie :
 - elles sont qualifiées de *décision de première intention* si elles sont décidées en fonction des informations connues lors de la création du dossier ;
 - elles sont qualifiées de *décision de deuxième intention* si elles sont décidées ultérieurement, en complément ou en substitution, d'une première décision après transmission d'une nouvelle information : nouvel appel décroché d'un appelant, bilan d'un effecteur déclenché lors d'une décision de première intention. Cette information doit être parvenue au moins 10 minutes après l'appel initial.
- L'absence volontaire de décision est qualifiée par la prise de décision « Pas de décision supplémentaire » après régulation médicale.

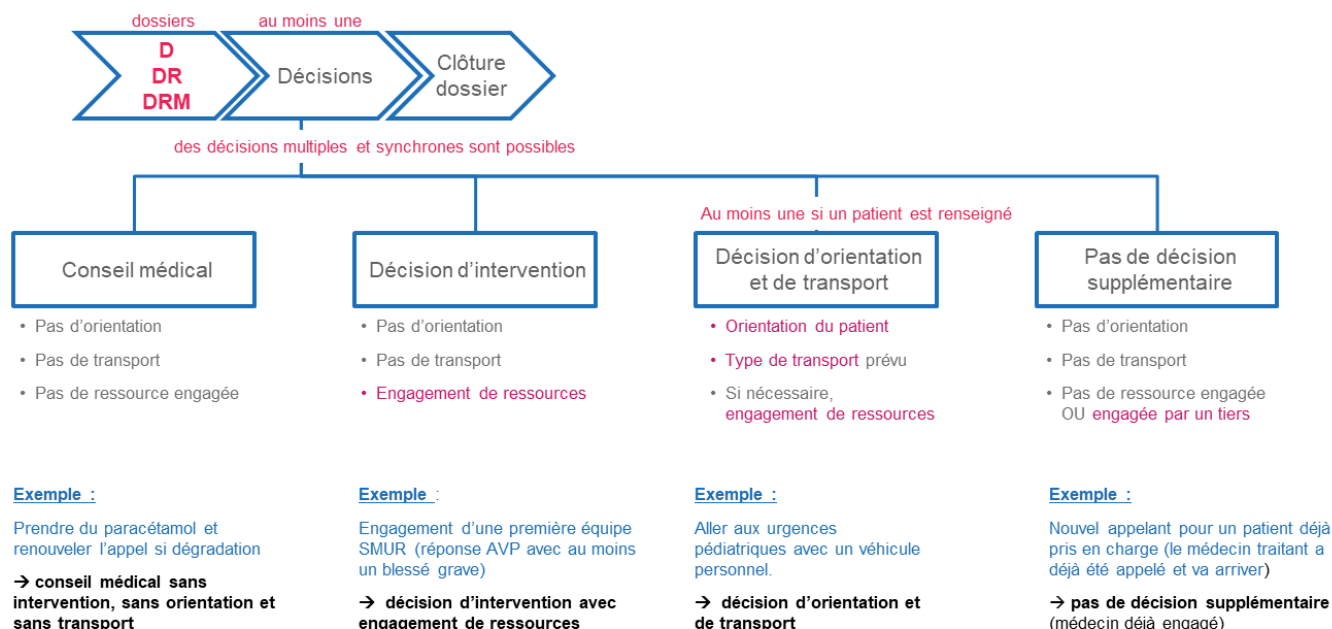


Fig4. Types de décisions

3.16 Engagement

Un engagement désigne la mobilisation d'un ensemble de ressources mobilisées par les différents acteurs de l'urgence (SDIS, SAMU, etc.) afin d'intervenir physiquement sur les lieux du dossier.

3.17 Ressources

Une ressource désigne tout moyen mobilisé afin de répondre à un effet recherché.

3.18 Types de ressources



C'est la nature de la ressource.

Exemples : SMUR / ambulance privée / dentiste / médecin généraliste / infirmier ...

3.19 Types de vecteurs

C'est la catégorie du ou des véhicules engagés par le SAMU / SAS en réponse à la demande exprimée en fonction de l'événement et de la situation du ou des patients. Les véhicules peuvent être uniques ou multiples. Ils caractérisent la décision prise et les moyens engagés. Ils transportent ou non les patients.

Exemples : VSAV / Hélicoptère Gendarmerie / Hélicoptère de la Sécurité Civile

3.20 Destination

Lorsqu'une décision d'orientation du patient/victime est prise, le lieu de l'orientation en question est appelé la destination.

3.21 Autres définitions

Les définitions métiers des notions suivantes, bien que non détaillées ici, peuvent être trouvées et consultées dans le document *SAMU Centres 15 - Référentiel et guide d'évaluation* - mars 2015. Samu-Urgences de France (SUdF). Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU).

- types d'appelant
- types de lieu d'intervention
- autre codification complémentaire de la prise d'appel
- types d'exécution des décisions
- types d'exécution lors de l'engagement des ressources
- types d'exécution lors de l'engagement des véhicules
- types de personnels
- types d'équipes
- types de services
- types d'exécution lors de la recherche d'un service de destination

4 CAS D'USAGE METIER

Le Hub Santé permet d'assurer la réponse à un ensemble de cas d'usage métier d'échanges entre SAMU. Cette section vise à décrire les différentes situations d'urgence amenant à un transfert d'informations entre ces entités.

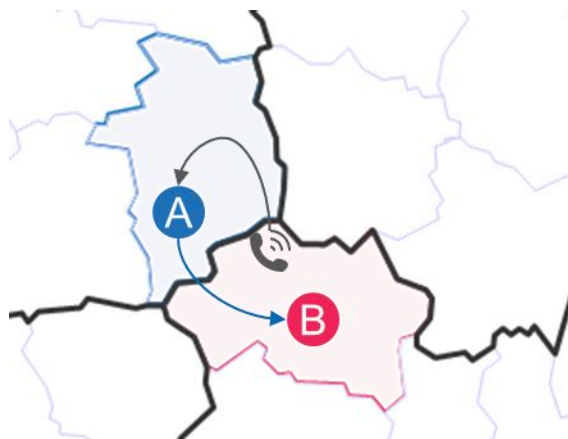
Les cas d'usage présentés ont pour vocation d'être génériques et visent à décrire le plus grand nombre de situations métiers indépendamment des moyens d'échanges des informations et des modalités de traitement des LRM et SAMU / SAS.

