

# Dossier



- Un défi social et médical.  
Témoignage de Christian Saout.
- Zoom sur les patients du régime agricole.
- Les affections de longue durée, côté pratique.
- Revoir les conditions de leur prise en charge.  
Intervention de Raoul Briet.
- L'éducation thérapeutique  
pour responsabiliser les patients.
- Rester au travail. Témoignage de Paul Frimat.

LES AFFECTIONS  
DE LONGUE DURÉE

# Améliorer leur prise en charge

Les soins et les traitements liés à certaines maladies chroniques, nommées affections de longue durée (ALD), sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie. Au régime agricole, plus de 23 % des patients sont exonérés du ticket modérateur à ce titre.

Un chiffre qui progresse régulièrement du fait du vieillissement de la population et de l'allongement de l'espérance de vie, mais aussi des progrès techniques et des politiques de santé publique. Les malades bénéficiant d'un dépistage et d'un traitement – souvent onéreux – plus précoce et efficace vivent aujourd'hui plus longtemps avec leur pathologie et doivent apprendre à la gérer. Doit-on revoir les conditions de prise en charge à la fois financière et médicale ? La question fait aujourd'hui débat. Pistes de réflexion.

*Apprendre  
à gérer  
sa maladie*





# « Donner aux patients une feuille de route lisible »

Vivre avec une maladie chronique au 21<sup>e</sup> siècle, un défi social et médical. Christian Saout, président du Collectif inter-associatif sur la santé (Ciss) et de la Conférence nationale de santé, en explique les principaux enjeux.



© Bernard Gazé

Christian Saout.

**P**our être puriste, il faudrait plutôt parler du fait de « vivre avec une affection de longue durée (ALD) », selon la terminologie en vigueur, précise en souriant Christian Saout, en préambule de son exposé. Il développe ses idées dans les locaux de la Caisse centrale de la MSA, en décembre dernier. Selon l'orateur, il existe un certain nombre de défis à relever pour mieux prendre en charge les ALD en ce début de siècle. Ainsi, la poussée des épidémies entraînera des phénomènes de chronicité. Président d'honneur d'Aides, association de lutte contre le sida, Christian Saout connaît leur importance. Second défi, les causalités environnementales. On a subi l'amiante et ses effets à long terme, désormais il faudra s'inquiéter des effets sur la santé des nanotechnologies.

En revanche, grâce à la performance croissante des techniques de soins, il sera possible de vivre de nombreuses années sous traitement, ce qui est une situation inédite dans notre histoire. Corollaire de ce fait, l'allongement de notre durée de vie est lui aussi une première, puisque notre

À CE RÉGIME-LÀ, ON VA PASSER AUX ASSURÉS EN ATLD!

AFFECTIONS TRÈS LONGUES DURÉES!



société a gagné trente ans d'espérance de vie en un siècle.

## Mieux informés, plus autonomes

Face à cela, notre système de soins n'apparaît pas comme étant suffisamment adapté. « Il est construit sur l'aigu et non sur le chronique », résume Christian Saout. Or c'est autour des affections chroniques qu'il doit se réorganiser. Ce nouveau modèle devra se montrer plus souple, prendre en

compte une dimension qualitative aujourd'hui trop délaissée au profit de l'économique, et permettre la mise en œuvre de plans de soins coordonnés.

Quant aux patients, ils sont appelés eux aussi à un rôle plus actif dans la gestion de leur maladie. Christian Saout souligne la nécessité de leur donner ce qu'il nomme « une feuille de route » plus lisible. Il est ainsi important que ces malades soient mieux informés, mis en capacité d'acquiescer plus d'autonomie, grâce notamment à l'accompagnement et à l'éducation thérapeutique (voir page 23). Ils devront par ailleurs bénéficier de l'appui de référents médical et social, et d'un

accroissement de « ressources ambulatoires » comme « les techniques de santé à distance et les prises en charge projetées au domicile du patient ».

