



 agir ensemble

# Rapport Charges et Produits MSA 2018

■ Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits au titre de 2018 (loi du 13 août 2004)



# Sommaire

Synthèse	5
Liste des propositions de la MSA pour 2017-2018	10
Partie 1. Le suivi de l'ONDAM et le solde de la branche maladie au régime agricole	11
1.1. Le suivi de l'ONDAM au régime agricole et l'impact de la convention médicale	12
1.2. Les mécanismes d'équilibrage des régimes agricoles pour la branche maladie	13
1.2.1. Le régime des salariés agricoles	13
1.2.2. Le régime des non-salariés agricoles	14
1.2.3. Le régime agricole	15
Partie 2. Les caractéristiques démographiques, sanitaires et en matière de dépenses de santé de la population agricole	16
2.1. Les caractéristiques démographiques des personnes protégées en maladie au régime agricole	17
2.1.1. La population agricole protégée en maladie en 2016 et les perspectives 2018	17
2.1.2. Les patients pris en charge au titre d'une ALD au régime agricole en 2016	23
2.2. Les caractéristiques sanitaires de la population agricole : les résultats de l'enquête ESPS	24
2.3. Les dépenses de santé et le reste à charge des patients après remboursement par le régime agricole en 2015	30
Partie 3. Les propositions de la MSA pour contribuer aux politiques publiques de santé	34
3.1. Accompagner les assurés par la prévention, la promotion de la santé et l'éducation à la santé, en privilégiant une approche globale des besoins de la personne	35
3.1.1. Une offre de prévention ciblée, en lien avec le médecin traitant	35
3.1.2. Un accompagnement des personnes dans la prévention, la gestion de leur maladie et la prévention de la désinsertion sociale et professionnelle	39
3.1.2.1. Le Rendez-vous Prestations MSA pour favoriser l'accès aux droits	39
3.1.2.2. L'éducation thérapeutique pour les patients polyopathologiques (ET3P)	41
3.1.2.3. L'accompagnement des assurés malades complexes	43
3.1.2.4. L'accompagnement des diabétiques à risque élevé de plaie du pied ou d'amputation	45
3.1.2.5. La cellule pluridisciplinaire de maintien en emploi pour prévenir la désinsertion sociale professionnelle	47

3.2. Renforcer les actions de gestion du risque et accompagner les offreurs de soins dans le cadre de la maîtrise médicalisée _____	50
3.2.1. Les actions du plan national GDR 2016 de la MSA _____	50
3.2.2. Les propositions de nouvelles actions pour 2017-2018 _____	50
3.2.2.1. Les actions de contrôle des arrêts de travail _____	50
3.2.2.2. Le contrôle des arrêts de travail pour lombalgies communes _____	51
3.2.2.3. Les actions dentaires _____	53
3.2.2.4. Les transports _____	53
3.2.2.5. Les produits de santé _____	54
a. Les chaussures thérapeutiques de série à usage temporaire (CHUT) _____	54
b. Les sièges coquilles _____	63
3.3. Poursuivre et amplifier l'implication sur les territoires ruraux _____	64
3.3.1. Prévenir et limiter les risques de rupture d'accès à l'offre de soins sur les territoires : l'outil Diagnostic Territorial MSA _____	64
3.3.2. Favoriser l'accès à l'offre de soins _____	66
3.3.2.1. Accompagner la démographie médicale _____	67
a. Favoriser et accompagner l'exercice des professionnels de santé en milieu rural : l'action « Exercice en campagne » de la MSA _____	67
b. L'exemple de l'action Educ'tour de la MSA Franche-Comté _____	71
3.3.2.2. Accompagner les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) _____	73
3.3.2.3. S'engager pour l'accès à une offre hospitalière de proximité _____	73
3.3.2.4. Accompagner les parcours de soins en milieu rural dans leur dimension sanitaire, médico-sociale et sociale : Pays de Santé _____	74
3.3.2.5. CLS, CTS et PTA : la MSA, un acteur incontournable _____	75
3.3.3. Accompagner le virage ambulatoire _____	76
3.3.3.1. Le déploiement des PRADO _____	76
a. PRADO maternité _____	76
b. PRADO chirurgie-orthopédie _____	78
c. PRADO insuffisance cardiaque _____	79
d. PRADO BPCO _____	80
3.3.3.2. L'action « Chirurgie ambulatoire en campagne » _____	80

Annexes	82
Annexe 1 : La réalisation de l'ONDAM au régime agricole et les prévisions	83
1.1. Réalisation de l'ONDAM en 2016	83
1.1.1. L'évolution des soins de ville	84
1.1.2. Le bilan du plan de maîtrise médicalisée au régime agricole	84
1.1.3. L'évolution des dépenses au titre des établissements de santé	85
1.2. Perspectives 2017-2018 pour l'enveloppe des soins de ville	87
1.2.1. Les prévisions 2017	87
1.2.2. Les évolutions tendanciennes 2018	88
Annexe 2 : Les caractéristiques des répondants de l'enquête ESPS 2014	90
Annexe 3 : Définitions et méthodologie de l'étude sur le reste à charge (après AMO) des patients du régime agricole	93
Annexe 4 : Zoom sur le parcours de prévention pour les personnes en situation de précarité	94
Annexe 5 : Les actions du plan GDR 2016	96
5.1. Les actions de contrôle des arrêts de travail	96
5.1.1. Respect du délai d'envoi de 48 heures	96
5.1.2. Indication du motif médical sur les arrêts de travail	96
5.1.3. Contrôle de la qualité du prescripteur d'une prolongation	96
5.1.4. Avis rendus sur les arrêts de travail maladie ou AT/MP supérieurs à 45 jours en AMEXA	96
5.1.5. Arrêts de travail AT/MP indemnisés de plus de 3 ans	97
5.2. Le traitement des demandes d'accord préalable de grand appareillage orthopédique	97
5.3. Les actions sur les médicaments	98
5.3.1. Versatis® : respect de l'autorisation de mise sur le marché	98
5.3.2. Associations formellement contre-indiquées	100
5.4. Le contrôle des actes infirmiers	100
5.4.1. Contrôle du non cumul des AIS3	101
5.4.2. Contrôle des majorations de nuit	101
5.4.3. Contrôle d'actes et prestations d'infirmiers intervenant auprès des patients pris en charge en SSIAD	101
5.5. Le contrôle des EHPAD	102
5.5.1. Action de contrôle des facturations	102
5.5.2. Récupération des indus auprès des EHPAD par les CMSA pivots	102

5.6. Les actions auprès des établissements de santé _____	103
5.6.1. Le contrôle régional de la T2A _____	103
5.6.2. Notifications d'indus suite aux contrôles T2A _____	103
5.6.3. Accompagnement des établissements dont la MSA est pivot _____	104
5.6.4. Mise sous accord préalable des actes réalisés en établissement _____	104
5.7. Les actions dentaires _____	104
5.7.1. Cumul C+CCAM _____	104
5.7.2. Bridge _____	105
5.7.3. Pose d'un plan de libération occlusale _____	105
5.7.4. Chirurgie implantaire _____	105
5.8. Les actions locales _____	105
5.9. La mutualisation du Recours Contre Tiers _____	106
Annexe 6 : Le recours des patients du régime agricole aux hôpitaux de proximité en 2015 _____	107

# SYNTHÈSE

# SYNTHÈSE

**Aux termes de l'article 39 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, codifié à l'article L111-11 du Code de la sécurité sociale, « l'Union nationale des caisses d'assurance maladie transmet avant le 15 juin de chaque année au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement des propositions relatives à l'évolution des charges et des produits de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants non agricoles et de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. Ces propositions tiennent compte des objectifs de santé publique ».**

Le rapport MSA pour l'exercice 2018 présente les propositions de la MSA pour contribuer aux politiques publiques de santé.

Ces propositions cherchent à accroître l'efficacité du système de santé au bénéfice des ressortissants agricoles et s'inscrivent dans un cadrage financier contraint par l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, l'Ondam, dont la progression est fixée à 2,1 % en 2017 par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS).

Ces propositions intègrent également le rôle de la MSA en tant qu'acteur du monde rural ainsi que son approche globale de la santé pour apporter une réponse efficace aux besoins de la personne et adaptée à son territoire de vie.

Le rapport Charges et Produits de la MSA pour 2018 comporte trois parties :

- le suivi de l'Ondam et le solde de la branche maladie au régime agricole,
- les caractéristiques démographiques, sanitaires et en matière de dépenses de la population agricole ;
- les propositions de la MSA pour contribuer aux politiques publiques de santé.

## **1) LA PREMIÈRE PARTIE DE CE RAPPORT PRÉSENTE LE SUIVI DE L'ONDAM ET LE SOLDE DE LA BRANCHE MALADIE AU RÉGIME AGRICOLE EN 2016.**

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 fixe l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) à 185,2 milliards d'euros, ce qui correspond à une progression annuelle des dépenses de + 1,75 %.

Les prestations suivant le champ de l'Ondam prises en

charge par les régimes agricoles (salariés agricoles et non-salariés agricoles) s'élèvent à 11,4 milliards d'euros en 2016, soit une hausse de 0,8 %. Cette progression est vérifiée à la fois dans le champ des dépenses de soins de ville (5 milliards d'euros), qui augmentent de + 1,4 %, et dans celui des dépenses en établissements de santé (6,1 milliards d'euros), + 0,9 % dont une augmentation plus élevée constatée au niveau des établissements publics (+ 1,8 %). Les autres prises en charge et les fonds d'interventions régionaux (0,2 milliard d'euros) baissent de - 6,3 %.

La progression des dépenses de soins de ville de + 1,4 %, soit + 0,5 point de plus en un an, s'explique notamment par la reprise des dépenses de médicaments, poste pour lequel la tendance s'inverse, avec une évolution qui passe de - 3,1 % en 2015 à + 0,2 % en 2016. Hors médicament, l'évolution des dépenses serait en 2016 inférieure de 0,5 point à celle observée en 2015. Les honoraires de médecins spécialistes connaissent également une forte progression d'une année sur l'autre, + 1,8 point, avec + 3,1 % en 2016 après + 1,3 % en 2015.