En effet, les contextes opérationnels ne sont pas homogènes au niveau national : par exemple, certains SAMU / SAS possèdent déjà des liens inter-LRM, ou disposent parfois de certains accès au LRM d'un SAMU / SAS partenaire (lorsqu'il utilise un LRM différent du sien, par exemple).

Les cas métiers présentés dans cette partie sont issus de plusieurs groupes de travail et d'étude nationaux⁹. Ils ont été revus et réadaptés au contexte du Hub Santé avec les experts métiers SI-SAMU de l'ANS. Ils ont également été représentés aux SAMU pilotes du périmètres 15-15, lors des ateliers métiers effectués avec eux ; et ce afin de s'assurer qu'ils couvrent bien la réalité terrain rencontrée¹⁰.

L'objectif de cette partie est de préciser le périmètre métier que ce DSF cherche à couvrir sous un angle fonctionnel avant d'introduire les aspects techniques (messages et cinématiques) qui permettent de couvrir ce périmètre dans les parties suivantes.

4.1 Gestion des appels en zone limitrophe



Cas d'usage

Le SAMU qui reçoit l'appel doit transférer le traitement de l'appel à un autre SAMU limitrophe (inter ou intra régional), habilité à intervenir à l'endroit où se trouve réellement le patient.

Exemples terrain

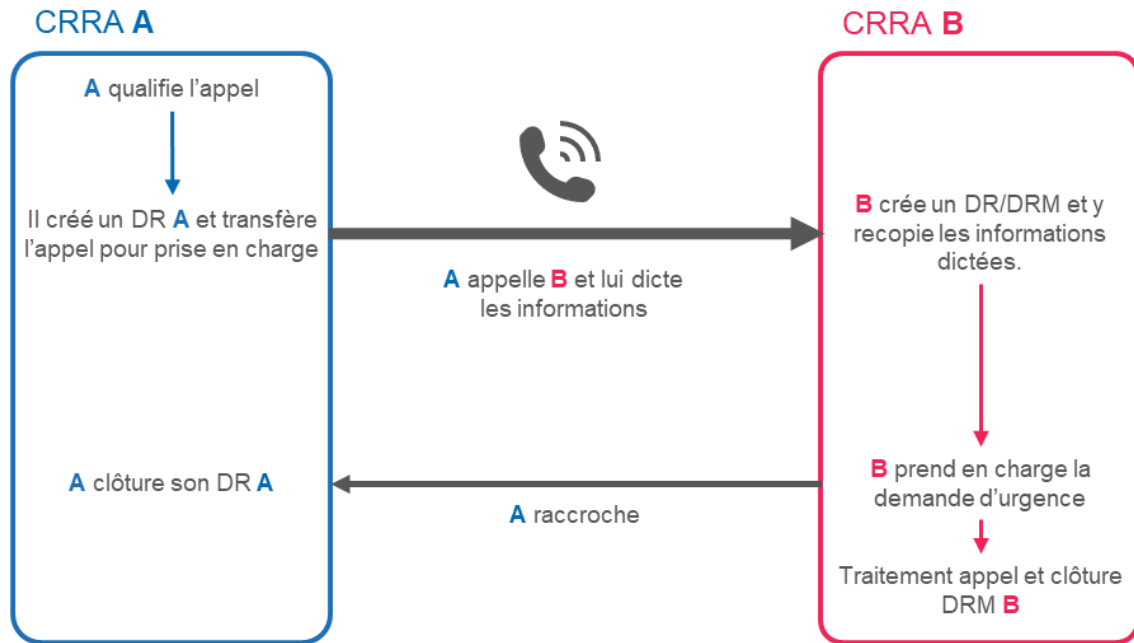
- Le patient se trouve dans le département B, mais son appel est routé vers le CRRA A
- L'appelant se trouve dans le département A, mais le patient se trouve en réalité dans le département B.

Modélisation du process métier actuel

⁹ Document de référence : *Modernisation SI & Télécom des Samu Centres-15 ; GTT-M07, Articulation, entraide, supervision et hypervision*. Version du 01 12 2016, Y.Penverne. ASIP Santé, Programme SI-SAMU - Ministère des affaires sociales et de la santé (SI-Samu_GTT-M07-R1_161201_10_ERI_YPENVERNE_20170130).

¹⁰ SAMU participants aux pilotes Hub Santé, sur le périmètre 15-15 :

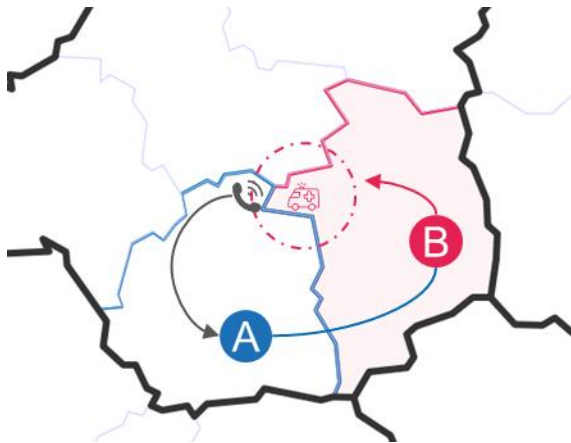
- SAMU 59 (Appligos), 62 (Inetum), 76A (RRAMU) et 80 (Exos)
- SAMU 78 (Appligos) et 95 (Scriptal)
- SAMU 35 (Inetum) 44 (Inetum) et 50 (RRAMU)
- SAMU 09 (BISOM)



Description du process métier

- un appel est décroché par le CRRA A,
- un dossier est créé par le CRRA A,
- le SAMU référent identifié qui doit intervenir est le CRRA B : le CRRA A lui transmet le dossier et l'ensemble des informations en sa possession (en fonction du cas et des SAMU le contenu de ce dossier peut varier),
- le CRRA B crée un nouveau dossier et reprend le traitement de l'appel là où A l'a laissé,
- le CRRA A clôture son dossier.

