



 agir ensemble

# Rapport Charges et Produits CCMSA 2016





santé  
famille  
retraite  
services

**Rapport 2016**  
**au Ministre chargé de la Sécurité sociale**  
**et**  
**au Parlement**

# Sommaire

<b>1. La réalisation de l'ONDAM au régime agricole en 2014</b>	<b>6</b>
1.1. Les résultats pour l'ensemble du régime agricole	6
1.1.1. L'évolution des soins de ville	7
1.1.1.1. Impact des mesures réglementaires et conventionnelles sur l'année 2014	9
a) La participation forfaitaire	9
b) Les franchises médicales	9
c) La participation de l'assuré 18 euros	9
d) Le parcours de soins coordonné	9
e) La Majoration Personnes âgées (MPA)	10
f) La rémunération pour accompagnement AVK	10
1.1.1.2. Les évolutions des dépenses de médicaments pour l'année 2014	10
1.1.1.3. Le plan de maîtrise médicalisée inter-régime 2014	11
1.1.1.4. Les indemnités journalières maladie du régime des non-salariés agricoles	13
1.1.2. L'évolution des dépenses au titre des établissements	16
1.2. Les charges 2014 du régime des non-salariés agricoles	17
1.2.1. L'évolution des soins de ville	19
1.2.2. L'évolution des dépenses au titre des établissements	21
1.3. Les charges 2014 du régime des salariés agricoles	21
1.3.1. L'évolution des soins de ville	23
1.3.2. L'évolution des dépenses au titre des établissements	24
1.4. Le bilan du plan de gestion du risque MSA en 2014	25
1.4.1. Actions de contrôle des arrêts de travail	25
1.4.1.1. Contrôle des arrêts de travail répétitifs	25
1.4.1.2. Respect du délai d'envoi de 48 heures	25
1.4.1.3. Indication du motif médical sur les arrêts de travail	26
1.4.1.4. Contrôle de la qualité du prescripteur d'une prolongation	26
1.4.1.5. Signalement des employeurs	27
1.4.1.6. Rapport des médecins mandatés par les employeurs	27
1.4.2. Les actions en lien avec la Liste des Produits et Prestations	27
1.4.2.1. Contrôle LPP	27
1.4.2.2. Traitement des ententes préalables de grand appareillage	28
1.4.3. Actions de sensibilisation à l'insuffisance rénale	29
1.4.4. Contrôle de l'ordonnancier bizone	30
1.4.5. Actions sur les médicaments	30
1.4.5.1. Versatis® : respect de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM)	30
1.4.5.2. Efient	35
1.4.5.3. Associations médicamenteuses formellement contre indiquées	37

1.4.6. Actions de contrôles sur les actes infirmiers	37
1.4.6.1. La surveillance des AIS 3	38
1.4.6.2. Le contrôle des majorations de nuit	39
1.4.6.3. L'action de contrôles d'actes et prestations d'infirmiers intervenant auprès des patients pris en charge en SSIAD	39
1.4.7. Actions de contrôles sur les EHPAD	40
1.4.7.1. Le contrôle des facturations pour les ressortissants du régime agricole hébergés en EHPAD	41
1.4.7.2. La récupération d'indus auprès des EHPAD par les CMSA pivots	42
1.4.8. Actions auprès des établissements de santé	42
1.4.8.1. Contrôle Régional de la T2A	42
1.4.8.2. Accompagnement des établissements dont la MSA est caisse pivot	44
1.4.8.3. Mise sous accord préalable des actes pratiqués en établissements	44
1.4.9. Mutualisation du Recours Contre Tiers	44
<b>2. Les prévisions 2015</b>	46
2.1. Les principaux résultats 2015	46
2.1.1. Les charges, produits et le solde de la branche maladie du régime des non-salariés agricoles en 2015 (cf. Annexe 1)	47
2.1.1.1. Les charges	47
2.1.1.2. Les recettes	47
2.1.2. Les charges, produits et le solde de la branche maladie du régime des salariés agricoles en 2015 (cf. Annexe 2)	48
2.1.2.1. Les charges	48
2.1.2.2. Les recettes	48
2.2. Les prévisions détaillées dans le champ de l'ONDAM pour 2015	49
2.2.1. Les soins de ville	49
2.2.1.1. Les résultats du régime agricole	49
2.2.1.2. Les résultats du régime des non-salariés agricoles	51
2.2.1.3. Les résultats du régime des salariés agricoles	52
2.2.2. L'évolution des dépenses au titre des établissements	54
2.2.2.1. Établissements hors médico-sociaux	54
2.2.2.2. Établissements médico-sociaux	54
<b>3. Les prévisions 2016</b>	55
3.1. Le champ ONDAM du régime agricole	55
3.2. Les mesures proposées par la MSA	57
3.2.1. Développer la connaissance du risque	59
3.2.1.1. Mieux connaître les risques liés aux caractéristiques de la population agricole	61
a) Caractéristiques démographiques de la population agricole protégée en maladie	61
b) Caractéristiques en santé de la population agricole	64

b.1) Caractéristiques en santé bucco-dentaire _____	64
b.2) Caractéristiques en santé visuelle _____	68
b.3) Caractéristiques en santé auditive _____	71
3.2.1.2. Mieux connaître les modalités de recours à l'offre de soins des ressortissants agricoles _____	73
a) Le recours aux urgences des populations agricoles _____	73
b) Le recours à l'hospitalisation en psychiatrie par la population du régime agricole _____	80
c) La prise en charge du diabète et ses complications chez les ressortissants agricoles _____	84
d) La prise en charge du cancer de la prostate _____	90
d.1) Analyse du marqueur par dosage du PSA _____	90
d.2) Les traitements _____	92
d.3) Bilan et perspectives _____	93
3.2.2. Améliorer l'accompagnement des assurés tout au long de la vie, dans une approche préventive, et en privilégiant une réponse globale aux besoins de la personne ____	100
3.2.2.1. Les éducations en santé _____	100
a) L'éducation à la santé familiale (ESF) _____	101
b) L'éducation thérapeutique du patient (ETP) _____	101
3.2.2.2. Une offre de prévention ciblée, en lien avec le médecin traitant _____	103
3.2.2.3. Un parcours de prévention en santé pour les aidants _____	107
3.2.3. Accompagner les offreurs de soins _____	110
3.2.3.1. La prescription médicamenteuse au régime agricole concernant la maladie d'Alzheimer _____	110
3.2.3.2. Le contrôle T2A _____	117
3.2.3.3. L'accompagnement des établissements de santé _____	117
3.2.3.4. L'accompagnement des établissements médico-sociaux avec le logiciel « Lantichute MSA » _____	117
3.2.3.5. Le contrôle des prestations remboursées aux professionnels de santé _____	119
3.2.4. Accompagner certains territoires ruraux identifiés comme « à risques » dans la perspective de l'optimisation du parcours de santé en milieu rural ____	119
3.2.4.1. Accompagner la démographie médicale en milieu rural : favoriser l'installation _____	120
3.2.4.2. Accompagner et valoriser les modes d'exercice regroupés et coordonnés _	120
a) Coopération interprofessionnelle, délégation de tâches, exercice regroupé ____	120
b) Accompagnement des MSP _____	121
3.2.4.3. Accompagner la coordination de la prise en charge en milieu rural ____	131
a) Les Réseaux gérontologiques accompagnés par la MSA _____	131
b) La participation aux expérimentations PAERPA _____	131
c) La mise en œuvre de PRADO Maternité _____	132
d) L'expérimentation de PRADO insuffisance cardiaque et orthopédie _____	132
e) La chirurgie ambulatoire en campagne _____	133

3.2.4.4. Accompagner les parcours de soins en milieu rural dans leur dimension sanitaire, médico-sociale et sociale _____	134
a) Pays de santé _____	134
b) Hôpitaux de proximité et ex-hôpitaux locaux _____	135
c) Télémédecine _____	136
3.3. L'impact des mesures sur les dépenses dans le champ soins de ville de l'ONDAM_	137
3.4. Les charges, produits et le solde de la branche maladie du régime des non-salariés et salariés agricoles en 2016 _____	138
3.4.1. Les charges, produits et le solde de la branche maladie du régime des non-salariés agricoles en 2016 (cf. Annexe 1) _____	138
3.4.1.1. Les charges _____	138
3.4.1.2. Les recettes _____	138
3.4.2. Les charges, produits et le solde de la branche maladie du régime des salariés agricoles en 2016 (cf. Annexe 2) _____	139
3.4.2.1. Les charges _____	139
3.4.2.2. Les recettes _____	139
<i><b>Annexe 1 : Tableau d'équilibre de la branche maladie des non-salariés</b></i> _____	<i>140</i>
<i><b>Annexe 2 : Tableau d'équilibre de la branche maladie des salariés</b></i> _____	<i>141</i>
<i><b>Annexe 3 : Etude sur le remboursement d'équipements de correction visuelle en 2014 par régime</b></i> _____	<i>142</i>
<i><b>Annexe 4 : Le recours aux urgences : données sources</b></i> _____	<i>146</i>
<i><b>Annexe 5 : Le recours aux urgences chez les jeunes : le reflet de la consommation excessive d'alcool</b></i> _____	<i>150</i>
<i><b>Annexe 6 : Le recours à l'hospitalisation en psychiatrie par la population du régime agricole en 2013 : données source</b></i> _____	<i>151</i>
<i><b>Annexe 7 : La prise en charge du diabète et ses complications chez les ressortissants agricoles en 2014 : données sources</b></i> _____	<i>153</i>
<i><b>Annexe 8 : Méthodologie de l'étude sur la prise en charge du cancer de la prostate</b></i> _____	<i>157</i>
<i><b>Annexe 9 : Deux études sur la consommation de soins des assurés tous régimes de plus de 70 ans dont le médecin traitant exerce dans une parmi six MSP identifiées comme historiquement accompagnées par la MSA</b></i> _____	<i>158</i>

## 1. La réalisation de l'ONDAM au régime agricole en 2014

### 1.1. Les résultats pour l'ensemble du régime agricole

Les prestations suivant le champ de l'ONDAM versées par le régime agricole, salariés et non-salariés agricoles, s'élèvent à 11,07 milliards d'euros en 2014. Elles sont stables (+ 0,0 %) par rapport aux dépenses de 2013 (Tableau 1).

Cette stabilité des dépenses est le résultat des évolutions contrastées des dépenses de soins de ville (qui intègrent en particulier la rétrocession hospitalière) en hausse de + 2,5 % d'une part et des dépenses des établissements de santé en diminution de - 2,2 % d'autre part. Ces évolutions marquent une rupture avec les tendances des années précédentes : deux années consécutives de baisse pour les prestations exécutées en ville (notamment - 0,2 % en 2013), stabilité pour les prestations exécutées en établissement en 2013 succédant à une progression en 2012.

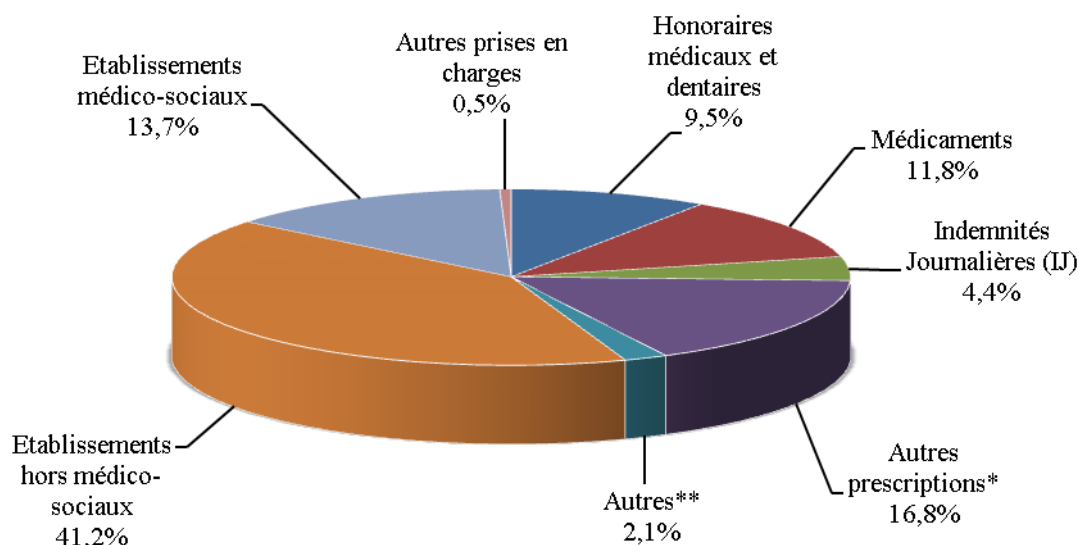
Les prestations exécutées en établissement et en ville représentent respectivement 54,9 % et 44,6 % des dépenses du régime agricole suivant le champ de l'ONDAM en 2014.

**Tableau 1 : Prestations dans le champ ONDAM (hors FIR) Régime agricole  
(en millions d'euros)**

	2013	2014	Evolution
Honoraires des médecins généralistes	372,7	378,3	1,5%
Honoraires des médecins spécialistes	510,4	519,9	1,9%
Honoraires médicaux des sages-femmes	5,1	5,8	12,6%
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>	<b>888,1</b>	<b>904,0</b>	<b>1,8%</b>
Honoraires des infirmiers	689,6	707,6	2,6%
Honoraires des masseurs kinésithérapeutes	222,1	226,9	2,2%
Autres auxiliaires médicaux*	26,7	27,6	3,3%
<b>HONORAIRES PARAMEDICAUX</b>	<b>938,4</b>	<b>962,1</b>	<b>2,5%</b>
Honoraires des dentistes	145,3	145,3	0,0%
Autres honoraires	32,6	27,1	-17,0%
Biologie	192,2	188,4	-2,0%
Prescriptions pharmaceutiques	1 306,5	1 306,2	0,0%
LPP + Produits d'origine humaine	401,4	411,1	2,4%
Transports	296,7	299,3	0,9%
Autres prestations en nature (cures thermales...)	15,3	15,7	2,8%
Indemnités journalières Maladie et AT	417,5	486,2	16,4%
Divers : PAM + FICQS + Remises conventionnelles des laboratoires pharmaceutiques (en 2013) + Aide à la télétransmission	174,3	184,9	6,1%
<b>PRESTATIONS EXECUTEES EN VILLE**</b>	<b>4 808,5</b>	<b>4 930,3</b>	<b>2,5%</b>
Etablissements hors médico-sociaux	4 719,7	4 560,9	-3,4%
dont établissements de santé tarifés à l'activité	3 417,2	3 331,8	-2,5%
dont autres dépenses en établissements de santé	1 302,5	1 229,1	-5,6%
Etablissements médico-sociaux	1 494,6	1 513,8	1,3%
dont établissements pour personnes âgées	1 269,6	1 284,4	1,2%
dont établissements pour personnes handicapées	225,0	229,4	2,0%
<b>PRESTATIONS EXECUTEES EN ETABLISSEMENT</b>	<b>6 214,3</b>	<b>6 074,7</b>	<b>-2,2%</b>
Autres prises en charges	40,3	60,4	49,7%
<b>TOTAL CHAMP ONDAM - Régime agricole</b>	<b>11 063,1</b>	<b>11 065,4</b>	<b>0,0%</b>

(\*) Autres auxiliaires médicaux : Orthophonistes, orthoptistes, pédicures et honoraires paramédicaux des sages-femmes, (\*\*) comprend les aides à la télétransmission qui ne sont pas ventilés entre les régimes des non-salariés et des salariés agricoles (Tableaux 11 et 14). Source : MSA

**Graphique 1 : Structure des prestations suivant le champ de l'ONDAM au régime agricole**



\*Les autres prescriptions incluent les honoraires paramédicaux, la biologie, la LPP (Liste des Produits et des Prestations) et les produits d'origine humaine

\*\*Autres regroupe les autres prestations exécutées en ville (autres honoraires, autres prestations en nature, divers)

Source : MSA

### 1.1.1. L'évolution des soins de ville

Les dépenses de soins de ville du régime agricole suivant le champ de l'ONDAM ont augmenté de + 2,5 % en 2014, soit une évolution supérieure de 2,7 points par rapport à l'année précédente. Ce rebond s'explique notamment par la montée en charge des indemnités journalières pour le risque maladie des non-salariés agricoles, mises en place à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014.

L'évolution générale des dépenses des soins de ville fait suite à des évolutions positives dans l'ensemble des différents postes qui les composent (Tableau 2).

**Tableau 2 : Évolution des remboursements de soins de ville par nature de prestation en 2014**

	Total	Honoraires privés	Prescriptions	Indemnités Journalières
Régime agricole	+ 2,5 %	+ 1,5 %	+ 1,0 %	+ 16,4 %

Source : MSA

**Les indemnités journalières contribuent à plus de la moitié de l'évolution des remboursements de soins de ville en 2014 (+ 1,4 point). Les prescriptions<sup>1</sup> contribuent à cette évolution à hauteur de + 0,7 point.**

<sup>1</sup> Les prescriptions intègrent les dépenses de médicaments, les actes d'auxiliaires médicaux, les actes de biologie, les frais de transports et les produits de la LPP (Liste des Produits et des Prestations).



**Dans une moindre mesure, les honoraires privés<sup>2</sup> ainsi que les autres prestations<sup>3</sup> contribuent respectivement pour + 0,3 point et + 0,1 point à la hausse des dépenses de soins de ville.**

La contribution positive des honoraires privés à l'évolution des dépenses de soins de ville s'explique par la hausse des dépenses **d'honoraires médicaux et dentaires** de + 1,5 % en 2014 après - 0,6 % en 2013.

La hausse des **honoraires médicaux** (+ 1,8 %) résulte principalement des versements de deux rémunérations forfaitaires mises en place à compter de juillet 2013 conformément à l'avenant n°8 à la convention médicale : la majoration personnes âgées (MPA) et le forfait médecin traitant (FMT). L'activité clinique (nombre de consultations et visites) des médecins généralistes ou spécialistes au service des patients du régime agricole quant à elle recule en 2014 (- 3,1 %).

Les remboursements d'**actes techniques facturés par les spécialistes** augmentent de + 2,2 % en 2014 et ceux des **actes dentaires** (+ 0,0 %) sont stables par rapport à 2013.

L'évolution des remboursements de **prescriptions**, qui constituent plus de la moitié des dépenses des soins de ville, est supérieure de 1,7 point à celle de l'année dernière (+ 1,0 % après - 0,7 % en 2013).

Parmi ces remboursements, les dépenses de **médicaments** se stabilisent cette année (+ 0,0 %) après - 4,1 % fin 2013. Ce rebond s'explique par la progression des remboursements liés à la rétrocession hospitalière, notamment à la suite de la montée en charge en 2014 des nouveaux médicaments onéreux pour traiter l'hépatite C.

En raison de la baisse de certains tarifs, les remboursements des **actes de biologie** ont diminué de - 2,0 % en 2014 après une baisse de - 2,5 % l'année précédente.

Les remboursements d'honoraires **d'auxiliaires médicaux** poursuivent leur hausse et progressent de + 2,5 % après + 3,1 % en 2013. Les honoraires des **infirmiers** augmentent de + 2,6 % et ceux des **masseurs-kinésithérapeutes** de + 2,2 %. Alors qu'en 2013, ce sont les revalorisations tarifaires qui expliquaient la progression des remboursements, en 2014, elle est due à la reprise de l'activité des auxiliaires médicaux (mesurée par le nombre de coefficients) : + 2,2 % après + 0,6 % en 2013 pour les infirmiers et + 3,0 % après + 0,7 % pour les masseurs-kinésithérapeutes.

Les remboursements des produits de **la liste des produits et des prestations (LPP) et des produits d'origine humaine** évoluent de + 2,4 % en 2014, évolution proche de celle observée en 2013 (+ 2,7 %).

Les dépenses relatives aux **frais de transports** repartent à la hausse (+ 0,9 % en 2014 après + 0,0 % l'année précédente). Néanmoins, les diverses mesures d'économie ont permis d'en modérer l'évolution. L'économie réalisée avec les franchises médicales sur les transports est de 2,2 millions d'euros, montant identique à l'année précédente.

---

<sup>2</sup> Les honoraires privés intègrent les honoraires médicaux et dentaires.

<sup>3</sup> Les autres prestations intègrent les autres prestations en nature (cures thermales...), la prise en charge de cotisations des Praticiens et Auxiliaires Médicaux (PAM), le Fonds d'Intervention de la Qualité et de la Coordination des Soins (FICQS), les remises conventionnelles des laboratoires pharmaceutiques, l'aide à la télétransmission et les autres honoraires.

En 2014, les versements **d'indemnités journalières** (IJ) pour le régime agricole — risques maladie et accident du travail — enregistrent une nette augmentation avec une hausse de + 16,4 %, après + 2,7 % l'année précédente. Ce rebond traduit surtout la création d'IJ maladie pour le régime des non-salariés agricoles depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014. Pour le régime des salariés agricoles, l'augmentation du nombre d'IJ Maladie (+ 3,5 % après + 2,6 % en 2013) peut être rapprochée de l'évolution de la population salariée agricole.

#### **1.1.1.1. Impact des mesures réglementaires et conventionnelles sur l'année 2014**

##### *a) La participation forfaitaire*

Une **participation forfaitaire de un euro**, à la charge de l'assuré, est appliquée à toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, mais également aux examens radiologiques et analyses de biologie médicale. Depuis septembre 2007, ce forfait est limité à 4 euros par jour et par patient pour un même professionnel de santé, avec un plafond annuel de 50 euros par assuré ou ayant droit âgé de 18 ans ou plus.

En 2014, cette mesure a permis au régime agricole de réaliser une économie de 34,8 millions d'euros, dont 20,1 millions pour les actes d'honoraires médicaux et 14,7 millions pour les actes de biologie.

##### *b) Les franchises médicales*

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, les assurés sociaux doivent s'acquitter d'une **franchise** de 50 centimes d'euro par boîte de médicaments et par acte paramédical, ainsi qu'une franchise de 2 euros par transport sanitaire. Elles sont limitées à 2 euros par jour pour les actes des auxiliaires médicaux et à 4 euros par jour pour les transports. Le montant de la franchise médicale est plafonné à 50 euros par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés.

En 2014, cette mesure a permis au régime agricole de réaliser une économie de 61,9 millions d'euros dont 47,0 millions pour les boîtes de médicaments, 12,7 millions pour les actes paramédicaux et 2,2 millions pour les transports sanitaires.

##### *c) La participation de l'assuré 18 euros*

Depuis 2007, les assurés sociaux doivent s'acquitter d'une **participation de 18 euros** pour tout acte dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros (91 euros avant le 1<sup>er</sup> mars 2011), ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60 (50 avant le 1<sup>er</sup> mars 2011).

En 2014, cette mesure a permis au régime agricole de réaliser une économie de 4,3 millions d'euros dont 0,6 million pour les soins de ville et 3,7 millions pour les établissements.

##### *d) Le parcours de soins coordonné*

Initié au 1<sup>er</sup> juillet 2005, le parcours de soins coordonné consiste à confier au médecin traitant la coordination des soins des assurés.

Une majoration de coordination est versée aux médecins correspondants quand le patient entre dans le parcours de soins. Le médecin traitant conventionné bénéficie d'une rémunération pour ses patients atteints d'une affection de longue durée (ALD). Il reçoit 40 euros à chaque date anniversaire de la mise en ALD.

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013, les médecins traitants de secteur 1 et les médecins adhérant au contrat d'accès aux soins perçoivent également un forfait annuel de 5 euros pour le suivi de ces autres patients.

En 2014, les versements effectués au titre de la rémunération du médecin traitant pour des patients en ALD s'élèvent à 25,2 millions d'euros, soit 6,7 % des honoraires des généralistes. Ces versements correspondent au suivi des 630 500 patients du régime agricole en ALD depuis plus d'un an.

Les forfaits médecins traitant pour les autres patients s'élèvent à 8,2 millions d'euros sur l'année 2014.

Les majorations versées aux médecins correspondants, dans le cadre de la coordination des soins avec le médecin traitant, représentent 4,1 millions d'euros.

Au total, près de 37,5 millions d'euros de rémunération complémentaire ont été versés aux médecins pour le suivi du parcours des patients relevant du régime agricole, soit 4,2 % du total de leurs honoraires et constitue une progression de + 15,6 % en un an.

#### *e) La Majoration Personnes âgées (MPA)*

Il s'agit d'une rémunération forfaitaire de 5 euros qui permet au médecin, quelle que soit sa spécialité, la reconnaissance de son investissement dans le suivi des personnes âgées. Elle est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2013 pour le suivi des patients âgés de plus de 85 ans et est étendue depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2014 aux patients âgés de plus de 80 ans.

Le versement de cette rémunération intervient tous les trimestres au titre des consultations et visites réalisées au cours du trimestre précédent auprès des patients concernés.

En 2014, le régime agricole a versé au total 18,1 millions d'euros aux médecins au titre de la majoration personnes âgées.

#### *f) La rémunération pour accompagnement AVK*

La rémunération pour **accompagnement par le pharmacien** de patients sous traitement chronique par anti-vitamine K (AVK) a été instaurée en juin 2013 (avenant n° 1 à la convention nationale pharmaceutique). Elle s'élève à 40 euros par an et par patient.

Pour la MSA, les premiers paiements relatifs à l'année 2013 sont intervenus en janvier 2015. Les prochains versements auront lieu tous les ans en septembre, au titre de l'année précédente.

### **1.1.1.2. Les évolutions des dépenses de médicaments pour l'année 2014**

Comme en 2013, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2014 n'inclut pas de façon explicite de nouvelle mesure d'économie portant sur les médicaments et touchant directement les assurés sociaux, à la différence des années précédentes (mesure tiers payants contre générique, baisse de taux de remboursement, franchises, déremboursements,...). Les effets des mesures prises les années précédentes restent cependant observables.

L'inscription de nouvelles molécules au répertoire des génériques est un levier important d'économies en agissant sur l'effet prix.

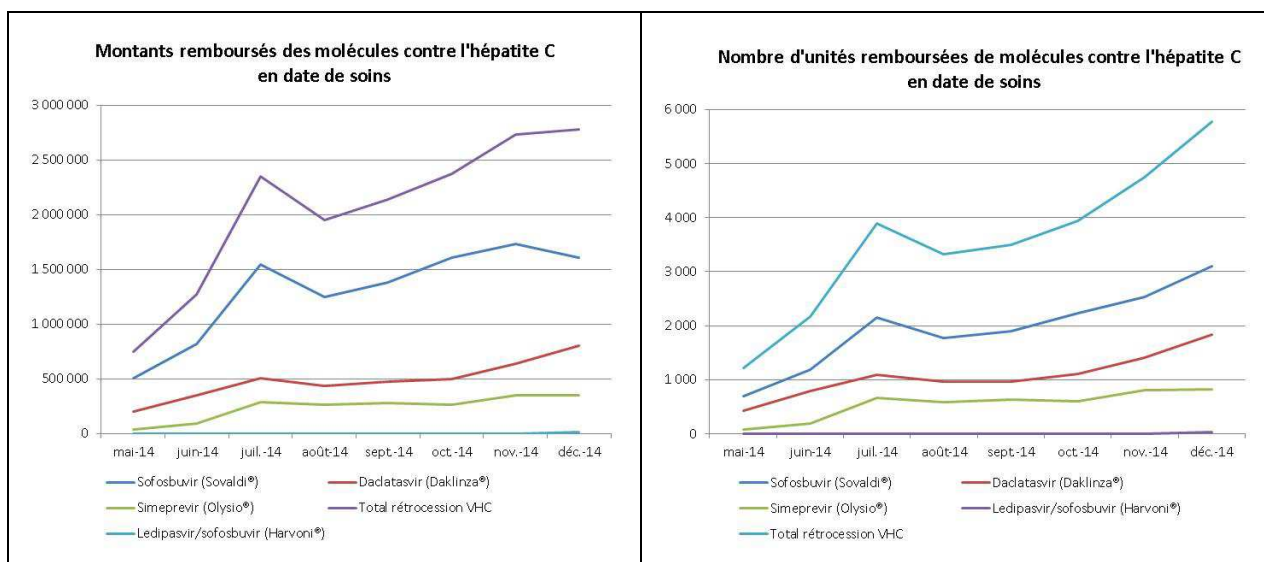
Toutefois, en 2014, l'économie globale associée à la substitution de médicaments princeps par des génériques a été moins importante, 118 millions d'euros contre 128 millions en 2013. Et du fait d'un effet base important, cet impact vient désormais majorer l'évolution annuelle du poste Médicament de + 0,6 point.

Les remboursements de médicament intervenus en 2014 ont eu un effet marginal sur la modération des dépenses.

Enfin, le nombre de boîtes dont le conditionnement permet de délivrer un traitement pour trois mois dans le cadre des pathologies chroniques, continue de progresser : + 7,2 % entre 2013 et 2014. Ceci est le résultat des engagements conventionnels des pharmaciens avec l'UNCAM.

Les dépenses de médicament ont été affectées par la montée en charge des nouveaux traitements de l'hépatite C (sofosbuvir, daclatasvir, simeprevir), dont l'impact est estimé à 26,8 millions en 2014 (hors remises). Cela contribue à apprécier l'évolution des dépenses de médicament de + 1,9 point et de + 0,5 point pour l'ensemble des soins de ville.

### Graphiques 2 : Montants et nombre d'unités de molécules contre l'hépatite C remboursés au régime agricole (en date de soins)



Source : MSA

#### 1.1.1.3. Le plan de maîtrise médicalisée inter-régime 2014

Le plan de maîtrise médicalisée au régime agricole produit les résultats suivants :

- ✓ En 2014, les montants remboursés pour les antibiotiques baissent de - 13,2 %, et continuent ainsi leur diminution régulière.
- ✓ Les remboursements de statines diminuent fortement en 2014 de - 20,9 % par rapport à 2013. L'impact joué par l'atorvastatine générique du Tahor® est désormais faible, mais se trouve compensé par celui lié au recul du Crestor®. En effet, ce dernier dont le prix moyen est le plus élevé parmi les statines, continue de baisser : - 8,7 % en montants remboursés (après - 3,6 % en 2013).

- ✓ Les anxiolytiques et hypnotiques poursuivent leur tendance à la baisse : - 9,8 % en montants remboursés.
- ✓ Les remboursements d'antihypertenseurs enregistrent une évolution annuelle de - 12,8 % grâce notamment à l'arrivée, fin 2013, de nouveaux génériques (telmisartan et association telmisartan et hydrochlorothiazide).
- ✓ Les classes de médicaments dont le suivi a été introduit en 2010 présentent des évolutions de dépenses négatives : - 21,8 % pour les anti-agrégants plaquettaires, - 19,0 % pour les antidépresseurs (baisse liée en partie à l'arrivée en janvier 2014 de l'escitalopram, générique du Séroplex®) et - 3,0 % pour les anti-diabétiques.
- ✓ Concernant les classes dont le suivi a démarré en 2011, l'évolution des montants remboursés des EPO est négative : - 6,8 % tandis que les anti-TNF continuent de progresser : + 2,6 %.
- ✓ Les anticoagulants oraux directs (AOD) dont le suivi a démarré en 2014 progressent de + 25,0 %.
- ✓ Les montants remboursés d'indemnités journalières des salariés agricoles présentent une hausse de + 5,6 % par rapport à l'année 2013.
- ✓ Les remboursements de transports augmentent de + 1,7 %.
- ✓ Les remboursements liés à l'activité des masseurs-kinésithérapeutes progressent de + 1,9 %.

Globalement, l'objectif de maîtrise médicalisée est atteint pour le régime agricole et permet une économie de près de 30,5 millions d'euros après prise en compte des effets démographiques propres au régime agricole (Tableau 3).

**Tableau 3 : Bilan du plan de maîtrise médicalisée pour le régime agricole en 2014**

	Economies attendues 2014 tous régimes en millions d'euros	Economies attendues 2014 au régime agricole en millions d'euros	Economies réalisées 2014 au régime agricole en millions d'euros	Taux d'évolution tendancielle	Effet démographique	Effet Prix	Taux d'évolution attendu		Taux brut d'évolution
Antibiotiques	30	1,7	1,9	-0,4%	-1,01%	-1,8%	-3,1%	➤	-13,2%
Statines	55	3,5	4,2	-7,7%	-1,01%	-13,3%	-20,8%	➤	-20,9%
Anxio. - hypnotiques	10	0,6	0,9	-2,2%	-1,01%	-3,3%	-6,4%	➤	-9,8%
Anti-HTA	60	4,9	9,3	-2,9%	-1,01%	-5,9%	-9,6%	➤	-12,8%
Anti-agrégants plaquettaires	30	2,5	1,9	-0,1%	-1,01%	-18,2%	-19,1%	➤	-21,8%
Anti-dépresseurs	30	1,8	1,6	-2,9%	-1,01%	-14,7%	-18,0%	➤	-19,0%
Hors AMM	10								
EPO	10	0,8	2,1	1,8%	-1,01%	-4,0%	-3,3%	➤	-6,8%
Anti-TNF	20	0,9	2,3	14,7%	-1,01%	-2,9%	10,2%	➤	2,6%
AOD	10	1,1	1,4	32,6%	-1,01%	2,0%	33,9%	➤	25,0%
Anti-diabétiques	20	1,3	5,0	-0,8%	-1,01%	2,7%	0,9%	➤	-3,0%
Hépatite C	10								
latrogénie	10								
DMLA	10								
Médicaments d'exception	5								
<b>TOTAL MEDICAMENTS</b>	<b>320</b>	<b>19,1</b>	<b>30,5</b>						
LPP	50								
Biologie	20								
IJ	100	4,2	0,0	3,5%	0,57%	-1,5%	2,6%	➤	5,6%
Transports	65	4,7	0,0	1,5%	-1,01%	0,2%	0,7%	➤	1,7%
Masseurs Kinésithérapie	45	2,8	0,0	2,6%	-1,01%	0,0%	1,6%	➤	1,9%
<b>TOTAL MAÎTRISE 2014</b>	<b>600</b>	<b>30,8</b>	<b>30,5</b>						

Source : MSA

#### 1.1.1.4. Les indemnités journalières maladie du régime des non-salariés agricoles

L'article 71 de la LFSS 2013 prévoit l'entrée en vigueur du dispositif d'indemnisation pour les non-salariés agricoles qui leur permet dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014 de bénéficier d'indemnités journalières (IJ) en cas d'interruption de leur activité pour maladie ou à la suite d'un accident de la vie privée.

La loi prévoit l'attribution des IJ Amexa aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles ainsi qu'aux autres membres de la famille travaillant sur l'exploitation (les collaborateurs, les aides familiaux), en contrepartie d'une cotisation forfaitaire à la charge du seul chef d'exploitation.

Ce dispositif est soumis à une stricte obligation d'équilibre financier. La cotisation est déterminée de façon à équilibrer, les charges techniques correspondant aux versements des indemnités journalières et les charges liées à la gestion administrative, au contrôle médical et au contrôle externe.

L'arrêté interministériel du 20 décembre 2013 fixe le montant de la cotisation forfaitaire à 200 € pour chacune des années 2014, 2015 et 2016.

A cette cotisation forfaitaire correspond une IJ forfaitaire qui est servie à l'expiration d'un délai de carence de 7 jours, réduit à 3 jours en cas d'hospitalisation.

Le montant de l'IJ maladie a été fixé au même niveau que celui de l'IJ AT. Au 1er janvier 2014, le montant de l'IJ est de 20,91 €, il est majoré à compter du 29<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail indemnisé pour atteindre 27,88 €. Au 1<sup>er</sup> avril 2014, ces montants sont revalorisés respectivement à 21,04 € et 28,05 €.

En 2014, le régime agricole a versé 43,0 millions d'euros d'indemnités journalières dont 42,5 millions d'euros pour la métropole (Tableau 4).

**Tableau 4 : IJ AMEXA - Montants versés en 2014**

	2014				Total
	1er trim	2e trim	3e trim	4e trim	
MSA	5 144 921 €	10 986 323 €	12 685 918 €	13 683 326 €	42 500 488 €
Réunion	3 569 €	87 953 €	137 819 €	115 287 €	344 627 €
Guadeloupe	2 182 €	33 535 €	64 893 €	55 256 €	155 865 €
Guyane	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Martinique	0 €	6 197 €	2 749 €	22 084 €	31 030 €
<b>Total</b>	<b>5 150 671 €</b>	<b>11 114 008 €</b>	<b>12 891 379 €</b>	<b>13 875 953 €</b>	<b>43 032 011 €</b>

Source : MSA

Ces prestations ont bénéficié à plus de 25 400 personnes, dont 93,6 % de chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles (Tableau 5). Les femmes représentent 33,8 % des bénéficiaires.

**Tableau 5 : IJ AMEXA - Nombre distinct de bénéficiaires d'un arrêt de travail initié en 2014**

Tranche âge	Exploitants		Conjoints	Aide fam.	Total	Part	dont en ALD	
	Hommes	Femmes					Part	Part
- de 30 ans	702	232	23	11	<b>968</b>	3,8%	77	8,0%
30-39 ans	1 930	855	95	14	<b>2 894</b>	11,4%	314	10,9%
40-49 ans	3 984	1 863	347	45	<b>6 239</b>	24,5%	1 357	21,8%
50-59 ans	7 692	3 162	878	57	<b>11 789</b>	46,3%	3 773	32,0%
60 ans et +	2 290	1 094	153	10	<b>3 547</b>	13,9%	1 495	42,1%
<b>Total</b>	<b>16 598</b>	<b>7 206</b>	<b>1 496</b>	<b>137</b>	<b>25 437</b>	100,0%	<b>7 016</b>	27,6%
	65,3%	28,3%	5,9%	0,5%	100,0%		27,6%	

Source : MSA

En moyenne, 5,3 % des non-salariés agricoles éligibles au dispositif ont eu recours à un arrêt de travail en 2014. Le taux de recours est sensiblement plus élevé pour les populations plus âgées (6,6 % pour la tranche d'âges [50-59 ans]), pour les femmes que pour les hommes (pour les chefs d'exploitation : 7,0 % contre 5,0 %), et plus de 2,5 fois plus élevé pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée reconnue (ALD) que la moyenne (Tableau 6).

**Tableau 6 : IJ AMEXA - Taux de recours aux arrêts de travail en 2014**

Tranche âge	Exploitants		Conjoints	Aide fam.	Total	dont en ALD
	Hommes	Femmes				
- de 30 ans	3,5%	8,0%	3,7%	0,4%	<b>3,7%</b>	13,4%
30-39 ans	3,3%	7,2%	2,8%	1,6%	<b>3,9%</b>	14,3%
40-49 ans	4,0%	6,7%	3,0%	10,6%	<b>4,5%</b>	16,9%
50-59 ans	6,4%	8,2%	4,4%	9,7%	<b>6,6%</b>	16,9%
60 ans et +	6,7%	5,1%	4,7%	4,0%	<b>6,0%</b>	8,3%
<b>Total</b>	<b>5,0%</b>	<b>7,0%</b>	<b>3,8%</b>	<b>3,0%</b>	<b>5,3%</b>	<b>13,7%</b>

Source : MSA

Les personnes en ALD représentent 27,6 % des bénéficiaires d'un arrêt de travail, ce qui correspond à un peu plus de 7 000 personnes. Elles sont bénéficiaires de 64,0 % des arrêts de plus de 6 mois.

Sans qu'il soit possible d'établir un lien entre le motif de l'arrêt de travail et l'affection de longue durée, les pathologies les plus fréquentes pour les bénéficiaires d'arrêt de longue durée sont les cancers, les maladies cardiovasculaires, les diabètes de type 1 et 2, et les affections psychiatriques de longue durée (Tableau 7). Ces affections correspondent également à celles les plus fréquemment reconnues dans la population générale des non-salariés agricoles âgés de 20 à 60 ans (mais dans un ordre décroissant légèrement différent : maladies cardiovasculaires, diabète, cancers et affections psychiatriques de longue durée).

**Tableau 7 : IJ AMEXA - Pathologies des personnes en ALD**

<b>Poids des pathologies pour les personnes en ALD ayant eu un arrêt de travail de plus de 6 mois</b>	
Cancers, dont :	<b>41,7%</b>
Cancer du sein	11,7%
Cancer du colon	3,4%
Cancer du rectum	2,6%
Cancer des bronches et du poumon	2,0%
Cancer de la prostate	1,8%
Maladies cardiovasculaires, dont :	<b>21,9%</b>
Insuffisance cardiaque grave	6,8%
Maladie coronaire	6,0%
Diabète de type 1 et diabète de type 2	<b>9,8%</b>
Affections psychiatriques de longue durée	<b>7,2%</b>

Source : MSA

La durée moyenne des arrêts de travail est de 78 jours. Elle progresse avec l'âge du bénéficiaire, est plus importante pour les femmes que pour les hommes (84 jours contre 74 jours) et atteint 127 jours pour les personnes en ALD (Tableau 8).

**Tableau 8 : IJ AMEXA - Durée moyenne des arrêts de travail initiés en 2014**

Tranche âge	Exploitants		Conjoints	Aide fam.	Total	dont en ALD
	Hommes	Femmes				
- de 30 ans	47	54	44	42	<b>48</b>	109
30-39 ans	51	57	74	78	<b>54</b>	109
40-49 ans	66	81	77	107	<b>71</b>	130
50-59 ans	81	90	95	120	<b>85</b>	128
60 ans et +	90	100	114	128	<b>94</b>	125
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>84</b>	<b>91</b>	<b>105</b>	<b>78</b>	<b>127</b>

Source : MSA

Parmi les près de 29 000 arrêts initiés en 2014, les arrêts de courte durée (moins de 15 jours) en représentent 15,8 % et ceux de plus de 4 mois, 18,7 % (Tableau 9 et Graphiques 3).



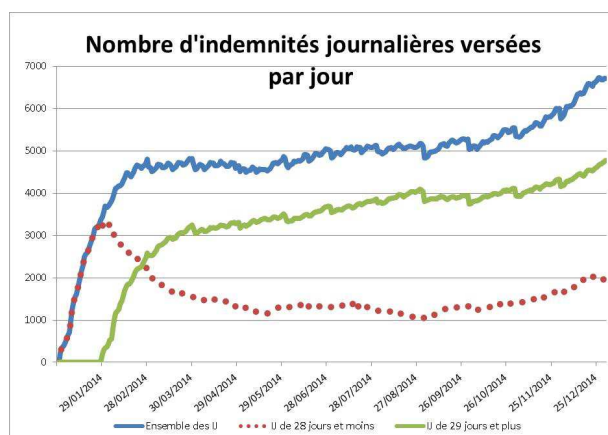
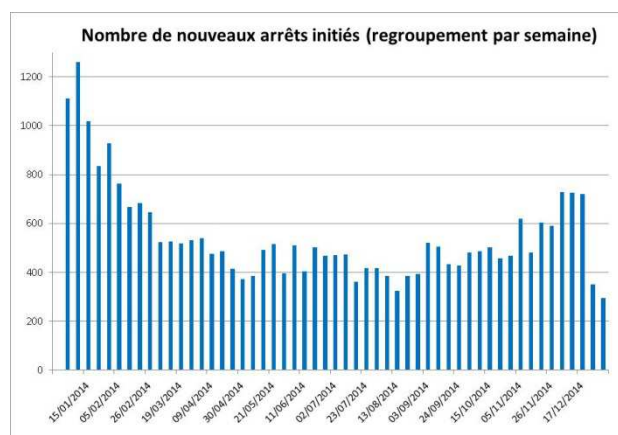
**Tableau 9 : IJ AMEXA - Nombre d'arrêts de travail initiés en 2014**

Durée	Exploitants		Conjoints	Aide fam.	Total	Part	dont en ALD	Part
	Hommes	Femmes						
- de 15 jours	3 183	1 152	201	13	<b>4 549</b>	15,8%	955	21,0%
de 15 à 30 jours	4 587	1 904	362	40	<b>6 893</b>	23,9%	1 240	18,0%
de 31 à 60 jours	4 533	1 998	437	31	<b>6 999</b>	24,2%	1 555	22,2%
de 60 à 120 jours	3 179	1 460	348	35	<b>5 022</b>	17,4%	1 528	30,4%
+ de 120 jours	3 239	1 729	395	45	<b>5 408</b>	18,7%	3 052	56,4%
Part	17,3%	21,0%	22,7%	27,4%			36,6%	
<b>Total</b>	<b>18 721</b>	<b>8 243</b>	<b>1 743</b>	<b>164</b>	<b>28 871</b>	100,0%	<b>8 330</b>	28,9%
	64,8%	28,6%	6,0%	0,6%	100,0%		28,9%	

Source : MSA

**Graphiques 3 : IJ AMEXA - Nombre d'arrêts de travail initiés et nombre d'indemnités journalières versées en 2014**

Source : MSA



### 1.1.2. L'évolution des dépenses au titre des établissements

Les dépenses du régime agricole au titre des établissements baissent de - 2,2 % en 2014 après une légère hausse de + 0,4 % en 2013 (tableau 10).

**Tableau 10 : Évolution des versements par type d'établissements en 2014**

	Total	Établissements publics	Établissements privés	Établissements médico-sociaux
Régime agricole	- 2,2 %	- 3,7 %	- 0,2 %	+ 1,3 %

Source : MSA

Ce recul provient de la diminution des versements aux établissements publics (- 3,7 %) due au changement de mode de calcul de la répartition des charges hospitalières entre les différents régimes d'Assurance Maladie (cf. Encadré 1 ci-dessous).

### **Encadré 1 : Une nouvelle répartition des charges hospitalières qui perturbe l'équilibre des régimes AT-MP agricoles**

L'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2014 fixe le principe d'une répartition des dépenses hospitalières sur la base des informations disponibles dans le PMSI et non plus celles issues des chaînes informatiques du Budget Global.

Les coefficients de répartition des contributions entre les régimes d'assurance maladie, pour l'exercice 2014 mais aussi pour la régularisation des charges de 2013, ont été fixés par arrêté du 30/12/2014, après calcul à partir des données de séjours de l'exercice 2013.

Les nouvelles modalités de calcul ont modifié substantiellement les parts contributives des régimes des salariés et des non-salariés agricoles et notamment des risques accidents du travail et maladies professionnelles.

	Clés de répartition des charges hospitalières pour 2012		Clés de répartition des charges hospitalières pour 2014 et la régularisation des charges 2013		Ecart			
	Maladie-Maternité	AT-MP	Maladie-Maternité	AT-MP	en points		en %	
	Maladie-Maternité	AT-MP	Maladie-Maternité	AT-MP	Maladie-Maternité	AT-MP	Maladie-Maternité	AT-MP
<b>Exploitants agricoles</b>	4,203 384	0,019 649	4,050 843	0,032 201	-0,152 541	0,012 552	-3,6%	63,9%
<b>Salariés agricoles</b>	2,240 599	0,024 175	2,118 379	0,038 750	-0,122 220	0,014 575	-5,5%	60,3%

Pour l'année 2014, les équilibres prévisionnels des risques AT-MP pour les régimes des salariés et des non-salariés agricoles étaient respectivement de - 5,0 et + 15,7 millions d'euros, au final ils sont de - 15,4 et - 4,2 millions d'euros.

Les remboursements de soins en établissements privés diminuent légèrement de - 0,2 % après une évolution de - 1,5 % en 2013. La baisse de - 0,7 % des dépenses liées à l'Objectif des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique (ODMCO) a été limitée par la hausse des frais de séjours en soins de suite et de réadaptation (+ 1,8 %) et en psychiatrie (+ 4,7 %).

La croissance des versements aux établissements médico-sociaux ralentit en 2014 et s'établit à + 1,3 % après une évolution de + 3,1 % en 2013. Les dépenses au titre des établissements pour personnes âgées augmentent plus faiblement (+ 1,2 % en 2014 après + 3,5 % en 2013) tandis que la hausse des dépenses au titre des personnes handicapées s'accroît (+ 2,0 % en 2014 après + 1,4 % en 2013).

## **1.2. Les charges 2014 du régime des non-salariés agricoles**

Les dépenses suivant le champ de l'ONDAM pour le régime des non-salariés agricoles s'élèvent à 6,92 milliards d'euros en 2014, montant stable par rapport à 2013 (Tableau 11).

Les dépenses de soins de ville des non-salariés agricoles progressent en 2014 : + 1,6 % après - 1,1 % en 2013. Cette accélération fait suite, principalement, à la mise en place d'indemnités journalières maladie pour ce régime depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014.

L'évolution des seules caractéristiques démographiques du régime des non-salariés agricoles sur l'évolution des dépenses des soins de ville est estimée à - 2,3 %.

Elle se décompose principalement en un effet modérateur sur les dépenses lié à la diminution des effectifs de - 3,1 % et un effet positif lié au vieillissement de la population de ce régime de + 0,9 %.

Les dépenses des prestations exécutées en établissements, qui représentent plus de la moitié des dépenses (58,1 %), évoluent de - 1,5 % contre + 0,3 % l'année précédente.

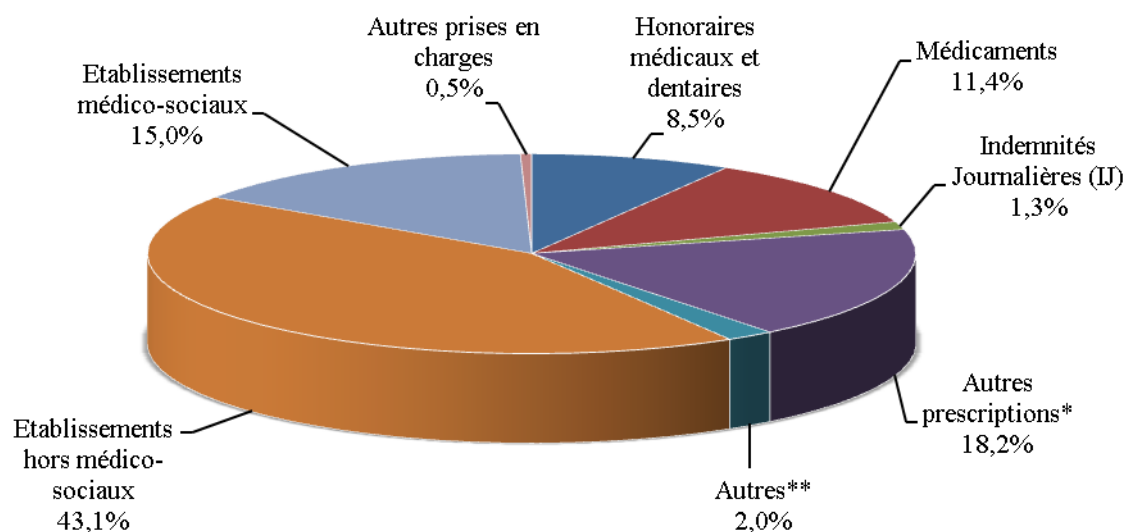
**Tableau 11 : Prestations dans le champ ONDAM  
(hors FIR, hors aide à la télétransmission) Régime des non-salariés agricoles  
(en millions d'euros)**

	2013	2014	Evolution
Honoraires des médecins généralistes	224,6	226,6	0,9%
Honoraires des médecins spécialistes	287,4	288,4	0,4%
Honoraires médicaux des sages-femmes	0,7	0,8	11,4%
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>	<b>512,8</b>	<b>515,8</b>	<b>0,6%</b>
Honoraires des infirmiers	516,7	528,7	2,3%
Honoraires des masseurs kinésithérapeutes	144,3	146,4	1,5%
Autres auxiliaires médicaux*	12,7	12,9	1,3%
<b>HONORAIRES PARAMEDICAUX</b>	<b>673,7</b>	<b>688,0</b>	<b>2,1%</b>
Honoraires des dentistes	72,4	70,9	-2,0%
Autres honoraires	21,2	16,1	-24,3%
Biologie	117,1	113,5	-3,1%
Prescriptions pharmaceutiques	808,6	787,7	-2,6%
LPP + Produits humains	267,1	270,4	1,2%
Transports	191,3	190,7	-0,3%
Autres prestations en nature (cures thermales...)	8,3	8,3	0,0%
Indemnités journalières AT	41,8	89,4	114,0%
Divers : PAM + FICQS + remises conventionnelles des laboratoires pharmaceutiques (en 2013)	108,2	115,5	6,7%
<b>PRESTATIONS EXECUTEES EN VILLE</b>	<b>2 822,5</b>	<b>2 866,4</b>	<b>1,6%</b>
Etablissements hors médico-sociaux	3 065,2	2 987,0	-2,6%
dont établissements de santé tarifés à l'activité	2 204,5	2 180,5	-1,1%
dont autres dépenses en établissements de santé	860,8	806,5	-6,3%
Etablissements médico-sociaux	1 020,1	1 037,2	1,7%
dont établissements pour personnes âgées	962,5	978,1	1,6%
dont établissements pour personnes handicapées	57,6	59,1	2,6%
<b>PRESTATIONS EXECUTEES EN ETABLISSEMENT</b>	<b>4 085,3</b>	<b>4 024,2</b>	<b>-1,5%</b>
Autres prises en charges	17,8	32,7	83,4%
<b>TOTAL CHAMP ONDAM des non-salariés agricoles</b>	<b>6 925,6</b>	<b>6 923,2</b>	<b>0,0%</b>

(\*) Autres auxiliaires médicaux : orthophonistes, orthoptistes, pédicures et honoraires paramédicaux des sages-femmes

Source : MSA

**Graphique 4 : Structure des prestations suivant le champ de l'ONDAM au régime des non-salariés agricoles**



\*Les autres prescriptions incluent les honoraires paramédicaux, la biologie, la LPP (Liste des Produits et des Prestations) et les produits d'origine humaine

\*\*Autres regroupe les autres prestations exécutées en ville (autres honoraires, autres prestations en nature, divers)

Source : MSA

### 1.2.1. L'évolution des soins de ville

Les dépenses de soins de ville pour les non-salariés agricoles, suivant le champ de l'ONDAM, ont augmenté de + 1,6 % en 2014 après - 1,1 % en 2013.

**Tableau 12 : Évolution des remboursements de soins de ville par nature de prestation en 2014**

	Total	Honoraires privés	Prescriptions	Indemnités Journalières
Régime agricole	+ 2,5 %	+ 1,5 %	+ 1,0 %	+ 16,4 %
Non-salariés	+ 1,6 %	+ 0,3 %	- 0,4 %	+ 114,0 %

Source : MSA

**La contribution des indemnités journalières à l'évolution des dépenses de soins de ville des non-salariés agricoles est de + 1,7 point. Egalement contributeurs à la progression des dépenses, les honoraires privés à hauteur de + 0,1 point. A l'inverse, les prescriptions ont limité cette évolution en contribuant pour - 0,3 point.**

Les remboursements d'**honoraires médicaux** (prenant en compte les nouvelles rémunérations inscrites dans l'avenant 8 de la convention des médecins) **et dentaires** augmentent de + 0,3 % en 2014 après une baisse de - 2,0 % l'année précédente. Cette reprise n'est pas due à l'activité clinique des médecins (consultations et visites) dont le recul s'accroît en 2014 (- 5,0 % après - 4,2 % en 2013). Elle s'explique par l'impact des nouvelles rémunérations forfaitaires et dans une moindre mesure par l'évolution des remboursements **d'actes techniques** qui devient positive : + 0,4 % en 2014 après une diminution de - 2,6 % un an auparavant. La baisse des remboursements **d'actes dentaires** se poursuit (- 2,0 % après - 2,6 %).

La **participation forfaitaire** de un euro a permis de réaliser une économie de 11,4 millions d'euros sur les remboursements d'honoraires médicaux en 2014.

Les dépenses liées au **parcours de soins coordonnés** s'élèvent à 16,5 millions d'euros pour la rémunération du médecin traitant, correspondant au suivi de 413 700 patients en ALD depuis plus d'un an. Elles représentent 7,3 % des honoraires des médecins généralistes. Au total, près de 22,6 millions d'euros de rémunération complémentaire ont été versés au cours de l'année 2014, dont 2,1 millions pour les majorations de coordinations des soins.

La baisse des remboursements des **prescriptions** se poursuit en 2014 mais de manière atténuée (- 0,4 % après - 1,6 % en 2013). Cette moindre baisse est principalement portée par une diminution moins prononcée cette année des remboursements de médicaments.

L'atténuation de la baisse des remboursements de **médicaments** de - 2,6 % en 2014 après une diminution de - 5,7 % l'année précédente s'explique notamment par la montée en charge des médicaments traitant l'hépatite C. Par ailleurs, au cours de l'année, l'économie réalisée au titre des franchises médicales sur les boîtes de médicaments s'élève à 29,0 millions d'euros.

En raison de la baisse de certains tarifs, les remboursements des actes de **biologie** ont diminué de - 3,1 % en 2014 après - 3,6 % en 2013.

Les remboursements d'honoraires d'**auxiliaires médicaux** augmentent plus modérément qu'en 2013 (+ 2,1 % après + 2,6 %) du fait du moindre impact des revalorisations tarifaires qui majorent l'évolution 2013. La hausse fait suite à une progression plus forte de leur activité (mesurée par le nombre de coefficients) : + 2,0 % après + 0,1 % en 2013 pour les **infirmiers** et + 1,9 % après + 0,2 % pour l'activité des **masseurs-kinésithérapeutes**. Au final, les honoraires des infirmiers progressent en 2014 de + 2,3 % et ceux des masseurs-kinésithérapeutes de + 1,5 %. Au cours de cette année, l'économie réalisée au titre des franchises médicales sur les actes paramédicaux s'élève à 6,2 millions d'euros.

La hausse des remboursements des produits de la **liste des produits et des prestations** (LPP) et des produits d'origine humaine ralentit en 2014 : + 1,2 % après + 1,8 %.

Les **frais de transports** baissent légèrement de - 0,3 % en 2014 alors qu'ils diminuaient de - 1,1 % l'année précédente. L'économie réalisée avec les franchises sur les transports est de 1,4 million d'euros.

À compter du 1er janvier 2014, les exploitants agricoles bénéficient d'un nouveau droit. Ils perçoivent des **indemnités journalières** en cas d'interruption de leur activité pour cause de maladie ou à la suite d'un accident de la vie privée. Leurs versements se sont élevés à 42,5 millions d'euros sur l'année 2014.

### 1.2.2. L'évolution des dépenses au titre des établissements

Les dépenses du régime des non-salariés agricoles au titre des établissements baissent de - 1,5 % en 2014 après une hausse de + 0,6 % en 2013 (tableau 13).

**Tableau 13 : Évolution des versements par type d'établissements en 2014**

	Soins en établissement	Établissements publics	Établissements privés	Établissements médico-sociaux
Régime agricole	- 2,2 %	- 3,7 %	- 0,2 %	+ 1,3 %
Non-salariés	- 1,5 %	- 2,4 %	- 1,5 %	+ 1,7 %

Source : MSA

Ce recul provient de la diminution des versements aux établissements publics (- 2,4 %) due au changement de mode de calcul de la répartition des charges hospitalières entre les différents régimes d'Assurance Maladie (cf. encadré du paragraphe 1.1.2).

La baisse des remboursements de soins en établissements privés ralentit, passant de - 2,4 % en 2013 à - 1,5 % en 2014. Cela s'explique par le moindre recul des dépenses liées à l'ODMCO (- 2,0 % en 2014 après - 2,8 % en 2013) et par la hausse des frais de séjours en soins de suite et de réadaptation (+ 0,4 %) et en psychiatrie (+ 4,8 %).

La croissance des versements aux établissements médico-sociaux ralentit en 2014 et s'établit à + 1,7 % après une évolution de + 4,2 % en 2013. Les dépenses au titre des établissements pour personnes âgées augmentent plus faiblement (+ 1,6 % en 2014 après + 4,8 % en 2013). A l'inverse, les dépenses au titre des personnes handicapées connaissent une croissance en 2014 (+ 2,6 %) alors que l'évolution était négative l'année précédente (- 3,8 %).

### 1.3. Les charges 2014 du régime des salariés agricoles

Les dépenses suivant le champ de l'ONDAM pour le régime des salariés agricoles sont de 4,13 milliards d'euros en 2014. Elles augmentent de + 0,1 % par rapport à 2013 (tableau 14). Dans le même temps, la population protégée de ce régime s'accroît de + 1,0 %.

Au régime des salariés agricoles, les dépenses de soins de ville sont en hausse de + 4,0 % en 2014, après une évolution de + 1,6 % en 2013.

L'évolution des seules caractéristiques démographiques du régime des salariés agricoles sur l'évolution des dépenses des soins de ville est estimée à + 0,8 %. Elle se décompose principalement en deux effets jouant à la hausse des dépenses : l'augmentation des effectifs qui a un impact de + 0,2 % et le vieillissement de la population de ce régime dont l'impact est estimé à + 0,8 %. L'évolution de la structure de la population et notamment la proportion des personnes en ALD ayant un effet modérateur de - 0,2 %.

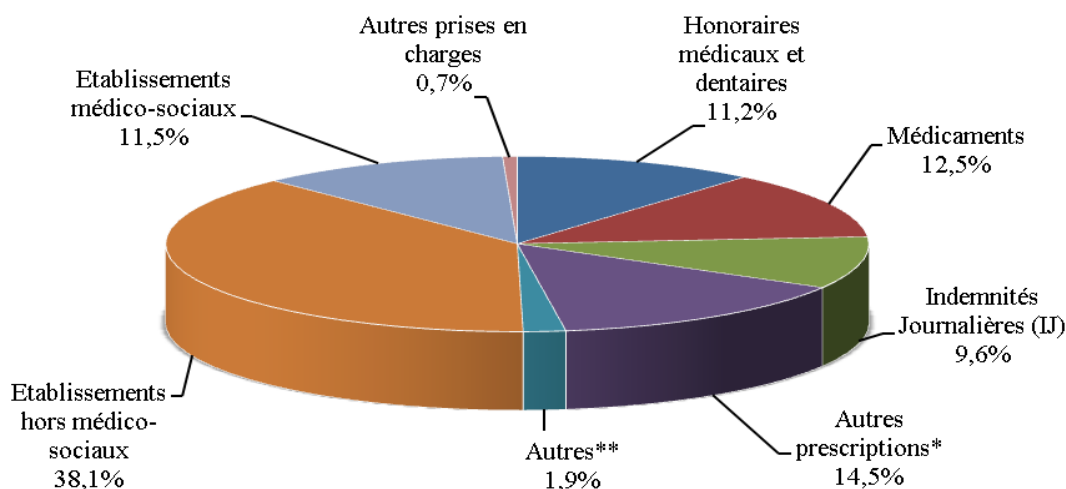
Les dépenses en établissements pour le régime des salariés agricoles, qui représentent 49,6 % de la dépense totale, baissent de - 3,7 % cette année après une baisse de - 0,5 % en 2013.

**Tableau 14 : Prestations dans le champ ONDAM (hors FIR, hors aide à la télétransmission)  
Régime des salariés agricoles (en millions d'euros)**

	2013	2014	Evolution
Honoraires des médecins généralistes	148,0	151,7	2,5%
Honoraires des médecins spécialistes	222,9	231,5	3,8%
Honoraires médicaux des sages-femmes	4,4	4,9	12,8%
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>	<b>375,3</b>	<b>388,2</b>	<b>3,4%</b>
Honoraires des infirmiers	173,0	178,9	3,4%
Honoraires des masseurs kinésithérapeutes	77,8	80,5	3,4%
Autres auxiliaires médicaux*	14,0	14,7	5,2%
<b>HONORAIRES PARAMEDICAUX</b>	<b>264,8</b>	<b>274,1</b>	<b>3,5%</b>
Honoraires des dentistes	72,9	74,3	2,0%
Autres honoraires	11,4	11,0	-3,4%
Biologie	75,1	75,0	-0,2%
Prescriptions pharmaceutiques	498,0	518,4	4,1%
LPP + Produits humains	134,3	140,7	4,8%
Transports	105,4	108,6	3,0%
Autres prestations en nature (cures thermales...)	7,0	7,4	6,1%
Indemnités journalières Maladie et AT	375,7	396,8	5,6%
Divers : PAM + FICQS + remises conventionnelles des laboratoires pharmaceutiques (en 2013)	58,1	61,7	6,2%
<b>PRESTATIONS EXECUTEES EN VILLE</b>	<b>1 978,1</b>	<b>2 056,2</b>	<b>4,0%</b>
Etablissements hors médico-sociaux	1 654,5	1 573,9	-4,9%
dont établissements de santé tarifés à l'activité	1 212,8	1 151,3	-5,1%
dont autres dépenses en établissements de santé	441,7	422,6	-4,3%
Etablissements médico-sociaux	474,5	476,6	0,4%
dont établissements pour personnes âgées	307,1	306,3	-0,3%
dont établissements pour personnes handicapées	167,4	170,3	1,7%
<b>PRESTATIONS EXECUTEES EN ETABLISSEMENT</b>	<b>2 129,0</b>	<b>2 050,6</b>	<b>-3,7%</b>
Autres prises en charges	22,5	27,7	23,1%
<b>TOTAL CHAMP ONDAM des salariés agricoles</b>	<b>4 129,5</b>	<b>4 134,5</b>	<b>0,1%</b>

(\*) Autres auxiliaires médicaux : orthophonistes, orthoptistes, pédicures et honoraires paramédicaux des sages-femmes  
Source : MSA

**Graphique 5 : Structure des prestations suivant le champ de l'ONDAM au régime des salariés agricoles**



\*Les autres prescriptions incluent les honoraires paramédicaux, la biologie, la LPP (Liste des Produits et des Prestations) et les produits d'origine humaine

\*\*Autres regroupe les autres prestations exécutées en ville (autres honoraires, autres prestations en nature, divers)



### 1.3.1. L'évolution des soins de ville

La hausse des dépenses de soins de ville des salariés agricoles s'accélère en 2014, + 4,0 % après + 1,6 % en 2013, soit de 2,4 points de plus.

