



PRITH PAYS DE LA LOIRE



ANALYSE DES OUTILS ET PRATIQUES DE COOPERATION EN MATIERE DE MAINTIEN

action 4.3. du PRITH

Restitution finale

Et annexes - exemples d'outils de liaison



animation et coordination du PRITH



Remerciements

Agnès Jourdan, UT 49; Anne Viaud Jouan, Sameth 49; Claude Van Effenterre, ABCC, coordination PLITH 53, 72, 85

Joëlle Barrit, Direccte PDL; Patrick Maillet, CPAM 49; Sylvie Gasneray, Carsat UD 72; Thérèse Combreau, Carsat UD 85; Véronique Frampas, SSTRN 44

Pascal Clarke, Practhis, coordination PRITH; Laure Menou, Sameth 44; Cécile Cossard, Sameth 85

Objet de la réunion:

Identifier les outils et pratiques en vigueur sur les territoires...

- formalisés et/ou organisés
- partagés entre acteurs ou susceptibles de l'être¹ ...

... en balayant notamment les questions suivantes:

- qu'est-ce qui se fait?
- qu'est-ce qui marche et pourquoi? Quelles difficultés repérées le cas échéant?
- est-ce spécifique et/ou transférable?
- Qu'est-ce qui manquerait éventuellement?

Plusieurs thèmes de coopération ont été proposé au groupe pour initier les échanges:

- partager de l'information autour d'une situation de maintien dans l'emploi/ de risque de désinsertion professionnelle
- Améliorer le signalement
- Solliciter un avis/ une prestation et en obtenir un compte-rendu en retour
- diffuser de l'information à des tiers
- ...

¹ pas d'examen des procédures et coopérations internes aux institutions ou propres aux acteurs

compte-rendu des échanges

Thème 1: coopérations visant le partage d'information sur des situations

➤ La cellule PDP

La cellule PDP - dans sa partie opérationnelle² - est identifiée comme l'entrée principale des coopérations autour du partage d'information entre acteurs.

Il est souligné qu'elle va plus loin que partager les informations (recherche partagée de la problématique, demande d'aide, co-construction des solutions de maintien), et qu'elle est un lieu de débat, de partage de point de vue/ de recherche de consensus.

Points forts soulevés notamment par le Maine-et-Loire:

- offre de services plus lisible pour les salariés
- échanges de pratiques et de points de vues
- la cellule ne vit pas qu'en réunion: procédures plus rapides/ accélérées en dehors de la cellule
- des solutions trouvées à plusieurs que personne n'avait trouvé seul
- cohérence des solutions
- rythme de suivi/ calendrier, qui mobilise le salarié

² existe aussi sous forme de cellule "partenariale" qui traite plutôt de l'organisation de la cellule et non de cas individuels

Par ailleurs, la Maîtrise Médicalisée en Entreprise (MME) va aider à toucher les entreprises

Précisions sur la politique MME:

Les entreprises : un nouvel acteur de la maîtrise médicalisée

La politique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé a ciblé, dans un premier temps, à la fois les « demandeurs » (les assurés) mais également les « prescripteurs » (les professionnels de santé).

Si cette politique de contrôle porte ses fruits, il convient de développer en parallèle des actions de prévention. Or, pour être efficaces, ces actions de prévention doivent aujourd'hui se tourner vers un nouvel acteur : les entreprises.

En coordination avec la Carsat et l'échelon local des DRSM, **la Cnam déploie un dispositif d'accompagnement des entreprises sur le thème de la maîtrise médicalisée.**

Cette offre s'adresse particulièrement aux entreprises, dites « atypiques » - à savoir celles dont les salariés bénéficient du plus grand nombre d'indemnités journalières au titre de la législation accident du travail / maladies professionnelles, mais aussi maladie ...

Ainsi, lors des visites dans l'entreprise, dans une démarche combinant à la fois informations et conseils, les ingénieurs de prévention, les médecins conseils et les agents des CPAM apportent aux chefs d'entreprises :

- des informations statistiques sur l'absentéisme maladie (nombre de jours de travail indemnisés, durée des arrêts de travail, etc.) ;
- des conseils pour améliorer les conditions de travail
- des offres de prévention et de santé publique (sur les lombalgies, la vaccination antigrippale ou les risques cardio-vasculaires) ;
- des informations réglementaires (importance de la visite de pré reprise, lien médecin du travail et médecin conseil, etc.)

