




MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION

*Liberté
Égalité
Fraternité*



AGENCE
DU NUMÉRIQUE
EN SANTÉ

La transformation commence ici 



Hub Santé

Journée présentielle

26/02/2024 | DGOS – ANS

Pourquoi cet atelier ?



Un atelier collégial

- Les 11 SAMU pilotes du Hub Santé
- La DGOS et les représentants métiers Santé nationaux
- Les éditeurs de LRM
- L'ANS




Pour partager les travaux réalisés

- La vision métier nationale
- Les travaux CISU
- Les travaux sur le Hub Santé



Et construire ensemble la vision Santé des liens du Hub

- Partager et s'aligner sur la vision Santé
- Arbitrer les éléments principaux du lien 15 – NexSIS pour parler d'une même voix
- Arbitrer les éléments principaux du lien 15 – 15 avec l'arrivée des premiers pilotes
- Identifier les éventuels points bloquants pour orienter la suite des travaux

- 
1. **Introduction**
 2. **Lien 15-NexSIS – Point métier**
 3. **Lien 15-NexSIS – Point métier et éditeurs**
 4. **Lien 15-15 – Point métier et éditeurs**




**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**AGENCE
DU NUMÉRIQUE
EN SANTÉ**

La transformation commence ici 



1. Introduction



Une réorientation du programme SI-SAMU

Instruction n°DGOS/PF5/R2/2022/201 du 10 octobre 2022

« La construction du LRM national est arrêtée, au profit d'une logique dite "d'Etat Plateforme" »

- L'élaboration, la valorisation et l'interfaçage de nouveaux modules et services
 - Un travail sur les opportunités de mutualisation de services techniques avec les autres plateformes d'urgence
- Le SI-SAMU est accompagnateur et fédérateur de la modernisation des SAMU



Un besoin terrain fort d'interopérabilité

Remonté par le métier et les éditeurs

Volonté commune d'interopérabilité entre les acteurs et les logiciels

→ La DGOS lance les travaux pour un Hub Santé



L'ANS mandatée par la DGOS pour piloter le sujet Hub Santé

Animation des échanges avec métier et éditeurs

Définition du cadre d'interopérabilité en concertation

Construction du Hub Santé comme socle national support pour les éditeurs

Situation actuelle

De nombreux échanges dans les SAMU

- Externes : 15-15, 15-18, Centre Anti-Poisons, CNR114, reporting ARS/ORU, ...
- Internes : tablettes, ambulances, hélicoptères, ...

Des liens existants hétérogènes

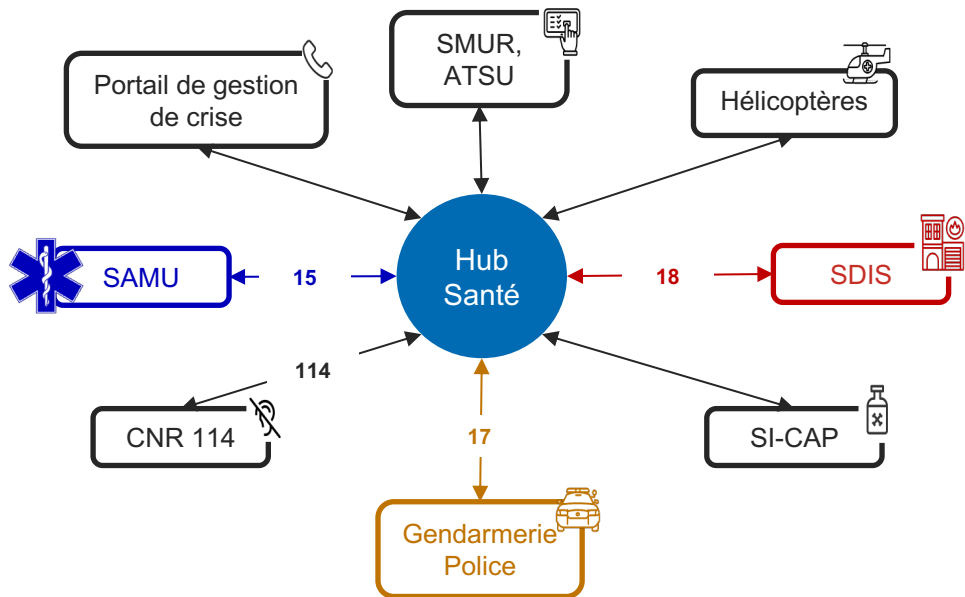
- Liens différents selon l'éditeur, le SAMU, la région
- Difficultés à chaque connexion avec un nouvel acteur

Des alternatives coûteuses en temps et peu fiables

- Externes : partage d'information par téléphone
- Internes : copier-coller entre différents systèmes

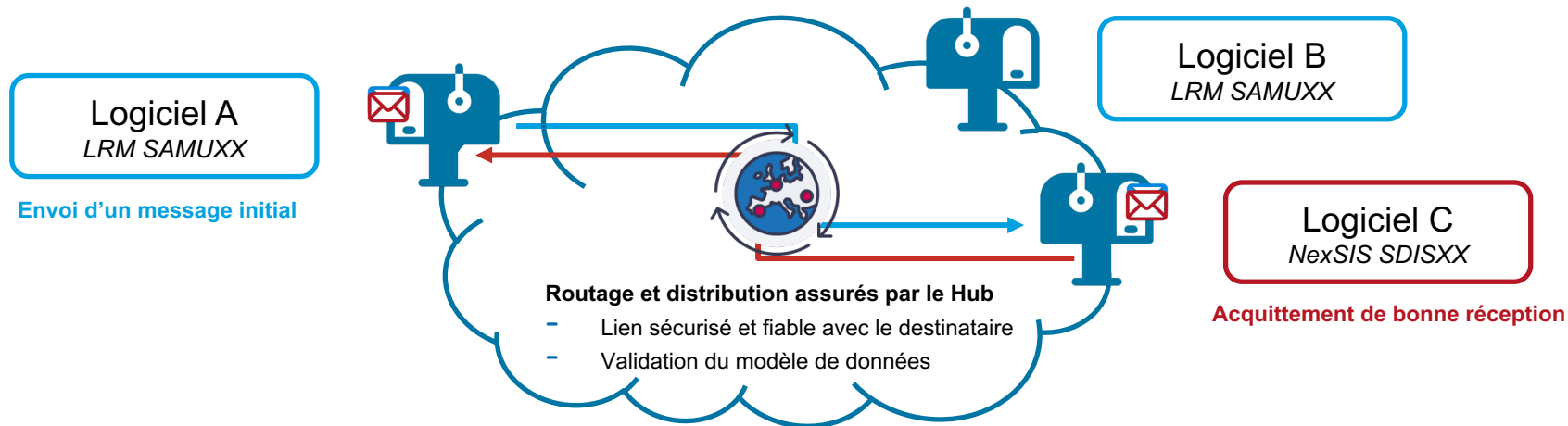
Situation cible

→ Des échanges variés, standardisés et renforcés



Qu'est-ce que le Hub Santé ?

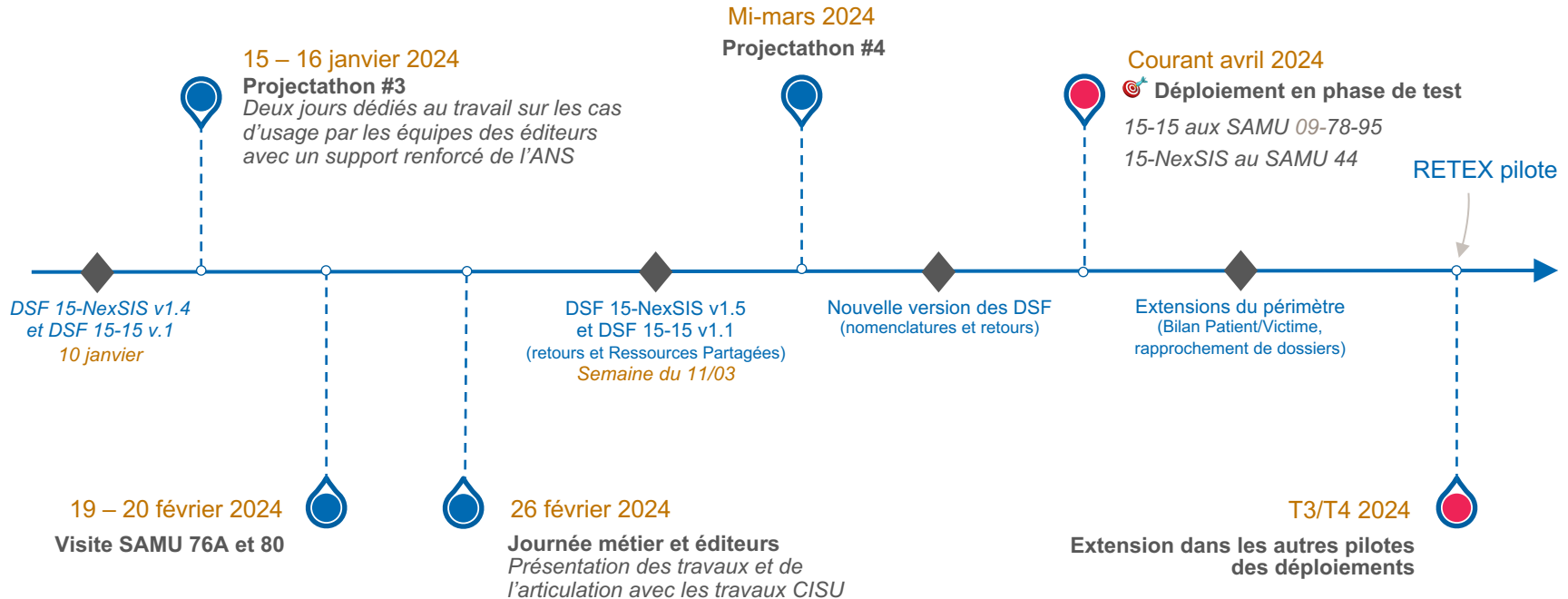
1. Une **plateforme nationale** qui permet un échange sécurisé et standardisé de données
2. Développé conjointement avec une co-construction de **modèles de données nationaux**



Pour plus d'informations, consultez les webinaires du Hub Santé, disponible en replay :

Visionner





L'équipe ANS



- 1 responsable projet,
- 2 développeurs,
- 2 chefs de projets API,
- 2 experts métiers.

