



**santé**  
**famille**  
**retraite**  
**services**

**Rapport au Parlement  
et au Ministre chargé de la Sécurité sociale  
Année 2014**

## **Table des matières**

1.	La réalisation de l'ONDAM au régime agricole en 2012 .....	5
1.1.	Les résultats pour l'ensemble du régime agricole .....	5
1.1.1.	L'évolution des soins de ville .....	6
1.1.1.1.	La participation forfaitaire .....	8
1.1.1.2.	Les franchises médicales .....	8
1.1.1.3.	La participation de l'assuré 18 euros.....	8
1.1.1.4.	Le parcours de soins .....	8
1.1.1.5.	Le plan médicament 2012 .....	9
1.1.1.6.	Le plan de maîtrise médicalisée inter-régime 2012.....	9
1.1.2.	L'évolution des dépenses en établissements .....	10
1.2.	Les charges du régime des non-salariés agricoles .....	12
1.2.1.	L'évolution des soins de ville .....	13
1.2.2.	L'évolution des dépenses en établissement .....	14
1.3.	Les charges du régime des salariés agricoles.....	16
1.3.1.	L'évolution des soins de ville .....	17
1.3.2.	L'évolution des dépenses en établissements .....	19
1.4.	Le plan de gestion du risque MSA.....	20
1.4.1.	Les arrêts de travail des salariés agricoles .....	20
1.4.2.	Le contrôle des arrêts de travail des salariés agricoles.....	23
1.4.3.	Signalements des employeurs .....	25
1.4.4.	Rapport des médecins mandatés par les employeurs.....	25
1.4.5.	Le contrôle des facturations de transports des malades .....	25
1.4.6.	Actions de contrôle des actes dentaires.....	26
1.4.7.	Action de sensibilisation des professionnels de santé et des assurés à l'insuffisance rénale.....	28
1.4.8.	Prescription de neuroleptiques chez les patients Alzheimer.....	29
1.4.9.	Associations médicamenteuses formellement contre indiquées .....	29
1.4.10.	Etablissements médico-sociaux .....	30
1.4.11.	Contrôle régional de la T2A.....	33
1.4.12.	Accompagnement des établissements dont la MSA est pivot .....	34
2.	Les prévisions 2013 .....	35
2.1.	Les principaux résultats 2013.....	35
2.1.1.	Les charges, produits et le solde de la branche maladie du régime des non-salariés agricoles (cf. annexe 1).....	37
2.1.1.1.	Les charges.....	37
2.1.1.2.	Les recettes.....	37

2.1.2.	Les charges, produits et le solde de la branche maladie du régime des salariés agricoles (cf. annexe 2).....	38
2.1.2.1.	Les charges.....	38
2.1.2.2.	Les recettes.....	38
2.2.	Les prévisions détaillées dans le champ de l'ONDAM pour 2013 .....	39
2.2.1.	Les soins de ville .....	39
2.2.1.1.	Les résultats du régime agricole.....	39
2.2.1.2.	Les résultats du régime des non-salariés agricoles.....	41
2.2.1.3.	Les résultats du régime des salariés agricoles.....	42
2.2.2.	L'évolution des dépenses en établissement.....	43
2.2.2.1.	Établissements hors médico-sociaux .....	43
2.2.2.2.	Établissements médico-sociaux .....	43
3.	Les prévisions 2014 .....	44
3.1.	Le champ ONDAM du régime agricole .....	44
3.2.	Les mesures proposées par la MSA .....	46
3.2.1.	Développer la connaissance du risque.....	46
3.2.1.1.	Diagnostic médico-économique et connaissances épidémiologiques.....	46
3.2.2.	Accompagnement des assurés .....	52
3.2.2.1.	Les éducations en santé .....	52
3.2.2.2.	Prévention .....	54
3.2.2.3.	L'accompagnement de l'incapacité de travail et la prévention de l'invalidité.....	55
3.2.2.4.	Information des assurés consommateurs.....	59
3.2.3.	Accompagnement des offreurs de soins .....	60
3.2.3.1.	La prescription médicamenteuse .....	60
3.2.3.2.	Contrôle T2A .....	61
3.2.3.3.	Accompagnement des établissements de santé dont les ex-Hôpitaux Locaux.....	61
3.2.3.4.	Accompagnement des établissements médico-sociaux .....	61
3.2.3.5.	Contrôle des prestations remboursées aux PS (transporteurs, appareillage, IDE, MK) .....	61
3.2.4.	Organisation des soins en milieu rural .....	62
3.2.4.1.	Médecine en campagne .....	62
3.2.4.2.	Accompagnement des modes d'exercice regroupés et coordonnés .....	63
3.2.4.3.	Participation aux expérimentations PAERPA.....	65
3.2.4.4.	Chirurgie ambulatoire en campagne .....	66
3.2.4.5.	Lien Ville Hôpital.....	66
3.2.4.6.	Hôpitaux de proximité.....	66

3.2.4.7.	Télémedecine.....	67
3.2.5.	Tarification et efficience des soins .....	68
3.2.5.1.	Mutualisation du RCT.....	68
3.2.5.2.	Mutualisation de l'expertise appareillage.....	68
3.2.5.3.	Prise en charge globale de certains parcours de soins .....	68
3.3.	L'impact des mesures sur les dépenses dans le champ soins de ville de l'ONDAM .....	69
3.3.1.	Les charges, produits et le solde de la branche maladie du régime des non-salariés agricoles (cf. annexe 1).....	71
3.3.1.1.	Les charges.....	71
3.3.1.2.	Les recettes.....	71
3.3.2.	Les charges, produits et le solde de la branche maladie du régime des salariés agricoles (cf. annexe 2).....	72
3.3.2.1.	Les charges.....	72
3.3.2.2.	Les recettes.....	72
4.	Annexe 1 : Tableau d'équilibre de la branche maladie des non salariés .....	73
5.	Annexe 2 : Tableau d'équilibre de la branche maladie des salariés .....	74

# 1. La réalisation de l'ONDAM au régime agricole en 2012

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

Les prestations versées par le régime agricole — pris dans l'ensemble de ses composantes salariés et non salariés agricoles — suivant le champ de l'ONDAM s'élevaient à 11,0 milliards d'euros en 2012, en baisse de -0,2 % par rapport à 2011 (tableau 1).

Cette baisse est le résultat de l'évolution des dépenses de soins de ville en diminution de -1,4 % en 2012 et de celle des dépenses des établissements de santé en progression de +0,9 %, évolutions de sens opposé à celles de 2011 (+0,3 % pour les prestations exécutées en ville et -2,1 % pour les prestations exécutées en établissement).

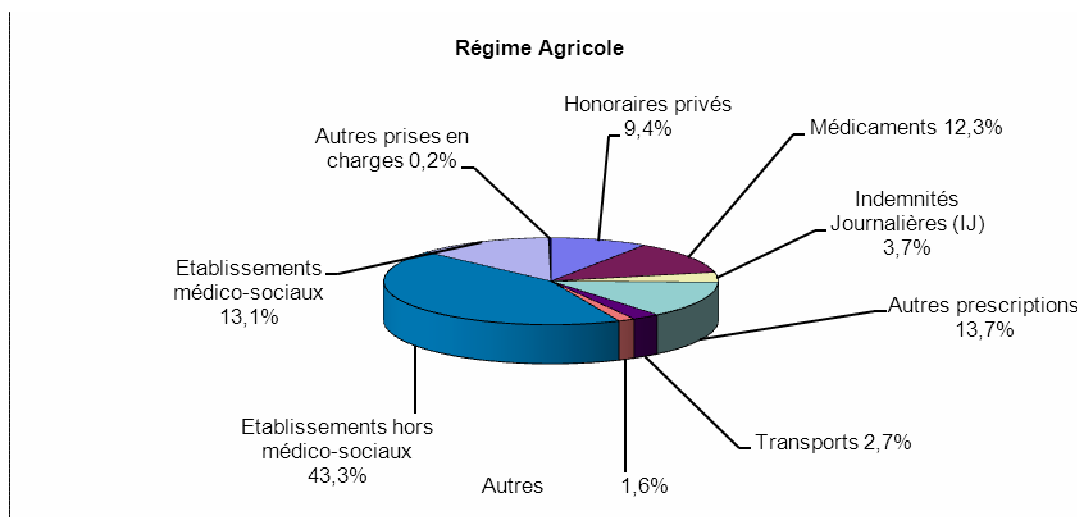
Ces postes représentent respectivement 43 % et 56 % des dépenses du régime agricole suivant le champ de l'ONDAM.

**Tableau 1 : Prestations dans le champ ONDAM - régime agricole (en millions d'euros)**

	2011	2012	évolution
Honoraires des médecins généralistes	385	374	- 3,0 %
Honoraires des médecins spécialistes	519	516	- 0,7 %
Honoraires médicaux des sages-femmes	4	4	5,5 %
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>	<b>908</b>	<b>893</b>	<b>- 1,6 %</b>
Honoraires des infirmiers	644	671	4,3 %
Honoraires des masseurs kinésithérapeutes	208	214	3,2 %
Autres auxiliaires médicaux*	24	25	3,7 %
<b>HONORAIRES PARAMEDICAUX</b>	<b>876</b>	<b>911</b>	<b>4,0 %</b>
Honoraires des dentistes	149	146	- 1,6 %
Autres honoraires	22	12	- 43,1 %
Biologie	203	197	- 3,0 %
Prescriptions pharmaceutiques	1 438	1 357	- 5,6 %
LPP + Produits humains	386	391	1,2 %
Transports	290	295	1,8 %
Autres prestations en nature (cures thermales...)	15	15	1,9 %
Indemnités journalières Maladie et AT	407	407	- 0,1 %
Divers : PAM + FICQS + Remises conventionnelles des laboratoires pharmaceutique + Aide à la télétransmission	162	163	0,7 %
<b>PRESTATION EXECUTEES EN VILLE</b>	<b>4 856</b>	<b>4 789</b>	<b>- 1,4 %</b>
Etablissements hors médico-sociaux	4 767	4 786	0,4 %
dont établissements de santé tarifés à l'activité	3 556	3 546	- 0,3 %
dont autres dépenses en établissements de santé	1 211	1 241	2,4 %
Etablissements médico-sociaux	1 412	1 446	2,4 %
dont établissements pour personnes âgées	1 189	1 225	3,0 %
dont établissements pour personnes handicapées	222	221	- 0,7 %
<b>PRESTATIONS EXECUTEES EN ETABLISSEMENT</b>	<b>6 179</b>	<b>6 232</b>	<b>0,9 %</b>
Autres prises en charges	38	24	- 35,5 %
<b>TOTAL CHAMP ONDAM régime agricole</b>	<b>11 073</b>	<b>11 046</b>	<b>- 0,2 %</b>

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

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



### 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 diminué de - 1,4 % en 2012, soit 1,7 point de moins que l'année précédente.

L'évolution générale des dépenses des soins de ville masque des évolutions très contrastées des différents postes qui les composent (tableau 2).

**Tableau 2 : Évolution des remboursements de soins de ville par nature de prestation en 2012**

	Total	Honoraires privés	Prescriptions	Indemnités Journalières
régime agricole	- 1,4 %	- 1,6 %	- 1,6 %	- 0,1 %

L'évolution de - 1,4 % des remboursements de soins de ville en 2012 se décompose de la manière suivante : les prescriptions<sup>1</sup> contribuent pour - 1,0 point à cette évolution et les honoraires privés<sup>2</sup> à hauteur de - 0,4 point ; auxquels s'ajoutent + 0,1 point pour les transports et - 0,2 point pour les autres honoraires et autres prestations<sup>3</sup>.

La contribution à la croissance (en l'occurrence la décroissance) des honoraires privés s'explique notamment par : une baisse des dépenses d'honoraires médicaux et dentaires de - 1,6 % en 2012 alors que ce même poste progressait de + 1,6 % en 2011.

La baisse des honoraires médicaux est le résultat du recul de - 3,2 % de l'activité

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

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

<sup>3</sup> Les autres honoraires et 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

clinique (consultations et visites) des médecins généralistes ou spécialistes lié en partie à l'absence d'épisode épidémique important en 2012. Les remboursements **d'actes techniques facturés par les spécialistes** (- 0,9 %) et des **actes dentaires** (- 2,0 %) sont également en baisse.

Les remboursements de **prescriptions** ont diminué de - 1,6 % en 2012 alors qu'ils évoluaient de - 0,2 % en 2011.

Parmi celles-ci, les dépenses de **médicaments** ont diminué de - 5,6 % après une baisse de - 2,4 % l'année dernière. Bien que cette baisse concerne les deux régimes, elle est plus accentuée au régime des non-salariés agricoles qu'au régime des salariés agricoles. Pour le régime des non salariés agricoles, les dépenses de médicaments ont diminué de - 7,2 % en 2012 après une baisse de - 3,4 % en 2011. Les remboursements de médicaments effectués au titre du régime des salariés agricoles ont connu une baisse de - 2,9 % en 2012 alors qu'en 2011, les remboursements de médicaments n'avaient fléchi que de - 0,6 % en 2011. Cette accélération de la baisse des dépenses du poste pharmacie s'explique par les différentes mesures d'économie (cf §1.1.1.5) notamment les vagues de déremboursement de certains médicaments et la mise en place du dispositif « tiers-payant contre génériques ».

En raison de la baisse de certains tarifs, les remboursements des **actes de biologie** ont diminué de - 3,0 % en 2012 alors qu'ils progressaient de + 0,9 % l'année précédente. Cette baisse des remboursements concerne aussi bien le régime des non-salariés agricoles (- 3,8 %) que celui des salariés agricoles (- 1,7 %).

Les remboursements d'honoraires **d'auxiliaires médicaux** poursuivent leur hausse et progressent de + 4,0 % après + 2,1 % en 2011 sous l'influence des revalorisations tarifaires d'actes des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes. Pour les infirmiers, les nouvelles majorations prises en charge à compter de mai 2012 représentent 3,3 % du montant total des actes infirmiers et contribuent à hauteur de 1,7 point au taux d'évolution. Pour les masseurs-kinésithérapeutes, l'impact à la hausse des revalorisations est de 1,9 point sur le taux d'évolution. Au final, les honoraires des infirmiers progressent de + 4,3 % et ceux des masseurs-kinésithérapeutes progressent de + 3,2 %.

Pour les infirmiers, la progression plus faible de leur activité cette année, évaluée en nombre de coefficients AIS et AMI (+ 1,8 % après + 2,9 % en 2011), vient modérer l'évolution des remboursements. A l'inverse, l'activité des masseurs-kinésithérapeutes est plus dynamique en 2012 qu'en 2011 (+ 0,9 % après + 0,1 %).

Les remboursements des produits de **la liste des produits et des prestations (LPP) et des produits d'origine humaine** évoluent de + 1,2 % en 2012, évolution en recul de 1,2 point par rapport à celle de 2011. Ce ralentissement est la conséquence d'importantes mesures d'économie impactant ce poste.

Les **frais de transports** progressent de + 1,8 % en 2012 après + 0,3 % l'année précédente. La mise en place de majorations pour les trajets de courtes distances sur les transports sanitaires a contribué à la croissance de ce poste. Mais, parallèlement, les diverses mesures d'économie ont permis d'en modérer plus fortement l'évolution. L'économie réalisée avec les franchises médicales sur les transports est de 2,2 millions d'euros.

En 2012, l'évolution des remboursements **d'indemnités journalières (IJ)** pour le

régime agricole — maladie et accident du travail / maladie professionnelle pour le régime des salariés et accidents du travail / maladie professionnelle pour les non salariés agricole — est stabilisée (- 0,1 %) alors que ce poste progressait de + 3,0 % l'année précédente. Ce recul est en partie lié à l'abaissement du plafond de calcul des indemnités journalières Maladie à 1,8 SMIC et se conjugue avec une diminution du nombre d'IJ Maladie-Accident du Travail (- 0,5 % contre + 1,8 % en 2011).

#### **1.1.1.1. La participation forfaitaire**

La participation forfaitaire correspond au 1 € non pris en charge par l'assurance maladie pour chaque acte d'honoraire ou de biologie facturé par un médecin. Depuis septembre 2007, ce forfait est limité à 4 € par jour et par patient pour un même professionnel de santé, avec un plafond annuel de 50 € par assuré ou ayant droit âgé de 18 ans ou plus. En 2012, cette mesure a permis au Régime Agricole de réaliser une économie de 36,1 millions d'euros, dont 21,0 millions pour les actes d'honoraires médicaux et 15,0 millions pour les actes de biologie.

#### **1.1.1.2. Les franchises médicales**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, les assurés sociaux doivent s'acquitter, dans la limite de 50 euros par an, d'une franchise de 0,50 € par boîte de médicament et acte paramédical, et de 2 € par transport sanitaire. Elles sont limitées à 2 € par jour pour les actes des auxiliaires médicaux, à 4 € par jour pour les transports et à 50 € par an.

En 2012, cette mesure a permis au Régime Agricole de réaliser une économie de 61,2 millions d'euros dont 49,5 millions pour les boîtes de médicaments, 9,4 millions pour les actes paramédicaux et 2,2 millions pour les transports sanitaires.

#### **1.1.1.3. 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 € 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 2012, cette mesure a permis au régime agricole de réaliser une économie de 4,2 millions d'euros dont 0,4 million pour les soins de ville et 3,7 millions pour les établissements.

#### **1.1.1.4. Le parcours de soins**

Le parcours de soins coordonnés, mis en place au 1er juillet 2005, 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 € à chaque date anniversaire de la mise en ALD.

En 2012, les versements effectués au titre de la rémunération du médecin traitant pour des patients en ALD s'élèvent à 26,4 millions d'euros (soit 7,1 % des honoraires des généralistes) correspondant au suivi de 660 000 patients en ALD depuis plus d'un an. Les majorations versées aux médecins correspondants pour coordonner les soins avec le médecin traitant sont de 4,1 millions d'euros. Au total, près de 30,6 millions d'euros de rémunération complémentaire ont été versés en 2012 aux médecins (soit 3,4 % du total des honoraires médicaux).

#### 1.1.1.5. Le plan médicament 2012

Au cours de l'année 2012, des mesures agissant sur le prix ont été prises :

**Le dispositif du tiers payant contre génériques**, décidé par les partenaires conventionnels lors de la commission paritaire nationale du 6 juin 2012, réserve le tiers payant aux seuls assurés acceptant la substitution ou pour lesquels le médecin prescripteur a porté la mention « non substituable » sur l'ordonnance.

L'économie réalisée en 2012 par la délivrance de génériques est de 109 millions d'euros en montants remboursés, dont 62 % sur le 2<sup>ème</sup> semestre 2012. Les économies réalisées au cours du 2<sup>ème</sup> semestre 2012 progressent de + 4,6 % par rapport au 2<sup>ème</sup> semestre 2011.

La montée en charge, à partir de mai 2012, de l'atorvastatine, générique du Tahor® (1<sup>er</sup> médicament remboursé en 2011) génère à elle seule des économies de 5,6 millions d'euros en montants remboursés.

**La modification dans la fixation du prix pour les médicaments remboursables en ville** : l'arrêté du 26.12.2011 paru au JO du 29.12.2011 modifie la marge des grossistes répartiteurs pour les médicaments remboursables délivrés en officine de ville. Cela occasionne de nombreuses baisses de prix TTC à partir de janvier 2012.

Par ailleurs, en 2012 ont eu lieu **des déremboursements de médicaments** :

En 2012, 440 médicaments sont radiés. Ils représentaient en 2011, 19 millions d'euros en montants remboursés.

L'impact des mesures de déremboursement sur le taux d'évolution ACM du poste Pharmacie est de 1,2 point de baisse fin décembre 2012, en considérant que ces médicaments auraient conservé une évolution constante.

#### 1.1.1.6. Le plan de maîtrise médicalisée inter-régime 2012

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

- En 2012, les montants remboursés pour les **antibiotiques** baissent de

- 4,7 %, et continuent ainsi leur diminution régulière.
- Pour la première année depuis 2005, les montants remboursés de **psychotropes**, ont une évolution positive (+ 1,4 %). Cela résulte d'un effet prix car le nombre de boîtes délivrées continue de diminuer, de - 7,9 %.
- Grâce à l'effet des génériques, les remboursements de **statines** diminuent de - 12,5 % par rapport à 2011, dépassant largement les objectifs.
- Les montants remboursés **d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)** diminuent également fortement, de - 16,3 % par rapport à 2011.
- De même les remboursements **d'antihypertenseurs** enregistrent une évolution annuelle de - 14,3 %.
- Parmi les nouvelles classes de médicaments dont le suivi a été introduit en 2010, les évolutions des **anti agrégants plaquétaires** (- 15,2 %), **anti-dépresseurs** (- 5,1 %) sont favorables par rapport aux tendances attendues.
- Les évolutions des **EPO** (- 10,4 %) introduits en 2011 dépassent aussi les objectifs.
- Les montants remboursés **d'indemnités journalières** prescrites par les libéraux se limitent à une hausse de + 0,6 % par rapport à l'année 2011.
- L'évolution des remboursements de **transports** diminue de - 2,3 %.
- Les remboursements liés aux **masseurs-kinésithérapeutes** se limitent à une croissance de + 2,1%, ce qui respecte encore l'objectif d'évolution.

Dans le cadre de la convention signée avec les pharmaciens, le régime agricole atteint un taux de prescription de génériques de 86,2 % dans le répertoire conventionnel en décembre 2012.

### 1.1.2. L'évolution des dépenses en établissements

La croissance des remboursements de soins en établissements pour le régime agricole est modérée en 2012 (+ 0,9%). Cette hausse fait suite à un niveau de dépenses particulièrement bas en 2011 (en baisse de - 2,5 % par rapport à 2010) (tableau 3).

**Tableau 3 : Évolution des remboursements de soins en établissement par nature d'établissements en 2012**

	Total	Établissements publics	Établissements privés	Établissements médico-sociaux
régime agricole	+ 0,9 %	+ 0,8 %	- 1,4 %	+ 2,4 %

La croissance des remboursements résulte des versements aux établissements

publics et médico-sociaux, en hausse respectivement de + 0,8 % et + 2,4 %.

La hausse des versements aux établissements publics provient surtout des activités financées par dotation globale (activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation).

Pour le secteur médico-social, ce sont surtout les versements aux structures dédiées aux personnes âgées qui ont augmenté entre 2011 et 2012 (+ 3,0 %).

A l'inverse, les remboursements de soins en établissements privés diminuent de - 1,4 %. Ce recul est surtout marqué pour les soins tarifés à l'activité. Les dépenses liées aux activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation continuent leur progression.

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

Les dépenses suivant le champ de l'ONDAM pour le régime des non-salariés agricoles représentent 6,9 milliards d'euros en 2012. Leur évolution est stabilisée en 2012, et se situe à 0,2 point en dessous du niveau de celle de l'ensemble du régime agricole (tableau 4).