4.2 Gestion de ressources partagées



Cas d'usage

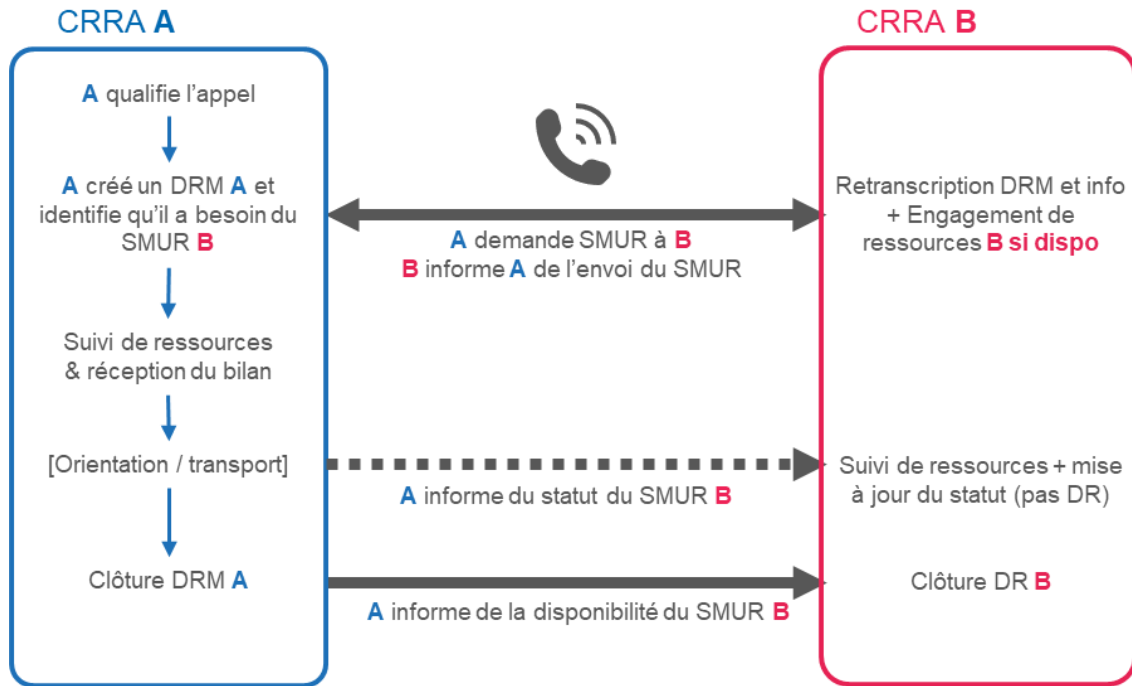
Le SAMU qui reçoit l'appel doit faire appel à une ressource qui est gérée par un autre SAMU.

Exemples terrain

Le patient se trouve dans le département A qui reçoit l'appel mais :

- le SMUR le plus proche est dans le département B,
- tous les SMUR du département A sont occupés,
- les moyens entre départements A et B sont partagés.

Modélisation du process métier actuel



Description du process métier

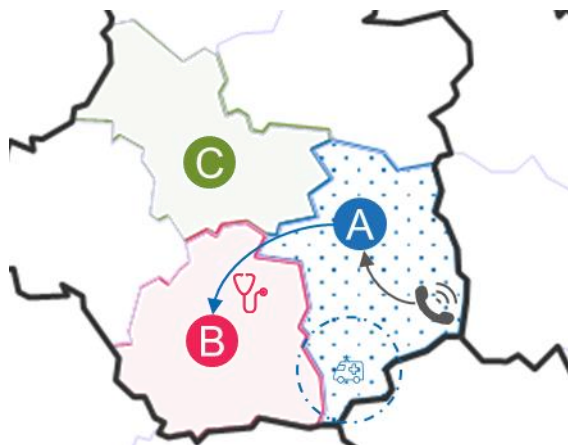
- un appel est décroché par le CRRA A,
- un dossier est créé par le CRRA A,
- le CRRA A identifie qu'il a besoin du moyen du CRRA B,
- le CRRA A appelle le CRRA B pour savoir si le moyen est disponible et demande l'engagement du moyen,
- le CRRA B engage le moyen pour A et crée un dossier. Le CRRA A reste le SAMU en charge de l'opération,
- le CRRA A fait le suivi de l'intervention, de la ressource et réceptionne le bilan. Lorsque le moyen de B est de nouveau disponible, il informe le CRRA B.

N.B. Aujourd'hui le CRRA B n'est pas informé du statut de la ressource qui est mobilisée chez A (localisation, destination, statut) – il est souhaité que ces informations soient communiquées afin que B puisse anticiper le retour prévisionnel de la ressource (flèche en pointillés sur le schéma ci-dessus).

De plus, dans certains cas particuliers la réception du bilan et/ou le suivi de la ressource empruntée n'est pas effectué par le CRRA qui a emprunté la ressource, mais par celui à qui elle appartient. Ce cas particulier sera bien réétudié dans les cinématiques détaillées, la modélisation ci-dessus étant cohérente avec la très grande majorité des cas d'usage rencontrés et correspond à la doctrine nationale actuelle.



