

Rapport Charges et Produits MSA 2017





santé
famille
retraite
services

Rapport 2017
au Ministre chargé de la Sécurité sociale
et
au Parlement

Sommaire

1. La mise en œuvre de l'ONDAM au régime agricole	5
1.1. La réalisation de l'ONDAM au régime agricole en 2015	5
1.1.1. L'évolution globale	5
1.1.2. L'évolution des soins de ville	6
1.1.3. L'évolution des dépenses au titre des établissements	7
1.2. Le bilan du plan de gestion du risque MSA en 2015	9
1.2.1. Actions de contrôle des arrêts de travail	9
1.2.1.1. Contrôle des arrêts de travail répétitifs	9
1.2.1.2. Respect du délai d'envoi de 48 heures	9
1.2.1.3. Indication du motif médical sur les arrêts de travail	9
1.2.1.4. Contrôle de la qualité du prescripteur d'une prolongation	10
1.2.1.5. Signalement des employeurs	10
1.2.2. Les actions en lien avec la Liste des Produits et Prestations	10
1.2.2.1. Contrôle LPP	10
1.2.2.2. Traitement des ententes préalables de grand appareillage	10
1.2.3. Actions sur les médicaments	11
1.2.3.1. Versatis® : respect de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM)	11
1.2.3.2. Associations médicamenteuses formellement contre indiquées	13
1.2.4. Actions de contrôles sur les actes infirmiers	13
1.2.4.1. Le contrôle du non cumul des AIS 3	14
1.2.4.2. Le contrôle des majorations de nuit	14
1.2.4.3. L'action de contrôles d'actes et prestations d'infirmiers intervenant auprès des patients pris en charge en SSIAD	15
1.2.5. Actions de contrôles sur les EHPAD	15
1.2.5.1. Le contrôle des facturations pour les ressortissants du régime agricole hébergés en EHPAD	16
1.2.5.2. La récupération d'indus auprès des EHPAD par les CMSA pivots	16
1.2.6. Actions auprès des établissements de santé	16
1.2.6.1. Contrôle Régional de la T2A	16
1.2.6.2. Accompagnement des établissements dont la MSA est caisse pivot	17
1.2.6.3. Mise sous accord préalable des actes pratiqués en établissements	17
1.2.7. Contrôle de l'ordonnancier bizone	18
1.2.8. Prise en charge dentaire des patients diabétiques	18
1.2.9. Expérimentation Carte de Transport Assis	18
1.2.10. Mutualisation du Recours Contre Tiers	19
1.3. Les prévisions 2016-2017 de soins de ville	19
1.3.1. Les prévisions 2016 de soins de ville	19
1.3.2. Les évolutions tendanciennes 2017 en soins de ville	21

1.4.	Les mécanismes d'équilibrage des régimes agricoles pour la branche maladie	22
1.4.1.	Le régime des salariés agricoles	22
1.4.2.	Le régime des non-salariés agricoles	23
1.4.3.	Le régime agricole	24
2.	Développer la connaissance du risque des populations agricoles et rurales	25
2.1.	Mieux connaître les risques liés aux caractéristiques de la population agricole	26
2.1.1.	Caractéristiques démographiques de la population agricole protégée en maladie : perspectives 2020	26
2.1.2.	Caractéristiques en santé de la population agricole	32
2.1.2.1.	Les patients et prestations pris en charge au titre d'une ALD au régime agricole en 2015	32
2.1.2.2.	La santé auditive	34
2.1.2.3.	La santé mentale des populations agricoles	45
2.1.3.	Le suicide et les situations à risques chez les ressortissants agricoles	58
2.2.	Mieux connaître les modalités de recours à l'offre de soins des ressortissants agricoles	62
2.2.1.	La prise en charge du diabète et ses complications chez les ressortissants agricoles	62
2.2.2.	La prise en charge du cancer de la prostate	69
2.2.3.	Le recours aux urgences des populations agricoles	73
2.2.4.	Bilan de la Liste des Produits et Prestations (LPP)	83
3.	Les mesures proposées par la MSA	90
3.1.	Développer un programme de prévention adapté aux ressortissants agricoles	93
3.1.1.	Les éducations en santé	93
3.1.2.	L'éducation thérapeutique du patient (ETP)	94
3.1.3.	Une offre de prévention ciblée, en lien avec le médecin traitant	95
3.2.	Optimiser le parcours de santé en milieu rural sur certains territoires ruraux identifiés comme « à risques »	102
3.2.1.	Favoriser l'accès à l'offre de soins primaires en accompagnant la démographie médicale en milieu rural	102
3.2.1.1.	Favoriser l'installation en milieu rural : exercer en campagne	104
3.2.1.2.	Repérer, susciter et accompagner les initiatives de coopération entre les PS sur un territoire en situation de crise : l'exemple de Louvigné du Désert	104
3.2.1.3.	S'engager pour l'accessibilité d'une offre hospitalière de proximité : une illustration en Franche-Comté	106
3.2.1.4.	Mise en perspective : la contribution de la MSA sur les territoires « à risque » d'accessibilité à l'offre	107
3.2.2.	Optimiser le parcours de santé en milieu rural par des actions territoriales permettant de réduire les risques de rupture du parcours	108
3.2.2.1.	Optimiser le recours aux soins primaires par l'Education à la Santé Familiale (ESF)	108
3.2.2.2.	Favoriser l'accès à une prise en charge diététique et psychologique par	

l'extension de l'expérimentation d'un forfait _____	110
3.2.2.3. Le parcours de santé des aidants _____	111
3.2.2.4. Accompagner les parcours de soins en milieu rural dans leur dimension sanitaire, médico-sociale et sociale : Pays de Santé _____	112
3.3. L'accompagnement du virage ambulatoire _____	113
3.3.1. Le déploiement des PRADO _____	113
3.3.1.1. Prado Maternité _____	113
3.3.1.2. L'extension de l'expérimentation de PRADO insuffisance cardiaque	113
3.3.1.3. L'extension de PRADO orthopédie _____	113
3.3.2. L'action « chirurgie ambulatoire en campagne » _____	116
3.4. Propositions d'évolution réglementaire concernant les sièges coquilles ____	123
ANNEXES _____	134
Annexe 1 : Synthèse de la place des ex-hôpitaux locaux dans la prise en charge des personnes âgées _____	135
Annexe 2 : La démarche de diagnostic territorial de la MSA et l'exemple de la MSA Languedoc _____	145
Annexe 3 : Chirurgie ambulatoire : résultats nationaux et régionaux ____	149

1. La mise en œuvre de l'ONDAM au régime agricole

1.1. La réalisation de l'ONDAM au régime agricole en 2015

1.1.1. L'évolution globale

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015 a fixé l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour l'année 2015 à 182,3 milliards d'euros, ce qui correspond à une progression de + 2,15 %. Cet objectif a ensuite été abaissé à + 2,0 % dans le cadre du programme de stabilité.

Les prestations suivant le champ de l'ONDAM versées par le régime agricole (salariés et non-salariés agricoles), à savoir les remboursements de 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'élèvent à 10,90 milliards d'euros en 2015. Elles sont en baisse (- 6,9 %) par rapport aux dépenses de 2014 (cf. Tableau 1).

Ce recul des dépenses est dû aux évolutions des dépenses comptabilisées au titre des établissements de santé en diminution de - 12,8 %, et notamment des charges à payer au titre de l'hospitalisation publique, les dépenses de soins de ville étant en hausse de + 0,8 %. L'année 2015 est marquée par des évolutions nettement inférieures à celles de l'année dernière. Pour les soins de ville, la croissance passe ainsi de + 2,6 % en 2014 à + 0,8 % en 2015.

Les prestations exécutées en établissement et en ville représentent respectivement 52,1 % et 45,6 % des dépenses du régime agricole suivant le champ de l'ONDAM en 2015.

Les dépenses comptabilisées suivant le champ de l'ONDAM pour le régime des **non-salariés agricoles** s'élèvent à 6,72 milliards d'euros en 2015, en baisse de - 8,5 % par rapport à 2014 (cf. Tableau 1).

L'évolution des dépenses de soins de ville des non-salariés agricoles s'inverse : - 0,5 % en 2015 après + 1,7 % en 2014. Cette inversion de tendance fait suite, notamment, au moindre impact de la montée en charge des indemnités journalières maladie mises en place pour ce régime au 1^{er} janvier 2014.

Les dépenses des prestations exécutées en établissement, qui représentent plus de la moitié des dépenses (55,1 %), évoluent de - 14,0 %.

Les dépenses suivant le champ de l'ONDAM pour le régime des **salariés agricoles** sont de 4,18 milliards d'euros en 2015. Elles baissent de - 4,3 % par rapport à 2014 (cf. Tableau 1).

Au régime des salariés agricoles, les dépenses de soins de ville sont en hausse de + 2,7 % en 2015, après une évolution de + 4,3 % en 2014.

Les dépenses en établissements pour le régime des salariés agricoles, qui représentent 47,2 % de la dépense totale, baissent de - 10,4 %.

Tableau 1 : Prestations champ ONDAM - Montants en millions d'euros

	Régime Agricole		Non-salariés		Salariés	
	Montants 2015	Evolution	Montants 2015	Evolution	Montants 2015	Evolution
Honoraires des médecins généralistes	377,7	0,0%	222,6	-1,5%	155,1	2,2%
Honoraires des médecins spécialistes	527,7	1,4%	286,7	-0,7%	240,9	4,0%
Honoraires des dentistes	149,3	2,6%	70,8	-0,4%	78,5	5,5%
Honoraires paramédicaux	986,6	1,9%	697,5	1,2%	289,1	3,6%
dont Honoraires des infirmiers	722,8	2,2%	537,8	1,7%	185,0	3,4%
dont Honoraires des masseurs kinésithérapeutes	228,8	0,7%	145,7	-0,7%	83,2	3,3%
Biologie	186,7	-1,0%	110,3	-2,8%	76,4	1,8%
Transports	305,9	2,2%	193,5	1,5%	112,3	3,3%
Produits de santé	1 676,6	-2,2%	1 016,7	-3,8%	659,9	0,5%
dont Produits de la LPP	422,8	2,8%	274,6	1,4%	148,3	5,5%
dont Pharmacie	1 253,8	-3,7%	742,1	-5,6%	511,6	-0,8%
Autres prestations (autres honoraires, cures thermales, etc)	51,2	8,8%	29,7	3,9%	21,5	16,3%
Autres charges (*)	199,2	6,5%	124,7	6,3%	74,5	6,8%
TOTAL SOINS DE VILLE HORS INDEMNITES JOURNALIERES	4 460,8	0,3%	2 752,6	-1,1%	1 708,3	2,6%
Indemnités journalières	514,1	5,8%	103,8	16,6%	410,3	3,4%
TOTAL SOINS DE VILLE	4 974,9	0,8%	2 856,4	-0,5%	2 118,5	2,7%
Etablissements hors médico-sociaux	4 150,0	-16,9%	2 662,0	-18,5%	1 488,0	-13,8%
dont Etablissements de santé tarifés à l'activité	2 960,4	-23,7%	1 891,5	-25,7%	1 068,9	-19,9%
dont Autres dépenses en établissements de santé	1 189,6	6,8%	770,5	6,8%	419,0	6,9%
Etablissements médico-sociaux	1 528,9	0,9%	1 042,1	0,4%	486,8	2,0%
dont Etablissements pour personnes âgées	1 291,7	0,5%	984,6	0,5%	307,1	0,1%
dont Etablissements pour personnes handicapées	237,2	3,1%	57,5	-2,8%	179,8	5,2%
TOTAL PRESTATIONS EXECUTEES EN ETABLISSEMENT	5 679,0	-12,8%	3 704,1	-14,0%	1 974,8	-10,4%
Autres prises en charges et FIR	247,5	-7,1%	159,0	-2,9%	88,5	-13,7%
TOTAL CHARGES ONDAM	10 901,4	-6,9%	6 719,5	-8,5%	4 181,8	-4,3%

(*) Autres charges : prise en charge de cotisations des PAM, Fonds d'Intervention de la Qualité et de la Coordination des Soins, remises conventionnelles des laboratoires pharmaceutiques, aide à la télétransmission

Source : MSA

1.1.2. L'évolution des soins de ville

Les dépenses de soins de ville du régime agricole suivant le champ de l'ONDAM augmentent de + 0,8 % en 2015, soit une évolution inférieure de - 1,8 point par rapport à l'année précédente. Cette hausse moins forte s'explique notamment par la réduction de l'impact des indemnités journalières pour le risque maladie des non-salariés agricoles, mises en place à compter du 1^{er} janvier 2014 et par le moindre impact des nouveaux traitements contre l'hépatite C.

Dans la majorité des différents postes de dépenses des soins de ville les évolutions sont plus modérées qu'en 2014.

Les postes les plus concernés par un recul sont les honoraires de médecins généralistes dont l'évolution est inférieure de - 1,4 point, les prescriptions pharmaceutiques avec un recul de - 3,4 points et les indemnités journalières dont l'évolution passe de + 16,4 % en 2014 à + 5,8 % en 2015. A contrario, les honoraires des dentistes, les dépenses de biologie et les frais de

transport enregistrent des évolutions supérieures à celles de l'année précédente.

Les dépenses de soins de ville pour les **non-salariés agricoles**, suivant le champ de l'ONDAM, enregistrent une baisse de - 0,5 % en 2015 après + 1,7 % en 2014. Les postes les plus concernés par ce recul sont les honoraires de médecins généralistes qui perdent - 2,2 points en un an, les dépenses des masseurs kinésithérapeutes avec un recul de - 2,4 points et les dépenses de pharmacie dont la baisse s'accroît et passe de - 2,7 % à - 5,6 % en 2015. Enfin, le poste connaissant le plus fort ralentissement dans son évolution est celui des indemnités journalières dont la croissance s'établit à + 16,6 % en 2015, évolution nettement inférieure à celle de l'année précédente marquée par la montée en charge progressive sur 3 ans depuis 2014 du dispositif d'indemnisation des arrêts de travail maladie pour ce régime.

Pour les **salariés agricoles** la hausse des dépenses de soins de ville ralentit en 2015, + 2,7 % après + 4,3 % en 2014. Elle reste cependant soutenue du fait de l'augmentation du nombre de personnes protégées de ce régime.

Le ralentissement est principalement dû aux prescriptions pharmaceutiques avec le moindre impact des nouveaux traitements contre l'hépatite C. L'évolution des dépenses de pharmacie est ainsi inférieure de - 4,4 points. Les indemnités journalières ralentissent également avec une évolution de + 3,4 % en 2015 après + 5,7 % en 2014.

1.1.3. L'évolution des dépenses au titre des établissements

Les dépenses comptabilisées du régime agricole au titre des établissements baissent de - 12,8 % en 2015, - 14,0 % pour le régime des non-salariés agricoles, - 10,4 % pour le régime des salariés agricoles (Tableau 2).

Tableau 2 : Évolution des versements par type d'établissements en 2015

	Total	Établissements publics	Établissements privés	Établissements médico-sociaux
Régime agricole	- 12,8 %	- 20,2 %	- 1,3 %	+ 0,9 %
Non-salariés	- 14,0 %	- 21,7 %	- 3,0 %	+ 0,4 %
Salariés	- 10,4 %	- 17,3 %	+ 1,6 %	+ 2,0 %

Source : données comptables MSA

Ces reculs proviennent surtout de la diminution des versements aux établissements publics (respectivement -21,7 % et - 17,3 % pour le régime des non-salariés et le régime des salariés), et notamment de la baisse des prestations au titre de l'exercice courant (Tableau 3).

Tableau 3 : Détail de l'évolution des versements aux établissements publics en 2015

		Etablissements publics
Régime agricole	Prestations au titre de l'exercice courant	-14,2%
	Prestations au titre de l'exercice précédent	4,3%
	Régularisations au titre de l'exercice précédent	-100,0%
	Provisions sur prestations	-30,1%

Source : données comptables MSA

Cette forte baisse résulte d'un changement de comptabilisation, à la suite d'une remarque de la Cour des Comptes : une partie des provisions est maintenant enregistrée dans les charges à payer.

Les remboursements de soins en établissements privés pour le régime agricole diminuent de - 1,3 % après une évolution de + 0,1 % en 2014. L'évolution est contrastée entre les régimes : à la baisse au régime des non-salariés, - 3,0 % après une baisse de - 1,2 % en 2014, à la hausse au régime des salariés, + 1,6 % en 2015 après + 2,3 % en 2014.

Ces évolutions différentes se retrouvent au niveau de l'Objectif des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique (ODMCO), en recul de - 4,0 % au régime des non-salariés, en hausse de + 1,0 % au régime des salariés et des frais de séjours en psychiatrie, - 3,8 % pour les premiers et + 15,0 % pour les seconds (cf. encadré 1). A l'inverse, les frais de séjours en soins de suite et de réadaptation sont en progression dans les deux régimes, respectivement + 1,9 % et + 2,0 %.

Encadré 1 : la croissance des frais de séjours en psychiatrie au régime des salariés agricoles en 2015

La croissance des frais de séjours en psychiatrie a été très soutenue tout au long de l'année 2015 pour atteindre un taux d'évolution de + 16,5 % à fin décembre au régime des salariés agricoles, en date de remboursement.

Une étude spécifique a été menée pour mieux comprendre cette forte évolution. Les résultats indiquent que la hausse ne se concentre pas sur certains territoires ou établissements, et ne s'explique pas (ou très peu) par un effet « offre », c'est-à-dire par des ouvertures d'établissement. Elle provient surtout d'un effet « volume » se traduisant par un nombre de patients pris en charge en hausse de + 10,2 %.

Néanmoins, les patients affiliés au régime des salariés agricoles et pris en charge en psychiatrie restent peu nombreux (environ 2 000 patients en 2015). La hausse du nombre de patients entre 2014 et 2015 impacte fortement l'évolution de ce poste de dépenses, mais elle est relativement faible en valeur absolue (moins de 200 patients).

Au régime agricole, la croissance des versements aux établissements médico-sociaux reste modérée dans les deux régimes : + 0,4 % après une hausse de + 1,8 % en 2014 pour le régime des non-salariés, + 2,0 % en 2015 après une hausse de + 0,6 % en 2014 pour le régime des salariés. Modération qui concerne surtout les dépenses au titre des établissements pour personnes âgées (+ 0,5 % en 2015, + 1,3 % en 2014, + 3,5 % en 2013 au régime agricole), alors que les dépenses au titre des personnes handicapées poursuivent leur progression (+ 3,1 % en 2015, + 2,2 % en 2014, + 1,7 % en 2013).

1.2. Le bilan du plan de gestion du risque MSA en 2015

Le plan de Gestion du Risque (GDR) MSA 2015 s'inscrit dans la continuité des plans précédents avec une perspective de recentrage sur les actions à plus fort impact économique parmi les actions déjà initiées les années précédentes.

1.2.1. Actions de contrôle des arrêts de travail

1.2.1.1. Contrôle des arrêts de travail répétitifs

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

En 2015, 568 assurés (contre 593 assurés en 2014) ont présenté au moins 3 arrêts sur une période de 6 mois. Après analyse médicale, excluant les malades dont la pathologie justifie la fréquence de ces arrêts de travail, la moitié d'entre eux a été destinataire d'un courrier de sensibilisation, soit 299 assurés (contre 311 assurés en 2014, et 420 courriers en 2013).

Un cinquième de ces assurés sensibilisés ont présenté un quatrième arrêt dans les 6 mois suivants (contre un quart en 2014). Seuls six d'entre eux ont fait l'objet de cessation de paiement d'indemnités journalières à la suite de ce quatrième arrêt.

1.2.1.2. Respect du délai d'envoi de 48 heures

En 2015, 18 300 dossiers ont fait l'objet d'un courrier de mise en garde (soit - 9% par rapport à 2014).

Malgré ce courrier, 2 623 prescriptions (soit 14% des envois tardifs) ont dépassé à nouveau ce délai dans les 24 mois qui ont suivi, générant l'application d'une sanction et l'information de l'employeur (contre 2 350 prescriptions en 2014, soit 12% des envois tardifs).

1.2.1.3. Indication du motif médical sur les arrêts de travail

En 2015, à l'occasion des contrôles portant sur l'indication du motif médical justifiant l'arrêt de travail sur le volet médical destiné au contrôle médical, 11 200 arrêts de travail sans motif ont été relevés (contre 7 685 en 2014, soit une augmentation de 46% par rapport à 2014).

Une fois ces arrêts de travail détectés, le prescripteur à l'origine de l'arrêt de travail et/ou l'assuré se voient retourner l'imprimé. Ce sont 6 200 médecins prescripteurs (contre 4 365 en 2014) et près de 9 500 assurés (contre 6 000 assurés en 2014) qui ont donc été destinataires de ces arrêts sans motifs. 86% des dossiers sont retournés avec le motif médical renseigné mais 14% des arrêts qui n'ont pas été renseignés ne sont pas indemnisés.

1.2.1.4. Contrôle de la qualité du prescripteur d'une prolongation

En 2015, 1 800 prolongations d'arrêts de travail présentées au service maladie des caisses de MSA ont été jugées sans motif recevable (rédigées par un prescripteur autre que le prescripteur initial ou le médecin traitant de l'assuré). Malgré un taux de justification de 80% à la suite du courrier, 368 prolongations ont fait l'objet d'une notification de refus de prise en charge (contre 232 en 2014).

1.2.1.5. Signalement des employeurs

En 2015, 29 caisses de MSA ont reçu 287 signalements (contre 350 en 2013) de la part d'employeurs inscrits au régime agricole concernant les arrêts potentiellement suspects de l'un de leurs salariés. 90% de ces employeurs se sont vus adresser un courrier d'information sur les actions de la MSA dans le domaine du contrôle des arrêts de travail et de la possibilité qu'ils ont de recourir à un contrôle par un médecin expert privé.

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

1.2.2.1. Contrôle LPP

En août 2014, la CNAMTS a mis en place une action, portant sur le contrôle des dispositifs médicaux et prestations associées relevant de la liste des produits et prestations (LPP). Les caisses de MSA se sont associées à cette action dans le cadre des coopérations régionales inter-régimes. 32 caisses de MSA ont poursuivi cette action en 2015.

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

Plus de 8 600 fournisseurs (pharmaciens ou fournisseurs d'appareillage) de produits de la LPP ont été contrôlés par l'ensemble des caisses de MSA. Les contrôles ont mis en évidence des anomalies de facturation pour un tiers d'entre eux (31%).

Le montant total des anomalies s'élève à plus **1 024 000 €** sur le second semestre 2014 et l'année 2015. A la fin du premier trimestre 2016, un tiers de ce montant a été notifié aux fournisseurs et prestataires concernés, soit près de **500 000€** (contre 190 000€ en 2014). Quatre fournisseurs ont fait l'objet de sanction mais aucun ne s'est vu infliger de pénalités.

1.2.2.2. Traitement des ententes préalables de grand appareillage

Depuis 2012, les caisses de MSA se sont organisées (formation de binômes médico-administratifs et mise en place de référents régionaux) afin de faire face à la suppression des

centres médicaux d'appareillage (CMA) afin de répondre aux demandes d'ententes préalables du grand appareillage (chapitre 5, 6 et 7 du titre II de la liste des produits et prestations remboursables).

La nouvelle organisation est montée à l'appui de 5 référents régionaux formés spécifiquement et d'une formation médico-administrative dispensée à un binôme médico-administratif de chaque caisse.

En 2015, les caisses de MSA ont ainsi fait l'objet de plus de 16.000 demandes de prise en charge d'appareillage (contre 17 000 en 2014), dont 5% ont donné lieu à des refus totaux et 3% à des refus partiels. Le montant net de ces refus s'élève à **935 000 €** (sur la base de 740 refus totaux et 530 refus partiels en 2015) contre un montant total de refus de 755.000 euros en 2014 (sur la base de 655 refus totaux et 595 refus partiels).

1.2.3. Actions sur les médicaments

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

Les remboursements de Versatis®, emplâtre à la lidocaïne, principe actif de la classe des anesthésiques locaux, n'avaient cessé de croître depuis le début de sa commercialisation prise en charge par l'assurance maladie, en février 2011. Dès lors, une action a été mise en place en 2013 pour vérifier la justification médicale de ces prescriptions.

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

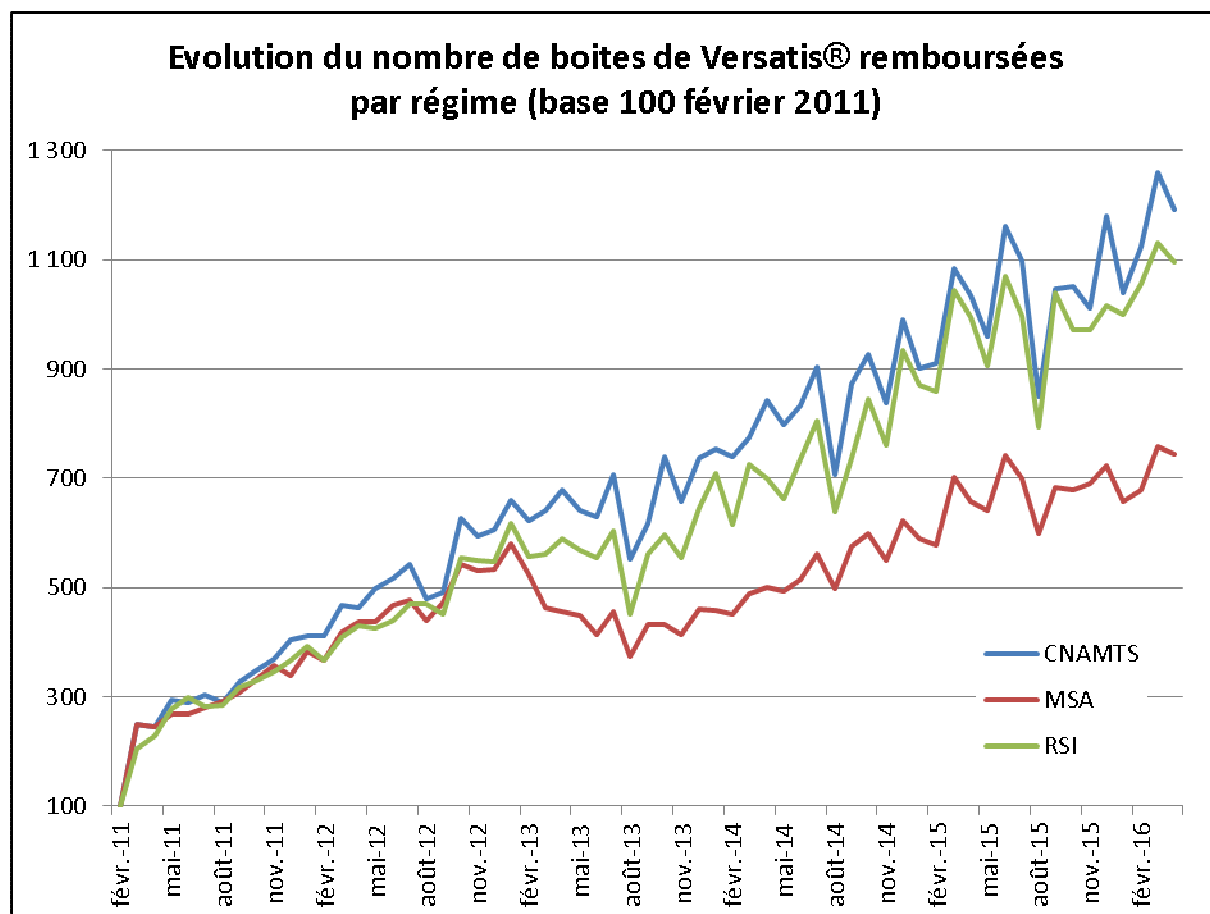
Les résultats de cette action ont été concluants en 2013 et 2014. C'est la raison pour laquelle 30 caisses de MSA ont souhaité la poursuivre en 2015. Près de 4800 assurés ont ainsi été ciblés par cette action et 3000 courriers ont été adressés aux prescripteurs pour leur demander de confirmer si la prescription respectait bien les indications de l'AMM, et dans le cas contraire les informer de l'arrêt de la prise en charge du médicament par l'assurance maladie. 50% d'entre eux ont répondu à ce courrier et ont validé leur prescription dans 37% des cas. A date, les indus constatés en 2014 s'élèvent à 38 000 € pour 5 caisses.

En termes de perspective, on note qu'au régime agricole, l'action a permis d'infléchir la tendance linéaire à la hausse de délivrance de boîtes de Versatis® à partir de février 2013 (Graphique 7). A partir du mois d'octobre 2013 cependant, une reprise des remboursements est constatée. Au régime général et au régime social des indépendants, les mêmes tendances observées au régime agricole en 2011 et 2012 se perpétuent sans rupture sur les années 2013-2015.

Depuis 2014, les économies réalisées sont essentiellement liées à un effet « base » en lien avec l'initialisation de l'action. La reconduction en 2015 de l'action se traduit en fin d'année 2015 puisqu'on observe l'amorce d'une décroissance du nombre de boîtes prescrites.

Toutefois, l'impact est moins important comparé à l'effet mesuré au démarrage de l'action en 2013 (Graphique 1).

Graphique 1 : Evolution du nombre de boîtes de Versatis® remboursées par régime



Source : SNIIRAM – exploitation MSA

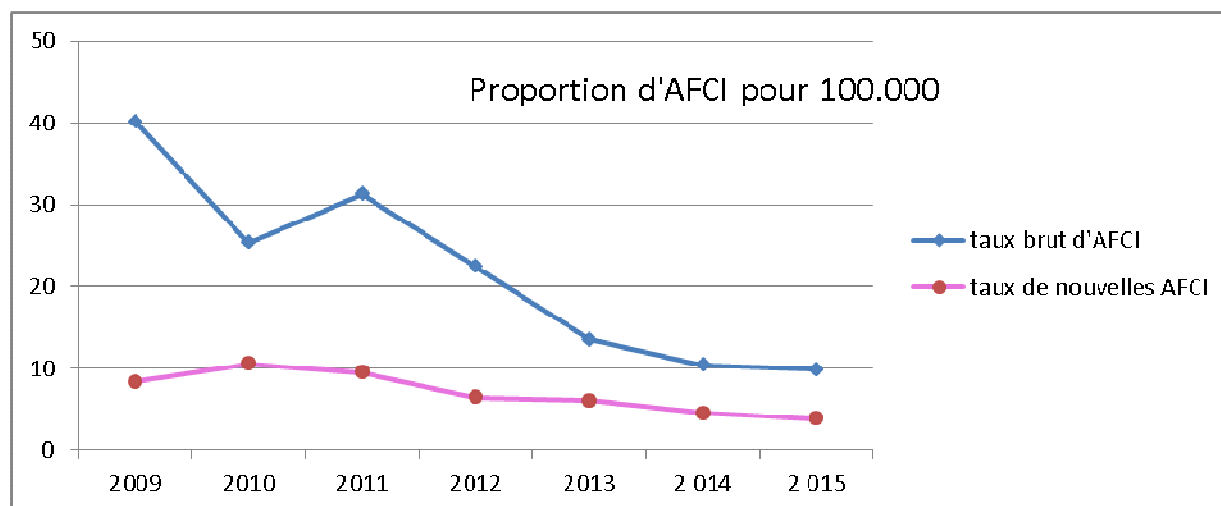
Une réflexion est en cours pour optimiser l'impact de cette action, en élargissant son périmètre.

1.2.3.2. Associations médicamenteuses formellement contre indiquées

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

Sur les cinq dernières années (Graphique 2), le taux de nouvelles AFCI est en légère décroissance, il s'établit en 2015 à 3,8 AFCI pour 100 000 ordonnances liquidées (contre 4,5 AFCI pour 100 000 ordonnances liquidées en 2014 en 6,1 AFCI pour 100 000 ordonnances liquidées en 2013). En revanche, le taux brut d'AFCI, correspondant à l'ensemble des ordonnances et aux renouvellements détectés automatiquement par l'outil informatique est en décroissance sur la période, il est passé de 40 pour 100 000 en 2009, première année de la mise en place de l'action, à 9,9 en 2015 (contre 10,4 en 2014 et 13,5 en 2013). Cette tendance à la baisse révèle l'impact de l'action.

Graphique 2 : Taux d'AFCI pour 100 000 ordonnances



1.2.4. Actions de contrôles sur les actes infirmiers

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

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

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

Les résultats présentés correspondent aux contrôles durant deux années consécutives (2014 et 2015), dans un souci d'homogénéité et dans le contexte d'une diversité de planification de cette action par les caisses.

1.2.4.1. Le contrôle du non cumul des AIS 3

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

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

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

La facturation de plus de 4 AIS3 par jour a été identifiée chez plus de 5 300 patients MSA, ces actes avaient été réalisés par 8 000 IDE. Le chiffrage du dépassement de la limite fixée par la NGAP s'élève à **855 000€**.

Le contrôle à 6 mois, chez les patients informés de la fin de prise en charge de ce cumul d'actes, révèle des situations où la mise en garde n'a pas été suivie d'effet. Au moment du bilan (janvier 2016) cette phase n'est pas encore achevée, néanmoins 310 000 € d'indus ont été notifiés soit environ un tiers des anomalies détectées.

Quarante dossiers ont été transmis à la cellule de lutte contre la fraude.

1.2.4.2. Le contrôle des majorations de nuit

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

Après analyse par le contrôle médical, des doubles facturations de nuit ont été relevées chez **2380 IDE** (contre 1.840 IDE en 2014), pour un montant remboursé de **415 000 €**.

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

En 2015, près de 500 courriers ont été transmis, dont la moitié a fait l'objet de réponse.

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

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

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

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

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

En 2015, le contrôle a porté sur les remboursements effectués pour 1153 SSIAD (contre 1124 SSIAD en 2014). Comme en 2014, 70 % des SSIAD contrôlés ont présenté des anomalies qui portent sur près de 3 000 IDE libéraux.

Le montant global de ces anomalies s'élève à **641 000 €** (contre 550 000 € en 2014). Le montant total des notifications est de 516 000€ (contre 375 000 € en 2014) dont un tiers est réclamé aux IDE.

64 % des sommes réclamées aux SSIAD et la moitié de celles réclamées aux IDE ont été récupérées par les caisses de MSA, soit un montant total de **320 000 €** (contre 276 000 € en 2014).

1.2.5. Actions de contrôles sur les EHPAD

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

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

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

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

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

Les caisses MSA qui ont mené cette action ont détecté **3,39 M€ d'anomalies de facturation** d'actes en ville chez des assurés MSA résidant en EHPAD contre 1,28 M€ en 2014 (Tableau 4). Au premier trimestre 2016, 43 % de ce montant avait été notifié, soit 1,45 M€.

Les anomalies sont relevées sur le poste LPP pour 59 % d'entre-elles.

Tableau 4 : Montant des anomalies constatées auprès des EHPAD par les CMSA

option tarifaire	Montants des anomalies constatées							Total anomalies notifiées
	LPP	IDE	Médecins généraliste	Masseur Kiné	Auxiliaires médicaux	Biologie	Total anomalies constatées	
global	800 151	301 141	229 727	256 357	105 333	150 834	1 843 543	871 134
partiel	1 206 029	308 515	12 535	11 230	404	7 923	1 546 638	579 651
Total général	2 006 180	609 656	242 262	267 587	105 738	158 757	3 390 181	1 450 785

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

Au premier trimestre 2016, un tiers des caisses avaient terminé la campagne 2015. Les MSA pivots des EHPAD contrôlés ont notifié aux établissements plus de **700 000€** correspondant à 77% des anomalies relevées par les caisses gestionnaires (Tableau 5).

Tableau 5 : Montant des indus détectés, notifiés et récupérés par les CMSA pivots d'EHPAD

option tarifaire	anomalies constatées			anomalies notifiées			montant total recouvré	
	MSA	Autres régimes	TOTAL	MSA	Autres régimes	TOTAL	sur dotation	virement ou autre
global	291 888	380 447	672 335	217 454	303 382	520 836	207 473	26 289
partiel	127 942	102 108	230 050	70 226	102 924	173 150	126 824	21 896
total	419 830	482 555	902 385	287 680	406 306	693 986	334 297	48 185

La campagne n'étant pas achevée au moment de la consolidation des résultats, le montant récupéré reste inférieur aux notifications (seule la moitié des anomalies a été recouvrée, essentiellement sur dotation).

1.2.6. Actions auprès des établissements de santé

1.2.6.1. Contrôle Régional de la T2A

En 2015, les médecins-conseils de la MSA ont contribué au contrôle de la T2A au sein des Unités de contrôle régionales (UCR).

Ils ont participé au contrôle de 55 établissements sur les 136 ciblés (contre 50 établissements sur les 199 ciblés en 2014), soit une contribution à 40 % des contrôles sur site. La MSA a ainsi participé au contrôle de près de 47 000 dossiers, dont 39% ont présenté des anomalies.

Les montants des sur-facturations et des sous-facturations relevées lors des contrôles sont fournis pour les trois dernières campagnes (2013, 2014, 2015) dans le tableau 6.

Tableau 6 : Montants notifiés par les caisses de MSA aux établissements dont elles sont pivots

	campagne 2015 (en cours)			campagne 2014			campagne 2013		
	sur facturations des établismt	sous facturations des établismt	mont net notifié	sur fact campagne 2014	sous fact campagne 2014	mont net campagne 2014	sur fact campagne 2013	sous fact campagne 2013	mont net campagne 2013
établissements publics	466 786	168 146	298 639	1 554 827	340 980	1 213 847	1 584 046	252 627	1 331 419
établissements privés	57 653	6 373	51 280	181 544	38 600	142 944	216 732	18 617	198 115
Ensemble	524 439	174 519	349 919	1 736 371	379 580	1 356 791	1 800 777	271 244	1 529 534

source : CCMSA - DERS

En janvier 2016, les données portant sur le résultat de la campagne de contrôle 2015 n'étaient pas encore consolidées par les UCR au moment du recueil de ces indicateurs. Seules quatre caisses avaient notifié des indus à des établissements publics pour un montant de 248 000 €. Autant de caisses ont émis des indus envers des établissements privés pour un montant global de 51 000€ (dont 35 000 € était récupérés en janvier). En revanche, la campagne menée en 2014 et portant sur l'activité 2013, est achevée en 2015.

Les indus notifiés sont le reflet des anomalies trouvées sur les dossiers contrôlés. Les caisses de MSA ont notifié **1,2 M€** aux établissements publics dont elles sont pivot (contre 1,3M€ pour l'exercice précédent) et **0,143 M€** (contre près de 0,2 M€) aux établissements privés pour les facturations non-conformes chez les patients du régime agricole.

1.2.6.2. Accompagnement des établissements dont la MSA est caisse pivot

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

En 2015, il y a 5 nouveaux établissements ciblés, dont la MSA soit pivot, sur les thématiques : transports, prescriptions en ville et liste en sus. La signature de contrats est prévue au second semestre 2016.

1.2.6.3. Mise sous accord préalable des actes pratiqués en établissements

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

En 2015, les médecins-conseils de la MSA ont reçu 31 demandes dans le cadre de la MSAP chirurgie ambulatoire. Le taux de refus de réalisation de ces actes en hospitalisation complète est de 10 %.

Les demandes concernant les soins en SSR sont encore moins nombreuses (9 en 2015 contre 140 en 2014) et, elles concernent 9 établissements). Elles ont presque toutes été acceptées

1.2.7. Contrôle de l'ordonnancier bizone

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

En 2015, cette action réalisée par 11 caisses a permis de sensibiliser 400 praticiens libéraux. Un courrier leur détaillant les prescriptions réalisées hors liste pour chacun de leurs patients leur a été transmis. Le contrôle a permis de détecter des anomalies de prescription chez 4400 patients en ALD.

Le montant du ticket modérateur des remboursements des actes et prestations hors liste, remboursés à tort à 100 %, s'élève à **204 000 €** (contre 436 000 € en 2013).

1.2.8. Prise en charge dentaire des patients diabétiques

L'objectif de cette nouvelle action est d'améliorer le suivi bucco-dentaire des diabétiques, conformément aux recommandations de la Haute Autorité en Santé. Il s'agit donc d'informer les assurés diabétiques qui n'ont eu aucun acte dentaire depuis deux ans des conséquences du diabète sur d'éventuelles maladies parodontales.

Les professionnels de santé sont parallèlement informés de l'action par le biais des Commissions Paritaires Locales et/ou envoi électronique pour les chirurgiens-dentistes, les médecins généralistes et endocrinologues.

21 CMSA ont initié cette action. Le requêtage a mis en évidence un taux de 61% de diabétiques qui n'étaient pas suivis sur le plan dentaire.

Face au nombre important de diabétiques estimés non suivis sur le plan dentaire (3 800 en moyenne par caisse), les caisses n'ont pas pu aller jusqu'au terme de cette action.

Seule la caisse de Lorraine l'a finalisée mais elle a limité leur nombre en ne s'adressant qu'aux assurés de moins de 80 ans (soit 1 418 assurés).

1.2.9. Expérimentation Carte de Transport Assis

Cette expérimentation initiée en décembre 2014, pour une durée d'un an, vise à tester la mise en place d'une carte de transport dédiée aux personnes dialysées ayant un recours régulier aux transports, conditionnant ainsi le remboursement de leur transport vis-à-vis du transporteur.

A l'image d'un abonnement, la carte de transport assis (CTA) a valeur de prescription de transport assis professionnalisé (TAP) répété de longue durée. Les démarches de l'assuré et du prescripteur sont alors simplifiées (modification de prescription initiale de transport uniquement en cas d'aggravation de l'état de santé du patient). De plus, en diminuant les renouvellements, cela diminue mécaniquement les opportunités pour les transporteurs de proposer un autre mode de transport plus coûteux comme l'ambulance.

Le périmètre de cette expérimentation s'étend sur 10 régions, soit 21 départements. 317 patients MSA ont bénéficié de la carte de transport assis.

1.2.10. Mutualisation du Recours Contre Tiers

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

Dans le cadre de sa mission réglementaire de recours contre tiers, la MSA a récupéré auprès des assureurs des tiers responsables **44 120 170 € en 2015** (39 083 198 € en 2014).

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

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

En termes de perspectives, les enjeux se situent dans la poursuite de la structuration de la gestion du risque en interne au sein des organismes MSA et de la déclinaison des orientations stratégiques de l'Institution, notamment dans le contexte du Plan national de Gestion du risque et d'Efficiences du Système de Soins.

1.3. Les prévisions 2016-2017 de soins de ville

1.3.1. Les prévisions 2016 de soins de ville

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 fixe l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (**ONDAM**) pour les quatre années à venir et retient une évolution annuelle de **+ 1,75 %** pour chaque année jusqu'à 2019. Pour les soins de ville, l'évolution est fixée à **+ 1,7 %** en 2016.

Pour l'**ensemble du régime agricole**, les prévisions relatives aux dépenses de **soins de ville** du champ de l'ONDAM 2016, s'élèveraient à **5,0 milliards d'euros, en hausse de + 0,8 % par rapport aux réalisations 2015**. Ces dépenses prennent en compte les indemnités journalières maladie pour les non-salariés agricoles, mises en place depuis janvier 2014 (Tableau 7).

**Tableau 7 : Prévisions 2016 du champ ONDAM, enveloppe des soins de ville
pour le régime agricole, le régime des non-salariés et celui des salariés
(taux d'évolution)**

Evolution 2016	Régime Agricole	Non-salariés	Salariés
Honoraires des médecins généralistes	-2,1%	-4,2%	+1,0%
Honoraires des médecins spécialistes	+1,5%	-0,6%	+4,1%
Honoraires des dentistes	+2,7%	-0,2%	+5,3%
Honoraires Paramédicaux	+2,6%	+2,0%	+3,9%
dont Honoraires des Infirmiers	+2,8%	+2,4%	+3,8%
dont Honoraires des Masseurs kiné.	+1,6%	+0,6%	+3,4%
Biologie	-0,8%	-2,7%	+2,0%
Transports	+1,7%	+0,8%	+3,2%
Produits de Santé	-1,3%	-2,9%	+5,7%
dont Produits de la LPP	+4,7%	+3,4%	+7,1%
dont Pharmacie	-3,4%	-5,2%	-0,7%
Autres prestations	+2,4%	+1,5%	+3,7%
Autres charges (*)	+3,5%	+3,5%	+3,5%
TOTAL hors Indemnités journalières	+0,4%	-0,8%	+2,4%
Indemnités journalières	+3,7%	+4,8%	+3,4%
TOTAL SOINS DE VILLE	+0,8%	-0,6%	+2,6%

(*) Autres charges = Prise en charge de cotisations des PAM, Fonds d'Intervention de la Qualité et de la Coordination des Soins, Remises conventionnelles des laboratoires pharmaceutiques, Aide à la télétransmission

Source : MSA

Pour le **régime des non-salariés agricoles**, les prévisions relatives aux dépenses de **soins de ville** du champ de l'ONDAM 2016 s'élèveraient à **2,8 milliards d'euros et baisseraient de - 0,6 %, rythme similaire à l'année précédente (- 0,5 %)**.

Les honoraires paramédicaux et les produits de la LPP enregistreraient des évolutions 2016 plus dynamiques qu'en 2015 mais ces évolutions seraient compensées par les autres postes de dépenses.

Tout particulièrement, les indemnités journalières où la hausse de + 4,8 % prévue en 2016 est nettement moins élevée que celle constatée en 2015 (+ 16,6 %) qui traduisait la fin de la montée en charge des indemnités journalières maladie mises en place depuis janvier 2014.

Dans une moindre mesure, les honoraires des médecins généralistes enregistrent également une évolution 2016 plus faible que celle de 2015 : - 4,2 % vs - 1,5%. L'évolution 2015 était encore majorée par l'impact des majorations suite à l'avenant 8 et plus précisément par l'extension, en juillet 2014, de la majoration personnes âgées aux patients âgés de 80-84 ans.

L'évolution des dépenses en 2016 s'expliquerait également, outre les effets démographiques propres, par l'impact des mesures prises dont le montant ferait apparaître une économie nette de 60 millions d'euros. On notera en particulier le fort impact des mesures liées aux prescriptions pharmaceutiques (47 millions). Hors mesures, l'évolution des soins de ville serait de + 1,6 % au lieu de - 0,6 % attendue.

Pour le **régime des salariés agricoles**, les prévisions relatives aux dépenses de **soins de ville** du champ de l'ONDAM 2016 s'élèveraient à **2,2 milliards d'euros et progresseraient de + 2,6 %, rythme similaire à l'année précédente (+ 2,7 %)**.

Les honoraires paramédicaux et les produits de la LPP enregistreraient des évolutions 2016 plus dynamiques qu'en 2015 mais ces évolutions seraient compensées par la moindre hausse des honoraires des médecins généralistes. L'évolution 2015 relative à ce poste (+ 2,2 %) était encore majorée par l'impact des majorations suite à l'avenant 8 et plus précisément par l'extension, en juillet 2014, de la majoration personnes âgées aux patients âgés de 80-84 ans. En 2016, il est prévu une progression de + 1,0 %. Les autres postes de dépenses auraient des évolutions proches de celles obtenues en 2015.

L'évolution des dépenses en 2016 s'expliquerait également, outre les effets démographiques propres, par l'impact des mesures prises dont le montant ferait apparaître une économie nette de 44 millions d'euros. On notera en particulier le fort impact des mesures liées aux prescriptions pharmaceutiques (41 millions). Hors mesures, l'évolution des soins de ville serait de + 4,8 % au lieu de + 2,6 % attendue.

1.3.2. Les évolutions tendancielles 2017 en soins de ville

Pour **l'ensemble du régime agricole**, les prévisions tendancielles relatives aux dépenses de soins de ville du champ de l'ONDAM s'établissent à **5,1 milliards d'euros pour 2017, en hausse de + 2,1 % par rapport à 2016**, en recul de - 1,0 point par rapport à l'évolution tendancielle 2016 (tableau 8).

Ce recul résulte principalement de l'impact calendaire avec en 2017, deux jours ouvrés de moins qu'en 2016, qui elle à l'inverse comportait un jour de plus qu'en 2015.

Pour le **régime des non-salariés agricoles**, le montant atteindrait 2,9 milliards soit une évolution tendancielle de + 0,7 % et pour le **régime des salariés agricoles**, le montant serait de 2,3 milliards soit une évolution tendancielle de + 3,8 %.

Tableau 8 : Prévisions tendancielle 2017 du champ ONDAM, enveloppe des soins de ville pour le régime agricole, le régime des non-salariés et celui des salariés (taux d'évolution)

Evolution tendancielle 2017	Régime Agricole	Non-salariés	Salariés
Honoraires des médecins généralistes	-2,6%	-4,7%	+0,3%
Honoraires des médecins spécialistes	+1,7%	-0,5%	+4,1%
Honoraires des dentistes	+2,0%	-0,9%	+4,4%
Honoraires Paramédicaux	+2,0%	+1,4%	+3,4%
dont Honoraires des Infirmiers	+1,9%	+1,6%	+3,0%
dont Honoraires des Masseurs kiné.	+1,9%	+0,9%	+3,7%
Biologie	+1,0%	-0,9%	+3,6%
Transports	+2,8%	+1,9%	+4,2%
Produits de Santé	+3,2%	+1,5%	+5,7%
dont Produits de la LPP	+4,5%	+3,2%	+6,9%
dont Pharmacie	+3,1%	+1,4%	+5,4%
Autres prestations	+1,6%	+0,7%	+2,9%
Autres charges (*)	+1,0%	+4,4%	-4,5%
TOTAL hors Indemnités journalières	+2,0%	+0,8%	+3,9%
Indemnités journalières	+2,8%	-0,5%	+3,6%
TOTAL SOINS DE VILLE	+2,1%	+0,7%	+3,8%

(*) Autres charges = Prise en charge de cotisations des PAM, Fonds d'Intervention de la Qualité et de la Coordination des Soins, Remises conventionnelles des laboratoires pharmaceutiques, Aide à la télétransmission

Source : MSA

1.4. Les mécanismes d'équilibrage des régimes agricoles pour la branche maladie

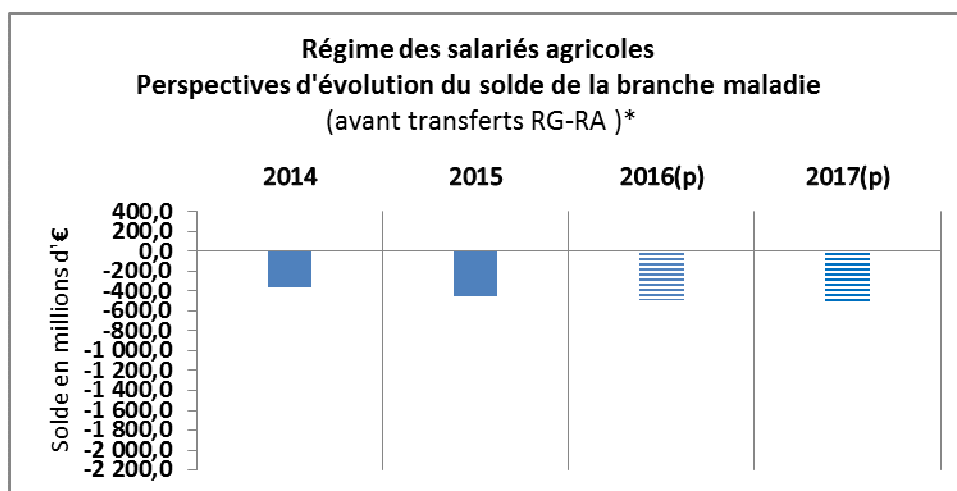
1.4.1. Le régime des salariés agricoles

Un besoin de financement progresserait au régime des salariés agricoles.

Depuis 1963, la loi de finances a mis à la charge de la branche maladie (CNAM) du régime général les éventuels déficits de la branche maladie du régime des salariés agricoles (SA). Ce transfert avec le régime général équilibre le solde global et son montant peut être négatif ou positif selon qu'il s'agit d'une recette ou d'une dépense pour le régime agricole.

Avec une croissance des dépenses portée par celle des prestations sociales (+ 1,8 % en 2015 et 2016) et plus forte que celle des recettes du régime, la branche maladie SA verrait sa situation se dégrader puisque son déficit, de 452,3 millions d'euros en 2015, atteindrait 496,0 millions d'euros en 2016 et 537,0 millions d'euros en 2017. La branche bénéficierait par conséquent de versements du régime général pour équilibrer son solde.

Graphique 3 : Perspectives d'évolution du solde de la branche maladie au régime des salariés agricoles



* Transferts RG-RA : transfert entre le régime général et le régime agricole pour équilibrer les soldes du régime agricole

Source : CCMSA-TCDC PREVISIONS 2016-2020 – Mai 2016 (DERS-DCF)

1.4.2. Le régime des non-salariés agricoles

Au régime des non-salariés agricoles (NSA), la branche maladie connaîtrait un besoin de financement dès 2016.