Les dépenses de soins de ville quant à elles poursuivent leur baisse en 2012 et ont diminué de - 2,4 % en 2012 après - 0,6 % l'année précédente (tableau 5).

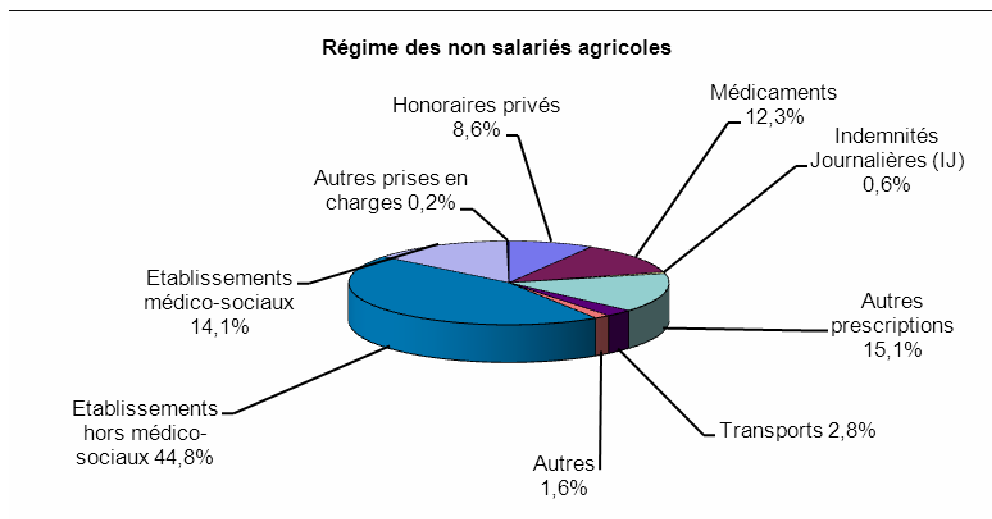
En revanche, les dépenses en établissements, qui représentent plus de 59 % des dépenses, évoluent de + 1,7 % contre - 2,9 % l'année précédente (tableau 6).

**Tableau 4 : Prestations dans le champ ONDAM - régime des non-salariés agricoles (en millions d'euros)**

	2011	2012	évolution
Honoraires des médecins généralistes	236	227	- 3,8 %
Honoraires des médecins spécialistes	301	295	- 2,1 %
Honoraires médicaux des sages-femmes	1	1	7,1 %
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>	<b>538</b>	<b>523</b>	<b>- 2,8 %</b>
Honoraires des infirmiers	486	505	3,8 %
Honoraires des masseurs kinésithérapeutes	136	140	2,6 %
Autres auxiliaires médicaux*	12	12	2,6 %
<b>HONORAIRES PARAMEDICAUX</b>	<b>634</b>	<b>657</b>	<b>3,5 %</b>
Honoraires des dentistes	76	74	- 2,7 %
Autres honoraires	14	8	- 43,9 %
Biologie	126	121	- 3,8 %
Prescriptions pharmaceutiques	919	854	- 7,2 %
LPP + Produits humains	260	262	1,0 %
Transports	190	192	1,2 %
Autres prestations en nature (cures thermales...)	8	8	- 0,6 %
Indemnités journalières AT	42	41	- 3,3 %
Divers : PAM + FICQS + Remises conventionnelles des laboratoires pharmaceutique + Aide à la télétransmission	102	101	- 0,4 %
<b>PRESTATION EXECUTEES EN VILLE</b>	<b>2 910</b>	<b>2 842</b>	<b>- 2,4 %</b>
Etablissements hors médico-sociaux	3 102	3 112	0,3 %
dont établissements de santé tarifés à l'activité	2 311	2 295	- 0,7 %
dont autres dépenses en établissements de santé	791	817	3,3 %
Etablissements médico-sociaux	920	977	6,1 %
dont établissements pour personnes âgées	859	917	6,8 %
dont établissements pour personnes handicapées	62	60	- 3,2 %
<b>PRESTATIONS EXECUTEES EN ETABLISSEMENT</b>	<b>4 022</b>	<b>4 089</b>	<b>1,7 %</b>
Autres prises en charges	15	14	- 6,4 %
<b>TOTAL CHAMP ONDAM régime agricole</b>	<b>6 948</b>	<b>6 945</b>	<b>0,0 %</b>

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

**Figure 2 : Structure des prestations suivant le champ de l'ONDAM**



### 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 diminué de - 2,4 % en 2012 après - 0,6 % en 2011 (tableau 5).

**Tableau 5 : Évolution des remboursements de soins de ville par nature de prestation en 2012**

	Total	Honoraires privés	Prescriptions	Indemnités Journalières
régime agricole	- 1,4 %	- 1,6 %	- 1,6 %	- 0,1 %
non-salariés	- 2,4 %	- 2,8 %	- 2,4 %	- 3,3 %

L'évolution de - 2,4 % des remboursements de soins de ville pour les non-salariés agricoles en 2012 se décompose de la manière suivante : les honoraires privés y contribuent à hauteur de - 0,6 point et les prescriptions pour - 1,6 point ; auxquels s'ajoutent + 0,1 point pour les transports et - 0,2 point pour les autres honoraires et autres prestations.

Les remboursements d'**honoraires médicaux et dentaires** diminuent de - 2,8 % en 2012 alors qu'ils progressaient de + 0,5 % l'année précédente. La baisse est notamment le résultat d'un recul de - 4,3 % de l'activité clinique (consultations et visites) des médecins ce qui s'explique notamment par l'absence d'épisode épidémique important en 2012. Les remboursements d'**actes techniques** (- 1,9 %) et des **actes dentaires** (- 2,7 %) sont également en baisse.

La **participation forfaitaire** de 1 € a permis de réaliser une économie de 12,5 millions d'euros sur les remboursements d'honoraires médicaux en 2012.

Les dépenses liées au **parcours de soins coordonnés** s'élèvent à près de 17,9 millions d'euros pour la rémunération médecin traitant, correspondant au suivi de 450 000 patients en ALD depuis plus d'un an, et 2,2 millions pour les majorations de coordinations des soins. Au total, près de 20,0 millions d'euros ont été versés au cours de l'année 2012.

La baisse des remboursements des **prescriptions** s'accélère, - 2,4 % après - 0,7 % en 2011. Ce recul des prescriptions est principalement porté par celui des remboursements de médicaments avec une contribution de - 3,2 points sur l'évolution de ce poste.

En effet, ces remboursements de **médicaments** chutent de - 7,2 % en 2012 après une diminution de - 3,4 % l'année précédente. Au cours de l'année, l'économie réalisée au titre des franchises médicales sur les boîtes de médicaments s'élève à 31,4 millions d'euros.

En raison de la baisse de certains tarifs, les remboursements des actes de **biologie** ont diminué de - 3,8 % en 2012 alors que ce poste progressait de + 0,7 % en 2011.

Les remboursements d'honoraires d'**auxiliaires médicaux** poursuivent leur hausse et progressent de + 3,5 % après + 2,1 % en 2011. Cette hausse résulte des revalorisations tarifaires d'actes des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes. Ainsi, les honoraires des infirmiers progressent de + 3,8 % et ceux des masseurs-kinésithérapeutes de + 2,6 %. Pour les infirmiers, la progression plus faible de leur activité (+ 1,4 % après + 2,6 %), vient modérer l'évolution des remboursements. A l'inverse, l'activité des masseurs-kinésithérapeutes est plus dynamique en 2012 qu'en 2011 (+ 0,4 % contre - 0,7 %). 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.

Après le sursaut observé en 2011, la progression des remboursements des produits de la **liste des produits et des prestations** (LPP) et des produits d'origine humaine est plus modérée en 2012 en raison des mesures d'économie : + 1,0 % en 2012 après + 2,0 % l'année précédente.

Les **frais de transports** progressent de + 1,2 % en 2012 après + 0,1 % l'année précédente. La mise en place de majorations pour les trajets de courtes distances des transports sanitaires a contribué à la croissance de ce poste. Mais, parallèlement, diverses mesures d'économie ont permis d'en modérer plus fortement l'évolution. L'économie réalisée avec les franchises sur les transports est de 1,5 millions d'euros.

En 2012, les non-salariés agricoles ne bénéficiant pas d'**indemnités journalières** au titre du risque maladie mais uniquement au titre des accidents du travail, l'évolution de ce poste de dépenses contribue très peu à l'évolution totale des soins de ville.

### 1.2.2. L'évolution des dépenses en établissement

Après une année de forte baisse en 2011 (- 3,4 %), les dépenses des établissements pour le régime des non-salariés agricoles augmentent de + 1,7 % en 2012 (tableau 6).

**Tableau 6 : Évolution des remboursements de soins en établissement par nature d'établissements en 2012**

	Soins en établissement	Établissements publics	Établissements privés	Établissements médico-sociaux
régime agricole	+ 0,9 %	+ 0,8 %	- 1,4 %	+ 2,4 %
non salariés	+ 1,7 %	+ 0,9 %	- 2,6 %	+ 6,1 %

La croissance des dépenses pour le régime des non-salariés provient essentiellement de la hausse des versements aux établissements médico-sociaux qui s'établit à + 6,1 %. Ce sont surtout les versements dédiés à la prise en charge des personnes âgées qui progressent entre 2011 et 2012 (+ 6,8 %).

A l'inverse, les remboursements de soins en établissements privés reculent de - 2,6 %. Pour ces établissements, les dépenses pour les soins tarifés à l'activité diminuent fortement (- 3,4 %) tandis que les dépenses liées aux activités de soins de suite et de réadaptation continuent leur progression (+ 1,9 %).

La légère hausse des versements aux établissements publics (+0,9%) est imputable à l'augmentation des dépenses liées aux activités financées par dotation globale.

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

Les dépenses suivant le champ de l'ONDAM pour le régime des salariés agricoles représentent 4,1 milliards d'euros en 2012. Elles ont diminué de - 0,6 % alors qu'elles étaient stables en 2011. Elles présentent un écart d'évolution de 0,6 point avec le régime des non-salariés agricoles (tableau 7).

Au régime des salariés agricoles, les dépenses de soins de ville sont stabilisées en 2012 alors qu'elles progressaient de + 1,5 % en 2011 (tableau 8).

S'agissant des dépenses en établissements qui représentent près de 52 % de la dépense totale pour le régime des salariés agricoles (contre 59 % pour les non-salariés agricoles), la baisse s'établit à - 0,6 % après - 0,9 % en 2011 (tableau 9).

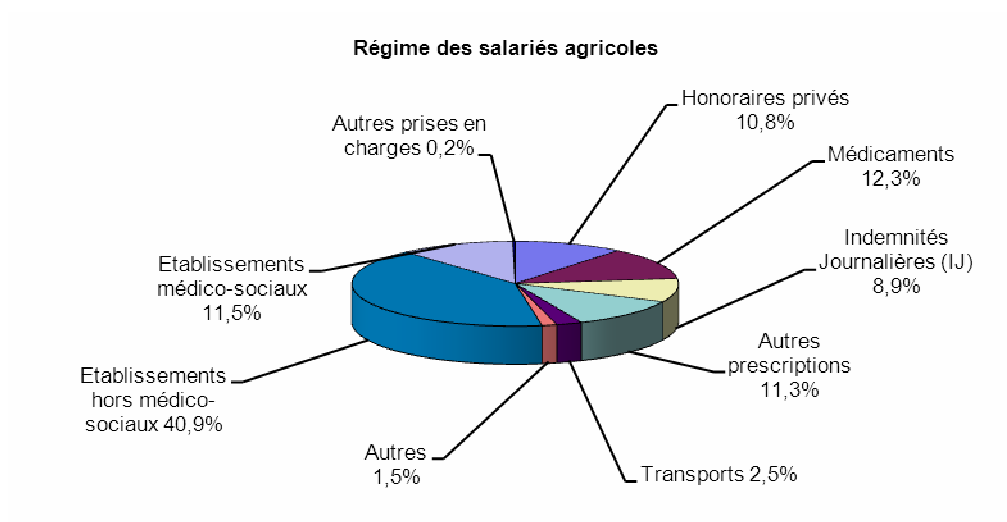
**Tableau 7 : Prestations dans le champ ONDAM -régime des salariés agricoles  
(en millions d'euros)**

	2011	2012	évolution
Honoraires des médecins généralistes	149	146	- 1,8 %
Honoraires des médecins spécialistes	218	221	1,3 %
Honoraires médicaux des sages-femmes	4	4	5,2 %
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>	<b>370</b>	<b>371</b>	<b>0,1 %</b>
Honoraires des infirmiers	158	167	5,6 %
Honoraires des masseurs kinésithérapeutes	72	75	4,2 %
Autres auxiliaires médicaux*	12	13	4,6 %
<b>HONORAIRES PARAMEDICAUX</b>	<b>242</b>	<b>254</b>	<b>5,2 %</b>
Honoraires des dentistes	72	72	- 0,4 %
Autres honoraires	8	4	- 41,7 %
Biologie	77	76	- 1,7 %
Prescriptions pharmaceutiques	519	504	- 2,9 %
LPP + Produits humains	126	128	1,8 %
Transports	100	103	2,8 %
Autres prestations en nature (cures thermales...)	6	6	5,2 %
Indemnités journalières Maladie et AT	365	366	0,3 %
Divers : PAM + FICQS + Remises conventionnelles des laboratoires pharmaceutique + Aide à la télétransmission	54	54	1,2 %
<b>PRESTATION EXECUTEES EN VILLE</b>	<b>1 939</b>	<b>1 939</b>	<b>0,0 %</b>
Etablissements hors médico-sociaux	1 665	1 674	0,6 %
dont établissements de santé tarifés à l'activité	1 244	1 251	0,5 %
dont autres dépenses en établissements de santé	421	424	0,7 %
Etablissements médico-sociaux	492	469	- 4,6 %
dont établissements pour personnes âgées	331	308	- 6,9 %
dont établissements pour personnes handicapées	161	161	0,3 %
<b>PRESTATIONS EXECUTEES EN ETABLISSEMENT</b>	<b>2 157</b>	<b>2 143</b>	<b>- 0,6 %</b>
Autres prises en charges	22	10	- 55,4 %
<b>TOTAL CHAMP ONDAM régime agricole</b>	<b>4 118</b>	<b>4 092</b>	<b>- 0,6 %</b>

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



**Figure 3 : Structure des prestations suivant le champ de l'ONDAM**



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

Les dépenses de soins de ville des salariés agricoles sont stables en 2012 alors qu'elles progressaient de + 1,5 % en 2011 (tableau 8).

**Tableau 8 : Évolution des remboursements de soins de ville par nature de prestation en 2012**

	Total	Honoraires privés	Prescriptions	Indemnités Journalières
régime agricole	- 1,4 %	- 1,6 %	- 1,6 %	- 0,1 %
salariés	+ 0,0 %	+ 0,0 %	- 0,2 %	+ 0,3 %

**La stabilité des remboursements de soins de ville en 2012 pour le régime des salariés agricoles se décompose de la manière suivante : les indemnités journalières y contribuent à hauteur de + 0,1 point, soit le même niveau que les frais de transports ; auxquels s'ajoutent - 0,1 point pour les prescriptions et - 0,1 point pour les autres honoraires et autres prestations diverses.**

La croissance des dépenses liées au remboursement des **honoraires médicaux** a fortement ralenti : + 0,1% en 2012 contre + 3,8% l'année précédente. Ce net ralentissement est le résultat du recul de - 1,8 % de l'activité clinique (consultations et visites) des médecins en l'absence d'épisode épidémique important en 2012. La croissance des remboursements **d'actes techniques** ralentit également fortement (+ 0,7 % après + 4,5 %) alors que les **actes dentaires** sont en baisse (- 0,4 %). La **participation forfaitaire** de 1 € a permis de réaliser une économie de 8,5 millions d'euros pour les honoraires médicaux.

Les dépenses liées au **parcours de soins coordonnés** s'élèvent à 8,6 millions d'euros pour la rémunération médecin traitant, correspondant au suivi de 210 000 patients en ALD depuis plus d'un an, et 2,0 millions pour les majorations de coordinations des soins. Au total, plus de 10,6 millions d'euros ont été versés au cours de l'année 2012.

Les **prescriptions** ont diminué de - 0,2 % en 2012 alors qu'elles progressaient de + 0,8 % l'année précédente. Cette baisse se traduit principalement par deux évolutions opposées : celle des remboursements de médicaments qui diminuent de - 2,9 % (contribuant ainsi à la modération des prescriptions à hauteur de - 1,6 point) et celle des auxiliaires médicaux qui progressent de + 5,2 % (contribuant à la croissance des prescriptions de + 1,3 point).

Les remboursements de **médicaments** poursuivent leur baisse avec une évolution de - 2,9 % en 2012 (après - 0,6 % en 2011), principalement en lien avec l'application des nouvelles mesures d'économie. En complément, l'économie réalisée au titre des franchises médicales sur les boîtes de médicaments est estimée à 18,1 millions d'euros.

En raison de la baisse de certains tarifs, les remboursements des **actes de biologie** ont diminué de - 1,7 % en 2012 alors qu'ils progressaient de + 1,4 % en 2011.

Les remboursements **d'actes paramédicaux** ont fortement progressé en 2012 de (+ 5,2 % contre + 2,2 % en 2011). Cette hausse fait suite aux revalorisations tarifaires d'actes des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes. Ainsi, les honoraires d'**infirmiers** ont progressé de + 5,6 % et ceux des **masseurs-kinésithérapeutes** de + 4,2 %. Pour les infirmiers, la progression plus faible de leur activité par rapport à 2011 (+ 3,1 % après + 3,5 %), vient modérer l'évolution des remboursements. A l'inverse, l'activité des masseurs-kinésithérapeutes est légèrement plus dynamique en 2012 qu'en 2011 (+ 1,7 % contre + 1,5 %). Au cours de l'année, l'économie réalisée au titre des franchises médicales sur les actes paramédicaux est estimée à 3,2 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 + 1,8 % en 2012 après + 3,3 % l'année précédente en raison des mesures d'économie sur ce poste.

En 2012, les montants des **indemnités journalières** ont légèrement progressé de + 0,3 % au régime des salariés agricoles. L'évolution de ce poste est en recul par rapport à celles observées ces deux dernières années : + 3,2 % en 2011 et + 4,5 % en 2010. Ce recul est en partie lié à l'abaissement du plafond de calcul des indemnités journalières Maladie à 1,8 SMIC. En nombre de jours, l'évolution du nombre d'IJ Maladie-Accident du Travail pour les salariés agricoles reste légèrement positive (+ 0,2 % après + 2,3 % en 2011).

Les **frais de transports** progressent de + 2,8 % en 2012 après + 0,6 % l'année précédente. La mise en place de majorations pour les trajets de courtes distances sur les transports sanitaires a contribué à la croissance de ce poste. Mais, parallèlement, les diverses mesures d'économie sur ce poste ont permis d'en modérer plus fortement l'évolution. L'économie réalisée avec les franchises sur les transports est de 0,7 million d'euros.

### 1.3.2. L'évolution des dépenses en établissements

Les remboursements de soins en établissements pour le régime des salariés agricoles continuent leur recul. Ils baissent de - 0,6 % en 2012 après une baisse de - 0,9 % en 2011 (tableau 9).

**Tableau 9 : Évolution des remboursements de soins en établissement par nature d'établissements en 2012**

	Total	Établissements publics	Établissements privés	Établissements médico-sociaux
régime agricole	+ 0,9 %	+ 0,8 %	- 1,4 %	+ 2,4 %
salariés	- 0,6 %	+ 0,5 %	+ 0,7 %	- 4,6 %

La baisse des remboursements provient surtout du recul des versements aux établissements médico-sociaux dédiés à la prise en charge des personnes âgées. Ces versements connaissent un fléchissement particulièrement marqué en 2012 (- 6,9 %).

Les dépenses sont en hausse de + 0,5 % pour les établissements publics et de + 0,7 % pour les établissements privés. Pour ces deux catégories d'établissements, la hausse provient surtout des soins tarifés à l'activité. Pour les établissements privés, la croissance des dépenses résulte également des soins de suite et de réadaptation (+ 2,9 %).

## 1.4. Le plan de gestion du risque MSA

### 1.4.1. Les arrêts de travail des salariés agricoles

En 2012, les Caisses de MSA ont reçu 603 500 prescriptions d'arrêts de travail, pour les salariés, dont 217 500 arrêts de travail initiaux soit 36 % du total.

**Tableau 10 : nombre de prescriptions d'arrêts de travail au régime agricole**

Nombre de prescriptions d'arrêts de travail		évolution 2012 / 2011
nombre d'arrêts initiaux maladie	168 576	-9%
nombre de prolongations maladie	271 881	-2%
<b>Total Arrêts maladie</b>	<b>440 457</b>	<b>-5%</b>
ratio Prolog / Initiaux maladie	1.61	
nombre d'arrêts initiaux AT-MP	48 971	-10%
nombre de prolongations AT-MP	114 060	-2%
<b>Total Arrêts AT-MP</b>	<b>163 031</b>	<b>-5%</b>
ratio Prolog / Initiaux AT-MP	2.33	
nombre total d'arrêts initiaux	217 547	-9%
nombre de total de prolongations	385 941	-2%
<b>Total des prescriptions d'Ar de Trav.</b>	<b>603 488</b>	<b>-5%</b>
ratio Prologations / Initiaux	1.77	+8%

Les prescriptions d'arrêts de travail se répartissent pour 73 % sur le risque maladie et 27 % sur le risque accident du travail / maladie professionnelle. Les prolongations sont plus fréquentes en AT/MP, avec en moyenne 2,3 prolongations pour chaque arrêt initial contre 1,6 pour le risque maladie.

Le nombre de prescriptions a diminué de 5 % entre 2011 et 2012. Cette baisse concerne les arrêts de travail maladie comme les arrêts pour accident du travail ou maladie professionnelle. La diminution est plus marquée sur les prescriptions d'arrêts initiaux (- 9 %) que sur les prescriptions de prolongations (- 2 %); le ratio du nombre de prolongations pour un arrêt initial progressant de 8 %, quel que soit le risque.

Le recul du nombre de prescriptions peut être mis en rapport avec la politique de contrôle des arrêts de travail, mais d'autres phénomènes ont pu intervenir. Des données complémentaires sur le volume des indemnités journalières, la structure des arrêts de travail et sur l'évolution de l'emploi agricole, devraient permettre d'affiner l'analyse.