**Tableau 15 : Évolution des remboursements de soins de ville par nature de prestation en 2014**

	Total	Honoraires privés	Prescriptions	Indemnités Journalières
Régime agricole	+ 2,5 %	+ 1,5 %	+ 1,0 %	+ 16,4 %
Salariés	+ 4,0 %	+ 3,2 %	+ 3,6 %	+ 5,6 %

Source : MSA

**Tous les grands postes des prestations exécutées en ville contribuent positivement à l'évolution des remboursements de soins de ville en 2014 pour le régime des salariés agricoles. Les prescriptions contribuent pour près de la moitié à cette évolution (+ 2,0 points). Les indemnités journalières y contribuent pour + 1,1 point. Enfin, les honoraires privés et les autres prestations contribuent à la hausse des dépenses de soins de ville respectivement à hauteur de + 0,7 point et + 0,2 point.**

La croissance des dépenses liées au remboursement des **honoraires médicaux** (prenant en compte les nouvelles rémunérations inscrites dans l'avenant 8 de la convention des médecins) **et dentaires** a fortement augmenté : + 3,2 % en 2014 après une évolution de + 1,2 % en 2013. Ce net rebond est le résultat de l'impact des nouvelles rémunérations forfaitaires et de l'accélération de la hausse des remboursements **d'actes techniques** (+ 4,6 % après + 1,8 %) et des **actes dentaires** (+ 2,0 % après + 1,2 % en 2013).

La **participation forfaitaire** de un euro a permis de réaliser une économie de 8,7 millions d'euros pour les honoraires médicaux.

Les dépenses liées au **parcours de soins coordonnés** s'élèvent à 8,7 millions d'euros pour la rémunération du médecin traitant, correspondant au suivi de 216 800 patients en ALD depuis plus d'un an. Elles représentent 5,7 % des honoraires des médecins généralistes. Au total, plus de 14,9 millions d'euros de rémunération complémentaire ont été versés au cours de l'année 2014, dont 2,0 millions pour les majorations de coordinations des soins.

Les **prescriptions** ont augmenté de + 3,6 % en 2014 après une évolution de + 1,0 % en 2013. Cette hausse traduit principalement celles de deux postes : les prescriptions pharmaceutiques, + 4,1 % (contribuant à la croissance des prescriptions pour + 1,9 point) et les dépenses d'actes d'auxiliaires médicaux qui augmentent également de + 3,5 % (contribuant à l'évolution des prescriptions à hauteur de + 0,9 point).

Les remboursements de **médicaments** augmentent de + 4,1 % en 2014, après - 1,5 % en 2013. Cette reprise résulte de la progression des remboursements liés à la rétrocession hospitalière et notamment la montée en charge des médicaments onéreux pour traiter l'hépatite C. Par ailleurs, l'économie réalisée au titre des franchises médicales sur les boîtes de médicaments est estimée à 18,0 millions d'euros.

Les remboursements des **actes de biologie** ont diminué de - 0,2 % en 2014 après une baisse de - 0,8 % en 2013.



La hausse des remboursements **d'actes paramédicaux** se poursuit en 2014 (+ 3,5 % contre + 4,2 % en 2013). Cette hausse s'explique par le dynamisme de leur activité en 2014 : + 2,9 % après + 1,9 % l'année dernière pour les **infirmiers** et + 4,7 % après + 1,6 % en 2013 pour les **masseurs-kinésithérapeutes**. Ainsi, les honoraires d'infirmiers ont progressé de + 3,4 %, évolution égale à celle des masseurs-kinésithérapeutes. Au cours de l'année 2014, l'économie réalisée au titre des franchises médicales sur les actes paramédicaux est estimée à 3,4 millions d'euros.

Les remboursements des produits de la **liste des produits et des prestations (LPP)** et des produits d'origine humaine évoluent au rythme de + 4,8 % en 2014 après + 4,6 % en 2013.

Les **frais de transports** progressent de + 3,0 % en 2014 après + 1,9 %, soit une évolution supérieure de 1,1 point. L'économie réalisée avec les franchises sur les transports est de 0,7 million d'euros.

En 2014, les montants des **indemnités journalières** ont progressé de + 5,6 % au régime des salariés agricoles après une hausse de + 2,8 % en 2013. En nombre de jours, l'évolution du nombre d'IJ Maladie-Accident du travail pour les salariés agricoles augmente fortement : + 4,0 % après + 2,1 % en 2013.

### 1.3.2. L'évolution des dépenses au titre des établissements

Les versements aux établissements par le régime des salariés agricoles sont en baisse de - 3,7 % en 2014 après une évolution nulle en 2013 (tableau 16).

**Tableau 16 : Évolution des versements par type d'établissements en 2014**

	Total	Établissements publics	Établissements privés	Établissements médico-sociaux
Régime agricole	- 2,2 %	- 3,7 %	- 0,2 %	+ 1,3 %
Salariés	- 3,7 %	- 6,0 %	+ 2,0 %	+ 0,4 %

Source : MSA

Ce recul provient de la forte diminution des versements aux établissements publics (- 6,0 %) due au changement de mode de calcul de la répartition des charges hospitalières entre les différents régimes d'Assurance Maladie (cf. encadré du paragraphe 1.1.2).

Les remboursements de soins en établissements privés augmentent de + 2,0 % en 2014 après une évolution nulle en 2013. Cela s'explique par la hausse des dépenses liées à l'ODMCO (+ 1,7 % en 2014 après - 1,1 % en 2013) et des frais de séjours en psychiatrie (+ 4,5 %). La croissance des frais de séjours en soins de suite et de réadaptation perdure mais à un rythme moins soutenu (+ 4,4 % en 2014 après + 7,1 % en 2013).

Les versements aux établissements médico-sociaux augmentent de + 0,4 % en 2014 après une évolution de + 0,9 % en 2013. Les dépenses au titre des établissements pour personnes âgées diminuent légèrement (- 0,3 %). Comme en 2013, les dépenses au titre des personnes handicapées sont en hausse mais à un niveau moins élevé (+ 1,7 % en 2014 après + 3,3 % en 2013).

## **1.4. Le bilan du plan de gestion du risque MSA en 2014**

Le plan de gestion du risque (GDR) MSA 2014 était constitué dans la continuité des plans précédents avec la poursuite de la plupart des actions déjà initiées les années précédentes et un volet de nouvelles actions.

Ont été lancées en 2014 une action portant sur le respect de l'AMM des prescriptions du médicament Efient et une action de contrôle LPP en Inter-régime.

Les actions poursuivies en 2014 concernent notamment :

- ⇒ l'action AMM concernant Versatis® pour une partie du réseau
- ⇒ l'action de sensibilisation à l'insuffisance rénale, le contrôle des actes infirmiers et la sensibilisation à l'usage des bandelettes de contrôle de la glycémie,
- ⇒ des actions à caractère règlementaire portant sur les prestations en espèces, avec un important volet de contrôle des arrêts de travail. Dans le domaine des prestations en nature, le contrôle du respect de la tarification a porté sur les établissements, les soins dentaires, la LPP.
- ⇒ les actions d'accompagnement des professionnels de santé et des assurés qui ont concerné les domaines du médicament et de l'usage de l'ordonnancier bizon.

### **1.4.1. Actions de contrôle des arrêts de travail**

#### **1.4.1.1. Contrôle des arrêts de travail répétitifs**

Chaque mois, les caisses de MSA effectuent une requête informatique sur leur base de données afin d'identifier les salariés qui ont bénéficié d'au moins 3 arrêts de courte durée (inférieurs à 15 jours) sur une période rétrospective de 6 mois. Sont exclus de ce contrôle les assurés souffrant de pathologies chroniques telles que l'insuffisance rénale, par exemple, justifiant ainsi ces arrêts répétitifs. Les assurés ciblés sont alors destinataires d'un courrier les informant de leur mise sous surveillance. Si un quatrième arrêt est transmis à la caisse au cours des 6 mois suivants l'assuré est alors convoqué au contrôle médical et un contrôle de présence à domicile peut être requis.

En 2014, 593 assurés ont présenté au moins 3 arrêts sur une période de 6 mois. Après analyse médicale, excluant les malades dont la pathologie justifie la fréquence de ces arrêts de travail, la moitié d'entre eux a été destinataire d'un courrier de sensibilisation, soit 311 assurés (420 courriers en 2013).

Un quart de ces assurés sensibilisés ont présenté un quatrième arrêt dans les 6 mois suivants. Seuls deux d'entre eux ont fait l'objet de cessation de paiement d'IJ à la suite de ce quatrième arrêt.

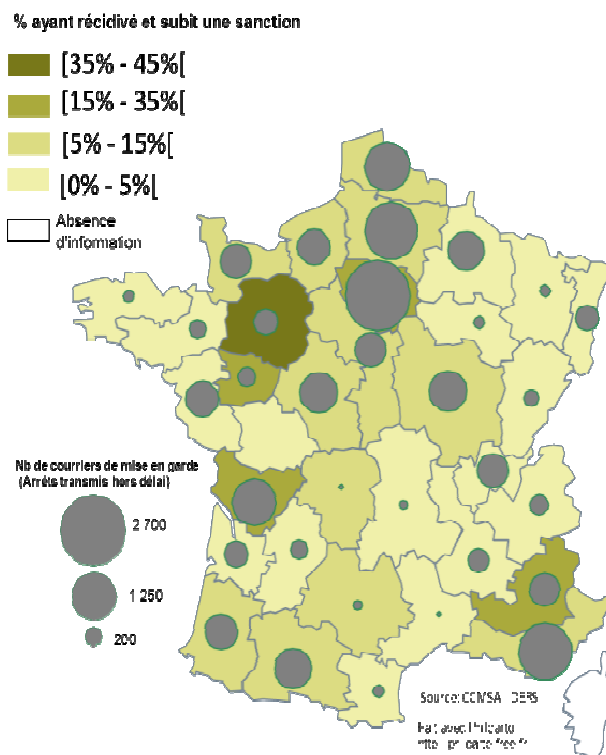
#### **1.4.1.2. Respect du délai d'envoi de 48 heures**

En 2014, le délai d'envoi légal de 48 heures est un peu mieux respecté car il ne concerne plus que 3% de l'ensemble des prescriptions d'arrêts de travail (contre 4% en 2013), soit près de 20.000 dossiers. Ils ont fait l'objet d'un courrier de mise en garde.

Malgré ce courrier, 2.350 prescriptions (soit 12% des envois tardifs) ont dépassé à nouveau ce délai dans les 24 mois qui ont suivi, générant l'application d'une sanction et l'information de l'employeur.

Le taux de récurrence est très variable selon les caisses : il est nettement supérieur à la moyenne nationale dans les caisses de Mayenne-Orne-Sarthe, Maine-et-Loire, Ile-de-France, Alpes-Vaucluse et Charentes (Carte 1).

**Carte 1 : Nombre de courriers de mise en garde et taux de récurrence après sanction**



#### 1.4.1.3. Indication du motif médical sur les arrêts de travail

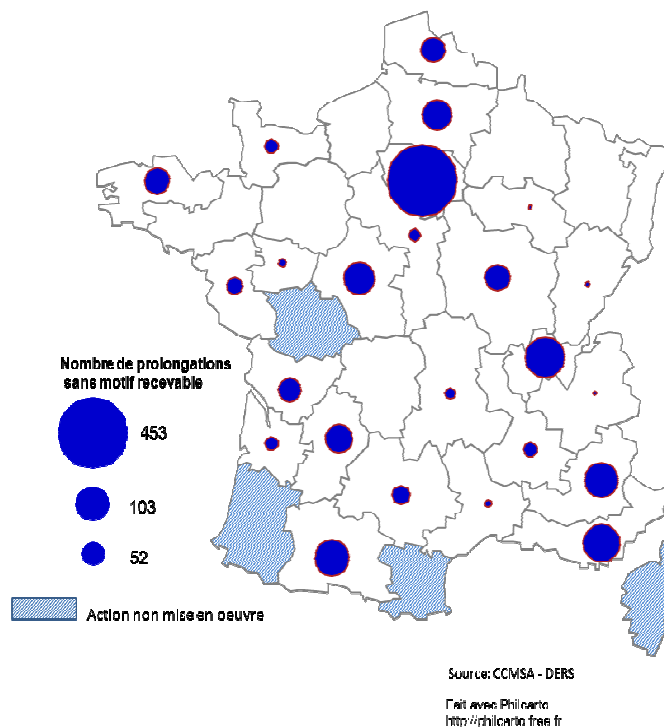
En 2014, à l'occasion des contrôles portant sur l'indication du motif médical justifiant l'arrêt de travail sur le volet médical destiné au contrôle médical, 7.685 arrêts de travail sans motif ont été relevés (+4% par rapport à 2013).

Une fois ces arrêts de travail détectés, le prescripteur à l'origine de l'arrêt de travail et/ou l'assuré se voient retourner l'imprimé. Ce sont 4365 médecins prescripteurs et près de 6000 assurés qui ont donc été destinataires de ces arrêts sans motifs. Lorsque médecins et assurés sont destinataires simultanément du courrier, le taux de retour pour régularisation est proche des 100 %.

#### 1.4.1.4. Contrôle de la qualité du prescripteur d'une prolongation

En 2014, dans le cadre du contrôle de la qualité du prescripteur d'une prolongation d'arrêt de travail, 0,6% de la totalité des prolongations d'arrêts de travail présentées au service maladie des caisses de MSA ont été jugées sans motif recevable, soit 1 580 prolongations. Un tiers de ces prolongations ont été relevées en Ile-de-France (Carte 2).

## Carte 2 : Nombre de prolongations d'arrêts de travail sans motif recevable



Malgré un taux de justification de 85% à la suite du courrier, 232 prolongations ont fait l'objet d'une notification de refus de prise en charge (contre 240 en 2013).

### 1.4.1.5. Signalement des employeurs

En 2014, 29 caisses de MSA ont reçu 350 signalements (contre 290 en 2013) de la part d'employeurs inscrits au régime agricole concernant les arrêts potentiellement suspects de l'un de leurs salariés. 88% de ces employeurs se sont vus adresser un courrier d'information sur les actions de la MSA dans le domaine du contrôle des arrêts de travail et de la possibilité qu'ils ont de recourir à un contrôle par un médecin expert privé.

### 1.4.1.6. Rapport des médecins mandatés par les employeurs

En 2014, 34 rapports médicaux, sur un total de 15 caisses de MSA, ont été transmis aux contrôles médicaux par les médecins mandatés par les employeurs de main d'œuvre agricole, soit 15 rapports de plus qu'en 2013.

Les médecins conseils ont demandé l'arrêt du versement des IJ pour 11 de ces dossiers (dont 7 dans une seule et même caisse).

## 1.4.2. Les actions en lien avec la Liste des Produits et Prestations

### 1.4.2.1. Contrôle LPP

En août 2014, la CNAMTS a mis en place une action, portant sur le contrôle des dispositifs médicaux et prestations associées relevant de la liste des produits et prestations (LPP). Les caisses de MSA ont été invitées à s'associer à cette action dans le cadre des coopérations régionales inter-régimes.

Les pharmaciens et fournisseurs qui ne respectent pas les règles de facturation sur une catégorie de produits sont repérés à partir de requêtes et peuvent faire l'objet de sanctions (recouvrement d'indus et de pénalités, dépôts de plainte...). Ainsi, les services de GDR et de lutte contre la fraude sont associés dans la mise en œuvre de cette action. Les produits qui ont été ciblés par ce programme sont des postes importants de dépenses pour l'assurance maladie : lits médicalisés, fauteuils roulants, soulèvements malades et sièges coquilles.

30 caisses de MSA ont mis en place cette action. 5 d'entre elles ont démarré l'action un peu plus tardivement ou ont adapté la méthodologie afin de répondre à un problème de volumétrie trop important.

Plus de 5.000 fournisseurs (pharmaciens ou fournisseurs d'appareillage) de produits de la LPP ont été contrôlés par l'ensemble des caisses de MSA. Les contrôles ont mis en évidence des anomalies de facturation pour un tiers d'entre eux (Tableau 17).

**Tableau 17 : Nombre de signalements et montant des anomalies constatées suite au contrôle LPP**

	lits médicaux et accessoires	fauteuils et soulèvements malades	forfaits livraison	sièges coquilles	autres produits et prestations	total
<b>nbre de signalements issus de la requête</b>	7 954	31 444	27 999	1 687	104 521	<b>173 605</b>
<b>nbre de signalements traités</b>	5 408	15 922	20 860	252	19 791	<b>62 233</b>
<b>nbre de signalements (traités) en anomalie non frauduleuses</b>	1 798	9 508	1 277	22	4 969	<b>17 574</b>
<b>nbre de signalements (traités) en anomalie frauduleuse</b>	13	142	68	2	14	<b>239</b>
<b>nbre total de signalements (traités) en anomalie</b>	<b>1 811</b>	<b>9 650</b>	<b>1 345</b>	<b>24</b>	<b>4 983</b>	<b>17 813</b>
<b>montant global (notifié ou non) des anomalies constatées</b>	177 265 €	174 078 €	86 354 €	7 978 €	124 394 €	<b>570 068 €</b>
<b>montant total notifié des indus</b>	<b>57 263 €</b>	<b>86 794 €</b>	<b>13 701 €</b>	<b>1 840 €</b>	<b>29 852 €</b>	<b>189 449 €</b>

source: CCMSA / DERS

Le montant total des anomalies s'élève à plus de **570.000 €**. A la fin du premier trimestre 2015, un tiers de ce montant a été notifié aux fournisseurs et prestataires concernés, soit près de **190.000 €**. Deux fournisseurs ont fait l'objet de sanction mais aucun ne s'est vu infligé de pénalités.

#### **1.4.2.2. Traitement des ententes préalables de grand appareillage**

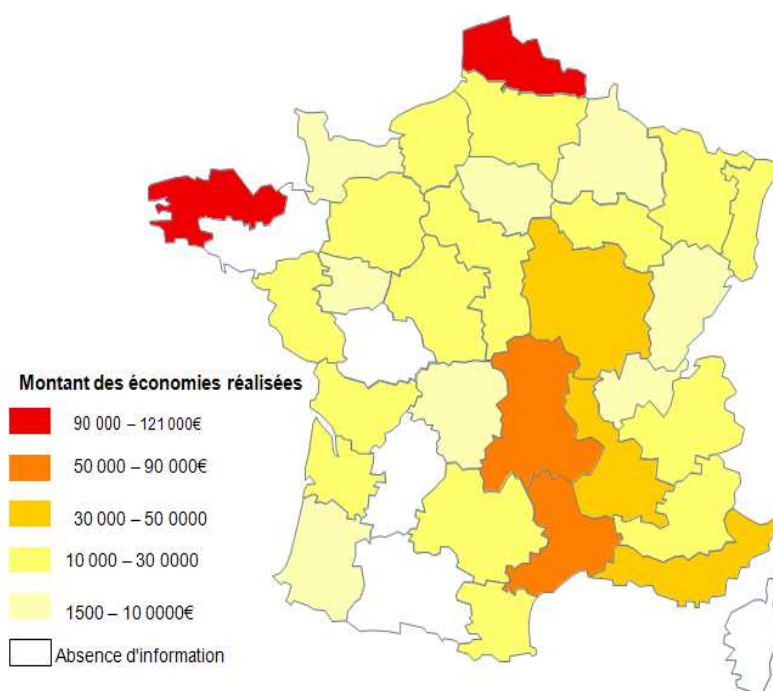
Depuis 2012, les caisses de MSA se sont organisées (formation de binômes médico-administratifs et mise en place de référents régionaux) afin de faire face à la suppression des centres médicaux d'appareillage (CMA) afin de répondre aux demandes d'ententes préalables du grand appareillage (chapitre 5, 6 et 7 du titre II de la liste des produits et prestations remboursables).

La nouvelle organisation est montée à l'appui de 5 référents régionaux formés spécifiquement (ils ont obtenu le diplôme universitaire d'appareillage en 2013) et d'une formation médico-administrative dispensée à un binôme médico-administratif de chaque caisse.

Cette nouvelle activité au sein des contrôles médicaux se développe progressivement, certaines caisses n'ayant commencé le traitement de ces accords préalables qu'au cours de l'année.

En 2014, les caisses de MSA ont ainsi fait l'objet de plus de 17.000 demandes de prise en charge d'appareillage (+12% par rapport à 2013), dont 7% ont donné lieu à des refus (+1 point), majoritairement des refus totaux. Le montant total de ces refus s'élève à 755.000 euros (contre près de **600 000 €** en 2013).

**Carte 3 : Montant des économies réalisées lié aux demandes de prise en charge d'appareillage en 2014**



### **1.4.3. Actions de sensibilisation à l'insuffisance rénale**

Depuis 2012, la MSA réalise une action de sensibilisation à l'insuffisance rénale auprès des assurés et également auprès de leur médecin traitant. La population ciblée a été élargie à l'occasion des différentes vagues : diabétiques, puis insuffisants cardiaques et consommateurs d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

Les caisses ciblent les médecins à patientèle MSA relativement importante, qui ont un taux d'assurés dépistés (par dosage de créatinémie) plus faible que le taux moyen de la caisse.

Ces médecins, ainsi que leurs patients, sont alors destinataires d'un courrier de sensibilisation à l'insuffisance rénale chronique chez les patients à risque.

Le taux de dépistage national est de 80%. Le taux par caisse le plus faible est celui de la caisse d'Aquitaine (60 %) et le plus haut celui d'Alsace (86 %).

L'action est réalisée en 2 vagues semestrielles. La première a permis de sensibiliser 8 500 assurés et 1 700 médecins et la seconde 6 000 assurés et 1 300 médecins.

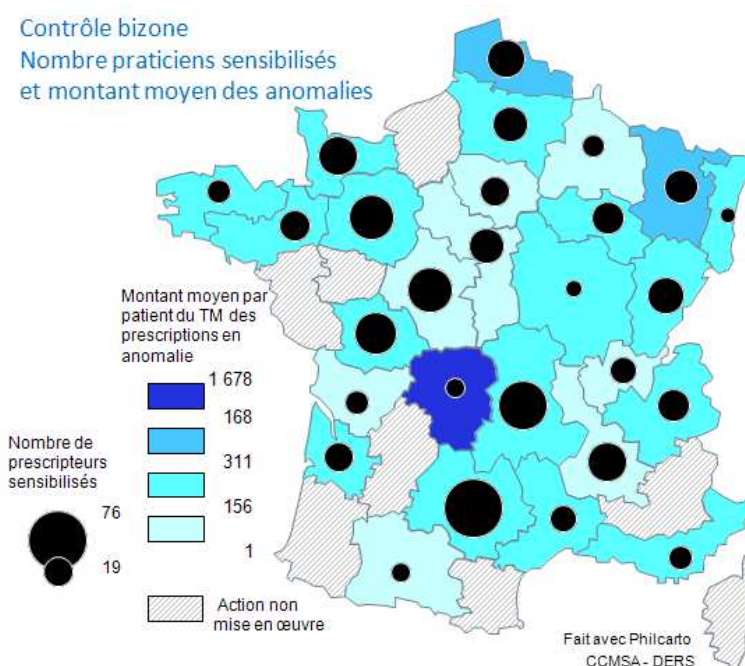
#### 1.4.4. Contrôle de l'ordonnancier bizona

A partir des listes des actes et prestations définies par la Haute Autorité de Santé pour huit ALD, les médecins-conseils de la MSA ont codifié ces référentiels afin d'automatiser la recherche des remboursements hors liste.

En 2014, cette action a permis de sensibiliser 680 praticiens libéraux. Un courrier leur détaillant les prescriptions réalisées hors liste pour chacun de leurs patients leur a été transmis. Le contrôle a permis de détecter des anomalies de prescription chez 16.600 patients en ALD.

Le montant du ticket modérateur des remboursements des actes et prestations hors liste, remboursés à tort à 100 %, s'élève à 436 000 € (contre 362 000 € en 2013).

**Carte 4 : Montant moyen d'anomalie constatée sur le respect de l'ordonnancier bizona et nombre de praticiens sensibilisés en 2014**



#### 1.4.5. Actions sur les médicaments

##### 1.4.5.1. Versatis® : respect de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM)

Les remboursements de Versatis®, emplâtre à la lidocaïne, principe actif de la classe des anesthésiques locaux, n'avaient cessé de croître depuis le début de sa commercialisation prise en charge par l'assurance maladie, en février 2011. Au cours de l'année 2012, le montant des remboursements au régime agricole, toujours en phase de croissance, a progressé de + 35%. Dès lors, une action a été mise en place en 2013 pour vérifier la justification médicale de ces prescriptions.

L'objectif de cette action était de vérifier que le médicament est prescrit conformément aux indications de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et si ce n'est pas le cas d'en informer le prescripteur de l'arrêt de sa prise en charge par les caisses de la MSA. L'AMM stipule que Versatis® est indiqué dans « *le traitement symptomatique des douleurs neuropathiques post-zostériennes* ». Dans le cas contraire, le prescripteur est alors informé de

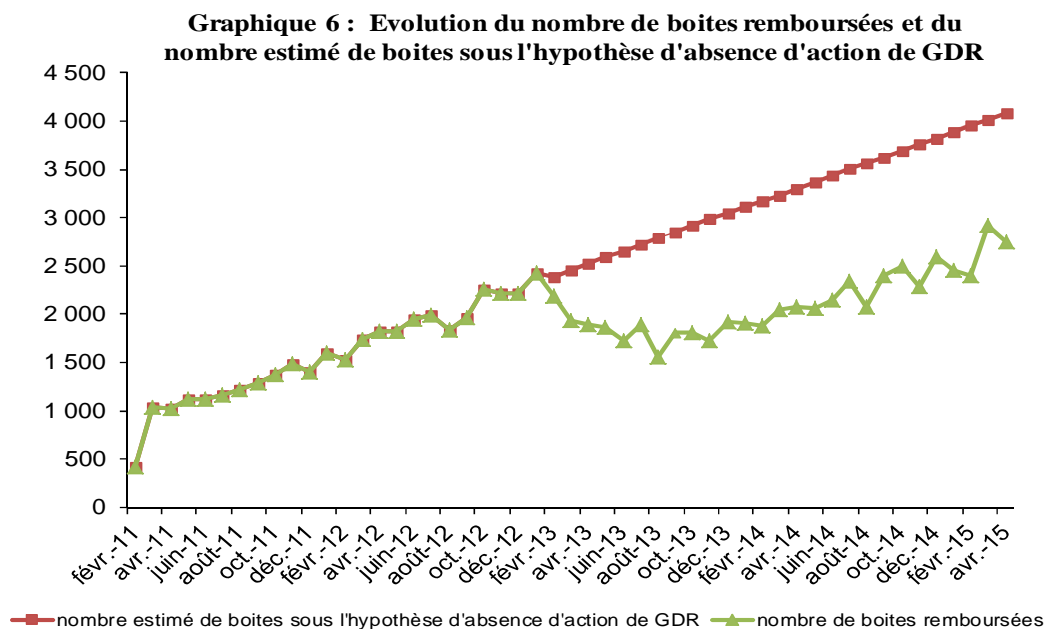


l'arrêt de sa prise en charge par les caisses de MSA.

Les résultats de cette action ont été concluants en 2013 (cf Encadré 2). C'est la raison pour laquelle 19 caisses de MSA ont souhaité la poursuivre en 2014 dans l'attente de la mise en œuvre d'une nouvelle action hors AMM (l'action Efient). Près de 2000 assurés ont ainsi été ciblés par cette action et 1500 courriers ont été adressés aux prescripteurs pour leur demander de confirmer si la prescription respectait bien les indications de l'AMM, et dans le cas contraire les informer de l'arrêt de la prise en charge du médicament par l'assurance maladie. 56% d'entre eux ont répondu à ce courrier et ont validé leur prescription dans la moitié des cas. A date, les indus constatés en 2014 s'élèvent à 58.000 euros sur un ensemble de 12 caisses.

## Perspectives

Le montant cumulé des économies réalisées à fin avril 2015, grâce à la mise en place de l'action, s'élève à 2,2 millions d'euros. Il s'agit de la différence entre la prolongation de la tendance des remboursements et leurs valeurs réelles (Graphique 6).



L'effet de l'action sur la délivrance de Versatis® a surtout été marqué au lancement de l'action en 2013, avec une diminution sensible du nombre de boîtes remboursées. En 2014, sur le premier semestre, une légère reprise s'amorce, elle reste modeste, mais se confirme et s'accroît en 2015. Dans ce contexte, l'action Versatis® sera poursuivie en 2015 par les caisses de MSA et proposée au titre de la contribution aux actions inter-régimes du plan triennal.



## **Encadré 2 : Bilan de l'action Versatis® réalisée en 2012 et 2013**

Au cours du second semestre 2012, environ 4 000 prescriptions de Versatis® ont été réalisées par 2 500 médecins suspectés d'avoir fait des prescriptions ne correspondant pas au cadre de l'AMM. Ces prescriptions concernent 3 700 assurés MSA n'ayant pas consommé d'antiviral spécifique ou non du zona dans les deux ans précédents, pour un montant de remboursements de **630 000 €**

Sur l'ensemble de l'année 2013, les 3 860 médecins libéraux ayant prescrit du Versatis®, mais pas d'antiviraux signalant un éventuel zona, ont été destinataires d'un courrier leur demandant de confirmer pour chaque assuré si la prescription respectait bien les indications de l'autorisation de mise sur le marché.

64 % des médecins ont répondu à ce premier courrier, ils ont validé le tiers de leurs prescriptions de Versatis® en rapport avec l'indication de l'AMM. Ainsi, sur l'ensemble des prescriptions ciblées seules 21 % ont été validées, ce qui correspond à 40 % des remboursements de ce médicament.

Les prescripteurs n'ayant pas répondu à la première lettre de demande de justification de leur prescription ont reçu un second courrier les informant que, même si le prescripteur responsable de sa prescription peut poursuivre le traitement de son patient par Versatis®, ce traitement ne sera plus pris en charge par la MSA.

Les résultats d'une deuxième requête faite mi-2013 par 22 caisses ont permis de vérifier si les prescripteurs ont de nouveau prescrit Versatis®. Les résultats montrent que 6 % des médecins ont poursuivi leur prescription hors AMM de Versatis®.

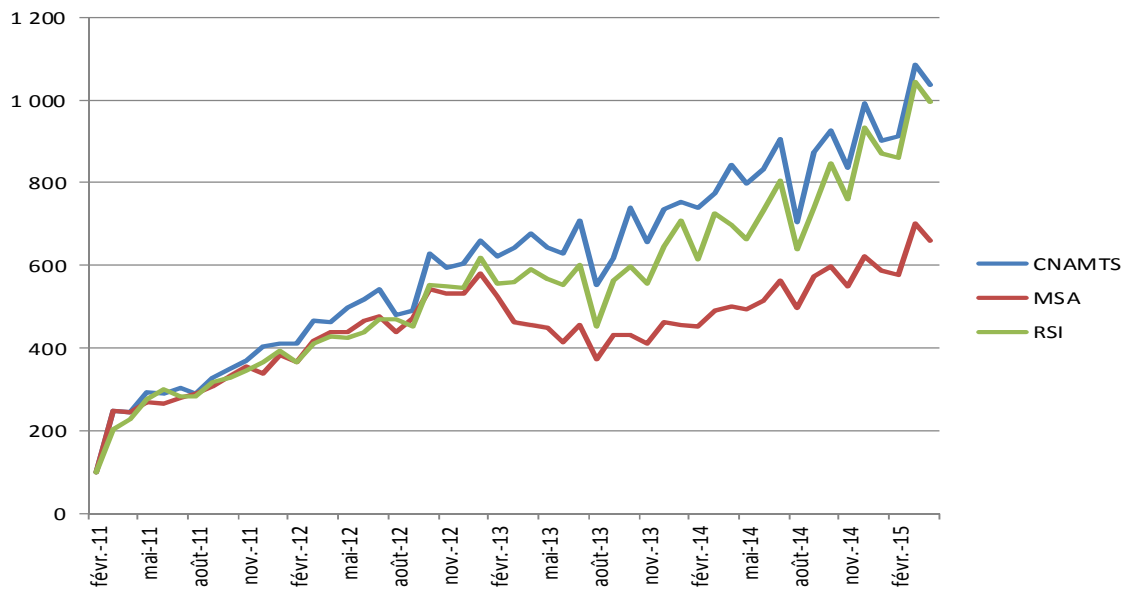
D'après les observations des caisses et les échanges qu'elles ont eu avec les médecins touchés par cette action, il semblerait que la plupart du temps les médecins généralistes, soit renouvelaient la prescription d'un confrère hospitalier ou d'un centre antidouleur, soit prescrivaient Versatis® dans le cadre de douleurs chroniques anciennes n'ayant pas été soulagées ou des douleurs neuropathiques pour cancer en fin de vie.

Grâce à cette action, près de 4 000 médecins ont été informés sur l'ensemble de la France des indications de l'AMM pour le produit Versatis® et rappelés au strict respect de celle-ci. Les demandes de remboursement de Versatis ont très nettement diminué montrant ainsi que les médecins ont été sensibilisés à la prescription hors des indications de l'AMM de Versatis et n'ont pas renouvelé ou n'ont pas initié de traitement non justifié médicalement. **L'action a eu un impact sur le montant remboursé au régime agricole et également sur celui observé dans les deux autres régimes.**

### **➔ Inflexion au régime agricole de la tendance à la hausse du nombre de boîtes remboursées de Versatis® dès la mise en place de l'action**

Au régime agricole, l'action a permis d'infléchir la tendance linéaire à la hausse de délivrance de boîtes de Versatis® à partir de février 2013 (Graphique 7). A partir du mois d'octobre 2013 cependant, une reprise des remboursements est constatée. Au régime général et au régime social des indépendants, les mêmes tendances observées au régime agricole en 2011 et 2012 se perpétuent sans rupture sur les années 2013 et 2014.

**Graphique 7 : Evolution du nombre de boîtes de Versatis® remboursées par régime (base 100 février 2011)**

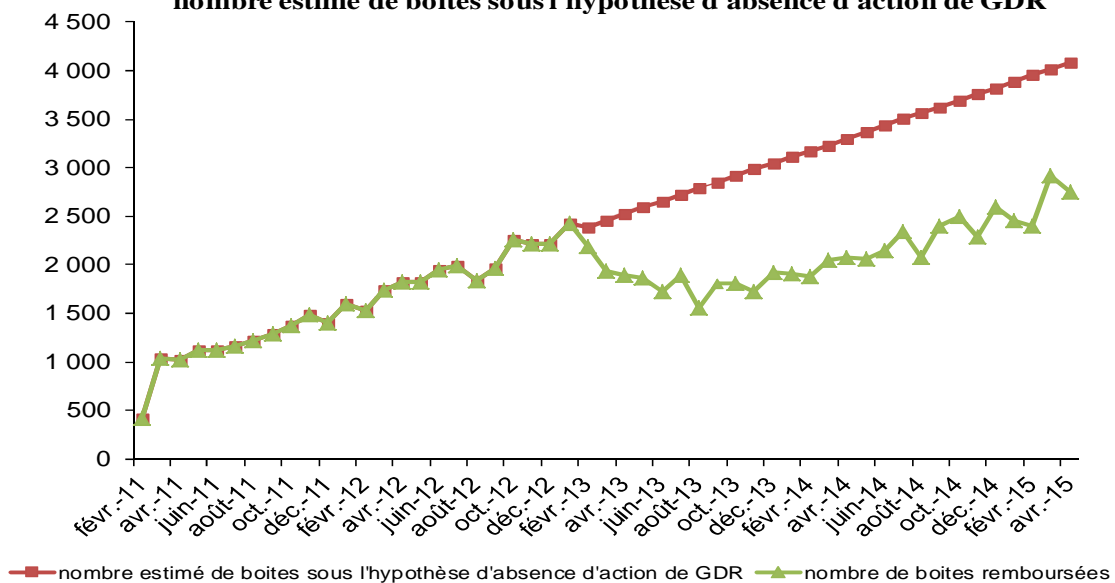


Source : SNIIRAM – exploitation MSA

➔ **Une économie estimée à 2,2 millions d’euros entre février 2013 et avril 2015 pour le régime agricole du fait de l’action de gestion du risque Versatis®**

Sous l’hypothèse de la prolongation de la tendance observée en 2011-2012 jusqu’en avril 2015, l’économie engendrée par l’action de GDR est évaluée à 2,2 millions d’euros. Ce montant correspond à la différence entre la prolongation de la tendance des remboursements et leurs valeurs réelles (Graphique 8).

**Graphique 8 : Evolution du nombre de boîtes remboursées et du nombre estimé de boîtes sous l’hypothèse d’absence d’action de GDR**

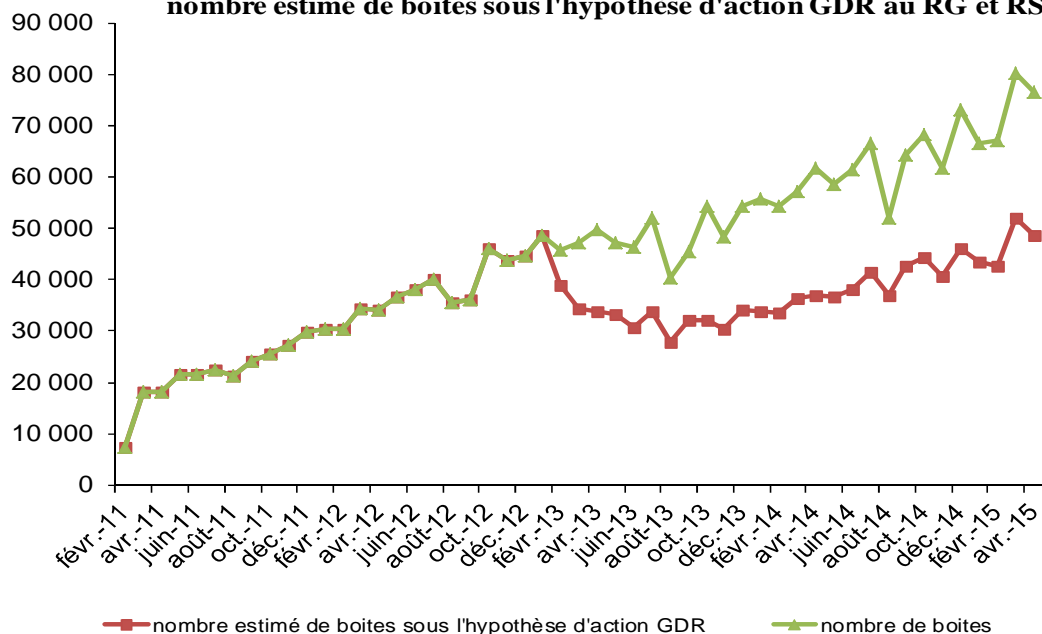


Source : SNIIRAM – exploitation MSA

→ Une économie potentielle pour le régime général et le régime social des indépendants de 40,4 millions d'euros

En considérant que le régime général et le RSI aient enregistré une rupture de tendance dans la délivrance de Versatis® identique à celle qu'a connue le régime agricole, l'économie globale pourrait être estimée à 40,4 millions d'euros (Graphique 9).

**Graphique 9 : Evolution du nombre de boites remboursées et du nombre estimé de boites sous l'hypothèse d'action GDR au RG et RSI**



Source : SNIIRAM – exploitation MSA

On peut également supposer qu'une action conjointe des trois régimes aurait permis des économies encore plus importantes.

### 1.4.5.2. Efient

EFIENT® Prasugrel 10 mg, antiagrégant plaquettaire, est autorisé sur le marché depuis février 2009 et commercialisé en France depuis janvier 2010. Associé à l'acide acétylsalicylique<sup>4</sup>, il prévient les « événements athérothrombotiques chez les patients traités par angioplastie primaire ou retardée pour un syndrome coronarien aigu »<sup>5</sup>. Selon le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) établi par l'AMM, sa prescription est déconseillée chez les personnes de 75 ans et plus car elle entraîne un sur-risque hémorragique<sup>6</sup>.

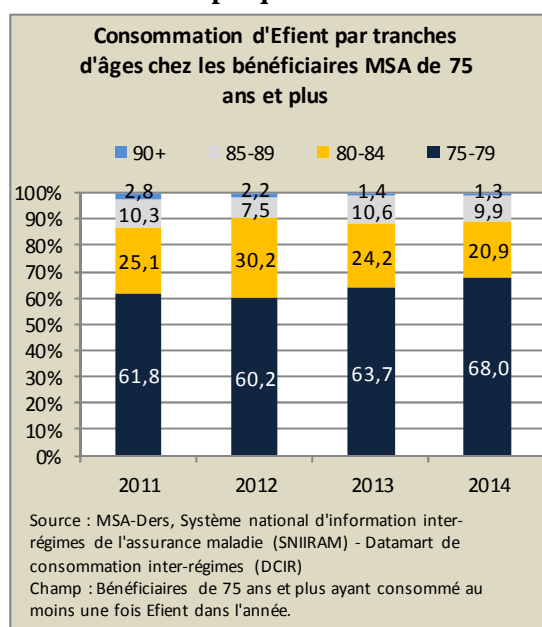
La MSA a lancé en juin 2014, conjointement avec le RSI, une action de gestion du risque afin de sensibiliser les médecins et les pharmaciens au risque présenté par cette molécule pour les personnes de 75 ans et plus. Dans le même temps, les ARS ont été contactées, afin de sensibiliser les prescripteurs hospitaliers, à l'origine de la plupart des primo-prescriptions. Lorsque Efient® n'est pas prescrit selon les recommandations de l'AMM, il est demandé par courrier aux médecins concernés de réévaluer leurs prescriptions auprès de cette population.

L'objectif de l'action est de sensibiliser les professionnels impliqués dans la délivrance d'EFIENT® au sur-risque hémorragique de ce type de prescription chez les personnes de 75 ans et plus. Cela doit permettre à l'ensemble des intervenants réalisant cette prescription d'évaluer le bien-fondé ou non du maintien de celle-ci.

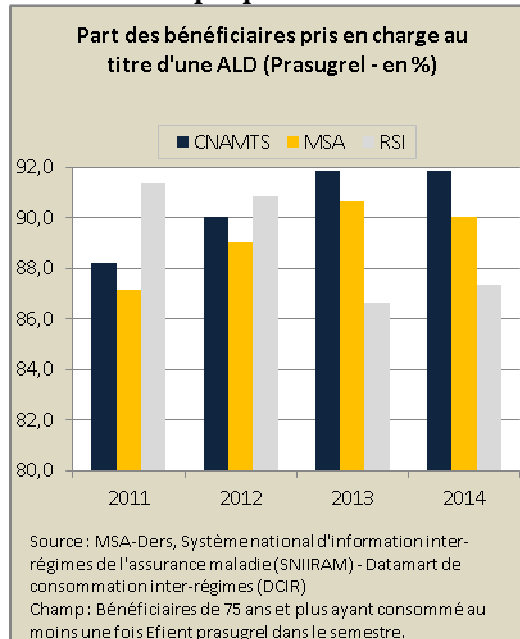
#### Profil des bénéficiaires

Entre 2011 et 2013, la répartition des consommateurs d'Efient® par classe d'âge chez les 75 ans et plus est stable. Près de sept consommateurs sur dix ont entre 75 et 79 ans en 2014, contre deux sur dix pour les 80-84 ans et une personne sur dix à partir de 85 ans. Quel que soit le régime et la période, environ neuf personnes sur dix consommant Efient® sont prises en charge au titre d'une Affection de Longue Durée (ALD). A la MSA le nombre de personnes en ALD et consommant Efient® augmente entre 2011 et 2013 (+3,5 points). Elle se stabilise ensuite.

Graphique 10 :



Graphique 11 :



<sup>4</sup> Aspirine.

<sup>5</sup> Synthèse d'avis de la commission de transparence de la Haute Autorité de Santé.

<sup>6</sup> Pour information le conditionnement d'Efient® est le suivant : 30 comprimés par boîte. La posologie admise est quant à elle d'un comprimé par jour.

## Résultats de la première vague de l'action de sensibilisation

La requête infocentre lancée durant le mois de juin 2014, relative aux données issues des mois de février à mai 2014, comptabilise un total de 135 assurés de 75 ans et plus ayant consommé au moins une boîte d'Efient® sur la période. 443 prescriptions ont été réalisées sur la période. Cela représente 2,8 prescriptions en moyenne pour 159 médecins recensés (et 142 pharmaciens rattachés), avec une moyenne de 3,4 boîtes d'Efient® consommées par bénéficiaire sur la période observée. Les remboursements rattachés à cette consommation pour les mois de février à mai 2014 s'élèvent à 22 857 euros, soit près de 175 euros par bénéficiaire. Neuf bénéficiaires sur dix sont atteints d'une ALD.

Selon les résultats de la première vague de la requête, 151 médecins et 137 pharmaciens ont reçu un courrier. Les médecins généralistes libéraux sont à l'origine de 80% des prescriptions. Cela s'explique par le fait que les cardiologues et médecins hospitaliers sont à l'origine de la prescription, mais ce sont les généralistes de ville qui prescrivent les renouvellements.

L'association d'Efient® à l'aspirine est généralement respectée chez les bénéficiaires de 75 ans et plus du régime agricole. Selon l'observation des remboursements conjoints d'Efient® et d'aspirine, plus de huit patients sur dix se voient associer au moins une boîte d'aspirine à leur prescription d'Efient®. En consommation régulière<sup>7</sup>, cette proportion passe à 77,0%.

Enfin, la proportion totale de bénéficiaires de 75 ans et plus qui n'associent pas du tout d'aspirine à leur consommation d'Efient® Prasugrel reste tout de même élevée avec un pourcentage de 16,8%, dont 9,6% qui consomment quatre boîtes d'Efient® ou plus en quatre mois.

**Tableau 18 : Association d'aspirine à Efient® entre février et mai 2014 (en %)**

boîtes d'aspirine	boîtes d'Efient					TOTAL
	1	2	3	4	5 et plus	
0	1,5	3,0	2,2	7,4	2,2	16,8
1	0,7	0,0	1,5	0,0	0,0	2,3
2	2,2	1,5	0,7	1,5	0,7	6,9
3	1,5	6,7	10,4	1,5	0,0	19,1
4	3,0	3,0	5,9	29,6	0,7	40,5
5 et plus	0,7	0,7	2,2	3,7	5,2	14,5
<b>TOTAL</b>	<b>9,6</b>	<b>14,8</b>	<b>23,0</b>	<b>43,7</b>	<b>8,9</b>	<b>100,0</b>

Source : MSA-Ders

Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM)  
Datamart de Consommation Inter-Régimes (DCIR)

Champ : Bénéficiaire de 75 ans et plus ayant consommé de l'Efient entre février et mai 2014

\*Lecture : 1.5% des personnes ayant consommé 1 boîte d'Efient entre février et mai, ne l'ont associée à aucune boîte d'aspirine

Peu de médecins ont repris contact après l'envoi de la première lettre de sensibilisation. Un tiers d'entre eux a renseigné la raison de la prescription d'Efient® aux bénéficiaires de 75 ans et plus. Elle concerne soit une angioplastie ou une nécrose du myocarde. Un tiers des retours concernent le renouvellement d'une prescription initiale d'un cardiologue.

Une seconde vague de courrier a été adressée aux mêmes prescripteurs début 2015, afin d'examiner l'efficacité des courriers lors de la première vague.

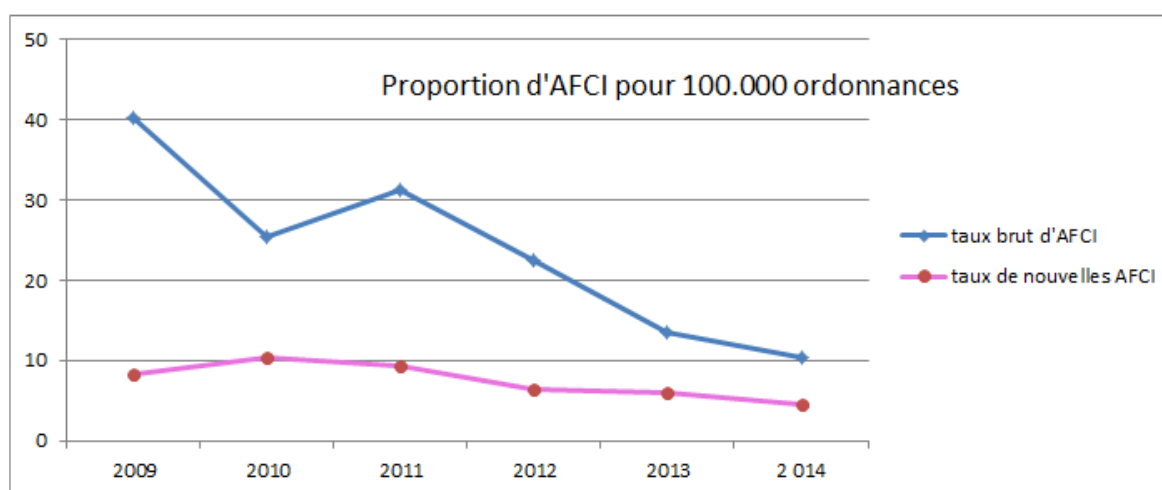
<sup>7</sup> Avoir au minimum le même nombre de boîtes d'aspirine pour un nombre de boîtes d'Efient® consommées.

### 1.4.5.3. Associations médicamenteuses formellement contre indiquées

L'action Associations médicamenteuses formellement contre indiquée (AFCI) a été mise en œuvre comme les années précédentes. Elle est construite avec un objectif de santé publique et prend la forme d'un accompagnement/sensibilisation des prescripteurs. Les AFCI sont détectées automatiquement sur les bases de remboursement, puis analysées par le médecin-conseil avec les données médicales du patient. Les nouvelles AFCI détectées chaque mois donnent lieu à l'envoi d'un courrier au médecin prescripteur et au pharmacien.

Sur les quatre dernières années (Graphique 12), le taux de nouvelles AFCI est en légère décroissance, il s'établit en 2014 à 4,5 AFCI pour 100 000 ordonnances liquidées (contre 6,1 AFCI pour 100 000 ordonnances liquidées en 2013). En revanche, le taux brut d'AFCI, correspondant à l'ensemble des ordonnances et aux renouvellements détectés automatiquement par l'outil informatique est en décroissance sur la période, il est passé de 40 pour 100 000 en 2009, première année de la mise en place de l'action, à 10,4 en 2014 (13,5 en 2013). Cette tendance à la baisse révèle l'impact de l'action.

Graphique 12 : Taux d'AFCI pour 100 000 ordonnances



### 1.4.6. Actions de contrôles sur les actes infirmiers

Les soins infirmiers de type AIS (soins d'accompagnement des malades tels que le nursing, la toilette...) sont en constante augmentation au sein du régime agricole, notamment du fait de l'âge moyen élevé du régime agricole.

Une action a donc été mise en place afin de s'assurer de la bonne facturation des soins infirmiers. Deux axes sont privilégiés pour ce contrôle :

- ✓ d'une part, vérifier la bonne pratique des infirmiers libéraux (IDE) lors de soins en AIS (en rapport notamment avec les règles de non cumul). Cette action, de nature administrative, a déjà été mise en place précédemment dans certaines caisses. Elle présente un solide fondement juridique et ne génère que très peu de contentieux.
- ✓ d'autre part, s'assurer de la justification médicale des majorations de nuit facturées dont les professionnels de santé auraient trop souvent recours, d'après les informations des caisses.

### 1.4.6.1. La surveillance des AIS 3

Les soins infirmiers codés AIS qui correspondent à des soins d'accompagnement des malades (nursing, toilettes...) sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire dans la limite de 4 par jour (NGAP Infirmiers : titre XVI, chapitre I, article 11, §2 et 4). Le contrôle a porté sur cette règle de non cumul.

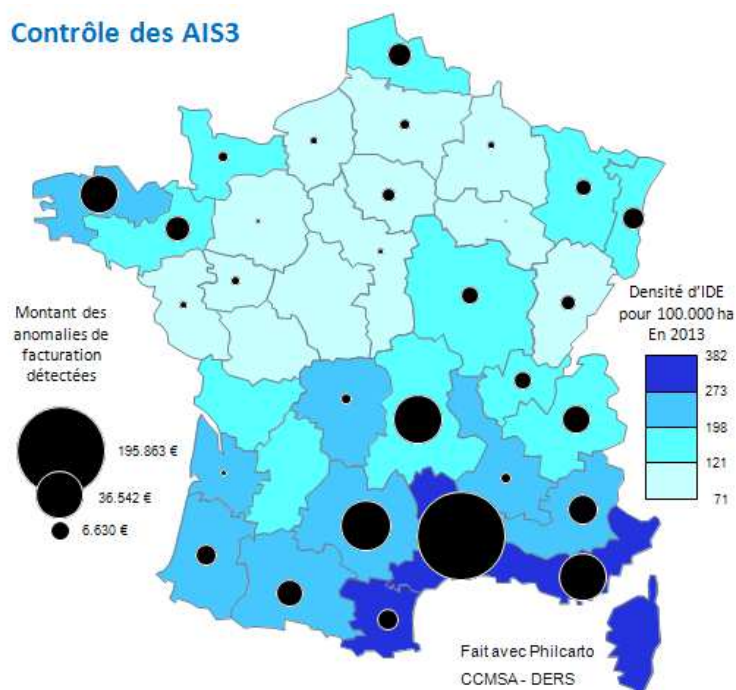
Les actes dépassant la limite réglementaire, sur la période ciblée (second semestre 2013), sont extraits puis confrontés aux données médicales détenues par les médecins-conseils afin de ne cibler que les pratiques non-conformes à la NGAP.

Les IDE exécutants et les patients concernés sont informés par courrier de la fin de prise en charge de ces actes. Six mois après cette phase de mise en garde, un contrôle est réalisé. S'il y a encore dépassement de la limite des 4 AIS3, une procédure de récupération d'indus est engagée.

31 caisses de MSA ont mis en œuvre cette action de gestion du risque. La facturation de plus de 4 AIS3 par jour a été identifiée chez plus de 3 300 patients MSA sur le second semestre 2013, ces actes avaient été réalisés par 5 000 IDE. Le nombre de ces anomalies potentielles est très variable d'une région à l'autre (Carte 5), c'est dans les régions où la densité d'infirmiers est la plus importante que le montant des anomalies est le plus élevé (196.000 euros dans la caisse Languedoc, mais moins de 10.000 dans 17 CMSA).

Le chiffrage du dépassement de la limite fixée par la NGAP s'élève à **585.000 €**.

**Carte 5 : Montant des anomalies de facturation détectées (nombre d'AIS3) et densité en IDE des territoires concernés**



Le contrôle à 6 mois, chez les patients informés de la fin de prise en charge de ce cumul d'actes, révèle des situations où la mise en garde n'a pas été suivie d'effet. Au moment du bilan (janvier 2015) cette phase n'est pas encore achevée, néanmoins **165.000 € d'indus** avaient été notifiés dont 11.000 € pour les remboursements associés à ces actes. Dans 4 caisses, le contrôle à 6 mois n'a pas détecté de récurrence de cumul.



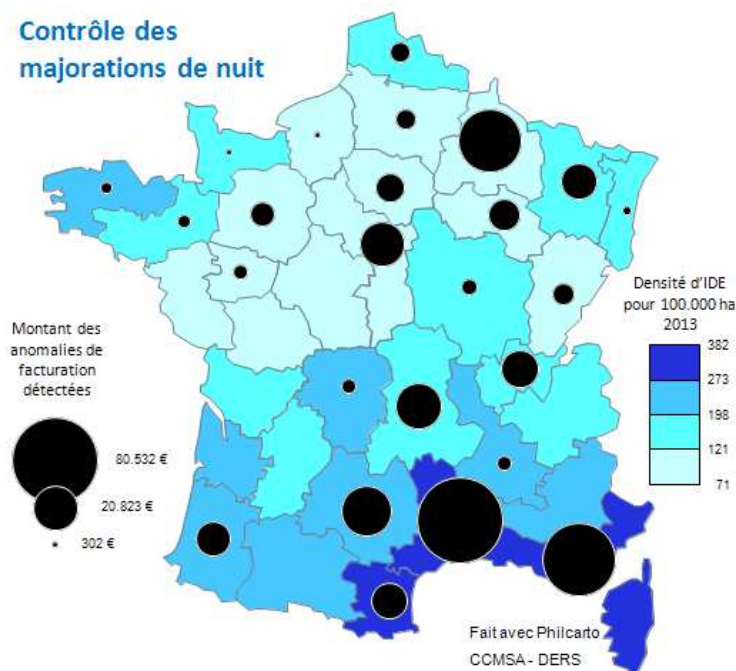
En outre, un dossier en Bourgogne a été qualifié de fraude, l'indu s'élève à 100.000 € auxquels s'ajoute une pénalité financière de 50 % du préjudice soit près de 50 000 € pour l'ensemble des abus de facturation constatés.

#### 1.4.6.2. Le contrôle des majorations de nuit

Ce contrôle vise à s'assurer de la justification médicale des majorations de nuit facturées. Le ciblage s'effectue sur les assurés ayant eu un remboursement d'au moins 2 majorations de nuit par jour en rapport avec des AMI ou des AIS, sont exclus les cas de cancers reconnus en ALD depuis moins d'un an à la date des soins.

Après analyse par le contrôle médical, des doubles facturations de nuit ont été relevées chez 1.840 IDE, pour un montant remboursé de **363.000 €**. Comme pour les cumuls d'actes, les anomalies trouvées sur les majorations de nuit sont les plus élevées dans la caisse Languedoc (80.500 €). En revanche, le lien entre ce type d'anomalie et la densité d'IDE n'est pas établi.

**Carte 6 : Montant des anomalies de facturation détectées (majorations de nuit) et densité en IDE des territoires concernés**



Un courrier de demande de justification médicale a été transmis aux praticiens prescripteurs de ces actes. En cas d'avis défavorable du contrôle médical ou de non réponse du médecin, les remboursements d'actes infirmiers chez les assurés concernés sont contrôlés à 6 mois. En janvier 2015, **109.000 €** d'indus avaient été récupérés à ce titre.

#### 1.4.6.3. L'action de contrôles d'actes et prestations d'infirmiers intervenant auprès des patients pris en charge en SSIAD

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ont un rôle important dans la prise en charge à domicile de la dépendance et prennent en charge un nombre croissant d'individus vieillissants.



Cette action administrative, mise en place dès 2009, a pour objectif de contrôler la bonne application des règles de facturation par les infirmiers libéraux (ou centres de santé infirmiers) intervenant auprès des individus pris en charge par les SSIAD.

Préalablement au contrôle, les caisses de MSA envoient un courrier informant les SSIAD et les infirmiers (par le biais des présidents des commissions paritaires locales) de la mise en place d'une action de contrôle.

Si la caisse constate des anomalies de facturation pour ses assurés, elle adresse un courrier notifiant les anomalies, soumis à une procédure contradictoire (dont le délai est d'un mois) pour déterminer les éventuels indus à notifier.

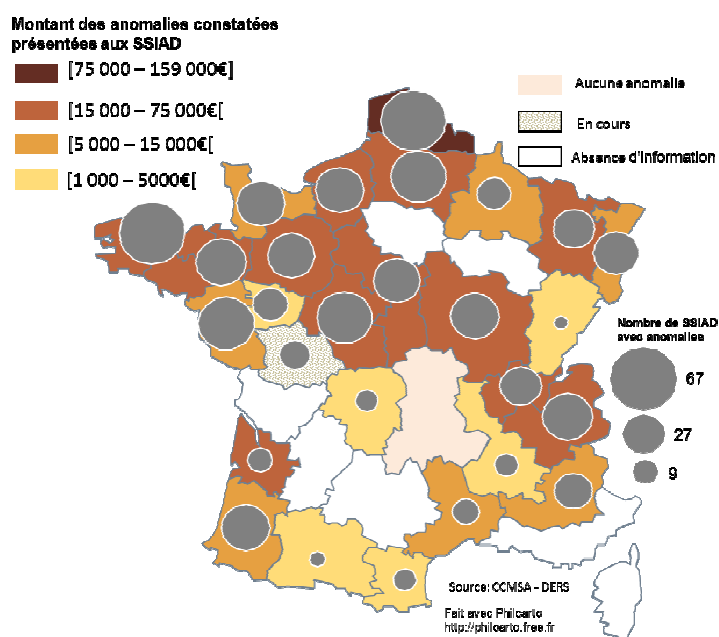
Le contrôle a porté sur les remboursements effectués en 2013 pour 1 124 SSIAD (contre 1 105 SSIAD en 2012). 70% des SSIAD contrôlés ont présenté des anomalies (67% en 2013) et porte sur près de 3 000 IDE libéraux.

Le montant global de ces anomalies s'élève à **550 000 €** (contre 840 000 € en 2013).

La moitié a fait l'objet d'une notification d'indus après justification des SSIAD. Le montant total des notifications est de 375 000 euros dont 25% réclamées auprès des IDE.

Les trois-quarts des sommes réclamées aux SSIAD et IDE ont été récupérées par les caisses de MSA, soit un montant total de **276 000 €**.

**Carte 7 : SSIAD en anomalies et montant des anomalies**



#### 1.4.7. Actions de contrôles sur les EHPAD

L'objectif de l'action de contrôle à l'encontre des EHPAD est de s'assurer de la bonne application des règles de facturation par les établissements et par les professionnels libéraux intervenant auprès de résidents des EHPAD et de récupérer les sommes indues si des anomalies sont détectées.

Les contrôles visent toutes les prestations, à l'exception des médicaments dans les EHPAD n'ayant pas de pharmacie à usage intérieur (PUI).

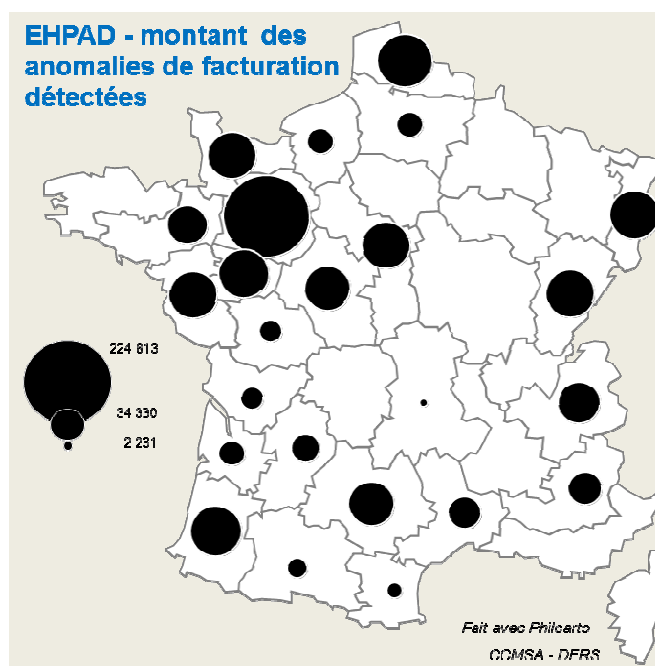
Cette action est menée la plupart du temps en inter-régime. La MSA intervient donc en tant que caisse gestionnaire et caisse pivot.