Pour 2017, la progression prévisionnelle des dépenses de soins de ville du régime agricole serait de + 0,7 %. Cette évolution plus modérée que celle de 2016 résulterait de l'augmentation des mesures d'économie dans le cadre de la maîtrise médicalisée mais aussi d'un effet de calendrier (l'année 2017 comportant deux jours ouvrés de moins que 2016). Toutefois, l'impact des dispositions adoptées dans la convention médicale signée en 2016 contribuerait pour + 0,6 point à l'augmentation des dépenses en 2017. Le coût de l'ensemble des mesures, en particulier la revalorisation de 2 € de la consultation à partir du 1<sup>er</sup> mai 2017, s'élèverait à 30,6 millions d'euros en 2017 pour le régime agricole. L'impact est surtout marqué pour les honoraires des

médecins généralistes dont l'évolution serait majorée de + 5,5 points en 2017. Pour les spécialistes, cette majoration serait de + 1,9 point.

Enfin, compte tenu des évolutions des charges et produits de la branche maladie de l'ensemble des régimes, les mécanismes d'équilibrage prévus par la loi de finances se soldent en 2016 par un transfert de 1,2 milliard d'euros de la branche maladie du régime général à la branche maladie du régime agricole (salariés et non-salariés).

## **2) LA SECONDE PARTIE DE CE RAPPORT EST CONSACRÉE AUX ÉTUDES PORTANT SUR LES CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES, SANITAIRES ET EN MATIÈRE DE DÉPENSES DE LA POPULATION AFFILIÉE AU RÉGIME AGRICOLE.**

Depuis 2014, la démographie du régime agricole connaît une inflexion qui contribue à maintenir les effectifs. Cette évolution favorable trouve son origine dans l'accroissement net des effectifs de la population salariée. Cependant, après une croissance annuelle de + 2,2 % en 2014, + 2,8 % en 2015, elle se réduit à + 1,5 % en 2016. La progression des effectifs relevant du régime des salariés, moins dynamique que les deux années précédentes, ne permet plus le maintien global des effectifs de la population protégée au régime agricole, en recul de - 0,6 % en 2016.

Géographiquement, le régime agricole est présent sur tout le territoire, 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 (personnes ayant eu au moins un remboursement de soins dans l'année) relevant du régime agricole à la population française, est supérieur à la moyenne nationale (5 %) dans 1 220 bassins de vie sur 1 644.

S'agissant de la connaissance du risque concernant les populations agricoles, le rapport fait un zoom particulier sur

les résultats diffusés en 2017 de l'enquête ESPS (Enquête Santé et Protection Sociale) réalisée par l'Irdes en 2014. Ceux-ci révèlent chez les assurés MSA une perception de leur état de santé général qui se distingue de celle de l'ensemble de la population ; si les deux populations affectent en effet à ce critère une note globalement identique, les assurés MSA sont toutefois proportionnellement moins nombreux que la population générale à se déclarer en bon, ou très bon état de santé.

En matière de recours aux soins, les assurés du régime agricole sont surreprésentés dans la population n'ayant pas consulté un médecin généraliste, un spécialiste ou un dentiste, au cours des 12 derniers mois, malgré le fait que globalement ils déclarent moins souvent que l'ensemble de la population, avoir renoncé à des soins dentaires ou une consultation médicale, que ce soit pour raisons financières, de délai de rendez-vous ou éloignement des structures de soins.

En matière de prévention, on peut constater que les femmes du régime agricole sont surreprésentées parmi celles n'ayant pas réalisé de frottis depuis moins de 3 ans à âge identique.

En matière de cadre de vie, on note que les assurés du régime agricole participent plus à des activités associatives, rencontrent plus souvent des amis, des voisins, des collègues de travail, que l'ensemble de la population. Ils déclarent plus rarement avoir souffert d'isolement à la suite d'évènements subis.

Enfin, une étude est consacrée à la dépense de santé et au reste à charge de la population affiliée au régime agricole. En 2015, la dépense de santé moyenne par patient s'établit à 2 076 € au régime agricole. Environ un quart de cette dépense correspond au reste à charge (RAC) moyen par patient (avant une éventuelle prise en charge par l'assurance maladie complémentaire), soit 488 €. Sans surprise, ce sont les actes dentaires et la Liste des Produits et Prestations (LPP), en particulier l'optique, qui enregistrent les RAC moyens les plus élevés. Les caractéristiques des patients telles que le sexe, l'âge, la présence d'une affection de longue durée (ALD) ou le lieu de résidence peuvent aussi impacter le RAC.

### 3) LA TROISIÈME PARTIE DU RAPPORT RASSEMBLE LES PROPOSITIONS DE LA MSA POUR CONTRIBUER AUX POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTÉ.

Ces propositions s'inscrivent dans les lignes directrices de la stratégie maladie MSA en tant qu'acteur reconnu par la loi sur les problématiques de santé sur les territoires ruraux et prennent en compte l'assuré dans l'ensemble de ses dimensions en termes de santé (pathologie et prévention) et dans ses différents environnements (professionnel, familiale et sociale) qui ont une incidence sur sa santé. Ces propositions reflètent également l'ambition de la MSA de contribuer à la maîtrise des dépenses de l'Ondam et à l'efficacité du système de soins.

Ainsi, **la MSA poursuivra le développement de son programme institutionnel de prévention**, au-delà des actions pilotées par l'Etat et menées en inter-régime et notamment sa consultation de prévention (Instant Santé) qui évolue afin de mieux cibler les sous-consommateurs ; le ciblage de certaines populations notamment les jeunes et les personnes âgées. Par ailleurs, dans une approche territoriale, la MSA agit sur certains risques de ruptures de parcours pour certains malades chroniques ou atteints de poly-pathologie (Education thérapeutique des patients, action d'accompagnement des malades complexes). Une attention plus particulière est portée sur trois sujets : en premier lieu, la réforme du dispositif concernant le parcours de prévention pour les personnes en situation de précarité qui interviendra en 2018 ; en deuxième lieu, l'accompagnement des diabétiques à risque élevé de plaie du pied ou d'amputation et en troisième lieu, la cellule pluridisciplinaire de maintien en emploi (dite CPME), une instance de concertation et d'accompagnement du travailleur agricole en risque de désinsertion professionnelle qui mobilise le guichet unique MSA en favorisant un travail en pluridisciplinarité entre les professionnels des services concernés : l'action sanitaire et sociale (conseiller social), le service santé et sécurité au travail (médecin du travail, conseiller en prévention, infirmier) et le contrôle médical (médecin-conseil).

**La MSA renforcera les actions de gestion du risque** dans le cadre du Plan National de Gestion du Risque et d'Effici-  
cience du Système de Soins (PNGDRESS) piloté par l'Etat

et accompagnera les offreurs de soins dans le cadre de la maîtrise médicalisée.

Dans ce cadre, les principales propositions sont :

- Au sein du plan national de contrôle médical, les étapes chronologiques du contrôle médical des arrêts de travail de plus de 45 jours ont été modélisées en 2017 pour harmoniser les pratiques du réseau des services du contrôle médical. Afin d'améliorer l'efficacité de la stratégie de contrôle médical des arrêts de travail, la prise en compte de pathologies ciblées a été décidée. Le ciblage concernera les pathologies lombaires en 2017.

- Une action d'accompagnement concernant les chaussures thérapeutiques à usage temporaire (CHUT). Les CHUT sont destinées à des patients dont le pied nécessite un maintien, un chaussant particulier ou une correction que ne peut assurer une chaussure ordinaire, sans pour autant justifier l'attribution d'une chaussure thérapeutique sur mesure. Elles sont conçues et utilisées pour une durée limitée qui ne saurait répondre à un besoin permanent.

Afin de limiter la très forte croissance des prescriptions et délivrances de CHUT, la MSA propose un accompagnement des prescripteurs à partir du ciblage des bénéficiaires « répétitifs » (remboursement d'au moins une paire par an pendant 2 années consécutives, voire 3 années consécutives en fonction des volumes ciblés dans la caisse) afin de leur rappeler la finalité thérapeutique de ces chaussures à usage temporaire et de se questionner sur le matériel ou le traitement potentiellement mieux adapté à la pathologie de leur patient. En parallèle, il conviendrait de préciser les conditions de renouvellement de la prise en charge dans la nomenclature LPP.

Cette proposition pourrait permettre d'économiser jusqu'à 400 000 euros annuels pour le régime agricole.

- Enfin, la MSA réitère sa proposition faite dans le cadre du rapport 2017 de faire évoluer les conditions de la prise en charge des sièges coquilles, un dispositif médical destiné à une population gériatrique sans autonomie (confinée au lit ou au fauteuil) qui lui assure le maintien en position assise. Elle propose d'encadrer plus strictement la prescription de

ces sièges coquilles pour en réserver la prise en charge par l'assurance maladie aux bénéficiaires dont les besoins sont réellement avérés (à savoir les personnes ayant des difficultés à se maintenir en position verticale sans assistance) tels que recommandés par la Haute Autorité en Santé (reconnus en GIR 1 et 2). Pour ce faire, elle propose trois mesures : subordonner le remboursement à un accord préalable, inscrire cette catégorie de produit par description générique renforcée sur la LPP, afin de limiter l'accès au remboursement aux seuls produits conformes techniquement (un code LPP pour chaque produit certifié conforme par un laboratoire indépendant - art. L. 165-1 et R.165-7-1 du code de la sécurité sociale) et sensibiliser les prescripteurs aux conséquences négatives encourues par les personnes qui n'ont pas de réels besoins mais qui utiliseraient un siège coquille comme un siège de confort (risque de devenir grabataire).

L'instauration d'une exigence de demande d'accord préalable, qui est en cours de mise en place par le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS)<sup>(1)</sup>, pourrait permettre d'économiser environ 1,9 million d'euros sur une période de 2 ans pour le seul régime agricole et près de 14,9 millions d'euros sur une période de 5 ans, compte-tenu du faible taux de renouvellement annuel observé.

