

# **Bilan de l'action expérimentale Organisation d'un réseau gérontologique**

*après trois ans de fonctionnement*

## **Préambule**

Après trois ans de fonctionnement de l'action expérimentale « Organisation d'un réseau gérontologique », dispositif d'une dimension unique sur le territoire français et qui connaît une incontestable réussite, la CCMSA a décidé, en sa qualité de promoteur, de réunir le 2 décembre 2003, les différents acteurs et partenaires impliqués dans cette action expérimentale ainsi que les représentants des organismes particulièrement intéressés par celle-ci (Annexe 1 : Liste des participants)

Cette rencontre, destinée à faire le bilan du déroulement de l'action expérimentale et de mener une réflexion sur ses perspectives d'avenir, était l'occasion de se poser principalement deux questions :

- 1) Le dispositif du réseau gérontologique peut-il être amélioré ?
- 2) Quelles conditions sont nécessaires pour envisager une généralisation de ce dispositif et créer, comme l'envisage la MSA, de nouveaux sites de ce type tout en mobilisant son réseau ?

Pour tenter de répondre à ces questions, la journée a été organisée en deux temps :

- d'une part, et plus particulièrement pour les invités externes, une présentation du rapport final de l'évaluation par l'évaluatrice externe la société Ariane Santé Social, représentée par Monsieur BOVAL, suivie d'un rappel du dispositif au travers de deux reportages télévisés sur les sites de Jonzac en Charente-Maritime et de Baume les dames dans le Doubs,
- d'autre part, une table ronde réunissant différents acteurs de ces réseaux gérontologiques apportant leur témoignage et leurs propositions quant aux pistes d'amélioration du dispositif.

## **Introduction de la matinée par Madame Jeannette GROS, Présidente de la CCMSA**

Par rapport aux événements qui ont marqué cet été, Madame GROS a souligné l'importance d'approfondir les réponses efficaces à la prise en charge des personnes âgées parmi lesquelles on trouve le réseau gérontologique.

C'est pourquoi aujourd'hui, il est nécessaire de mener cette démarche jusqu'à son terme pour pouvoir éventuellement demain, étendre ce dispositif et proposer un panel de solutions adaptées pour les personnes âgées.

### **Rappel historique**

La présidente rappelle que la MSA, soucieuse d'apporter à ses adhérents des prestations de qualité et de contribuer à améliorer les performances du système sanitaire français, a saisi l'opportunité des ordonnances d'avril 1996 pour s'engager dans la promotion et le développement au niveau national de deux réseaux de soins expérimentaux, l'un dans le domaine de la prévention bucco-dentaire et l'autre dans le domaine de la prise en charge à domicile des personnes âgées.

Elle s'est également associée à l'action expérimentale « Groupama partenaires Santé », initiée par Groupama et mise en œuvre dans les zones rurales de trois départements l'Allier, les Côtes d'Armor et les Pyrénées Atlantiques.

La MSA, en élaborant le projet d'action expérimentale « organisation d'un réseau gérontologique », en partenariat avec la CNAMTS et la CANAM, était partie du constat que la population agricole est composée d'une forte proportion de personnes âgées dépendantes ou susceptibles de le devenir et généralement éloignées des structures de soins. En outre, les personnes âgées sont nombreuses à vouloir rester à domicile jusqu'au terme de leur vie. En effet, les enquêtes générales mettent en évidence le désir des personnes âgées de finir leurs jours à leur domicile (dans 85% des cas).

Les caractéristiques démographiques de la population rurale orientent depuis longtemps la politique de la MSA, qui s'est investie depuis de nombreuses années sur le terrain de la gérontologie tant au niveau de la réflexion de ses élus que des actions menées localement (expérimentations d'hospitalisation externe à domicile menées sur les sites de Lubersac, la Guerche de Bretagne ...). Ces expériences nous ont été fort utiles pour comprendre comment il était possible de lier le sanitaire et le social.

L'action expérimentale « Organisation d'un réseau gérontologique » a été agréée pour trois ans sur 19 sites locaux par arrêté ministériel du 30 mars 2000 et prorogée jusqu'au 31 décembre 2004.

Les enjeux du réseau gérontologique sont liés à un contexte démographique et à une meilleure valorisation de l'offre de soins existante.

*En ce qui concerne les enjeux démographiques, déjà abordés plus haut, la population agricole (salarisée et non salarisée) est âgée. Les projections démographiques montrent, au-delà du constat actuel, qu'en 2010, un quart des non salariés agricoles auront plus de 80 ans.*

Il s'agit aussi d'une population à dominante rurale et ayant donc une offre sanitaire, la plupart du temps éloignée, réduite en grande partie au médecin généraliste, aux auxiliaires médicaux et à l'hôpital de proximité, lorsque celui-ci existe.

Des solutions peu coûteuses et conformes à l'évolution des modes de vie doivent donc être recherchées et il apparaît vain d'imaginer une multiplication des établissements d'hébergement dans les cantons ruraux, où vivent pourtant, en moyenne 100 personnes âgées dépendantes.

En ce qui concerne les enjeux liés à une meilleure valorisation de l'offre de soins existante, la Mutualité Sociale Agricole est convaincue que, pour faire face à cette montée en puissance de la dépendance et des pathologies qui l'accompagnent, tout en utilisant au mieux l'offre existante, la solution réside dans la mise en réseau du médecin généraliste, de l'hôpital de proximité et des auxiliaires médicaux exerçant en libéral ou en Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Il convient de noter que le médecin généraliste en milieu rural reste, en effet, le médecin de famille avec toutes ses qualités, notamment la connaissance de tout l'historique de la famille.

En outre, en ce qui concerne les hôpitaux de proximité, s'il était question, il y a une quinzaine d'années, de détruire ce type de structures, les réseaux gérontologiques ont notamment permis de se rendre compte qu'ils peuvent avoir une autre vocation extrêmement intéressante.

Cette action s'entend comme une réponse satisfaisante aux besoins de prise en charge et constitue une alternative à l'hospitalisation et/ou au placement dans des structures d'hébergement pour personnes âgées.

### ***Le dispositif de l'action expérimentale « Organisation d'un réseau gérontologique »***

Le réseau gérontologique est un réseau sanitaire destiné à maintenir à domicile dans des conditions sanitaires et sociales optimales les personnes âgées dépendantes.

#### **Trois points forts caractérisent l'organisation :**

- le rôle pivot du médecin généraliste coordonnateur du réseau pour ses patients,
- la coopération ville / Hôpital pour favoriser le maintien à domicile, symbolisée par l'ouverture de l'hôpital au médecin généraliste, et la nécessaire évolution de la mission confiée aux hôpitaux de proximité,
- l'articulation du sanitaire et du social pour une prise en charge globale de la personne âgée.

Au niveau local, le fonctionnement et la gestion du dispositif sont assurés par des associations Loi 1901, réunissant l'ensemble des acteurs du réseau.

#### **Les objectifs recherchés sont de deux types :**

- **Médicaux et sociaux** : les bénéfices attendus portent sur une plus grande efficacité des soins, une amélioration de la qualité de vie et une prolongation de la durée de vie. Ces bénéfices résultent d'une organisation cohérente et adaptée des soins et des interventions des professionnels médicaux et sociaux.