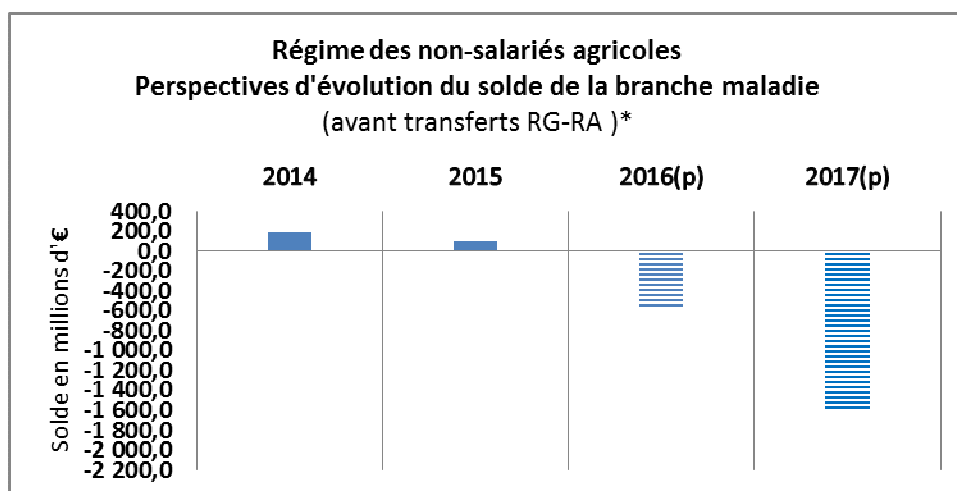
Depuis 2009, la branche maladie des exploitants agricoles (hors IJ Amexa) est financièrement intégrée à celle du régime général. Le transfert avec le régime général équilibre le solde global de la branche et son montant peut être négatif ou positif selon qu'il s'agit d'une recette ou d'une dépense pour le régime.

Avec un résultat excédentaire de 100,4 millions d'euros en 2015, la branche maladie NSA s'est retrouvée en situation de verser ce montant en faveur du régime général. A partir de 2016, le solde deviendrait déficitaire jusqu'à atteindre 1,6 milliard d'euros en 2017. Cette dégradation du solde de la branche maladie s'expliquerait par un recul des recettes plus important que celui des dépenses du régime.

Cette perte de recettes pour la branche maladie trouve son origine dans la baisse des montants de cotisations sociales, respectivement - 65,4 % et - 3,1 % en 2016 et 2017, en lien avec la mise en place de mesures consenties aux exploitants pour répondre au contexte des crises agricoles : disparition de l'assiette minimale pour la branche AMEXA et abaissement de 7 points du taux de la cotisation AMEXA.

En 2017, la diminution des recettes s'expliquerait également par une baisse significative des montants d'impôts et taxes affectés (ITAF) (- 20,7 %), baisse liée notamment à la suppression de la Contribution Sociale de Solidarité sur les Sociétés – C3S (Article 9 – LFSS 2016).

Graphique 4 : Perspectives d'évolution du solde de la branche maladie au régime des non-salariés agricoles



* Transferts RG-RA : transfert entre le régime général et le régime agricole pour équilibrer les soldes du régime agricole

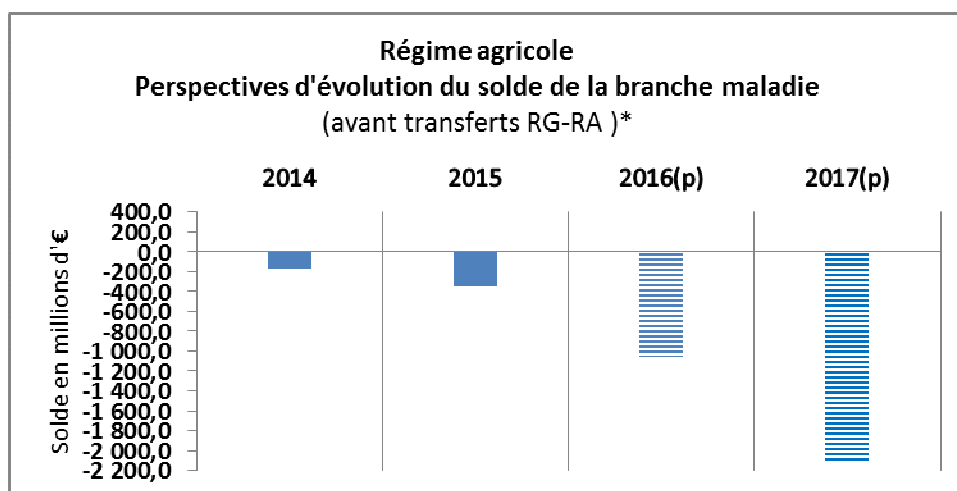
Source : CCMSA-TCDC PREVISIONS 2016-2020 – Mai 2016 (DERS-DCF)

1.4.3. Le régime agricole

Pour le régime agricole, le besoin de financement de la branche maladie serait en nette progression.

En 2016, le régime général devrait verser 1,1 milliard d'euros à la branche maladie du régime agricole en raison d'un déficit qui se dégrade. Hors mesures nouvelles, cette contribution atteindrait plus de 2,0 milliards d'euros en 2017.

Graphique 5 : Perspectives d'évolution du solde de la branche maladie au régime agricole



* Transferts RG-RA : transfert entre le régime général et le régime agricole pour équilibrer les soldes du régime agricole

Source : CCMSA-TCDC PREVISIONS 2016-2020 – Mai 2016 (DERS-DCF)

2. Développer la connaissance du risque des populations agricoles et rurales

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

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

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

Le Rapport Charges et Produits pour 2016 l'avait complété sur le volet de la santé bucco-dentaire et avait initié une étude sur la santé visuelle et auditive.

Le présent rapport présente les prévisions démographiques à 2020, actualise la présentation des caractéristiques des patients agricoles en ALD en 2015, enrichit une analyse de la santé auditive et la santé mentale, et fait état de la problématique du suicide dans le régime agricole.

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

Le présent rapport actualise les données de référence sur la prise en charge du diabète et les complications du pied. Il confirme ainsi l'insuffisance de suivi des patients agricoles et le risque plus élevé pour eux d'être atteints d'une complication du pied comparativement à la population générale.

Concernant la prise en charge du cancer de la prostate, l'actualisation de l'étude initiée en 2015 fait état des différents traitements dont bénéficient les patients agricoles et conclut à l'absence de différence significative par rapport aux bénéficiaires des autres régimes.

L'étude approfondie sur le recours aux urgences (suivies ou non d'hospitalisation) montre la part potentiellement évitable, en particulier concernant les enfants et les jeunes, et l'intérêt à agir pour faire évoluer les usages dans le recours au système de soins.

Enfin, le premier bilan réalisé sur les prises en charge au titre de la LPP est principalement marqué par l'observation d'une diminution continue du taux moyen de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Ces résultats objectivent et confortent les projets que la MSA développe pour ces publics, pour agir sur les facteurs de risque et éviter ce type de ruptures dans leur parcours de santé.

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

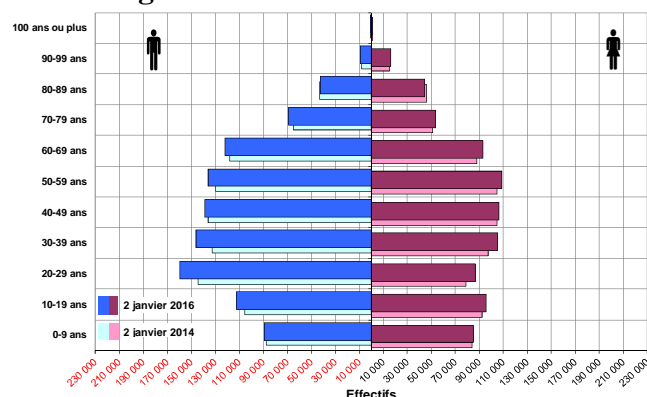
2.1.1. Caractéristiques démographiques de la population agricole protégée en maladie : perspectives 2020

A la fin de l'année 2015, le régime agricole recense 3,2 millions de personnes protégées au titre du risque maladie. Cette population se répartit entre les personnes relevant du régime des salariés (56,0 %) et celles relevant du régime des non-salariés agricoles.

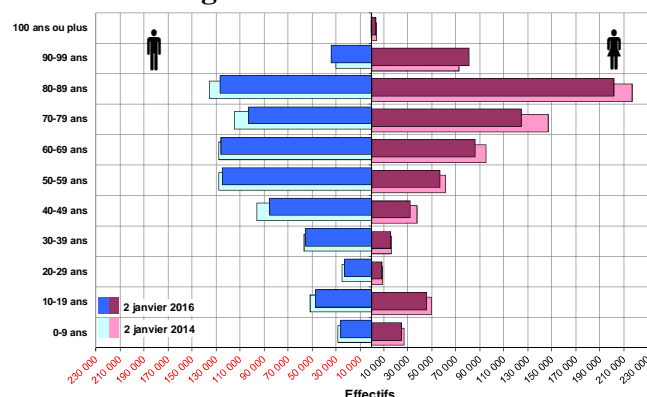
Les personnes protégées en maladie au régime agricole représentent 5,0 % de la population totale en France métropolitaine.

Le régime agricole compte une majorité d'hommes. Ils représentent 54,7 % de la population protégée totale.

Graphique 6 : Pyramide des âges au régime des salariés agricoles

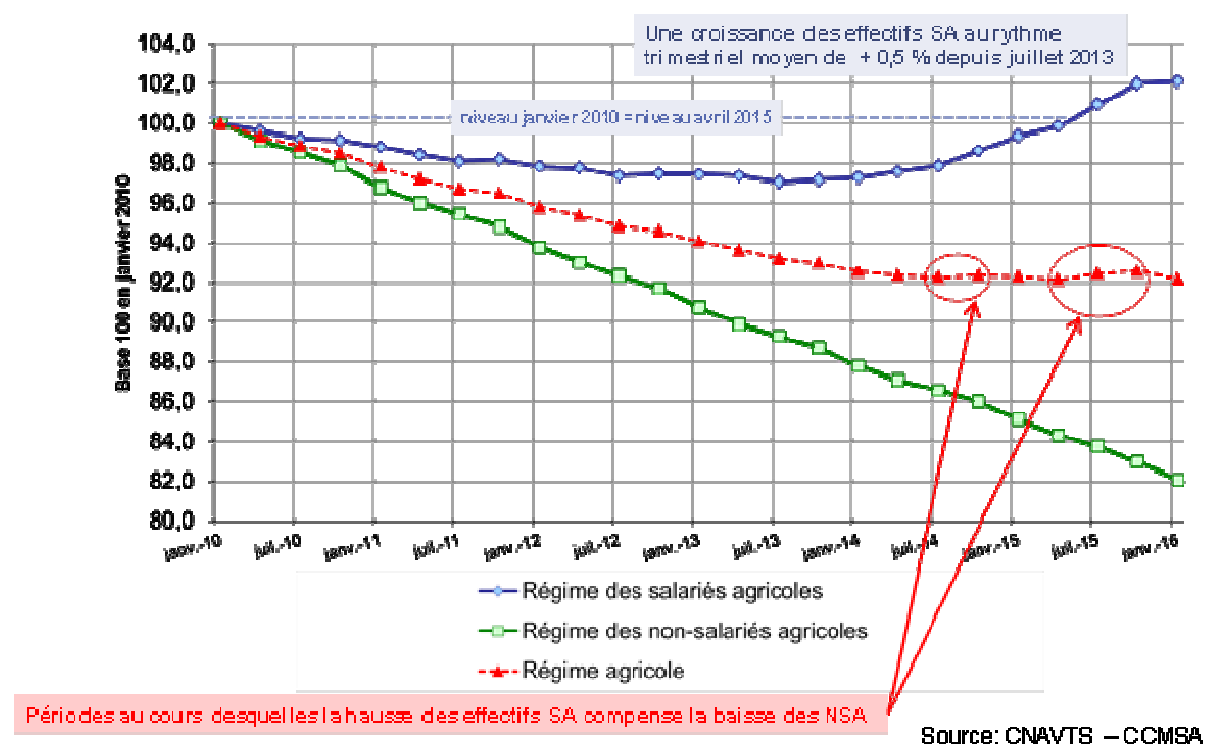


Graphique 7 : Pyramide des âges au régime des non-salariés agricoles



En rupture, avec les tendances prévalentes jusqu'en 2013, la démographie du régime agricole connaît depuis juillet 2013 une inflexion d'évolution qui en limite la baisse, voire conduit au maintien des effectifs protégés. Cette évolution est portée par le net accroissement des effectifs de personnes protégées au régime des salariés agricole, dont le taux de croissance annuel atteint + 2,8 % au 2 janvier 2016.

Graphique 8 : Evolution indiciaire de la population protégée en maladie des régimes agricoles



Initialement imputée aux dispositions du décret n°2013-1260 du 27 décembre 2013 assouplissant les conditions d'ouverture et de maintien des droits des assurances maladie-maternité-invalidité-décès, la dynamique du régime des salariés agricoles s'est perpétuée au-delà de la durée attendue des effets mécaniques des dispositions de ce décret pour s'amplifier tout au long de l'année 2015. C'est donc dans la bonne tenue de l'emploi au régime des salariés agricoles, notamment dans le secteur de la production agricole, et cela en dépit du recours habituels dans le secteur agricole à des contrats de type précaire (CDD ou CCD de travailleurs occasionnels), qu'il faut chercher le moteur de la progression des effectifs du régime des salariés agricoles. Cette analyse est confortée par le fait que le mouvement a plus particulièrement touché des jeunes salariés.

Tableau 9 : Evolution de la population protégée en maladie au régime des salariés agricoles

	% des effectifs par tranches d'âge en 2015	Evolution des effectifs 2015/2014	Evolution des effectifs 2014/2013
moins de 20 ans	21,0 %	+ 2,0 %	+ 1,3 %
de 20 à 39 ans	27,3 %	+ 5,5 %	+ 4,1 %
de 40 à 59 ans	26,9 %	+ 1,7 %	+ 1,4 %
60 ans et plus	24,8 %	+ 1,7 %	+ 1,7 %
TOTAL	100,0 %	+ 2,8 %	+ 2,2 %

Sources : CNAVTS - MSA

Tableau 10 : Evolution de la population protégée en maladie au régime des non-salariés agricoles

	% des effectifs par tranches d'âge en 2015	Evolution des effectifs 2015/2014	Evolution des effectifs 2014/2013
moins de 20 ans	10,0 %	- 4,6 %	- 3,9 %
de 20 à 39 ans	7,1 %	- 2,3 %	- 2,2 %
de 40 à 59 ans	20,9 %	- 3,9 %	- 3,5 %
60 ans et plus	62,0 %	- 3,5 %	- 2,8 %
TOTAL	100,0 %	- 3,6 %	- 3,0 %

Sources : CNAVTS - MSA

Bien sûr, il n'est pas anticipé qu'un tel taux d'évolution se perpétue les prochaines années mais les effets devraient en être perceptible au moins jusqu'en 2020 (tableau 11).

Ainsi sur la base de constat et pour les années à venir, les effectifs du régime agricole (salariés et non-salariés agricoles) devraient connaître une baisse dont le taux serait inférieur à 1 % par an en moyenne jusqu'en 2019 et légèrement supérieure en 2020 avec - 1,1 %.

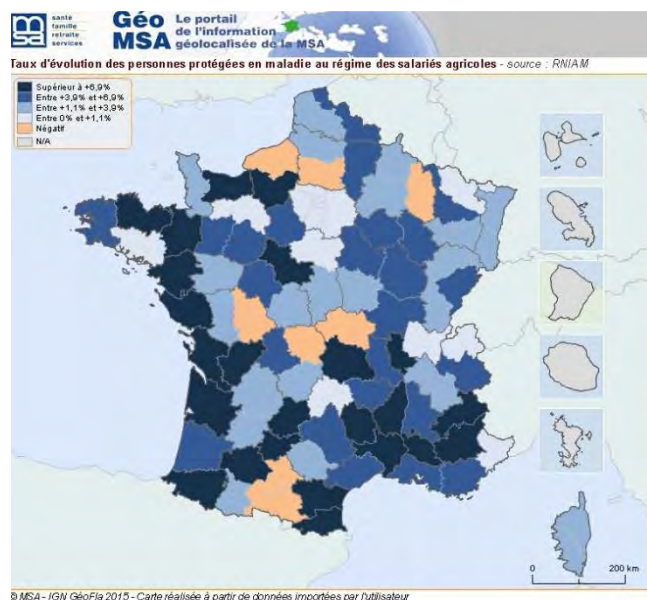
Tableau 11 : Prévisions d'évolution de la population protégée en maladie

Régime des salariés agricoles	Evolution 2016/2015	Evolution 2017/2016	Evolution 2018/2017	Evolution 2019/2018	Evolution 2020/2019
Assurés ouvriers-droits	+ 1,8 %	+ 1,6 %	+ 0,8 %	+ 0,8 %	+ 0,3 %
en activité au 1er janvier	+ 2,2 %	+ 1,8 %	+ 0,8 %	+ 0,8 %	+ 0,1 %
inactifs (retraités et autres inactifs au 1er janv.)	+ 1,3 %	+ 1,1 %	+ 0,7 %	+ 0,7 %	+ 0,4 %
invalides	+ 2,8 %	+ 3,8 %	+ 3,9 %	+ 2,9 %	+ 3,2 %
Ayants-droits	- 0,3 %	0,0 %	+ 0,2 %	+ 0,0 %	+ 0,1 %
enfants	+ 0,5 %	+ 0,8 %	+ 0,9 %	+ 0,8 %	+ 0,8 %
conjointes et autres personnes couvertes	- 2,4 %	- 2,1 %	- 1,6 %	- 2,0 %	- 2,0 %
TOTAL	+ 1,2 %	+ 1,2 %	+ 0,7 %	+ 0,6 %	+ 0,2 %
Régime des non-salariés agricoles	Evolution 2016/2015	Evolution 2017/2016	Evolution 2018/2017	Evolution 2019/2018	Evolution 2020/2019
Assurés ouvriers-droits	- 2,5 %	- 2,3 %	- 2,3 %	- 2,5 %	- 2,5 %
en activité au 1er janvier	- 1,2 %	- 1,4 %	- 1,5 %	- 1,5 %	- 1,6 %
retraités	- 3,4 %	- 2,9 %	- 2,9 %	- 3,2 %	- 3,2 %
invalides	- 2,9 %	- 3,1 %	- 3,1 %	- 3,0 %	- 3,1 %
Ayants-droits	- 6,1 %	- 5,6 %	- 5,8 %	- 5,7 %	- 5,8 %
collaborateurs d'exploitation (conjointes et membres de la famille)	- 5,9 %	- 6,2 %	- 6,5 %	- 6,7 %	- 6,9 %
enfants	- 4,1 %	- 4,0 %	- 4,0 %	- 4,1 %	- 4,0 %
autres personnes couvertes	- 8,4 %	- 7,2 %	- 7,8 %	- 7,5 %	- 7,6 %
TOTAL	- 3,2 %	- 2,9 %	- 3,0 %	- 3,1 %	- 3,1 %
Ensemble des régimes agricoles	Evolution 2016/2015	Evolution 2017/2016	Evolution 2018/2017	Evolution 2019/2018	Evolution 2020/2019
TOTAL	- 0,7 %	- 0,6 %	- 0,9 %	- 0,9 %	- 1,1 %

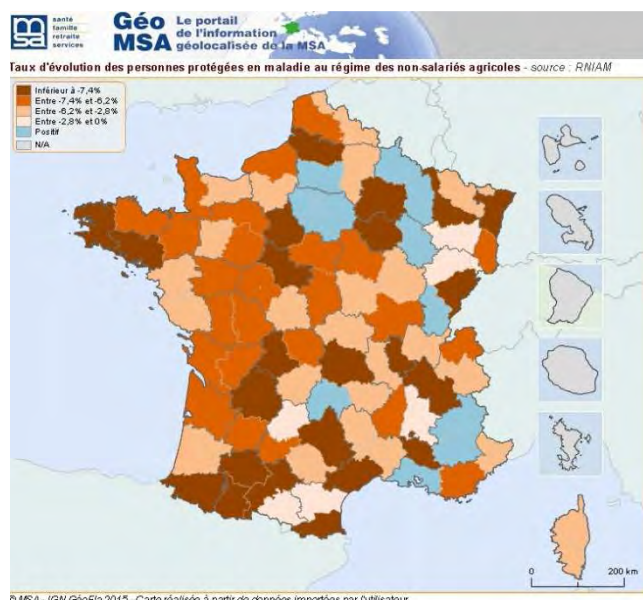
Source : MSA - Données pour la Commission des comptes de la sécurité sociale - Prévisions mai 2016

Au cours des deux dernières années la croissance de la population salariée a été très sensible dans les départements de l'arc Atlantique, dans le Roussillon ainsi que dans les régions agricoles de la Provence nord (Carte 1).

Carte 1 : Taux d'évolution des personnes protégées en maladie entre 2013 et 2015 au régime des salariés agricoles



Carte 2 : Taux d'évolution des personnes protégées en maladie entre 2013 et 2015 au régime des non-salariés agricoles



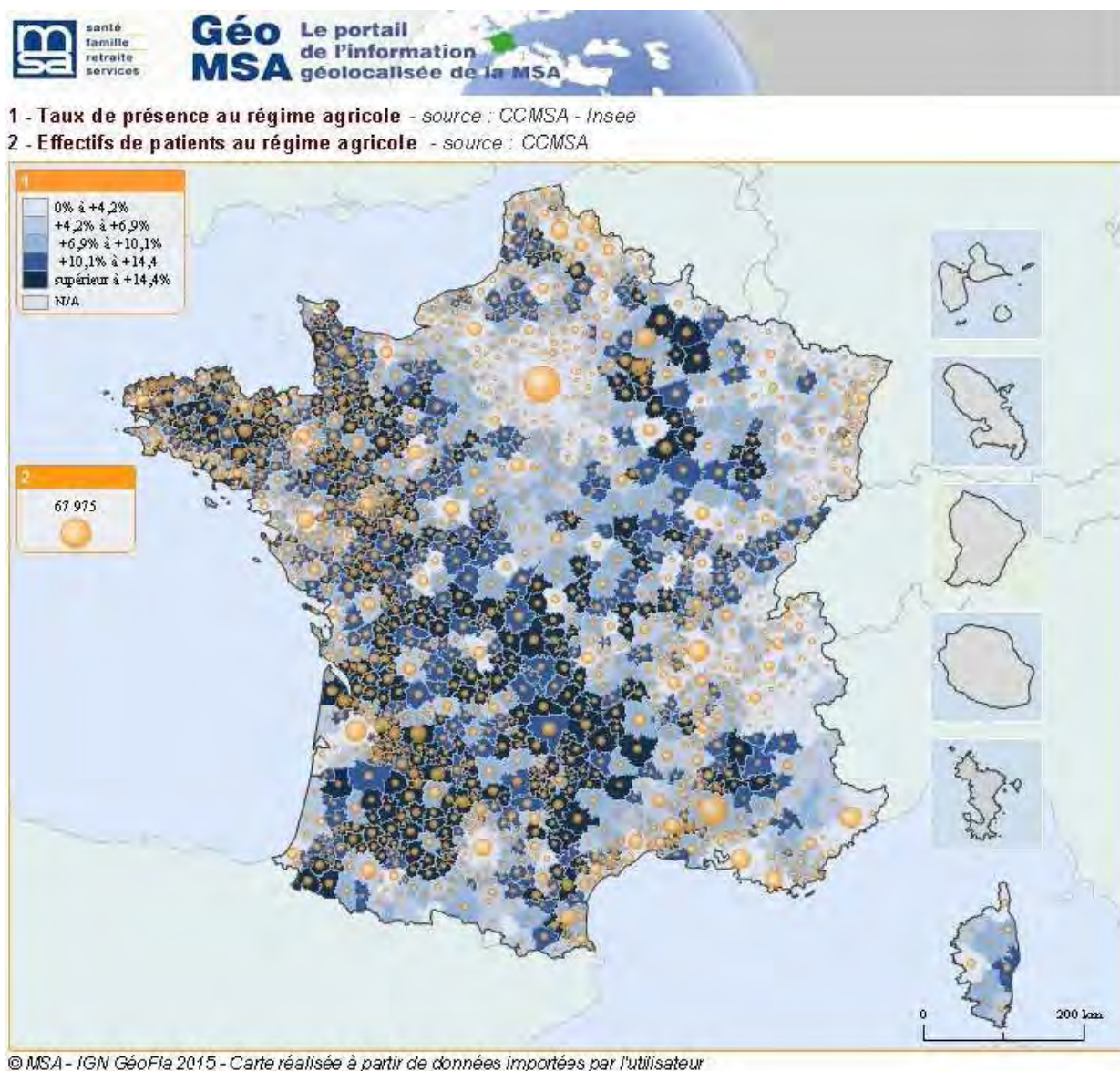
En revanche, pour la population non salariée agricole, l'érosion s'effectue à un taux pratiquement identique dans tous les départements, avec quelques variations régionale, puisque la baisse est plus sensible en Bretagne et plus modérée en Champagne-Ardenne (Carte 2).

Géographiquement, le régime agricole est présent sur tout le territoire (Carte 3), sa composante salariée se regroupant plutôt autour des grandes aires urbaines, qui ont gardé une forte vocation agricole, à l'exception notable de la région parisienne. En revanche, la composante non salariée est fortement disséminée sur le territoire.

Ainsi, le taux de présence du régime agricole - exprimé comme le rapport de la population des patients relevant du régime agricole (année 2015) à la population française (année 2012)- est supérieur à la moyenne nationale dans 1 220 bassins de vie sur 1 644.

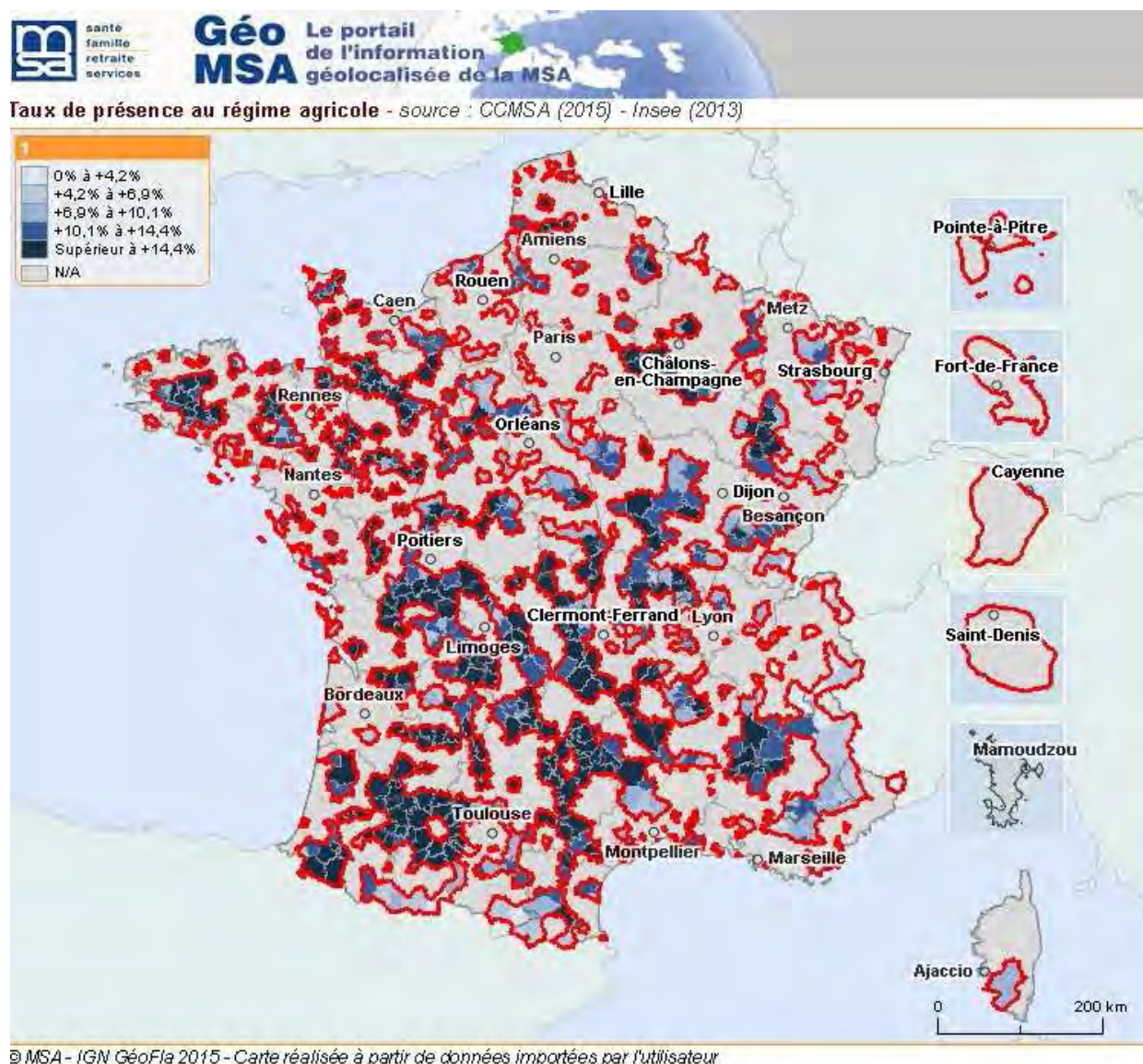
Dans 677 bassins de vie, situés pour l'essentiel à l'Ouest d'une ligne reliant Caen à Marseille ainsi que dans les régions viticoles de Champagne et de Bourgogne, et dans les régions arboricoles et viticoles du nord de la Provence, le taux de présence est même supérieur à deux fois la moyenne nationale.

Carte 3 : Effectifs de patients et Taux de présence du régime agricole par bassin de vie (population agricole 2015 - population française 2013)



De façon corolaire, le régime agricole assure une part importante de la population dans les bassins de vie faiblement peuplé (moins de 15 000 résidents en 2013 - Carte 4).

Carte 4 : Taux de présence du régime agricole par bassin de vie de moins de 15 000 résidents (population agricole 2015 - population française 2013)



Ainsi, tant la démographie que l'implantation territoriale de la MSA positionnent l'intérêt à agir de la MSA :

- auprès de différentes cibles de populations (jeunes, familles, malades chroniques et personnes âgées),
- auprès des territoires ruraux notamment lorsqu'ils sont peu denses.

2.1.2. Caractéristiques en santé de la population agricole

2.1.2.1. Les patients et prestations pris en charge au titre d'une ALD au régime agricole en 2015

Les patients en ALD

A fin décembre 2015, le nombre de patients en ALD au régime agricole est de 796 494 et diminue de -0,8 %, après -1,3 % un an plus tôt (Tableau 12). Ce recul concerne uniquement le régime des non-salariés agricoles dont les effectifs en ALD diminuent de -2,4 %, après -2,3 % en 2014. S'agissant du régime des salariés, le nombre de patients en ALD augmente de +2,2 %.

Fin 2015, 26% des patients du régime agricole sont en ALD. Ce pourcentage diffère selon le statut : il est de 35% chez les non-salariés et 17% chez les salariés. Parmi ces patients en ALD, les trois-quarts (76%) ont 65 ans et plus.

Enfin, la part des patients en ALD augmente logiquement avec l'âge : 3% chez les moins de 20 ans, 12% chez les 20-64 ans et 54% chez les 65 ans et plus. Cette répartition est quasiment identique quel que soit le statut.

Tableau 12 : Evolution des patients en ALD au régime agricole et répartition selon le statut et l'âge

		Evolution ACM fin décembre 2015	Ecart par rapport à l'évolution fin décembre 2014	Répartition par classe d'âge à fin décembre 2015 (ACM)	Part des patients en ALD fin décembre 2015
Régime agricole	moins de 20 ans	2,5%	3,2 pt	2%	3%
	20-64 ans	0,2%	2,0 pt	22%	12%
	65 ans et plus ans	-1,1%	0,1 pt	76%	54%
	Total	-0,8%	0,5 pt	100%	26%
Dont Non salariés 64%	moins de 20 ans	-3,5%	1,0 pt	1%	3%
	20-64 ans	-3,0%	1,9 pt	12%	13%
	65 ans et plus ans	-2,3%	-0,3 pt	87%	54%
	Total	-2,4%	-0,1 pt	100%	35%
Dont Salariés 37%	moins de 20 ans	5,0%	4,0 pt	4%	3%
	20-64 ans	2,1%	2,2 pt	40%	12%
	65 ans et plus ans	2,1%	0,8 pt	56%	52%
	Total	2,2%	1,5 pt	100%	17%

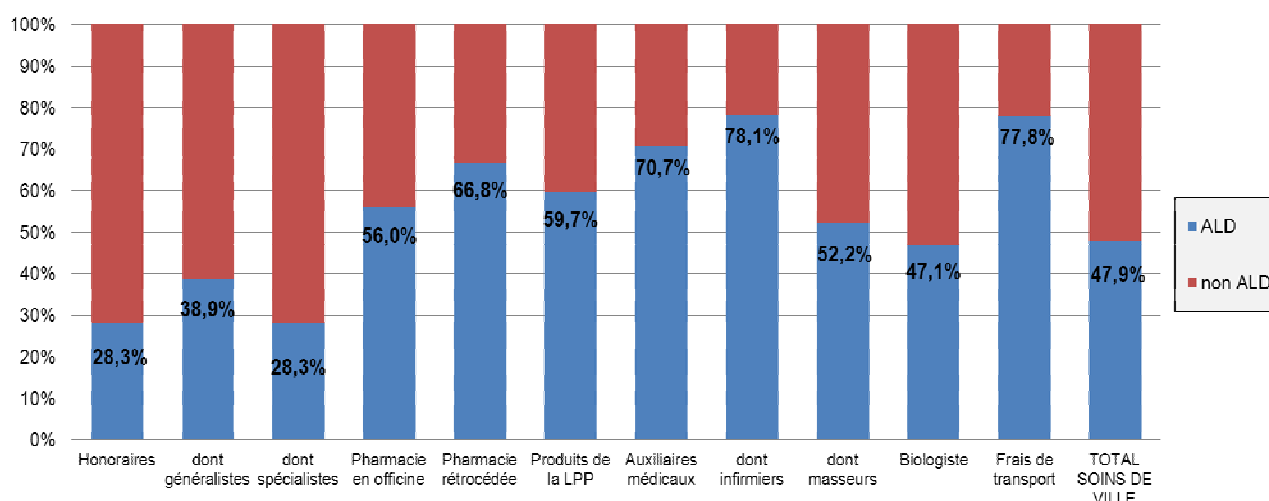
Les prestations prises en charge au titre d'une ALD

En 2015, le montant des remboursements des prestations prises en charge au titre d'une ALD, en soins de ville, représente 48 % du total des dépenses du régime agricole, soit près de 2,2 milliards d'euros (graphique 9).

Cette proportion varie selon les postes de dépenses. Ceux pour lesquels les parts sont les plus importantes sont les dépenses des infirmiers et les frais de transport avec un taux de 78 % chacun.

Les parts les plus faibles concernent les remboursements de soins des médecins avec un taux de 28 % pour les spécialistes et de 39 % pour les généralistes.

Graphique 9 : Part des remboursements de soins de ville pris en charge au titre d'une ALD, au régime agricole, en 2015



2.1.2.2. La santé auditive

Les besoins ressentis ou observés des agriculteurs en matière de santé auditives sont très significatifs, comme l'avait observé le rapport Charges et Produits 2016 (cf Encadré 2). Dans ce contexte, l'étude sur les remboursements en audioprothèses des ressortissants agricoles en 2015 (cf Encadré 3) constitue une première approche pour objectiver la prise en charge dont ils bénéficient et améliorer la connaissance de ce risque.

Les principaux résultats

Concernant le nombre de bénéficiaires, on observe une augmentation régulière et qui s'accélère ces trois dernières années. Environ 27 000 personnes se sont faites rembourser une audioprothèse en 2015 au régime agricole (8,4 ‰) soit environ 7% de plus qu'en 2014, l'année 2014 ayant elle-même vu une augmentation de 7% par rapport à 2013.

Ces remboursements concernent principalement des personnes âgées de plus de 60 ans, 42 % étaient âgés entre 81 et 90 ans et pour un âge moyen est de 78 ans.

En très grande majorité, les produits remboursés sont des audioprothèses de classe D. Il s'agit des produits ayant le plus grand nombre de fonctions. Après intervention de l'assurance maladie obligatoire, on observe un reste à charge moyen de 1179 € (pour les produits de classe D) en 2015, soit une diminution régulière depuis quatre ans. On observe une faible prescription d'audioprothèses de classes A, B et C (dont les volumes et remboursements baissent depuis 2013).

Pour l'ensemble des audioprothèses remboursées en 2015, le reste à charge médian est de 1290 €. La dispersion du reste à charge laisse apparaître un reste à charge décroissant avec l'âge. En moyenne, il est légèrement supérieur pour les salariés agricoles par rapport aux non-salariés agricoles.

La comparaison avec les autres régimes montre qu'il n'y a pas de différence significative pour ce qui concerne le taux de ressortissants remboursés d'une audioprothèse par tranche d'âge au régime agricole par rapport aux ressortissants du régime général.

En termes de bilan, on observe que dans le contexte de besoins importants ressentis et observés en matière de santé auditive, le volume d'audioprothèses remboursées progresse régulièrement tandis que le reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire (AMO) diminue en moyenne.

On ne peut toutefois pas en déduire, à ce stade de l'analyse, un meilleur recours à l'offre de soins auditive, les données disponibles ne permettant pas de faire apparaître un taux d'équipement des populations agricoles en audioprothèses.

Cette première approche devra donc être approfondie, dans le contexte où on observe que les frais d'appareillage auditifs constituent le deuxième motif de financement par l'Action Sanitaire et Sociale des demandes prises en charge extra-légales, en particulier pour les plus de 62 ans (cf Encadré 4).

Encadré 2 : Les besoins ressentis et constatés en santé auditive des agriculteurs

Contexte : les difficultés d'audition pour la population française.

En 2012, selon l'Enquête Santé et Protection Sociale de 2012 réalisée par l'IRDES, 9,2 % des personnes de 18 ans et plus vivant en France métropolitaine déclarent des difficultés d'audition sévères pour entendre ce qui se dit dans une conversation dans un environnement calme ou bruyant. Ces difficultés augmentent avec l'âge, atteignant 37,5 % chez les 80 ans et plus (Tableau 13).

Tableau 13 : Difficultés d'audition chez les personnes de 18 ans et plus (en %)

Âge	Prévalence des difficultés d'audition	% de difficultés d'audition appareillées	% d'appareillages efficaces	Prévalence des difficultés d'audition résiduelles après appareillage
18-29 ans	1,4	31,4	89,0	1,0
30-44 ans	2,7	23,5	69,0	2,3
45-64 ans	6,4	30,7	66,8	5,1
65-79 ans	15,4	54,7	60,8	10,2
80 ans et plus	37,5	59,9	51,4	26,0
Ensemble 18 ans et plus	9,2	48,3	57,8	6,6

Guide de lecture : 37,5 % des personnes âgées de 80 ans et plus ont des difficultés d'audition, parmi celles-ci 59,9 % disposent d'un appareil auditif qui est efficace dans 51,4 % des cas. Au total, 26 % des personnes de 80 ans et plus présentent encore des difficultés d'audition après appareillage le cas échéant.
Champ : France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages
Sources : Enquête ESPS 2012, IRDES

Cette enquête montre également qu'un peu moins d'une personne sur deux déclarant des troubles sévères de l'audition possède un appareil auditif (48,3 %).

Ce taux est de 54,7 % chez les 65-79 ans et atteint 59,9 % chez les 80 ans et plus. Toutefois, seuls 57,8 % des appareillages sont efficaces et le pourcentage d'appareillages efficaces décroît avec l'âge, de 89 % chez les moins de 30 ans à 51,4 % chez les 80 ans et plus. On note, enfin, que 26% des personnes de 80 ans et plus présentent encore des gênes résiduelles après appareillage (gênes mal ou non corrigées).

Les difficultés d'audition pour les populations agricoles

Plusieurs enquêtes ont fait état successivement de ce phénomène ressenti ou constaté pour les ressortissants du régime agricole, en particuliers les exploitants.

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

Les derniers résultats de l'enquête ESPS 2012 publié en 2014 par l'IRDES montrent que 19,7% des agriculteurs (catégorie la plus concernée) déclarent avoir beaucoup de difficultés ou ne pas pouvoir entendre du tout ce qui se dit dans une conversation avec une autre personne dans une pièce silencieuse/bruyante (contre 6,6 % pour l'ensemble de la population). A structure par âge et sexe comparable, les agriculteurs déclarent beaucoup plus fréquemment que l'ensemble de la population avoir au moins une limitation fonctionnelle auditive. Enfin, 8,4% des agriculteurs (catégorie la plus concernée) déclarent porter un appareil auditif contre 3,7% pour l'ensemble de la population.

Dans l'étude AMI¹ sur les retraités agricoles de 65 ans et plus vivant en milieu rural en Gironde, les déficiences auditives sont particulièrement fréquentes. 32,4% des sujets déclarent avoir des déficiences légères : 36,4% chez les hommes contre 25,8% chez les femmes et 34,9% chez les moins de 75 ans contre 30,3% chez les plus de 75 ans. 23,4% déclarent avoir des déficiences modérées à sévères : 25,7% chez les hommes contre 19,7 % chez les femmes et 16,8% chez les moins de 75 ans contre 29,0% chez les plus de 75 ans.

L'« Étude quantitative sur le handicap auditif » publiée par la DREES en août 2014, et réalisée à partir de l'enquête « Handicap-Santé » traite notamment de la prévalence des problèmes auditifs selon la catégorie sociale. Les résultats montrent que la prévalence des problèmes auditifs diffère selon la catégorie socioprofessionnelle (actuelle ou précédente pour les retraités). Les agriculteurs apparaissent en première position parmi les populations concernées par les problèmes auditifs (Tableau 14), ces résultats venant confirmer ceux déjà observés en 1998 à partir de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendances (HID).

Tableau 14 : Part des personnes ayant des limitations fonctionnelles auditives (LFA) moyennes à totales selon la catégorie socioprofessionnelle (ou l'ancienne catégorie socioprofessionnelle)

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

LECTURE : 23,5 % DES AGRICULTEURS OU ANCIENS AGRICULTEURS SOUFFRENT DE LFA MOYENNES À TOTALES. LE TAUX STANDARDISÉ PERMET DE COMPARER LE RÉSULTAT À CELUI OBSERVÉ SUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION. À STRUCTURE D'ÂGE COMPARABLE, CE TAUX EST DE 13,2 %. CHAMP : PERSONNES DE 20 ANS ET PLUS VIVANT À DOMICILE OU EN INSTITUTION, AVEC PROFESSION OU ANCIENNE PROFESSION RENSEIGNÉE. - SOURCES : ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ 2008 – INSEE VOLETS MÉNAGES ET INSTITUTIONS.

¹ Agrica-MSA-Isped ou Approche Multi-disciplinaire Intégrée.

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

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

En modélisant le taux de limitation fonctionnelle auditive chez les individus âgés de 60 ans et plus, les résultats démontrent un sur-risque de limitation fonctionnelle auditive des agriculteurs (ou anciens agriculteurs) par rapport aux cadres et professions libérales, une fois pris en compte les effets de l'âge et du sexe (tableau 15). La fréquence des LFA chez les anciens agriculteurs pourrait être liée aux bruits des tracteurs et machines agricoles, risques pris en compte dans le cadre des dispositifs pénibilité et faisant l'objet d'action de prévention en santé sécurité au travail par la MSA.

Tableau 15 : Probabilité d'avoir une limitation fonctionnelle auditive moyenne à totale, ajustée sur l'âge, le sexe, le niveau de diplôme et la profession (ou l'ancienne profession) pour les 60 ans et plus vivant à leur domicile

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

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

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

CHAMP : PERSONNES DE 60 ANS ET PLUS, VIVANT À LEUR DOMICILE ET DONT L'ANCIENNE PROFESSION EST CONNUE.

SOURCES : ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ 2008 – INSEE VOLET MÉNAGES.

Enfin, dans le cadre du dispositif d'examens de santé de la MSA, prénommés « Instants Santé », les assurés agricoles sont invités à bénéficier d'un bilan de prévention axé sur les principaux facteurs de risque liés à leurs âges. Les résultats des données compilées sur la période 2009-2014 montrent, en matière de santé auditive, que :

- 2% des 14 678 jeunes âgés de 16 à 24 ans déclarent avoir un déficit auditif. 59% d'entre eux déclarent ne pas avoir de correction correcte pour ce déficit. A l'issue de la consultation de prévention, le médecin préconise une consultation O.R.L. à 49% d'entre eux.
- 38% des 77 629 sujets âgés de 65 à 74 ans présentent (même après correction ou traitement) des altérations de l'audition. Ce pourcentage augmente à 46% chez les hommes, contre 29% pour les femmes. La différence est moins marquée en fonction du statut : 39% chez les exploitants contre 36 % chez les salariés.

Encadré 3 : Les remboursements d'audioprothèses pour les populations agricoles en 2015.

On distingue classiquement les remboursements réalisés pour des audioprothèses à destination des patients de moins de 20 ans et celles à destination des patients de plus de 20, en lien avec la réglementation applicable².

Les bénéficiaires d'audioprothèses de moins de 20 ans au régime agricole

En 2015 environ 1 300 audioprothèses pour les patients de moins de 20 ans ont été remboursées au régime agricole, pour un montant total de 1 280 000 €. Le reste à charge pour ce type de produit est en moyenne 621 euros par produit pour l'audioprothèse de classe D. Il est à noter que l'audioprothèse de classe D concentre 98% des volumes et des remboursements.

Tableau 16 : Volumes et remboursements des audioprothèses pour les patients de moins de 20 ans en 2015

Code LPP	Quantité de produit	Montant remboursé	Reste à charge global	Reste à charge moyen	Nombre de bénéficiaires
Classe D	1 260	1 273 311	782 167	621	707
Classe C	8	7 500	1 770	221	5

Les audioprothèses connaissent une forte croissance depuis 2013 en que ce soit en termes de remboursements ou de volumes : + 21% de montant total remboursé, contre + 9% en 2014.

Tableau 17: Evolution des volumes et remboursements des audioprothèses pour les patients de moins de 20 ans de classe D

Code LPP	Quantité de produit	Montant remboursé	Ticket modérateur	Reste à charge
2015	+ 21%	+ 21%	+ 22%	+ 22%
2014	+ 8%	+ 9%	+ 6 %	- 6%
2013	+ 4%	+ 5%	- 1%	+ 9%

Les audioprothèses destinées aux patients âgés de moins de 20 ans bénéficient d'un tarif de prise en charge 4,5 à 7 fois plus élevé que celui des audioprothèses destinés aux adultes âgés de 20 ans révolus. Les patients atteints de cécité et d'un déficit auditif bénéficient également de ces tarifs de prise en charge plus importants, et ce quel que soit leur âge.³

² Pour rappel, les prothèses auditives sont prises en charge par l'assurance maladie sur prescription médicale et à condition qu'elles appartiennent à une catégorie inscrite sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'assurance maladie.

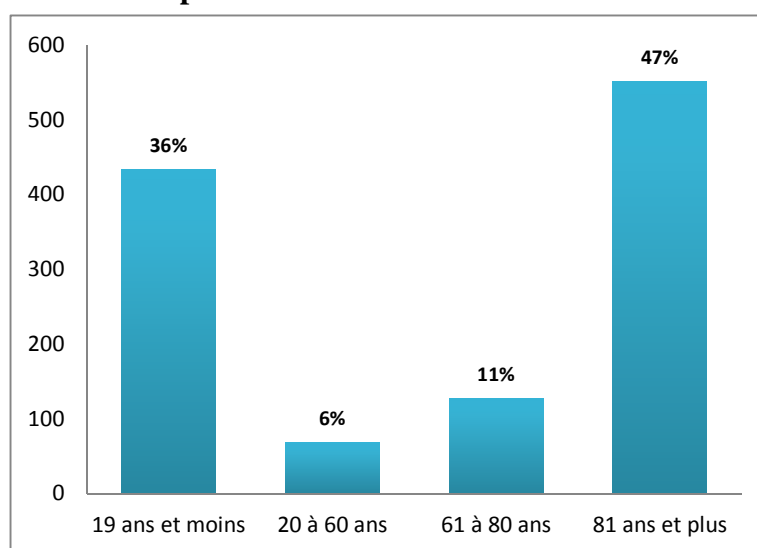
Les tarifs de prise en charge sont les suivants :

-Pour les moins de 20 ans, les prothèses auditives sont remboursées à 60%, sur la base d'un tarif allant de 900 euros à 1 400 euros, selon la classe de l'appareil prescrit (A, B, C, ou D),

- Pour les plus de 20 ans, les prothèses auditives sont remboursées à 60%, sur la base d'un tarif fixé à 199,71 euros quelle que soit la classe de l'appareil prescrit,

³ Pour les déficients auditifs et souffrant de cécité, quel que soit leur âge, les prothèses auditives sont remboursées à 60%, sur la base d'un tarif allant de 900 euros à 1 400 euros, selon la classe de l'appareil prescrit (A, B, C, ou D)

Graphique 10 : Répartition par tranches d'âge des assurés remboursés pour une audioprothèse moins de 20 ans de classe D



Les bénéficiaires d'audioprothèses de plus de 20 ans au régime agricole

En 2015, plus de 46 000 audioprothèses pour les patients de plus de 20 ans ont été remboursées au régime agricole, pour un montant remboursé total de 5 890 000 €. Le reste à charge moyen pour ce type de produit est de 1 179 euros par audioprothèse de classe D.

Comme pour les audioprothèses pour les patients de moins de 20 ans, la classe D concentre environ 95% des volumes et des remboursements (classe d'audioprothèse disposant du plus grand nombre de fonctions).

Tableau 18 : Volumes et remboursements des audioprothèses plus de 20 ans en 2015

Code LPP	Quantité de produit	Montant remboursé	Reste à charge global	Reste à charge moyen	Nombre de bénéficiaires
Classe D	44 980	5 729 893	53 036 905	1 179	26 371
Classe C	1 112	145 402	921 133	828	713
Classe A	111	14 413	108 757	980	64
Classe B	13	1 757	10 830	833	9

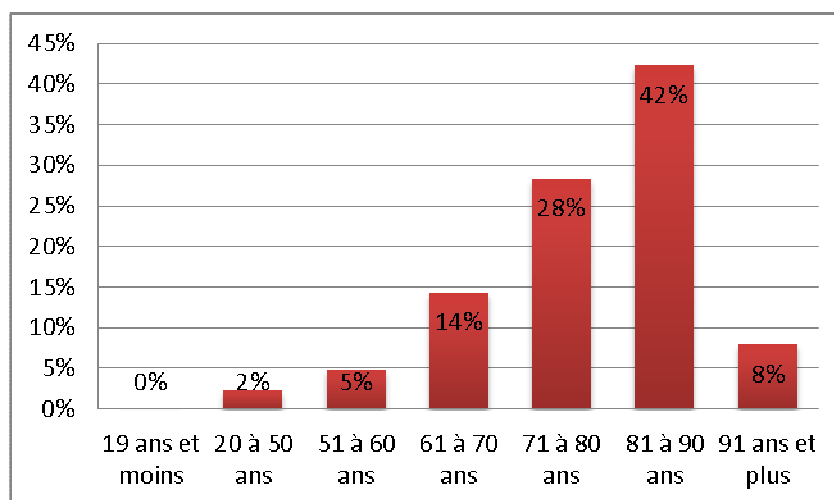
Comme pour les audioprothèses destinées aux moins de 20 ans, par rapport aux années précédentes, la tendance en 2014 puis en 2015 est à l'augmentation des volumes remboursés. Les montants remboursés évoluent au même rythme que la croissance des volumes remboursés, le montant moyen de remboursement par produit restant stable sur plusieurs exercices (entre 127 et 127,50 € entre 2012 et 2015). On observe également une baisse régulière du reste à charge moyen qui s'explique donc par une baisse régulière du prix moyen des produits acquis par les assurés.

Tableau 19: Evolution des volumes et remboursements des audioprothèses plus de 20 ans de classe D

	Quantité de produit	Evolution quantité de produit	Montant remboursé	Evolution du montant remboursé	Reste à charge moyen	Evolution reste à charge moyen
2015	44 980	9%	5 729 893	9%	1 179	-12%
2014	41 305	9%	5 246 512	9%	1 311	-4%
2013	37 887	3%	4 821 430	3%	1 353	-2%
2012	36 839	-1%	4 698 585	-5%	1 376	-1%
2011	37 176		4 934 467		1 386	

Les assurés remboursés au titre d'une audioprothèse sont assez âgés, avec un âge moyen de 78 ans, et 42% de la population comprise dans la tranche 81-90 ans.

Graphique 11 : Répartition par tranche d'âge des assurés remboursés pour une audioprothèses plus de 20 ans



L'entretien des piles

Le forfait annuel « Audioprothèse, entretien et réparations, allocation forfaitaire annuelle » concernant le remplacement des piles ou accumulateurs, ainsi qu'à la fourniture des pièces détachées et les réparations génère à lui seul un montant remboursé de 2 600 000 € pour 121 000 forfaits.

Tableau 20 : Volumes et remboursements des forfaits en 2015

Code LPP	Quantité de produit	Montant remboursé	Reste à charge global	Reste à charge moyen	Nombre de bénéficiaires
Forfait	121 662	2 678 848	1 669 936	19,4	62 090

Comparatif MSA (SA-NSA) / Autres régimes

Pour comparer ces populations, les données ont été standardisées par âge et par sexe de la population française totale.