Par ailleurs, concernant les actions de gestion du risque maladie, les caisses de MSA poursuivent la mise en œuvre des actions prévues dans le cadre du plan GDR MSA 2017. Sur ce dernier, il convient de signaler que la MSA poursuit l'action de sensibilisation sur le médicament Versatis® qui vise à faire respecter par les prescripteurs le cadre fixé par l'autorisation de mise sur le marché (AMM), et que la CnamTS, après le RSI en 2016, cible également ce médicament dans le cadre d'actions d'accompagnement auprès des professionnels de santé libéraux concernant les produits de santé, compte tenu de l'efficacité de l'action initiée par la MSA en 2013. Un bilan de cette action a été porté à la connaissance des membres du CEPS, amené à se prononcer sur le renouvellement de l'inscription du Versatis® sur la liste des spécialités remboursables. Rétrospectivement, l'action a permis d'infléchir la tendance linéaire à la hausse de délivrance de boîtes de Versatis® au régime agricole à partir de février 2013. Cette action a permis ainsi de réaliser plus de 2,7 M€ d'économies entre mi-2013 et 2016 pour la MSA, dont 525 000 € pour l'année 2016.

**La MSA poursuivra également son implication sur les territoires ruraux.** Elle développe son offre en complémentarité avec l'inter-régime et les ARS en apportant des solutions nouvelles et efficaces sur des territoires et pour des populations dont les besoins sont spécifiques.

Vis-à-vis des territoires ruraux, la MSA se propose d'intervenir en faveur des territoires ciblés qu'elle identifiera comme les plus à risques, c'est-à-dire les territoires où l'accès à l'offre de soins de proximité est menacé. Pour les identifier, elle a la possibilité de mobiliser l'outil « Diagnostic Territorial MSA » qui permet de faire un état des lieux des fragilités existant sur les territoires en termes d'offre de soins.

Sur ces territoires ruraux ciblés, la MSA poursuivra son action, dans le cadre de la gouvernance instaurée par les pouvoirs publics, afin de prévenir et limiter les risques de rupture dans le déroulement du parcours de santé en s'impliquant en faveur de la démographie médicale en milieu rural pour limiter les déserts médicaux (action « Exercer en campagne ») et en favorisant l'accès aux soins et les coopérations entre professionnels de santé (accompagnement des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP), de Pays de santé,...).

L'analyse des contrats locaux de santé existants d'une part et des conseils territoriaux de santé d'autre part confirme le rôle incontournable joué par la MSA au sein des territoires.

Dans le cadre de l'optimisation des parcours de santé, s'agissant de l'expérimentation des « réseaux gérontologiques » initiée par la MSA en tant que précurseur dans la création et l'accompagnement des réseaux de soins (puis des réseaux de santé), la MSA soutient la volonté des pouvoirs publics de faire évoluer ces structures en Plateforme Territoriale d'Appui.

Enfin, 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.

(1) Avis de projet du 2 août 2016.

## LISTE DES PROPOSITIONS DE LA MSA POUR 2017-2018

### THÉMATIQUE : LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ PAR LA PRÉVENTION, LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET L'ÉDUCATION À LA SANTÉ

- Proposition 1** : Sensibiliser et accompagner les cibles prioritaires (jeunes et personnes en situation de précarité) à l'arrêt du tabac avec l'action MSA « Déclic Stop Tabac »
- Proposition 2** : Cibler, de façon prioritaire, les non-consommateurs de soins dans le cadre des Instants Santé Adultes
- Proposition 3** : Renforcer le Rendez-vous Prestations MSA pour favoriser l'accès aux droits des assurés
- Proposition 4** : Étendre le programme d'éducation thérapeutique pour les patients polypathologiques (ET3P) à toutes les régions
- Proposition 5** : Accompagner les diabétiques à risque élevé de plaie du pied ou d'amputation
- Proposition 6** : Généraliser les cellules pluridisciplinaires de maintien en emploi (CPME) sur l'ensemble du territoire en 2017

### THÉMATIQUE : GESTION DU RISQUE ET CONSEILS AUX PRESCRIPTEURS ET OFFREURS DE SOINS

- Proposition 7** : Cibler les pathologies lombaires dans le cadre du contrôle des arrêts de travail
- Proposition 8** : Renforcer les actions de contrôle dentaire
- Proposition 9** : En matière de transports, sensibiliser les assurés et praticiens pour la promotion et l'utilisation du véhicule personnel
- Proposition 10** : Concernant les chaussures thérapeutiques de série à usage temporaire (CHUT) :
- Accompagner les prescripteurs, à partir du ciblage des bénéficiaires « répétitifs », pour un usage plus adapté de ces chaussures thérapeutiques
  - Préciser les conditions de renouvellement de la prise en charge dans la nomenclature LPP
- Proposition 11** : Concernant les sièges coquilles (reprise de la proposition du rapport Charges et Produits MSA 2017) :
- Subordonner la prise en charge des sièges coquilles à l'avis favorable du contrôle médical et soumettre leur prescription à une demande d'accord préalable
  - Inscrire par description générique renforcée les sièges coquilles sur la LPP
  - Sensibiliser les acteurs aux enjeux de conformité des prescriptions

### THÉMATIQUE : ACCÈS À L'OFFRE DE SOINS SUR LES TERRITOIRES RURAUX

- Proposition 12** : Généraliser le Diagnostic Territorial MSA à toutes les caisses de MSA
- Proposition 13** : Accompagner l'exercice des professionnels de santé en milieu rural par l'action « Exercice en campagne »
- Proposition 14** : Poursuivre l'accompagnement des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles
- Proposition 15** : Déployer l'action « Chirurgie ambulatoire en campagne »

# **PARTIE 1**

## **LE SUIVI DE L'ONDAM ET LE SOLDE DE LA BRANCHE MALADIE AU RÉGIME AGRICOLE**

# 1. Le suivi de l'Ondam et le solde de la branche maladie au régime agricole

## 1.1. Le suivi de l'Ondam au régime agricole et l'impact de la convention médicale

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 fixe l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) à 185,2 milliards d'euros, ce qui correspond à une progression annuelle des dépenses de + 1,75 % (+ 1,70 % pour les soins de ville).

Les prestations suivant le champ de l'Ondam prises en charge par le régime agricole (régimes des salariés agricoles et des non-salariés agricoles) s'élèvent à 11,41 milliards d'euros en 2016 (+ 0,8 % par rapport aux dépenses de 2015) dont 5,05 milliards d'euros pour l'enveloppe des soins de ville (+ 1,4 %).

Pour 2017, la LFSS retient une évolution annuelle de + 2,1 % pour les soins de ville. La progression prévisionnelle des dépenses du régime agricole serait de + 0,7 %. L'évolution plus modérée que celle de 2016 résulterait de

l'augmentation du montant des mesures d'économie (+ 9,5 millions d'euros) mais aussi d'un effet de calendrier (l'année 2017 comportant deux jours ouvrés de moins que 2016).

La mise en œuvre de l'Ondam au régime agricole et les prévisions 2017-2018 sont détaillés dans l'Annexe 1.

Toutefois, l'impact des dispositions adoptées dans la convention médicale signée en 2016 contribuerait pour + 0,6 point à l'augmentation des dépenses en 2017.

Le coût de l'ensemble des mesures, en particulier la revalorisation de 2 € de la consultation à partir du 1<sup>er</sup> mai 2017, s'élèverait à 30,6 millions d'euros en 2017 pour le régime agricole (16,1 millions pour les non-salariés et 14,5 millions pour les salariés) et 19,7 millions d'euros supplémentaires en 2018 (**Tableau 1**).

L'impact est surtout marqué pour les honoraires des médecins généralistes dont l'évolution serait majorée de + 5,5 points en 2017. Pour les spécialistes, cette majoration serait de + 1,9 point.

**Tableau 1 : Estimation - Impact de la convention médicale (en millions d'euros)**

En 2017	Non-salariés agricoles	Salariés agricoles	Régime agricole
Honoraires des médecins généralistes	10,6	9,8	20,4
Honoraires des médecins spécialistes	5,5	4,7	10,2
TOTAL	16,1	14,5	30,6
En 2018	Non-salariés agricoles	Salariés agricoles	Régime agricole
Honoraires des médecins généralistes	5,9	5,4	11,3
Honoraires des médecins spécialistes	4,4	4,0	8,4
TOTAL	10,3	9,4	19,7

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

### 1.2.1. Le régime des salariés agricoles

Entre 2014 et 2016, le besoin de financement progresse au régime des salariés agricoles.

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

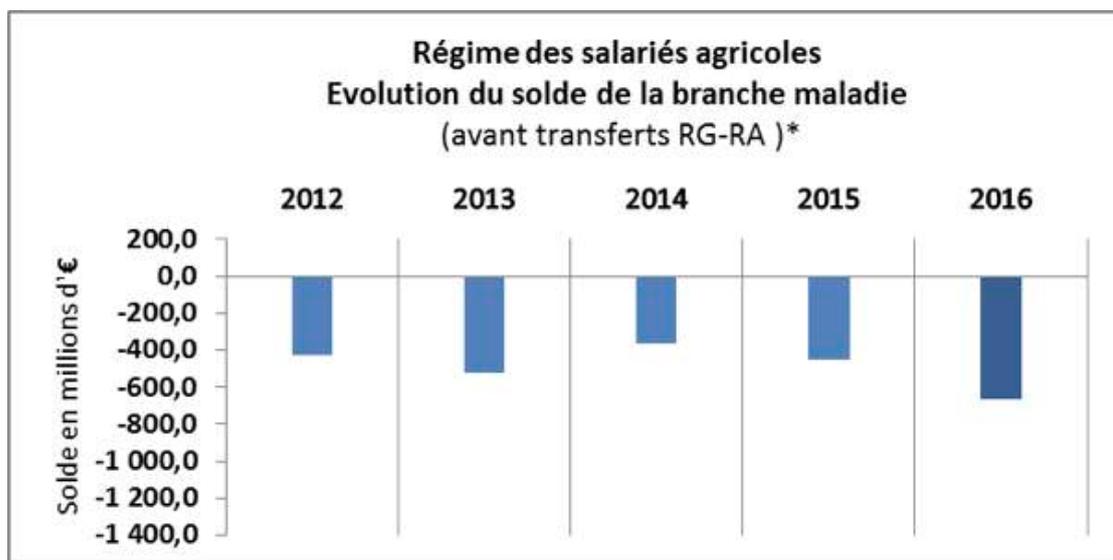
Le solde de la branche maladie des salariés agricoles est

déficitaire depuis 2012 (**Graphique 1**). Avec une croissance des dépenses (+ 1,7 %) portée par celle des prestations sociales et une baisse des recettes du régime (- 2,3 %), le solde de la branche maladie des salariés agricoles voit sa situation se dégrader en 2016.