Adresse mail du Hub Santé : hubsante.contact@esante.gouv.fr



Romain FOUILLAND
Responsable de projet

romain.fouilland@esante.gouv.fr



Daphné LECCIA
Cheffe de projet API

15-18

daphne.leccia.ext@esante.gouv.fr



Elodie FALCIONI
Cheffe de projet API

15-15

elodie.falcioni.ext@esante.gouv.fr



Benjamin BONCHE
Développeur

benjamin.bonche.ext@esante.gouv.fr



Saveliy SVIRIDOV
Développeur

saveliy.sviridov.ext@esante.gouv.fr

Dr. Frédéric Berthier, Dr. Philippe Dreyfus (experts métiers)

Programme SI-SAMU

Une coordination forte avec le métier



Une représentation métier nationale historique et forte

Des représentants métiers Santé nationaux engagés dans les travaux interministériels dès le début des travaux

Une défense ferme des intérêts métiers Santé dans une logique de collaboration avec les forces de sécurité et secours



Un lien métier permanent avec l'équipe projet

Le Hub Santé : un axe d'évolution organisationnel porté par le métier avec une volonté forte d'interopérabilité entre les acteurs et logiciels

Deux experts métiers travaillant au quotidien avant l'équipe projet et relisant les travaux réalisés



Une écoute et collaboration avec les SAMU pilotes

Une dizaine de SAMU pilotes de tailles, régions, éditeurs variés

Des ateliers métiers récurrents et efficaces pour élaborer les liens du Hub Santé

Des visites régulières des SAMU (~1 / mois)




**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

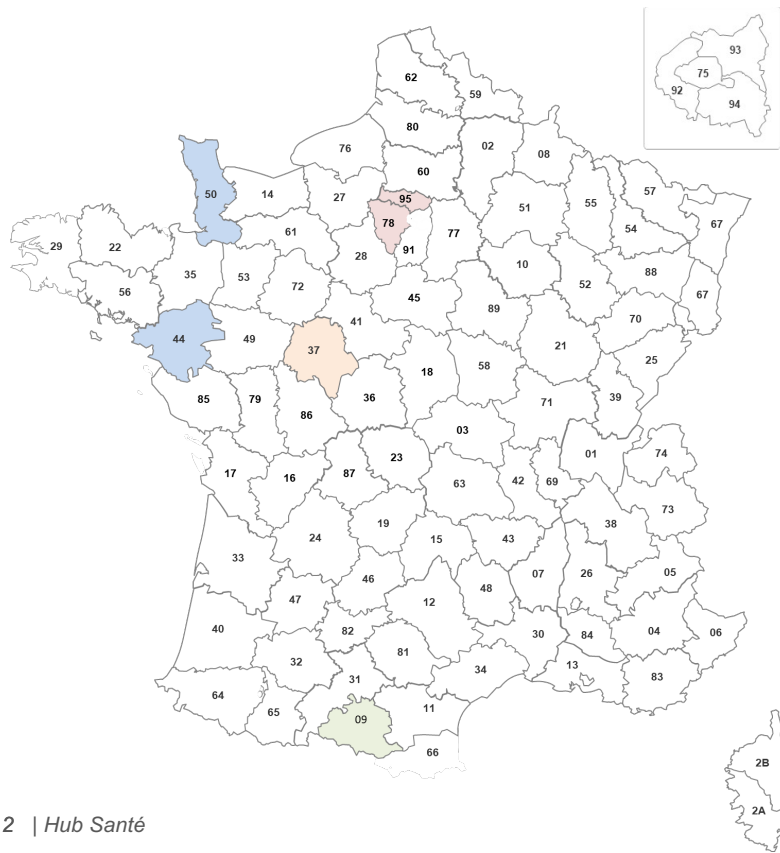


**AGENCE
DU NUMÉRIQUE
EN SANTÉ**

La transformation commence ici 



2. 15 - NexSIS Conférence métier



SAMU 78 - Appligos
SAMU 95 - Scriptal

IDF



SAMU 37 - Exos

CENTRE



SAMU 44 - Inetum
SAMU 50 - RRAMU

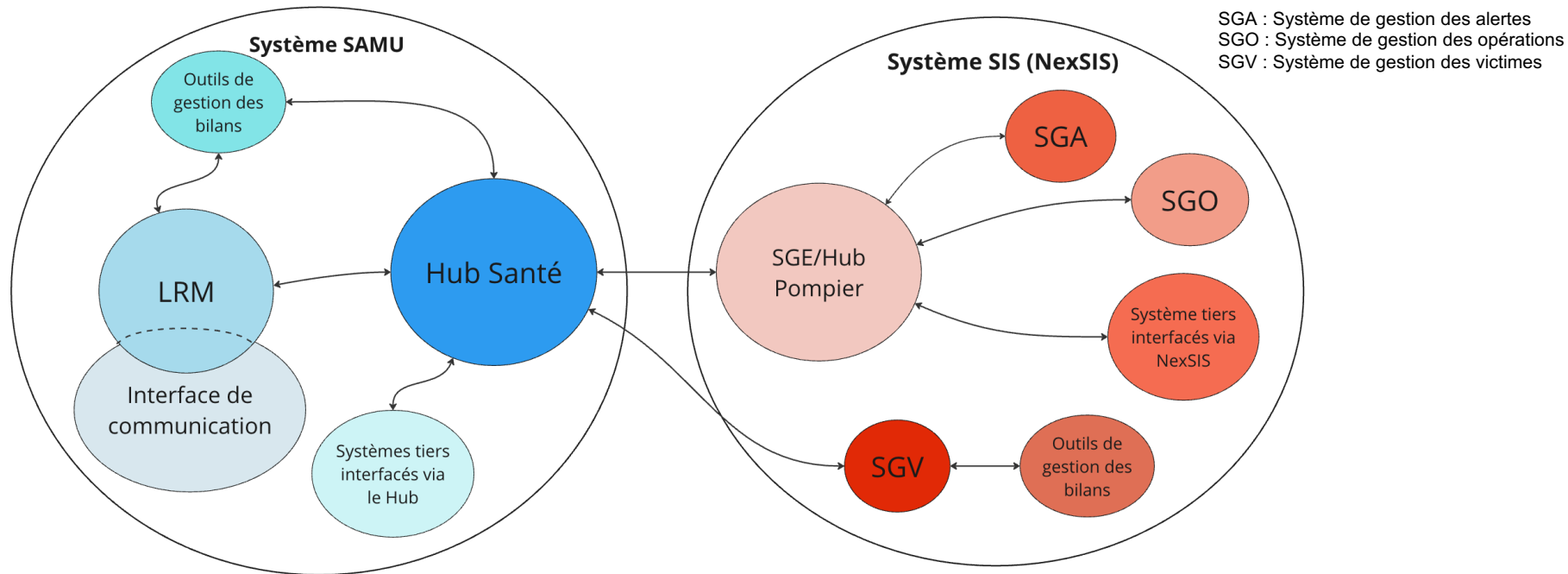
OUEST



SAMU 09 - BISOM

SUD

De nombreux systèmes impliqués dans les échanges SAMU-SIS



- Le **SGA** (instance nationale départementalisée) équipe le CTA et peut partager vers le LRM un dossier créé dans NexSIS.
- Le **SGO** (instance nationale départementalisée) équipe le CODIS et échange avec le LRM sur les dossiers, missions et ressources.
- Le **SGV** (seul système HDS) récupère les patients/victimes créés dans le LRM et les bilans créés dans les tablettes pour partage vers le LRM.



Groupe de travail CISU (Cadre d'Interopérabilité entre les Services de l'Urgence)

- Lancé en septembre 2017, il réunit des représentants fonctionnels de :
 - la police nationale,
 - la gendarmerie nationale,
 - la sécurité civile,
 - la préfecture de police,
 - la santé.
- Objectif : définir un langage commun d'échanges que cela soit du point de vue des concepts (**modélisation**), de la syntaxe (**modèles de données**) ou du vocabulaire (**nomenclature**)
- Devant sa temporalité de déploiement, NexSIS a fait évoluer le CISU vers une version « NexSIS » pour porter ses premiers liens (lien avec le 77 seulement finalement)
- Avec le lancement du Hub Santé, les travaux CISU ont été relancés et repris au travers de contrats d'interface (DSF) et de modèles de données et nomenclatures à notre main (Référentiel CISU = RC)



Standard EMSI

- Norme internationale conçue dans une logique **d'échanges opérationnels inter-forces**
- Norme reprise par NexSIS pour compléter les travaux CISU sur le périmètre des opérations / ressources
- Objectifs de son utilisation dans le cadre des travaux CISU :
 - S'appuyer sur les développements et tests de NexSIS pour être opérationnel plus rapidement
 - Utiliser une norme internationale pour faciliter les développements et réutilisations
 - L'adapter aux besoins métiers Santé tout en ne retardant pas le calendrier de NexSIS
- Un cadre strict et parfois inconfortable que l'on cherche à ouvrir et assouplir

4 types de messages prévus pour les échanges

Type de message	Statut	Format	Description du message
Echange de Dossier/Affaire	<i>Validé</i>	Référentiel CISU	<p><i>Echange d'un dossier ou d'une mise à jour de données du dossier déjà partagé avec un partenaire.</i></p> <p><i>NB : Ce partage peut avoir lieu avant ou après un engagement de ressource chez l'acteur émetteur du message.</i></p>
Demande de Concours	<i>Validé</i>	EMSI	<i>Demande d'intervention à un partenaire avec un effet à obtenir.</i>
et Réponse à la demande	<i>Validé</i>	EMSI	<i>Réponse à cette demande (message fonctionnel permettant d'accepter ou refuser).</i>
Opération globale	<i>Validé</i>	EMSI	<i>Echange d'opérations (composées de missions et ressources) du partenaire, avec ou sans demande de concours préalable.</i>
Bilan Patient/Victime	<i>Identifié</i>	Référentiel CISU	<i>Echange des informations sur le bilan patient-victime (en fonction des habilitations des partenaires)</i>

Effets à obtenir

- Objectif : demander à un partenaire un effet à obtenir *générique*
 - Ne pas demander de ressource précise
 - Chaque partenaire décide des ressources qu'il engage, selon l'effet à obtenir qu'il a reçu en demande de concours
- Exemple d'effets à obtenir et leur code de correspondance.
- **Attention : liste illustrative, non validée et non exhaustive.**

Effets à obtenir	Force concernée
Relever une personne	SIS
Lutter contre l'incendie	SIS
Détection CO et autre gaz	SIS
Aider au brancardage	SIS
Demande d'ouverture d'accès	SIS
Demande de transport (médicalisé) d'une personne	SIS/SAMU
Demande de soutien médico psychologique	SAMU
Demande de prise en charge médicale	SAMU
Demande de prise en charge para médicale	SAMU
Demande de régulation médicale	SAMU