#### Evolution de l'activité au régime des salariés agricoles en 2012

Le nombre de salariés ayant bénéficié, dans l'année, d'au moins un contrat de travail d'un employeur relevant du régime agricole, a diminué de - 2 %. Toutefois, cette baisse ne se retrouve pas lorsqu'il s'agit de la mesure de l'activité. L'emploi, exprimé en Equivalent Temps Plein (ETP), a très légèrement progressé entre 2011 et 2012, ainsi que le nombre de salariés ayant un contrat actif à la fin de l'année (données provisoires). Le régime des salariés agricoles n'a pas enregistré de mouvement de recul de l'emploi qui aurait pu expliquer mécaniquement celui des prescriptions d'arrêts de travail.

De même, il n'est pas observé de diminution du nombre et du montant des indemnités journalières payées en 2012.

En revanche sur la même période, la structure des arrêts de travail a évolué.

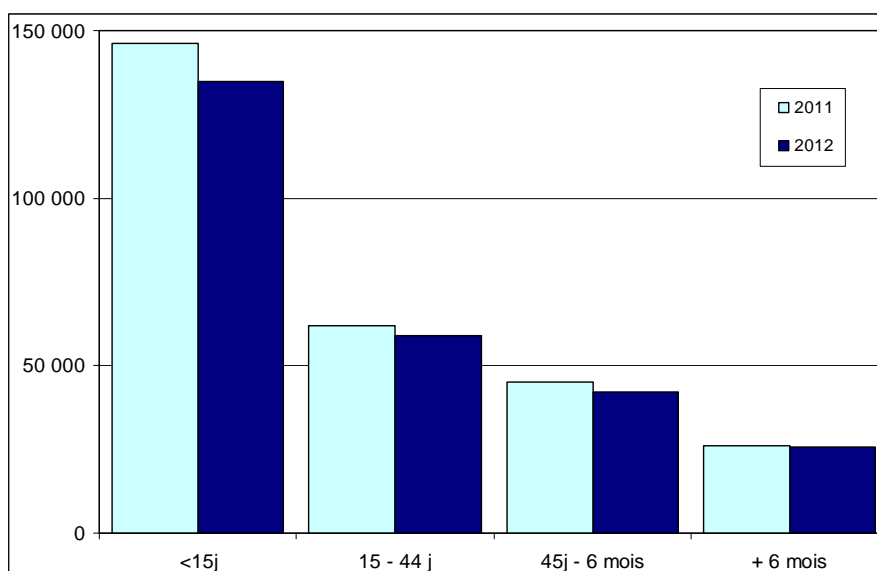
Entre 2011 et 2012, le nombre de périodes d'arrêts de travail, pour les risques maladie et AT/MP, a diminué de 6 % (une période d'arrêt de travail comprend l'arrêt initial et les différentes prolongations qui lui sont rattachées). La baisse du nombre de périodes n'a pas été uniforme, les arrêts de courte durée ont diminué dans une proportion plus importante que les arrêts longs. La diminution est inversement proportionnelle à la durée de l'arrêt, elle atteint - 8 % pour les arrêts de moins de 15 jours et est limitée à - 1 % sur les arrêts de plus de 6 mois.

**Tableau 11 : Répartition et évolution des périodes d'arrêts de travail selon leur durée**

	Nb d'arrêts de moins de 15j	15 - 44 j	45j - 6 mois	plus de 6 mois	nb total de périodes
<b>2012</b>	135 032	58 852	41 952	25 746	<b>261 582</b>
<b>2012 / 2011</b>	<b>- 8%</b>	<b>- 5%</b>	<b>- 7%</b>	<b>- 1%</b>	<b>- 6%</b>

Plus de la moitié des arrêts de travail sont inférieurs à 15 jours (52 %), un sur dix excède 6 mois.

**Figure 4 : Nombre de périodes d'arrêts de travail selon leur durée.**



Les disparités géographiques sont assez peu marquées en termes de répartition des durées d'arrêt, excepté pour la Corse caractérisée par une situation où 20 % des arrêts de travail sont des arrêts plus de 6 mois et l'Alsace où les arrêts inférieurs à 15 jours constituent 63 % des périodes. Mais dans ce dernier cas, ainsi que pour les actifs agricoles du département de la Moselle, seuls les arrêts de travail relevant du risque maladie sont pris en compte, la MSA ne gérant pas le risque accident du travail/ maladie professionnelle.

Entre 2011 et 2012, le nombre de salariés ayant eu au moins un arrêt de travail, que ce soit au titre du risque maladie ou du risque AT/MP, a diminué de 5 %. Cette diminution concerne particulièrement les salariés ayant des arrêts répétitifs. La baisse la plus importante concerne la population des salariés agricoles ayant présenté 4 arrêts de travail au cours de l'année civile (- 17 %).

**Tableau 12 : Nombre de salariés en arrêt de travail en fonction de leur nombre d'arrêts dans l'année civile**

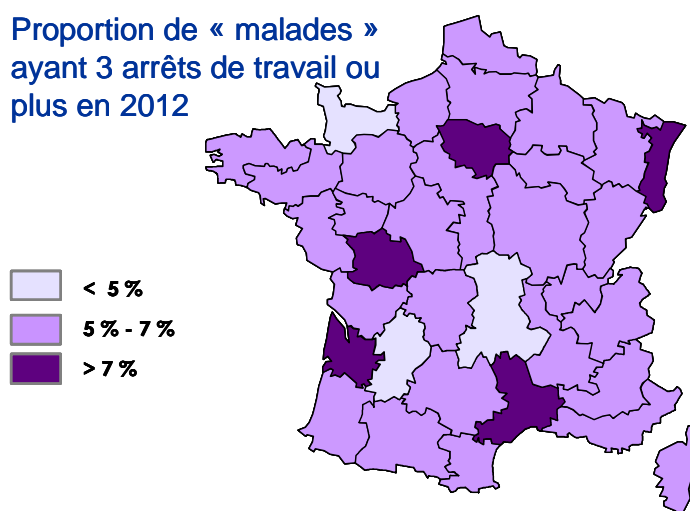
	nb d'assurés ayant eu 1 arrêt de T.	2 ArT	3 ArT	4 ArT	5 ArT et +	nb assurés ayant au moins un arrêt	nb ASA avec 3 arrêts ou plus	en %
<b>2012</b>	138 024	31 230	8 052	2 219	1 179	<b>180 704</b>	<b>11 450</b>	<b>+ 6%</b>
<b>2012 / 2011</b>	- 4%	- 8%	- 8%	- 17%	- 1%	- 5%	- 9%	

Plus des trois quarts des assurés ayant eu au moins un arrêt de travail en 2012, n'en ont eu qu'un seul dans l'année.

La structure de la population selon le nombre d'arrêts de travail dans l'année est relativement homogène au niveau spatial.

**Carte 1 : Proportion de « malades » ayant 3 arrêts de travail ou plus en 2012.**

Proportion de « malades » ayant 3 arrêts de travail ou plus en 2012



Les Caisse de MSA d'Auvergne, de Dordogne Lot-et-Garonne et des Côtes-Normandes présentent cependant de faibles taux d'assurés avec 3 arrêts de travail ou plus dans l'année. Le minimum est relevé dans la circonscription de la Caisse d'Auvergne avec 4 %. A l'opposé, dans cinq Caisses de MSA ont été relevés des taux relativement élevés, en particulier dans les caisses d'Ile-de-France et du Languedoc

(9 %).

Les évolutions de structure d'une année à l'autre, peuvent être relativement importantes, ainsi la Caisse de MSA de Dordogne Lot-et-Garonne qui totalisait 9 % de salariés avec 3 arrêts ou plus en 2011, a vu cette proportion descendre à 5 % en 2012. En revanche, sur le territoire de la Caisse du Languedoc, le mouvement est inverse avec une progression de 3 points entre 2011 et 2012.

La diminution, entre 2011 et 2012, des prescriptions d'arrêts de travail et du nombre de salariés ayant présenté des arrêts de travail, notamment des arrêts répétitifs, ne peut pas s'expliquer par un phénomène populationnel. En effet, l'emploi agricole présente globalement une stabilité sur la même période. Par ailleurs, le nombre total et le montant des indemnités journalières versés étant également stables, il s'agit d'un mouvement affectant la structure des arrêts de travail et la fréquence du recours.

Les arrêts de courte durée sont en net recul et la population active agricole en situation d'arrêt de travail diminue, particulièrement celle concernée par les arrêts répétitifs. Ces éléments conduisent à émettre l'hypothèse d'un changement de comportement en matière de recours aux arrêts de travail. Entre 2011 et 2012, les salariés ont moins recouru à l'arrêt de travail en cas d'affection bénigne ou saisonnière, en revanche pour les affections plus graves, la probabilité de prolonger un arrêt a progressé au détriment de reprises de travail intermittentes.

Cette évolution peut être attribuable à différents phénomènes ; contexte de crise, impact de la politique de contrôle sur les comportements, contexte épidémique particulier en 2012.

#### **1.4.2. Le contrôle des arrêts de travail des salariés agricoles**

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

Le contrôle des arrêts de travail répétitifs est mené à partir d'une requête permettant d'identifier chaque mois, parmi les salariés en arrêt de travail, ceux dont l'arrêt est le 3<sup>e</sup> de courte durée (moins de 15 jours) sur une période rétrospective de 6 mois.

En 2012, 2 450 assurés répondant à ces critères ont été identifiés. Après étude des situations individuelles, 1 330 d'entre eux ont reçu une lettre les informant de leur mise sous surveillance, soit 54 % des personnes ciblées. Les périodes d'arrêts successifs des autres assurés ont été validées par le contrôle médical.

Parmi les salariés mis sous surveillance, 300 ont présenté un nouvel arrêt de travail dans les 6 mois qui ont suivi la lettre d'information. Leur arrêt de travail a été soumis au contrôle médical qui a rendu un avis, généralement sur examen direct de l'assuré.

A l'issue de ces examens, le contrôle médical a prononcé une cessation du versement des indemnités journalières pour 21 assurés. Les 21 salariés concernés sont ressortissants de 4 caisses de MSA: Armorique, Midi Pyrénées Sud, Nord Pas-de-Calais et Haute Normandie.

Les effets de cette action, alliant une mise en garde et un contrôle des arrêts répétitifs, peuvent être évalués positivement au regard de la proportion de salariés présentant un nouvel arrêt (22 %) et surtout du taux d'arrêts justifiés chez ces derniers (93 %).

Mesuré sur l'ensemble des salariés agricoles ayant présenté des arrêts de travail, le taux de passage du 3<sup>e</sup> au 4<sup>e</sup> arrêt a été réduit entre 2011 et 2012. Il est passé 23,5 % à 21,6 %, ce qui représente au moins 200 arrêts de travail de courte durée évités.

### ***Respect du délai des 48h***

Le contrôle du respect du délai d'envoi des arrêts de travail a mis en évidence 21 500 prescriptions transmises au-delà des 48h légales, soit 4 % de l'ensemble des prescriptions d'arrêts de travail. Parmi celles-ci, 19 300 ont fait l'objet d'un courrier de mise en garde (90 %). Une sanction a été appliquée à 1 360 salariés ayant transmis de nouveau un arrêt de travail hors délai (7 %), dans les 24 mois suivants.

La proportion d'arrêts de travail envoyés hors délai varie énormément d'une caisse à l'autre, elle passe de 9 % dans la caisse d'Île de France à moins de 1% dans les caisses Sud Aquitaine, Auvergne, Portes de Bretagne, Armorique, Limousin et Midi Pyrénées Nord.

### ***Indication du motif médical sur les arrêts de travail***

En 2012, le contrôle de la présence du motif médical justifiant l'arrêt de travail sur le volet destiné au contrôle médical a permis de détecter 7 100 arrêts de travail sans motif, rendant l'arrêt de travail non recevable. Ces prescriptions interceptées sans motif médical représentent 1 % du volume des prescriptions.

Face à cette situation, les CMSA retournent l'imprimé à l'assuré ou au prescripteur, dans ce dernier cas une information est généralement faite en parallèle au salarié. Ainsi, 2 240 courriers ont été adressés aux professionnels de santé et 3 300 aux assurés.

Les situations ne sont pas systématiquement régularisées, puisque presque 23 % des prescriptions ne sont pas retournées complétées à la caisse. Le taux de retour varie selon le destinataire de l'information, il passe de 50 % si le médecin est seul destinataire, à 70 % lorsque le courrier est adressé à l'assuré et à 90 % lorsque les 2 sont destinataires d'une information.

En Île-de-France, la situation est atypique, 10 % des arrêts sont adressés à la caisse sans qu'y figure le motif médical. C'est également dans cette caisse que le taux de régularisation est le plus faible (42 %).

L'action de filtrage des arrêts de travail sans motif médical, avec renvoi à l'assuré ou au prescripteur, a une fonction pédagogique. Les caisses comme celle du Languedoc qui ont mis en place un renvoi systématique à l'assuré des formulaires non renseignés, et donc un non paiement des IJ correspondantes, ont un nombre résiduel de prescriptions sans motif (22 en 2012 pour cette caisse). Cette action a également un impact économique, elle évite le paiement d'un certains nombre d'arrêts sans motif médical (23 % des formulaires sans motif médical non retournés renseignés).

### ***Contrôle de la qualité du prescripteur d'une prolongation***

En 2012, 6 460 prolongations d'arrêts de travail rédigées par un autre médecin que le prescripteur initial, sans motif recevable (soit près de 2 % du nombre total de prolongations) ont été contrôlées. Ces prolongations sans motif ont débouché sur 250 notifications de refus de prise en charge.



### 1.4.3. Signalements des employeurs

L'ensemble des caisses de MSA a reçu 355 courriers d'employeurs relevant du régime agricole exprimant des doutes sur la pertinence de l'arrêt de travail dont pouvait bénéficier un de leurs salariés. En retour, 302 courriers ont été envoyés à ces employeurs afin de leur détailler les actions mises en place par les MSA dans le cadre du contrôle des arrêts de travail, et leur indiquer qu'ils avaient la possibilité de recourir à un médecin expert privé pour réaliser les contrôles des salariés qu'ils souhaitent.

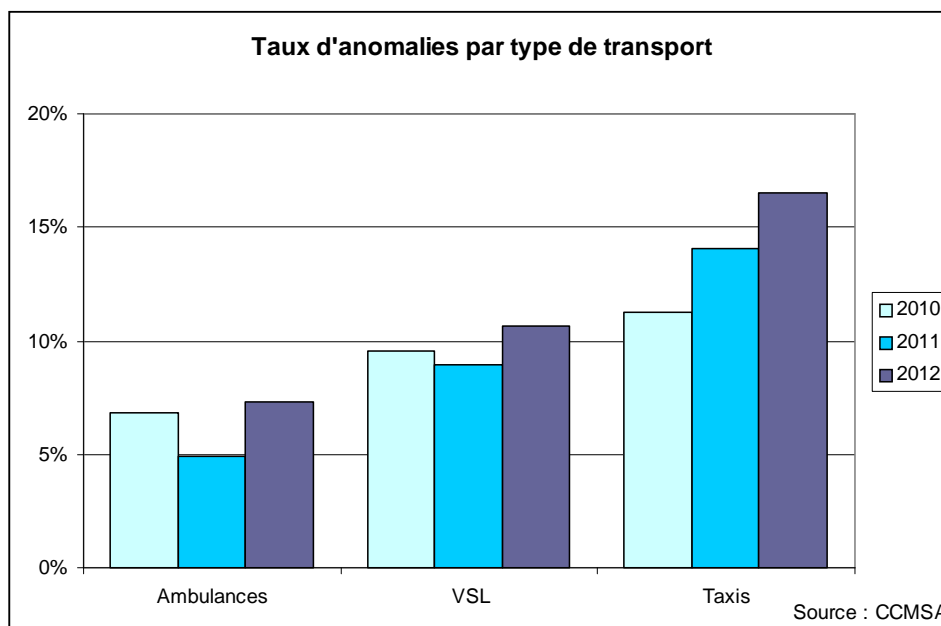
### 1.4.4. Rapport des médecins mandatés par les employeurs

Cette faculté, récemment introduite par le législateur, semble peu utilisée par les employeurs de main d'œuvre du régime agricole, seuls 26 rapports médicaux ont été transmis aux contrôles médicaux des caisses. Les situations d'arrêt de travail correspondantes ont été examinées par les médecins conseils, l'avis du médecin expert a très rarement été confirmé (2 cas).

### 1.4.5. Le contrôle des facturations de transports des malades

En 2012, les CCMSA ont contrôlé 7 400 factures de transporteurs. Ces factures présentaient un taux d'anomalies de 12 %, taux en constante progression depuis 3 ans (10 % en 2011 et 9 % en 2010).

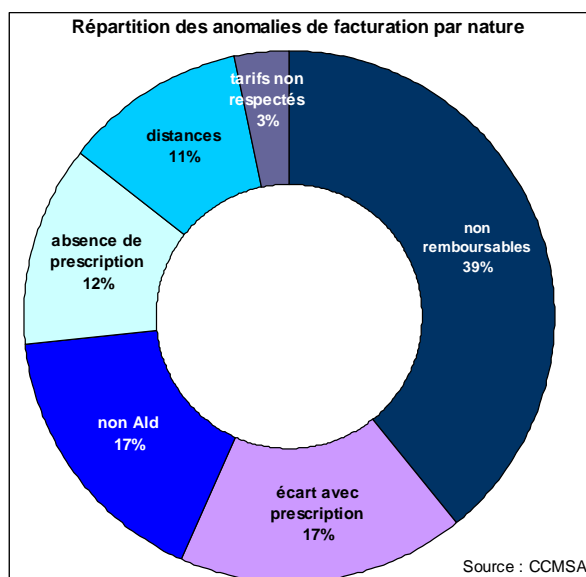
**Figure 5 : Taux d'anomalies constatées par type de transport et par année**



Les factures concernant des transports en taxis présentent plus d'anomalies que celles relatives à des transports effectués en VSL ou ambulances. Par ailleurs, le taux d'anomalies relevées sur les factures de transports en taxis progresse régulièrement et significativement.

Quel que soit le mode de transport considéré, l'anomalie de facturation la plus fréquente concerne le caractère remboursable ou non du transport, elle concerne 39% des cas pour un montant de 18 600€. Viennent ensuite les factures pour lesquelles le mode de transport renseigné est non-conforme à celui indiqué dans la prescription médicale, puis les demandes de prise en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD) alors que la personne transportée ne bénéficie d'aucune exonération du Ticket Modérateur au titre d'une ALD. Les éléments techniques de calcul du coût du transport, tarif et distance, sont les irrégularités les moins fréquentes.

**Figure 6 : Répartition des anomalies de facturation des transports, par nature**



Le montant total des anomalies s'élève à 48 000€. En janvier 2013, 64 % des sommes indues ont été effectivement récupérées.

Afin de gagner en efficacité, cette action a été révisée pour 2013 avec un ciblage plus précis des situations génératrices d'irrégularités et une intégration de la modification des conditions de prise en charge des assurés en ALD, désormais liées à leur degré de déficience.

#### **1.4.6. Actions de contrôle des actes dentaires**

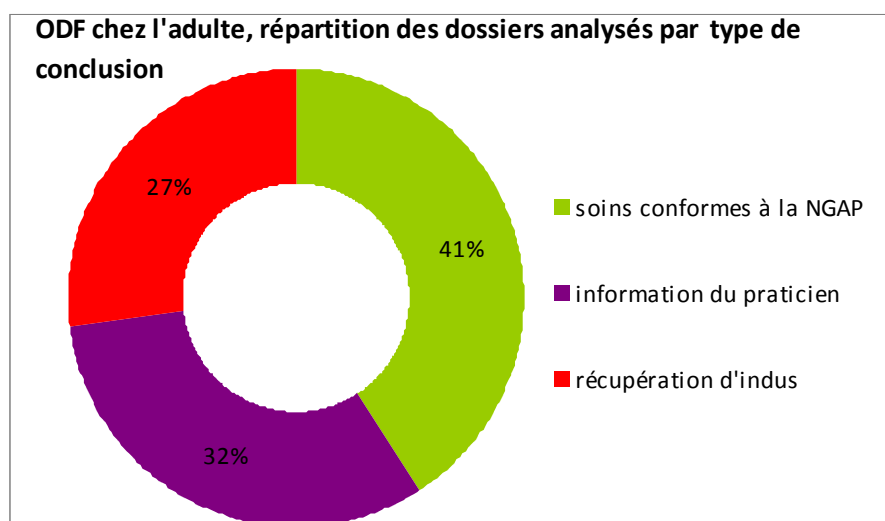
##### ***Traitements ODF chez les adultes***

A partir d'une extraction rétrospective des actes réalisés à des fins d'orthopédie dento-faciale (ODF) chez les adultes, les dentistes conseils analysent la légitimité de leur prise en charge au regard de la NGAP.

En 2012, les chirurgiens dentistes ont analysé 2 080 dossiers, portant sur une période de 2 ans (avril 2010, mars 2012). Parmi ceux-ci, 70 % présentaient une anomalie. Ce taux a été ramené à 37 % après vérification des pièces justificatives. Lorsque l'anomalie a été validée une demande d'information a été adressée au chirurgien-dentiste ayant pratiqué les actes.

Après examen des éléments fournis par les chirurgiens dentistes traitants, 41 % des dossiers ont pu être déclarés conformes à la NGAP. Pour 27 % une procédure en récupération d'indus a été engagée à l'encontre du professionnel de santé. Dans 32 % des cas, le montant par praticien étant inférieur au seuil de récupération d'indus, une information lui est faite sur ses mauvaises cotations.

**Figure 7 : répartition des dossiers d'ODF analysés par type de conclusion**



La valorisation de l'ensemble des anomalies relevée par les chirurgiens dentistes conseils s'élève à 192 000 €. Sur l'ensemble des chirurgiens dentistes ciblés, 82 % ne présentent pas d'anomalie.

Cette action de contrôle permet de détecter un volume financier d'anomalies de cotation ou de droit à prise en charge non négligeable (les actes à visée orthodontique débutés après 16ans, peuvent être pris en charge uniquement, sur entente préalable, avant une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires). Pour gagner en efficacité, en évitant de sortir les feuilles de soins papier pour vérifier les pièces justificatives, l'action sera poursuivie en limitant l'analyse aux feuilles de soin électroniques, procédure plus efficace.

### ***Contrôle des bridges et des actes nécessaires à leur réalisation***

Le contrôle des bridges remboursés et de l'ensemble des soins bucco-dentaires des dents piliers de bridges porte sur la conformité des cotations et la qualité des pratiques au regard des référentiels de la haute autorité de santé.

Près de 1 000 chirurgiens dentistes, qui ont coté au moins un bridge sur le mois ciblé, ont été contrôlés en 2012. Chez 25 % d'entre eux des anomalies ont été relevées, ce taux est en diminution par rapport au à celui relevé lors du contrôle mené en 2011 (35 %).