Le recul des recettes en 2016 résulte principalement de la baisse des montants perçus au titre de la CSG (- 11,3 %), baisse consécutive au changement de son mode de répartition entre régimes d'assurance maladie, conséquence de la mise en œuvre de la PUMa. En effet, le régime reçoit désormais le montant de la CSG acquitté par ses propres cotisants alors qu'il recevait jusqu'en 2015 une part forfaitaire du produit total de CSG maladie.

Ainsi, de 452,3 millions d'euros en 2015, le déficit de la branche maladie atteint 668,4 millions d'euros en 2016. Ce montant est versé par le régime général pour équilibrer le solde.

**GRAPHIQUE 1 : 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 REALISATIONS 2016 (DSEF-DCF)

### 1.2.2. Le régime des non-salariés agricoles

Au régime des non-salariés agricoles, le déficit élevé de la branche maladie en 2016 engendre un besoin de financement.

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

Avec un résultat excédentaire de 100,4 millions d'euros en 2015, la branche maladie des non-salariés agricoles s'est retrouvée en situation de verser ce montant en faveur du régime général. En 2016, le solde est devenu fortement déficitaire et il s'élève à 568,0 millions d'euros (Graphique 2).

Cette dégradation s'explique par un recul des recettes significativement plus important que celui des dépenses du régime (- 9,1 % contre - 1,5 %).

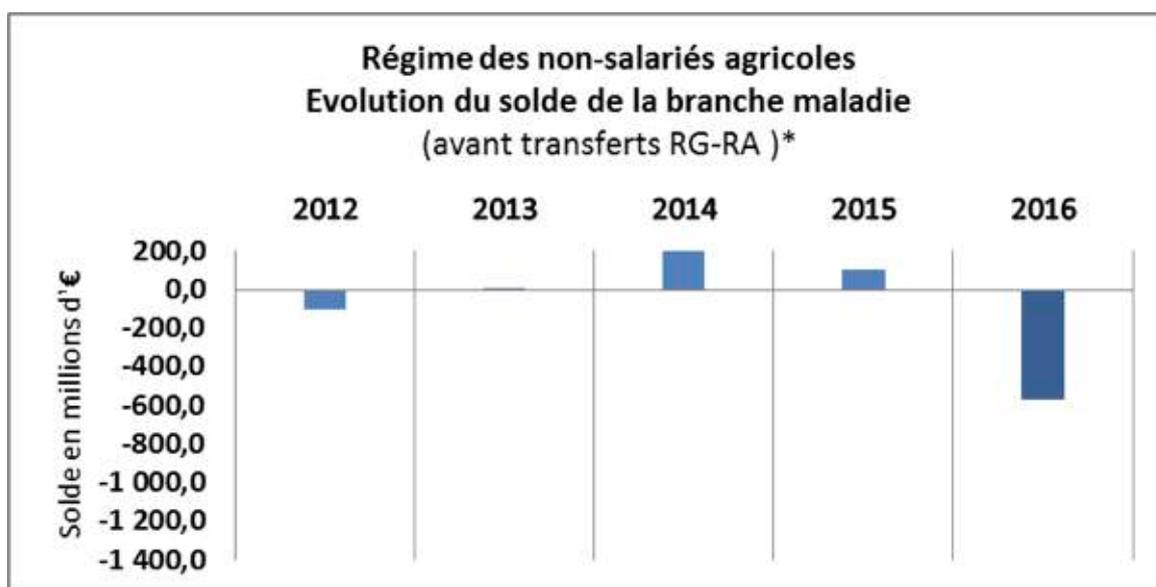
Comme au régime des salariés agricoles, les recettes perçues au titre de la CSG sont en recul significatif en 2016 (- 34,8 %).

Par ailleurs, la diminution des recettes s'explique également par une forte baisse des montants d'impôts et taxes affectés (ITAF) (- 5,6 %), baisse liée notamment à la suppression progressive de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S) (Article 9 – LFSS 2016).

Enfin, la perte de recettes pour la branche maladie trouve aussi son origine dans la baisse des montants de cotisations sociales (- 66,8 %), conséquence d'une assiette brute de cotisations qui continue de baisser avec - 9,8 %, en lien avec le recul des revenus professionnels agricoles depuis 2013. Aussi, les différentes mesures affectant le régime des non-salariés<sup>(1)</sup>, notamment pour répondre au contexte des crises agricoles, accentuent la baisse des montants de cotisations sociales.

*(1) disparition de l'assiette minimale de la branche AMEXA et abaissement de 7 points du taux de cotisation AMEXA. Ces mesures sont compensées par l'Etat qui a notamment versé 445 millions d'euros à l'ACOSS au titre de la mesure de baisse de 7 points du taux de cotisation.*

**GRAPHIQUE 2 : 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 REALISATIONS 2016 (DSEF-DCF)

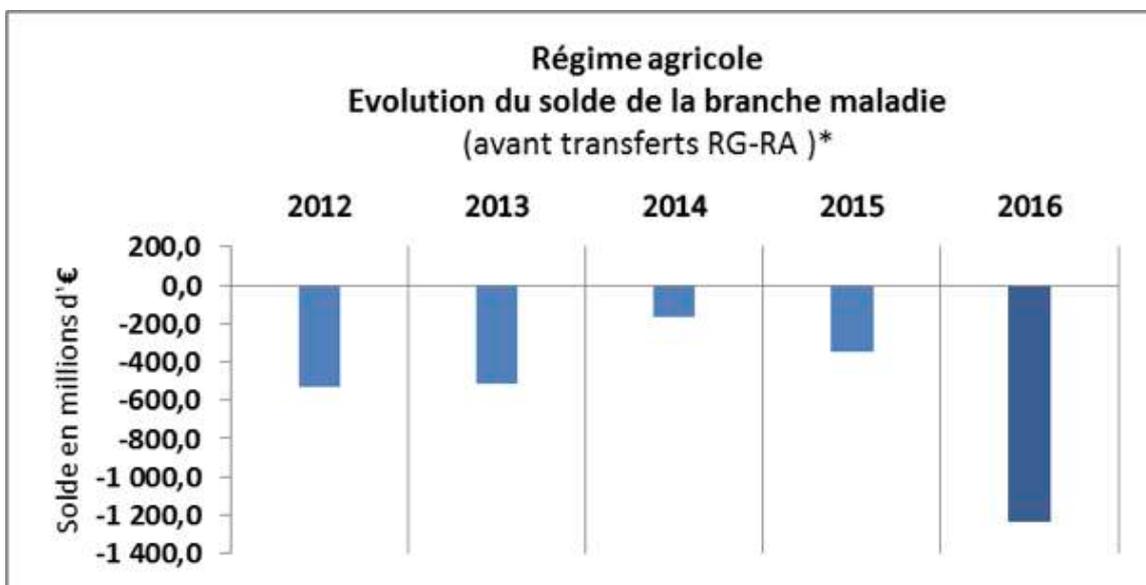
1.2.3. Le régime agricole

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

En 2016, le régime général a versé plus de 1,2 milliard

d'euros à la branche maladie du régime agricole en raison d'un déficit qui se dégrade (**Graphique 3**), mais dont une bonne part est compensée par dotation budgétaire de l'État.

**GRAPHIQUE 3 : 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 REALISATIONS 2016 (DSEF-DCF)

## **PARTIE 2**

# **LES CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES, SANITAIRES ET EN MATIÈRE DE DÉPENSES DE SANTÉ DE LA POPULATION AGRICOLE**

## 2. Les caractéristiques démographiques, sanitaires et en matière de dépenses de santé de la population agricole

### 2.1. Les caractéristiques démographiques des personnes protégées en maladie au régime agricole

#### 2.1.1. La population agricole protégée en maladie en 2016 et les perspectives 2018

À la fin de l'année 2016, le régime agricole recense 3,2 millions de personnes protégées au titre du risque maladie, un effectif représentant 5,0 % de la population totale en France métropolitaine. Au régime agricole, 57,2 % sont protégés au régime des salariés agricoles et 42,8 % relèvent du régime des non-salariés agricoles.

Le régime agricole compte une majorité d'hommes. Ils représentent 54,9 % de la population protégée totale.

Depuis 2014, la démographie du régime agricole connaît une inflexion qui contribue à maintenir les effectifs (**Graphique 4**). Cette évolution favorable trouve son origine dans l'accroissement net des effectifs de personnes protégées au régime des salariés, dont le taux de croissance annuel atteint + 2,2 % en 2014 et + 2,8 % en 2015. Cependant, avec + 1,5 % en 2016, la progression des effectifs relevant du régime des salariés est moins dynamique que les deux années précédentes et ne permet plus le maintien global de la population protégée au régime agricole, en recul de - 0,6 % en 2016.