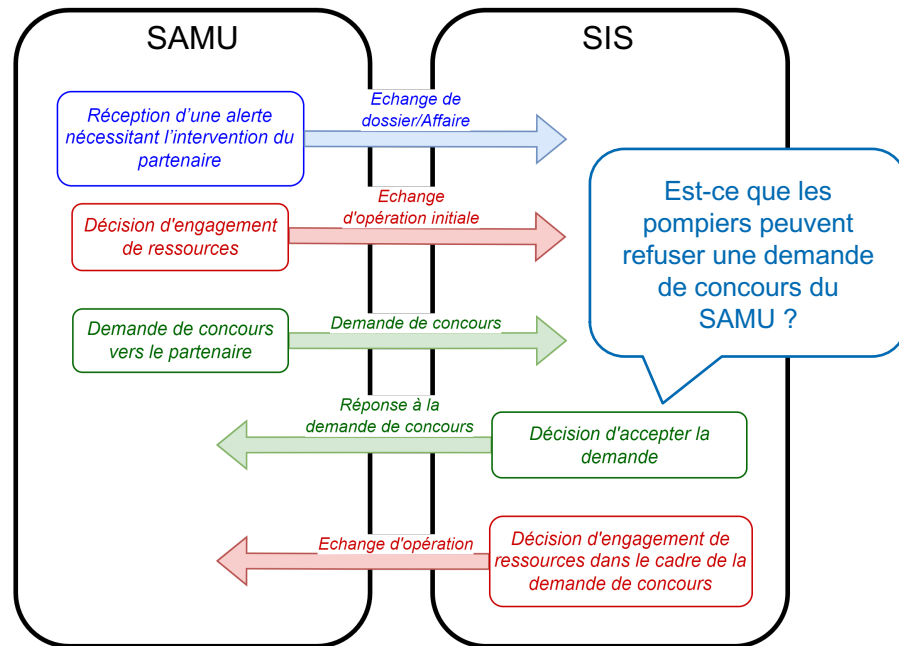
Quelles sont les différentes demandes que les SAMU peuvent faire aux pompiers ?

Quelles sont les différentes demandes que les pompiers peuvent faire au SAMU ?

Les pompiers peuvent-ils seulement demander au SAMU une régulation médicale ?

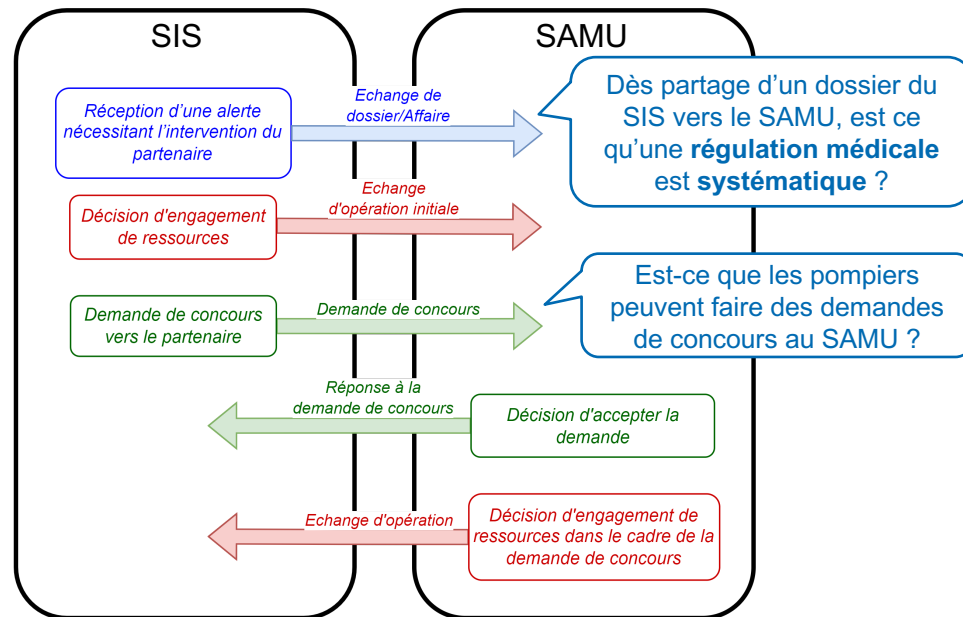
Scénario : Le SAMU intervient à domicile pour un patient/victime inconscient, qui nécessite un brancardage particulier compte tenu de la configuration de l'immeuble.

1. À la suite d'une réception d'alerte, le SAMU crée un dossier/affaire et engage une ressource.
2. Le dossier/affaire nécessite des ressources du SIS. *Ce besoin peut être immédiat (à la suite de la réception de l'alerte) ou différé (suite à l'arrivée sur place).*
3. Le dossier/affaire et les opérations en cours du SAMU sont donc échangés vers le SIS ainsi qu'une demande d'effet à obtenir « *brancardage* ».
4. Le SIS répond à la demande de concours. *Un champ commentaire permet de préciser la réponse.*
5. Le SIS engage des ressources dans le cadre de sa réponse et les partage au SAMU.

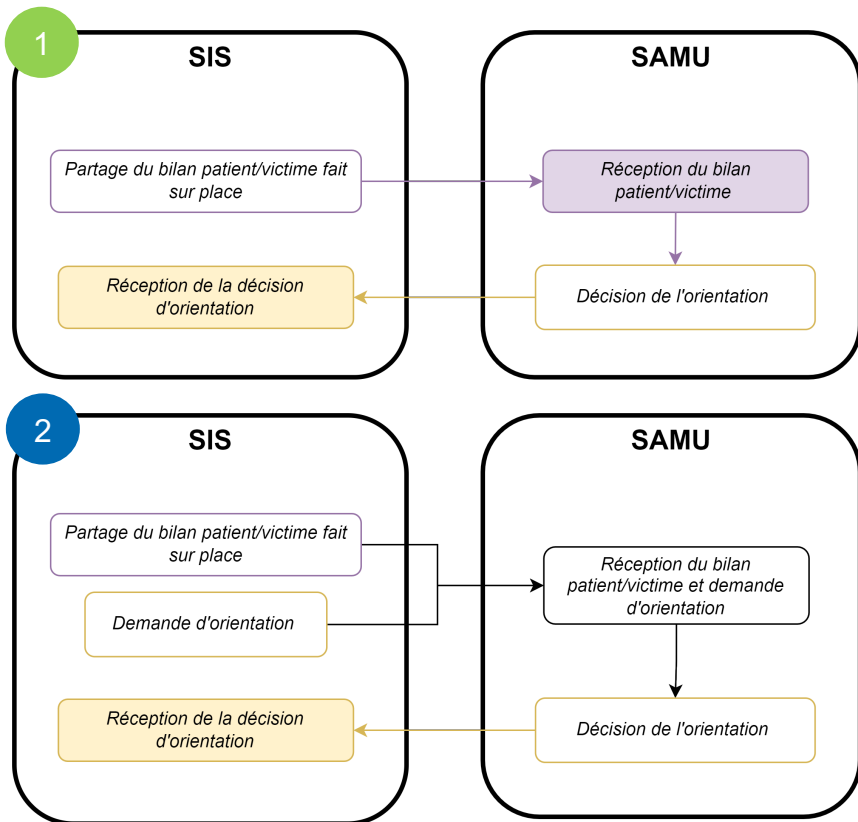


Scénario : Le requérant contacte le SIS pour une ouverture de porte. Le SIS se déplace et identifie plusieurs blessés nécessitants, suite à régulation, un transport médicalisé.

1. À la suite d'une réception d'alerte, le SIS crée un dossier/affaire et engage une ou plusieurs ressources.
2. Le dossier/affaire ainsi que les ressources engagées par le SIS sont partagés au SAMU.
3. Sur place, le SIS identifie plusieurs blessés et demande l'effet à obtenir « *demande de régulation médicale* » au SAMU.
4. Le SAMU répond à la demande de concours.
Un champ commentaire permet de préciser la réponse.
5. Après régulation, le SAMU accepte la demande de concours et décide d'engager des ressources et les partage au SIS.



Bilan Patient/Victime et Orientation



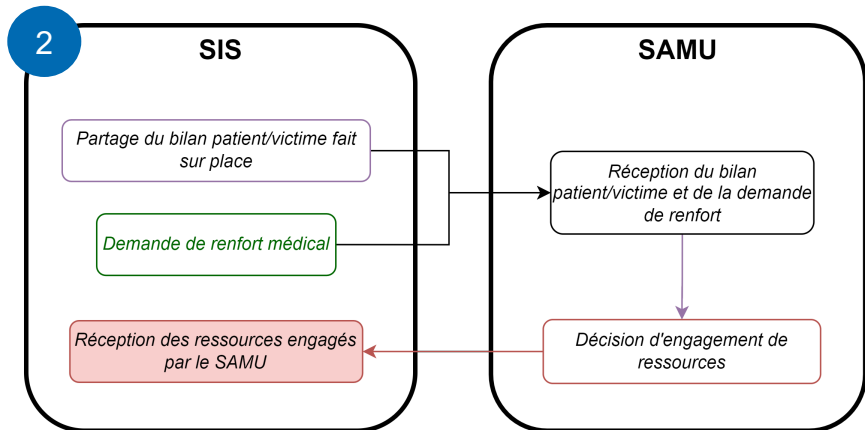
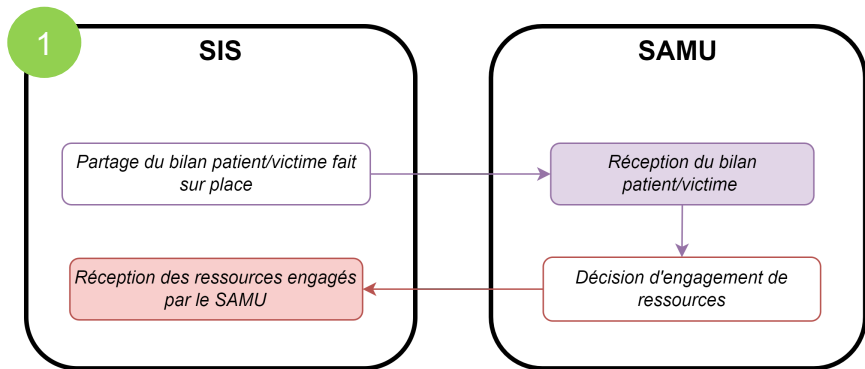
Contexte : Les pompiers arrivent sur les lieux de l'intervention. Le Bilan Patient/Victime est effectué et est envoyé au SAMU.

Est-ce que les pompiers peuvent demander une orientation au moment du partage du bilan ?