Depuis 2012, Residehpad, traitement automatisé des résidents en EHPAD, a instauré une transmission mensuelle et automatisée. Cet outil permet une extraction des listes de résidents et leurs mouvements. Le déploiement de cet outil ouvre la possibilité pour la caisse pivot du Régime Général d'extraire la liste de tous les résidents d'un EHPAD lui étant rattaché, permettant dans un même temps de mettre à la disposition des caisses de MSA les données de leurs ressortissants.

#### 1.4.7.1. Le contrôle des facturations pour les ressortissants du régime agricole hébergés en EHPAD

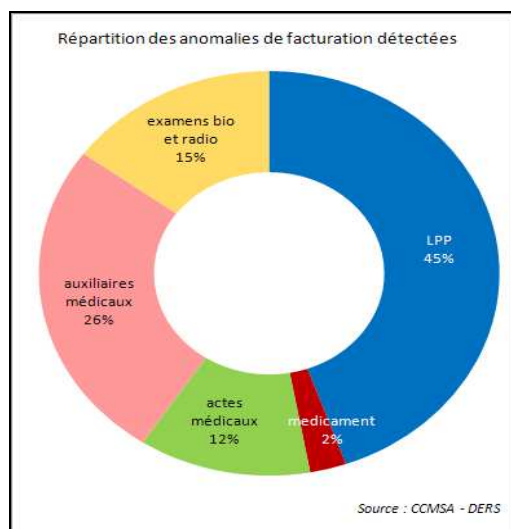
Les 24 MSA qui ont mené cette action ont détecté 1,28 M d'euros d'anomalies de facturation d'actes en ville chez des assurés MSA résidant en EHPAD, elles concernent plus de la moitié des établissements contrôlés (59 %). Le montant moyen des anomalies par résident varie de 78 € (Auvergne) à 2.525 € (Sud-Aquitaine).

#### Carte 8 : Montant des anomalies de facturation détectées en 2013 dans les EHPAD



Les anomalies sont relevées sur le poste LPP pour 45 % d'entre-elles, pour un quart elles sont constituées des actes des auxiliaires médicaux, sur les actes médicaux pour 12% et les examens en biologie et radiologie à hauteur de 15 % (Graphique 13). Très peu portent sur le poste médicament (3 %), car exclu des contrôles inter-régimes.

### Graphique 13 : Répartition des anomalies de facturation détectées



#### 1.4.7.2. La récupération d'indus auprès des EHPAD par les CMSA pivots

En 2014, les MSA pivots des EHPAD contrôlés ont notifié aux établissements plus de **800.000 €** d'indus correspondant à 83 % des anomalies relevées par les caisses gestionnaires (Tableau 19).

**Tableau 19 : Montant des indus détectés, notifiés et récupérés par les CMSA pivots d'EHPAD**

	régime agricole	régime général	autres régimes	ensemble
Montant des anomalies constatées par les caisses gestionnaires	397 874	533 364	46 397	977 635
Montant notifié aux EHPAD dont la MSA est pivot	313 190	453 474	41 714	808 378
Montant récupéré par les MSA pivot	202 153	263 592	12 901	478 646

source : CCMSA - DERS

La campagne n'étant pas achevée au moment de la consolidation des résultats, le montant récupéré reste inférieur aux notifications.

#### 1.4.8. Actions auprès des établissements de santé

##### 1.4.8.1. Contrôle Régional de la T2A

En 2014, les médecins-conseils de la MSA ont contribué au contrôle de la T2A au sein des Unités de contrôle régionales (UCR).

Ils ont participé au contrôle de 50 établissements sur les 199 ciblés (contre un contrôle de 59 établissements sur les 208 ciblés en 2013), soit une contribution à 25 % des contrôles sur site. Les moyens consacrés au contrôle sur l'ensemble des caisses représentent 3,5 ETP de praticiens-conseils. Cette contribution est en progression par rapport aux années précédentes (1 ETP en 2012 et 2 ETP en 2013).

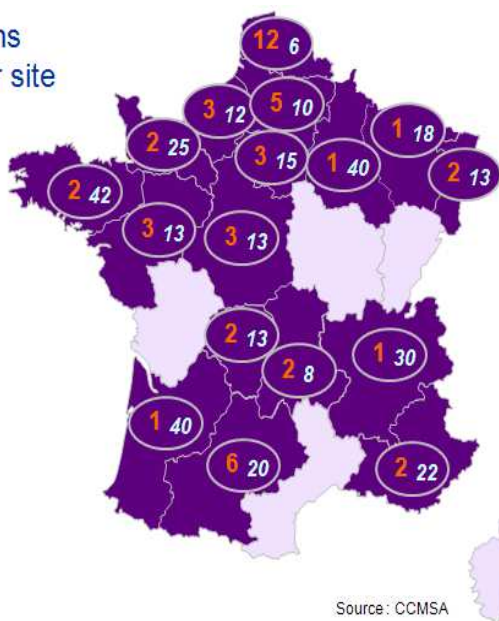
## Carte 9 : Participation régionale des caisses de MSA au contrôle T2A

### T2A - Participation des praticiens conseils MSA aux contrôles sur site

Régions dans lesquelles les praticiens conseils ont participé au contrôle T2A

50	Nbr d'établissements contrôlés par ces PC
15	Nbr moyen de vacations par établissement contrôlé

Pas de participation au contrôle T2A en 2014



Source : CCMSA

Les montants des sur et des sous-facturations relevées lors des contrôles sont fournis pour les trois dernières campagnes (2012, 2013, 2014) dans le tableau 20.

**Tableau 20 : Montants notifiés par les caisses de MSA aux établissements dont elles sont pivots**

	campagne 2014 (en cours)			campagne 2013			campagne 2012		
	sur facturations des établismt	sous facturations des établismt	mont net notifié	sur fact campagne 2013	sous fact campagne 2013	mont net campagne 2013	sur fact campagne 2012	sous fact campagne 2012	mont net campagne 2012
établissements publics	150 133	8 200	141 933	1 584 046	252 627	1 331 419	1 682 172	338 331	1 343 841
établissements privés	31 962	1 813	30 149	216 732	18 617	198 115	123 852	12 816	111 035
Ensemble	182 095	10 013	172 082	1 800 777	271 244	1 529 534	1 806 024	351 147	1 454 877

source : CCMSA - DERS

En janvier 2015, les données portant sur le résultat du contrôle, n'étaient pas encore consolidées par les UCR au moment du recueil de ces indicateurs. Seules trois caisses avaient notifié des indus à des établissements publics pour un montant de 142.000 €. Les caisses ayant émis des indus envers des établissements privés sont plus nombreuses (8) pour un montant global de 30.150 €. En revanche, la campagne menée en 2013 et portant sur l'activité 2012, est achevée en 2014.

Les indus notifiés sont le reflet des anomalies trouvées sur les dossiers contrôlés. Les caisses de MSA ont notifié 1,3 M€ aux établissements publics dont elles sont pivot et près de 0,2 M€ aux établissements privés pour les facturations non-conformes chez les patients du régime agricole.

#### **1.4.8.2. Accompagnement des établissements dont la MSA est caisse pivot**

Les caisses de MSA accompagnent les établissements dont elles sont pivot. Outre la participation aux conseils de surveillance et aux CME, la caisse pivot a vocation à mettre en œuvre la maîtrise médicalisée à l'hôpital des établissements ciblés.

En 2014, il n'y a pas eu de nouveaux établissements ciblés, dont la MSA soit pivot, sur les thématiques : transports, prescriptions en ville et liste en sus. Les caisses impliquées en 2013 ont poursuivi leur engagement (20 établissements concernés).

#### **1.4.8.3. Mise sous accord préalable des actes pratiqués en établissements**

Afin de contribuer à la réorientation de l'activité des établissements de santé, certaines orientations en soins de suite et de réadaptation et certains actes pouvant être pratiqués en chirurgie ambulatoire sont soumis à entente préalable (Mise Sous Accord Préalable).

En 2014, les médecins-conseils de la MSA ont reçu 270 demandes dans le cadre de la MSAP chirurgie ambulatoire. Le taux de refus de réalisation de ces actes en hospitalisation complète est de 4 %.

Les demandes concernant les soins en SSR sont moins nombreuses (140 en 2014, elles concernent 29 établissements), mais le taux de refus est plus élevé : 16 %.

#### **1.4.9. Mutualisation du Recours Contre Tiers**

La MSA a mis en place une organisation de mutualisation du Recours contre tiers (RCT) afin d'améliorer son efficacité. Cette mutualisation a débuté fin 2013 et s'est achevée à la fin de l'année 2014. Les dossiers RCT sont désormais gérés par les 5 caisses MSA de gestion, vers lesquelles les 35 caisses ont progressivement transféré le traitement des dossiers. En qualité de caisses d'affiliation, elles conservent des prérogatives essentiellement en matière de détection.

Dans le cadre de sa mission réglementaire de recours contre tiers, la MSA a instruit 21 115 dossiers en 2014 (contre 12 607 dossiers en 2013), dont 11 420 nouveaux dossiers (8 427 nouveaux dossiers en 2013), ce qui lui a permis de récupérer auprès des assureurs des tiers responsables 35 521 724 € (36 986 252 € en 2013).

**En conclusion, le bilan des actions du plan de Gestion du Risque de la MSA présente globalement des résultats significatifs à plusieurs titres :**

- ⇒ sur le plan financier (dépenses évitées et récupération d'indus),
- ⇒ sur le plan de l'impact sur les pratiques des professionnels de santé, qui évoluent progressivement,
- ⇒ sur le plan de l'innovation de certaines actions, à l'instar des actions hors AMM, dont le bénéfice est élargi à l'inter-régime.

**En termes de perspectives, les enjeux se situent dans la poursuite de la structuration de la gestion du risque en interne au sein des organismes MSA et de la déclinaison des orientations stratégiques de l'Institution.**

## 2. Les prévisions 2015

### 2.1. Les principaux résultats 2015

Le projet de loi de la Sécurité sociale pour 2015 cadre l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) pour les quatre années à venir et retient une évolution annuelle de + 2,1 % en 2015, +2,0 % en 2016, + 1,9 % en 2017 et + 2,0 % en 2018. Pour les soins de ville, l'évolution est fixée à + 2,2 % en 2015.

Ces objectifs ont été revus à la baisse dans le programme de stabilité de la France pour 2015-2018. Pour 2015, l'objectif est désormais de 2,05 % puis de 1,75 % pour 2016-2017.

Pour l'ensemble du régime agricole, les prévisions relatives aux dépenses du champ de l'ONDAM 2015, à savoir les dépenses des soins de santé liés à la maladie, à la maternité et aux accidents du travail, hors indemnités journalières maternité et rentes accidents du travail, s'élèveraient à 11,1 milliards d'euros, en hausse de + 0,3 % par rapport à l'ONDAM 2014. Ces dépenses prennent en compte les indemnités journalières maladie pour les non-salariés agricoles dont ils bénéficient depuis janvier 2014. Sans l'introduction de ce nouveau dispositif pour les non-salariés agricoles, la progression prévisionnelle des dépenses serait de + 0,1 %.

Les dépenses de soins de ville évolueraient de + 1,6 % en 2015 et celles des établissements (établissements de santé, établissements médico-sociaux) de - 0,6 % (tableau 22).

**Tableau 21 : Prévisions d'exécution du champ ONDAM 2015 pour le régime agricole (en milliards d'euros)**

	Objectif régimes LFSS 2015		Prévisions régime agricole 2015			
			Montant	Régime agricole	Non salariés	salariés
Soins de ville	81,2	+ 2,2%	5,0	+ 1,6%	+ 0,9%	+ 2,5%
Etablissements de santé	75,4	+ 2,0%	4,5	- 1,1%	- 1,7%	- 0,1%
Etablissements médico-sociaux	17,5	+ 2,2%	1,5	+ 1,0%	+ 1,1%	+ 0,8%
Total (hors FIR)	175,5	+ 2,1%	11,1	+ 0,3%	- 0,2%	+ 1,2%

Source : MSA

Pour le régime des non-salariés agricoles, les dépenses du champ ONDAM s'élèveraient à 6,9 milliards d'euros et baisseraient de - 0,2 %. Sur le champ des soins de ville, elles seraient en hausse de + 0,9 % (tableau 22). Pour le régime des salariés agricoles, les dépenses du champ ONDAM (4,2 milliards d'euros) progresseraient de + 1,2 % et celles relatives au champ des soins de ville de + 2,5 %.

A effectifs et structure de population constants, l'évolution des dépenses de soins de ville des non-salariés agricoles serait de + 3,2 % au lieu de + 0,9 %. En effet, la diminution des patients du régime des non-salariés agricoles est estimée à - 3,1 % en 2015. Toutefois, cette baisse serait partiellement compensée par le vieillissement et la modification de structure que connaît cette population. L'effet total populationnel représenterait 2,2 point d'inflexion tendancielle.

A contrario, pour les salariés agricoles, l'évolution des dépenses, à effectifs et structure de population constants, serait inférieure à celle affichée : + 1,6 % au lieu de + 2,5 %. En effet, il est estimé une augmentation de + 1,2 % du nombre des patients. Pour ce régime, l'augmentation naturelle des dépenses liée au vieillissement des patients est plus que

compensée par le mouvement inverse liée à la modification de structure que connaîtra cette population.

**Tableau 22 : Les dépenses du champ ONDAM pour le régime agricole, réalisations 2014 et prévisions 2015 - hors FIR**

	2014	2015	évolution
<b>régime agricole</b>			
Prestations exécutées en ville *	4 930	5 009	+ 1,6%
Prestations exécutées en établissements	6 075	6 038	- 0,6%
Autres prises en charges	60	53	- 11,9%
<b>TOTAL CHAMP ONDAM - régime agricole</b>	<b>11 065</b>	<b>11 100</b>	<b>+ 0,3%</b>
<b>non-salariés agricoles</b>			
Prestations exécutées en ville	2 866	2 892	+ 0,9%
Prestations exécutées en établissements	4 024	3 985	- 1,0%
Autres prises en charges	33	30	- 7,4%
<b>TOTAL CHAMP ONDAM des non-salariés agricoles</b>	<b>6 923</b>	<b>6 907</b>	<b>- 0,2%</b>
<b>salariés agricoles</b>			
Prestations exécutées en ville	2 056	2 108	+ 2,5%
Prestations exécutées en établissements	2 051	2 053	+ 0,1%
Autres prises en charges	28	23	- 17,3%
<b>TOTAL CHAMP ONDAM des salariés agricoles</b>	<b>4 134</b>	<b>4 184</b>	<b>+ 1,2%</b>

\* comprend les aides pérennes qui ne sont pas ventilées entre les régimes des non-salariés et des salariés agricoles  
Source : MSA

### 2.1.1. Les charges, produits et le solde de la branche maladie du régime des non-salariés agricoles en 2015 (cf. Annexe 1)

#### 2.1.1.1. Les charges

L'ensemble des charges de la branche maladie maternité y compris les prestations IJ AMEXA (hors contribution d'équilibre au régime général) augmenterait de + 0,8 % par rapport à 2014.

#### 2.1.1.2. Les recettes

Le montant des cotisations maladie pour le régime des non-salariés agricoles est estimé à 1 027,7 millions d'euros en 2015 soit une baisse de -2 % par rapport à 2014 (-21,2 millions d'euros). Cette prévision prend en compte le dispositif d'indemnités journalières AMEXA.

La recette de CSG, fixée par arrêté, augmente de + 1,7 % (+ 20,9 millions d'euros).

La contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) est prévue pour un montant de 1,322 milliard d'euros, en diminution de - 3,3 % (- 45,7 millions d'euros). Conformément à la volonté du Gouvernement d'alléger les prélèvements obligatoires, cette contribution sera supprimée à l'horizon 2017.

Afin de réaliser cet engagement, il a été proposé de créer un abattement d'assiette de 3,5 milliards d'euros à compter de 2015.



Les taxes (hors C3S) atteignent un montant de 3,7 milliards d'euros (- 65,4 millions d'euros).

Au total, hors contribution d'équilibre du régime général, les produits diminueraient de - 4 % par rapport à 2014.

**La contribution d'équilibre du régime général** atteindrait **212,9 millions** d'euros en 2015 au lieu d'un excédent de 195,8 millions d'euros en 2014.

Le résultat maladie en 2015 de + 6,6 millions d'euros correspond au solde excédentaire des IJ AMEXA (non pris en compte dans le calcul de la contribution d'équilibre versée au régime général).

### **2.1.2. Les charges, produits et le solde de la branche maladie du régime des salariés agricoles en 2015 (cf. Annexe 2)**

#### **2.1.2.1. Les charges**

L'ensemble des charges de la branche maladie maternité augmenterait de + 2,8 % par rapport à 2014.

#### **2.1.2.2. Les recettes**

Le montant des cotisations maladie est estimé à 2 114,8 millions d'euros soit une hausse de + 3,2 % par rapport à 2014.

Le produit provenant de la CSG affectée au régime augmenterait de + 1,7 %, soit + 24,7 millions d'euros.

La taxe sur la consommation du tabac qui finance les exonérations au titre des allègements généraux, atteindrait 491,2 millions d'euros soit une hausse de + 27 millions d'euros. Le dispositif d'allègement afférent aux heures supplémentaires est financé par l'affectation d'une fraction de 0,33 % de TVA nette. La TVA nette rapporterait en 2015 12,4 millions d'euros.

Le total des taxes affectées atteindrait 503,8 millions d'euros en augmentation de + 5,1 %.

Au total, hors contribution d'équilibre du régime général, les produits diminueraient de -1,1 % par rapport à 2014.

**La contribution d'équilibre du régime général** serait en hausse de + 215 millions d'euros (+ 59,3 %) par rapport à 2014 pour s'établir à **577,5 millions d'euros**, résultant d'une augmentation des charges plus importantes que les produits (hors contribution d'équilibre).

## 2.2. Les prévisions détaillées dans le champ de l'ONDAM pour 2015

### 2.2.1. Les soins de ville

#### 2.2.1.1. Les résultats du régime agricole

Les remboursements des soins de ville évolueraient de + 1,6 % entre 2014 et 2015, évoluant à un rythme inférieur de - 0,9 point à celui de 2014 (tableau 23).

Cette moindre hausse par rapport à l'évolution de l'année précédente résulterait en partie des dépenses des médecins généralistes, des prescriptions pharmaceutiques et des indemnités journalières, principalement en raison du moindre impact en terme d'évolution des majorations suite à l'avenant 8, des nouveaux médicaments contre l'hépatite C et de l'instauration des IJ maladie pour les non-salariés agricoles.

**Tableau 23 : Suivi du champ ONDAM - Enveloppe des soins de ville régime agricole (en millions d'euros) - hors FIR**

	Réalisations 2014	Prévisions 2015	Evolution 2015/2014
Honoraires des médecins généralistes	378	381	+ 0,6%
Honoraires des médecins spécialistes	520	530	+ 2,0%
Honoraires des dentistes	145	145	- 0,4%
Honoraires Paramédicaux	968	996	+ 2,9%
dont Honoraires des Infirmiers	708	730	+ 3,1%
dont Honoraires des Masseurs kiné.	227	231	+ 1,9%
Biologie	188	187	- 0,6%
Transports	299	302	+ 0,8%
Produits de Santé	1 717	1 698	- 1,1%
dont Produits de la LPP	411	422	+ 2,7%
dont Pharmacie	1 306	1 276	- 2,3%
Autres prestations	43	47	+ 8,8%
Autres charges (*)	185	191	+ 3,2%
<b>TOTAL hors Indemnités journalières</b>	<b>4 436</b>	<b>4 468</b>	<b>+ 0,7%</b>
Indemnités journalières	486	533	+ 9,6%
<b>TOTAL</b>	<b>4 930</b>	<b>5 009</b>	<b>+ 1,6%</b>

(\*) Autres charges = Prise en charge de cotisations des PAM, Fonds d'Intervention de la Qualité et de la Coordination des Soins, aide à la télétransmission.

Source : MSA

L'évolution des dépenses en 2015 s'expliquerait également par l'impact des mesures prises dont le montant ferait apparaître une économie nette de 97 millions d'euros. Elle se décomposerait en 18 millions de dépenses supplémentaires liées aux revalorisations et 115 millions d'économies (tableaux 24). On notera en particulier le fort impact des mesures liées aux prescriptions pharmaceutiques (- 85 millions) et les économies relatives aux remboursements portant sur les produits de la LPP (7 millions). A l'inverse, les revalorisations concernant les médecins (principalement l'effet report de la majoration pour personnes âgées) s'élèveraient à 9 millions. Hors mesures, l'évolution des soins de ville serait de + 3,7 % au lieu de + 1,6 % attendue.

Pour sa part, l'extension au 1<sup>er</sup> janvier 2015 du versement des indemnités journalières à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle aux conjoints collaborateurs est estimée à 3,1 millions d'euros.

**Tableaux 24 : Impact des mesures en 2014 - Soins de ville**

**Les mesures d'économie (en millions d'euros)**

	non-salariés			salariés			régime agricole Total
	Effet report 2014	Nouvelles mesures 2015	Total	Effet report 2014	Nouvelles mesures 2015	Total	
Maitrise médicalisée	0	22	22	0	17	17	39
dont hors médicaments	0	9	9	0	9	9	18
Mesures médicaments (hors maîtrise médicalisée)	11	29	40	7	19	26	66
Mesures LPP (hors maîtrise médicalisée)	0	2	2	0	1	1	4
Autres mesures d'économie	2	2	3	1	1	2	6
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>55</b>	<b>67</b>	<b>8</b>	<b>39</b>	<b>47</b>	<b>115</b>

Source : MSA

**Les revalorisations (en millions d'euros)**

	non salariés	salariés	régime agricole
Médecins généralistes	4	1	5
Médecins spécialistes	2	1	3
Dentistes	1	1	2
Transport	2	1	4
Médicaments	2	1	3
Indemnités journalières	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>18</b>

Source : MSA

### Solde des effets mesures et revalorisations (en millions d'euros)

	non salariés	salariés	régime agricole
Total des mesures d'économie	-67	-47	-115
Total des revalorisations	11	7	18
<b>TOTAL</b>	<b>-57</b>	<b>-41</b>	<b>-97</b>

Source : MSA

#### 2.2.1.2. Les résultats du régime des non-salariés agricoles

Pour 2015, la prévision de dépenses pour le régime des non-salariés agricoles dans le champ des soins de ville s'élève à 2 892 millions d'euros, soit une hausse de + 0,9 % par rapport à 2014 (tableau 25). En 2014, ces dépenses avaient augmenté de + 1,6 % par rapport à 2013.

L'évolution des dépenses en 2015 s'expliquerait, outre les effets démographiques propres au régime, par l'impact des mesures prises dont le montant ferait apparaître une économie nette de 57 millions d'euros.

Ces mesures touchent particulièrement les prescriptions pharmaceutiques, les remboursements des actes des biologistes et les produits de la LPP dont les évolutions prévues seraient alors respectivement minorées de 6,6 points, 2,2 points et 1,8 point.

A contrario, l'évolution des remboursements des soins délivrés par les médecins généralistes et par les dentistes seraient majorées de respectivement 1,8 point et 1,3 point avec la prise en compte des revalorisations tarifaires.

**Tableau 25 : Suivi du champ ONDAM - Enveloppe des soins de ville  
régime des non-salariés agricoles (en millions d'euros) - hors FIR**

	Réalisations 2014	Prévisions 2015	Evolution 2015/2014
Honoraires des médecins généralistes	227	226	- 0,4%
Honoraires des médecins spécialistes	288	290	+ 0,7%
Honoraires des dentistes	71	69	- 2,8%
Honoraires Paramédicaux	689	706	+ 2,4%
dont Honoraires des Infirmiers	529	543	+ 2,8%
dont Honoraires des Masseurs kiné.	146	148	+ 1,2%
Biologie	113	111	- 1,9%
Transports	191	191	+ 0,1%
Produits de Santé	1 058	1 032	- 2,5%
dont Produits de la LPP	270	275	+ 1,8%
dont Pharmacie	788	757	- 3,9%
Autres prestations	24	25	+ 4,0%
Autres charges (*)	115	120	+ 4,1%
<b>TOTAL hors Indemnités journalières</b>	<b>2 777</b>	<b>2 770</b>	<b>- 0,2%</b>
Indemnités journalières	89	122	+ 36,4%
<b>TOTAL</b>	<b>2 866</b>	<b>2 892</b>	<b>+ 0,9%</b>

(\*) Autres charges = Prise en charge de cotisations des PAM, Fonds d'Intervention de la Qualité et de la Coordination des Soins.

Source : MSA

### 2.2.1.3. Les résultats du régime des salariés agricoles

Pour 2015, la prévision de dépenses pour le régime des salariés agricoles dans le champ des soins de ville s'élève à 2 108 millions d'euros, soit une hausse de + 2,5 % par rapport à 2014 (tableau 26). En 2014, ces dépenses avaient progressé de + 4,0 % par rapport à 2013.

L'évolution des dépenses pour 2015 serait fortement impactée par les mesures prises en compte. Elles représenteraient 41 millions d'euros d'économie nette. Ces mesures touchent particulièrement les prescriptions pharmaceutiques, les remboursements des actes des biologistes et les produits de la LPP dont les évolutions prévues seraient alors minorées de 6,2 points, 2,1 points et 1,7 point.

En revanche, l'évolution des remboursements des soins délivrés par les médecins généralistes et par les dentistes seraient majorées de respectivement 0,6 point et 1,2 point avec la prise en compte des revalorisations tarifaires.

**Tableau 26 : Suivi du champ ONDAM - Enveloppe des soins de ville  
régime des salariés agricoles (en millions d'euros) - hors FIR**

	Réalisations 2014	Prévisions 2015	Evolution 2015/2014
Honoraires des médecins généralistes	152	155	+ 2,1%
Honoraires des médecins spécialistes	232	240	+ 3,7%
Honoraires des dentistes	74	76	+ 2,0%
Honoraires Paramédicaux	279	290	+ 4,0%
dont Honoraires des Infirmiers	179	186	+ 4,1%
dont Honoraires des Masseurs kiné.	80	83	+ 3,2%
Biologie	75	76	+ 1,2%
Transports	109	111	+ 2,1%
Produits de Santé	659	666	+ 1,1%
dont Produits de la LPP	141	147	+ 4,4%
dont Pharmacie	518	519	+ 0,1%
Autres prestations	18	21	+ 15,1%
Autres charges (*)	62	62	+ 0,9%
<b>TOTAL hors Indemnités journalières</b>	<b>1 659</b>	<b>1 697</b>	<b>+ 2,3%</b>
Indemnités journalières	397	411	+ 3,5%
<b>TOTAL</b>	<b>2 056</b>	<b>2 108</b>	<b>+ 2,5%</b>

(\*) Autres charges = Prise en charge de cotisations des PAM, Fonds d'Intervention de la Qualité et de la Coordination des Soins.

Source : MSA

## **2.2.2. L'évolution des dépenses au titre des établissements**

Toutes catégories d'établissements confondues, les dépenses relatives aux ressortissants du régime agricole devraient baisser de - 0,6 % en 2015, résultant d'une très légère hausse de + 0,1 % dans le régime des salariés agricoles et d'une baisse de - 1,0 % dans le régime des non-salariés agricoles (tableau 22).

Les hypothèses d'évolution tiennent compte de l'évolution tendancielle des remboursements et des orientations fixées par la dernière campagne tarifaire des établissements de santé.

### **2.2.2.1. Établissements hors médico-sociaux**

Les remboursements de soins en établissements de santé seraient en baisse de - 1,1 % en 2015. Le recul des dépenses s'observerait surtout chez les non-salariés agricoles (- 1,7 %) tandis que l'évolution serait quasi nulle dans le régime des salariés (- 0,1 %).

Pour les deux régimes agricoles, le recul des dépenses serait tiré par la baisse dans les établissements publics de la dotation finançant les activités de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie. La hausse des montants relatifs aux MIGAC viendrait limiter l'évolution négative.

Concernant les établissements de santé privés, il est prévu une poursuite de la tendance observée les années passées, à savoir une croissance des dépenses dans le régime des salariés agricoles tandis qu'une diminution est prévue dans le régime des non-salariés agricoles.

### **2.2.2.2. Établissements médico-sociaux**

Les dépenses des établissements médico-sociaux devraient poursuivre leur croissance mais de façon un peu moins soutenue que les années précédentes (+ 1,0 % en 2015 après + 1,3 % en 2014). Celle-ci s'observerait dans le régime des non-salariés (+ 1,1 %) et dans le régime des salariés (+ 0,8 %) (tableau 21).

Dans le régime des non-salariés agricoles, la dynamique serait portée à la fois par le poste « Personnes âgées » (+ 1,1 %) et par le poste « Personnes handicapées » (+ 0,7 %).

La croissance des dépenses dans le régime des salariés concernerait uniquement les structures dédiées aux personnes handicapées (+ 2,2 %). Les versements aux établissements pour personnes âgées connaîtraient une stabilité.

### 3. Les prévisions 2016

#### 3.1. Le champ ONDAM du régime agricole

Le projet de loi de la Sécurité sociale pour 2015 cadre l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour les quatre années à venir et retient une évolution annuelle de + 2,1 % en 2015, + 2,0 % en 2016, + 1,9 % en 2017 et + 2,0 % en 2018. Pour les soins de ville, l'évolution est fixée à + 2,4 % en 2015.

Ces objectifs ont été revus à la baisse dans le programme de stabilité de la France pour 2015-2018. Pour 2015, l'objectif est désormais de 2,05 % puis de 1,75 % en 2016-2017.

Pour l'ensemble du régime agricole, les prévisions relatives aux dépenses du champ de l'ONDAM, en partant du postulat que les mesures d'économies 2015 ont été reconduites à l'identique en 2016, s'établissent à 11,1 milliards d'euros pour 2016, en hausse de + 0,3% par rapport à l'ONDAM 2015. Ces dépenses prennent en compte les paiements au titre du régime des indemnités journalières maladie pour les non-salariés agricoles.

Ce taux de croissance est identique à celui prévu pour 2015. Il est modulé différemment entre les soins de ville et les établissements (tableau 27).

En 2016, les dépenses des soins de ville augmenteraient à un taux de + 0,8 %, en recul de - 0,8 point par rapport à celui de 2015. Le rythme de croissance des dépenses en établissements (établissements de santé et établissements médico-sociaux) baisseraient légèrement de - 0,2 % après - 0,6 % en 2015.

**Tableau 27 : Prévisions du champ ONDAM 2016 pour le régime agricole (hors FIR) taux d'évolution**

	non-salariés	salariés	régime agricole
Soins de ville	- 0,3%	+ 2,1%	+ 0,8%
Etablissements de santé	- 1,0%	+ 0,8%	- 0,4%
Etablissements médico-sociaux	+ 0,4%	+ 0,6%	+ 0,5%
TOTAL	- 0,5%	+ 1,6%	+ 0,3%

Source : MSA

Pour le régime des non-salariés agricoles, en partant du postulat que les mesures d'économies 2015 ont été reconduites à l'identique en 2016, les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM diminueraient de - 0,5 % et de - 0,3 % sur le seul champ des soins de ville (tableau 28).

Pour le régime des salariés agricoles, les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM progresseraient de + 1,6 % et de + 2,1 % sur le seul champ des soins de ville.

A effectifs et structure de population constants, l'évolution des dépenses de soins de ville des non-salariés agricoles serait de + 1,7 % au lieu de - 0,3 % affichée. En effet, la diminution du nombre de patients du régime des non-salariés agricoles est estimée à - 2,9 %. Toutefois, cette baisse serait partiellement compensée par le vieillissement et la modification de structure que connaît cette population. L'effet total populationnel représenterait 2,0 point d'inflexion tendancielle.



A contrario, pour les salariés agricoles, l'évolution des dépenses à effectifs et structure de population constants serait inférieure à celle affichée : + 1,2 % au lieu de + 2,1 %. En effet, il est estimé une augmentation de + 0,8 % des patients. Pour ce régime, l'impact du vieillissement serait légèrement inférieur à l'impact inverse de la modification de structure que connaît cette population.

**Tableau 28 : Les prévisions des dépenses du champ ONDAM  
pour le régime agricole en 2015 et 2016 (hors FIR)  
(en millions d'euros)**

	2015	2016	évolution
<b>régime agricole</b>			
Prestations exécutées en ville *	5 009	5 047	+ 0,8%
Prestations exécutées en établissements	6 038	6 028	- 0,2%
Autres prises en charges	53	57	+ 7,3%
<b>TOTAL CHAMP ONDAM - régime agricole</b>	<b>11 100</b>	<b>11 132</b>	<b>+ 0,3%</b>
<b>Non-salariés agricoles</b>			
Prestations exécutées en ville	2 892	2 884	- 0,3%
Prestations exécutées en établissements	3 985	3 960	- 0,6%
Autres prises en charges	30	29	- 4,7%
<b>TOTAL CHAMP ONDAM des non-salariés agricoles</b>	<b>6 907</b>	<b>6 873</b>	<b>- 0,5%</b>
<b>salariés agricoles</b>			
Prestations exécutées en ville	2 108	2 153	+ 2,1%
Prestations exécutées en établissements	2 053	2 069	+ 0,8%
Autres prises en charges	23	28	+ 23,0%
<b>TOTAL CHAMP ONDAM des salariés agricoles</b>	<b>4 184</b>	<b>4 250</b>	<b>+ 1,6%</b>

\* comprend les aides pérennes qui ne sont pas ventilées entre les régimes des non-salariés et des salariés agricoles

Source : MSA

### 3.2. Les mesures proposées par la MSA

Afin d'agir sur les charges et produits des risques relatifs à la santé (branche maladie/invalidité et branche accidents du travail/maladies professionnelles), la MSA portera son action en se fondant sur plusieurs particularités qui font sa spécificité :

- ✓ son implantation privilégiée dans les secteurs ruraux, près des professionnels de santé de premier recours,
- ✓ sa population assurée du fait de son parcours professionnel : le secteur agricole,
- ✓ son organisation en guichet unique,
- ✓ son intégration à l'UNCAM,
- ✓ sa collaboration contractualisée avec chaque ARS.

Dans le contexte de la Stratégie Nationale de Santé, la MSA a émis un avis favorable au projet de loi de santé qui lui a été soumis en août 2014, dans le contexte où les principes qui le sous-tendent confortent un certain nombre de partis historiquement portés par la MSA :

- ✓ **la place de la prévention**, que la MSA promeut dans le cadre de son programme de prévention institutionnelle au-delà des actions pilotées par l'Etat qu'elle met en œuvre,
- ✓ **l'approche pluri-professionnelle dans la prise en charge**, que la MSA a expérimenté puis porté notamment dans le cadre des Maisons de Santé Rurales (MSR) devenues Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP), et dans le cadre des réseaux gérontologiques devenus réseau de santé personnes âgées,
- ✓ **les enjeux d'accessibilité à l'offre de soins**,
  - *l'accessibilité géographique*, que la MSA défend tant dans le cadre des initiatives qu'elle mène sur le territoire en faveur de l'implantation des professionnels de santé en milieu rural que vis-à-vis des établissements, notamment les ex-Hôpitaux Locaux, qui ont vocation à contribuer au parcours de santé des habitants des zones rurales, dans une logique de subsidiarité (et y compris dans le contexte des Groupements Hospitaliers Territoriaux),
  - *l'accessibilité économique*, que la MSA promeut historiquement, en favorisant la dispense d'avance des frais (grâce à des accords de Tiers Payant Coordonné sous la Norme NOEMIE 3), en repérant les droits potentiels notamment en complémentaire santé (CMU-C et ACS) par le biais des RDV Prestations et en pratiquant la gestion pour le compte de tiers avec des Organismes Complémentaires partenaires (Groupama, Mutualia et Pacifica notamment),

- ✓ **la dimension territoriale**, que la MSA pratique au quotidien sur le terrain, tant à l'appui de sa gouvernance, puisque ses délégués locaux élus contribuent au recensement des besoins des territoires, qu'à l'appui de l'action que ses professionnels de terrain développent (contrôle médical, santé sécurité au travail, action sanitaire et sociale,...) au sein de son guichet unique.

Ce contexte incite la MSA à poursuivre ses interventions au bénéfice de ses ressortissants et des territoires ruraux en les actualisant à l'appui de l'évolution des besoins qu'elle constatera.

Par ailleurs, dans le contexte de réalisations d'économies, et en particulier dans le cadre de la mise en œuvre du plan triennal ONDAM, la MSA contribuera également, aux côtés des autres régimes, à la mise en place des actions de Gestion du Risque (en particulier sur les blocs pilotés par l'assurance maladie).

La MSA contribuera notamment aux actions constitutives du virage ambulatoire afin que les besoins des populations agricoles et rurales soient pris en compte.

En effet, si limiter les recours à l'hospitalisation au bénéfice d'une prise en charge en ambulatoire s'entend légitimement au regard des comparaisons internationales et en termes d'efficience, la MSA est attentive à sa mise en œuvre concrète sur les territoires ruraux. Plusieurs paramètres apparaissent incontournables à prendre en compte pour le déploiement équitable d'une telle démarche :

- ✓ la disponibilité effective des professionnels de santé de ville positionnés sur le territoire,
- ✓ la complétude de la prise en charge, notamment sur le plan du transport,
- ✓ la disponibilité sur le territoire concerné des services concourant au retour et au maintien à domicile,
- ✓ les potentiels de transferts de charge du risque vers les fonds d'Action Sanitaire et Sociale,
- ✓ la limitation du reste à charge pour le patient.

Enfin, les solidarités familiales ou locales auraient vocation à être encouragées, afin de faciliter pour le patient la prise en charge du quotidien sans alourdir les agendas déjà chargés des professionnels de santé ou du secteur médico-social.

**Ainsi, la MSA poursuivra sa contribution aux politiques publiques en santé au service de l'optimisation du parcours de santé :**

- ✓ **au bénéfice de ses ressortissants**, en actualisant les services en santé qu'elle proposera, en matière d'éducation à la santé, de prévention comme en matière d'accompagnement à la gestion de la maladie (notamment pour les malades chroniques),

- ✓ **dans les territoires ruraux**, en intervenant sur certains territoires identifiés comme « à risques » à l'aide d'un diagnostic territorial qu'elle expérimente actuellement, pour lutter contre les risques de rupture du parcours :
  - en favorisant l'exercice des professionnels en milieu rural. C'est tout l'enjeu de la poursuite des actions en faveur de l'installation des professionnels médicaux et paramédicaux, et de l'accompagnement du développement des communautés professionnelles territoriales de santé que la MSA peut proposer sur certains territoires ;
  - en favorisant la complétude de l'offre effectivement disponible sur les territoires ruraux en lien avec les besoins de santé de ces territoires. C'est tout l'enjeu par exemple de proposer de compléter l'offre des MSP au regard des besoins des populations du bassin de vie sur lequel elles sont implantées, y compris par des expérimentations, en complémentarité avec les ARS et en cohérence avec l'inter-régime, ce qui est en particulier la logique de Pays de Santé ;
  - en favorisant la bonne articulation entre les soins primaires, les soins spécialisés et le recours à l'hospitalisation dans une logique d'efficience et de qualité de prise en charge en milieu rural, notamment pour les personnes âgées. C'est tout l'enjeu d'un projet de réduction des urgences évitables en milieu rural, notamment pour les malades chroniques et personnes âgées que la MSA se propose d'accompagner *en* partenariat avec les ex-Hôpitaux Locaux ;
  - en favorisant le décloisonnement entre secteur sanitaire, médico-social et social dans le cadre de Pays de santé qui avait déjà été présentée dans le précédent rapport.

### 3.2.1. Développer la connaissance du risque

L'enjeu de la connaissance du risque est double s'agissant des ressortissants du régime agricole :

- ✓ **Il s'agit d'une part de mieux observer les caractéristiques des populations agricoles (non-salariés et salariés agricoles)** et de les intégrer dans la mise en place des plans d'actions de la MSA.

Le Rapport Charges et Produits pour 2015 avait dressé un panorama des caractéristiques démographiques et de santé publique disponibles, au travers duquel on pouvait observer en particulier, à partir de la reconnaissance des ALD, les enjeux que représentent la montée en charge de la polypathologie, le poids des maladies cardio-vasculaires, et l'enjeu de la prise en charge en santé mentale. Il a été complété sur le volet de la santé bucco-dentaire et approfondi sur la santé visuelle et auditive.

On constate ainsi que :

- la dégradation de l'état de santé bucco-dentaire constatée historiquement

chez les ressortissants agricoles a été significativement réduite avec le développement des actions de prévention institutionnelles. Cette situation aura vocation à être évaluée à nouveau ;

- en matière de santé visuelle, on observe un moindre remboursement d'équipements de correction visuelle chez les ressortissants agricoles par rapport à la population générale, tant pour les salariés que pour les non-salariés. Au-delà de l'approfondissement de la connaissance des besoins, qui peuvent différer des niveaux de consommation, l'enjeu sera, le cas échéant, de construire des réponses adaptées ;
- en matière de santé auditive, les besoins d'équipement ressentis sont très significatifs pour les populations agricoles.

Etant donné les risques occasionnés tant dans la vie personnelle que dans la vie professionnelle par les limitations en matière de santé visuelle et auditive, la MSA pourra développer des dispositifs co-construits avec ses partenaires, après avoir approfondi la connaissance des besoins.

✓ **Il s'agit également d'observer leur mode de recours à l'offre de soins.** Dans ce contexte, la population agricole est particulièrement concernée par des risques associés à la ruralité, qui sont à la fois liés à l'état de santé de la population (vieillesse, maladies chroniques,) mais aussi à son mode de vie (isolement géographique voire social), à son éloignement de certains segments de l'offre de soins, et à sa situation sociale (revenus, précarité).

- Le recours à l'hospitalisation, déjà étudié dans les précédents rapports, a été approfondi du point de vue des hospitalisations non programmées. Les populations les plus concernées au régime agricole sont les jeunes enfants de 0 à 4 ans (21%) et les jeunes de 20 à 29 ans (20% pour les 20-24 ans et 19% pour les 25-29 ans). La MSA est ainsi confortée dans les projets qu'elle développe pour ces publics, pour agir sur les facteurs de risque et éviter ce type de ruptures dans leur parcours de santé. Le recours à l'hospitalisation a également été étudié du point de vue de la santé mentale.
- Par ailleurs, en lien avec leur prévalence chez les populations agricoles, la prise en charge de deux pathologies a été étudiée :
  - la prise en charge du cancer de la prostate : il ressort que la prévalence standardisée du cancer de la prostate est très légèrement supérieure à celle de la population générale. Les constats déjà observés sur la population générale en matière de dosages PSA sont également avérés pour la population agricole. La première approche réalisée sur l'étude des traitements montre un moindre recours à la prostatectomie notamment pour les 50-69 ans. Cette étude appelle des approfondissements ;
  - la prise en charge du diabète et ses complications, dont il ressort un besoin de renforcer significativement le suivi des patients agricoles au regard des recommandations de la HAS, en particulier pour les salariés pour lesquels la prévalence (standardisée) est supérieure à celle de la population générale.

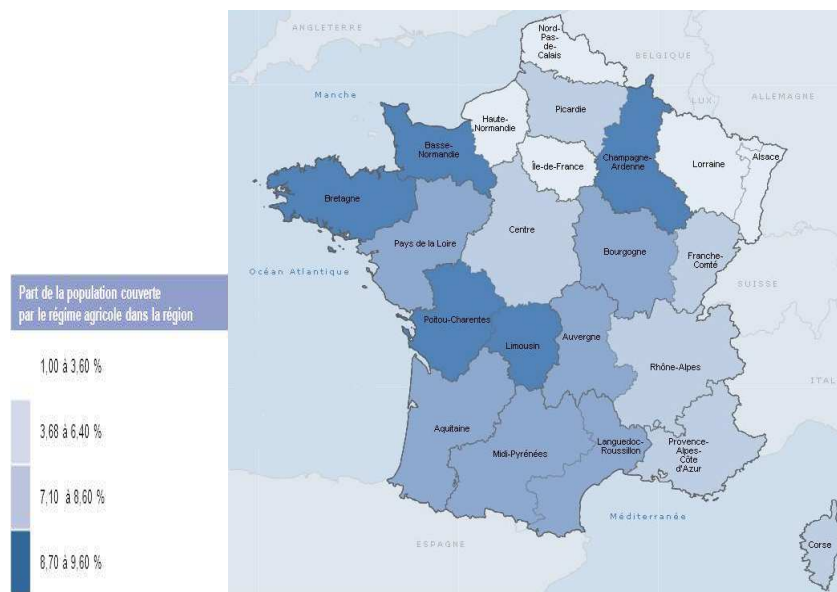
### 3.2.1.1. Mieux connaître les risques liés aux caractéristiques de la population agricole

#### a) Caractéristiques démographiques de la population agricole protégée en maladie

Au 2 janvier 2015, le régime agricole recense 3,3 millions de personnes protégées au titre du risque maladie. Cette population se répartit entre les personnes relevant du régime des salariés (54,4 %) et celles relevant du régime des non-salariés agricoles (45,6 %).

En France métropolitaine, 5,1 % de la population française est protégée en maladie par le régime agricole. Il existe une grande diversité de cette proportion selon les régions, comme le montre la carte 10.

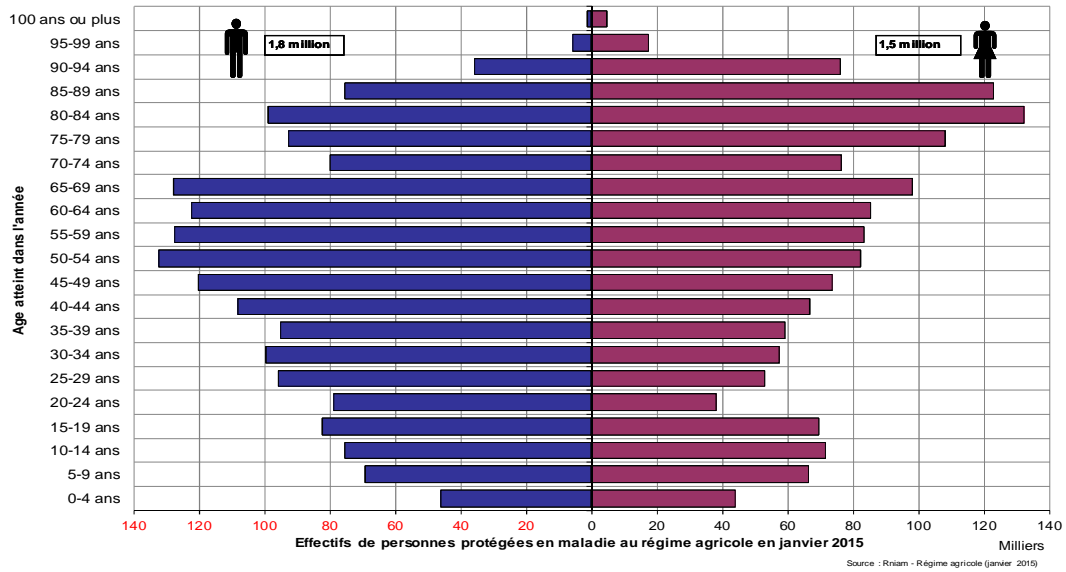
**Carte 10 : Part de la population couverte en maladie au régime agricole selon la région**



Source : Rniam - Régime agricole et INSEE

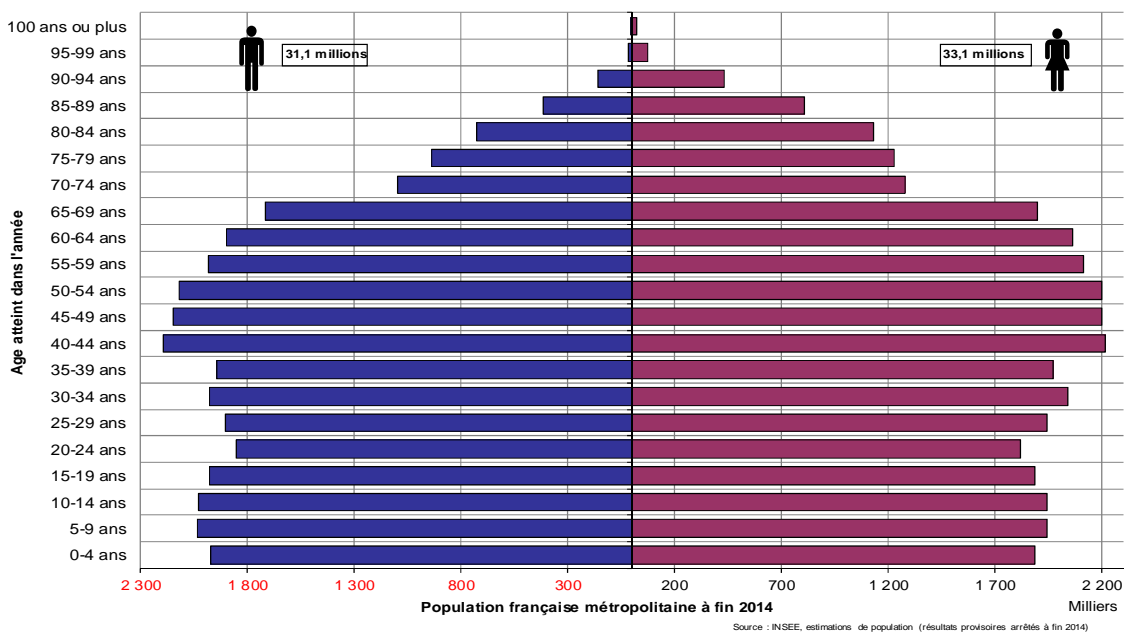
Le régime agricole compte majoritairement des hommes. Ils représentent 54,3 % de la population protégée totale. Le régime agricole a, par ailleurs, la caractéristique d'avoir une forte proportion de personnes âgées (Cf Graphique 14 et Tableau 29). En effet, les 60 ans et plus représentent 42 % de la population alors que seuls 16 % ont moins de 20 ans. L'âge moyen des personnes protégées en maladie au régime agricole s'établit à 51,1 ans.

**Graphique 14 : Pyramide des âges des personnes protégées en maladie au régime agricole en janvier 2015**



La population de la France métropolitaine se caractérise par une structure par âge significativement différente de celle de la population du régime agricole (Cf Graphique 15 et Tableau 29). Les moins de 20 ans représentent presque un quart (24 %) de la population et les 60 ans et plus ne représentent que 25 % de la population. Ainsi, la moyenne d'âge de la population française en métropole à 40,5 ans est inférieure de près de 11 ans à celle de la population du régime agricole.

**Graphique 15 : Pyramide des âges de la population française métropolitaine à fin 2014**



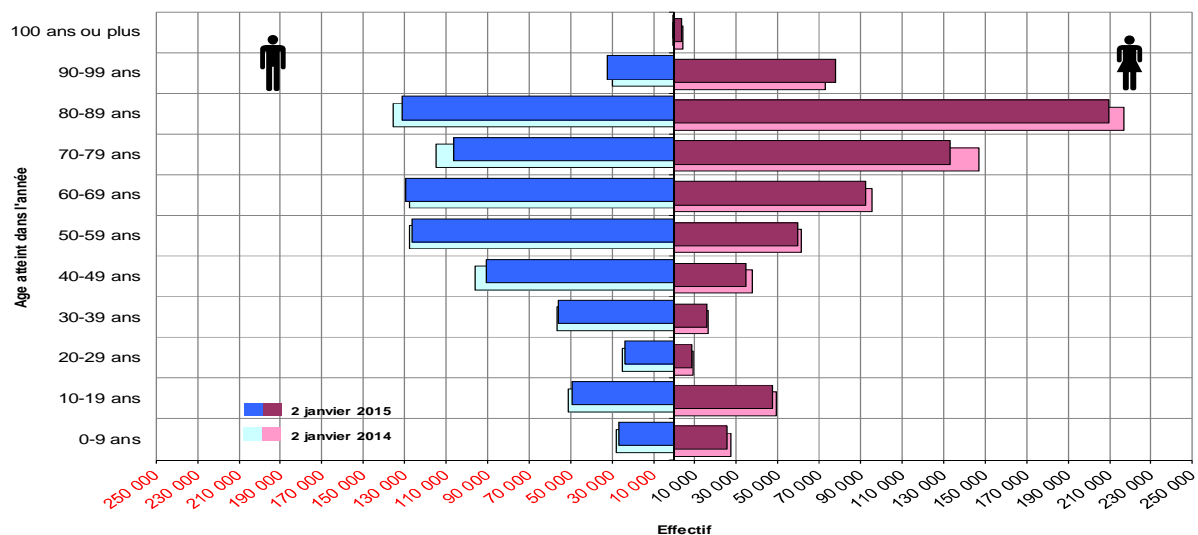
**Tableau 29 : Structure par âge de la population du régime agricole (au 2 janv. 2015) et de la population française métropolitaine (à fin 2014)**

	% des effectifs	
	Régime agricole	France métropolitaine
Moins de 20 ans	16%	24%
De 20 à 39 ans	18%	24%
De 40 à 59 ans	24%	27%
De 60 à 79 ans	24%	19%
80 ans et plus	18%	6%
Total	100%	100%

Source : MSA (Rniam) et INSEE

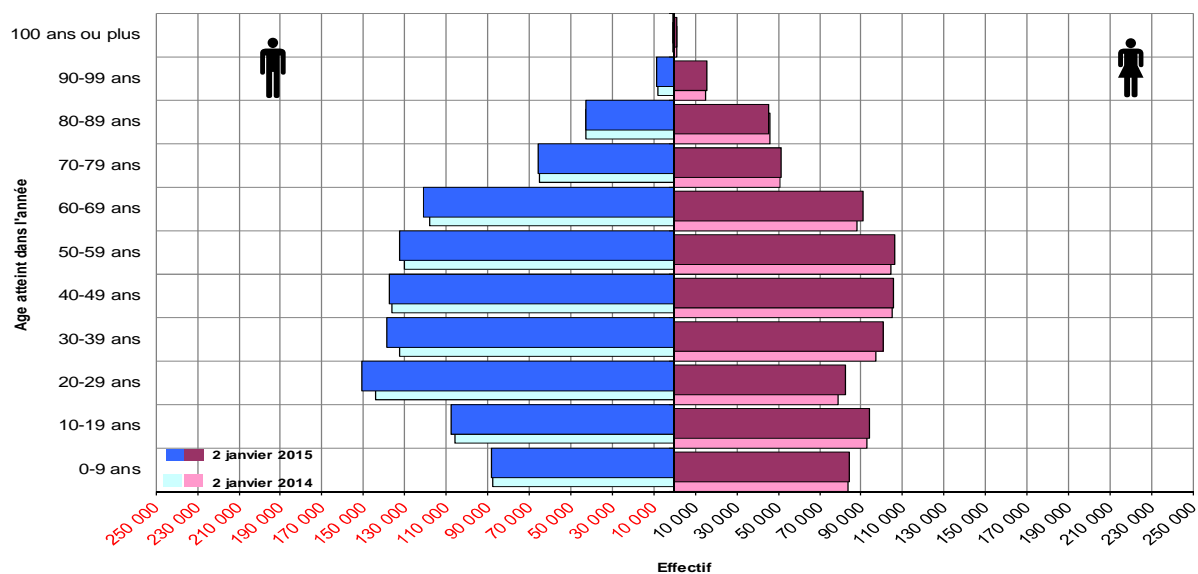
Pour mémoire, la pyramide des âges au régime agricole diffère fortement selon le statut (salariés ou non-salariés) des personnes protégées en maladie (Graphiques 16 et 17).

**Graphique 16 : Pyramide des âges des personnes protégées en maladie au régime des non-salariés agricoles en janvier 2015 (versus janvier 2014)**





**Graphique 17 : Pyramide des âges des personnes protégées en maladie au régime des salariés agricoles en janvier 2015 (versus janvier 2014)**



Les non-salariés agricoles ont la spécificité d’avoir une forte proportion de personnes âgées (Tableau 30). En effet, 62% des non-salariés agricoles ont 60 ans et plus. Chez cette population, l’âge moyen est ainsi de 62,5 ans et diffère sensiblement selon le sexe : 67,4 ans chez les femmes et 58 ans chez les hommes. En revanche, les salariés ont une structure par âge plus uniforme avec un âge moyen beaucoup plus faible à 41,7 ans (supérieur seulement d’un an par rapport à la population France entière). Ce dernier est quasiment identique selon le sexe (42,2 ans pour les femmes et 41,2 ans pour les hommes).

**Tableau 30 : Structure par âge de la population du régime agricole selon le statut (au 2 janvier 2015)**

	% des effectifs	
	Non-salariés agricoles	Salariés agricoles
Moins de 20 ans	10%	21%
De 20 à 39 ans	7%	27%
De 40 à 59 ans	21%	27%
De 60 à 79 ans	31%	19%
80 ans et plus	31%	6%
Total	100%	100%

Source : CNAVTS - MSA - Rniam

*b) Caractéristiques en santé de la population agricole*

*b.1) Caractéristiques en santé bucco-dentaire*

Différentes études menées sur la santé bucco-dentaire au régime agricole font état de la progression de l’état de santé des populations agricoles, et en particulier des enfants.

- ✓ **Pour les enfants de 7 ans** : l’état dentaire des enfants de 7 ans du régime agricole s’est bien amélioré, étant actuellement quasi équivalent à celui observé pour cette même tranche d’âge dans la population générale.

Parmi les participants de cette étude menée en 2007 par la MSA :

- 40 % des enfants n'avaient encore jamais été examinés par un chirurgien-dentiste.
- Plus de 2/3 des enfants examinés ont une denture totalement saine.
- Le CAO<sup>8</sup> mixte moyen est de 1,01 et le CAO définitif moyen est de 0,16.
- Près d'un quart des enfants présentent au moins, le jour de l'examen, une dent cariée non soignée et 8% ont au moins une dent de 6 ans déjà atteinte par la maladie carieuse.

La comparaison de ces résultats avec ceux de l'expérimentation nationale, « Prophylaxie et soins dentaires chez l'enfant du régime agricole » menée dans les mêmes conditions sept ans auparavant, montre, entre 2001 et 2007 une amélioration très significative de la situation dentaire des enfants de 7 ans du régime agricole. Ceci est vrai pour tous les indicateurs de l'état bucco-dentaire, mais aussi pour les pratiques d'hygiène et de suivi des enfants. Ainsi, entre les deux périodes étudiées, le CAO mixte a diminué de 42%, passant de 1,74 en 2001 à 1,01 en 2007. Ce pourcentage de diminution de l'indicateur carieux s'inscrit dans l'objectif de réduction de 30%, à quatre ans, du CAO mixte que s'était fixé, pour les enfants de 6 et 12 ans la loi de santé publique de 2004.

- ✓ **Pour les personnes de 65 ans :** la comparaison avec d'autres populations (que celle du régime agricole) reste limitée, en raison du peu d'études menées sur la santé bucco-dentaire des personnes âgées.

Une étude épidémiologique réalisée en 2002 par les caisses MSA du Grand-Ouest (Basse-Normandie, Bretagne et Pays de la Loire) dressait un état des lieux de la santé bucco-dentaire et des besoins en soins des ressortissants de la MSA âgés de 65 ans et plus. Menée sur 1 225 personnes, cette étude faisait état d'un déficit de suivi bucco-dentaire pour 80% de la population. Elle montrait aussi que 97% des assurés présentaient des besoins en soins dentaires, connus ou ignorés d'eux. Il s'agissait essentiellement de soins prothétiques, de soins parodontaux dont le détartrage et de consultations spécifiques.

Une autre étude publiée en 2011 par la MSA sur des données de 2008<sup>9</sup> a mis en lumière que 39 % de la population des 65 ans ne participe pas à l'action bilan bucco-dentaire des 65 ans de la MSA et n'est pas non plus suivie sur le plan dentaire. Cette sous-population reste en dehors du système de soins bucco-dentaires et les actions de sensibilisation actuelles sont sans effet. C'est en direction de ces personnes que doivent tendre les actions de prévention afin d'améliorer la santé bucco-dentaire à moyen terme. Cette non-participation peut résulter d'un manque d'information et d'habitudes d'une génération où la consultation dentaire est plus souvent la conséquence d'une douleur bien établie que d'un examen préventif. Une autre piste de réflexion concerne la population des personnes totalement appareillées, nombreuses au régime agricole, qui ne percevraient pas l'intérêt des consultations bucco-dentaires. Une sensibilisation à l'importance du suivi bucco-dentaire, sous l'angle de la santé buccale et de l'adaptation des prothèses, pourrait peut-être améliorer la participation.

---

<sup>8</sup> Le CAO est la somme des indicateurs C (dents cariées non soignées), A (dents absentes pour des raisons de carie) et O (dents obturées, c'est-à-dire dents cariées déjà traitées).

<sup>9</sup> Les résultats sanitaires sur plus de 7 700 individus ont été standardisés selon le sexe, le régime et le département permettant d'atténuer les biais de recrutement et de donner à ces résultats une portée plus générale. Cette étude peut donc être considérée comme un panorama précis de l'état de santé bucco-dentaire des affiliés au régime agricole de 65 ans.

Par ailleurs, la population perçoit peu les liens entre santé bucco-dentaire et état général, une information sur cet aspect pourrait également être testée.

L'étude a notamment pointé **des besoins en soins importants dans la population (87% des participants). Les besoins urgents étaient relativement élevés** : 75% des participants avaient besoin d'un détartrage, 38% de soins conservateurs, 18% d'extraction ou de chirurgie et 39% avaient besoin de prothèses. Par ailleurs, au moment de l'examen bucco-dentaire, **36% des participants avaient au moins une dent cariée à traiter** et 64% présentaient au moins une dent absente non remplacée par une prothèse. Pour 19% de la population, la fonction masticatoire était fortement réduite du fait du nombre de dents absentes (au moins 5 molaires et prémolaires). **Ces besoins en soins confortent donc la pertinence du bilan bucco-dentaire réalisé par la MSA à ses ressortissants.**

L'état bucco-dentaire des femmes, mesuré par le CAO, est plus dégradé que celui des hommes. Elles ont cependant de meilleures pratiques d'hygiène et de suivi que ces derniers, ainsi que moins de conduite à risques. Elles sont également plus souvent appareillées. Ainsi, malgré un état bucco-dentaire plus mauvais, elles ont globalement un meilleur état fonctionnel que les hommes.

Cette étude a aussi pointé les différences entre les catégories professionnelles. Les agriculteurs ont globalement de plus mauvais états bucco-dentaires que les non agriculteurs, souvent salariés du tertiaire.

#### ✓ **Pour les personnes en situation de précarité**

Les personnes en situation de précarité ont un état bucco-dentaire plus dégradé que les autres, notamment en raison de moindre ressources financières et d'un plus faible recours aux soins dentaires.

Une enquête menée en 2008 par le Centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'examen de santé (CETAF) sur les assurés du régime général et de la MSA montre que 35% des personnes précaires, tous régimes confondus, ont, au moment d'un bilan bucco-dentaire, au moins une dent cariée non traitée, contre 21% chez les personnes non précaires. Or, une mauvaise santé bucco-dentaire peut avoir des répercussions sur l'état de santé général et un délabrement dentaire être un obstacle de plus à une réinsertion sociale.

La population agricole compte une plus forte proportion de personnes en situation de pauvreté financière. Une enquête sur les revenus fiscaux et sociaux de 2007 montre que 10,2% des ménages allocataires de prestations familiales de la MSA vivent sous un seuil de bas revenus, contre 7,2% dans la population générale allocataire ou non de prestations familiales.

Une évaluation de l'action « Amélioration de la prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation de précarité », intégrée au plan dentaire institutionnel, a été réalisée par la MSA en 2012 sur des données concernant 6 caisses sur la période 2006-2009<sup>10</sup>.

Il ressort de cette évaluation que la santé bucco-dentaire des ressortissants participants est très médiocre avec notamment 2,93 dents cariées non traitées en moyenne lors du bilan bucco-dentaire et 8,56 dents absentes, remplacées dans seulement 28,5% des cas. Il est très probable que ces résultats soient surestimés, car les participants ont été recrutés par

---

<sup>10</sup> Cette étude constitue un premier aperçu de la santé bucco-dentaire des ressortissants participants bien que la population étudiée ne soit pas représentative de la population agricole en situation de précarité et qu'il n'ait pas été possible de standardiser les résultats.

les chirurgiens-dentistes conseils sur des critères de besoin en soins. Il a été noté assez peu de différences selon le sexe, l'âge ou les prestations sociales dont bénéficient les participants.