Tableau 21 : Taux standardisé d'assurés remboursés pour une audioprothèse en 2015 (âge & sexe)

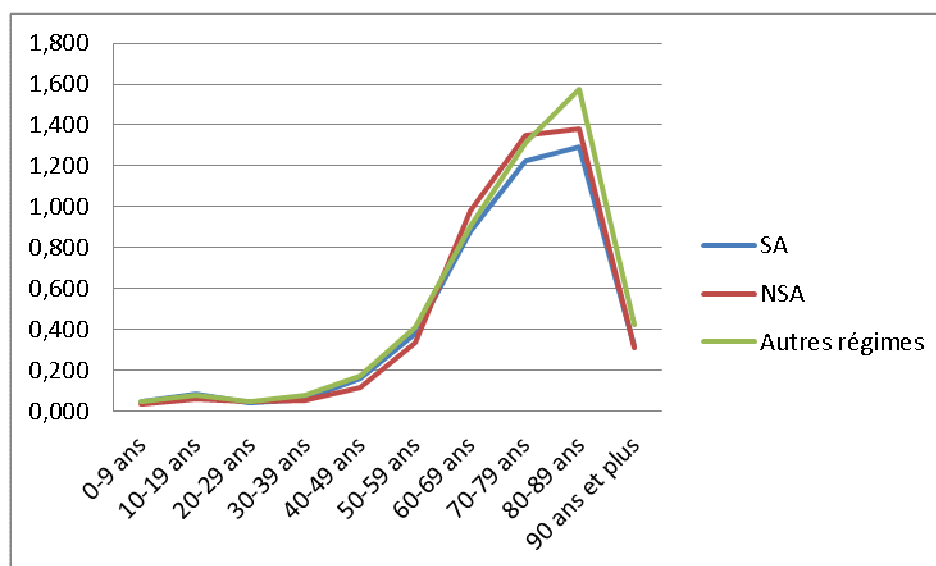
Taux d'incidence standardisé pour 1000		
		Audioprothèses
MSA	Salariés	4,49
	Non-Salariés	4,66
Autres régimes		5,05

Lecture : pour 1000 salariés assurés MSA, 4,49 ont bénéficiés d'un remboursement d'audioprothèse en 2015

Au titre de la MSA uniquement, l'écart entre salarié et non salarié est de 0,17, ce qui est relativement faible.

Une analyse par tranche d'âge montre une tendance identique pour les 3 populations et des valeurs très similaires jusqu'à 70 ans (Graphique 12). Les assurés des autres régimes décrochent alors un peu pour la tranche 80-89 ans, avec 1,6 assurés pour 1000 ayant bénéficié d'un remboursement d'audioprothèse contre 1,3 assurés environ pour le régime agricole.

Graphique 12 : Taux d'assurés ayant bénéficié d'un remboursement d'audioprothèse en 2015



La dispersion du reste à charge après intervention de l'AMO

En 2015, le reste à charge moyen, définit comme le reste à charge global rapporté à la quantité de produit remboursée est de 1 179 euros pour les audioprothèses de classe D pour les personnes de plus de 20 ans. Le reste à charge médian est plus élevé à 1 290 euros. On observe, par ailleurs, une très forte dispersion de ce reste à charge (Tableau 22).

Tableau 22: Dispersion du reste à charge des audioprothèses plus de 20 ans en 2015

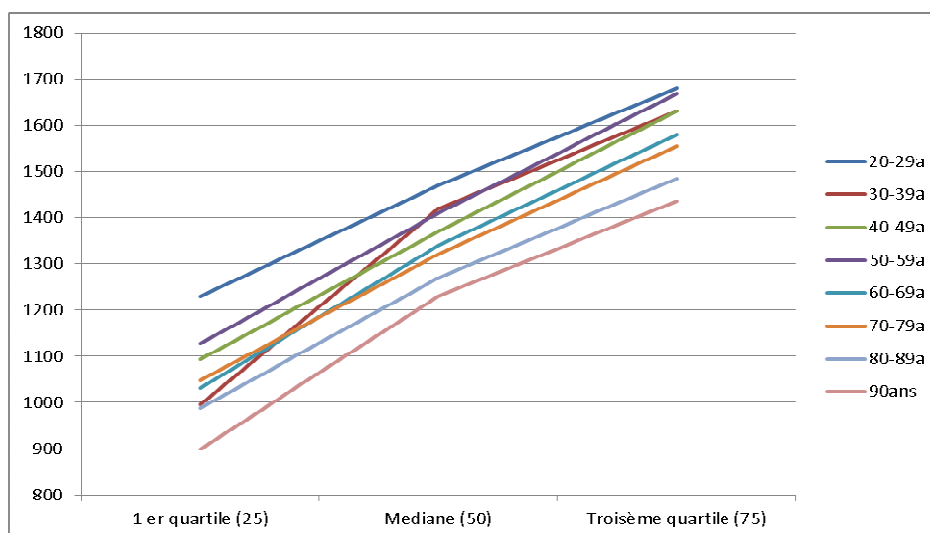
Quartiles	1 ^{er} quartile (25%)	Médiane (50%)	3 ^e quartile (75%)
Reste à charge (en euros)	1 011	1 290	1 530

Les données 2015 montrent donc que :

- 75% des audioprothèses génèrent un RAC inférieur à 1530 euros (25% d'entre elles un RAC supérieur à 1530 euros).
- 50% des audioprothèses génèrent un RAC inférieur à 1290 euros (50% d'entre elles un RAC supérieur à 1290 euros).
- 25% des audioprothèses génèrent un RAC inférieur à 1011 euros (75% d'entre elles un RAC supérieur à 1011 euros).

L'analyse du reste à charge avec l'âge laisse apparaître un reste à charge plus élevé pour les tranches d'âge les plus jeunes (Graphique 13).

Graphique 13 : dispersion du reste à charge après AMO en 2015 en fonction de l'âge



Audioprothèses – MSA – 2015 - Méthodologie

Les données du régime agricole sont issues de la base EMAS – LPP de la MSA (issue de RAAMSES). Les données des autres régimes sont issues du DCIR, présent dans le SNIIRAM. Les tables utilisées sont les tables prestations et codage affiné LPP. La population étudiée est l'ensemble des remboursements effectués au titre de l'achat d'une audioprothèse. Les données correspondent à l'année 2015, ainsi qu'aux années antérieures pour constater les évolutions en termes de volumes et de remboursements.

Codes LPP concernés

Huit codes LPP sont concernés par la dénomination « Audioprothèse » :

- Quatre d'entre eux pour les assurés de moins de 20 ans :

- ⇒ 2316782 AUDIOPROTHESE, APPAREIL DE CLASSE A, < 20 ANS
- ⇒ 2325723 AUDIOPROTHESE, APPAREIL DE CLASSE B, < 20 ANS
- ⇒ 2355820 AUDIOPROTHESE, APPAREIL DE CLASSE C, < 20 ANS
- ⇒ 2355084 AUDIOPROTHESE, APPAREIL DE CLASSE D, < 20 ANS

- Quatre autres pour les assurés de plus de 20 ans :

- ⇒ 2351548 AUDIOPROTHESE, APPAREIL DE CLASSE A, > OU = 20 ANS
- ⇒ 2383933 AUDIOPROTHESE, APPAREIL DE CLASSE B, > OU = 20 ANS
- ⇒ 2369471 AUDIOPROTHESE, APPAREIL DE CLASSE C, > OU = 20 ANS
- ⇒ 2335791 AUDIOPROTHESE, APPAREIL DE CLASSE D, > OU = 20 ANS

Encadré 4 : Types de soins concernés par des aides à la prise en charge du RAC (après remboursement légal et complémentaire) accordées par l'Action Sanitaire et Sociale de la MSA en 2014

Dans son enquête CMU-C/ACS sur la période 2014, la MSA dresse un bilan concernant les aides financières individuelles accordées par l'Action sanitaire et sociale et destinées à améliorer l'accès aux soins des ressortissants agricoles. La MSA analyse notamment les types de soins concernés par des aides à la prise en charge du reste à charge après remboursement légal et complémentaire. La classe d'âge « 62 ans et plus » représente plus de la moitié de l'ensemble des bénéficiaires (Tableau 23). Les soins aidés sont principalement par fréquence de bénéficiaires : les prothèses dentaires (+9 points par rapport à 2013), l'appareillage auditif (+5 points) et les frais d'optique (+2 points).

Tableau 23 : Fréquence des bénéficiaires par types de soins*

Nombre de bénéficiaires	Prothèses dentaires	Optique	Appareillage auditif	Cures thermales	Forfait hospitalier	Pharmacie	Dépenses autres	Total
16 – 25 ans	0,7%	0,3%	0,0%	0,1%	0,6%	0,2%	1,4%	3,3%
26 – 62 ans	13,6%	5,4%	3,0%	2,2%	4,6%	1,3%	12,1%	42,2%
> 62 ans	14,5%	4,7%	15,1%	5,9%	4,8%	1,7%	7,9%	54,5%
Total	28,7%	10,3%	18,2%	8,2%	10,0%	3,3%	21,4%	100,0%

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

Les dépenses concernent majoritairement les prothèses dentaires et l'appareillage auditif (Tableau 24). Le poids de ces dépenses progresse respectivement de +11 et +6 points par rapport à 2013. Les dépenses en cures thermales sont peu élevées en comparaison du nombre de bénéficiaires concernés.

Tableau 24 : Poids des dépenses par types de soins**

Montant des prestations	Prothèses dentaires	Optique	Appareillage auditif	Cures thermales	Forfait hospitalier	Pharmacie	Dépenses autres	Total
16 – 25 ans	1,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,6%	0,0%	1,6%	3,4%
26 – 62 ans	17,9%	3,0%	4,3%	1,0%	4,6%	0,9%	11,0%	42,6%
> 62 ans	16,9%	2,6%	20,3%	2,3%	5,0%	0,7%	6,2%	54,0%
Total	35,7%	5,7%	24,7%	3,3%	10,2%	1,6%	18,8%	100,0%

**Poids du montant de dépenses de chaque classe d'âge rapporté au montant total de dépenses.

Enfin, c'est dans le champ de l'appareillage auditif que l'on trouve le montant moyen de l'aide accordée par adhérent la plus élevée avec 594 euros (Tableau 25).

Tableau 25 : Montant moyen de l'aide accordée par adhérent par type de soins

Montant moyen de l'aide par adhérent	Prothèses dentaires	Optique	Appareillage auditif	Cures thermales	Forfait hospitalier	Pharmacie	Dépenses autres	Total
16 – 25 ans	650 €	147 €	536 €	300 €	440 €	83 €	488 €	450 €
26 – 62 ans	575 €	240 €	630 €	191 €	439 €	289 €	398 €	442 €
> 62 ans	510 €	247 €	588 €	167 €	455 €	180 €	347 €	433 €
Total	544 €	241 €	594 €	175 €	447 €	217 €	385 €	437 €

Source : CCMSA/DDSS-SDT, Enquête CMU-C/ACS 2014, Décembre 2015.

2.1.2.3. La santé mentale des populations agricoles

L'étude de la santé mentale chez les ressortissants agricoles a été amorcée dans les rapports précédents, du point de vue de la reconnaissance des pathologies, première étape de la prise en charge et du point de vue de la variété des pathologies constatée au travers du prisme de l'ALD.

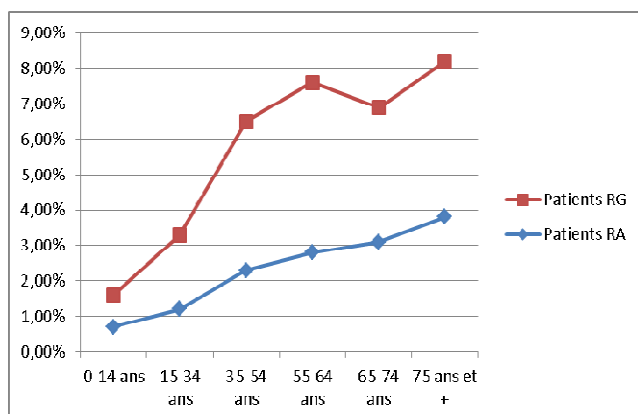
En 2012, la prévalence standardisée de l'ALD 23 au sein de la population du régime agricole est plus faible que celle du régime général (15,0 ‰ vs 19,7 ‰) toutes choses égales par ailleurs. Toutefois, l'écart se réduit lorsque la comparaison est menée entre les régimes des salariés (16,9 ‰ vs 19,7 ‰). La population du régime des non-salariés agricoles est ainsi apparue comme atypique avec un taux standardisé (12,7 ‰) bien plus bas que ce qui est observé dans les autres régimes.

L'étude sur la population des patients atteints de maladies psychiatriques et de la population consommant des psychotropes qui figure dans l'encadré 5 confirme et précise les constats déjà formulés en termes de prévalence, et enrichit la connaissance du recours à l'offre de soins de ces patients.

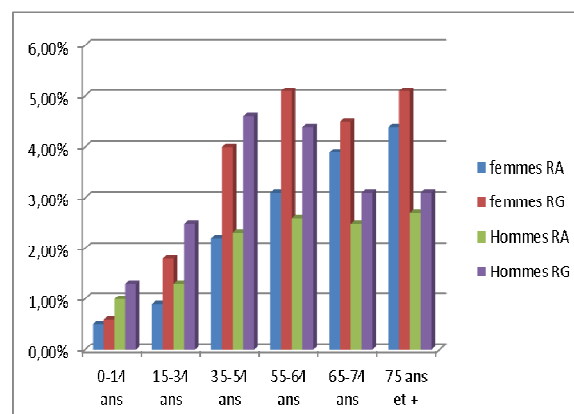
Une prévalence significativement moindre des patients psychiatriques au régime agricole

En 2013, la prévalence brute des patients agricoles ayant une maladie psychiatrique est de 24,1 pour mille contre 31 pour 1000 pour les patients du régime général. Elle est significativement inférieure à celle du régime général pour l'ensemble des patients et pour chaque tranche d'âge, tant pour les hommes et les femmes.

Graphique 14 : Taux de prévalence brute des patients ayant une maladie psychiatrique au régime général et au régime agricole



Graphique 15 : Taux de prévalence brute des hommes et femmes ayant une maladie psychiatrique au régime général et au régime agricole



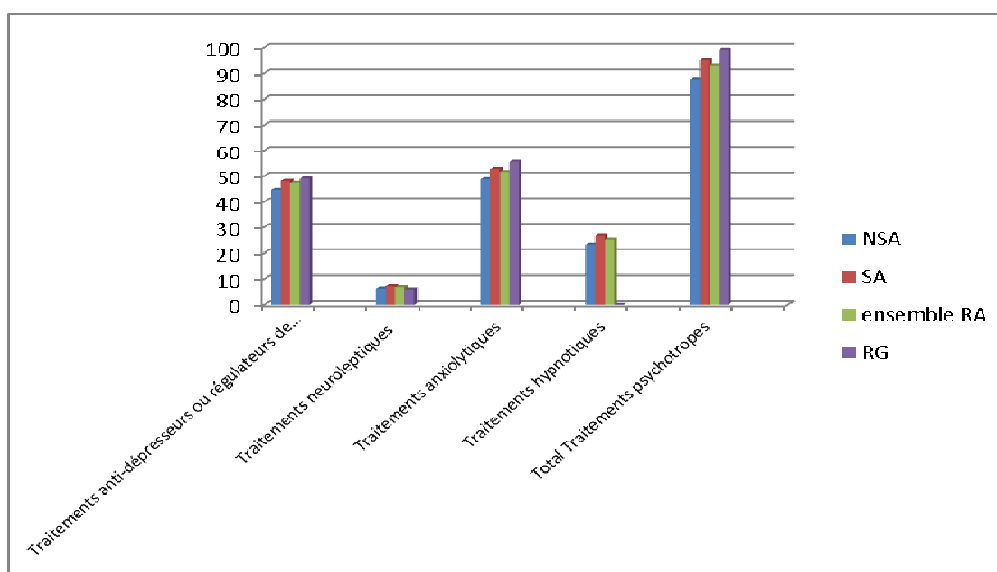
Ce constat est accentué du point de vue de la prévalence standardisée des patients atteints de maladies psychiatriques (ALD 23) : elle est de 20,1 pour mille versus 31,7 pour mille au général, et se décline pour chacune des cinq maladies psychiatriques les plus fréquentes (troubles psychotiques ; troubles névrotiques de l'humeur, déficience mentale, troubles addictifs, troubles psychiatriques débutant dans l'enfance, autres troubles psychiatriques).

Une prévalence moindre des patients du régime agricole consommateurs de psychotropes, sauf pour la consommation de neuroleptiques.

La prévalence des patients agricoles sans maladie psychiatrique mais consommant des psychotropes apparaît également moindre au régime agricole par rapport au régime général (92,9 pour mille versus 99,1 pour mille).

Ce constat concerne les différents traitements avec une exception : les traitements neuroleptiques pour lesquels la prévalence standardisée est supérieure pour les consommateurs agricoles par rapport au régime général (6,9 pour mille au régime agricole versus 5,9 pour mille au régime général).

Graphique 16 : Taux de prévalence (pour mille) standardisée de la consommation de psychotropes (hors maladies psychiatriques) au régime général et au régime agricole (salariés agricoles (SA), Non Salariés Agricoles (NSA) et ensemble du régime agricole)



On peut donc constater un paradoxe : les patients du régime agricoles sont moins pris en charge pour une maladie psychiatrique mais consomment davantage de neuroleptiques. Cette problématique devra être instruite.

Cette étude confirme également l'enjeu de mieux diagnostiquer et mieux reconnaître les maladies mentales au sein de la population agricole, notamment pour les populations non-agricoles.

Enfin, l'intérêt d'étudier la portée d'une prise en charge, pour certaines indications, d'un suivi psychologique actuellement non pris en charge sur le risque, en vue de faciliter l'accès à une offre de « premier niveau » permettant une dédramatisation et une potentielle optimisation de la détection d'une éventuelle pathologie psychiatrique est également confirmé.

Encadré 5 : les principales caractéristiques des maladies psychiatriques et de la consommation de psychotropes au régime agricole en 2013

Devant le constat d'hospitalisations des patients atteints d'affections psychiatriques particulièrement longues et fréquentes, la MSA cherche à approfondir sa connaissance de la population concernée et de sa consommation de soins afin d'optimiser sa prise en charge et la maîtrise des dépenses associées.

Cette observation est issue de travaux de cartographie des patients et des dépenses menés par la CNAMTS⁴. Afin de comparer les populations atteintes d'affections psychiatriques ou traitées par psychotropes, la MSA a utilisé la même méthode que la CNAMTS (Cf aspects méthodologiques).

Au régime agricole (MSA) en 2013, 75 510 patients sont atteints d'une maladie psychiatrique (Tableau 26), soit 24,1% des patients ayant consommé au moins un soin au cours de l'année. Au régime général cet effectif est de 1 764 400 patients⁵, soient 31% des consommateurs.

Les pathologies les plus fréquentes sont les troubles névrotiques (56 % au régime agricole versus 50% au régime général), les troubles psychotiques (16% au régime agricole versus 21% au régime général) et les autres troubles psychiatriques (18% au régime agricole versus 23% au régime général). Toutes les différences sont significatives entre les deux régimes, ce qui traduit une prévalence plus importante des maladies psychiatriques au régime général par rapport au régime agricole.

Au régime agricole, en 2013, 422 545 patients exempts de maladie psychiatrique, (soit 137,6 % des patients ayant consommé au moins un soin au cours de l'année 2013) ont reçu au moins 3 délivrances d'au moins un psychotrope au cours de l'année (les « personnes atteintes d'une maladie psychiatrique » ne sont pas comptabilisés) (Tableau 27). Au régime général le nombre de patients concernés est de 5 464 900, soit 96 % des consommateurs.

Les patients ressortissants du régime agricole prenant un traitement psychotrope sont plus âgés que ceux ayant une maladie psychiatrique (72,6 ans vs 68,9 ans).

Tableau 26 : Effectif et fréquence des différentes pathologies au sein de la population souffrant de troubles psychiatriques en 2013

		Régime Agricole		Régime Général	
		Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
Effectif de patients ayant au moins une maladie psychiatrique (sans double compte)		75 510		1 764 400	
Effectifs de patients selon leurs troubles psychiatriques	Troubles névrotiques	42 482	56%	880 100	50%
	Troubles psychotiques	12 432	16%	377 000	21%
	Autres troubles psychiatriques	13 342	18%	397 500	23%
	Troubles addictifs	8 179	11%	295 900	17%
	Déficience mentale	3 784	5%	125 700	7%
	Troubles psychiatriques débutant dans l'enfance	2 876	4%	113 900	6%

Source : SNIIRAM et Ameli, CCMSA DERS

⁴ Etude des algorithmes de définition des pathologies dans le Système National d'Information Inter-Régime de l'Assurance Maladie (SNIIRAM).

⁵ Source AMELI.

Clé de lecture : 75 510 personnes distinctes ont au moins une maladie psychiatrique au régime agricole. Les troubles névrotiques représentent 56% de cette population au régime agricole alors qu'ils représentent 50% de la population ayant une maladie psychiatrique au régime général.

Deux sous-populations sont distinguées : les personnes ayant une maladie psychiatrique et les personnes ayant un traitement psychotrope (voir définitions en méthodologie de ces deux catégories). Une personne peut figurer dans plusieurs niveaux dans chaque sous population (par exemple une même personne peut avoir un trouble psychotique et un trouble addictif) mais il n'y a pas de doubles comptes dans les totaux.

Tableau 27 : Effectif et fréquence des types de traitement au sein de la population consommant des psychotropes sans avoir de maladie psychiatrique en 2013

		Régime Agricole		Régime Général	
		Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
Effectif de patients (à l'exception des patients ayant un trouble psychiatrique) prenant au moins un traitement psychotrope		422 545		5 464 900	
Effectifs de patients sans maladie psychiatrique déclinés selon leur consommation de psychotropes (au moins 3 délivrances au cours de l'année 2013)	Traitements anxiolytiques	238 112	56%	3 058 300	56%
	Traitements antidépresseurs	197 153	47%	2 726 700	50%
	Traitements hypnotiques	127 208	30%	1 619 400	30%
	Traitements neuroleptiques	32 955	8%	321 800	6%

Source : SNIIRAM et Ameli, CCMSA DERS

Patients ayant une maladie psychiatrique

Prévalence standardisée

Pour l'ensemble des maladies psychiatriques, le taux de prévalence est moins élevé au régime agricole qu'au régime général (respectivement 20,1 ‰ vs 31,7 ‰). Il est possible que cette différence provienne d'un problème de chaînage⁶ chez les patients hospitalisés au cours de l'année mais n'ayant pas consommé de soins en ambulatoire.

⁶ Dans le SNIIRAM, le chaînage d'une hospitalisation avec la consommation de soins est nécessaire pour identifier le régime du bénéficiaire, donnée qui est souvent absente ou mal renseignée dans le PMSI. Il est possible que parfois le chaînage ne soit pas possible dans le cas d'un identifiant du patient mal renseigné.

Tableau 28 : Taux de prévalence brut et standardisé⁷, pour 1000, en 2013, pour l'ensemble des affections psychiatriques au régime agricole et au régime général

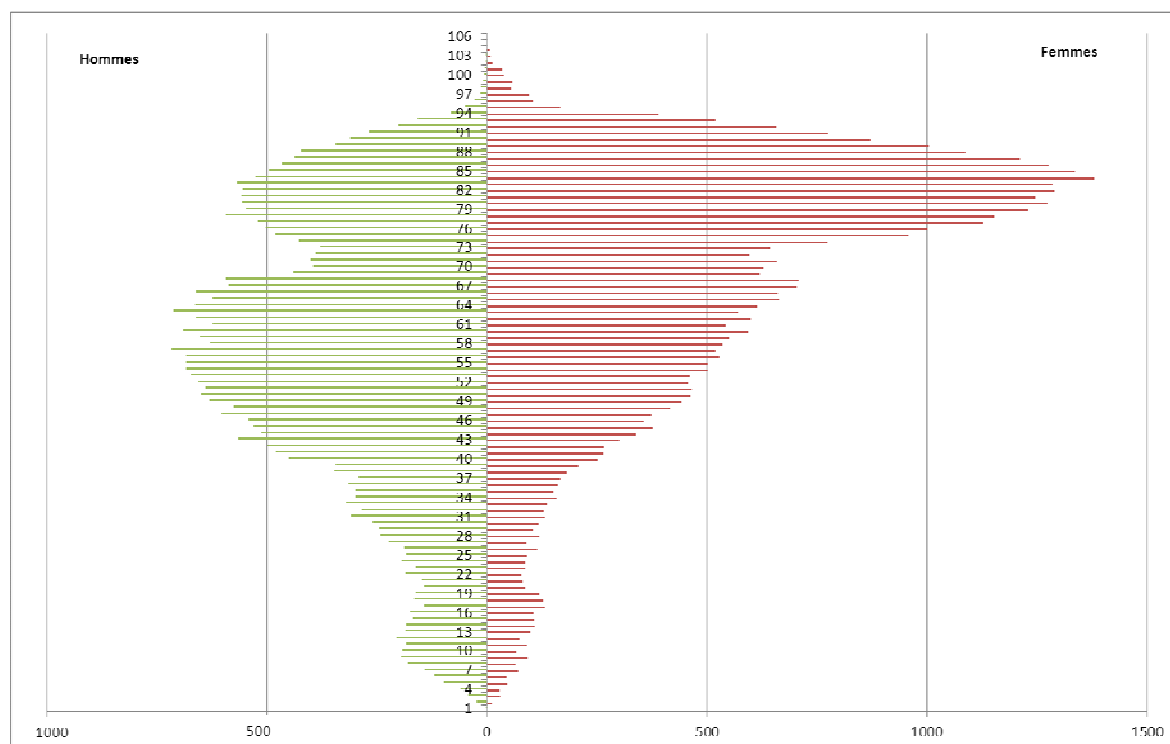
	Régime agricole		Régime général	
	Taux bruts	Taux standardisés	Taux bruts	Taux standardisés
Troubles psychotiques	4,0	3,4	6,7	6,8
Troubles névrotiques et de l'humeur	13,1	10,2	15,5	15,7
Déficiência mentale	1,2	1,3	2,2	2,2
Troubles addictifs	2,7	2,6	5,2	5,4
Troubles psychiatriques débutant dans l'enfance	0,9	1,3	2,0	2,0
Autres troubles psychiatriques	4,4	3,5	7,0	7,1
Total	24,1	20,1	31,1	31,7

Source : Sniiram et Ameli, CCMSA DERS

Description de la population

La pyramide des âges met en évidence un poids plus important des femmes par rapport aux hommes aux âges les plus élevés.

Graphique 17 : Pyramide des âges des patients ayant une maladie psychiatrique



Source : Sniiram – CCMSA DERS

⁷ Sur la base de la population française métropolitaine au 01/01/2014.

La prévalence des patients ayant une maladie psychiatrique augmente avec l'âge (Tableau 29). Avant 35 ans, elle est relativement plus importante chez les hommes que chez les femmes. A partir de 55 ans, elle est beaucoup plus importante chez les femmes.

Tableau 29 : Taux de prévalence par tranche d'âge des patients ayant une maladie psychiatrique au régime agricole - 2013

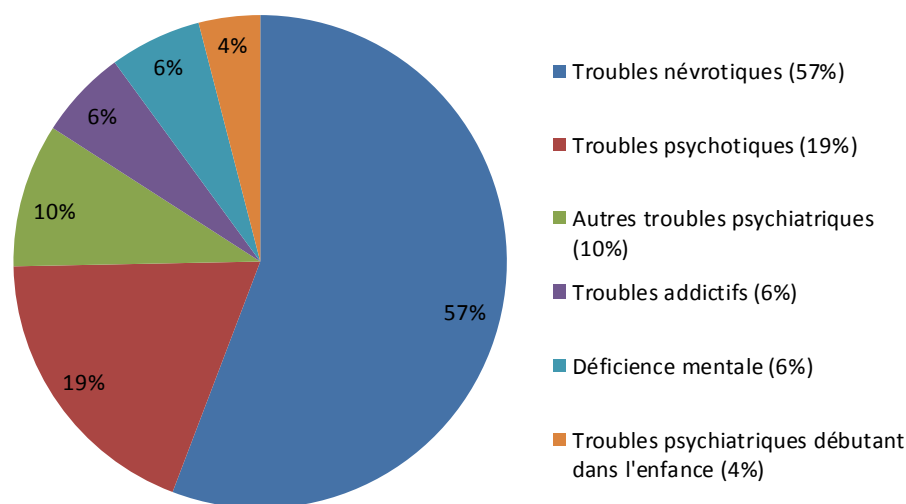
	Hommes	Femmes	Ensemble
0-14 ans	1,0%	0,5%	0,7%
15-34 ans	1,3%	0,9%	1,2%
35-54 ans	2,3%	2,2%	2,3%
55-64 ans	2,6%	3,1%	2,8%
65-74 ans	2,5%	3,9%	3,1%
75 ans et +	2,7%	4,4%	3,8%
Ensemble	2,1%	2,7%	2,4%

Source : Sniiram, CCMSA DERS

Description des prises en charge en soins de ville et en hospitalisation⁸

Parmi les 60 000 assurés agricoles pris en charge au titre d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23), plus de la moitié le sont pour des troubles névrotiques et de l'humeur⁹ (Graphique 18).

Graphique 18 : Répartition des affections psychiatriques de longue durée (ALD 23)¹⁰ au régime agricole



Source : Sniiram, CCMSA DERS

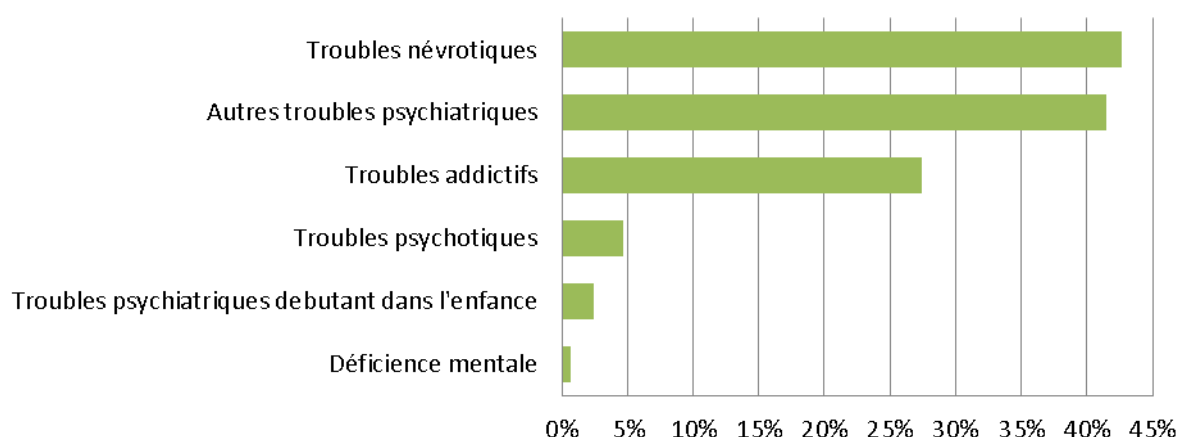
⁸ Dans le PMSI le régime n'est pas toujours renseigné, ce qui peut induire une perte d'information.

⁹ Codes CIM10 F30-F48.

¹⁰ Voir les codes CIM10 dans les aspects méthodologiques.

Entre janvier 2012 et décembre 2013, le taux d'hospitalisation (en psychiatrie ou en MCO) des patients ayant au moins une maladie psychiatrique est de 27%¹¹. Les motifs d'hospitalisation sont plus fréquemment des troubles névrotiques (43%), d'autres troubles psychiatriques (41%) et des troubles liés à des addictions (27%) (Graphique 19). Or cette pathologie ne concerne que 6% de l'ensemble des personnes ayant une maladie psychiatrique détectée.

Graphique 19 : Fréquence de chaque pathologie dans les hospitalisations pour motif psychiatrique au moins une fois entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2013.



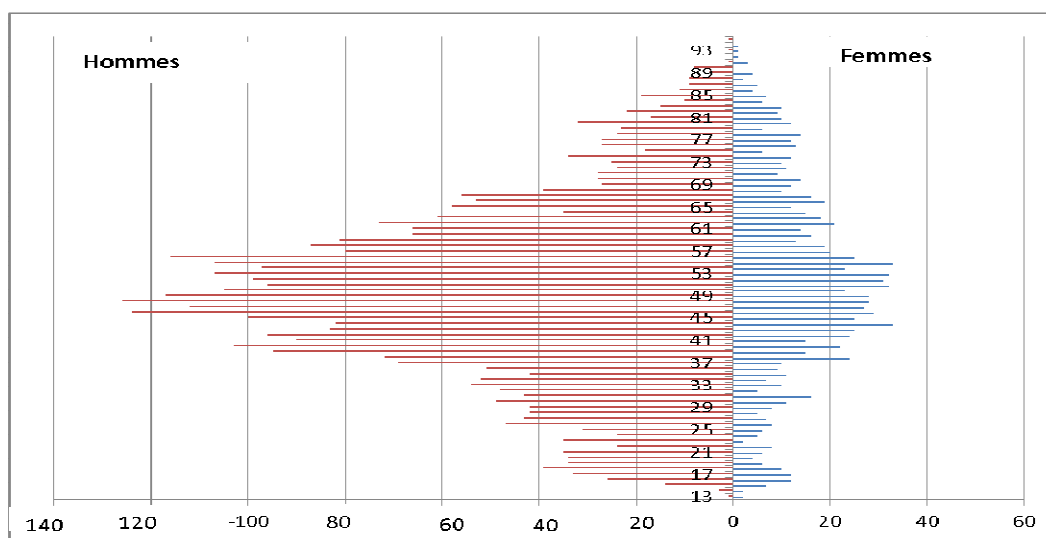
Source : Sniiram, DERS CCMSA

Clé de lecture : 43 % des hospitalisations ont pour diagnostic principal ou diagnostic associé un trouble névrotique.

Hospitalisations pour troubles addictifs

Plus des deux tiers des hospitalisations pour troubles addictifs concernent les hommes. En moyenne les personnes hospitalisées pour une pathologie d'addictologie ont 49,6 ans, 63% ont moins de 55 ans.

Graphique 20 : Pyramide des âges des patients hospitalisés pour troubles addictifs entre janvier 2012 et décembre 2013



Source : Sniiram, CCMSA DERS

¹¹ Il peut y avoir plusieurs séjours pour un même patient ; une hospitalisation fait référence à une personne qui a été hospitalisée au moins une fois. C'est indépendamment du nombre de séjours.

Au régime agricole en 2013, 14,3 % des patients ayant une maladie psychiatrique ont consulté au moins une fois un psychiatre en ambulatoire. Au sein de cette population, la fréquence des visites chez le psychiatre est de 15,3 consultations par an : 15,7 pour les salariés et 14,6 pour les non-salariés. La standardisation des taux sur la base de l'ensemble de la population atteinte d'une maladie psychiatrique au régime agricole ayant consulté au moins un psychiatre au cours de l'année augmente le taux de prévalence après pondération pour les non-salariés. Néanmoins, toutes choses égales par ailleurs, les salariés consultent davantage un psychiatre au cours de l'année que les non-salariés (15,6 vs 15,1).

Pour les deux régimes confondus, le nombre moyen de consultations psychiatriques par an augmente de 0 à 54 ans, pour atteindre un maximum de 16,6 consultations par an pour la tranche d'âge 35-54 ans, puis diminue pour rester stable ensuite après 65 ans.

La fréquence annuelle des consultations chez un médecin généraliste, qui a donné lieu à la prescription d'un psychotrope à un patient ayant une maladie psychiatrique est équivalente chez les salariés et les non-salariés (4 par an).

Tableau 30 : Nombre de consultations sur l'année 2013 des patients atteints d'une maladie psychiatrique

		Moyenne brute	Moyenne standardisée (1)
Consultation psychiatre	salariés	15,7	15,6
	non-salariés	14,6	15,1
Ensemble		15,3	
Consultation médecin généraliste ayant prescrit au moins un psychotrope	salariés	3,9	3,9
	non-salariés	4,2	4,0
Ensemble		4,2	
Consultation médecin généraliste n'ayant prescrit que des psychotropes	salariés	2,0	1,9
	non-salariés	1,7	1,8
Ensemble		1,8	

Source : Sniiram, CCMSA DERS

(1) Standardisation par âge et sexe sur la base de l'ensemble des patients du régime agricole de la catégorie concernée

Clé de lecture : les salariés ayant une maladie psychiatrique ont eu 3,9 consultations de médecin généraliste ayant donné lieu à au moins un traitement psychotrope

Patients sans maladie psychiatrique consommant des psychotropes

Prévalence standardisée

Après standardisation par âge et sexe les patients du régime agricole sont moins nombreux à consommer des psychotropes que les patients du régime général. A l'exception des neuroleptiques, une consommation de psychotropes plus importante est observée chez les patients du régime général par rapport à ceux du régime agricole. Ainsi, 9,2 % des patients du régime agricole consomment régulièrement au moins un psychotrope contre 9,9 % des patients du régime général (au moins 3 délivrances dans l'année) (Tableau 31). Les anxiolytiques et les antidépresseurs sont les traitements psychotropes les plus consommés pour les deux régimes. Ainsi, 5,5 % des patients du régime général consomment régulièrement des anxiolytiques et 5,2 % au régime agricole ; de même 4,9 % des patients du régime général consomment régulièrement des antidépresseurs, et 4,7 % au régime agricole.

La consommation des salariés agricoles est proche de celle des patients du régime général ; la standardisation des taux (sur la base de la population française métropolitaine au 1^{er} janvier 2014) met ainsi en évidence la structure par âge particulière des non-salariés agricoles (population plus âgée).

Tableau 31 : Taux de prévalence brut et standardisé¹² (‰) au régime agricole et au régime général en 2013 de la consommation de psychotrope (hors maladies psychiatriques)



		Régime agricole			Régime général	
		taux brut	taux standardisé	Ensemble	taux brut	taux standardisé
Traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	salariés	47,0	48,0	47,2	48,1	49,0
	non-salariés	83,8	44,8			
Traitements neuroleptiques	salariés	7,6	7,3	6,9	5,7	5,9
	non-salariés	14,3	6,3			
Traitements anxiolytiques	salariés	52,3	52,9	51,7	54,0	55,5
	non-salariés	106,5	48,7			
Traitements hypnotiques	salariés	27,0	27,0	25,4	28,6	/
	non-salariés	58,0	23,4			
Total (Traitements psychotropes)	salariés	94,4	95,1	92,9	96,4	99,1
	non-salariés	187,1	87,9			

Source : SNIIRAM/DCIR-PMSI, CCMSA, DERS

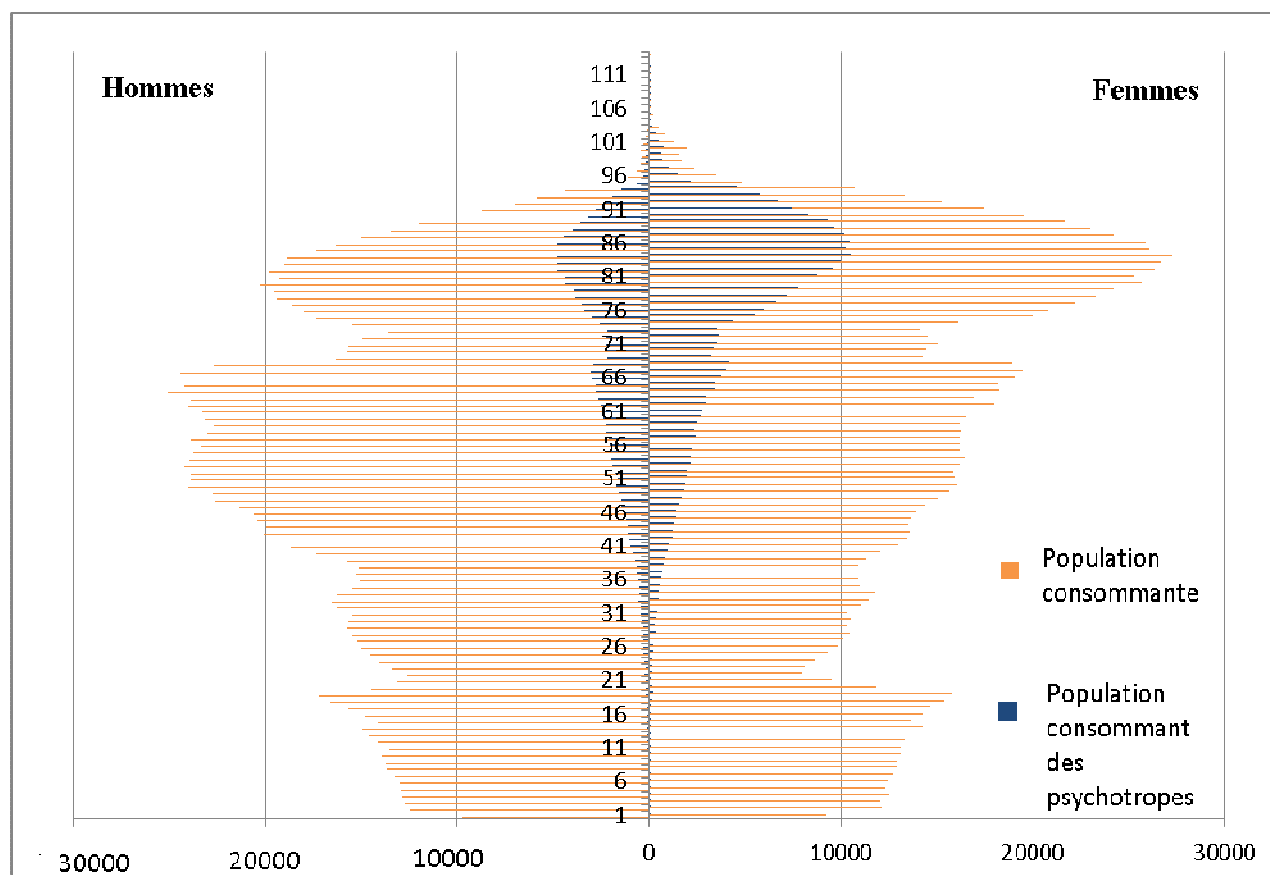
¹² Sur la base de la population française métropolitaine au 01/01/2014.

Pour ce qui concerne les traitements hypnotiques au régime général, le taux standardisé n'a pu être calculé ; en effet, l'effectif brut de patients à qui ont été délivré ces médicaments est noté comme « inférieur à 50 » dans une tranche d'âge.

Description de la population

Les femmes consommatrices de psychotropes sont plus nombreuses que les hommes (Graphique 21), ce qui est lié à la fois à une surreprésentation des femmes âgées au sein de la population agricole et à un recours significativement plus important aux psychotropes de cette population.

Graphique 21 : Pyramide des âges des patients ayant eu au moins 3 délivrances d'un psychotrope au cours de l'année 2013 (hors affections psychiatriques) et population consommatrice du régime agricole



Source : Sniiram .- CCMSA DERS

Au régime agricole, le taux de prévalence aux psychotropes est de 13,8% (Tableau 32). Ce taux progresse avec l'âge et est supérieur chez les femmes.

Tableau 32 : Taux de prévalence par tranche d'âge des patients ayant eu au moins trois délivrances au cours de l'année 2013 d'au moins un psychotrope (hors maladies psychiatriques)

Tranches d'âge	Hommes	Femmes	Ensemble	Taux de recours relatif Femmes/Hommes
0-14 ans	0,3%	0,2%	0,3%	0,6
15-34 ans	2,0%	2,4%	2,2%	1,2
35-54 ans	6,4%	10,4%	8,0%	1,6
55-64 ans	10,3%	16,5%	12,9%	1,6
65-74 ans	14,2%	23,6%	18,7%	1,7
75 ans et +	25,3%	37,8%	32,8%	1,5
Ensemble	9,6%	18,3%	13,8%	1,9

Source : Sniiram, CCMSA DERS

Au régime agricole en 2013, 1,2 % des patients ayant consommé des psychotropes sans avoir une maladie psychiatrique ont consulté au moins une fois un psychiatre en ambulatoire. La fréquence moyenne des consultations chez un médecin généraliste avec prescription de psychotropes est équivalente chez les salariés et les non-salariés, même après standardisation (Tableau 33). Une différence est observée entre les deux régimes concernant la fréquence moyenne des consultations chez les psychiatres : la fréquence est plus importante chez les salariés que chez les non-salariés (6,4 vs 5,2).

Tableau 33 : Consultations moyennes sur l'année 2013 des patients consommant des psychotropes (hors affections psychiatriques)

		Moyenne brute	Moyenne standardisée
Consultation psychiatre	salariés	6,8	6,4
	non-salariés	4,9	5,2
Ensemble		6,0	

Consultation medecin généraliste ayant prescrit au moins un psychotrope	salariés	4,2	4,2
	non-salariés	4,0	4,0
Ensemble		4,1	
Dont Consultation medecin généraliste n'ayant prescrit que des psychotropes	salariés	1,7	1,6
	non-salariés	1,4	1,5
Ensemble		1,5	

Source : SNIIRAM CCMSA -DERS

L'étude met en évidence deux points : les maladies psychiatriques ont une prévalence moins élevée au régime agricole qu'au régime général. De même, la consommation de psychotropes est moins élevée au régime agricole qu'au régime général.

Cette étude est une première approche des principales tendances de la prévalence des maladies psychiatriques au régime agricole par rapport au régime général, ainsi que de la consommation de psychotropes. Elle n'aborde ni les actes réalisés en hôpital psychiatrique du type centre médico-psychologique (CMP) ni le volet des dépenses qui sont tous deux un complément d'étude indispensable. Les distances d'accès à l'offre de soins n'ont pas été abordées dans cette étude. Il sera intéressant d'étudier la localisation des patients du régime agricole ainsi que les distances d'accès aux psychiatres et aux hôpitaux psychiatriques afin d'observer un lien éventuel entre les affections psychiatriques et l'accès à l'offre de soins.

Cette étude semble indiquer que le recours au psychiatre, bien que plus faible chez les non-salariés, tend à se rapprocher de celui des salariés.

Aspects méthodologiques

Depuis 2010, la CNAMTS s'est engagée dans un travail de définition de pathologies « *afin de connaître, et de suivre le poids des pathologies sur la population assurée ainsi que les dépenses correspondantes pour le système de soins dans le cadre des missions de l'Assurance Maladie*¹³ ». Ce travail a permis de mettre en évidence 55 algorithmes décrivant l'état de santé de la population affiliée au régime général, tout en tenant compte de l'ensemble de sa consommation de soins (médicaments, ALD, hospitalisations, etc.), les données étant extraites du SNIIRAM.

La méthodologie utilisée pour extraire les populations du régime agricole est issue de ce travail.

Personnes ayant une maladie psychiatrique (ALD et hospitalisations) :

- Patients en ALD (pour certaines affections seulement, ciblées par leurs codes CIM10, voir ci-dessous la liste des codes)
- Patients ayant été hospitalisés au moins une fois sur les deux dernières années avec un diagnostic principal ou relié de maladie psychiatrique, que ce soit dans un établissement privé ou public type MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) ou dans un établissement psychiatrique (diagnostic principal ou diagnostic associé)

Concernant les troubles psychotiques et les troubles névrotiques de l'humeur une troisième identification est nécessaire :

- Patients ayant consommé certains médicaments (identifiés par leurs codes ATC et CIP) et ayant été hospitalisés avec un diagnostic principal ou relié lié à une affection psychiatrique, que ce soit dans un établissement privé ou public type MCO ou dans un établissement psychiatrique au moins une fois sur les cinq dernières années.

¹³ Etude des algorithmes de définition des pathologies dans le Système National d'Information Inter-Régime de l'Assurance Maladie (SNIIRAM)

Personnes ayant eu un traitement psychotrope (consommant, sans hospitalisation ni ALD) :

Personnes ayant reçu au moins 3 délivrances de médicaments (codes ATC et CIP) au cours de l'année et qui n'ont pas de pathologie psychiatrique retrouvée.

L'identification des patients concernés constitue la première étape de l'étude ; la seconde consiste à établir les dépenses affectées à ces patients.

Codes CIM10 des pathologies psychiatriques :

- Troubles névrotiques : F30-F48
- Troubles psychotiques : F20-F25 ; F28, F29
- Autres troubles psychiatriques : F00, F03, F05.1, B22.0, F84.3, G31.8, F04-F09, F17
- Troubles addictifs : F10-F19 (sauf F17), F50, F60-F69, F51, F59, F80-89, F90-F99
- Déficience mentale : F70-F79
- Troubles psychiatriques débutant dans l'enfance : F80-F89, F90-F98

Données sur l'hospitalisation :

Les données sont issues du PMSI MCO et RIMP PSY des années 2012 et 2013 conformément à la méthodologie de la Cnamts pour repérer la patientèle souffrant de maladie psychiatrique. Certaines informations comme le statut (salarié, non-salarié) ont été obtenues par le chaînage entre le PMSI et DCIR à l'aide du numéro d'identifiant du patient. Il n'est possible de faire le lien que pour les personnes ayant eu au moins un remboursement au cours de l'année 2013.

Remarques générales sur les données sources issues notamment des bases ALD et de consommation de psychotropes :

- l'ALD 23 (affections psychiatriques de longue durée) entraîne un biais de sélection : les critères médicaux d'admission imposent des notions de gravité et de durée/récurrence
- le codage CIM 10 n'est ni très concordant ni très reproductible (une même affection chez un même assuré peut être nommée (et codée) différemment par des médecins différents ou par le même médecin à des moments différents)
- en pratique, les classes médicamenteuses sont peu spécifiques (ex. : les anxiolytiques sont prescrits dans tous les types d'affections, les antidépresseurs sont prescrits dans la dépression mais aussi dans d'autres situations).

2.1.3. Le suicide et les situations à risques chez les ressortissants agricoles

En 2012, le suicide a causé la mort de 9 715 personnes en France métropolitaine, soit près de 27 décès par jour, loin devant la mortalité routière qui s'est élevée à 3 426 victimes. En raison d'erreurs ou d'absence de codage parmi les 558 408 certificats de décès enregistrés en 2012, l'Observatoire National du Suicide¹⁴ précise que le nombre de suicides se rapproche plus vraisemblablement des 10 700 décès. Le taux standardisé de mortalité par suicide¹⁵ s'établit, pour tous les âges confondus, à 16,7 pour 100 000 en France métropolitaine en 2012.

Une étude de l'InVS¹⁶ en 2010 a montré que les agriculteurs exploitants présentent la mortalité par suicide la plus élevée parmi toutes les catégories sociales en France. En particulier, sur la période 1968-1999, les agriculteurs exploitants avaient un risque de décès par suicide 3 fois plus élevé chez les hommes et 2 fois plus élevé chez les femmes par rapport aux cadres.

Dans le cadre de son plan national de lutte contre le suicide 2011-2014 (Encadré 6), la MSA a notamment mis en œuvre des cellules pluri-disciplinaires de prévention du suicide dans les caisses, en vue d'organiser d'une part le signalement, l'analyse et le traitement des situations individuelles détectées et d'autre part des sessions de sensibilisation des populations agricoles aux notions de stress, dépression et conduite suicidaire.

Au-delà des plus-values observées sur le plan opérationnel pour les populations, les cellules pluri-disciplinaires constituent une source d'information pour enrichir la connaissance du risque de suicide chez les populations agricoles.

L'enquête quantitative de l'activité des cellules pluri-disciplinaires réalisée en 2014 a dénombré 1 009 situations détectées en 2014, parmi lesquelles 83 % ont été accompagnées (84 % en 2013 et 81 % en 2012), 41 % ont été orientées (37 % en 2013 et 46 % en 2012). Un tiers des situations étaient urgentes et présentaient un risque suicidaire avéré (30 % en 2014, 36 % en 2013 et 34 % en 2012).

Les caractéristiques identifiées des personnes concernées par une situation à risque suicidaire par les cellules pluri-disciplinaires de prévention sont les suivantes :

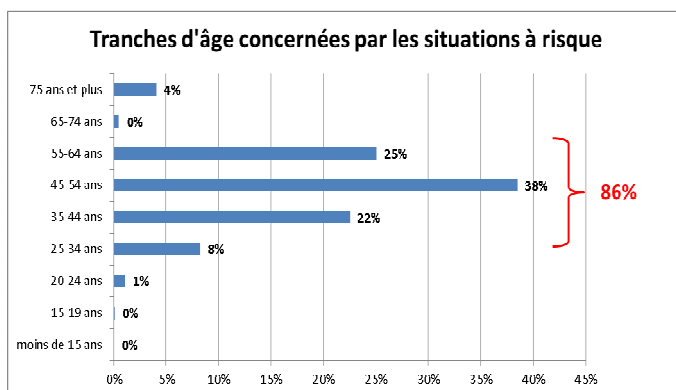
- **ce sont majoritairement des hommes : 73% en 2014 (75% en 2013), les femmes représentant 27% (25% en 2013)**
- **la tranche d'âge 35 à 64 ans est la plus représentée et regroupe 86% des cas. 38% des personnes concernées se situent dans la tranche d'âge 45-54 ans (Graphique 22)**
- **Les exploitants agricoles sont les plus concernés par ces situations à risque avec 74% en 2014 (68% en 2013) tandis que 22% (26% en 2013) sont des salariés agricoles (Graphique 23)**

¹⁴ Observatoire National du Suicide, 2è Rapport, février 2016, InVS.

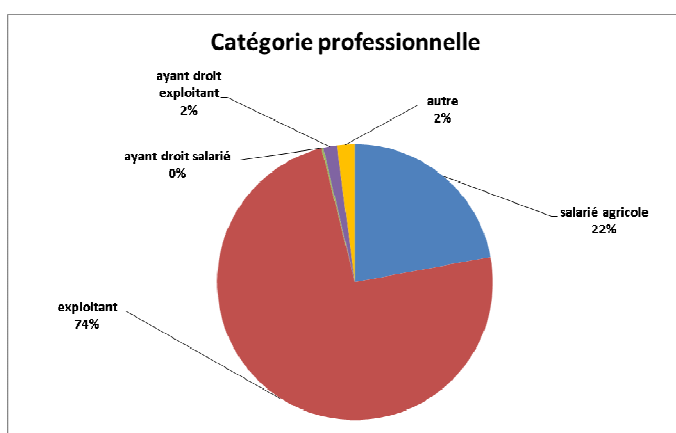
¹⁵ Il s'agit du taux pour 100 000 habitants standardisé selon la population Eurostat EU & EFTA (les pays de l'EU-27 ainsi que l'Islande, la Norvège et la Suisse), en 2012. Ce taux est obtenu en appliquant à la population française la structure par sexe et âge de cette population de référence. Cette standardisation permet des comparaisons internationales, en neutralisant l'effet des différences de structure par sexe et âge des populations comparées.