Quels sont les types d'orientation que le SAMU peut donner aux pompiers ?

Quel schéma correspond aux échanges du Bilan Patient/Victime ?

Bilan Patient/Victime et engagement de ressources SAMU



Contexte : Les pompiers arrivent sur les lieux de l'intervention. Le Bilan Patient/Victime est effectué et est envoyé au SAMU. La situation sur place nécessite l'engagement de ressources SAMU.

Est-ce que les pompiers peuvent demander du renfort au SAMU au moment du partage du bilan ?

Si oui, quel type de renfort peuvent-ils demander ? Est-ce uniquement une demande de régulation médicale ?

Quel schéma correspond aux échanges du bilan patient/victime avec renfort ?

Bilan Patient/Victime et échange initial des patients

- Afin de permettre l'association entre les patients du SAMU et les bilans réalisés par les pompiers, le LRM partage dès que créés les patients aux pompiers.
- Dans le cadre de l'échange de données patients du SAMU vers le SIS ou SIS vers SAMU, les informations suivantes pourraient être partagées :

Informations échangées		Accord métier (à compléter)
ID technique unique du patient		X
Contact du patient	Type de contact	X
	URI du contact	X
Langue parlée		X
Difficulté de communication		X
Traits d'identité non-stricts	Nom usuel	X
	Prénom usuel	X
	Date de naissance	X
	Age	X
	Sexe	X

Récapitulatif - Prise de décisions (1/3)

#	Questions	Arbitrage
1	Est-ce que les échanges SGA (logiciel national des CTA) vers LRM doivent être autorisés ?	Oui
2	Est-ce que la séparation SGA / SGO / SGV (et le lien « victime » qu'avec le SGV) est acceptable côté Santé ?	<ul style="list-style-type: none"> • Discussions en cours entre la DGOS et l'ANSC. • Informer l'ANSC que nous ne souhaitons pas segmenter les différents systèmes de gestion. • Echanger avec NexSIS : l'ANSC doit prendre la responsabilité de savoir vers quel système de gestion les données reçues doivent être envoyées.
3	Lorsqu'un échange de dossier du SIS au SAMU a lieu, une régulation médicale doit-elle être systématique ?	Non, les partages pour information / en anticipation sont possibles
4	Le SIS peut-il faire des demandes de concours au SAMU ? Faut-il modifier le terme « demande de concours » par un autre ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui, le SIS peut faire des demandes de concours au SAMU. • Conserver le terme « demande de concours ». • Adapter la sémantique des effets à obtenir (ex. "assurer une prise en charge médicale" à modifier par "Demande de prise en charge médicale").
5	Faut-il modifier le terme « effet à obtenir » par un autre ?	Non
6	Quelles sont les différentes demandes que les SAMU peuvent faire aux pompiers ? Quelles sont les différentes demandes que les pompiers peuvent faire au SAMU ?	<ul style="list-style-type: none"> • Liste des effets à obtenir à revoir. • Envoyer la liste des effets à obtenir revus aux SAMU pilotes pour concertation.

#	Questions	Arbitrage
7	Est-ce que les pompiers peuvent refuser une demande de concours du SAMU ?	Oui
8	Le SIS doit-il toujours partager un Bilan Patient/Victime ou retour de situation sur place ?	Oui
9	Le SIS peut-il demander du renfort médical une fois arrivé sur place au SAMU ?	Oui, via une demande de concours.
10	Le SIS peut-il faire une demande d'orientation au SAMU ?	Non. Le SIS transmet un bilan patient/victime et le SAMU décide de l'orientation.
11	Quels sont les types d'orientation que le SAMU peut donner aux pompiers ?	A revoir en atelier métier. <i>NB : « Où est suivi le patient ? Où est-ce que le patient veut aller ? Où est-ce que le médecin traitant souhaite l'orienter ? »</i>
12	Le Bilan Patient/Victime ne peut être partagé que du SIS vers le SAMU mais pas inversement (SAMU vers SIS) ?	Oui, le SIS ne reçoit aucun bilan patient/victime du SAMU.
13	Les informations proposées à échanger sur le patient sont-elles validées (slide 21) ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui, validé par le métier. • Ajouter notamment le type d'identifiant (ex. SINUS)



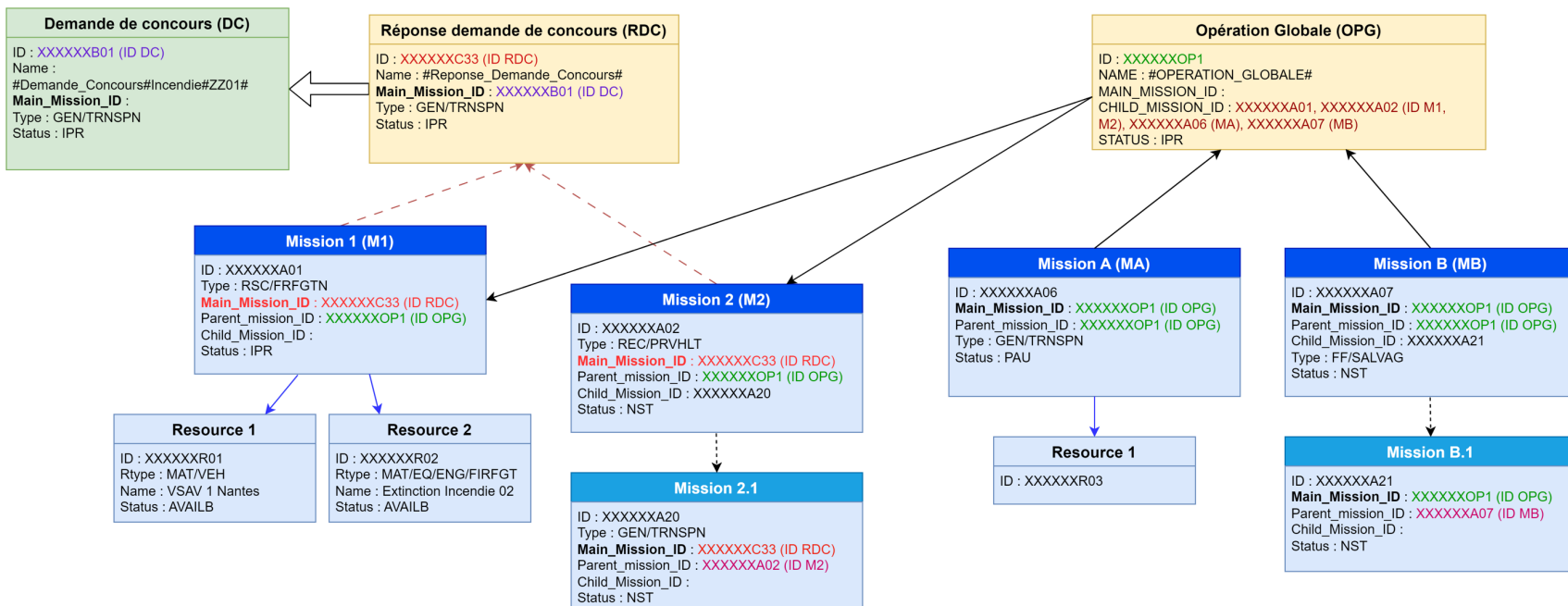
A voir avec l'ANSC :

1. Se concerter sur le **calendrier de déploiement** de NexSIS.
2. Déterminer si les **motifs de recours** ainsi que les **commentaires de texte libre**, renseignés dans le SGA, peuvent être considérés comme des **données de santé**. Si oui, le SGA ne doit-il pas être HDS ?
3. Rappeler notre besoin du référentiel des moyens SIS.
4. Ajouter dans le dossier CNIL les informations patients partagées pour raison RGPD.



Autres retours :

1. Industrialiser la **méthodologie de déploiement** de chaque lien.
2. Créer un patient à la réception d'un bilan patient/victime du SIS sans patient connu du SAMU avant.
3. Permettre de faire évoluer la nomenclature des effets à obtenir de la demande de concours.



La mission « opération globale » englobe toutes les missions opérationnelles et ressources engagées par un même partenaire :

- Les missions 1 et 2 sont des missions opérationnelles créés suite à une demande de concours d'un partenaire (MAIN_MISSION_ID= ID RDC).
- Les missions A et B sont des missions opérationnelles que le partenaire a créées indépendamment à une demande de concours.



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**AGENCE
DU NUMÉRIQUE
EN SANTÉ**

La transformation commence ici 



3. 15 - 15 Conférence métier et éditeurs



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**AGENCE
DU NUMÉRIQUE
EN SANTÉ**

La transformation commence ici 



15 - 15

Rappel des cas d'usage identifiés

Les cas et définitions métiers sont issus de plusieurs groupes de travail et études nationales :

- *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).
- *SAMU Centres 15 - Référentiel et guide d'évaluation*. Mars 2015. Samu-Urgences de France (SUdF). Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). [sfmu-sudf_referentiel_samu_2015.pdf](https://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/donnees_regulationV1_apl-drv1.pdf)
- *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. https://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/donnees_regulationV1_apl-drv1.pdf

Ils ont été revus et réadaptés avec plusieurs experts métiers côté ANS :

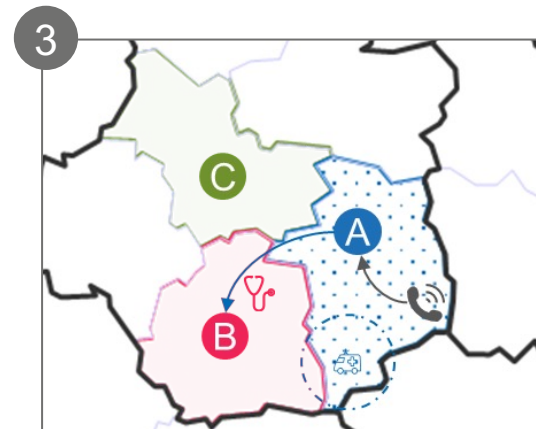
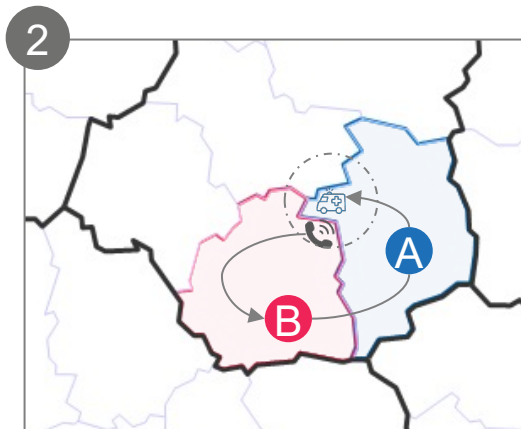
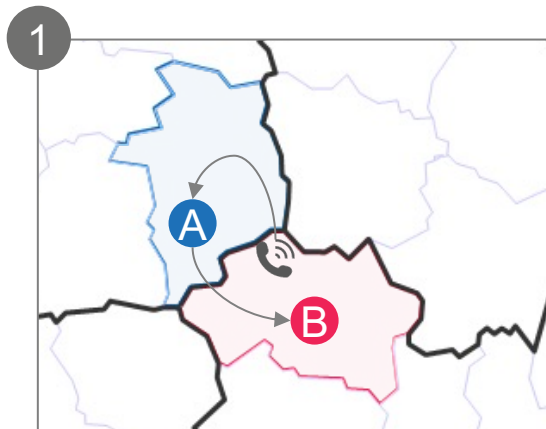
Dr Frédéric Berthier, Dr Philippe Dreyfus et M. Sébastien Storck.