Du fait de l'état bucco-dentaire dégradé, les besoins en soins sont également importants dans cette population : 59,9% des participants ont besoin d'un détartrage, 32,7% d'extractions ou de chirurgie, 46,5% de soins conservateurs et 68,8% de soins prothétiques. **Ces forts besoins en soins justifient ainsi la mise en place de cette action par la MSA.**

- ✓ **chez les adultes âgés de 35 à 74 ans** : étude du CETAF sur des données 2008 des examens de santé du régime général et de la MSA

Une étude descriptive d'observation de la santé bucco-dentaire portant sur 4 482 personnes âgées de 35 à 74 ans participant à des examens de santé (soit 76% d'assurés du régime général et 24% d'assurés de la MSA) a été réalisée en 2010 par le CETAF sur des données de 2008.

Les résultats par régime d'assurance maladie montrent que :

- **L'atteinte carieuse totale (CAO) est plus forte de 2 unités chez les assurés de la MSA (moyenne de 15,24) que chez ceux du Régime général (moyenne de 13,26)**, essentiellement en raison d'un nombre plus élevé de prothèses (adjointes et conjointes) ainsi que de dents obturées et de dents extraites.
- Les assurés de la MSA jugent leur état de santé dentaire moins bon que les assurés du Régime général (RG). Ils vont plus souvent chez le dentiste pour une urgence (9,5% contre 4,6% pour les assurés du RG) ou un contrôle tandis que les assurés du Régime général consultent surtout pour des soins.
- Les assurés de la MSA sont appareillés plus tôt et plus fréquemment en prothèses adjointes et leurs prothèses sont aussi plus anciennes.
- La plaque dentaire est plus étendue chez les assurés de la MSA mais le tartre n'est pas plus abondant. La gingivite affecte davantage les assurés de la MSA. L'hygiène de leur prothèse est également moins bonne.
- Les facettes d'usure occlusale isolées et les poches isolées sont plus fréquentes parmi les assurés de la MSA.
- En revanche, les chirurgiens-dentistes ont plus souvent conclu à la nécessité de soins immédiats ou à prévoir pour les assurés du Régime général.

Enfin, selon l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) 2010<sup>11</sup>, portant sur un échantillon de 8 000 ménages (soit 22 000 personnes) représentatif d'environ 96% de la population vivant en France métropolitaine, **les agriculteurs (51,8 %) sont le milieu social et la MSA (50 %) le régime qui déclarent le plus mauvais état de santé bucco-dentaire** (38,2 % pour le RG et 40,8 % pour le RSI). Par ailleurs, un tiers des ressortissants de la MSA déclarent avoir des prothèses dentaires amovibles et les agriculteurs font partie de la catégorie sociale qui en porte le plus.

**Perspective : Ces résultats ont vocation à être actualisés dans leur évaluation afin de mesurer les évolutions de l'état de santé bucco-dentaire des populations agricoles.**

---

<sup>11</sup> Source IRDES.

## b.2) Caractéristiques en santé visuelle

Une extraction des bases de remboursement montre que les assurés du régime agricole bénéficient de moins de remboursements d'équipements de correction visuelle (verres, lentilles, implants) que les assurés des autres régimes. Ce constat concerne les salariés et les non-salariés, même si ces derniers sont encore moins équipés. L'étude réalisée sur les remboursements des populations agricoles en optique (cf Annexe 3) montre que si peu de différences sont à noter pour les enfants et jeunes jusqu'à 20 ans, un net décrochage est observé à partir de 20 ans et jusqu'à 60-69 ans pour les salariés et 70-79 ans pour les exploitants.

Ce résultat est à prendre en compte dans le contexte où :

- ⇒ Les déficiences visuelles apparaissent ou se développent avec l'âge, comme le rappelle l'étude DREES de juillet 2005 sur les personnes ayant un handicap visuel. Déjà en 2005, cette étude de la DREES mentionnait un risque majoré chez les agricultrices en termes de prévalence de la déficience visuelle par rapport aux cadres et professions intermédiaires.
- ⇒ Selon l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) 2010 réalisée par l'IRDES, les agriculteurs étaient la classe sociale la plus concernée par les problèmes de santé visuelle : 70,6% des agriculteurs avaient déclaré avoir des difficultés à voir de près ou de loin sans lunettes ni lentilles.
- ⇒ Selon l'enquête ESPS 2012 publiée en 2014 par l'IRDES :
  - A structure par âge et sexe comparable, les agriculteurs déclarent moins fréquemment porter des lunettes ou des lentilles que l'ensemble de la population ;
  - A structure par âge et sexe comparable, les agriculteurs déclarent moins fréquemment renoncer à des lunettes, verres, montures ou lentilles pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois que l'ensemble de la population.
- ⇒ Dans l'étude AMI<sup>12</sup> sur les retraités agricoles de 65 ans et plus vivant en milieu rural en Gironde, les déficiences visuelles sont au centre des préoccupations. Les résultats de l'évolution de cet indicateur de suivi pour cette cohorte de 1 002 retraités sont retracés dans le tableau 31.

**Tableau 31 : Les déficiences visuelles au sein de l'étude AMI**

Déficiences visuelles	Inclusion (sept. 2007-déc. 2009) N=1002		Suivi T2 (mai 2010-déc. 2011) N=731		Suivi T4 (juin 2012-août 2013) N=659	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Aucune</b>	597	68,2	502	73,6	444	76
<b>Légères</b>	151	17,3	86	12,6	65	11,1
<b>Modérées à sévères</b>	127	14,5	94	13,8	75	12,9

Source : Groupe AGRICA, Communiqué de presse, février 2015.

<sup>12</sup> Agrica-MSA-Isped ou Approche Multi-disciplinaire Intégrée.

Les déficiences visuelles concernent donc entre 32% et 24% des participants selon l'année d'analyse, les déficiences visuelles modérées à sévères touchant entre 12,9% et 14,5% des retraités.

Dans ce contexte, plusieurs hypothèses seraient à approfondir pour expliquer la moindre consommation en optique des ressortissants agricoles :

- ✓ l'impact des conditions de recours à l'offre de soins en ophtalmologistes (présence et disponibilité des professionnels sur le territoire notamment) ;
- ✓ L'impact du renoncement culturel à l'offre de soins parmi les agriculteurs (cf étude IRDES) ;
- ✓ la réalité du besoin en matière d'optique, difficile à appréhender au regard d'habitudes de consommation (renouvellement des équipements encouragé par les offres proposées par les organismes complémentaires) et en fonction de la nature des activités exercées ;
- ✓ la problématique du reste à charge : les frais d'optique apparaissent en 4<sup>ème</sup> position parmi les soins aidés par l'Action Sanitaire et Sociale des caisses de MSA (voir Encadré 3 ci-après).

### Encadré 3 : Types de soins concernés par des aides financières accordées par l'Action Sanitaire et Sociale de la MSA en 2013

Dans son enquête CMU-C/ACS sur la période 2013, la MSA dresse un bilan concernant les aides financières individuelles accordées par l'Action sanitaire et sociale et destinées à améliorer l'accès aux soins des ressortissants agricoles.

La MSA analyse notamment les types de soins concernés par des aides à la prise en charge du reste à charge après remboursement légal et complémentaire.

La classe d'âge « 62 ans et plus » représente plus de la moitié de l'ensemble des bénéficiaires (Tableau 32). Les soins aidés sont principalement par fréquence de bénéficiaires : les prothèses dentaires, les cures thermales et l'appareillage auditif. Les frais d'optique apparaissent en 4<sup>ème</sup> position.

**Tableau 32 : Fréquence des bénéficiaires par type de soins**

Bénéficiaires	Prothèses dentaires	Optique	Appareillage auditif	Cures thermales	Forfait hospitalier	Dépenses autres	Total
16 – 25 ans	1%	0%	0%	0%	0%	1%	2%
26 – 62 ans	10%	4%	2%	2%	4%	19%	41%
> 62 ans	10%	4%	11%	10%	4%	18%	56%
Total	20%	8%	13%	13%	8%	38%	100%

NB : Fréquence du nombre de bénéficiaires de chaque classe d'âge rapporté au nombre total de bénéficiaires

Les dépenses concernent principalement les prothèses dentaires et l'appareillage auditif (Tableau 33). Les dépenses en cures thermales sont peu élevées en comparaison du nombre de bénéficiaires concernés.

**Tableau 33 : Poids des dépenses par type de soins**

Poids de dépenses	Prothèses dentaires	Optique	Appareillage auditif	Cures thermales	Forfait hospitalier	Dépenses autres	Total
16 – 25 ans	1%	0%	0%	0%	1%	1%	2%
26 – 62 ans	11%	2%	3%	1%	5%	19%	41%
> 62 ans	13%	2%	16%	3%	5%	17%	57%
Total	25%	5%	19%	4%	10%	37%	100%

NB : Poids du montant de chaque classe d'âge rapporté au nombre total de dépenses.

### *b.3) Caractéristiques en santé auditive*

Selon l'enquête ESPS 2010 réalisé par l'IRDES, 22,8% des agriculteurs déclarent avoir des difficultés à entendre sans l'aide d'un appareillage spécifique (19,8% chez les ressortissants agricoles contre 9,8% pour les adhérents du régime général et 11,3% pour ceux du RSI).

Les derniers résultats de l'enquête ESPS 2012 publié en 2014 par l'IRDES montrent que :

- ✓ 19,7% des agriculteurs (catégorie la plus concernée) déclarent avoir beaucoup de difficultés ou ne pas pouvoir entendre du tout ce qui se dit dans une conversation avec une autre personne dans une pièce silencieuse/bruyante (contre 6,6 % pour l'ensemble de la population).
- ✓ A structure par âge et sexe comparable, les agriculteurs déclarent beaucoup plus fréquemment avoir au moins une limitation fonctionnelle auditive que l'ensemble de la population.
- ✓ 8,4% des agriculteurs (catégorie la plus concernée) déclarent porter un appareil auditif contre 3,7% pour l'ensemble de la population.

Dans l'étude AMI sur les retraités agricoles de 65 ans et plus vivant en milieu rural en Gironde, les déficiences auditives sont particulièrement fréquentes au sein de cette population : 32,4% des sujets déclarent avoir des déficiences légères et 23,4% des déficiences modérées à sévères.

En août 2014, l'« Étude quantitative sur le handicap auditif » publiée par la DREES et réalisée à partir de l'enquête « Handicap-Santé » traite notamment de la prévalence des problèmes auditifs selon la catégorie sociale. Les résultats montrent que la prévalence des problèmes auditifs diffère selon la catégorie socioprofessionnelle (ou l'ancienne pour les retraités). Les ouvriers et agriculteurs apparaissent être davantage concernés par les problèmes auditifs que les cadres (Tableau 34), ces résultats venant confirmés ceux déjà observées en 1998 à partir de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendances (HID).



**Tableau 34 : Part des personnes ayant des limitations fonctionnelles auditives (LFA) moyennes à totales selon la catégorie socioprofessionnelle (ou l'ancienne catégorie socioprofessionnelle)**

	Taux brut	Taux standardisé
<b>ENSEMBLE</b>		
Agriculteurs	23,50 %	13,20 %
Artisans, commerçants, chefs entreprise	12,50 %	9,20 %
Cadres et professions libérales	9,40 %	10,30 %
Professions intermédiaires	9,80 %	11,30 %
Employés	10,40 %	10,40 %
Ouvriers	13,70 %	13,30 %
Inactifs	7,40 %	11,50 %
<b>HOMMES</b>	<b>13 %</b>	<b>13,50 %</b>
Agriculteurs	24,40 %	15,50 %
Artisans, commerçants, chefs entreprise	12,60 %	10,50 %
Cadres et professions libérales	11,50 %	11,80 %
Professions intermédiaires	12,90 %	13,80 %
Employés	12,60 %	14,10 %
Ouvriers	13,90 %	14,80 %
Inactifs	7,50 %	11,40 %
<b>FEMMES</b>	<b>9,40 %</b>	<b>9 %</b>
Agriculteurs	22,30 %	9,30 %
Artisans, commerçants, chefs entreprise	12,40 %	8,00 %
Cadres et professions libérales	5,70 %	7,00 %
Professions intermédiaires	6,60 %	8,50 %
Employés	9,90 %	9,60 %
Ouvriers	12,90 %	9,40 %
Inactifs	8,10 %	9,30 %

LECTURE : 23,5 % DES AGRICULTEURS OU ANCIENS AGRICULTEURS SOUFFRENT DE LFA MOYENNES À TOTALES. LE TAUX STANDARDISÉ PERMET DE COMPARER LE RÉSULTAT À CELUI OBSERVÉ SUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION. À STRUCTURE D'ÂGE COMPARABLE, CE TAUX EST DE 13,2 %.

CHAMP : PERSONNES DE 20 ANS ET PLUS VIVANT À DOMICILE OU EN INSTITUTION, AVEC PROFESSION OU ANCIENNE PROFESSION RENSEIGNÉE.

SOURCES : ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ 2008 – INSEE VOLETS MÉNAGES ET INSTITUTIONS.

Par ailleurs, les écarts sont plus importants chez les hommes que chez les femmes. Selon la DREES, ces écarts peuvent provenir de différences de métiers occupés mais aussi liées à un accès à l'emploi différencié des personnes ayant des difficultés d'audition mais l'enquête ne permet pas de repérer finement les métiers occupés actuellement ou par le passé.

**Chez les hommes, les agriculteurs sont la catégorie sociale la plus touchée avec le plus fort taux brut (24,4%) et le plus fort taux standardisé (15,5%) de limitations fonctionnelles auditives (LFA).**

En modélisant le taux de limitation fonctionnelle auditive chez les individus âgés de 60 ans et plus, les résultats démontrent un sur-risque de limitation fonctionnelle auditive des agriculteurs (ou anciens agriculteurs) par rapport aux cadres et professions libérales, une fois pris en compte les effets de l'âge et du sexe (tableau 35). La fréquence des LFA chez les anciens agriculteurs pourrait être liée aux bruits des tracteurs et machines agricoles, risques pris en compte dans le cadre des dispositifs pénibilité et faisant l'objet d'action de prévention en santé sécurité au travail par la MSA.

**Tableau 35 - Probabilité d'avoir une limitation fonctionnelle auditive moyenne à totale, ajustée sur l'âge, le sexe, le niveau de diplôme et la profession (ou l'ancienne profession) pour les 60 ans et plus vivant à leur domicile**

	Odds-Ratio	Intervalle de confiance à 95 %		Significativité
AGE	1,07	1,06	1,08	***
Femme	0,50	0,43	0,59	***
Homme	Référence			
Agriculteurs	1,49	1,08	2,06	**
Artisans, commerçants, chefs entreprise	0,92	0,65	1,30	ns
Employés	1,32	0,99	1,75	ns
Inactifs	1,21	0,86	1,69	ns
Ouvriers	1,17	0,89	1,53	ns
Profession intermédiaire	1,19	0,88	1,60	ns
Cadres et professions libérales	Référence			

\*\*\* : P<0,001. \*\* :P<0,01. \* :P<=0,02. NS=NON SIGNIFICATIF

LECTURE : À ÂGE ET PROFESSION ÉQUIVALENTE, LES FEMMES ONT UNE PROBABILITÉ DEUX FOIS PLUS FAIBLE (0,5) QUE LES HOMMES D'AVOIR DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES AUDITIVES MOYENNES À TOTALES PLUTÔT QUE DE NE PAS EN AVOIR.

CHAMP : PERSONNES DE 60 ANS ET PLUS, VIVANT À LEUR DOMICILE ET DONT L'ANCIENNE PROFESSION EST CONNUE.  
SOURCES : ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ 2008 – INSEE VOLET MÉNAGES.

**Ces rappels et enrichissements sur la connaissance de la santé des ressortissants agricoles incitent à renouveler la préconisation en faveur d'une approche globale de la santé (avec une prise en compte des caractéristiques sociales des personnes, notamment les revenus, au-delà des aspects purement sanitaires) et à proposer, dans ce cadre et en conformité avec les données de la littérature, d'agir sur les facteurs de risques.**

**Au-delà, l'analyse des besoins en optique et audition pourra être approfondie par la MSA en vue de construire des solutions adaptées avec ses partenaires.**

### **3.2.1.2. Mieux connaître les modalités de recours à l'offre de soins des ressortissants agricoles**

#### *a) Le recours aux urgences des populations agricoles*

Le rapport Charges et Produits de la MSA pour l'exercice 2014 s'était déjà penché sur l'hospitalisation de court séjour (en MCO) pour les ressortissants agricoles. Les premiers enseignements étaient les suivants :

- ✓ Au régime agricole, la majorité des séjours (62 %) est effectuée en 2011 par des assurés âgés de 65 ans et plus alors que dans les autres régimes, la majorité des séjours (66 %) est réalisée par des assurés âgés de moins de 65 ans.
- ✓ Les motifs d'hospitalisation les plus fréquents appartiennent au domaine de l'appareil digestif, de l'orthopédie traumatologie, de la cardiologie et de l'ophtalmologie.
- ✓ Quel que soit le motif médical de recours à l'hospitalisation, le régime agricole se distingue en 2011 par une durée moyenne de séjours légèrement supérieure à celle des autres régimes à partir de 65 ans.

Cette étude a été actualisée et approfondie dans le rapport Charges et Produits pour l'exercice

2015, notamment sur la question des séjours non programmés.

Il est ressorti notamment de cette seconde étude une forte proportion de séjours non programmés pour les ressortissants agricoles, quel que soit le motif médical. Sur les 970 000 séjours réalisés par les ressortissants du régime agricole, **le passage par les urgences**, c'est-à-dire les séjours « non programmés » en médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO), **est le deuxième mode d'entrée à l'hôpital. Toutes classes d'âge confondues, le taux de séjours « non programmés » est de 29 %**, et atteint 40 % pour les 75 ans et plus. **Le passage par les urgences est plus fréquent au régime agricole que pour les autres régimes (23 %).**

Parmi les évolutions constatées entre 2011 et 2012, étaient à noter l'augmentation des séjours pour cause d'alcoolisme et toxicomanie chez les moins de 65 ans, l'augmentation globale des séjours pour les 75 ans et plus, notamment pour les infections respiratoires et les problèmes cardiaques.

L'organisation des parcours en milieu rural avait donc été identifiée comme une question centrale pour les ressortissants agricoles, à la fois pour garantir un égal accès à l'offre de soins et une égalité des chances dans la prise en charge des pathologies. Cet enjeu était par ailleurs souligné par une étude sur le recours des ressortissants agricoles aux ex-hôpitaux locaux.

Un approfondissement sur le recours aux urgences a été réalisé. De cette nouvelle étude qui figure dans l'encadré 4 ci-après, il ressort que :

- ✓ le taux de recours aux urgences non suivi d'hospitalisation (dans le même établissement) est de 12% en 2013 pour les ressortissants agricoles. Ce recours est plus élevé chez les salariés (14%) que chez les non-salariés (10%). En termes de passages aux urgences (et non de patients admis aux urgences), le taux brut est de 15% au régime agricole, inférieur au taux de 22% en population générale en 2012 selon l'ATIH ;
- ✓ les populations les plus concernées par le recours aux urgences sont les jeunes enfants de 0 à 4 ans (21%) et les jeunes de 20 à 29 ans (20% pour les 20-24 ans et 19% pour les 25-29 ans) ;
- ✓ les jeunes sont particulièrement concernés par les hospitalisations non programmées en lien avec une consommation excessive d'alcool (voir Annexe 5) ;
- ✓ le recours aux urgences est assez constant selon les jours de la semaine, avec cependant une légère augmentation les samedis, dimanches et lundis ;
- ✓ les assurés qui ont déclaré un médecin traitant recourent en moyenne moins aux urgences (11,1%) que ceux qui n'en ont pas déclaré (15,6%). Toutefois, une approche par tranche d'âge laisse apparaître potentiellement un mécanisme de recours plus complexe. En effet, les populations âgées de 20 à 59 ans qui ont déclaré un médecin traitant recourent moins aux urgences que celles qui n'en ont pas déclaré. La tendance semble s'inverser après 60 ans : les patients qui ont un médecin traitant recourent davantage aux urgences que ceux qui n'en ont pas déclaré. L'étude sur quelques MSP accompagnées par la MSA fait état d'un constat approchant, en mettant en exergue notamment le taux d'hospitalisation évitable pour les assurés ayant déclaré un médecin traitant dans une de ces MSP (cf partie 3.2.4.2) ;

- ✓ parmi les territoires les plus concernés, on retrouve les territoires situés au Nord et au Sud-Est.

Cette nouvelle étude appelle naturellement elle aussi des approfondissements. A ce stade, elle illustre toutefois des phénomènes connus mais onéreux face auxquels la MSA a vocation à s'impliquer, à savoir :

- ✓ le recours aux urgences dans son ampleur, qui constitue de ce fait une source d'économies potentielles,
- ✓ le recours aux urgences comme symptôme de ruptures dans le parcours de santé, à la fois :
  - dans la dimension de prévention et d'éducation à la santé :
    - en particulier pour les enfants de 0-4 ans. C'est tout l'enjeu de l'action « Education à la Santé Familiale » actuellement expérimentée par la MSA (cf partie 3.2.2.1) et dont le déploiement permettra si possible de diminuer le recours aux urgences.
    - mais également pour les jeunes : c'est tout l'enjeu de la réforme des Instants Santé Jeunes et plus largement du renforcement de l'offre de prévention « jeunes » que la MSA développe, notamment en partenariat avec l'enseignement agricole, afin de prévenir les facteurs de risque (notamment l'alcool) liés à cette population et d'en faire prendre conscience les jeunes.
  - dans sa dimension de prise en charge :
    - l'hospitalisation en urgence des populations peut être vue comme un échec de la prise en charge graduée tout au long du parcours telle qu'elle est préconisée, dans le contexte du paradigme des maladies chroniques qui devient massif pour toute la population.
    - pour les populations de plus de 75 ans, ce constat appelle la constitution d'une réelle liaison « ville/hôpital » adaptée notamment pour bien gérer les situations en amont et en aval des séjours en établissements, avec un décloisonnement entre les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Cet enjeu bien identifié dans le contexte des expérimentations PAERPA auxquelles la MSA participe a nécessairement besoin d'être travaillé particulièrement en zone rurale, dans laquelle les ex-Hôpitaux Locaux ont incontestablement un rôle à jouer.

Dans le contexte du virage ambulatoire, cette problématique aura une plus grande acuité. Les conditions de vie et maintien à domicile (avec la présence de l'entourage, la disponibilité de services...) déterminent en effet pour partie la capacité à exercer la prise en charge en ville, celle-ci devant être elle-même présente, disponible et adaptée.

C'est la raison pour laquelle la MSA pourra proposer d'intervenir, avec d'autres partenaires, à l'amélioration de la complétude et de la fluidité du parcours en milieu rural sur des territoires qu'elle aura identifiés comme particulièrement à risques, notamment pour les populations âgées, en vue d'éviter pour elles et pour la collectivité ces recours aux urgences qui constituent des épisodes douloureux.

#### **Encadré 4 : Le recours aux urgences non suivi d'hospitalisation (dans le même établissement) chez les patients du régime agricole en 2013 (tableaux de référence en annexe 4)**

Pour la France entière, l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) dénombre 14,8 millions de passages aux urgences sans hospitalisation en 2013. En quatre ans, il y a eu 2,3 millions de passages supplémentaires, soit +4,2% par an en moyenne. Ces chiffres rendent compte donc de l'importance qui doit être accordée à ce thème.

En 2013, le nombre de patients MSA (hors APRIA) ayant eu au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation dans le même établissement est de 362 182. Le nombre de passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation dans le même établissement par les patients MSA (hors APRIA) s'établit à 465 504 pour la même année.

Le recours aux urgences non suivi d'hospitalisation (dans le même établissement) chez les patients<sup>13</sup> du régime agricole a été analysé selon les critères suivants :

- l'âge et le sexe
- le statut des patients (salariés/non-salariés)
- le choix ou non d'un médecin traitant
- le risque (maladie, maternité, ATMP)
- le jour de la semaine
- le département des patients

#### Le recours aux urgences non suivi d'hospitalisation en fonction de l'âge et du sexe des patients

Le tableau 1 en annexe 4 présente les résultats du recours aux urgences non suivi d'hospitalisation par classe d'âge et en fonction du sexe des patients.

En 2013, 362 182 patients du régime agricole (hors APRIA) sur un total de 3 027 106 ont eu au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation dans le même établissement, soit un taux de recours de 12 %.

Au niveau national, les chiffres de l'ATIH font état de 220 passages aux urgences non suivis d'hospitalisation pour 1 000 habitants en 2012, soit un taux de 22%. Au régime agricole, le taux brut (non standardisé) en 2013 est plus faible (15%). Cet écart pourrait s'expliquer par la part plus importante de personnes âgées au régime agricole.

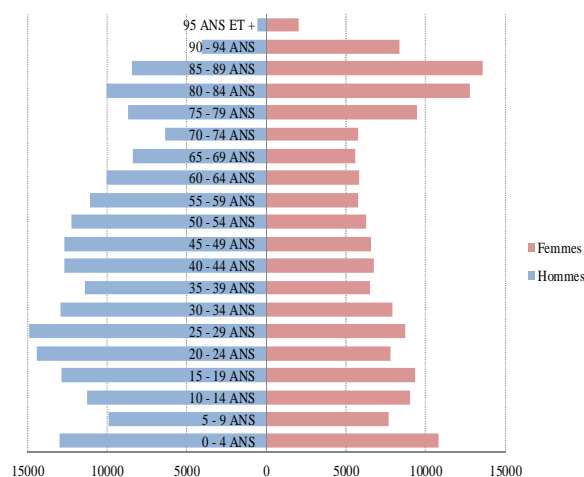
Concernant les résultats par sexe, le taux de recours est légèrement plus élevé chez les hommes (13%) que chez les femmes (11%) et affiche de fortes disparités selon la classe d'âge des patients comme le montrent le tableau 1 (en annexe 4) et le graphique 19 ci-après. La pyramide des âges du nombre de patients est représentée pour information (Graphique 18).

**Les taux de recours les plus élevés se retrouvent, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, chez les enfants (0-4 ans) avec un taux atteignant 21% et chez les jeunes âgés de 20-24 ans et 25-29 ans avec des taux respectifs de 20% et 19%.**

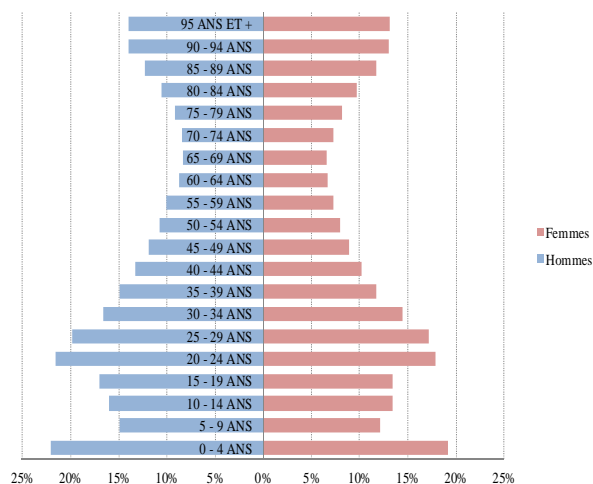
---

<sup>13</sup> Les patients correspondent aux personnes qui ont eu au moins un remboursement de soins dans l'année en question.

Graphique 18: Nombre de patients MSA (hors APRIA) ayant eu au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation dans le même établissement en 2013



Graphique 19: Taux de recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation dans le même établissement en 2013 (patients MSA hors APRIA)



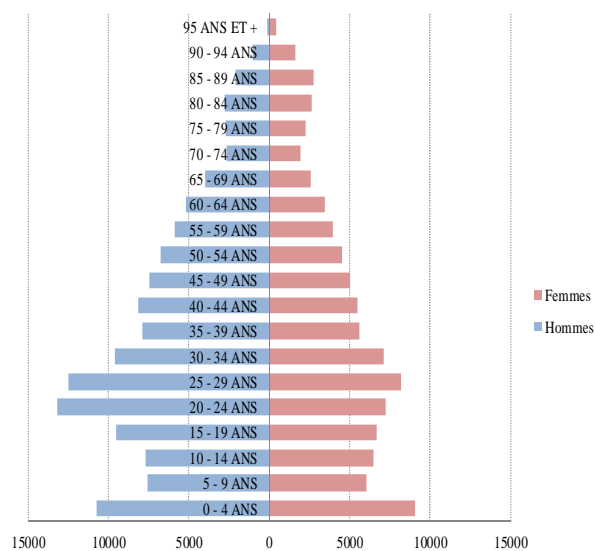
### Le recours aux urgences non suivi d'hospitalisation en fonction du statut des patients

Les mêmes résultats ont été analysés pour les patients salariés et non-salariés. On constate, à partir du tableau 2 en annexe 4, que **les patients ayant eu au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation sont majoritairement des salariés** (61% contre 39% de non-salariés) alors que le nombre de patients au régime agricole se répartit de manière plus « équilibrée » (53% de salariés contre 47% de non-salariés). **Le nombre de passage aux urgences est également majoritairement le fait des salariés** (63% contre 37% de non-salariés).

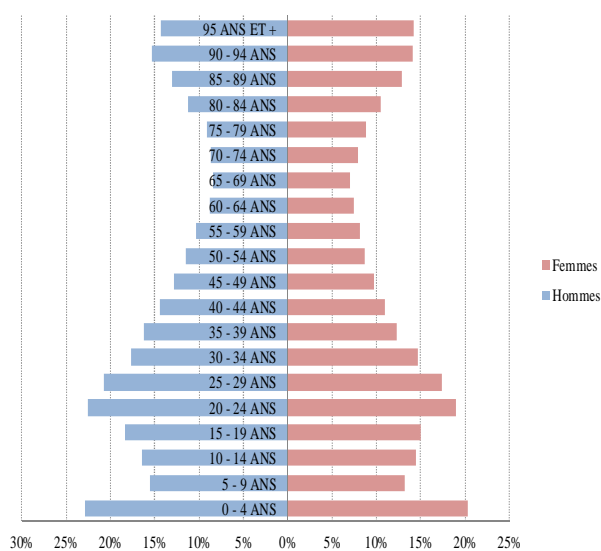
Globalement, le taux de recours est plus élevé chez les salariés (14%) que chez les non-salariés (10%, voir tableaux 3 et 4 de l'annexe 4). Au sein de ces deux populations, le taux de recours est également plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Concernant les classes d'âge, on retrouve les mêmes tendances que celles observées pour la population totale (Cf Tableaux 3 et 4 de l'annexe 4 et Graphiques 21 et 23), sauf pour les non-salariés où il y a un moindre recours chez les 20-24 ans. Les pyramides des âges du nombre de patients sont représentées pour information (Graphiques 20 et 22).

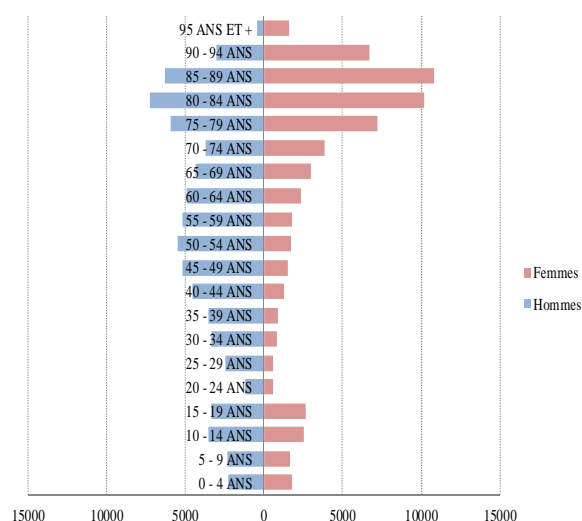
Graphique 20: Nombre de patients SA ayant eu au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation dans le même établissements en 2013



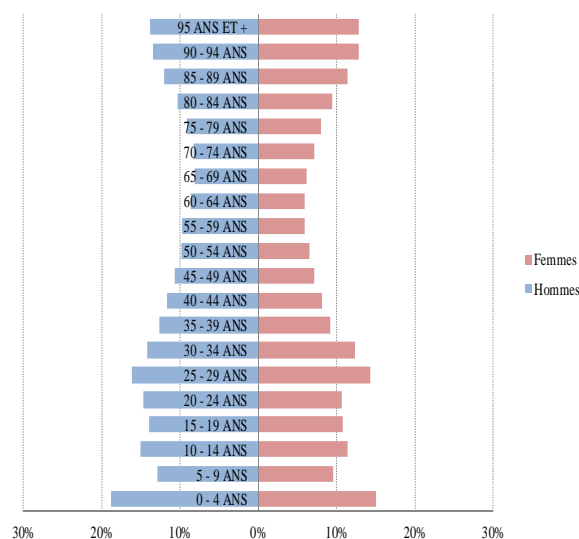
Graphique 21: Taux de recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation dans le même établissement en 2013 (patients SA)



Graphique 22: Nombre de patients NSA (hors APRIA) ayant eu au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation dans le même établissement en 2013



Graphique 23: Taux de recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation dans le même établissement en 2013 (patients NSA hors APRIA)



### Le recours aux urgences non suivi d'hospitalisation selon la déclaration ou non d'un médecin traitant

Si l'on prend en compte dans l'étude le critère de déclaration d'un médecin traitant, alors on observe de façon plutôt logique que **le taux de recours est plus élevé chez les patients n'ayant pas déclaré de médecin traitant (15,6%) que chez les patients ayant déclaré un médecin traitant (11,1%, voir tableau 5 annexe 4).**

Ces résultats sont affinés selon les tranches d'âge des patients (Cf Tableau 6 annexe 4). Pour les classes d'âge allant de 20 à 59 ans, le taux de recours reste plus élevé chez les patients n'ayant pas déclaré de médecin traitant. En revanche, la tendance s'inverse pour les patients appartenant aux classes d'âge supérieures.

### Le recours aux urgences non suivi d'hospitalisation selon le risque

L'analyse de la répartition du passage aux urgences selon le risque montre que près de **94% des passages sont pris en charge sur le risque maladie, 5,6 % sur le risque ATMP** et 0,5% au titre du risque maternité (Voir Tableau 7 en annexe 4).

### Le recours aux urgences non suivi d'hospitalisation selon le jour de la semaine

Le passage aux urgences a aussi fait l'objet d'une analyse selon le jour de la semaine. Comme le montre le tableau 8 en annexe 4, **le passage aux urgences est plus fréquent du samedi au lundi** mais reste cependant relativement constant tout au long de la semaine. Ces résultats rejoignent ceux trouvés à partir de l'enquête nationale réalisée auprès des structures des urgences hospitalières<sup>14</sup> en 2013.

### Le recours aux urgences non suivi d'hospitalisation par département

L'étude cartographique (voir Carte 11) du taux de recours (standardisé par âge et sexe) montre que **ce dernier est plus élevé au Nord et au Sud-Est, confirmant le constat fait par l'ATIH lors de l'observatoire de l'hospitalisation** (voir Carte 12).

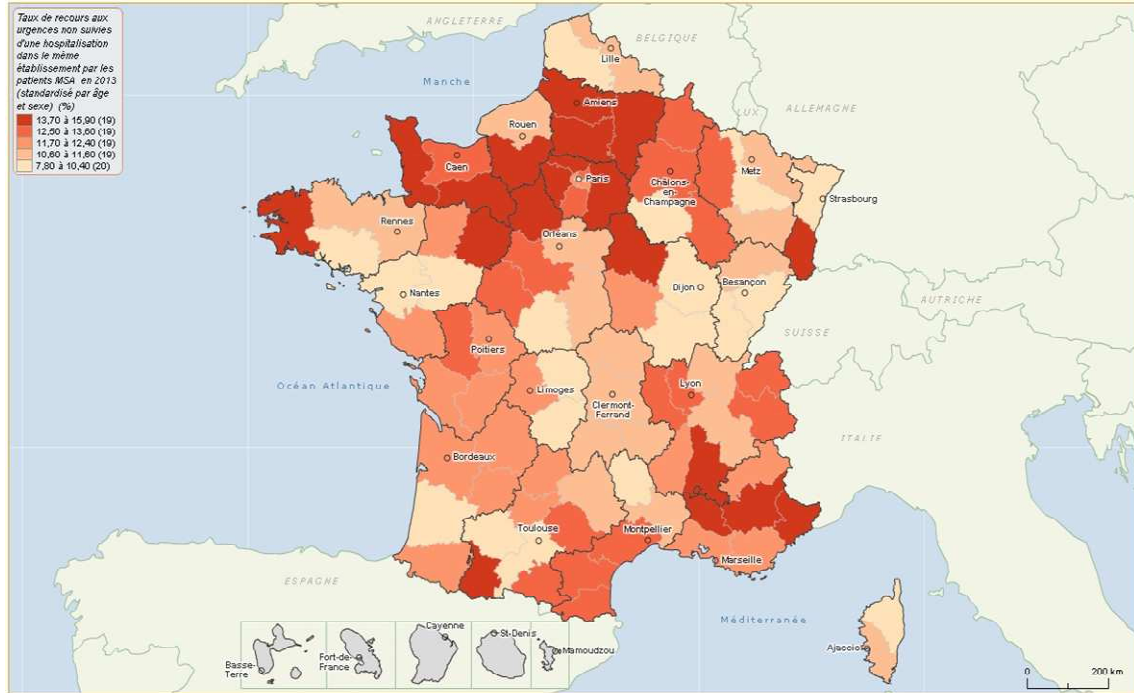
<sup>14</sup> Dossiers Solidarité et Santé, N°63, Juin 2015, DREES.



## Carte 11 : Le taux de recours aux urgences non suivi d'hospitalisation par département au régime agricole



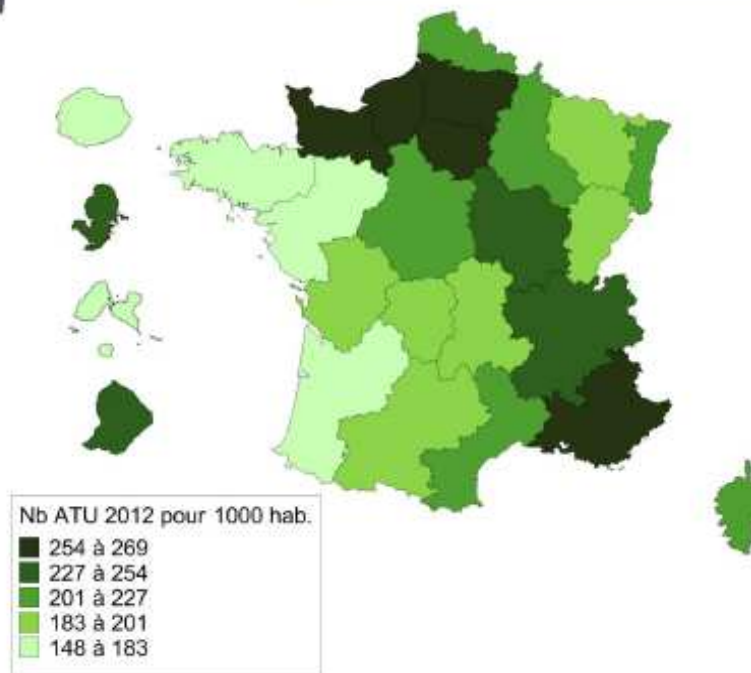
Taux de recours aux urgences non suivies d'une hospitalisation dans le même établissement par les patients MSA en 2013 (standardisé par âge et sexe) - source : SNIIRAM DCIR PMSI - Exploitation MSA



## Carte 12 : Le taux de recours aux urgences non suivi d'hospitalisation par région (Source ATIH, décembre 2014)



**220 passages pour 1000 habitants**





*b) Le recours à l'hospitalisation en psychiatrie par la population du régime agricole*

L'étude de la santé mentale chez les ressortissants agricoles a été amorcée dans les rapports précédents, du point de vue de la reconnaissance des pathologies, première étape de la prise en charge et du point de vue de la variété des pathologies constatée au travers du prisme de l'ALD. La prévalence de l'ALD 23 au sein de la population du régime agricole est plus faible que celle du régime général (15,0 ‰ vs 19,7 ‰) toutes choses égales par ailleurs. Toutefois, l'écart se réduit lorsque la comparaison est menée entre les régimes des salariés (16,9 ‰ vs 19,7 ‰). La population du régime des non-salariés agricoles est ainsi apparue comme atypique avec un taux standardisé (12,7 ‰) bien plus bas que ce qui est observé dans les autres régimes.

En conséquence, l'enjeu de mieux diagnostiquer et mieux reconnaître les maladies mentales au sein de cette population était apparue, et plus généralement était réaffirmée l'importance d'étudier le parcours de soins des assurés agricoles, notamment pour les exploitants agricoles, et d'étudier l'intérêt d'une prise en charge, pour certaines indications, d'un suivi psychologique non pris en charge sur le risque.

C'est dans ce contexte que l'étude sur le recours à l'hospitalisation en psychiatrie de la population agricole s'inscrit (Cf Encadré 5).

Les ressortissants agricoles qui ont eu recours à une hospitalisation en psychiatrie en 2013 représentent 3% des patients tous régimes confondus. Les motifs d'hospitalisation concernent le plus souvent cinq diagnostics, parmi lesquels une plus forte prévalence pour les ressortissants agricoles est constatée pour les épisodes dépressifs, les troubles dépressifs récurrents ou la démence de la maladie d'Alzheimer, par rapport à la population des autres régimes.

Un moindre recours est observé pour les non-salariés agricoles, ce qui confirme l'enjeu d'un meilleur diagnostic...

### Encadré 5 : Le recours à l'hospitalisation en psychiatrie par la population agricole en 2013 (tableaux de référence en annexe 6)

En 2013, 12 901 ressortissants du régime agricole ont eu une prise en charge hospitalière en psychiatrie, que ce soit à temps complet ou à temps partiel. Le taux de recours s'établit ainsi à 4 patients hospitalisés en psychiatrie pour 1000 affiliés au régime agricole. La moyenne d'âge des patients hospitalisés est de 51 ans. Le nombre de journées réalisées s'élève à 585 041, soit en moyenne 45 jours par patient (Cf Tableau 1 annexe 6).

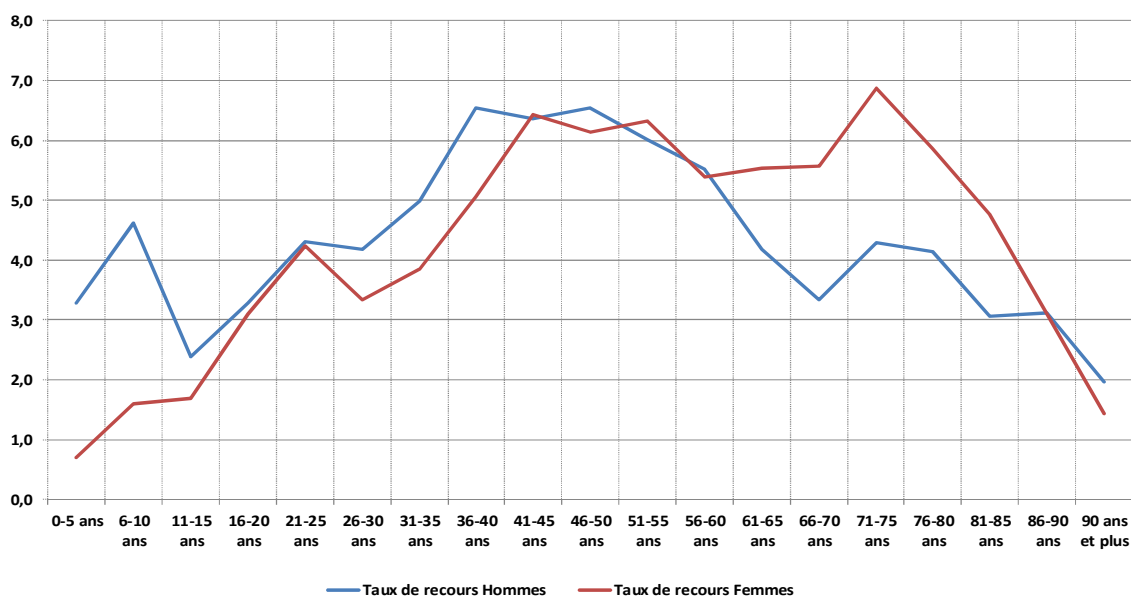
Pour les autres régimes, 410 179 personnes ont eu une prise en charge hospitalière en psychiatrie. La moyenne d'âge de ces patients hospitalisés est de 42 ans. Le nombre de journées réalisées s'élève à 22 801 722, soit en moyenne 55 jours par patient.

#### Qui recourt à l'hospitalisation en psychiatrie au régime agricole ?

Le recours à l'hospitalisation en psychiatrie est élevé entre 35 et 60 ans quel que soit le sexe (Graphique 24).

A partir de 60 ans, le taux de recours est globalement plus élevé chez les femmes que chez les hommes. On observe un pic chez les femmes âgées de 71 à 75 ans.

**Graphique 24 : Taux de recours à l'hospitalisation en psychiatrie au régime agricole en 2013 selon l'âge et le sexe**



Le détail par statut (Graphique 25) montre que le taux de recours est en général plus élevé chez les salariés que chez les non-salariés agricoles.

#### Quels diagnostics ?

Pour l'ensemble du régime agricole, les cinq diagnostics les plus fréquents en nombre de patients et en nombre de journées sont : les épisodes dépressifs, la schizophrénie, les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, le trouble dépressif récurrent et le trouble affectif bipolaire (Tableau 2 annexe 6). Ce résultat est similaire pour les autres régimes.

Le recours à l'hospitalisation en psychiatrie pour certains diagnostics (en termes de patients) est plus élevé au régime agricole que dans les autres régimes. Il s'agit des épisodes dépressifs (18,6% au régime agricole contre 15% pour les autres régimes), des troubles dépressifs récurrents (8,4% au régime agricole contre 6,2% pour les autres régimes) ou encore de la démence de la maladie d'Alzheimer (2,6% au régime agricole contre 0,7% pour les autres régimes). A l'inverse, ce recours est plus élevé dans les autres régimes qu'au régime agricole pour les diagnostics relatifs à la schizophrénie (7,3% au régime agricole contre 12,5% pour les autres régimes) ou aux troubles spécifiques de la personnalité (3,3% au régime agricole contre 5,5% pour les autres régimes).

Les principaux diagnostics ont fait l'objet de regroupements et ont été analysés selon l'âge et le sexe des patients du régime agricole.

Le recours à l'hospitalisation en psychiatrie pour épisodes dépressifs, trouble dépressif récurrent ou troubles de l'humeur est plus élevé chez les femmes que chez les hommes quel que soit l'âge (Graphique 26). Le taux de recours est particulièrement élevé chez les femmes de 70 à 80 ans. Il en est de même pour les épisodes maniaques et les troubles affectifs bipolaires (Graphique 27).

A l'inverse, dans les cas d'hospitalisation pour schizophrénie, le taux de recours est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, comme le montre le graphique 28.

#### Dans quel type d'établissement ?

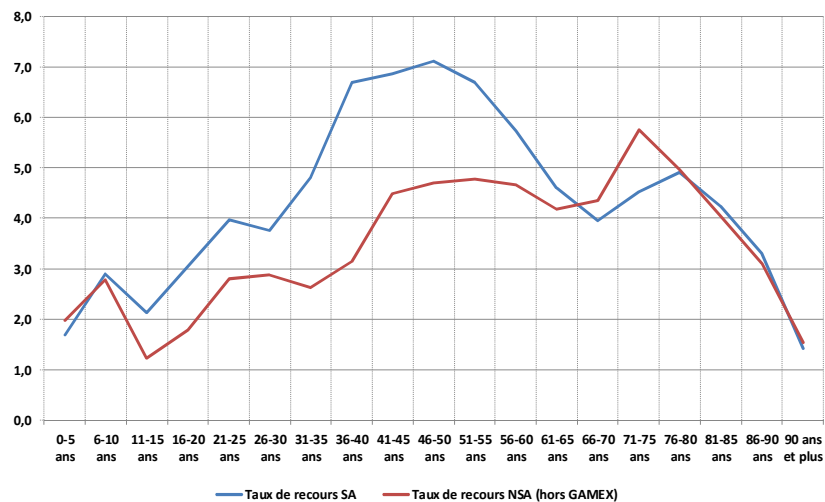
Les hospitalisations des patients du régime agricole ont lieu le plus souvent dans des établissements publics (76% des journées d'hospitalisation, voir Tableau 3 et Graphique 1 de l'annexe 6). Ce chiffre est très proche pour les autres régimes (79%).

Au régime agricole, la répartition public/privé du nombre de journées d'hospitalisation varie fortement selon le type de prise en charge. Par exemple, la schizophrénie est traitée dans 90% des cas dans des établissements publics tandis que les troubles dépressifs récurrents sont le plus souvent pris en charge dans des établissements privés (65% des cas).

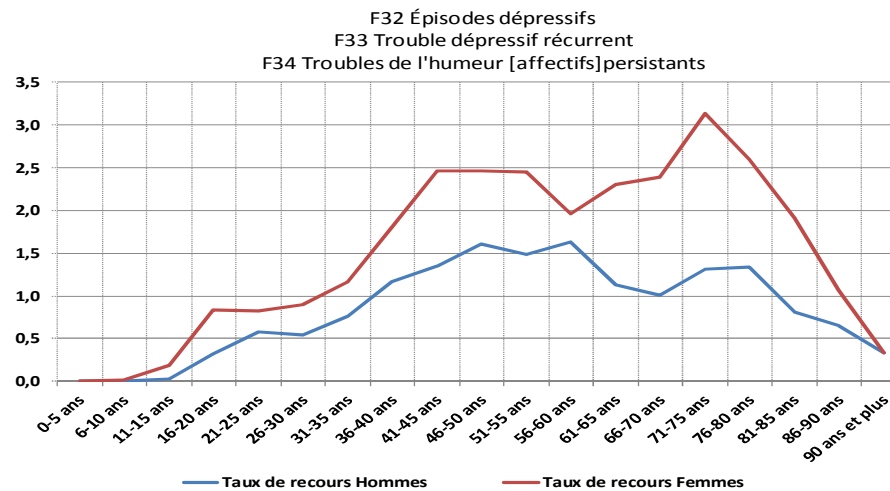
#### Méthodologie :

*Les données relatives aux hospitalisations en psychiatrie sont issues du PMSI PSY 2013 et exploitées via le SNIIRAM. L'information concernant le régime d'appartenance du patient (salariés ou non-salariés) s'obtient par chaînage des données du PMSI avec les données de liquidation du DCIR à l'aide du NIR anonyme du bénéficiaire. Le rapprochement des identifiants n'a donc pu se faire que pour les individus ayant eu au moins un remboursement de prestation au cours de l'année 2013. Le GAMEX n'alimentant pas la base des données de liquidation DCIR, les données du régime des non-salariés concernent uniquement les non-salariés affiliés à la MSA.*

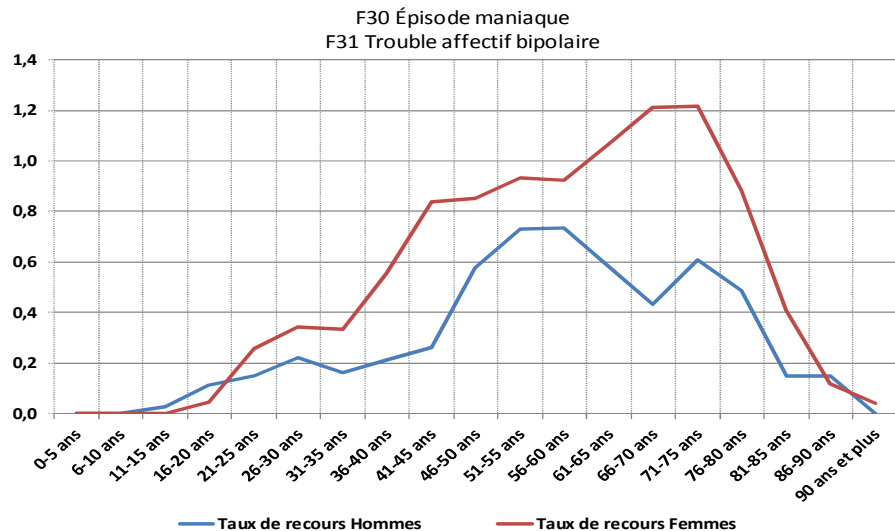
**Graphique 25 : Taux de recours à l'hospitalisation en psychiatrie au régime agricole en 2013 selon l'âge et le statut**



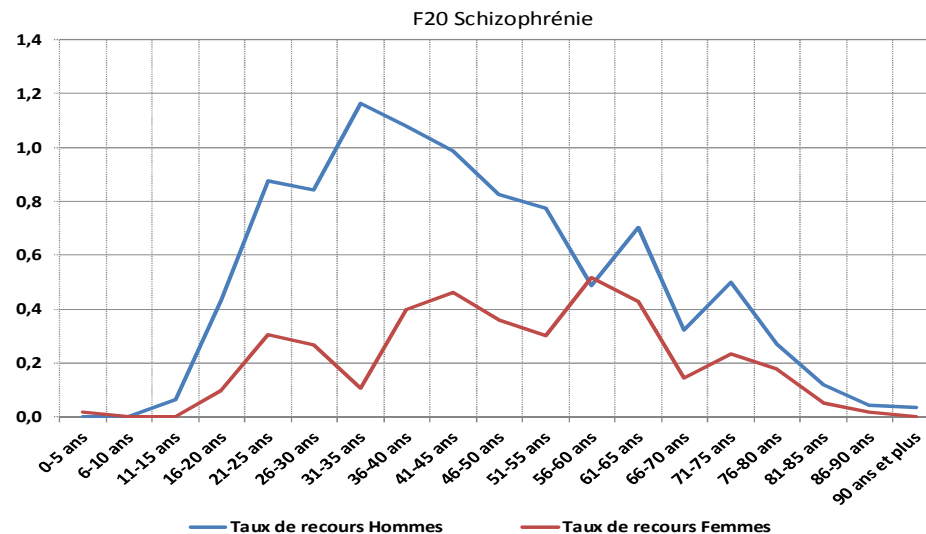
**Graphique 26 : Taux de recours à l'hospitalisation en psychiatrie avec diagnostics F32, F33, F34 au régime agricole en 2013 selon l'âge et le sexe**



**Graphique 27 : Taux de recours à l'hospitalisation en psychiatrie avec diagnostics F30, F31 au régime agricole en 2013 selon l'âge et le sexe**



**Graphique 28 : Taux de recours à l'hospitalisation en psychiatrie avec diagnostics F20 au régime agricole en 2013 selon l'âge et le sexe**



*c) La prise en charge du diabète et ses complications chez les ressortissants agricoles*

Etant donné la forte prévalence du diabète au sein de la population agricole, la MSA a souhaité observer les populations concernées au titre d'une prise en charge pharmacologique, qu'elles soient reconnues ou non en ALD, ainsi que les modalités de leur prise en charge, en termes de suivi comme du point de vue des complications éventuelles. L'étude réalisée porte sur l'exercice 2014. Elle figure dans l'encadré 6.

On observe, en taux brut, en lien avec la démographie de la population, que les ressortissants agricoles sont plus concernés par le diabète traité pharmacologiquement que la population générale (6,69% au régime agricole contre 4,6% pour tous les régimes). En revanche, dans une approche standardisée, la prévalence au régime agricole est moindre (4,44%). Celle des non-salariés agricoles (3,91 %) est inférieure à celle de l'ensemble de la population<sup>15</sup> tandis que la prévalence des salariés agricoles (5,05 %) est supérieure.

Les raisons de ces écarts, notamment pour les salariés agricoles sont à approfondir au regard de la diversité des situations rencontrées chez les salariés (saisonniers, tertiaire, production agricole,...)

La cartographie confirme l'atypie des caractéristiques des exploitants agricoles au regard de l'ensemble de la population française, tandis que la répartition géographique des salariés diabétiques traités pharmacologiquement est proche de celle de la population générale.

Le suivi des patients agricoles ressort comme un point de vigilance important. Dans une approche standardisée, on constate des différences significatives dans le suivi des patients diabétiques traités pharmacologiquement au régime agricole par rapport à l'ensemble de la population au regard des recommandations de la HAS.

Ce résultat milite pour la réalisation d'une sensibilisation des patients, comme des professionnels, sur l'enjeu de ce suivi, qui apparait crucial pour les populations agricoles, tant du point de vue de leur santé personnelle que du point de vue des impacts potentiels de la dégradation de leur santé sur leur vie professionnelle.

---

<sup>15</sup> Cf étude DREES « L'état de santé de la population en France », édition 2015.

## Encadré 6 : La prise en charge du diabète et ses complications chez les ressortissants agricoles en 2014 (tableaux de référence en annexe 7)

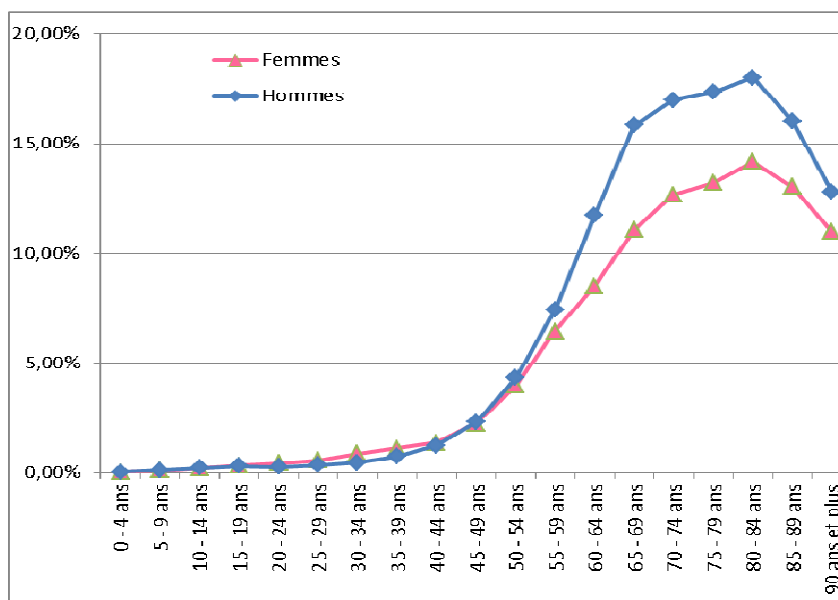
### Description des différentes populations de l'étude<sup>16</sup>

**Les populations traitées pharmacologiquement :** En 2014, 217 853 personnes sont traitées pharmacologiquement (antidiabétiques oraux (ADO) ou insuline, hors Benflorex) pour un diabète au régime agricole. Parmi ces consommateurs d'ADO, 79 % sont pris en charge au titre d'une ALD 8 (diabète) et 21 % ne le sont pas.

La prévalence standardisée<sup>17</sup> du diabète traité pharmacologiquement est de 4,44 % au régime agricole. Ce chiffre, comparé à l'ensemble des régimes (données 2012<sup>18</sup>) est significativement inférieur, tant au niveau global que par sexe, l'intervalle de confiance n'incluant pas la valeur de la prévalence inter-régime 2012. La prévalence des non-salariés agricoles est significativement plus basse que celle des salariés agricoles (cf. tableau 1 en annexe 7). Ainsi, la prévalence des non-salariés agricoles (3,91 %) est inférieure à celle de l'ensemble de la population (4,6 %) tandis que la prévalence des salariés agricoles (5,05 %) est supérieure.

La prévalence standardisée des diabétiques traités pharmacologiquement varie significativement entre les sexes : de 3,96 % pour les femmes à 4,92 % pour les hommes.

Néanmoins, à tranche d'âge égale, c'est à partir de 55 ans que l'écart se concrétise, avec un maximum pour la tranche d'âge 80-84 ans. A partir de cet âge, la prévalence et l'écart entre les deux sexes diminuent (cf. Graphique 29).



**Graphique 29 : Prévalence du diabète traité pharmacologiquement selon l'âge et le sexe au régime agricole en 2014.**

L'analyse cartographique montre que la population diabétique traitée pharmacologiquement au régime agricole est relativement élevée dans les régions Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Poitou-Charentes et Pays de la Loire (Carte 13). La configuration géographique<sup>19</sup> concernant les populations agricoles est différente de celle de l'ensemble de la population. En effet, au régime agricole le gradient nord-sud ne s'observe pas comme dans la population générale (Carte 14). Néanmoins, les variations géographiques diffèrent selon le statut salariés/non-salariés (Cartes 15 et 16).

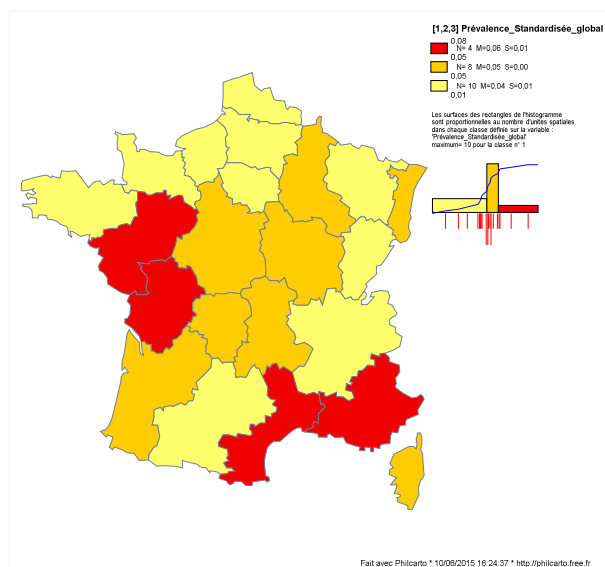
<sup>16</sup> La méthodologie de cette étude est détaillée en Annexe 7.

<sup>17</sup> Standardisation par âge quinquennal et genre, sur la population française moyenne 2014-2015.

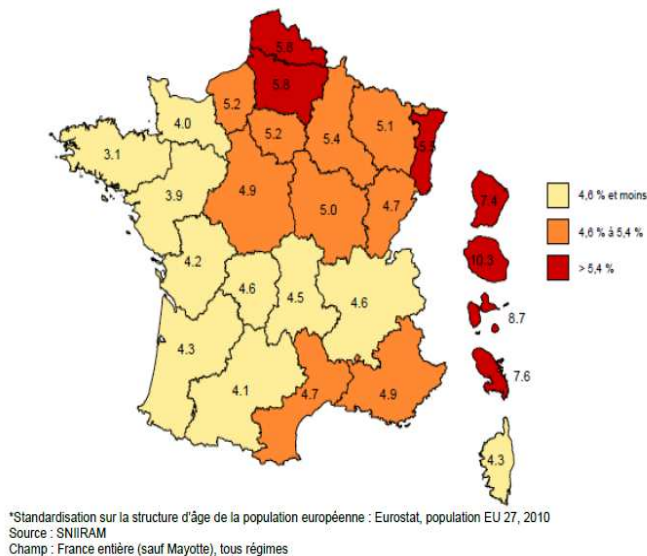
<sup>18</sup> « Etat de santé de la population en France », DREES, édition 2015.

<sup>19</sup> A des fins de comparaison, la discrétisation de la série statistique est réalisée avec les mêmes bornes de classe que celles retenues pour l'ensemble de la population métropolitaine dans l'étude de la DREES.