**GRAPHIQUE 4 : ÉVOLUTION ANNUELLE DE LA POPULATION PROTÉGÉE EN MALADIE DES RÉGIMES AGRICOLES**



Source : CNAVTS, CCMSA

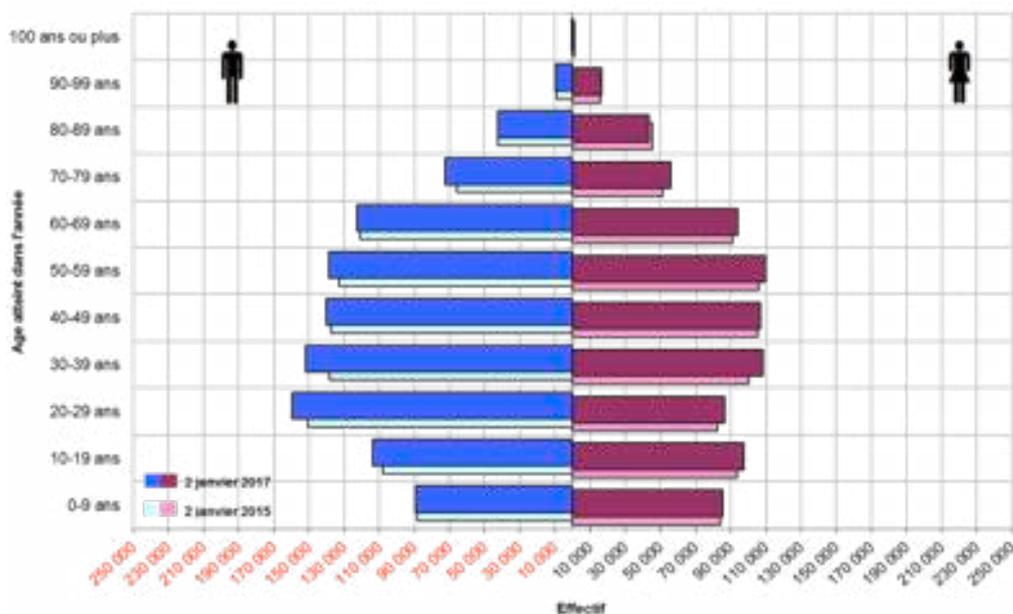
Les régimes agricoles présentent une structure démographique très différente avec une pyramide des âges qui leur est propre (Graphiques 5 et 6). Ces caractéristiques populationnelles expliquent en partie les évolutions des effectifs de chacun des régimes.

Au régime des salariés agricoles, la pyramide des âges est comparable à celle de la population française métro-

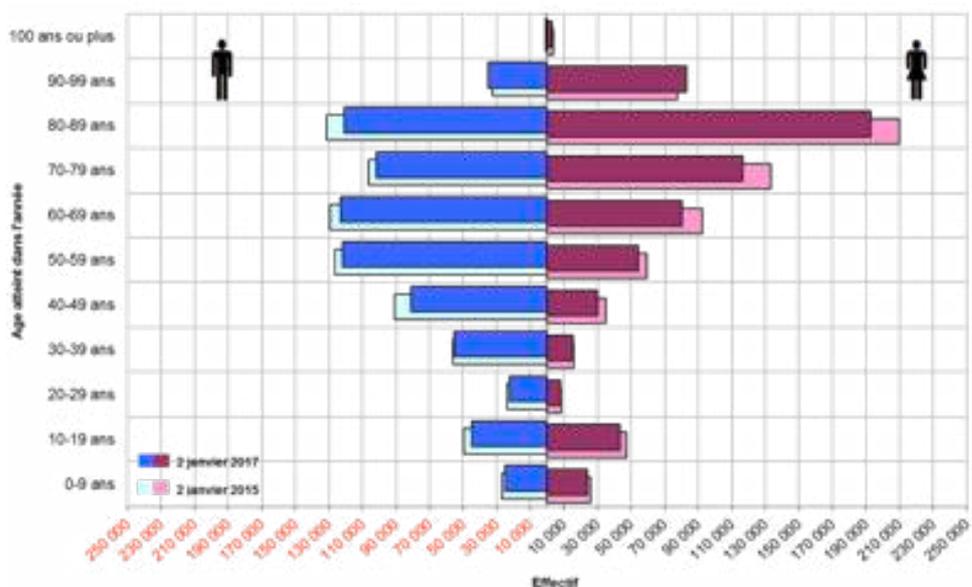
politaine. Les effectifs en âge de travailler représentent 54,2 %, les moins de 20 ans, 20,9 %, et les 60 ans et plus, 24,9 % (Tableau 2).

Le régime des non-salariés agricoles a la spécificité d'avoir une forte proportion de personnes âgées. En effet, 62,0 % des effectifs sont âgés de 60 ans et plus, alors que seuls 9,9 % ont moins de 20 ans (Tableau 3).

**GRAPHIQUE 5 : PYRAMIDE DES ÂGES AU RÉGIME DES SALARIÉS AGRICOLES**



**GRAPHIQUE 6 : PYRAMIDE DES ÂGES AU RÉGIME DES NON-SALARIÉS AGRICOLES**



Source : CNAVTS, CCMSA

## 2

### Les caractéristiques démographiques, sanitaires et en matière de dépenses de santé de la population agricole

Avec + 1,5 % en 2016 (**Tableau 2**), la croissance moindre des effectifs protégés au régime des salariés s'explique par un repli de l'emploi depuis le 2<sup>e</sup> trimestre 2015 dans les entreprises relevant du régime agricole. Ce repli se confirme en 2016 dans le secteur de la production agricole. Cette dernière est notamment marquée par la chute des récoltes de céréales résultant des conditions météorologiques défavorables au cours de l'année (inondations au printemps puis sécheresse estivale), ce qui a provoqué une baisse de l'emploi saisonnier.

Ce sont les effectifs âgés de 20 à 39 ans et de 60 à 79 ans qui contribuent le plus à la croissance de la population protégée dans ce régime (respectivement + 1,8 % et + 2,5 %). Parallèlement, le droit illimité à la prise en charge des frais de santé avec la mise en place de la Protection universelle maladie (PUMA) depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et les modifications structurelles d'accès à l'emploi constatées ces dernières années, en lien avec un recours accru des employeurs à des contrats à durée déterminée pour leurs salariés, peuvent avoir des conséquences positives pour le régime agricole en matière d'affiliation.

**Tableau 2 : Évolution de la population protégée en maladie au régime des salariés agricoles**

	% des effectifs par tranches d'âge en 2016	Évolution des effectifs 2016/2015	Évolution des effectifs 2015/2014
Moins de 20 ans	20,9 %	+0,9 %	+ 2,0 %
De 20 à 39 ans	27,4 %	+1,8 %	+ 5,5 %
De 40 à 59 ans	26,8 %	+1,2 %	+ 1,7 %
De 60 à 79 ans	18,7 %	+2,5 %	+ 2,4 %
80 ans et plus	6,2 %	+0,0 %	- 0,3 %
<b>TOTAL</b>	<b>100,0 %</b>	<b>+1,5 %</b>	<b>+ 2,8 %</b>

Sources : CNAVTS, CCMSA

**Tableau 3 : Évolution de la population protégée en maladie au régime des non-salariés agricoles**

	% des effectifs par tranches d'âge en 2016	Évolution des effectifs 2016/2015	Évolution des effectifs 2015/2014
Moins de 20 ans	9,9%	-3,7%	- 4,6 %
De 20 à 39 ans	7,3%	-0,8%	- 2,3 %
De 40 à 59 ans	20,8%	-4,0%	- 3,9 %
De 60 à 79 ans	30,5%	-4,0%	- 4,8 %
80 ans et plus	31,5%	-2,4%	- 2,1 %
<b>TOTAL</b>	<b>100,0 %</b>	<b>-3,3%</b>	<b>- 3,6 %</b>

Sources : CNAVTS, CCMSA

La baisse régulière des effectifs relevant du régime des non-salariés agricoles pèse sur la population totale protégée (**Tableau 3**). Outre la structure démographique du régime, la diminution continue des personnes protégées au régime des non-salariés agricoles est liée à la baisse démographique des chefs d'exploitations et à l'évolution de l'activité professionnelle des conjoints qui travaillent de plus en plus souvent hors du monde agricole, ce qui peut conduire à une affiliation dans un autre régime. Enfin, la baisse moindre en 2016 (- 3,3 %, après - 3,6 % en 2015) résulte des conséquences en matière d'affiliation de la PUMa et des modifications des critères d'affiliations des chefs d'exploitation pré-

vues par la loi d'avenir pour l'agriculture fin 2014.

Compte tenu des premiers constats observés sur le 1<sup>er</sup> trimestre 2017 et des prévisions de l'emploi agricole plutôt marquées par une hausse modérée du nombre d'actifs, le rythme de croissance des effectifs protégés au régime des salariés continuerait de ralentir au cours des deux prochaines années (**Tableau 4**). Au régime des non-salariés, la baisse de la population devrait également se poursuivre quasiment au même rythme. Ainsi, les effectifs du régime agricole (salariés et non-salariés agricoles) devraient connaître une baisse dont le taux serait proche de 1 % par an en moyenne jusqu'en 2018.

**Tableau 4 : Prévisions d'évolution de la population protégée en maladie**

Régime des salariés agricoles	Évolution 2017/2016	Évolution 2018/2017
<b>Assurés ouvrants-droits</b>	<b>+ 1,2 %</b>	<b>+ 1,2 %</b>
actifs (en emploi ou non)	+ 0,9 %	+ 0,9 %
retraités	+ 1,9 %	+ 2,0 %
invalides	+ 2,3 %	+ 1,7 %
<b>Ayants-droits</b>	<b>- 0,7 %</b>	<b>- 0,7 %</b>
enfants	+ 0,8 %	+ 0,7 %
conjoints et autres personnes couvertes	- 5,0 %	- 5,0 %
<b>Total</b>	<b>+ 0,7 %</b>	<b>+ 0,7 %</b>
Régime des non-salariés agricoles	Évolution 2017/2016	Évolution 2018/2017
<b>Assurés ouvrants-droits</b>	<b>- 2,8 %</b>	<b>- 2,8 %</b>
en activité	- 1,9 %	- 1,8 %
retraités	- 3,4 %	- 3,5 %
invalides	- 1,3 %	- 3,2 %
<b>Ayants-droits</b>	<b>- 6,0 %</b>	<b>- 5,7 %</b>
collaborateurs d'exploitation (conjoints et membres de la famille)	- 6,0 %	- 6,5 %
enfants	- 4,0 %	- 4,0 %
autres personnes couvertes	- 8,3 %	- 7,5 %
<b>Total</b>	<b>- 3,4 %</b>	<b>- 3,4 %</b>
Ensemble des régimes agricoles	Évolution 2017/2016	Évolution 2018/2017
<b>Total</b>	<b>- 1,1 %</b>	<b>- 1,1 %</b>