Le propos est vaste, car il met en question non seulement l'orientation actuelle du système de soins, sa gestion, mais également la culture de la relation entre les acteurs de ce système et les patients, l'organisation de la médecine de terrain, les passages de relais entre la ville et l'hôpital... Ce changement doit s'élaborer tout en préservant « la démocratie sanitaire et la santé participative ». Un vrai chantier du 21<sup>e</sup> siècle. ■

Thomas Bousquet

En  
savoir  
plus

**Santé, changer de logiciel!**  
**Pour une refondation de notre pacte social de santé,**  
publication collective du Ciss  
sous la direction de Christian  
Saout. Version intégrale  
accessible sur internet,  
sous le lien suivant:  
@ [www.leciss.org/](http://www.leciss.org/)

## Zoom sur le régime agricole

Toutes les maladies chroniques n'ouvrent pas droit à une prise en charge à 100 % des soins et traitements qui leur sont liés, loin de là. Un patient est considéré en affection de longue durée (ALD) lorsqu'il est atteint d'une pathologie reconnue longue et coûteuse. Il en existe trois catégories : les maladies inscrites sur la liste des 30 affections de longue durée établie par décret et répondant aux critères d'admission du Haut-comité à la Sécurité sociale, actuellement en cours de réévaluation par la Haute-autorité en santé ; les affections graves, de forme évolutive ou invalidante, mais ne figurant pas sur cette liste (la 31<sup>e</sup> maladie), qui comportent un traitement prolongé, d'une durée prévisible supérieure à six mois, et particulièrement coûteux ; enfin les poly-pathologies (ou 32<sup>e</sup> maladie) qui concernent les patients atteints de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus et coûteux, d'une durée prévisible, là aussi, supérieure à six mois.

### Davantage de femmes

Cancers, hypertension artérielle sévère, diabète, insuffisance respiratoire, accident vasculaire cérébral invalidant, maladie de Parkinson, lèpre, tuberculose active... font partie des ALD. Celles-ci recouvrent des réalités très hétérogènes : les unes regroupent seulement quelques centaines d'assurés, d'autres plusieurs millions.

En 2007, le régime agricole totalisait plus de 842.000 patients en ALD, sur un total

de près de 3.568.000 patients, soit près du quart (23,6 %) d'entre eux, avec des disparités entre salariés et non-salariés agricoles. Concernant les premiers, sur un total de 1.712.000 patients, on en compte 265.300, soit 15,5 %<sup>(1)</sup>. S'agissant des seconds, la proportion est plus importante, puisque plus de 576.000 patients sont reconnus atteints d'une ALD, sur un nombre total d'environ 1.853.000, soit 31,1 % des patients qui appartiennent à une population globalement plus âgée. Au régime général, la part des assurés en ALD est de 14,2 % (contre 13,6 % en 2006), une proportion relativement proche de celle relevée chez les salariés agricoles. La consom-

**Au sein de la population agricole, près du quart des patients sont atteints d'une affection de longue durée, une proportion supérieure à celle des autres régimes. Le point sur leur profil, leur consommation médicale.**

- **Répartition par sexe** : globalement on dénombre un peu plus de femmes (50,9%) que d'hommes, déclarés en ALD. Les proportions s'inversent entre le régime des salariés (56,1% d'hommes, 43,9% de femmes) et le régime des non-salariés (54,2% de femmes et 45,8% d'hommes). Au régime général, les femmes représentent 51,9% des patients en ALD<sup>(1)</sup>.
- **Âge moyen** : 73 ans, avec toutefois une différence entre les femmes et les hommes. La moyenne d'âge des premières est de 75 ans et celle des seconds de 70 ans. Si, chez les ressortissants du régime des salariés agricoles en ALD, l'âge moyen est de 64 ans (avec une moyenne de 66 ans chez les femmes et de 63 ans chez les hommes), en revanche, chez les ressortissants du régime des non-salariés en ALD, il est plus élevé : 76 ans (78 ans pour les femmes et 74 ans pour les hommes). Au régime général il est passé de 61,4 ans à 61,6 ans en un an. Il est évidemment très hétérogène selon les pathologies : de 18 ans pour la mucoviscidose à 82 ans pour la maladie d'Alzheimer<sup>(1)</sup>.
- **Nombre d'ALD** : plus de 70% des patients en ALD ont une seule affection exonérante, près de 23 % en ont 2 et environ 6 %, 3 ou plus.