4.3 Partage d'activité



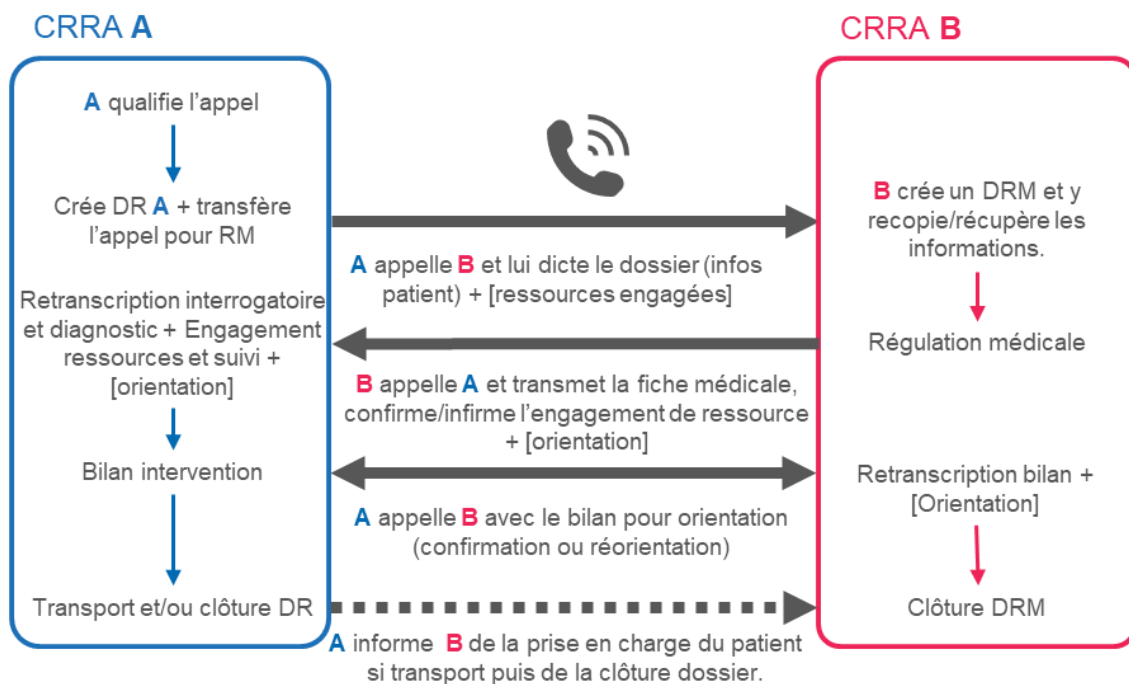
Cas d'usage

Le CRRA qui reçoit l'appel le transfère à un autre à qui il délègue la régulation médicale.

Exemples terrain

- le CRRA A confie son activité de régulation médicale aux CRRA B et C dans le cadre d'une organisation concertée entre minuit et 4h du matin ;
- le CRRA A garde le décroché des appels de son territoire ; les appels sont médicalement régulés en B ou C.

Modélisation du process métier actuel



Description du process métier

- un appel est décroché par le CRRA A ;
- un dossier est créé par le CRRA A ;
- le CRRA A transfère le dossier et l'appel au CRRA B pour la partie de régulation médicale (si des ressources doivent être ou sont déjà engagées, le CRRA B en est également informé) ;
- le CRRA B crée un DRM B et effectue la régulation médicale ;
- le CRRA B transmet les informations de régulation médicale au CRRA A, ainsi que les décisions afférentes à cette régulation (engagement de ressources +/- orientation) ;
- le CRRA A met à jour le dossier avec les informations de régulation médicale ;
- le CRRA A engage les ressources nécessaires et réceptionne le bilan d'intervention ;
- le CRRA A communique le bilan d'intervention au CRRA B pour confirmer /infirmer les décisions prises et les ressources à engager ;
- le CRRA B confirme / infirme / modifie les décisions prises et les communique au CRRA A ;



- le CRRA A poursuit le traitement du dossier jusqu'à la prise en charge du patient ;
- lorsque l'intervention est terminée le CRRA A prévient le CRRA B ; chaque CRRA clôture ses dossiers respectifs.

5 FORMAT D'ÉCHANGES

cf. **Partie 4 – Format d'échanges** du document « **Lien Hub Santé : LRM – NEXSIS- Dossier des spécifications fonctionnelles – v 1.4** »

Les parties 4.1 et 4.2 du DSF 15-NexSIS sont intégralement applicables au périmètre 15-15, les parties détaillées dans ce document ne s'appliquent en revanche qu'au seul périmètre des échanges 15-15 et viennent compléter les données et règles énoncées dans le DSF 15-NexSIS.

5.1 Message RS-EDA

5.1.1 Message RS-EDA versus RC-EDA

Sur le périmètre 15-15, de même que sur le périmètre 15-NexSIS, les échanges sont contenus dans une enveloppe EDXL-DE contenant systématiquement deux éléments :

- Un en-tête de message suivant le format RC-DE (détaillé dans le Dossier des Spécifications Techniques - DST)
- Un message suivant l'un des formats suivants :
 - Échange de Dossier/Affaire : RS-EDA¹¹
 - Échanges d'Opérations : EMSI
 - Un acquittement de réception finale : RC-REF¹²

Le message RS-EDA qui s'applique au périmètre d'échange inter-SAMU contient l'intégralité du message RC-EDA¹³ tel que défini dans le DSF 15-NexSIS. Les données qui le composent sont cependant étendues et plus nombreuses que dans le message RC-EDA.

Tout comme les message RC-EDA, les messages RS-EDA relaient des informations relatives au dossier et aux alertes reçues. Ces messages sont dits au format RS (pour « Référentiel Santé », qui s'appuie également sur le référentiel CISU mais l'étend pour couvrir le périmètre intégral de la Santé, et pas seulement les périmètres inter-forces).

5.1.2 Tableau synthétique des différents types de messages fonctionnels

Type de message	Nom du modèle de données associé	Description du message
Échange de Dossier/Affaire	RS-EDA	Partage d'une nouvelle affaire ou d'une mise à jour d'une affaire déjà partagée avec un SAMU partenaire.
Échanges d'Opérations	EMSI	N.B. Les messages EMSI ont également vocation à être échangés sur le périmètre 15-15, mais les modalités de ces échanges ne sont pas encore définies

¹¹ **RS-EDA** : Référentiel Santé – Échange d'un Dossier/Affaire

¹² Voir le Dossier des Spécifications Techniques (DST) pour plus de détails

¹³ **RC-EDA** : Référentiel CISU – Échange d'un Dossier/Affaire

5.2 Données spécifiques au périmètre 15-15

Cette partie reprendre les objets racines du modèle de données RS-EDA utilisé dans le cadre du 15-15 et détaille seulement les compléments apportés au modèle de données RC-EDA utilisé dans le cadre du 15-NexSIS.

Les niveaux indiqués correspondent à la profondeur des objets mentionnés dans le modèle de données et servent d'indication pour faciliter la lecture.

Un diagramme UML spécifique au périmètre 15-15 est joint en annexe à ce document : cf. *Schéma UML - RS-EDA.pdf*

5.2.1 Nomenclatures

Pour l'ensemble des données spécifiques au périmètre 15-15, les nomenclatures sont en cours d'identification et de construction. Elles seront jointes au modèle de données dans une version ultérieure.

5.2.2 Bloc Qualification du Dossier – *qualification*

Dans le bloc de niveau 1 du modèle de donnée regroupant les informations de qualification du dossier, des champs facultatifs sont ajoutés pour permettre l'échange de certaines données présentes dans les LRM :

- les détails du dossier (niveau 2) permettent d'échanger des données spécifiques à l'activité des SAMU / SAS, comme l'attribution du dossier (médecine générale ou médecine d'urgence) ou la priorité de régulation médicale ;
- dans les détails d'accès (niveau 2), le numéro de téléphone du lieu de l'intervention est ajouté.