Les anomalies de cotation concernent un nombre plus important de praticiens que les anomalies au regard des référentiels de bonne pratique. Parmi les chirurgiens dentistes, chez lesquels ont été relevées une ou plusieurs anomalies, 26 % ont une pratique qui n'est pas en conformité totale avec les référentiels, 65 % présentent des anomalies de cotation et enfin chez 9 % d'entre eux ont été relevées des anomalies par rapport à la NGAP et au regard des référentiels de bonnes pratiques.

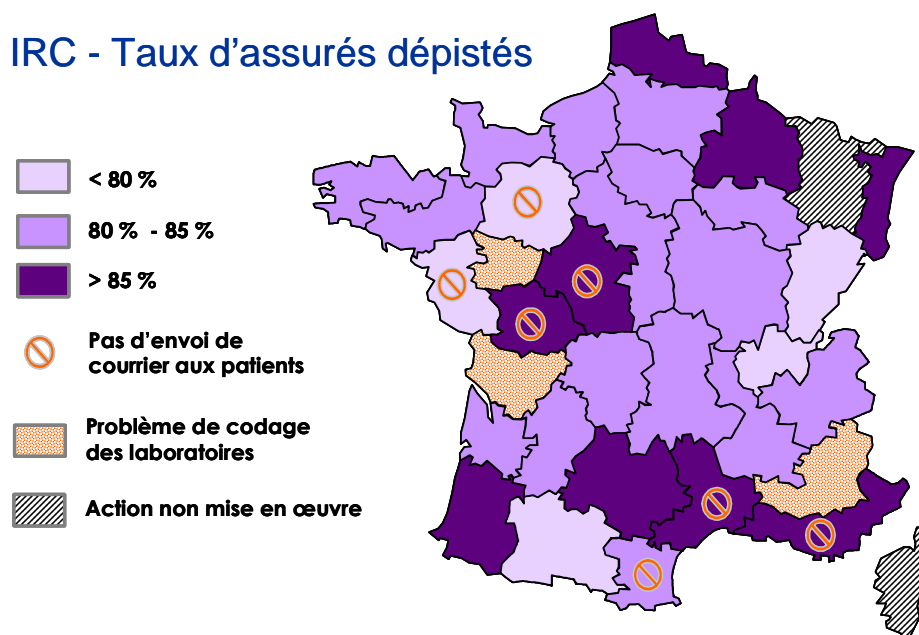
Le montant des anomalies de cotation s'élèvent 35 150 € et font l'objet d'une procédure en récupération d'indus.

#### 1.4.7. Action de sensibilisation des professionnels de santé et des assurés à l'insuffisance rénale

Cette action vise à améliorer le dépistage précoce de l'insuffisance rénale chronique (IRC). Elle a été lancée en début d'année.

Pour chaque médecin généraliste est calculée la proportion de patients diabétiques ayant bénéficié d'un dosage de créatinémie dans les 12 mois précédents. Les médecins présentant un taux de dépistage inférieur à la moyenne départementale, et dont la patientèle regroupe un nombre suffisant d'assurés MSA, reçoivent un courrier de sensibilisation. Ce courrier présente la démarche et est accompagné d'un relevé d'informations sur la pratique de dépistage de l'insuffisance rénale chronique chez leurs patients à risque, comparée aux référentiels de la Haute Autorité de Santé (HAS). Parallèlement, une information de sensibilisation est envoyée aux assurés MSA.

Carte 2 : Taux d'assurés dépistés par caisse de MSA.



La mise en œuvre de l'action a pâti dans l'ouest de la France d'erreurs de codage du logiciel de facturation de certains laboratoires (cotation d'une urée simple alors que urée et créatinémie avaient été prescrites et effectuées) ; ce qui a conduit les caisses à suspendre l'action ou à limiter la sensibilisation aux médecins.

En moyenne, 83 % des assurés diabétiques relevant du régime agricole ont bénéficié d'un dosage de la créatinémie, au cours de l'année précédente. Ce taux est équivalent à celui observé dans d'autres régimes. Et, la grande majorité des médecins généralistes présentent un taux de dépistage dans leur patientèle MSA supérieur à 80 %.

Les 2 300 médecins présentant les taux les plus faibles, en 2012, ont été sensibilisés au dépistage de l'insuffisance rénale chronique, ainsi que 5 600 de leurs patients diabétiques.

#### **1.4.8. Prescription de neuroleptiques chez les patients Alzheimer**

La Haute Autorité de Santé (HAS) a mis en place, dans le cadre du plan Alzheimer, un observatoire des prescriptions de neuroleptiques chez le sujet âgé. La MSA a été associée à cette démarche au titre du groupe de travail « Chiffres repères ». L'exposition chronique des malades Alzheimer aux neuroleptiques étant considérée comme un facteur de surmortalité (+ 10 %) ; il apparaît important de sensibiliser les praticiens aux risques de la prescription de neuroleptiques dans cette population.

La mise en œuvre d'une action de sensibilisation entre dans le cadre du point 14 du plan Alzheimer.

Le système d'information médicalisé « Archimed », à partir des médicaments remboursés et de l'exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD 15, a permis de recenser 17 400 patients susceptibles de présenter la maladie d'Alzheimer, ou des troubles apparentés, et ayant des remboursements de médicaments neuroleptiques.

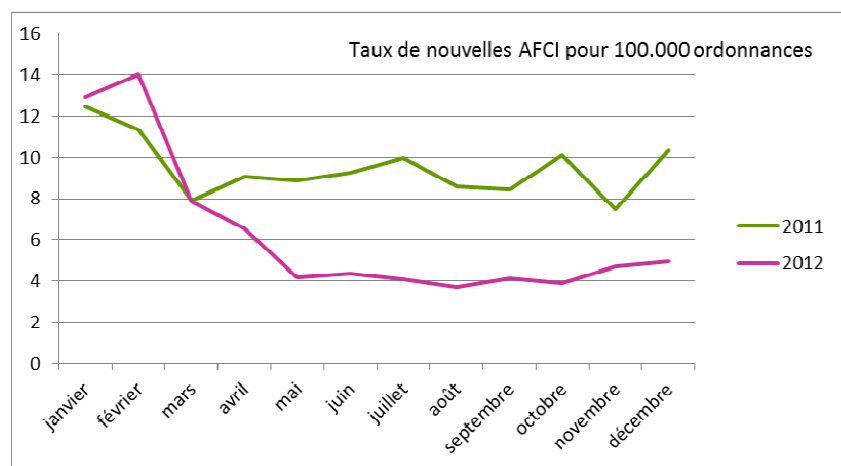
Les situations individuelles ont été examinées par les médecins conseils qui ont envoyé un courrier de sensibilisation à 3 400 médecins généralistes concernés, soit 57 % des médecins dont la pratique a été analysée.

#### **1.4.9. 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.

Toutefois, en 2012 la mise en œuvre des codes CIP à treize caractères qui n'ont pas été intégrés immédiatement dans les outils de détection, perturbe les résultats. L'action a néanmoins été maintenue malgré cette dégradation en raison du risque vital pour les patients lié à la prescription d'AFCI.

**Figure 8 : taux de nouvelles AFCI pour 100.000 ordonnances**



Ainsi, le taux de nouvelles AFCI détectées et qui donnent lieu à l'envoi d'un courrier de sensibilisation aux médecins prescripteurs, se trouve à un niveau inférieur à celui des années précédentes (6,5 AFCI pour 100 000 ordonnances, contre 9,5 en 2011). Le décrochage observé en mars correspond à la montée en charge des CIP à 13 caractères.

#### **1.4.10. Etablissements médico-sociaux**

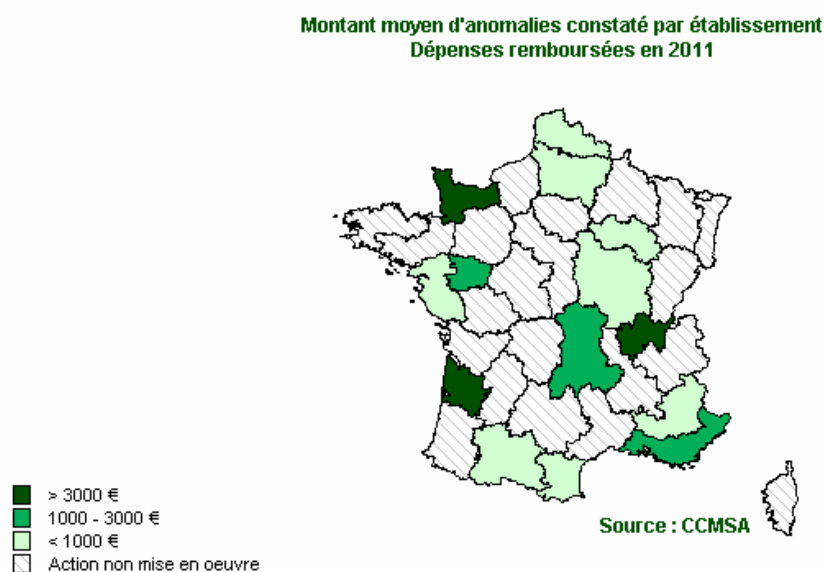
##### ***Contrôle des facturations en ville chez les patients hébergés en EHPAD***

En 2012, cette action de contrôle a pu être mise en œuvre par 13 caisses de MSA.

Les caisses de MSA ont limité le contrôle aux seuls établissements dont elles sont caisse pivot, sauf en Bourgogne et Pays de Loire où l'action a été conduite en inter régime.

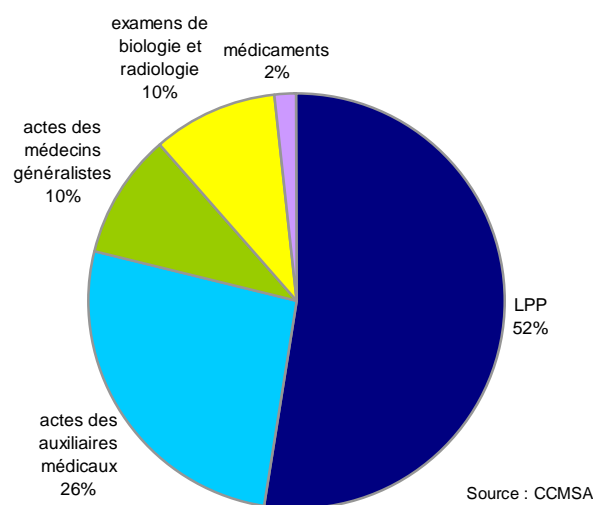
Le contrôle a porté sur 900 établissements. Des anomalies ont été relevées pour la moitié d'entre eux (50 %), pour un montant total de 454 000 €, soit un montant moyen d'anomalies de 990 € par établissement en anomalie.

### Carte 3 : montant moyen d'anomalies constaté par établissement.



La moitié des anomalies de facturation provient du poste LPP.

**Figure 9 : Structure par poste des anomalies constatées dans les remboursements en ambulatoire pour les patients hébergés en EHPAD**



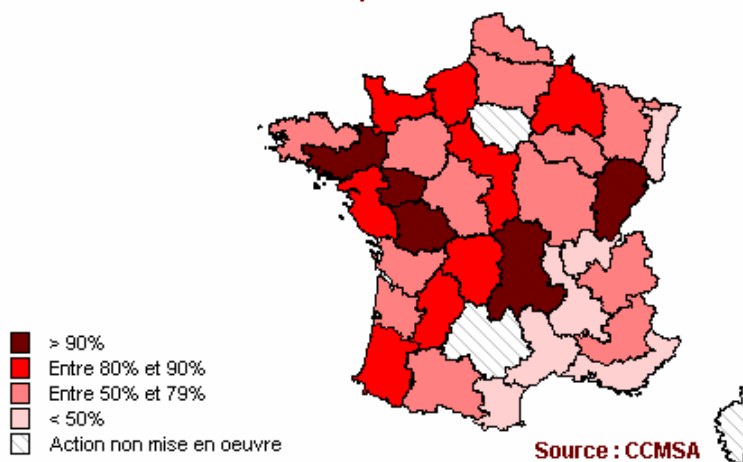
Le montant des anomalies par établissement contrôlé prouve que le contrôle des EHPAD est toujours indispensable et efficace. La mise en place de l'outil « Resid Ehpad » prévue pour la MSA en 2013 permettra une meilleure homogénéité mise en œuvre de cette action.

#### ***Contrôle des facturations en ville chez les patients pris en charge par un SSIAD.***

Le contrôle a été mis en œuvre par 32 MSA, il a porté sur 1 250 SSIAD (soit 60 % des SSIAD de France métropolitaine), sur l'ensemble des remboursements de l'année 2011. Pour 70 % des services de soins infirmiers contrôlés, des frais

infirmiers étaient remboursés en ambulatoire à certains de leurs patients. Ces anomalies concernent 3 500 IDE libéraux.

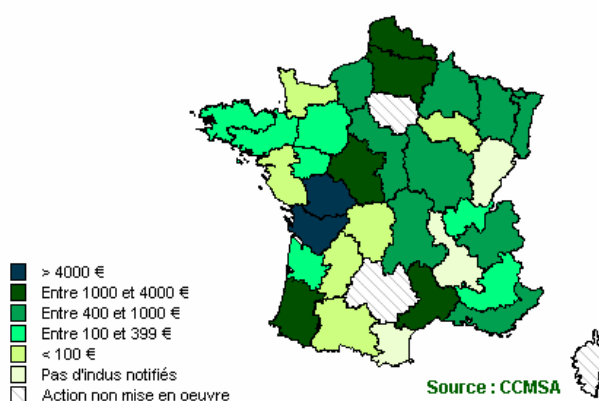
**Carte 4**  
Proportion de SSIAD en anomalie



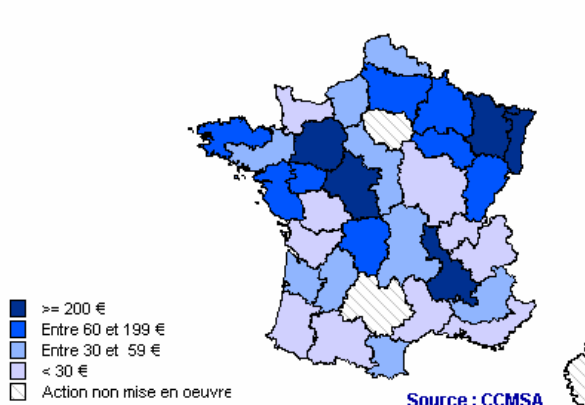
Le montant des anomalies constatées s'élève à 777 400 €. Les services de soins infirmiers ont pu justifier le quart de ces facturations en ambulatoire.

Les sommes non justifiées sont, selon les situations locales et les cas individuels, soit notifiées en récupération d'indus auprès des IDE soit remboursées directement par les SSIAD.

**Carte 5**  
Montant moyen des indus notifiés par SSIAD



**Carte 6**  
Montant moyen des indus notifiés par IDE



Sur les 624 000€ d'indus notifiés, 80 % étaient récupérés en janvier 2013. Le taux de récupération des indus auprès des infirmiers libéraux est moins bon que celui des SSIAD (70 % contre 85 %)

### ***Mises sous accord préalable des actes pratiqués en établissement***

Afin de promouvoir la pratique de la chirurgie ambulatoire, dans les établissements où son taux reste assez faible, certains actes (17 gestes) ne peuvent être pratiqués en hospitalisation complète que sous réserve d'obtenir un accord préalable du médecin conseil.



Les médecins conseils de la MSA ont reçu 360 demandes d'entente préalable en 2012, le taux d'accord est de 97 %.

En 2011, a été également mise en place la MSAP de certains établissements de soins de suite et de réadaptation pour des séjours faisant suite à quatre gestes chirurgicaux. En 2012, seules trois CMSA ont été concernées avec 204 demandes qui ont donné lieu à un accord dans 97 % des cas.

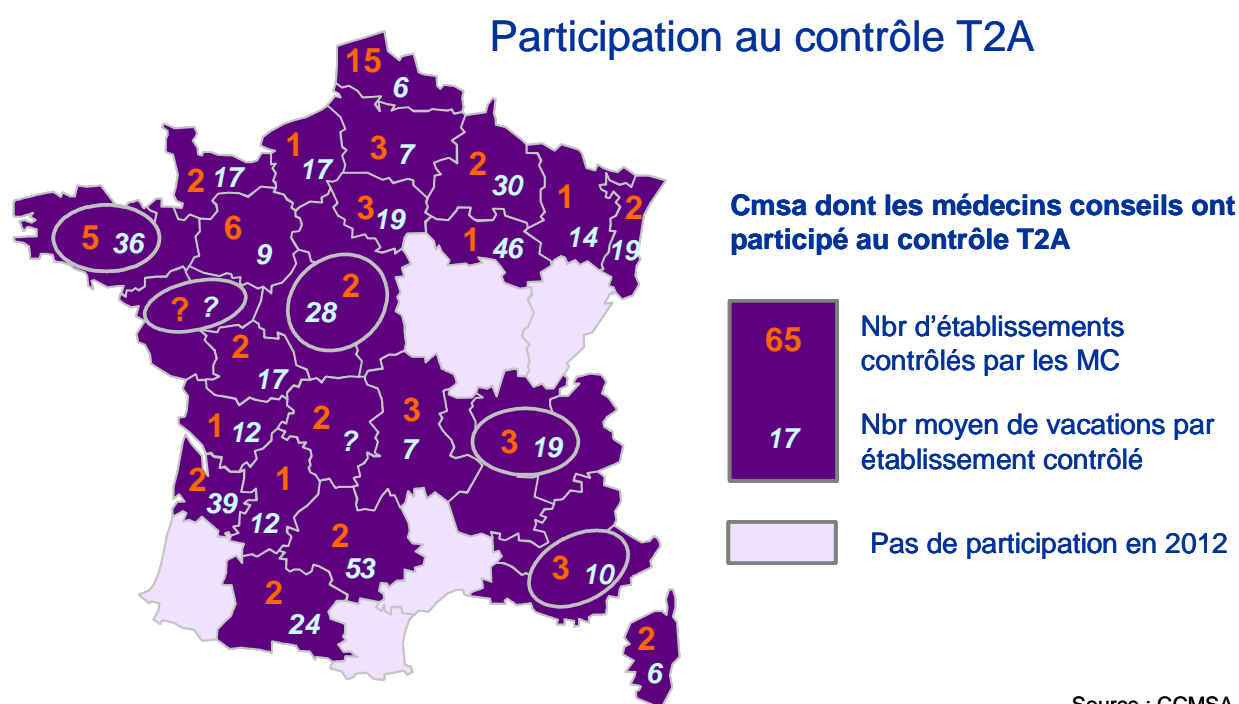
#### 1.4.11. Contrôle régional de la T2A

Les médecins conseils de la MSA apportent leur concours au contrôle de la T2A au sein des Unités de contrôle régionales (UCR).

En 2012, ils ont participé au contrôle dans 65 établissements sur les 209 ciblés, soit une contribution au tiers des contrôles, et y ont consacré 1 080 vacations.

Lorsque les caisses de MSA n'ont pas un périmètre régional, les moyens ont souvent été mutualisés au sein de la région concernée (Bretagne, Basse-Normandie, Pays-de-Loire, Rhône-Alpes et PACA).

Carte 7 : participation des caisses de MSA au contrôle T2A.



Source : CCMSA

Les données portant sur le résultat du contrôle, n'étaient pas encore totalement consolidées par les UCR au moment du recueil de ces indicateurs (janvier 2013). Sur les données complètes le taux de dossiers en anomalie est de 43 %.

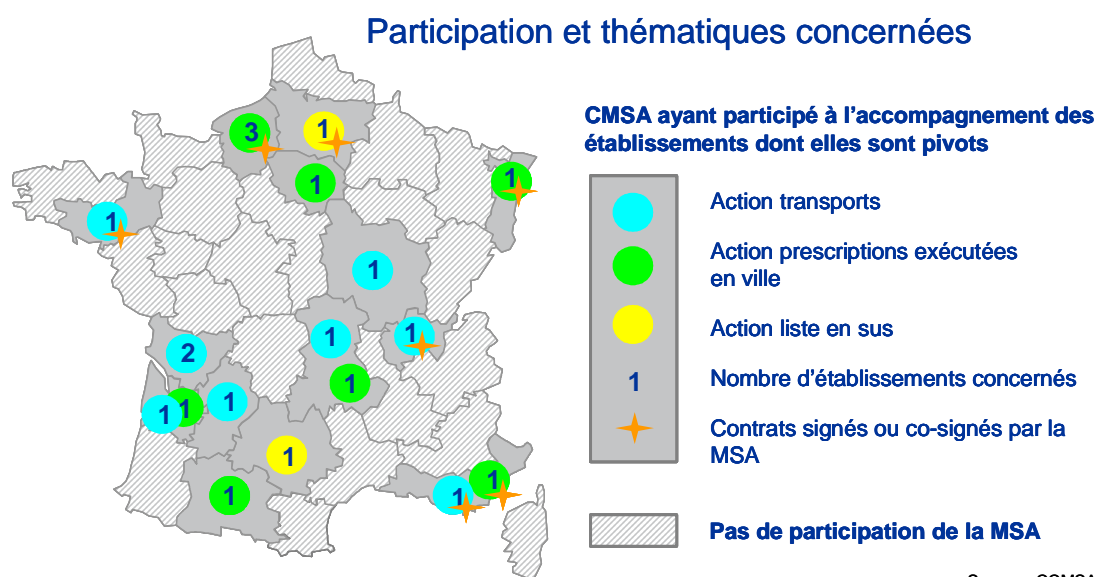
Par ailleurs, les caisses de MSA pivots des établissements contrôlés sont chargées de la récupération des indus. La campagne 2012 débutait au moment du recueil et est donc peu significative. Sur la campagne 2011, tous les résultats ne sont pas

encore consolidés, mais les indus à récupérer par les caisses s'élevaient en janvier 2013 à 3 075 000 €.

#### 1.4.12. Accompagnement des établissements dont la MSA est pivot

En tant que caisse pivot d'établissements hospitaliers, une caisse accompagne ces établissements dans trois domaines : la prescription de transports des malades, les prescriptions hospitalières exécutées en ville et les facturations en sus des GHS. Cet accompagnement comprend la communication des dépenses concernées, leur évolution, une sensibilisation des équipes et la négociation d'un contrat d'objectif sur le thème retenu.

**Carte 8 : participation des caisses de MSA à l'accompagnement des établissements, par thématique.**



Seules quinze caisses de MSA ont pu participer à l'accompagnement des établissements dont elles sont pivots et concernés par une des thématiques. Mais, même pour ces établissements, cet accompagnement est resté partiel. La MSA a pu participer à la réunion de présentation sur site, dans 4 cas sur 5, mais elle n'est partie prenante à la signature du contrat que dans un tiers des cas, ce qui est tout de même en progression par rapport à la situation de 2011.