en chiffres

(1) Source Cnamts





## ALD : améliorer leur prise en charge

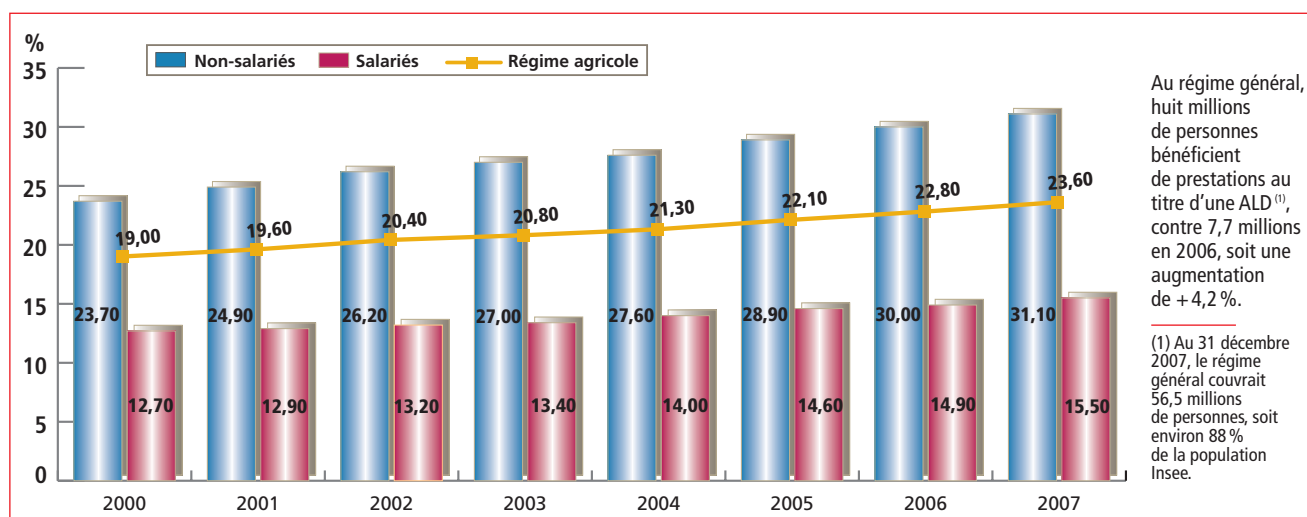
➔ mation médicale annuelle moyenne par patient (dépenses de soins de ville et d'hospitalisation privée) diffère selon qu'il est en ALD ou non. Dans ce dernier cas, elle s'élève à 697 euros (656 euros pour un ressortissant du régime des salariés agricoles et 736 euros pour un ressortissant du régime des non-salariés agricoles); en revanche, dans le cas d'une prise en charge en ALD, elle est nettement plus élevée, puisqu'elle

est de 3.426 euros (3.285 euros chez les ressortissants du régime des salariés agricoles et 3.491 euros chez les ressortissants du régime des non-salariés).

**Anne Pichot de la Marandais**

(1) Un patient est une personne ayant bénéficié d'au moins un remboursement d'assurance maladie au cours de l'année et ce, indépendamment de sa durée d'affiliation au régime agricole.

### Évolution de la proportion des patients en ALD pour le régime agricole entre 2000 et 2007 (en pourcentage)



# Les ALD côté pratique

**Les frais de soins et traitements directement liés à une affection de longue durée sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie, mais uniquement eux.**

**Explications.**

### Sur quelle base sont effectués les remboursements ?

Une affection de longue durée (ALD) nécessite un suivi et des soins prolongés (plus de six mois) et des examens et traitements coûteux. C'est pourquoi l'assurance maladie rembourse à 100 % (sur la base du tarif de la Sécurité sociale) les dépenses qui lui sont liées. Le médecin doit établir une ordonnance spécifique, l'ordonnance bizona, qui permet de distinguer les actes, médicaments et examens en rapport avec l'ALD des soins délivrés pour d'autres maladies remboursés aux taux habituels.