5.2.3 Bloc Alerte Initiale – *initialAlert*

Dans le bloc de niveau 1 du modèle de donnée regroupant les informations de l'alerte initiale, les données du requérant (niveau 2) sont enrichies pour coller à la réalité des LRM : les données *Type de requérant* et *Difficulté de communication* sont disponibles et traitées séparément :

- le type de requérant (niveau 3) permet d'indiquer la relation du requérant avec l'incident / le patient / la victime
- la difficulté de communication (niveau 3) indique si le requérant rencontre ou non des difficulté de communication.

5.2.4 Bloc Opérateurs impliqués – *operator*

Le bloc opérateurs impliqués (niveau 1) est ajouté au modèle : il vise à pouvoir partager, dans les cas où cela est pertinent et souhaitable, les opérateurs en charge du dossier, ou à contacter prioritairement au besoin. Par exemple, il permet de communiquer qui est le médecin régulateur en charge du dossier dans un CRRA donné.

Ce bloc permet également de renseigner le rôle de l'opérateur ; par exemple, il peut aussi s'utiliser pour un ARM.

5.2.5 Bloc patients/victimes

Le bloc patients/victime (niveau 1) permettant de détailler les informations personnelles de chaque patient liés au dossier est créé.

Dans ce bloc, se trouvent les objets permettant d'échanger correctement les données liées à l'implémentation de l'INS (donc conformément au Référentiel INS et au RNIV)¹⁴.

Le matricule INS est traité à part : il ne doit pas être propagé tant que le statut de l'identité n'est pas « qualifiée ».

L'objet *Traits non stricts de l'identité* est celui à utiliser en priorité pour échanger le nom et le prénom du patient : nous ne sommes pas certains du nom de naissance et de son premier prénom de naissance du patient. Ces traits appartiennent à l'objet *Traits stricts de l'identité*.

La date de naissance et le sexe font partie des traits stricts de l'identité : même si ces informations n'ont pas fait l'objet d'une vérification, il est possible de les remplir et de les échanger. Le statut de l'identité qui permettra d'indiquer quelles vérifications ont été faites.

Il contient également les données relatives à la prise en charge médicale du patient : notes de régulation, hypothèses de régulation médicale, diagnostic du patient ; etc.

Le bloc patients/victimes est pour l'instant créé dans le message RS-EDA. Il est cependant probable qu'il fasse l'objet d'un message spécifique dans une version ultérieure, afin de mieux cloisonner et maîtriser l'envoi de ces données sensibles.

5.2.6 Bloc régulation médicale

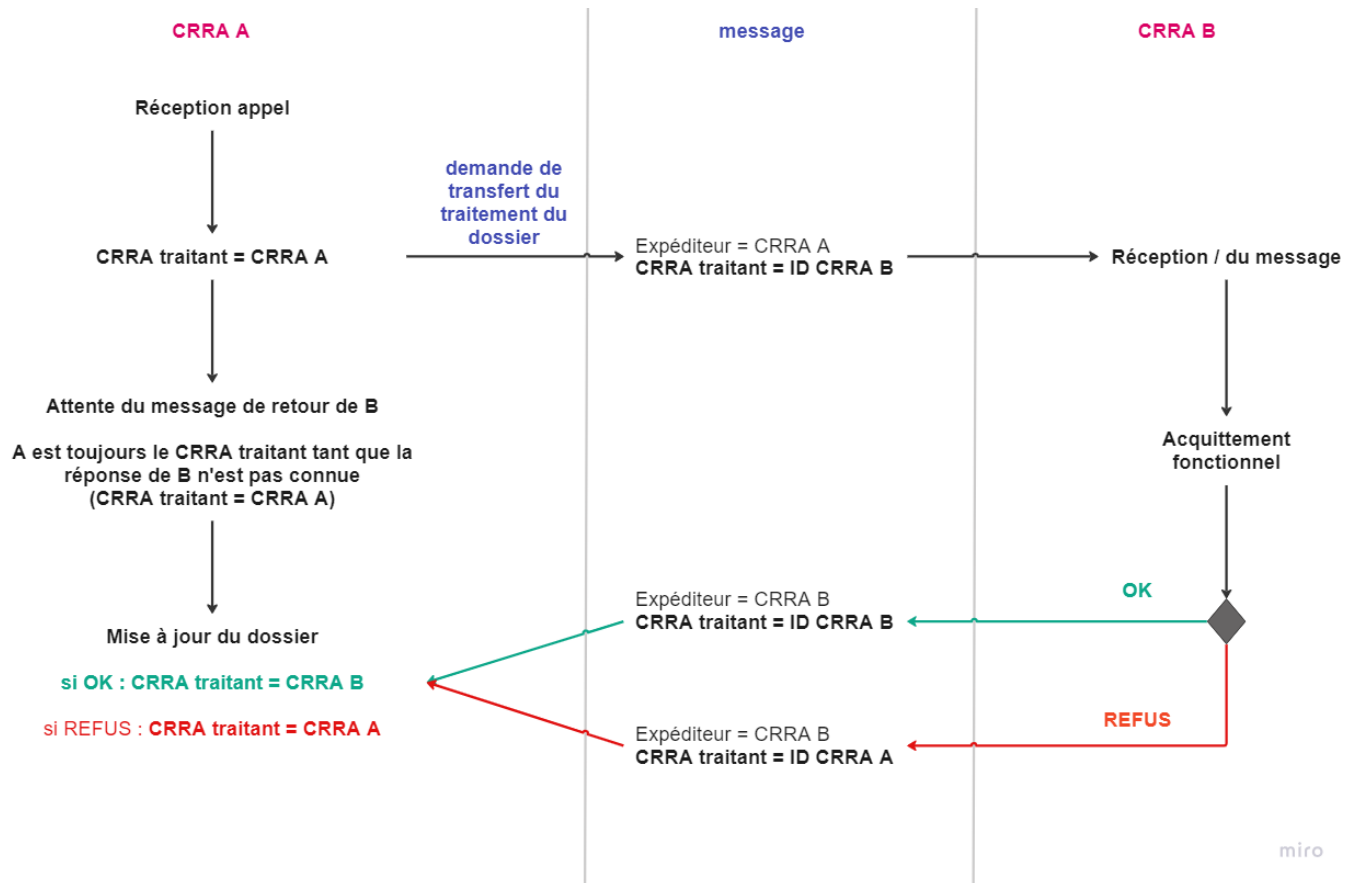
Le bloc régulation médicale (niveau 1) permet d'échanger les décisions successives prises, et de les lier aux patients concernés.