**Carte 13 : Prévalence standardisée du diabète traité pharmacologiquement au régime agricole en 2014**



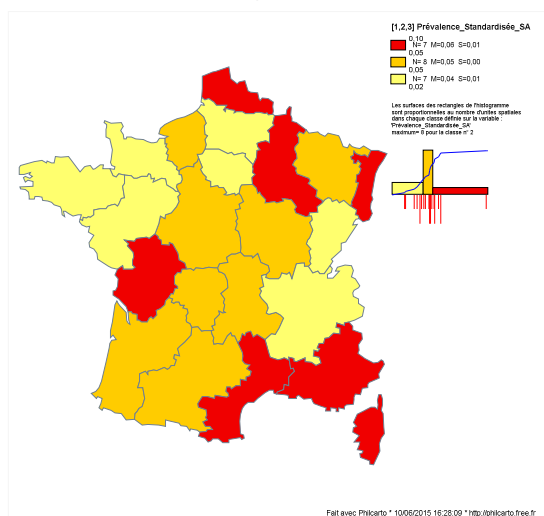
**Carte 14 : Prévalence standardisée du diabète traité pharmacologiquement au sein de la population française selon la région en 2012**



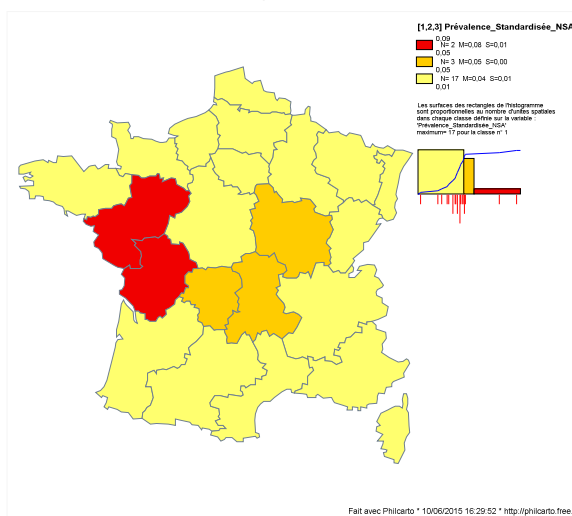
\*Standardisation sur la structure d'âge de la population européenne : Eurostat, population EU 27, 2010  
Source : SNIIRAM  
Champ : France entière (sauf Mayotte), tous régimes

Source : DREES

**Carte 15 : Prévalence standardisée de la population diabétique traitée pharmacologiquement chez les salariés agricoles**



**Carte 16 : Prévalence standardisée de la population diabétique traitée pharmacologiquement chez les non-salariés agricoles**



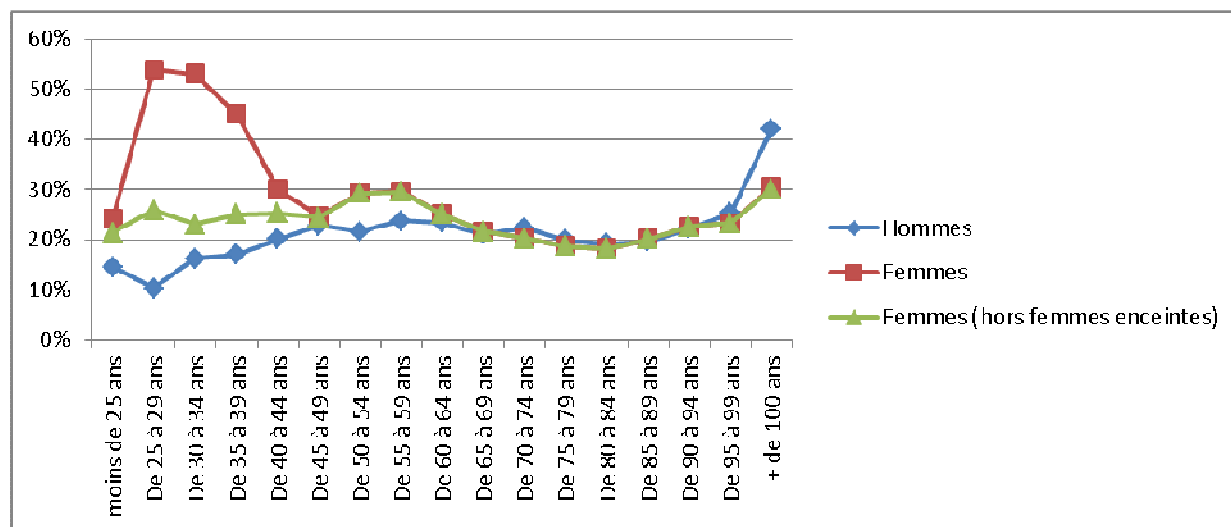
Les salariés diabétiques se retrouvent plus dans les régions Nord-Pas-de-Calais, Alsace, Champagne-Ardenne, Corse, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Poitou-Charentes (Carte 15). La configuration géographique de prévalence du diabète traité pharmacologiquement dans la population salariée est proche de celle de l'ensemble de la population.

La configuration géographique de la prévalence du diabète dans la population non-salariée agricole est spécifique. Le taux de prévalence du diabète traité pharmacologiquement chez les exploitants agricoles est surtout important dans deux régions : Poitou-Charentes et Pays de la Loire (Carte 16).

## Population diabétique traitée pharmacologiquement et non en ALD 8

Parmi les consommateurs d'ADO, 21% ne sont pas en ALD 8. Jusqu'à 60 ans, la proportion des femmes traitées pour un diabète sans être prises en charge en ALD pour cette pathologie, est supérieure à celle des hommes. Après 60 ans, il n'existe plus de différence par sexe. Afin de diminuer le biais lié à d'éventuels diabètes gestationnels, si on enlève de notre population féminine les femmes enceintes, le taux est plus lissé chez les femmes, néanmoins la proportion de femmes non en ALD 8 reste supérieure à celle des hommes (cf Graphique 30).

**Graphique 30 : proportion de patients diabétiques traités pharmacologiquement et non pris en charge en ALD 8 selon l'âge et le sexe au régime agricole en 2014**



## Population hospitalisée pour plaie du pied ou amputation

Sur les 2 233 ressortissants du régime agricole hospitalisés pour plaie du pied ou amputation entre janvier et novembre 2014, 2 081 sont des consommateurs d'ADO en ALD 8, 152 sont des consommateurs d'ADO sans ALD 8, et 266 bénéficient d'une ALD 8 sans toutefois consommer d'ADO. **Ainsi, 1,03% des patients diabétiques ayant consommé des ADO dans l'année ont été hospitalisés pour plaie ou amputation du pied.** Plus de la moitié (53%) des patients diabétiques traités pharmacologiquement et hospitalisés pour plaie du pied ou amputation ont plus de 80 ans.

En termes de structure par statut, cette population est composée à 71 % d'exploitants agricoles. Néanmoins, après standardisation, cette proportion tombe à 49 %. En effet, 80 % des exploitants agricoles hospitalisés ont plus de 75 ans, et seulement 58 % chez les salariés hospitalisés. L'analyse par sexe montre que plus de 50 % des hommes hospitalisés ont plus de 75 ans, alors que cette proportion se retrouve à partir de 80 ans pour les femmes.

**L'incidence brute de l'hospitalisation pour plaie du pied et amputation au régime agricole est supérieure de 30 % à celle de la population française. Néanmoins, après standardisation, la tendance s'inverse et l'incidence devient deux fois moins importante au régime agricole qu'en inter-régime, que ce soit pour amputation (120 pour 100 000 vs 250 pour 100 000) ou plaie du pied (300 pour 100 000 vs 636 pour 100 000).**



## Répartition des populations diabétiques selon les différents critères du suivi « conforme » au regard des recommandations HAS

Quel que soit l'acte considéré, la population des diabétiques traités pharmacologiquement au titre d'une ALD 8 est davantage suivie que celle qui ne bénéficie pas d'une exonération au titre d'un diabète (Tableau 36). Pour exemple, les deux dosages annuels de l'hémoglobine glyquée préconisés a minima par la HAS sont réalisés par 78 % des diabétiques en ALD 8 alors qu'ils ne sont réalisés que par 56 % des diabétiques non déclarés en ALD 8. Pour trois dosages annuels (nombre recommandé par la HAS), le taux de réalisation est respectivement de 56 % et 32 %.

**Tableau 36 : Nombre et proportion de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement, ayant réalisé sur 12 mois certains examens de surveillance recommandés**

Acte	Critère retenu	Pop A Diabétique en ALD 8	% de patients suivis	Pop B Diabétique Non ALD 8	% de patients suivis	pop A + B	% de patients suivis	% standardisé de patients suivis	Pop D : hospité pour comp pied	% de patients suivis	références de la pop *
HbA1c	2 / an	126 865	78%	24 966	56%	151 831	73%	51%	1 346	64%	73%
HbA1c	3 / an	91 059	56%	14 458	32%	105 517	51%	32%	853	41%	48%
EAL	1 / an	110 437	68%	26 964	60%	137 401	66%		993	47%	
>1 cholestérol ou trigly ou Eal	1 / an	112 812	69%	27 896	62%	140 708	68%	52%	1 034	49%	74%
Créatininémie	1 / an	139 299	86%	35 643	79%	174 942	84%	59%	1 865	89%	83%
Albuminurie	1 / an	49 032	30%	8 303	18%	57 335	28%	29%	411	20%	29%
ECG	1 / an	55 191	34%	11 961	27%	67 152	32%	17%	504	24%	35%
Rétinographie	1 / 2 ans	88 957	55%	20 750	46%	109 707	53%	48%	67	3%	62%
Soins dentaires	1 / an	48 272	30%	12 681	28%	60 953	29%	37%	286	14%	36%
Podologie	1 / an	11 621	7%	1 162	3%	12 783	6%	2%	462	22%	

(\*) Etat de santé de la population en France, DREES, 2015 (données estimées à partir du SNIIRAM, tous régimes, tous âges, 2012)

NB : Consommation d'actes sur 12 mois (S2 2013 - S1 2014).

**De manière globale, les recommandations de bonne pratique HAS sont insuffisamment suivies au régime agricole.**

Pour les bilans biologiques, si une créatininémie est réalisée pour 84 % des diabétiques des populations A et B, l'albuminurie n'est effectuée que dans 28 % des cas. Les visites chez les professionnels de santé sont très faiblement effectuées (dans seulement 6 % des cas pour les podologues par exemple). Ces taux sont globalement assez proches de ceux observés pour l'ensemble des régimes (exception faite des évaluations d'anomalie lipidique, des rétinographies et des soins dentaires).

La population hospitalisée pour plaie ou amputation du pied diabétique (pop D) est généralement moins bien suivie que la population A consommatrice d'ADO et en ALD 8. A contrario, elle est logiquement beaucoup mieux suivie pour les actes de podologie, où le pourcentage de patients suivis atteint 22% contre 7% pour la population A.

**Après standardisation par âge et sexe, les différents taux de suivi sont nettement plus faibles et très inférieurs à ceux observés dans l'ensemble de la population.** Pour exemple, la créatininémie n'est plus réalisée que dans 59 % des cas (versus 83 % pour l'ensemble des régimes). Seuls les soins dentaires s'ajustent à la hausse (de 29 % à 37 %) et sont au niveau de l'ensemble des régimes (36 %).

### **Risque relatif d'hospitalisation pour amputation ou plaie du pied**

#### **Définition retenue pour caractériser un suivi conforme à la recommandation de la HAS**

Afin de mesurer le risque de complication sur les membres inférieurs, engendré par un mauvais suivi du diabète, deux populations ont été définies. A été considéré comme relevant du suivi « conforme » aux recommandations de la HAS toute personne ayant réalisé sur une période de 12 mois les trois examens suivants (semestre 2 de l'année 2013 - semestre 1 de l'année 2014) :

- Un dosage d'hémoglobine glyquée (HbA1c),
- Une évaluation d'anomalie lipidique, ou un dosage de cholestérol ou un dosage de triglycérides,
- Evaluation de la créatininémie.

Les diabétiques n'ayant pas eu ces trois examens constituent la population « non conforme ».

Sont exclus de ces deux sous populations, les personnes hospitalisées au 2<sup>e</sup> semestre 2013 ou au 1<sup>er</sup> semestre 2014 pour plaie du pied ou amputation.

Un taux d'hospitalisation instantanée, durant les 5 mois suivants (juillet-novembre 2014) est mesurée sur chacune des deux sous-populations.

#### **Risque relatif**

Les assurés traités pharmacologiquement pour un diabète et en ALD 8 sont proportionnellement suivis de manière plus « conforme » que les assurés n'étant pas en ALD 8 (57 % vs 40 %).

La population suivie de manière « non conforme », qu'elle soit ou non en ALD, présente un taux d'hospitalisation instantanée de 0,35%, il est plus élevé que celui de la population suivie de manière « conforme » (0,28%). Le risque d'être hospitalisé est 1,25 fois plus important dans la population suivie de manière « non conforme ».

#### *d) La prise en charge du cancer de la prostate*

La MSA s'intéresse à la prise en charge du cancer des ressortissants agricoles, en particulier le cancer de la prostate, étant donné les éléments d'incidence et de prévalence observés. La place du cancer de la prostate au régime agricole parmi les cancers est rappelée dans l'encadré 7 ci-après. Cette analyse est réalisée à partir des données d'Affections de Longue Durée<sup>20</sup>.

L'enjeu n'est pas, à ce stade, de traiter le sujet du dépistage (ce sujet étant bien défini par le référentiel HAS notamment), mais de s'interroger sur la situation actuelle du point de la prise en charge des patients du régime agricole. Cette première étude aura également vocation à constituer une situation de référence dans la perspective d'un virage ambulatoire annoncé sur la prise en charge de ces cancers.

Dans cette perspective, l'objectif de cette étude était de réaliser un premier état des lieux de la prise en charge du cancer de la prostate au régime agricole, avec si possible une logique d'optimisation de parcours, selon les deux axes suivants :

- ✓ l'identification et analyse des marqueurs de la prise en charge, en particulier le dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA),
- ✓ l'observation des traitements.

##### *d.1) Analyse du marqueur par dosage du PSA*

Les informations relatives aux dosages de PSA réalisés par les affiliés du régime agricole proviennent du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) qui rassemble au niveau individuel l'ensemble des prestations remboursées par les régimes d'Assurance Maladie. Les dosages PSA sont repérés à l'aide de la nomenclature des actes de biologie médicale<sup>21</sup>. L'étude porte sur les dosages de PSA réalisés en 2012 et remboursés par le régime agricole hors GAMEX.

#### **Le nombre de bénéficiaires**

En 2012, 371 192 patients affiliés à la MSA ont effectué un dosage de PSA (478 011 dosages). Dans 83% des cas, les patients n'ont fait ni biopsie, ni échographie sur la période 2012-2013 après la date du dosage.

#### **L'âge des bénéficiaires**

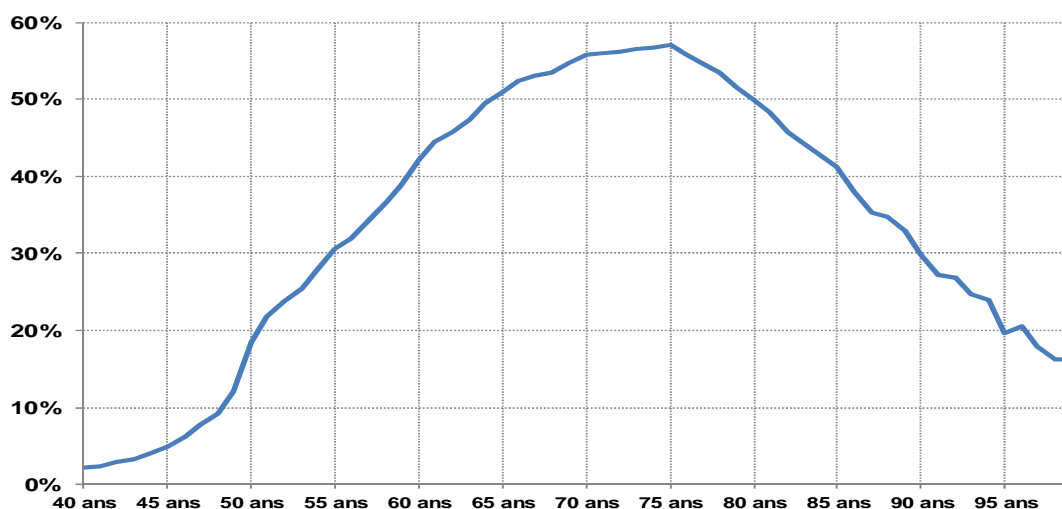
Les dosages de PSA sont effectués principalement par des patients âgés de plus de 50 ans avec une moyenne d'âge de près de 75 ans (Graphique 31). La proportion d'hommes ayant eu au moins un dosage de PSA augmente avec l'âge pour atteindre un pic de 57% à 75 ans. Après 75 ans, la fréquence des dosages diminue.

---

<sup>20</sup> ce qui est une approche restreinte et qui devra être dans un second temps corrélée aux données des registres des cancers.

<sup>21</sup> Codes 7318 et 7320.

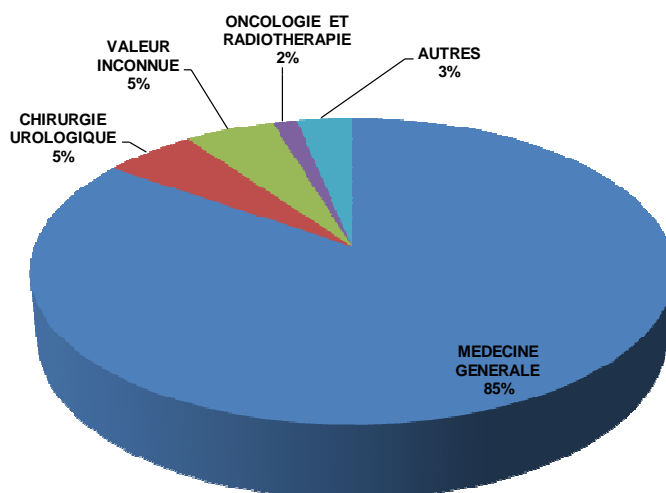
**Graphique 31 : Part des hommes affiliés à la MSA ayant eu un dosage de PSA en 2012**



### La spécialité des prescripteurs

Les 478 011 dosages de PSA ont été prescrits par 46 710 médecins distincts. Les dosages de PSA sont prescrits dans 85% des cas par un médecin généraliste et dans 5% des cas par un urologue (Graphique 32).

**Graphique 32 : Répartition des dosages de PSA en 2012 par spécialité du prescripteur**



### Les suites données au dosage de PSA

93,6% des patients qui ont eu un dosage de PSA n'ont pas eu de traitement pour le cancer de la prostate dans les deux ans qui suivent. Parmi les patients non traités, les examens associés au dosage de PSA sont le plus souvent l'échographie (pour 9,4% des patients qui ont eu un dosage PSA) et plus rarement la biopsie seule (pour 0,5% des patients ayant eu un dosage PSA) et une échographie associée à une biopsie (pour 0,6% des patients ayant eu un dosage PSA).

## Les coûts

Les dosages de PSA réalisés en 2012 ont représenté un coût pour le régime agricole de 5,9 millions d'euros, soit un coût moyen de 12,33 € pardosage.

### *d.2) Les traitements*

Le parcours des patients après dosage du PSA a été étudié grâce à l'exploitation des données de liquidation du SNIIRAM (DCIR) et des données du PMSI<sup>22</sup>.

### Les traitements les plus fréquents

6,4% des patients ayant eu un dosage de PSA ont eu un traitement. Les traitements les plus fréquents sont :

- ✓ l'hormonothérapie : pour 72% des patients traités, en monothérapie dans 64% des cas, essentiellement pour des personnes âgées de 70 ans et plus,
- ✓ la chimiothérapie : pour 19,3% des patients traités,
- ✓ la radiothérapie : pour 10,3% des patients traités,
- ✓ la prostatectomie : pour 9% des patients traités.

La curiethérapie concerne un faible nombre de patients (140). Le total excède 100% en raison des traitements associés.

### Focus sur la prostatectomie

La prostatectomie est réalisée de manière isolée dans un tiers des cas, associée à une chimiothérapie dans un tiers des cas et associée à une radiothérapie dans un tiers des cas.

2 131 patients ont été traités pour une prostatectomie, soit 9% au régime agricole. Ce taux est significativement inférieur à celui observé au sein de la population du régime général (38,1%)<sup>23</sup>.

Le taux de prostatectomie est de 30,6% pour les patients agricoles âgés entre 50 et 69 ans traités pour un cancer de la prostate. Ce taux est inférieur à la moyenne nationale qui atteint 66% pour les patients de 50-64 ans<sup>24</sup> traités pour un cancer de la prostate au sein du régime général.

Ces résultats sont toutefois en phase avec les conclusions de l'IRDES<sup>25</sup> montrant que le recours à la prostatectomie est potentiellement lié à l'offre de soins en urologie sur le territoire.

---

<sup>22</sup> La méthodologie de l'étude est détaillée en Annexe 8.

<sup>23</sup> Source : BEH 9-10, 1<sup>er</sup> avril 2014.

<sup>24</sup> Source : BEH 9-10, 1<sup>er</sup> avril 2014.

<sup>25</sup> IRDES, La pertinence des pratiques d'hospitalisation : une analyse des écarts départementaux de prostatectomies, Avril 2014. Cette étude fait état d'un taux de prostatectomie (non standardisé) de 31 pour 100 000 à 132 pour 100 000 hommes par département, avec des écarts de 1 à 4 entre les départements. L'IRDES souligne que le taux d'urologues est de 1 à 12 pour 100 000 hommes de plus de 40 ans.

### *d.3) Bilan et perspectives*

Sur le dosage de PSA en MSA, on observe l'importance des dosages prescrits alors qu'il n'y a pas de recommandation en faveur du dépistage de masse. Cette prescription étant le fait des médecins généralistes dans 85% des cas, il y a un enjeu d'appropriation des recommandations de la HAS par les prescripteurs. Dans cette perspective, la MSA se félicite des travaux amorcés sur ce sujet par les Pouvoirs Publics et l'INCA et attire l'attention sur l'enjeu d'opérationnalité des outils d'aide à la décision notamment pour les médecins traitants.

Du point de vue des traitements, on observe que la prostatectomie (seule ou associée à un autre traitement) pour la population de 50 à 69 ans est plus faible au régime agricole qu'au régime général.

Un certain nombre d'hypothèses peuvent être évoquées pour expliciter cette différence :

- un moindre recours des ressortissants agricoles à l'urologue ?  
En effet, la moindre densité d'urologues dans les départements ruraux pourrait avoir une influence sur le traitement (l'étude IRDES précitée montre que le taux de prostatectomie est plus élevé dans les départements où le nombre d'urologues est plus important).
- un éventuel retard au diagnostic dans certains cas ? Les situations diagnostiquées sont-elles d'une telle gravité que la prostatectomie soit la solution la plus sécurisée ?
- La nature de l'information dont bénéficient les ressortissants MSA en l'absence d'accès à un urologue qui peut orienter le choix d'un assuré de manière différente.

La prostatectomie est-elle le résultat d'un choix, après avoir reçu une information éclairée et conforme aux préconisations du Plan Cancer ?

Constituant un traitement définitif, la prostatectomie peut susciter un rejet (étant donné les conséquences sur les fonctions sexuelles) mais peut constituer un gage de sécurisation. Elle peut être considérée comme un traitement plus rapide et moins contraignant que les autres traitements.

Par ailleurs, une question à examiner est de savoir si la décision de prostatectomie rentre dans un processus de diagnostic confirmé de cancer dans lequel le dispositif d'annonce et la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) trouvent leur place.

L'ensemble de ces questions restent à approfondir. Ces développements devront être menés opportunément :

- ✓ en s'appuyant sur une vérification de la concordance des données du régime avec les registres départementaux du cancer disponibles,
- ✓ en s'appuyant sur une meilleure mobilisation de l'information chronologique des différents actes constitutifs du parcours,
- ✓ en s'appuyant sur un nombre plus important d'exercices de référence, pour disposer de plus de recul et de bénéficier plus largement de l'information concernant les ALD des populations agricoles dans le SNIIRAM,
- ✓ en analysant les écarts entre les territoires.

Enfin, certains éléments qualitatifs seraient à intégrer : le point de vue des professionnels de santé, et l'apport de l'analyse sociologique.

## Encadré 7 : La place du cancer de la prostate parmi les cancers au régime agricole

Source : L'incidence 2011 et la prévalence au 31/12/2011 des Affections de Longue Durée au régime agricole (CCMSA/DERS-avril 2014)

Parmi les cancers, le cancer de la prostate est celui qui a la plus forte incidence et la plus forte prévalence. L'analyse est réalisée à partir des données de l'ALD 30 (tumeurs malignes)<sup>26</sup>.

### 1. Analyse en termes d'incidence

En 2011, comme en 2010, c'est l'ALD n°30 (cancers) qui concentre le nombre de nouveaux cas le plus important (23 290 patients pour un taux d'incidence de 6,8 %, avec une évolution de -1,6% par rapport à 2007), la 2<sup>ème</sup> ALD la plus fréquente est l'ALD n°5 (insuffisance cardiaque) avec 22 381 nouveaux cas et un taux d'incidence de 6,6 %. Arrive au 3<sup>ème</sup> rang l'ALD n°8 (diabète), avec 16 961 nouveaux cas et un taux d'incidence de 5,0 %. A titre de comparaison, pour cette même année, le taux d'incidence pour l'ALD n°30 est, au régime général, de 4,9 % (source : AMELI).

Au régime agricole en 2011, la moitié des entrées en ALD n°30 regroupe cinq cancers : prostate, sein, côlon, bronches/poumons et vessie, les autres cancers présentent des effectifs inférieurs à 1 000 patients (Tableau 37).

Tableau 37 : Effectifs et taux d'incidence bruts des principales entrées pour cancers de l'ALD n°30 en 2007 et 2011

Type de cancer	Nombre de patients en 2007	Taux d'incidence en 2007	Nombre de patients en 2011	Taux d'incidence en 2011	Evolution du taux d'incidence 2007-2011
Tumeur maligne de la prostate (hommes)	5 960	3,2	4 355	2,4	-25%
Tumeur maligne du sein (femmes)	3 359	2,0	3 239	2,1	3%
Tumeur maligne du côlon	3 002	0,8	1 973	0,6	-29%
Tumeur maligne des bronches/poumons	1 340	0,4	1 388	0,4	8%
Tumeur maligne de la vessie	981	0,3	1 077	0,3	11%
Autres cancers	10 413	2,9	11 753	3,4	19%
Nbre de patients touchés par au moins un cancer	25 052	7,0	23 290	6,8	-2%

Source : MSA

La baisse de l'incidence de ces affections malignes est significative depuis 2007, en particulier pour le cancer de la prostate, et le cancer du côlon (baisse de respectivement 25% et 29 %). A l'inverse, le taux d'incidence pour le cancer du sein a augmenté chez les femmes de + 3 % depuis 2007.

Après standardisation des taux par âge et sexe du régime agricole, sur la base de la population française métropolitaine au 1er janvier 2012 (Source : Insee), les taux d'incidence du cancer de la prostate au régime agricole et au régime général sont équivalents, la différence entre les taux bruts s'expliquant principalement par la structure d'âge différente des deux régimes (Tableau 38).

<sup>26</sup> ce qui est une approche restreinte et qui devra être dans un second temps corrélée aux données des registres des cancers.

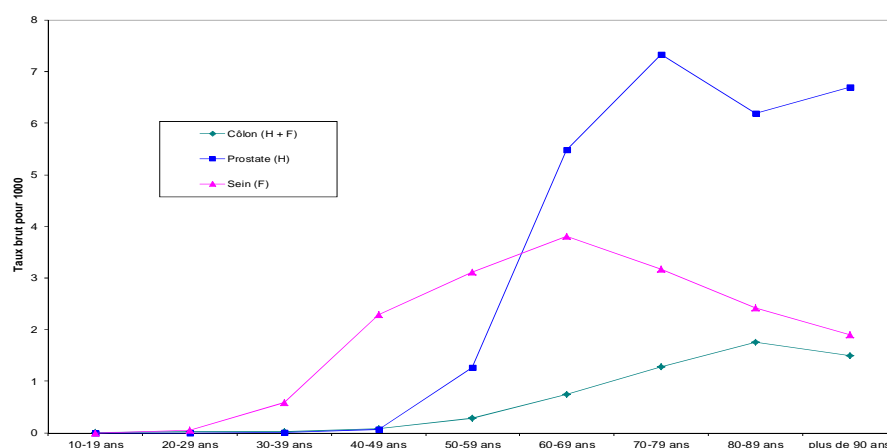
**Tableau 38 : Taux d'incidence brut et standardisé (pour 1000) du cancer de la prostate et du cancer du sein au régime agricole et au régime général en 2011**

Type de cancer	Régime agricole		Régime général
	Taux d'incidence brut	Taux d'incidence standardisé	Taux d'incidence
Cancer du sein (femmes)	2,1	1,7	1,8
Cancer de la prostate (hommes)	2,4	1,5	1,5

Source: MSA et AMELI

**Il existe pour le cancer de la prostate un pic du taux d'incidence entre 70 et 79 ans (Graphique 33).**

Un pic est observé dans la tranche d'âge 60-69 ans chez les femmes pour le cancer du sein et dans la tranche 80-89 ans pour le cancer du côlon.



**Graphique 33 : Taux d'incidence brut (pour 1000) par tranche d'âge des trois principaux cancers en 2011**

**L'âge moyen d'entrée en ALD est de 73,3 ans pour les hommes ayant un cancer de la prostate (et de 67,3 ans pour les femmes ayant un cancer du sein et de 76 ans pour les patients ayant un cancer du côlon).**

## 2. Analyse en termes de prévalence

**L'ALD n°30 (cancers) est l'ALD dont l'effectif est le plus important, soit 167 489 patients pour un taux de prévalence de 49,6 % au 31 décembre 2011 (+9,6% par rapport à 2007).** Ainsi, près de cinq assurés sur 100 affiliés au régime agricole bénéficient d'une exonération au titre d'une ALD pour un cancer (contre 3 personnes sur 100 au régime général<sup>27</sup>). Ceci est principalement lié à la structure par âge de la population protégée du régime agricole, plus âgée.

**Le taux de prévalence au sein de la population couverte par le régime agricole, standardisé avec une structure par âge et sexe proche de celle de la population relevant du régime général (population française métropolitaine au 1er janvier 2012, source INSEE) se trouve à un niveau inférieur à celui du régime général : 30,6 % vs 31,9 %.** Cette tendance concerne tant les salariés agricoles que les non-salariés agricoles.

En 2011, les deux localisations cancéreuses les plus fréquentes donnant lieu à une reconnaissance au titre d'une ALD sont le cancer de la prostate pour les hommes (Tableau 39) et le cancer du sein chez les femmes (Tableau 40).

<sup>27</sup> Source : AMELI.



**Tableau 39 : Effectifs et taux de prévalence brut des principaux cancers chez les hommes au 31 décembre 2011**

Tumeurs	Nombre de pathologies cancéreuses chez les hommes	Répartition des patients (en %)	Taux de prévalence brut pour 1000
Prostate	45 337	47%	25,0
Colorectal	10 511	11%	5,8
Vessie	5 412	6%	3,0
Rein	2 984	3%	1,6
Bronches et poumons	2 557	3%	1,4
Autres cancers de la peau	2 543	3%	1,4
Leucémie lymphoïde	2 091	2%	1,2
Autres cancers	24 218	25%	13,4
Total cancers	95 685	100%	52,8
Source : MSA			

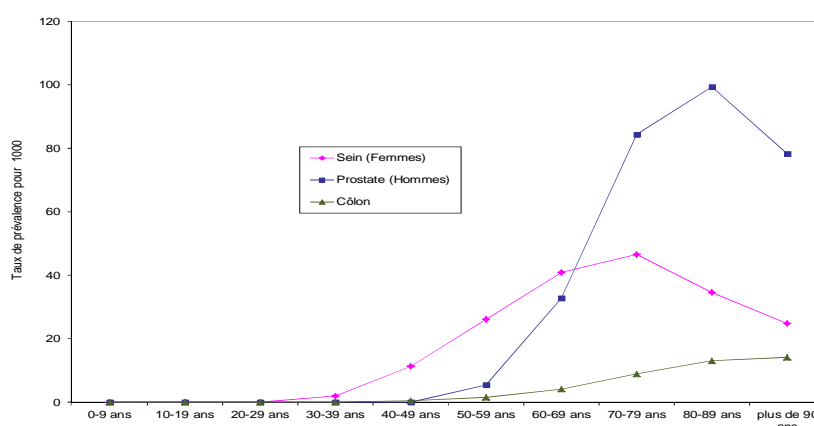
**Tableau 40 : Effectifs et taux de prévalence brut des principaux cancers chez les femmes au 31 décembre 2011**

Tumeurs	Nombre de pathologies cancéreuses chez les femmes	Répartition des patientes (en %)	Taux de prévalence brut pour 1000
Sein	36 093	45%	23,1
Colorectal	8 844	11%	5,6
Corps de l'utérus	3 578	4%	2,3
Thyroïde	3 190	4%	2,0
Mélanome	2 379	3%	1,5
Autres cancers de la peau	2 189	3%	1,4
Autres cancers	24 583	30%	15,7
Total cancers	80 856	100%	51,6
Source : MSA			

**Le cancer de la prostate a un taux de prévalence de 25 %. Au 31 décembre 2011, 12 % des hommes en ALD 1 à 32 le sont pour un cancer de la prostate.**

Depuis 2007, l'évolution du taux de prévalence pour un cancer de la prostate varie d'une année sur l'autre de 0% (de 2010 à 2011) à + 4% (de 2008 à 2009).

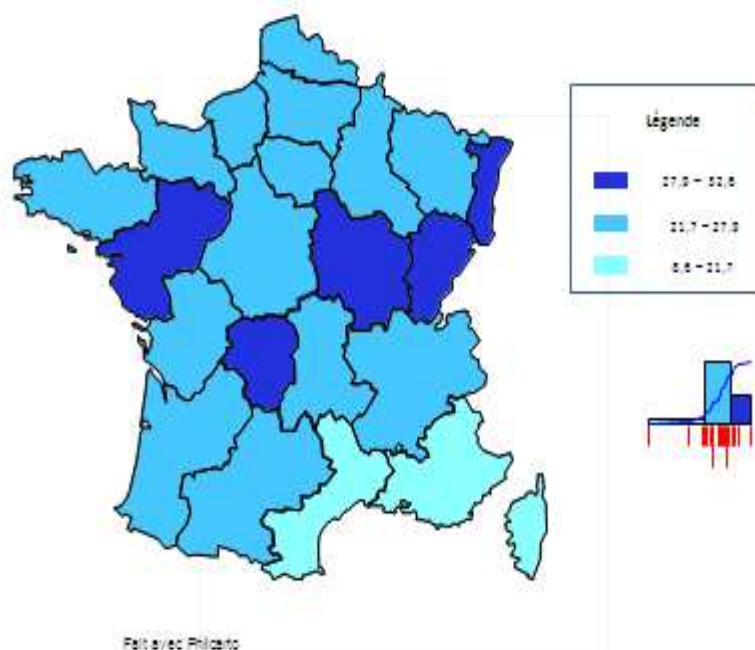
A partir de 60 ans, la croissance du taux de prévalence, en fonction de l'âge, est très importante. La prévalence est maximale dans la classe d'âge 80-89 ans ; à cette période de la vie un homme sur dix est en ALD pour un cancer de la prostate (Graph. 34).



**Graphique 34 : Taux de prévalence brut (pour 1000) par tranche d'âge des trois principaux cancers en 2011**

Le taux de prévalence standardisé d'une reconnaissance en ALD pour un cancer de la prostate est plus faible dans les régions du Sud-Est (Carte 17).

Le taux le plus bas est observé en Corse (8,6 ‰) et le taux le plus élevé dans le Limousin (32,6 ‰).



**Carte 17 : Taux de prévalence standardisé par âge du cancer de la prostate selon la région au 31 décembre 2011**

Le taux de prévalence brut d'une ALD pour cancer de la prostate dans la population des hommes relevant du régime des non-salariés agricoles est près de trois fois supérieur à celui observé pour le régime des salariés agricoles (Tableau 41). La standardisation de ces taux par âge génère un écart beaucoup plus réduit entre les deux régimes, mais avec une tendance similaire : les personnes relevant du régime des non-salariés agricoles bénéficient davantage d'une exonération du ticket modérateur au titre d'un cancer de la prostate que les salariés agricoles (13,9 ‰ vs 12,3 ‰).

**Tableau 41 : Taux de prévalence brut et standardisé par âge du cancer de la prostate brut et standardisé par âge selon le statut au 31 décembre 2011**

	Population masculine RNIAM au 01/01/2012	Nombre de patients	Répartition	Age moyen	Taux de prévalence brut pour 1000	Taux de prévalence standardisé pour 1000 (*)	Risque relatif	
							RR SA/NSA	IC 95% RR
Non-salariés	837 521	32 546	72%	77,9	38,9	13,9	0,88	0,86   0,90
Salariés	973 747	12 789	28%	74,2	13,1	12,3		
CMU	/	2	0%	60,5	.	.		
Total	1 811 268	45 337	100%	76,9	25,0	.		

Source : MSA

(\*) La population de référence est la population masculine couverte en maladie au régime agricole au 1er janvier 2012 (source : Rniam)

Au 31 décembre 2011, le taux de prévalence brut des patients en ALD n° 30 pour un cancer de la prostate est de 25 ‰ au régime agricole; il est plus élevé que le taux de prévalence observé au régime général (12,28 ‰).

Cette différence s'explique par la structure par âge de la population protégée du régime agricole, plus âgée que celle du régime général. Toutefois, **le taux de prévalence au régime agricole, standardisé avec une structure par âge proche de celle du régime général (population française métropolitaine au 1er janvier 2012)<sup>28</sup> se trouve à un niveau supérieur à celui du régime général : 13,6 ‰ vs 12,3 ‰ (Tableau 42). Cette tendance est significative pour les patients relevant du régime des non-salariés agricoles et l'ensemble des patients du régime agricole, mais pas pour les salariés agricoles pour lesquels le taux standardisé n'est pas significativement différent de celui du régime général.**

**Tableau 42 : Taux de prévalence du cancer de la prostate pour 1000, standardisé par âge, au régime agricole et taux de prévalence brut au régime général au 31 décembre 2011**

		Taux de prévalence standardisé pour 1000 (*)			Taux de prévalence brut pour 1000
MSA	Non-salariés	14,16	Régime général		12,28
	Salariés	12,43	Source: AMELI		
	Ensemble	13,59			

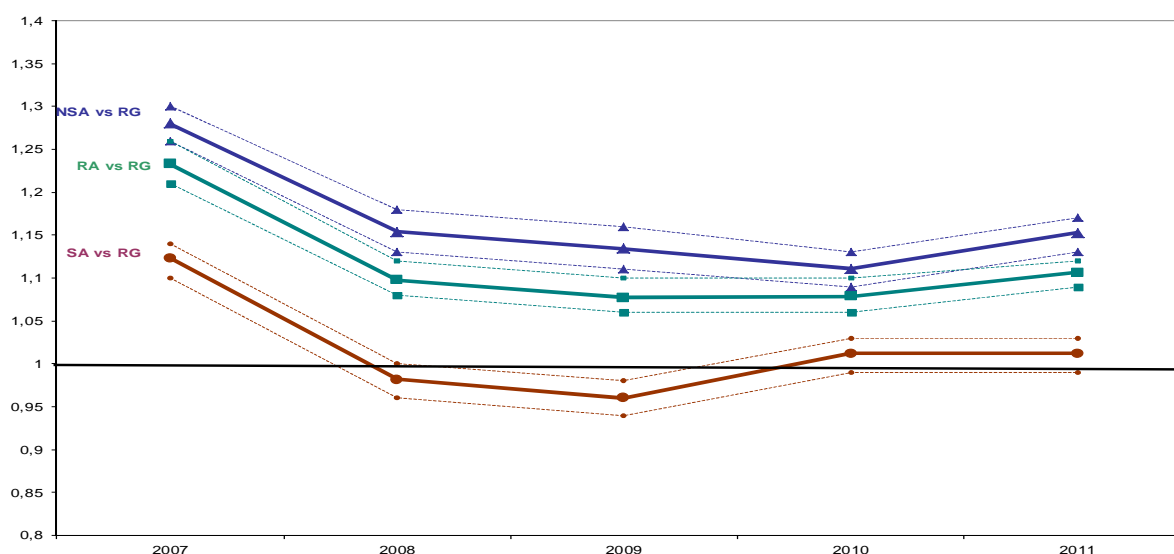
Source : MSA

(\*) Standardisation par âge sur la base de la population masculine française métropolitaine au 01/01/2012 (Source : INSEE)

Enfin, les risques relatifs des taux de prévalence standardisés par âge sont analysés selon le statut et le régime.

En 2007, la probabilité pour un homme relevant du régime des non-salariés agricoles d'être en ALD pour un cancer de la prostate<sup>29</sup> est 1,3 fois plus élevée que chez un ressortissant du régime général (Graphique 35). Cette probabilité a connu un fléchissement jusqu'en 2010 pour augmenter à nouveau dès 2011.

**Graphique 35 : Risques relatifs des taux de prévalence du cancer de la prostate standardisés par âge, par statut, au régime agricole par rapport au régime général, de 2007 à 2011**



<sup>28</sup> Les taux de prévalence standardisé chez les salariés et non-salariés sont légèrement différents de ceux du tableau 41 car le numérateur pour le tableau 42 correspond au nombre d'affections contrairement au tableau 41 où il comptabilise le nombre de patients.

<sup>29</sup> ALD n°30, code CIM 10 C61.

A l'exception de l'année 2007 où la probabilité pour les salariés agricoles d'être en ALD pour un cancer de la prostate est significativement plus élevée que celle des personnes affiliées du régime général, les salariés agricoles ont un risque équivalent aux salariés du régime général.

**Au final, le recours à l'hospitalisation des ressortissants agricoles - et notamment le recours aux urgences - suggère des marges de progrès sur la prise en charge - notamment en ambulatoire - de certaines pathologies qui doivent se traduire en terme de qualité pour l'assuré et potentiellement en termes de dépenses évitables.**

**La prise en charge des assurés diabétiques appelle la mise en place d'une sensibilisation aux examens recommandés par la HAS, pour eux-mêmes, et pour leurs soignants, à commencer par leur médecin traitant.**

**L'observation de la prise en charge du cancer de la prostate sera approfondie sous l'angle du parcours.**

### **3.2.2. Améliorer l'accompagnement des assurés tout au long de la vie, dans une approche préventive, et en privilégiant une réponse globale aux besoins de la personne**

La prévention doit s'entendre de plus en plus comme globale, prenant en compte l'ensemble de la vie de l'assuré et non comme une activité séquencée par les différentes phases de son parcours de vie. Elle comporte donc la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

La MSA réaffirme son parti-pris en matière de prévention à toutes ces étapes, en intégrant au maximum l'entourage du patient, en particulier son aidant.

#### **3.2.2.1. Les éducations en santé**

A côté de la diffusion des recommandations de pratique, de la mise en place de systèmes d'information performants et communicants, de l'organisation des soins à partir des soins primaires, la nécessité d'un soutien aux malades chroniques en vue de favoriser leur autogestion, est aujourd'hui admise. Ce soutien est même considéré dans la littérature comme une condition du succès de tout dispositif d'accompagnement des malades chroniques.

L'exercice pratique des soins ainsi que la recherche démontrent que ce soutien est dans certains cas insuffisant (et peu efficient) s'il se limite à une simple information. L'abondance de l'information accessible à la population pose aujourd'hui la problématique de sa valeur, de sa compréhension, de sa lecture critique, de sa synthèse, de sa transmission, de son accompagnement, de son applicabilité et, en raison de sa nature souvent centrée sur une maladie, du risque de « tribalisme autour des sites internet spécialisés<sup>30</sup> ».

Pour une partie de la population, une véritable démarche pédagogique est donc indispensable à la mise en application des savoirs. Cette éducation (« pour la santé » à l'intention des bien portants, « thérapeutique » pour les malades), participative et responsabilisante, conditionne l'efficacité des autres approches des soins chroniques (coordination, coopération inter professionnelle, télé santé) et l'atteinte de résultats de santé satisfaisants. Dans sa forme, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) n'est pas aujourd'hui adaptée aux soins primaires. Notamment parce qu'elle ne se présente pas sous une approche assez globale pour s'intéresser à l'ensemble des comorbidités présentées par les malades chroniques.

En conséquence, la MSA a décidé de proposer à ses assurés les actions de soutien décrites ci-après.

---

<sup>30</sup> Sadek Beloucif.

Afin de ne pas contribuer à troubler davantage la vision du système de soins, mais au contraire à favoriser un parcours optimal des assurés, ces actions ont vocation à être déclinées par les professionnels de soins primaires eux-mêmes, auprès de la population qu'ils prennent habituellement en charge et surtout sans création d'un dispositif nouveau.

#### *a) L'éducation à la santé familiale (ESF)*

Le concept « éducation à la santé familiale » est né d'une réflexion partagée entre le Laboratoire des Educations et Pratiques en Santé, l'Union Nationale des Associations Familiales et la MSA. A partir des modèles éducatifs utilisés en santé, il s'agit d'apprendre aux familles et aux jeunes à prendre en charge les petits maux du quotidien sans recours à un professionnel de santé.

Le modèle retenu est issu d'une série d'enquêtes auprès des familles et des jeunes interrogés entre 2008 et 2011. Ces enquêtes ont validé l'hypothèse d'un besoin de formation ressenti par les familles et les adolescents et ont permis de déterminer le contenu et le format des apprentissages. Les données, retravaillées lors de réunions d'experts ont abouti à un programme socle composé de 4 modules (troubles de santé mineurs, petite traumatologie, situations d'urgence, situations d'exception) auxquels peuvent s'ajouter 3 modules optionnels (gérontologie, puériculture, jeunes) en fonction des besoins du public touché. L'éducation à la santé familiale s'appuie sur les recommandations de bonne pratique de la revue PRESCRIRE (avec son autorisation) notamment sur une série d'articles publiés entre 2008 et 2011 sous les rubriques « affections du quotidien » et « automédication courante ».

Les conclusions de la première phase d'expérimentation montrent une bonne adaptation du programme éducatif aux besoins et aux demandes des familles et des jeunes. La faisabilité du format proposé est confirmée. Le sentiment de compétence des bénéficiaires pour la prise en charge des maux de santé courants est élevé (plus de 70%) pour toute une gamme de soins allant de la petite traumatologie (coupure, piqure d'insecte, petit pansement, brûlure, ampoule, surveillance après une chute) à des affections aiguës courantes (toux, mal de gorge, fièvre de l'enfant, brûlures d'estomac, mal de tête, rhume, malaise, vomissements, diarrhée) et à des mesures de prévention (en cas de canicule, prévention des chutes, gestion des médicaments des personnes âgées). Pour d'autres (bouton de fièvre, coliques du nourrisson, douleur articulaire, orientation d'une personne en cas d'addiction), le sentiment de compétence résultant de l'éducation est moins élevé (entre 50% et 60%).

Lors des entretiens téléphoniques, les patients ont déclaré avoir, grâce aux apprentissages, évité des recours à un professionnel de santé ou à un service d'urgences.

Une deuxième phase expérimentale est actuellement conduite en partenariat avec l'ARS Lorraine dans trois secteurs ruraux dont l'accès à un service d'urgence est supérieur à 30 minutes. 24 éducateurs ont été formés et doivent mettre en œuvre le programme à partir de septembre 2015. L'objectif est de dispenser 30 ateliers éducatifs auprès de 300 personnes. L'évaluation portera sur les apprentissages et leur mise en pratique ainsi que sur des données de consommation de soins non programmés.

#### *b) L'éducation thérapeutique du patient (ETP)*

Le programme d'éducation thérapeutique a été développé sous l'impulsion de la MSA au début des années 2000, dans le cadre d'un plan d'accompagnement des malades chroniques. La méthode de l'éducation thérapeutique a été choisie en raison de sa reconnaissance comme un

moyen de soutien thérapeutique efficace et efficient. La volonté a été d'adapter son principe au secteur d'activité ambulatoire et aux territoires ruraux (accès difficile à l'ETP).

Le choix des maladies cardiovasculaires a été dicté par la forte prévalence de ces maladies dans la population assurée au régime agricole. Le programme d'ETP MSA s'adresse aux insuffisants cardiaques, aux coronariens et aux hypertendus. Le recrutement se distribue comme suit : insuffisants cardiaques = 14%, coronariens = 23% et hypertendus = 55%.

Le recrutement des éducateurs respecte une stratégie de déploiement d'ETP intégrée aux soins primaires. Elle se traduit par la mise en place d'équipes éducatives intégrées de proximité, composées de professionnels de santé de premier recours, reconnus par leurs collègues, notamment par les médecins traitants, mais aussi connus par la population des patients cibles. La constitution et la supervision de ces équipes éducatives sont réalisées par les référents ETP de la MSA, présents dans chaque caisse.

Le programme a été conçu en respectant les phases recommandées par la HAS. La sensibilisation des malades est principalement confiée au médecin traitant, qui reste au cœur du dispositif, même s'il est rarement intervenant direct.

L'évaluation continue du programme, menée dès avant l'obligation réglementaire, montre des effets chez les patients, parmi les équipes ainsi que chez les médecins généralistes.

Les bénéficiaires (plus de 15 500 depuis 2006) acquièrent des compétences de sécurité, d'auto-soins et psychosociales. Ils voient progresser leur sentiment d'efficacité personnelle, leur autonomisation (empowerment) se renforcer. Leur niveau de satisfaction et la qualité ressentie de la prestation éducative sont élevés.

Les éducateurs perçoivent très positivement leur rôle, apprécient le travail en équipe ainsi que la procédure et les outils mis à disposition par leurs référents ETP de la MSA. Leur pratique éducative entraîne une forte dynamique de travail et de motivation accompagnées d'une évolution de leur posture soignante dans les actes de soins traditionnels.

L'implication des médecins généralistes, si elle reste modeste dans la fonction éducative directe, est réelle au niveau de l'inscription de leurs patients pour plus de 80% d'entre eux. Comme pour les éducateurs non médecins, leur attitude soignante est modifiée et dans tous les cas les relations médecin-patient très améliorées, les relations patient-entourage également. La proximité et l'intégration dans les soins locaux sont très appréciées, notamment pour les équipes éducatives exerçant en MSP.

En 2014, le renouvellement des autorisations a été piloté au niveau national. Le dossier de demande de renouvellement de l'autorisation du programme d'éducation thérapeutique pour patients atteints de pathologies cardiovasculaires a été déposé auprès de chaque ARS en décembre 2014 par la CCMSA.

Les perspectives 2015 de l'éducation thérapeutique s'inscrivent notamment dans la démarche de télé-services appliquée aux malades chroniques (cf point 3.2.2.2). A partir du modèle des soins chroniques (Wagner) et de la stratification des risques (pyramide KP modifiée), la MSA a entamé une réflexion en vue de la mise en œuvre de télé-services destinés à soutenir l'investissement des assurés malades chroniques dans l'autogestion de leur santé. En s'appuyant sur les aides à la décision, sur les données issues du système d'information, il s'agit de fournir aux assurés concernés et volontaires, les moyens d'intervenir dans leurs soins, leur suivi, l'évaluation de leur santé en partenariat avec leur médecin traitant.

### **3.2.2.2. Une offre de prévention ciblée, en lien avec le médecin traitant**

Pour l'exercice 2014, le programme national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires des professions agricoles comportait 23 actions et dispositifs coordonnés au niveau central et une centaine d'actions d'initiative locale. Les actions nationales sont déployées par toutes les caisses de MSA.

L'offre de prévention de la MSA est proposée aux assurés en fonction de leurs risques et/ou facteurs de risques, en lien avec le médecin traitant. Les résultats marquants de l'exercice 2014 sont décrits ci-après.

#### ***Instants Santé jeunes : succès confirmé pour la nouvelle procédure***

Le programme Instants Santé propose aux ressortissants du régime agricole un bilan de santé périodique au cours duquel ces derniers bénéficient d'examens en fonction de leurs facteurs de risque et d'une consultation de prévention.

Sur les 191 439 adhérents âgés de 25 à 74 ans invités aux Instants Santé adultes :

- ✓ 54 286 ont réalisé l'examen pré-médical, soit 28 %
- ✓ 34 034 ont réalisé la consultation de prévention, soit 18 %.

Le dispositif Instants Santé jeunes concerne les assurés et ayants droits âgés de 16 à 24 ans. Leur participation est en nette augmentation depuis la mise en place de la nouvelle procédure (préparation de la consultation de prévention sur le site <http://isjeunes.msa.fr/> et remise d'un chèque sport à l'issue de la consultation). Elle est passée de 7% en 2012, à 17% en 2013 pour atteindre 25% en 2014, avec plus de 11 000 jeunes qui ont bénéficié de la consultation auprès de leur médecin traitant. Par ailleurs, un Tchat événementiel sur la thématique des addictions, organisé par la MSA le 26 mars 2015, a permis à deux spécialistes de la thématique de répondre en direct à une quarantaine de questions.

#### ***Parcours Nutrition Santé : un accompagnement personnalisé sur prescription du médecin traitant***

Pour compléter l'offre de prévention du dispositif Instants Santé, la MSA a mis en place un Parcours Nutrition Santé. Ce programme d'accompagnement nutritionnel par une diététicienne est proposé aux assurés âgés de 16 à 74 ans sur prescription du médecin traitant dans le cadre du bilan de prévention. L'objectif est de transmettre aux participants les connaissances nécessaires pour modifier leurs comportements alimentaires et prévenir notamment les risques de surpoids, d'obésité et de maladies chroniques.

Plus de 3 000 Parcours Nutrition Santé ont été prescrits par les médecins traitants à nos assurés âgés de 16 à 74 ans en 2014 (dont plus de 470 pour les jeunes). Près de 900 assurés ont bénéficié d'une séquence d'information nutritionnelle lors de la séance pré-médicale des Instants Santé. Au total, ce sont plus de 1 300 de nos adhérents qui ont bénéficié d'un accompagnement ou d'information nutritionnelle dans le cadre du Parcours Nutrition Santé. Plus de 90 % des assurés (jeunes ou assurés de 25 à 74 ans) ont réalisé le parcours dans son intégralité.



### ***Définition d'une offre télé service prévention destiné aux assurés***

La MSA souhaite déployer un programme pluriannuel de télé-services. Un premier bouquet de 3 télé-services « Prévention » sur des cibles spécifiques a été défini en 2014. Ces télé-services prévention ont vocation à diffuser la stratégie de prévention de la MSA au travers des outils numériques (web et mobile), à relayer les actions de terrain et à valoriser les données du Système d'Information MSA qui font sa force. Ces 3 télé-services seront accessibles depuis le portail sécurisé assuré <http://www.msa.fr>.

Les 3 télé-services qui ont été retenus sont :

1. **un Tchat jeunes** intégré dans le site « Instants santé jeunes » (bilans périodiques de santé), permettant aux jeunes (16-25 ans) d'obtenir de façon anonyme et gratuite, des réponses à des préoccupations de santé bien identifiées.
2. **Un service de télé-éducation centré sur des pathologies chroniques notamment les maladies cardiovasculaires**, composé d'un serious game et d'un coach virtuel permettant aux assurés MSA de bénéficier d'un suivi rapproché de leur maladie en complément des séances d'éducation thérapeutique déployées sur le terrain. Ce service pourrait être complété d'un « pilulier intelligent » afin de faciliter l'observance et d'informer sur les risques iatrogènes.
3. **Un carnet de liaison pour les parents et jeunes enfants**. Ce service informationnel permettra aux parents d'avoir tous les éléments pour un meilleur suivi du parcours de prévention de leurs enfants.

### ***Une politique de prévention bucco-dentaire à tous les âges***

La MSA propose à ses adhérents une offre globale en prévention bucco-dentaire, en constante évolution et qui cible tous les âges clés de la santé bucco-dentaire.

En 2014, l'offre bucco-dentaire a été complétée par deux nouvelles actions. La première, issue des conventions médicale et dentaire, a permis à 1 751 femmes enceintes de bénéficier d'un examen de prévention bucco-dentaire sur les 14 433 femmes invitées (taux de participation de 12,1 %). La seconde, spécifique au régime agricole, a proposé à 10 981 femmes six mois après leur accouchement de réaliser un bilan bucco-dentaire. Ce bilan a profité à 1 583 femmes.

En 2014, pour l'ensemble des actions de prévention bucco-dentaire, la MSA a pris en charge 80 534 examens de prévention.

Concernant le dispositif M'T dents, le taux de participation aux examens de prévention bucco-dentaire tous âges confondus est de 36,6 %. Les enfants de 6 ans ont le taux de participation le plus élevé (51 %). Ce taux atteint 63 % si l'on ajoute les examens bucco-dentaires réalisés dans le cadre de l'action à destination des 7 ans (rattrapage des enfants n'ayant pas participé au dispositif M'T dents dans l'année de leur 6 ans). Les enfants de 9 et 12 ans ont un taux de participation supérieur à 42 %. Le taux de participation est de 33,7 % pour les jeunes âgés de 15 ans et de 14,3% pour les 18 ans. Pour ces derniers, ce taux est dû en partie à la perte de plus de 25% de la population couverte entre 18 et 19 ans (changement de régime d'affiliation).

## ***Le parcours de prévention pour les personnes en situation de précarité : une prise en charge globale***

En 2014, dans le cadre du parcours de prévention :

- ✓ 1 460 personnes ont bénéficié d'un bilan de santé,
- ✓ 1 244 personnes ont bénéficié de l'action bucco-dentaire. Parmi elles, 588 ont été examinées par le chirurgien-dentiste conseil, 135 ont réalisé un bilan bucco-dentaire chez le chirurgien-dentiste traitant et 68 ont été accompagnées par la MSA dans le cadre de la mise en place du plan de soins défini par le chirurgien-dentiste traitant.
- ✓ 383 personnes ont participé aux ateliers « prendre soin de sa santé » animés par des travailleurs sociaux spécifiquement formés.

## ***Des actions collectives de prévention pour seniors déployées en inter-régimes***

Le développement partenariat inter régime retraite en matière d'actions collectives de prévention destiné aux seniors s'est matérialisé par la signature en janvier 2014 de la convention inter-régime « La retraite pour le Bien Vieillir » entre la CNAV, la MSA et le RSI. L'objectif est de renforcer l'offre commune inter-régime pour la prévention et la préservation de l'autonomie à destination de tous les bénéficiaires des caisses de retraite (informations et conseils pour les seniors, programmes d'actions collectives de prévention, actions individuelles).

L'offre MSA en matière d'actions collectives pour les seniors comporte 5 actions d'éducation à la santé : les conférences-débats, les Ateliers du « Bien Vieillir » (ABV), les ateliers Peps Eurêka, les ateliers nutrition et les ateliers de prévention des chutes.

L'offre seniors MSA est inter-régimes et se déploie à travers des structures inter-régimes de prévention dont les Associations de Santé d'Education et de Prévention sur les Territoires.

Pour promouvoir cette offre, une stratégie est en cours de construction entre la CNAV, la MSA et le RSI, avec une palette d'outils.

En 2014, près de 1 750 cycles d'ateliers et conférences ont réuni plus de 27 000 participants.

## ***Dépistage du cancer de la peau : l'organisation d'une opération de télé-dermatologie***

La MSA a mis en place pour la deuxième année consécutive, le 22 mai 2014, une opération de télé-expertise en dermatologie lors de la journée nationale de dépistage des cancers cutanés, organisée par le Syndicat National des Dermatologues-Vénérologues (SNDV).

Cette opération de télé-dermatologie s'est appuyée :

- ✓ D'une part, sur des praticiens MSA volontaires, préalablement formés par des dermatologues du SNDV, qui ont procédé au repérage de lésions suspectes et transmis pour avis, via un smartphone, les clichés de ces lésions à une plateforme de dermatologues.
- ✓ D'autre part, sur des dermatologues du SNDV réunis à la CCMSA, qui ont analysé les clichés des lésions et adressé en retour, la conduite à tenir pour le patient.

L'objectif principal de cette opération était d'alerter les assurés MSA sur les risques d'exposition aux UV naturels ou artificiels, sur les dangers des cancers de la peau mais aussi de les sensibiliser au dépistage précoce.

- 21 médecins volontaires dont 11 médecins du travail et 9 médecins-conseils ont mis en œuvre cette opération
- 289 assurés ont bénéficié du dépistage dans l'un des 15 centres de télé-dépistage.
- 5 dermatologues ont expertisé les clichés de 199 patients parmi lesquels :
  - ✓ 105 ne présentaient pas de lésion suspecte (soit 53% des patients)
  - ✓ 16 ont été invités à consulter un dermatologue dans l'année pour une lésion à surveiller (8%)
  - ✓ 61 ont été invités à prendre rendez-vous avec un dermatologue, sans urgence, pour une lésion à traiter (31%)
  - ✓ 17 patients ont été invités à consulter un dermatologue dans les 10 jours (9%), parmi lesquels 12 présentaient une suspicion de mélanome.
  - ✓ 1 mélanome a été confirmé par examen anatomopathologique.

### ***Sevrage tabagique : le renforcement du dispositif d'accompagnement à l'arrêt du tabac***

La prise en charge des substituts nicotiques dans le cadre du dispositif « accompagnement des personnes souhaitant arrêter de fumer » rencontre moins de succès auprès des assurés depuis l'arrivée de la cigarette électronique. En effet, le nombre de bénéficiaires du dispositif d'aide au sevrage tabagique est en baisse de 13%. Seuls 6 343 assurés ont bénéficié en 2014 d'une prise en charge de Traitements par Substituts Nicotiques contre 7 330 en 2013. Ces résultats suivent la tendance observée par la CNAMTS qui constate également une forte baisse du nombre de bénéficiaires du dispositif d'aide à l'arrêt du tabac (-27% entre T3 2013 et T3 2014).

Néanmoins, les résultats publiés dans le baromètre santé 2014 par l'INPES révèlent notamment que :

- le nombre de fumeurs âgés de 15 à 75 ans ayant fait une tentative d'arrêt est en hausse en 2014 et cette hausse est particulièrement importante chez les jeunes,
- l'e-cigarette est perçue comme une aide à l'arrêt du tabac par les fumeurs vapoteurs (88% d'entre eux estiment qu'elle leur permet de réduire la consommation de tabac et 82% qu'elle pourrait les aider à arrêter).

Pour continuer à lutter activement contre le tabagisme chez les jeunes, la MSA va proposer prochainement une application mobile visant à aider les jeunes dans leur démarche de sevrage tabagique. Cette application leur permettra de bénéficier d'un accompagnement régulier et personnalisé, de conseils et d'informations ainsi que d'une orientation vers les structures et les professionnels susceptibles de les aider.

### *Le dépistage organisé du cancer du sein : une hausse de la participation des assurées agricoles*

Le taux de participation des femmes, ressortissantes du régime agricole, invitées au dépistage organisé du cancer du sein est de 55,6 % en 2014 (taux calculé par l'InVS) contre 54 % en 2013, soit une hausse de 1,6 point. Le taux tous régimes est de 50,1 %.

#### **3.2.2.3. Un parcours de prévention en santé pour les aidants**

Cette action nouvellement proposée par la Mutualité Sociale Agricole et expérimentée par 4 de ses caisses, s'inscrit dans sa politique de soutien des aidants proches.

Cette action a été lancée à partir de 2013, dans le prolongement des recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2010, sur le suivi sanitaire des aidants.

Ciblant un public d'aidants de personnes dépendantes, quelle qu'en soit la cause (âge, maladie chronique ou handicap), elle a pour objectifs de sensibiliser aidants et professionnels de santé aux risques médicaux liés à l'aide, de les dépister et d'instaurer le suivi nécessaire afin de préserver au mieux leur santé.

#### **Le dispositif**

Cette action se présente comme un parcours en 3 étapes sur une durée maximale de 6 mois, centrée sur une consultation médicale encadrée par 2 temps psycho-éducatifs collectifs.

- ✓ Les aidants repérés (soit par les partenaires de proximité habituels, soit via l'aidé par requêtage de numéro ALD à partir des bases de la caisse) sont invités par courrier et par groupe de 12 personnes maximum, à un **1<sup>er</sup> atelier d'information**, sensibilisant les participants au stress et à ses conséquences sur leur santé.
- ✓ Cette prise de conscience doit notamment les inciter à participer à la 2<sup>ème</sup> phase de l'action : **la consultation chez leur médecin traitant**, celui-ci ayant été préalablement informé de cette action sur le territoire. Au cours de l'examen, le médecin recherche les troubles classiquement décrits chez les aidants<sup>31</sup>, instaure un traitement ou un suivi préventif si nécessaire, et renseigne les données sur un questionnaire préétabli qui sera adressé au contrôle médical de la caisse de MSA, pour saisie et règlement des honoraires.
- ✓ En aval de la consultation, la 3<sup>ème</sup> étape est **un temps d'échange collectif**, faisant le bilan de cette action, insistant sur l'intérêt du répit, et évoquant les actions de suite possibles, proposées par la caisse de MSA ou développées sur le territoire (formation, groupes de paroles, aide à domicile, garde de l'aidé, séjour vacances,...).