- **Economiques**, d'une manière générale, l'organisation en réseau doit permettre d'éviter les actes et examens inutiles, les déplacements à répétition pour la personne âgée et de pratiquer des soins de proximité, souvent moins chers que les soins de recours en centre hospitalier. Elle doit permettre aussi un moindre recours aux hospitalisations lourdes.

Aujourd'hui après trois ans de fonctionnement, le bilan positif de l'action expérimentale « Organisation d'un réseau gérontologique » fait état d'un développement satisfaisant et répond aux objectifs fixés à l'origine.

La progression des inclusions de personnes âgées est significative et le taux de satisfaction, partagé par l'ensemble, est grand.

Pour les professionnels, qui adhèrent en nombre, le réseau a également permis de mieux connaître l'assurance maladie, de la percevoir d'une manière différente et d'appréhender le travail social sous un autre angle.

D'ores et déjà, à l'heure où l'on voit apparaître différents projets sur la réforme de la santé et où l'on peut effectivement s'interroger sur la place dévolue à l'assurance maladie, on peut insister sur l'investissement fort de toutes les caisses locales d'assurance maladie sur ce projet et plus généralement sur sa capacité à porter, avec efficacité, des réseaux de proximité sur le terrain.

En effet, si aujourd'hui cette initiative est reconnue par tous, ceux qui l'ont faite savent à quel point, en amont, le travail a été colossal. La MSA, de par sa connaissance du terrain, a été souvent celle qui coordonnait, qui emmenait l'organisation, qui frappait aux bonnes portes, celle qui a démêlé tout le préalable pour que l'expérimentation puisse être mise en œuvre.

Après le 31 décembre 2004, terme de l'expérimentation, les réseaux gérontologiques existants doivent continuer. Réseaux de santé, ils ne seront plus expérimentaux et leur financement, (au titre de la dotation régionale des réseaux en provenance de la cinquième enveloppe créée au sein de l'ONDAM), pourra être autorisé après décision conjointe des directeurs d'URCAM et d'ARH.

### ***Intervention du Docteur Alain CORVEZ***

Pour le Docteur CORVEZ, Conseiller technique auprès du cabinet du Ministre de la Santé, Monsieur MATTEI, et chargé de le représenter, deux mots méritent que l'on s'y arrête :

- celui de « réseau »,
- et celui de « gérontologie ».

Le Docteur CORVEZ a choisi de regarder ces deux mots sous deux angles :

- leur rencontre avec la MSA,
- les perspectives que prennent ces mots, aujourd'hui, dans un concept de santé publique et de sa mise en place en France.

L'association des mots « réseau » et « gérontologie » prend et retrouve globalement toutes les valeurs qui sont portées par la MSA.

**Le mot réseau**, d'abord, est un mot que l'on entend souvent dans les murs de la MSA parce que la dimension projet va de plus en plus mettre en œuvre des disciplines multiples, faire jouer les gens ensemble et l'on retrouve bien les valeurs qui sont celles de la MSA, celle du mutualisme, de la mutualité et celle aussi de la solidarité, qui dépasse le cadre sanitaire pour l'élargir constamment à la dimension sociale.

Lors de la canicule de cet été, nous avons pu montrer que la prise en charge sociale avait souvent des vertus que le sanitaire ne pouvait pas forcément développer.

Cela n'a pas suffi pour la MSA, qui est allée plus loin et a voulu se rapprocher davantage des gens et notamment des personnes âgées.

Ainsi; il n'est pas étonnant que la MSA se trouve sur le chemin de ses aînés et que **le mot gérontologie** finalement s'y associe.

Ce n'est pas seulement parce que les vieux peuplent désormais majoritairement les campagnes, pas simplement non plus parce que la solidarité intergénérationnelle s'y exerce mieux qu'ailleurs mais aussi parce qu'au fil du temps, la MSA a développé un professionnalisme reconnu et apprécié sur des segments variés.

Aujourd'hui ces mots « réseau » et « gérontologie » passent dans le domaine public, la santé publique s'en empare, l'action publique aussi.

La santé publique ne doit pas seulement être un mot à la mode, elle élargit notre angle de vision, elle donne la priorité à l'approche populationnelle, ce que l'on trouve bien dans ce que la MSA fait, elle privilégie le besoin, elle s'élargit du soin à la santé.

Elle ne retrouve sa justification que dans l'action c'est à dire dans le service qu'elle rend.

Le sujet de la prise en charge des personnes âgées se déroule de façon limpide : un territoire de vie, le territoire de toute une vie, des hommes et des femmes, des acteurs de soins et de services autour de ces personnes et pour ces personnes, des dépenses aussi, une organisation sociale et plus encore de l'économie locale et un service rendu.

La MSA a volontairement choisi l'action expérimentale et ces nouveaux modes de prise en charge, elle a, la première, ouvert la voie de la procédure Soubie, elle doit aujourd'hui s'engager sur le chemin des réseaux de santé.

L'expérience acquise permettra à la MSA d'éviter quelques écueils, elle en rencontrera d'autres, elle devra s'y habituer, prendre en compte une concurrence qui sera de plus en plus forte, ne pas la craindre, si elle sait être déjà plus loin sur de nouvelles recherches, de nouveaux services au plus près des gens.

**« La tâche qui nous attend sur ce domaine est immense, ne vous arrêtez pas en chemin, vous avez toute l'expertise, soyez demain promoteur de projets nouveaux, nous ne pourrons que nous y retrouver ».**

## **Présentation du rapport final de l'évaluation par Monsieur Thierry BOVAL, Ariane Santé Social**

A l'issue de l'évaluation finale de l'action expérimentale « Organisation d'un réseau gérontologique », le rapport final réalisé par la société Ariane Santé Social atteste, après trois ans de fonctionnement, de l'intérêt d'un mode d'organisation qui privilégie le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes grâce à un dispositif global, coordonnant et articulant l'intervention des différents acteurs sanitaires (professionnels de santé et hôpitaux de proximité) et sociaux.

En préambule, Monsieur BOVAL tient à souligner la modestie et la simplicité des objectifs fixés pour l'action expérimentale « Organisation d'un réseau gérontologique » :

- ⇒ Retarder le placement en institution
- ⇒ Maintenir les personnes âgées à domicile
- ⇒ Maîtriser les coûts actuels de la prise en charge

### **La démarche générale de l'évaluation**

Monsieur BOVAL rappelle que l'évaluation de l'action expérimentale « Organisation d'un réseau gérontologique » s'est déroulée en trois phases :

- Phase 1 : démarrage et montée en charge
- Phase 2 : évaluation intermédiaire et stabilisation
- Phase 3 : évaluation finale et fin des trois premières années de l'expérimentation

A noter, la constitution au cours de la phase de stabilisation d'un échantillon témoin, composé de patients non adhérents au réseau gérontologique. Au terme de l'expérimentation, les résultats obtenus pour le groupe réseau ont ainsi été comparés à ceux du groupe témoin afin de s'assurer des performances du réseau.

Globalement, à travers ces trois phases de l'évaluation, l'évaluateur a observé une spirale vertueuse qui permet, au cours du temps, d'améliorer les pratiques, les performances du réseau gérontologique et la satisfaction des gens qui y participent.

- ☞ En phase de montée en charge, 381 personnes âgées prises en charge et 450 professionnels adhérents mais le réseau n'est pas considéré comme apportant un plus.
- ☞ Dès la phase de stabilisation, le nombre de personnes âgées incluses augmente et se met en route la prise en charge coordonnée des personnes âgées par les différents acteurs sanitaires et sociaux, qui participent de manière égalitaire au maintien à domicile.