Ce bloc est pour l'instant créé dans un message RS-EDA. Il est cependant probable qu'il fasse l'objet d'un message spécifique dans une version ultérieure, afin de mieux cloisonner et maîtriser l'envoi de ces données sensibles.

5.3 Acquittement fonctionnel du transfert de dossier entre deux CRRA

Une nouvelle donnée obligatoire « CRRA traitant » spécifique au périmètre 15-15 est ajoutée pour permettre le bon acquittement fonctionnel des transferts de dossiers entre CRRA.

Il est notamment nécessaire dans les cinématiques permettant de traiter le cas de gestion des appels limitrophes : cf. [6.1- Gestion des appels en zone limitrophe](#).



Le principe de fonctionnement est le suivant :

- par défaut, le CRRA A recevant l'appel est considéré comme traitant le dossier ; c'est l'ID de ce CRRA qui est donc la valeur initiale présente dans *CRRA traitant* ;
- s'il demande à transférer le traitement intégral du dossier au CRRA B, alors il change la valeur de *CRRA traitant* (il met dans ce champ l'identifiant du CRRA B auquel il souhaite transférer le traitement de l'appel) ;
- à réception du message RS-EDA, le CRRA B identifie que l'expéditeur du message (CRRA A) a mis son ID dans le champ *CRRA traitant* et l'interprète comme une demande de transfert du dossier demandant une réponse.

Cette réponse est appelée acquittement fonctionnel du transfert de dossier et peut être déclenchée de plusieurs manières :

- Une pop-up ou un bouton de confirmation de reprise du dossier s'affiche de manière visible pour l'utilisateur du CRRA B et nécessite une action manuelle.
- L'acquiescement fonctionnel peut être envoyé automatiquement si B effectue une action ou remplit un champ qui signifie son acceptation : par exemple, si B renseigne une décision (engagement de ressource, conseil médical, etc.). Ou sur la base d'un autre critère validé par le CRRA concerné (adresse de localisation de l'affaire par exemple).
- L'acquiescement manuel par l'utilisateur peut être rendu obligatoire ou non, en fonction des à la demande de chaque CRRA concerné.

La réponse est caractérisée par la valeur du champ *CRRA traitant* :

- **Si B accepte**, il renvoie un RS-EDA de mise à jour en laissant son ID dans ce champ et en ajoutant l'ID local du dossier créé dans son LRM.
- **Si B refuse**, il renvoie un RS-EDA de mise à jour en remplaçant la valeur l'ID du SAMU demandeur dans ce champ (dans cet exemple par l'ID du CRRA A)

Il est important de noter que l'acquittement fonctionnel du transfert de dossier doit être vu comme un complément et traduction technique d'un appel téléphonique entre les acteurs concernés. De ce fait, **l'acquittement fonctionnel du transfert de dossier (qu'il soit positif ou non) ne doit pas être bloquant pour la saisie d'information dans le dossier**, que ce soit dans le système de l'émetteur ou du receveur :

- Le CRRA A peut continuer d'écrire dans le dossier et envoyer une mise à jour à B si une nouvelle information est portée à sa connaissance
 - o Si le CRRA B n'a pas encore répondu et que le CRRA A souhaite toujours lui transférer le dossier, le champ *CRRA traitant* reste valorisé à l'ID du CRRA B.
 - o Si le CRRA B a accepté le transfert et est désormais le CRRA traitant, le champ *CRRA traitant* sera valorisé à l'ID du CRRA B.
 - o Si le CRRA B a refusé le transfert, le champ *CRRA traitant* sera valorisé à l'ID du CRRA A.
 - Le CRRA B peut écrire des informations sur le dossier créé localement suite à la réception du message. Cependant, s'il souhaite envoyer ces informations au CRRA A, il devra accepter ou non le transfert avant d'envoyer son message pour savoir quelle valeur spécifier dans le champ *CRRA traitant* car celle-ci sera interprétée comme sa réponse à la demande de transfert par le CRRA A.
- De son côté, le CRRA A doit garder une trace de sa demande et du fait qu'il est en attente d'un message du CRRA B : la valeur du champ *CRRA traitant* dans ce message de retour contient la « réponse » à sa demande initiale.

5.4 Mise à jour en continu des dossiers partagés

Une fois partagés à un ou plusieurs partenaires, les dossiers doivent être maintenus à jour dans tous les systèmes, afin de garantir la fiabilité de l'information.

Lorsqu'un dossier est identifié comme étant partagé, toute modification inscrite dans le dossier doit ainsi faire l'objet d'un repartage à l'ensemble des partenaires avec qui le dossier est partagé.

Lors de la réception d'une telle mise à jour, le système récepteur peut décider d'intégrer certains champs automatiquement, d'en ignorer certains et de demander une action utilisateur sur d'autres. Pour tous ces cas, il est nécessaire que les différentes modifications apportées soient visibles et identifiables de manière claire par les utilisateurs qui reçoivent la mise à jour. Pour les champs opérationnels importants, ne pas modifier automatiquement les champs mais mettre en évidence visuellement une différence entre la valeur locale et la valeur reçue du partenaire est l'approche à privilégier.

Les sujets des messages de mise à jour des dossiers, qui sont transverses à l'ensemble des périmètres est en cours d'étude et de rédaction par l'équipe du Hub Santé. Ils seront plus détaillés dans les versions ultérieures du DSF.