¹⁶ Cohidon et coll., 2010, InVS.

Graphique 22 : Tranches d'âge concernées par les situations à risque



Graphique 23 : Catégories professionnelles concernées par les situations à risque



Une étude qualitative réalisée auprès des caisses fait état des éléments favorisant le risque de suicide, recensés par les référents des cellules pluridisciplinaires de prévention du suicide, au regard des situations rencontrées.

Les principaux facteurs aggravants évoqués sont les suivants¹⁷ :

- **Difficultés économiques (31%)**
- **Isolement social ou géographique (28%)**
- **Crise dans le secteur d'activité (sanitaire, économique, ...) (27%)**
- **Conditions de travail (18%)**
- **Autre : Problèmes familiaux (11%)**

La connaissance du suicide sera enrichie prochainement par la publication des résultats de l'actualisation de l'étude de l'InVS sur le suicide chez des exploitants agricoles pour les années 2010-2011. Par ailleurs, une étude sur le suicide chez les salariés agricoles est en cours pour la période 2007-2009. Enfin, des travaux de recherche en sociologie sur les déterminants socioéconomiques du suicide chez les agriculteurs exploitants sont en cours.

¹⁷ Il s'agit des pourcentages de réponses données sachant qu'il y a potentiellement plusieurs réponses pour un même cas suivi.

Encadré 6: Plan national MSA 2011-2014 d'actions contre le suicide : focus sur les cellules pluri-disciplinaires de prévention

Le plan national MSA contre le suicide MSA : un plan en trois axes

Le Plan national MSA d'actions contre le suicide 2011-2014 constituait le volet du Programme national d'actions contre le suicide de la Direction générale de la santé (DGS) relatif au monde agricole. Il comportait trois axes :

- Axe 1 : Mieux connaître la réalité du suicide dans le monde agricole ;
- Axe 2 : Mettre en place un dispositif d'écoute pour les agriculteurs en situation de détresse ;
- Axe 3 : Créer des cellules de prévention dans chaque MSA pour repérer les agriculteurs en difficulté.

Concernant l'**axe 1**, l'action principale, menée en partenariat avec l'InVS, a été d'analyser la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants (chefs d'exploitations agricoles et les collaborateurs d'exploitation). L'objectif était de chiffrer et d'analyser la mortalité par suicide chez les agriculteurs exploitants, selon des variables démographiques et professionnelles, et d'en suivre l'évolution. La première analyse a été réalisée sur trois ans (2007-2008-2009)¹⁸. L'InVS (Santé publique France depuis le 1^{er} mai 2016) doit publier très prochainement les données relatives aux années 2010-2011. Une convention avec l'InVS (ANSP) a été signée avec la MSA pour compléter l'étude de la mortalité par suicide sur la population des salariés agricoles, à partir de l'exercice 2007.

Les travaux de l'**axe 2** entre l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), les associations d'aide en ligne (SOS Amitié, SOS Suicide Phénix), la DGS, le ministère de l'Agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire (MAAPRAT) et la Caisse Centrale de la MSA ont abouti à la mise en place, le 13 octobre 2014, d'un numéro national d'appel pour les ressortissants agricoles : **Agri'écoute**.



Accessible au 09 69 39 29 19, il permet à ses ressortissants de contacter, à tout moment (24 heures/24, 7 jours/7 et 365 jours par an) des écoutants qui sont des bénévoles des associations partenaires, SOS Amitié et SOS Suicide Phénix.

De janvier à décembre 2015, 1 219 appels ont été reçus par les associations écoutantes, soit une moyenne de 101 par mois. Sur ce nombre, 425 ont été perdus¹⁹ et 794 ont été traités, c'est-à-dire qu'ils ont fait l'objet d'un échange entre l'appelant et l'écoutant.

Le taux d'accessibilité est de 65 % soit deux appels sur trois, ce qui représente une bonne moyenne pour une ligne d'écoute.

Une campagne de communication a également été organisée pour faire connaître Agri'écoute à tous les ressortissants MSA et les personnes de leur environnement personnel et professionnel.

¹⁸ Les résultats ont été publiés dans le rapport Charges et Produits 2015.

¹⁹ Appelants qui raccrochent pour différentes raisons.

L'axe 3 a consisté à créer des cellules de prévention dans chaque MSA pour repérer les agriculteurs en difficulté. La mise en place par la MSA de ces **cellules pluridisciplinaires de prévention (CPP)** est un dispositif majeur de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Les Cellules Pluri-disciplinaires de Prévention pour détecter, accompagner et orienter les assurés en situation de fragilité

Les CPP ont trois missions : détecter, accompagner et orienter les assurés en situation de fragilité. Elles permettent d'organiser et de structurer le fonctionnement en pluridisciplinarité, **un des avantages du guichet unique de la MSA**. La cellule peut aborder des problématiques relatives aux situations de fragilité des personnes : précarité, handicap, risques psychosociaux et crise suicidaire.

Les CPP sont composées de représentants de différents services : action sociale, santé sécurité au travail, contrôle médical/médecine préventive, services techniques. Certaines cellules collaborent avec des psychologues en interne. La moitié des cellules travaillent également avec un réseau de professionnels extérieurs à la MSA, psychologues et psychiatres.

Les évaluations de l'activité des cellules, réalisées depuis 2012, mettent en avant une montée en charge importante du dispositif, avec 1 009 situations détectées en 2014, contre 838 en 2013 et 428 en 2012.

Avec l'appui et l'implication de son réseau d'élus sur les territoires ruraux, la CCMSA et les CMSA ont développé un réseau de sentinelles dont la mission est principalement d'alerter, de signaler toute situation à risque suicidaire à la CPP. Des sessions de formation, d'accompagnement et de suivi sont organisées par les MSA pour les sentinelles.

Quelques enseignements du bilan du plan national MSA 2011-2014 d'actions de prévention du suicide

Les partenaires ont fait part de leur retour lors d'une réunion commune qui s'est tenue le 2 juin 2015. Parmi ces retours, une représentante du ministère de l'Agriculture a précisé : *« Le premier plan MSA de prévention du suicide est exemplaire et a répondu à l'attente du ministère »*.

Ce plan permet une forte mobilisation des MSA en faveur de la prévention du suicide. Il a prouvé la nécessité et l'utilité d'une démarche pluridisciplinaire et transversale. Il a fédéré les équipes, mis en valeur le travail des cellules et l'efficacité d'un travail en réseau, avec des personnels et des élus MSA motivés, formés et des partenaires impliqués. Il convient de souligner aussi le rôle primordial des élus MSA dans la détection des situations à risque et le maillage du territoire à cette fin. Il a également mis en valeur la prise en charge globale de la personne et de son environnement et l'adaptation de la prévention aux contextes locaux.

Un nouveau plan de prévention du suicide de la MSA a été conçu pour la période 2016-2020. Il vise à faire des liens avec d'autres plans de la MSA (Plan MSA Santé Sécurité au Travail, Plan MSA de Lutte contre la Précarité, etc.), continuer à mieux connaître la réalité du suicide dans le monde agricole, consolider le dispositif Agri'écoute, développer le fonctionnement des cellules pluridisciplinaires de prévention, et continuer de suivre et d'évaluer la mise en œuvre du plan.

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

2.2. Mieux connaître les modalités de recours à l'offre de soins des ressortissants agricoles

2.2.1. La prise en charge du diabète et ses complications chez les ressortissants agricoles

Le nombre de patients diabétiques traités par anti-diabétiques oraux a été estimé à 6,2% de la population agricole en 2014.

Etant donné cette forte prévalence du diabète au sein de la population agricole, la MSA a souhaité observer les populations concernées au titre d'une prise en charge pharmacologique, qu'elles soient reconnues ou non en ALD, ainsi que les modalités de leur prise en charge, en termes de suivi et de complications éventuelles. L'étude réalisée porte sur l'exercice 2014 et actualise les données présentées dans le rapport Charges et Produits 2015. Ces éléments de synthèse figurent dans l'encadré 7.

Sont à retenir les éléments suivants :

- **la prévalence élevée de patients agricoles à mettre en relation essentiellement avec les caractéristiques démographiques du régime.** En effet, si le taux de ressortissants agricoles traités pharmacologiquement est de 6,2% dans une approche brute versus 4,6% pour tous les régimes, ce taux est réduit après standardisation à 4,1% (respectivement 3,7% pour les non-salariés agricoles (3,7%) et 4,8% pour les salariés agricoles)
- **le suivi des patients agricoles traités pour diabète est inférieur à celui des patients autres régimes sur les différents indicateurs de référence et significativement insuffisant.**

Après standardisation²⁰, 27,7 % des ressortissants agricoles traités pour le diabète respectent les recommandations de suivi minimal de la HAS²¹ versus 30,2% pour les ressortissants du régime général.

Une autre illustration de ce suivi insuffisant réside dans l'observation du risque de complications du pied chez les populations traitées. La proportion de diabétiques hospitalisés pour amputation et/ou plaie du pied est significativement plus importante au régime agricole par rapport aux autres régimes (le taux d'incidence est de 1,404 pour mille pour le régime agricole versus 0,806 pour mille pour les autres régimes).

²⁰ taux standardisé sur l'âge et le sexe de la population 2014 issue des données de l'INSEE.

²¹ Le suivi minimal préconisé par la HAS est de réaliser au moins deux fois par an un dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1v), une évaluation de la créatinémie une fois par an, un électro-encéphalogramme (ECG), ainsi que la réalisation d'une évaluation d'anomalie lipidique (EAL) ou un dosage du cholestérol (avec calcul du LDL) ou un dosage des triglycérides. Cet indicateur est également spécifiquement retenu dans le suivi du Plan Qualité Efficience.

Ce suivi et ce risque sont variables en fonction des différentes sous-populations étudiées. On relève que les patients reconnus en ALD 8 mais consommant peu ou pas d'anti-diabétique sont ceux qui sont le plus éloignés des recommandations HAS en termes de suivi par rapport aux diabétiques traités pharmacologiquement. Ces patients sont aussi ceux qui ont un risque relatif le plus élevé d'être hospitalisés pour complications du pied.

Ces résultats confirment l'importance d'une sensibilisation des patients, comme des professionnels, sur l'enjeu de ce suivi. Celui-ci apparaît crucial pour les populations agricoles, autant pour leur santé personnelle que pour les impacts potentiels de la dégradation de leur santé sur leur vie professionnelle.

Dans ce cadre, la meilleure connaissance des populations les moins suivies, dans une dimension de parcours constitue un enjeu (notamment pour les populations reconnus en ALD 8 mais non consommateurs d'anti-diabétiques oraux).

Encadré 7 : La prise en charge du diabète et ses complications chez les ressortissants agricoles en 2014

Description des différentes populations de l'étude

Les populations traitées pharmacologiquement

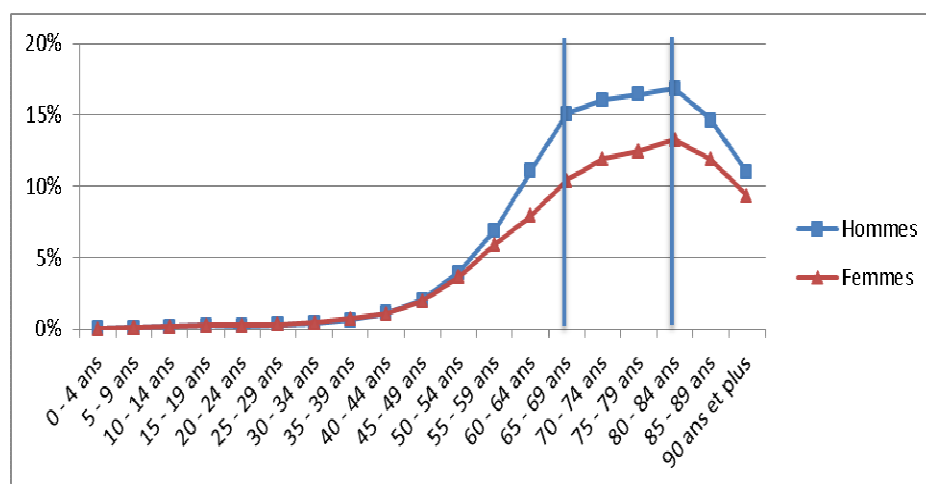
En 2014, 201 781 personnes sont traitées pharmacologiquement (antidiabétiques oraux (ADO) ou insuline, hors Benflorex) pour un diabète au régime agricole. Parmi ces consommateurs d'ADO, 79 % sont pris en charge au titre d'une ALD 8 (diabète) et 21 % ne le sont pas.

La prévalence standardisée²² du diabète traité pharmacologiquement est de 4,1 % au régime agricole. Ce chiffre, comparé à l'ensemble des régimes (données 2012²³) est significativement inférieur, tant au niveau global que par sexe, l'intervalle de confiance n'incluant pas la valeur de la prévalence inter-régime 2012. La prévalence des non-salariés agricoles est significativement plus basse que celle des salariés agricoles. Ainsi, la prévalence des non-salariés agricoles (3,7 %) est inférieure à celle de l'ensemble de la population (4,6 %) tandis que la prévalence des salariés agricoles (4,8 %) est supérieure.

La prévalence standardisée des diabétiques traités pharmacologiquement varie significativement entre les sexes : de 3,6 % pour les femmes à 4,6 % pour les hommes.

Néanmoins, à tranche d'âge égale, c'est à partir de 55 ans que l'écart se concrétise, avec un maximum pour la tranche d'âge 65-84 ans. A partir de cet âge, la prévalence et l'écart entre les deux sexes diminuent (Graphique 24).

Graphique 24 : Prévalence du diabète traité pharmacologiquement selon l'âge et le sexe au régime agricole en 2014

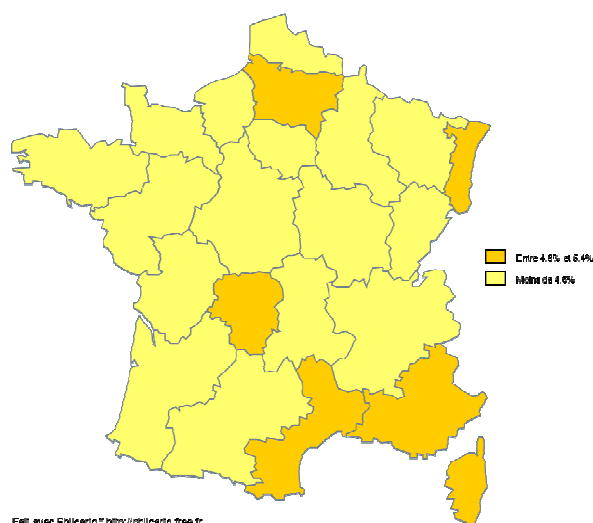


Source : SNIIRAM – CCMSA – DERS
Champ : France métropolitaine

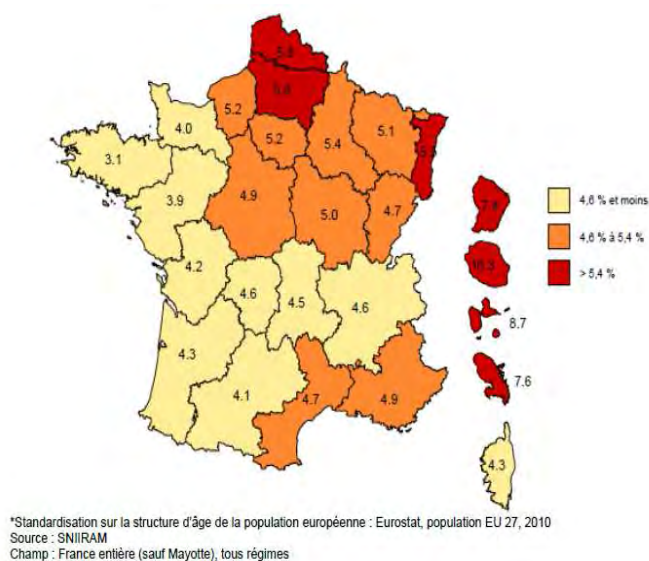
²² Standardisation sur la population d'âge européenne (Eurostat, population UE27, 2010).

²³ « Etat de santé de la population en France », DREES, édition 2015.

Carte 5 : Prévalence standardisée du diabète traité pharmacologiquement au régime agricole en 2014

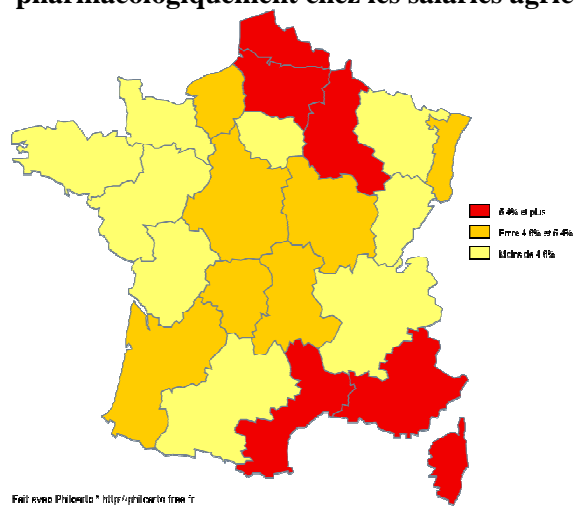


Carte 6 : Prévalence standardisée du diabète traité pharmacologiquement au sein de la population française selon la région en 2012

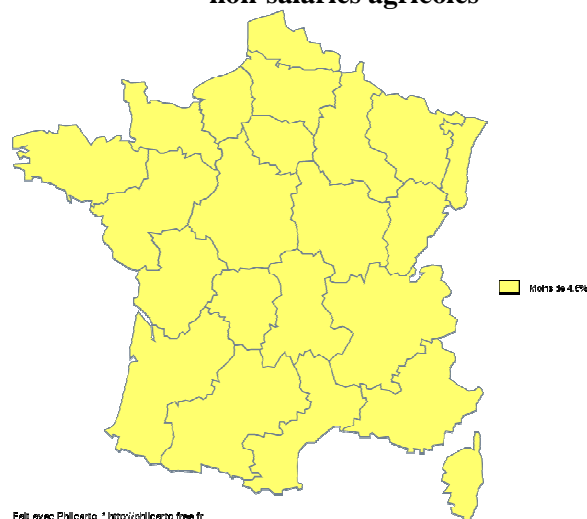


Source : DREES

Carte 7 : Prévalence standardisée de la population diabétique traitée pharmacologiquement chez les salariés agricoles



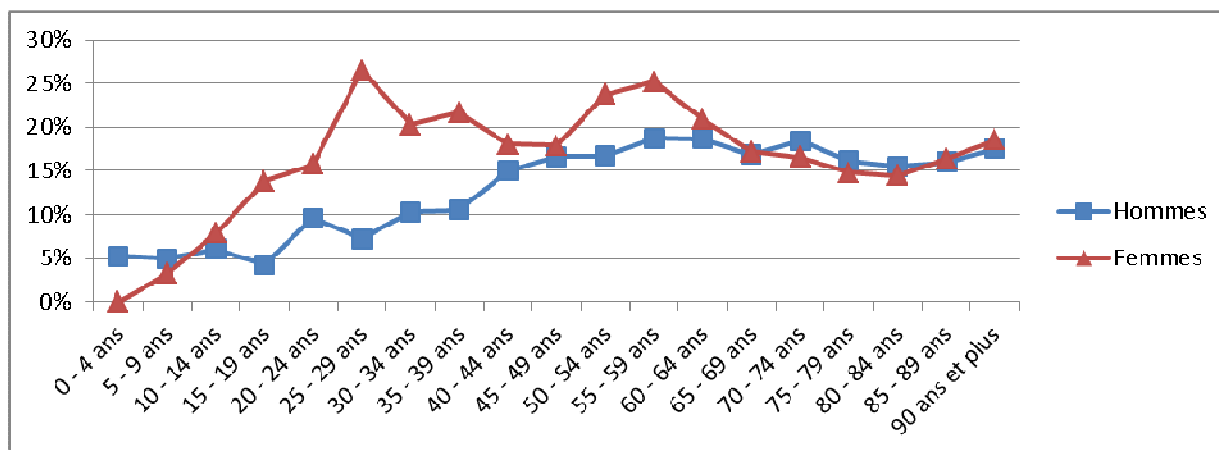
Carte 8 : Prévalence standardisée de la population diabétique traitée pharmacologiquement chez les non-salariés agricoles



Population diabétique traitée pharmacologiquement et non en ALD 8

Parmi les consommateurs d'ADO, 21% ne sont pas en ALD 8. Jusqu'à 60 ans, la proportion des femmes traitées pour un diabète sans être prises en charge en ALD pour cette pathologie, est supérieure à celle des hommes. Après 60 ans, il n'existe plus de différence par sexe. Afin de diminuer le biais lié à d'éventuels diabètes gestationnels, si on enlève de notre population féminine les femmes enceintes, le taux est plus lissé chez les femmes, néanmoins la proportion de femmes qui ne sont pas ALD 8 reste supérieure à celle des hommes (Graphique 25).

Graphique 25 : proportion de patients diabétiques traités pharmacologiquement et non pris en charge en ALD 8 selon l'âge et le sexe au régime agricole en 2014



Source : SNIIRAM – CCMSA – DERS
Champ : France métropolitaine.

Population hospitalisée pour plaie du pied ou amputation

2 096 ressortissants du régime agricole ont été hospitalisés pour plaie du pied ou amputation entre janvier et novembre 2014, soit **1% de la population traitée pharmacologiquement pour un diabète et/ou en ALD**. Ce sont les populations en ALD 8 qui consomment peu ou pas d'ADO qui sont les plus touchés, avec 1,7% de patients hospitalisés.

Tableau 34 : Répartition de la population hospitalisée pour amputation ou plaie du pied dans l'année

Population	Définition	Nb assurés hospitalisés pour amputation ou plaie du pied	% de la population diabétique
Population A	Consommateur AD et en ALD 8	1 610	1 %
Population B	Consommateur AD et non en ALD 8	165	0,5 %
Population C	Peu ou non Consommateur d'AD et en ALD 8	321	1,7 %

Source : SNIIRAM – CCMSA - DERS
Champ : France métropolitaine.

41% des patients diabétiques traités pharmacologiquement et hospitalisés pour plaie du pied ou amputation étaient âgés de plus de 80 ans, 47% étaient âgés entre 60 et 80 ans, 12% âgés de moins de 60 ans. Il s'agit essentiellement d'hommes, en particulier en cas d'amputation.

L'incidence standardisée de l'hospitalisation pour plaie du pied et/ou amputation au régime agricole est supérieure à celle de la population française, que ce soit pour amputation (401 pour 100 000 vs 250 pour 100 000) ou plaie du pied (961 pour 100 000 vs 636 pour 100 000).

Tableau 35 : Taux d'incidence standardisé de la population hospitalisée pour amputation ou plaie du pied par sexe (pour 100 000)

Complication	Taux pour 100 000			
	Hommes	Femmes	Total MSA	Inter-Régime (données 2012)
Amputations	327	73	401	250
Plaies	604	357	961	636

Source : SNIIRAM – CCMSA - DERS

Champ : France métropolitaine.

Répartition des populations diabétiques selon les différents examens de surveillance recommandés par la HAS

Quel que soit l'acte considéré, la population des diabétiques traités pharmacologiquement et reconnue en ALD 8 est davantage suivie que celle qui ne bénéficie pas d'une exonération au titre d'un diabète (Tableau 36). Pour exemple, les deux dosages annuels de l'hémoglobine glyquée préconisés a minima par la HAS sont réalisés par 79 % des diabétiques en ALD 8 alors qu'ils ne sont réalisés que par 62 % des diabétiques traités non reconnus en ALD 8. Pour trois dosages annuels (nombre recommandé par la HAS), le taux de réalisation est respectivement de 70 % et 65 %.

Tableau 36 : Nombre et proportion de personnes diabétiques selon les examens de surveillance recommandés

Acte	Critère retenu	Population consommatrice d'AD et en ALD8		Population consommatrice d'AD et non en ALD8		Population consommatrice d'AD			Population consommatrice d'AD hospitalisée pour complication du pied		références de la pop *
		Effectif (1)	% de patients ayant réalisé l'examen	Effectif (2)	Taux brut de patients suivis	Total (1)+(2)	% de patients ayant réalisé l'examen	% standardisé de patients ayant réalisé l'examen	Effectif	% de patients ayant réalisé l'examen	Taux
HbA1c	2 / an	126 739	79%	21 465	62%	148 204	76%	59%	1 377	65%	73%
HbA1c	3 / an	91 113	57%	12 653	37%	103 766	53%	37%	880	41%	48%
EAL	1 / an	110 001	69%	21 841	63%	131 842	68%		1 019	48%	'-
>1 cholestérol ou trigly ou Eal	1 / an	112 351	70%	22 554	65%	134 905	69%	59%	1 063	50%	74%
Créatininémie	1 / an	138 085	86%	28 231	82%	166 316	86%	66%	1 896	89%	83%
Albuminurie	1 / an	48 865	31%	6 744	20%	55 609	29%	32%	420	20%	29%
ECG	1 / an	54 783	34%	9 451	27%	64 234	33%	20%	844	40%	35%
Rétinographie	1 / 2 ans	88 598	55%	16 480	48%	105 078	54%	50%	877	41%	62%
Soins dentaires	1 / an	48 053	30%	9 964	29%	58 017	30%	39%	293	14%	36%
Podologie	1 / an	11 432	7%	986	3%	12 418	6%	3%	472	22%	'-

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

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

Pour les bilans biologiques, si une créatininémie est réalisée pour 86 % des diabétiques des populations A et B, l'albuminurie n'est effectuée que dans 29 % des cas. La population hospitalisée pour plaie ou amputation du pied diabétique (pop D) est généralement moins bien suivie que la population A consommatrice d'ADO et en ALD 8.

Après standardisation par âge et sexe, les différents taux de suivi sont nettement plus faibles et très inférieurs à ceux observés dans l'ensemble de la population. Pour exemple, la créatininémie n'est plus réalisée que dans 66 % des cas (versus 83 % pour l'ensemble des régimes). Seuls les soins dentaires s'ajustent à la hausse (de 29 % à 39 %) et sont au niveau de l'ensemble des régimes (36 %).

La population consommant peu ou pas d'ADO et pourtant reconnues en ALD est celle qui est la moins bien suivie (Tableau 37).

Tableau 37 : Suivi des recommandations HAS pour les personnes en ALD 8 ne consommant peu ou pas d'AD

Acte	Critère retenu	Population en ALD 8 avec ou peu AD	% de patients ayant réalisé l'examen	références de la pop *
HbA1c	2 / an	6 330	35%	73%
HbA1c	3 / an	3 488	19%	48%
EAL	1 / an	8 946	49%	
>1 cholestérol ou trigly ou Eal	1 / an	9 236	51%	74%
Créatininémie	1 / an	12 808	71%	83%
Albuminurie	1 / an	2 402	13%	29%
ECG	1 / an	4 791	26%	35%
Rétinographie	1 / 2 ans	7 262	40%	62%
Soins dentaires	1 / an	4 568	25%	36%
Podologie	1 / an	456	3%	

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

Source : SNIIRAM – CCMSA - DERS

Champ : France métropolitaine.

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

2.2.2. La prise en charge du cancer de la prostate

La MSA s'intéresse à la prise en charge du cancer des ressortissants agricoles, en particulier le cancer de la prostate, étant donné les éléments d'incidence et de prévalence observés²⁴.

- ✓ Le cancer de la prostate reste le cancer le plus fréquent chez les hommes au régime agricole.
- ✓ la prévalence brute est supérieure au régime général, en lien avec les caractéristiques démographiques du régime. En 2011, le taux de prévalence brut est de 25 pour 1000 au régime agricole contre 12,28 pour 1000 au régime général.
- ✓ La prévalence standardisée est légèrement supérieure par rapport au régime général. En 2011, Le taux de prévalence standardisé est de 13,6 pour mille pour l'ensemble du régime agricole contre 12,28 pour le régime général, avec respectivement 14,16 pour 1000 pour les non-salariés agricoles et 12,3 pour 1000 pour les salariés agricoles.

La présente étude (cf Encadré 8) actualise l'observation des traitements des patients agricoles initiée dans le précédent rapport à l'aide d'une approche en termes de parcours.

L'état des lieux dressé dans le précédent rapport semblait indiquer un plus faible recours à la prostatectomie en comparaison du régime général. Ce dernier constat devait être confirmé et approfondi du fait de méthodologies employées partiellement différentes.

Les principaux résultats de la présente étude sont que

- **les principales prises en charge du cancer de la prostate au régime agricole montrent un plus grand recours à l'hormonothérapie et un moindre recours à la prostatectomie seule par rapport au régime général, en lien avec la démographie des ressortissants MSA**
- **pour une tranche d'âge considérée, les différentes prises en charges du cancer de la prostate remboursées au régime agricole ne sont pas significativement différentes de celles remboursées par le régime général**

Cette étude pose la question des sur-traitements pour certains patients, pouvant engendrer des effets indésirables et des coûts associés pour la collectivité.

²⁴ La place du cancer de la prostate au régime agricole parmi les cancers est rappelée dans l'annexe 3.

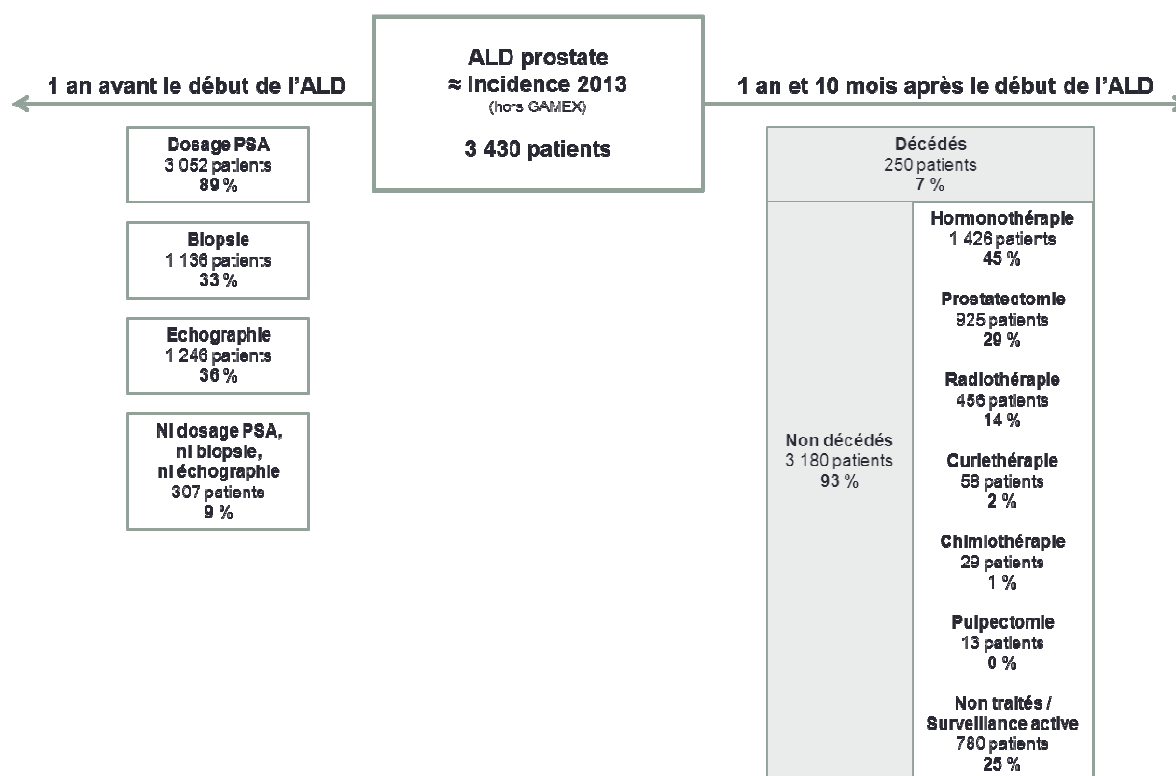
Encadré 8 : Cancer de la prostate : les prises en charge des patients du régime agricole dans le cadre de leur parcours.

Dans la continuité des travaux initiés dans le précédent rapport Charges et Produits, il est proposé dans cette nouvelle étude de décrire le parcours de soins des patients atteints d'un cancer de la prostate, et de comparer, à méthodologie identique, les traitements initiés aux patients du régime agricole avec ceux initiés aux patients des autres régimes. L'objectif de cette comparaison est d'identifier d'éventuelles atypies dans la nature des prises en charge. L'analyse a été réalisée à partir des données de remboursements et des bases PMSI MCO accessibles via le SNIIRAM.

La prise en charge des patients du régime agricole atteints d'un cancer de la prostate

En 2013, 3 430 patients ont déclaré une nouvelle affection de longue durée (ALD) pour cancer de la prostate (hors GAMEX). Ce chiffre se rapproche de l'incidence du cancer de la prostate au régime agricole bien que les deux concepts ne coïncident pas totalement. En effet, les patients atteints d'un cancer ne font pas tous une demande d'ALD, ou peuvent la retarder, en particulier ceux ayant déjà une ALD pour une autre pathologie. Ainsi, la date de début d'ALD peut être éloignée de la date de diagnostic du cancer. Néanmoins, c'est sur cette population que va être détaillé le parcours de soins, avant et après le début de l'ALD, tout en gardant en mémoire ce biais.

Schéma 1 : le parcours des patients atteints d'un cancer de la prostate au régime agricole en 2013



Parmi ces 3 430 patients atteints d'un cancer de la prostate, 89% ont réalisé un dosage PSA dans l'année précédant le début de l'ALD (hors dosages réalisés à l'hôpital), 33% ont réalisé une biopsie et 36% une échographie. Dans 9% des cas, le patient n'a réalisé ni dosage PSA, ni biopsie, ni échographie.

Le taux de recours à la biopsie (33%) est étonnant puisque c'est sur son résultat que repose le diagnostic de cancer. Néanmoins, certains facteurs peuvent l'expliquer. En premier lieu, la limite initiale de l'étude, c'est-à-dire que le diagnostic du cancer de la prostate a pu être posé plus d'un an avant le début de l'ALD. D'autre part, les cellules cancéreuses ont pu être découvertes de manière fortuite, par exemple lors de l'examen cytopathologique après prostatectomie pour adénome (tumeur bénigne). Enfin, les données disponibles sont issues des bases de remboursements de l'assurance maladie et du PMSI qui présentent des limites de recueil (remboursements uniquement pour les données de l'assurance maladie) et de codage (PMSI) par rapport à la réalité des soins ou des examens.

L'analyse « post » ALD porte sur les traitements ou les décès intervenus un an et dix mois après le début de l'ALD (dernières données disponibles dans les bases de données au moment de l'étude).

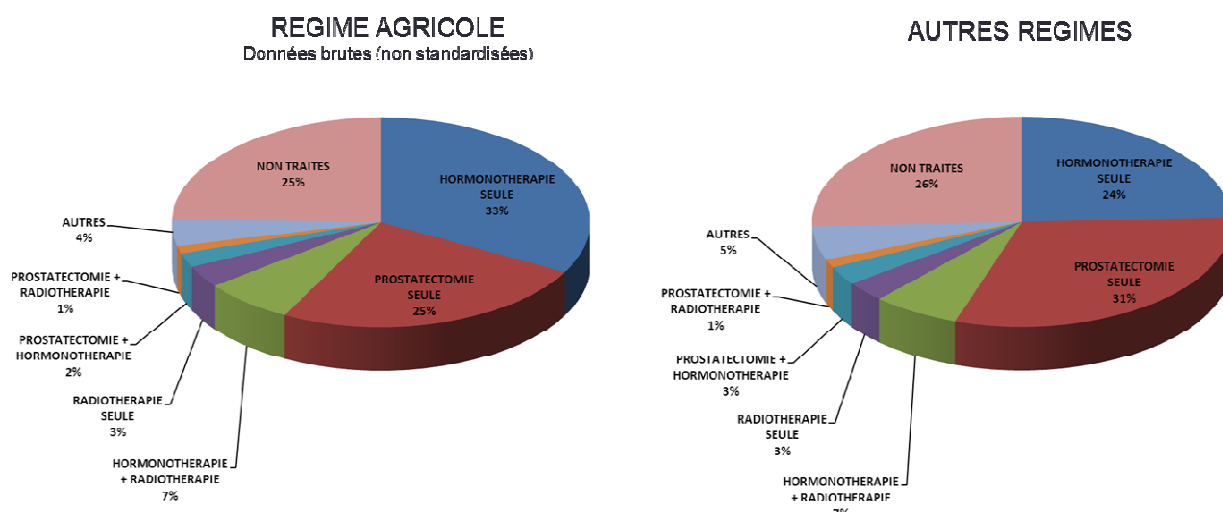
Sur les 3 430 patients ayant déclaré une ALD en 2013, 7% sont décédés sur la période d'étude. Ces décès ne sont pas forcément dus au cancer de la prostate. Parmi les non décédés, les traitements les plus courants, seuls ou associés, sont l'hormonothérapie (45%), la prostatectomie (29%) et la radiothérapie (14%). Un quart des patients n'est pas traité ou est sous surveillance active.

Comparaison avec les autres régimes

Pour comparer au mieux les traitements initiés entre les patients du régime agricole et ceux des autres régimes, la même méthodologie d'étude a été appliquée.

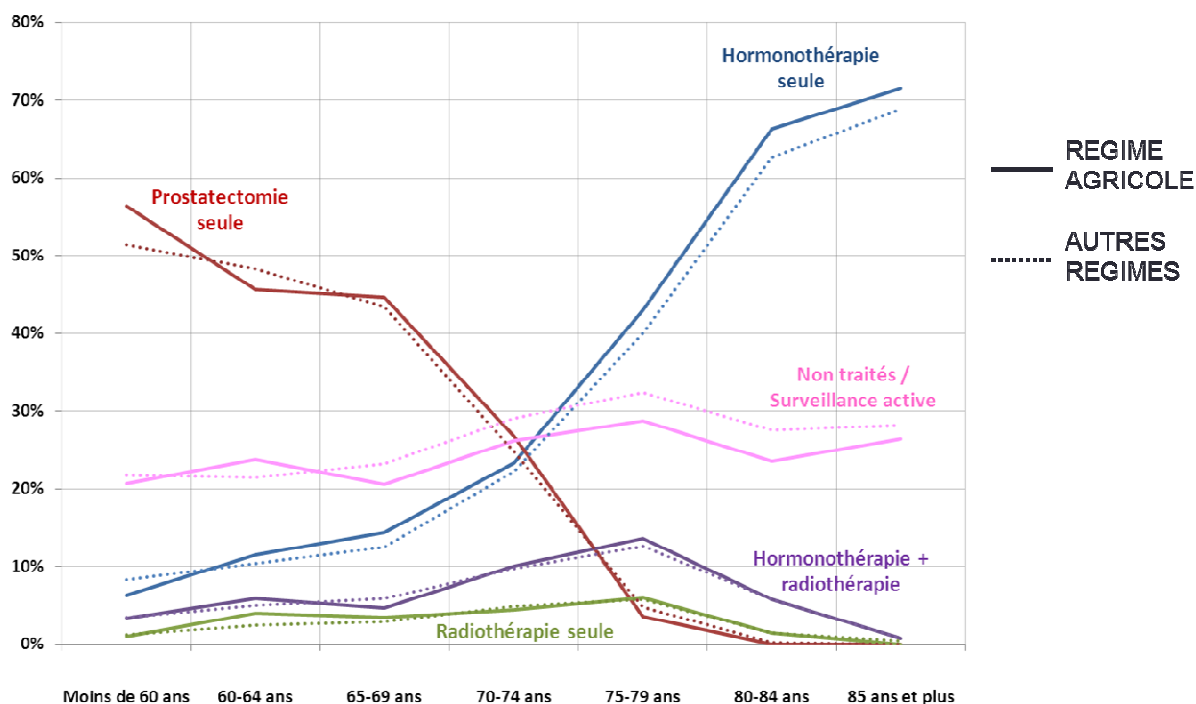
Les données brutes nous indiquent que les patients du régime agricole ont plus souvent recours à l'hormonothérapie seule et moins souvent recours à la prostatectomie (Graphique 26). Néanmoins, la structure démographique n'est pas la même entre les différents régimes d'assurance maladie.

Graphique 26 : Répartition des traitements pour le cancer de la prostate
Comparaison régime agricole vs autres régimes



Pour une meilleure comparaison, l'analyse a été réalisée par classe d'âge (Graphique 27). Les écarts observés par classe d'âge entre le régime agricole et les autres régimes ne sont pas significatifs (test du Chi2). Ainsi, les résultats de l'étude n'indiquent pas de différences de prise en charge entre les patients du régime agricole et ceux des autres régimes.

Graphique 27 : Répartition des traitements pour le cancer de la prostate
Comparaison régime agricole vs autres régimes par classe d'âge



Chez les plus jeunes, le traitement le plus couramment indiqué est la prostatectomie. Un décrochage s'observe à partir de 70 ans, ce qui est conforme aux recommandations de la HAS qui indiquent que la limite d'âge habituellement retenue est de 75 ans (discutée selon l'état physiologique du patient et ses comorbidités).

A partir de 70 ans, l'hormonothérapie se substitue à la prostatectomie. Son recours ne cesse de croître avec l'âge pour atteindre une part de patients traités de 70% chez les 85 ans et plus.

La part de patients non traités ou sous surveillance active augmente peu avec l'avancée en âge, alors qu'on pourrait s'attendre à ce qu'elle augmente davantage, la pertinence d'un traitement actif diminuant avec l'espérance de vie. Les recommandations de la HAS précisent que l'« abstention surveillance clinique » consiste à différer la mise en route du traitement (hormonothérapie à visée palliative) au moment où apparaîtront des symptômes. Elle se discute en cas de tumeur localisée (risque faible ou intermédiaire) non agressive chez un patient âgé ou présentant par ailleurs des comorbidités importantes (espérance de vie ≤ 10 ans). Dans ce cadre, se pose la question d'éventuels sur-traitements, notamment pour la population âgée de 70 ans ou plus.

En conclusion, cette étude ne montre pas de différences de prise en charge entre les patients du régime agricole et ceux des autres régimes. Cela ne signifie pas qu'il n'existe pas de problématiques locales d'accès aux soins ou de retard éventuel dans la prise en charge des ressortissants agricoles. Elle pose néanmoins la question des sur-traitements pouvant engendrer des effets indésirables comme l'impuissance ou l'incontinence, chez les patients âgés avec tumeur localisée non agressive ou avec une espérance de vie inférieure à dix ans, étant donné les positions retenues par la HAS.

2.2.3. Le recours aux urgences des populations agricoles

Les précédents rapports Charges et produits de la CCMSA avaient déjà abordé le recours aux urgences mais de façon fragmentaire

Certaines caractéristiques des populations agricoles dans leur recours à l'hospitalisation MCO avaient été mises en évidence :

- ✓ **La majorité des séjours des patients agricoles (62 %) est effectuée en 2011 par des assurés âgés de 65 ans et plus** alors que dans les autres régimes, la majorité des séjours (66 %) est réalisée par des assurés âgés de moins de 65 ans.²⁵
- ✓ **Quel que soit le motif médical de recours, le régime agricole se distingue en 2011 par une durée moyenne de séjours légèrement supérieure à celle des autres régimes à partir de 65 ans**²⁶.
- ✓ **Le passage par les urgences**, c'est-à-dire les séjours « non programmés » en médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO), **est le deuxième mode d'entrée à l'hôpital**²⁷.
- ✓ **Toutes classes d'âge confondues, le taux de séjours « non programmés » est de 29 %, et atteint 40 % pour les 75 ans et plus. Le passage par les urgences est plus fréquent au régime agricole que pour les autres régimes (23 %)**²⁸.

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

Une seconde étude sur le recours aux urgences non suivies d'hospitalisation²⁹ pour les patients du régime agricole avait fait apparaître que les trois populations les plus concernées étaient les jeunes enfants de 0 à 4 ans (21%), les jeunes de 20 à 29 ans (20% pour les 20-24 ans et 19% pour les 25-29 ans) et les patients de plus de 80 ans.

Un approfondissement sur l'ensemble des recours aux urgences (suivies ou non suivies d'hospitalisation) a donc été réalisé (cf Encadré 9), en distinguant notamment ces trois populations.

Une forte proportion d'urgences évitables, en particulier pour la petite enfance et les jeunes.

Cette dernière étude confirme que le recours aux urgences concerne 17% de la population agricole. Il est particulièrement significatif pour la petite enfance (moins de 4 ans : 520. Passages pour 1000 patients) et les 80 ans et plus (385 passages pour 1000 patients). Pour les 15-29 ans, ce sont surtout les garçons qui sont concernés dans une tranche 15-22 ans. La très forte proportion des urgences est constituée d'urgences non suivies d'hospitalisation (2/3), ce qui fait apparaître une part significative des passages aux urgences comme potentiellement

²⁵ source : rapport Charges et Produits MSA 2014.

²⁶ source : rapport Charges et Produits MSA 2014.

²⁷ source : rapport Charges et Produits MSA 2015.

²⁸ source : rapport Charges et Produits MSA 2015.

²⁹ source : rapport Charges et Produits MSA 2015.

évitables. **Ces passages aux urgences potentiellement évitables concernent en particulier les plus jeunes : les jeunes enfants (84% des passages aux urgences chez les patients de 0 à 4 ans sont suivis d'un retour à domicile) et les jeunes (87% des passages aux urgences chez les patients âgés entre 15-29 ans sont suivis d'un retour à domicile).**

Enfin, une partie des hospitalisations qui suivent le passage par les urgences apparaît potentiellement évitable. Par exemple, pour les hospitalisations suivant un passage par les urgences pour les 15-29 ans les séjours inférieurs à 3 nuits sont majeurs (plus de 90% des cas en dehors de l'accouchement et de l'appendicite).

Ces constats interrogent du point de vue de la permanence effective des soins ambulatoires en nuit profonde et le week-end et son usage.

On identifie clairement un intérêt à agir à deux niveaux du parcours de santé : prévenir les urgences ressenties et proposer des réponses alternatives aux urgences

Le premier enjeu est d'agir par anticipation, en prévenant les urgences ressenties.

Le recours aux urgences peut en effet se décomposer entre urgences « ressenties » et urgences « réelles ». Dans le cas des urgences « réelles », l'hospitalisation est très souvent nécessaire et inévitable. Dans le cas des urgences « ressenties », provenant principalement de l'inquiétude des parents, les enfants retournent le plus souvent au domicile ou sont hospitalisés par sécurité, en particulier les plus jeunes (moins de 6 mois). L'enjeu est donc d'intervenir sur les comportements des patients et leur entourage pour limiter les besoins ressentis et d'agir sur la prise de décision de recourir aux urgences. Notamment, une part des urgences des 0-4 ans est probablement évitable grâce notamment à l'éducation à la santé et une prise en charge précoce adaptée. **C'est tout l'enjeu de la prévention, en particulier de l'action d'Education à la Santé Familiale proposée par la MSA, en particulier pour les familles et les jeunes (cf partie 3.2.4.1).**

Le second enjeu est d'agir au moment de la mise en œuvre de la décision du recours, avec une orientation de ces « urgences » non réelles vers une offre de soins de proximité alternative à l'hospitalisation.

C'est tout l'enjeu de l'organisation de réponses, à l'appui de consultations non programmées dans l'offre ambulatoire, comme la maison médicale de garde le weekend ou la consultation en médecine de ville non spécialisée. Au-delà de la ré-assurance des personnes, ce type de structure permet de satisfaire des besoins « administratifs » (ex prescription d'arrêt de travail) qui ne nécessitent pas non plus de recours à l'hôpital.

Enfin, dans une approche thématique des urgences évitables, on retient surtout chez les 15-29 ans, la proportion d'hospitalisations courtes (< de 3 jours) et de passages aux urgences non suivies d'hospitalisation en lien avec la prise d'alcool. Ces prises en charges pourraient être limitées par des actions renforcées de prévention afin de prévenir les troubles liés à la prise d'alcool. C'est une des priorités stratégiques retenues par la MSA pour ses actions de prévention vis-à-vis des jeunes.

Concernant les patients agricoles âgés de plus de 80 ans, on constate que parmi les 10% des patients ayant recours aux urgences et ayant été hospitalisés dans le mois qui précède, 6% sont hospitalisés pour cause d'insuffisance cardiaque. Il y a nécessairement une part évitable dans ces hospitalisations. C'est tout l'enjeu du suivi post-hospitalisation des insuffisants cardiaques en ville, pour lequel le programme PRADO Insuffisance Cardiaque est actuellement développé y compris par la MSA à l'initiative des caisses.

Enfin, ce constat appelle la constitution d'une réelle liaison « ville/hôpital » adaptée notamment pour bien gérer les situations en amont et en aval des séjours en établissements, avec un décloisonnement entre les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

Dans le contexte du virage ambulatoire, cette problématique aura une plus grande acuité. C'est la raison pour laquelle la MSA pourra proposer d'intervenir, avec d'autres partenaires, à l'amélioration de la complétude et de la fluidité du parcours en milieu rural sur des territoires qu'elle aura identifiés comme particulièrement à risques (cf partie 3), en vue d'éviter pour ses ressortissants et pour la collectivité ces recours aux urgences qui constituent des épisodes douloureux.

Encadré 9 : Le recours aux urgences des patients du régime agricole en 2014

Cette étude a pour objectif de décrire le recours aux urgences des patients affiliés au régime agricole en s'intéressant à l'ensemble des passages aux urgences, qu'ils soient suivis ou non d'une hospitalisation. Elle approfondit prioritairement le phénomène pour les trois populations au plus fort taux de recours : les enfants de 0 à 4 ans, les jeunes de 15 à 29 ans, et les personnes âgées de plus de 80 ans. L'analyse a été réalisée à partir des données du PMSI accessibles via le SNIIRAM.

Les passages aux urgences et taux de recours

En 2014, le nombre de passages aux urgences suivis ou non d'une hospitalisation et réalisés par des patients affiliés au régime agricole est de 790 000. Ces passages sont effectués majoritairement dans les établissements publics (92 %).

Le coût estimé est de 127 millions d'euros, ce qui fait de cette thématique une source d'économies potentielles non négligeables³⁰.

Les patients ayant eu recours aux urgences sont au nombre de 560 000, soit 17% de l'ensemble des patients du régime agricole.

La moyenne d'âge est de 54 ans. Le recours aux urgences est particulièrement élevé pour la petite enfance et le grand âge (Graphique 28). La répartition hommes/femmes par âge est proche de celle de la structure démographique du régime agricole.

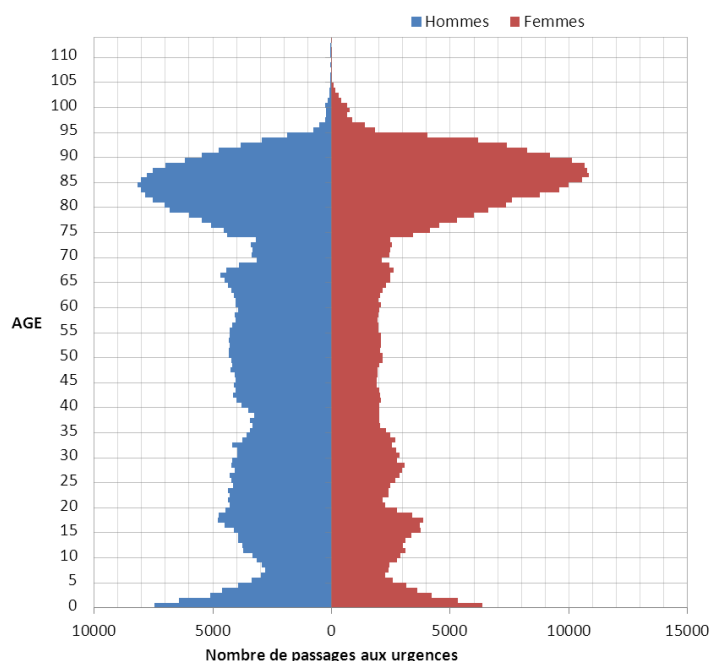
Parmi les patients âgés de moins de 4 ans, un tiers a eu recours aux urgences (Graphique 29), dont une partie plusieurs fois. Cette classe d'âge représente 6% de l'ensemble des passages aux urgences. Le taux de recours est de 520 passages pour 1 000 patients, contre 245 pour 1 000 en moyenne quel que soit l'âge.

Un patient sur cinq âgés de 15 à 29 ans a effectué un passage aux urgences. Le taux de recours est un peu plus élevé que la moyenne et s'établit à 260 passages pour 1 000 patients. Cette classe d'âge représente 14 % des passages aux urgences.