La maîtrise médicalisée via les médecins du travail...

Dans la MME, il est prévu par les textes que le médecin du travail peut participer aux rencontres mais à l'initiative de l'employeur, l'assurance maladie n'étant pas habilitée pour associer directement le médecin du travail

Source CPAM

Tous les départements ont une cellule PDP qui se réunit physiquement - avec une organisation particulière en Loire-Atlantique³.

La composition minimum de ces cellules comprend les acteurs de l'assurance maladie: CPAM, CARSAT, ELSM.

La question de la présence des médecins conseil est cependant abordée comme susceptible de poser à terme des difficultés de mobilisation. Il y aurait ça et là interrogation des services médicaux sur les plus-values dans ces cellules.

Les médecins conseil qui participent aux cellules sont convaincus du bien fondé de la démarche PDP mais des questions se posent en terme d'investissement de temps au regard des nouvelles missions et des besoins de ressource. il ne s'agit pas d'un désengagement des SM, mais d'une réflexion sur la forme de participation qui serait la plus appropriée.

Les objectifs des cellules - à travers le traitement des cas - peuvent aussi paraître antinomiques selon les points de vue: plus de souplesse attendue d'un côté (médecins traitant et médecin du travail), plus de rigueur de l'autre.(politique de l'assurance maladie) - qui peuvent être partagées par d'autres intervenants

Entrent ainsi en ligne de compte le souci:

- d'éviter le "traitement social" par les médecins traitants des situations à travers les IJ. La question du "juste à temps" des alternatives proposées (lombaction, MOAIJ, préo...) concoure à prolonger les prescriptions ainsi que la raréfaction des financements.

- le souci de ne pas détourner la vocation de certains outils comme le TPT, avec en arrière plan un risque que le législateur intervienne et fixe les limites de différents outils comme le temps partiel thérapeutique mais aussi le CRE (La question de l'invalidité se pose également dans ce contexte).

Par ailleurs l'intérêt à obtenir des signalements à 45 jours, donc plus précoces, peut s'avérer lourd pour les médecins conseils et pas toujours pertinents en matière de gestion des risques de désinsertion. La tendance serait de situer le "bon timing" entre 6 et 9 mois... ce qui ne répond pas à la clef d'entrée "objectif de baisse des IJ".

Précisions

:Au niveau national, le nombre d'avis d'inaptitude émis par les médecins du travail est passé de 70 000 à plus de 150 000 par an en dix ans ;De nombreuses études montrent que plus la durée de l'arrêt de travail se prolonge plus le risque de perdre son emploi est fort : dans le cas de la lombalgie, après 12 semaines d'arrêt de travail, moins de 60 % des personnes reprendront leur activité.

La politique de l'assurance maladie via la PDP, vise un double objectif :

Auprès des assurés sociaux

- Leur permettre de reprendre une activité professionnelle dans les meilleures conditions

³ réunion sur les seules entrées partenariales - l'historique de fonctionnement en réseau, de "chaîne de relation" ayant perduré pour la gestion des cas individuels (à vérifier)

- en visant en priorité le maintien dans l'emploi ou le reclassement dans une même entreprise, mais aussi l'orientation vers une autre activité ou un autre secteur.

Auprès des entreprises

Les aider à prévenir le risque de désinsertion

En conséquence « la baisse des IJ » reste un critère d'évaluation.

Source CPAM

Le groupe s'entend pour dire que cet objectif de "baisse des IJ" est réducteur de la finalité du dispositif PDP et qu'il y aurait sans doute à retravailler la communication sur le sujet, son "argumentaire"

(voir aussi remarques plus générales sur les questions de prise en charge/ financements en fin de compte- rendu).

La question de la présence de préventeurs en cellule est également abordée - ils n'en font pas partie actuellement⁴

Quand plusieurs cas concernent la même entreprise, il peut y avoir des remontées aux préventeurs.

*C'est le rôle que peut avoir la prévention, notamment au niveau du financement (contrats de prévention, plus difficilement **FACT**) pour aménager la partie prévention qui pose question.*

Dans la Sarthe il est étudié des points d'amélioration possible sur l'information entre maintien et prévention.