## 2. Les prévisions 2013

### 2.1. Les principaux résultats 2013

Par son article 36, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013, porte approbation du rapport figurant en annexe B à cette même loi décrivant pour les quatre années à venir (2013 à 2016) les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses, par branche, des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie qui s'élève à 175,4 milliards d'euros en progression de 2,7 %, avec notamment un objectif d'évolution des soins de ville de + 2,6 %.

Pour l'ensemble du régime agricole, les prévisions relatives aux dépenses du champ de l'ONDAM 2013, 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 2012. Les dépenses de soins de ville évolueraient de +0,1 % en 2013 et celles des établissements (établissements de santé, établissements médico-sociaux) de + 0,3 % (tableau 14).

**Tableau 13 : Prévisions d'exécution du champ ONDAM 2013 pour le régime agricole (en milliards d'euros)**

	Objectif tous régimes PLFSS 2013		Prévisions régime agricole 2013			
			Montant	non salariés	salariés	régime agricole
Soins de ville	80,5	+ 2,6%	4,8	- 1,0%	+ 1,8%	+ 0,1%
Etablissements de santé	76,5	+ 2,6%	4,7	- 1,4%	+ 0,0%	- 0,9%
Etablissements médico-sociaux	17,1	+ 4,0%	1,5	+ 5,2%	+ 3,3%	+ 4,6%
Total	175,4	+ 2,7%	11,1	- 0,3%	+ 1,2%	+ 0,3%

Pour le **régime des non-salariés agricoles**, les dépenses du champ ONDAM s'élèveraient à 6,9 milliards d'euros et baisseraient de - 0,3 %. Sur le champ des soins de ville, elles seraient en baisse de - 1,0 % (tableau 14). Pour le **régime des salariés agricoles**, les dépenses du champ ONDAM (4,1 milliards d'euros) progresseraient de + 1,2 % et celles relatives au champ des soins de ville de + 1,8 %.

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

A contrario, pour les salariés agricoles, l'effet du vieillissement et de la modification de structure est supérieur à la légère baisse du nombre de patients de ce régime. A effectif et structure de population constants, l'évolution des dépenses de soins de ville des salariés agricoles serait de + 1,3 % au lieu de + 1,8 %.

**Tableau 14 : Les dépenses du champ ONDAM pour le régime agricole réalisations 2012 et prévisions 2013**

	2012	2013	évolution
<b>régime agricole</b>			
Prestations exécutées en ville (dont aides pérennes non ventilées par régime)	4 789	4 796	0,1%
Prestations exécutées en établissements	6 232	6 254	0,3%
Autres prises en charges	24	24	0,8%
<b>TOTAL CHAMP ONDAM - régime agricole</b>	<b>11 046</b>	<b>11 074</b>	<b>0,3%</b>
<b>non salariés agricoles</b>			
Prestations exécutées en ville	2 842	2 814	-1,0%
Prestations exécutées en établissements	4 089	4 095	0,1%
Autres prises en charges	14	14	-0,4%
<b>TOTAL CHAMP ONDAM des non salariés agricoles</b>	<b>6 945</b>	<b>6 923</b>	<b>-0,3%</b>
<b>salariés agricoles</b>			
Prestations exécutées en ville	1 939	1 973	1,8%
Prestations exécutées en établissements	2 143	2 159	0,7%
Autres prises en charges	10	10	2,7%
<b>TOTAL CHAMP ONDAM des salariés agricoles</b>	<b>4 092</b>	<b>4 142</b>	<b>1,2%</b>

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

### **2.1.1.1. Les charges**

L'ensemble des charges techniques de la branche maladie maternité (avec les provisions sur prestations, sans les reprises de provisions et sans la participation de la MSA au financement de la CNSA) augmenterait de + 1,6 % par rapport à 2012.

### **2.1.1.2. Les recettes**

Le montant des cotisations maladie pour le régime des non-salariés agricoles est estimé à 863,5 millions d'euros en 2013 soit une hausse de + 6,7 % par rapport à 2012 (+ 54 millions d'euros).

La recette de CSG, fixée par un arrêté, augmente de + 2,7 % (+ 31,6 millions d'euros).

Depuis l'année 2011, il n'y a plus de compensation démographique pour la branche maladie, celle-ci a été substituée par une part de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) prévue pour 1 396,6 milliard d'euros soit une diminution de - 0,5 % (- 7,7 millions d'euros).

L'affectation des taxes est modifiée par la LFSS 2013, la branche maladie perçoit 57,8 % de la taxe sur les alcools (au lieu de 43,7 % en 2012) soit une augmentation de 52,7 % (+ 459 millions d'euros) et 9,46 % de la taxe consommation tabacs (au lieu de 15,7 % en 2012) soit une diminution de - 34 % (- 565 millions d'euros).

Globalement les taxes (hors C3S) atteignent un montant de 3,5 milliards d'euros (- 155 millions d'euros).

Au total, hors les reprises de provisions, la prise en charge par la CNSA et la contribution d'équilibre du régime général, les produits techniques augmenteraient de + 6,2 % par rapport à 2012.

**L'excédent technique à la charge du régime agricole atteindrait 39,3 millions d'euros, au lieu du déficit technique à la charge du régime général en 2012 de 79,1 millions d'euros.**

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

### **2.1.2.1. Les charges**

L'ensemble des charges techniques de la branche maladie maternité (avec les provisions sur prestations, sans les reprises de provisions et sans la participation de la MSA au financement de la CNSA), augmenterait de + 2,9 % par rapport à 2012.

### **2.1.2.2. Les recettes**

Le montant des cotisations maladie est estimé à 1,933 milliard d'euros soit une hausse de + 1,4 % par rapport à 2012.

Depuis 2011, un pourcentage de la taxe sur la consommation du tabac est affecté au régime sans lien avec le montant des allègements généraux comme c'était le cas auparavant avec les sept taxes affectées à l'ensemble des régimes de sécurité sociale. En 2013, le taux fixé depuis deux ans à 10 % est ramené à 9,18 % pour le régime des salariés agricoles. Le montant de la taxe atteint ainsi 483 millions d'euros soit une baisse de - 19 millions d'euros.

Le produit des taxes compensant les exonérations sur les heures supplémentaires diminue de - 65 %. Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2012, le dispositif d'exonérations salariales applicable aux heures supplémentaires et complémentaires est supprimé et le bénéfice de la déduction forfaitaire patronale sur les heures supplémentaires est limité aux entreprises de moins de 20 salariés (mesure de la 2<sup>ème</sup> LFR pour 2012). Aussi, le dispositif d'allègement afférents aux heures supplémentaires a été profondément remanié avec en 2013 la suppression du panier fiscal et des trois taxes existantes (dont la principale recette était la TVA brute sur les alcools) et l'affectation d'une fraction de 0,33 % de TVA nette destinée à compenser les pertes de cotisations liées à l'exonération sur les heures supplémentaires, cette compensation ne se fait plus à l'euro près depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2012.

Le total des taxes affectées à la partie technique atteint 490 millions d'euros en diminution de - 40 millions d'euros.

Au total les produits techniques, hors les reprises de provisions, la prise en charge par la CNSA et la contribution d'équilibre du régime général, diminueraient de - 0,4 % par rapport à 2012.

**La contribution du régime général serait en hausse de 138 millions d'euros par rapport à 2012 pour s'établir à 600 millions d'euros.**

## 2.2. Les prévisions détaillées dans le champ de l'ONDAM pour 2013

### 2.2.1. Les soins de ville

#### 2.2.1.1. Les résultats du régime agricole

Les remboursements des soins de ville évolueraient de + 0,1 % entre 2012 et 2013, évoluant à un rythme supérieur de 1,5 point à celui de 2012 (tableau 15). Cette reprise apparente par rapport à l'évolution précédente résulterait principalement du transfert des remises conventionnelles des laboratoires pharmaceutiques vers le régime général. Hors transfert, l'évolution 2013 serait supérieure de seulement 0,7 point à l'évolution 2012.

**Tableau 15 : Suivi du champ ONDAM - Enveloppe des soins de ville régime agricole (en millions d'euros)**

	Réalisations 2012	Prévisions 2013	Evolution 2012/2013
Honoraires des médecins généralistes	373	370	- 0,9%
Honoraires des médecins spécialistes	516	514	- 0,3%
Honoraires des dentistes	146	145	- 1,1%
Honoraires Paramédicaux	915	949	+ 3,6%
dont Honoraires des Infirmiers	671	697	+ 3,7%
dont Honoraires des Masseurs kiné.	214	220	+ 2,8%
Biologie	197	193	- 2,1%
Transports	295	300	+ 1,7%
Produits de Santé	1 748	1 697	- 2,9%
dont Produits de la LPP	391	399	+ 2,0%
dont Pharmacie	1 357	1 298	- 4,4%
Autres prestations	27	29	+ 7,4%
Autres charges (*)	164	184	+ 12,3%
TOTAL hors Indemnités journalières	4 382	4 381	- 0,0%
Indemnités journalières	407	415	+ 2,0%
TOTAL	4 789	4 796	+ 0,1%

(\*) 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 et pour 2012 remises conventionnelles des laboratoires pharmaceutiques.

L'évolution des dépenses en 2013 s'expliquerait également par l'impact des mesures prises dont le montant ferait apparaître une économie nette de 91 millions d'euros.

Elle se décomposerait en 44 millions liés aux revalorisations et 136 millions d'économies (tableaux 16). On notera en particulier le fort impact des mesures liées aux prescriptions pharmaceutiques (- 91 millions) et les économies relatives aux biologistes (- 8 millions). A l'inverse, les revalorisations concernant les auxiliaires médicaux s'élèveraient à 21 millions. Hors mesures, l'évolution des soins de ville serait de + 2,0 % au lieu de + 0,1 % attendue.

**Tableaux 16 : Impact des mesures en 2013 - Soins de ville**

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

	<b>non salariés</b>	<b>salariés</b>	<b>régime agricole</b>
Maîtrise médicalisée	17	15	32
Dont hors médicaments	8	9	17
Mesures médicaments (hors maîtrise médicalisée)	49	30	78
Mesures LPP (hors maîtrise médicalisée)	4	2	6
Baisses de prix ciblées	6	4	10
Autres mesures d'économie	4	5	9
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>55</b>	<b>136</b>

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

	<b>non salariés</b>	<b>salariés</b>	<b>régime agricole</b>
Médecins généralistes	4	3	7
Médecins spécialistes	3	2	4
Auxiliaires médicaux	14	6	21
Frais de déplacement des malades	6	3	10
Pharmacie	2	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>15</b>	<b>44</b>

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

	<b>non salariés</b>	<b>salariés</b>	<b>régime agricole</b>
Total des mesures d'économie	- 80	- 55	- 136
Total des revalorisations	29	15	44
<b>TOTAL</b>	<b>- 51</b>	<b>- 40</b>	<b>- 91</b>



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

Pour 2013, la prévision de dépenses pour le régime des non-salariés agricoles dans le champ des soins de ville s'élève à 2 814 millions d'euros, soit une baisse de - 1,0 % par rapport à 2012 (tableau 17). En 2012, ces dépenses avaient baissé de - 2,4 % par rapport à 2011.

L'évolution des dépenses en 2013 s'expliquerait, outre les effets démographiques propres au régime, par l'impact des mesures prises dont le montant ferait apparaître une économie nette de 51 millions d'euros.

Ces mesures touchent particulièrement les prescriptions pharmaceutiques, les remboursements des biologistes et les produits de la LPP dont les évolutions prévues seraient alors minorées de 6,8 points, 4,1 points et 2,0 points.

A contrario, l'évolution des remboursements des soins délivrés par les médecins généralistes et celle des auxiliaires médicaux seraient majorées de respectivement 1,9 point et 2,3 points avec la prise en compte des revalorisations tarifaires.

**Tableau 17 : Suivi du champ ONDAM - Enveloppe des soins de ville régime des non salariés agricoles (en millions d'euros)**

	Réalisations 2012	Prévisions 2013	Evolution 2012/2013
Honoraires des médecins généralistes	227	223	- 1,9%
Honoraires des médecins spécialistes	295	290	- 1,8%
Honoraires des dentistes	74	72	- 2,8%
Honoraires Paramédicaux	657	677	+ 3,0%
dont Honoraires des Infirmiers	505	521	+ 3,3%
dont Honoraires des Masseurs kiné.	140	143	+ 2,1%
Biologie	121	118	- 2,9%
Transports	192	195	+ 1,1%
Produits de Santé	1 116	1 067	- 4,4%
dont Produits de la LPP	262	266	+ 1,6%
dont Pharmacie	854	801	- 6,2%
Autres prestations	16	17	+ 6,2%
Autres charges (**)	101	114	+ 12,2%
<b>TOTAL hors Indemnités journalières</b>	<b>2 801</b>	<b>2 773</b>	<b>- 1,0%</b>
Indemnités journalières	41	41	+ 0,2%
<b>TOTAL</b>	<b>2 842</b>	<b>2 814</b>	<b>- 1,0%</b>

(\*\*) Autres charges = Prise en charge de cotisations des PAM, Fonds d'Intervention de la Qualité et de la Coordination des Soins et pour 2012 remises conventionnelles des laboratoires pharmaceutiques.

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

Pour 2013, la prévision de dépenses pour le régime des salariés agricoles dans le champ des soins de ville s'élève à 1 973 millions d'euros, soit une hausse de + 1,8 % par rapport à 2012 (tableau 18). En 2012, ces dépenses avaient été stables par rapport à 2011.

L'évolution des dépenses pour 2013 serait fortement impactée par les mesures prises en compte. Elles représenteraient 40 millions d'euros d'économie nette. Ces mesures touchent particulièrement les prescriptions pharmaceutiques, les remboursements des biologistes et les produits de la LPP dont les évolutions prévues seraient alors minorées de 6,4 points, 4,0 points et 2,0 points.

En revanche, l'évolution des remboursements des soins délivrés par les médecins généralistes serait majorée de 1,8 point et celle des auxiliaires médicaux de 2,3 points avec la prise en compte ses revalorisations tarifaires.

**Tableau 18 : Suivi du champ ONDAM - Enveloppe des soins de ville régime des salariés agricoles (en millions d'euros)**

	Réalisations 2012	Prévisions 2013	Evolution 2012/2013
Honoraires des médecins généralistes	146	147	+ 0,6%
Honoraires des médecins spécialistes	221	224	+ 1,7%
Honoraires des dentistes	72	72	+ 0,7%
Honoraires Paramédicaux	258	271	+ 5,2%
dont Honoraires des Infirmiers	167	175	+ 5,2%
dont Honoraires des Masseurs kiné.	75	78	+ 4,1%
Biologie	76	75	- 0,8%
Transports	103	106	+ 2,8%
Produits de Santé	632	629	- 0,4%
dont Produits de la LPP	128	132	+ 2,9%
dont Pharmacie	504	497	- 1,3%
Autres prestations	11	12	+ 9,2%
Autres charges (**)	54	61	+ 13,0%
<b>TOTAL hors Indemnités journalières</b>	<b>1 573</b>	<b>1 599</b>	<b>+ 1,6%</b>
Indemnités journalières	366	374	+ 2,2%
<b>TOTAL</b>	<b>1 939</b>	<b>1 973</b>	<b>+ 1,8%</b>

(\*\*) Autres charges = Prise en charge de cotisations des PAM, Fonds d'Intervention de la Qualité et de la Coordination des Soins et pour 2012 remises conventionnelles des laboratoires pharmaceutiques.

## **2.2.2. L'évolution des dépenses en établissement**

Toutes catégories d'établissements confondues, les dépenses relatives aux ressortissants du régime agricole devraient augmenter de + 0,3 % en 2013, dont + 0,7 % pour les salariés et + 0,1 % pour les non-salariés agricoles (tableau 14).

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 diminueraient de - 0,9 % en 2013 (- 1,4 % pour les non-salariés et + 0,0 % pour les salariés agricoles). Ces diminutions reposeraient principalement sur les soins tarifés à l'activité avec une baisse prévue de - 1,2 % (- 1,8 % pour les non-salariés et - 0,1 % pour les salariés agricoles) (tableau 13).

La baisse des dépenses concernerait aussi bien les établissements publics que les établissements privés. Ces évolutions reposent sur l'hypothèse d'une diminution en volume des séjours en Médecine, Chirurgie, Obstétrique pour les non-salariés à laquelle s'ajoute une baisse des tarifs (GHS et liste en sus) et une baisse du montant MIGAC liée aux transferts vers le FIR.

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

Les dépenses des établissements médico-sociaux devraient poursuivre leur dynamique de forte croissance avec + 4,6 % en 2013 pour le régime agricole, dont + 5,2 % pour les non-salariés agricoles et + 3,3 % pour les salariés agricoles (tableau 13). Cette dynamique serait portée principalement par le poste « Personnes âgées ».

L'accroissement des versements aux établissements pour personnes âgées reposerait sur l'ouverture de nouvelles places au sein des établissements médicosociaux. Ces créations de places correspondent aux besoins d'un régime dont la part de la population âgée de 80 et plus, déjà importante, ne cesse de croître. Les évolutions de dépenses prévues pour les personnes âgées seraient de + 5,7 % pour les non-salariés agricoles et de + 4,0 % pour les salariés agricoles. Pour l'ensemble du régime agricole, l'évolution serait de + 5,3 %.

Les versements aux établissements pour personnes handicapées augmenteraient de + 0,8 % en 2013 (- 2,8 % pour les non-salariés et + 2,1 % pour les salariés agricoles).

### 3. Les prévisions 2014

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

L'annexe B de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 cadre l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (**ONDAM**) pour les quatre années à venir et retient une évolution annuelle de + 2,7 % en 2013, + 2,6 % en 2014 puis + 2,5 % pour la période 2015-2017.

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 2013 ont été reconduites à l'identique en 2014, s'établissent à 11,1 milliards d'euros pour 2014, en hausse de + 0,5 % par rapport à l'ONDAM 2013. Ces dépenses prennent en compte la création des indemnités journalières maladie pour les non-salariés agricoles à compter de 2014.

Ce taux de croissance est supérieur de 0,3 point à celui prévu pour 2013. Sans l'introduction du dispositif d'indemnités journalières maladie pour les non-salariés agricoles, ce taux aurait été identique à celui prévu pour 2013. Il est modulé différemment entre les soins de ville et les établissements (tableau 19).

En 2014, les dépenses des soins de ville évolueraient à un taux de + 0,3%, en hausse de 0,2 point par rapport à celui de 2013. Le rythme de croissance des dépenses en établissements (établissements de santé et établissements médico-sociaux) s'accélérait également (+ 0,3 % en 2013 et + 0,7 % en 2014).

**Tableau 19 : Prévisions du champ ONDAM 2014 pour le régime agricole  
taux d'évolution**

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

Pour le **régime des non-salariés agricoles**, en partant du postulat que les mesures d'économies 2013 ont été reconduites à l'identique en 2014, les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM évolueraient de + 0,1 %, et de - 0,4 % sur le seul champ des soins de ville (tableau 20). Hors indemnités journalières maladie, l'évolution aurait été de - 0,4 % dont - 1,7 % sur le seul champ des soins de ville.

Pour le **régime des salariés agricoles**, les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM progresseraient de + 1,2 % et de + 1,3 % sur le seul champ des soins de ville.

A effectif et structure de population constants, l'évolution des dépenses de soins de ville des non-salariés agricoles serait de + 0,7 % au lieu de - 0,4 %. En effet, la diminution du nombre de patients du régime des non-salariés agricoles est estimée à - 2,8 %. Toutefois, cette baisse est partiellement compensée par le vieillissement et la modification de structure que connaît cette population. L'effet total populationnel représente 1,1 point d'inflexion tendancielle.

A contrario, pour les salariés agricoles, l'effet du vieillissement et de la modification de structure est supérieur à la légère baisse du nombre de patients de ce régime. A effectif et structure de population constante, l'évolution des dépenses de soins de ville des salariés agricoles serait de + 0,8 % au lieu de + 1,3 %.

**Tableau 20 : Les prévisions des dépenses du champ ONDAM  
pour le régime agricole en 2013 et 2014  
(en millions d'euros)**

	2013	2014	évolution
<b>régime agricole</b>			
Prestations exécutées en ville (dont aides pérennes non ventilées par régime)	4 796	4 811	0,3%
Prestations exécutées en établissements	6 254	6 298	0,7%
Autres prises en charges	24	25	0,9%
<b>TOTAL CHAMP ONDAM - régime agricole</b>	<b>11 074</b>	<b>11 134</b>	<b>0,5%</b>
<b>non salariés agricoles</b>			
Prestations exécutées en ville	2 814	2 802	- 0,4%
Prestations exécutées en établissements	4 095	4 116	0,5%
Autres prises en charges	14	14	- 0,4%
<b>TOTAL CHAMP ONDAM des non salariés agricoles</b>	<b>6 923</b>	<b>6 932</b>	<b>0,1%</b>
<b>salariés agricoles</b>			
Prestations exécutées en ville	1 973	1 999	1,3%
Prestations exécutées en établissements	2 159	2 182	1,1%
Autres prises en charges	10	10	2,7%
<b>TOTAL CHAMP ONDAM des salariés agricoles</b>	<b>4 142</b>	<b>4 192</b>	<b>1,2%</b>

## 3.2. Les mesures proposées par la MSA

Afin d'agir sur les charges et produits des risques 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.

### 3.2.1. Développer la connaissance du risque

#### 3.2.1.1. Diagnostic médico-économique et connaissances épidémiologiques

##### → Recours aux soins hospitaliers pour les assurés MSA

La bonne connaissance des motifs de recours aux soins hospitaliers constitue la première étape pour optimiser les dépenses du régime en la matière. C'est pourquoi la MSA a réalisé une étude portant sur le recours aux soins hospitaliers de sa population assurée et le comparant à celui de la population générale. Cette enquête est présentée ci-après.

*Méthodologie :*

*Données PMSI MCO 2011 exploitées via le SNIIRAM.*

*Retrait des séances (CMD 28)*

*Elimination des GHM en erreur et des doublons de l'APHP, APHM et HCL*

L'étude porte sur les séjours hospitaliers en MCO.

#### **Une forte représentation des 65 ans et plus**

Le régime agricole enregistre près d'un million de séjours hospitaliers MCO (hors séances) en 2011.

Ce sont surtout les 65 ans et plus, nombreux au régime agricole (35% de la population protégée), qui ont recours à l'hospitalisation (60% des séjours).

	Régime Agricole		Autres régimes		Poids du Régime Agricole
	Nombre de séjours 2011 (hors séances)	Répartition	Nombre de séjours 2011 (hors séances)	Répartition	
Moins de 65 ans	379 214	38,8%	11 126 308	67,9%	3,3%
65 à 79 ans	280 289	28,7%	3 290 651	20,1%	7,8%
80 ans et plus	318 419	32,6%	1 970 781	12,0%	13,9%
Total	977 922	100%	16 387 740	100%	5,6%

Le poids des **séjours** effectués par des assurés du régime agricole dans l'ensemble des séjours tous régimes est de 5,6%. Pour les 80 ans et plus, ce poids représente près de 2 fois et demie le poids moyen, soit 13,9%.