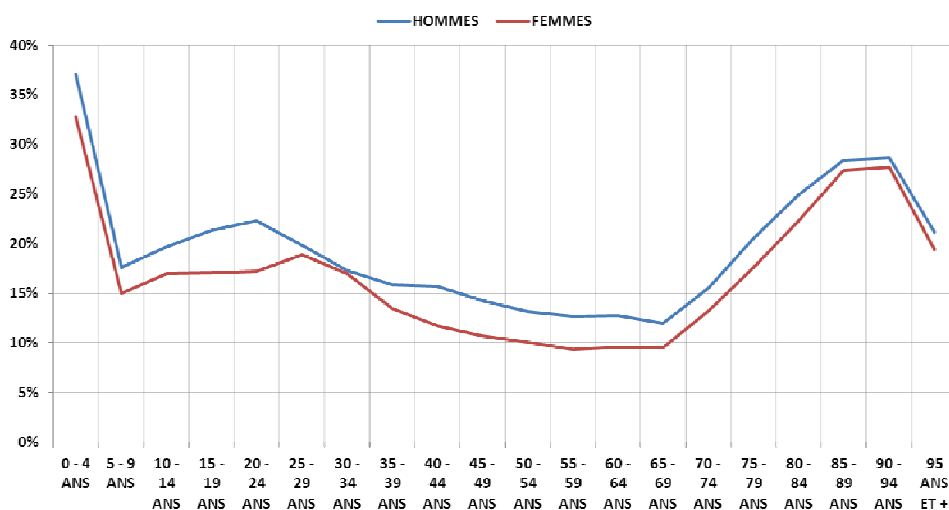
Chez les plus âgés (80 ans et plus), un quart a eu recours aux urgences. Le taux de recours est de 385 passages pour 1 000 patients. Cette classe d'âge représente 30 % des passages aux urgences.

³⁰ L'estimation du coût est basée sur le coût moyen d'un passage aux urgences calculé par la Cour des comptes dans son rapport 2014 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale – chapitre XII : « Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser ».

Graphique 28 : Pyramide des âges des passages aux urgences réalisés par les patients du régime agricole en 2014



Graphique 29 : Part des patients du régime agricole ayant eu recours aux urgences en 2014



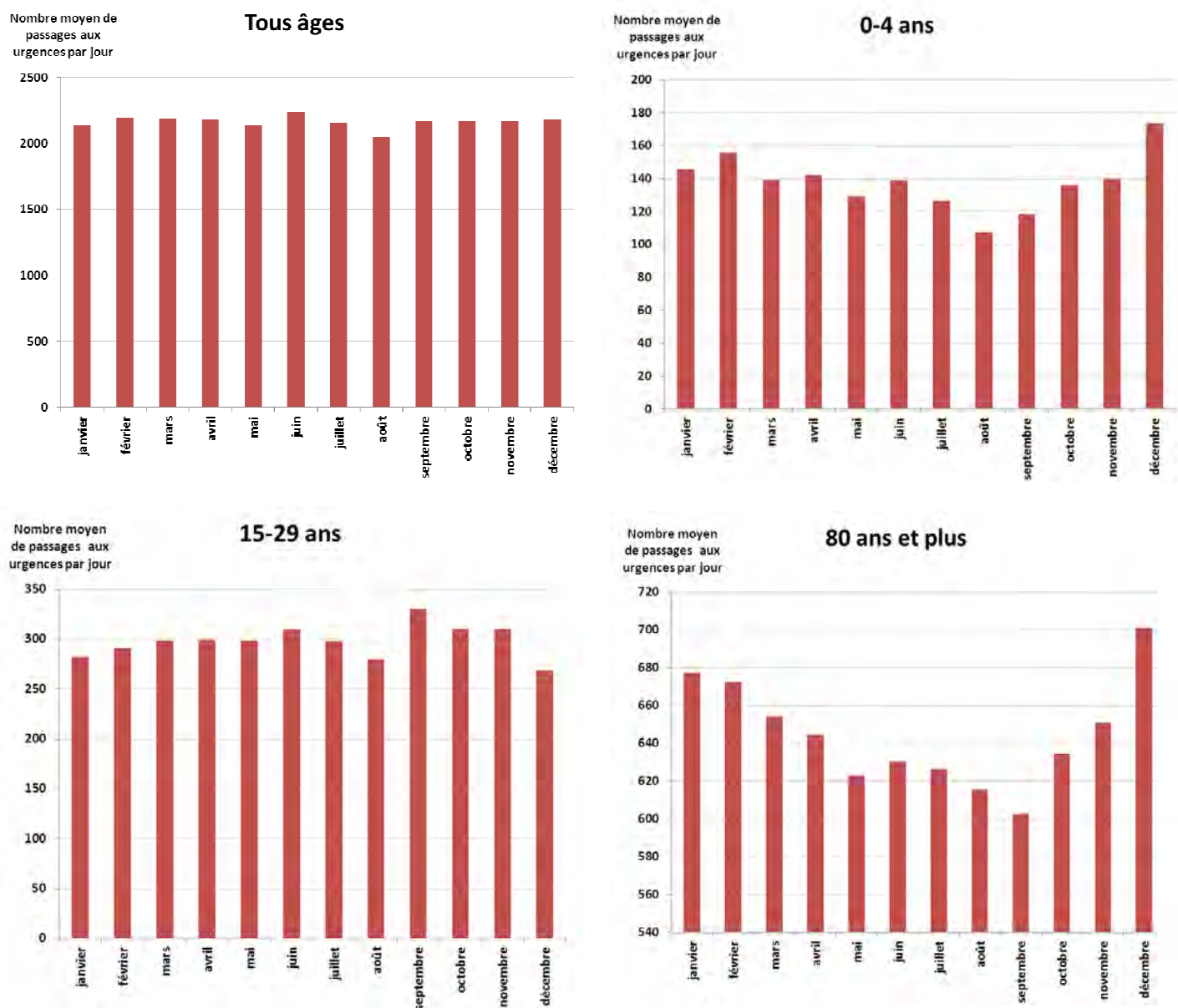
Pour l'ensemble des patients, le nombre de passages aux urgences est relativement stable au fil des mois avec un nombre moyen de passages par jour de 2 160 (Graphique 30). Cela cache en réalité des disparités par âge.

Chez les moins de 4 ans, le recours aux urgences est plus saisonnier en lien notamment avec les épidémies. Il est ainsi plus élevé en hiver et moins élevé en été.

Chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans, le nombre de passages aux urgences est un peu plus élevé au mois de septembre et plus faible durant les mois d'hiver.

La saisonnalité est importante chez les 80 ans et plus, avec un recours particulièrement élevé au mois de décembre.

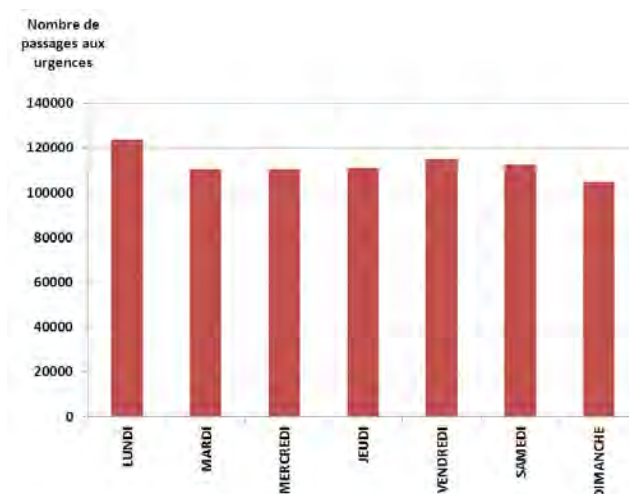
Graphique 30 : Répartition par mois des passages aux urgences réalisés par les patients du régime agricole en 2014 (rapporté au nombre de jours par mois)



Le jour de la semaine enregistrant le plus de passages aux urgences est le lundi (Graphique 31), excepté pour les patients âgés de 0 à 4 ans qui recourent aux urgences plus souvent les samedis et dimanches.

Les motifs de recours aux urgences ne figurent pas dans les bases PMSI disponibles via le SNIIRAM. Parmi les hypothèses justifiant un recours plus élevé le lundi, peuvent figurer les accidents ou les douleurs survenus le week-end mais dont la prise en charge a été retardée au lundi en raison notamment d'une offre de soins de ville réduite, ou le besoin de certificats médicaux (ex : arrêt de travail).

Graphique 31 : Répartition par jour de la semaine du nombre de passages aux urgences réalisés par les patients du régime agricole en 2014

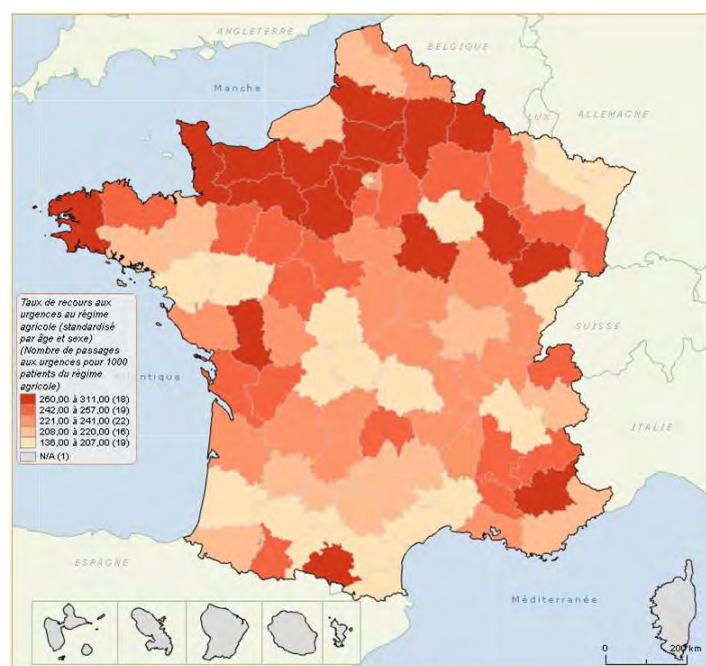


Il existe des disparités géographiques concernant le taux de recours aux urgences, quel que soit l'âge du patient. Les départements où le taux est élevé sont ceux situés dans le Nord de la France (Carte 9).

Les explications des contrastes territoriaux peuvent être diverses et propres à chaque territoire. L'offre de soins en ville, l'organisation de la permanence des soins ou encore le comportement des assurés, les « habitudes », figurent certainement parmi les principaux facteurs influant sur le recours aux urgences.

Une analyse plus fine, non pas par périmètre administratif (département ou bassin de vie), mais par secteur de permanence des soins ou par zone de couverture des services d'accueil des urgences permettrait de mieux comprendre l'hétérogénéité observée sur le territoire.

Carte 9 : Taux de recours aux urgences des patients du régime agricole en 2014 par département (données standardisées par âge et sexe)

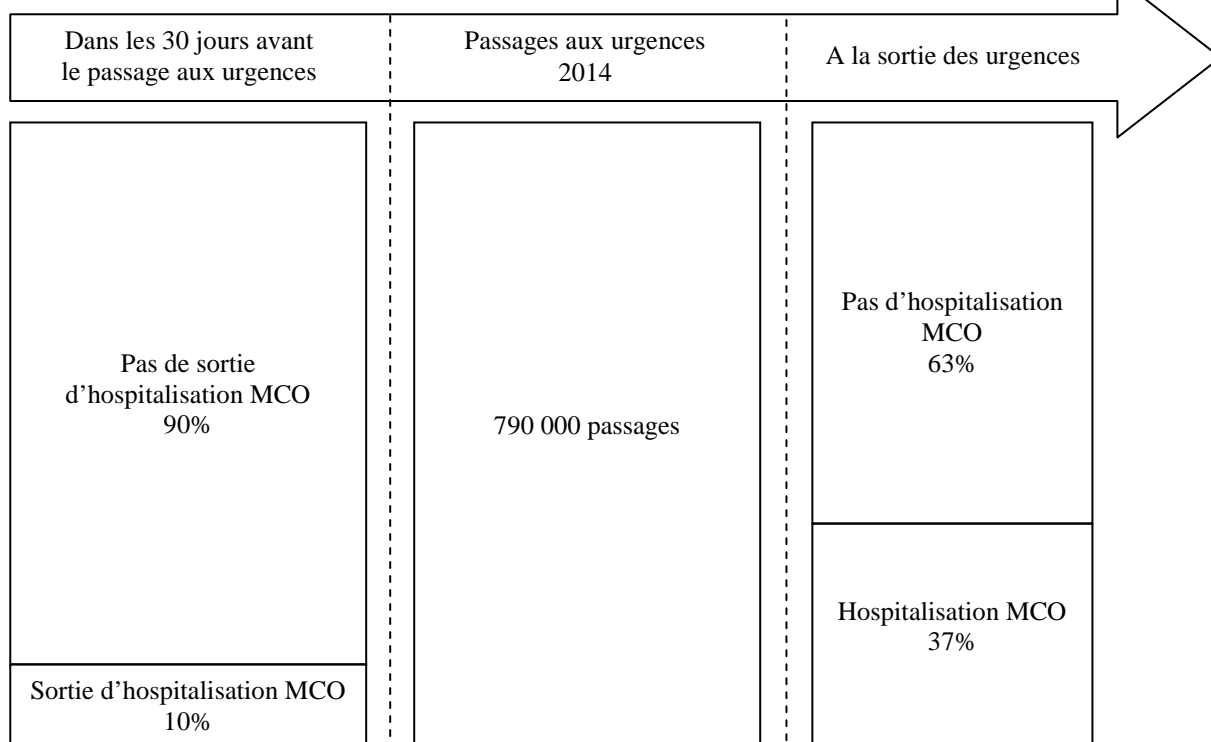


© CGET 2015 - IGN GéoFla - Carte réalisée à partir de données imputées par l'utilisateur.

Le parcours des patients

Les bases de données utilisées pour mener cette étude n'indiquent pas le motif de recours aux urgences. Afin de mieux comprendre les raisons ayant conduit aux urgences et identifier les passages potentiellement évitables, le parcours du patient va être analysé avec un regard sur les éventuelles hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) avant et après le passage aux urgences.

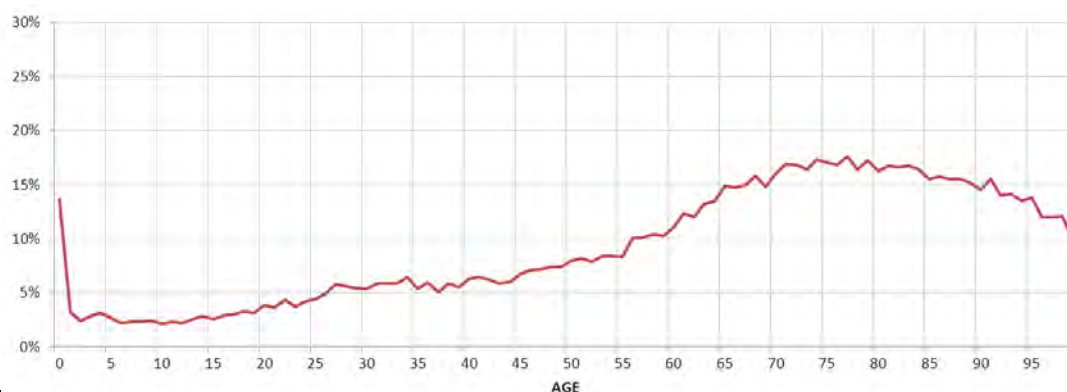
Schéma 2 : Le parcours des patients en amont et en aval du passage aux urgences



En amont

Dans 10 % des cas, une sortie d'hospitalisation MCO a eu lieu dans les 30 jours avant le passage aux urgences. Cette part varie selon l'âge (Graphique 32). Elle est supérieure à la moyenne chez les moins d'un an (14%) et chez les 60 ans et plus (15%). Pour les moins d'un an, le motif principal d'hospitalisation est la naissance (57 %) suivi de la bronchiolite (7 %). Chez les 60 ans et plus, les motifs d'hospitalisation sont plus hétérogènes, les principaux motifs étant les séances de chimiothérapie (9 %), les séances d'hémodialyse (9 %) et les insuffisances cardiaques (6 %).

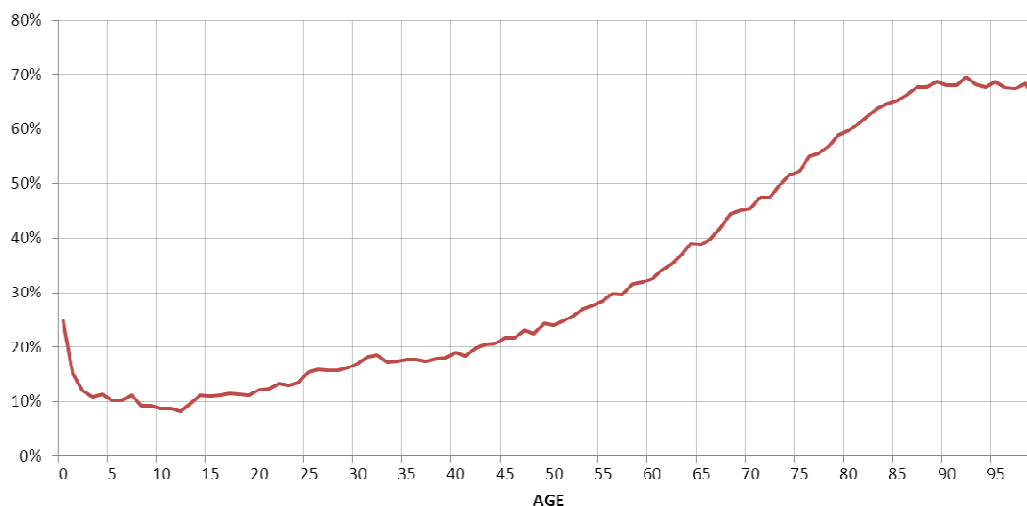
Graphique 32 : Part de passages aux urgences précédés d'une hospitalisation dans les 30 jours pour les patients du régime agricole en 2014



En aval

Dans 37 % des cas, une hospitalisation MCO a lieu après le passage aux urgences. Cette part augmente progressivement avec l'âge (Graphique 33).

Graphique 33 : Part de passages aux urgences suivis d'une hospitalisation pour les patients du régime agricole en 2014



Pour les plus petits (0-4 ans), seuls 16 % des passages aux urgences sont suivis d'une hospitalisation. Les principaux motifs d'hospitalisation sont la gastroentérite (14 %), bronchiolite (10 %) et l'asthme (7 %). Parmi ces motifs, la durée d'hospitalisation est en majorité inférieure à 3 nuits (Tableau 38).

Tableau 38 : Motifs et durée des séjours suivant le passage aux urgences des patients du régime agricole âgés de moins de 5 ans

Motif d'hospitalisation MCO	% parmi les passages aux urgences suivis d'une hospitalisation	Répartition selon la durée de séjours	
		Moins de 3 nuits en MCO	3 nuits ou plus en MCO
Gastroentérite	14%	76%	24%
Bronchiolite	10%	51%	49%
Asthme	7%	75%	25%

Chez les patients âgés de 15 à 29 ans, la plupart des passages aux urgences n'est pas suivie d'une hospitalisation (87%). Dans les cas où il y a hospitalisation, certains des principaux motifs semblent inévitables (ex : accouchement, appendicite), mais d'autres comportent une part évitable (ex : troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool) (Tableau 39).

Tableau 39 : Motifs et durée des séjours suivant le passage aux urgences des patients du régime agricole âgés de 15 à 29 ans

Motif d'hospitalisation MCO	% parmi les passages aux urgences suivis d'une hospitalisation	Répartition selon la durée de séjours	
		Moins de 3 nuits en MCO	3 nuits ou plus en MCO
Accouchement	7%	3%	97%
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	4%	97%	3%
Appendicite	4%	40%	60%
Douleur abdominale et pelvienne	4%	91%	9%
Lésion traumatique intracrânienne	4%	90%	10%

Pour les plus âgés (80 ans ou plus), la part de passages aux urgences suivis d'une hospitalisation s'élève à 66 %. Les principaux motifs d'hospitalisation sont l'insuffisance cardiaque (11 %), la fracture du fémur (5 %), la pneumopathie (4 %) et l'infarctus cérébral (3 %). Dans cette classe d'âge, les séjours sont plus longs (Tableau 40).

Tableau 40 : Motifs et durée des séjours suivant le passage aux urgences des patients du régime agricole âgés de 80 ans ou plus

Motif d'hospitalisation MCO	% parmi les passages aux urgences suivis d'une hospitalisation	Répartition selon la durée de séjours	
		Moins de 3 nuits en MCO	3 nuits ou plus en MCO
Insuffisance cardiaque	11%	13%	87%
Fracture du fémur	5%	9%	91%
Pneumopathie	4%	17%	83%
Infarctus cérébral	3%	13%	87%

Ces résultats confirment l'existence d'hospitalisations potentiellement évitables, notamment chez les plus jeunes. Leurs origines sont multiples et découlent de l'offre de soins (ex : accessibilité au médecin traitant, proximité de l'établissement, etc.) ou des comportements des patients (ex : urgences « ressenties », « habitudes », méconnaissance de l'offre de soins en ville, besoin d'une attestation médicale, possibilité de ne pas avancer les frais, etc.).

Dans tous les cas, l'éducation à la santé, la prévention ou la simplification administrative sont des leviers d'amélioration du recours aux soins, pouvant permettre de limiter le recours aux urgences. Ils s'inscrivent dans une logique d'efficience sans détériorer la santé des patients.

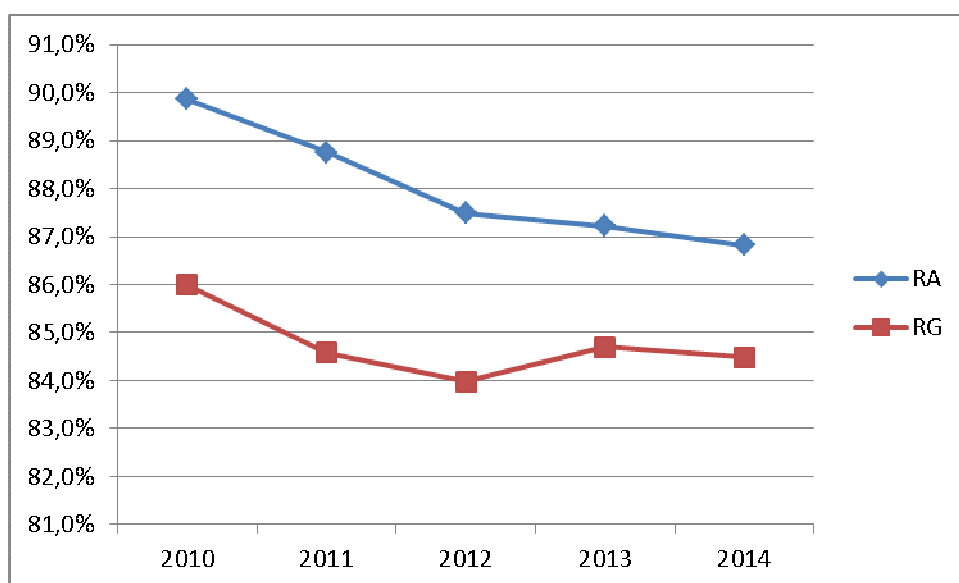
C'est dans ce cadre que la MSA développe ses actions d'éducation en santé (programme « Education à la santé familiale ») et de prévention (« Instants santé »).

2.2.4. Bilan de la Liste des Produits et Prestations (LPP)

Du bilan qui figure dans l'encadré 10, on peut retenir que :

- les dépenses remboursées en 2014 par le régime agricole au titre de la LPP pour les patients agricoles sont de 470 millions d'euros, soit l'équivalent de près de 11% des dépenses remboursées par le régime général. (cf Données du bilan LPP 2010-2014 réalisé par la CNAMTS³¹),
- **le taux de remboursement moyen par le régime obligatoire est en diminution assez importante au régime agricole (passage de 89,9% en 2010 à 86,8% en 2014), en comparaison avec le régime général (passage de 86,8% à 84,5%).**

Graphique 34 : Evolution du taux de remboursement moyen obligatoire au sein de la LPP

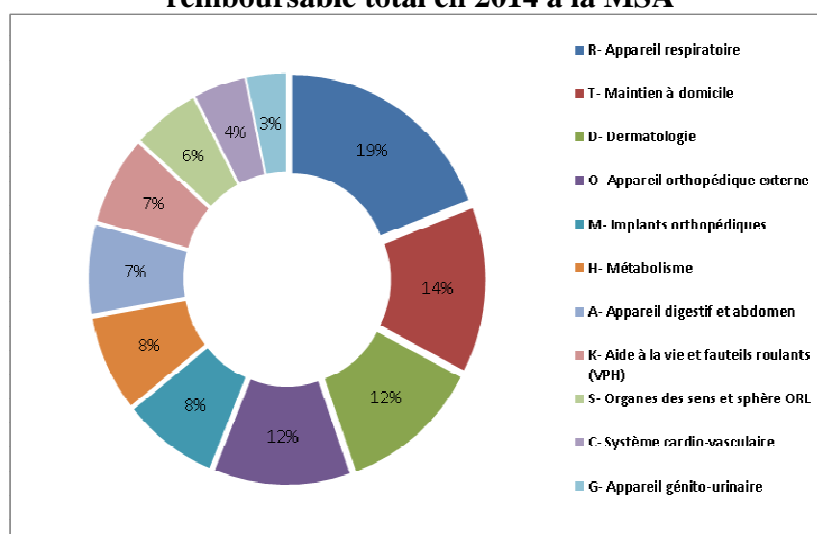


- le poids de chaque classe thérapeutique parmi les 12 constitutives de la LPP fait apparaître quelques différences par rapport au régime général.

Les principaux postes de dépenses concernent au régime agricole l'appareil respiratoire (19%), le maintien à domicile (14%), la dermatologie (12%), l'appareil orthopédique externe (12%), tandis qu'au régime général, l'appareil respiratoire (20,8%), l'appareil orthopédique (16,8%), le diabète (13,2%) et la dermatologie (11,2%) constituent les 4 premiers postes de dépenses (cf Graphiques 35 et 36 ci-après).

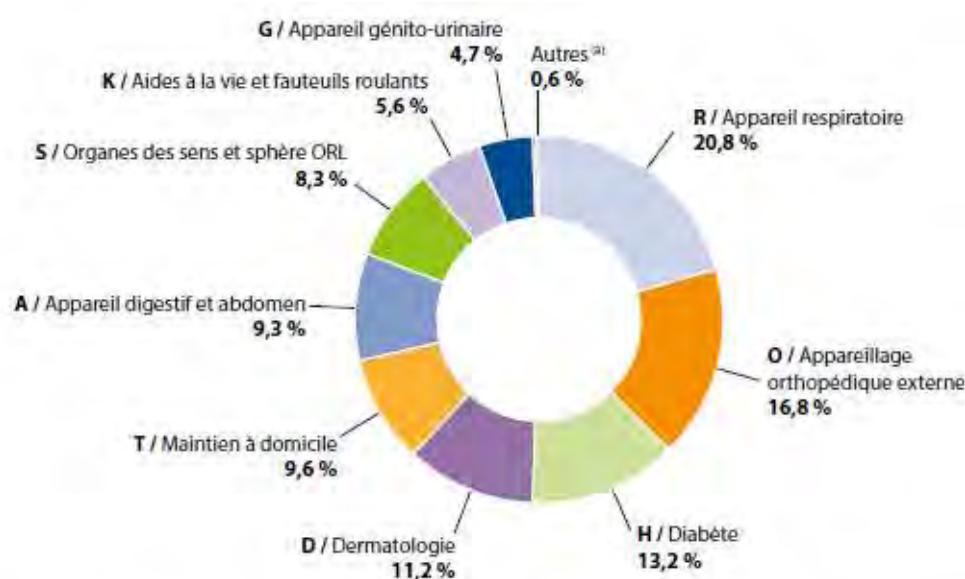
³¹ source Points repère CNAMTS avril 2016.

Graphique 35 : Poids des classes technico-thérapeutiques de la LPP dans le montant remboursable total en 2014 à la MSA



Source : CCMSA-SNIRAAM

Graphique 36 : Poids de chacune des 12 classes technico-thérapeutiques de la LPP dans le total du montant remboursable en 2014 au régime général



(a) Sont regroupés sous cette appellation les classes « prothèses réparatrices à visée esthétique », « neurologie » et « système cardio-vasculaire »

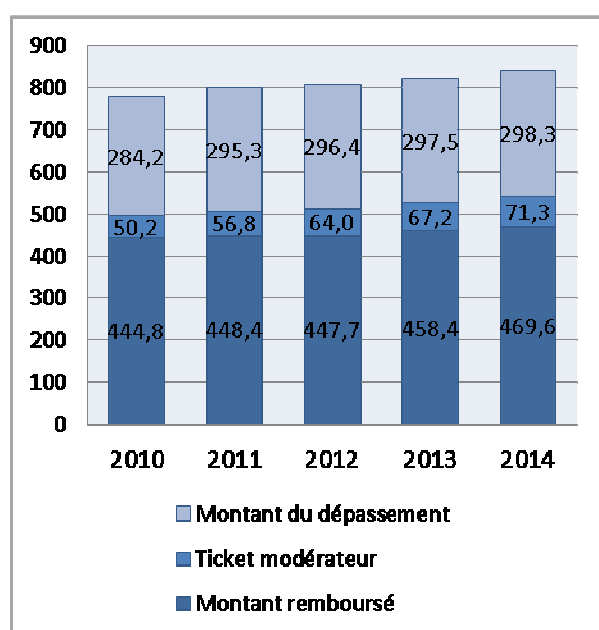
Champ : régime général hors SLM - France métropolitaine
Source : Cnamts (Sniiram)

Source : Points repères avril 2016

Encadré 10 : Les dispositifs médicaux inscrits à la LPP remboursés par le régime agricole en 2014.

En 2014, le montant total des dépenses des assurés du régime agricole entrant dans la liste des produits et prestations (LPP) s'élève à 839 millions d'euros, soit une croissance de +1,9% par rapport à 2013. Plus de la moitié de cette dépense est remboursée par le régime agricole, soit 470 millions d'euros (Graphique 37).

Graphique 37 : Répartition de la dépense totale en dispositifs médicaux de la LPP (en millions d'euros) de 2010 à 2014



Source : CCMSA – DERS

Tableau 41 : Structure de la dépense LPP de 2010 à 2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Dépassement	36,5%	37,0%	36,6%	36,2%	35,5%
Ticket modérateur	6,4%	7,1%	7,9%	8,1%	8,5%
Montant remboursé	57,1%	55,9%	55,5%	55,7%	56,0%
Dépense	100%	100%	100%	100%	100%

Le dépassement (part de la dépense excédant la base de remboursement fixée par l'assurance maladie) et le ticket modérateur constituent le reste à charge de l'assuré. Ces montants représentent respectivement 35,5% et 8,5% de la dépense totale en 2014 (Tableau 41), soit 369 millions d'euros. Les produits auditifs ainsi que les dispositifs liés à l'optique représentent à eux seuls les trois quarts du montant global du reste à charge.

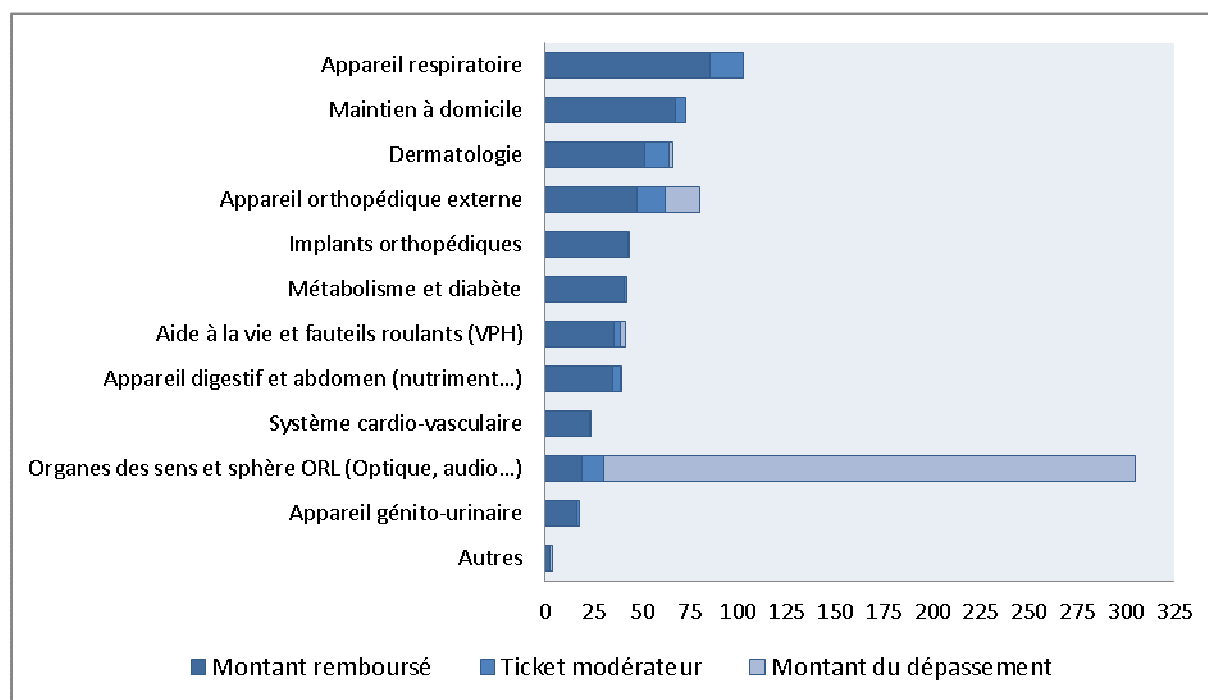
Depuis 2010, la structure de cette dépense respecte ces mêmes ordres de grandeur, cependant la part du ticket modérateur augmente légèrement (+2,1 points en 4 ans ; tableau 1) alors que celles du dépassement et du remboursement ont légèrement baissé (respectivement -1,0 point et -1,1 point).

En 2014, le montant total remboursé par le régime agricole a augmenté de +2,4% par rapport à l'année précédente et s'élève à près de 470 millions d'euros.

Les produits de la LPP sont répartis en 12 classes technico-thérapeutiques. Quatre classes technico-thérapeutiques concentrent à elles seules la moitié du montant total des remboursements (Graphique 38) :

- les produits et prestations en lien avec l'appareil respiratoire (oxygénothérapie, pression positive continue...) : 85 millions d'euros
- les dispositifs de maintien à domicile (lits médicaux, coussins, matelas, matériels pour perfusion...) : 67 millions d'euros ;
- les articles de dermatologie (pansements, dispositifs de contention...) : 51 millions d'euros ;
- les appareils orthopédiques externes (atèles, semelles orthopédiques, colliers cervicaux...) : 48 millions d'euros

Graphique 38 : Dépense LPP répartie par classe technico-thérapeutique en 2014 (en millions d'euros, trié par montant remboursé)



Source : CCMSA - DERS

Selon les produits ou prestations, cette dépense n'est pas intégralement remboursée par l'assurance maladie. Alors que la classe « Organe des sens et sphère ORL » concentre à elle seule plus d'un tiers de la dépense avec 304 millions d'euros, cette classe ne représente que 4% de la totalité des montants remboursés au titre de la LPP (Tableau 42).

Tableau 42 : Ventilation de la dépense LPP et de ses composantes en 2014

Classes technico-thérapeutiques	dépense	Montant remboursé	Ticket modérateur	Montant du dépassement
Appareil respiratoire	12%	18%	24%	0%
Maintien à domicile	9%	14%	8%	0%
Dermatologie	8%	11%	18%	1%
Appareil orthopédique externe	10%	10%	20%	6%
Implants orthopédiques	5%	9%	0%	0%
Métabolisme et diabète	5%	9%	2%	0%
Aide à la vie et fauteuils roulants (VPH)	5%	8%	5%	1%
Appareil digestif et abdomen (nutriment...)	5%	8%	6%	0%
Système cardio-vasculaire	3%	5%	0%	0%
Organes des sens et sphère ORL (Optique, audio...)	36%	4%	15%	92%
Appareil génito-urinaire	2%	4%	2%	0%
Autres	1%	1%	0%	0%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

Source : CCMSA - DERS

Quatre classes contribuent à elles seules à 80% de la croissance de la dépense : l'appareil orthopédique externe, l'appareil respiratoire, les organes des sens et sphère ORL (optique, audioprothèses...) ainsi que la dermatologie. Ces 4 classes ont également le même poids dans la croissance des remboursements et du ticket modérateur (Tableau 43).

La classe « organes des sens » est également caractérisée par une part largement majoritaire dans la croissance du reste à charge, notamment sur le volet dépassement. La baisse observée sur les dépassements des classes "dermatologie" et "appareil génito-urinaire" permettent d'atténuer la croissance de l'ensemble des montants liés aux dépassements.

Tableau 43 : Contribution à la croissance de la dépense et de ses composantes

	Dépense totale	Remboursements	Reste à charge	Ticket modérateur	Dépassement
Evolution globale 2013-2014	1,96%	2,45%	1,35%	6,14%	0,27%
Appareil respiratoire	0,38%	0,48%	0,25%	1,69%	-0,07%
Maintien à domicile	0,17%	0,27%	0,05%	0,29%	0,00%
Dermatologie	0,35%	0,63%	-0,01%	1,15%	-0,27%
Appareil orthopédique externe	0,44%	0,49%	0,38%	1,26%	0,19%
Implants orthopédiques	0,01%	0,02%	0,00%	0,00%	0,00%
Métabolisme et diabète	-0,03%	-0,09%	0,05%	0,03%	0,05%
Aide à la vie et fauteuils roulants (VPH)	0,19%	0,23%	0,13%	0,43%	0,06%
Appareil digestif et abdomen	0,09%	0,13%	0,03%	0,34%	-0,04%
Système cardio-vasculaire	-0,01%	-0,01%	0,00%	0,01%	0,00%
Organes des sens et sphère ORL	0,39%	0,23%	0,60%	0,81%	0,55%
Appareil génito-urinaire	-0,03%	0,06%	-0,14%	0,09%	-0,20%
Autre	0,00%	0,00%	0,01%	0,04%	0,01%

Source DERS - CCMSA

Au régime agricole, 91% des consommateurs de produits de la classe métabolisme et diabète sont exonérés du ticket modérateur au titre d'une ALD, 79% chez les consommateurs du maintien à domicile et 77% pour ceux des produits en lien avec le système cardio-vasculaire (Tableau 44).

Les caractéristiques d'âge et de sexe de la population consommatrice sont différentes selon la classe. L'appareil respiratoire est la classe où la moyenne d'âge est l'une des plus jeunes (63,3 ans) et majoritairement masculine (56,8% d'hommes). A contrario, les dispositifs de maintien à domicile sont utilisés par une population beaucoup plus âgée (81,2 ans en moyenne) et principalement féminine (59,5% de femmes).

Tableau 44 : Profil de la population consommatrice par classe technico-thérapeutique de la LPP

Classes technico-thérapeutiques	Age moyen	Pourcentage d'hommes	Taux de bénéficiaires en ALD (en %)
Appareil respiratoire	63,3	56,8	55,3
Maintien à domicile	81,2	40,5	79
Dermatologie	60,4	50,3	39,4
Appareil orthopédique externe	61,3	41	35,4
Implants orthopédiques	67,4	50,2	33,3
Métabolisme et diabète	70,4	51,8	90,6
Aide à la vie et fauteuils roulants (VPH)	73,6	40,7	61,5
Appareil digestif et abdomen (nutriment...)	66,5	41,7	61,6
Système cardio-vasculaire	77,1	66,8	76,8
Organes des sens et sphère ORL (Optique, audio...)	56,7	46,8	26,1
Appareil génito-urinaire	60,7	39,5	47,4

Source : CCMSA - DERS

En synthèse, on constate que si certaines tendances sont fortement corrélées aux caractéristiques démographiques du régime agricole (consommation de produits de LPP, prévalence brute de diabétiques, traitements dans la prise en charge du cancer de la prostate...), le régime agricole peut se caractériser par certaines atypies (pathologies mentales, suivi et complication dans la prise en charge du diabète, ...).

Si certaines peuvent être reliées à des facteurs socio-professionnels et ou culturels, d'autres sont à mettre en relation avec l'offre de soins sur les territoires, dont la disponibilité et l'organisation sont déterminantes dans la fluidité du parcours de santé des ressortissants du régime agricole.

C'est dans ce contexte que la MSA actualise ses propositions.

3. Les mesures proposées par la MSA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- la disponibilité effective des professionnels de santé de ville positionnés sur le territoire, et plus largement la disponibilité³² sur le territoire concerné des services concourant au retour et au maintien à domicile,
- la complétude de la prise en charge, notamment sur le plan du transport,
- les potentiels de transferts de charge du risque vers les fonds d'Action Sanitaire et Sociale,
- la limitation du reste à charge pour le patient.

Enfin, les solidarités familiales ou locales auraient vocation à être encouragées, afin de faciliter pour le patient la prise en charge du quotidien sans alourdir les agendas déjà chargés des professionnels de santé ou du secteur médico-social, et parfois agir sur l'**acceptabilité**³³ de la prise en charge qui doit rester un point d'attention au regard de l'environnement des ressortissants.

³² On entend par **disponibilité** la capacité du fournisseur de mettre à disposition les ressources requises, comme le personnel et la technologie, pour répondre aux besoins des patients. Il s'agit de la manière dont les ressources sont organisées pour permettre l'accès aux soins.

³³ **L'acceptabilité** caractérise la mesure avec laquelle le client est à l'aise avec des caractéristiques plus permanentes, plus durables du fournisseur. Il s'agit d'une dimension plus psychosociale, voire culturelle, de l'accessibilité. Elle mobilise à la fois les représentations des malades à propos de l'organisation des soins et vis-à-vis des modèles proposés. L'acceptabilité reflète la reconnaissance sociale du dispositif mis en place.

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

- **au bénéfice de ses ressortissants**, en particulier dans le cadre d'un programme de prévention intégrant des services en santé qu'elle proposera, en matière d'éducation à la santé, de prévention comme en matière d'accompagnement à la gestion de la maladie (notamment pour les malades chroniques),
- **dans les territoires ruraux, en intervenant sur certains territoires identifiés comme « à risques »**, à l'aide d'un diagnostic territorial qu'elle expérimente actuellement, pour lutter contre les risques de rupture du parcours :
 - **en accompagnant la démographie médicale** pour favoriser son implantation et conforter les professionnels présents. C'est tout l'enjeu de la poursuite des actions en faveur de l'installation des professionnels médicaux et paramédicaux, et de l'accompagnement du développement des communautés professionnelles territoriales de santé que la MSA peut proposer sur certains territoires sur la base de son expérience ;
 - **en proposant des actions territoriales permettant de prévenir ou limiter les ruptures dans le parcours de santé** (dans le cadre de l'Education Santé Familiale, l'expérimentation d'un forfait Diététique et Psychologie, et en proposant le développement du programme Pays de Santé ;
 - en accompagnant le virage ambulatoire, en particulier dans le cadre de l'extension de son action « Chirurgie ambulatoire en campagne ».

S'agissant de proposition d'évolution réglementaire visant à optimiser les charges du régime, la MSA propose un plus grand encadrement des prescriptions des sièges coquilles.

3.1. Développer un programme de prévention adapté aux ressortissants agricoles

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

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

3.1.1. Les éducations en santé

A côté de la diffusion des recommandations de pratiques, 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 chronique, mais aussi aigus, en vue de favoriser leur autogestion, est aujourd'hui admise. Ce soutien est même considéré dans la littérature comme une condition du succès de tout dispositif d'accompagnement des malades chroniques.

L'exercice pratique des soins ainsi que la recherche démontrent que ce soutien est dans certains cas insuffisant (et peu efficient) s'il se limite à une simple information. L'abondance de l'information accessible à la population pose aujourd'hui la problématique de sa valeur, de sa compréhension, de sa lecture critique, de sa synthèse, de sa transmission, de son accompagnement, de son applicabilité et, en raison de sa nature souvent centrée sur une maladie, du risque de « tribalisme autour des sites internet spécialisés³⁴ ».

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

En conséquence, la MSA a décidé de proposer à ses assurés les actions de soutien décrites ci-après ainsi que dans la partie 3.2 dans une approche territoriale (Education à la Santé Familiale).

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.

³⁴ Sadek Beloucif.

3.1.2. L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

Le programme d'éducation thérapeutique a été développé sous l'impulsion de la MSA au début des années 2000, dans le cadre d'un plan d'accompagnement des malades chroniques. La méthode de l'éducation thérapeutique a été choisie en raison de sa reconnaissance comme un moyen de soutien thérapeutique efficace et efficient. La volonté a été d'adapter son principe au secteur d'activité ambulatoire et aux territoires ruraux (accès difficile à l'ETP).

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

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

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

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

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

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

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

En 2014, le renouvellement des autorisations du programme d'éducation thérapeutique pour patients atteints de maladies cardiovasculaires a été piloté par la caisse centrale. Le dossier de demande de renouvellement a été déposé auprès de chaque ARS en décembre 2014. Toutes les demandes ont reçu un avis favorable pour 4 ans.

En 2015, 46 nouveaux éducateurs ont été formés par l'Institut de Perfectionnement en Communication et Education Médicale (IPCEM). 2 484 patients ont suivi le programme en 2015, ce qui porte le total des bénéficiaires à plus de 18 000 depuis 2006.

Les perspectives 2016 de l'éducation thérapeutique s'inscrivent dans une démarche de diversification des modes d'accompagnement des malades chroniques destinés à soutenir l'investissement de ces assurés dans l'autogestion de leur santé en partenariat avec leur médecin traitant (télé-services, accompagnement des malades complexes). Cette réflexion est construite à partir du modèle des soins chroniques (E. Wagner) et de la stratification des risques (pyramide KP modifiée).

3.1.3. Une offre de prévention ciblée, en lien avec le médecin traitant

L'offre de prévention de la MSA est proposée aux assurés en fonction de leurs risques et/ou facteurs de risques, en lien avec le médecin traitant. Pour l'exercice 2015, le programme national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires des professions agricoles comportait 24 actions et dispositifs coordonnés au niveau central et 258 actions d'initiative locale. Il prend en compte les objectifs prioritaires de santé publique et intègre les orientations fixées par la Convention d'Objectifs et de Gestion (2011-2015).

Les Instants Santé MSA

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

Sur les 212 371 adhérents âgés de 25 à 74 ans invités aux Instants Santé adultes :

- 55 177 ont réalisé l'examen pré-médical, soit 26% de la population invitée (28 % en 2014)
- 34 797 ont réalisé la consultation de prévention, soit 16,3% de la population invitée (18 % en 2014).

Le dispositif Instants Santé jeunes concerne les assurés et ayants droits âgés de 16 à 24 ans. Leur participation consiste au remplissage d'un auto-questionnaire mis à disposition sur le site <http://isjeunes.msa.fr/>, en la réalisation d'une consultation de prévention avec un médecin généraliste et la remise d'un chèque sport à l'issue de la consultation. Le taux de participation est de 23% en 2015 (25% en 2014).

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

Pour compléter l'offre de prévention du dispositif Instants Santé, la MSA a mis en place un Parcours Nutrition Santé. Il s'agit d'une part d'une prise en charge par un diététicien sur un mode collectif réalisée lors de la séance pré-médicale des Instants Santé. D'autre part, l'accompagnement nutritionnel individuel par un diététicien en libéral est proposé aux assurés âgés de 16 à 74 ans sur prescription du médecin traitant. L'objectif est de transmettre aux participants les connaissances nécessaires pour modifier leur comportement alimentaire, prévenir notamment les risques de surpoids, d'obésité et de maladies chroniques, et promouvoir l'adoption de comportements favorables à la santé (alimentation et activité physique).



Plus de 3 000 Parcours Nutrition Santé ont été prescrits par les médecins traitants à nos assurés âgés de 16 à 74 ans en 2015 (dont plus de 590 pour les jeunes). 158 séances d'animations nutritionnelles ont été réalisées par un diététicien en 2015 (contre 45 en 2014) pour 2 951 bénéficiaires (contre 900 en 2014) lors des séances pré-médicales des Instants Santé. 608 assurés ont bénéficié d'un accompagnement par un diététicien (410 en 2014). Au total, ce sont plus de 3 559 adhérents (1 310 en 2014) qui ont bénéficié d'un accompagnement ou d'information nutritionnelle dans le cadre du Parcours Nutrition Santé.

Les services en ligne prévention : le tchat jeunes

Le projet de mise en place d'un **Tchat jeunes** sur le site « Instants Santé jeunes » (<http://isjeunes.msa.fr/>) s'inscrit dans l'offre de services de prévention en ligne développée par la MSA. Il permet aux jeunes âgés de 16 à 25 ans d'obtenir de façon totalement anonyme et gratuite des réponses à des préoccupations de santé sur une thématique spécifiquement identifiée, et ce par un expert.

En 2015, le sujet retenu pour le 1^{er} tchat organisé portait sur les addictions avec substances (tabac, alcool, drogues). Ainsi, 9 634 visites dont 3 034 visiteurs uniques (un visiteur est venu plusieurs fois) ont été recensées en amont du déroulé du tchat (page de promotion) et durant celui-ci. 113 personnes se sont connectées durant la session du tchat. 43 questions/réponses ont été traitées durant la durée du tchat (2 heures) par les experts. Le résultat de fréquentation de ce tchat est dans la moyenne de ceux réalisés par l'institution sur d'autres sujets.

La prévention bucco-dentaire à tous les âges

La MSA propose à ses adhérents une offre globale en prévention bucco-dentaire. Celle-ci combine des dispositifs définis par les conventions médicales et dentaires menées en inter-régimes à destination des jeunes et des femmes enceintes ainsi que des actions spécifiques MSA liées aux besoins des ressortissants.

En 2015, pour l'ensemble des actions de prévention bucco-dentaire, la MSA a pris en charge 94 469 examens de prévention réalisés par un chirurgien-dentiste. Parmi ces examens :

- 3 440 femmes ont bénéficié d'un examen de prévention bucco-dentaire post-natal sur les 16 477 femmes invitées, soit un taux de participation de 20,9 %,
- 7 995 enfants de 3 ans et 2641 enfants de 7 ans non-consommateurs ont bénéficié d'un bilan (taux de participation respectivement de 32,7 % et 25,1 %),
- 9 093 seniors de 65 ans ont bénéficié également d'un bilan spécifique (taux de participation de 21 %).

Concernant le dispositif M'T dents, le taux de participation aux examens de prévention bucco-dentaire tous âges confondus (6, 9, 12, 15 et 18 ans) est de 34,7% en 2015 (contre 36,6 % en 2014).

Les enfants de 6 ans ont le taux de participation le plus élevé (49,5% en 2015 contre 51 % en 2014). Ce taux atteint 59,7% si l'on ajoute les 2 641 examens bucco-dentaires réalisés dans le cadre de l'action à destination des 7 ans (rattrapage des enfants n'ayant pas participé au dispositif M'T dents dans l'année de leur 6 ans).

Les enfants de 9 et 12 ans ont un taux de participation supérieur à 41% en 2015 (contre 42 % en 2014). Le taux de participation est de 32,7 % (contre 33,7 % en 2014) pour les jeunes âgés de 15 ans et de 11,3% (contre 14,3% en 2014) pour les 18 ans. Pour ces derniers, ce taux est dû en partie à la perte de plus de 25% de la population couverte entre 18 et 19 ans (changement de régime d'affiliation).

Le parcours de prévention pour les personnes en situation de précarité : une prise en charge globale

Le parcours de prévention pour les personnes en situation de précarité MSA comprend un bilan de santé en approche individuelle ou collective, une prise en charge bucco-dentaire, des actions de prévention du dispositif des Instants Santé, des ateliers d'éducation à la santé et des actions d'initiative locale.

En 2015, dans le cadre du parcours de prévention :

- 1 550 personnes ont bénéficié d'un bilan de santé contre 1 460 en 2014. Parmi elles, 725 personnes ont bénéficié d'un bilan de santé en approche individuelle et 825 en approche collective,
- Près de 1500 personnes en situation de précarité ont bénéficié de l'action bucco-dentaire (contre 1 244 personnes en 2014).
- 302 ateliers « Prendre soin de sa santé », animés par des travailleurs sociaux spécifiquement formés, ont été réalisés sur 56 cycles. 605 personnes ont pu y participer (383 en 2014).
- 36 actions d'initiative locale ont été réalisées par les MSA pour compléter le parcours de prévention.

Des actions collectives de prévention pour seniors (déployées majoritairement en inter-régimes)

L'offre MSA se déploie majoritairement à travers des structures inter-régimes de prévention dont les Associations de Santé d'Education et de Prévention sur les Territoires. Elle comporte notamment 5 actions d'éducation à la santé : les conférences-débats, les Ateliers du Bien Vieillir (ABV), les ateliers PEPS Eurêka, les ateliers nutrition et les ateliers équilibre/prévention des chutes.

En 2015, l'ensemble des ateliers et conférences ont réuni plus de 33 000 participants (contre 27 000 en 2014).

Au-delà de cette offre, le logiciel Lantichute est proposé aux établissements médico-sociaux et rencontre un succès croissant auprès des ARS pour intégrer leur programme d'action contre les chutes (cf Encadré 11).

Sevrage tabagique : le renforcement du dispositif d'accompagnement à l'arrêt du tabac

Pour accompagner la lutte contre le tabagisme, la MSA met en œuvre le dispositif de prise en charge des Traitements de Substitution Nicotinique (TNS). Il consiste à accompagner financièrement les personnes souhaitant s'arrêter de fumer par le biais d'une prise en charge de ces traitements. Un forfait de 50 euros est proposé aux assurés et de 150 euros aux jeunes de 20 à 30 ans, aux femmes enceintes, aux bénéficiaires de la CMU-C et aux patients en ALD Cancer.