Le niveau de satisfaction est élevé.

- ☞ Lors de la dernière phase de l'expérimentation (mars 2000- mars 2003), 1178 personnes âgées ont été prises en charge dans le réseau.

Avec un rythme régulier et soutenu tout au long de l'expérimentation (progression mensuelle de 40 personnes âgées par mois en 2002 et 30 en 2001), l'objectif de 1000 inclusions a été atteint bien avant la fin de l'expérimentation.

Les caractéristiques des personnes âgées admises dans le réseau sont stables depuis l'origine :

- une population très âgée : l'âge moyen est de 82 ans,
- une population très féminine : 66 % des personnes admises sont des femmes,
- un niveau de dépendance fort : 64% de GIR 3 et 4 et 36% de GIR 1 et 2,
- une population appartenant à 49,6 % au régime agricole, à 46,7 % au régime général et à 3,7 % au régime des travailleurs indépendants.

En outre, 628 professionnels de santé participent à l'action et si, au départ, certains professionnels de santé avaient émis quelques réserves, il est maintenant incontestable que le réseau crée sa propre dynamique et exerce un effet d'entraînement extrêmement positif sur l'offre de soins ambulatoires.

Parmi ces professionnels, on dénombre, en mars 2003, 317 médecins actifs, 184 infirmiers et 127 kinésithérapeutes.

Le niveau de satisfaction est encore plus élevé que lors de la phase de stabilisation : la pertinence du réseau est reconnue par l'ensemble des personnes âgées et des professionnels adhérents.

Globalement sur les 19 sites impliqués, 16 se sont parfaitement appropriés le processus.

### ***Les résultats sur le plan médico-social***

Pour l'évaluateur, les résultats de l'évaluation sur ce plan médico-social sont significatifs.

Avec un taux de placement en établissement dans le groupe réseau de 7,55% et la survenue de ce placement 213 jours après l'entrée dans le réseau, le réseau gérontologique atteint l'un de ses objectifs qui est de retarder le placement en institution.

De plus, si l'on considère que le fait de mourir à domicile constitue un plus apporté par le réseau gérontologique, on observe bien que sur les 332 sorties du réseau, 235 décès sont comptabilisés au domicile. Là encore le réseau gérontologique répond à la demande des personnes âgées qui désirent mourir chez elles.

Par ailleurs, le réseau gérontologique s'entend et suppose aussi la mise à disposition d'un certain nombre d'aides auprès de la personnes âgée. Pour l'évaluateur, certains éléments clés sont déterminants dans le maintien à domicile de la personne âgée :

- la présence et le rôle indispensable de la famille, préalable nécessaire au maintien à domicile de la personne âgée,
- le rôle primordial des aides ménagères et auxiliaires de vie,
- la nécessité d'un environnement adapté et d'un aménagement éventuel de l'habitat.

### **La maîtrise des coûts**

Le bilan économique effectué sur une période d'observation de 9 mois, comparativement au groupe témoin, est également favorable au réseau.

Les dépenses de soins (ambulatoires et hospitalières) sont plus faibles dans le groupe réseau que dans le groupe témoin ; les coûts par mois patient sont de 789,4 € dans le groupe réseau et de 1022,9 € dans le groupe témoin.

Toutefois et alors que les dépenses hospitalières sont plus faibles dans le groupe réseau, Monsieur BOVAL précise que curieusement le nombre de jours d'hospitalisation dans ce groupe est aussi plus fort. Une explication, à confirmer, pourrait résider dans le recours occasionnel, par les médecins du réseau, aux hôpitaux de proximité comme séjour de « répit » pour soulager les aidants. En outre, la différence entre ce nombre de jours supplémentaires dans le groupe réseau et des coûts plus faibles peut s'expliquer par le fait qu'il n'y a quasiment pas de court séjour aigu quand les personnes sont prises en charge dans le réseau (*on voit, on prévient et cela coûte moins cher*). L'économie se trouve dans la nature des hospitalisations, plus fréquemment effectuées en moyen séjour et donc moins onéreuses pour les adhérents du réseau.

Sur le taux de décès, la différence est également significative : ce taux est moindre dans le groupe réseau avec un taux de décès de 14,34 % contre 20,81 % dans le groupe témoin : le maintien à domicile permet peut-être d'allonger l'espérance de vie des personnes.

S'agissant de l'aide complémentaire (montant plafond mensuel de 91,47 €), l'évaluateur fait deux constats :

- Cette aide n'est pas utilisée en totalité et le fait d'ouvrir des droits n'entraîne donc pas systématiquement une consommation.
- Elle est utilisée à 69% pour des produits d'incontinence et il ne s'agit donc pas de dépenses de confort.

Ces résultats économiques particulièrement intéressants doivent être confirmés sur la durée, mais ils montrent, a minima, que le réseau est un mode de prise en charge concurrentiel.

### **Une vision de synthèse sur l'ensemble de l'expérimentation et les 19 sites**

A partir des constats effectués au cours de l'évaluation, l'évaluateur a défini des indicateurs de positionnement. Ces indicateurs constituent la clé du succès d'un réseau gérontologique qui suppose :

- Un bassin de population suffisamment large, avec une population cible d'au moins 256 personnes âgées dépendantes sur l'aire géographique concernée pour un nombre optimal d'inclusions pour un site de 55 inclusions.
- Une densité suffisante de professionnels de santé avec un nombre optimal de médecins actifs de 14 et un nombre minimal de médecins adhérents de 22

- Une secrétaire d'association familiarisée avec le secteur médico-social, employée à temps plein et présente depuis le démarrage de l'action. Ce profil est très important et la secrétaire est le maillon indispensable du réseau.
- La tenue régulière des réunions de réévaluation comme critère de qualité dans le suivi de la démarche du maintien à domicile.
- Un groupe iso-ressources moyen pondéré (GMP) dans le réseau de l'ordre de 639. Le GMP qui est le poids global en terme de dépendance des personnes prises en charge dans le réseau gérontologique : un GMP à 639 représente le niveau d'une institution (dans un établissement hébergeant des personnes âgées, le GMP est de 650), le réseau est donc bien une alternative à l'institutionnalisation et si ces personnes n'avaient pas pu être admises dans le réseau elles auraient probablement été prises en charge dans un établissement avec un coût plus élevé.
- Un coût de fonctionnement moyen des associations par mois patient avoisinant 92,5 €
- Des conditions d'environnement familial favorables pour que la personne âgée puisse bénéficier d'un soutien de proximité.
- Un accompagnement constant des caisses d'assurance maladie, qui ont un rôle majeur à jouer dans la mise en place, la promotion et le suivi du réseau.

### ***Les enseignements pour une généralisation possible de l'expérimentation***

Pour une généralisation possible de l'expérimentation, l'évaluateur rappelle les conditions favorables au démarrage d'un réseau :

- ⇒ un nombre de personnes âgées dépendantes de 201 et plus
- ⇒ un nombre de médecins actifs de 23 et plus
- ⇒ une secrétaire d'association infirmière diplômée d'état et à temps plein

En outre et pour pouvoir suivre un réseau gérontologique de maintien à domicile, l'évaluateur cite trois éléments clés :

- ⇒ la progression constante des inclusions qui traduit la satisfaction de l'ensemble des participants qui trouvent leur compte dans le dispositif : amélioration de la qualité de vie de la personne âgée et amélioration des conditions de travail des professionnels,
- ⇒ la stabilisation du GMP de la population suivie par un site avec la liberté laissée aux structures de prendre en charge des personnes de GIR 1 et 2,
- ⇒ un taux de réunions de réévaluation élevé.