Le poids du régime agricole est encore plus important en termes de **jours d'hospitalisation**, signe d'une durée moyenne de séjours plus longs au régime agricole.

	Régime Agricole		Autres régimes		Poids du Régime Agricole
	Nombre de journées 2011 (hors séances)	Répartition	Nombre de journées 2011 (hors séances)	Répartition	
Moins de 65 ans	1 056 335	22,5%	30 725 713	53,2%	3,3%
65 à 79 ans	1 338 337	28,5%	13 986 572	24,2%	8,7%
80 ans et plus	2 299 957	49,0%	13 012 473	22,5%	15,0%
Total	4 694 629	100%	57 724 758	100%	7,5%

La durée moyenne de séjour (DMS), déterminée en rapportant le nombre de journées au nombre de séjours (hors séances), est ainsi très proche entre le régime agricole et les autres régimes sur la population des moins de 65 ans (écart inférieur à 0,9%), alors qu'il se situe autour de 10% pour les plus de 65 ans.

DMS (en j)	Régime agricole	Autres régimes	écart
Moins de 65 ans	2,79	2,76	0,87%
65 à 79 ans	4,77	4,25	12,34%
80 ans et plus	7,22	6,60	9,40%
Total	4,80	3,52	36,29%

## Les activités de soins les plus fréquentes : le digestif, l'orthopédie et la cardiologie

### ➔ Chez les moins de 65 ans :

Chez les moins de 65 ans, les domaines d'activité enregistrant le plus grand nombre de séjours au régime agricole sont le digestif et l'orthopédie traumatologie. La répartition des séjours est différente des autres régimes où l'on enregistre beaucoup plus de séjours en obstétrique. Cette différence s'explique par une population agricole plus âgée et ayant une proportion d'hommes plus importante dans cette classe d'âge que dans les autres régimes.

TOP 5 Domaines d'activité	Séjours				Journées				DMS	
	REGIME AGRICOLE		AUTRES REGIMES		REGIME AGRICOLE		AUTRES REGIMES		REGIME AGRICOLE	AUTRES REGIMES
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	En nb de jours	
D01 Digestif	74 733	20%	1 977 387	14%	147 297	18%	3 808 734	12%	2,0	1,9
D02 Orthopédie traumatologie	49 393	13%	1 038 894	12%	123 477	9%	2 357 403	8%	2,5	2,3
D10 ORL, Stomatologie	28 489	8%	813 421	3%	30 321	7%	795 717	3%	1,1	1,0
D13 Obstétrique	28 020	7%	1 295 580	10%	105 084	12%	4 620 049	15%	3,8	3,6
D15 Uro-néphrologie et génital masculin	23 310	6%	628 991	5%	52 654	6%	1 200 106	4%	2,3	1,9

Moins de 65 ans	Moyenne d'âge		Ecart-type		Sexratio	
	Régime Agricole	Autres régimes	Régime Agricole	Autres régimes	Régime Agricole	Autres régimes
	42,4	38,8	17,7	17,6	1,2	0,8

Le « sexratio » mesure la proportion relative d'hommes par rapport aux femmes dans la population assurée

### ➔ Chez les 65 à 79 ans :

Chez les 65 à 79 ans, les domaines d'activité enregistrant le plus grand nombre de séjours au régime agricole sont le digestif, l'ophtalmologie et l'orthopédie traumatologie. Les séjours en orthopédie traumatologie sont plus fréquents au régime agricole que dans les autres régimes malgré une moyenne d'âge et un sex-ratio assez proches entre les différents régimes.



TOP 5 Domaines d'activité		Séjours				Journées				DMS	
		REGIME AGRICOLE		AUTRES REGIMES		REGIME AGRICOLE		AUTRES REGIMES		REGIME AGRICOLE	AUTRES REGIMES
		Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	En nb de jours	
D01	Digestif	53 257	19%	687 797	21%	194 000	14%	2 120 000	15%	3,6	3,1
D11	Ophtalmologie	35 208	13%	392 720	12%	15 108	1%	151 000	1%	0,4	0,4
D02	Orthopédie traumatologie	31 650	11%	308 604	9%	205 000	15%	1 720 000	12%	6,5	5,6
D07	Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	22 438	8%	226 664	7%	145 000	11%	1 330 000	10%	6,5	5,9
D15	Uro-néphrologie et génital masculin	19 394	7%	236 510	7%	91 594	7%	1 050 000	8%	4,7	4,5

65 à 79 ans	Moyenne d'âge		Ecart-type		Sexratio	
	Régime Agricole	Autres régimes	Régime Agricole	Autres régimes	Régime Agricole	Autres régimes
	73,4	72,1	4,2	4,4	1,1	1,1

➤ Chez les 80 ans et plus :

Chez les 80 ans et plus, les domaines d'activité enregistrant le plus grand nombre de séjours au régime agricole sont la cardiologie et le digestif. Les séjours en cardiologie sont plus fréquents au régime agricole que dans les autres régimes malgré une moyenne d'âge et un sex-ratio équivalent entre les différents régimes.

TOP 5 Domaines d'activité		Séjours				Journées				DMS	
		REGIME AGRICOLE		AUTRES REGIMES		REGIME AGRICOLE		AUTRES REGIMES		REGIME AGRICOLE	AUTRES REGIMES
		Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	En nb de jours	
D07	Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	47 048	15%	247 832	13%	386 000	17%	1 910 000	15%	8,2	7,7
D01	Digestif	38 866	12%	244 967	12%	276 000	12%	1 550 000	12%	7,1	6,3
D11	Ophtalmologie	33 425	10%	213 150	11%	18 554	1%	111 000	1%	0,6	0,5
D09	Pneumologie	31 857	10%	183 214	9%	318 000	14%	1 710 000	13%	10,0	9,4
D02	Orthopédie traumatologie	29 283	9%	178 265	9%	267 000	12%	1 540 000	12%	9,1	8,7

80 ans et plus	Moyenne d'âge		Ecart-type		Sexratio	
	Régime Agricole	Autres régimes	Régime Agricole	Autres régimes	Régime Agricole	Autres régimes
	85,5	85,3	4,2	4,3	0,8	0,7

Quelle que soit la classe d'âge, la durée moyenne de séjours est plus longue au régime agricole.

### **Focus insuffisances cardiaques**

26 000 séjours effectués majoritairement par des assurés âgés de 80 ans ou plus (76% des séjours)

→ Durée moyenne de séjours plus élevée (moyenne d'âge et niveau de sévérité équivalents).

→ Un recours plus fréquent aux établissements publics

→ Un recours plus fréquent avec passage par les urgences

	Régime Agricole					Régimes Autres				
	DMS	Moyenne d'âge	Sexratio	Part de séjours avec niveau de sévérité >= 2	Part des séjours effectués dans un établissement privé	DMS	Moyenne d'âge	Sexratio	Part de séjours avec niveau de sévérité >= 2	Part des séjours effectués dans un établissement privé
MOINS DE 65 ANS	8,3	56	3,0	53%	10%	8,4	54	2,1	53%	12%
65 à 79 ANS	9,7	75	1,6	63%	14%	9,4	74	1,5	63%	16%
80 ANS ET PLUS	10,2	87	0,8	68%	11%	9,8	87	0,7	67%	15%

### **Parcours de soins :**

<b><u>REGIME AGRICOLE</u></b>	Vers le domicile	Vers une unité de SSR	Par décès	Vers une unité de soins de courte durée	Autres	Total
Du domicile avec passage par le service d'accueil des urgences	43,1%	7,6%	6,6%	5,5%	3,5%	66,3%
Du domicile	18,7%	2,5%	2,2%	2,1%	0,6%	26,2%
Autres	2,5%	1,6%	1,1%	1,0%	1,2%	7,4%
<b>Total</b>	<b>64,4%</b>	<b>11,8%</b>	<b>9,9%</b>	<b>8,6%</b>	<b>5,4%</b>	<b>100,0%</b>

<b><u>AUTRES REGIMES</u></b>	Vers le domicile	Vers une unité de SSR	Par décès	Vers une unité de soins de courte durée	Autres	Total
Du domicile avec passage par le service d'accueil des urgences	39,3%	5,4%	5,8%	6,6%	2,3%	59,4%
Du domicile	23,7%	2,5%	2,5%	3,1%	0,5%	32,3%
Autres	3,4%	1,6%	1,1%	1,3%	0,8%	8,3%
<b>Total</b>	<b>66,4%</b>	<b>9,6%</b>	<b>9,4%</b>	<b>11,0%</b>	<b>3,6%</b>	<b>100,0%</b>

### **→ La prise en charge du patient psychiatrique**

Le milieu rural, en particulier agricole, du fait de différents facteurs (isolement, charges financières, moindre recours aux soins de proximité ou spécialisés) est associé à une fréquence accrue des troubles psychologiques. Depuis quelques années, la MSA s'est investie de ces problèmes : prévention du suicide des agriculteurs, prévention du risque psycho-social inscrit comme priorité au Plan santé sécurité au travail, thème des Journées médicales nationales 2012.

La MSA propose de réaliser une étude épidémiologique de ces pathologies au sein de sa population, une étude du parcours de soins de ces assurés, ainsi que d'étudier les intérêts d'une prise en charge, pour certaines indications, d'un suivi psychologique non pris en charge sur le risque.

### → Le lombalgique travailleur

Les affections lombaires d'origine rhumatismale ou traumatique sont une des principales causes d'arrêt de travail sur le risque maladie ou AT-MP, ainsi que de mise en invalidité ou d'attribution de rentes AT-MP.

La MSA propose de réaliser une étude épidémiologique de ces pathologies au sein de sa population active ainsi qu'une étude du parcours de soins de ces assurés, afin de mettre en place un accompagnement personnalisé des personnes les plus fragilisées socialement dans leur vie personnelle et professionnelle. Elle peut s'appuyer sur sa connaissance des environnements professionnels et de la proximité au sein du même organisme des services santé sécurité au travail, contrôle médical, social et prestation santé.

### → Observation des associations d'affections chroniques pour un même assuré

Les données épidémiologiques, notamment issues d'études en soins primaires, révèlent une augmentation de la prévalence de la co-morbidité chronique. Ce constat ne peut pas rester sans conséquences au niveau des modalités d'accompagnement des malades chroniques et des professionnels de santé qui les prennent en charge. En effet, la prise en charge la plus efficiente, la moins iatrogène, la plus satisfaisante pour le bénéficiaire n'est peut-être pas l'addition des prises en charges conçues pour chaque affection considérée indépendamment les unes des autres, qui plus est, souvent à partir d'études réalisées sur des échantillons de malades non représentatifs des patients pris en charge en soins primaires.

En raison de ses caractéristiques démographiques, le taux de prévalence brut de la population assurée à la MSA est significativement élevé (22 % de la population couverte en maladie). Parmi les ALD, on constate que les maladies cardiovasculaires, les cancers et le diabète concernent une très large majorité des assurés en ALD, suivies par les affections psychiatriques, la maladie d'Alzheimer et les BPCO et autres maladies respiratoires graves. Les premiers résultats d'une étude en cours sur les associations d'ALD chez un même assuré montrent les associations fréquentes résumées dans le tableau 21. Même en limitant la recherche aux ALD les plus prévalentes, c'est-à-dire sans tenir compte des autres ALD ni des maladies et troubles fonctionnels chroniques responsables d'une consommation régulière et continue de soins, le taux d'assurés cumulant plusieurs affections est de 16,3 %.

Tableau 21	
ALD associées	Effectifs (nombre d'assurés)
Diabète + affection cardiovasculaire	59 054
Cancer + affection cardiovasculaire	34 236
Maladie d'Alzheimer + affection cardiovasculaire	10 848
Affection psychiatrique + affection cardiovasculaire	9 745
Diabète + cancer + affection cardiovasculaire	6 994
<b>TOTAL</b>	<b>120 877</b>

Les BPCO, dont les formes graves font partie des 10 ALD les plus prévalentes à la MSA, font l'objet d'actions de dépistage dans plusieurs régions (Franche Comté, Aquitaine, Bretagne). L'institut national de médecine agricole consacrera prochainement un symposium aux affections respiratoires en milieu agricole.

### **→ Le recours aux services d'urgence et aux soins non programmés**

Des affections transitoires bénignes, caractérisées par une évolution naturelle le plus souvent spontanément favorable, conduisent parfois les assurés sociaux à recourir, de façon inappropriée, aux professionnels de santé de première ligne et aux services d'urgence de la permanence des soins. Ces recours non régulés sont responsables d'un surcoût, d'effets iatrogènes et entretiennent la dérégulation du système.

Une série d'enquêtes menées dans le cadre d'un projet expérimental montre que les familles interrogées sont conscientes de ce mésusage, des coûts indirects qu'elles supportent à cette occasion et qu'elles sont favorables à des mesures qui leur permettent de prendre en charge elles-mêmes leurs maux du quotidien sans recours à des professionnels de santé mais dans de bonnes conditions de sécurité. Les résultats de cette série d'enquêtes a conduit à mettre en place une expérimentation « d'éducation à la santé familiale ».

Par ailleurs, ces constats sont à rapprocher de l'engagement 9 du pacte territoire santé visant à « garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes ».

### **→ Analyse des motifs de consommation d'actes infirmiers**

Les actes infirmiers constituent pour la MSA une dépense importante en constante progression depuis plusieurs années. Cette situation doit être mise en perspective de l'âge élevé de nos assurés et de leur situation rurale isolée.

La MSA propose d'étudier le recours aux actes infirmiers au regard des éléments connus en terme de pathologie (actes marqueurs ou ALD), ainsi qu'en terme d'actes associés (médicaments délivrés...) afin de mettre en place des actions correctives ciblées permettant de réduire la progression des actes infirmiers.

## **3.2.2. Accompagnement des assurés**

### **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.

Des années de pratique de soins ainsi que la recherche démontrent que ce soutien serait insuffisant (et peu efficient) s'il se limitait 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>4</sup> ».

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.

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.

### **→ Education pour la santé (dont ABV, éducation dentaire en MARPA)**

Les ateliers du bien vieillir (ABV) se sont enrichis en 2012 d'un atelier dentaire. Cette action sera poursuivie.

Par ailleurs, à l'issue de ces ateliers, un certain nombre de participants sont orientés vers 3 actions de suite spécifiques :

- atelier nutrition
- atelier activités physiques
- PEPS EUREKA destiné à maintenir les performances cognitives.

Un module d'information pour l'éducation dentaire à destination des résidents des MARPA est en cours de réalisation, de même que des affiches concernant les conduites à tenir pour conserver un bon état dentaire.

### **→ Education à la santé familiale**

Expérimentation d'une éducation de la population à l'autogestion par les familles des petits maux du quotidien (prendre en charge une fièvre de l'enfant, une diarrhée, une plaie superficielle, prévenir une déshydratation, etc.). Un cursus de quatre modules de base (santé au quotidien, petits traumatismes et agressions extérieures, urgences familiales, situations d'exception) et trois modules spécifiques (puériculture, agir en tant que jeune, personne âgée), délivré par les professionnels de santé formés à l'éducation, est actuellement en cours d'expérimentation. Les premiers résultats, portant sur le domaine cognitif, le sentiment d'efficacité personnelle et la satisfaction, sont encourageants.

---

<sup>4</sup> Sadek Beloucif

### → Education thérapeutique

A côté de son programme d'ETP destiné aux malades cardiovasculaires, généralisé en 2006, la MSA explore les possibilités d'adaptation de son offre éducative à la réalité des malades et des conditions d'exercice en soins primaires, notamment en milieu rural.

Les données concernant la comorbidité chronique ont conduit la MSA au développement d'un programme expérimental, s'adressant aux malades cumulant plusieurs affections chroniques et adapté à l'exercice en maison de santé pluri professionnelle. Ce programme expérimental, retenu par l'appel à projets IReSP est en cours de mise en place. Autour de modules transversaux, concernant globalement les affections chroniques (par exemple : nutrition, activité physique, représentations sur la maladie, alertes) et de modules spécifiques, ce programme expérimental va chercher à modéliser un format d'ETP adapté aux contraintes des soins primaires en milieu ouvert.

#### 3.2.2.2. Prévention

### → Vaccination

VAG : La campagne de vaccination anti-grippe évolue et s'effectuera sur 2 périodes afin d'améliorer la couverture vaccinale sur toute la période épidémique potentielle.

ROR : Les parents des enfants non vaccinés contre la rougeole, les oreillons et la rubéole seront relancés aux 15ème mois de l'enfant puis au 25ème mois. Par ailleurs, nos assurés âgés de 16 ans pour lesquels nous n'avons pas notion de vaccination seront sensibilisés.

### → Dépistage organisé des cancers

La MSA lance une réflexion sur les modalités de sensibilisation aux dépistages organisés des cancers du sein et du col de l'utérus à destination des femmes en rupture avec le système de soins. Ces femmes accédant peu au système de santé sont en effet plus difficiles à sensibiliser à l'intérêt d'un dépistage organisé. Un ciblage pour une communication ciblée pourrait améliorer le taux de dépistage chez ces assurées. En 2011, le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les adhérentes MSA âgées de 50 à 74 ans était de 56,2%. Il était, la même année, de 51,4% pour le Régime général et de 43,8% pour le RSI.

### → Les bilans de santé (IS)

La MSA mène actuellement une expérimentation visant à améliorer la participation aux instants santé pour nos assurés ayant peu de contact avec le système de santé. Ces non-consommateurs de soins sont plus spécifiquement ciblés et relancés.

En fonction des résultats de cette expérimentation, cette orientation pourrait être généralisée.

## → Prévention Santé des Aidants

Dès 2008, en cohérence avec les engagements pris dans le cadre de la COG, la MSA a décidé d'orienter ses actions en direction des aidants de personnes âgées dépendantes en proposant à son réseau de caisses un accompagnement global destiné à soutenir les aidants.

Le programme a pour finalité de permettre aux aidants d'accompagner dans la durée, tout en préservant au mieux leur qualité de vie et en favorisant le maintien à domicile

C'est dans ce contexte et dans le prolongement des recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2010, sur le suivi sanitaire des aidants, que la MSA lance, à partir de 2013 sur 5 territoires ruraux, une action expérimentale de prévention santé, ciblant les risques médicaux spécifiques liés à l'aide.

En complément de la visite longue prévue par les textes depuis 2012, cette action propose une consultation auprès du médecin traitant de l'aidant, consultation encadrée par des interventions psycho-éducatives.

Une évaluation de cette action est programmée. Elle permettra de réaliser un état des lieux de la santé des aidants participants selon leurs caractéristiques sociales, et d'envisager les conditions de sa généralisation. Parmi celles-ci, un mode de rémunération spécifique pour chacun des acteurs permettant de couvrir la consultation spécifique et les ateliers psycho éducatifs, sera une condition de pérennisation.

## → Les actions de prévention bucco-dentaires

Le Plan Dentaire Institutionnel comporte notamment des actions envers les personnes âgées dépendantes, et en établissement médico-social (EHPAD, ESAT)

### - actions obligatoires :

⇒ Bilan bucco-dentaire pour les 3, 7, 65 ans, pour les participants aux Instants Santé ainsi que pour les personnes en situation de précarité

### - actions optionnelles :

⇒ Information du personnel encadrant des EHPAD

⇒ Information du personnel encadrant des ESAT sera mise en œuvre en 2013

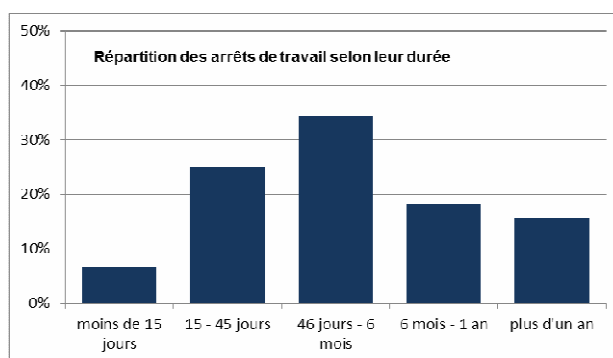
### **3.2.2.3. L'accompagnement de l'incapacité de travail et la prévention de l'invalidité**

La MSA a réalisé en 2012 une évaluation de la fraude aux indemnités journalières. Cette action s'est accompagnée d'une évaluation médicale de la justification de la prescription d'arrêts de travail pour les assurés agricoles examinés au contrôle médical et inclus dans cette étude.

Dans le cadre des engagements COG de la CCMSA au titre de la lutte contre la fraude, la MSA a conduit une étude de septembre 2011 à mars 2012 sur les prescriptions d'arrêts de travail réceptionnées par l'ensemble des caisses de MSA. Un sondage aléatoire a été mis en œuvre afin de constituer un échantillon de 5 000 feuilles d'arrêts de travail concernant des salariés et des non salariés agricoles, pour les risques maladie et accidents du travail. L'analyse des dossiers et des contrôles de la présence au domicile des assurés en arrêt, ont permis de détecter 0,13% de prescriptions frauduleuses.

Par ailleurs, un sous échantillon a été constitué afin de contrôler et d'analyser le motif médical des arrêts de travail. L'ensemble des bénéficiaires concernés a été convoqué par le service de contrôle médical des caisses de MSA. Ce sous échantillon a été constitué de 1 000 assurés dont la durée de l'arrêt de travail était compatible avec l'organisation d'une convocation au contrôle médical et permettait de rendre un avis médical alors que l'arrêt était encore en cours.

**Figure 10 : Répartition des arrêts de travail ayant fait l'objet d'une investigation approfondie par les médecins-conseil, selon leur durée**



Cette contrainte se reflète dans la répartition des arrêts de travail de l'échantillon, les arrêts de travail inclus dans cette partie de l'étude sont en majorité des arrêts supérieurs à 15 jours.

La pathologie à l'origine de l'arrêt de travail, inscrite sur l'imprimé par le médecin prescripteur, a été codifiée selon la Classification Internationale des Maladies (CIM10).