Source : CCMSA - Données pour la Commission des comptes de la sécurité sociale - Prévisions mai 2017

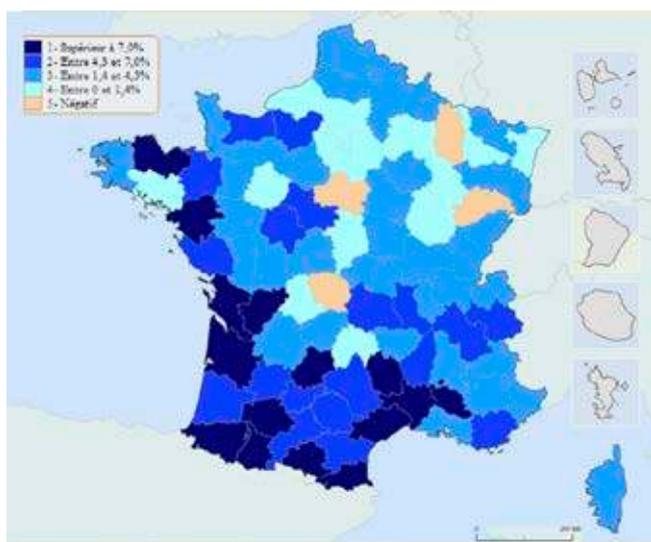
## 2

## Les caractéristiques démographiques, sanitaires et en matière de dépenses de santé de la population agricole

Au cours des deux dernières années la croissance de la population salariée a été très dynamique dans les départements de l'arc Atlantique, ainsi que dans les régions agricoles du Languedoc-Roussillon et de la Provence (**Carte 1**).

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

**CARTE 1 : TAUX D'ÉVOLUTION DES PERSONNES PROTÉGÉES EN MALADIE ENTRE 2014 ET 2016 AU RÉGIME DES SALARIÉS AGRICOLES**



Sources : CNAVTS, CCMSA

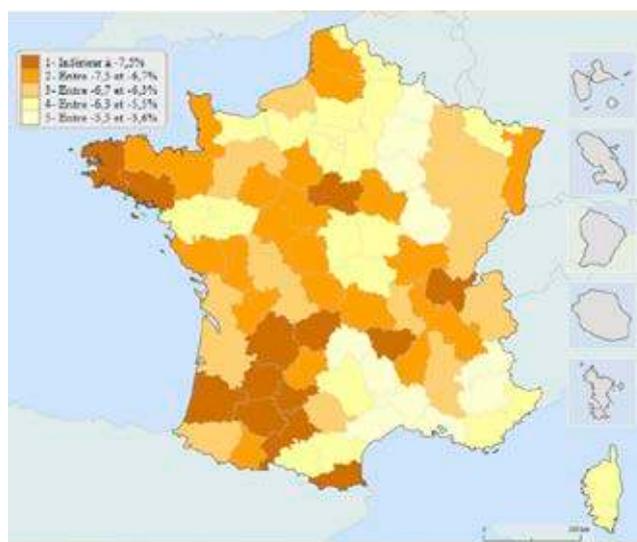
Géographiquement, le régime agricole est présent sur tout le territoire (**Carte 3**), sa composante salariée se regroupant plutôt autour des grandes aires urbaines, qui ont gardé une forte vocation agricole, à l'exception notable de la région parisienne. En revanche, la com-

posante 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 (personnes ayant eu au moins un remboursement de soins dans l'année) relevant du régime agricole (année 2016) à la population française (année 2013) – est supérieur à la moyenne nationale (5%) dans 1 220 bassins de vie sur 1 644.

Dans 672 bassins de vie, situés pour l'essentiel à l'ouest

**CARTE 2 : TAUX D'ÉVOLUTION DES PERSONNES PROTÉGÉES EN MALADIE ENTRE 2014 ET 2016 AU RÉGIME DES NON-SALARIÉS AGRICOLES**



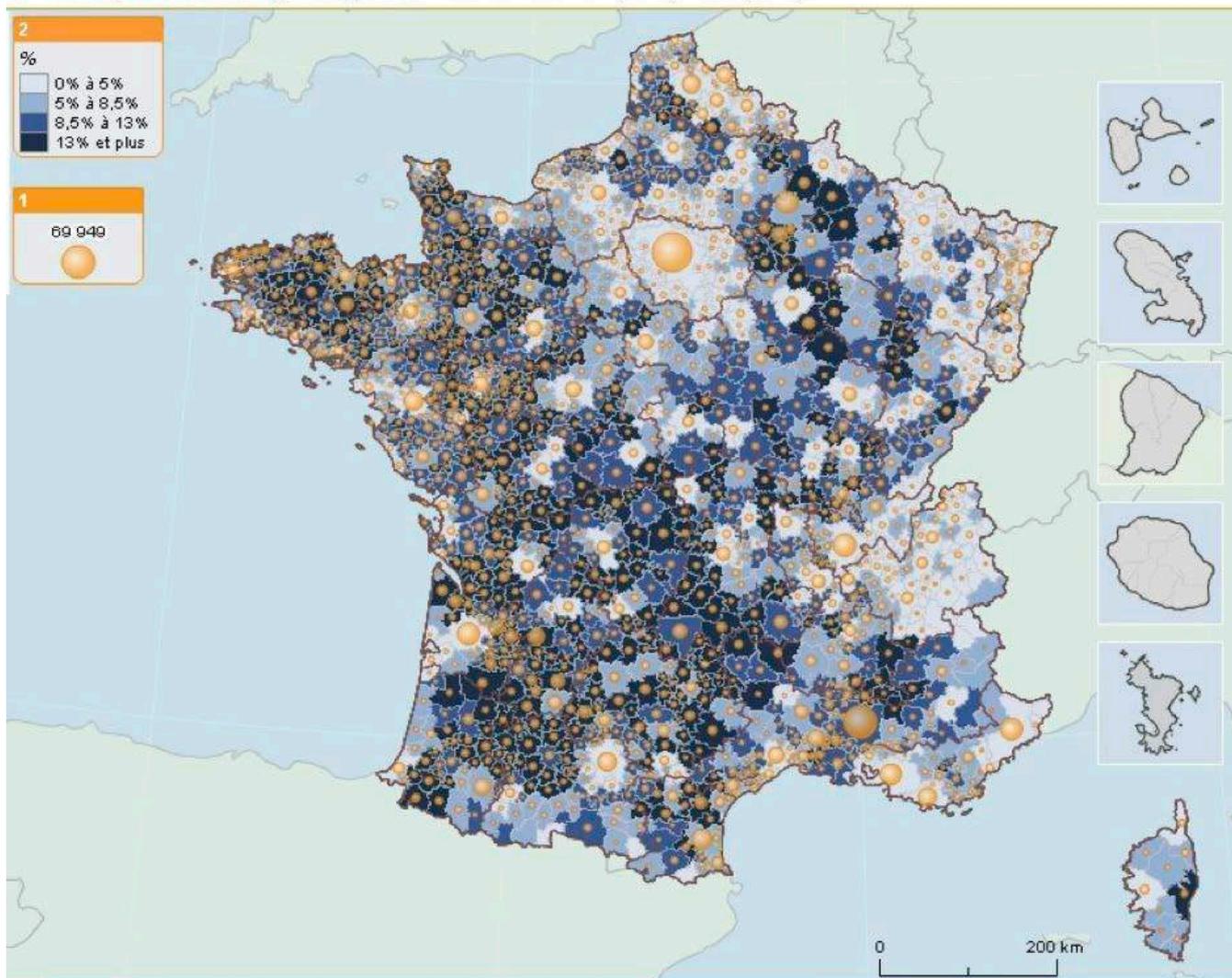
Sources : CNAVTS, CCMSA

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 2016 - POPULATION FRANÇAISE 2013)**

1 - Patients au régime agricole - source : CCMSA (2016)

2 - Tx de présence au régime agricole - source : CCMSA (2016) Insee (2013)



© MSA - IGN GéoFla 2015 - Carte réalisée à partir de données importées par l'utilisateur — Caisses MSA

## 2

## Les caractéristiques démographiques, sanitaires et en matière de dépenses de santé de la population agricole

### 2.1.2. Les patients pris en charge au titre d'une ALD au régime agricole en 2016

À fin décembre 2016, le nombre de patients en ALD au régime agricole est de 683 095 et augmente de + 0,5 %, après - 0,8 % un an plus tôt (**Tableau 5**). Cette augmentation concerne uniquement le régime des salariés agricoles dont les effectifs en ALD augmentent de + 3,6 %, après + 2,2 % en 2015. S'agissant du régime des non-salariés, le nombre de patients en ALD diminue de - 1,3 %, après - 2,4 % en 2015.

Fin 2016, 26 % des patients du régime agricole sont en ALD. Ce pourcentage diffère selon le statut : il est de 36 % chez les non-salariés et 17 % chez les salariés. Parmi ces patients en ALD, les trois-quarts (75 %) ont 65 ans et plus.

Enfin, la part des patients en ALD augmente logiquement avec l'âge : 3 % chez les moins de 20 ans, 13 % chez les 20-64 ans et 55 % chez les 65 ans et plus. Cette répartition est quasiment identique quel que soit le statut.