Le médecin du travail participant à la cellule peut savoir si l'entreprise est sur des plans de prévention. L'entreprise elle sera alors plus facile à approcher sur des questions de maintien.

⁴ Sauf dans les "cellules PDP miroirs" de la MSA où ils sont présent, du fait de leur proximité / co-intervention parfois avec les médecins du travail MSA

Sur les autres **acteurs composant la cellule de manière régulière ou permanente**, on va retrouver notamment les Sameth, un médecin du travail référent de la cellule⁵, voire la MDPH (Sarthe par exemple)⁶

La composition détaillée des cellules PDP:

Pour le 49: Sameth, un médecin du travail référent de la cellule, un Médecin Conseil, le service social Carsat et Chargé MDE, la Cnam 49 ..

Les médecins du travail ou des assistants sociaux peuvent venir présenter directement les dossiers
Pour la MDPH une procédure rapide est en place

(à compléter pour chaque département)

Les cellules prévoient par ailleurs d'impliquer, comme dans la Sarthe ou le Maine-et-Loire⁷, et en fonction des besoins, Comète France, des centres de formations, d'autres médecins du travail directement concernés par les cas étudiés, et même de solliciter des relais extérieurs comme des DAM (délégués à l'assurance maladie) qui relaient aux médecins traitants des informations (d'ordre général?)

(voir aussi en annexe extrait d'argumentaire DAM)

⁵ qui relaient l'info aux médecins du travail concernés

⁶ pas détaillé dans chaque département: est-ce possible de compléter en retour? merci d'avance

⁷ D'autres départements?

Les rythmes des rencontres des Cellules:

- Mensuel pour la Vendée
- Trimestriel pour la Sarthe, avec possibilité de réunir la cellule en urgence en configuration minimum
- Bimestriel pour le Maine-et-Loire, prochainement mensuel
- Pas de réunion physique pour la Loire Atlantique (**rappel, voir plus haut, à vérifier**)

Les outils existants

- **espace partagé propre à l'assurance maladie** - susceptible d'être étendu à d'autres acteurs (attention CNIL) - qui comprend:
 - > le partage des dossiers individuel soumis à la cellule
 - > le tableau de gestion des cellules (avec droits d'accès par territoires)
 - > des informations générales
- **Dossier personnel de maintien dans l'emploi du salarié⁸** (corollaire du "passeport formation" pour le maintien) auquel chaque partenaire peut contribuer, avec une partie "consentement éclairé" du salarié. La validation est prévue au 20 mars
- **Fiche de saisine de la cellule PDP⁹** qui est utilisée beaucoup par le médecin du travail, même si Sameth est à l'origine de la saisine- modélisée, identique partout¹⁰

La question de la mise à disposition de cette dernière fiche est soulevée dans les échanges. Où la trouve-t-on? Le Sameth peut jouer un rôle de diffusion aux SST. C'est le Cas en Maine et Loire notamment pour tous les SST du département. La questions de la mise à disposition pour les autres acteurs est posée (modèle vierge) ainsi que les modalités de transmission une fois remplie compte tenu des infos saisies. La diffusion repose beaucoup sur des pratiques informelles, sur des personnes ou organismes, qui jouent le rôle de pivot.

La fiche a par ailleurs la vertu de faire prendre contact directement avec les interlocuteurs sans solliciter la cellule (la cellule ne traitant que les cas complexes)

La question de l'analyse des sollicitation des cellules (par exemple 64 dossiers en Maine et Loire en 2011) soulèvent celle de "à quoi comparer les chiffres? Comment évaluer si les sollicitations sont suffisantes ou normales? Ce qui renvoie aux indicateurs..."¹¹

⁸ exemple projet en cours de validation en annexe 2 et 2 bis - contribution Patrick Maillet

⁹ modèle vierge en annexe 3, contribution Patrick Maillet

¹⁰ **Quel modèle à été transmis? Modélisé ou en vigueur?**

¹¹ Une aparté est ouverte sur les indicateurs, avec l'exemple d'un tableau maintien extrait du PRITH limousin, fournit à la coordination du PRITH par Mr Maillet (sera utilisé dans les travaux action 4.4). Mme Jourdan souligne le manque d'information fournit par pôle emploi au PLITH sur la question des licenciements pour inaptitude - une demande qui serait à remonter au niveau régional.