### Comment se présente l'ordonnance bizona ?

Elle se compose de deux parties. La partie haute est réservée aux prescriptions relatives au traitement de l'ALD : consultations, médicaments à vignettes blanches et bleues, exa-

mens biologiques et radiologiques, soins infirmiers et de kinésithérapie, dispositifs médicaux.... La partie basse est réservée aux soins sans rapport avec l'ALD qui sont remboursés dans le cadre du parcours de soins, c'est-à-dire 70 % pour les consultations et les examens radiologiques, 65 % pour les médicaments (sauf les vignettes bleues à 35 % et les vignettes oranges à 15 %) et les dispositifs médicaux, et 65 % pour les soins infirmiers et de kinésithérapie et les examens biologiques.

### Comment savoir ce qui relève ou non de l'ALD ?

Le médecin a besoin du protocole de soins du malade. C'est un formulaire de prise en charge qui ouvre les droits aux 100 %. Il est établi par le médecin traitant qui y mentionne le diagnostic concerné par la demande de prise en charge, ainsi que les actes et les prestations

nécessaires pour soigner l'ALD (traitements, examens biologiques, consultations de professionnels de santé médicaux et para-médicaux). Il est ensuite adressé au médecin conseil de la caisse d'assurance maladie, qui l'étudie et qui donne ou non son accord pour la prise en charge à 100 % d'une partie ou de la totalité des soins et des traitements liés à la maladie. Le médecin remet alors le troisième volet au patient, qui le signe. Ce document qui appartient au malade est personnel et confidentiel. Il permet d'avoir une vision globale des soins nécessaires et permet une meilleure coordination entre le médecin traitant et les médecins spécialistes qui suivent le patient. Il peut être réactualisé en fonction de l'évolution de la maladie.

### Quelles dépenses restent à la charge du patient ?

La prise en charge à 100 % ne concerne pas les dépassements d'honoraires et du tarif de base des dispositifs médicaux fixés par l'assurance maladie, la participation de un euro (déduite automatiquement des remboursements depuis le

1<sup>er</sup> janvier 2005), le forfait hospitalier, ainsi que les actes et les prestations non prévus au remboursement. La part non remboursée par la MSA est soit à la charge du malade, soit remboursée par l'assurance ou la mutuelle complémentaire. ■

Anne Pichot de la Marandais



# « Dissocier prise en charge financière et médicale »

À la 9<sup>e</sup> Journée santé assurance maladie de la MSA, Raoul Briet, membre du collège de la Haute autorité de santé, a planché sur la problématique suivante : « Quelles réponses pour le parcours de soins du patient atteint de maladie chronique ? »

### Échos de son intervention.

La loi a confié à la Haute autorité de santé (HAS) trois missions concernant les affections de longue durée : se prononcer sur la liste des 30 maladies ; sur les critères et la durée d'admission en ALD ; enfin déterminer, pour chacune de ces pathologies, la liste des actes, prestations et biens de santé nécessaires pour un bon traitement et donc susceptibles d'être pris en charge à 100 % par l'assurance maladie. « Depuis 2004, nous avons ainsi défini en fonction de l'état de l'art médical, un socle commun qui vaut en principe partout et pour tous – même s'il peut y avoir des adjonctions ou des sous-

tractions pour tenir compte de la situation particulière de chaque assuré. Ce périmètre des actes et produits remboursables, qui devrait simplifier la gestion de l'ordonnancier bizona, nous avons décidé de l'accompagner de petits vade-mecum afin que le protocole devienne un levier pour améliorer la qualité des soins, explique Raoul Briet. On a publié parallèlement à cette liste deux guides : un pour les médecins, qui vise à résumer les points clés de la bonne prise en charge de l'ALD, et un guide patient, à distribuer par le médecin traitant au moment de la signature du protocole afin que le malade puisse devenir acteur de



Raoul Briet.

© Bernard Gazé





## ALD : améliorer leur prise en charge



© Bernard Gazé

Destinée aux élus et aux dirigeants, la Journée santé assurance maladie a réuni à Bagnolet, sur le thème des maladies chroniques, autour des administrateurs centraux, les élus MSA dans les Urcam, les présidents et directeurs, et les médecins coordonnateurs des associations régionales.