Liste des cas d'usage 15-15 identifiés

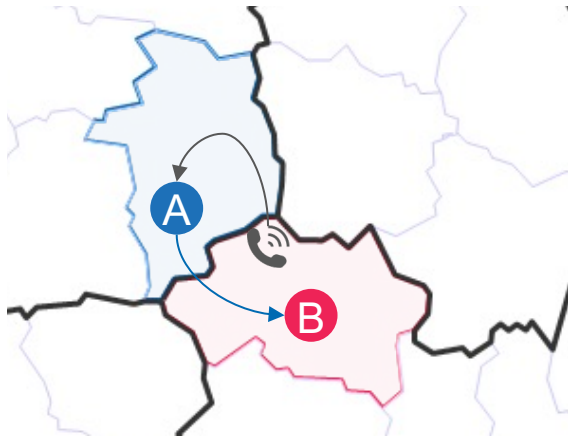
1 - Gestion des appels en zone limitrophe

2 - Gestion de ressources partagées

3 - Partage d'activité



1 - Gestion des appels en zone limitrophe

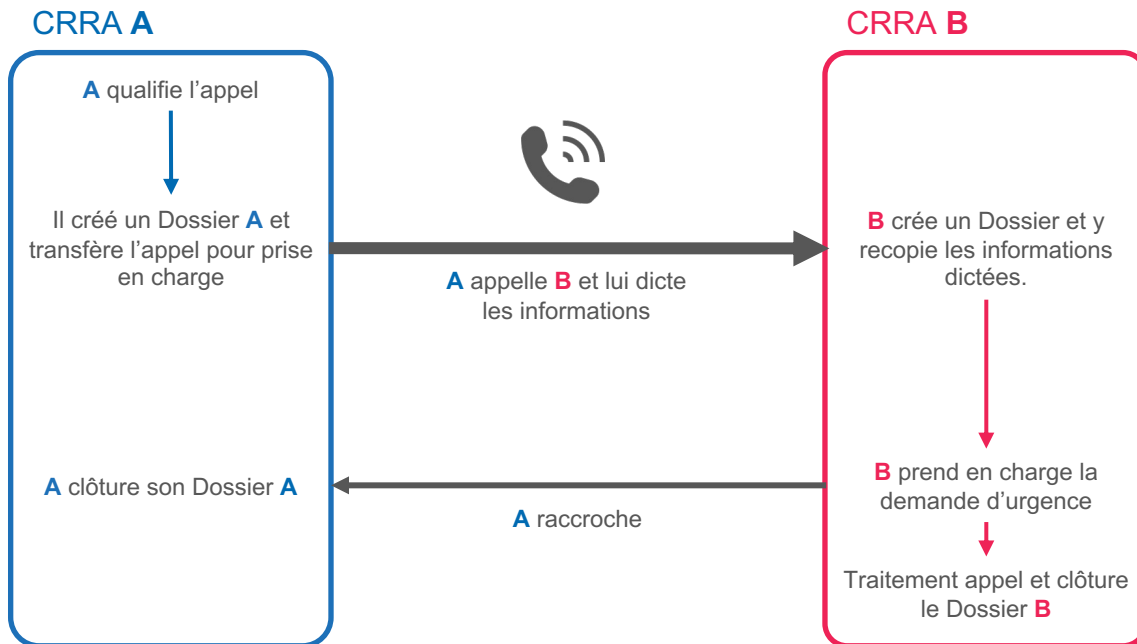


Cas terrain

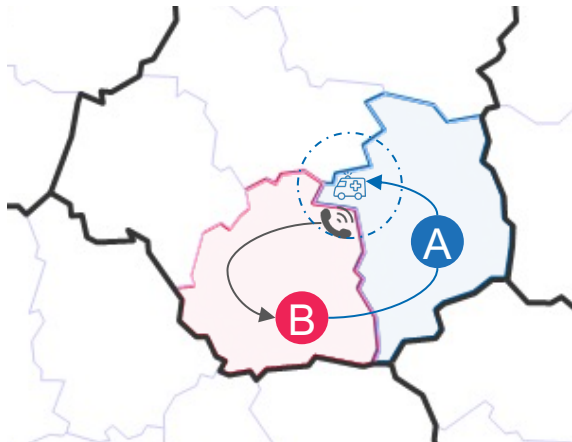
- Le patient se trouve dans le département B, mais son appel est routé vers le CRRA A
- L'appelant se trouve dans le département A, mais le patient se trouve en réalité dans le département B

Le SAMU recevant l'appel transfère le traitement de l'appel à un SAMU **limitrophe**, inter ou intra régional, habilité à intervenir à l'endroit où se trouve réellement le patient (sans intervention du SAMU initialement sollicité)

Processus métier actuel (en absence de lien 15-15)



2 - Gestion de ressources partagées



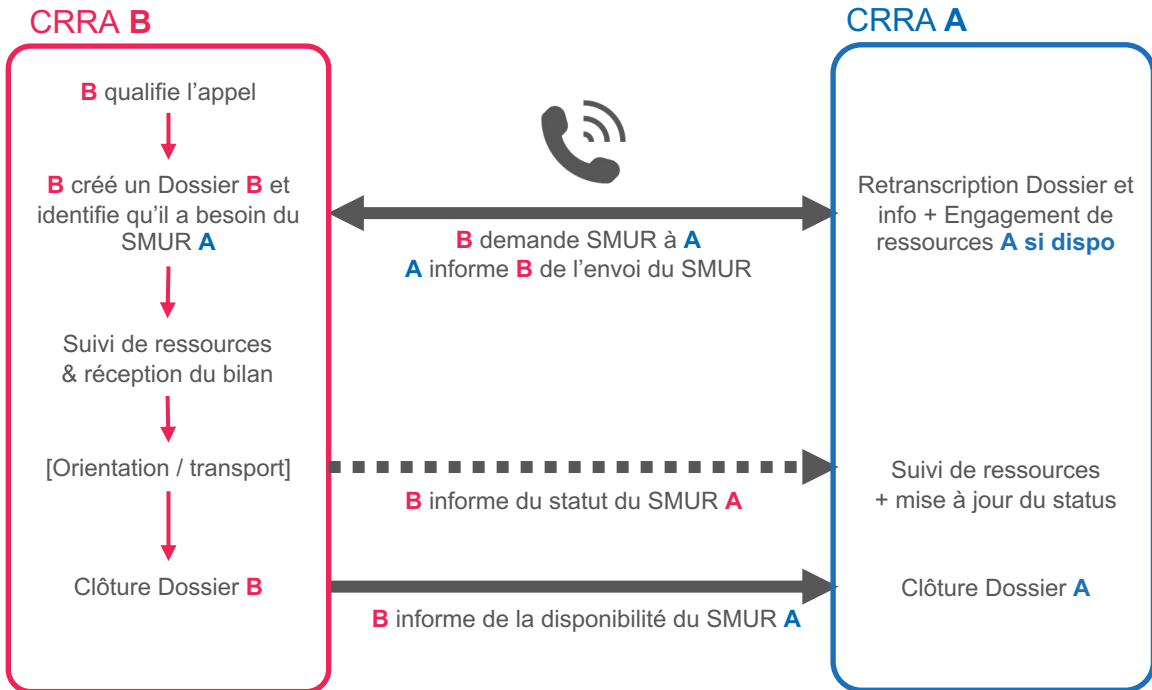
Cas terrain

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

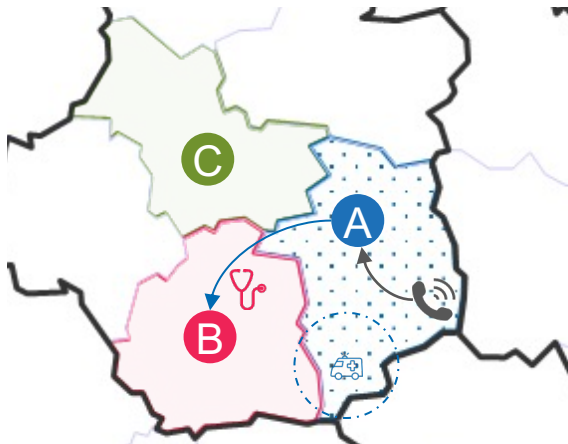
- le SMUR le plus proche est dans le département A
- tous les SMUR du département B sont occupés
- les ressources entre départements A et B sont partagées

Le SAMU qui reçoit l'appel doit faire appel à une ressource qui appartient à un autre SAMU

Processus métier actuel (B fait le suivi de la ressource)



3 - Partage d'activité



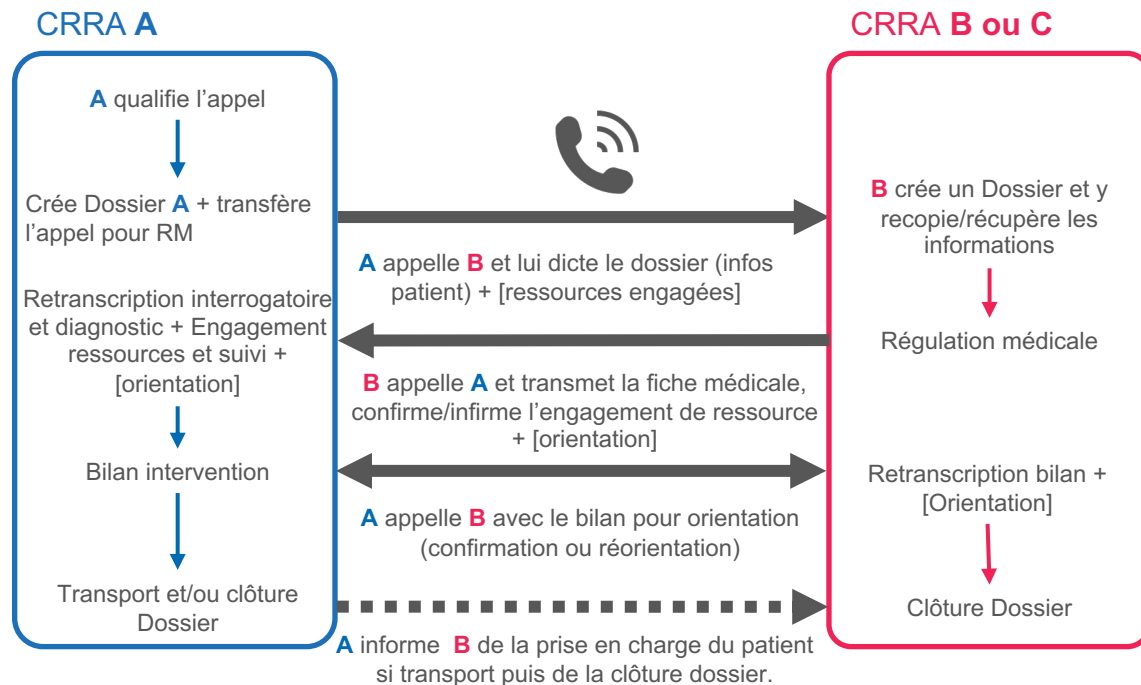
Cas terrain

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 un décroché ARM et les appels sont médicalement régulés en B ou C.