La cohérence voudrait que la fiche passe par le médecin référent quand le signalement vient de la médecine du travail...

Il est souligné également la question de l'équité de service dans les départements ou territoires si les outils existants sont peu ou pas connus et donc non sollicités... sachant qu'il est rappelé que tout acteur peut interpeller la cellule

Il est rappelé par la coordination des PLITH qu'en Sarthe, Mayenne (Vendée en cours)- un "qui fait quoi" a été diffusé aux partenaires dans le cadre des PLITH

NB: pour compléter cette partie, seront réintégrées quelques données du rapport régional CARSAT 2011¹²

Encadré Rapport Régional 2011 Carsat

¹² retour via Patrick Maillet

Thème 2: Améliorer le signalement:

MDPH

La question des opérations avec les MDPH est très peu abordée dans l'attente d'une prochaine réunion avec la présence de MDPH (invitées mais ne pouvant pas a priori sur ces premières dates en mars...)¹³

Il est cependant souligné que le Sameth participe aux équipes techniques MDPH en Maine et Loire (équipe spécialisée) ce qui permet de traiter/repérer des situations de maintien dès la demande de RQTH ou autre...

En Mayenne: il y a signalement systématique à la CARSAT (ASS) pour entretien avant traitement par la MDPH - pas de procédure "TGV" mais bonne relation avec le référent insertion professionnelle (RIP).

Pour les autres acteurs

Il existe une procédure formalisée de signalement entre médecin du travail et Sameth: dans le 49 - existe une fiche spécifique, aussi en 44 (avec objet de la demande et quelques points précis sur le poste, dépôt dossier, arrêt, etc... tous les services de santé l'ont, et elle est diffusée aussi aux entreprises qui signalent beaucoup (49)...¹⁴

Cette fiche existerait en Vendée¹⁵

Quid en Sarthe?

En Sarthe: modèle de Saisine Sameth / service social (via AS sarthe).... existe dans les 2 sens

Il est souligné que si l'on peut suivre les ouvertures de dossiers Sameth sous signalement AM / MSA ou sur SST, l'inverse n'est pas vrai: l'AM ne suit que les signalements internes et pas MDPH ni Sameth ou autres aujourd'hui (outil ne permet pas, mais si cela est souhaité, avec fiches médecins traitants et médecins du travail, voire MDPH).

Ce qui ne permet pas d'aborder la lecture complète de la couverture de l'activité maintien entre acteurs.

Le groupe alerte sur la notion de délai autour du signalement: quel temps se donne-t-on pour arriver à un niveau minimum de retour... (et même avoir un retour!). Aujourd'hui on signale mais on ne donne pas de délai de réponse.

¹³ participation de médecins conseil en cours d'examen

¹⁴ Voir exemples en annexe 4 et 4 bis: contribution **Anne Viaud Jouan & Docteur Frampas**

¹⁵ **Quid en Sarthe?**

Thème 3: Solliciter un avis / retour d'avis (à travers une prestation notamment)

- avis administratif ou juridique¹⁶: procédure informelle aujourd'hui et quand il y a l'interlocuteur approprié.

Il est souligné que les CPAM ont accès dans la base ressource à des fiches pour répondre même si elles n'ont pas d'expert sous la main. Sur certains départements, la CPAM renvoie sur le service social (Sarthe par exemple).

- **PPS: fiche de prescription** spécifique posée par l'Agefiph Nationale, la même pour tous les Sameth (qui comprend un suivi sur cette même fiche)¹⁷

+ **fiche prescription Epaast** pour les interventions ergonomiques (nouvelle) conjointe avec une **fiche de demande médecin du travail**.¹⁸

Il est posé le problème si par exemple le médecin demande une intervention ergonomique de type SIADV, et que le Sameth analyse qu'une PPS suffit ou qu'il faut aller jusqu'à une PCH appropriée. Le médecin du travail ne comprend pas toujours.... A voir dans la communication autour des outils?

- prescription **MOAIJ** - qui prévoit un retour formalisé en début du module, en fin de module et à 3 mois (**Sarthe en milieu de module?**)...