➔ *sa propre santé. Ce travail, que nous avons quasiment terminé et rendu public, doit maintenant être évalué et actualisé.* » Mais à ce système actuel de prise en charge des maladies chroniques, la Haute autorité de santé voit des limites. Elle pense qu'il faudrait le faire évoluer. Il a été constaté que derrière une même pathologie, les coûts annuels supportés par les patients étaient très variables.

### Une dispersion importante d'un assuré à l'autre

« On ne peut pas attacher, de manière mécanique, à une pathologie X un niveau qui serait identique pour tous les individus. Selon la phase de la maladie, les complications, la stratégie de traitement choisie... on observe une dispersion importante et d'un assuré à l'autre, les restes à charge sont très hétérogènes. » Autre observation : certains malades en ALD ont des restes à charge peu élevés alors que pour d'autres, non en ALD, ils le sont beaucoup plus. Ce qui soulève un certain nombre de questions. « On pourrait resserrer les critères sur des cas de gravité clinique qu'on pourrait estimer comme correspondant à des épisodes coûteux, par exemple au moment où surviennent des complications. Mais ne penserait-on pas que, si on se désintéressait des malades qui n'ont pas de complications, ils pourraient très rapidement en avoir. Notre préférence ne va pas à ce type de scénario mais plutôt à une dissociation des objectifs médicaux et sociaux. On ne peut pas à la fois progresser dans la voie d'une prise en charge ciblée, efficace du parcours de soins, c'est-à-dire améliorer la qualité des soins, et permettre à des gens qui ont des restes à charge élevés, quelle que soit leur pathologie, d'accéder à un rembourse-

ment à 100 %. Sur le plan social ou financier, un dispositif de plafonnement des restes à charge – qui tendrait vers un financement de type bouclier sanitaire<sup>(1)</sup> – pourrait être une mesure objective. Cela permettrait de retrouver plus de flexibilité, plus d'intelligence dans la gestion du parcours de soins des maladies chroniques. Sur le plan médical, le grand ensemble ALD regroupe des pathologies très différentes : certaines sont très rares, d'autres massives, certaines relèvent essentiellement du médecin traitant, d'autres de la médecine spécialisée ou de l'hôpital... Il n'est pas pertinent de vouloir traiter 10 à 11 millions de personnes derrière une étiquette unique. Présumer que chaque patient en ALD va avoir un protocole qui lui sera adapté et régulièrement actualisé, c'est une vue de l'esprit. Voyons quelles sont les maladies chroniques pour lesquelles les médecins traitants ont un rôle clé à jouer, celles pour lesquelles le comportement des patients est important et faisons porter nos efforts sur leur accompagnement, l'éducation thérapeutique... Et au niveau financier, adoptons un système plus juste. »

Marie-Luce Gazé Desjardins

(1) Le bouclier sanitaire a pour objectif d'instituer un plafond des restes à charge (rac) supportés par les patients sur la dépense remboursable. En dessous du seuil, les tickets modérateurs et participations forfaitaires resteraient à la charge de l'assuré ; au-delà, l'assurance maladie lui garantirait une couverture intégrale.



# Gérer sa maladie de façon active

Un programme national d'éducation thérapeutique des patients atteints de maladie cardiovasculaire et vivant en zone rurale est mené par la MSA. Les patients en sont très satisfaits. **Courant 2009, il va être étendu aux diabétiques.**

**M**ieux comprendre sa maladie, bien gérer ses facteurs de risque, adopter une meilleure hygiène de vie, apprendre à coopérer avec les soignants, bien suivre son traitement médicamenteux et identifier les signes d'alerte : tels sont les objectifs de l'éducation thérapeutique des patients (ETP). Proposé par la MSA aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, d'hypertension artérielle ou de maladie coronarienne, le programme d'éducation thérapeutique est généralisé depuis mi-2006. Pendant la période 2004-2005, il avait fait l'objet d'une expérimentation sur neuf régions, concernant 153 patients cardiaques âgés en moyenne de 70 ans. Devant les résultats encourageants – patients, médecins traitants et éducateurs très satisfaits – la MSA a décidé de mettre en œuvre ce programme sur l'ensemble du territoire. Ainsi, depuis mai 2006, lors d'une demande de mise en affection de longue durée (ALD) pour une de ces trois pathologies, les assurés MSA se voient proposer, par les services médicaux de la caisse, au cours d'un entretien, trois séances collectives d'éducation thérapeutique de trois heures chacune, réparties sur trois demi-journées. Au programme, six modules : la définition de l'ETP et le vécu de la maladie ; les facteurs de risque ; la nutrition et la diététique ; l'activité physique ; l'auto-surveillance et les signes d'alerte ; la connaissance du traitement. Ces séances réalisées à proximité du domi-