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

Processus métier actuel (en absence de lien 15-15)





**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**AGENCE
DU NUMÉRIQUE
EN SANTÉ**

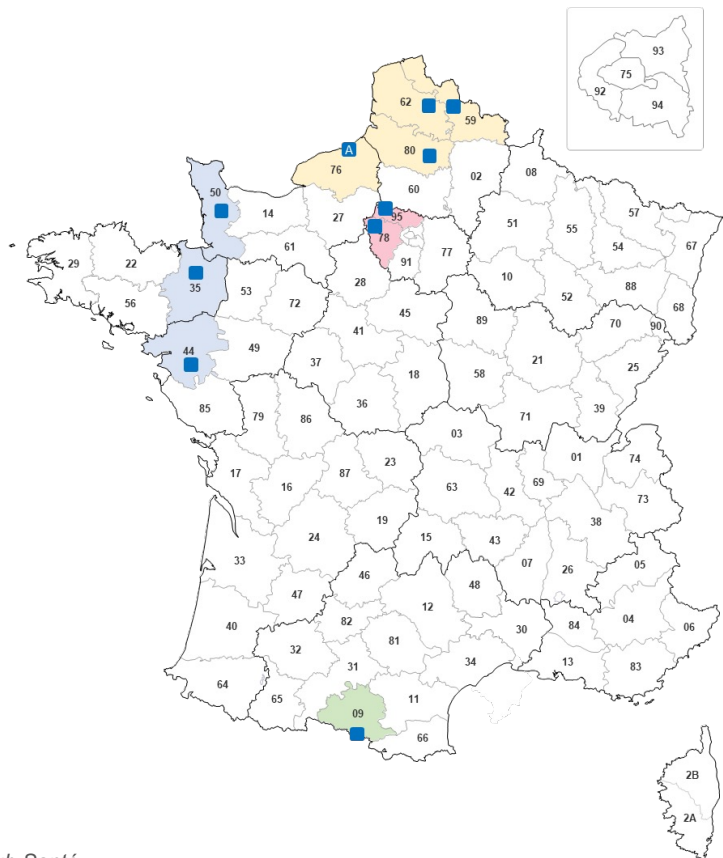
La transformation commence ici 



15 - 15

Avancement pilotes et ateliers 15-15

Pilotes 15-15



SAMU 78 - Appligos
SAMU 95 - Scriptal

IDF



SAMU 59 - Appligos
SAMU 62 - Inetum
SAMU 76A - RRAMU
SAMU 80 - Exos

NORD



SAMU 35 - Inetum
SAMU 44 - Inetum
SAMU 50 - RRAMU

OUEST



SAMU 09 - BISOM

SUD

Pilotes 15-15 : avancement des ateliers



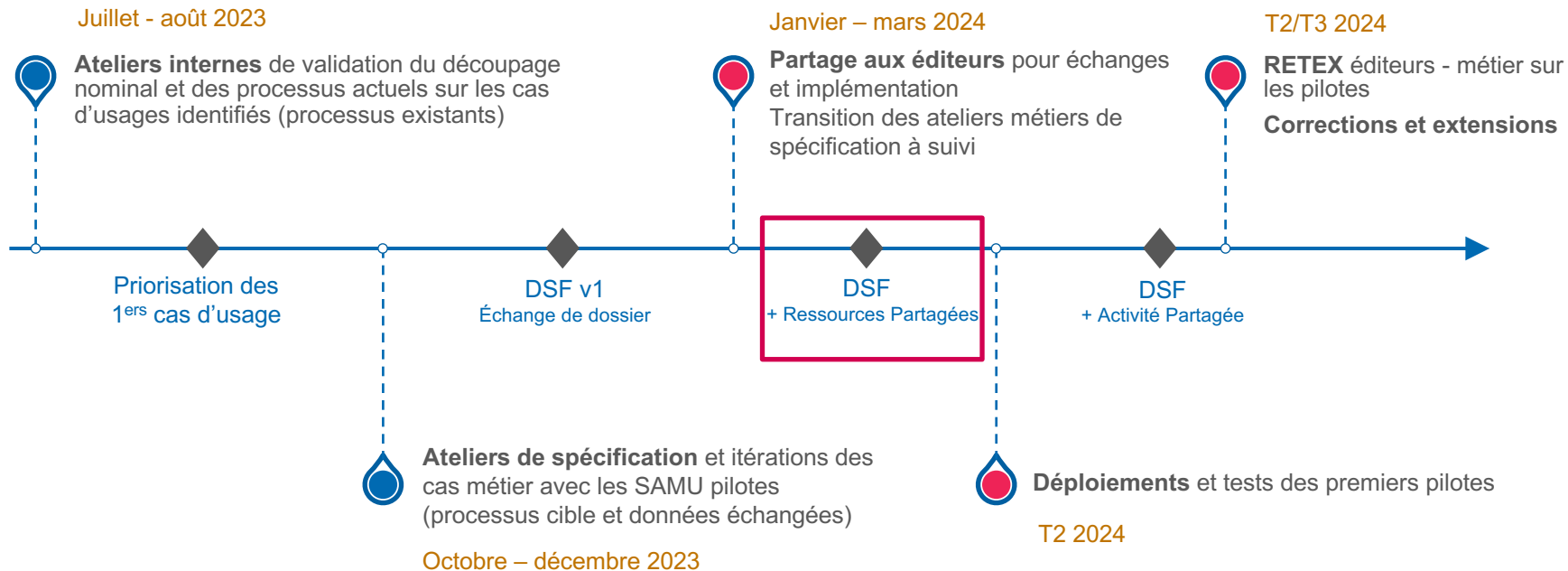
Lancement de tous les ateliers métiers pilote entre les semaines 43 et 46

Ateliers bi-mensuels (1h)

- revue des cinématiques proposées par les équipes du Hub
- identification et validation métier des données à échanger pour chaque cinématique
- identification des données disponibles/reseignées dans les LRM
- si besoin proposition de cinématiques spécifiques à des problématiques locales

Pilote	Lancement Prise de contexte	Cas 1 Gestion des appels en zone limitrophe	Cas 3 Gestion de ressources partagées	Cas 2 Partage d'activité
IDF	✓	✓	✓	N/A
NORD	✓	✓	✓	En cours
OUEST	✓	✓	✓	✓
SUD	✓	✓	✓	N/A

Merci !






**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**AGENCE
DU NUMÉRIQUE
EN SANTÉ**

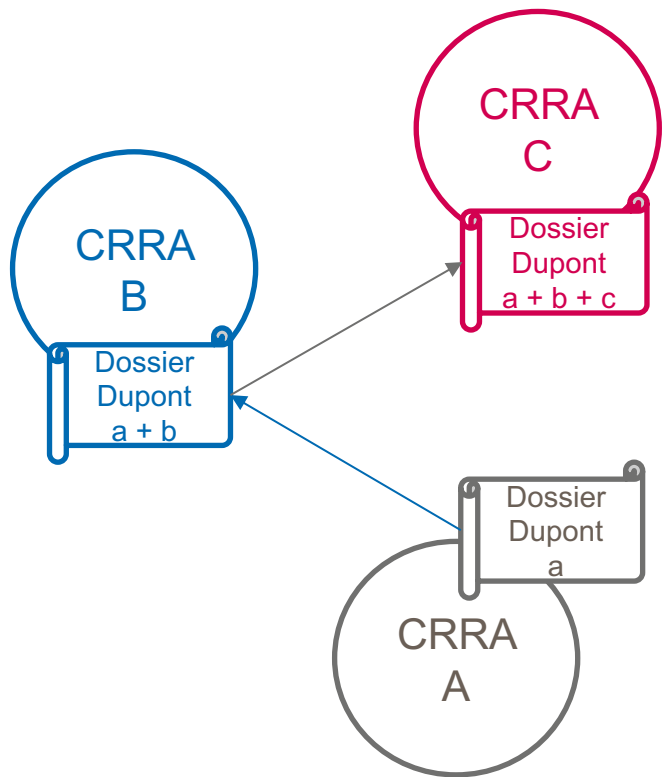
La transformation commence ici 



15 - 15

Arbitrages éditeurs / métiers

Mise à jour des dossiers : Contexte, Besoin, Enjeux



Contexte

- Un même dossier est partagé entre plusieurs CRRA partenaires.
- Chaque acteur détient une copie locale de ce dossier : ils s'échangent les informations du dossier lorsque celles-ci évoluent.
- **Tous les acteurs ne sont pas forcément directement impliqués dans le traitement intégral du dossier, mais ils l'ont tous été à un moment donné** (transfert d'appel limitrophe, prêt de ressources, etc.).