**Tableau 5 : Évolution des patients en ALD au régime agricole et répartition selon le statut et l'âge**

		Évolution annuelle à fin décembre 2016	Écart par rapport à l'évolution annuelle à fin décembre 2015	Répartition par classe d'âge à fin décembre 2016	Part des patients en ALD à fin décembre 2016
Régime agricole	- de 20 ans	5,8 %	3,5 pt	2 %	3 %
	20-64 ans	3,5%	3,4 pt	23 %	13 %
	65 ans et +	- 0,5%	0,7 pt	75 %	55 %
	<b>TOTAL</b>	<b>0,5%</b>	<b>1,3 pt</b>	<b>100%</b>	<b>26 %</b>
dont Non-salariés 63 %	- de 20 ans	0,5%	4,2 pt	1 %	3 %
	20-64 ans	0,7%	3,8 pt	12 %	13 %
	65 ans et +	-1,6%	0,7 pt	87 %	56 %
	<b>TOTAL</b>	<b>-1,3%</b>	<b>1,1 pt</b>	<b>100 %</b>	<b>36 %</b>
dont Salariés 37 %	- de 20 ans	7,7%	2,8 pt	4 %	3 %
	20-64 ans	4,7%	2,7 pt	40 %	13 %
	65 ans et +	2,4%	0,3 pt	56 %	52 %
	<b>TOTAL</b>	<b>3,6%</b>	<b>1,4 pt</b>	<b>100 %</b>	<b>17 %</b>

Sources : CCMSA/DSEF

## 2.2. Les caractéristiques sanitaires de la population agricole : les résultats de l'enquête ESPS

L'enquête santé et protection sociale (ESPS) réalisée depuis 1988 par l'Irdes (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé) a pour objectif d'approcher l'état de santé de la population française et ses liens avec la couverture maladie, la situation sociale et le recours aux soins. La CCMSA a exploité pour son propre compte les données issues de l'enquête 2014 réalisée auprès de 8 000 ménages ordinaires, soit 22 000 personnes, en respectant la méthodologie statistique de L'Irdes. Ainsi les pondérations calculées par l'Irdes ont été appliquées pour redresser l'échantillon afin que les résultats correspondent à la structure de la population réelle. L'analyse du régime agricole s'est essentiellement portée sur 3 sous-groupes de populations âgées de plus de 15 ans : les personnes déclarant être protégées par le régime de protection sociale agricole en tant que salarié ou non salarié (régime : MSA), les personnes déclarant appartenir à la catégorie socio-professionnelle Agriculteur pour leur activité actuelle ou leur dernière activité pour les retraités (CSP : Agriculteur) et les personnes résidant dans une commune hors de l'aire d'influence des villes (Résidence : commune rurale).

Les données figurant dans les tableaux suivants pré-

sentent l'effectif de la population répondante, le taux ou la valeur brute pondérée (c'est-à-dire redressée du taux de sondage), l'indice comparatif (Ic) de chacune des catégories, à âge et sexe identique, avec la population générale, et le seuil de significativité de cet indice (significativité : \* 10%, \*\* 5%, \*\*\* 1%). L'Annexe 2 décrit les caractéristiques des répondants de cette enquête.

### État de santé, santé perçue

A structure d'âge et sexe identique, les assurés MSA sont moins nombreux à se déclarer en bon, ou très bon état de santé que l'ensemble de la population (Ic : 93 \*\*, voir **Tableau 6**). Malgré tout, la note qu'ils affectent à leur état de santé ne diffère pas beaucoup et sous-entend un état de santé général, proche de celui qu'a l'ensemble de la population (Ic : 99). En revanche, la note affectée par la CSP agriculteur est significativement inférieure à la moyenne (Ic : 95 \*\*).

L'appréciation plus mitigée des ressortissants de la MSA sur leur état de santé (assez bon) n'est cependant pas assortie d'une déclaration d'un problème de santé chronique, plus marquée que dans l'ensemble de la population (Ic : 97).

Aux questions portant sur les symptômes ou les pathologies en rapport avec la colonne vertébrale (lombalgie Ic : 91, cervicalgie Ic : 100), les maladies cardiovasculaires

**TABLEAU 6 : QUESTION SUR L'ÉTAT DE SANTÉ EN GÉNÉRAL**

Comment est votre état de santé en général ?			
- Bon ou très bon	Population répondante	Taux brut pondéré en %	Indice comparatif à âge et sexe identiques <i>significativité</i>
Ensemble	15 659	69,4	100
Régime : MSA	914	57,9	93 **
CSP : Agriculteur	388	43,3	83 ***
Résidence : commune rurale	841	65,2	101

*ESPS 2014 - exploitation CCMSA*

## 2

### Les caractéristiques démographiques, sanitaires et en matière de dépenses de santé de la population agricole

(maladie des artères coronaires, angine de poitrine, angor Ic : 99, accident vasculaire cérébral Ic : 94, infarctus Ic : 107) et le diabète (Ic : 94), les ressortissants de la MSA ne répondent pas significativement différemment de l'ensemble de la population. Mais ils déclarent moins souvent avoir eu des problèmes rénaux au cours des 12 derniers mois (Ic : 56 \*\*) et ont également moins déclaré avoir eu une cirrhose du foie (Ic : 38 \*). De même, ils déclarent beaucoup moins d'allergies (rhinite allergique, allergie de la peau ou alimentaire (Ic : 66 \*\*\*). Cette caractéristique concerne tant l'ensemble des assurés MSA que les seuls agriculteurs (actifs et retraités) (Ic : 64 \*\*\*) et s'observe avec la même intensité chez la population résidant dans une commune rurale (Ic : 66 \*\*\*).

L'ensemble des assurés MSA et la sous population de la CSP agriculteurs, déclarent beaucoup moins avoir souffert d'une dépression durant l'année écoulée (respectivement Ic : 62 \*\*\*, 42 \*\*\*). Ils consultent moins que la population générale un psychologue ou un psychiatre (Ic : 56 \*\*\*). Cependant, leurs réponses ne présentent pas toujours de différence significative sur les items évaluant un état dépressif (manque d'intérêt Ic : 100, difficultés de concentration Ic : 101 \*, mauvaise opinion de soi Ic : 101, tristesse Ic : 101).

En revanche, les ressortissants du régime agricole déclarent plus avoir eu une bronchite chronique, une broncho-pneumopathie chronique obstructive ou un emphysème (Ic : 131 \*).

Par ailleurs, les assurés MSA, et plus encore les seuls agriculteurs, signalent qu'ils ont souffert de douleurs physiques dans le mois précédant l'enquête (respectivement Ic : 109 \*, 117 \*\*, voir **Tableau 7**) et que ces douleurs les ont limités dans leurs activités domestiques ou dans leur travail (respectivement Ic : 108 \*\*, 117 \*\*\*).

#### Autonomie

Les ressortissants du régime agricole déclarent rencontrer plus de difficultés à s'habiller (Ic : 132 \*), à prendre un bain, une douche sans aide (Ic : 143 \*\*\*), à prendre leurs médicaments sans aide (Ic : 182 \*\*\*), à utiliser leur téléphone (Ic : 160 \*\*) que l'ensemble de la population. Des difficultés sont également plus souvent rencontrées pour monter des marches (Ic : 116 \*) ou marcher 500 m. (Ic : 123 \*\*). Réaliser des démarches administratives ou s'occuper des comptes sans aide est également cité comme une source de difficulté (Ic : 146 \*\*).

La catégorie socio-professionnelle des agriculteurs (actifs et retraités) rencontre également des difficultés dans la réalisation des tâches ménagères lourdes (Ic : 118 \*), pour faire les courses (Ic : 131 \*), ou encore aller aux toilettes sans aide (Ic : 176 \*\*).

En lien avec ces difficultés quotidiennes, les assurés MSA ont plus recours à des services d'aide ou de soins à domicile (Ic : 125 \*\*).

**TABLEAU 7 : QUESTION SUR L'INTENSITÉ DES DOULEURS PHYSIQUES**

Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?			
- moyenne, grande, très grande	Population répondante	Taux brut pondéré en %	Indice comparatif à âge et sexe identiques <i>significativité</i>
Ensemble	15 488	29,3	100
Régime : MSA	900	37,0	109 *
CSP : Agriculteur	384	46,3	117 * *
Résidence : commune rurale	826	32,8	103

*ESPS 2014 - exploitation CCMSA*

En termes de limitation fonctionnelle, la difficulté à entendre ce qui se dit dans une conversation, que ce soit dans une pièce bruyante ou silencieuse, est également citée plus fréquemment par les assurés du régime agricole que par l'ensemble de la population (pièce silencieuse Ic : 126 \*\* (Tableau 8), pièce bruyante Ic : 116 \*\*\*).

Toutefois, le sous-équipement par un appareil auditif des assurés MSA n'est pas significativement différent de celui de l'ensemble de la population, à âge et sexe identique (Ic : 97). En revanche, ils portent moins souvent des lunettes ou des lentilles correctrices (Ic : 93 \*\*\*). Selon les réponses des personnes, ce sous-équipement est moins souvent lié à un problème financier que pour la population générale (Ic : 60 \*\*\*).

### Recours aux soins

Globalement les ressortissants du régime agricole déclarent moins souvent que l'ensemble de la population, avoir renoncé à des soins dentaires ou une consultation médicale, que ce soit pour raisons financières (respectivement Ic : 82 \*\*, 47 \*\*\*), de délai de rendez-vous (Ic : 76\*\*) ou éloignement des structures de soins (Ic : 76). L'éloignement des structures de soins ne semble jouer que sur les hospitalisations de jour, moins fréquentes

dans la population des communes rurales et pour la CSP agriculteur (respectivement Ic : 72 \*\*, 68 \*\*\*).

Néanmoins, les assurés du régime agricole sont surreprésentés dans la population n'ayant pas consulté un médecin généraliste (Ic : 123 \*), un spécialiste (Ic : 110 \*\*\*), ou un dentiste (Ic : 112 \*\*\*), au cours des 12 derniers mois. Mais, de façon assez paradoxale, les assurés MSA ne présentent pas de différence significative concernant la date de la dernière mesure de leur tension artérielle, du dosage de leur cholestérol ou de leur taux de sucre dans le sang (respectivement Ic : 99, 98, 97).