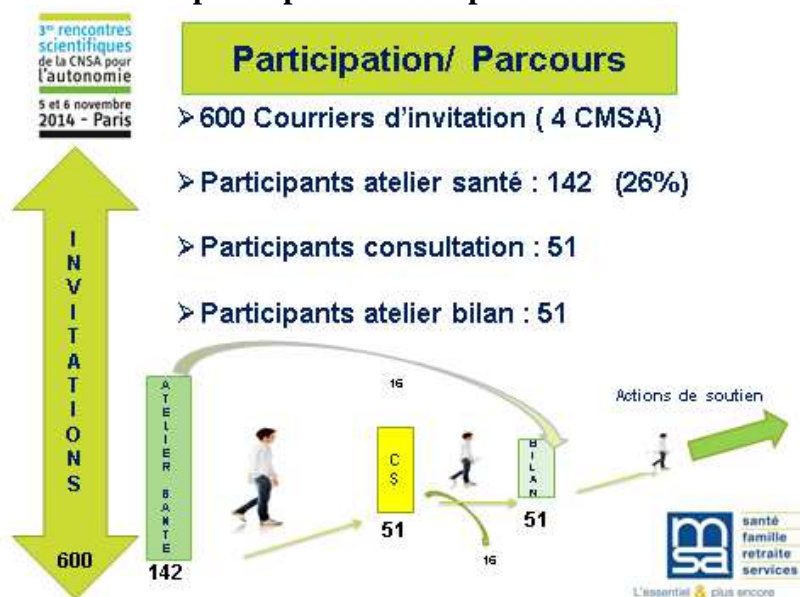
---

<sup>31</sup> « Suivi médical des aidants naturel » HAS / service des bonnes pratiques professionnelles/ février 2010.

## Les résultats

**La participation** : Cette expérimentation étant toujours en cours, le travail présenté ici, repose sur les résultats des 1<sup>ères</sup> vagues d'invitation, suite à l'envoi de 600 propositions d'invitation. L'exploitation des premières données<sup>32</sup> à partir des questionnaires et tests réalisés à chacune des étapes, porte sur les 142 participants au 1<sup>er</sup> atelier, sur les 51 personnes du 2<sup>ème</sup>, et sur les 51 consultations recensées à ce jour. La participation est ainsi résumée par le schéma 1 ci-après.

**Schéma 1 : Parcours de prévention en santé des aidants et les résultats de participation de l'expérimentation**



### **Le profil des aidants :**

- ✓ On note 63% de femmes contre 37% d'hommes.
- ✓ L'âge moyen est de 73 ans (allant de 31 à 92 ans).
- ✓ 65 % aident leur conjoint, 23% leurs parents et 12% leur enfant.
- ✓ Une très grande majorité (89%) sont aidants depuis plus d'un an et interviennent plusieurs fois par jour, 50% habitent avec l'aidé, et seul 10% ont une activité professionnelle.
- ✓ Près de la moitié déclarent se sentir isolés dans leur rôle et 28% sont seuls à apporter cette aide. Pour autant 66% disent prendre du temps pour eux et 44% ont déjà participé à des actions de soutien. 10% déclarent ne pas avoir de suivi médical et à l'issue de la sensibilisation aux risques santé, 69% manifestent leur intention de consulter leur médecin traitant sur leur situation d'aidant.

<sup>32</sup> conformément au décret du 09/11/12 autorisant la création de traitement de données à caractère personnel pour la mise en œuvre de programme de prévention et d'accompagnement en santé des assurés sociaux (envoi CNIL du 05/02/14).

- ✓ L'estimation du fardeau de cet échantillon est modérée à sévère avec un score moyen de Zarit à 4 : 47% de ces aidants ont un Zarit supérieur à 4,5. Les données issues de la consultation montrent que 54% sont à risque cardio-vasculaire, 37% présentent des troubles du sommeil, 17% des troubles sensoriels, 10% une atteinte cognitive, 2% des troubles de l'équilibre et 8% aggravent une pathologie chronique. Aucun signe de dénutrition n'a été mis en évidence.
- ✓ Enfin, 23 % des patients sont déclarés dépressifs par le médecin alors que les mini-GDS recensent 63% de ces personnes en forte suspicion de dépression. Dans 70% des cas, le médecin déclare avoir sensibilisé le patient à l'importance d'un suivi préventif et dans 23% des cas, un traitement est mis en route. On notera, à cet effet, une excellente collaboration des médecins.

**La satisfaction :** Parmi les 51 aidants présents à la dernière étape, 98% sont satisfaits de l'action dans sa globalité avec un intérêt préférentiel pour la séquence info santé. Parmi ceux de cet atelier ayant consulté et donc réalisé l'ensemble du parcours, 70% déclarent mieux évaluer leur état de santé. Pour ces derniers, une perception légèrement diminuée de leur fardeau est observée (le Zarit passant de 4,3 à 3,7).

### Discussion

Ces **premiers résultats** et notamment ceux de la consultation et du bilan final, sont à analyser avec prudence, car malgré une participation au démarrage plutôt satisfaisante, la diminution de la participation à chaque étape, souvent observée dans les parcours, constitue une limite pour leur interprétation.

Plusieurs **pistes d'amélioration** sont déjà en réflexion, dont la mise en place de relances entre les phases et le renforcement des mesures de garde de l'aidé, identifiée comme principal frein à la participation. Ces résultats sont provisoires ; l'évaluation complète de cette expérimentation inclura des effectifs plus importants, ce qui permettra de consolider les résultats et de compléter l'analyse avec les réponses aux questions ouvertes.

### Perspective

Ces **premières tendances sont néanmoins très encourageantes**, et confortent la MSA dans l'idée de généraliser cette action sur l'ensemble du territoire, à l'ensemble des régimes et à un public plus large et notamment les aidants de personnes en situation de handicap dont la participation reste faible (10%). Ceci nous encourage dès à présent à apporter des améliorations méthodologiques et à rechercher des partenariats.

### 3.2.3. Accompagner les offreurs de soins

#### 3.2.3.1. La prescription médicamenteuse au régime agricole concernant la maladie d'Alzheimer

Quatre médicaments ont une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans le traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer :

- ✓ trois inhibiteurs de l'acétylcholinestérase : Aricept® (donépézil), Reminyl® (galantamine) et Exelon® (rivastigmine) ont une AMM dans les formes « légères à modérément sévères »,
- ✓ un antagoniste des récepteurs N-méthyl-D-aspartate : Ebixa® (mémantine) a une AMM dans les formes « modérées à sévères ».

Fin 2011, la HAS (Haute Autorité de Santé) a réévalué ces médicaments<sup>33</sup> :

- *« Leur efficacité est au mieux modeste et de pertinence clinique discutable. Elle a été démontrée essentiellement sur la cognition et les activités de la vie quotidienne. Aucun impact n'a été démontré sur le délai d'entrée en institution, la qualité de vie ou la morbi-mortalité. »*
- *« Ils peuvent entraîner des effets indésirables digestifs, cardiovasculaires et neuropsychiatriques pouvant nécessiter leur arrêt. Il existe aussi un risque d'interactions médicamenteuses, notamment avec les psychotropes, souvent co-prescrits. »*
- *« L'intérêt thérapeutique des médicaments de la maladie d'Alzheimer doit être considéré comme faible. Néanmoins, dans le souci de ne pas priver les patients répondeurs (impossibles à identifier a priori) d'un éventuel bénéfice clinique à court terme, il reste suffisant pour leur prise en charge par la solidarité nationale. »*
- *« En l'absence de donnée clinique à long terme, l'utilisation de ces médicaments doit faire l'objet d'une réévaluation attentive à un an, au cas par cas. La pertinence de la poursuite du traitement au-delà d'un an ne sera décidée qu'après une réunion de concertation pluridisciplinaire. »*

Le bilan sur la consommation de médicaments de la catégorie des anti-Alzheimer (cf Encadré 8) fait apparaître des durées encore importantes de prescription de ces produits tout comme une fréquence importante d'association de deux médicaments anti-Alzheimer.

Or, les recommandations de la HAS mentionnent que leur efficacité est au mieux modeste et leur pertinence clinique discutable. Par ailleurs, ils peuvent entraîner des effets indésirables graves ou susceptibles d'altérer la qualité de vie et nécessiter l'arrêt du traitement. Ce risque d'effets indésirables augmente avec la durée du traitement. L'intérêt d'associer deux anti-Alzheimer n'est pas démontré.

#### **Perspective : action anti-Alzheimer**

L'ensemble des éléments observés servira de base pour une action de sensibilisation des prescripteurs au bon usage des médicaments sur 2 critères principaux, facilement identifiables dans les bases de la MSA : l'association de deux anti-Alzheimer et la durée de la prescription.

---

<sup>33</sup> Synthèse de l'avis de la commission de la transparence d'octobre 2011.

## Encadré 8 : La consommation de médicaments anti-Alzheimer

### Etat des lieux de la consommation de médicaments anti-Alzheimer

► **Historique de consommation** : Au régime agricole, le nombre de bénéficiaires ayant eu au moins un remboursement de médicaments anti-Alzheimer est de 29 708 en 2014. Ce nombre a diminué de 23,8 % entre 2010 et 2014 (Tableau 43).

**Tableau 43 : Nombre de patients du régime agricole ayant eu au moins un remboursement de médicaments anti-Alzheimer de 2010 à 2014**

	2010	2011	2012	2013*	2014
65-74	2 467	2 203	1 934	1 569	1 433
75-84	18 896	17 538	16 314	13 278	12 381
>=85	17 610	18 335	18 367	16 200	15 894
<b>Total</b>	<b>38 973</b>	<b>38 076</b>	<b>36 615</b>	<b>31 047</b>	<b>29 708</b>

\* hors Apria - Source : MSA

**Ainsi, en 2014, 2,6 % de la population des 65 ans et plus du régime agricole est concernée par la consommation de médicaments anti-Alzheimer.** Cette part diminue entre 2010 et 2014 de 0,6 point (Tableau 44).

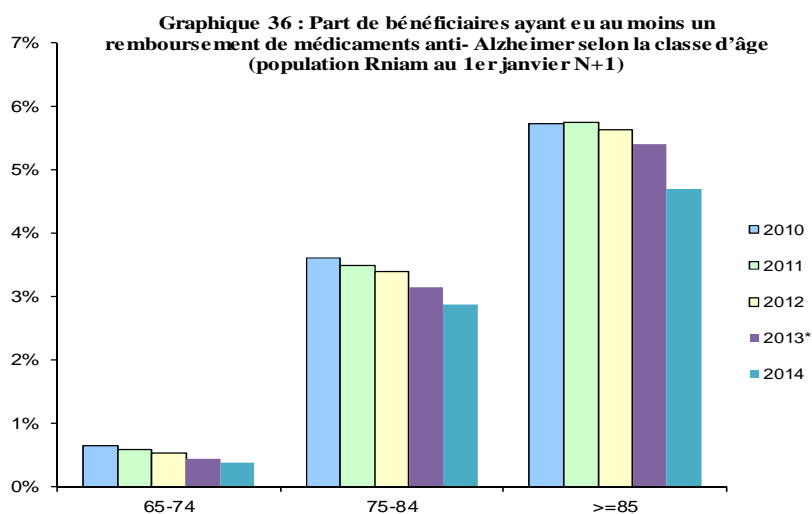
**Tableau 44 : Part de bénéficiaires du régime agricole ayant eu au moins un remboursement de médicaments anti-Alzheimer de 2010 à 2014 (population Rniam au 1<sup>er</sup> janvier N+1)**

	2010	2011	2012	2013*	2014
65-74	0,65%	0,59%	0,52%	0,44%	0,37%
75-84	3,60%	3,48%	3,38%	3,15%	2,87%
>=85	5,72%	5,75%	5,62%	5,40%	4,69%
<b>taux brut</b>	<b>3,22%</b>	<b>3,18%</b>	<b>3,09%</b>	<b>2,89%</b>	<b>2,58%</b>

\* hors Apria - Source : MSA

### ► Evolution de la consommation en fonction de la classe d'âge

On observe une baisse régulière, à la fois du nombre de patients et du taux de recours aux médicaments anti-Alzheimer, globalement dans toutes les classes d'âge ([65;74], [75;84] et >=85 ans), entre 2010 et 2014.





### ► Evolution de la consommation en fonction du sexe du bénéficiaire

Plus des deux-tiers des patients ayant eu un remboursement de médicaments anti-Alzheimer sont des femmes (chiffre stable depuis 2010).

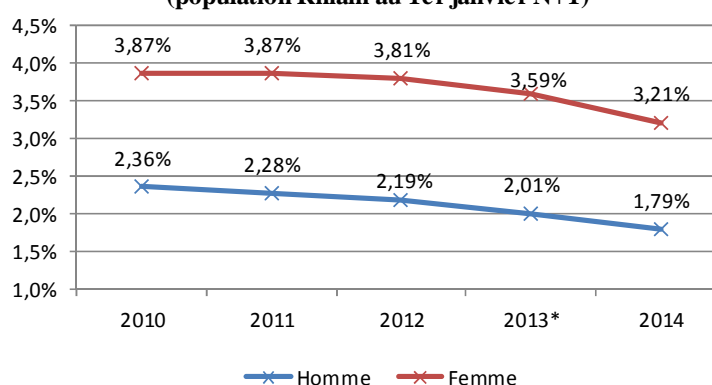
**Tableau 45 : Nombre de patients du régime agricole ayant eu au moins un remboursement de médicaments anti-Alzheimer de 2010 à 2014 par sexe**

	2010	2011	2012	2013*	2014
Homme	12 367	11 938	11 401	9 602	9 264
Femme	26 606	26 138	25 214	21 445	20 444
Total	38 973	38 076	36 615	31 047	29 708

La baisse du nombre de bénéficiaires, observée entre 2010 et 2014, est valable pour les deux sexes : -25,1% pour les hommes et -23,2 % pour les femmes.

Il en est de même pour la diminution du taux de recours: -0,6 point pour les hommes et -0,7 point pour les femmes (Graphique 37).

**Graphique 37 : Part de bénéficiaires ayant eu au moins un remboursement de médicaments anti- Alzheimer (population Rniam au 1er janvier N+1)**



\* hors Apria - Source : MSA

### ► Evolution de la consommation en fonction du statut du bénéficiaire

Plus des trois-quarts des patients ayant eu un remboursement de médicaments anti-Alzheimer sont des non-salariés agricoles.

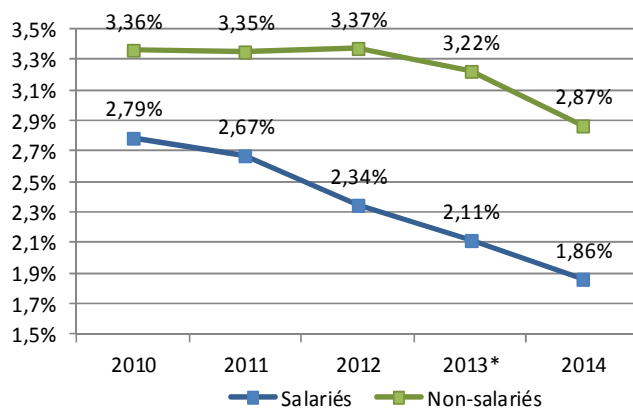
**Tableau 46 : Nombre de patients du régime agricole ayant eu au moins un remboursement de médicaments anti-Alzheimer de 2010 à 2014 par statut**

	2010	2011	2012	2013*	2014
Salariés	8 535	8 341	7 481	6 873	6 201
Non-salariés	30 433	29 729	29 131	24 171	23 506
Total	38 968	38 070	36 612	31 044	29 707

Quel que soit le statut, une diminution du nombre de bénéficiaires est observée entre 2010 et 2014 : -27,3 % pour les salariés et -22,8 % pour les non-salariés.

De même, une baisse du taux de recours est observée chez ces deux populations mais elle est beaucoup plus accentuée chez les salariés (-0,9 point contre -0,5 point pour les non-salariés).

**Graphique 38 : Part de bénéficiaires ayant eu au moins un remboursement de médicaments anti- Alzheimer par statut (population Rniam au 1er janvier N+1)**

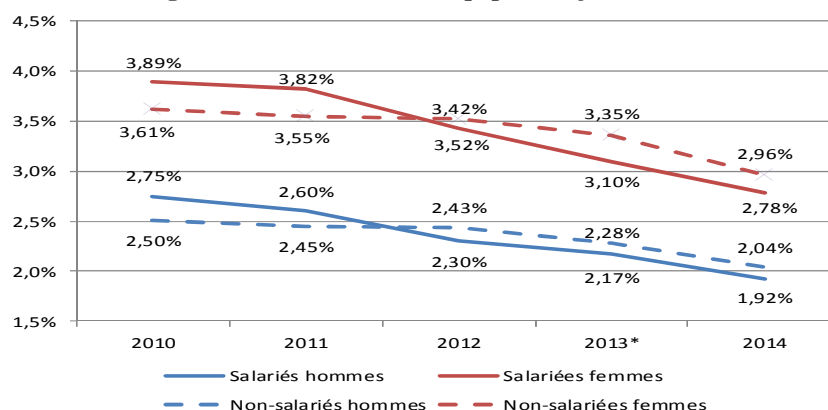


\* hors Apria - Source : MSA

### ► Comparaison du taux de recours aux médicaments anti-Alzheimer selon le sexe et le statut

A structure d'âge identique, on peut faire le constat pour 2014 d'une plus forte consommation de médicaments anti-Alzheimer, d'une part chez les femmes et d'autre part chez les non-salariés.

**Graphique 39 : Part de bénéficiaires ayant eu au moins un remboursement de médicaments anti- Alzheimer ajusté sur l'âge selon le sexe et le statut (pop. réf. = janvier 2011)**



\* hors Apria - Source : MSA

### Association de 2 molécules de médicaments anti-Alzheimer

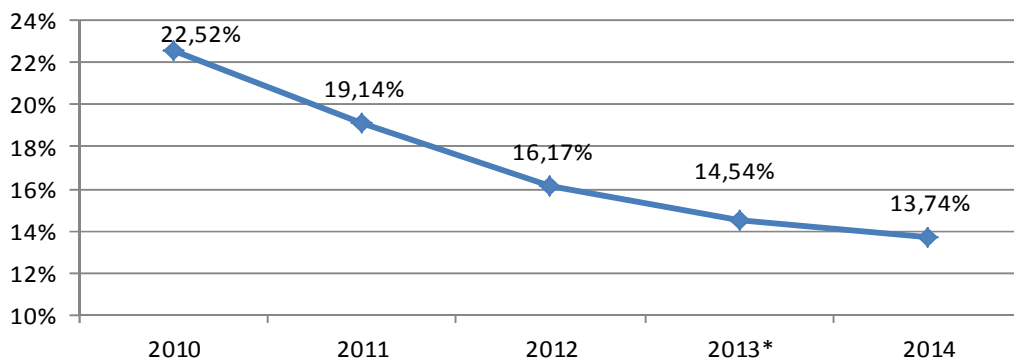
► **Historique de consommation** : Selon la HAS, l'intérêt d'associer deux médicaments anti-Alzheimer n'est pas démontré. Or parmi les patients ayant consommé au moins un médicament anti-Alzheimer, **13,7 %** d'entre eux ont eu une association d'au moins deux médicaments anti-Alzheimer en 2014, soit **4 083 patients**.

**Tableau 47 : Nombre de patients du régime agricole ayant consommé au moins deux associations de médicaments anti-Alzheimer de 2010 à 2014**

	2010	2011	2012	2013*	2014
Total	8 776	7 288	5 921	4 514	4 083

Toutefois, cette proportion régresse depuis 2010 (- 8,8 points) (cf Graphique 40).

**Graphique 40 : Part de bénéficiaires ayant une association d'au moins 2 médicaments anti-Alzheimer**

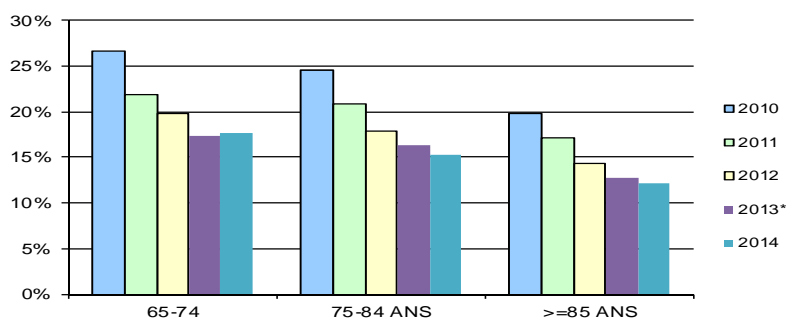


\* hors Apria - Source : MSA

**► Evolution de l'association en fonction de la classe d'âge d'appartenance du bénéficiaire**

Toutes les classes d'âge sont concernées par la baisse progressive de l'association d'au moins deux médicaments anti-Alzheimer entre 2010 et 2014.

**Graphique 41 : Part de bénéficiaires ayant une association d'au moins 2 médicaments anti-Alzheimer**

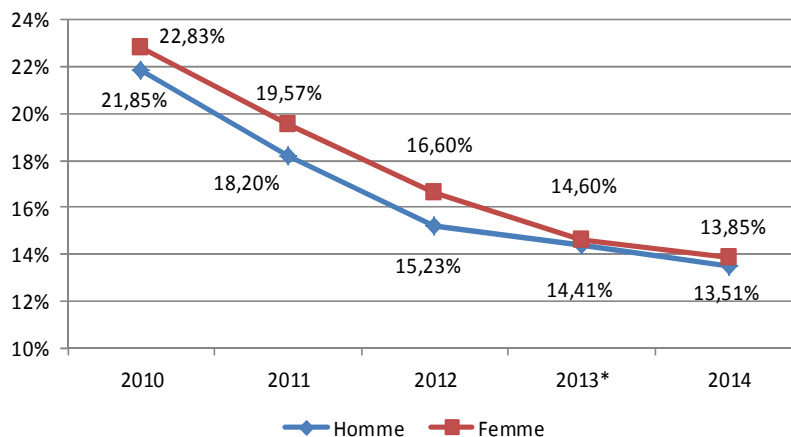


\* hors Apria - Source : MSA

**► Evolution de l'association en fonction du sexe du bénéficiaire**

Quel que soit le sexe du bénéficiaire, une diminution régulière de la part de bénéficiaires ayant une association d'au moins deux médicaments anti-Alzheimer est observée entre 2010 et 2014 : -8,3 points pour les hommes et -9,0 points pour les femmes.

**Graphique 42 : Part de bénéficiaires ayant une association d'au moins 2 médicaments anti-Alzheimer par sexe**

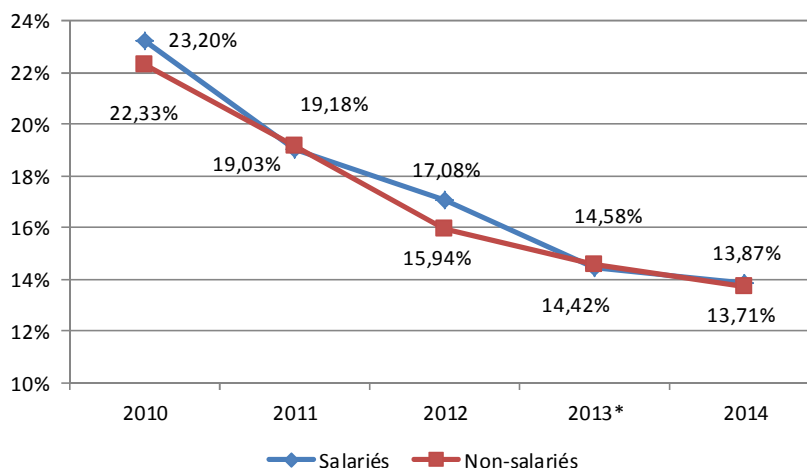


\* hors Apria - Source : MSA

### ► Evolution de l'association en fonction du statut

Quel que soit le régime, une décroissance régulière de la part de bénéficiaires ayant une association d'au moins deux médicaments anti-Alzheimer est observée entre 2010 et 2014 : -9,3 points pour les salariés et -8,6 points pour les non-salariés.

**Graphique 43 : Part de bénéficiaires ayant une association d'au moins 2 médicaments anti-Alzheimer par statut**



### ► Evolution de l'association en fonction du sexe et du statut du bénéficiaire

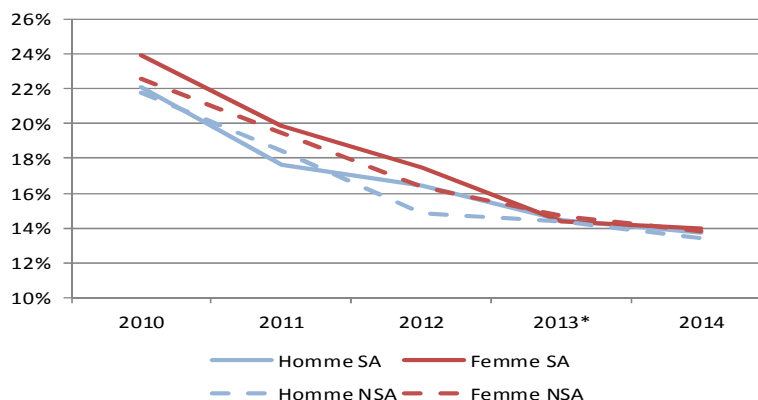
Conformes aux résultats présentés dans les deux derniers paragraphes, les parts des différentes catégories de bénéficiaires ayant une association d'au moins deux médicaments anti-Alzheimer diminuent plus fortement entre 2010 et 2012 et l'écart entre les différentes catégories tend à se réduire à partir de 2012.

**Tableau 48 : Part des bénéficiaires ayant une association d'au moins deux médicaments anti-Alzheimer selon le sexe et le statut**

	2010	2011	2012	2013*	2014
Homme SA	22,06%	17,65%	16,41%	14,46%	13,77%
Femme SA	23,93%	19,88%	17,50%	14,39%	13,93%
Homme NSA	21,77%	18,41%	14,83%	14,40%	13,42%
Femme NSA	22,57%	19,50%	16,40%	14,65%	13,83%

SA: Salariés, NSA: Non-salariés

**Graphique 44 : Part des bénéficiaires ayant une association d'au moins 2 médicaments anti-Alzheimer selon le sexe et le statut**



\* hors Apria - Source : MSA

## Evolution de la durée de prescription

L'arrêt du traitement au cours des six premiers mois concerne 31% des bénéficiaires ayant eu un premier remboursement en janvier 2014. Cette proportion reste stable depuis juin 2011.

Selon les recommandations de la HAS, *“au-delà de 6 mois de traitement, si le patient a atteint les objectifs fixés (stabilisation ou ralentissement du déclin cognitif par exemple) et en l'absence d'effet indésirable grave et/ou altérant la qualité de vie, le traitement pourra être poursuivi jusqu'à 6 mois supplémentaires. Si l'efficacité à un an a été maintenue, la poursuite du traitement peut être décidée, en concertation avec l'aidant et, si possible, avec le patient, à la suite d'une réunion pluridisciplinaire associant médecin traitant, gériatre et neurologue ou psychiatre, en relation avec le réseau de soins prenant en charge le patient”*.

Au régime agricole, parmi les 500 nouveaux patients ayant démarré en janvier 2014 un traitement médicamenteux anti-Alzheimer (Tableau 49), 31% ont arrêté le traitement entre le 1<sup>er</sup> et le 6<sup>è</sup> mois inclus, 13% ont arrêté le traitement entre le 7<sup>è</sup> et le 12<sup>è</sup> mois inclus, 56% des bénéficiaires ont encore un remboursement d'anti-Alzheimer au-delà d'un an (proportion proche de celle de juin 2011).

**Tableau 49 : Durée de la prescription pour les nouveaux patients ayant démarré un traitement médicamenteux anti-Alzheimer**

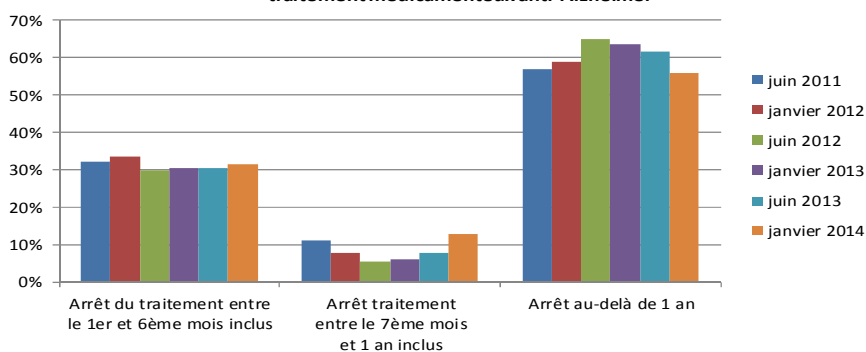
Durée de prescription pour les nouveaux patients de ....	Arrêt du traitement entre le 1er et 6ème mois inclus	Arrêt traitement entre le 7ème mois et 1 an inclus	Arrêt au-delà de 1 an	Total
juin 2011*	266 32%	91 11%	468 57%	825 100%
janvier 2012	218 33%	50 8%	383 59%	651 100%
juin 2012	166 30%	30 5%	364 65%	560 100%
janvier 2013	186 30%	38 6%	390 64%	614 100%
juin 2013	160 31%	41 8%	322 62%	523 100%
janvier 2014	157 31%	63 13%	280 56%	500 100%

\* date de soins minimum = juin 2011 pour la période de remboursement de janvier 2011 à mars 2015

Source : MSA

Bien que le nombre de nouveaux patients ait tendance à diminuer globalement chaque année, l'évolution concernant la durée de la prescription est plutôt stable.

**Graphique 45 : Durée de la prescription pour les nouveaux patients ayant démarré un traitement médicamenteux anti-Alzheimer**



### 3.2.3.2. Le contrôle T2A

La MSA participe au programme national de ces contrôles : en 2014, 50 établissements sur 199 ont été contrôlés, soit plus d'un sur quatre, avec dans l'équipe un médecin-conseil de la MSA (Cf 1.4.8.1.). Cette contribution sera poursuivie.

### 3.2.3.3. L'accompagnement des établissements de santé

Les établissements dont la MSA est caisse pivot sont soumis aux programmes de gestion du risque et les caisses MSA sont présentes sur les programmes destinés à maîtriser l'évolution des dépenses de transport et de prescriptions médicamenteuses exécutées en ville prescrites à l'hôpital, ainsi que sur le champ des dépenses de liste en sus. Cet accompagnement sera poursuivi.

### 3.2.3.4. L'accompagnement des établissements médico-sociaux avec le logiciel « Lantichute MSA »

Les chutes sont le premier facteur de morbi-mortalité chez les personnes âgées. En 2002, une enquête de l'InVS a estimé à **400 000 par an** le nombre de chutes chez les plus de 65 ans en France. Un tiers des personnes de plus de 65 ans et la moitié des plus de 85 ans font au moins une chute par an.

Le coût médical de ces chutes en France a été estimé à **1 milliard 34 millions d'euros pour une année**, ne prenant pas en compte les aides au domicile ou l'entrée en institution. On note que 20 % des chutes donnent lieu à une intervention médicale et que 10 % des chutes occasionnent des fractures, avec une forte prédominance des fractures du col du fémur (50 000 cas/an en France). Après une première chute, 20 à 30 % des plus de 70 ans présentent une perte d'autonomie.

Enfin, 12 000 décès sont attribuables chaque année aux conséquences directes des chutes.

La prévention des chutes en établissements et notamment dans les EHPAD est donc un véritable enjeu de santé publique.

Un outil, élaboré par la caisse de MSA de Dordogne-Lot-et-Garonne est susceptible d'aider les établissements et les acteurs concernés dans la mise en place d'actions de prévention des chutes des personnes âgées. Il s'agit du Logiciel d'ANalyse et de Traitement Interne des CHUTES en Etablissement (LANTICHUTE-MSA).

Son objectif principal est de diminuer le nombre de chutes. Les objectifs opérationnels sont de faire prendre conscience du problème aux établissements et de leur donner un outil d'analyse permettant de prendre des mesures adaptées.

Il permet donc :

- de sensibiliser le personnel au risque de chutes,
- d'aménager les locaux,
- de repérer les sujets les plus à risque,
- de réduire les facteurs de risque (individuels et environnementaux) chez les individus à risque,
- de répondre aux indicateurs demandés aux ARS.

Au niveau de sa fonctionnalité, le logiciel propose la saisie de toutes sortes de chutes. Les données collectées portent sur les éléments potentiellement favorisant les chutes et notamment sur : le lieu, l'heure, la position du chuteur avant la chute (assis, debout), l'environnement, la tenue vestimentaire, le degré de dépendance, les médicaments et pathologies éventuellement en cause. Il effectue une analyse automatique de l'ensemble des chutes, fait une analyse croisée de tous les items. L'analyse de ces données permettra, ensuite, aux responsables de mettre en place les mesures correctives les plus adaptées.

Mis en place progressivement depuis plusieurs années dans des EHPAD de Dordogne, LANTICHUTE-MSA a évolué. Il bénéficie maintenant du recul nécessaire pour être proposé à l'ensemble des établissements qui le souhaitent.

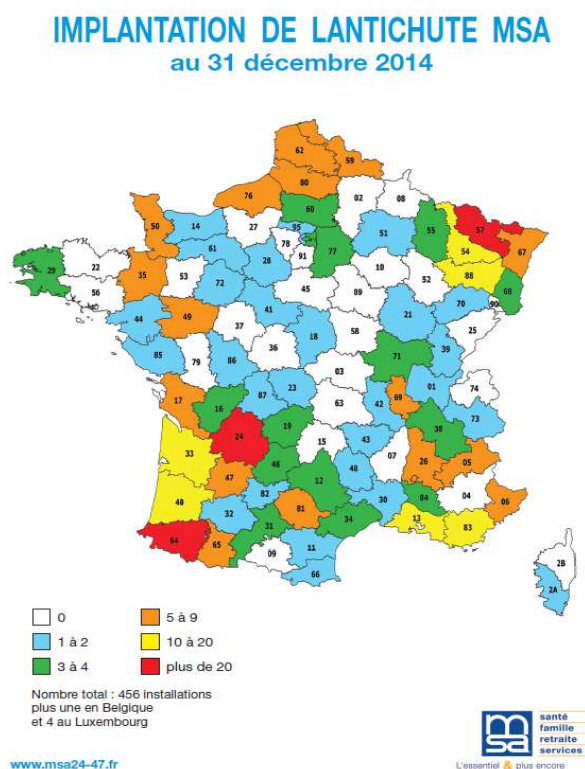
Pour information, il est utilisé aujourd'hui par tous les établissements EHPAD (80) en Dordogne, et plus de 450 téléchargements<sup>34</sup> ont été réalisés en France au 31 décembre 2014 (Cf Carte 18) dont certains hôpitaux (services SSR). Une version "domicile" est également disponible à l'usage des structures intervenant chez les personnes résidant à domicile.

Enfin, l'ARS d'Aquitaine a décidé de solliciter les EHPAD de la région afin qu'ils mettent en place le logiciel. 24 EHPAD des Pyrénées Atlantiques l'ont téléchargé très récemment.

Une enquête est en cours pour mesurer l'impact de l'utilisation de cet outil dans les établissements qui l'ont téléchargé.

Le logiciel LANTICHUTE-MSA est disponible sur le site de l'Association Santé Education et Prévention sur les Territoires de la MSA Dordogne-Lot-et-Garonne qui en assure la logistique et la maintenance. Son accès et son utilisation sont gratuits.

Il suffit de contacter [lantichute.blf@dlg.msa.fr](mailto:lantichute.blf@dlg.msa.fr) ou de se rendre sur le site <http://www.asept-perigord.fr/lantichute-msa/>



**Carte 18 : Implantation de LANTICHUTE MSA**

<sup>34</sup> Certains téléchargements concernent plusieurs établissements.

### 3.2.3.5. Le contrôle des prestations remboursées aux professionnels de santé

Les actions en matière de transport et de contrôle des IDE seront intégrées à la contribution de la MSA au plan ONDAM 2015-2017.

#### 3.2.4. Accompagner certains territoires ruraux identifiés comme « à risques » dans la perspective de l'optimisation du parcours de santé en milieu rural

La MSA réaffirme son engagement historique en faveur des soins de premier recours, à l'appui des propos qu'elle écrivait dans le Rapport Charges et Produits pour 2014 :

*« Les données de la littérature incitent à renforcer la réorganisation du système de soins à partir des soins primaires.*

*Il est nécessaire de poursuivre la réflexion et les actions pour l'accès libre des malades chroniques aux soins primaires (sans avance de frais, même hors ALD, ni retenue) tout en maintenant un accès aux soins secondaires et tertiaires, régulé par le généraliste.*

*Il est nécessaire de poursuivre la réflexion et les actions contre les abus (prescriptions non justifiées, souvent en tiers payant, parfois auto référencées, dans certains cas « organisées » et « optimisés » par des filières de spécialistes jouant avec la tarification du parcours de soins), aussi bien par incitation que par une vérification de la pertinence des soins, ainsi que contre les dépassements d'honoraires.*

*Il est nécessaire de réfléchir, avec les soignants primaires et les malades, à une nouvelle organisation des soins primaires et à de nouvelles relations payeur effecteur, notamment en déléguant de nombreuses actions aux effecteurs en soins primaires (notamment ceux travaillant en exercice inter professionnel regroupé) et en expérimentant la démarche générale suivante pour les assurés MSA :*

1. *Bilan multidimensionnel (biomédical + psychologique + social + environnemental), comprenant l'évaluation de l'autonomie ;*
2. *Réunion pluri professionnelle de coordination des soins ;*
3. *Plan personnalisé de soins (des soins préventifs aux soins de réadaptation) : global, centré sur la personne, continu, coordonné, assuré par une bonne coopération des intervenants ;*
4. *Accompagnement par un gestionnaire de cas, membre de l'équipe de soins primaires, pour les assurés fragiles ou complexes ».*

Dans le contexte de la stratégie nationale de santé et à l'instar des positions qu'elle a fait valoir dans le cadre de la préparation des négociations « soins de proximité » au sein de l'UNCAM, la MSA réaffirmait ainsi son engagement aux côtés des différentes parties prenantes, en vue de faciliter l'accès à l'offre de soins en milieu rural à travers différents leviers (favoriser l'installation des professionnels, accompagner l'exercice regroupé, optimiser le temps médical et conforter la présence des professionnels en zone rurale à risque de dégradation de la démographie en leur apportant des services et en facilitant la mise en place d'actions de santé et de prévention au bénéfice des populations rurales dans le cadre de Pays de santé, favoriser la démocratie sanitaire,...).



Dans le contexte du projet de loi de modernisation du système de santé, dans le cadre de laquelle la territorialisation se traduit de manière significative, du point de vue de la gouvernance (communautés professionnelles territoriales de santé, conseils territoriaux de santé) comme du point de vue des outils de référence (nouveau Programme Régional de Santé, diagnostic territorial partagé, ...), la MSA actualise son offre en vue de la mettre en œuvre, en partenariat avec les ARS, sur les territoires qu'elle aura identifiés comme « à risques » à l'appui de son diagnostic territorial qu'elle expérimente.

#### **3.2.4.1. Accompagner la démographie médicale en milieu rural : favoriser l'installation**

La MSA réalise depuis 2013 une action de sensibilisation des jeunes professionnels de santé à l'exercice en milieu rural. Elle s'adresse aux établissements de formation (facultés, écoles de kinésithérapie et IFSI) et prend la forme d'une campagne d'affichage et/ou de réunions d'informations. Ces actions visant à favoriser l'installation en milieu rural ont été poursuivies en 2014. Certaines caisses de MSA ont, en outre, accueilli en leur sein des groupes de futurs professionnels pour les sensibiliser notamment sur les bonnes pratiques en matière de formalités.

#### **3.2.4.2. Accompagner et valoriser les modes d'exercice regroupés et coordonnés**

##### *a) Coopération interprofessionnelle, délégation de tâches, exercice regroupé*

Ainsi que la MSA l'a exprimé à diverses occasions, la MSA est très attentive aux modalités d'exercice actuel des professionnels de santé en milieu rural et notamment sur les points suivants :

- ✓ l'activité moyenne significativement plus élevée pour les professionnels en milieu rural (générée par les besoins de santé de la population agricole et rurale, mais assumée par un nombre limité de professionnels de santé) entraîne une charge de travail significative et peut menacer certains professionnels de surcharge voire de burn-out,
- ✓ la moyenne d'âge élevée des professionnels du milieu rural et dans le même temps une aspiration croissante de la population des jeunes professionnels de santé à une qualité de vie suscite un besoin d'optimisation du temps médical.
- ✓ les projets de santé des maisons de santé pluridisciplinaires doivent être ancrés dans la réalité vécue des besoins des populations du territoire

Par ailleurs, la MSA a mis en évidence le besoin des populations agricoles de pouvoir bénéficier de parcours de soins en milieu rural dont le déroulement procéderait d'une logique de subsidiarité dans l'organisations des soins.

## *b) Accompagnement des MSP*

En tant qu'acteur reconnu du monde rural et accompagnateur de porteurs de projets en ambulatoire, la MSA continuera d'apporter son expertise dans la coordination des soins de premier recours auprès des Maisons de Santé Pluri-professionnelle (MSP).

Comme annoncé dans le Rapport Charges et Produits pour l'exercice 2015, le bilan de l'accompagnement des MSP par la MSA (récapitulé dans l'encadré 9) est l'occasion de présenter l'actualisation de ses interventions dans le contexte de l'optimisation du parcours de santé en milieu rural.

**En raison de ses partis pris en matière d'accompagnement de la personne et en faveur des principes définissant les soins primaires, la MSA accompagne historiquement les MSP (cf Encadré 9 point 1).**

Fin 2014, depuis la généralisation du dispositif MSR, les caisses de MSA ont accompagné 210 maisons de santé pluri-professionnelles, quel que soit leur stade de maturité (du pré-projet au suivi du projet après création de la maison, en passant par l'ouverture des locaux).

Au-delà de cette consolidation, la réalisation du bilan de cet accompagnement s'inscrit moins dans une approche quantitative, que dans une restitution qualitative des pratiques observées sur un échantillon de caisses, étant donné la diversité des pratiques portées par des politiques régionales des ARS, des représentants des professionnels, et des CMSA elles-mêmes.

**Sur le plan opérationnel, le bilan réalisé sur l'accompagnement des MSP par les caisses de MSA (cf Encadré 9 point 2) montre** que cette implication se traduit concrètement aujourd'hui pour certaines CMSA par **un accompagnement des porteurs de projets**, même si ce type d'intervention a logiquement décliné dans le temps, notamment sous l'effet du positionnement des ARS, et de la structuration progressive de l'accompagnement proposé par la Fédération des MSP que la MSA a soutenue.

Au-delà de la participation de la MSA aux instances de sélection des ARS, aux côtés des partenaires dont les représentants des professionnels de santé et l'ARS, l'accompagnement des MSP par les MSA revêt aujourd'hui deux composantes :

- ✓ un accompagnement en termes d'ingénierie de projet à la création et au suivi des projets de santé

Cet accompagnement intègre une étape préalable d'information et de sensibilisation des différentes parties prenantes et comprend donc autant d'implication informelle que formelle des acteurs de terrain des CMSA (élus, praticiens-conseils et référents administratifs) permettant de créer un climat de confiance et d'ancrer les représentations des uns et des autres dans la réalité des besoins du terrain (autrement dit, convaincre qu'un projet de MSP, c'est autre chose que des murs, avant tout un projet de santé bâti collectivement en lien avec les besoins du territoire, qui devra s'appuyer sur de nouvelles pratiques professionnelles...).

Il s'agit ensuite d'un accompagnement médico-administratif sur la construction de la dynamique et de l'équipe de professionnels puis de l'élaboration du projet de santé dans son contenu lui-même. Il comprend un processus de construction technique du projet, avec un appui à plusieurs niveaux pour produire un projet conforme (au regard des référentiels, de la réglementation, des enjeux de

financement ENMR...).

Même si c'est une situation minoritaire, ces créations peuvent enfin être également accompagnées financièrement par les CMSA, soit par le biais de prêts soit par le biais de subventions.

- ✓ le développement d'actions au service de la prise en charge globale des patients, notamment en matière de prévention. Ce deuxième volet concerne notamment le programme d'Education Thérapeutique du Patient MSA, mais peut concerner également des actions de santé publique, en fonction des partenariats locaux.

**Sur le plan des pratiques professionnelles**, cet accompagnement se matérialise également dans les pratiques adoptées par les Professionnels de Santé dans les anciennes Maisons de Santé Rurales et plus généralement dans les Maisons de Santé Pluri-disciplinaires avec lesquelles les CMSA ont collaboré à différents titres.

C'est ainsi que les MSP que la MSA a accompagnées constituent plus d'un tiers de l'échantillon retenu par l'IRDES pour son évaluation des Nouveaux Modes de Rémunération. (cf Encadré 9 point 3).

Les auteurs de cette évaluation mentionnent que « Plus des trois quarts des sites MSA se concentrent dans les deux classes de maisons de santé identifiées. Relativement aux autres sites, près d'un site sur deux est une « maison de santé relativement récente et plus intégrée » (48 % des sites) » et un site sur trois est une « maison de santé assez récente et faiblement intégrée » (33%). »

**Sur le plan du risque**, la CCMSA a souhaité observer la consommation de soins des assurés de plus de 70 ans ayant leur médecin traitant issu d'un échantillon de 6 MSP historiquement accompagnées par la MSA. L'étude réalisée comporte deux parties : une sur la consommation de soins ambulatoires réalisée en 2014 et une autre sur le recours à l'hospitalisation des assurés MSP réalisée en 2015 (cf synthèse des études dans l'encadré 9 point 4 et l'intégralité en annexe 9).

Les résultats de la première étude avaient montré un moindre recours à l'offre de soins ambulatoire de ces assurés par rapport à l'ensemble de la population agricole (-12%), avec également une moindre dépense sur les honoraires infirmiers et des spécialistes (respectivement - 21 % et - 19 %).

Les résultats de cette seconde étude montrent un recours plus important à l'hospitalisation pour les patients dont le médecin traitant exerce dans l'une de ces 6 MSP, en comparaison avec les ressortissants agricoles de la même tranche d'âge résidant dans ces 6 départements et l'ensemble des ressortissants agricoles de cette tranche d'âge. Ce constat est réalisé pour les hospitalisations non programmées et notamment pour les hospitalisations dites « évitables ».

Si ces résultats concernant les assurés de 6 MSP apparaissent en décalage avec l'étude de l'IRDES précitée concernant les ENMR, un besoin d'investigation est souligné pour approfondir la connaissance de ce phénomène dans ses déterminants comme dans ses traductions. En effet, si ces résultats illustrent les situations rencontrées sur le terrain de difficile gestion des situations complexes des personnes âgées de plus de 70 ans, ils questionnent par les écarts qu'ils révèlent.

Plusieurs hypothèses peuvent être formulées et auront donc vocation à être approfondies avec les acteurs de terrain :

- le possible déport de soins spécialisés du secteur ambulatoire vers l'hôpital
- le possible impact d'une sensibilisation des patients sur leur santé qui les incitent à recourir à l'hôpital sans attendre
- les insuffisances potentielles de la Permanence Des Soins sur ces territoires.

## **Perspectives**

Les MSP constituent pour la MSA un élément clé dans la dynamique du bon déroulement des parcours de santé en milieu rural. En conséquence, la MSA se propose d'actualiser et de développer son accompagnement, sur des territoires ruraux qu'elle aura identifié comme particulièrement « à risques » de rupture d'accès aux soins, à l'aide d'une démarche de diagnostic territorial qu'elle expérimente actuellement.

En écho au Pacte Territoires Santé et plus généralement au projet de loi de modernisation du système de santé, la MSA considère en effet que les MSP constituent un point d'appui dans le parcours de santé en milieu rural à la condition qu'elles intègrent directement dans leur projet de santé les besoins et caractéristiques des populations résidant sur ces territoires.

Ces besoins concernent avant tout l'accès aux soins primaires, dont l'accès à la prévention, mais également un accès à des consultations spécialisées en lien avec les maladies chroniques qui affectent les populations qui y résident. Dans le contexte de la mise en œuvre du règlement arbitral relatif aux structures de soins de proximité, la MSA se propose de promouvoir, aux côtés des ARS et des partenaires, des actions en faveur de la complétude du parcours de santé en milieu rural (y compris par des expérimentations). A titre d'illustration, au-delà des besoins de soins de psychologie déjà identifiés dans un précédent rapport Charges et Produits, la MSA a amorcé la construction d'une réponse à apporter à des besoins exprimés auprès de caisses en matière de diététique.

Au-delà des besoins directement liés à la pathologie et plus largement à la polypathologie, le vieillissement de la population et l'absence potentielle de relai possible auprès de l'entourage rendent plus fréquent le recours à l'hospitalisation, même pour des situations dites « évitables » et même pour des patients pris en charge au titre des soins primaires en MSP.

Dans ce contexte où les hospitalisations évitables constituent à la fois un surcoût pour la collectivité mais également une source significative de dégradation de la qualité de la prise en charge pour les personnes, en particulier les personnes âgées, la MSA contribuera, sur les territoires qu'elle aura ciblés, à l'amélioration des interfaces ville/hôpital dans les parcours de soins en milieu rural, en partenariat avec les différentes parties prenantes (professionnels de santé des MSP, établissements de santé, médico-sociaux et sociaux,...), et en particulier les ex-Hôpitaux Locaux<sup>35</sup>.

Enfin, forte de cette expérience d'accompagnement des professionnels (MSP, Pays de Santé, réseaux, ...), la MSA pourra contribuer à l'émergence et au développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé sur certains territoires, en partenariat avec les ARS et les partenaires.

---

<sup>35</sup> dont la place comme « sas » dans le parcours des ressortissants agricoles de plus de 75 ans a été montrée dans le rapport Charges et Produits MSA pour l'exercice 2015.

## **Encadré 9 : Quelques éléments de bilan sur l'accompagnement des MSP par les caisses de MSA**

### **1. L'implication de la MSA dans l'offre de soins primaires : des « Maisons de Santé Rurales » aux Maisons de Santé Pluri-professionnelles**

La MSA s'est de longue date engagée dans différentes actions visant à promouvoir l'exercice des soins de proximité dans les zones souffrant d'un déficit de professionnels et de structures de santé, notamment les zones rurales. Les caisses de MSA ont accompagné ainsi certains projets d'exercice regroupé en milieu rural en apportant aux professionnels de santé et aux élus locaux un appui logistique, technique (sur les aspects médicaux, immobiliers, juridiques...) voire financier, en partenariat avec les collectivités territoriales, les établissements de santé, initialement les URCAM, puis les missions régionales de santé et maintenant les ARS.

La légitimité de la MSA en matière de coordination de l'offre de soins en milieu rural a été réaffirmée par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie. Grâce à sa connaissance et son maillage des territoires ruraux, notamment liés à son fonctionnement mutualiste et son réseau de délégués, la MSA est souvent reconnue comme un opérateur privilégié en matière d'ingénierie de projets de santé et de coordination des soins en milieu rural.

Dès avant sa reprise par la loi HPST, le concept des « maisons de santé pluri professionnelles » a été développé par la MSA à travers le concept de « Maison de Santé Rurale » (MSR). Les deux objectifs intriqués étaient le maintien des professionnels en place et l'aide à l'installation de nouveaux professionnels.

Depuis la mise en place des ARS, les MSA se sont sensiblement désengagées en termes d'intensité d'accompagnement (par conformité au regard des ARS, ou par conséquence d'évolution des personnels affectés), même si elles restent présentes dans le cadre des instances dédiées à la validation des projets, du point de vue du financement, et dans le cadre de partenariat en matière de prévention et d'accompagnement des assurés.

#### ***Les fondements historiques***

**Lubersac santé et autres actions innovantes :** Dès les années 80, la MSA soutient des professionnels de santé et sociaux qui se regroupent pour répondre aux problèmes de santé de la population à travers une démarche de soins globalisés à domicile. A partir de projets pilotes comme le Centre de Santé Intégré de Saint Nazaire ou l'association « Lubersac Santé », d'autres opérations sont menées dans des lieux différents (La Guerche de Bretagne, Villeneuve-de-Berg, Arbois) avec le Syndicat National des Médecins de Groupe (SNMG). Les enseignements de ces deux opérations servent à l'élaboration et la mise en œuvre du concept des réseaux de santé.

**Les « Maisons de Santé Rurales » :** Dès avant sa reprise par la loi HPST, le principe des MSP a été développé par la MSA à travers le concept de « maison de santé rurale » (MSR). Depuis longtemps, les caisses de MSA accompagnent certains projets d'exercice regroupé en milieu rural en apportant aux professionnels de santé et aux élus locaux un appui logistique, technique (sur les aspects médicaux, immobiliers, juridiques...) voire financier, en partenariat avec les collectivités territoriales, les établissements de santé, initialement les URCAM, puis les missions régionales de santé et maintenant les ARS.

### *Les premières MSR*

En 2004, un appel à projet lancé par la Caisse Centrale de MSA a sélectionné 9 projets expérimentaux répartis dans 6 régions (Aquitaine, Auvergne, Lorraine, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire, Poitou-Charentes), situés en zone rurale isolée (avec une population âgée dominante) et en zone semi-rurale (qui connaissent un essor démographique du fait de l'arrivée de nouvelles populations). Les deux objectifs intriqués étaient le maintien des professionnels en place et l'aide à l'installation de nouveaux professionnels.



**Carte 19 : Implantation des 9 projets expérimentaux de MSR**

### *Le dispositif MSR*

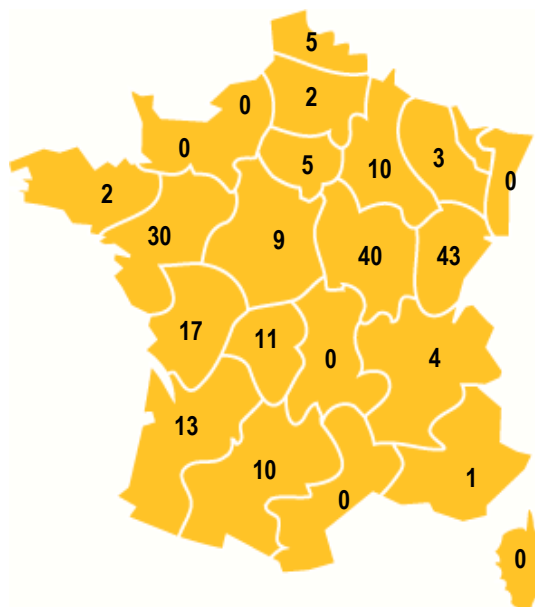
Sur la base de ces expérimentations, dès 2007, une organisation MSA a été mise en place et une boîte à outils a été conçue. Au niveau de la CCMSA, l'**équipe projet MSR** a fourni des appuis transverses et thématiques aux accompagnateurs locaux, un **espace intranet MSR** a regroupé la documentation (dont la boîte à outils d'accompagnement), des **documents de présentation** (DVD maisons de santé rurales et pluridisciplinarité, DVD sur l'exercice en milieu rural, dépliants, support de présentation du projet, maquette de MSR, interviews, vidéo de professionnels de santé, un site internet destiné à faire connaître l'implication de la MSA sur les maisons de santé, un kit d'animation pour un événement) ont été mis à disposition.

Au niveau du réseau, des **binômes référents** (médecin + administratif) ont été formés pour rendre l'accompagnement opérationnel au plus près des promoteurs. Leur rôle a été particulièrement important puisqu'ils ont permis de canaliser les attentes, les demandes et les questions des professionnels de santé, ils ont informé les acteurs sur les aides et dispositifs concernés, fait le lien entre tous les acteurs concernés, exercé une certaine vigilance tout au long du projet pour s'assurer de sa fiabilité, pour s'assurer que toutes les étapes étaient respectées et que tous les acteurs étaient au même niveau d'information.

### **Un kit d'accompagnement d'un projet de MSR**

La somme des expériences, riches et variées, vécues dans certains territoires avec des professionnels de santé impliqués et motivés a alimenté une réflexion qui a abouti à la conception d'une méthode d'accompagnement d'un projet de MSR, pouvant à terme constituer un « cahier des charges » d'une maison de santé. Ce guide méthodologique a été assorti d'une boîte à outils utilisables aux différentes phases d'un projet. Cette boîte à outils est utilisée par certaines ARS.

**Carte 20 : Nombre de MSP par région accompagnées au 31/12/2014 par les MSA**



Source : MSA

## 2. L'accompagnement des MSP par les MSA : focus sur un échantillon de 9 caisses de MSA rassemblant 75% des MSP

### Le contexte de référence de l'accompagnement des MSP

Il est très souvent encadré par une **instance de concertation et de sélection des projets** au niveau **régional ou départemental** et les caisses y participent activement. Elle s'inscrit dans le contexte d'un partenariat fort au plan régional, formalisé entre l'ARS, la Fédération des MSP, la MSA et souvent le Conseil Régional.

### L'accompagnement des MSP par le régime agricole

La MSA s'est vu confier **des projets de MSP au cas par cas** ou au titre de l'accompagnement prévu dans le contexte de sa **convention globale avec l'ARS**.

L'accompagnement est principalement le fait des **praticiens conseils MSA**, des **agents administratifs** et des **élus MSA** (délégués locaux et/ou administrateurs MSA). Au-delà, tout accompagnement occasionne **une coordination et une concertation au sein même de la MSA, principalement entre les référents prévention, les référents de l'offre de soins et les référents de l'Action Sanitaire et Sociale**.

### Les missions concrètes assurées par la MSA dans cette activité

Les caisses accompagnent les projets dans leur globalité et sur la durée. Elles constituent un appui sur les différentes étapes :

- ✓ elles participent et parfois animent le **comité de pilotage**
- ✓ elles participent systématiquement à des **réunions de travail** et les animent souvent
- ✓ elles réalisent souvent **l'étude d'opportunité**
- ✓ elles aident systématiquement à l'écriture et au suivi du **projet de santé**.

On note que l'accompagnement concerne aussi les **MSP ayant bénéficié des Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunérations**.

La MSA apporte parfois un **soutien financier** selon les projets sous la forme de **prêts** (30 000 à 250 000 €) ou **desubvention d'investissements** allant de 10 000 à 100 000 €.

### L'expérimentation ou la réalisation d'actions GDR et/ou de santé publique

Les caisses participent souvent à la mise en place d'actions de prévention (dépistage organisé des cancers du sein et colo-rectal, vaccinations contre la grippe ou ROR, Instants Santé), d'éducation à la santé, d'éducation thérapeutique du Patient (ETP) sur les maladies cardiovasculaires. En fonction des situations, ces actions peuvent avoir lieu directement au sein de la MSP ou sur le territoire en partenariat avec les professionnels de la MSP.

### Les interactions possibles sur les territoires entre MSP, réseaux gérontologiques et hôpitaux de proximité

L'ensemble des caisses a mentionné des exemples d'interactions plus ou moins importantes suivant les territoires. Ces collaborations sont souvent encadrées dans le cadre **d'un Contrat Local de Santé** et dans lequel la MSA peut participer. Différents services et actions sont développés entre les structures (actions de prévention, consultations avancées de spécialistes, ETP, ...).



### 3. Les sites MSA dans la typologie élaborée à partir de l'Enquête sur la structure, l'organisation et le fonctionnement des maisons, pôles et centres de santé 2008-2012.

**Anissa Afrite, Julien Mousquès, juin 2015**

Cette note se propose de situer les 54 sites pour lesquels la MSA a déclaré avoir mis en place différentes catégories d'action d'accompagnement et/ou de financement, dans la typologie des maisons, pôles et centres de santé (Afrite *et al.*, 2014) participant aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) (Afrite *et al.*, 2013 ; Mousquès *et al.*, 2014).

La typologie a été réalisée à partir d'un sous-échantillon de 128 sites (30 centres, 69 maisons et 29 pôles de santé) ayant participé à l'Enquête sur la structure, l'organisation et le fonctionnement des maisons, pôles et centres de santé 2008-2012. Son objectif visait à décrire et qualifier les différentes formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours avant d'en analyser l'impact en matière de performance. Au final, cinq classes de sites ont été identifiées se distinguant essentiellement en matière de taille, de composition, d'accessibilité, d'étendue des rôles et fonctions développés par les secrétariats, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes, d'intensité de l'intégration, de la coordination et de la coopération au sein et entre catégories de professionnels (Afrite A. et Mousquès, 2014).

Parmi les 54 sites accompagnés par la MSA, 53 sites (98 %) ont été interrogés dans l'Enquête auprès des sites ENMR et 48 sites (89%) figurent dans l'échantillon ayant servi à constituer la typologie.

Le Tableau 50 présente la répartition de ces 48 sites dans les cinq classes de sites identifiées dans la typologie et caractérisant chacune une forme d'exercice regroupé pluriprofessionnel. Ils représentent plus d'un tiers des 128 sites ayant contribué à l'élaboration de la typologie (38 %).

**Tableau 50 : Répartition des 48 sites MSA selon les cinq formes d'exercices regroupés pluriprofessionnels identifiés dans un échantillon de 128 sites participant aux ENMR**

Intitulé de la classe	Sites constitutifs de la typologie		Sites avec accompagnement MSA		
	Nombre	% Total	Nombre	% Total	% Classe
CDS très anciens et "municipaux"	18	14%	0	0%	0%
CDS anciens et "associatifs"	12	9%	1	2%	8%
MSP assez récentes et faiblement intégrées	33	26%	16	33%	48%
MSP relativement récentes et plus intégrées	46	36%	23	48%	50%
PDS très récents et moins intégrés	19	15%	8	17%	42%
<b>Total général</b>	<b>128</b>	<b>100%</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>	<b>38%</b>

*Sources : L'Enquête sur la structure, l'organisation et le fonctionnement des maisons, pôles et centres de santé 2008-2012 (Irdes) ; Liste des sites expérimentateurs des nouveaux modes de rémunération ([www.ars.sante.fr](http://www.ars.sante.fr))  
Exploitation : Irdes.*

Plus des trois-quarts des sites MSA se concentrent dans les deux classes de maisons de santé identifiées. Relativement aux autres sites, près d'un site sur deux est une « maison de santé relativement récente et plus intégrée » (48 % des sites) » et un site sur trois est une « maison de santé assez récente et faiblement intégrée » (33%). Les centres de santé sont marginaux parmi les 48 sites et les pôles de santé peu nombreux. Relativement à la composition des cinq classes identifiées, les sites MSA représentent la moitié des sites composant chacune des deux classes de maisons de santé, respectivement 48% et 50% pour les maisons de santé faiblement et plus intégrées, et 42 % des sites de la classe des pôles de santé moins intégrés.

En conclusion, soulignons un taux de participation très satisfaisant des sites MSA dans l'Enquête sur la structure, l'organisation et le fonctionnement des maisons, pôles et centres de santé 2008-2012. Leur niveau de réponses aux questions dans l'enquête, relativement aux dimensions considérées comme potentiellement discriminantes, ayant été suffisant, ils ont pu être majoritairement pris en compte et contribuer à l'élaboration de la typologie. Ainsi, leur répartition concentrée principalement sur les deux classes de maisons et la forte représentativité de ces sites dans ces classes permettent de supposer qu'ils ne présentent pas de caractéristiques très différentes en termes organisationnel, structurel et fonctionnel comparativement aux autres sites inclus dans ces classes.

Or, à espace et environnement géographique donnés, nous avons pu montrer que si la valeur ajoutée de l'exercice regroupé pluri-professionnel dans les sites ENMR était certaine sur la plupart des dimensions investiguées (densité médicale, activité et productivité, recours et dépense de soins ambulatoires, qualité des pratiques), elle était plus importante dans les deux classes de maisons de santé à l'intégration croissante (Mousquès *et al.*, 2014).