Ces trois éléments permettent dans une même proportion de mesurer si un réseau fonctionne bien à la fois pour les personnes âgées et pour les professionnels.

### ***Les pistes d'amélioration pour l'avenir***

Enfin, l'évaluateur propose trois pistes d'amélioration du réseau gérontologique pour l'avenir :

- Favoriser la motivation des acteurs concernés par une meilleure diffusion de l'information sur le réseau gérontologique qui permet un gain de temps et un moindre stress.
- Poursuivre l'évaluation du processus.
- Automatiser à l'aide d'un outil de partage informatique les tâches administratives inhérentes au fonctionnement du réseau. Ces tâches administratives sont du temps non consacré au patient et il faut réfléchir sur des outils technologiques pour soulager les acteurs de terrain.

### ***Table ronde : «Les pistes d'amélioration envisageables dans le cadre d'un développement de l'expérimentation»***

#### ***Introduction à la table ronde par Monsieur Vincent LIDSKY***

Le bilan positif de l'action expérimentale, aujourd'hui reconnue, permet de nuancer le constat, trop souvent fait en France, que les expérimentations sont par définition marginales, fragiles et non évaluées.

Cette expérimentation, même si elle n'a concerné qu'un nombre limité de personnes, n'est pas marginale pour autant : elle est d'abord essentielle pour ceux qui y participent et il suffira ensuite de décider qu'elle puisse profiter à un plus grand nombre pour avoir un impact réel sur le système de soins.

Au delà, à un moment où l'on parle de crise de l'assurance maladie, de crise de l'hôpital, de difficultés de relations entre médecins, pouvoirs publics et assurance maladie, cette action expérimentale montre bien que si l'on veut faire évoluer le système de santé et la qualité des soins, dans l'attente d'une réforme de l'assurance maladie, c'est bien ce genre d'expérimentation qu'il faut engager pour permettre de faire évoluer les choses sur le terrain à partir des besoins qui y sont ressentis.

Pour autant, si chacun est convaincu de l'importance de l'articulation du sanitaire et du social et de la priorité à donner au maintien à domicile, le dispositif peut encore être amélioré et de nombreuses questions se posent dans l'optique d'une éventuelle généralisation :

- Faut-il inclure d'autres professionnels dans le dispositif ? Le réseau doit-il s'étendre à d'autres professionnels ? D'autres GIR ? D'autres régimes ? ...L'accompagnement social doit-il être renforcé ? Faut-il revoir le contenu de l'aide financière complémentaire ? Doit-on revoir l'organisation des bilans et réunions ? Existe-t-il un profil type d'entrée dans le réseau ? Le niveau des rémunérations des professionnels est-il satisfaisant ? Quels sont les besoins en matière d'évaluation ? Quels sont les liens réseaux / APA et réseaux / CLIC ?

Au total, quel est l'avenir du réseau et comment étendre ce dispositif dont on voit bien qu'il a déjà de nombreux avantages.

Pour débattre de ces questions, plusieurs acteurs de terrain, un président d'association de gestion du réseau, un médecin généraliste coordonnateur du réseau, une secrétaire d'association de gestion du réseau, une assistante sociale et des représentants de caisses de MSA pivots, se sont réunis autour d'une table ronde animée par Madame Joële LEFEVRE.

Chacun des acteurs a ainsi pu, à partir de la place qu'il occupe au sein du dispositif, faire part de son expérience et apporter un témoignage éclairé sur le réseau, son fonctionnement et ses améliorations possibles.

➤ ***Intervention de Monsieur Roger PRUVOST, Président de l'association de gestion du réseau gérontologique de Saint Pol sur Ternoise – Site du Pas de Calais (62) : « le réseau : une démarche qui ne s'improvise pas »***

Sur le site de Saint Pol sur Ternoise, Monsieur PRUVOST parle d'un véritable succès.

Il rappelle que le réseau couvre un bassin de vie important où résident beaucoup de personnes âgées avec un potentiel pour le réseau gérontologique qui dépasse les 500 personnes. A ce jour, le site compte 147 personnes prises en charge, 212 prises en charge depuis le démarrage et 65 personnes sorties, avec, au total, une progression de 8,5 patient par mois.

Pour Monsieur PRUVOST, les raisons du succès de l'action expérimentale sur son site sont les suivantes :

- Une articulation facile avec les médecins généralistes : l'implication d'emblée et la participation active des médecins généralistes dans le dispositif, à qui l'on a expliqué dès le démarrage l'intérêt du dispositif.
- Le rôle prépondérant de la caisse de MSA a également contribué cette réussite.
- Le recrutement du personnel de l'association avec un secrétariat médicalisé. Le site s'est en effet rapidement rendu compte qu'il fallait médicaliser le secrétariat avec maintenant une secrétaire infirmière temps plein et une autre infirmière mi-temps.
- Une articulation ville / hôpital qui fonctionne bien avec une décentralisation des bilans au niveau des différentes maisons de retraite.
- Et plus globalement, l'absence d'un climat concurrentiel et une entente commune de tous les acteurs et partenaires.

Monsieur PRUVOST propose une amélioration du réseau gérontologique sous deux angles :

- une extension du réseau à d'autres catégories de bénéficiaires GIR 5 et 6 et aux handicapés vieillissants,
- une extension du réseau à d'autres professionnels : pharmaciens, pédicures, podologues et psychologues, qui sont très importants pour les soins qu'ils peuvent apporter.

➤ **Intervention de Madame Joëlle SERVINS, secrétaire de l'association locale de gestion du réseau de Doué la Fontaine – Site 49 : « le secrétariat : un maillon indispensable du réseau ».**

Le réseau gérontologique de Doué la Fontaine à ce jour maintient à domicile 126 personnes âgées dépendantes.

Les fonctions qui incombent à la secrétaire du réseau sont nombreuses et variées.

En amont, elle effectue un travail sélectif à l'occasion de ce que Madame SERVINS appelle « la première rencontre avec la personne âgée ».

La mission du réseau n'étant pas de prendre en charge toutes les personnes âgées, cette première rencontre permet de vérifier la faisabilité du maintien à domicile en termes de GIR, âge, régime d'affiliation mais aussi de s'assurer du choix de la personne et de sa volonté.

Pour l'année 2003, le secrétariat du site de Doué la Fontaine a comptabilisé 139 demandes, réalisé 75 bilans et pris en charge 69 personnes âgées nouvelles.

Dès lors que ce travail sélectif est opéré, le secrétariat a en charge l'organisation du bilan médical réalisé, au cours d'une hospitalisation d'une journée à l'hôpital local, par un ergothérapeute, un kinésithérapeute, une infirmière, un psychologue et le médecin traitant.

A l'issue de ce bilan médical, la secrétaire participe à la synthèse des professionnels où sont débattus les grilles de dépendance.

Ensuite, vient l'organisation du bilan social, effectué par une assistante sociale de la CRAM ou de la MSA au domicile de la personne âgée et en présence de son entourage.