Dans le cadre du Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT 2014-2019), plusieurs autres mesures ont été mises en place. De même, la loi de Modernisation du Système de Santé a élargi les prescripteurs de ces substituts nicotiniques.

En 2015, 6 593 personnes (dont 869 jeunes âgés de 20 à 30 ans) ont bénéficié d'une prise en charge de Traitements par Substituts Nicotiniques contre 5 879 en 2014, soit une hausse de + 4 %.

Le dépistage organisé du cancer du sein : une hausse de la participation des assurées agricoles

Sur les 208 383 femmes invitées en 2015 âgées de 50 à 74 ans relevant du régime agricole, 117 608 ont été dépistées, soit un taux de participation de 56,4% (contre 55,6% en 2014). Le taux de participation des femmes invitées tous régimes d'assurance maladie est de 49,9 %, en baisse de 0,2 point.

Le dépistage organisé du cancer colo-rectal

Pour susciter une meilleure adhésion de la population concernée et une plus grande confiance et implication des médecins généralistes, la Direction Générale de la Santé (DGS) a initié en septembre 2014 le remplacement du test Hémocult® II par un nouveau test immunologique (OC-Sensor®). Il a été mis à disposition en avril 2015. La transition entre les deux tests a eu un impact sur les résultats. Ainsi, en 2015, 183 143 adhérents du régime agricole âgés de 50 à 74 ans ont réalisé un de ces tests de dépistage en France métropolitaine. Etant donné la particularité de l'année 2015 (transition entre les deux tests), l'InVS préconise de ne pas comparer ce chiffre avec les années antérieures.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus

La réalisation d'un frottis du col de l'utérus, recommandé chez les femmes asymptomatiques de 25 à 65 ans tous les 3 ans (après 2 frottis normaux à 1 an d'intervalle), peut permettre de dépister des lésions précancéreuses et des cancers à un stade précoce et ainsi faciliter leur guérison. En 2015, la MSA a poursuivi sa participation à des expérimentations de programme de dépistage dans 9 départements sur le territoire (03, 15, 37, 38, 43, 49, 63, 67, 68). En 2015, 6 488 frottis ont été réalisés pour les adhérentes du régime agricole (6 132 en 2014).

La campagne de vaccination contre la grippe

La campagne nationale de vaccination contre la grippe MSA cible particulièrement les personnes à risques (personnes âgées de 65 ans et plus, personnes atteintes de maladies respiratoires chroniques et patients en ALD). En 2015, le taux de couverture vaccinale de la grippe est de 53,4% au régime agricole (54,5% en 2014). Le taux de participation des personnes de 65 ans et plus est de 53%. Le taux de participation des personnes en ALD de moins de 65 ans et des personnes concernées par l'extension s'élève à 60,3 %.

La campagne de vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole



Le taux de couverture vaccinale (au moins une dose de vaccin pour les enfants de 19 mois) est de 74,6% en 2015. Il augmente de 4,6 points par rapport à 2014. Ce taux est toutefois sous-évalué dans la mesure où il ne prend pas en compte les vaccinations effectuées dans le cadre des PMI (Protection Maternelle et Infantile) par exemple.

Encadré 11 : L'accompagnement des établissements médico-sociaux avec le logiciel « Lantichute MSA »

Les chutes sont le premier facteur de morbi-mortalité chez les personnes âgées. En 2002, une enquête de l'InVS a estimé à **400 000 par an** le nombre de chutes chez les plus de 65 ans en France. Un tiers des personnes de plus de 65 ans et la moitié des plus de 85 ans font au moins une chute par an. Le coût médical de ces chutes en France a été estimé à **1 milliard 34 millions d'euros pour une année**, ne prenant pas en compte les aides au domicile ou l'entrée en institution. On note que 20 % des chutes donnent lieu à une intervention médicale et que 10 % des chutes occasionnent des fractures, avec une forte prédominance des fractures du col du fémur (50 000 cas/an en France). Après une première chute, 20 à 30 % des plus de 70 ans présentent une perte d'autonomie. Enfin, 12 000 décès sont attribuables chaque année aux conséquences directes des chutes.

La prévention des chutes en établissements et notamment dans les EHPAD est donc un véritable enjeu de santé publique.

L'objectif principal de Lantichute MSA est de diminuer le nombre de chutes. **Les objectifs opérationnels** sont d'une part de faire prendre conscience de ce problème aux établissements et au personnel et d'autre part de leur donner un outil d'analyse permettant de prendre des mesures adaptées.

En termes de fonctionnalités, ce Logiciel **élaboré par des acteurs de terrain** (5 EHPAD, des ergothérapeutes, un groupe d'utilisateurs) permet la saisie de toutes les chutes. Il effectue **une analyse automatique de l'ensemble des chutes** et permet de prendre **les mesures correctrices**. Il **analyse et croise un grand nombre d'items**, à savoir le lieu de la chute, l'heure, les circonstances, la position, les conséquences, l'environnement, la tenue vestimentaire, la dépendance, les médicaments, les pathologies, etc.

Il permet ainsi de sensibiliser le personnel au risque de chutes, d'aménager les locaux, de repérer les sujets les plus à risque, de réduire les facteurs de risque (individuels et environnementaux) chez les individus à risque.

Il respecte la confidentialité et les exigences CNIL (les données appartiennent en propre à l'établissement) et **n'est pas fourni aux établissements dans un esprit de contrôle**.

Au 31 décembre 2015, 590 téléchargements³⁵ ont été réalisés en France (Carte 10).

Ce logiciel est **fourni gratuitement** et est téléchargeable en ligne. Il suffit de le demander sur le site <http://www.asept-perigord-agenais.fr/lantichute-msa/>

En plus de la version pour les établissements, une version pour le domicile est proposée.

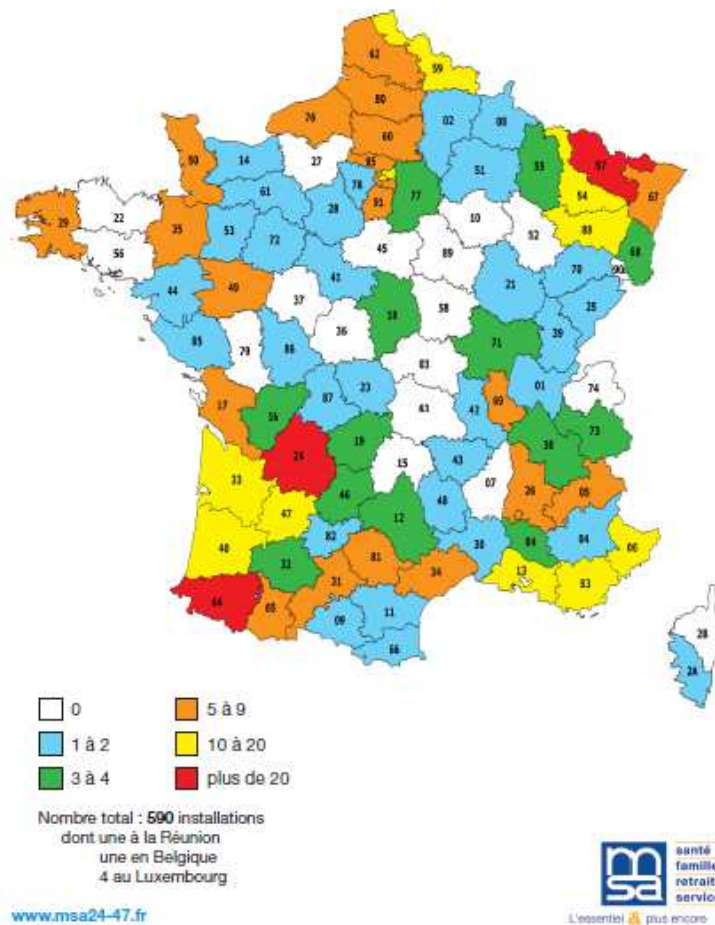
Lantichute MSA est recommandé d'ores et déjà par plusieurs ARS.

L'ARS d'Aquitaine ainsi que celle de Lorraine ont décidé de solliciter les EHPAD de leur région afin qu'ils mettent en place le logiciel. Il est intégré au plan GDR ARS PACA au titre de l'assurance maladie. L'ARS Ile-de-France le recommande aux établissements dans la Campagne régionale "Pare à chute, maîtriser le risque", pour éviter les chutes graves en Ile-de-France.

³⁵ Certains téléchargements concernent plusieurs établissements.

Carte 10 : Implantation de LANTICHUTE MSA

IMPLANTATION DE LANTICHUTE MSA au 31 décembre 2015



[Logiciel fourni gratuitement, téléchargeable en ligne, le demander sur le site <http://www.asept-perigord-agenais.fr/lantichute-msa/>](http://www.asept-perigord-agenais.fr/lantichute-msa/)

3.2.Optimiser le parcours de santé en milieu rural sur certains territoires ruraux identifiés comme « à risques »

Dans la continuité des positions qu'elle a retenues dans le cadre de l'actualisation de sa stratégie maladie, et à l'instar des positions qu'elle a fait valoir dans le cadre de la préparation des négociations « soins de proximité » au sein de l'UNCAM, la MSA réaffirme son engagement aux côtés des différentes parties prenantes, en vue de faciliter l'accès à l'offre de soins en milieu rural. à travers différents leviers (favoriser l'installation des professionnels, accompagner l'exercice regroupé, optimiser le temps médical et conforter la présence des professionnels en zone rurale à risque de dégradation de la démographie en leur apportant des services et en facilitant la mise en place d'actions de santé et de prévention au bénéfice des populations rurales dans le cadre de Pays de santé, favoriser la démocratie sanitaire,...).

Dans le contexte de la mise en œuvre de la Loi de Modernisation du Système de Santé et en articulation avec ses nouveaux dispositifs (projets territoriaux de santé dans le cadre de diagnostics partagés, Plateformes Territoriales d'Appui, Communautés professionnelles Territoriales de Santé au Public, ...), la MSA actualise son offre en vue de la mettre en œuvre, sur les territoires qu'elle aura identifiés comme « à risques » sous l'égide des ARS en vue de favoriser l'accessibilité à l'offre de soins primaires.

3.2.1.Favoriser l'accès à l'offre de soins primaires en accompagnant la démographie médicale en milieu rural

La MSA est traditionnellement très attentive aux modalités d'exercice des professionnels de santé en milieu rural et notamment sur les points suivants :

- les besoins de la population rurale vieillissante donc atteinte de pathologies chroniques en forte proportion nécessitent d'être pris en compte : consultations avancées de soins spécialisés, notamment en mobilisant les leviers de la télémedecine et consultations non programmées ;
- l'activité moyenne significativement plus élevée pour les professionnels de santé en milieu rural (générée par ces besoins de santé de la population agricole et rurale, mais assumée par un nombre limité de professionnels de santé) entraîne une charge de travail significative et peut menacer certains professionnels de surcharge voire de burn-out, avec à la clé des prises de décision de cessation d'activité ou de déménagement vers des territoires mieux dotés où l'exercice est vu comme moins difficile.
- la moyenne d'âge élevée des professionnels du milieu rural et dans le même temps une aspiration croissante de la population des jeunes professionnels de santé à une qualité de vie et un travail en équipe déterminent en milieu rural un besoin fort d'optimisation du temps médical et renforcent l'impératif de coordination
- les projets de santé des maisons de santé pluridisciplinaires de même que les projets de collaborations entre les professionnels volontaires d'un même territoire doivent être ancrés dans la réalité vécue des besoins des populations du territoire, au-delà d'observations statistiques ou de représentations des acteurs parfois non vérifiées sur le terrain.

Malgré la diffusion ancienne de ces messages visant à organiser les démarches de regroupement de professionnels sur la base du préalable que devrait être le projet de santé issu de la concertation territoriale, on observe encore des pratiques contreproductives (fondées sur une approche prioritairement immobilière, des logiques uniquement financières voire même des logiques partisans) pouvant entraîner certains territoires dans des impasses. Certains diagnostics réalisés dans une approche standard peuvent enfin apparaître déconnectés des réalités vécues par la population, aboutir à des erreurs d'appréciation de l'existant voire positionner certains territoires dans des situations de crise.

Dans la même perspective, il y a un intérêt majeur à ce que les Communautés territoriales de Santé au Public émanent directement des professionnels eux-mêmes.

- la nécessité de faire émerger les Plateformes Territoriales d'Appui à partir de l'existant si cette solution correspond aux conclusions du diagnostic territorial (besoins des populations reposant sur des données objectivées et demande des professionnels locaux). Il apparaît impératif que ces PTA s'inscrivent dans une dynamique et non comme un dispositif supplémentaire qui s'ajouterait aux différents dispositifs d'intégration ou de coordination déjà existants.

Dans le contexte de désertification médicale qui prend de nouveaux visages pour les ressortissants agricoles (au-delà des territoires ruraux concernés par la difficulté de disponibilité d'un médecin généraliste, l'insuffisance d'installation atteint désormais certaines villes moyennes s'agissant des spécialistes), la MSA rappelle l'enjeu de positionner l'exercice médical comme une priorité dans sa dimension organisationnelle et non simplement financière, et de l'ancrer dans une dimension de santé publique.

L'enjeu est de libérer du temps médical pour que le médecin généraliste pilote une coordination pluri-disciplinaire voire pluri-professionnelle pour le parcours de ses patients, et s'inscrive dans une logique de réponse aux besoins de santé publique sur son territoire.

Le rapport Charges & Produits MSA pour l'année 2016 a fait état de l'accompagnement historique de la MSA pour favoriser l'exercice coordonné des professionnels dans le cadre des Maisons de Santé Pluri-professionnelle (MSP). Les responsabilités ayant été établies dans le contexte du Règlement Arbitral entre l'ARS (qui régule les autorisations) et le régime général (qui instruit administrativement les dossiers), la MSA interviendra désormais de manière privilégiée sur les territoires qu'elle identifiera comme « à risque » avec l'ARS, pour proposer des réponses aux besoins non couverts (cf partie X).

Dans ce contexte, la MSA propose :

- de favoriser l'installation des professionnels en milieu rural,
- d'accompagner les professionnels encore présents sur certains territoires fragiles pour les conforter dans leur exercice tout en les intégrant dans une dynamique territoriale de changement.

3.2.1.1. Favoriser l'installation en milieu rural : exercer en campagne

Depuis 2013, la MSA déploie un programme d'actions contribuant au pacte territoire santé, notamment, une promotion de l'exercice en milieu rural auprès des jeunes professionnels de santé. Le programme est dynamique. Il consiste en une campagne d'affichage et/ou de réunions d'informations, assorties d'actions adaptées à l'environnement et visant à favoriser l'installation en milieu rural. Les projets sont travaillés en collaboration avec les ARS concernées, les établissements de formation (facultés, écoles de kinésithérapie et IFSI) et tous les partenaires intéressés (CDOM, URPS, associations des internes en médecine, élus du territoire, autres professionnels...).

Sur la lancée de l'année 2014, les caisses de MSA ont continué d'organiser l'accueil de futurs professionnels pour les sensibiliser notamment sur les bonnes pratiques en matière de formalités mais aussi pour leur proposer un suivi personnalisé pour leur installation. En 2015, le programme, réalisé par 32 caisses de MSA, s'est enrichi par des événements organisés sur les territoires comme les soirées ciné-débats, la participation à des congrès ou des séminaires médicaux, la mise en relation des professionnels de santé avec les communes en recherche, l'aide à l'installation dans les territoires soucieux de préserver l'offre de soins... Ce programme va être actualisé et dynamisé dès 2016.

3.2.1.2. Repérer, susciter et accompagner les initiatives de coopération entre les PS sur un territoire en situation de crise : l'exemple de Louvigné du Désert

Certaines MSA ont développé l'accompagnement des territoires en situation de crise, pour lesquels l'enjeu est de convaincre les professionnels encore présents sur le territoire d'y rester et les accompagner avec les différentes parties prenantes et en lien avec l'ARS pour évoluer ensemble vers une cible qu'ils ont à (co-)construire.

C'est ainsi que la MSA Portes de Bretagne a accompagné le territoire de Louvigné du Désert, confronté à une menace de disparition à court terme de l'offre médicale de proximité présente sur le territoire. (cf Encadré 12).

L'intervention de la MSA s'est traduite dans une démarche d'accompagnement très pragmatique visant à repérer les acteurs clés et permettre à chacun de prendre ses responsabilités tout en assurant une cohérence d'ensemble. Cette démarche a été ponctuée par plusieurs étapes, dont les principales sont

- la réalisation d'un état des lieux sur les réalités qui s'articulaient concrètement sur le plan humain sur ce territoire. Il a contribué à des (re)positionnements de certains acteurs.
- l'organisation du partage des constats, des enjeux et de la problématique réellement vécue avec toutes les parties prenantes (au-delà des représentations de chacun) pour favoriser la prise de conscience collective.
- l'ouverture du champ des possibles : changement de locaux d'exercice pour le médecin et les autres professionnels présents, mise à disposition de terrain par la municipalité, possibilité de créer une MSP sur la base d'un reclassement par l'ARS en zone déficitaire ...

Cette démarche est emblématique de la contribution que la MSA réalise souvent discrètement en termes d'accompagnement au changement auprès des différents acteurs sur le territoire.

Encadré 12 : L'accompagnement du territoire de Louvigné du Désert

Situation initiale du territoire de Louvigné du Désert

En 2012, le territoire de Louvigné du Désert est confronté à une chute drastique de son nombre de médecins (le nombre de médecins tombe à 3 en quelques années pour différentes raisons : décès, retraite, déménagement). Trois médecins étaient encore en activité sur le canton. Ils avaient tous plus de 60 ans. L'un exerçait en cumul emploi/retraite et avait prévu d'arrêter définitivement son activité.

Le décès brutal d'un des médecins a constitué le fait générateur pour que la municipalité alerte les différentes institutions. Dans ce cadre, l'ARS a mis en place un dispositif et positionné un cabinet de consultant pour réaliser un diagnostic. Il n'a pas été possible d'aller plus loin.

Des tensions existaient et des inquiétudes se faisaient jour (au-delà de la population et de la mairie, le pharmacien du secteur, inquiet, s'interrogeait sur son avenir). C'est dans ce contexte que, la MSA a été sollicitée par l'intermédiaire de ses élus cantonaux.

L'intervention de la MSA :

L'intervention de la MSA s'est traduite par des rencontres individualisées avec chacun des médecins qui exerçaient sur le territoire, des rencontres avec les autres professionnels de santé, des réunions de travail et l'organisation et l'animation d'une réunion publique (qui a réuni 140 personnes) en présence de l'ARS, le département de médecine générale, le maire, le député du secteur, des représentants d'établissements médico-sociaux ...

Situation du territoire de Louvigné du Désert en juin 2016

Les résultats de cette démarche sont concrètement à date :

- la construction d'une nouvelle maison de santé ouverte en janvier 2016,
- l'acceptation des médecins et des paramédicaux (notamment des infirmiers) de changer de locaux,
- leur installation progressive dans ces nouveaux locaux.

3.2.1.3. S'engager pour l'accessibilité d'une offre hospitalière de proximité : une illustration en Franche-Comté

La MSA est historiquement³⁶ engagée pour mener des actions conjointes avec les ex-hôpitaux locaux en faveur de l'organisation des soins en milieu rural, au service d'un exercice de qualité et coordonné des soins primaires, entre médecine générale en ville et ex-hôpital local.

Une étude réalisée³⁷ en 2013 sur le recours à l'hospitalisation des patients MSA montrait que les ex-Hôpitaux Locaux avaient dans le cadre du principe de subsidiarité une mission à assumer dans le parcours de santé en milieu rural, en articulation avec les MSP dont l'offre ne suffit pas à la satisfaction des besoins mixtes soins primaires/soins secondaires/SSR.

Dans le contexte du projet de loi de modernisation du système de santé et de leur place dans les Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT) et du plan triennal d'économies, l'avenir des ex-Hôpitaux Locaux (ex-HL) était incertain.

C'est dans ce contexte que la MSA est intervenue en Franche-Comté en 2015

- dans le cadre de l'animation du COTER, elle a accompagné les ex HL à s'approprier les enjeux des futurs GHT et les besoins de positionner une stratégie en phase avec les réalités et les besoins de leur territoire
- dans le cadre d'une mission confiée par l'ARS, pour réaliser un état des lieux et formuler des propositions en amont de la mise en place des GHT.

La MSA de Franche-Comté³⁸ a réalisé deux livrables. D'une part, elle a réalisé une étude sur le taux de fuite des patients dans les ex-Hôpitaux Locaux Franch-Comtois (pour l'année 2014). Cette étude a été présentée au Colloque national des CHL le 27/11/2015. D'autre part, elle a conduit une analyse qualitative sur la place des ex-hôpitaux locaux dans la prise en charge des personnes âgées. Une synthèse de cette étude, qui mobilise les leviers et méthodes de la sociologie, est présente en annexe 1.

Avec la publication des textes d'application de la LMSS sur les hôpitaux de proximité (et notamment le décret du 20 mai 2016), les ex-hôpitaux locaux peuvent désormais être reconnus comme hôpitaux de proximité.

Le Conseil Central de la MSA a récemment³⁹ appelé à une vigilance sur les modalités de financement, qui conduisent à donner à l'ARS un rôle déterminant quant à l'avenir des hôpitaux de proximité qui constituent un maillon indispensable de l'articulation des soins de ville et de la prise en charge hospitalière, en particulier sur les territoires ruraux.

Dans ce contexte, à l'instar de ce qui a été fait en Franche-Comté, la MSA propose d'intervenir auprès des ex-Hôpitaux Locaux sur certains territoires identifiés comme à risques, sous l'égide de l'ARS, pour contribuer à faire partager les besoins et les enjeux de ces territoires et faciliter la co-construction de solutions visant à promouvoir la place de ces ex-HL dans le parcours de santé. Par ailleurs, fort de cette expérience, la MSA intégrera dans son diagnostic territorial (cf Annexe 2) cette dimension qualitative.

³⁶ Dans le contexte de la convention de partenariat conclue en novembre 2012 entre la Caisse Centrale de la MSA et l'Association nationale des médecins Généralistes des Hôpitaux Locaux (AGHL).

³⁷ Rapport Charges et Produits pour l'année 2014.

³⁸ avec l'appui de la CCMSA.

³⁹ A l'occasion de son avis sur le projet d'arrêté relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité le 1^{er} juin 2016.

3.2.1.4. Mise en perspective : la contribution de la MSA sur les territoires « à risque » d'accessibilité à l'offre

Ces interventions de la MSA, qui comportent souvent une composante informelle importante, sont appréciées des professionnels de santé et par les différents acteurs intéressés (ARS, collectivités territoriales, acteurs médico-sociaux,...). Loin d'être concurrentes, ces interventions de la MSA s'inscrivent en complémentarité des interventions des différents acteurs.

La MSA intervient ainsi comme facilitateur. Elle traduit les besoins vécus sur le terrain par les différentes parties (patients et assurés, médecins et paramédicaux, praticiens hospitaliers et responsables d'établissements, maires et autres acteurs...) en composantes d'un projet territorial dans ses différentes dimensions (politique, institutionnelle, santé publique, organisation des soins, accompagnement sanitaire et social..) pour en faire un projet audible pour le régulateur.

Enfin, la MSA sait s'effacer pour laisser les chefs de file prendre leurs responsabilités, ce qui constitue une condition de concrétisation importante du projet.

Pour ce faire, la MSA s'appuie sur différents leviers :

- son ancrage territorial et sa proximité avec le tissu institutionnel et associatif local
- ses élus cantonaux, qui constituent des relais naturels des problématiques réellement vécues par les habitants de leur territoire
- l'expertise et les savoirs faire des professionnels des différents métiers constitutifs de son « Guichet Unique », notamment ses services de contrôle médical intégrés dans ses caisses, qui sont en situation de traduire la problématique vécue par les professionnels de santé
- son image de marque et sa réputation sur le terrain, qui accrédite ses interventions
- des outils complémentaires qu'elle développe actuellement, notamment le diagnostic territorial MSA (cf Annexe 2).

La MSA exerce ainsi une démarche d'influence positive de qu'elle pourra déployer, en accord avec les ARS, pour accompagner la prise de conscience, faire émerger les initiatives et les accompagner en tant que de besoin.

Il ne s'agit pas de « modéliser » son intervention parce qu'elle doit par nature s'adapter à la réalité de chaque territoire. Il s'agit de l'organiser en concertation avec chacune des ARS, en vue de la déployer concrètement sur les territoires identifiés conjointement comme « à risque » en termes d'accessibilité à l'offre de soins de proximité.

3.2.2. Optimiser le parcours de santé en milieu rural par des actions territoriales permettant de réduire les risques de rupture du parcours

La MSA se propose d'actualiser et de développer son accompagnement des parcours, sur des territoires ruraux qu'elle aura identifiés comme particulièrement « à risques » de rupture d'accès aux soins sur 4 thématiques :

- optimiser le recours aux soins primaires et si possible le recours aux urgences non avérées des enfants, jeunes et familles, grâce à l'Education à la Santé Familiale
- optimiser l'accès à certaines prises en charge, notamment l'extension d'une expérimentation en cours concernant la prise en charge d'un forfait diététique et psychologique en partenariat avec les MSP sur des territoires ruraux isolés
- optimiser le parcours de santé des aidants⁴⁰, pour éviter les situations de « burn-out »
- optimiser la fluidité des parcours dans leur dimension sanitaire, médico-sociale et sociale avec l'action Pays de santé⁴¹

Au-delà, la MSA poursuivra sa participation aux dispositifs expérimentaux pilotés par les pouvoirs publics (cf PAERPA) et accompagnera l'évolution des dispositifs qu'elle a elle-même initiés et que les ARS pilotent désormais (cf réseaux de santé personnes âgées⁴²).

3.2.2.1. Optimiser le recours aux soins primaires par l'Education à la Santé Familiale (ESF)

Les « petits maux du quotidien » représentent des motifs fréquents de recours aux soins. Les assurés sociaux se tournent vers le pharmacien d'officine, vers le médecin généraliste, voire vers le service d'accueil des urgences de l'hôpital ou vers le centre 15.

Une partie des motifs responsables de cette « surconsommation » de soins professionnels est due à des troubles qui pourraient être pris en charge par les familles de manière aussi efficace, aussi sûre et moins coûteuse (tant pour ces familles que pour la collectivité) qu'ils ne le sont par les professionnels. Il s'agit de faire en sorte que ces familles se réapproprient des compétences d'auto-soins et qu'elles passent d'une posture de simple bénéficiaire à celle d'acteur de soins et plus généralement d'acteur en santé.

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

⁴⁰ présenté de manière détaillée dans le rapport Charges et Produits MSA pour l'année 2016.

⁴¹ Idem.

⁴² Les ex réseaux gérontologiques ont été conçus et expérimentés par la MSA dans les années 2000. Ils sont devenus des réseaux de santé. Ils ont vocation à évoluer vers les plateformes territoriales de santé dans le cadre d'un pilotage assuré par les ARS.

Le modèle retenu est issu d'une série d'enquêtes auprès des familles et des jeunes interrogés entre 2008 et 2011. Ces enquêtes ont validé l'hypothèse d'un besoin de formation ressenti par les familles et les adolescents et ont permis de déterminer le contenu et le format des apprentissages. Les données, retravaillées lors de réunions d'experts ont abouti à un programme socle composé de 4 modules (troubles de santé mineurs, petite traumatologie, situations d'urgence, situations d'exception) auxquels peuvent s'ajouter trois modules optionnels (gérontologie, puériculture, jeunes) en fonction des besoins du public touché.

L'éducation à la santé familiale s'appuie sur les recommandations de bonne pratique de la revue *PRESCRIRE* (avec son autorisation) notamment sur une série d'articles publiés entre 2008 et 2011 sous les rubriques « affections du quotidien » et « automédication courante ».

Les conclusions de la première phase d'expérimentation montrent une bonne adaptation du programme éducatif aux besoins et aux demandes des familles et des jeunes :

- La faisabilité du format proposé est confirmée.
- Le sentiment de compétence des bénéficiaires pour la prise en charge des maux de santé courants est élevé (plus de 70 %) pour toute une gamme de soins allant de la petite traumatologie (coupure, piqure d'insecte, petit pansement, brûlure, ampoule, surveillance après une chute) à des affections aiguës courantes (toux, mal de gorge, fièvre de l'enfant, brûlures d'estomac, mal de tête, rhume, malaise, vomissements, diarrhée) et à des mesures de prévention (en cas de canicule, prévention des chutes, gestion des médicaments des personnes âgées). Pour d'autres (bouton de fièvre, coliques du nourrisson, douleur articulaire, orientation d'une personne en cas d'addiction), le sentiment de compétence résultant de l'éducation est moins élevé (entre 50 % et 60 %).
- Les patients qui ont bénéficié de cette expérimentation ont déclaré avoir, grâce aux apprentissages, évité des recours à un professionnel de santé ou à un service d'urgences.

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

L'ambition de cette expérimentation est double :

- d'une part évaluer son impact potentiel sur le recours à l'offre de soins non programmés
- d'autre part évaluer l'opportunité qu'elle constitue pour sensibiliser la population des jeunes, avec une posture de responsabilisation positive.

Cette expérimentation a vocation à être étendue dans une approche multi-sites, en vue d'optimiser les conditions de l'évaluation externe prévue.

En conséquence, la MSA intègre cette action dans l'offre qu'elle propose aux ARS.

3.2.2.2. Favoriser l'accès à une prise en charge diététique et psychologique par l'extension de l'expérimentation d'un forfait

Les besoins exprimés par les médecins traitants dans le cadre de la réalisation des examens de santé pour les ressortissants agricoles font état d'une réelle difficulté à orienter efficacement ceux qui présentent des troubles psychologiques ou des troubles du comportement alimentaire.

Lorsqu'un assuré présente des troubles psychologiques modérés, ne nécessitant pas le recours à un psychiatre, l'absence de prise en charge sur le risque des consultations de psychologue dans le secteur ambulatoire est susceptible de favoriser un retard de prise en charge et ou une prescription inappropriée de médicaments psychotropes. C'est notamment le cas des personnes en situation de relative précarité présentant une affection se déséquilibrant rapidement.

Le besoin de prise en charge sans délai dépend de la réceptivité / de l'adhésion de la personne au projet de soin qui lui est proposé et de l'accessibilité financière de ce soin, susceptible d'y faire renoncer, surtout lors de l'initialisation, qui nécessite des actes rapprochés (ensuite les actes s'espacent et la charge financière devient plus supportable).

Pour les mêmes raisons, la même réflexion peut être appliquée à certains troubles du comportement alimentaire relevant d'une prise en charge par un diététicien.

Dans ce contexte, la MSA a initié une expérimentation en vue d'une prise en charge d'un « forfait diététicien » et d'un « forfait psychologue » autogérés par les équipes soignantes.

L'hypothèse est de tester la réactivité, la faisabilité, l'efficacité et l'efficience de la mise à disposition d'une structure d'exercice coordonné de ces forfaits qui, le cas échéant, peuvent être prolongés par une prise en charge sur le fonds d'action sociale.

Afin de garantir la qualité de la prise en charge globale, l'expérimentation est co-construite et mise en œuvre avec une Maison de Santé Pluridisciplinaire volontaire où la coordination des soins avec le médecin généraliste fait partie de la démarche. Pour la même raison, elle est pour l'instant limitée à quatre indications précises :

- Adultes souffrant d'obésité morbide ($IMC > 40$) ou compliquée d'insuffisance cardiaque ou respiratoire.
- Diabétiques de type 1 ou 2 décompensés avec $HbA1c > 9$ ou complications.
- Actifs en souffrance psychologique au travail ou en surmenage professionnel (burn-out).
- Personnes en situation de deuil ou de séparation pathologiques.

La MSA propose d'étendre cette expérimentation d'un « forfait psychologue » et d'un « forfait diététicien » à d'autres MSA dans d'autres régions, en partenariat avec les ARS et en respectant les principes de mise en œuvre en structure d'exercice coordonné et dans des indications limitées.

A terme, et en fonction des résultats, il pourrait être proposé de compléter l'offre de soins de ces MSP dans le cadre d'une mission de santé publique telle qu'elle est prévue par le règlement arbitral des structures pluri-professionnelles.

3.2.2.3. Le parcours de santé des aidants

Cette action proposée par la Mutualité Sociale Agricole et expérimentée par 4 de ses caisses, s'inscrit dans sa politique de soutien des aidants proches.

Cette action a été lancée à partir de 2013, dans le prolongement des recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2010, sur le suivi sanitaire des aidants.

Ciblant un public d'aidants de personnes dépendantes, quelle qu'en soit la cause (âge, maladie chronique ou handicap), elle a pour objectifs de sensibiliser aidants et professionnels de santé aux risques médicaux liés à l'aide, de les dépister et d'instaurer le suivi nécessaire afin de préserver au mieux leur santé.

Cette action se présente comme un parcours en 3 étapes sur une durée maximale de 6 mois, centrée sur une consultation médicale encadrée par 2 temps psycho-éducatifs collectifs.

- Les aidants repérés (soit par les partenaires de proximité habituels, soit via l'aidé par requête de numéro ALD à partir des bases de la caisse) sont invités par courrier et par groupe de 12 personnes maximum, à un **1^{er} atelier d'information**, sensibilisant les participants au stress et à ses conséquences sur leur santé.
- Cette prise de conscience doit notamment les inciter à participer à la 2^{ème} phase de l'action : **la consultation chez leur médecin traitant**, celui-ci ayant été préalablement informé de cette action sur le territoire. Au cours de l'examen, le médecin recherche les troubles classiquement décrits chez les aidants⁴³, instaure un traitement ou un suivi préventif si nécessaire, et renseigne les données sur un questionnaire préétabli qui sera adressé au contrôle médical de la caisse de MSA, pour saisie et règlement des honoraires.
- En aval de la consultation, la 3^{ème} étape est **un temps d'échange collectif**, faisant le bilan de cette action, insistant sur l'intérêt du répit, et évoquant les actions de suite possibles, proposées par la caisse de MSA ou développées sur le territoire (formation, groupes de paroles, aide à domicile, garde de l'aidé, séjour vacances,...)

Les résultats positifs de l'évaluation de la phase expérimentale, présentés dans le rapport Charges et Produits MSA pour l'année 2016 ont conforté la MSA dans sa décision de généraliser cette action à l'ensemble du territoire.

Les améliorations prévues à l'issue de l'évaluation ont été intégrées dans la méthodologie et cette action a été prise en compte dans la nouvelle convention d'objectifs et de gestion de la MSA.

Dans ce contexte, la MSA proposera le déploiement du parcours de santé des aidants dans son offre d'accompagnement des parcours.

⁴³ « Suivi médical des aidants naturel » HAS / service des bonnes pratiques professionnelles/ février 2010.

3.2.2.4. Accompagner les parcours de soins en milieu rural dans leur dimension sanitaire, médico-sociale et sociale : Pays de Santé

La MSA poursuit son implication dans le cadre de Pays de Santé. Cette action expérimentée en collaboration avec Groupama avait pour objectif de définir et mener un projet favorisant le maintien de l'offre de soins médicale en zone rurale au sein de deux départements (Ardennes et Dordogne) en collaboration avec les structures locales et en complément des solutions existantes. Après le retrait de Groupama, ces actions ont été pérennisées en accord avec les ARS des régions concernées et dans le cadre de leur pilotage

Les principaux atouts de cette action, qui s'appuie en amont sur **un diagnostic local** des enjeux de santé et de démographie médicale, sont ceux d'un dispositif :

- de terrain, bâti par les acteurs de terrain, pour résoudre des questions concrètes du territoire concerné.
- au service du parcours de santé : il s'appuie sur une coordination en santé au sens large, puisqu'il intègre **une coordination médico-administrative** entre les professionnels de santé, une coordination avec le médico-social et une coordination avec les services sociaux (de manière plus marginale).
- évolutif par nature : au-delà de la gestion des besoins et demandes des médecins traitants, de nombreuses actions en santé (orientées prévention) sont progressivement développées pour la population, en fonction des besoins des personnes et des défaillances du territoire.
- porteur de démocratie sanitaire : un Conseil Pays de Santé réunit dès le départ les professionnels de santé, les collectivités territoriales, les régimes d'assurance maladie, les associations ainsi que l'ARS.

L'action Pays de santé a fait l'objet d'une évaluation en 2012 par un prestataire indépendant Cemka-Eval dont la synthèse était présentée dans un précédent rapport Charges et Produits. Elle a également fait l'objet d'un bilan en 2014 par la CCMSA portant sur l'évolution de la consommation de soins à partir des données du SNIIRAM allant de janvier 2008 à novembre 2012.

Dans le contexte de la loi de modernisation du système de santé qui s'appuie sur une approche territoriale, la démocratie sanitaire et une promotion de la prévention, la MSA confirme l'intérêt de proposer Pays de Santé sur les territoires qu'elle aurait identifiés comme « à risques » du point de vue de l'accessibilité à l'offre de soins, en particulier s'agissant des soins primaires.

Au-delà de ces interventions pour prévenir ou limiter les risques de rupture dans le parcours de santé en milieu rural, la MSA poursuivra son action au bénéfice du virage ambulatoire, en s'assurant que les conditions de retour et de prise en charge à domicile sont satisfaisantes pour ces populations, en particulier dans les territoires ruraux.

3.3.L'accompagnement du virage ambulatoire

La MSA poursuivra son implication pour accompagner le virage ambulatoire au bénéfice de ses ressortissants, notamment au travers du déploiement des PRADO et au bénéfice des territoires ruraux isolés dans le cadre de l'extension de son action expérimentale « Chirurgie ambulatoire en campagne » permettant d'optimiser le recours à la chirurgie ambulatoire.

3.3.1. Le déploiement des PRADO

3.3.1.1. Prado Maternité

Le recours à l'hôpital pour les assurés MSA avec des durées de séjours plus longues et des ruptures en amont et en aval, incite à travailler l'articulation ville-hôpital (engagement COG 28) en prenant toujours en compte les caractéristiques des assurés MSA et de leur environnement.

Depuis 2010, le régime général a mis en place un dispositif de sortie de maternité, nommé PRADO (programme d'accompagnement au retour à domicile) et destiné à faciliter l'accès à des soins de sages-femmes libérales aux femmes venant d'accoucher pour favoriser un retour rapide à domicile. Concrètement, un conseiller de CPAM propose, dans des établissements inclus dans le programme, aux jeunes femmes cette offre; l'équipe médicale valide l'éligibilité de la femme (grossesse simple, sans complication) et le conseiller organise la prise en charge à domicile par la sage-femme choisie.

Par convention entre la CNAMTS et la CCMSA, cette offre est maintenant accessible aux assurées MSA. Cette inclusion du régime agricole dans le programme a été expérimentée dès 2012 dans trois caisses, et généralisée durant l'année 2013 à toutes les MSA.

Les statistiques recueillies durant l'année 2015 confirment un fort pourcentage d'adhésion parmi les assurées éligibles (plus de 90%). Sur cette année, plus de 6000 adhésions ont été comptabilisées, certaines MSA étant encore en phase de montée en charge.

3.3.1.2. L'extension de l'expérimentation de PRADO insuffisance cardiaque

En 2014, la MSA a souhaité expérimenter ce PRADO insuffisance cardiaque, ainsi que le PRADO orthopédie, pour mesurer les enjeux, au regard des caractéristiques de sa population.

S'agissant du PRADO insuffisance cardiaque, la caisse de Gironde est entrée dans l'expérimentation en 2014 et 2015. Considérant les résultats positifs appréciés qualitativement, la participation d'autres caisses à l'extension de ce PRADO a été décidée pour 2016 : 17 caisses se sont depuis positionnées.

3.3.1.3. L'extension de PRADO orthopédie

S'agissant du PRADO Orthopédie, la caisse des Côtes Normandes a expérimenté le programme en 2014 et 2015 dans le contexte où plusieurs problématiques en lien avec les caractéristiques de la population agricole étaient soulevées :

- l'accès à l'offre de soins sur le territoire en raison de la disponibilité relative des professionnels de santé (masseurs-kinésithérapeutes) en milieu rural (densité, charge de l'emploi du temps)
- l'absence de prise en charge du transport de l'assuré, dans les cas où les professionnels de santé ne se déplacent pas au domicile.
- le reste à charge pour le patient, c'est-à-dire le montant des dépenses susceptibles de rester à la charge de l'assuré suite à son opération, dans le cadre de son retour à domicile, notamment par rapport à un séjour en Soins de Suite et de Réadaptation, après prise en charge de l'assurance maladie obligatoire et le plus souvent de sa complémentaire santé. Il intègre notamment la question du transport évoquée ci-dessous, mais aussi différentes composantes de la prise en charge des frais de santé. Enfin, il peut porter aussi sur les aides à la vie puisqu'elles sont sous conditions de ressources.

Sur la base d'un bilan qualitatif réalisé par la caisse expérimentatrice lors de cette première étape, il ressort que les bénéficiaires de la Manche ont bénéficié d'une situation relativement favorable, notamment du point de vue de l'accessibilité à l'offre de soins (en lien avec la densité et la pratique des déplacements à domicile des masseurs-kinésithérapeutes de la Manche⁴⁴) et la présence forte de l'entourage des bénéficiaires (ce qui a eu un impact significatif dans le ressenti et dans la neutralisation concrète des besoins d'aides à la vie et de transport). Le reste à charge a été étudié mais aucun enseignement générique n'a pu être formulé à ce stade, étant donné le faible volume de bénéficiaires étudiés.

Sur cette base et considérant les caractéristiques constatées des bénéficiaires PRADO MSA d'aujourd'hui⁴⁵ (plus âgés en moyenne que les bénéficiaires PRADO tous régimes) et de demain, la MSA (Commission Santé Territoires de la CCMSA) s'est positionnée en faveur d'une extension du programme. A date, cette expérimentation a été élargie à 18 CMSA.

Considérant les enjeux (économies à réaliser dans le cadre du plan triennal mais également qualité et continuité de la prise en charge pour les assurés dans le cadre du virage ambulatoire en milieu rural), la MSA a positionné des pistes à instruire dans la perspective de la généralisation. L'une d'elle réside dans la recherche d'une solvabilisation au moins partielle des frais de transport (actuellement non pris en charge) en vue de limiter le reste à charge potentiel.

Dans ce contexte, la MSA se félicite de l'expérimentation initiée avec la CNAMTS, qui a pour objectif d'améliorer la qualité de la prise en charge, et de déterminer si la prise en charge des frais de transports constitue ou non un levier d'adhésion au service.

.

⁴⁴ Cf Carte dans l'encadré page suivante.

⁴⁵ Typiquement, les bénéficiaires de la Manche sont opérés pour une prothèse de hanche (56% en 2014) ou de genou (18%), appartiennent à la catégorie des seniors (moyenne d'âge de 72 ans en 2014), et sont majoritairement des hommes (56% en 2014, 59% en 2015). Ils sont en ALD dans près d'un cas sur 2 (45%). Ils sont encore assez autonomes. Ils ont bénéficié d'aides à la vie financées par l'ASS de la caisse dans près d'un quart des cas. Dans cette circonstance, les bénéficiaires du PRADO ressortissants MSA se situent dans une période charnière dans leur parcours de vie. Ils sont encore en relative « bonne santé » (malgré l'existence de pathologie qu'il faut stabiliser) et pas encore en perte d'autonomie (sinon ils auraient été exclus du dispositif au départ). Pour eux, une opération chirurgicale constitue un risque réel de fragilisation si le parcours n'est pas bien maîtrisé.

Encadré 13: Les déplacements à domicile des Masseurs Kinésithérapeutes en 2014 pour les ressortissants agricoles.

Dans le cadre de l'extension de Prado orthopédie, la proportion de séances de masseurs-kinésithérapeutes (MK) réalisées au domicile des patients⁴⁶ est examinée sur l'ensemble des départements en 2014.

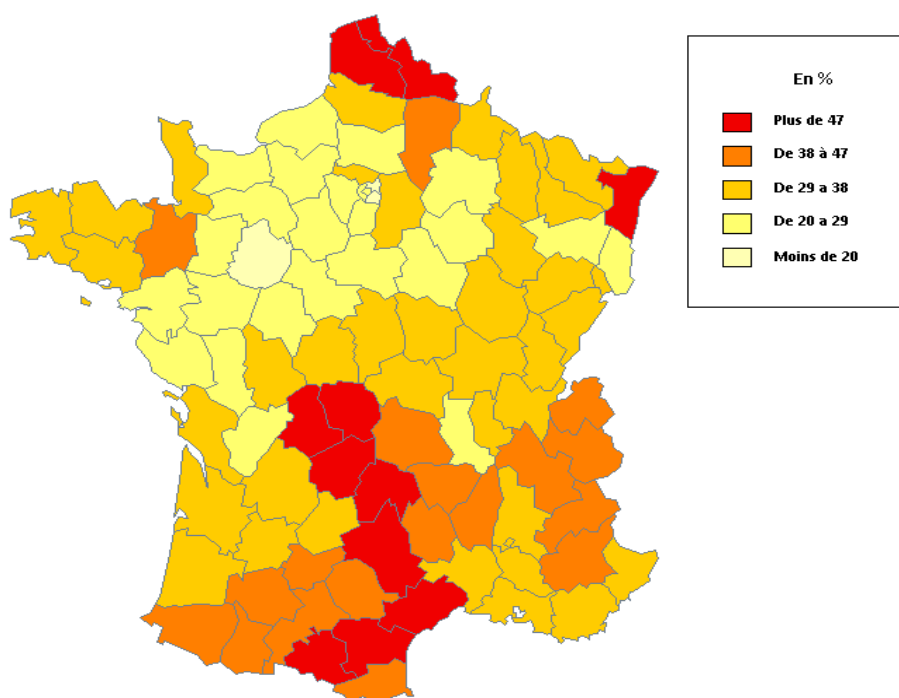
On recense 54 830 masseurs-kinésithérapeutes ayant effectué des séances de kinésithérapie auprès des assurés MSA en 2014. (Sur environ 83 000 kinés en France).

Le nombre de séances totales des assurés MSA s'élève à 12 419 000 en 2014. Plus d'un tiers de ces séances (4 492 000) ont été réalisées au domicile du patient.

La proportion de séances réalisées au domicile du patient varie du simple au double selon le département. Dans la Sarthe, 15 % des séances ont lieu à domicile, à l'opposé cette pratique concerne plus de 64 % des séances en Corse. C'est dans le nord de la France et en Limousin, Roussillon, Aveyron et Cantal que les masseurs kinésithérapeutes se déplacent le plus fréquemment au domicile du patient.

Carte 11 : Pourcentage de séances suivies à domicile par les MK en 2014

Pourcentage de séances suivies à domicile



Source : Sniir-am / DERS

⁴⁶ Séances associées à des IK.

3.3.2. L'action « chirurgie ambulatoire en campagne »

L'action « Chirurgie ambulatoire en campagne » s'est développée à la suite d'une étude réalisée en 2011 où l'on observait une différence dans le recours à ce type de chirurgie pour les affiliés du régime agricole. L'état des lieux partagé en 2012-2013 entre la DGOS et la MSA montrait des situations régionales contrastées avec un retard persistant de 3.5 points pour les patients du régime agricole. L'objectif principal est d'améliorer le taux de pénétration de la chirurgie ambulatoire sur les territoires retenus, pour les affiliés du régime agricole.

La MSA a lancé une action d'accompagnement dans les étapes amont et aval de la prise en charge hospitalière de la chirurgie ambulatoire. Une expérimentation a été entreprise sur des territoires à l'échelle de bassins de vie : Pays Haut Languedoc et Vignobles (PHLV), Pays de Morlaix et Pays du Ternois. L'étude a pris en compte les caractéristiques des populations concernées comme l'éloignement géographique, l'isolement et l'âge mais également les actes pratiqués et les structures sanitaires comme les établissements de soins et les organisations des professionnels de santé permettant la réalisation d'actes chirurgicaux avec la même qualité et la même sécurité que la pratique conventionnelle.

Les actions menées par la MSA ont été centrées sur la communication à destination des professionnels de santé et l'information destinée aux assurés pour structurer le parcours de soins du patient. Le renforcement des liens entre les équipes hospitalières et les professionnels de secteur permet une prise en charge partagée de qualité.

Cette action s'inscrit dans un contexte national où on observe une progression du taux de recours à la chirurgie ambulatoire, notamment pour les ressortissants agricoles.

L'écart entre le régime agricole et tous les régimes est favorable passant de -3.5 points en 2011 à -1.8 points en 2014 signifiant un rattrapage (Cf Annexe 3).

Les actes pratiqués en ambulatoire (18 racines) sont en augmentation pour 15 d'entre eux. La projection de 50% d'actes en 2016 est dépassée pour 16 des 18 racines et suivant le rapport de l'IGAS/IGF de 2014 avec des scénarii en 2018 de 54.8% d'actes (scenario bas) ou 65.6% (scenario maximal), les taux sont dépassés dans les deux scénarii pour 14 des 18 racines. Les données régionales (anciennes régions) confirment la diminution de l'écart régime agricole/autres régimes dans 18 régions mais restent important encore en Auvergne (-5.8), Bretagne (-3.0) et Centre, Midi Pyrénées et Rhône Alpes (-2.6).

Au regard des tendances régionales, les résultats observés sur chacun des territoires d'expérimentation de la MSA obéissent à leur propre logique.

La région Languedoc voit le taux de recours à la chirurgie ambulatoire augmenter de 5.6 points et pour le régime agricole de 6.6 points. L'écart entre le régime agricole/autres régimes passe de -1.1 à -0.2 point. Le Pays Haut Languedoc et Vignobles regroupant 10 cantons et 5 établissements, territoire de l'expérimentation, voit le taux de chirurgie ambulatoire augmenter de 22% s'établissant à 63% pour ces 5 établissements (Cf Encadré 14).

L'expérimentation menée en PHVL a consisté à réunir les professionnels de santé lors de plusieurs réunions de service et à mettre en place un plan de communication avec envoi de courrier, affiches et flyer. Les assurés ont reçu une information via les médias, une campagne d'information et des flyers adressés par courrier. Un questionnaire de retour d'information auprès des professionnels a été adressé en 2016 pour évaluer l'impact de la campagne. Les

premiers résultats montrent une proportion très importante de patients ayant bénéficié de la chirurgie ambulatoire (95% de réponses positives) et un retour d'information positif des professionnels hospitaliers (85%). Cette proposition de chirurgie ambulatoire est intégrée dans la stratégie thérapeutique (74 %).

L'action de la MSA a été jugée bénéfique et est considérée comme positive par les professionnels de santé. Un tiers des praticiens invités se sont rendus aux réunions d'information organisées par la MSA, d'autres ont regretté de ne pas avoir pu s'y rendre et ont répondu au questionnaire qualitatif qui leur a été adressé. Les supports de communication ont été utilisés par un tiers des personnes interrogées. La demande de réunion de synthèse et la légitimité de l'action de la MSA est approuvée par plus de 50% des médecins répondants.

La région Bretagne voit le recours à la chirurgie ambulatoire augmenter avec une évolution positive forte de 8.4 points entre 2011 et 2014 et un écart entre le régime agricole/ autre régimes qui évolue favorablement de -6.0 à -3.0 points ce qui reste un différentiel notable. L'expérimentation menée en Pays de Morlaix a consisté à réunir les professionnels de santé des 2 établissements concernés ; le CH de Morlaix et le CMC de la Baie de Morlaix avec les professionnels de ville. Les difficultés sont liées à l'absence des médecins de ville à la réunion. Les résultats que l'on peut observer sur un territoire de 10 cantons représentant 132703 personnes de l'arrondissement de Morlaix montrent un taux de pénétration en chirurgie ambulatoire sur les 2 établissements considérés en 2014 de 59 % pour le centre hospitalier (55 % en 2012) et de 65.8 % pour le Centre Médico-chirurgical de la baie de Morlaix (58.8 % en 2012). L'étude se poursuit pour mieux cerner les résultats auprès des assurés MSA dans ce territoire et de comparer avec le secteur de Lannion.

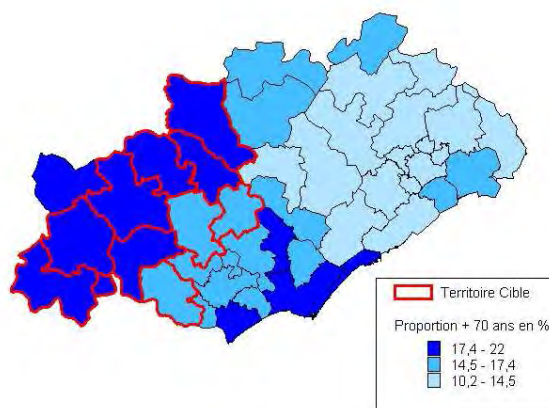
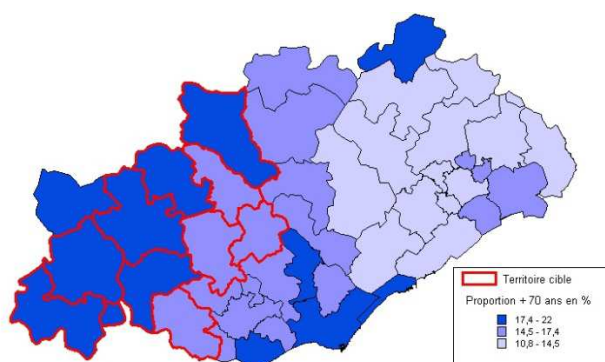
La région Nord-Pas-de-Calais a une progression de la chirurgie ambulatoire de 5.4 points entre 2011 et 2014 et une progression dans le régime agricole de 4.3 points ce qui est défavorable en comparaison de régimes (positif en 2011 à +0.7 point en 2011 et -0.5 en 2014). L'expérimentation organisée dans le territoire du Ternois a commencé tardivement avec des réunions début 2016 pour les équipes hospitalières et se poursuit actuellement.