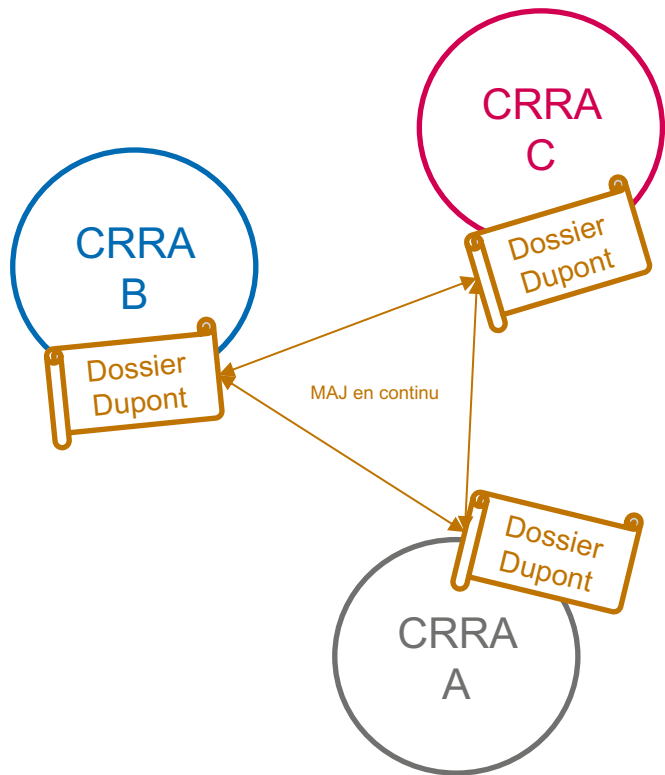
Besoin

Définir les modalités de mise à jour des dossiers, à partir du moment où ils sont partagés

Enjeux :

- Assurer l'accès à une information exhaustive et fiables aux opérationnels
- Réduire les risques d'erreurs en cas d'évolution de la situation

Mise à jour des dossiers : doctrine nationale



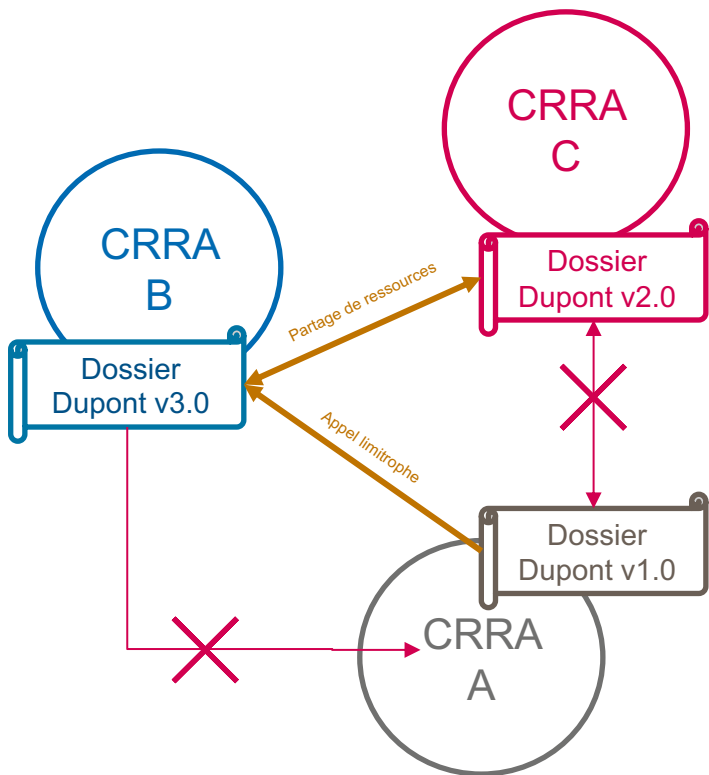
Doctrine :

Maintenir à jour l'intégralité des informations **dossiers** jusqu'à la clôture, pour qu'ils contiennent tous la même information, et ce même si l'un des CRRA n'est plus engagé sur l'affaire.

Bénéfices

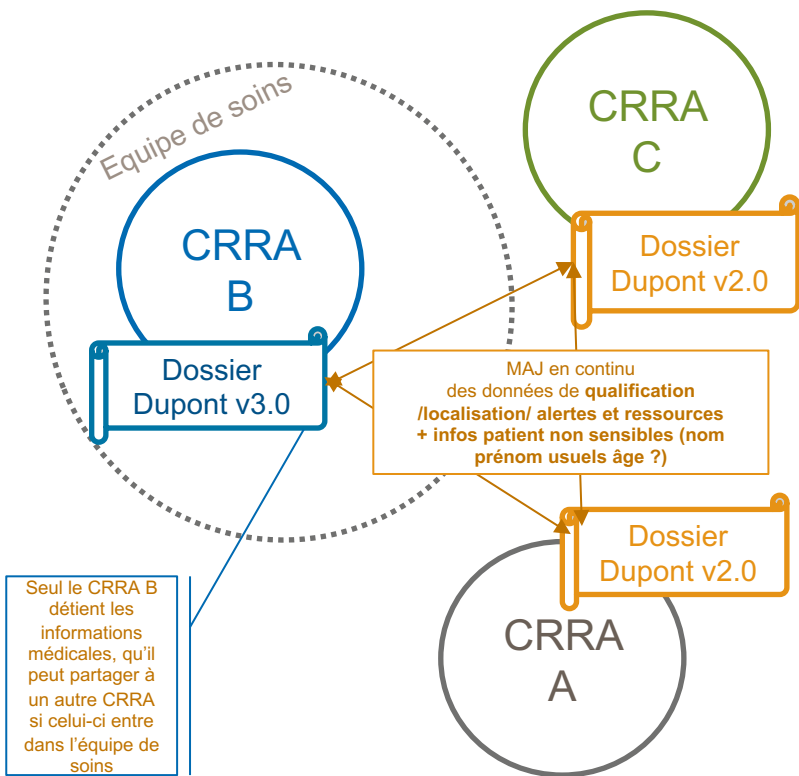
- Homogénéité de l'information
- Fiabilisation de l'information disponible
- Réduction du risque d'erreur/gain de temps en cas d'évolution de la situation

Mise à jour des dossiers : problématiques terrain



Problématiques remontées en atelier :

- Tout le monde ne fait pas partie de l'équipe de soins, certaines données ne doivent pas être partagées/mises à jour.
- Lorsqu'un CRRA n'est plus impliqué dans le traitement d'un dossier (par exemple s'il a transféré un appel limitrophe); il n'a pas à savoir ou ne veut pas savoir ce que fait le CRRA compétent qui traite l'appel.
- Besoin de ne pas surcharger les synoptiques/vues d'affichage dans les LRM



Propositions Hub Santé

- Paramétrer les affichages/synoptiques dans les LRM pour rendre silencieuses les mises à jour (le dossier n'est pas affiché à l'utilisateur).
ex : le dossier n'est réaffiché que si une demande de concours ou de transfert est reçue.
- Permettre de paramétrer les mises à jour pour exclure ou inclure les données *Médicales* : le CRRA décide pour chaque dossier, s'il doit partager ces données et avec qui.




**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**AGENCE
DU NUMÉRIQUE
EN SANTÉ**

La transformation commence ici 



15 - 15

Présentation DSF

Evolutions fonctionnelles : périmètre 15-15



Disponible

- **DSF v1.0**
- **Partage de dossier**
- **Transfert de dossier (appels limitrophes)**