Le MOAIJ passe par la cellule régionale PDP (souvent c'est le médecin du travail qui sollicite, avec une **fiche de signalement spécifique MOAIJ en 49**¹⁹ - pas en 44, pas en Vendée ni en sarthe)

Dans ces derniers cas, c'est via l'AS, dans une procédure non formalisée, que la demande est faite, et **la fiche est de liaison vers le médecin du travail pour "présomption d'inaptitude"**²⁰ est adressée à cette occasion (elle est comprise dans la fiche du Maine et Loire)

La Maine et Loire souligne que l'accès à l'ensemble des fiches fait parfois un peu peur... de ne pas savoir quelle fiche activer! (Trop de fiches tuent les fiches? moyen de simplifier?)

Retour MOAIJ, Retour PPS, Retour EPAAST: modèles de retour cadrés²¹

D'autres coopérations sont identifiées comme spécifiques à certains départements, comme "lomb'action" en Maine et Loire et Sarthe... (à compléter en deuxième réunion)

¹⁶ (par exemple est-ce qu'un CRE est jouable ou pas sur telle situation)

¹⁷ A voir en annexe 5 (via Frédéric Vernon)

¹⁸ idem, annexes 6 et 6 bis (via Frédéric Vernon)

¹⁹ voir en annexe 7, contribution Anne Viaud Jouan

²⁰ voir en annexe 8 (via Thérèse Combreau)

²¹ Voir en annexe 9, 10 et 11 (via Frédéric Vernon)

Thème 4: Diffusion d'information

Sur le sujet, chacun communique plutôt de son côté (via informations collectives, etc) même si cela concerne l'action de l'ensemble des acteurs.

L'information partagée peut se faire aussi de manière informelle (via des invitations d'acteurs en réunion par exemple ou sur des manifestations)

Dans les choses plus formelles, on va retrouver par exemple le principe du séminaire 49 (qui vise néanmoins en premier lieu le partage de connaissances entre acteurs... une manière malgré tout de diffuser de l'information de manière collaborative)

Des expériences conjointes tels qu'événements (Sameth/GEDER par exemple), peuvent nécessiter des autorisations préalables.

Des actions spécifiques par exemple lomb'action (Sameth et Assurance Maladie) ont des retours très positifs

D'autres tentatives, comme avec COMETE sont moins satisfaisantes.

La CPAM de la Sarthe a mis en place une sorte de "MME à domicile" à partir du repérage d'arrêts de travail, avec des implications de différents. Les retours sont aujourd'hui mitigés...

En Maine et Loire, des infos collectives AM sont organisées au sein d'un SST - avec présence du Sameth assurée ce jour là, en cas de demande des salariés de prise en compte de leur situation individuelle. Il s'agit moins en ce cas de diffusion partagée que d'un raccourcissement des délais de prise en charge de la demande.

Thèmes ou sujets annexes abordés au fil de la réunion

- *Le groupe s'interroge sur l'opportunité de sensibiliser les médecins du travail du bien fondé des sollicitations d'AS CARSAT dans le cadre du maintien - médecins qui ne voient pas toujours le sens de ce positionnement et peuvent même le percevoir comme une forme de concurrence.*

D'où peut-être l'importance à partir de l'action 4.1 de développer une communication sur l'offre de services aux partenaires...

- *A partir d'une discussion sur différents outils du maintien, dont la mobilisation/la durée pourrait être réduite, remonte la question du "à qui revient-il de prendre en charge telle ou telle mesure". et la recherche de ce qui est le moins couteux ou le plus efficient.*

- *La crainte d'un report de situations de maintien vers des problématiques de réinsertion professionnelle (après rupture d'emploi) émerge. On voit réapparaître des tentatives de solutions de chômage en attendant la retraite pour des publics âgés, par exemple, dans des contextes et avec des options qui n'existent plus aujourd'hui.*

Il est rappelé que la visée "emploi" dans le maintien doit être remise en avant, et qu'il ne faut pas "déshabiller le maintien", au risque d'alourdir les problématiques de chômage...

- *Le Maine et Loire se propose d'organiser son prochain séminaire sur la prévention du vieillissement, de l'impact de l'allongement de la vie au travail (en lien avec l'entretien de 2ème partie de carrière?)*

Annexe 1 - Extraits Argumentaire DAM.... Pourquoi une nouvelle visite sur ce thème ?