Considérant ces résultats, la MSA intègre cette action dans son offre d'accompagnement du virage ambulatoire. Elle tiendra compte des besoins exprimés par les différents territoires pour la faire évoluer autant que de besoin, notamment du point de vue des services d'accompagnement à proposer aux assurés.

Encadré 14 : La chirurgie ambulatoire en Languedoc-Roussillon : évolution 2012-2014

Entre 2012 et 2014, la proportion des plus de 70 ans a peu évolué, à la fois sur l'ensemble de la zone cible et sur l'ensemble du département.

En 2012, sur l'ensemble de la zone cible (soit 10 cantons), la proportion des plus de 70 ans était de 18,3%, elle est de 18,4 % en 2014, soit stable (Cartes 12 et 13). Au 1^{er} janvier 2014 cette proportion était de 12,9 % en France métropolitaine.



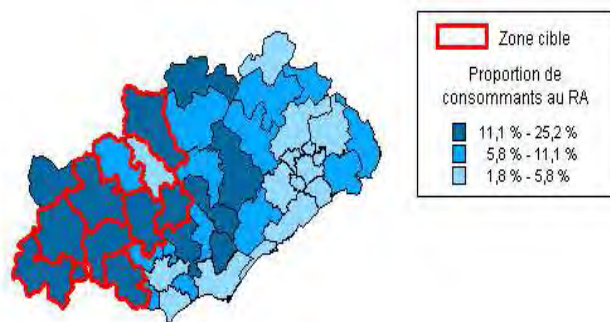
Carte 12 : Département de l'Hérault - proportion des plus de 70 ans chez les patients ayant consommé au moins un soin au cours de l'année 2012 (source : SNIIRAM⁴⁷ – patients tous régimes)

Carte 13 : Département de l'Hérault - proportion des plus de 70 ans chez les patients ayant consommé au moins un soin au cours de l'année 2014 (source : SNIIRAM⁴⁸ – patients tous régimes)

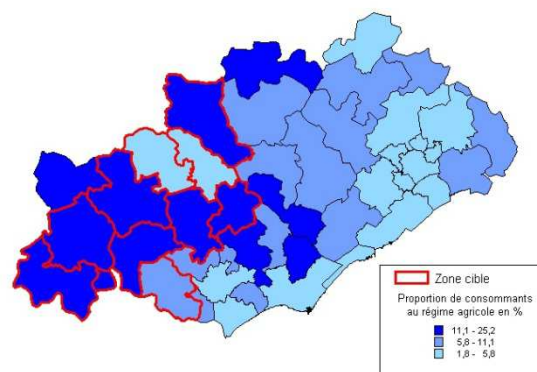
La proportion de ressortissants du régime agricole a peu varié de 2012 à 2014 (Cartes 14 et 15). Sur la zone cible cette proportion était en 2012 de 12,5 % elle est de 12 % en 2014, soit un consommant sur 8.

⁴⁷ Il s'agit du nombre de patients de plus de 70 ans ayant consommé au moins un acte au cours de l'année 2012 rapporté au nombre total de patients ayant consommé au moins un soin au cours de l'année 2012 – les non-consommateurs de l'année 2012 sont exclus de cette carte.

⁴⁸ Il s'agit du nombre de patients de plus de 70 ans ayant consommé au moins un acte au cours de l'année 2014 rapporté au nombre total de patients ayant consommé au moins un soin au cours de l'année 2014 – les non-consommateurs de l'année 2014 sont exclus de cette carte.



Carte 14 : Département de l'Hérault : proportion de ressortissants du régime agricole en 2012, par canton (source : SNIIRAM)⁴⁹



Carte 15 : Département de l'Hérault : proportion de ressortissants du régime agricole en 2014, par canton (source : SNIIRAM)⁵⁰

De 2012 à 2014, l'activité chirurgicale globale relative aux 18-21⁵¹ racines éligibles à la chirurgie ambulatoire dans les 5 établissements ciblés⁵² a augmenté de 9,1 % sur l'ensemble de la population résidant dans le département (Tableaux 45 et 46). Sur la population du territoire cible, au cours de la même période, ce nombre d'actes a diminué de 1,2 %

Entre 2012 et 2014, le taux de chirurgie ambulatoire a progressé de 24 % sur l'ensemble de la population du département, et de 22 % sur l'ensemble de la population du territoire cible. La part de chirurgie ambulatoire augmente donc. C'est la Clinique St Privat qui enregistre la progression la plus importante sur le territoire cible (+ 30 %), tandis que la clinique des 3 Vallées montre la plus faible progression (7%), ce qui traduit essentiellement sa faible activité. La prise en charge en ambulatoire a progressé dans tous les établissements. Les cartes 16 et 17 illustrent bien cette progression.

Une même tendance à l'augmentation est observée pour la population des territoires cibles de l'action et sur l'ensemble du département (Tableau 47). Il ne semble pas y avoir de lien avec la taille de l'établissement (les plus faibles évolutions s'observent à la fois sur les établissements ayant une activité importante comme sur ceux ayant une faible activité).

⁴⁹ Il s'agit du nombre de personnes affiliées au régime agricole ayant consommé au moins un soin au cours de l'année 2012, rapporté à l'ensemble des personnes ayant consommé au moins un soin au cours de cette même année.

⁵⁰ Il s'agit du nombre de personnes affiliées au régime agricole ayant consommé au moins un soin au cours de l'année 2014, rapporté à l'ensemble des personnes ayant consommé au moins un soin au cours de cette même année. Voir annexe 5

⁵¹ Voir aspects méthodologiques.

⁵² Centre hospitalier de Béziers, Clinique St Privat, Clinique Champeau, Clinique du Dr Causse, Clinique des 3 vallées.

Tableau 45 : Activité chirurgicale en 2012 des 5 établissements pré-sélectionnés* sur la population du département et du territoire cible

		CH Béziers	Clinique St Privat	Clinique Champeau	Clinique du Dr Causse	Clinique des 3 vallées	Ensemble
Activité globale	Ensemble Casemix GHM 2012	33 143	23 569	17 469	7 724	3 778	85 683
Dénombrement chir. Ambu et Hospit.*	Sur le département	1 425	2 460	1 104	1 004	156	6 149
	Sur le territoire cible	234	554	225	281	135	1 429
Dénombrement chir. Ambu.*	Sur le département	743	1 060	671	544	96	3 114
	Sur le territoire cible	119	250	126	156	84	735
Taux de chir. Ambu.*	Sur le département	52%	43%	61%	54%	62%	50,6%
	Sur le territoire cible	51%	45%	56%	56%	62%	51,4%

*Sur les actes 18/21 racines à tarif unique, à l'exception de la cataracte

Clé de lecture (exemple avec le CH de Béziers) : Au cours de l'année 2012, le CH de Béziers a réalisé 33 143 actes en hospitalisation complète ou en ambulatoire. 1 425 actes sont des actes à tarif unique concernant les 39 racines dont il est question dans cette synthèse, à l'exception de la cataracte, sur des patients résidant dans le département de l'Hérault et pour lesquels il a été possible d'isoler le code géographique de résidence. Sur ces 1 425 actes, 234 concernent les patients résidants dans la zone retenue. 743 actes issus de ces 38 racines ont été réalisés en ambulatoire sur l'ensemble du département, soit un taux de 52 %. Sur la zone ciblée, le nombre d'actes concerné en ambulatoire est de 119, soit un taux de chirurgie ambulatoire de 51 %.

Que ce soit en 2012 ou en 2014, les patients résidant sur la zone d'expérimentation ne présentent pas un taux de prise en charge en ambulatoire significativement différent de celui de l'ensemble des patients de l'Hérault pris en charge dans les 5 établissements.

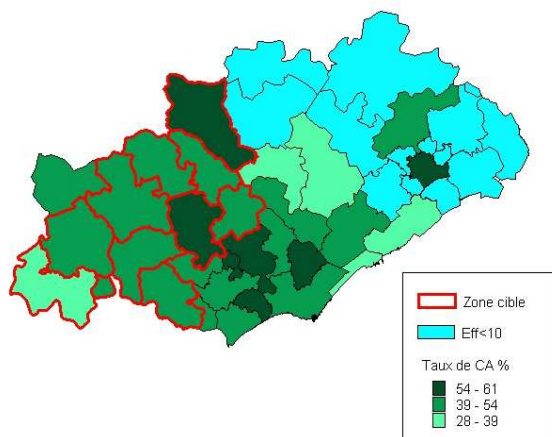
Tableau 46 : Activité chirurgicale en 2014 des 5 établissements pré-sélectionnés sur la population du département et du territoire cible

		CH Béziers	Clinique st Privat	Clinique Champeau	Clinique du Dr Causse	Clinique des 3 Vallées	Ensemble
Activité globale	Ensemble Casemix 2014	35 106	23 697	17 269	8 376	3364	87 812
Dénombrement chir. Ambu et Hospit. sur 38 racines éligibles*	Sur le département	1 625	2 903	1 068	920	193	6 709
	Sur le territoire cible	251	583	197	228	153	1 412
Dénombrement chir. Ambu*	Sur le département	961	1 684	771	655	131	4 202
	Sur le territoire cible	150	342	134	160	102	888
Taux de chir. Ambu	Sur le département	59%	58%	72%	71%	68%	63%
	Sur le territoire cible	60%	59%	68%	70%	67%	63%

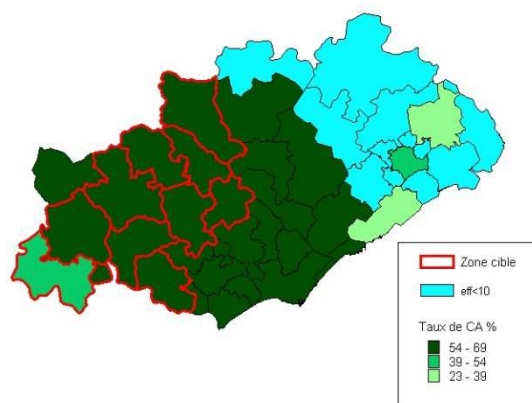
Tableau 47 : Evolution du taux de chirurgie ambulatoire sur les 5 établissements cibles, de 2012 à 2014, sur l'ensemble du département et sur le territoire cible

		CH Béziers	Clinique st Privat	Clinique du Dr Causse	Clinique Champeau	Clinique des 3 Vallées	Ensemble
Evolution 2012-2014 du taux de chirurgie ambulatoire	Sur le département	13%	36%	31%	19%	10%	24%
	Sur le territoire cible	18%	30%	26%	21%	7%	22%

En 2014, 9 des 10 cantons de la zone cible avaient un taux de chirurgie ambulatoire supérieur à 54% alors qu'ils n'étaient que 2 en 2012 (Cartes 16 et 17). Le dernier canton est en grande partie agricole et l'un de ceux qui compte une population supérieure à 70 ans importante.



Carte 16 : Département de l'Hérault: taux de chirurgie ambulatoire par canton en 2012 sur l'ensemble des 5 établissements, pour les 18/21 racines à tarif unique, à l'exception de la cataracte – source : SNIIRAM⁵³



Carte 17 : Département de l'Hérault: taux de chirurgie ambulatoire par canton en 2014 sur l'ensemble des 5 établissements, pour les 18/21 racines à tarif unique, à l'exception de la cataracte – source : SNIIRAM⁵⁴

Aspects méthodologiques

Afin d'encourager les établissements à pratiquer la chirurgie ambulatoire, une politique tarifaire incitative a été mise en place sur un certain nombre d'actes (tarif unique entre les séjours ambulatoires et les séjours d'hospitalisation complète sans sévérité). Initialement porté sur 18 racines GHM (Groupe Homogène de Malades) en 2009-2010, 21 nouvelles racines ont intégré l'ensemble de la liste en 2012.

Tableau 1 Liste des racines GHM éligibles pour une chirurgie ambulatoire

Racine	Libellé	Commentaire	type_racine
01C13	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels		18TU
01C14	Libération de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien	Se substituent au 01C13 depuis le 1er mars 2015	18TU
01C15	Libération du médian au canal carpien		18TU
03C10	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans Interventions sur les amygdales, en ambulatoire		18TU
03C14	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans		18TU
03C15	Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans		18TU
03C21	Interventions pour oreilles décollées		18TU
05C17	Ligatures de veines et éveinages		18TU
06C10	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans		18TU

⁵³ Il s'agit des actes réalisés dans l'un des 5 établissements, sur des patients identifiés comme résidant dans une des communes de l'Hérault.

⁵⁴ Il s'agit des actes réalisés dans l'un des 5 établissements, sur des patients identifiés comme résidant dans une des communes de l'Hérault.

Racine	Libellé	Commentaire	type_racine
06C12	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans		18TU
08C38	Autres arthroscopies du genou		18TU
08C44	Autres interventions sur la main		18TU
08C45	Ménisectomie sous arthroscopie		18TU
09C07	Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein		18TU
09C08	Interventions sur la région anale et périanale		18TU
12C06	Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge inférieur à 18 ans		18TU
12C08	Circoncision		18TU
13C08	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin		18TU
13C12	Dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes		18TU
01C10	Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et autres interventions sur le système nerveux		21TU
02C02	Interventions sur la rétine		21TU
02C06	Interventions primaires sur l'iris		21TU
02C11	Autres interventions intraoculaires en dehors des affections sévères		21TU
03C09	Rhinoplasties		21TU
03C19	Ostéotomies de la face		21TU
05C13	Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils		21TU
05C21	Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 05		21TU
07C14	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës		21TU
08C14	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur		21TU
08C20	Greffes de peau pour maladie de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif		21TU
08C28	Interventions maxillo-faciales		21TU
08C40	Arthroscopies d'autres localisations		21TU
11C09	Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 11		21TU
12C04	Prostatectomies transurétrales		21TU
12C07	Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge supérieur à 17 ans		21TU
13C04	Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin		21TU
13C11	Dilatations et curetages, conisations pour tumeurs malignes		21TU
21C02	Greffes de peau pour lésions autres que des brûlures		21TU
21C03	Parages de plaies pour lésions autres que des brûlures		21TU
21C06	Greffes de peau ou parages de plaies pour lésion autres que des brûlures	Se substitue au 21C03 et C02 au 1er mars 2013	21TU
22C02	Brûlures non étendues avec greffe cutanée		21TU
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	Cataracte	

3.4. Propositions d'évolution réglementaire concernant les sièges coquilles

Au sein de la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR), il existe deux catégories de sièges coquilles :

- le siège coquille de série,
- le siège de série modulable et évolutif.

Le siège coquille de série est un dispositif médical de confort destiné à une population gériatrique sans autonomie, confinée au lit ou au fauteuil.

Le siège de série modulable et évolutif assure une fonction de maintien en position assise lors de déficits posturaux graves chez l'enfant ou l'adulte. Il peut constituer une alternative aux corsets-sièges.

La MSA s'intéresse à la première catégorie de ces sièges coquilles, étant donné l'observation d'une augmentation forte de ses dépenses sur ce poste et s'interroge sur une sur-prescription (Cf Encadré 15).

En 2013, le nombre de sièges-coquilles de série (codés 1283365) remboursé par la MSA représentait 18,7% des sièges coquilles remboursés par le régime général d'assurance maladie.

L'instruction et les propositions qui suivent s'inscrivent dans le contexte suivant :

- un risque de grabatisation des utilisateurs de sièges coquilles de série ⁵⁵ ainsi que l'incapacité pour une majorité de ces sièges à assurer une fonction en termes d'aide au positionnement. Les personnes âgées ayant conservé une capacité à se déplacer ne doivent pas être destinataires de ce type de sièges car ils sont susceptibles de pénaliser les patients en les maintenant dans un positionnement passif. Ces sièges coquilles sont alors susceptibles d'aggraver leur perte d'autonomie et leur état général. L'intérêt à agir de la MSA s'entend au vu des caractéristiques démographiques de la population agricole.
- une problématique de conformité relative au produit (spécifications techniques): certains matériels diffusés par des enseignes grand public et libellés sous le vocable « siège coquille » ne satisfont pas les spécifications techniques de la LPP. En effet, actuellement, les sièges coquilles sont inscrits sous dénomination générique, sans code LPP individuel (code LPP générique unique) ni tarif différenciant. Les distributeurs se revendiquent de cette ligne générique sans que leur produit ne soit contrôlé, en dépit des missions qui incombent à l'ANSM (contrôle des spécifications techniques des dispositifs médicaux – article L. 165-1-2 du Code de la Sécurité Sociale (CSS), créé par la loi médicament).
- une problématique de conformité conventionnelle : Certains prestataires de services à domicile installent parfois directement des matériels et laissent des ordonnances « en blanc » à renseigner a posteriori par le médecin prescripteur.

⁵⁵ HAS, Commission Nationale d'Evaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé, Avis du 8 septembre 2015.

L'UNCAM a ainsi négocié dans la nouvelle convention (article 18) organisant les rapports entre les prestataires et l'assurance maladie⁵⁶ le principe selon lequel la pratique des bons de commande est à proscrire. Il ne doit donc plus y avoir d'incitation à la prescription.

- un enjeu de transposition par le CEPS dans la nomenclature de la LPP de la liste des indications encadrant la prise en charge de sièges coquilles, suite aux recommandations de la HAS de septembre 2015⁵⁷.

Les membres du CEPS, dont la MSA, se sont récemment accordés pour positionner le traitement de l'inscription des sièges coquilles comme prioritaire dans le programme de travail de mise à jour de la LPP.

La MSA propose dans ce cadre :

- de subordonner la prise en charge des sièges coquilles à l'avis favorable du contrôle médical et de soumettre leur prescription à une demande d'accord préalable,
- une inscription en « description générique renforcée » des sièges coquilles,
- la mise à jour de la nomenclature des aides au positionnement et des verticalisateurs, dispositifs médicaux pouvant être proposés à domicile pour répondre aux besoins des assurés ayant conservé une certaine autonomie (GIR 3 à 4),
- la sensibilisation des acteurs aux enjeux de conformité des prescriptions.

⁵⁶ Cette convention a été conclue le 15 juillet 2015 et parue au Journal Officiel le 3 juin 2016 (arrêté du 30 mai 2016).

⁵⁷ La HAS a révisé la nomenclature en septembre 2015 et a proposé de :

- o préciser les indications par niveau de GIR,
- o réserver la PEC pour les personnes grabataires (en GIR 1 ou 2).
- o retenir une durée de garantie de 2 ans et un renouvellement envisageable tous les 5 ans.

Encadré 15 : La prise en charge des sièges coquilles au régime agricole : pour un meilleur encadrement des prescriptions.

1. Le cadre réglementaire et les conditions de prise en charge actuelles

La prise en charge par l'assurance maladie des sièges pouvant être adaptés sur un châssis à roulettes est assurée exclusivement pour les patients présentant une impossibilité de se maintenir en position assise sans un soutien.

Il existe 2 catégories de sièges coquilles :

- le siège coquille de série amovible qui se décline en 2 sous-catégories :
 - o le modèle simple (code LPP : 1277270), remboursé sur le tarif de 269,46 €,
 - o le modèle avec cales et maintien auto-accrochables (code LPP : 1283365), remboursé sur le tarif de 307,89 €,
- le siège de série modulable et évolutif, adaptable aux mesures du patient (code LPP : 1269336), remboursé sur le tarif de 838,47 €.

Seul le siège coquille de série amovible est recommandé par la Haute Autorité de Santé pour les personnes en GIR 1 et 2.

Il existe également des accessoires adaptables sur les sièges coquilles. L'association de ces accessoires avec le siège ne doit pas être systématique mais doit être justifié médicalement.

Les 3 types d'accessoires de sièges pouvant être adaptés sur un châssis à roulette sont les suivants :

- le pied support télescopique (code LPP : 1279027), remboursé sur le tarif de 140,63 €,
- la tablette amovible (code LPP : 1203248), remboursé sur le tarif de 60,31 €,
- le repose-pieds réglable avec coussins de protection (code LPP : 1201114), remboursé sur le tarif de 84,02 €.

La prise en charge de ces accessoires est subordonnée au caractère remboursable du siège coquille de série (1277270 et 1283365) ou du siège de série modulable et évolutif (1269336).

En matière de prescripteur, la LPP ne limite pas la prescription médicale à certaines spécialités (aucune qualité de prescripteur précisée). Des prescriptions peuvent donc émaner de plusieurs prescripteurs. La seule exception concerne le siège de série modulable et évolutif, pour lequel la LPP prévoit la prise en charge subordonnée à une prescription médicale émanant d'un médecin spécialisé en pédiatrie, rééducation fonctionnelle, rhumatologie, chirurgie orthopédique.

Par ailleurs, la LPP ne prévoit pas de délai de garantie. Dans ce cas, il faut retenir le délai de garantie de 2 ans. Il existe une seule exception à ce principe, à savoir quand les conditions de l'article R.165-24 du CSS sont remplies : « Le renouvellement des produits mentionnés à l'article L. 165-1 est pris en charge :

- si le produit est hors d'usage, reconnu irréparable ou inadapté à l'état du patient,
- et, pour les produits dont la durée normale d'utilisation est fixée par l'arrêté d'inscription, lorsque cette durée est écoulée; toutefois, l'organisme peut prendre en charge le renouvellement avant l'expiration de cette durée après avis du médecin-conseil. ».

Actuellement, le nombre de prescriptions de sièges coquilles n'est pas limité dans le temps.

2. Les montants et les volumes de sièges coquilles et d'accessoires remboursés au régime agricole⁵⁸

En 2015, les montants totaux remboursés au titre des sièges coquilles et des accessoires, s'élèvent à 6 663 522 euros, ce qui représente environ 1,6% des montants remboursés par la MSA au titre de la LPP.

2.1 Les sièges coquilles

En 2015, 12 439 sièges coquilles ont été remboursés par le régime agricole, ce qui représente un montant total remboursé de plus de 3,6 millions d'euros (Tableau 48). C'est le siège coquille de série, amovible, modèle avec cales et maintien auto-accrochables (Code LPP : 1283365) qui concentre la quasi-totalité des volumes (98 %) et des remboursements (94 %). Aucun siège coquille de série modèle simple (1277270) n'a fait l'objet d'un remboursement en 2015.

Tableau 48 : Volumes et remboursements des sièges coquilles en 2015

Code LPP	Quantité de sièges	Montant remboursé	Reste à charge global	Reste à charge moyen	Part d'homme
1283365	12 178	3 421 383	625 919	51	39%
1269336	261	213 028	44 358	170	52%

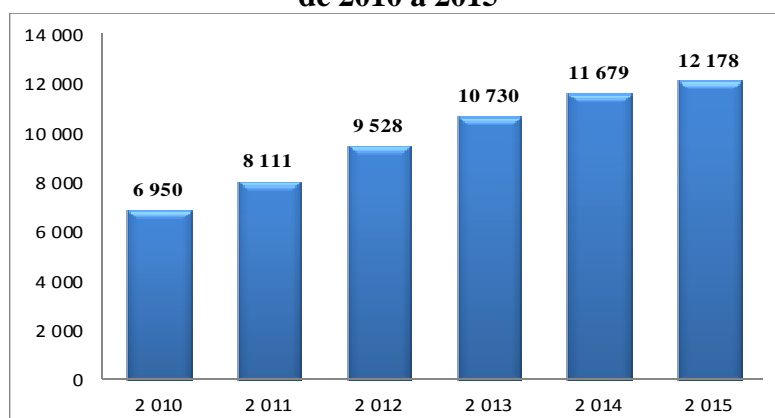
Entre 2010 et 2015, le volume des sièges coquilles référencés 1283365 remboursés au régime agricole a augmenté de 75% (+70% pour les remboursements) passant de 6 950 à 12 178 (Tableau 49 et Graphique 39). De 2010 à 2013, les taux d'évolution, en termes de volumes ou de montants, sont à deux chiffres et ralentissent depuis 2014, tout en restant élevés. L'évolution des sièges coquilles référencés 1269336 est tout à fait différente puisqu'elle est à la baisse depuis 2010 (en montants et en volume).

⁵⁸ Les données sont issues de la base EMAS – LPP de la MSA (issue de RAAMSES). A noter que les données sont les mêmes en terme de volume dans le SNIIRAM.

Tableau 49 : Volumes et remboursements des sièges coquilles de 2010 à 2015

Années	Code LPP : 1283365				Code LPP : 1269336			
	Montant remboursé	Taux d'évolution	Quantité de sièges coquilles	Taux d'évolution	Montant remboursé	Taux d'évolution	Quantité de sièges coquilles	Taux d'évolution
2 010	2 008 104		6 950		340 603		408	
2 011	2 309 964	15%	8 111	14%	311 018	-9%	371	-9%
2 012	2 690 276	16%	9 528	15%	269 461	-13%	317	-15%
2 013	3 034 586	13%	10 730	11%	250 588	-7%	303	-4%
2 014	3 280 504	8%	11 679	8%	239 724	-4%	293	-3%
2 015	3 421 383	4%	12 178	4%	213 028	-11%	261	-11%

Graphique 39 : Quantité de sièges coquilles remboursés annuellement de 2010 à 2015



2.1. Les accessoires de sièges

Dans le cadre d'un achat de siège coquille codé 1283365, les trois types d'accessoires sont achetés quasi-systématiquement en même temps, donnant lieu à des quantités de produits très proches, pour un montant remboursé total d'un peu plus de 3 millions d'euros (Tableau 50).

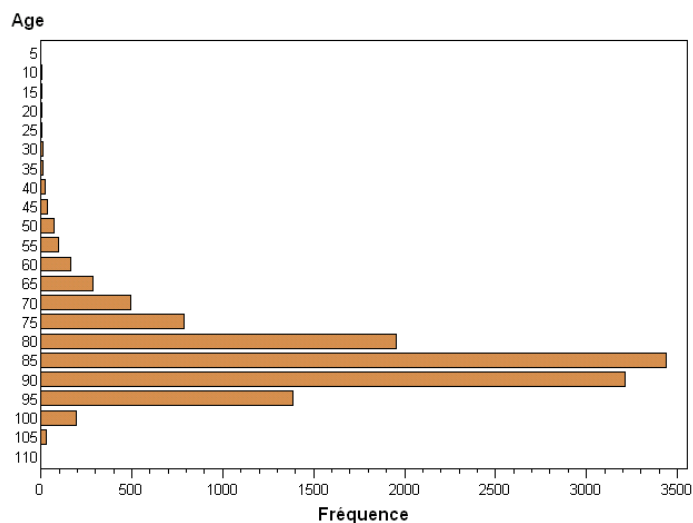
Tableau 50 : Volumes et remboursements des accessoires pour sièges coquilles 1283365 en 2015

Code LPP	Quantité de produit	Montant remboursé	Reste à charge global	Reste à charge moyen
1279027	11 262	1 441 731	202 660	18
1201114	12 140	930 329	159 144	13
1203248	11 955	657 051	89 875	8

2.2. Les caractéristiques des bénéficiaires

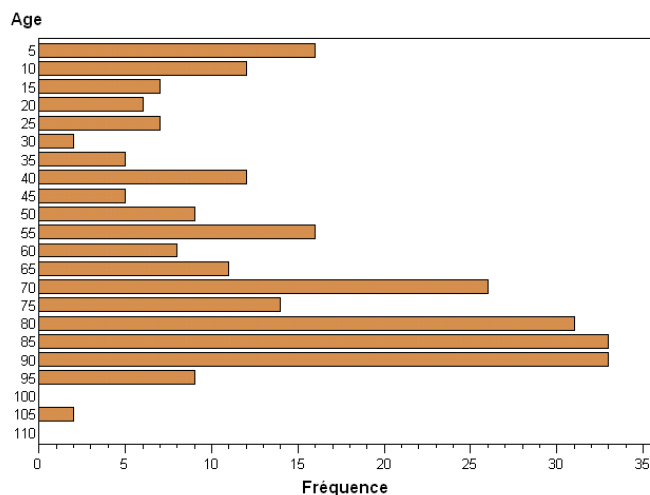
En 2015, l'âge moyen des assurés remboursés pour le siège coquille référencé 1283365 est de 84 ans, avec un écart type de 9 ans. Plus de 88% des bénéficiaires sont âgés de 75 ans ou plus (Graphique 40). Ces sièges sont utilisés à 61% par des femmes et 81% des bénéficiaires ont une prise en charge au titre d'une ALD.

Graphique 40 : Structure de l'âge des bénéficiaires de sièges coquilles codés 1283365 remboursés en 2015



L'âge moyen des assurés utilisant le siège coquille référencé 1269336 est de 61 ans, avec un écart type de 21 ans donc une dispersion bien plus forte. Le graphique 41 témoigne de la disparité de l'âge des bénéficiaires. Ces sièges sont utilisés un peu plus par des hommes (52%) et 86% de leurs bénéficiaires ont une prise en charge au titre d'une ALD.

Graphique 41 : Structure de l'âge des bénéficiaires de sièges coquilles codés 1269336 remboursés en 2015



2.3. Le reste à charge

En 2015, le reste à charge moyen pour les bénéficiaires de sièges coquilles référencés 1283365 est 51 euros. A cela, s'ajoutent les restes à charges des accessoires, à savoir 39 euros au total. Le reste à charge moyen global pour ces sièges est donc de 90 euros.

Le reste à charge moyen est plus élevé pour les bénéficiaires de sièges coquilles référencés 1269336, il s'élève à 170 euros.

2.4. Les variations géographiques

Cette partie traite uniquement des sièges coquilles codés 1283365, qui représentent la quasi-totalité des volumes.

En 2015, les caisses de MSA comptant le plus grand nombre de sièges coquilles référencés 1283365 remboursés par le régime agricole sont : Nord-Pas-de-Calais, Midi-Pyrénées Sud et Languedoc, avec respectivement 907, 772 et 772 sièges remboursés. Néanmoins, en rapportant le nombre de sièges coquilles à la population couverte par le régime agricole âgée de 60 ans et plus, ce sont les caisses Sud Champagne, Corse et Nord Pas de Calais qui arrivent en tête du classement, avec respectivement 2,38%, 2,04% et 1,94% de leur population de 60 ans et plus qui a été équipé de sièges coquilles en 2015 (Tableau 51 et Carte 18).

Carte 18 : Part de la population âgée de 60 ans et plus ayant été équipée en siège coquille en 2015 par caisse de MSA

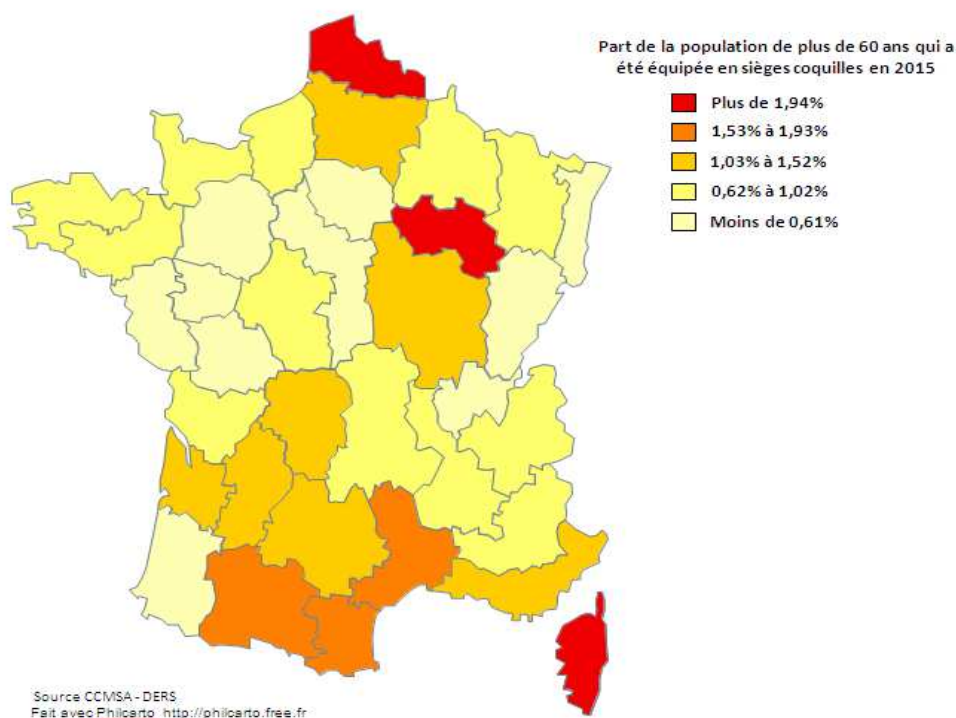


Tableau 51 : Part de la population âgée de 60 ans et plus ayant été équipée en siège coquille en 2015 par caisse de MSA

Caisse_MSA	Quantité sièges coquilles 60+ 2015	% pop équipée en 2015 60+	Caisse_MSA	Quantité sièges coquilles 60+ 2015	% pop équipée en 2015 60+
Sud Champagne	388	2,38	Lorraine	172	0,76
Corse	137	2,04	Auvergne	387	0,75
Nord Pas de Calais	873	1,94	Alpes du Nord	191	0,66
Grand Sud	510	1,70	Portes de Bretagne	371	0,65
Midi-Pyrénées Sud	755	1,64	Berry Touraine	251	0,65
Languedoc	746	1,53	Marne Ardennes Meuse	225	0,64
Gironde	399	1,33	Ardèche Drôme Loire	238	0,62
Limousin	453	1,33	Franche Comté	130	0,55
Provence-Azur	543	1,26	Sud Aquitaine	178	0,49
Picardie	522	1,24	Beauce Coeur de Loire	158	0,46
Dordogne Lot-et-Garonne	471	1,08	Alsace	90	0,42
Midi-Pyrénées Nord	647	1,07	Ain Rhône	111	0,41
Bourgogne	506	1,03	Sèvres - Vienne	139	0,37
Alpes-Vaucluse	269	0,89	Mayenne Orne Sarthe	190	0,33
Charentes	356	0,89	Loire-Atlantique - Vendée	152	0,30
Armorique	517	0,88	île de France	84	0,29
Haute-Normandie	250	0,88	Maine et Loire	86	0,28
Côtes Normandes	361	0,79			

3. La problématique de sur-prescription et les économies potentielles

3.1. La problématique de la sur-prescription

Le constat est simple :

- Le nombre de sièges coquilles référencés 1283365 remboursés au cours des deux dernières années (2014-2015) par le régime agricole est de 23 857, 21 107 exactement pour des personnes âgées de 75 ans et plus,
- La population de 75 ans et plus ressortissante du régime agricole en GIR 1 et 2 donc susceptible d'avoir une prescription d'un siège coquille 1283365 est estimée à 17 900.

La MSA s'interroge donc sur un phénomène de sur-prescription.

3.2. Les hypothèses

Deux hypothèses peuvent expliquer le décalage entre le nombre de sièges coquilles remboursés et la population âgée de 75 ans et plus en GIR 1 et 2 estimée au régime agricole.

3.2.1. Première hypothèse : un fort taux de renouvellement

Pour rappel, la LPP ne prévoit pas de code distinct pour les primo-prescriptions et pour les renouvellements. La LPP ne prévoit rien en ce qui concerne la fréquence de renouvellement. Par conséquent, le délai de garantie qui s'applique est le délai légal de 2 ans. L'ouverture du

droit à remboursement du renouvellement ne peut (R. 165-24 du CSS) avoir lieu qu'après échéance de ce délai de garantie et doit toujours répondre à deux conditions cumulatives :

- pour les produits dont la durée normale d'utilisation est fixée par l'arrêté d'inscription, cette durée doit être écoulée. Toutefois, la prise en charge du renouvellement avant expiration de cette durée peut être envisagée après avis du médecin conseil ;
- l'état du dispositif médical et/ou l'évolution de l'état du patient doivent justifier le renouvellement. La prise en charge du renouvellement n'intervient alors que "si le produit est hors d'usage, reconnu irréparable ou inadapté à l'état du patient".

Parmi les achats de sièges coquilles 1283365, on estime qu'annuellement 10% d'entre eux sont des renouvellements (au regard d'une période de 5 ans).

Lorsqu'il y a renouvellement, il intervient en moyenne au bout de 781 jours, soit environ 2 ans et 2 mois. La médiane se trouve moins haute avec 731 jours (soit 2 ans) avant renouvellement, mais avec un écart interquartile (dispersion des 50% d'observations centrales) de 580 jours (1er quartile = 467 ; 3^{ème} quartile = 1051). Ces durées de renouvellement sont donc très dispersées, le minimum atteignant 30 jours et le maximum plus de 2000 jours. Cette population qui renouvelle est sensiblement la même, une moyenne d'âge de 84 ans et majoritairement féminine (64 %).

L'hypothèse d'un fort taux de renouvellement est donc totalement écartée.

- 3.2.2. Deuxième hypothèse : on assiste à des remboursements réalisés pour des personnes qui ne sont pas en GIR 1 et 2, avec à la clé des remboursements à tort.

En faisant l'hypothèse d'une durée de vie d'un siège coquille référencé 1283365 à 2 ans (hypothèse assez réaliste), et en tenant compte du phénomène de sur-prescription, l'estimation des montants remboursés à tort s'élèverait sur la période 2014-2015 uniquement pour le régime agricole à **1,9 million d'euros** (3 200 personnes remboursées à tort multiplié par 592,85 euros correspondant au coût du siège coquille avec ses accessoires). Cette estimation est bien entendu un minimum étant donné le faible taux de renouvellement annuel.

En appliquant le même raisonnement sur une période de cinq ans (2011-2015) et en prenant en compte les données de renouvellement, l'économie réalisée à terme avec un meilleur encadrement des prescriptions des sièges coquilles peut être estimée à **14,9 millions d'euros** pour le régime agricole.

C'est donc cette seconde hypothèse qui est privilégiée.

Le niveau des montants de remboursements potentiellement effectués à tort illustrent l'enjeu d'un meilleur encadrement des prescriptions.

4. Les propositions pour un meilleur encadrement des prescriptions des sièges coquilles

4.1 La Demande d'Accord Préalable des prescriptions de sièges coquilles

Par ailleurs, étant donné les enjeux économiques, la MSA propose de subordonner la prise en

charge des sièges coquilles à l'avis favorable du contrôle médical et de soumettre leur prescription à une demande d'accord préalable (DAP).

Cette mesure permettrait

- de sensibiliser les prescripteurs (et les assurés) sur les nouvelles indications
- de sécuriser les usages pour les assurés

Pour ce faire, il conviendrait de faire figurer sur la Demande d'Accord Préalable par le prescripteur le niveau de GIR de l'assuré (GIR 1 ou 2), et par le prestataire le code LPP correspondant.

Le contrôle médical systématique serait réalisé sans délégation par le binôme médico-administratif en charge de l'évaluation des demandes d'accord préalable pour le grand appareillage orthopédique.

Les économies attendues (environ 2 millions d'euros au régime agricole) et le faible volume de prescriptions attendues justifient ce contrôle systématique par les services du contrôle médical.

4.2 L'inscription en description générique renforcée

Dans ce cadre, la MSA propose que les sièges coquilles soient la 1ère catégorie de dispositifs à bénéficier du nouveau statut de "description générique renforcée".

Cette nouvelle modalité d'inscription sur la LPP (créée par l'article 60 de la LFSS 2015, décret n°2015-1649 du 11 décembre 2015) impose que pour les produits concernés (désignés par arrêté), les fabricants produisent une attestation de conformité à la ligne générique, avant de pouvoir s'y inscrire et être pris en charge. Cette procédure permettrait de garantir que les sièges coquilles remboursés soient conformes aux normes requises, ce qui est également une préconisation de la HAS (rapport de sept. 2015). Cette procédure serait rendue possible par l'avis HAS de 2015 qui comporte des spécifications techniques opposables et précises.

Focus sur la description générique renforcée

La dénomination générique renforcée permet, pour certaines catégories de dispositifs médicaux devant être définis par arrêté (pas d'arrêté publié à ce jour), de créer une ligne générique renforcée : spécifications techniques, modalités de prescription, indications, conditions de renouvellement de prise en charge et tarif / prix limite de vente identiques (comme c'est également le cas pour les descriptions génériques actuelles).

La principale différence avec la description générique "classique" est que les industriels ne peuvent pas "s'auto-inscrire" sous une description générique renforcée, comme c'est actuellement le cas pour les descriptions génériques. Ils doivent se faire certifier conforme techniquement auprès d'un organisme indépendant qui doit donc certifier qu'ils correspondent aux spécifications techniques requises pour bénéficier d'une prise en charge. Les industriels doivent ensuite communiquer ce certificat à l'ANSM, et aux ministres. Les Ministres inscrivent ensuite le produit sur la LPP, sous la description générique renforcée, en attribuant un code spécifique au produit (à la différence des produits sous description générique qui ont tous le même code LPP). Les délais d'accès au marché sont plus longs pour les industriels (3 mois) que dans le cas d'une description générique (accès immédiat car auto-inscription).

La principale différence avec le nom de marque est que les industriels n'ont pas à produire de données cliniques pour obtenir une inscription en propre sur la LPP. En outre, l'accès au marché est plus rapide avec une description générique renforcée (3 mois) que pour un nom de marque (6 mois réglementaires).

Cette nouvelle modalité a été mise en place pour certaines situations :

- *dispositifs médicaux implantables à risque, pour lesquels une inscription sous nom de marque n'est pas possible car il y aurait trop de dispositifs à évaluer, et pas de données cliniques, et pour lesquels un suivi des produits pris en charge est nécessaire. En effet, on ne peut pas savoir, avec une ligne générique, quel produit (quelle gamme, quel industriel) a été implanté chez un patient donné. On sait juste qu'il s'agit d'une prothèse mammaire implantable, ou d'un stent coronaire nu, mais c'est tout.*
- *dispositifs techniques pour lesquels des fraudes ont été constatées : exemple des sièges coquilles. Beaucoup de sièges dits de confort sont actuellement pris en charge au titre des descriptions génériques alors qu'ils ne sont pas des sièges-coquilles au sens de la LPP. La révision de la nomenclature faite par la HAS en juillet 2014 propose une définition très précise de ce qu'est un siège coquille (renvoi à des normes opposables, notamment), et peut ainsi justifier le recours à la description générique renforcée pour cette catégorie de dispositifs.*

4.3 La mise à jour de la nomenclature des aides au positionnement et des verticalisateurs

En parallèle, afin d'encadrer le report des prescriptions des sièges coquilles de série pour les patients en GIR 3 et 4, il conviendrait également de mettre à jour la nomenclature des verticalisateurs / aide au soulèvement, qui sont le pendant des sièges coquilles pour les personnes non grabataires et aptes à la mobilisation (GIR 3 et 4).

4.4 La sensibilisation des acteurs aux enjeux de conformité des prescriptions

Enfin, d'ici la mise en œuvre opérationnelle de ces 3 propositions, la MSA propose d'engager une action de sensibilisation auprès des prescripteurs portant sur le rappel des indications et les conséquences des prescriptions inappropriées.

Annexes

Annexe 1 : Synthèse de la place des ex-hôpitaux locaux dans la prise en charge des personnes âgées



SYNTHESE

La place des ex hôpitaux locaux dans la prise en charge des personnes âgées.

Analyse qualitative autour de trois études de cas en Franche-Comté

*Hélène CLEAU-ANDRE
ASEPT Franche-Comté/Bourgogne
Septembre 2015*

Objectif

L'objectif est de renseigner qualitativement la place des ex Hôpitaux Locaux (HL) sur leur territoire et dans l'offre de soins. Pour ce faire, une interrogation plus large a été posée : quelle est la place de l'ex HL dans le maintien à domicile des personnes âgées ? Cette question s'appuie sur le constat que les personnes âgées forment la patientèle privilégiée des ex HL et que le maintien à domicile fonde les politiques de la vieillesse depuis le rapport de Pierre Laroque en 1962.

Contexte

Une recherche qualitative sur les ex Hôpitaux Locaux (HL) a été menée en Franche-Comté, par Hélène Cléau-André, sociologue à l'ASEPT FC/B-MSA FC, sur un financement CCMSA (FNPEISA).

Cette recherche fait suite aux travaux du Comité Technique Régional qui avait réalisé un important travail de présentation des activités des ex HL de la région, notamment en mobilisant des données quantitatives et leurs perspectives¹.

Cet éclairage régional vient illustrer, dans un contexte de restrictions budgétaires (objectif ONDAM : 11,6 millions d'euros d'économie), les tensions et contradictions entre économies et politiques de santé :

- La reconnaissance du rôle des ex HL par la cour des comptes (2011) ainsi qu'une circulaire de la DGOS (juillet 2014) semblent conforter la place et le rôle des ex HL dans la prise en charge des personnes âgées, à proximité de leur lieu de vie, dans un contexte démographique marqué par le vieillissement et une désertification médicale réelle.
- L'inadéquation entre la définition d'une nouvelle entité hospitalière dotée d'un mode de financement mixte pour l'activité de médecine – les hôpitaux de proximité – et les pressions exercées par les ARS sur les ex HL pour fermer les lits de médecine. Se pose également la question des SSR polyvalents.

Le contexte est également marqué par le projet de loi santé et le virage ambulatoire annoncé.

Méthodologie:

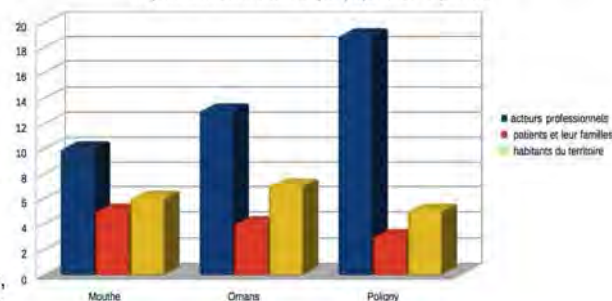
3 des 6 ex HL de Franche-Comté ont été définis comme terrains d'étude selon leurs offres et leurs situations contrastées, sur la base de données quantitatives (COTER 2014) avec l'aide d'informateurs privilégiés. Les trois études de cas ont été effectuées sur les sites de :

- ◆ Mouthe (Doubs)
- ◆ Omans (Doubs)
- ◆ Poligny (Jura)

Des observations *in situ* et 72 entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de 3 populations :

1. Professionnels (médecins généralistes, infirmiers et kinésithérapeutes libéraux, cadres de santé, travailleurs sociaux, directeurs d'hôpitaux etc.) (n = 42).
Chaque directeur d'hôpital, cadre de santé, Assistant de Service Social (ASS) et médecin généraliste « historique » ont été interviewés. Ont ensuite été contactées les personnes mentionnées au cours des entretiens comme des collaborateurs. De plus, on a demandé des noms de médecins généralistes ne travaillant pas avec l'ex HL afin de réaliser des entretiens avec des acteurs non impliqués dans l'établissement.
2. Patients et proches de patients (n = 12)
3. Habitants des territoires étudiés (n = 10).

Répartition des entretiens par population et par site



¹ COTER Franche-Comté, 2014, « Quelles perspectives pour les ex Hôpitaux locaux franc-comtois dans le cadre des territoires de proximité? »

Le recrutement des populations 2 et 3 s'est fait par contact des élus MSA, avec l'aide des professionnels rencontrés et au hasard lors des observations *in situ*.

L'analyse des entretiens a été longitudinale, transversale et thématique. Des cartes situationnelles ont permis d'identifier les liens de collaboration entre professionnels et structures.

Le corpus n'inclut pas d'ex HL fonctionnant uniquement avec des praticiens hospitaliers car il n'y en a pas dans la région (1 des 3 établissements étudié a fait le choix de salarier un Médecin Généraliste (MG) sur son temps de travail à l'ex HL).

Principaux résultats

➤ L'organisation des ex HL : la place des acteurs

L'ex HL ne réalise pas d'activité de spécialité médicale telles qu'elles sont définies pas les CHU et qui servent de modèle en la matière (notamment parce qu'ils forment les étudiants en médecine). C'est une structure à part dans le paysage hospitalier français, caractérisée par son positionnement d'interface (ambulatoire/hospitalier, médical/médico-social/social). Ce type d'établissement est appelé à rejoindre une nouvelle catégorie d'hôpitaux : les hôpitaux de proximité. Ils seront dotés, pour l'activité de médecine, d'un mode de financement mixte. En attendant, une Dotation Annuelle de Fonctionnement (DAF) leur est allouée à titre dérogatoire.

Les ex HL se révèlent être adaptés, notamment au niveau de la taille, à une prise en charge pluriprofessionnelle des personnes âgées. Or, la difficulté de ces prises en charge réside dans la nécessaire collaboration de plusieurs professionnels, du médical, du médico-social et du social. Collaboration qui n'est pas valorisée financièrement et qui se heurte aux cloisonnements, notamment financiers.

On note l'absence d'un modèle organisationnel prédéfini et commun aux différents ex HL. Les formes et modalités d'intervention des médecins généralistes et kinésithérapeutes (recrutement de Praticiens Hospitaliers (PH), salarisation de kinésithérapeutes ou partenariats avec des professionnels de santé libéraux) pèsent sur l'organisation interne de l'établissement et sur ses liens de collaborations avec les structures externes participant au maintien à domicile.

Trois fonctions sont particulièrement importantes pour le dynamisme de la structure : le directeur, le cadre de santé et l'ASS. Ces trois fonctions représentent trois mondes professionnels différents : la gestion, le soin et le social. Le trio doit répondre à un double enjeu : d'une part assurer une cohésion pour les équipes soignantes et administratives (cohésion interne) et d'autre part, permettre des négociations avec les libéraux, à même de pérenniser des relations de coopération stables. La « réussite » des retours à domicile demeure le critère principal sur lequel les structures d'aide à domicile, comme les professionnels de santé libéraux jugent le travail de l'ex HL.

L'organisation des ex HL étudiés résulte de constructions locales, d'accords entre professionnels et de négociations entre le trio interne (directeur-cadre-ASS) et les libéraux (nous n'avons pas étudié d'ex HL avec PH). Ce sont des structures protéiformes à l'interface du sanitaire, du social et du médicosocial, de l'ambulatoire et de l'hospitalier. Chaque ex HL étudié bénéficie de l'implication depuis plusieurs dizaine d'années d'un médecin généraliste libéral dit "historique".

➤ Les études de cas : 3 logiques différentes

Elles permettent d'étudier les pratiques de collaborations entre les acteurs professionnels (du social, du médico social et du médical) et donc la place de l'ex HL sur un territoire donné et sa structuration.

L'ex HL de Mouthe profite d'un leadership clairement identifié et d'une identité marquée par le territoire. La fusion de l'ex HL avec le Centre Hospitalier Intercommunal de Haute Comté (dont la structure principale est située à Pontarlier, à une trentaine de km) a été l'occasion de formaliser l'activité effectuée à l'ex HL dans le

cadre d'une filière gériatrique avant même que la fusion ait lieu. En outre, le déménagement dans les nouveaux locaux, en 2009 a été l'occasion de bien identifier les 3 activités (SSR, médecine et EHPAD), et de mieux organiser les prises en charge. La Maison de Santé Pluriprofessionnelle, attenante à l'hôpital local, facilite la présence médicale et l'organisation des retours à domicile. Il n'y a pas d'ASS à Mouthe. Des réunions ont régulièrement lieu avec le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC)/équipe mobile de gériatrie basé à Pontarlier pour suivre l'évolution des situations. Elles réunissent le cabinet de soins infirmiers, le SSIAD et le SAAD. L'information circule bien et très facilement sur ce secteur. L'interconnaissance entre les professionnels de santé et leur proximité² facilite le travail de tous.

L'ex HL d'Ornans s'est réorganisé au moment de sa reconstruction. Inquiet des possibilités d'être phagocyté par le CHG de Pontarlier (environ 35 km) et le CHRU de Besançon (environ 25 km), le MG historique a choisi de copier le fonctionnement des services hospitaliers des grands centres pour gagner leur reconnaissance. L'hôpital d'Ornans dispose donc de deux services auquel correspondent 2 cabinets de 3 MG libéraux. Cela leur permet d'assurer en plus des staffs hebdomadaires, deux passages (matin et soir) auprès des patients. L'ex HL accueille depuis peu une expérimentation de type PAERPA³ intitulé Parcours Santé des Personnes Âgées (PSPA). Sur ce territoire qui ne disposait ni de CLIC, ni de réseau gériatrique, l'expérimentation qui salarie 2 travailleurs sociaux, une ergothérapeute à mi temps et depuis peu une gestionnaire de cas, rencontre un véritable succès. Les libéraux rencontrés (MG, infirmiers, kinésithérapeutes) sollicitent ce dispositif régulièrement, ce qui leur permet de se concentrer sur leur cœur de métier. L'ex HL a ainsi initié une dynamique territoriale.

En outre, des collaborations plus spécifiques se sont mises en place jour sur jour sur ce secteur avec des accords entre professionnels (MG et infirmiers) pour effectuer des prises en charge palliatives à domicile.

L'ex HL de Poligny avait été choisi pour sa fragilité apparente, liée notamment à la proximité de 2 ex HL distants d'une dizaine de km. Ce site est en plein changement :

- ◆ la direction commune entre les ex HL d'Arbois, de Poligny et le Centre Hospitalier de Salins-les-Bains est effective depuis le 1^{er} janvier 2015
- ◆ un Contrat Local de Santé (CLS) dédié aux personnes âgées a été signé à l'échelle du Pays du Revermont sur lequel se trouvent les 3 sites hospitaliers
- ◆ le projet médical a été rédigé dans le courant de l'été
- ◆ une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ouvre ses portes au mois d'octobre 2015.