cile des patients sont animées par un médecin ou une infirmière formés par l'Institut de perfectionnement en communication et éducation médicales (IPCEM).

## De nouveaux comportements

Une deuxième évaluation de ce programme national a été réalisée<sup>(1)</sup> sur la période 2006-2008, dont les premiers résultats sont disponibles. 786 patients, dont la moyenne d'âge est de 67 ans, ont suivi les trois séances d'éducation thérapeutique, soit 62,5% d'hommes et 37,5% de femmes (le plus jeune avait 42 ans et le plus âgé 84 ans). 92 cycles d'ETP ont été réalisés par des animateurs qui disposaient, comme lors de l'expérimentation, du kit pédagogique élaboré par l'IPCEM. Les résultats obtenus confirment ceux de la première expérimentation. Les patients ont amélioré de 13,3% leurs connaissances de la maladie, ce qui s'explique par un niveau initial assez élevé de culture en santé. En revanche, ils ont conforté leur niveau de connaissances. Ayant suivi les conseils donnés, ils

(1) Par le laboratoire de pédagogie de la santé EA 3.412 de l'université Paris 13.

## Régime agricole : prévalence des ALD

- Les maladies cardiovasculaires<sup>(1)</sup> : **7,5%**<sup>(2)</sup> (âge moyen des patients : 75 ans)
- Le cancer : **4,4%**
- L'hypertension artérielle : **4,3%** (âge moyen des patients : 76,6 ans)
- Le diabète : **3,8%** (âge moyen des patients : 70,7 ans)
- Les ALD hors liste : **1,2%**
- Les polyopathologies : **0,2%**
- Les autres ALD : **5,7%**

(1) Cette catégorie regroupe les ALD de la liste : AVC ; artériopathies ; insuffisance cardiaque ; maladie coronaire.

(2) Le taux de prévalence correspond au nombre de patients en ADL rapporté à la population protégée sur la même période.

Source : RNIAM – DERS (population protégée au 1<sup>er</sup> janvier 2007 : 3.617.086).

en chiffres





## À l'issue des séances, les patients considèrent différemment leur pathologie

➔ ont changé de comportement alimentaire de façon positive, en mangeant plus de poisson, moins de charcuterie et davantage de fruits et de légumes. Ils ont suivi une activité physique. Ils ont acquis des compétences techniques très utiles, telles que la mesure de la pression artérielle, la prise de poids régulière, l'identification des œdèmes aux chevilles et aux pieds, la mesure de leur degré d'essoufflement et le repérage de la réapparition de douleur d'origine cardiaque. Ils connaissent également le nom de leurs médicaments et peuvent en expliquer la finalité.

### Pour les diabétiques

Globalement très satisfaits, ils considèrent différemment leur pathologie et estiment que ces séances sont très utiles. Pour preuve : le cholestérol et la pression artérielle diastolique notamment ont diminué de façon significative. Ils souhaitent également en savoir davantage sur leur maladie et sont demandeurs d'autres séances. Ils sont 98 % à penser que la MSA devrait proposer cette éducation thérapeutique à d'autres types de patients. Ce qui est envisagé pour les diabétiques et devrait se faire prochainement. L'investissement de l'Institution dans le développement et la structuration du programme, la qualité de la formation des éducateurs et des outils pédagogiques ont concouru au succès de ce programme. ■

Anne Pichot de la Marandais

LU dans  
BIMSA

- Dans le dossier « *Devenir acteur de sa santé* », les articles intitulés « *Gagner des années en meilleure santé* » et « *Un enjeu pour la qualité de vie des malades chroniques* » parus dans *Le Bimsa* n°72, de mars 2007.
- Le dossier sur l'éducation thérapeutique « *Mieux se soigner, cela s'apprend* », comprenant une interview de Jean-François d'Ivernois, directeur du laboratoire de pédagogie de la santé de l'université Paris 13 paru dans *Le Bimsa* n°53 de mars 2005.

