

CCMSA
DIRECTION DE LA SANTE
Sous-Direction de l'Assurance Maladie

RESEAU GERONTOLOGIQUE MSA

LES ENSEIGNEMENTS DE LA DERNIERE EVALUATION

Après quatre ans de fonctionnement dont une année de prorogation, le réseau gérontologique initié par la MSA sur 19 sites locaux a fait l'objet d'une évaluation interne finale qui confirme les résultats dégagés par l'évaluateur externe en juillet 2003 (Société Ariane Santé Social).

Le rapport de l'évaluateur externe attestait déjà 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, autour de la personne âgée. Selon les résultats d'une enquête conduite sur le terrain, 98 % des personnes âgées avaient d'ailleurs exprimé leur satisfaction générale vis-à-vis du réseau, et considéré que leur qualité de vie s'était améliorée du fait du 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 avait été atteint dès avant la fin de l'expérimentation prévue initialement au 31 mars 2003 puisqu'à cette date 1200 personnes étaient prises en charge dans le réseau. Ce rythme s'est accéléré par la suite avec 62 inclusions mensuelles en moyenne en 2003 et 56 en 2004. On décomptait ainsi, à la fin de l'expérimentation (31 décembre 2004), 2 816 inclusions.

□ UNE ORGANISATION PERTINENTE POUR PRENDRE EN CHARGE LES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

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

- une population très âgée : 63% des personnes ont plus 80 ans et 19% se situent dans la tranche d'âge 90-99 ans. L'âge moyen est resté inchangé puisqu'il est de 82 ans en 2004.
- Une population très féminine : 64% des personnes admises sont des femmes.
- Une population dépendante appartenant à 65% aux GIR 3 et 4.
- Une population appartenant à 50 % au régime agricole, à 46 % au régime général et à 4 % au régime des travailleurs indépendants.

Il est par ailleurs confirmé que les 5 pathologies les plus fréquentes parmi les personnes prises en charge sont par ordre décroissant : l'arthrose (vertébrale, de la hanche, du genou...), l'incontinence, l'hypertension, l'état dépressif et les pathologies de l'œil telles que la cataracte ou le glaucome.

Grâce au réseau, le plan d'intervention proposé à l'issue de la réunion de coordination a permis de prévoir pour 79 % des personnes une visite mensuelle du médecin généraliste et d'améliorer dans 80% des cas l'intervention des aides à domicile ou des auxiliaire de vie.

L'expérimentation a révélé également le rôle joué par les aidants naturels dans le maintien à domicile des personnes âgées : 81% des personnes incluses dans le réseau ont en effet bénéficié d'un tel soutien en complément des aides professionnelles coordonnées par le réseau.

En outre, la comparaison avec le groupe témoin a permis de constater une plus faible mortalité dans le groupe réseau - y compris sur la période concernée par l'épisode caniculaire de l'été 2003 - ainsi qu'un recours moindre aux urgences hospitalières indifférenciées. Ce dernier constat permet de confirmer le rôle bénéfique du réseau dans l'amélioration de la prise en charge, ambulatoire et hospitalière, des personnes âgées bénéficiaires.

❑ **UNE REELLE ATTRACTIVITE POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE**

Implanté en zone rurale, où la démographie professionnelle est particulièrement faible, le cadre défini pour l'expérimentation s'est révélé tout à fait apte à intéresser et impliquer des professionnels motivés par la perspective d'une offre sanitaire et sociale coordonnée au domicile des personnes.

L'évaluation externe avait permis de dénombrier, au 30 juin 2003, 628 professionnels de santé participants dont 317 médecins actifs, 184 infirmiers et 127 kinésithérapeutes.

Si les délais écoulés au départ entre les premières réunions et le démarrage effectif de l'expérimentation avaient provoqué un certain attentisme de la part des professionnels de santé, le réseau a démontré par la suite une réelle attractivité en ayant un effet d'entraînement extrêmement positif sur l'offre de soins ambulatoires. En effet, sur 559 médecins adhérents au réseau au 31 décembre 2004, 465 d'entre eux ont fait adhérer des patients soit un taux de 83%.

❑ **DES RESULTATS ECONOMIQUES CONFIRMES**

Dès l'origine, la MSA avait souhaité donner à son projet d'expérimentation un objectif économique précis : la maîtrise des coûts. L'évaluation externe, sur la base d'une comparaison avec un groupe témoin de décembre 2001 à septembre 2002, avait permis de constater des dépenses de soins plus faibles dans le groupe réseau, le différentiel observé étant compensé par les frais inhérents au réseau (frais de fonctionnement et aide technique complémentaire versée aux personnes âgées).

L'évaluation interne conduite par la CCMSA sur une période plus longue – de septembre 2002 à mars 2004 – confirme l'écart observé et notamment les économies générées par la prise en charge en réseau en matière d'hospitalisation. Au terme de cette évaluation, il apparaît en effet qu'un patient adhérent au réseau gérontologique a une dépense d'hospitalisation inférieure de 23 % par mois à une personne hors réseau.

L'évaluation interne constate par ailleurs que les économies réalisées tiennent à la fois à la nature et à la durée des hospitalisations : elles sont à la fois moins nombreuses, moins coûteuses et moins longues pour les patients du réseau. Les personnes du groupe réseau ont eu, notamment, quatre fois moins recours aux urgences indifférenciées et aux hospitalisations en médecine interne que les personnes du groupe témoin.