A l'issue de ces bilans médical et social, le secrétariat assure toute l'organisation de la logistique de la réunion de coordination (convocation, animation du débat) et participe à la rédaction du plan d'interventions médico-social.

Pour assurer le suivi, Madame SERVINS précise que le site de Doué la Fontaine a créé et mis en place un « classeur du domicile » destiné à noter les interventions, horaires et passages des différents intervenants au domicile de la personne âgée. En outre, le secrétariat assure des visites au domicile de la personnes âgées toutes les 8 semaines.

Pour 2003, le secrétariat du réseau de Doué a enregistré 3600 appels, réalisé 900 visites à domicile et organisé 250 réunions de coordination.

A coté de cette coordination auprès de la personne âgée, le secrétariat joue également un rôle dans la dynamique de l'association avec une participation à des cours auprès d'élèves, cadres de santé et à des conférences grand public.

Pour Madame SERVINS, ce poste requiert plusieurs qualités et notamment : esprit de synthèse, écoute, connaissance pratique, sens de l'innovation, et capacité à fédérer les compétences de chacun.

En outre, comme le rapport d'évaluation a pu le souligner, Madame SERVINS confirme qu'une formation médico-sociale et notamment un profil d'infirmière diplômée d'état est adapté à ce poste.

Enfin, elle précise que la secrétaire doit être armée pour faire face à différents problèmes :

- celui des professionnels indifférents à ce type de dispositif,
- le souci des professionnels qui ont peur de confronter leur pratique aux autres,
- le problème de disponibilité,
- le problème de la rentabilité immédiate.

➤ ***Intervention du Docteur Claude BESANCON, médecin généraliste coordonnateur sur le site de Baume les Dames – Site 25 : « Le réseau : une démarche médicale originale – l'expérience d'un travail en équipe autour de la personne âgée »***

Le Docteur BESANCON est médecin généraliste dans la région du DOUBS et médecin coordonnateur du réseau gérontologique de Baume les Dames. Ce réseau assure aujourd'hui le suivi de 70 personnes âgées dépendantes.

La motivation, pour le réseau, des médecins généralistes sur le site de Baume les Dames est ancienne. Le Docteur BESANCON rappelle qu'une association des professionnels de santé réunissant des médecins, des infirmiers et des kinésithérapeutes s'est constituée, il y a une vingtaine d'années, avec l'idée de rassembler tous les acteurs de santé auprès et autour des patients.

Pour autant, au moment de cette constitution de l'association en 1985, le concept du réseau n'était pas encore à la mode, on y prêtait peu d'attention et surtout peu d'argent.

Aussi lorsque le projet de réseau de la MSA a vu le jour, les acteurs de terrain n'ont pas hésité à franchir le pas et à se porter candidat pour expérimenter sur le site de Baume les Dames le réseau gérontologique.

Les avantages du réseau et du travail en équipe pluridisciplinaire sont nombreux et ce, même si sur le site, l'articulation ville / hôpital n'a pas posé de difficulté dans la mesure où les médecins généralistes avaient déjà une double casquette et n'ont de ce fait eu aucun mal à s'intégrer dans la démarche du réseau.

En outre, à côté du schéma général d'organisation d'un réseau gérontologique, le Docteur BESANCON insiste sur la mise en place sur le site de Baume les Dames d'une formation en gérontologie spécifique pluridisciplinaire, avec pour objectif le partage d'une culture gérontologique : cette formation constitue un élément dynamisant et fondamental pour faire fonctionner un réseau et fédérer le système ville / hôpital.

Au global, les acteurs et notamment les professionnels de santé ne peuvent que se satisfaire d'une telle organisation, même si à la marge quelques aménagements ont pu être apportés.

A titre d'exemple, dès le départ, le bilan d'une journée à l'hôpital a semblé trop lourd pour une personne âgée que cela peut fatiguer. Ainsi sur le site, le bilan est réalisé à l'hôpital sur une demi-journée, l'option retenue étant de cibler la problématique et d'orienter le bilan en fonction des troubles rencontrés.

Pour le Docteur BESANCON, les améliorations possibles de l'organisation pourraient porter sur :

- une plus grande souplesse dans la réalisation des réunions de réévaluation qui ne doivent pas être systématiquement effectuées à la date anniversaire,
- une amélioration des procédures relatives à l'aménagement de l'habitat qui reste un point fondamental pour le maintien à domicile et se fait dans des délais trop longs.

➤ ***Intervention de Madame Anne LAURENT, assistante sociale de la MSA pivot pour le site de Saint Romain de Colbosc, Bolbec, Lillebonne – Site 76 : « L'accompagnement social : facteur du maintien à domicile »***

Madame LAURENT est détachée à mi-temps par la caisse de MSA de Seine maritime, sur le site de Saint Romain de Colbosc, Bolbec, Lillebonne, qui compte actuellement 83 personnes âgées adhérentes.

Comme le souligne Madame LAURENT, le rôle de l'assistante sociale en matière d'accompagnement social de la personne âgée est fort.

Sa première tâche dans le dispositif de maintien à domicile consiste à réaliser un bilan social au domicile de la personne âgée, si possible en présence de l'entourage. Ce bilan permet de faire connaissance avec la personne, de voir dans quel environnement elle vit, si elle est isolée, si elle a un entourage familial, si elle a déjà des aides mises en place et également de voir son logement et les difficultés ...

Le bilan social est également l'occasion de discuter avec la personne âgée du déroulement de sa journée et de repérer les périodes difficiles.

Globalement, ce bilan permet de voir la façon dont la personne vit sa perte d'autonomie et comment l'entourage le vit également. Il y a souvent beaucoup d'inquiétude face à la dépendance d'une personne et le rôle de l'assistante sociale est important.

La réunion de coordination, qui suit la réalisation du bilan social, est l'occasion pour l'assistante sociale d'élaborer le volet médical du plan d'intervention et de mettre en place les aides nécessaires, elle permet éventuellement de mettre en place le plan APA, et aussi de discuter des aides à apporter au niveau du logement.

Annuellement des réunions de réévaluation ont lieu, et si la personne n'a pas déjà été revue, elle l'est systématiquement et un bilan social est à nouveau réalisé.

En dehors de ces deux temps forts de rencontre, un travail d'accompagnement est indispensable tout au long de l'année car la situation des personnes âgées à domicile peut évoluer.

Pour réaliser au mieux l'ensemble de ce travail social auprès de la personne âgée, Madame LAURENT considère qu'il est important que l'assistante sociale soit proche de l'équipe et des patients et qu'elle ait une disponibilité suffisante.

Les situations sont souvent fragiles et l'assistante sociale, comme les autres acteurs, est amenée à revoir régulièrement les personnes pour réajuster les aides. Il faut également être très proche de l'entourage (épousement et inquiétude sont fréquents dans ce genre de situation) et il faut savoir les écouter, les entendre, et leur permettre de s'exprimer.

L'aide aux familles est en effet importante, c'est aussi l'aide au répit. Sur le site de Saint Romain, Bolbec, Lillebonne, cette aide peut revêtir plusieurs aspects :

- l'hôpital local de Saint Romain accueille temporairement les personnes âgées pour permettre aux familles de souffler,
- des groupes d'aide aux aidants ont également été constitués ;
- le travail individuel avec les familles : rôle d'écoute de l'assistante sociale qui permet de déculpabiliser les personnes et de dédramatiser la situation ;
- enfin, un travail de médiation important entre tous les membres de la famille, très souvent on s'aperçoit qu'il ne faut pas grand chose pour que les enfants participent, et qui en fait ne demandent que cela (pour une participation active).