# Privilég

Vivre avec une maladie chronique, ce n'est pas fatalement sortir du milieu professionnel, affirme Paul Frimat, professeur en médecine du travail à l'université de Lille 2. À condition cependant d'adapter notre système. **Explications.**



© Bernard Gazé

Auteur d'un rapport sur l'évolution du système santé-travail, Paul Frimat est d'un avis autorisé sur la question de l'intégration dans le milieu professionnel des salariés vivant avec une maladie chronique. Et le moins que l'on puisse dire, c'est qu'elle laisse à désirer, selon lui. C'est notre système qui est en cause, estime-t-il, « *car il est basé sur la réparation, et non sur la prévention, sur le remboursement et la prise en charge, plutôt que sur une adéquation entre une activité de travail et un équilibre financier* ». Favoriser le retour à l'activité professionnelle de ces salariés atteints de maladies chroniques, au lieu de les orienter vers l'invalidité, est donc un enjeu. Pour y parvenir, il faut instaurer « *une action collective des acteurs santé travail, sécurité sociale et entreprise* », affirme Paul Frimat. Ce dernier poursuit en expliquant que certains dispositifs à la disposition des médecins du travail ne sont pas assez utilisés, comme la visite de préreprise, dont les modalités datent de 1986. Or cette visite constitue, selon ses propres termes, l'occasion d'un « *dialogue intelligent entre le médecin traitant, le médecin conseil, le médecin du travail et le*

# ier l'action collective

salarié». Un tel dialogue, dont peuvent résulter une meilleure évaluation des aptitudes restantes de la personne, des aménagements sur son poste, des formations, voire une orientation vers un bilan de compétences, est un outil précieux.

## Le travail à temps partiel

En parallèle, les entreprises devraient être davantage incitées au retour en poste de leurs salariés porteurs de maladies chroniques, par exemple dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique bénéficiant d'une prise en charge supplémentaire. Mais ce temps partiel lui-même est aujourd'hui difficile à organiser : les règlements qui s'appliquent en la matière sont compliqués, l'entreprise comme le médecin du travail n'en connaissent pas toujours le fonctionnement. Pourtant, il joue un rôle non négligeable dans la réinsertion. «*Il peut permettre de reprendre par petites fractions de temps, complète Paul Frimat, et si à l'issue le retour à temps plein n'est pas possible, c'est là qu'on pourra passer à un mi-temps complété par une invalidité. C'est mieux que de ne pas travailler du tout et de coûter à la collectivité.*»

Quant à la visite de reprise proprement dite, qui est une obligation légale pour l'employeur, son rôle est de fixer les aménagements du poste de travail. Comme pour la visite de préreprise, une approche globale de la situation du salarié est nécessaire, pour avoir recours à tous les dispositifs existants, tant sur le plan de la gestion de la maladie de la personne que sur celle de ses compétences. En cas d'inaptitude, si une mutation doit être exa-

minée, le professeur Frimat propose de dépasser le cadre de l'entreprise, pour envisager des pistes dans un cadre régional, comme cela se pratique déjà en milieu associatif. Ce serait une petite révolution, qui exigerait de la part des acteurs sociaux une coordination, des liaisons transversales encore trop



peu développées... sauf à la MSA, comme il se plaît à le souligner. En conclusion, Paul Frimat invite les institutions agissant dans ce domaine à élargir leur réflexion : notre société pousse-t-elle les gens vers la valeur travail ? Trop de malades recherchent l'invalidité comme une porte de sortie, alors qu'ils n'en vivront pas forcément mieux ni plus longtemps. Ils ont besoin de trouver des solutions adaptées, et de la reconnaissance professionnelle. Seul un travail commun entre médecins, institutions sociales et réseau associatif peut aller dans ce sens. ■

Thomas Bousquet