Les dépenses ambulatoires ont quant à elle un montant similaire d'un groupe à l'autre mais leur composition est différente : si les consultations et les dépenses de médicaments sont moins fortes dans le groupe réseau du fait d'une meilleure coordination des soins, ce groupe a des dépenses plus importantes en matière de transport et d'indemnités de déplacement ce qui peut être expliqué par une prise en charge plus fréquente de ces dépenses sur le risque maladie du fait du réseau.

Les frais inhérents au réseau sont aussi particulièrement raisonnables : les forfaits de coordination versés aux professionnels de santé représentent environ 2,95 € par mois par patient et le coût moyen d'utilisation de l'aide technique complémentaire (des dépenses liées à l'incontinence en majeure partie) est de 24 € par mois.

Enfin, les coûts de fonctionnement des associations locales du réseau gérontologique suivent une tendance à la baisse à mesure que le nombre de personnes incluses augmente.

□ **DES ENSEIGNEMENTS NOUVEAUX EN VUE DU DEVELOPPEMENT**

Deux enseignements majeurs de l'expérimentation avaient été dégagés au terme de l'évaluation externe et dans la perspective d'une extension du dispositif à d'autres sites ou régions :

Le respect de conditions préalables à la mise en réseau

- Un bassin de population suffisamment large, avec une population cible initiale d'au moins 200 personnes âgées dépendantes ainsi qu'une densité suffisante de professionnels de santé pour garantir leur disponibilité (près d'une trentaine de médecins adhérents).
- L'implication de l'entourage de la personne âgée ou de ses aidants naturels.

La nécessité d'une démarche d'accompagnement forte

- Des associations de gestion dotées d'un personnel formé et motivé
- L'implication des caisses d'assurance maladie au plus près des associations dans la promotion, la mise en place et le suivi du réseau.

Le basculement des associations locales dans le droit commun des « réseaux de santé » impose également de réfléchir à la façon d'améliorer encore à l'avenir les prestations proposées. Ce peut être :

Des efforts supplémentaires en matière de formation pluri-disciplinaire axée sur la prise en charge de la dépendance et ouverte à tous les intervenants.

Une offre de formation et d'éducation à destination des personnes âgées et des aidants naturels pour mieux articuler l'intervention de tous les acteurs.

L'amélioration du système d'information mis en place dans les associations dans la perspective d'un développement des échanges et d'une gestion maîtrisés.

La déclinaison d'objectifs médico-économiques nouveaux tels que la diminution de la polymédication ou la prévention de la dénutrition à l'instar de ce que proposent désormais certaines associations locales.

Le fait que les associations gérant un réseau gérontologique fournissent déjà au médecin traitant un certain nombre d'outils pour une coordination efficiente des soins est aussi un élément à porter à la connaissance des professionnels concernés par le « parcours de soins » (Loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie) et qui ne disposeraient pas d'un réseau sur leur territoire.

RAPPEL DU DISPOSITIF DE FONCTIONNEMENT DES 19 SITES RESEAUX GERONTOLOGIQUES DE LA MSA

Dans le cadre des ordonnances de 1996, la MSA a élaboré, en partenariat avec la CNAMTS et la CANAM, un projet d'organisation d'un réseau gérontologique ouvert aux ressortissants des trois principaux régimes d'assurance maladie. Le 6 octobre 1998, la Commission Soubie a donné un avis favorable au projet qui a été agréé par arrêté ministériel du 30 mars 2000 pour une durée de trois ans sur 19 sites locaux⁽¹⁾. Cet agrément a été prorogé jusqu'au 31 décembre 2004 par la loi de financement de la Sécurité Sociale 2003.

En 1996, la mise en œuvre du projet relevait de plusieurs constats :

- une augmentation prévisible des personnes âgées dépendantes : (en 2001, suite à l'enquête HID, il a été estimé que 800 000 personnes de plus de 60 ans - dans la population française - étaient susceptibles d'être évaluées comme relevant des GIR 1 à 4 ; l'augmentation entre 2000 et 2020 de cette population a été également estimée entre 23 et 26%) et une insuffisance des structures d'hébergement pour personnes âgées,
- un souci d'une meilleure organisation des soins pour améliorer la qualité des prises en charge des personnes âgées dépendantes.

Le réseau devait aussi permettre de répondre au souhait dominant des personnes âgées, qui, pour 80 % d'entre elles, désirent rester à leur domicile.

Un réseau gérontologique destiné à maintenir les personnes âgées à domicile dans les meilleures conditions.

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

Le dispositif de maintien à domicile repose sur la coordination par le médecin généraliste de l'ensemble des acteurs, tous volontaires, autour de la personne âgée, la recherche d'une utilisation optimale des structures existantes et le respect du libre choix de la personne âgée.

Trois points forts caractérisent l'organisation :

- le rôle pivot du médecin généraliste coordonnateur du réseau pour ses patients et avec les professionnels,
- la coopération ville/hôpital pour favoriser le maintien à domicile, symbolisée par l'ouverture de l'hôpital au médecin généraliste,
- l'articulation entre le sanitaire et le social pour une prise en charge globale de la personne âgée.



⁽¹⁾ Carte de France des 19 sites locaux en annexe.