Madame LAURENT précise que seule une mise à disposition du réseau de l'assistante sociale voire même une assistante sociale dédiée au réseau, permet d'assurer un suivi optimal.

Cette mise à disposition permet aussi de développer le travail en collaboration avec les associations et les services de soins, et en quelque sorte de promouvoir le réseau.

➤ ***Intervention de Monsieur René PERNY, Directeur Adjoint au sein de la Fédération de Franche Comté : « Réseau et CLIC : Quelle articulation ? »***

Sur le site de Baume-les-Dames, dont la caisse de MSA du Doubs est caisse pivot, les acteurs ont souhaité aller plus loin dans la démarche de prise en charge de la personne âgée, avec la mise en place, en janvier 2002, d'un CLIC niveau 3.

En effet, et après quelques mois de fonctionnement du réseau gérontologique, il est vite apparu évident, pour les responsables et acteurs locaux, que la prise en charge des personnes âgées devait se développer au-delà du contenu autorisé par l'expérimentation réseau, en s'appuyant sur le dispositif CLIC.

Il faut dire que de nombreuses conditions favorables à une labellisation CLIC niveau 3 étaient réunies sur le site de Baume les Dames.

- l'offre de services et les dispositifs existants,
- le partenariat engagé entre les différentes institutions et intervenants,
- l'expérience de coordination gérontologique,
- la mobilisation et la motivation de l'ensemble des acteurs concernés par la question du vieillissement.

Le CLIC label 3 a donc vu le jour un an seulement après le démarrage du réseau.

Plus large que le réseau et s'adressant à un public plus étendu (toute personne de plus de 60 ans) il s'articule autour du dispositif Réseau Gérontologique existant, en le complétant par le développement d'actions qui répondent à des besoins sociaux et médico-sociaux non pris en compte par le Réseau ou insuffisamment.

Le CLIC ainsi créé est :

- un lieu d'accueil et d'écoute déjà connu à travers le secrétariat du Réseau,
- une zone géographique correspondant au périmètre délimité par le dispositif Réseau soit 142 communes, entité qui équivaut à la totalité de 4 cantons plus quelques communes de cantons limitrophes et qui correspond aussi à la notion de pays (Pays Doubs Central)
- un personnel avec une responsable de la coordination : assistante sociale mise à disposition par la MSA et une secrétaire spécifique au CLIC.
- ses activités sont :
- accueil physique et téléphonique du public (le plus souvent les familles)
- informations auprès des professionnels médico-sociaux, des autres partenaires (organismes, associations, élus...)
- action médico-sociale coordonnée en faveur des personnes âgées dans le cadre du réseau et aussi hors réseau dans le cadre de la convention relative à la participation des professionnels de santé à la coordination
- intervention d'un psychologue auprès des personnes âgées, des aidants familiaux et professionnels depuis le 1er juin 2003 grâce à un financement CRAM et MSA
- aide aux aidants

Le CLIC apparaît comme un outil bien adapté à la coordination et au renforcement de la cohérence de l'ensemble des dispositifs :

- Réseau gérontologique ;
- Coordination départementale APA ;
- Formation gérontologique des professions de santé ;
- Associations d'aide et de soins à domicile ;
- Amélioration et adaptation de l'habitat ;
- Et aujourd'hui développement d'un « Site pour la Vie autonome ».

Sa mission centrale concerne l'évaluation de la situation de la personne âgées vivant à son domicile et l'élaboration d'un plan d'aide, avec comme pré-supposé la mission d'accueil d'information et de prévention, et la mission de suivi et d'accompagnement.

Le projet du CLIC est d'aider les personnes âgées à réaliser leur souhait de vivre chez eux le plus longtemps possible, avec pour fil conducteur le respect de la citoyenneté, la prévention de la dépendance, la lutte contre la précarité et l'exclusion.

Ainsi, à travers le CLIC, les missions attribuées à l'association centrale de coordination, gestionnaire du réseau, sont étendues à l'ensemble de la population de plus de 60ans, sans critère de dépendance ni de régime social de rattachement.

➤ **Intervention de Monsieur Jean-Claude YCHE, Sous directeur de la caisse de MSA des Pyrénées Atlantiques : « Le réseau : une démarche d'accompagnement fort ».**

Le site de Sauveterre de Béarn maintient à domicile 88 personnes âgées dépendantes.

Pour Monsieur YCHE, le rôle des caisses d'assurance maladie, tel qu'il avait été conçu à l'origine, a été confronté à la réalité et a nécessité au fur et à mesure quelques ajustements.

Monsieur YCHE souligne qu'à l'origine le travail a été très important sur le terrain mais aussi très délicat.

Il rappelle que le site de Sauveterre a été choisi en fonction des critères sélectionnés et comporte 4 cantons où paradoxalement cela n'allait pas si mal pour les personnes âgées : Centre médico-social, maison de retraite et tout autour différents services développés avec le temps (portage de repas, PAC EUREKA...)

Alors que le maillage du terrain était bon, et qu'il ne restait plus qu'à mettre en place le réseau et s'engager dans la démarche ; en définitive la réussite de toutes les implantations existantes, a bloqué un temps le réseau avec des confrontations à des logiques et des préoccupations de pouvoirs.

Pour ces raisons, il a fallu beaucoup travailler.

Monsieur YCHE définit le rôle de la caisse pivot comme suit :

- Persuader les gens de l'intérêt et de l'utilité qu'il y a à faire un réseau,
- Fédérer les gens, les habituer à travailler ensemble et les rapprocher,
- Dynamiser les acteurs pour que le réseau fonctionne et se développe.

La caisse doit être le moteur mais ne pas apparaître hégémonique, elle doit être porteur et animateur de l'action mais le réseau doit être le réseau de tous.

Enfin la caisse pivot doit accompagner et suivre la structure et assurer la formation.

Dans le cadre d'une généralisation du dispositif, Monsieur YCHE considère qu'il convient de se battre sur quatre points :

- Elargir le réseau à toutes les personnes qui peuvent en bénéficier, élargissement aux handicapés également (problème humain et d'équité),
- La labellisation CLIC est un atout qui contribue à donner au réseau un plus grand rayonnement,
- Renforcer la logique de réseau, cohérence de terrain et de maillage, beaucoup de réseaux veulent nous imiter : on peut jouer un rôle de référentiel au niveau du département,

- Fédérer au niveau national nos réseaux afin de donner poids et force au réseau gérontologique : le réseau c'est de l'échange, de l'information et de la culture...

Pour finir, le réseau apparaît comme un outil important dans la qualité de vie d'un territoire, la qualité de vie des gens qui y résident, le réseau est reconnu par tous les acteurs.

**« Si la MSA a réussi à rendre un service aux personnes âgées et est en même temps reconnue par les pouvoirs publics comme l'initiateur d'un outil appréciable et apprécié, l'institution aura gagné sur ces deux tableaux ».**

### **Clôture de la matinée par Monsieur Yves HUMEZ, Directeur général de la CCMSA**

A partir des constats forts et des enseignements de la matinée, Monsieur HUMEZ estime que la MSA et l'ensemble des acteurs impliqués dans cette action ne peuvent que se sentir encouragés à continuer et à agir, à la fois pour améliorer le fonctionnement en tirant partie du vécu des acteurs, mais aussi pour développer le dispositif là où cela apparaît pertinent, avec toujours présent à l'esprit le besoin de vérifier la double équation : celle de la qualité des soins avec sa dimension sociale, et celle de la maîtrise financière de la prise en charge qui doit rester acceptable pour la collectivité.