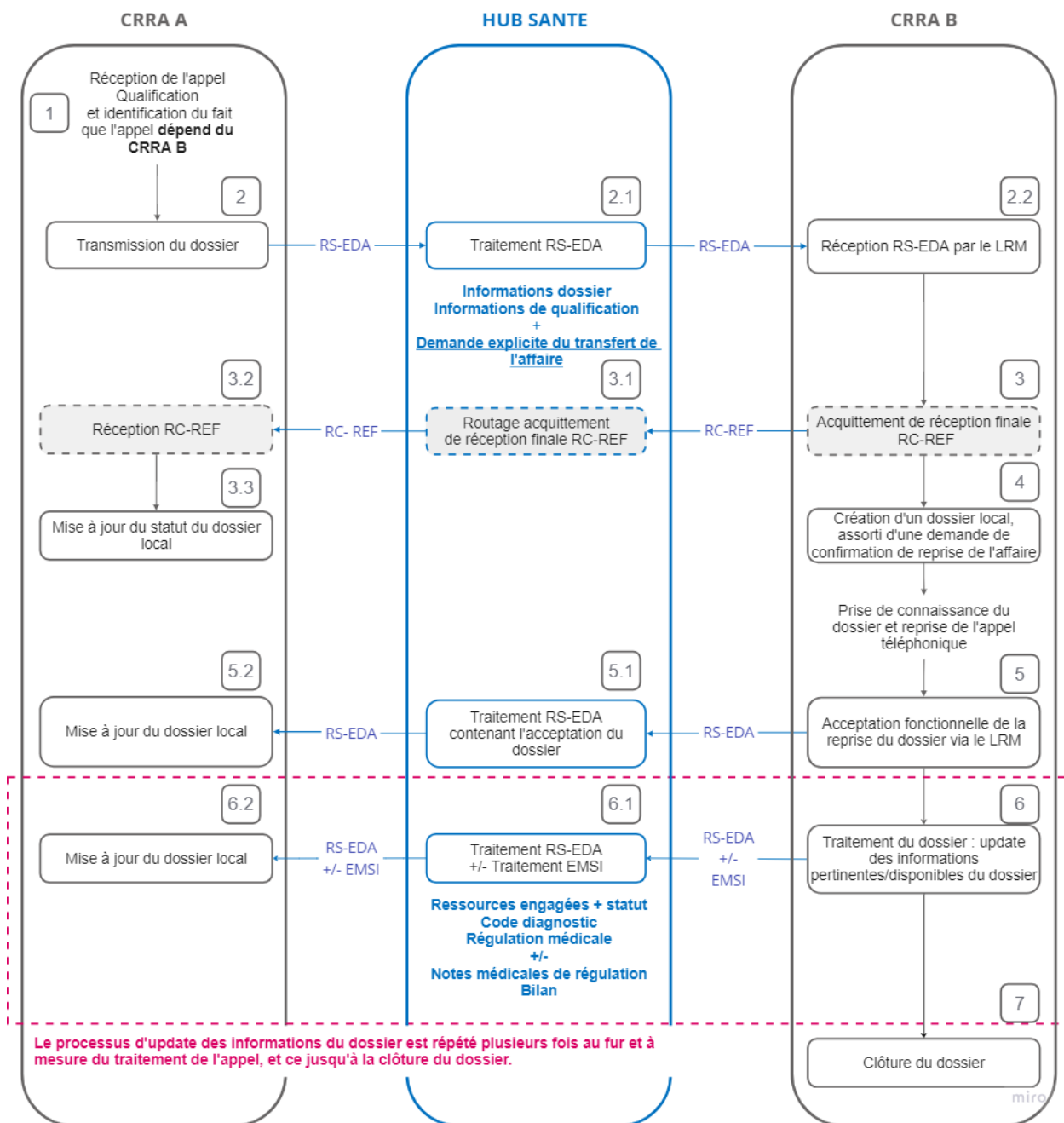


6 CINEMATIQUES DETAILLEES LIEES A L'ENVOI D'UN MESSAGE FONCTIONNEL

Cette section décrit les cinématiques détaillées liées à l'échange de messages par le Hub Santé : elles correspondent aux cas d'usage décrits en partie [4 – Cas d'usage métier](#) ; portés par les messages décrits en partie [5 – Format d'échanges](#)

6.1 Gestion des appels en zone limitrophe

6.1.1 Cinématique cible de traitement du cas passant





Acquittement technique

A terme, la cinématique cible retenue est celle présentée dans le schéma ci-dessus :

1. Le CRRA A reçoit un appel limitrophe qui ne dépend pas de lui : il identifie que ce dernier dépend du CRRA B - et uniquement du CRRA B. Par défaut il s'agit du CRRA compétent territorialement mais il peut exister des conventions entre SAMU sur certaines zones spécifiques.
2. L'opérateur procède au transfert du dossier vers le CRRA B : transmission d'un message RS-EDA. Le message RS-EDA est reçu par le Hub Santé (2.1) qui l'envoie vers le LRM du CRRA B (2.2).

Le message RS-EDA permet de propager l'ensemble des informations d'identification du dossier ainsi que celles renseignées lors de la qualification initiale par le CRRA A. Il permet également d'identifier explicitement la demande de transfert au CRRA B via la donnée *CRRA traitant* (décrit en partie Acquittement fonctionnel du transfert de dossier entre deux CRRA).