#### **Publications IRDES associées :**

- Afrite A., Bourgueil Y., Daniel F., Mousquès J. (2013). « L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins : objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des nouveaux modes rémunération ». *Irdes, Questions d'économie de la santé n°189, juillet-août.*

- Afrite A., Mousquès J. (2014). « Les formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours - Une typologie des maisons, pôles et centres de santé participant aux Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) ». *Irdes, Questions d'économie de la santé n° 201, septembre & Document de travail n° 62, octobre.*

- Mousquès J., Bourgueil Y. Avec les contributions de Afrite A., Cartier T., Chevillard C., Couralet P.-E., Daniel F. et Lucas-Gabrielli V. (2014). L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012. *Irdes rapport n° 559, décembre, 154 pages.*

#### 4. Deux études sur la consommation de soins des assurés tous régimes de plus de 70 ans dont le médecin traitant exerce dans une parmi six MSP identifiées comme historiquement accompagnées par la MSA

**Première étude :** étude de la consommation de soins ambulatoires des assurés de plus de 70 ans dont le médecin traitant exerce dans une parmi 6 MSP accompagnées historiquement par la MSA (CCMSA - DERS nov. 2014)<sup>36</sup>

*La consommation de soins ambulatoires des patients de plus de 70 ans dont le médecin traitant exerce dans une maison de santé pluridisciplinaire est comparée à celle des ressortissants du régime agricole de la même tranche d'âge. Le total moyen des dépenses du 1er groupe est inférieur de 12 % par rapport au 2è. Les postes de dépenses des honoraires infirmiers et des spécialistes sont également inférieurs chez les patients consultant en maison de santé (respectivement - 21 % et - 19 %). Pour les deux groupes, le médicament est le 1er poste de dépenses.*

**Seconde étude :** étude du recours à l'hospitalisation des assurés de plus de 70 ans dont le médecin traitant exerce dans une parmi 6 MSP historiquement accompagnées par la MSA (DERS juin 2015)<sup>37</sup>

**La consommation de soins ambulatoires des patients tous régimes de plus de 70 ans dont le médecin traitant exerce dans une des 6 maisons de santé pluridisciplinaires, accompagnées historiquement par la MSA, a été comparée à celle des ressortissants du régime agricole de la même tranche d'âge en 2013. Une première étude a montré que le total moyen des dépenses du 1<sup>er</sup> groupe était inférieur de 12% à celui du second. Dans ce deuxième volet, l'intérêt est porté sur l'efficacité du travail en groupe. Les hospitalisations évitables et les hospitalisations non programmées sont moins importantes chez les ressortissants du régime agricole. Les visites à domicile effectuées par les généralistes sont également explorées dans cette étude, elles s'étaient révélées plus coûteuses dans la première étude chez les patients dont le médecin traitant exerce en maison de santé pluridisciplinaire. La présente étude montre que les visites ont un poids plus important dans l'activité des médecins généralistes exerçant en MSP. Enfin, aucune différence significative n'est mise en évidence dans la comparaison de la consommation de soins dentaires entre les deux groupes.**

L'intégralité de chacune des études figure en annexe 9.

<sup>36</sup> Pour les aspects méthodologiques, voir Annexe 9.

<sup>37</sup> Pour les aspects méthodologiques, voir Annexe 9.

### 3.2.4.3. Accompagner la coordination de la prise en charge en milieu rural

#### a) *Les Réseaux gérontologiques accompagnés par la MSA*

Actuellement, la MSA incite **les 30 réseaux de santé gérontologiques qu'elle accompagne**, à se recentrer sur des fonctions d'appui à la coordination des professionnels de santé de premier recours, et à s'inscrire dans une dynamique d'intégration, afin d'apporter des réponses à l'ensemble de la filière gériatrique, de l'information jusqu'au cas complexe.

La MSA les accompagne dans cette conduite au changement conformément au guide paru en octobre 2012 « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? » de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS).

Cinq de ces réseaux « personnes âgées » accompagnés par la MSA ont par ailleurs été évalués dans le cadre de la procédure d'évaluation médico-économique lancée par la DGOS et actuellement mise en œuvre par chaque ARS.

Parmi les premiers résultats de cette évaluation, un des réseaux partenaires de la MSA «réseau Nord Deux-Sèvres» a pu montrer que le coût moyen des dépenses totales (ville+hôpital) était inférieur pour les patients du groupe réseau versus le groupe témoin : 10 596 € pour les cas « réseau » et 12 089 € pour les cas « témoins ».

#### b) *La participation aux expérimentations PAERPA*

La MSA est investie essentiellement sur les territoires ruraux de l'expérimentation (7 sites sur 9 à l'exclusion de l'Ile-de-France et de la Lorraine). Son implication dans les parcours de santé PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) est multiple.

Ainsi, un recensement réalisé en 2014 auprès des 8 caisses de MSA concernées par le PAERPA permet de préciser l'implication de la MSA dans ce dispositif.

Toutes les caisses de MSA concernées ont signé la lettre d'engagement, siègent au sein de la table stratégique (ou instance faisant fonction) et ont contribué à l'élaboration du diagnostic territorial (communication d'informations, présentation d'actions MSA, identification de points de ruptures...). Compte tenu des différents niveaux d'avancement des expérimentations, 2 caisses de MSA ont déjà signé la convention territoriale.

7 caisses de MSA ont proposé des actions dans le cadre de la feuille de route. Il s'agit, le plus souvent, d'actions de prévention collective (Ateliers du Bien Vieillir, PEPS EUREKA, éducation thérapeutique du patient...) proposées dans un cadre inter régime. 4 caisses de MSA participent à des groupes thématiques: éducation thérapeutique, polymédication, médicament, prévention. 2 caisses de MSA souhaitent accompagner la Coordination Territoriale d'Appui et 2 autres la structure porteuse du dispositif PAERPA afin d'assurer la mise en œuvre et le suivi des actions prévues dans la convention territoriale.

En liaison avec la Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques (FNRG), la MSA accompagne les réseaux de santé impliqués localement dans le PAERPA et porteurs d'autres dispositifs (CLIC, MAIA...). Ainsi, 2 formations ont été organisées sur le partage d'informations possible entre acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans le cadre spécifique du PAERPA.

Au-delà de la présentation du nouveau cadre juridique, ces formations sont l'occasion pour les

acteurs de se rencontrer et d'échanger de façon très pratique sur les évolutions nécessaires de leurs pratiques. Par ailleurs, en vue d'optimiser l'implication des caisses de MSA dans le PAERPA, la Caisse Centrale de la MSA assure un accompagnement à l'aide de différents outils<sup>38</sup>.

Cette implication répond aux intérêts de ses ressortissants qui peuvent ainsi bénéficier d'une prise en charge globale et d'une optimisation des hospitalisations. Ce dispositif apparaît en effet particulièrement pertinent au regard de certaines spécificités des ressortissants agricoles en milieu rural : moindre recours à la chirurgie ambulatoire ou aux psychiatres en ville, taux d'hospitalisation dans les ex-hôpitaux locaux plus importants...

#### *c) La mise en œuvre de PRADO Maternité*

Le recours à l'hôpital pour les assurés MSA avec des durées de séjours plus longues et des ruptures en amont et en aval, incite à travailler l'articulation ville-hôpital (engagement COG 28) en prenant toujours en compte les caractéristiques des assurés MSA et de leur environnement.

Depuis 2010, le régime général a mis en place un dispositif de sortie de maternité, nommé PRADO (programme d'accompagnement au retour à domicile) et destiné à faciliter l'accès à des soins de sages-femmes libérales aux femmes venant d'accoucher pour favoriser un retour rapide à domicile. Concrètement, un conseiller de CPAM propose, dans des établissements inclus dans le programme, aux jeunes femmes cette offre; l'équipe médicale valide l'éligibilité de la femme (grossesse simple, sans complication) et le conseiller organise la prise en charge à domicile par la sage-femme choisie.

Par convention entre la CNAMTS et la CCMSA, cette offre est maintenant accessible aux assurées MSA. Cette inclusion du régime agricole dans le programme a été expérimentée dès 2012 dans trois caisses, et généralisée durant l'année 2013 à toutes les MSA.

Les statistiques recueillies durant l'année 2014 confirment un fort pourcentage d'adhésion parmi les assurées éligibles. Sur cette année, plus de 4000 adhésions ont été comptabilisées, certaines MSA étant encore en phase de montée en charge.

#### *d) L'expérimentation de PRADO insuffisance cardiaque et orthopédie*

En 2014, la MSA a souhaité expérimenter ces deux PRADO pour mesurer les enjeux, au regard des caractéristiques de sa population.

En insuffisance cardiaque, c'est la caisse de Gironde qui est entrée dans l'expérimentation en 2014 et elle a comptabilisé une dizaine d'adhésions sur cette période. Considérant les résultats qualitatifs, la participation d'autres caisses à l'extension de ce PRADO est prévue.

En orthopédie, seule la caisse des Côtes Normandes a expérimenté le programme en 2014. Cette caisse a comptabilisé une centaine d'adhésions pour cette année. Cette expérimentation sera élargie à quelques territoires supplémentaires, notamment pour mesurer l'impact de la démographie médicale sur le déroulement du dispositif et pour mesurer les besoins en matière de transport.

---

<sup>38</sup> Revue de presse, une veille juridique, rubrique intranet spécifique et une liste de diffusion "PAERPA" permettant aux référents (administratifs, médicaux...) désignés par les 8 caisses de MSA de mutualiser leurs compétences et expériences; diffusion systématique des outils proposés par la HAS et l'ANAP.

Les volumes enregistrés à ce jour ne sont pas représentatifs de ce que donnerait une généralisation, puisque les caisses expérimentatrices sont toujours en phase de montée en charge, et que celle-ci est très progressive.

*e) La chirurgie ambulatoire en campagne*

Suite à l'état des lieux partagé 2012-2013 entre la DGOS et la MSA qui mettait en évidence des situations régionales contrastées avec un retard persistant de 3,5 points pour les patients du régime agricole (plus important chez les non-salariés), la MSA a lancé l'action d'accompagnement dans les étapes amont et aval de la prise en charge hospitalière de la Chirurgie Ambulatoire (CA) de la population des affiliés de la MSA.

En tenant compte des caractéristiques de cette population, à savoir essentiellement rurale, souvent éloignée des centres de chirurgie et médicalement isolée avec une certaine appréhension par rapport à la CA, le projet est bien de travailler sur les parcours.

Pour structurer les parcours, il est nécessaire :

- ✓ d'assurer la continuité des soins en s'appuyant sur une coordination des professionnels intervenant autour du patient,
- ✓ de formaliser et structurer des coopérations en amont et en aval de la CA,
- ✓ de proposer une modalité de prise en charge partagée des patients et une articulation renforcée entre le médecin traitant et les équipes hospitalières.

Sur les territoires de l'expérimentation, à l'échelle des bassins de vie, une étude approfondie a été menée pour tenir compte du rapport IGAS-IGF 2014 qui soulignait des freins supplémentaires au développement de la chirurgie ambulatoire avec un impact sur la masse d'actes transférables :

*«...du fait des caractéristiques des patients (âge, état de santé, éloignement géographique et isolement social)... ».*

De même une attention est portée sur les limites tenant aux caractéristiques des établissements (exemple du délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation).

Dans certains territoires (Pays Haut-Languedoc et Vignobles, Pays de Morlaix), les premières réunions d'informations et d'échanges ont eu lieu entre les professionnels de santé en ville et campagne et les professionnels hospitaliers. Au cours de ces réunions, des échanges fructueux ont permis de recenser les besoins des intervenants de part et d'autre, tant pour les professionnels en ville qu'hospitaliers. Les verbatims sont retranscrits dans l'encadré 10 suivant.

### **Encadré 10 : Verbatims issus des réunions d'informations et d'échanges entre les professionnels de santé en ville et campagne et les professionnels hospitaliers**

*Difficultés ou leviers à mobiliser les professionnels de ville : certains professionnels du terrain ont des difficultés à appréhender leur rôle dans ce circuit.*

- *Sentiment que la chirurgie est une relation entre le patient et le chirurgien. Une fois le diagnostic posé par le médecin généraliste, et l'orientation vers le chirurgien réalisée, le rôle du généraliste s'arrêterait.*
- *Il arrive que le généraliste laisse au patient le choix et le contact avec le chirurgien. Le généraliste apprend par la suite que son patient a été opéré.*

#### **Ressenti des généralistes :**

- *« Submergés dans leur activité quotidienne pour en plus pouvoir s'occuper de la réflexion sur l'indication de la chirurgie ambulatoire »,*
- *Méconnaissance du mode de fonctionnement de la chirurgie ambulatoire,*
- *Inquiétude en ce qui concerne la visite du lendemain qui serait impossible sur le plan de l'organisation,*
- *Questions de générations de médecins généralistes. Les plus jeunes semblent plus réceptifs que les anciens,*
- *Accueil des professionnels excellent : médecins généralistes et chirurgiens.*

L'utilisation des données du SNIIRAM permet d'évaluer le taux de recours des ressortissants des territoires concernés par l'expérimentation: la proportion des séjours en ambulatoire devra donc augmenter dans le périmètre des GHM concernés.

De plus, cette action permet d'amorcer le virage ambulatoire, en tenant compte des spécificités et des attentes des patients, et donc d'apporter les pistes de solutions.

#### **3.2.4.4. Accompagner les parcours de soins en milieu rural dans leur dimension sanitaire, médico-sociale et sociale**

##### *a) Pays de santé*

La MSA poursuit son implication dans le cadre de Pays de Santé. Cette action expérimentée en collaboration avec Groupama avait pour objectif de définir et mener un projet favorisant le maintien de l'offre de soins médicale en zone rurale au sein de deux départements (Ardennes et Dordogne) en collaboration avec les structures locales et en complément des solutions existantes. Après le retrait de Groupama, ces actions ont été reprises par les ARS des régions concernées.

Les principaux atouts de cette action, qui s'appuie en amont sur **un diagnostic local** des enjeux de santé et de démographie médicale, sont ceux d'un dispositif :

- ✓ de terrain, bâti par les acteurs de terrain, pour résoudre des questions concrètes du territoire concerné.

- ✓ au service du parcours de santé : il s'appuie sur une coordination en santé au sens large, puisqu'il intègre une coordination entre les professionnels de santé, une coordination avec le médico-social et une coordination avec les services sociaux (de manière plus marginale).
- ✓ évolutif par nature : au-delà de la gestion des besoins et demandes des médecins traitants, de nombreuses actions en santé (orientées prévention) sont progressivement développées pour la population, en fonction des besoins des personnes et des défaillances du territoire.
- ✓ porteur de démocratie sanitaire : un Conseil Pays de Santé réunit dès le départ les professionnels de santé, les collectivités territoriales, les régimes d'assurance maladie, les associations ainsi que l'ARS.

L'action Pays de santé a fait l'objet d'une évaluation en 2012 par un prestataire indépendant Cemka-Eval dont la synthèse était présentée dans le précédent rapport Charges et Produits. Elle a également fait l'objet d'une évaluation en 2014 par la CCMSA portant sur l'évolution de la consommation de soins à partir des données du SNIIRAM allant de janvier 2008 à novembre 2012.

#### **Principaux résultats de l'évaluation du Projet Pays de santé en 2014**

Dans le département des Ardennes, il apparaît que les professionnels de santé du territoire « Pays de santé », et surtout les médecins généralistes, ont connu un regain d'activité significatif en termes d'honoraires médicaux (consultations, visites et déplacements).

En Dordogne, le constat est que la production de soins sur la période n'a pas évolué de manière significative bien que le nombre de médecins traitants ait été réduit de trois unités sur le territoire.

Dans le contexte du projet de loi de modernisation du système de santé qui s'appuie sur une approche territoriale, la démocratie sanitaire et une promotion de la prévention, la MSA confirme l'intérêt de proposer Pays de Santé sur les territoires qu'elle aurait identifié comme « à risques » du point de vue de l'accessibilité à l'offre de soins, en particulier s'agissant des soins primaires.

#### *b) Hôpitaux de proximité et ex-hôpitaux locaux*

Dans le contexte de la convention de partenariat conclue en novembre 2012 entre la Caisse Centrale de la MSA et l'Association nationale des médecins Généralistes des Hôpitaux Locaux (AGHL), les caisses de MSA sont informées des possibilités de collaboration qui existent déjà entre les deux signataires. Les actions menées conjointement entre la CCMSA et l'AGHL en faveur de l'organisation des soins en milieu rural pourront continuer à s'exercer, au service d'un exercice de qualité et coordonné des soins primaires, entre médecine générale en ville et ex-hôpital local.

Après avoir fait état lors de la journée AGHL/ANHL 2013 d'une étude portant sur le recours aux ex-hôpitaux locaux dont la patientèle est constituée à 20% de ressortissants du régime agricole, la journée 2014 a été marquée par la présentation par la DGOS de l'étude sur les activités des établissements isolés. La MSA a également réalisé une étude sur la région de Franche-Comté pour analyser les taux de fuite des ex-Hôpitaux Locaux et ainsi contribuer à l'objectivation des besoins des territoires.



Dans le contexte du projet de loi de modernisation du système de santé (et notamment au regard de leur place dans les Groupements Hospitaliers de Territoires) et dans le contexte du plan triennal, l'avenir des ex-Hôpitaux Locaux reste incertain.

Dans le contexte du paradigme des maladies chroniques, les études sur le recours à l'hospitalisation non programmée, et notamment les hospitalisations évitables, confortent l'idée que les ex-Hôpitaux Locaux ont une mission à assumer dans le parcours de santé en milieu rural, en articulation avec les MSP dont l'offre ne suffit pas à la satisfaction des besoins mixtes soins primaires/soins secondaires/SSR, et dans le cadre de la mise en œuvre d'un principe de subsidiarité pour la prise en charge.

La MSA poursuivra donc son engagement sur les territoires ruraux qu'elle aura identifiés comme particulièrement « à risques », notamment pour les populations âgées, en vue d'éviter pour elles et pour la collectivité ces recours aux urgences qui constituent des épisodes douloureux, et en vue de faciliter les articulations entre ville et hôpital.

### *c) Télémedecine*

En 2014, la MSA s'est engagée dans l'évaluation de plusieurs actions de télémedecine initiées par les ARS dont plusieurs concernent la télédermatologie. On peut citer notamment :

- ✓ l'action réalisée par l'ARS de Bourgogne portant sur le télédiagnostic et la téléconsultation en milieu ambulatoire,
- ✓ l'action de télédermatologie également en Franche-Comté (Poligny) dont le support est un établissement hospitalier de proximité.
- ✓ l'action portée par l'ARS Limousin concernant la santé des résidents en EHPAD dont 30% des résidents sont des assurés MSA. Cette action vise à éviter les déplacements au CH de Limoges pour des assurés âgés qui arrivent très souvent aux urgences.

Pour ces trois actions, la MSA s'attache à ce qu'une analyse médico-économique soit réalisée, pouvant servir à l'élaboration d'un modèle économique de l'assureur.

Les résultats de ces évaluations portées par des tiers (Université de Bourgogne pour les deux premiers ou évaluateurs externes à Limoges), qui permettront de contribuer à la connaissance des potentialités économiques portées par ces nouvelles technologies, ne sont pas encore disponibles.

### 3.3. L'impact des mesures sur les dépenses dans le champ soins de ville de l'ONDAM

Les remboursements des soins de ville pour le régime agricole augmenteraient de + 0,8 % en 2016, soit un rythme inférieur de 0,8 point de celui prévu pour 2015 (et inférieur de 1,8 point à celui observé en 2014), en partant du postulat que les mesures d'économies 2015 ont été reconduites à l'identique en 2016

Les mesures d'économie intégrées aux prévisions des soins de ville relatives à l'année 2016 totalisent un montant de 94 millions d'euros pour le régime agricole (tableau 51).

**Tableau 51 : Les mesures d'économie en 2016 - soins de ville  
(en millions d'euros)**

	non salariés	salariés	régime agricole
Maîtrise médicalisée	21	18	39
dont hors médicaments	9	9	18
Mesures médicaments (hors maîtrise médicalisée)	29	19	48
Mesures LPP (hors maîtrise médicalisée)	2	1	4
Autres mesures d'économie	2	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>40</b>	<b>94</b>

Source : MSA

Les reports des revalorisations de tarif des professionnels de santé attribuées en 2015 représentent 1 million d'euros (tableau 52).

**Tableau 52 : L'impact des revalorisations de 2015 pour 2016 – soins de ville  
(en millions d'euros)**

	non salariés	salariés	régime agricole
Médecins généralistes	0,1	0,1	0,1
Médecins spécialistes	0,0	0,1	0,1
Auxiliaires médicaux	0,0	0,1	0,1
Biologistes	0,1	0,1	0,2
Pharmacie	0,2	0,3	0,5
<b>TOTAL</b>	<b>0,4</b>	<b>0,6</b>	<b>1,0</b>

Source : MSA

Le solde de l'ensemble des mesures affiche une économie nette de 93 millions d'euros (tableau 53).

**Tableau 53 : Solde des effets mesures et revalorisations en 2016 – soins de ville**  
(en millions d'euros)

	non salariés	salariés	régime agricole
Total des mesures d'économie	-54	-40	-94
Total des revalorisations	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>-54</b>	<b>-39</b>	<b>-93</b>

Source : MSA

### **3.4. Les charges, produits et le solde de la branche maladie du régime des non-salariés et salariés agricoles en 2016**

#### **3.4.1. Les charges, produits et le solde de la branche maladie du régime des non-salariés agricoles en 2016 (cf. Annexe 1)**

##### **3.4.1.1. Les charges**

L'ensemble des charges de la branche maladie y compris prestations IJ AMEXA diminuerait de - 0,4 % en 2016.

##### **3.4.1.2. Les recettes**

L'ensemble des cotisations est estimé à 976,5 millions d'euros en 2016 soit une diminution de - 5 % par rapport à 2015 (- 51,2 millions d'euros).

La part de la CSG affectée réglementairement au régime des non-salariés augmenterait de + 2,1 % en 2016 (+ 26,2 millions d'euros).

La contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) avec 692 millions d'euros connaît une baisse de - 47,6 % (- 629,8 millions d'euros). Conformément à la volonté du Gouvernement d'alléger les prélèvements obligatoires, cette contribution sera supprimée à l'horizon 2017. Afin de réaliser cet engagement, il a été proposé de créer un abattement d'assiette de 3,5 milliards d'euros à compter de 2015. Cette première étape sera poursuivie en 2016 par l'application d'un abattement supplémentaire d'un milliard d'euros avant la suppression définitive de la C3S l'année suivante.

Parmi les taxes affectées au régime, la taxe sur la consommation du tabac atteindrait 1,9 milliard d'euros (- 0,5 %) et le produit de la part de la taxe sur les alcools serait de 1,3 milliard d'euros (- 0,5 %).

Globalement les taxes (hors C3S) atteignent un montant de 3,722 milliards d'euros (- 9,4 millions d'euros).

Au total et hors contribution d'équilibre du régime général, les produits diminueraient de - 7,2 % par rapport à 2015.

**La contribution d'équilibre du régime général** atteindrait **803,1 millions** d'euros en 2016 au lieu de 212,9 millions d'euros en 2015, résultant essentiellement de la baisse du produit C3S.

Le résultat maladie en 2016 de - 1,4 million d'euros correspond au solde déficitaire des IJ AMEXA (non pris en compte dans le calcul de la contribution d'équilibre versée au Régime général)

### **3.4.2. Les charges, produits et le solde de la branche maladie du régime des salariés agricoles en 2016 (cf. Annexe 2)**

#### **3.4.2.1. Les charges**

L'ensemble des charges de la branche maladie maternité augmenterait de + 1,3 % en 2016.

#### **3.4.2.2. Les recettes**

Le montant des cotisations maladie est estimé à 2 179,2 millions d'euros en 2016, soit une hausse de + 3,04 % par rapport à 2015.

Le produit provenant de la CSG affectée au régime augmenterait de + 2,1 %, soit + 31 millions d'euros.

En 2016, sans évolution de la part de la taxe sur la consommation du tabac affectée à la branche maladie des salariés fixée en 2015 à 7,99 %, le montant s'élèverait à 488,7 millions d'euros en diminution de - 2,5 millions d'euros.

Le produit de la TVA nette compensant les exonérations sur les heures supplémentaires augmenterait de 0,7 million d'euros.

Le total des taxes affectées atteint 502 millions d'euros, en diminution de -1,7 million d'euros.

Au total, hors contribution d'équilibre du régime général, les produits augmenteraient de + 2 % par rapport à 2015.

**La contribution d'équilibre du régime général** serait en baisse de - 31,7 millions d'euros (- 5,5 %) par rapport à 2015 pour s'établir à **545,8 millions d'euros**.

## Annexe 1 : Tableau d'équilibre de la branche maladie des non-salariés

MALADIE NON SALARIES	Réalizations		Prévisions		Prévisions	
En millions d'euros	2014	Evolution 2014/2013	2015	Evolution 2015/2014	2016	Evolution 2016/2015
<b>TOTAL CHARGES MALADIE</b>	<b>9 171,8</b>	<b>+ 0,3%</b>	<b>9 044,0</b>	<b>- 1,4%</b>	<b>9 010,0</b>	<b>- 0,4%</b>
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	8 886,9	+ 0,4%	8 752,4	- 1,5%	8 722,1	- 0,3%
I - PRESTATIONS SOCIALES	7 056,1	+ 3,3%	7 114,5	+ 0,8%	7 082,6	- 0,4%
Prestations maladie	6 946,2	+ 3,4%	7 006,4	+ 0,9%	6 975,8	- 0,4%
dont exécutées en ville	2 687,4	+ 1,6%	2 662,4	- 0,9%	2 575,6	- 3,3%
dont exécutées en établissement	4 258,8	+ 4,5%	4 344,0	+ 2,0%	4 400,2	+ 1,3%
- <i>Etablissements sanitaires</i>	2 700,4	+ 7,1%	2 788,5	+ 3,3%	2 772,1	- 0,6%
- <i>Médico-sociaux</i>	1 056,9	+ 1,8%	1 066,6	+ 0,9%	1 069,7	+ 0,3%
- <i>Cliniques privées</i>	501,5	- 2,7%	488,9	- 2,5%	479,4	- 1,9%
Prestations maternité	31,4	+ 2,1%	31,6	+ 0,7%	31,5	- 0,3%
Prestations Invalidité	56,1	- 2,9%	53,9	- 3,9%	52,1	- 3,4%
Actions de prévention	15,2	+ 21,2%	14,9	- 2,4%	15,1	+ 1,4%
Prestations extra légales	6,7	- 4,0%	6,5	- 2,4%	6,5	+ 0,0%
Autres prestations (Convention internationale)	0,6	+ 113,6%	1,2	+ 111,8%	1,6	+ 29,7%
II - CHARGES TECHNIQUES	1 425,6	+ 9,2%	1 235,1	- 13,4%	1 245,3	+ 0,8%
dont cotisations des PAM	109,0	+ 1,0%	110,1	+ 1,0%	111,6	+ 1,3%
dont Régime des étudiant	14,8	+ 1,0%	14,8	+ 0,0%	14,8	+ 0,0%
dont prise en charge CNSA	944,9	+ 0,3%	953,5	+ 0,9%	956,4	+ 0,3%
<b>Contribution au Régime général</b>	<b>195,8</b>	<b>-</b>	<b>0,0</b>	<b>- 100,0%</b>	<b>0,0</b>	<b>-</b>
III - CHARGES TECHNIQUES DIVERSES	18,1	+ 20,4%	21,8	+ 20,4%	20,8	- 4,9%
IV - DOTATIONS AUX PROVISIONS	385,4	- 44,7%	380,7	- 1,2%	373,2	- 2,0%
V - CHARGES FINANCIERES	1,6	- 36,5%	0,3	- 83,5%	0,3	- 0,1%
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	281,0	- 3,6%	287,8	+ 2,4%	284,0	- 1,3%
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	3,9	- 49,4%	3,9	+ 0,0%	3,9	+ 0,0%
<b>TOTAL PRODUITS MALADIE</b>	<b>9 207,6</b>	<b>+ 1,0%</b>	<b>9 050,6</b>	<b>- 1,7%</b>	<b>9 008,5</b>	<b>- 0,5%</b>
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	9 178,7	+ 1,2%	9 021,6	- 1,7%	8 979,5	- 0,5%
I - COTISATIONS IMPOTS ET PRODUITS AFFECTES	7 450,9	+ 1,3%	7 339,7	- 1,5%	6 675,7	- 9,0%
Cotisations	1 048,9	+ 16,9%	1 027,7	- 2,0%	976,5	- 5,0%
Cotisations prises en charge par l'Etat	9,2	- 0,2%	9,4	+ 2,0%	9,6	+ 2,1%
CSG	1 228,0	+ 2,6%	1 248,8	+ 1,7%	1 275,1	+ 2,1%
Impôts et taxes affectés	5 164,8	- 1,6%	5 053,8	- 2,2%	4 414,6	- 12,6%
<i>Taxes consommation du tabac</i>	1 962,0	+ 87,2%	1 910,3	- 2,6%	1 900,5	- 0,5%
<i>Contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S)</i>	1 367,7	- 3,7%	1 322,0	- 3,3%	692,2	- 47,6%
<i>Taxe sur les véhicules de sociétés</i>	- 0,9	- 100,1%	0,0	- 100,0%	0,0	-
<i>Cotisations sur les boissons alcooliques</i>	0,0	-	0,0	-	0,0	-
<i>Taxe sur les bières et boissons non alcoolisée</i>	0,0	-	0,0	-	0,0	-
<i>Droit de consommation sur les alcools</i>	1 281,8	- 5,6%	1 279,7	- 0,2%	1 273,3	- 0,5%
<i>Contribution sur les boissons sucrées</i>	367,1	+ 0,5%	315,0	- 14,2%	318,2	+ 1,0%
<i>Contribution sur les boissons contenant des édulcorants</i>	0,0	-	62,0	-	62,6	+ 1,0%
<i>Taxes produits alimentaires</i>	187,3	+ 1,0%	164,8	- 12,0%	167,8	+ 1,8%
<i>Autres impôts et taxes affectées</i>	0,0	- 99,6%	0,0	- 100,0%	0,0	-
II - PRODUITS TECHNIQUES	1 041,7	+ 1,6%	1 281,4	+ 23,0%	1 907,1	+ 48,8%
Compensation démographique	0,0	-	0,0	-	0,0	-
<b>Contribution du Régime général</b>	<b>0,0</b>	<b>-</b>	<b>212,9</b>	<b>-</b>	<b>803,1</b>	<b>+ 277,1%</b>
Produit à recevoir du FFIPSA	0,0	-	0,0	-	0,0	-
Prise en charge médico social CNSA	1 037,1	+ 1,7%	1 063,9	+ 2,6%	1 099,4	+ 3,3%
Autres produits	4,6	- 1,9%	4,6	+ 0,1%	4,6	+ 0,1%
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	13,8	- 21,3%	13,8	- 0,3%	14,8	+ 7,6%
IV - REPRISES SUR PROVISIONS	670,9	- 0,3%	385,4	- 42,6%	380,5	- 1,3%
V - PRODUITS FINANCIERS	1,3	- 66,5%	1,3	- 3,0%	1,3	- 0,3%
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	24,1	- 18,8%	24,3	+ 0,8%	24,2	- 0,2%
C - PRODUITS EXCEPTIONNELS	4,8	- 59,8%	4,8	+ 0,0%	4,8	+ 0,0%
<b>Résultat maladie</b>	<b>35,8</b>		<b>6,6</b>		<b>- 1,4</b>	

## Annexe 2 : Tableau d'équilibre de la branche maladie des salariés

MALADIE SALARIES  En millions d'euros	Réalizations		Evolution		Prévisions		Evolution	
	2014	2014/2013	2015	2015/2014	2016	2016/2015	2016	2016/2015
<b>TOTAL CHARGES MALADIE</b>	<b>5 573,6</b>	<b>- 1,0%</b>	<b>5 730,2</b>	<b>+ 2,8%</b>	<b>5 802,3</b>	<b>+ 1,3%</b>		
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	5 235,4	- 0,9%	5 387,3	+ 2,9%	5 464,9	+ 1,4%		
I - PRESTATIONS SOCIALES	4 301,4	+ 2,7%	4 444,1	+ 3,3%	4 504,3	+ 1,4%		
Prestations maladie	3 886,3	+ 2,5%	4 024,2	+ 3,5%	4 072,8	+ 1,2%		
dont exécutées en ville	1 788,8	+ 3,5%	1 835,6	+ 2,6%	1 871,1	+ 1,9%		
dont exécutées en établissement	2 097,5	+ 1,6%	2 188,6	+ 4,3%	2 201,7	+ 0,6%		
- établissements sanitaires à tarification administrative	1 330,7	+ 2,1%	1 414,6	+ 6,3%	1 419,8	+ 0,4%		
- médico-sociaux	487,3	+ 1,0%	490,6	+ 0,7%	492,7	+ 0,4%		
- cliniques privées	279,5	+ 0,4%	283,4	+ 1,4%	289,1	+ 2,0%		
Prestations maternité	169,2	+ 1,7%	173,1	+ 2,3%	174,0	+ 0,5%		
Prestations Invalidité	208,5	+ 3,7%	213,0	+ 2,1%	218,9	+ 2,8%		
Actions de prévention	15,5	+ 42,0%	15,7	+ 1,4%	15,9	+ 1,4%		
Prestations extra légales	5,0	+ 14,5%	4,8	- 2,4%	4,8	+ 0,0%		
Autres prestations (décès, Convention internationale)	16,9	+ 21,0%	13,4	- 21,1%	17,8	+ 33,4%		
II - CHARGES TECHNIQUES	609,7	+ 0,2%	614,3	+ 0,8%	624,3	+ 1,6%		
dont prise en charge CNSA	442,2	- 0,5%	445,2	+ 0,7%	447,2	+ 0,4%		
III - CHARGES TECHNIQUES DIVERSES	13,7	- 7,2%	14,1	+ 3,2%	14,6	+ 3,0%		
IV - DOTATIONS AUX PROVISIONS	310,2	- 33,7%	314,3	+ 1,3%	321,4	+ 2,3%		
V - CHARGES FINANCIERES	0,4	- 24,3%	0,4	- 1,3%	0,4	- 0,1%		
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	335,0	- 1,1%	339,6	+ 1,4%	334,2	- 1,6%		
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	3,3	- 67,1%	3,3	+ 0,0%	3,3	+ 0,0%		
<b>TOTAL PRODUITS MALADIE</b>	<b>5 573,6</b>	<b>- 0,8%</b>	<b>5 730,2</b>	<b>+ 2,8%</b>	<b>5 802,3</b>	<b>+ 1,3%</b>		
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	5 537,3	- 0,6%	5 693,7	+ 2,8%	5 765,9	+ 1,3%		
I - COTISATIONS IMPOTS ET PRODUITS AFFECTES	4 205,8	+ 2,8%	4 298,7	+ 2,2%	4 395,4	+ 2,2%		
Cotisations	2 048,9	+ 3,5%	2 114,8	+ 3,2%	2 179,2	+ 3,0%		
Cotisations prises en charge par l'Etat	225,5	+ 5,8%	203,3	- 9,8%	206,4	+ 1,5%		
CSG	1 452,1	+ 2,7%	1 476,8	+ 1,7%	1 507,8	+ 2,1%		
Impôts et taxes affectés	479,3	- 1,0%	503,8	+ 5,1%	502,0	- 0,3%		
II - PRODUITS TECHNIQUES	845,9	- 15,1%	1 064,0	+ 25,8%	1 034,4	- 2,8%		
Prise en charge médico social CNSA	475,3	+ 0,2%	478,5	+ 0,7%	480,5	+ 0,4%		
<b>Contribution du Régime général</b>	<b>362,6</b>	<b>- 29,5%</b>	<b>577,5</b>	<b>+ 59,3%</b>	<b>545,8</b>	<b>- 5,5%</b>		
Contributions publiques (FSI, CMUC)	0,0	- 100,0%	0,0	- 100,0%	0,0	-		
Compensation démographique	0,0	-	0,0	-	0,0	-		
Autres produits	8,1	+ 2,6%	8,0	- 0,2%	8,0	- 0,2%		
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	20,9	- 0,7%	19,0	- 8,8%	20,1	+ 5,5%		
IV - REPRISES SUR PROVISIONS	463,1	+ 1,8%	310,2	- 33,0%	314,3	+ 1,3%		
V - PRODUITS FINANCIERS	1,7	- 63,9%	1,7	+ 0,0%	1,7	+ 0,0%		
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	31,3	- 14,4%	31,6	+ 0,8%	31,5	- 0,2%		
C - PRODUITS EXCEPTIONNELS	4,9	- 69,2%	4,9	+ 0,0%	4,9	+ 0,0%		
<b>Résultat maladie</b>	<b>0,0</b>		<b>0,0</b>		<b>0,0</b>			

### Annexe 3 :

## Etude sur le remboursement d'équipements de correction visuelle en 2014 par régime

Les données<sup>39</sup> concernent les assurés qui ont fait l'objet d'un remboursement au titre d'un équipement de correction visuelle (verres, lentilles, implants) pour les années 2014 et 2013. Cette requête a permis d'isoler, d'une part, les ressortissants du régime agricole (salariés et non-salariés) et, d'autre part, les ressortissants des autres régimes.

Au titre de la MSA uniquement, on observe un écart entre population salariée et non-salariée, pour les verres et les lentilles (Tableau 1). Les implants ophtalmologiques étant un recours rare, l'interprétation de l'étude reste limitée. **L'écart MSA/Autres régimes est assez prononcé** (22 points pour les salariés et 34 points pour les non-salariés)<sup>40</sup>.

**Tableau 1 : Taux de prévalence standardisés pour 1000 d'un remboursement d'équipement de correction visuelle en 2014**

Taux de prévalence standardisés pour 1000				
2014		Verres	Lentilles	Implants
MSA	Salariés	166,11	1,58	0,07
	Non-Salariés	154,28	1,17	0,14
Autres régimes		188,89	1,87	0,08

*Lecture : pour 1000 salariés assurés MSA, 166 ont bénéficié d'un remboursement d'équipement de « Verres » en 2014*

On observe les mêmes tendances sur l'année 2013 (Tableau 2). On note, toutefois, un taux de prévalence plus faible pour les verres chez les non-salariés agricoles.

**Tableau 2 : Taux de prévalence standardisés pour 1000 d'un remboursement d'équipement de correction visuelle en 2013**

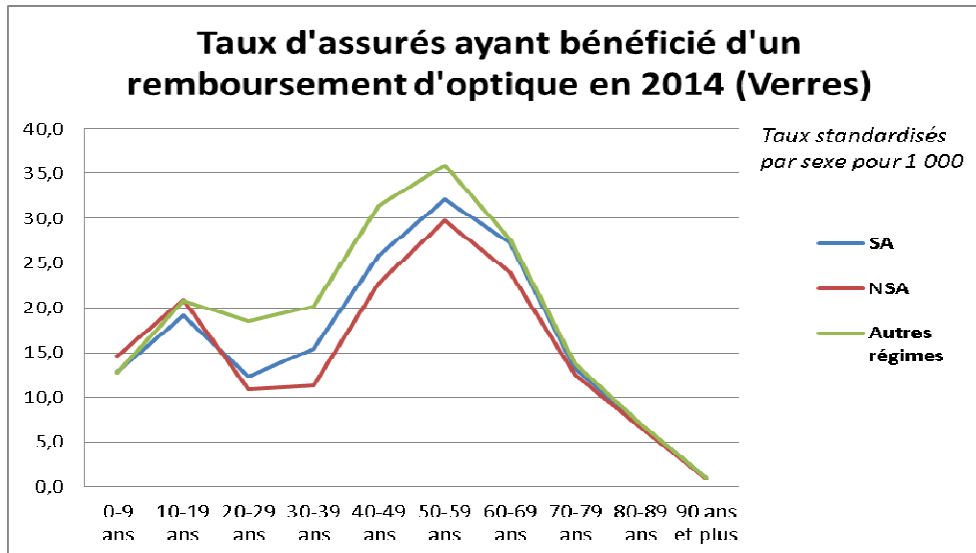
Taux de prévalence standardisés pour 1000				
2013		Verres	Lentilles	Implants
MSA	Salariés	164,51	1,54	0,07
	Non-Salariés	147,77	1,17	0,14
Autres régimes		187,22	1,91	0,08

<sup>39</sup> Les données sont issues du Datamart Consommation Inter-Régime (DCIR) au sein du SNIIRAM. Les tables utilisées sont les tables prestations et codage affiné LPP.

<sup>40</sup> Pour comparer ces populations (MSA/Autres régimes), les données ont été standardisées par âge et par sexe à partir de la population française totale.

L'analyse par tranche d'âge en 2014 montre que la tendance est identique pour les trois populations (Graphique 1). Néanmoins, on observe que le « décrochement » MSA se fait à partir des 20-29 ans (entre six et huit points). Cet écart tend à se réduire au fil des âges, avant de disparaître pour les 60-69 ans chez les salariés agricoles et 70-79 ans chez les non-salariés agricoles.

**Graphique 1 : Taux d'assurés ayant bénéficié d'un remboursement d'optique (verres) en 2014 par tranche d'âge et par régime**



Il apparaît donc que les assurés MSA ont moins recours à des équipements de correction visuelle que les assurés des autres régimes et particulièrement entre 20 et 60 ans pour les verres.



**Annexe 3.1 :**  
**Chiffres bruts des assurés MSA ayant eu des remboursements  
d'équipements de correction visuelle en 2014**

<b>S10 - Verres</b>						
	Femmes SA	Hommes SA	Total SA	Femmes NSA	Hommes NSA	Total NSA
0-9 ans	10 045	9 939	19 984	3 642	3 616	7 258
10-19 ans	17 131	13 210	30 341	9 256	6 353	15 609
20-29 ans	12 614	10 076	22 690	1 022	1 449	2 471
30-39 ans	16 917	10 852	27 769	1 995	3 803	5 798
40-49 ans	25 405	19 270	44 675	7 756	12 124	19 880
50-59 ans	29 471	27 250	56 721	15 326	25 511	40 837
60-69 ans	22 481	24 017	46 498	20 923	23 734	44 657
70-79 ans	10 378	10 570	20 948	27 614	18 257	45 871
80-89 ans	6 814	5 366	12 180	30 091	16 710	46 801
90 ans et plus	1 134	652	1 786	5 354	2 289	7 643
Ensemble	152 390	131 202	283 592	122 979	113 846	236 825

<b>S20A - Lentilles</b>						
	Femmes SA	Hommes SA	Total SA	Femmes NSA	Hommes NSA	Total NSA
0-9 ans	3	4	7	-	1	1
10-19 ans	149	80	229	91	46	137
20-29 ans	215	133	348	21	19	40
30-39 ans	376	161	537	40	55	95
40-49 ans	420	194	614	91	86	177
50-59 ans	394	153	547	150	106	256
60-69 ans	179	106	285	96	72	168
70-79 ans	34	18	52	40	45	85
80-89 ans	6	18	24	64	42	106
90 ans et plus	6	6	12	22	10	32
Ensemble	1 782	873	2 655	615	482	1 097

<b>S30 - Implants</b>						
	Femmes SA	Hommes SA	Total SA	Femmes NSA	Hommes NSA	Total NSA
0-9 ans	-	-	-	-	-	-
10-19 ans	-	1	1	1	-	1
20-29 ans	3	2	5	-	-	-
30-39 ans	3	1	4	-	-	-
40-49 ans	9	-	9	2	3	5
50-59 ans	21	3	24	8	3	11
60-69 ans	14	11	25	34	5	39
70-79 ans	16	6	22	33	18	51
80-89 ans	14	5	19	45	25	70
90 ans et plus	-	3	3	4	-	4
Ensemble	80	32	112	127	54	181

**Annexe 3.2 :**  
**Chiffres bruts des assurés Autres Régimes ayant eu des remboursements  
d'équipements de correction visuelle en 2014**

<b>S10 - Verres</b>			
	Femmes Autres R	Hommes Autres R	Total Autres R
0-9 ans	421 172	423 390	844 562
10-19 ans	780 280	598 331	1 378 611
20-29 ans	786 840	442 444	1 229 284
30-39 ans	822 502	510 770	1 333 272
40-49 ans	1 234 944	843 890	2 078 834
50-59 ans	1 348 883	1 035 246	2 384 129
60-69 ans	1 028 458	804 914	1 833 372
70-79 ans	528 322	382 397	910 719
80-89 ans	301 413	164 399	465 812
90 ans et plus	49 642	18 622	68 264
Ensemble	7 302 456	5 224 403	12 526 859

<b>S20A - Lentilles</b>			
	Femmes Autres R	Hommes Autres R	Total Autres R
0-9 ans	191	223	414
10-19 ans	6 171	3 764	9 935
20-29 ans	13 543	6 606	20 149
30-39 ans	17 259	6 711	23 970
40-49 ans	19 982	7 531	27 513
50-59 ans	18 061	6 580	24 641
60-69 ans	9 277	3 481	12 758
70-79 ans	1 916	1 205	3 121
80-89 ans	739	629	1 368
90 ans et plus	256	137	393
Ensemble	87 395	36 867	124 262

<b>S30 - Implants</b>			
	Femmes Autres R	Hommes Autres R	Total Autres R
0-9 ans	4	4	8
10-19 ans	21	9	30
20-29 ans	133	65	198
30-39 ans	272	77	349
40-49 ans	407	106	513
50-59 ans	802	165	967
60-69 ans	1 120	268	1 388
70-79 ans	951	285	1 236
80-89 ans	527	172	699
90 ans et plus	71	19	90
Ensemble	4 308	1 170	5 478

Autres R : Autres Régimes

## Annexe 4 : Le recours aux urgences : données sources

**Tableau 1 : Le recours aux urgences non suivi d'hospitalisation en fonction de l'âge et du sexe des patients**

Classe d'âge	Nb de patients MSA (hors APRIA) ayant eu au moins 1 passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation dans le même établissement			Nb de patients MSA (hors APRIA)			Taux de recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation dans le même établissement		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
0 - 4 ANS	13 016	10 833	23 849	59 069	56 528	115 597	22%	19%	21%
5 - 9 ANS	9 901	7 677	17 578	66 561	63 090	129 651	15%	12%	14%
10 - 14 ANS	11 271	9 008	20 279	70 533	67 300	137 833	16%	13%	15%
15 - 19 ANS	12 877	9 328	22 205	75 788	69 201	144 989	17%	13%	15%
20 - 24 ANS	14 382	7 801	22 183	66 609	43 551	110 160	22%	18%	20%
25 - 29 ANS	14 895	8 721	23 616	75 179	50 831	126 010	20%	17%	19%
30 - 34 ANS	12 921	7 902	20 823	77 719	54 770	132 489	17%	14%	16%
35 - 39 ANS	11 380	6 495	17 875	76 109	55 323	131 432	15%	12%	14%
40 - 44 ANS	12 670	6 758	19 428	95 268	66 119	161 387	13%	10%	12%
45 - 49 ANS	12 657	6 542	19 199	106 431	73 367	179 798	12%	9%	11%
50 - 54 ANS	12 231	6 238	18 469	113 895	78 442	192 337	11%	8%	10%
55 - 59 ANS	11 071	5 765	16 836	109 823	78 953	188 776	10%	7%	9%
60 - 64 ANS	10 057	5 799	15 856	115 319	86 421	201 740	9%	7%	8%
65 - 69 ANS	8 390	5 550	13 940	101 006	84 951	185 957	8%	7%	7%
70 - 74 ANS	6 363	5 773	12 136	74 997	78 963	153 960	8%	7%	8%
75 - 79 ANS	8 672	9 435	18 107	94 846	115 898	210 744	9%	8%	9%
80 - 84 ANS	10 030	12 771	22 801	94 804	132 203	227 007	11%	10%	10%
85 - 89 ANS	8 419	13 582	22 001	68 478	116 186	184 664	12%	12%	12%
90 - 94 ANS	4 061	8 327	12 388	29 061	63 826	92 887	14%	13%	13%
95 ANS ET +	592	2 021	2 613	4 242	15 446	19 688	14%	13%	13%
<b>TOTAL</b>	<b>205 856</b>	<b>156 326</b>	<b>362 182</b>	<b>1 575 737</b>	<b>1 451 369</b>	<b>3 027 106</b>	<b>13%</b>	<b>11%</b>	<b>12%</b>

**Tableau 2 : Le recours aux urgences non suivi d'hospitalisation en fonction du statut des patients**

	Salariés	Non-salariés	Total
Nb de patients ayant eu au moins 1 passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation dans le même établissement	220 457	141 725	362 182
Nb de passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation dans le même établissement par les patients	292 268	173 236	465 504
Nb de patients	1 616 020	1 411 086	3 027 106

**Tableau 3 : Le recours aux urgences non suivi d'hospitalisation en fonction de l'âge et du sexe des patients salariés**

Classe d'âge	Nb de patients SA ayant eu au moins 1 passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation dans le même établissement			Nb de patients SA			Taux de recours		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
0 - 4 ANS	10 729	9 068	19 797	46 940	44 770	91 710	23%	20%	22%
5 - 9 ANS	7 556	6 038	13 594	48 404	45 829	94 233	16%	13%	14%
10 - 14 ANS	7 718	6 463	14 181	46 980	44 887	91 867	16%	14%	15%
15 - 19 ANS	9 558	6 657	16 215	52 025	44 345	96 370	18%	15%	17%
20 - 24 ANS	13 216	7 202	20 418	58 711	37 914	96 625	23%	19%	21%
25 - 29 ANS	12 475	8 170	20 645	60 229	46 984	107 213	21%	17%	19%
30 - 34 ANS	9 591	7 080	16 671	54 222	48 109	102 331	18%	15%	16%
35 - 39 ANS	7 877	5 607	13 484	48 443	45 662	94 105	16%	12%	14%
40 - 44 ANS	8 167	5 487	13 654	56 512	50 312	106 824	14%	11%	13%
45 - 49 ANS	7 462	4 996	12 458	57 892	51 677	109 569	13%	10%	11%
50 - 54 ANS	6 759	4 498	11 257	58 675	51 768	110 443	12%	9%	10%
55 - 59 ANS	5 880	3 979	9 859	56 542	48 895	105 437	10%	8%	9%
60 - 64 ANS	5 161	3 435	8 596	59 001	46 163	105 164	9%	7%	8%
65 - 69 ANS	4 017	2 541	6 558	47 763	36 444	84 207	8%	7%	8%
70 - 74 ANS	2 670	1 910	4 580	30 666	24 307	54 973	9%	8%	8%
75 - 79 ANS	2 723	2 224	4 947	29 693	25 245	54 938	9%	9%	9%
80 - 84 ANS	2 794	2 614	5 408	24 883	25 049	49 932	11%	10%	11%
85 - 89 ANS	2 126	2 741	4 867	16 277	21 261	37 538	13%	13%	13%
90 - 94 ANS	1 032	1 623	2 655	6 711	11 511	18 222	15%	14%	15%
95 ANS ET +	162	451	613	1 134	3 185	4 319	14%	14%	14%
<b>TOTAL</b>	<b>127 673</b>	<b>92 784</b>	<b>220 457</b>	<b>861 703</b>	<b>754 317</b>	<b>1 616 020</b>	<b>15%</b>	<b>12%</b>	<b>14%</b>

SA: Salariés agricoles

**Tableau 4 : Le recours aux urgences non suivi d'hospitalisation en fonction de l'âge et du sexe des patients non-salariés**

Classe d'âge	Nb de patients NSA (hors APRIA) ayant eu au moins 1 passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation dans le même établissement			Nb de patients NSA (hors APRIA)			Taux de recours		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
0 - 4 ANS	2 287	1 765	4 052	12 129	11 758	23 887	19%	15%	17%
5 - 9 ANS	2 345	1 639	3 984	18 157	17 261	35 418	13%	9%	11%
10 - 14 ANS	3 553	2 545	6 098	23 553	22 413	45 966	15%	11%	13%
15 - 19 ANS	3 319	2 671	5 990	23 763	24 856	48 619	14%	11%	12%
20 - 24 ANS	1 166	599	1 765	7 898	5 637	13 535	15%	11%	13%
25 - 29 ANS	2 420	551	2 971	14 950	3 847	18 797	16%	14%	16%
30 - 34 ANS	3 330	822	4 152	23 497	6 661	30 158	14%	12%	14%
35 - 39 ANS	3 503	888	4 391	27 666	9 661	37 327	13%	9%	12%
40 - 44 ANS	4 503	1 271	5 774	38 756	15 807	54 563	12%	8%	11%
45 - 49 ANS	5 195	1 546	6 741	48 539	21 690	70 229	11%	7%	10%
50 - 54 ANS	5 472	1 740	7 212	55 220	26 674	81 894	10%	7%	9%
55 - 59 ANS	5 191	1 786	6 977	53 281	30 058	83 339	10%	6%	8%
60 - 64 ANS	4 896	2 364	7 260	56 318	40 258	96 576	9%	6%	8%
65 - 69 ANS	4 373	3 009	7 382	53 243	48 507	101 750	8%	6%	7%
70 - 74 ANS	3 693	3 863	7 556	44 331	54 656	98 987	8%	7%	8%
75 - 79 ANS	5 949	7 211	13 160	65 153	90 653	155 806	9%	8%	8%
80 - 84 ANS	7 236	10 157	17 393	69 921	107 154	177 075	10%	9%	10%
85 - 89 ANS	6 293	10 841	17 134	52 201	94 925	147 126	12%	11%	12%
90 - 94 ANS	3 029	6 704	9 733	22 350	52 315	74 665	14%	13%	13%
95 ANS ET +	430	1 570	2 000	3 108	12 261	15 369	14%	13%	13%
<b>TOTAL</b>	<b>78 183</b>	<b>63 542</b>	<b>141 725</b>	<b>714 034</b>	<b>697 052</b>	<b>1 411 086</b>	<b>11%</b>	<b>9%</b>	<b>10%</b>

NSA: Non salariés agricoles

**Tableau 5 : Le recours aux urgences non suivi d'hospitalisation selon la déclaration on non à un médecin traitant**

TOP Médecin Traitant	Nb de patients MSA ayant eu recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation	Répartition	Nb de patients MSA	Répartition	Part de patients ayant eu recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation parmi la patientèle MSA
0 (= non)	86 332	24%	551 691	18%	<b>15,6%</b>
1 (= oui)	275 850	76%	2 475 415	82%	<b>11,1%</b>
Total	362 182	100%	3 027 106	100%	<b>12,0%</b>

**Tableau 6 : Le recours aux urgences non suivi d'hospitalisation selon la déclaration on non à un médecin traitant par tranche d'âge**

AGE	TOP Médecin Traitant	Nb de patients MSA ayant eu recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation	Répartition	Nb de patients MSA	Répartition	Part de patients ayant eu recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation parmi la patientèle MSA
0 - 14 ANS	0	61 706	100%	383 081	100%	<b>16,1%</b>
15 - 19 ANS	0	9 097	41%	62 093	43%	<b>14,7%</b>
	1	13 108	59%	82 896	57%	<b>15,8%</b>
20 - 24 ANS	0	2 911	13%	13 875	13%	<b>21,0%</b>
	1	19 272	87%	96 285	87%	<b>20,0%</b>
25 - 29 ANS	0	2 756	12%	13 140	10%	<b>21,0%</b>
	1	20 860	88%	112 870	90%	<b>18,5%</b>
30 - 34 ANS	0	2 304	11%	12 937	10%	<b>17,8%</b>
	1	18 519	89%	119 552	90%	<b>15,5%</b>
35 - 39 ANS	0	1 656	9%	10 805	8%	<b>15,3%</b>
	1	16 219	91%	120 627	92%	<b>13,4%</b>
40 - 44 ANS	0	1 507	8%	11 094	7%	<b>13,6%</b>
	1	17 921	92%	150 293	93%	<b>11,9%</b>
45 - 49 ANS	0	1 288	7%	10 437	6%	<b>12,3%</b>
	1	17 911	93%	169 361	94%	<b>10,6%</b>
50 - 54 ANS	0	968	5%	9 231	5%	<b>10,5%</b>
	1	17 501	95%	183 106	95%	<b>9,6%</b>
55 - 59 ANS	0	744	4%	7 473	4%	<b>10,0%</b>
	1	16 092	96%	181 303	96%	<b>8,9%</b>
60 - 64 ANS	0	410	3%	5 308	3%	<b>7,7%</b>
	1	15 446	97%	196 432	97%	<b>7,9%</b>
65 - 69 ANS	0	244	2%	3 255	2%	<b>7,5%</b>
	1	13 696	98%	182 702	98%	<b>7,5%</b>
70 - 74 ANS	0	135	1%	1 716	1%	<b>7,9%</b>
	1	12 001	99%	152 244	99%	<b>7,9%</b>
75 - 79 ANS	0	129	1%	1 915	1%	<b>6,7%</b>
	1	17 978	99%	208 829	99%	<b>8,6%</b>
80 - 84 ANS	0	158	1%	1 915	1%	<b>8,3%</b>
	1	22 643	99%	225 092	99%	<b>10,1%</b>
85 - 89 ANS	0	168	1%	1 842	1%	<b>9,1%</b>
	1	21 833	99%	182 822	99%	<b>11,9%</b>
90 - 94 ANS	0	116	1%	1 206	1%	<b>9,6%</b>
	1	12 272	99%	91 681	99%	<b>13,4%</b>
95 ANS ET +	0	35	1%	368	2%	<b>9,5%</b>
	1	2 578	99%	19 320	98%	<b>13,3%</b>

**Tableau 7 : Le nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation selon le risque**

RISQUE	Nb de passages	%
MALADIE	436 849	93,8%
ATMP	26 225	5,6%
MATERNITE	2 145	0,5%
INCONNU	285	0,1%
TOTAL	465 504	100,0%

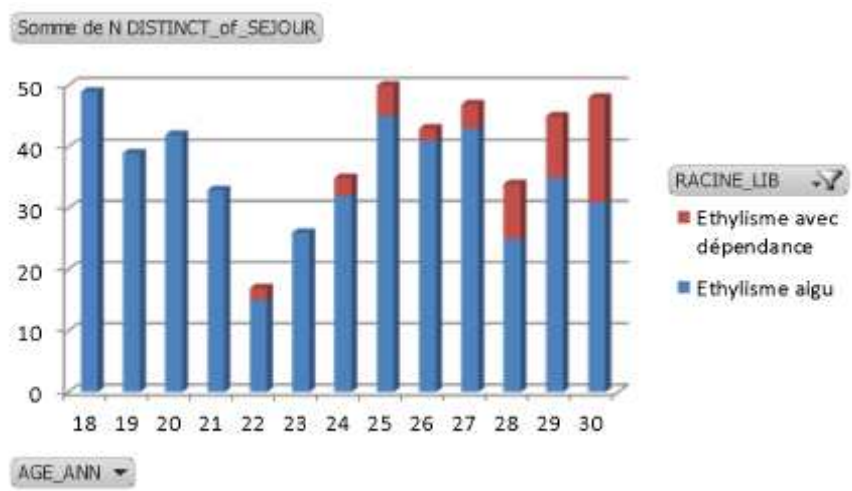
**Tableau 8 : Le nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation selon le jour de la semaine**

JOUR	Nb de passages	%
lundi	72 090	15,5%
mardi	64 205	13,8%
mercredi	63 314	13,6%
jeudi	64 118	13,8%
vendredi	64 592	13,9%
samedi	70 139	15,1%
dimanche	67 046	14,4%
Total	465 504	100,0%

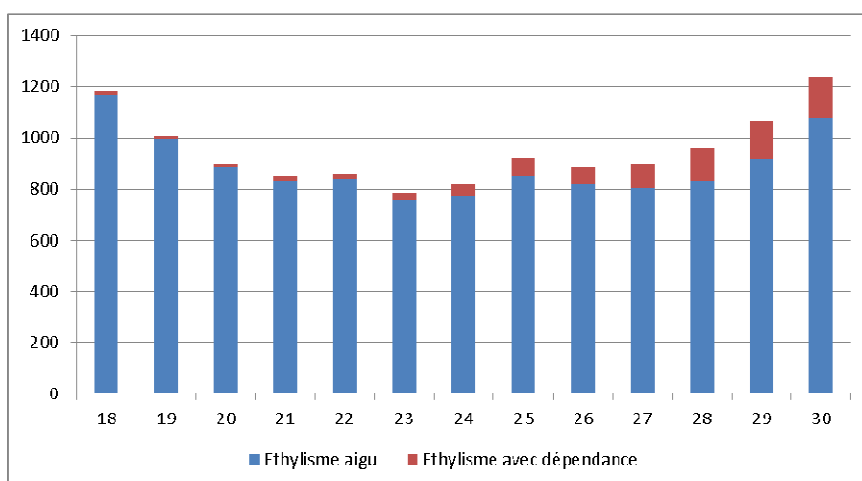
## Annexe 5 : Le recours aux urgences chez les jeunes : le reflet de la consommation excessive d'alcool

Les situations de consommation d'alcool ont été identifiées au travers des motifs des hospitalisations MCO non programmées (Source : SNIIRAM PMSI 2012 - exploitation MSA)

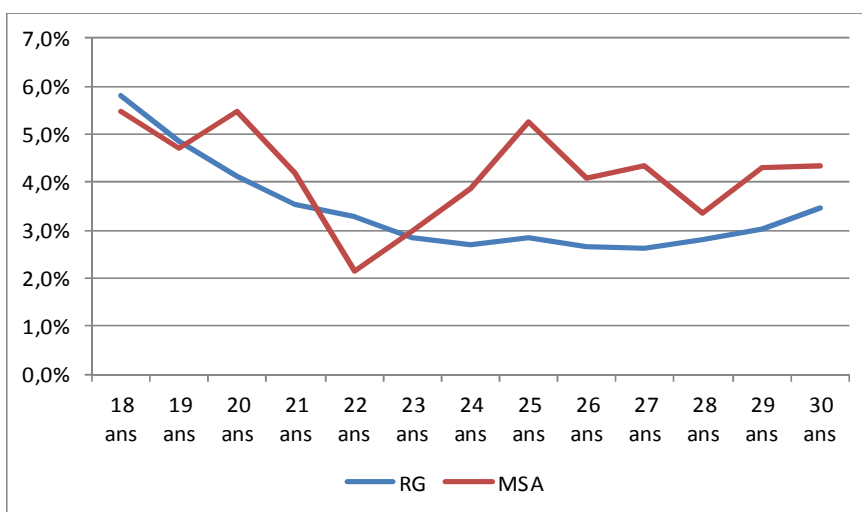
**Graphique 1: Nombre de séjours en « hospitalisation non programmée » pour le motif d'éthylisme chez les 18-30 ans affiliés au régime agricole en 2012**



**Graphique 2: Nombre de séjours en « hospitalisation non programmée » pour le motif d'éthylisme chez les 18-30 ans affiliés au régime général en 2012**



**Graphique 3: Part des séjours non programmés pour un motif d'éthylisme chez les patients de 18 à 30 ans par rapport au volume total de séjours non programmés**



NB/ Après standardisation, à structure de séjours par âge identiques, on obtient un taux de 4,2% pour la MSA contre 3,3% pour le RG pour la population de 18 à 30 ans.