Ce succès repose en partie sur le partenariat, dont la MSA a pu bénéficier, avec les autres caisses CANAM et CNAMTS. Aujourd'hui, en proposant de faire plus et mieux, la MSA propose de renforcer ce partenariat car un réseau gérontologique s'adresse d'abord aux habitants d'un territoire quelle que soit leur origine d'appartenance.

Le succès a été largement évoqué mais ce succès ne s'improvise pas et deux enseignements majeurs se dégagent de ces trois premières années d'expérimentation :

→ la mise en place d'un réseau gérontologique ne s'improvise pas :

Elle suppose notamment un bassin de population adapté, une densité suffisante de professionnels de santé pour garantir leur disponibilité et des conditions d'environnement familial favorables pour que la personne âgée puisse bénéficier d'un soutien de proximité.

→ Un réseau gérontologique suppose une démarche d'accompagnement fort de la part des associations de gestion et des caisses d'assurance maladie :

D'une part, les associations de gestion qui regroupent tous les acteurs doivent pouvoir s'appuyer sur un personnel formé et motivé. Une secrétaire d'association familiarisée avec le secteur médico-social et employée à temps plein est ainsi un élément clé de succès.

D'autre part, on a bien vu au cours de ces trois années d'expérimentation le rôle essentiel joué par les caisses d'assurance maladie et notamment celui des caisses pivot MSA pour accompagner les associations dans la promotion, la mise en place et le suivi du réseau. De longue date, les caisses de MSA ont un rapport privilégié dans la démarche de proximité grâce à ce maillage local.

Au moment où dans le cadre du Haut Conseil s'établit un diagnostic partagé pour permettre l'élaboration d'une grande réforme, au moment où dans le cadre du plan vieillissement et solidarité, on annonce la mise en place en 2004 d'une Caisse nationale de solidarité et d'autonomie destinée à mobiliser des moyens nécessaires à la prise en charge des personnes âgées, au moment où des décisions sont prises pour confier aux départements et régions de nouvelles responsabilités dans le domaine du sanitaire et du social, il apparaît qu'à côté de ces grands chantiers, il y a place pour des actions de proximité ciblées répondant à des besoins de santé ressentis sur le terrain, actions qui ont l'avantage de prendre la mesure des effets à petite échelle avant d'envisager une extension plus large.

Sur un plan pratique, à travers le souhait de la MSA d'améliorer le cadre futur du réseau gérontologique, des propositions sont déjà identifiées pour l'après 2004 et comprennent notamment :

- l'opportunité d'étendre le dispositif à certains professionnels, comme les pharmaciens, dentistes ou ergothérapeutes par exemple, et d'étudier de manière générale les conditions de la rémunération des professionnels adhérents,
- la possibilité de renforcer la coordination sociale autour des personnes âgées prises en charge dans le réseau, avec plusieurs pistes prioritaires :
  - le montant et le contenu de l'aide financière proposée aux bénéficiaires,
  - le développement de l'aide aux aidants : des services supplémentaires doivent être proposés aux familles pour la nuit, le week-end et les vacances (augmentation des heures d'aides ménagères, des auxiliaires de vie, la mise en place d'une écoute psychologique, des groupes de paroles...) et la création de structures d'hébergement temporaire.
- la mise en place d'une dynamique de partage d'information entre les différents sites des réseaux.
- la possibilité d'envisager d'expérimenter un « dossier médical partagé » sur certains sites locaux.
- enfin la constitution éventuelle d'une Fédération Nationale des réseaux gérontologiques.

La MSA poussée par son réseau de délégués élus souhaite demeurer un promoteur de ce type de solutions que sont le réseau gérontologique, les MARPA....

Elle ne peut que se féliciter d'avoir été à l'initiative d'une expérience réussie qui a prouvé tout son intérêt au cours de ses trois premières années de fonctionnement.

**Participants à la réunion du 2 décembre 2003****Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole**

- ✎ Madame Jeannette GROS, Présidente
- ✎ Monsieur Yves HUMEZ, Directeur Général
- ✎ Monsieur André BERGER, Président de la Commission santé assurance maladie
- ✎ Monsieur Vincent LIDSKY, Directeur délégué chargé des politiques sociales
- ✎ Monsieur André RICARD, Directeur de la Santé
- ✎ Madame Joële LEFEVRE, Sous Directrice chargée de l'Assurance maladie
- ✎ Docteur Daniel PINCHENZON, Echelon national du Contrôle médical
- ✎ Madame Françoise FREGEAC, Sous Direction de l'Assurance maladie
- ✎ Madame Emmanuelle PION, Sous Direction de l'Assurance maladie

**Cabinet du Ministre de la Santé**

- ✎ Docteur Alain CORVEZ, Ministère de la santé, Conseiller technique auprès de Monsieur MATTEI, Ministre de la santé,

**Association de gestion du réseau gérontologique**

- ✎ Madame Claudine RIVES, Présidente de l'association - Site de Limoux (11)
- ✎ Docteur Philippe AUBERGER, Président de l'association- Site de Jonzac (17)
- ✎ Madame Patricia BLASCHKE, Présidente de l'association – Site de Belvès (24)
- ✎ Madame Christiane MAINIER, Représentante de l'association – Site de Baume Les Dames (25)
- ✎ Docteur Claude BESANCON, Médecin généraliste coordonnateur– Site de Baume Les Dames (25)
- ✎ *Monsieur Jean-François NIVARD, Président de l'association - Site de Selles-sur-Cher (41)*
- ✎ Madame Simone CASTERAS, Administrateur – Site de Tonneins (47)

- ✂ Docteur François ALAUX, Président de l'association – Site de Doué la Fontaine (49)
- ✂ Madame Joëlle SERVINS, Secrétaire coordinatrice de l'association– Site de Doué la Fontaine (49)
- ✂ Docteur CESBRON, Médecin généraliste coordonnateur– Site de Doué la Fontaine (49)
- ✂ Docteur Christian TOUSSAINT, Président de l'association – Site de Bourbonne les Bains (52)
- ✂ Monsieur Jean PETIT, Président de l'association – Site de la Charité sur Loire (58)
- ✂ Monsieur Roger PRUVOST, Président de l'association – Site de Saint Pol sur Ternoise (62)
- ✂ Docteur Michel LANDREAU, Président de l'association – Site de Tournus (71)
- ✂ Madame Chantal JOLY, Infirmière coordonnatrice - Site Communauté d'établissements Lillebonne, Bolbec, Saint Romain de Colbosc (76)
- ✂ Monsieur BRIBET Thierry, Président de l'association – Site De Parthenay (79)
- ✂ *Monsieur HAUSSOULIER, Président de l'association – Site de Saint Valéry sur Somme (80)*