Cette nouvelle visite est liée à plusieurs actualités :

- la PDP est un axe prioritaire de la COG AT MP 2009-2012, de la COG Maladie 2010-2013 et du Plan Santé au Travail 2,
- la création et le déploiement en 2009 et 2010 des cellules de coordination locales et régionales de prévention de la désinsertion professionnelle dans chaque CPAM / CARSAT / CGSS,
- la signature de conventions entre les services de santé au travail et les CARSAT,
- les évolutions réglementaires intervenues en 2010 pour les AT-MP et en 2011 pour la Maladie pour les actions de remobilisation précoce pendant l'arrêt de travail indemnisé,
- l'Indemnité Temporaire d'Inaptitude mise en place le 1^{er} juillet 2010 pour les assurés déclarés inaptes suite à un AT-MP.

Commentaires sur les COG MALADIE 2010 / 2013 - COG AT MP 2009 /2012

Parmi les axes prioritaires, la CNAMTS :

- aide les assurés à être acteur de leur santé et leur apporte l'information nécessaire
- s'engage sur une offre de service accessible et de qualité
- accompagne pro activement l'assuré en facilitant son orientation dans le système de soins et son accompagnement social
- assure une relation de service accessible et de qualité et structure sa relation avec les professionnels de santé

Commentaires sur le Plan Santé au Travail (conforme à la stratégie européenne de santé au travail)

Intervenant le 11 mai 2010 le ministère du travail a présenté les axes majeurs de la politique de santé au travail et a rappelé les principales orientations, notamment pour prévenir l'usure prématurée et la dégradation de la santé, ainsi que leurs conséquences en termes de départs précoces.

L'un des constats : trop d'avis d'inaptitude débouchent sur un licenciement. C'est pourquoi réduire les licenciements pour inaptitude et maintenir en activité professionnelle les seniors font partie des priorités du plan.

Présentation du dispositif des cellules de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP)

L'Assurance Maladie s'est engagée dans une démarche de coordination interinstitutionnelle en matière de prévention de la désinsertion professionnelle impliquant l'ensemble des services et des compétences pour une meilleure prise en charge des assurés en Maladie ou en AT-MP afin de favoriser leur maintien dans l'emploi ou leur reclassement dans un autre emploi ou un autre secteur d'activité. Cette action s'inscrit dans la politique de gestion du risque des branches AT-MP et Maladie, mais également dans le cadre des politiques publiques développées pour promouvoir l'employabilité des personnes et notamment des salariés les plus exposés au risque de précarité. Il s'agit d'améliorer par l'interdisciplinarité et le partage des compétences des différents services impliqués, la détection et le signalement des situations à risque, puis le développement et le suivi des actions de prévention de la désinsertion professionnelle mises en oeuvre par l'Assurance Maladie.

Les cellules PDP sont composées d'un référent du service médical (le plus souvent un médecin conseil), d'un référent du service social, d'un référent du service administratif au niveau local, plus un référent du service prévention au niveau régional.

Elles doivent permettre une plus grande réactivité notamment sur les cas urgents et/ou complexes, l'échange de bonnes pratiques entre les régions, une égalité de traitement sur le territoire et un partenariat efficace avec les acteurs extra-institutionnels.

Depuis 2009 et 2010, il existe au sein de chaque CPAM / CARSAT / CGSS une cellule de coordination locale ou régionale de prévention de la désinsertion professionnelle.

Le public cible de la PDP

Les assurés sociaux :

- relevant du régime général,
- titulaires d'un contrat de travail au moment de l'arrêt,
- indemnisés au titre de la maladie, de l'invalidité, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle,
- et présentant un risque de désinsertion professionnelle.

Annexe 2: Dossier personnel maintien

Annexe 2 bis: feuille détachable "consentement éclairé" du salarié

Annexe 3: Fiche de liaison "saisine de la cellule PDP"

Annexe 4 et 4 bis: procédures de signalement (saisine) formalisées entre Sameth et Médecin du Travail (49 et 44)

Annexe 5: fiche PPS

Annexe 6 et 6 bis: fiche Epaast et fiche médecin associée

Annexe 7: fiche de liaison MOAIJ

Annexe 8: fiche de liaison vers le médecin du travail pour "présomption d'inaptitude"

Annexe 9: retour formalisé prescripteur(s) suite à MOAIJ

Annexe 10: retour formalisé prescripteur suite à PPS

Annexe 11: retour formalisé prescripteur(s) suite à Epaast