**Annexe 6 :**  
**Le recours à l'hospitalisation en psychiatrie par la population du régime agricole en 2013 : données source**

**Tableau 1 : Recours à l'hospitalisation en psychiatrie en 2013 en nombre de journées et de patients selon le régime**

Régime	Nb de journées	%	Nb de patients	%	Nb de journées par patient	Moyenne d'âge
Régime agricole	585 041	2,5%	12 901	3,1%	45,3	51
NSA hors GAMEX	204 354	0,9%	4 809	1,1%	42,5	62
SA	309 579	1,3%	6 949	1,6%	44,6	43
Autres régimes	22 801 722	97,5%	410 179	97,1%	55,6	42
<b>Total</b>	<b>23 386 763</b>	<b>100,0%</b>	<b>422 541</b>	<b>100,0%</b>	<b>55,3</b>	<b>42</b>

**Tableau 2 : Principaux diagnostics établis lors de l'hospitalisation en psychiatrie en 2013 selon le régime**

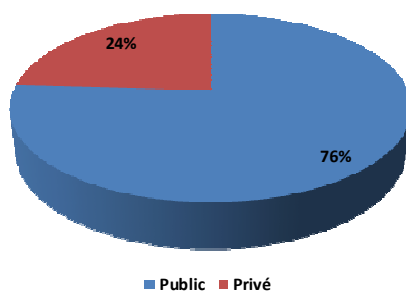
Code DP	Libellé Diagnostique Principal (DP)	Régime agricole				Autres régimes					
		Nb de journées	%	Nb de patients	%	Nb de journées par patient	Nb de journées	%	Nb de patients	%	Nb de journées par patient
F32	Épisodes dépressifs	86 114	15,1%	2 687	18,6%	32,0	2 291 253	10,5%	70 342	15,0%	32,6
F20	Schizophrénie	83 060	14,6%	1 059	7,3%	78,4	5 236 573	24,0%	58 637	12,5%	89,3
F10	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	43 062	7,6%	1 381	9,6%	31,2	1 557 411	7,1%	41 126	8,8%	37,9
F33	Trouble dépressif récurrent	46 382	8,2%	1 206	8,4%	38,5	1 199 355	5,5%	29 236	6,2%	41,0
F31	Trouble affectif bipolaire	53 536	9,4%	1 195	8,3%	44,8	1 506 560	6,9%	33 435	7,1%	45,1
F41	Autres troubles anxieux	21 585	3,8%	688	4,8%	31,4	590 558	2,7%	21 400	4,6%	27,6
F60	Troubles spécifiques de la personnalité	19 665	3,5%	478	3,3%	41,1	1 049 389	4,8%	25 654	5,5%	40,9
F22	Troubles délirants persistants	19 566	3,4%	395	2,7%	49,5	721 809	3,3%	12 712	2,7%	56,8
F43	Réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation	15 900	2,8%	781	5,4%	20,4	529 086	2,4%	26 564	5,7%	19,9
F84	Troubles envahissants du développement	15 442	2,7%	270	1,9%	57,2	1 283 904	5,9%	15 138	3,2%	84,8
F00	Démence de la maladie d'Alzheimer (G30.-)	15 266	2,7%	368	2,6%	41,5	1 439 907	0,7%	3 346	0,7%	43,0
F25	Troubles schizo-affectifs	13 992	2,5%	268	1,9%	52,2	757 929	3,5%	12 282	2,6%	61,7
F99	Trouble mental, sans autre indication	9 777	1,7%	282	2,0%	34,7	222 034	1,0%	6 337	1,3%	35,0

**Tableau 3 : Répartition du nombre de journées d'hospitalisation en psychiatrie selon le statut de l'établissement par régime**

Régime	Statut établissement	Nb de journées	%	Nb de patients	%	Nb de journées par patient
Régime agricole	Public	445 002	76,1%	10 280	79,7%	43,3
	Privé	140 039	23,9%	3 141	24,3%	44,6
	Total	585 041	100,0%	12 901	100,0%	45,3
Salariés agricoles	Public	231 843	74,9%	5 526	79,5%	42,0
	Privé	77 737	25,1%	1 734	25,0%	44,8
	Total	309 579	100,0%	6 949	100,0%	44,6
Non-salariés agricoles	Public	151 739	74,3%	3 799	79,0%	39,9
	Privé	52 615	25,7%	1 199	24,9%	43,9
	Total	204 354	100,0%	4 809	100,0%	42,5
Autres régimes	Public	17 999 370	78,9%	334 823	81,6%	53,8
	Privé	4 802 353	21,1%	97 541	23,8%	49,2
	Total	22 801 722	100,0%	410 179	100,0%	55,6



**Graphique 1 : Répartition du nombre de journées d'hospitalisation en psychiatrie au régime agricole selon le statut de l'établissement**



**Méthodologie :**

Les données relatives aux hospitalisations en psychiatrie sont issues du PMSI PSY 2013 et exploitées via le SNIIRAM.

L'information concernant le régime d'appartenance du patient (salariés ou non-salariés) s'obtient par chaînage des données du PMSI avec les données de liquidation du DCIR à l'aide du NIR anonyme du bénéficiaire. Le rapprochement des identifiants n'a donc pu se faire que pour les individus ayant eu au moins un remboursement de prestation au cours de l'année 2013. Le GAMEX n'alimentant pas la base des données de liquidation DCIR, les données du régime des non-salariés concernent uniquement les non-salariés affiliés à la MSA.

## Annexe 7 : La prise en charge du diabète et ses complications chez les ressortissants agricoles en 2014 : données sources

### Description des différentes populations de l'étude<sup>41</sup>

**Tableau 1 : Nombre de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement au régime agricole en 2014**

Population	Définition	Nombre Assurés 2014
Population A	Consommateurs d'ADO et en ALD 8	<b>171 199</b>
Population B	Consommateurs d'ADO et non en ALD 8	<b>46 654</b>

Source : SNIIRAM  
ADO : Antidiabétiques oraux  
Champ : France Entière (sauf Mayotte).

**Tableau 2 : Prévalence du diabète traité pharmacologiquement selon le régime**

	Prévalence brute en nombre	Prévalence brute en %	Prévalence standardisée en %	Intervalle de confiance à 95%		Ensemble des régimes 2012 (source DREES)
Diabétiques traités pharmacologiquement chez les patients du régime agricole	<b>217 853</b>	6,69%	4,44%	4,42%	4,47%	4,6%
<i>Hommes</i>	<b>117 619</b>	6,66%	4,92%	4,89%	4,95%	5,1%
<i>Femmes</i>	<b>100 234</b>	6,72%	3,96%	3,94%	3,99%	4,1%
<i>Non-Salariés agricoles</i>	<b>129 567</b>	8,60%	3,91%	3,88%	3,94%	
<i>Salariés agricoles</i>	<b>88 196</b>	5,03%	5,05%	5,02%	5,09%	

Source : SNIIRAM  
Champ : France Entière (sauf Mayotte).  
Standardisation sur la population française.

### Population hospitalisée pour plaie du pied ou amputation

**Tableau 3 : Population hospitalisée pour plaie du pied ou amputation au régime agricole**

Population	Définition	Nombre Assurés 2014 (recueil sur 12 mois)	Dont hospitalisés pour amputation ou plaie du pied (recueil sur 11 mois)
Population A	Consommateurs d'ADO et en ALD 8	<b>171 199</b>	2 081
Population B	Consommateurs d'ADO et non en ALD 8	<b>46 654</b>	152

<sup>41</sup> La méthodologie de cette étude est détaillée à la fin de l'annexe.

**Tableau 4 : Répartition de la population hospitalisée pour plaie du pied ou amputation selon le statut**

Statut	Nb Patients	Répartition (en%)	Standardisée (en %)
Salariés agricoles	648	29%	51%
Exploitants agricoles	1 583	71%	49%

**Tableau 5 : Incidence brute de l'hospitalisation pour plaie du pied et amputation au régime agricole (versus inter régime)**

Type de lésion	Régime agricole (données 2014)		Inter régime (données 2012)
	Nb Cas (pour 100 000)	Nb std Cas (pour 100 000)	Nb Cas (pour 100 000)
Amputation	331	120	250
Plaie du pied	869	300	636

**Répartition des populations diabétiques selon les différents critères de suivi au regard des recommandations HAS**

**Tableau 6 : Nombre et proportion de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement, ayant réalisé sur 12 mois certains examens de surveillance recommandés**

Acte	Critère retenu	Pop A Diabétique en ALD 8	% de patients suivis	Pop B Diabétique Non ALD 8	% de patients suivis	pop A + B	% de patients suivis	% standardisé de patients suivis	Dont Pop D : hospit pour comp pied	% de patients suivis	références de la pop *
HbA1c	2 / an	126 865	78%	24 966	56%	151 831	73%	51%	1 346	64%	73%
HbA1c	3 / an	91 059	56%	14 458	32%	105 517	51%	32%	853	41%	48%
EAL	1 / an	110 437	68%	26 964	60%	137 401	66%		993	47%	
>1 cholestérol ou trigly ou Eal	1 / an	112 812	69%	27 896	62%	140 708	68%	52%	1 034	49%	74%
Créatininémie	1 / an	139 299	86%	35 643	79%	174 942	84%	59%	1 865	89%	83%
Albuminurie	1 / an	49 032	30%	8 303	18%	57 335	28%	29%	411	20%	29%
ECG	1 / an	55 191	34%	11 961	27%	67 152	32%	17%	504	24%	35%
Rétinographie	1 / 2 ans	88 957	55%	20 750	46%	109 707	53%	48%	67	3%	62%
Soins dentaires	1 / an	48 272	30%	12 681	28%	60 953	29%	37%	286	14%	36%
Podologie	1 / an	11 621	7%	1 162	3%	12 783	6%	2%	462	22%	

(\*) Etat de santé de la population en France, DREES, 2015 (données estimées à partir du SNIIRAM, tous régimes, tous âges, 2012)

NB : Consommation d'actes sur 12 mois (S2 2013 - S1 2014)

**Tableau 7 : Taux d'hospitalisation pour amputation ou plaie du pied des populations diabétiques**

Type Population	Nombre hospitalisation	Nombre Population	Taux hospitalisation
Pop Diabétiques en ALD 8 suivie de manière « conforme »	283	92 658	0,31%
Pop Diabétiques Non ALD 8 suivie de manière « conforme »	26	17 898	0,15%
Pop Diabétiques en ALD 8 suivie de manière « non conforme »	305	69 651	0,44%
Pop Diabétiques Non ALD 8 suivie de manière « non conforme »	32	27 063	0,12%

**Tableau 8 : Risque relatif d'hospitalisation pour amputation ou plaie du pied**

Population	Nb hospit	Nb Pop	Tx hospit	Risque Relatif
Pop Diabétiques en ALD 8 suivie de manière conforme	309	110 596	0,2794%	
Pop Diabétiques en ALD 8 suivie de manière non conforme	337	96 714	0,3485%	1,247158054

## Méthodologie de l'étude

**Champ d'étude** : sélection de la population diabétique

Depuis 2012, la CNAMTS définit comme consommant diabétique toute personne ayant eu au moins une délivrance d'un antidiabétique dans l'année (avant 2012, il fallait au moins trois délivrances au cours de l'année, ou deux délivrances si il y avait au moins un grand conditionnement). Cette même définition a été utilisée pour les populations consommant des antidiabétiques oraux. Ces critères sont également ceux retenus dans la fiche diabète de la DREES<sup>42</sup>.

Sera recherchée, la population hospitalisée pour lésion du pied : Personnes ayant eu une hospitalisation pour une complication liée à un diabète : plaie du pied ou amputation et connue dans les bases AMO pour son diabète. Dans un second temps, les critères pourront être élargis pour rechercher les personnes hospitalisées pour une complication du pied diabétique et qui ne seraient pas connues dans les bases AMO pour cette pathologie. Le cas échéant isoler la population reconnue en ALD 8 mais non traitée spécifiquement pour un diabète.

Outils : SNIIR-AM :

- DCIR pour les consommations de soins liées à un diabète.
- PMSI pour les hospitalisations suite à une lésion du pied.

## Méthodes

Outils de statistiques descriptives classiques : standardisation, odds ratio, pourcentages, ...  
Cartographie

<sup>42</sup> Etat de santé de la population en France, DREES 2015, fiche diabète réalisée par la Cnamts et l'Invs à partir d'Entred et du Sniir-am.

Standardisation : La standardisation permet de comparer des populations entre elles en ajustant certaines de leurs éventuelles spécificités sur une population de référence. Dans notre étude, les variables d'ajustement sont l'âge et le sexe (pop française et /ou Eurostat UE 27 – 2010)

## **Variables**

Les variables de comparaison sont :

- Âge (notamment pour la standardisation)
- Sexe (notamment pour la standardisation)
- Zone géographique (code commune INSEE)
- Statut (salarié/ non salarié)
- Bénéficiaire d'ALD ou non
- Consommation de soins traceurs, médicaments ADO insuline, actes de biologie,...(Cf. référentiel HAS).

## **Annexe 8 :**

### **Méthodologie de l'étude sur la prise en charge du cancer de la prostate**

Le parcours des patients après dosage du PSA a été étudié grâce à l'exploitation des données de liquidation du SNIIRAM (DCIR) et des données du PMSI :

- **Biopsie de la prostate :**

Codes CCAM : JGHB001, JGHB002, JGHD001, JGHJ001, JGHJ002 ou séjours hospitaliers avec racine GHM : 12K06

Année de soins : 2012, 2013

- **Echographie de la prostate :**

Codes CCAM JAQJ001, JAQM004, JDQJ001, JDQJ003, JDQM001, JGQJ001

Année de soins : 2012, 2013

- **Prostatectomie :**

Codes CCAM : JDFA020, JDFA021, JDFA023, JDFA024, JDFA025, JGFA006, JGFA011, JGFC001

Année de soins : 2012, 2013

- **Chimiothérapie :**

Racine GHM : 28Z07, 17M06 avec diagnostic relié = C61, D075 ou D400

Année de soins : 2012, 2013

- **Radiothérapie :**

Racine GHM : 28Z11, 28Z18, 28Z19, 28Z20, 28Z21, 28Z22, 28Z23, 28Z24, 28Z25, 17K04 avec diagnostic relié = C61, D075 ou D400

Année de soins : 2012, 2013

- **Curiethérapie :**

Codes CCAM : ZZNL002, ZZNL003, ZZNL004, ZZNL005, ZZNL006, ZZNL009, ZZNL011, ZZNL012, ZZNL013, ZZNL014, ZZNL015, ZZNL017, ZZNL018, JGNL001

Année de soins : 2012, 2013

- **Hormonothérapie :**

Principes actifs suivants : abiraterone, nilutamide, cyprotérone, bicalutamide, busérelina, triptoreline, diéthylstilbestrol, docetaxel, leuprorelina, enzalutamide, estramustine, flutamide, degarelix, cabazitaxel, radium, gosérelina

La reconstitution du parcours après dosage du PSA s'effectue grâce au chaînage des différentes bases via le NIR anonymisé.

## **Annexe 9 :**

### **Deux études sur la consommation de soins des assurés tous régimes de plus de 70 ans dont le médecin traitant exerce dans une parmi six MSP identifiées comme historiquement accompagnées par la MSA**

**Première étude :** étude de la consommation de soins ambulatoires des assurés de plus de 70 ans dont le médecin traitant exerce dans une parmi 6 MSP accompagnées historiquement par la MSA (CCMSA/DERS, novembre 2014)<sup>43</sup>

*La consommation de soins ambulatoires des patients de plus de 70 ans dont le médecin traitant exerce dans une maison de santé pluridisciplinaire est comparée à celle des ressortissants du régime agricole de la même tranche d'âge. Le total moyen des dépenses du 1er groupe est inférieur de 12 % par rapport au 2è. Les postes de dépenses des honoraires infirmiers et des spécialistes sont également inférieurs chez les patients consultant en maison de santé (respectivement - 21 % et - 19 %). Pour les deux groupes, le médicament est le 1er poste de dépenses.*

En 2009 en France, la proportion de médecins généralistes déclarant exercer en cabinet de groupe est de 54 % (Baudier et al., 2010). Les pouvoirs publics tendent à encourager ce mode d'exercice, de préférence pluridisciplinaire, grâce à de nombreuses incitations financières. La MSA a accompagné la mise en place de 167 maisons de santé. Ce type de regroupement est de plus en plus plébiscité car il tend à maintenir l'offre de soins dans des zones déficitaires. Au-delà de la recherche de l'efficacité des soins, cette organisation s'inscrit également dans la maîtrise des dépenses de santé. Dans ce cadre, nous avons comparé les dépenses de soins de patients dont le médecin traitant exerce en maison de santé (6 maisons de santé ciblées) avec l'ensemble des patients ressortissants du régime agricole. Le montant total moyen des dépenses est inférieur en maison de santé.

#### **Le médicament, premier poste de dépenses**

En 2013, trois postes ont généré 56 % de l'ensemble des dépenses et des remboursements pour les patients ayant déclaré un médecin traitant exerçant dans une maison de santé pluridisciplinaire (tableau 1). Le premier poste est celui des médicaments, qui concentre 27 % des dépenses et des remboursements. Le second poste est celui de la Liste des Produits et Prestations et autres produits de santé (LPP), qui a généré 15 % des dépenses de soins ambulatoires et 13 % des remboursements. Enfin, le troisième poste est celui des honoraires infirmiers, qui représente 14 % des dépenses et 16 % des remboursements.

Les postes pesant le moins dans les dépenses et les remboursements sont ceux des masseurs kinésithérapeutes et de la biologie (4% des dépenses et des remboursements pour chacun).

---

<sup>43</sup> Pour les aspects méthodologiques, voir Annexe 6.



Tableau 1

MONTANTS DES DEPENSES ET DES REMBOURSEMENTS DES PATIENTS DE PLUS DE 70 ANS, TOUS REGIMES, AYANT EU UNE CONSOMMATION DE SOIN AU COURS DE L'ANNEE 2013<sup>1</sup> - PATIENTS EN MSP

Patients en MSP	Montant de la dépense	Structure de la dépense	Montant du remboursement	Remboursement moyen par patient	Structure du remboursement
honoraires médecins généralistes	517 326	8%	443 502	222	8%
<i>Dont visites</i>	178 611	3%	163 184	82	3%
<i>Dont MG exerçant dans MSP</i>	448 333	7%	390 519	195	7%
honoraires médecins spécialistes	511 523	8%	402 680	202	8%
honoraires Infirmiers	910 031	14%	859 116	430	16%
honoraires masseurs kinésithérapeutes	286 166	4%	239 006	120	4%
frais de transport des malades	410 112	6%	385 406	193	7%
médicaments	1 799 365	27%	1 420 042	711	27%
LPP et autres produits de santé	973 133	15%	674 547	338	13%
Biologie	269 620	4%	200 328	100	4%
Autres dépenses	773 515	12%	525 912	263	10%
<b>Total</b>	<b>6 629 403</b>	<b>100%</b>	<b>5 313 723</b>	<b>2 660</b>	<b>100%</b>

Source : SNIRAM-DCIR - exploitation MSA

Concernant les patients de plus de 70 ans du régime agricole, trois postes concentrent également 55 % des dépenses de soins en ambulatoire et 54 % des remboursements. Il s'agit en premier lieu du médicament (26 % de l'ensemble des dépenses et 25 % des remboursements), puis des honoraires infirmiers (17 % des dépenses et 19 % des remboursements) et enfin de la LPP (12 % des dépenses et 10 % des remboursements).

Les deux postes engendrant le moins de dépenses sont ceux de la biologie (4 % des dépenses et des remboursements) et des masseurs kinésithérapeutes (4 % des dépenses et 5 % des remboursements). Le poste le moins coûteux est celui de la biologie (remboursement moyen : 114 € par patient).

Le poste « autres dépenses » est le 3<sup>e</sup> poste présentant le remboursement moyen le plus élevé par patient. Ce poste comprend toutes les dépenses et tous les remboursements qui ne font pas partie des autres postes catégorisés. Cette catégorie regroupe essentiellement trois natures d'activités différentes : la chirurgie dentaire, la pharmacie d'officine (produits non remboursables), l'orthophonie. Sur ce poste, l'écart entre les dépenses des deux populations est important et nécessiterait une analyse plus détaillée non exploitée dans la présente synthèse.

Tableau 2

MONTANTS DES DEPENSES ET DES REMBOURSEMENTS DES PATIENTS DU REGIME AGRICOLE, DE PLUS DE 70 ANS, EN 2013

Patients du régime agricole	montant de la dépense	Structure de la dépense	Montant du remboursement	Remboursement moyen par patient	Structure du remboursement
honoraires médecins généralistes	220 495 498	6%	187 867 443	209	7%
<i>Dont visites</i>	57 779 856	2%	53 296 958	59	2%
honoraires médecins spécialistes	275 129 777	8%	217 902 418	242	8%
honoraires Infirmiers	585 801 901	17%	547 299 345	609	19%
honoraires masseurs kinésithérapeutes	153 703 086	4%	133 571 448	149	5%
frais de transport des malades	173 137 137	5%	162 393 142	181	6%
médicaments	889 196 120	26%	701 059 829	780	25%
LPP et autres produits de santé	432 008 133	12%	287 116 043	319	10%
Biologie	129 885 382	4%	102 361 121	114	4%
Autres dépenses	547 279 279	16%	466 066 939	519	16%
<b>Total</b>	<b>3 464 416 169</b>	<b>100%</b>	<b>2 858 934 686</b>	<b>3 181</b>	<b>100%</b>

Source : SNIRAM-DCIR - exploitation MSA



### Le montant total moyen des dépenses supérieur chez les patients du régime agricole

Le montant brut moyen des remboursements des patients du régime agricole sur le poste des honoraires infirmiers atteint 609 €. Après standardisation, il est de 542 € et peut être comparé toutes choses égales par ailleurs, au montant observé chez les patients des MSP (430 €).

Le montant total moyen des dépenses chez les patients ayant déclaré un médecin traitant dans l'une des six MSP est inférieur de 12 % à celui des patients du régime agricole. L'écart atteint 14 % pour les montants remboursés, d'où un possible questionnement sur la sous-représentation de patients pris en charge à 100 % (notamment en Affection de Longue Durée) dans ces maisons de santé pluridisciplinaires

Toutefois, sur trois postes, le montant moyen des dépenses par patient ayant déclaré un médecin traitant dans l'une des six MSP est supérieur à celui de l'ensemble des patients du régime agricole. Il s'agit des honoraires des médecins généralistes, des frais de transport des malades, et des dépenses du poste LPP et autres produits de santé. Par ailleurs, les visites pèsent deux fois plus dans les honoraires des médecins généralistes pour les patients dont le médecin traitant généraliste exerce dans une MSP.

Pour tous les autres postes, le montant moyen des dépenses par patient d'une MSP est inférieur à celui des patients du régime agricole. Les différences les plus marquées concernent les dépenses et remboursements des honoraires des infirmiers (455 € vs 580 € soit un écart de 21 %), les honoraires de spécialistes (256 € vs 317 €, 19 % d'écart). Sur le poste « autre » la différence entre les montants moyens des patients MSP et ceux des patients du régime agricole, est très importante avec un écart de plus de 50 %.

Tableau 3

MONTANT DES DEPENSES ET DES REMBOURSEMENTS : DONNEES STANDARDISEES

	Montant dépenses		Montant remboursements	
	Patients en MSP	Patients du Regime Agricole*	Patients en MSP	Patients du Regime Agricole*
honoraires médecins généralistes	259	236	222	199
<i>Dont visites</i>	89	56	82	52
<i>Dont MG exerçant dans MSP</i>	224		195	
honoraires médecins spécialistes	256	317	202	251
honoraires IDE	455	580	430	542
honoraires MK	143	158	120	136
frais de transport des malades	205	188	193	177
médicaments	901	986	711	777
LPP et autres produits de santé	487	465	338	303
Biologie	135	143	100	112
Autres dépenses	387	621	263	533
<b>Total</b>	<b>3 318</b>	<b>3 750</b>	<b>2 660</b>	<b>3 082</b>

Source : SNIRAM-DCIR - exploitation MSA

\*Standardisation sur la base de la population de plus de 70 ans, tous régimes, dont le médecin traitant exerce dans l'une des MSP ciblées

### Discussion

Le choix méthodologique réalisé pour établir cette comparaison visait la simplicité de mise en œuvre, afin de fournir des indicateurs de tendance. Les résultats présentés ont donc un niveau de validité statistique moindre qu'aurait eu une approche comparative fondée sur une méthodologie cas/témoin. Néanmoins, la similarité a été recherchée. La tranche d'âge retenue, plus de 70 ans, a permis de centrer l'étude sur une population ayant une forte consommation de soins et, pour les ressortissants du régime agricole, vivant majoritairement en milieu rural (notamment les anciens exploitants agricoles retraités). Ainsi, les montants de dépenses ne sont pas extrapolables au-delà du groupe de population étudié.

Cette première approche met en relief le moindre accès aux médecins spécialistes des patients issus des zones de chalandise des MSP. A partir de ce constat deux hypothèses peuvent être avancées, une meilleure prise en charge en soins de premier recours, évitant des complications, ou des difficultés d'accès aux spécialistes pour les patients de ces MSP situées en zone rurale. Cette dernière hypothèse se trouve renforcée par un recours plus important au généraliste et tout particulièrement aux visites ainsi qu'aux transports, marqueur d'un isolement géographique et social.

La moindre consommation de soins d'auxiliaires médicaux, de médicaments, d'actes de biologie est-elle aussi en lien avec un isolement géographique ?

Pour chaque poste de dépense, la proportion de patients ayant consommé des soins est identique entre la population des MSP et celle du régime agricole. Ainsi, les écarts entre les montants moyens sont dus à une différence de nature d'actes tarifés ou plus vraisemblablement à une différence de fréquence du recours. Toutefois, le poste pharmacie présente une particularité, 89 % des patients des MSP ayant eu au moins un remboursement de médicament dans l'année contre 95 % des patients du régime agricole.

Trois de ces maisons de santé font partie de l'Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR). Cette expérimentation, mise en place en 2009 et reconduite jusqu'en 2014, propose, sur la base du volontariat, de rémunérer au forfait les maisons de santé qui mettent en place soit de l'Education Thérapeutique du patient, soit des missions de coordination (l'ENMR ne peut concerner qu'un seul de ces deux modules). Les premiers résultats de l'évaluation de cette expérimentation<sup>2</sup> mettent en exergue une probabilité de recours au spécialiste moins importante dans ces MSP et à l'inverse un recours aux soins infirmiers plus important (sur la base d'un appareillage avec un groupe témoin parfaitement comparable) avec une durée de consultation qui tend à être plus importante dans les MSP. Il est démontré que cette expérimentation a une valeur ajoutée sur l'activité et la consommation de soins (à l'exception de l'hôpital). Les tendances observées sur cet ensemble de 147 sites rejoignent ainsi certaines conclusions observées dans l'étude qui est proposée ici.

Ces résultats doivent être consolidés par une étude statistique plus robuste, d'une part en termes de caractéristiques de population (ALD, situation géographique entre la population MSP et la population de référence...) et d'autre part, en termes de caractéristiques liées aux structures mêmes des MSP (ENMR, zone géographique, offre de soins...) afin de qualifier les différenciations de recours aux soins.

## ANNEXES

### Aspects méthodologiques

Les données de consommation de soins sont issues de l'environnement DCIR (Datamart Consommations Inter régimes) du SNIIRAM (Système National d'Information Inter Régime de l'Assurance Maladie). Les variables utilisées proviennent de la table des prestations. Les requêtes ont été effectuées sur le logiciel SAS Enterprise Guide®.

Afin de comparer les dépenses de soins de patients consultant en maison de santé pluridisciplinaire (MSP), la population de deux groupes de consommateurs a été comparée :

- patients de plus de 70 ans, tous régimes, ayant consommé au moins un soin au cours de l'année 2013 et ayant déclaré un médecin traitant dans l'une des 6 maisons de santé suivantes :
  - o Pôle de Santé Aulnay de Saintonge (Charente Maritime)
  - o Maison de santé du Haut Saintois Vicherey (Vosges)
  - o Maison pluridisciplinaire de Benquet (Landes)
  - o Maison de santé de Villamblard (Dordogne)
  - o Maison de santé de Salles-Curan (Aveyron)
  - o Maison de santé des Trois provinces (Haute Saône)

Ces six maisons de santé ont été choisies parmi les premières accompagnées par la MSA. Trois d'entre elles participent à l'Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR) – Aulnay de Saintonge, Vicherey et la maison de santé des Trois Provinces.

Les assurés de plus de 70 ans, tous régimes confondus, et ayant eu un soin au cours de l'année 2013 sont 1 998 à avoir déclaré un médecin traitant généraliste exerçant dans l'une de ces six maisons de santé pour 11 médecins généralistes concernés.

- patients de plus de 70 ans, ressortissants du régime agricole, ayant consommé au moins un soin au cours de l'année 2013, soit 898 794 patients.

Les variables observées sur huit grands postes de dépenses sont : le montant de la dépense totale, le montant du remboursement et le nombre de patients ayant consommé ces soins.

Les montants moyens sont calculés en rapportant le montant de la catégorie de soins considérée à l'effectif total de la population. Par exemple, le montant des remboursements des masseurs kinésithérapeute, chez les patients dont le médecin traitant généraliste exerce en MSP, est de 239 006 €, rapporté à l'ensemble des patients des MSP (1 998), le montant moyen par patient des remboursements de ce poste est de 120 €.

Afin d'éliminer les effets liés à la structure par âge et par sexe, les données ont été standardisées. La population de référence utilisée est celle des patients ayant un médecin traitant déclaré exerçant dans l'une des maisons de santé, c'est-à-dire la population d'étude.

**Seconde étude** : étude du recours à l'hospitalisation des assurés de plus de 70 ans dont le médecin traitant exerce dans une parmi 6 MSP historiquement accompagnées par la MSA (CCMSA/DERS, juin 2015)<sup>44</sup>

**La consommation de soins ambulatoires des patients tous régimes de plus de 70 ans dont le médecin traitant exerce dans une des 6 maisons de santé pluridisciplinaires, accompagnées historiquement par la MSA, a été comparée à celle des ressortissants du régime agricole de la même tranche d'âge en 2013. Une première étude a montré que le total moyen des dépenses du 1<sup>er</sup> groupe était inférieur de 12% à celui du second. Dans ce deuxième volet, l'intérêt est porté sur l'efficacité du travail en groupe. Les hospitalisations évitables et les hospitalisations non programmées sont moins importantes chez les ressortissants du régime agricole. Les visites à domicile effectuées par les généralistes sont également explorées dans cette étude, elles s'étaient révélées plus coûteuses dans la première étude chez les patients dont le médecin traitant exerce en maison de santé pluridisciplinaire. La présente étude montre que les visites ont un poids plus important dans l'activité des médecins généralistes exerçant en MSP. Enfin, aucune différence significative n'est mise en évidence dans la comparaison de la consommation de soins dentaires entre les deux groupes.**

L'exercice en Maison de Santé Pluri-professionnelle, qui favorise le maintien de l'offre de soins, notamment en milieu rural, est fortement encouragé par les pouvoirs publics. L'étude de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) publiée en décembre 2014, qui concerne l'Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération<sup>45</sup> (ENMR) dans les maisons, pôles et centres de santé, a montré l'efficacité des professionnels qui y exercent : « *Les généralistes des maisons, pôles et centres de santé ont une meilleure qualité des pratiques que les témoins pour la quasi-totalité des indicateurs considérés (...)* ». Dans cette perspective, nous avons comparé le taux d'hospitalisations potentiellement évitables, le taux d'hospitalisations non programmées, les visites à domicile et la chirurgie dentaire entre les patients tous régimes de plus de 70 ans dont le médecin traitant exerce en maison de santé et l'ensemble des ressortissants du régime agricole du même âge. Nous n'avons pas constaté de meilleure efficacité dans le 1<sup>er</sup> groupe.

**Les hospitalisations non programmées : un recours plus important pour les patients tous régimes de plus de 70 ans, dont le médecin traitant exerce en maison de santé**

Au cours de l'année 2013, 36 % des patients de plus de 70 ans dont le médecin traitant exerce en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) ont été hospitalisés au moins une fois. Les hospitalisations non programmées (hospitalisations précédées d'un passage aux urgences, à l'exception des séances - séances de dialyse, de chimiothérapie, etc.) représentent 48 % de l'ensemble de ces séjours, soit 420 patients pour 614 hospitalisations.

<sup>44</sup> Pour les aspects méthodologiques, voir en fin d'article.

<sup>45</sup> Julien Mousquès et Yann Bourgueil, IRDES, L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012

**Tableau 1 : taux de séjours non programmés, par sexe et tranche d'âge, des patients dont le médecin traitant exerce en maison de santé**

Age	Hommes	Femmes	Ensemble
70-74 ans	31%	32%	31%
75-79 ans	40%	35%	38%
80-84 ans	48%	57%	52%
85-89 ans	67%	65%	66%
plus de 90 ans	89%	78%	82%
Ensemble	47%	50%	48%

Plus l'âge est avancé et plus le taux de séjours non programmés est important. L'écart entre les sexes est variable selon les tranches d'âge, et se révèle surtout sur la tranche d'âge des plus de 90 ans (89% chez les hommes et 78% chez les femmes). Les maladies de l'appareil circulatoire<sup>46</sup> représentent le motif le plus fréquent d'hospitalisation non programmée (16 %, soit 102 cas).

Au cours de cette même année, 31% des patients de plus de 70 ans affiliés au régime agricole ont été hospitalisés au moins une fois. Les hospitalisations non programmées représentent 36% de l'ensemble de ces séjours. 129 605 patients ressortissants du régime agricole ont été admis pour un séjour à la suite d'un passage aux urgences, ce qui a donné lieu à 174 508 hospitalisations.

**Tableau 2 : taux de séjours non programmés, par sexe et tranche d'âge, des patients de plus de 70 ans ressortissants du régime agricole**

Age	Hommes	Femmes	Ensemble
70-74 ans	21%	19%	20%
75-79 ans	25%	24%	25%
80-84 ans	34%	35%	35%
85-89 ans	44%	48%	47%
plus de 90 ans	55%	60%	58%
Ensemble	34%	38%	36%

Chez l'ensemble des ressortissants de plus de 70 ans<sup>47</sup> du régime agricole, et ayant été hospitalisé au moins une fois au cours de l'année, le taux d'hospitalisations non programmées est de 36 %. Le taux de séjours non programmés des femmes de plus de 70 ans est significativement plus élevé ( $p < 0,05$ ) que celui des hommes. Comme pour les patients de plus de 70 ans dont le médecin traitant exerce en MSP, les hospitalisations non programmées augmentent avec l'âge. Après 80 ans, le taux d'hospitalisations non programmées est plus important chez les femmes que chez les hommes.

Les maladies de l'appareil circulatoire<sup>48</sup> représentent près d'un quart des admissions non programmées chez les patients du régime agricole (24 %). L'insuffisance cardiaque est le motif le plus fréquent de recours aux urgences dans cette catégorie. Les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies de l'appareil respiratoire, les lésions traumatiques, les empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes, les symptômes, les signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs, représentent plus de 64 % de l'ensemble des admissions suite à un passage aux urgences pour

<sup>46</sup> Voir tableau 14.

<sup>47</sup> Les patients dont le médecin traitant exerce dans l'une des 6 MSP étudiées sont exclus de ce second groupe.

<sup>48</sup> Voir tableau 15.

les patients de plus de 70 ans ressortissants du régime agricole.

Sur les six départements<sup>49</sup> sur lesquels sont implantées les six maisons de santé citées, 67 673 patients de plus de 70 ans, ressortissants du régime agricole, et ayant consommé au moins un soin au cours de l'année 2013 sont dénombrés (exception faite des patients dont le médecin traitant exerce dans l'une de ces six MSP). 31 % de ces patients ont été hospitalisés au moins une fois au cours de l'année. Ce taux est identique à celui des patients de plus de 70 ans affiliés au régime agricole sur l'ensemble des départements français.

**Tableau 3: Taux de séjours non programmés, par sexe et tranche d'âge, des patients ressortissants du régime agricole et résidant dans les départements d'implantation des 6 maisons de santé<sup>50</sup> en 2013**

Age	Hommes	Femmes	Ensemble
70-74 ans	23%	20%	22%
75-79 ans	28%	26%	27%
80-84 ans	37%	38%	38%
85-89 ans	47%	51%	49%
plus de 90 ans	59%	66%	63%
Ensemble	37%	41%	39%

Les hospitalisations non programmées représentent 39 % de l'ensemble de ces séjours (ce qui représente 10 461 patients pour 14 099 séjours non programmés), soit 9 points de moins que pour les patients dont le médecin traitant exerce en maison de santé, et 3 de plus que pour l'ensemble des patients de plus de 70 ans ressortissants du régime agricole. Les maladies de l'appareil circulatoire représentent 23 % de l'ensemble des affections conduisant à des hospitalisations non programmées.

Les indicateurs du tableau 4 mettent en évidence un taux d'hospitalisation plus important chez les patients dont le médecin traitant exerce en MSP que chez les patients du régime agricole sur l'ensemble du territoire ou dans les 6 départements ciblés. Leur recours aux hospitalisations après un passage aux urgences est également plus important. Le taux brut d'hospitalisations non programmées est supérieur de 12 points chez les patients tous régimes dont le médecin traitant exerce en maison de santé (48 % vs 36 %).

Quels que soient la tranche d'âge et le sexe, le taux d'hospitalisations non programmées est plus élevé chez les patients dont le médecin traitant exerce en MSP que chez les ressortissants du régime agricole. Les affections les plus fréquentes sont les mêmes (avec toutefois une proportion de patients ressortissants du régime agricole concernés par les maladies de l'appareil circulatoire plus importante (24% vs 16 %)). Le nombre moyen par patient d'hospitalisations non programmées est par ailleurs supérieur chez les patients dont le médecin traitant exerce en MSP (1,5 vs 1,3).

<sup>49</sup> Charente-Maritime, Vosges, Landes, Dordogne, Aveyron, Haute-Saône.

<sup>50</sup> A l'exception des patients dont le médecin traitant exerce dans l'une de ces 6 maisons de santé.

**Tableau 4 : Principaux indicateurs liés aux hospitalisations non programmées**

Population source	En relation avec la population source		En relation avec la population ayant été hospitalisée au moins une fois		
	Taux d'hospitalisation de la population	Nombre moyen d'hospitalisation par patient	Taux d'hospitalisation non programmé (1)	Taux de patients ayant eu une hospitalisation non programmée (2)	Fréquence moyenne des hospitalisations non programmées (3)
Population de plus de 70 ans, tous régimes, dont le médecin traitant exerce dans l'une des 6 MSP	36%	0,64	48%	58%	1,5
Population de plus de 70 ans affiliée au régime agricole	31%	0,53	36%	47%	1,3
Population de plus de 70 ans affiliée au régime agricole résidant dans les départements des 6 MSP	31%	0,53	39%	50%	1,3

- (1) Nombre d'hospitalisations non programmées / ensemble des hospitalisations  
 (2) Nombre de patients ayant subi au moins une hospitalisation non programmée au cours de l'année/Nombre de patients ayant subi au moins une hospitalisation au cours de l'année  
 (3) Nombre d'hospitalisations non programmées/Nombre de patients ayant subi au moins une hospitalisation non programmée au cours de l'année

#### *Des séjours aux patients*

Le taux d'hospitalisations non programmées est calculé à partir du dénombrement des séjours. Cependant pour comparer, toutes choses égales par ailleurs, ce phénomène dans les trois populations, l'unité d'observation n'est plus le séjour mais le patient. La proportion de patients ayant subi une ou plusieurs hospitalisations non programmées est ajustée sur l'âge et le sexe, sur la base de la population du régime agricole ayant été hospitalisée au moins une fois au cours de l'année 2013. Elle nous amène à comparer les taux en fonction d'une structure de population commune.

La proportion standardisée de patients ayant eu une hospitalisation non programmée parmi les patients hospitalisés de plus de 70 ans dont le médecin traitant exerce en MSP, est supérieure de 4 points au taux brut et **reste donc significativement supérieure à celle des patients ressortissants du régime agricole (62% vs 47%)** [p<0,05].

**Tableau 5 : Proportion de patients ayant eu une hospitalisation non programmée, brute et standardisée**

Population source	Proportion brute de patients avec hosp. non programmées	Proportion standardisée par âge et sexe
Population de plus de 70 ans, tous régimes, dont le médecin traitant exerce dans l'une des 6 MSP	58%	62%
Population de plus de 70 ans affiliée au régime agricole	47%	/
Population de plus de 70 ans affiliée au régime agricole résidant dans les départements des 6 MSP	50%	50%



Chez les patients de plus de 70 ans affiliés au régime agricole et résidant dans l'un des 6 départements où sont implantées les maisons de santé, la proportion standardisée de patients avec une hospitalisation non programmée est significativement supérieure de 3 points à celle observée dans l'ensemble du régime agricole (50% vs 47 %).

Au sein des trois populations, la proportion de patients avec hospitalisation non programmée est donc significativement moins importante chez les patients de plus de 70 ans affiliés au régime agricole que chez les patients de plus de 70 ans, tous régimes, dont le médecin traitant exerce en MSP. Les patients de plus de 70 ans, affiliés au régime agricole et domiciliés dans l'un des départements des 6 MSP présentent un taux d'hospitalisation non programmée intermédiaire.

### **Les hospitalisations potentiellement évitables : un recours plus important pour les patients tous régimes de plus de 70 ans, dont le médecin traitant exerce en maison de santé**

Au cours de l'année 2013, 100 patients de plus de 70 ans dont le médecin traitant exerce en MSP ont été hospitalisés pour un motif d'hospitalisation évitable (en référence aux affections de la liste de Purdy<sup>51</sup>), ce qui a donné lieu à 104 hospitalisations. Les hospitalisations évitables représentent ainsi 8 % de l'ensemble des hospitalisations. Plus l'âge est avancé et plus le taux d'hospitalisations évitables augmente. L'affection la plus fréquente est l'ulcère compliqué (18 cas).

**Tableau 6 : Taux d'hospitalisations évitables des patients dont le médecin traitant exerce en MSP**

Age	Hommes	Femmes	Ensemble
70-74 ans	5%	5%	5%
75-79 ans	7%	9%	8%
80-84 ans	6%	9%	8%
85-89 ans	15%	10%	12%
plus de 90 ans	16%	9%	12%
Ensemble	8%	9%	8%

Au cours de l'année 2013, 33 309 patients de plus de 70 ans, ressortissants du régime agricole, ont été hospitalisés à la suite d'un motif évitable, ce qui a donné lieu à 37 649 hospitalisations, soit un taux d'hospitalisation évitable de 8 %. Les motifs les plus fréquents d'hospitalisations évitables sont la grippe et la pneumonie (6 831 cas), soit 18 % de l'ensemble des hospitalisations évitables.

<sup>51</sup> Selon la liste de Purdy, voir liste 1



**Tableau 7 : Taux d'hospitalisations évitables des patients de plus de 70 ans ressortissants du régime agricole**

Age	Hommes	Femmes	Ensemble
70-74 ans	5%	5%	5%
75-79 ans	6%	6%	6%
80-84 ans	7%	8%	7%
85-89 ans	8%	10%	9%
plus de 90 ans	11%	12%	12%
Ensemble	7%	8%	8%

Cette tendance est différente de celle observée dans l'étude de Julien Mousquès et Yann Bourgueil<sup>52</sup> concernant les maisons de santé participant à l'expérimentation ENMR : « *Toutes choses égales par ailleurs, relativement aux patients dont le médecin traitant exerce de manière isolée ou dans un cabinet monodisciplinaire, avoir un médecin traitant exerçant dans une structure de groupe n'influe pas sur le risque de connaître au moins une hospitalisation potentiellement évitable en 2012 ou sur la période 2009-2012 (OR = 1,1 ; p < 0,01). (...) dans nos analyses du recours à l'hôpital, nous ne mettons pas en évidence d'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé sur l'hospitalisation en MCO ou son caractère potentiellement évitable* ».

Sur les six départements<sup>53</sup> sur lesquels sont implantées les six maisons de santé citées, le taux d'hospitalisations évitables des patients qui y résident représente 8 % de l'ensemble des hospitalisations (soit 2 442 patients pour 2 729 hospitalisations évitables). Ce taux est identique à celui des patients de plus de 70 ans affiliés au régime agricole France entière, ainsi qu'aux patients de plus de 70 ans, tous régimes, dont le médecin traitant exerce dans l'une des 6 MSP.

**Tableau 8 : Taux d'hospitalisations évitables, par sexe et tranche d'âge, des patients ressortissants du régime agricole et résidant dans les départements d'implantation des 6 maisons de santé<sup>54</sup>**

Age	Hommes	Femmes	Ensemble
70-74 ans	6%	6%	6%
75-79 ans	6%	6%	6%
80-84 ans	7%	7%	7%
85-89 ans	8%	9%	9%
plus de 90 ans	10%	12%	12%
Ensemble	7%	8%	8%

<sup>52</sup> Julien Mousquès et Yann Bourgueil, IRDES, L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012.

<sup>53</sup> Charente-Maritime, Vosges, Landes, Dordogne, Aveyron, Haute-Saône.

<sup>54</sup> A l'exception des patients dont le médecin traitant exerce dans l'une de ces 6 maisons de santé.

**Tableau 9 : Principaux indicateurs liés aux hospitalisations évitables**

Population source	Taux d'hospitalisation (1)	Taux d'hospitalisation potentiellement évitable (2)	Taux de patients ayant eu une hospitalisation potentiellement évitable (3)	Fréquence moyenne des hospitalisations potentiellement évitables (4)
Population de plus de 70 ans, tous régimes, dont le médecin traitant exerce dans l'une des 6 MSP	36%	8%	14%	1,0
Population de plus de 70 ans affiliée au régime agricole	31%	8%	12%	1,1
Population de plus de 70 ans affiliée au régime agricole résidant dans les départements des 6 MSP	31%	8%	12%	1,1

(1) Nombre de patients hospitalisés au moins une fois/Nombre de patients de la population source

(2) Nombre d'hospitalisations potentiellement évitables / ensemble des hospitalisations

(3) Nombre de patients ayant subi au moins une hospitalisation évitable au cours de l'année/Nombre de patients ayant subi au moins une hospitalisation au cours de l'année

(4) Nombre d'hospitalisations évitables/Nombre de patients ayant subi au moins une hospitalisation évitable au cours de l'année

Les taux d'hospitalisations potentiellement évitables ont des valeurs brutes identiques dans les trois populations.

#### *Des séjours aux patients*

**Tableau 10 : Proportion de patients ayant subi une hospitalisation évitable, brute et standardisée<sup>55</sup>**

Population source	Proportion brute de patients avec hosp. évitable	Proportion standardisée (RA)
Population de plus de 70 ans, tous régimes, dont le médecin traitant exerce dans l'une des 6 MSP	14%	15%
Population de plus de 70 ans affiliée au régime agricole	12%	/
Population de plus de 70 ans affiliée au régime agricole résidant dans les départements des 6 MSP	12%	12%

En tenant compte uniquement des patients (et non du nombre d'hospitalisations), la proportion de patients de plus de 70 ans ayant eu une ou plusieurs hospitalisations évitables chez les ressortissants du régime agricole est de 12 %. Pour les patients de plus de 70 ans dont le médecin traitant exerce en MSP, il est de 14 %, et de 15 % lorsqu'il est standardisé sur la base de la population de plus de 70 ans du régime agricole ayant été hospitalisée au moins une fois au cours de l'année 2013. La différence est significative entre les deux groupes, les patients dont le médecin traitant exerce en maison de santé sont donc plus exposés aux hospitalisations évitables [p<0,05].

<sup>55</sup> Standardisation sur la base de la population consommatrice agricole de plus de 70 ans.

Concernant les patients de plus de 70 ans affiliés au régime agricole et résidant dans les départements des 6 MSP, le taux d'hospitalisations évitables est identique à celui de l'ensemble des patients de plus de 70 ans affiliés au régime agricole.

**Les visites à domicile : un taux de visite plus important chez les patients de plus de 70 ans, tous régimes, dont le médecin traitant exerce en maison de santé rurale**

Au cours de l'année 2013, la proportion de visites à domicile<sup>56</sup> chez les patients de plus de 70 ans dont le médecin traitant exerce en MSP est de 41 %, soit 3 points de plus que chez les patients de plus de 70 ans affiliés au régime agricole (38 %).

**Tableau 11 : Principaux indicateurs des visites à domicile chez les patients de plus de 70 ans, tous régimes, dont le médecin traitant exerce en MSP et chez les patients de plus de 70 ans ressortissants du régime agricole**

Population	Taux de visite C/(C+V)	Taux de visite ALD VALD/V	Proportion de patients en ALD	Nombre moyen de visites par patient	nbre moyen de visites par patient ald
MSP	41%	57%	54%	6,6	7,0
MSA	38%	74%	55%	2,8	3,7

Chez les patients dont le médecin traitant exerce dans une MSP, 57% des visites sont en rapport direct avec une Affection de Longue Durée (ALD) du patient. Chez les patients de plus de 70 ans du régime agricole, la proportion de visites directement liées à une ALD est de 74 %, alors même que la proportion de patients en ALD est la même dans les deux groupes (54 % et 55 %). Par ailleurs, le nombre moyen de visites chez les patients dont le médecin traitant exerce en MSP est plus de deux fois supérieur à celui des patients ressortissants du régime agricole. Le constat est similaire concernant les patients pris en charge au titre d'une ALD : au cours de l'année 2013, un patient en ALD dont le médecin traitant exerce en maison de santé a vu en moyenne 7 fois son médecin en visite à domicile, contre 3,7 pour un patient de plus de 70 ans affilié au régime agricole.

**La chirurgie dentaire : pas de différence significative entre les deux groupes**

Chez les patients de plus de 70 ans dont le médecin traitant exerce en MSP, 27% ont consulté un chirurgien-dentiste au cours de l'année 2013. Ces patients ont vu leur chirurgien-dentiste en moyenne 4,8 fois sur l'année.

<sup>56</sup> Il s'agit du nombre de visites codées V sur la somme des visites et des consultations codées C

**Tableau 12 : Proportion de patients ayant consulté un chirurgien-dentiste, dans la population des patients de plus de 70 ans dont le médecin traitant exerce en maison de santé**

Age	Hommes	Femmes	Ensemble
70-74 ans	37%	37%	37%
75-79 ans	33%	29%	31%
80-84 ans	24%	25%	25%
85-89 ans	18%	19%	19%
plus de 90 ans	10%	14%	13%
Ensemble	29%	27%	27%

Chez les patients de plus de 70 ans ressortissants du régime agricole, la proportion de patients ayant consulté un chirurgien-dentiste au cours de l'année 2013 est également de 27 %. Cette proportion décroît avec l'âge. Ces patients ont consulté leur dentiste en moyenne 4,5 fois sur l'année.

**Tableau 13 : Proportion de patients ayant consulté un chirurgien-dentiste, dans la population des patients de plus de 70 ans ressortissants du régime agricole**

Age	Hommes	Femmes	Ensemble
70-74 ans	35%	39%	37%
75-79 ans	33%	33%	33%
80-84 ans	28%	27%	27%
85-89 ans	22%	19%	20%
plus de 90 ans	15%	12%	13%
Ensemble	29%	26%	27%

## Discussion

Dans une précédente étude centrée sur le montant des dépenses de santé en ambulatoire entre les patients de plus de 70 ans dont le médecin traitant exerce en MSP et les patients ressortissants du régime agricole de la même tranche d'âge, il avait été montré que le montant moyen des dépenses du 1<sup>er</sup> groupe était inférieur de 12 % par rapport à celui du second. Les différences mises en évidence entre les deux groupes allaient dans le sens de certaines particularités liées à la potentielle ruralité des lieux d'implantation des maisons de santé (recours plus important au médecin généraliste, aux visites à domicile, aux transports et moins important aux spécialistes).

Les résultats exposés dans la présente étude ne mettent pas en évidence une meilleure efficacité de la pratique en groupe. Les hospitalisations non programmées et les hospitalisations potentiellement évitables sont significativement plus importantes chez les personnes de plus de 70 ans tous régimes, dont le médecin traitant exerce en MSP. Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes concernant les consultations chez un chirurgien-dentiste.

Les visites à domicile sont susceptibles d'être un marqueur de disponibilité des professionnels de santé ou d'isolement social et géographique des patients ; les patients dont le médecin traitant exerce en maison de santé reçoivent plus de visites à domicile que l'ensemble des patients du régime agricole. Par ailleurs, ces visites ne sont pas réservées aux patients en ALD.

Dans l'étude précédente, les dépenses concernant les honoraires de spécialistes étaient de 19% inférieures chez les patients dont le médecin traitant exerçait en maison de santé par rapport aux patients affiliés au régime agricole. Les constats de la présente étude concernant les hospitalisations ne sont pour autant pas en contradiction, mais pourraient peut-être traduire un « *effet retard* » de la prise en charge spécialisée, à moins qu'il ne s'agisse d'un problème d'offre de soins, qui se manifeste par un accès direct par les urgences. Aussi, le fait que les hospitalisations non programmées et évitables soient plus importantes chez les patients dont le médecin traitant exerce en maison de santé invite à se demander s'il n'existe pas un transfert du secteur ambulatoire vers le secteur hospitalier.

La question de la permanence des soins dans le milieu rural peut également être une piste de réflexion. En effet, le taux d'hospitalisations non programmées est supérieur dans les 6 départements à dominante rurale ciblés dans cette étude à celui de l'ensemble de la population du régime agricole.

Sans doute faudrait-il analyser des éléments complémentaires, propres aux patients (consommation de soins, situation géographique) à croiser avec des éléments qualitatifs propres aux maisons de santé (éducation thérapeutique du patient, permanence des soins, composition des professionnels de santé, etc.).

## **Aspects méthodologiques**

Les données de consommation de soins sont issues de l'environnement DCIR (Datamart Consommations Inter régimes) du SNIIRAM (Système National d'Information Inter Régime de l'Assurance Maladie). Les variables utilisées proviennent de la table des prestations et de la table des séjours. Les requêtes ont été effectuées sur le logiciel SAS Enterprise Guide®.

Afin de comparer les dépenses de soins de patients consultant en maison de santé pluridisciplinaire (MSP), la population de deux groupes de consommateurs a été comparée :

- patients de plus de 70 ans, tous régimes, ayant consommé au moins un soin au cours de l'année 2013 et ayant déclaré un médecin traitant dans l'une des 6 maisons de santé suivantes :
  - o Pôle de Santé Aulnay de Saintonge (Charente-Maritime)
  - o Maison de santé du Haut Saintois Vicherey (Vosges)
  - o Maison pluridisciplinaire de Benquet (Landes)
  - o Maison de santé de Villamblard (Dordogne)
  - o Maison de santé de Salles-Curan (Aveyron)
  - o Maison de santé des Trois Provinces (Haute-Saône)

Ces six maisons de santé ont été choisies parmi les premières accompagnées par la MSA. Trois d'entre-elles participent à l'Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR) : Aulnay de Saintonge, Vicherey et la maison de santé des Trois Provinces.

Les assurés de plus de 70 ans, tous régimes confondus, et ayant eu un soin au cours de l'année 2013 sont 1 998 à avoir déclaré un médecin traitant généraliste exerçant dans l'une de ces six maisons de santé pour 11 médecins généralistes concernés.

- patients de plus de 70 ans, ressortissants du régime agricole, ayant consommé au moins un soin au cours de l'année 2013, à l'exception des patients dont le médecin traitant exerce dans l'une des 6 maisons de santé citées ci-dessus, soit 898 146 patients.

Les taux de séjours (évitables et non programmés) sont habituellement la résultante d'un rapport en termes de séjours et non pas de patients<sup>57</sup>.

Afin d'éliminer les effets liés à la structure par âge et par sexe, les données ont été standardisées. La population de référence utilisée est celle des patients de plus de 70 ans ressortissants du régime agricole, en fonction des nécessités de l'objet considéré (population ayant été hospitalisée au moins une fois, ensemble de la population consommante, etc.). Ainsi, la standardisation s'exprime par le dénombrement en termes de patients et non plus de séjours.

Les hospitalisations non programmées, comme les hospitalisations évitables, ont fait l'objet d'une extraction dans la table de séjours des dates de début et de fin sur l'année 2013.

---

<sup>57</sup> Tout en sachant qu'un patient peut avoir été hospitalisé plusieurs fois au cours de l'année.

**Tableau 14 : Effectifs et répartition des motifs d'hospitalisation précédés d'une admission aux urgences des patients de plus de 70 ans, tous régimes, dont le médecin traitant exerce en maison de santé**

<b>Codes CIM10</b>	<b>Libellés chapitre</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Répartition</b>
A00-B99	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	12	2 %
C00-D48	Tumeurs	18	3 %
D50-D89	Maladies du sang et des organes hématopoiétiques et certains troubles du système immunitaire	20	3 %
E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	19	3%
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement	18	3 %
G00-G99	Maladies du système nerveux	18	3 %
H00-H59	Maladies de l'œil et de ses annexes	8	1 %
H60-H95	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	3	0 %
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	101	16 %
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	83	14 %
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	67	11 %
L00-L99	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1	0 %
M00-M99	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	29	5 %
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	29	5 %
R00-R99	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	94	15%
S00-T98	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	69	11 %
Z00-Z99	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	25	4 %
Ensemble		614	100 %

**Tableau 15 : Effectifs et répartition des motifs d'hospitalisation précédés d'une admission aux urgences des patients de plus de 70 ans affiliés au régime agricole**

<b>Codes CIM10</b>	<b>Libellés chapitre</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Répartition</b>
A00-B99	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	4 499	3 %
C00-D48	Tumeurs	4 570	3 %
D50-D89	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	4 000	2 %
E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	4 338	2 %
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement	4 232	2 %
G00-G99	Maladies du système nerveux	5 645	3 %
H00-H59	Maladies de l'œil et de ses annexes	571	0 %
H60-H95	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	894	1 %
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	42 058	24 %
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	22 710	13 %
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	15 466	9 %
L00-L99	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1 511	1 %
M00-M99	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	6 197	4 %
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	7 320	4 %
Q00-Q99	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	17	0 %
R00-R99	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	22 756	13 %
S00-T98	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	24 858	14 %
U00-U99	Codes d'utilisation particulière	1	0 %
Z00-Z99	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	2 865	2 %
Ensemble		174 508	100 %



**Liste 1 : Liste des 36 motifs d'hospitalisations potentiellement évitables selon Purdy *et al.*  
(Indicateur Liste des diagnostics principaux codés en CIM-10)**

**Accident vasculaire cérébral (AVC)** I61, I62, I63, I64, I66, I672, I698, R470

**Alcoolisme** F10

**Anémie ferriprive** D501, D508, D509, D460, D461, D463, D464, D510, D511, D512, D513, D518, D520, D521, D528, D529, D531, D571, D580, D581, D590, D591, D592, D599, D601, D608, D609, D610, D611, D640, D641, D642, D643, D644, D648

**Angor** I20, I240, I248, I249, I25, R072, R073, R074, Z034, Z035

**Appendicite rompue** K350, K351

**Asthme** J45, J46

**Automutilation** S16

**Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)** J20, J41, J42, J43, J47, J44, J40X

**Cellulite infectieuse** L03, L04, L080, L088, L089, L88, L980, I891, L010, L011, L020, L021, L022, L023, L024, L028, L029

**Constipation** K590

**Diabète** E100, E101, E102, E103, E104, E105, E106, E107, E108, E110, E111, E112, E113, E114, E115, E116, E117, E118, E120, E121, E122, E123, E124, E125, E126, E127, E128, E130, E131, E132, E133, E134, E135, E136, E137, E138, E140, E141, E142, E143, E144, E145, E146, E147, E148, E139, E149

**Dyspepsie et autres troubles gastriques** K30, K21

**Epilepsie** G40, G41, R56, O15, G253, R568

**Fibrillation auriculaire et flutter** I471, I479, I495, I498, I499, R000, R002, R008

**Fracture du col du fémur** S720, S721, S722

**Gangrène** R02

**Gastro-enterite et déshydratation** E86, K522, K528, K529, A020, A04, A059, A072, A080, A081, A083, A084, A085, A09, K520, K521

**Grippe et pneumonie** J10, J11, J13, J14, J153, J154, J157, J159, J168, J181, J18, J189, J120, J121, J122, J128, J129, J160, A481, A70X

**Hypertension artérielle** I10, I119

**Hypokaliémie** E876

**Infections ORL** H66, H67, J02, J03, J06, J312, J040

**Insuffisance cardiaque congestive** I110, I50, J81, I130, I255

**Maladies vasculaires périphériques** I73, I738, I739

**Malnutrition** E40, E41, E42, E43, E550, E643

**Migraines** G43, G440, G441, G443, G444, G448, R51X

**Névroses** F32, F40, F41, F42, F43, F44, F45, F46, F47, F48

**Petit poids de naissance** P050, P052, P059, P072, P073

**Problèmes dentaires** A690, K02, K03, K04, K05, K06, K08, K098, K099, K12, K13

**Pyélonéphrite** N10, N11, N12, N136, N300, N390, N159, N308, N309

**Retard staturo-pondéral** R629

**Salpingite** N70, N73, N74

**Schizophrénie** F20, F21, F232, F25

**Sénilité / démence** F00, F01, F02, F03, R54

**Tuberculose** A15, A16, A17, A18, A19

**Ulcère compliqué** K250, K251, K252, K254, K255, K256, K260, K261, K262, K264, K265, K266, K270, K271, K272, K274, K275, K276, K280, K281, K282, K284, K285, K286, K920, K921, K922, K20X, K210, K219, K221, K226

**Vaccinables** A35, A36, A37, A80, B05, B06, B161, B169, B180, B181, B26, G000, M014

Source : Purdy et al., 2009

## Définition des termes

**Hospitalisations non programmées** : hospitalisations précédées d'un passage aux urgences, à l'exception des séances (séances de dialyse, de chimiothérapie, etc.).

**Taux d'hospitalisation ou taux de de séjour non programmé(e)** : Nombre d'hospitalisations non programmées, rapporté au nombre total d'hospitalisations à l'exception des séances ; le taux par patient rapporte le nombre de patients ayant eu au moins une hospitalisation non programmée au cours de l'année, sur l'ensemble des patients ayant eu au moins une hospitalisation au cours de l'année, à l'exception des séances.

**Hospitalisation évitable** : « recours à l'hôpital pour un ensemble de pathologies pour lesquelles les hospitalisations auraient pu être « potentiellement évitables » par une prise en charge adaptée dans le système de soins ambulatoires<sup>58</sup> » ; la liste de référence est ici la liste de Purdy et al. 2009.

**Taux d'hospitalisation évitable** : Nombre d'hospitalisations évitables (selon la liste de Purdy), rapporté à l'ensemble des hospitalisations, à l'exception des séances (séances de dialyse, de chimiothérapie, etc.) ; le taux par patient rapporte le nombre de patients ayant eu au moins une hospitalisation évitable au cours de l'année, sur l'ensemble des patients ayant eu au moins une hospitalisation au cours de l'année, à l'exception des séances.

**Visites à domicile** : sont qualifiées de visites les visites effectuées au domicile du patient par un médecin généraliste (les visites d'urgence, les visites longues et complètes sont également considérées).

## Sigles

**ALD** : Affection de Longue Durée

**DGOS** : Direction générale de l'Offre de Soins

**ENMR** : Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération

**IRDES** : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

**MSP** : Maison de Santé Pluridisciplinaire

---

<sup>58</sup> Julien Mousquès et Yann Bourgueil, IRDES, L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012.

**Tableau 16 : Effectifs liés aux hospitalisations non programmées**

Population source	Dénombrement de patients			Dénombrement de séjours	
	Effectifs de la population source	Effectifs de patients hospitalisés au moins 1 fois	Effectifs de patients ayant eu au moins 1 HNP	Nombre d'hospitalisations (à l'exception des séances)	Nombre d'hospitalisations non programmées (à l'exception des séances)
Population de plus de 70 ans, tous régimes, dont le médecin traitant exerce dans l'une des 6 MSP	1 998	726	420	1 269	614
Population de plus de 70 ans affiliée au régime agricole	898 146	275 511	129 605	479 168	174 508
Population de plus de 70 ans affiliée au régime agricole résidant dans les départements des 6 MSP	67 673	20 829	10 461	35 911	14 099

**Tableau 17 : Effectifs liés aux hospitalisations évitables**

Population source	Effectifs de patients			Effectifs de séjours	
	Effectifs de la population source	Effectifs de patients hospitalisés au moins 1 fois	Effectifs de patients ayant eu au moins 1 hospitalisation potentiellement évitable	Nombre d'hospitalisations (à l'exception des séances)	Nombre d'hospitalisations potentiellement évitables
Population de plus de 70 ans, tous régimes, dont le médecin traitant exerce dans l'une des 6 MSP	1 998	726	100	1 269	104
Population de plus de 70 ans affiliée au régime agricole	898 146	275 511	33 309	479 168	37 649
Population de plus de 70 ans affiliée au régime agricole résidant dans les départements des 6 MSP	67 673	20 829	2 442	35 911	2 729

**MSA Caisse Centrale**

Les Mercuriales  
40, rue Jean Jaurès  
93547 Bagnolet Cedex  
Tél. : 01 41 63 75 83

**Direction Déléguée aux Politiques Sociales**

**Direction des Politiques Publiques**  
**Direction des Études, des Répertoires et des Statistiques**  
**Direction du Développement Sanitaire et Social**  
**Direction Comptable et Financière**



santé  
famille  
retraite  
services

L'essentiel & plus encore