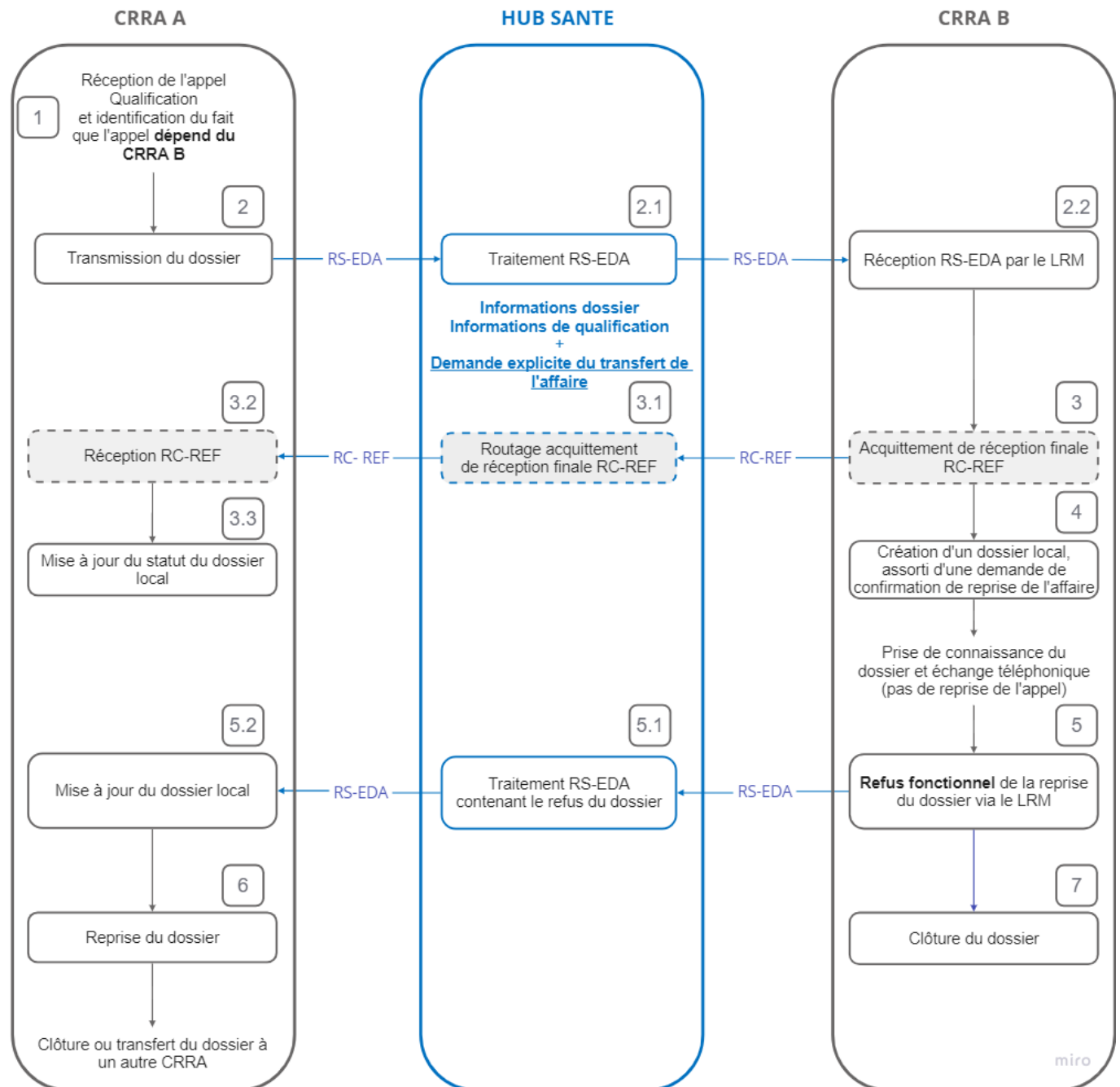
3. Transmission de l'acquittement de réception finale (RC-REF) du message RS-EDA : le message d'acquittement est reçu par le Hub Santé (3.1) qui le transmet au LRM du CRRA A (3.2).
Ce message atteste de la bonne intégration du message RS-EDA dans le LRM du CRRA B mais il n'indique en rien que le CRRA B a pris connaissance du dossier, ni qu'il en reprend bien la gestion.
Il est donc recommandé de mettre à jour le statut de dossier dans l'interface LRM du CRRA A (3.3) avec un statut indiquant que le message est simplement livré, et qui soit bien distinct du statut qui signale la reprise du traitement du dossier par le CRRA B.
4. Au traitement du message RS-EDA par le LRM du CRRA B, un dossier local est créé. La demande de transfert du dossier est signalée visuellement à l'utilisateur, et peut s'accompagner d'une action manuelle requise pour signifier l'acceptation du transfert.
5. Ici, l'opérateur du CRRA B accepte le transfert du dossier : transmission d'un message RS-EDA. Le message RS-EDA est reçu par le Hub Santé (5.1) qui l'envoie vers le LRM du CRRA A (5.2). Comme indiqué à l'étape 2 de la cinématique, le message contient les informations permettant au LRM du CRRA A d'identifier le fait que le CRRA B a accepté de reprendre le traitement du dossier.
Il est alors recommandé d'afficher à l'utilisateur du LRM du CRRA A que le transfert du dossier a été accepté par le CRRA B.
6. Une fois que le CRRA B reprend le traitement du dossier, le dossier est mis à jour en continu via l'envoi de messages RS-EDA successifs.
Chaque message RS-EDA est reçu par le Hub Santé (6.1) qui l'envoie vers le LRM du CRRA A (6.2).

Cette étape vise à garder à jour les informations des dossiers partagés entre plusieurs CRRA, et/ou avec d'autres partenaires que les CRRA ; ce qui a pour objectif de garantir la continuité de l'information disponible pour tous les partenaires engagés sur une même affaire.

Par exemple ici, si le CRRA B a ensuite besoin de demander la collaboration du CRRA A (partage de ressource ou autre) le dossier est déjà à jour chez A, lui permettant parfois d'anticiper la demande de B.

7. Lorsque l'ensemble du dossier est traité, il est clôturé par le CRRA B.

6.1.2 Cinématique cible du cas non-passant (refus)



Dans le cas où le CRRA B refuse le transfert du dossier, la cinématique cible précédente est écourtée :

- 1-4. Les étapes initiales sont identiques à celles du cas passant (cf partie Cinématique cible de traitement du cas passant).
5. L'opérateur du CRRA B refuse le transfert du dossier : transmission d'un message RS-EDA. Le message RS-EDA est reçu par le Hub Santé (5.1) qui l'envoie vers le LRM du CRRA B (5.2). Grâce au champ *CRRA traitant*, le message contient les informations permettant au LRM du CRRA A d'identifier le fait que le CRRA B a refusé de reprendre le traitement du dossier. Il est alors recommandé d'afficher à l'utilisateur du LRM du CRRA A que le dossier a été refusé par le CRRA B.



6. Le CRRA A reprend le traitement du dossier et prend les mesures nécessaires à la situation (transfert à un autre CRRA, traitement par le CRRA A, etc.)
7. Le dossier est clôturé côté CRRA B

6.2 Gestion de ressources partagées

A venir.

6.3 Partage d'activité

A venir.

7 PROPOSITIONS D'ÉVOLUTIONS

Pour les propositions d'évolutions globales sur les messages utilisés, merci de consulter la **Partie 7 – Propositions d'évolution** du document « *Lien Hub Santé : LRM – NEXSIS - Dossier des spécifications fonctionnelles – v 1.4* ».

L'équipe Hub Santé proposera dans la prochaine version du DSF, et au fur et à mesure que les cinématiques des cas d'usage y seront ajoutées, une série d'évolutions possibles du périmètre 15-15 et est, d'ores et déjà, ouverts aux retours et propositions des différents acteurs et partenaires.