En cours de finalisation

- **Demande de ressources (demande de concours)**
- **Partage de ressources**

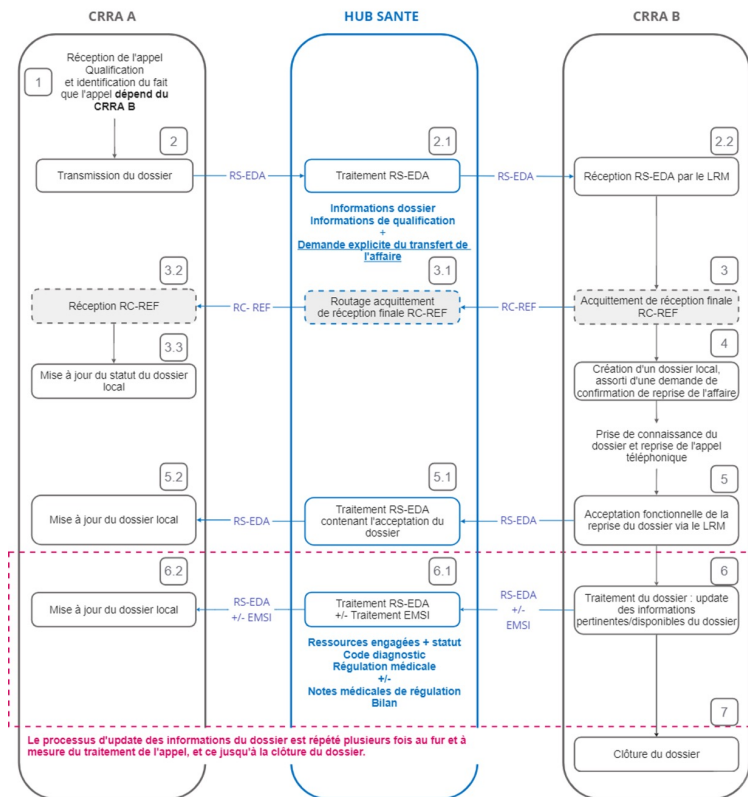


A démarrer

- **Partage d'activité**
- **Bilan d'intervention**



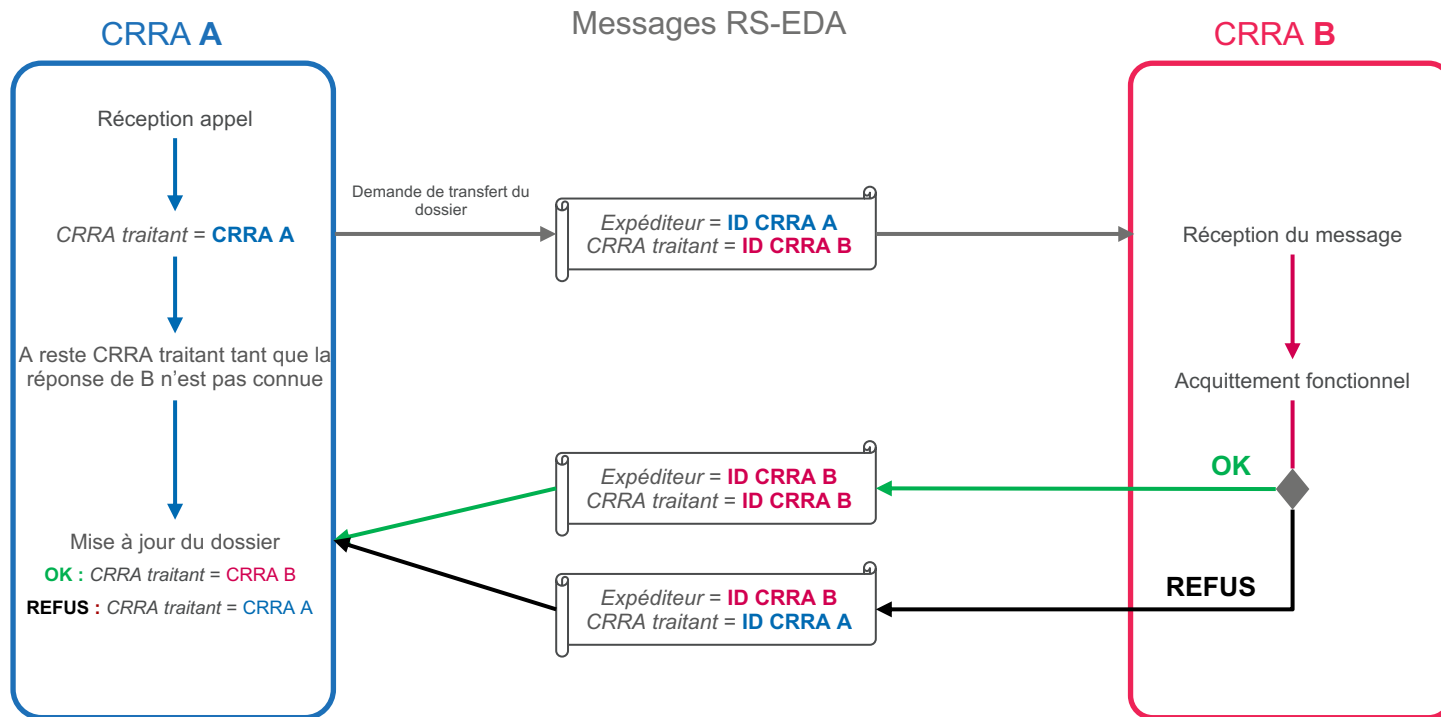
- ✓ Présentation des cas d'usages identifiés.
- ✓ Cinématiques répondant au cas de partage d'un dossier dans le cadre d'un appel limitrophe.
- ✓ 1^{ère} version du Modèle de Données avec les données nécessaires à l'Échange de Dossier (message RS-EDA)

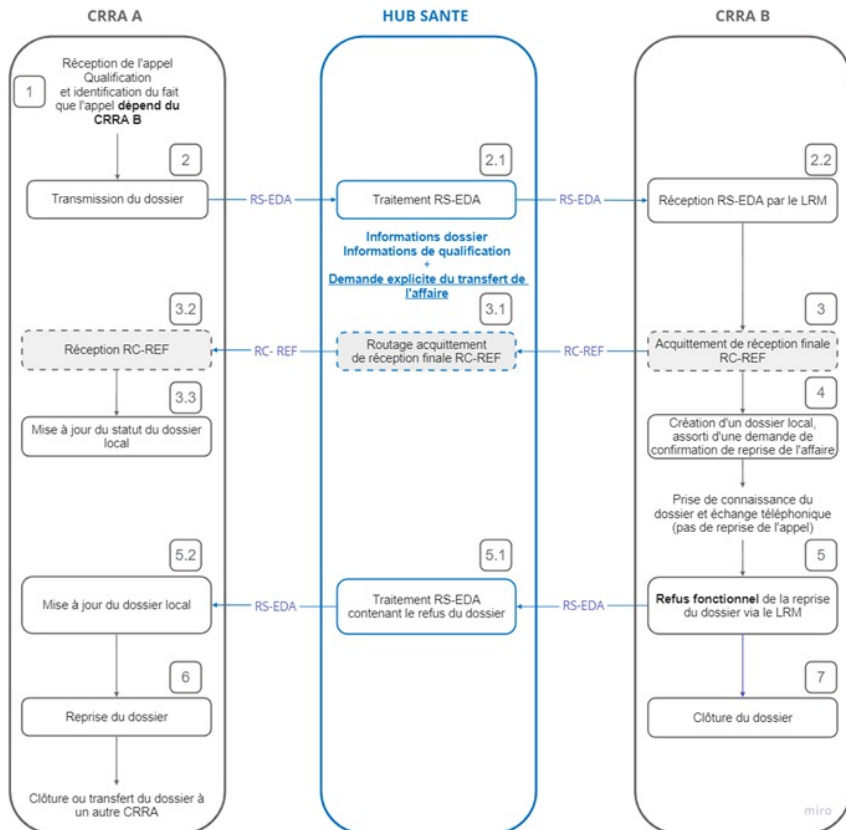


Message RS-EDA = message RC-EDA étendu permettant :

- Partage de dossier simple
- Demande de transfert de dossier en cas d'appel limitrophe

Acquittement fonctionnel du transfert de dossier entre 2 CRRA





Message RS-EDA = message RC-EDA étendu permettant :

- Partage de dossier simple
- Demande de transfert de dossier en cas d'appel limitrophe

Evolutions fonctionnelles : périmètre 15-15



Disponible

- DSF v1.0
- Partage de dossier
- Transfert de dossier (appels limitrophes)



En cours de finalisation

- Demande de ressources (demande de concours)
- Ressources partagées



- ✓ Cinématiques répondant au cas de gestion des ressources partagées
- ✓ 2^{ème} version du Modèle de Données :
 - ❖ reprise des travaux 15-NexSIS pour extension au périmètre 15-15 (messages EMSI)
 - ❖ Enrichissement des nomenclatures du message RS-EDA



A démarrer

- Partage d'activité
- Bilan d'intervention

Cas d'usage 15-15

- Les 3 cas d'usages identifiés constituent les premières briques à construire pour pouvoir ensuite étendre le lien 15-15 à d'autres cas d'usage comme les transferts inter-départements, ou les situations d'indisponibilité totale ou partielle d'un CRRA (la liste n'est pas exhaustive).
- Les ateliers métiers menés avec les SAMU pilote ont permis de reprioriser les cas d'appels limitrophes et de gestion des ressources partagées, qu'ils rencontrent le plus au quotidien. Le cas de partage d'activité étant à l'étude également.

Avancement travaux et pilotes 15-15

- A date, nous souhaitons lancer la partie opérationnelle des pilotes, en concertation avec les éditeurs et les SAMU pilotes : d'abord sur le cas d'appels limitrophes, puis une fois ce cas adressé, sur le cas de partage de ressources.
Pour ensuite les étendre aux cas de partage d'activité, en fonction de l'étendue des besoins métier identifiés sur ce cas.
- Nous avons mis en concertation auprès des éditeurs et des SAMU le cas métier des appels limitrophes, et allons prochainement publier une version mise à jour avec les remontées qui nous ont été faites.
- L'objectif affiché est de commencer le travail de fond sur le MDD et les éditeurs pour la partie 15-15 afin de déployer et tester d'ici la fin du 1er semestre. Et donc viser une mise en production du lien 15-15 (même partielle) dans les SAMU pilotes sur le second semestre 2024.

Mises à jour en continu

- La doctrine nationale en termes de mises à jour est de maintenir l'ensemble des dossiers partagés à jour – qui seront stockés dans différentes bases de données, et contenant donc potentiellement des informations divergentes ou incomplètes.
- Cette doctrine, inscrite dans la v1.0 du DSF 15-15 publié en janvier 2024, a fait l'objet de plusieurs remontées côté SAMU nous indiquant :
 - Les données médicales ne doivent être partagées qu'avec l'équipe de soins, elles ne doivent donc être partagées et mises à jour que si le cas l'exige.
 - Il est impératif de ne pas surcharger les synoptiques/vues d'affichage dans les LRM
 - Lorsqu'un CRRA n'est plus impliqué dans le traitement d'un dossier (par exemple s'il a transféré un appel limitrophe) ; il n'a pas à savoir ou ne veut pas savoir ce que fait le CRRA compétent qui traite l'appel.
- Vu en séance :
 - La recommandation qui est faite au niveau national s'appuie sur un besoin de fiabiliser l'information disponible en l'homogénéisant – et surtout d'éviter les possibles erreurs en cas d'évolution de la situation.
 - De plus, le retour d'expérience des experts nationaux tend à démontrer concrètement qu'il est possible et souhaitable de partager l'information de la manière la plus large possible : la mise à jour n'étant pas forcément visible/perçue par l'utilisateur.
 - Une des solutions trouvées pour ne pas surcharger les synoptiques étant d'avoir des écrans/listes différentes pour les dossiers partagés à titre informatif, et les dossiers où le CRRA concernés intervient effectivement sur le dossier.

Arbitrage :

Sur les propositions du Hub Santé, il est retenu de mettre en visibilité dans le DSF le fait que les synoptiques ne doivent pas être surchargées par l'afflux de données/dossiers partagés.

Chaque CRRA devant avoir la possibilité de « désactiver » un dossier, c'est-à-dire de rendre sa mise à jour silencieuse, et de paramétrer l'affichage de ses synoptiques pour s'adapter à son mode de travail.

Automatisation des partages

- Vu en séance :

- La question est posée à tous de savoir si les partages de dossier côté LRM doivent être manuels, ou alors entièrement automatiques ou encore un système hybride ?
- Si on souhaite une automatisation complète, cela nécessiterait l'établissement de règles métiers qui s'appliquent à tous les SAMU. Ce qui est rendu compliqué à cause de l'hétérogénéité des situations et conventions locales.

Arbitrage :

Aucun arbitrage n'a été fait en séance, la question est à étudier avec chaque éditeur, en fonction aussi des possibilités techniques de chacun.

Il semble qu'un système hybride puisse être envisageable, avec certains partages automatiques quand et s'ils sont bien identifiés au niveau national. Enrichi d'un partage manuel qui doit rester possible pour les cas spécifiques.

→ Il faut à minima que le partage manuel soit possible – quitte à enrichir les fonctionnalités par la suite.

Présentation DSF

- Une présentation rapide des cinématiques des appels limitrophes - mise en concertation le 10 janvier 2024 dans le DSF 15-15 - a été refaite en séance pour mettre en visibilité la distinction entre partage simple de dossier et demande de transfert d'un dossier dans le cadre d'un appel limitrophe.
- Une présentation de la notion de CRRA référent abordée dans ce DSF 15-15 a été réexplicitée, ainsi que la logique de donnée sous-jacente qui est proposée par le Hub Santé pour adresser le besoin métier exprimé. (Cette notion a également été mise en concertation dans le DSF 15-15 en janvier, elle y est détaillée).
 - ➔ Nous n'avons eu que peu de retours côté éditeurs sur cette mise en concertation 15-15, cela reste bien entendu une proposition et nous restons à l'écoute sur cette question.



MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION

*Liberté
Égalité
Fraternité*



AGENCE
DU NUMÉRIQUE
EN SANTÉ

La transformation commence ici 



**Merci pour votre présence
et participation !**