Les motifs des arrêts de travail relèvent, pour 77 % d'entre eux, de trois grands groupes de pathologies :

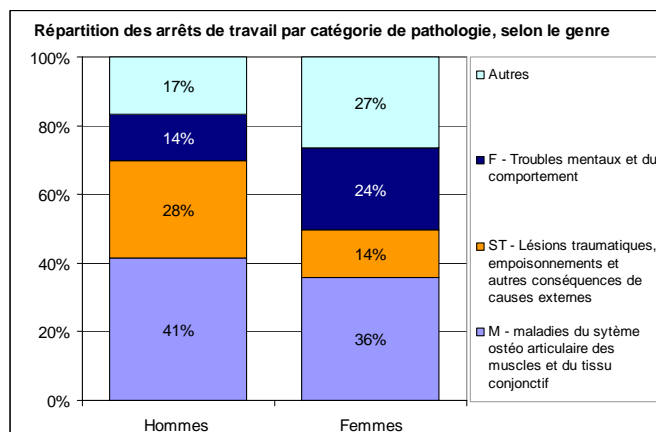
Les maladies du système ostéo-articulaire (Codes CIM 10 débutant par M), concentrent près de 38% des arrêts de l'échantillon, dont 18% sont des dorsalgies.

Les lésions traumatiques (codes débutant par S ou T), regroupent 21% des cas. Au sein de cette classe aucun motif n'est prépondérant : luxations, entorses, fractures du pied, de la jambe ou du poignet, apparaissent à des fréquences égales. Les arrêts de travail pour lésions traumatiques sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes (28% vs 14%).

Les troubles mentaux et du comportement (codes en F), sont à l'origine de 18% des arrêts de travail. Parmi ceux-ci, une large majorité d'assurés souffrent d'épisodes dépressifs (12% de la totalité de l'échantillon). Cette classe de pathologies concerne plus fréquemment les femmes que les hommes (24% vs 14%).



**Figure 11 : Répartition des arrêts de travail par catégorie, selon le sexe du bénéficiaire**



Les médecins conseils lors examen clinique du malade ont renseigné le principal motif fonctionnel de l'arrêt de travail déclaré par le bénéficiaire, à partir d'une liste issue de la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) du handicap et de la santé de l'OMS.

**Tableau 22 : Répartition des arrêts de travail par motif fonctionnel déclaré par l'assuré**

Motifs fonctionnels des arrêts de travail	
Troubles physiques invalidants	39%
Douleurs ressenties	24%
Difficultés à réaliser les activités physiques imposées dans le cadre de ses activités professionnelles	16%
Contexte relationnel de travail difficile	8%
Difficultés à fixer son attention dans le cadre de ses activités professionnelles	6%
Autres	5%
Mauvaise adaptation de son poste de travail	2%
Aucun des motifs n'est retenu par le médecin-conseil	1%

Les troubles physiques invalidants sont à l'origine de 40% des arrêts, et le quart est motivé par des douleurs ressenties.

A l'issue de l'examen de l'assuré, les médecins conseils ont jugé que 5% des arrêts de travail n'étaient pas justifiés par l'état de santé du bénéficiaire et en conséquence ont prononcé un avis de reprise du travail. Les arrêts non justifiés concernent à parts égales chacun des grands groupes de pathologies. Par contre, la déclaration du motif d'arrêt de travail par le bénéficiaire lui-même met en évidence une proportion d'arrêts non justifiés par le médecin-conseil plus élevée si ce motif est autre que ceux figurant dans la liste issue de la CIF ou si aucun de ceux-ci n'est retenu par le médecin-conseil.

### → Les IJ AMEXA

La LFSS pour 2013 a prévu le droit aux indemnités journalières (IJ) maladie ou accident de la vie privée pour les assurés non-salariés agricoles (chef d'exploitation, conjoint collaborateur, aide familial) à compter du 1er janvier 2014. Ce nouveau dispositif élargit le champ de la population en activité professionnelle désormais couverte pour ce risque.

La spécificité de cette population non-salariée, résidant le plus souvent sur son lieu d'activité, ne bénéficiant pas d'examens de médecine du travail individualisés, nécessite une gestion du risque adaptée :

- un plan de contrôle précoce des arrêts de travail portant sur la justification médicale de l'arrêt de travail, sur le respect des heures de présence au domicile et sur l'absence d'activité professionnelle durant la période de repos médicalement prescrite. Un dispositif de coordination entre contrôle médical et contrôle administratif doit permettre en amont un ciblage de ces contrôles selon des critères propres, afin de leur garantir une meilleure efficacité
- un accompagnement des arrêts de travail prolongés vers des dispositifs de retour à l'emploi qui doit être envisagé dans le cadre d'une coopération entre les 2 services médicaux des caisses de MSA : contrôle médical et santé au travail. Le devenir social des travailleurs indépendants atteints de maladies chroniques d'une part, des exploitations agricoles d'autre part, est une des responsabilités de la MSA. Afin de garantir la pérennité de cette nouvelle couverture sociale autofinancée, une attention particulière sera portée au caractère temporaire des IJ, justifié par une évolutivité de l'état de santé. L'appréciation de la stabilisation de celui-ci, avec pour conséquence l'étude des droits à pension d'invalidité sera privilégiée à la poursuite du versement des IJ. Cette orientation sera facilitée si le montant des pensions d'invalidité (PI) attribuées aux exploitants agricole est revalorisé à hauteur de celles accordées par le RSI. Cette mesure préconisée par la MSA et soutenue par le Ministère de l'agriculture pourrait être portée dans le cadre du PLFSS pour 2014

### → Les IJ Salariés

Il apparaît indispensable de séparer ce qui relève du contrôle de la justification des arrêts de travail, incluant la lutte contre les abus ou les fraudes, de ce qui relève de l'accompagnement des assurés en arrêt de travail prolongé, en vue d'un maintien dans l'emploi.

⇒ Contrôle de la justification des arrêts de travail :

Il s'appuie sur le contrôle réglementaire des arrêts de travail.

Le Plan MSA « IJ 2010 » regroupe 8 actions d'ordre réglementaire :

- Contrôle systématique des arrêts atteignant 45 jours ;
- Contrôle du 4ème arrêt, après 3 arrêts de moins de 15 jours en 6 mois ;
- Contrôle de tout arrêt de travail prescrit dans les 10 jours après cessation du versement d'IJ ;
- Contrôle des arrêts de travail après signalement par un médecin mandaté par l'employeur ;
- Contrôle de tout arrêt de travail après signalement par l'employeur ;
- Contrôle des prescripteurs de prolongation différents du prescripteur d'initial ;
- Contrôle du délai d'envoi de la prescription ;
- Contrôle des arrêts de travail sans motif médical mentionné par le prescripteur.

Ce plan de contrôle nécessite d'être à nouveau adapté en visant en particulier à :

- une meilleure articulation avec les contrôles administratifs de présence à domicile dans le cadre des plans de contrôle des caisses de MSA ;
- une meilleure articulation avec le service prestations et le service contentieux des caisses de MSA afin de rendre plus efficiente les procédures de récupération d'indus et des pénalités ;
- une nécessaire articulation avec la CNAMTS afin d'harmoniser la procédure de mise sous entente préalable des prescripteurs d'arrêt de travail ;
- un ciblage des arrêts de travail selon les facteurs de risque de fraude identifiés lors de l'évaluation nationale de ces acteurs réalisés en 2012.
- la mise en place de procédures adaptées aux prescriptions d'arrêt de travail électronique.

⇒ Accompagnement des arrêts de travail prolongés en vue d'un maintien dans l'emploi :

Ce sujet est une préoccupation forte du régime agricole liée notamment au caractère professionnel du régime, aux leviers d'actions qu'offrent le guichet unique de la MSA, permettant d'agir avec aussi bien les compétences administratives, médicales (médecins conseils, médecins du travail) et d'actions sanitaires et sociales.

A ce titre, l'INMA a organisé le 1er février 2013 un colloque intitulé « Arrêt de travail – de l'analyse à la reprise », permettant par une approche pluridisciplinaire et faisant intervenir des partenaires internationaux de continuer à approfondir ce sujet.

Actuellement, les actions mises en œuvre au sein du régime portent sur :

- Clarification et renforcement de la procédure d'examen conjoint avec le médecin traitant (L 324-1)
- Systématisation de la visite de pré-reprise par le médecin du travail à la demande du médecin-conseil, facilité en MSA par son organisation en guichet unique.
- Actions de maîtrise médicalisée des dépenses de santé s'appuyant sur les référentiels HAS de durée de prescription d'arrêt de travail.
- Réflexion sur une action de GDR visant à responsabiliser d'une part les employeurs et d'autre part les assurés en arrêt de travail (perception du bien-être ou du mal-être au travail).

#### **3.2.2.4. Information des assurés consommateurs**

##### **→ Retour d'information insuffisance rénale**

L'action débutée en 2012, de sensibilisation des prescripteurs et des diabétiques sur le risque d'insuffisance rénale a été poursuivie fin 2012 et en 2013 en élargissant la population aux insuffisants cardiaques et personnes âgées consommateurs des AINS. Compte tenu des difficultés de codage de certains actes de biologie, l'action de sensibilisation des assurés au risque d'insuffisance rénale et donc ayant pour objectif de retarder l'entrée dans cette pathologie, va être légèrement modifiée ; ainsi, pour les caisses qui auront ces difficultés, il leur sera proposé une requête simple permettant la sensibilisation des patients et des assurés mais sans que soit édité le profil du prescripteur comparé à ses confrères de la même caisse.

Pour compléter la chaîne des intervenants dans le parcours de soins, l'action de sensibilisation, par les pharmaciens, des personnes âgées consommant des AINS en automédication pourrait être réactivée tout comme celle en lien avec les biologistes.

Cet axe fait partie des thèmes de gestion du risque piloté par les ARS

### **→ Suivi de l'état bucco-dentaire chez le diabétique**

Les interactions réciproques entre la santé bucco dentaire et le diabète rendent nécessaire un suivi spécifique des diabétiques par leur chirurgien dentiste. Ce suivi a fait l'objet de recommandations de la part de la HAS. La MSA propose de diffuser ces recommandations auprès des chirurgiens dentistes et auprès de ses assurés diabétiques pour contribuer à leur meilleure prise en charge.

### **→ 200 Bandelettes**

L'année 2013 a permis l'information des assurés sur le bon usage des bandelettes d'auto-contrôle de la glycémie pour les diabétiques non insulino-dépendants. Durant l'année 2014, cette action d'information et de sensibilisation des assurés sera poursuivie ; dans un second temps, une action de contrôle pourra débuter pour les assurés très gros consommateurs de bandelettes d'auto-contrôle basée sur les recommandations de la HAS.

## **3.2.3. Accompagnement des offreurs de soins**

### **3.2.3.1. La prescription médicamenteuse**

#### **→ AFCl, polymédication et MPI**

Le sujet de la polymédication des personnes âgées, en EHPAD ou à domicile constitue toujours une problématique actuelle. Dans ce cadre, une étude de la prescription de produits de santé dans certains établissements dont la MSA est caisse pivot ou pour certaines tranches de notre population pourrait être réalisée. Par la suite, tenant compte des résultats, des propositions d'amélioration pourrait être apportées afin d'améliorer la prise en charge de ces patients.

#### **→ Le hors AMM**

Suite à l'actualité récente sur les produits de santé et conformément aux conclusions des assises du médicament qui ont suivi, les actions de contrôles des prescriptions doivent être poursuivies à la fois dans un but pédagogique (prescription dans les indications de l'AMM) mais également, pour les prescripteurs qui ne respectent pas les normes, dans un but de sanctions. Ainsi, à l'instar de l'action VERSATIS, il pourrait être envisagé :

☛ dans un but purement pédagogique, une actions portant sur les médicaments anti-cholinergiques (Alzheimer) ; en effet, les nouvelles recommandations de la HAS (pas plus d'un renouvellement et pas de traitement supérieur à 1 an, pas de bithérapie) permettront de sensibiliser les prescripteurs sur la très faible efficacité de ces produits comparés à leurs effets secondaires ; en retour, il y aura lieu de leur proposer des alternatives aux traitements médicamenteux.

### **3.2.3.2. Contrôle T2A**

La MSA –avec un effectif d'environ 30 médecins conseils- participe au programme national de ces contrôles : en 2012, pour les contrôles effectués sur l'activité 2011, un établissement sur cinq a été contrôlé avec dans l'équipe un médecin conseil de la MSA. L'implication de la MSA se fait aussi au niveau de l'HAD.

### **3.2.3.3. Accompagnement des établissements de santé dont les ex-Hôpitaux Locaux**

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. Une démarche pour faciliter l'accès aux informations nécessaires à travers les outils disponibles (SNATIH, Hospi diag) a été initiée et sera poursuivie en 2013.

### **3.2.3.4. Accompagnement des établissements médico-sociaux**

Le Logiciel « Lantichute MSA » développé par la MSA de Dordogne Lot et Garonne sera mis à disposition des EHPAD par l'intermédiaire de leur ARS. Cet outil permet l'analyse des causes de chute dans les EHPAD et contribuera à en réduire le nombre et leurs complications

### **3.2.3.5. Contrôle des prestations remboursées aux PS (transporteurs, appareillage, IDE, MK)**

#### **➔ Action Transports**

Dans l'attente de la dématérialisation totale du processus de prise en charge des transports sanitaires, le contrôle ciblé doit être poursuivi et porter sur les 3 acteurs du processus ; prescripteur, transporteur et bénéficiaire. Leur responsabilisation individuelle doit aller au-delà des actions pédagogiques portées par la MSA depuis plusieurs années et s'accompagner en tant que de besoin de notification d'indus ou de pénalités. Les assurés bénéficiaires de très nombreux transports et les transporteurs identifiés par leur taux élevé de prise en charge avec ETM en dehors de l'ALD sont ciblés et l'étude des dossiers porte sur la conformité de la prescription et de la facturation ainsi que sur la justification médicale du transport et du mode de transport retenu.

#### **➔ Action IDE**

La MSA va poursuivre ses actions de contrôle sur les actes infirmiers présentés à la liquidation au travers d'action portant sur le volet réglementaire et sur la justification médicale de certains actes.

### **3.2.4. Organisation des soins en milieu rural**

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. 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.

#### **3.2.4.1. Médecine en campagne**

La mise a mis en place en 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 kiné 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 seront poursuivies en 2014.

**→ Coopération interprofessionnelle, délégation de tâches, NMR**

**⇒ Accord ACIP**

La MSA entend contribuer à la mise en œuvre de l'Accord Cadre Inter Professionnel (ACIP), conclu le 15 mai 2012 entre des organismes d'assurance maladie nationaux et des représentants de professions de santé. Elle souhaite ainsi faciliter la mise en place d'expérimentations « Coordination des soins » pour une durée de 5 ans sur les thèmes suivants :

- le lien ville-hôpital en vue d'optimiser le parcours de soins notamment les sorties d'hospitalisation ;
- la coordination autour d'un patient atteint d'une pathologie chronique ou souffrant de polyopathologies ;
- la coordination dans le cadre de la prise en charge de la dépendance à domicile.

En fonction des besoins, la MSA pourra proposer un accompagnement personnalisé aux promoteurs de ces expérimentations.

La MSA fera également la promotion, notamment auprès des professionnels de santé de premier recours, de points définis dans des futurs avenants de l'accord ACIP. Une attention toute particulière sera portée à la mise en place d'une fonction de coordination à domicile avec la diffusion d'informations relatives aux conditions de mise en œuvre, rémunération et évaluation de cette fonction.

Si ces expérimentations s'avéraient concluantes, elles pourraient être généralisées dans le cadre de conventions nationales (médecins-assurance maladie, par exemple).

Outre la promotion de ces accords, la MSA pourra également proposer un accompagnement personnalisé aux maisons, centres et professionnels de santé qui souhaitent porter ces expérimentations et dispositifs.

Conjointement avec l'ARS, les Caisses de MSA pourront également conclure des contrats avec les maisons, centres et professionnels de santé intéressés prévoyant des possibilités d'adaptation locale des engagements, objectifs, rémunérations prévues par les accords.

**⇒ ENMR**

Dans le cadre de son partenariat avec les structures pluriprofessionnelles ambulatoires (maisons, pôles, réseaux de santé), la MSA a fait la promotion des Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR) initialement prévues sur une période de 5 ans (2008-2012) puis prolongées jusqu'à fin 2013.

L'objectif de ces expérimentations est de tester dans quelle mesure des modes de rémunération alternatifs au paiement à l'acte favorisent la qualité et l'efficacité des soins de premier recours en incitant les professionnels à s'organiser différemment et en valorisant le développement de certaines pratiques innovantes, notamment en matière de prévention.

Ces expérimentations ont été développées selon 3 modules :

- Module 1 : « Missions coordonnées ». Il est cumulable avec le module 2 relatif à l'éducation thérapeutique du patient (ETP).
- Module 2 : « Nouveaux services aux patients ».
- Module 3 : « Coopération entre professionnels de santé ». Ce module consacré à la délégation d'actes ou d'activités au sens de l'article 51 de la loi HPST est entré en vigueur par convention du 5 novembre 2012.

Une évaluation nationale est en cours. Elle permettra de déterminer l'impact sur l'efficacité du système et sur la qualité de la prise en charge des patients.

La MSA restera attentive à l'évaluation de ces expérimentations et à une éventuelle généralisation qui détermineront ainsi son action et implication.

Il est nécessaire que les discussions qui doivent être portées dans le cadre de l'UNCAM sur l'intégration dans le champ conventionnel des nouveaux modes de rémunérations, intègrent bien les préoccupations de la MSA et sa connaissance spécifique des besoins du monde rural pour lequel la coordination entre professionnels de santé est encore plus prégnant pour les assurés.

### **→ MSP**

En tant qu'acteur reconnu du monde rural et d'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 Pluriprofessionnelle.

En vue de faciliter le développement de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) notamment sur des territoires ruraux isolés, la MSA souhaite renforcer son partenariat avec la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS). Elle entend ainsi impulser une dynamique nationale et inciter à la conclusion d'accords locaux entre des Fédérations Régionales de Maisons et Pôles de Santé et des Caisses de MSA.

Par ailleurs, des conventions ont été conclues entre certaines Agences Régionales de Santé et Caisses de MSA en vue d'assurer l'accompagnement de la création et du développement des MSP. Certaines MSA souhaitent également répondre à des appels à projet afin d'être retenues pour assurer cet accompagnement personnalisé.

L'investissement de la MSA dans l'accompagnement des MSP, prévu dans sa Convention d'Objectifs et de gestion 2011-2015, sera également conditionné par les suites données au programme national de financement de 250 MSP sur la période 2010-2013.

La MSA encourage les promoteurs de MSP à intégrer dans leur projet de santé annexé à leur CPOM leur collaboration avec les réseaux de santé et réciproquement. Elle propose également des actions d'éducation et de prévention à la santé ainsi que des ateliers d'éducation thérapeutique



## → Pays de santé

La MSA poursuit son implication dans le cadre de Pays de Santé. Cette action expérimentée sur 2 sites en collaboration avec Groupama a permis de maintenir en zone rurale les professionnels de santé de 2 zones rurales (Ardennes, Dordogne - Lot et Garonne). Après le retrait de Groupama, ces actions ont été reprises par les ARS des régions concernées. Elle sera étendue à un nouveau territoire en 2013 (Pyrénées Orientales). L'intérêt principal de cette action qui s'appuie en amont sur un diagnostic local, est de mettre en place une véritable démocratie sanitaire locale au travers d'un conseiller en santé et d'un conseil local « pays de santé ».

## → Réseau gérontologique MAIA

La MSA accompagne la conduite au changement des réseaux gérontologiques 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 du Ministère chargé de la santé.

Conjointement à la Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques (FNRG), la MSA invite les réseaux de santé gérontologiques partenaires à se recentrer sur des fonctions d'appui à la coordination des professionnels de santé de premier recours, intégrées à leurs structures en tant que de besoin, et à devenir de véritables réseaux de santé polyvalents de proximité. A cet effet, elle propose un accompagnement personnalisé qui s'inscrit dans la durée.

La MSA les incite également à porter de nouveaux dispositifs au bénéfice de Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie tels que les parcours de santé « PAERPA » et les équipes d'appui en adaptation et de réadaptation.

Convaincue par la complémentarité des réseaux de santé « personnes âgées » et des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA), la MSA invite les réseaux à porter des MAIA ou à coopérer activement avec elles.

Elle contribue ainsi au décloisonnement des secteurs sanitaire, social et médico-social grâce à des réalités concrètes de terrain telles que le guichet unique CLIC/réseau de santé sur certains territoires.

Pour ces différents dispositifs (MAIA, parcours de santé « PAERPA », équipe d'appui en adaptation et réadaptation...), la MSA tant au niveau local que national propose un accompagnement personnalisé :

### **3.2.4.3. Participation aux expérimentations PAERPA**

Parmi les 5 premiers territoires retenus pour l'expérimentation, la MSA, avec le RSI et la CARSAT, sera particulièrement impliquée sur les travaux menés par l'ARS de Midi-Pyrénées, sur le département des Hautes-Pyrénées.

Dans le cadre du projet régional de santé, cette expérimentation menée avec le gérontopole du professeur Vellas (CHU de Toulouse) permettra d'offrir une réponse graduée aux besoins de santé et médico sociaux, auprès des personnes âgées de plus de 75 ans, repérées par l'observatoire de fragilité.

#### **3.2.4.4. Chirurgie ambulatoire en campagne**

La MSA a lancé une réflexion destinée à la mise en place de l'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. La mise en oeuvre d'actions de communication adaptée et de proximité vers chacune des trois cibles identifiées que sont les assurés, professionnels de ville et équipes hospitalières au travers des canaux de communication traditionnels de la MSA et les structures partenaires, permettra de lever l'ensemble des freins identifiés à la mise en oeuvre de la CA

Cette action travaillée avec la DGOS depuis septembre 2012, sera mise en oeuvre sur des territoires délimités, en lien étroit avec les ARS, au 3ème trimestre 2013. L'action de la MSA devra se dérouler en cohérence avec les travaux actuels DGOS-ANAP-HAS et la méthodologie déployée s'appuyera sur les recommandations attendues sur l'organisation de la chirurgie ambulatoire publiées en mai 2013. Un partenariat avec l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA) - notamment sur les actions de communication/ et de formation- est en cours, et facilitera aussi les contacts avec les équipes hospitalières.

De plus la MSA est associée aux travaux pilotés par la DGOS sur la problématique de l'hébergement des patients dans le cadre des prises en charge hospitalières. Les patients de notre régime seraient particulièrement concernés par une expérimentation de l'hébergement pour patients.

#### **3.2.4.5. Lien Ville Hôpital**

L'année 2012 a permis l'expérimentation de PRADO maternité dans 3 caisses de MSA, et la généralisation sera effective au 2ème semestre 2013.

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 (COG 28) en prenant toujours en compte les caractéristiques des assurés MSA et de leur environnement.

Dans son rapport 2013, la Cour des Comptes regrette que "les initiatives des pouvoirs publics comme de l'Assurance Maladie visant à installer et généraliser une approche décloisonnée et transversale de la trajectoire des patients dans le système de santé" ne renforcent pas suffisamment le rôle du médecin traitant. Ainsi, cette réflexion s'appuiera sur les structures de soins coordonnées (msp, réseaux, organisations...) intégrant le rôle clé du médecin traitant.