### **Caisses de Mutualité Sociale Agricole pivots du réseau gérontologique**

- **Caisse de MSA de l'Aude**
  - ✂ Docteur André BERTHIER, Médecin-conseil chef
  - ✂ Madame Lydia CASTILLA, Responsable administratif
- **Caisse de MSA du Cantal**
  - ✂ Monsieur Jean-Claude LEBOUTEILLER, Directeur adjoint
- **Caisse de MSA de la Charente maritime**
  - ✂ Monsieur Michel NADAUD, Directeur
  - ✂ Docteur François LARREGAIN, Médecin-conseil
- **Caisse de MSA de la Côte d'Or**
  - ✂ Monsieur Christian DELACOUR, responsable administratif
- **Caisse de MSA de la Dordogne**
  - ✂ Monsieur Marcel JAYR, Directeur adjoint

- **Caisse de MSA du Doubs**
  - ✎ Monsieur René PERNY, Directeur Adjoint
  - ✎ Madame Martine DARCO, attachée de direction
  - ✎ Madame Colette COUTURIER, Cadre responsable
  
- **Caisse de MSA d'Indre et Loire**
  - ✎ Docteur Jean-François GRAVOT, Médecin conseil
  - ✎ Monsieur Gilles CHOLET, Responsable administratif
  
- **Caisse de MSA du Loir et Cher**
  - ✎ Monsieur Jacques BIET, Attaché de direction
  - ✎ Docteur Yves DELALEUX, Médecin-conseil
  
- **Caisse de MSA du Loiret**
  - ✎ Docteur Gérard ROY, Médecin-conseil
  - ✎ Madame Annie DESCHAMPS, Responsable administratif
  
- **Caisse de MSA du Lot et Garonne**
  - ✎ Docteur Jean-pierre LAGRAVERE, Médecin-conseil chef
  
- **Caisse de MSA de Maine et Loire**
  - ✎ Docteur Isabelle DUVAL, Médecin-conseil
  
- **Caisse de MSA de Haute Marne**
  - ✎ Docteur Jean-Louis ROYER, Médecin-conseil chef,
  - ✎ Madame Martine VASSEUR, cadre unité santé
  
- **Caisse de MSA de la Nièvre**
  - ✎ Monsieur Pierre-marie JOSEPH FRANCOIS, Responsable administratif
  
- **Caisse de MSA du Pas de Calais**
  - ✎ Monsieur Michel EBERLE, Directeur
  - ✎ Docteur Denis TILAK, Médecin-conseil
  
- **Caisse de MSA des Pyrénées Atlantiques**
  - ✎ Monsieur Jean-Claude YCHE, Sous-directeur
  
- **Caisse de MSA de Saône et Loire**
  - ✎ Madame Monique BOUNAB, Cadre responsable de Direction
  - ✎ Monsieur Christophe PICHON, Responsable administratif

✂ Docteur Béatrice GRESSE, Médecin-conseil

➤ **Caisse de MSA de Seine Maritime**

✂ Monsieur Stéphane HEYLENS, Directeur adjoint

✂ Docteur Thierry JOSSET, Médecin-conseil

✂ Madame Catherine VERLEYE, Responsable administratif

✂ Madame Anne LAURENT, Assistante sociale

➤ **Caisse de MSA des Deux Sèvres**

✂ Monsieur Michel CHAMBOST, Sous-Directeur

✂ Docteur Jean-Paul GLOAGUEN, médecin-conseil

➤ **Caisse de MSA de la Somme**

✂ Docteur Jean-Paul LEGENDRE, Médecin-conseil

**Comité scientifique de l'action expérimentale**

✂ Monsieur Pierre LEVY, UNOF

✂ Monsieur Martin DORCONGE, FNG

**Société d'évaluation Ariane Santé Social**

✂ Monsieur Thierry BOVAL, responsable de la mission d'évaluation

✂ Madame Magali Le MADEC, collaboratrice de Monsieur BOVAL

**Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM)**

✂ Mademoiselle Fanny PELISSIER, URCAM Bourgogne,

✂ Monsieur Daniel BARRY, URCAM Auvergne

✂ Mademoiselle Coralie PAULUS, URCAM Champagne-Ardenne

✂ Monsieur Jean-Joseph ROBINEAU, URCAM Champagne-Ardenne

✂ Monsieur Jean-Jacques OPFERMANN, URCAM Champagne-Ardenne

✂ Monsieur Henri-Pierre RADONDY, URCAM Nord

✂ Monsieur Stéphane FAGOT, URCAM Centre

**Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH)**

✂ Docteur IHUEL, ARH Champagne-Ardenne

### **Association Régionale des Organismes de MSA (AROMSA)**

- ✎ Monsieur Yann DE KERGUENEC, Directeur délégué Pays de Loire
- ✎ Docteur Jacques DUCLOS, Médecin coordonnateur Pays de Loire
- ✎ *Monsieur Emile BUNOZ, Directeur délégué de Picardie*
- ✎ Docteur Jacky VERNAZ, Représentant de Monsieur Pierre CHABAS, Directeur délégué Languedoc Roussillon

### **Caisses Nationale d'Assurance Maladie (CNAMTS)**

- ✎ Docteur PIOLOT, CNAMTS
- ✎ Madame Marie-Christine KETERS, CNAMTS

### **Directions centrales des Ministères**

- ✎ Docteur Blandine LEGOUT-COLLADON, Ministère de l'Economie, Direction du Budget
- ✎ Madame Liane GEOFFRION, Ministère de l'Agriculture, Direction Générale de la Forêt et des Affaires rurales,
- ✎ Madame Dominique ZUMINO, Ministère de la Santé, Direction Générale de l'action sociale
- ✎ *Madame JACQUOT, Ministère de la Santé, Direction Générale de la Santé*
- ✎ Mademoiselle Dominique LASSUS-MINUIELLE, Ministère de la santé, Direction de la Sécurité Sociale
- ✎ Mademoiselle Lisa FRATACCI, Ministère de l'économie et des finances
- ✎ Monsieur LAFFLY, Ministère de la santé, Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins

### **Autres Organismes**

- ✎ Monsieur Claude BERGER, APCA
- ✎ Melle Alice CAILLAT, AFR
- ✎ Madame Nicole MATHIAUD, AFR
- ✎ Madame Raymonde GARREAU, FNCAR
- ✎ Madame Marguerite BOUHIN, FNCAR
- ✎ Professeur Anne Sophie RIGAUD, FNG

### **Assemblée Nationale**

- ✎ Monsieur Marc BERNIER, député de la Mayenne
- ✎ Monsieur Claude EVIN, député de Loire atlantique

## **Autres représentants de la Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole**

- ✂ Docteur Benoît CROCHET, Echelon national du Contrôle médical
- ✂ Monsieur Bruno LACHESNAIE, Direction Action Sanitaire et Sociale
- ✂ Madame Francine MULLOT, Direction Action Sanitaire et Sociale
- ✂ Monsieur Alain DELAVEAU, CERIS
- ✂ Monsieur Pascal VERRECCHIA, Sous-Direction de l'Assurance maladie
- ✂ Madame Véronique DANGUY, Sous Direction de l'Assurance maladie
- ✂ Docteur Martine BINOIS, Echelon national du Contrôle médical
- ✂ Madame Sylvie BERGER, Direction Générale
- ✂ Madame Michèle REY, Sous Direction de l'Assurance maladie
- ✂ Madame Marie Pierre HOSTEING, Sous Direction de l'Assurance maladie
- ✂ Madame Anne Marie BERNARD, Sous Direction de l'Assurance maladie
- ✂ Madame Eliane ERNAULT, Direction comptable et financière
- ✂ Madame Laura KOLSKY, Relations Presse