La plupart des entretiens avec les professionnels (population 1) ont été effectués avant janvier 2015. Poligny était déjà en direction commune avec le CH de Salins-les-Bains suite au départ en retraite de l'ancienne directrice. Ce secteur est largement dominé par des logiques concurrentielles à plusieurs niveaux, entre les deux ex HL (Arbois et Poligny) d'une part et entre des acteurs du domicile d'autre part. Cette logique est justifiée, dans le discours de plusieurs interviewés, par l'histoire des deux villes. Une opposition historique existerait entre Poligny et Arbois et expliquerait les difficultés à collaborer des différents acteurs professionnels (absence de Permanence Des Soins Ambulatoires sur le secteur Poligny-Arbois par exemple). Les collaborations existantes se font à l'échelle du canton de Poligny ou de celui d'Arbois. Seuls des dispositifs spécifiques, notamment autour de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés, dépassent ces échelles géographiques. La concurrence entre les deux ex HL a cloisonné les façons de travailler. Les dynamiques territoriales des villes sont plutôt centrifuges ; elles se jouxtent et donc limitent mutuellement leur possibilité d'expansion. Ce territoire apparaît, pour l'instant, désincarné parce que désinvesti par les professionnels de santé. En revanche, il fait l'objet d'un fort investissement des politiques (maires, président de pays, ARS) dans le domaine de la santé.

Par ailleurs, plusieurs dispositifs d'aide à domicile semblent être en difficulté, du fait d'un isolement par rapport

² La proximité est ici entendue au sens où Boschma la définit. Elle se caractérise par 5 dimensions: cognitive, géographique, organisationnelle, sociale et institutionnelle. Boschma R., 2005 « Proximity and Innovation : A Critical Assessment », *Regional Studies*, 39 (1), pp.61-74

³ Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie

aux autres intervenants du domicile. Il n'y a pas de coordination ou de collaborations effectives à ce niveau.

Pour autant, on ne peut pour l'instant rien conclure quant aux changements en cours sur ce secteur. S'ils sont accompagnés par le politique, il faudra à un moment que les professionnels de santé s'emparent des questions de coopération pour donner corps à cette direction commune et à l'offre qu'elle suppose. Rappelons que sur Ornans et Mouthe les moments de changements (déménagement, fusion) ont été saisis comme des occasions de se réorganiser et de renforcer l'offre proposée.

➤ La place des ex HL : des offres de soins territorialisées

Les 3 études de cas réalisées rendent compte de situations contrastées et d'organisations différentes, notamment avec les acteurs du maintien à domicile, ce qui tend à montrer l'adaptation à l'existant et donc au territoire, tel qu'il est contraint par le relief et dessiné par les professionnels, notamment de santé.

Ces monographies révèlent les capacités de résistance des acteurs investis dans les ex HL aux menaces répétées de fermeture de lits et/ou de structures. Cela est en grande partie dû aux capacités de négociations des différents professionnels entre eux et aux accords qu'ils peuvent élaborer (autour de prises en charge techniques, d'une offre de soins pertinente pour les personnes âgées etc.). Ces accords sont facilités par l'interconnaissance. La possibilité de recouper les informations par rapport à une situation particulière améliore l'accompagnement et la prise en charge des personnes. De façon privilégiée, les médecins vont chercher à nouer des collaborations avec des infirmiers.

Un élément fort et qui semble différencier les MG impliqués dans les ex HL des autres médecins généralistes libéraux rencontrés réside dans la volonté de ne pas travailler seul. Rencontrer d'autres médecins généralistes libéraux que ceux impliqués dans les ex HL nous a permis de saisir l'existence d'une organisation territoriale informelle entre MG ; organisation marquée par des sous-spécialisations qui orientent les patientèles (gynécologie-obstétrique, soins palliatifs, gériatrie, addictologie, psychiatrie etc.). Les MG impliqués au sein des ex HL sont caractérisés par des spécialisations en gériatrie et en soins palliatifs.

De même, les collaborations avec les kinésithérapeutes sont marquées par les habitudes de prescriptions des MG. Partant, s'investir dans l'ex HL peut être une façon de diversifier sa pratique et d'instaurer un suivi des patients. Les kinésithérapeutes rencontrés ont en commun une rhétorique marquée par la ruralité qui induit une mission de service public. Plus ils sont éloignés de leurs confrères, plus ce discours est présent.

Ce constat rejoint les conclusions de travaux effectués dans d'autres pays : **la capacité d'adaptation et la plus grande collaboration entre professionnels du médical et du paramédical à mesure qu'on s'éloigne de grands centres hospitaliers**⁴.

Il n'existe pas d'équivalent des ex HL à l'étranger. En revanche, il est intéressant de regarder ce qui se fait à l'étranger en matière d'offre de soins en milieu rural et/ou à distance de grands centres hospitaliers.

Stefen Mick alertait dès 2008⁵ les ex HL de l'effet dévastateur qu'induit le passage à la T2A. L'exemple des fermetures de petites structures hospitalières aux USA était pour lui un enseignement et une invitation à ne pas reproduire ce mode de financement.

Pour répondre aux vastes étendues de son territoire et aux inégalités de densité, l'Australie a choisi de former des médecins spécialisés dans l'exercice en milieu rural ; exercice caractérisé par l'obligation de faire avec l'existant et de tenir compte des temps d'accès nécessaires pour consulter un spécialiste, ou bénéficier d'un plateau technique. Au Québec plusieurs études montrent que des collaborations plus marquées existent entre professionnels (de santé, paramédicaux voire sociaux) à distance des grands centres urbains, même si ces

4 Gauthier J., Haggerty J., Lamarche P., Lévesque JF., Morin D., Pineault R., Sylvain H., 2009, *Entre adaptabilité et fragilité: les conditions d'accès aux services de santé des communautés rurales éloignées*, Rapport de l'Institut National de Santé du Québec

5 Mick S., 2008, « Les hôpitaux locaux au niveau international: caractéristiques, problématiques et perspectives », *Quel avenir pour l'hôpital local? Actes du forum IFROSS-hôpitaux locaux de Rhône-Alpes*, pp. 65-72

collaborations se heurtent au cloisonnement des modes de financement. En outre, le virage ambulatoire transfère une partie de la responsabilité et de la complexité de la prise en charge sur les proches du malade ou de la personne âgée. Une expérimentation suisse, partant du constat que des hospitalisations de personnes âgées peuvent être évitées, propose un court séjour gériatrique dans une structure faiblement médicalisée, avec un suivi effectué par le médecin traitant. Une évaluation chiffrée permet de montrer qu'une telle structure est moins coûteuse qu'une hospitalisation dans un Centre Hospitalier Général⁶. Cette comparaison avec d'autres systèmes de santé révèle que :

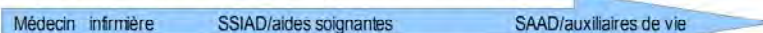
- ◆ l'éloignement réfère aux CH, disposant de plateaux techniques, de chirurgie et de l'ensemble des spécialités médicales
- ◆ la proximité renvoie au domicile des patients, et plus particulièrement à celui des personnes âgées.

➤ Le maintien à domicile des personnes âgées : un choix de société

Le maintien à domicile des personnes âgées est un choix politique depuis 1962 qui doit permettre aux personnes âgées de continuer à faire partie de la société. Dès le début des années 70, la crise économique et l'augmentation du chômage, le maintien à domicile des personnes âgées est vu comme une possibilité de créer des emplois. Les politiques de la vieillesse et de l'emploi sont liées⁷ : d'une part, une génération est privilégiée dans l'accès à l'emploi (ce qui institue un rapport de domination avec les autres générations) et d'autre part la prise en charge des personnes âgées est pensée en termes de nouveaux besoins soit sous forme de part de marché (silver économie), soit en matière de compétences professionnelles.

Le maintien à domicile des personnes âgées sur un secteur géographique donné dépend de deux axes structurants :

- ◆ une organisation professionnelle marquée par la délégation de tâches, qui dessine une chaîne de relégation des personnes âgées (du médical au social)



- ◆ une organisation territoriale particulière, caractérisée par une logique dominante qui rend compte des façons de travailler de différents acteurs professionnels (du sanitaire, du social, et du médico-social).

La prise en charge des personnes âgées questionne le modèle actuel de soins, largement dominé par des cloisonnements d'activités (notamment social et médical), voire de spécialités médicales et financiers.

La question centrale du maintien à domicile des personnes âgées réside dans la collaboration des professionnels (et idéalement des non professionnels) y concourant. Or de nombreux dispositifs de coordination existent⁸ et leurs critères d'inclusion (par âge, pathologie, territoire etc.) fragmentent la population des personnes âgées et complexifie le recours aux aides disponibles. À l'inverse la multiplication des dispositifs de coordination comme les changements de leur modalité de fonctionnement découragent durablement le recours à ces structures par les professionnels de santé. Les MG vont donc chercher à identifier une personne (plutôt qu'un dispositif) qu'ils pourront solliciter tout en sachant qu'elle s'efforcera de trouver une solution et de les tenir informer des suites (le métier importe peu à partir du moment où elle a fait la preuve de sa capacité à trouver des réponses).

Il convient donc, en ce qui concerne les dispositifs de coordination, de s'intéresser aux structurations locales existantes tant l'investissement des professionnels et leurs capacités d'adaptation forment des organisations

6 Eggli Y., Schaller P., Baudouin F., 2015, « Évaluation d'une structure gériatrique entre l'ambulatoire et l'hospitalier », *Santé Publique*, 2015/HS S1, pp. 167-175.

7 Guillemard AM. 1983, « Les politiques de la vieillesse. », *Communications*, 37, Le continent gris. Vieillesse et vieillissement, pp. 105-123.

Guillemard AM., 2010, *Les défis du vieillissement. Age, emploi, retraite, perspectives internationales*, Armand Colin, Paris
Laroque P., 1987, « Evolution et perspectives de la politique française de la vieillesse » *Gérontologie et société*, n°41, pp. 12-27.

8 Blanchard P., Eslous L., Yeri E., 2015, *Évaluation de la coordination d'appui aux soins*, Rapport IGAS [en ligne]
http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-010R_Evaluation_coordination_appui_soins.pdf

potentiellement très pertinentes car ajustées à l'existant. Partant, des structurations locales peuvent être désorganisées par des baisses de financement allouées à un dispositif, ou par tout nouveau déploiement de qui méconnaît l'existant.

Pourtant, la plupart des professionnels rencontrés s'accordent à reconnaître que les personnes âgées nécessitent une prise en charge particulière, caractérisée par :

- ◆ un niveau peu élevé de besoins en soins médicaux techniques et la réflexion sur la pertinence des traitements mis en place
- ◆ l'importance d'un accompagnement paramédical et social inscrit dans le temps
- ◆ la complémentarité des regards et des compétences professionnels

De fait, les études de cas ont permis de montrer que les secteurs où l'interconnaissance et la collaboration font partie des pratiques professionnelles quotidiennes, disposent d'une palette de réponses possibles (déclencher une visite à domicile par le médecin, ajuster le nombre de passages quotidiens, hospitalisation temporaire etc.) qui permettent d'éviter une hospitalisation intempestive.

La question se complique lorsqu'un problème survient durant la nuit et les week-end. La plupart des structures de coordination n'assurent pas de garde et la PDSA peut être mal identifiée, mal organisée, ne pas concerner les nuits profondes, être fragilisée par la désertification médicale. Tous ces éléments contribuent à expliquer le recours aux urgences. De plus, l'absence de présence infirmière dans certains Établissements d'Hébergement pour les Personne Âgées Dépendantes (EHPAD) ne laisse pas d'autres choix que le recours aux urgences. Enfin, la question de la possibilité de mourir à domicile est remise en cause par la responsabilité professionnelle qu'elle induit et les revirements possibles de la part de la famille concernée. Il semble que la responsabilité soit plus facilement endossée par un collectif, même informel, de professionnels qui ont l'habitude de travailler ensemble que par un seul professionnel de santé, fusse-t-il médecin.

Les ex HL sont des structures d'interface, *a priori* plus adaptées que les CHG/CHU pour répondre aux besoins des personnes âgées (besoins moins importants en soins techniques, possibilité d'une continuité des soins, collaborations entre le médical, le médico-social et le social etc.). Ils peuvent offrir une réponse cohérente au problème des *bed blockers*⁹ et par conséquent être une opportunité pour les Centres Hospitaliers Généraux ou Universitaires sous réserve d'apporter une solution à la question de la permanence de soins (ambulatoire ou hospitalière). Il convient de s'intéresser de près, c'est-à-dire autrement que par des indicateurs quantitatifs, aux capacités d'actions des ex HL et au rôle qu'ils ont endossé dans la prise en charge des personnes âgées et sur leur territoire.

Les 3 monographiques réalisées révèlent que ces structures peuvent être à l'origine de structurations pertinentes et primordiales pour les personnes âgées comme pour les professionnels de santé sur un territoire donné. Leurs capacités d'adaptation témoignent d'un réel dynamisme dont on aurait tort de se passer sur la seule base d'applications de décisions économiques.

⁹ L'expression *bed blocker* sert à désigner une personne dont l'état de santé ne justifie pas une hospitalisation mais ne permet pas non plus un retour à domicile. Faut de solution, notamment d'aval, elle demeure hospitalisée et par conséquent bloque un lit dans un service hospitalier, ce qui augmente la Durée Moyenne de Séjour sans pour autant qu'il y ait besoin d'actes.

Préconisations

Au niveau des ex HL

1. Maintenir les SSR polyvalents et accepter des DMS plus longues, pour assurer une cohérence des prises en charge avec la moyenne d'âge des patients accueillis et le temps nécessaire à l'organisation de retours à domicile pérennes.
Il n'est pas normal que des modes de tarification et des critères d'évaluation puissent conduire à l'éviction d'une population du système de soins.
2. Sortir de la logique de fermeture des lits de médecine et de SSR demandée par les ARS du fait des contraintes du plan ONDAM, contradictoires avec les discours ministériels et le rapport de la Cour des Comptes sur le maintien de l'offre des ex HL.
3. Analyser quantitativement et qualitativement le service rendu aux populations par les ex HL. Cela permettra de mieux connaître la réalité concrète de l'offre de chaque établissement.
4. Maintenir des financements dérogatoires à la T2A pour l'activité de médecine et de SSR. Adopter une dérogation aux valeurs seuil, notamment en ce qui concerne le nombre de lits.
5. Fluidifier les échanges CHG/CHU avec les ex HL. Identifier un interlocuteur référent au sein de l'équipe mobile de gériatrie ou du service de gériatrie des grands centres. Il s'agit :
 - d'une part de limiter les transferts inadéquats
 - d'autre part de positionner l'ex HL dans un rôle « d'accueil temporaire de proximité » en sortie de CH/CHU pour les personnes âgées et les patients de chirurgie ambulatoire
6. Engager les ex HL dans des actions de prévention et de santé publique en lien avec les acteurs du territoire. Participer aux campagnes nationales de dépistage des cancers, informations sur la vaccination, cycle d'ETP ; développement de séances d'Activités Physiques Adaptées (APA), ouverts aux habitants.
7. Encourager l'adossement de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) aux ex HL, ce qui permet de construire une offre de santé territoriale mixte libérale et hospitalière, de faciliter l'accueil des patients à l'hôpital et de renforcer l'attractivité du territoire pour de jeunes médecins.
8. Développer la télé médecine, les téléconsultations et les consultations avancées.
9. Désigner un salarié de l'ex HL comme référent pour le/les dispositifs de coordination. En l'absence de dispositif de ce type, dédier du temps de travail un ou deux salariés de l'ex HL pour assurer la coordination des intervenants à domicile.
Il ne peut y avoir de modèle prédéfini sur ce sujet. Il revient aux ex HL de s'organiser en fonction de l'existant. En revanche il est important qu'un temps de travail soit dédié aux relations avec les dispositifs de coordination.
10. Assurer une permanence des soins en passant une convention avec la PDSA ou avec le CH de référence. Il n'est pas normal qu'un patient en ex HL fasse l'objet du même traitement " téléphonique " qu'une personne à domicile.

Au niveau de la formation

1. Autoriser l'accueil d'internes en ex HL, même en l'absence de PH.
2. Inciter les MG impliqués dans les ex HL à devenir maître de stage et ainsi améliorer la connaissance des étudiantes en médecine des ex HL.
3. Inviter les MG libéraux ou PH des ex HL à présenter leurs pratiques professionnelles au sein des Départements de Médecine Générale (DMG) et en gériatrie.
4. Bénéficier systématiquement comme dans un certain nombre de CH et CHU en France d'un accueil d'urgences gériatriques.

Au niveau des CHG/CHU

1. Généraliser les équipes mobiles de gériatrie, équipe pluriprofessionnelle composée de gériatre, d'infirmiers et de travailleurs sociaux qui interviennent dans l'hôpital et à domicile.
 - ◆ Présenter l'équipe mobile de gériatrie à chaque nouvel accueil d'internes en médecine aux urgences.
 - ◆ Systématiser le recours à l'équipe mobile de gériatrie quand une personne âgée est admise aux urgences.
 - ◆ Organiser l'équipe mobile de gériatrie pour qu'elle fonctionne 7j/7, 24h/24.
2. Inciter les CH à trouver un mode de réponse adapté pour résoudre le problème des sorties d'urgences de personnes âgées la nuit ou pendant les week end.

À défaut, pénaliser financièrement les CH lorsque les sorties de personnes âgées ont lieu la sans articulation avec les services concernés disponibles (structure de coordination, professionnels de santé libéraux, famille). L'équipe mobile de gériatrie peut jouer un rôle de liaison.

Ces pénalités alimenteront le Fond d'Intervention Régional et seront dédiés à l'amélioration des prises en charge des personnes âgées.

Au niveau de la coordination

1. Reconnaître et pérenniser les organisations locales qui œuvrent à la coordination des intervenants du domicile lorsqu'elles fonctionnent, quel que soit les montages existants (CLIC, réseau gériatrique, PAERPA etc.).

Il faut arrêter de réinventer et d'expérimenter des dispositifs de coordination, même en segmentant les modes d'entrées (par âge, pathologie, lieu d'habitation etc.). Cela a pour effet de casser les bonnes dynamiques professionnelles et bénévoles sur un territoire voire d'y fragiliser l'offre.
2. Pérenniser le financement des temps de coordination conséquents qu'ils soient effectués par des travailleurs sociaux ou des professionnels de santé.
3. Reconnaître et valoriser des actes longs effectués par les Professionnels de Santé (MG, infirmiers, kinésithérapeutes) pour la prise en charge de personnes âgées. Inciter et valoriser le travail de collaboration entre les PS pour une même personne

Au niveau de la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA)

1. Organiser systématiquement sur les territoires des ex HL une PDSA en nuit profonde.
2. Inciter les libéraux participant à la PDSA à répondre aux difficultés des patients âgés en évitant au maximum de transférer la demande vers les services d'urgence.
À défaut, pénaliser financièrement les libéraux participant à la PDSA lorsqu'ils basculent de façon injustifiée, les demandes de patients âgés sur les services d'urgences.
Ces pénalités alimenteront le Fond d'Intervention Régional et seront dédiés à l'amélioration des prises en charge des personnes âgées.

Au niveau des EHPAD

1. Rendre obligatoire une présence infirmière la nuit dans les EHPAD ou une convention avec des infirmiers libéraux, ou l'HAD, afin d'éviter les recours aux urgences la nuit.

Annexe 2 : La démarche de diagnostic territorial de la MSA et l'exemple de la MSA Languedoc

1. Introduction à la démarche

Dans le cadre de l'actualisation de sa stratégie maladie, il a semblé nécessaire à la MSA de se doter d'une démarche de diagnostic territorial pour rendre compte de la réalité telle qu'elle est vécue sur les territoires ruraux en matière d'accessibilité à l'offre de soins, en particulier les soins primaires.

Les diagnostics territoriaux existants, réalisés par différents organismes⁵⁹, font état la plupart du temps des besoins de la population générale. Ceux de la population agricole ne sont pas identifiés, alors qu'ils peuvent être potentiellement différents, étant donné les caractéristiques des ressortissants MSA. Plus généralement, les besoins des populations agricoles et rurales ne constituent pas systématiquement un prisme d'analyse, alors même que des enjeux particuliers existent en termes de santé (du point de vue de la santé publique comme des habitudes de prises en charge), de même que du point de vue du recours à l'offre (de par sa structure démographique et son éloignement potentiel des plateaux techniques).

C'est pourquoi une expérimentation s'est organisée en 2014 dans le cadre d'un groupe de travail avec le concours de 4 Caisses de MSA (CMSA)⁶⁰ afin d'identifier les territoires où il existe un risque (avéré ou potentiel) de rupture d'accès à l'offre de soins pour les ressortissants agricoles et plus largement pour la population totale vivant sur ces territoires.

En effet, la population du régime agricole, présente des caractéristiques qu'il faut intégrer. Cette approche étudie l'accessibilité géographique mais également économique et le cas échéant, culturelle.

L'objectif à terme du diagnostic est bien d'être en mesure d'améliorer les réponses aux besoins de santé des ressortissants, avec la mise en place d'un parcours de santé adapté.

2. Méthode et données utilisées

Dans un premier temps, un certain nombre de caractéristiques ont été identifiées par approche intuitive et à partir des connaissances du terrain que pouvait avoir chacune des 4 CMSA expérimentatrices. Cette approche a ensuite été confrontée à une approche méthodologique objective de quelques indicateurs quantitatifs.

Le bassin de vie a été retenu comme échelle pertinente du soin de premier recours au regard notamment de sa significativité statistique et des habitudes de consommation. En effet, le bassin de vie est construit comme devant être le plus petit territoire sur lequel peut s'accomplir la majorité des actes « courants » : il s'agit de l'accès aux services publics et privés fréquentés assez souvent (gamme intermédiaire) et de l'accès à l'emploi.

En 2012, l'INSEE recense 1 666 bassins de vie dont 1 644 en métropole dont les caractéristiques sont décrites dans le tableau suivant :

⁵⁹ Fnors, Observatoires régionaux, ARS,

⁶⁰ CMSA Bourgogne, CMSA Languedoc, CMSA Franche-Comté, CMSA Lorraine.

Tableau 1 : Caractéristiques des bassins de vie 2012 en France

Type de bassin de vie	Nombre de bassins de vie	Nombre de communes	Population en 2009	Augmentation annuelle moyenne de population entre 1999 et 2009 (en %)	Surface (en km ²)	Nombre d'habitants au km ²
Urbain	379	10 214	44 175 780	0,6	140 310	315
Rural	1 287	26 468	20 128 720	0,9	492 425	41
Ensemble	1 666	36 682	64 304 500	0,7	632 735	102

Champ : métropole et DOM

Source : Insee, recensement de la population 2009.

A partir des bases de données existantes sur l'offre de soins du SNIIR-AM, de l'INSEE et du CépIDC, l'approche de l'accès aux soins primaires s'est faite sur la base de 7 thèmes d'indicateurs, en population générale et en population agricole (et au sein de cette population en différenciant les Non-Salariés Agricoles (NSA) des Saliés Agricoles (SA)) avec des données concernant les professionnels de santé et les données socio-économiques des territoires. Dans une perspective de représentation cartographique et synthétique, des indicateurs dits « thématiques » sont produits.

Au niveau local, tous les indicateurs thématiques ont été calculés et reproduits pour la MSA Languedoc⁶¹.

3. Résultats en MSA Languedoc

Les 7 indicateurs thématiques du diagnostic territorial MSA ont été testés sur les bassins situés sur le département de l'Hérault.

Concernant l'indicateur thématique « Population », les secteurs les plus fonnés correspondent aux Corbières et aux hauts cantons de l'Hérault (Cf. Carte 1). La population agricole y est légèrement surreprésentée (10%) par rapport à la moyenne nationale. L'indicateur thématique MSA « Population » permet d'identifier des territoires intéressants tout particulièrement la MSA. Il permet donc d'optimiser la bonne adéquation des actions menées par la MSA sur les territoires.

S'agissant de la thématique socio-économique, les bassins de vie les plus fonnés correspondent (Cf. Carte 2) :

- à la région des Hauts-Cantons de l'Hérault (Pays Haut Languedoc et Vignobles, partie Nord de la carte) déjà ciblée pour le moindre accès à la chirurgie ambulatoire ;
- à la zone Béziers-Vias-Agde et la zone de Lunel (extrême Est), caractérisée par une concentration de populations défavorisées, ces résultats confirmant ainsi des notions déjà connues de façon générale.

En matière de santé, on constate de nettes différences entre le centre, l'Est et l'Ouest du département (Cf. Carte 3). Ces résultats mériteraient une analyse plus fine et notamment un croisement avec les données de population, niveau de vie, ...

⁶¹ Concernant ces résultats, le logiciel Géoclip® disponible sur le site de l'Observatoire des territoires du Commissariat Général à l'Égalité des Territoires⁶¹ a été utilisé. Prochainement, l'outil GeoClip MSA pourra être mobilisé par les CMSA pour cette même finalité.

S'agissant de l'offre ambulatoire, la cartographie (Cf. Carte 4) est assez fidèle de la réalité des « déserts médicaux » de l'Hérault (les Hauts-Cantons, les contreforts des Cévennes). Toutefois, il convient d'être particulièrement prudent lors de l'analyse des données. En effet, le nombre de professionnels peut varier très vite et la représentation cartographique changer de couleur de la même façon. Les zones « Béziers, Sérignan, Magalas, Pézenas, Agde, Sète » illustrent bien l'adéquation d'une forte activité en termes de demande et d'offre.

En matière d'offre hospitalière (Cf. Carte 5), on observe une concentration hospitalière sur Montpellier et Béziers (zones les plus claires). Cette carte met également en évidence des zones très foncées illustrant d'importantes difficultés au niveau des Hauts-Cantons de l'Hérault (Saint-Pons de Thomières jusqu'à Lodève) et dans les Cévennes, difficultés qui doivent être analysées en tenant compte des fuites vers Narbonne au sud et Carcassonne au nord-ouest.

Concernant l'offre médico-sociale, les zones très rurales (Hauts-Cantons, Corbières) sont plutôt bien dotées en nombre de lits en EHPAD et en places de SSIAD (Cf. Carte 6). Un tel constat pourrait paraître surprenant *a priori* mais s'avère être en fait cohérent avec les densités faibles de population. Les difficultés se concentrent sur les zones fortement peuplées.

Enfin, s'agissant de la prévention, la carte permet de cibler des zones jugées plutôt fragiles qui méritent une analyse plus approfondie en vue de cibler des actions de prévention (Cf. Carte 7).

Les résultats cartographiques tendent à cibler le secteur des Hauts-Cantons comme potentiellement à risque, sur le plan santé, offre de soins ambulatoire et hospitalière. La situation dans le canton de Lodève semble globalement encore plus préoccupante. L'outil diagnostic territorial a donc permis à la fois de confirmer des notions de secteurs à risque déjà connus mais aussi de mettre en évidence un canton qui nécessite certainement une attention plus particulière et qui justifierait une étude plus approfondie.

Il a vocation à constituer un outil d'aide à la décision pour les caisses de CMSA afin de bien cibler leurs actions sur les territoires.

L'enjeu de la MSA est également de traduire son intérêt à agir sur certains territoires ruraux ou mixtes, au regard de constats qu'elle formule quant à la population agricole et de certaines caractéristiques de la population générale.

Grâce à ce diagnostic territorial, la MSA sera en mesure de proposer des actions améliorant la continuité du parcours du patient : à titre d'exemple, une part trop importante d'hospitalisations non programmées au sein d'un bassin de vie chez des patients porteurs de maladies chroniques questionnera les acteurs locaux sur une coordination entre acteurs de soins primaires.

Carte 1 : Indicateur thématique MSA Population



Carte 2 : Indicateur thématique MSA Socio-économique



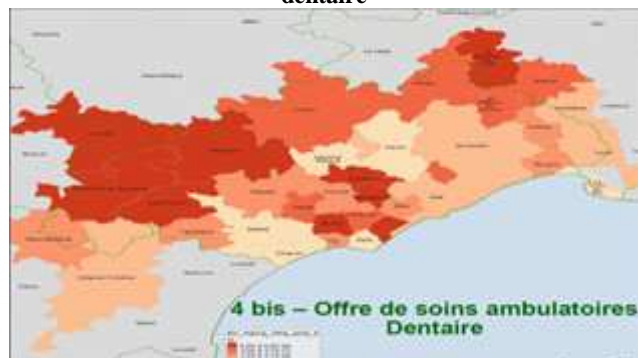
Carte 3 : Indicateur thématique MSA Santé



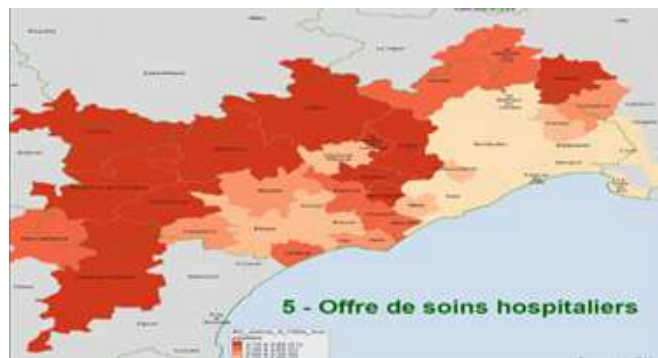
Carte 4 : Indicateur thématique MSA Offre ambulatoire



Carte 4 bis : Indicateur thématique MSA Offre ambulatoire dentaire



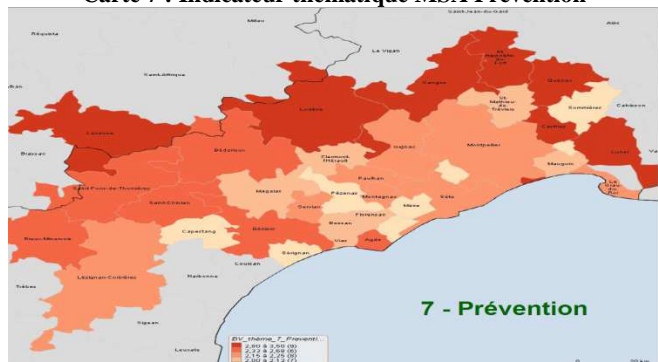
Carte 5 : Indicateur thématique MSA Offre hospitalière



Carte 6 : Indicateur thématique MSA Offre médico-sociale



Carte 7 : Indicateur thématique MSA Prévention



Source MSA, cartographie CGET

Annexe 3 : Chirurgie ambulatoire : résultats nationaux et régionaux

Graphique 1 : Progression du taux de chirurgie ambulatoire au régime agricole entre 2011 et 2014 par racine

Progression du taux de chirurgie ambulatoire au régime agricole entre 2011 et 2014

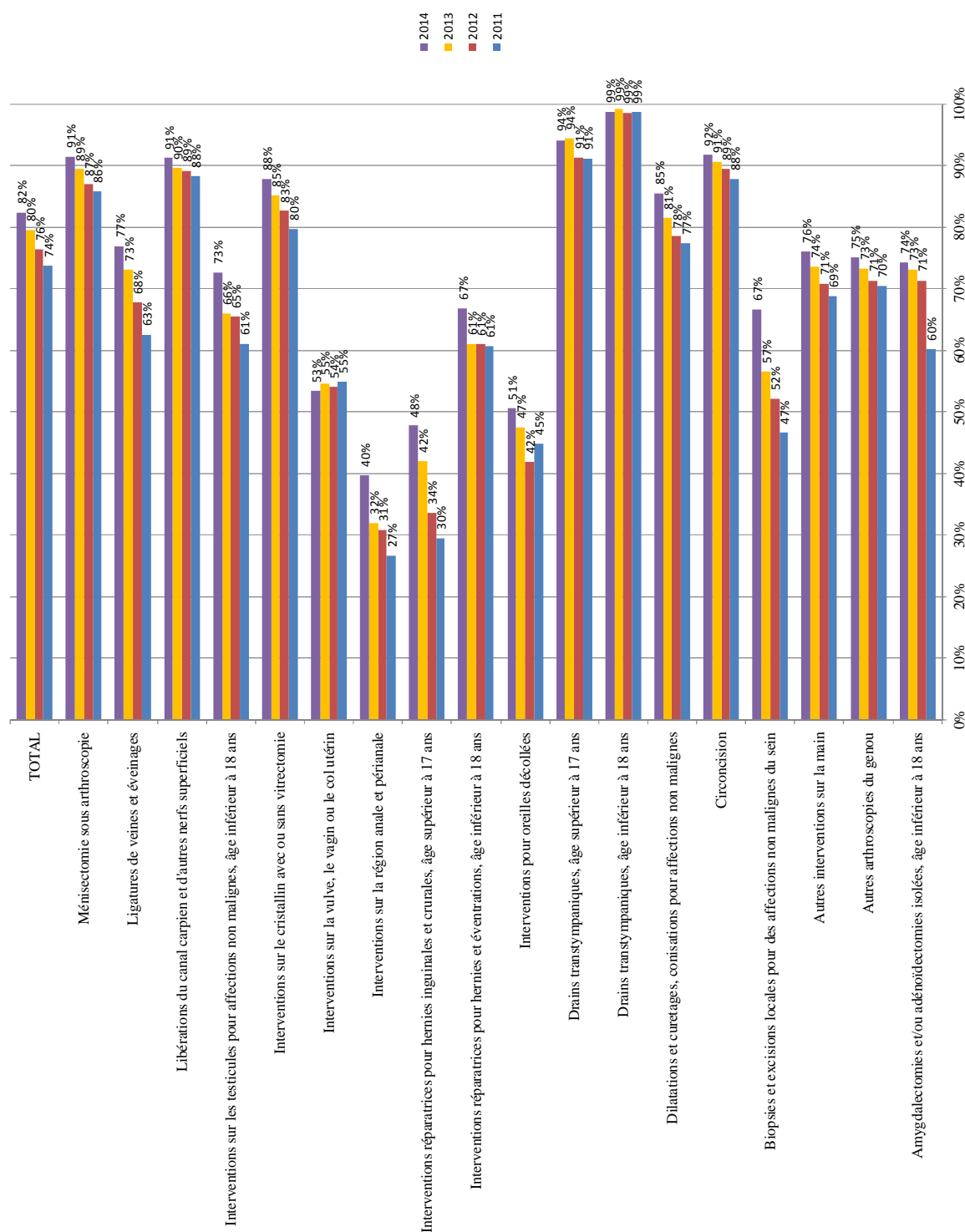


Tableau 1 : Taux brut de chirurgie ambulatoire au régime agricole entre 2011 et 2014 par type d'intervention

REGIME AGRICOLE	2011			2012			2013			2014		
	Nb séjours ambu	Nb séjours hors ambu	Taux brut CA	Nb séjours ambu	Nb séjours hors ambu	Taux brut CA	Nb séjours ambu	Nb séjours hors ambu	Taux brut CA	Nb séjours ambu	Nb séjours hors ambu	Taux brut CA
Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans	1 775	1 176	60,1%	2 483	998	71,3%	2 477	909	73,2%	2 492	863	74,3%
Autres arthroscopies du genou	842	353	70,5%	861	346	71,3%	783	286	73,2%	867	288	75,1%
Autres interventions sur la main	4 408	2 003	68,8%	4 485	1 848	70,8%	4 755	1 714	73,5%	4 951	1 556	76,1%
Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein	132	151	46,6%	149	137	52,1%	163	127	56,5%	178	89	66,7%
Circuncision	1 988	277	87,8%	2 032	241	89,4%	2 012	208	90,6%	1 976	177	91,8%
Dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes	719	211	77,3%	671	184	78,5%	623	142	81,4%	674	115	85,4%
Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans	2 296	32	98,6%	1 333	19	98,6%	1 009	9	99,1%	958	12	98,8%
Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans	369	36	91,1%	336	32	91,3%	369	22	94,4%	304	19	94,1%
Interventions pour oreilles décollées	218	268	44,9%	224	312	41,8%	236	261	47,5%	224	219	50,6%
Interventions réparatrices pour hernies et éversions, âge inférieur à 18 ans	297	193	60,6%	264	169	61,0%	262	167	61,1%	272	135	66,8%
Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans	2 931	6 989	29,5%	3 215	6 354	33,6%	3 700	5 106	42,0%	4 078	4 466	47,7%
Interventions sur la région anale et périanale	314	866	26,6%	370	832	30,8%	381	812	31,9%	480	730	39,7%
Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin	536	441	54,9%	510	433	54,1%	419	348	54,6%	399	349	53,3%
Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	50 797	12 913	79,7%	51 805	10 923	82,6%	52 563	9 173	85,1%	53 326	7 445	87,7%
Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge inférieur à 18 ans	405	258	61,1%	450	238	65,4%	466	241	65,9%	511	193	72,6%
Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels	9 865	1 316	88,2%	9 500	1 160	89,1%	9 877	1 156	89,6%	9 728	939	91,2%
Ligatures de veines et éveinages	4 159	2 490	62,6%	4 460	2 125	67,7%	4 513	1 662	73,1%	4 535	1 362	76,9%
Ménectomie sous arthroscopie	4 155	692	85,7%	4 082	615	86,9%	4 011	477	89,4%	3 984	371	91,5%
TOTAL	86 206	30 665	73,8%	87 230	26 966	76,4%	88 621	22 820	79,5%	89 937	19 328	82,3%

Taux standardisé (standardisation par âge et sexe - méthode de standardisation directe - population de référence : tous régimes)			75,0%			77,4%			80,4%			82,8%
---	--	--	-------	--	--	-------	--	--	-------	--	--	-------

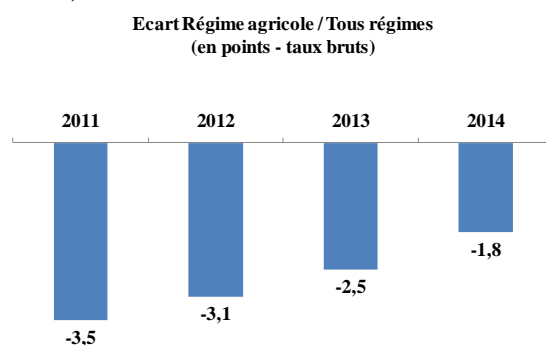
Tableau 2 : Taux brut de chirurgie ambulatoire Autres régimes entre 2011 et 2014 par type d'intervention et écart par rapport au régime agricole

AUTRES REGIMES	2011			2012			2013			2014			ECART REGIME AGRICOLE / AUTRES REGIMES			
	Nb séjours ambu	Nb séjours hors ambu	Taux brut CA	Nb séjours ambu	Nb séjours hors ambu	Taux brut CA	Nb séjours ambu	Nb séjours hors ambu	Taux brut CA	Nb séjours ambu	Nb séjours hors ambu	Taux brut CA	2011	2012	2013	2014
Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans	60 308	36 472	62,3%	83 624	33 881	71,2%	84 624	30 833	73,3%	83 722	31 287	72,8%	-2,2	0,2	-0,1	1,5
Autres arthroscopies du genou	18 915	8 099	70,0%	20 001	7 576	72,5%	20 348	6 380	76,1%	20 127	5 671	78,0%	0,4	-1,2	-2,9	-3,0
Autres interventions sur la main	89 065	28 318	75,9%	92 685	26 790	77,6%	98 970	24 218	80,3%	103 998	22 294	82,3%	-7,1	-6,8	-6,8	-6,3
Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein	5 422	4 779	53,2%	5 567	4 112	57,5%	5 744	3 466	62,4%	6 169	2 716	69,4%	-6,5	-5,4	-5,9	-2,8
Circuncision	89 425	3 992	95,7%	89 665	3 627	96,1%	89 552	3 225	96,5%	91 411	2 898	96,9%	-8,0	-6,7	-5,9	-5,1
Dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes	26 359	6 122	81,2%	26 816	5 286	83,5%	27 022	4 543	85,6%	27 794	3 995	87,4%	-3,8	-5,1	-4,2	-2,0
Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans	69 323	991	98,6%	41 301	532	98,7%	29 547	371	98,8%	28 200	351	98,8%	0,0	-0,1	0,4	0,0
Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans	7 129	560	92,7%	7 411	486	93,8%	7 228	424	94,5%	7 001	376	94,9%	-1,6	-2,5	-0,1	-0,8
Interventions pour oreilles décollées	6 420	7 872	44,9%	7 073	7 582	48,3%	7 719	6 768	53,3%	7 934	5 854	57,5%	-0,1	-6,5	-5,8	-7,0
Interventions réparatrices pour hernies et éversions, âge inférieur à 18 ans	9 724	6 672	59,3%	9 664	6 085	61,4%	9 483	5 381	63,8%	9 385	4 953	65,5%	1,3	-0,4	-2,7	1,4
Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans	48 569	71 996	40,3%	54 214	64 136	45,8%	60 776	52 946	53,4%	65 971	46 338	58,7%	-10,7	-12,2	-11,4	-11,0
Interventions sur la région anale et périanale	11 710	24 448	32,4%	14 001	24 874	36,0%	13 024	23 458	35,7%	15 135	21 754	41,0%	-5,8	-5,2	-3,8	-1,4
Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin	22 222	13 604	62,0%	22 951	13 300	63,3%	18 626	12 191	60,4%	18 827	11 283	62,5%	-7,2	-9,2	-5,8	-9,2
Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	526 561	98 330	84,3%	563 850	90 507	86,2%	594 692	77 453	88,5%	628 755	68 884	90,1%	-4,5	-3,6	-3,3	-2,4
Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge inférieur à 18 ans	13 024	7 130	64,6%	13 815	7 058	66,2%	14 717	6 984	67,8%	15 675	6 383	71,1%	-3,5	-0,8	-1,9	1,5
Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels	130 629	14 124	90,2%	130 148	12 958	90,9%	133 902	11 677	92,0%	135 215	10 307	92,9%	-2,0	-1,8	-2,5	-1,7
Ligatures de veines et éveinages	85 229	30 555	73,6%	88 110	26 072	77,2%	89 929	20 795	81,2%	93 684	17 297	84,4%	-11,1	-9,4	-8,1	-7,5
Ménectomie sous arthroscopie	84 976	13 871	86,0%	86 682	11 755	88,1%	84 084	9 621	89,7%	86 642	8 504	91,1%	-0,2	-1,2	-0,4	0,4
TOTAL	1 305 010	377 935	77,5%	1 357 578	346 617	79,7%	1 389 987	300 734	82,2%	1 445 645	271 145	84,2%	-3,8	-3,3	-2,7	-1,9

Tableau 3 : Taux brut de chirurgie ambulatoire Tous régimes entre 2011 et 2014 par type d'intervention et écart par rapport au régime agricole

TOUS REGIMES	2011			2012			2013			2014			ECART REGIME AGRICOLE / TOUS REGIMES				ECART REGIME AGRICOLE données standardisées / TOUS REGIMES			
	Nb séjours ambu	Nb séjours hors ambu	Taux brut CA	Nb séjours ambu	Nb séjours hors ambu	Taux brut CA	Nb séjours ambu	Nb séjours hors ambu	Taux brut CA	Nb séjours ambu	Nb séjours hors ambu	Taux brut CA	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans	62 083	37 648	62,3%	86 107	34 879	71,2%	87 101	31 742	73,3%	86 244	32 136	72,8%	-2,1	0,2	-0,1	1,4				
Autres arthroscopies du genou	19 757	8 452	70,0%	20 862	7 022	72,5%	21 131	6 666	76,0%	20 994	5 959	77,9%	0,4	-1,1	-2,8	-2,8				
Autres interventions sur la main	93 473	30 321	75,5%	97 170	26 638	77,2%	103 725	25 932	80,0%	108 949	23 850	82,0%	-6,8	-6,4	-6,5	-6,0				
Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein	5 554	4 930	53,0%	5 710	4 249	57,4%	5 909	3 593	62,2%	6 347	2 805	69,4%	-6,3	-5,3	-5,7	-2,7				
Circuncision	91 413	4 269	95,5%	91 697	3 868	96,0%	91 564	3 433	96,4%	93 387	3 075	96,8%	-7,8	-6,6	-5,8	-5,0				
Dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes	27 078	6 333	81,0%	27 487	5 470	83,4%	27 645	4 685	85,5%	28 468	4 110	87,4%	-3,7	-4,9	-4,1	-2,0				
Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans	71 619	1 023	98,6%	42 634	551	98,7%	30 556	380	98,8%	29 158	363	98,8%	0,0	-0,1	0,3	0,0				
Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans	7 498	596	92,6%	7 747	518	93,7%	7 597	446	94,5%	7 305	395	94,9%	-1,5	-2,4	-0,1	-0,8				
Interventions pour oreilles décollées	6 638	8 147	44,9%	7 297	7 894	48,0%	7 955	7 029	53,1%	8 158	6 073	57,3%	-0,1	-6,2	-5,6	-6,8				
Interventions réparatrices pour hernies et éversions, âge inférieur à 18 ans	10 021	6 865	59,3%	9 928	6 254	61,4%	9 745	5 548	63,7%	9 657	5 088	65,5%	1,3	-0,4	-2,6	1,3				
Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans	51 500	78 985	39,5%	57 429	70 490	44,9%	64 476	58 052	52,6%	70 049	50 804	58,0%	-9,9	-11,3	-10,6	-10,2				
Interventions sur la région anale et périanale	12 024	25 314	32,2%	14 371	25 706	35,9%	13 405	24 270	35,6%	15 615	22 484	41,0%	-5,6	-5,1	-3,6	-1,3				
Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin	22 758	14 045	61,8%	23 461	13 733	63,1%	19 045	12 539	60,3%	19 226	11 632	62,3%	-7,0	-9,0	-5,7	-9,0				
Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	577 358	111 243	83,8%	615 655	101 430	85,9%	647 255	86 626	88,2%	682 081	76 329	89,9%	-4,1	-3,3	-3,1	-2,2				
Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge inférieur à 18 ans	13 429	7 388	64,5%	14 265	7 296	66,2%	15 183	7 225	67,8%	16 186	6 576	71,1%	-3,4	-0,8	-1,8	1,5				
Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels	140 494	15 447	90,1%	139 648	14 118	90,8%	143 779	12 833	91,8%	144 943	11 246	92,8%	-1,9	-1,7	-2,1	-1,6				
Ligatures de veines et éveinages	89 388	33 045	73,0%	92 578	28 197	76,7%	94 442	22 457	80,8%	98 219	18 659	84,0%	-10,5	-8,9	-7,7	-7,1				
Ménectomie sous arthroscopie	89 131	14 563	86,0%	90 764	12 370	88,0%	88 095	10 098	89,7%	90 626	8 875	91,1%	-0,2	-1,1	-0,3	0,4				
TOTAL	1 391 216	408 600	77,3%	1 444 808	373 583	79,5%	1 478 608	323 554	82,0%	1 535 582	290 473	84,1%	-3,5	-3,1	-2,5	-1,8	-2,3	-2,1	-1,7	-1,3

Graphique 2 : Ecart du taux de chirurgie ambulatoire régime agricole par rapport au taux tous régimes (taux bruts)



Graphique 3 : Ecart du taux de chirurgie ambulatoire régime agricole par rapport au taux tous régimes (taux standardisés par âge et sexe)

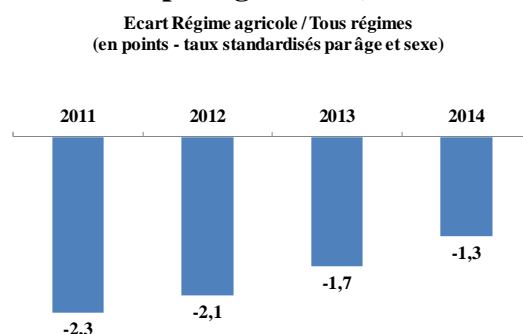


Tableau 4 : Taux brut de chirurgie ambulatoire au régime agricole entre 2011 et 2014 par régions et écart par rapport aux autres régimes

REGIME AGRICOLE	2011			2014			Evolution 2014/2011 (en points)	ECART REGIME AGRICOLE / AUTRES REGIMES	
	Nb séjours ambu	Nb séjours hors ambu	Taux brut CA	Nb séjours ambu	Nb séjours hors ambu	Taux brut CA		2011	2014
Région (hors DOM)									
ALSACE	1 742	456	79,3%	1 763	347	83,6%	4,3	-0,1	-0,8
AQUITAINE	8 753	2 317	79,1%	8 730	1 414	86,1%	7,0	-0,2	0,3
AUVERGNE	2 571	1 498	63,2%	2 918	992	74,6%	11,4	-7,8	-5,8
BASSE-NORMANDIE	3 798	1 561	70,9%	4 484	860	83,9%	13,0	-5,0	0,0
BOURGOGNE	3 090	1 079	74,1%	2 741	515	84,2%	10,1	-3,6	-0,6
BRETAGNE	7 292	3 341	68,6%	7 917	1 986	79,9%	11,4	-6,0	-3,0
CENTRE	3 961	1 519	72,3%	4 006	979	80,4%	8,1	-3,3	-2,6
CHAMPAGNE-ARDENNE	3 248	1 018	76,1%	3 426	694	83,2%	7,0	-0,1	-0,8
CORSE	394	102	79,4%	378	102	78,8%	-0,7	6,1	-3,0
FRANCHE-COMTE	1 471	630	70,0%	1 376	358	79,4%	9,3	-3,0	-2,1
HAUTE-NORMANDIE	1 617	668	70,8%	1 691	391	81,2%	10,5	-4,2	-1,4
ILE DE FRANCE	2 680	749	78,2%	2 734	393	87,4%	9,3	-1,9	0,9
LANGUEDOC-ROUSSILLON	5 379	1 415	79,2%	5 258	875	85,7%	6,6	-1,1	-0,2
LIMOUSIN	2 437	794	75,4%	2 421	473	83,7%	8,2	0,2	0,5
LORRAINE	2 014	674	74,9%	2 247	490	82,1%	7,2	-3,0	-1,4
MIDI-PYRENEES	5 966	2 313	72,1%	5 546	1 477	79,0%	6,9	-2,5	-2,6
NORD PAS-DE-CALAIS	3 491	835	80,7%	3 835	679	85,0%	4,3	0,7	-0,5
PAYS DE LOIRE	8 987	3 306	73,1%	9 413	2 277	80,5%	7,4	-2,6	-1,6
PICARDIE	2 382	820	74,4%	2 550	520	83,1%	8,7	-1,0	-0,3
POITOU-CHARENTES	4 549	1 580	74,2%	4 789	1 063	81,8%	7,6	-3,8	-1,4
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	4 659	1 468	76,0%	4 937	951	83,8%	7,8	-4,2	-1,5
RHONE-ALPES	5 362	2 332	69,7%	6 323	1 393	81,9%	12,3	-7,8	-2,6

Tableau 5 : Taux brut de chirurgie ambulatoire Autres régimes entre 2011 et 2014 par régions

AUTRES REGIMES	2011			2014			Evolution 2014/2011 (en points)
Région (hors DOM)	Nb séjours ambu	Nb séjours hors ambu	Taux brut CA	Nb séjours ambu	Nb séjours hors ambu	Taux brut CA	
ALSACE	43 561	11 358	79,3%	46 243	8 584	84,3%	5,0
AQUITAINE	72 191	18 863	79,3%	80 521	13 349	85,8%	6,5
AUVERGNE	23 960	9 790	71,0%	27 685	6 725	80,5%	9,5
BASSE-NORMANDIE	28 697	9 150	75,8%	32 509	6 244	83,9%	8,1
BOURGOGNE	33 116	9 491	77,7%	36 444	6 548	84,8%	7,0
BRETAGNE	59 378	20 281	74,5%	66 806	13 778	82,9%	8,4
CENTRE	46 735	15 074	75,6%	50 959	10 442	83,0%	7,4
CHAMPAGNE-ARDENNE	25 730	8 037	76,2%	28 219	5 381	84,0%	7,8
CORSE	5 534	2 017	73,3%	6 082	1 358	81,7%	8,5
FRANCHE-COMTE	21 107	7 782	73,1%	23 576	5 357	81,5%	8,4
HAUTE-NORMANDIE	34 407	11 473	75,0%	37 518	7 878	82,6%	7,7
ILE DE FRANCE	227 903	56 857	80,0%	249 892	38 978	86,5%	6,5
LANGUEDOC-ROUSSILLON	59 583	14 640	80,3%	63 864	10 479	85,9%	5,6
LIMOUSIN	15 464	5 082	75,3%	18 038	3 642	83,2%	7,9
LORRAINE	49 716	14 108	77,9%	53 764	10 630	83,5%	5,6
MIDI-PYRENEES	53 523	18 220	74,6%	62 095	14 074	81,5%	6,9
NORD PAS-DE-CALAIS	93 485	23 327	80,0%	101 031	17 170	85,5%	5,4
PAYS DE LOIRE	76 651	24 647	75,7%	85 397	18 592	82,1%	6,5
PICARDIE	30 926	10 097	75,4%	34 488	6 898	83,3%	7,9
POITOU-CHARENTES	38 269	10 763	78,0%	41 300	8 316	83,2%	5,2
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	113 753	27 957	80,3%	123 176	21 158	85,3%	5,1
RHONE-ALPES	123 691	35 971	77,5%	142 451	25 945	84,6%	7,1

N'hésitez pas à contacter votre MSA

MSA Caisse Centrale	Direction Déléguée aux Politiques Sociales
Les Mercuriales	Direction des Politiques Publiques
40, rue Jean Jaurès	Direction des Études, des Répertoires et des Statistiques
93547 Bagnolet Cedex	Echelon National du Contrôle Médical
Tél. : 01 41 63 75 83	Direction du Développement Sanitaire et Social
Fax : 01 41 63 73 14	Direction de la Santé Sécurité au Travail
www.msa.fr	Direction Comptable et Financière



**santé
famille
retraite
services**

L'essentiel & plus encore