#### **3.2.4.6. Hôpitaux de proximité**

La convention de partenariat conclue le 16 novembre 2012 entre la Caisse Centrale de la MSA et l'Association nationale des médecins Généralistes des Hôpitaux Locaux (AGHL), a pour objectif de démultiplier les possibilités de collaboration qui existent déjà entre les deux signataires.

En effet, la MSA et l'AGHL travaillent, de fait, ensemble puisque les caisses de MSA sont pivots d'une centaine d'ex hôpitaux locaux.

La CCMSA et l'AGHL sont complémentaires dans les actions qu'elles mènent en matière d'éducation et de promotion de la santé. Par ailleurs, elles défendent une même vision de l'organisation des soins, avec un exercice de qualité et coordonné des soins primaires, entre médecine générale en ville et ex hôpital local. Enfin, elles partagent une même volonté de lutter contre la désertification médicale en zone rurale.

Les actions de coopération entre la MSA et l'AGHL, comme définis par la convention, porteront notamment sur:

- la réalisation d'actions communes (éducation à la santé, ateliers d'éducation thérapeutique...);
- la conduite d'actions communes de promotion à destination des pouvoirs publics (Agences Régionales de Santé, Ministère de la santé...);
- l'incitation à la création et au développement de structures régionales de type Comités Techniques Régionaux (COTER) regroupant, sous autorité des Agences Régionales de Santé, d'anciens hôpitaux locaux et des partenaires (dont la MSA) pour favoriser la mutualisation d'expériences et de compétences;
- l'organisation d'une journée nationale annuelle commune.

Un renforcement du partenariat avec l'Association Nationale des Hôpitaux Locaux qui regroupe les directeurs d'établissement est également en cours.

Un groupe de travail interne à la MSA s'est constitué en vue d'optimiser l'accompagnement proposé par la MSA aux hôpitaux de proximité.

#### **3.2.4.7. Télémédecine**

Le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire et les contraintes budgétaires rendent nécessaires de nouvelles organisations de soins et de prise en charge des patients. Ainsi les évolutions des technologies numériques en santé et le cadre réglementaire mis en place depuis la loi HPST, permettent de répondre à ces enjeux à travers la télémédecine qui relève exclusivement du champ médical de la télésanté.

Pour apporter des réponses à de nombreux problèmes liés à l'évolution de la demande de soins en lien avec le vieillissement de la population, à la démographie médicale dans certains territoires ruraux ou isolés, le développement des maladies chroniques..., la MSA propose de mettre à profit ces nouveaux outils pour améliorer l'organisation des soins et faciliter la notion de parcours de santé à travers une meilleure coordination des soins primaires.

Ils permettront un maillage des soins de premier recours (entre médecine de ville, Maison de santé, pôles de santé ou EHPAD) avec les offres de second recours et apporter des solutions innovantes à la prise en charge des maladies chroniques, notamment celles liées au vieillissement.

La MSA souhaite au travers d'une expérimentation accompagner par la télémédecine des patients atteints de maladies chroniques, vivant en territoire rural. Cette expérimentation s'articulera autour de professionnels de santé des soins de premiers recours et prendra en compte la coordination interprofessionnelle pour optimiser la prise en charge du patient en respectant le cadre suivant :

- Un programme de télémédecine efficiente
- Un programme de télésanté intégré aux soins primaires et qui contribue à l'organisation des soins
- Un programme de télémédecine avec une technicité raisonnable, efficace et d'utilisation pratique
- Un programme de télémédecine qui responsabilise l'assuré et le rend acteur de sa santé

### **3.2.5. Tarification et efficience des soins**

#### **3.2.5.1. Mutualisation du RCT**

Dans le cadre de sa mission réglementaire de recours contre tiers, la MSA a instruit en 2011 15988 dossiers, dont 7765 nouveaux dossiers, ce qui lui a permis de récupérer auprès des assureurs des tiers responsables 33 152 600 €. Afin d'améliorer son efficience, la MSA met en place une mutualisation de cette activité, qui sera réalisée à partir de la fin 2013 par 5 caisses de MSA au nom des 35 caisses du réseau.

#### **3.2.5.2. Mutualisation de l'expertise appareillage**

Dans le cadre de l'autonomisation des caisses lors des demandes d'accord préalable à la prise en charge d'appareillage, des médecins conseils sont en cours de finalisation de leur formation au DU d'appareillage ; cette formation leur permettra d'être les référents non seulement pour leur caisse mais également pour un certain nombre de caisses sur le territoire. Ainsi, dès le 1<sup>er</sup> octobre 2013, une organisation sera proposée afin d'optimiser le travail des caisses et de ces référents.

#### **3.2.5.3. Prise en charge globale de certains parcours de soins**

##### **➔ Les indications au stimulateur cardiaque adapté**

Il existe trois types de stimulateurs cardiaques, les simples ou double ou triple chambre, chacun d'eux ayant des indications spécifiques. Il a été observé, en France, une sur-utilisation des stimulateurs double chambre, plus chers, que les simples, contrairement aux autres pays européens, non justifiée cliniquement.

Afin de pallier à cette distorsion uniquement commerciale, il est proposé l'une des deux solutions suivantes : a minima, aligner les prix des stimulateurs double chambre sur ceux des simples chambre, ou intégrer les stimulateurs simple et double chambre dans les tarifs des GHS afin de faire disparaître l'effet d'aubaine tarifaire.

### 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 + 0,3 % en 2014, soit un rythme supérieur de 0,2 point de celui prévu pour 2013 (et supérieur de 1,7 point à celui observé en 2012), en partant du postulat que les mesures d'économies 2013 ont été reconduit à l'identique en 2014.

Les mesures d'économie intégrées aux prévisions des soins de ville relatives à l'année 2014 totalisent un montant de 134 millions d'euros pour le régime agricole (tableau 23).

**Tableau 23 : Les mesures d'économie en 2014 - soins de ville  
(en millions d'euros)**

	non salariés	salariés	régime agricole
Maîtrise médicalisée	18	15	33
dont hors médicaments	8	9	18
Mesures médicaments (hors maîtrise médicalisée)	48	30	78
Mesures LPP (hors maîtrise médicalisée)	4	2	6
Baisses de prix ciblées	6	4	10
Autres mesures d'économie	4	3	7
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>54</b>	<b>134</b>

Les reports des revalorisations de tarif des professionnels de santé attribuées en 2012 représentent 10 millions d'euros (tableau 24).

**Tableau 24 : Les revalorisations en 2014 y compris les reports – soins de ville  
(en millions d'euros)**

	non salariés	salariés	régime agricole
Médecins généralistes	4	3	7
Médecins spécialistes	2	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>10</b>

Le solde de l'ensemble des mesures affiche une économie nette de 123 millions d'euros (tableau 25).

**Tableau 25 : Solde des effets mesures et revalorisations en 2014 – soins de ville  
(en millions d'euros)**

	<b>non salariés</b>	<b>salariés</b>	<b>régime agricole</b>
Total des mesures d'économie	- 80	- 54	- 134
Total des revalorisations	6	4	10
<b>TOTAL</b>	<b>- 73</b>	<b>- 50</b>	<b>- 123</b>

### **3.3.1. Les charges, produits et le solde de la branche maladie du régime des non-salariés agricoles (cf. annexe 1)**

*Les montants présentés ci-dessous tiennent compte de la réforme du financement du régime agricole en 2014. Ils sont à prendre avec réserve car la traduction comptable est en cours d'analyse avec la Mission Comptable.*

#### **3.3.1.1. Les charges**

L'ensemble des charges techniques de la branche maladie (avec les provisions sur prestations, sans les reprises de provisions et sans la participation de la MSA au financement de la CNSA), augmenterait de + 4,3 % en 2014.

#### **3.3.1.2. Les recettes**

L'ensemble des cotisations est estimé à 968,5 millions d'euros en 2014 soit une hausse de + 12,2 % par rapport à 2013 (+ 105 millions d'euros) Cette augmentation, comme celle de 2012, est liée à son calcul sur une base de revenus agricoles triennale, qui, à la suite de deux années très difficiles, 2008 et 2009, prend en compte deux bonnes années, 2010 et 2011 et est également due à la mise en place des cotisations IJ AMEXA (+ 39.2 millions d'euros).

La part de la CSG affectée réglementairement au régime des non-salariés augmenterait de + 3,8 % en 2014 (+ 45 millions d'euros).

Depuis l'année 2011, il n'y a plus de compensation démographique pour la branche maladie, celle-ci est substituée par une part fixe de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) qui atteindrait 1,440 milliard d'euros en hausse de + 3,1 % (+ 44 millions d'euros).

Parmi les taxes qui sont affectées au régime, trois d'entre elles sont les plus importantes : la taxe sur la consommation du tabac atteindrait 1,093 milliard d'euros (+ 0,9 %), le produit de la part de la taxe sur les alcools serait de 1,339 milliard d'euros (+ 0,8 %) et la taxe sur les véhicules de société serait de 0,893 milliard d'euros (- 5 %).

Globalement les taxes (hors C3S) atteignent un montant de 3,516 milliards d'euros (- 23 millions d'euros).

Au total et hors les reprises de provisions, la prise en charge par la CNSA et la contribution d'équilibre du régime général, les produits techniques augmenteraient de + 6,2 % par rapport à 2013.

**L'excédent technique à la charge du régime agricole atteindrait 176,6 millions d'euros au lieu de 39,3 millions d'euros en 2013.**

### **3.3.2. Les charges, produits et le solde de la branche maladie du régime des salariés agricoles (cf. annexe 2)**

#### **3.3.2.1. Les charges**

L'ensemble des charges techniques de la branche maladie maternité (avec les provisions sur prestations, sans les reprises de provisions et sans la participation de la MSA au financement de la CNSA), augmenterait de + 8,0 % en 2014.

#### **3.3.2.2. Les recettes**

Le montant des cotisations maladie est estimé à 1,976 milliard d'euros en 2014, soit une hausse de + 2,2 % par rapport à 2013.

Le produit provenant de la CSG affectées au régime augmenterait de + 3,4 %, soit + 48 millions d'euros.

En 2014, sans évolution de la part de la taxe sur la consommation du tabac affecté à la branche maladie des salariés fixé en 2013 à 9,18 %, le montant s'élèverait à 488 millions d'euros en augmentation de + 8 millions d'euros.

Le produit de la TVA nette (article 38 du PLF 2013) compensant les exonérations sur les heures supplémentaires diminuerait de - 4,8 %.

Le total des taxes affectées à la partie technique atteint 495 millions d'euros en augmentation de + 5 millions d'euros.

Au total les produits techniques, hors les reprises de provisions, la prise en charge par la CNSA et la contribution d'équilibre du régime général augmenteraient de + 9,9 % par rapport à 2013.

**La contribution du régime général serait en baisse de 23 millions d'euros par rapport à 2013 pour s'établir à 577 millions.**



## 4. Annexe 1 : Tableau d'équilibre de la branche maladie des non salariés

MALADIE NON SALARIES En millions d'euros	Réalisations	Evolution	Prévisions	Evolution	Prévisions	Evolution
	2012	2012/2011	2013	2013/2012	2014	2014/2013
<b>TOTAL CHARGES MALADIE</b>	<b>8 935,8</b>	<b>+ 0,8%</b>	<b>9 121,6</b>	<b>+ 2,1%</b>	<b>9 423,1</b>	<b>+ 3,3%</b>
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	8 670,3	+ 0,8%	8 846,3	+ 2,0%	8 915,2	+ 0,8%
I - PRESTATIONS SOCIALES	6 840,3	- 0,6%	6 867,7	+ 0,4%	6 875,3	+ 0,1%
Prestations maladie	6 732,7	- 0,6%	6 759,8	+ 0,4%	6 768,5	+ 0,1%
dont exécutées en ville	2 680,2	- 2,9%	2 637,4	- 1,6%	2 622,7	- 0,6%
dont exécutées en établissement	4 052,5	+ 1,0%	4 122,5	+ 1,7%	4 145,8	+ 0,6%
- <i>Etablissements sanitaires</i>	2 538,3	+ 0,1%	2 567,2	+ 1,1%	2 546,4	- 0,8%
- <i>Médico-sociaux</i>	988,0	+ 5,7%	1 038,4	+ 5,1%	1 091,7	+ 5,1%
- <i>Cliniques privées</i>	526,2	- 3,0%	516,8	- 1,8%	507,6	- 1,8%
Prestations maternité	28,5	- 8,8%	27,5	- 3,5%	26,7	- 3,1%
Prestations Invalidité	58,2	+ 4,2%	59,2	+ 1,7%	58,7	- 0,8%
Actions de prévention	13,3	- 5,5%	13,5	+ 1,2%	13,6	+ 1,4%
Prestations extra légales	7,2	+ 4,3%	7,4	+ 3,7%	7,3	- 2,4%
Autres prestations (Convention internationale)	0,4	+ 70,5%	0,3	- 18,5%	0,5	+ 58,4%
II - CHARGES TECHNIQUES	1 126,8	+ 10,2%	1 271,9	+ 12,9%	1 320,2	+ 3,8%
donc cotisations des PAM	107,9	+ 2,9%	111,6	+ 3,4%	115,0	+ 3,0%
donc Régime des étudiant	12,8	+ 42,9%	12,8	+ 0,0%	12,8	+ 0,0%
donc prise en charge CNSA	901,1	+ 6,5%	947,0	+ 5,1%	995,7	+ 5,1%
III - CHARGES TECHNIQUES DIVERSES	12,7	- 1,6%	13,5	+ 6,5%	15,1	+ 11,8%
IV - DOTATIONS AUX PROVISIONS	685,9	+ 0,9%	688,0	+ 0,3%	698,8	+ 1,6%
V - CHARGES FINANCIERES	4,7	+ 57,7%	5,1	+ 8,4%	5,8	+ 13,3%
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	260,6	+ 0,6%	270,4	+ 3,8%	503,1	+ 86,0%
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	4,9	+ 133,9%	4,9	+ 0,0%	4,9	+ 0,0%
<b>TOTAL PRODUITS MALADIE</b>	<b>8 880,4</b>	<b>+ 0,7%</b>	<b>8 738,0</b>	<b>- 1,6%</b>	<b>9 064,1</b>	<b>+ 3,7%</b>
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	8 845,3	+ 0,7%	8 700,5	- 1,6%	8 790,2	+ 1,0%
I - COTISATIONS IMPOTS ET PRODUITS AFFECTES	7 082,2	- 1,8%	7 005,8	- 1,1%	7 176,9	+ 2,4%
Cotisations	809,3	+ 11,9%	863,5	+ 6,7%	968,5	+ 12,2%
Cotisations prises en charge par l'Etat	9,6	+ 5,0%	10,1	+ 4,6%	10,8	+ 7,6%
CSG	1 164,7	+ 1,7%	1 196,3	+ 2,7%	1 241,4	+ 3,8%
Impôts et taxes affectés	5 098,6	- 4,5%	4 935,9	- 3,2%	4 956,2	+ 0,4%
<i>Taxes consommation du tabac</i>	1 648,3	- 2,8%	1 082,7	- 34,3%	1 092,8	+ 0,9%
<i>Contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S)</i>	1 404,3	+ 6,0%	1 396,6	- 0,5%	1 440,4	+ 3,1%
<i>Taxe sur les véhicules de sociétés</i>	983,0	+ 6,0%	940,0	- 4,4%	893,0	- 5,0%
<i>Cotisations sur les boissons alcooliques</i>	0,0	- 100,0%	0,0	-	0,0	-
<i>Taxe sur les bières et boissons non alcoolisée</i>	0,0	- 100,0%	0,0	-	0,0	-
<i>Droit de consommation sur les alcools</i>	870,5	+ 200,0%	1 329,4	+ 52,7%	1 339,4	+ 0,8%
<i>Taxes produits alimentaires</i>	178,1	- 0,7%	187,3	+ 5,2%	190,6	+ 1,8%
<i>Autres impôts et taxes affectées</i>	14,5	- 91,1%	0,0	- 100,0%	0,0	-
II - PRODUITS TECHNIQUES	1 059,1	+ 20,2%	990,3	- 6,5%	905,6	- 8,6%
Compensation démographique	0,0	- 100,0%	0,0	-	0,0	-
<b>Contribution du Régime général</b>	<b>79,1</b>	<b>- 230,7%</b>	<b>-39,3</b>	<b>- 149,7%</b>	<b>-176,6</b>	<b>+ 349,2%</b>
Produit à recevoir du FFPSA	0,0	-	0,0	-	0,0	-
Prise en charge médico social CNSA	975,5	+ 5,9%	1 025,2	+ 5,1%	1 077,9	+ 5,1%
Autres produits	4,5	- 4,9%	4,4	- 2,2%	4,4	- 1,7%
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	31,9	+ 18,1%	15,2	- 52,4%	16,4	+ 7,6%
IV - REPRISES SUR PROVISIONS	668,7	+ 1,5%	685,9	+ 2,6%	688,0	+ 0,3%
V - PRODUITS FINANCIERES	3,3	- 10,9%	3,2	- 2,5%	3,2	- 0,1%
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	29,2	+ 0,2%	31,5	+ 8,0%	268,0	+ 750,0%
C - PRODUITS EXCEPTIONNELS	6,0	+ 98,0%	6,0	+ 0,0%	6,0	+ 0,0%
<b>Résultat maladie</b>	<b>-27,1</b>		<b>-24,3</b>		<b>7,1</b>	

## 5. Annexe 2 : Tableau d'équilibre de la branche maladie des salariés

MALADIE SALARIES	En millions d'euros	Réalisations	Evolution	Prévisions	Evolution	Prévisions	Evolution
		2012	2012/2011	2013	2013/2012	2014	2014/2013
<b>TOTAL CHARGES MALADIE</b>		<b>5 451,1</b>	<b>- 0,3%</b>	<b>5 596,4</b>	<b>+ 2,7%</b>	<b>5 954,7</b>	<b>+ 6,4%</b>
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE		5 165,8	- 0,5%	5 301,5	+ 2,6%	5 379,9	+ 1,5%
I - PRESTATIONS SOCIALES		4 147,0	- 0,4%	4 205,5	+ 1,4%	4 260,3	+ 1,3%
Prestations maladie		3 757,5	- 0,7%	3 816,0	+ 1,6%	3 860,8	+ 1,2%
dont exécutées en ville		1 698,3	- 0,4%	1 721,2	+ 1,3%	1 741,2	+ 1,2%
dont exécutées en établissement		2 059,2	- 1,0%	2 094,9	+ 1,7%	2 119,6	+ 1,2%
- établissements sanitaires à tarification administrative		1 310,3	+ 0,5%	1 328,8	+ 1,4%	1 335,8	+ 0,5%
- médico-sociaux		475,5	- 5,2%	491,6	+ 3,4%	508,4	+ 3,4%
- cliniques privées		273,4	- 0,5%	274,4	+ 0,4%	275,4	+ 0,4%
Prestations maternité		161,7	- 3,4%	160,4	- 0,8%	159,7	- 0,5%
Prestations Invalidité		194,9	+ 7,3%	198,0	+ 1,6%	203,0	+ 2,5%
Actions de prévention		10,6	- 0,5%	10,8	+ 1,2%	10,9	+ 1,4%
Prestations extra légales		4,4	+ 9,8%	4,5	+ 3,7%	4,4	- 2,4%
Autres prestations (décès, Convention internationale)		17,9	+ 42,0%	15,8	- 12,2%	21,5	+ 36,6%
II - CHARGES TECHNIQUES		549,4	- 0,7%	618,8	+ 12,6%	634,8	+ 2,6%
dont prise en charge CNSA		434,6	- 5,4%	449,4	+ 3,4%	464,7	+ 3,4%
III - CHARGES TECHNIQUES DIVERSES		14,2	- 8,9%	14,4	+ 1,4%	14,7	+ 2,2%
IV - DOTATIONS AUX PROVISIONS		454,7	- 1,2%	462,2	+ 1,7%	469,6	+ 1,6%
V - CHARGES FINANCIERES		0,6	- 5,7%	0,6	- 0,5%	0,6	- 0,1%
B - CHARGES DE GESTION COURANTE		279,4	+ 1,8%	289,1	+ 3,4%	568,9	+ 96,8%
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES		5,9	+ 143,4%	5,9	+ 0,0%	5,9	+ 0,0%
<b>TOTAL PRODUITS MALADIE</b>		<b>5 486,9</b>	<b>- 1,4%</b>	<b>5 619,9</b>	<b>+ 2,4%</b>	<b>6 001,7</b>	<b>+ 6,8%</b>
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE		5 446,8	- 1,4%	5 577,2	+ 2,4%	5 671,7	+ 1,7%
I - COTISATIONS IMPOTS ET PRODUITS AFFECTES		4 019,1	+ 2,4%	4 010,5	- 0,2%	4 104,5	+ 2,3%
Cotisations		1 907,0	+ 5,5%	1 933,1	+ 1,4%	1 976,3	+ 2,2%
Cotisations prises en charge par l'Etat		204,4	- 9,4%	173,1	- 15,3%	172,0	- 0,6%
CSG		1 376,4	+ 1,7%	1 413,5	+ 2,7%	1 461,3	+ 3,4%
Impôts et taxes affectées		531,3	- 1,5%	490,7	- 7,6%	494,9	+ 0,9%
II - PRODUITS TECHNIQUES		934,3	- 16,5%	1 088,0	+ 16,4%	1 080,9	- 0,7%
Prise en charge médico social CNSA		463,9	- 5,7%	479,6	+ 3,4%	496,0	+ 3,4%
<b>Contribution du Régime général</b>		<b>462,5</b>	<b>- 25,3%</b>	<b>600,4</b>	<b>+ 29,8%</b>	<b>577,0</b>	<b>- 3,9%</b>
Contributions publiques (FSI, CMUC)		0,2	- 1,4%	0,2	+ 0,0%	0,2	+ 0,0%
Compensation démographique		0,0	-	0,0	-	0,0	-
Autres produits		7,7	- 0,3%	7,7	+ 0,4%	7,8	+ 0,9%
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES		29,5	+ 9,4%	20,5	- 30,4%	20,5	+ 0,0%
IV - REPRISES SUR PROVISIONS		460,4	+ 2,2%	454,7	- 1,2%	462,2	+ 1,7%
V - PRODUITS FINANCIERS		3,5	- 16,5%	3,5	+ 0,0%	3,5	+ 0,0%
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE		32,6	- 5,0%	35,2	+ 8,0%	322,5	+ 815,6%
C - PRODUITS EXCEPTIONNELS		7,5	+ 105,9%	7,5	+ 0,0%	7,5	+ 0,0%
<b>Résultat maladie</b>		<b>35,8</b>		<b>23,5</b>		<b>47,0</b>	