### Prévention

Il n'en va pas de même pour les examens de dépistage. À âge identique, les femmes du régime agricole sont surreprésentées parmi celles n'ayant pas réalisé de frot-tis depuis moins de 3 ans (Ic : 116 \*\*\*). Cette caractéristique concerne également l'ensemble des femmes résidant dans une commune rurale (Ic : 111 \*). En revanche, si les femmes du régime agricole déclarent plus fréquemment n'avoir pas réalisé de mammographie dans les 3 dernières années (Ic : 114 \*\*\*), ceci ne s'observe pas chez les femmes des communes rurales (Ic : 105). Toutefois, ces résultats ne correspondent pas aux

**TABLEAU 8 : QUESTION SUR LES DIFFICULTÉS À ENTENDRE DANS UNE PIÈCE SILENCIEUSE**

Avez-vous des difficultés à entendre ce qui se dit dans une conversation avec une autre personne dans une pièce silencieuse (avec votre appareil auditif si vous en portez un) ?			
- de : quelques difficultés, à : je ne peux pas le faire sans aide	Population répondante	Taux brut pondéré en %	Indice comparatif à âge et sexe identiques <i>significativité</i>
Ensemble	14 937	8,5	100
Régime : MSA	852	17,0	126 * *
CSP : Agriculteur	350	26,0	137 * *
Résidence : commune rurale	791	12,7	118

*ESPS 2014 - exploitation CCMSA*

## 2

## Les caractéristiques démographiques, sanitaires et en matière de dépenses de santé de la population agricole

taux observés des dépistages organisés, en effet, le taux de participation des femmes du régime agricole est, en 2015, de 56,4 %, contre 50 % pour l'ensemble des femmes.

Que ce soit dans la CSP Agriculteur ou dans l'ensemble des assurés MSA, les fumeurs et les ex fumeurs sont nettement sous-représentés – agriculteurs, fumeurs (Ic : 113 \*\*\*), ex-fumeurs (Ic : 131 \*\*\*), assurés MSA, fumeurs (Ic : 108 \*\*\*), ex-fumeurs (Ic : 116 \*\*\*). Il en est de même pour les personnes exposées à la fumée du tabac en intérieur (agriculteurs Ic : 56 \*\*\*, assurés MSA (Ic : 82 \*\*\*). Ce qui explique une fréquence du cancer du poumon moindre dans la population du régime, mesurée par la prévalence de l'exonération du ticket modérateur pour cette pathologie à âge et sexe identique (en 2011, prévalence pour 1.000, NSA : 0,53, SA : 0,85, RG : 1,30).

Les assurés MSA ne se distinguent pas de l'ensemble de la population concernant la consommation d'alcool (non consommateur ou consommateur sans risque Ic : 103), de fruits et légumes (Ic : 101). Mais, ils déclarent beaucoup moins fréquemment que la population générale, pratiquer des activités sportives ou physiques de loisir (Ic : 83 \*\*\*), de même qu'effectuer des déplacements à pied (Ic : 93 \*\*\*) ou à vélo (Ic : 80 \*\*), de plus de 10 mn par jour.

Les agriculteurs présentent un indice de masse corporelle

(IMC) brut moyen (26,9) supérieur à la valeur seuil de la normalité et significativement différent de celui de l'ensemble de la population. Les personnes dont l'IMC caractérise une obésité sont surreprésentées dans cette CSP (Ic : 128 \*\*, voir **Tableau 9**). Toutefois, ces caractéristiques ne se retrouvent pas chez l'ensemble des ressortissants MSA. Les mesures réalisées lors des Instants santé, chez les 25-74 ans, aboutissent aux mêmes conclusions, 21 % des non-salariés agricoles ont un IMC supérieur au seuil d'obésité, contre 18 % des salariés agricoles.

### Cadre de vie

Les assurés du régime agricole participent plus à des activités associatives (Ic : 118 \*\*\*), rencontrent plus souvent des amis, des voisins (Ic : 103 \*\*), des collègues de travail (Ic : 113 \*), que l'ensemble de la population. Et ils déclarent plus rarement avoir souffert d'isolement à la suite d'évènements subis (Ic : 81 \*\*). Néanmoins, ils ne jugent pas différemment de l'ensemble de la population, l'aide qu'ils pourraient obtenir de leurs voisins en cas de besoin (Ic : 100).

Les personnes propriétaires de leur logement sont sur-représentées dans la population des assurés MSA, tout comme chez les agriculteurs et les résidents des communes rurales (respectivement Ic : 112 \*\*\*, 121 \*\*\*, 112 \*\*\*). Ils bénéficient de logements plus spacieux que la moyenne (Ic : 110 \*\*\*).

**TABLEAU 9 : VALEUR CALCULÉE DE L'IMC POUR LES PERSONNES OBÈSES**

	Population répondante	Taux brut pondéré en %	Indice comparatif à âge et sexe identiques	significativité
Ensemble	15 331	14,7	100	
Régime : MSA	902	15,9	102	
CSP : Agriculteur	385	22,7	128	* *
Résidence : commune rurale	823	17,0	106	

*ESPS 2014 - exploitation CCMSA*

### Les actifs et l'activité professionnelle

Les actifs affiliés au régime agricole, qu'ils soient salariés ou exploitants, déclarent beaucoup plus souvent que l'ensemble des actifs réaliser des tâches nécessitant un effort modéré à important dans leur travail (Ic : 113 \*\*\*), et être exposés au port de charges lourdes (Ic : 135 \*\*\*, voir **Tableau 10**). Ce dernier résultat est encore beaucoup plus marqué chez les agriculteurs (Ic : 213 \*\*\*). Les actifs affiliés au régime agricole se déclarent également plus exposés à des postures pénibles (Ic : 119 \*\*\*, voir **Tableau 11**) et à des substances et des produits nocifs ou toxiques (Ic : 120 \*), ce dernier point est plus marqué chez les exploitants agricoles (Ic : 168 \*\*\*). Il est à noter que les actifs résidant dans une commune rurale, présentent les mêmes caractéristiques (Ic : 127 \*\*\*).

Les actifs agricoles déclarent moins souvent vivre des tensions avec un public (Ic : 49 \*\*\*). Ils répondent d'une façon identique à l'ensemble des salariés, concernant le caractère répétitif de leur travail (Ic : 107) et leur liberté de décision dans leur travail (Ic : 119). L'aide des collègues de travail pour réaliser ses tâches à bien, est citée plus souvent par les exploitants agricoles que par les autres actifs (Ic : 128 \*\*).

Les actifs du régime agricole estiment plus fréquemment que les autres actifs que leur salaire n'est pas proportionnel aux efforts déployés (Ic : 109 \*\*, voir **Tableau 12**) et que leur travail n'est pas reconnu à sa juste valeur (Ic : 111 \*).

Néanmoins, ils déclarent moins souvent avoir été absents de leur travail pour raison de santé dans l'année écoulée (Ic : 82 \*\*).

En revanche, la peur de perdre son emploi ou son activité dans l'année qui vient, pour des raisons économiques, est moins représentée chez les actifs agricoles que dans l'ensemble de la population active (Ic : 44 \*\*\*).

Ces résultats 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 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.

**TABLEAU 10 : QUESTION SUR LE PORT DE CHARGES LOURDES**

Je suis exposé(e) à porter des charges lourdes lors de manutention.			
- <i>toujours, souvent</i>	Population répondante	Taux brut pondéré en %	Indice comparatif à âge et sexe identiques <i>significativité</i>
Ensemble	7 103	22,5	100
Régime : MSA	373	32,6	135 * * *
CSP : Agriculteur	142	48,9	213 * * *
Résidence : commune rurale	526	30,4	131 * * *

ESPS 2014 - exploitation CCMSA

## 2

### Les caractéristiques démographiques, sanitaires et en matière de dépenses de santé de la population agricole

**TABLEAU 11 : QUESTION SUR LES POSTURES PÉNIBLES OU FATIGANTES**

Je suis exposé(e) à des postures pénibles ou fatigantes à la longue : debout prolongé, accroupi, courbé, bras en l'air, en torsion, position forcée.

<i>- toujours, souvent</i>	Population répondante	Taux brut pondéré en %	Indice comparatif à âge et sexe identiques	significativité
Ensemble	7 105	39,9	100	
Régime : MSA	374	48,0	119	***
CSP : Agriculteur	142	57,4	146	***
Résidence : commune rurale	524	48,1	120	***

ESPS 2014 - exploitation CCMSA

**TABLEAU 12 : QUESTION ENTRE L'ADÉQUATION DU SALAIRE ET DES EFFORTS CONSENTIS**

Vu tous mes efforts, je considère que mon salaire est correct.

<i>- parfois, jamais</i>	Population répondante	Taux brut pondéré en %	Indice comparatif à âge et sexe identiques	significativité
Ensemble	7 064	64,9	100	
Régime : MSA	368	69,1	109	**
CSP : Agriculteur	137	84,7	134	***
Résidence : commune rurale	518	68,0	105	

ESPS 2014 - exploitation CCMSA

### 2.3. Les dépenses de santé et le reste à charge des patients après remboursement par le régime agricole en 2015

En 2015, 3 millions de patients bénéficient de soins remboursés par le régime agricole. La dépense de santé moyenne par patient s'établit à **2 076 €**. Environ un quart de cette dépense correspond au reste à charge<sup>(1)</sup> (RAC) moyen par patient (avant une éventuelle prise en charge par l'assurance maladie complémentaire), soit **488 €**. Le cumul de l'ensemble des RAC pour les patients du régime agricole est de 1,5 milliard d'euros, dont près de la moitié est attribuable aux tickets modérateurs et 43 % aux dépassements d'honoraires (Cf **Graphique 7**).

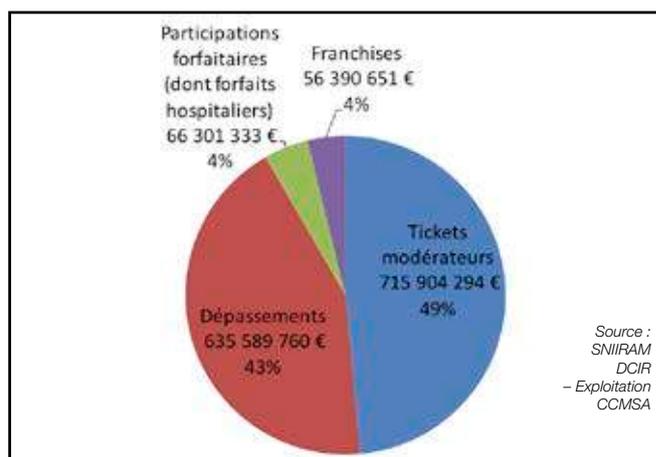
Le RAC peut s'avérer élevé pour certains individus puisque pour 10 % des affiliés au régime agricole il est supérieur à 1 169 € (cf. **Tableau 13**). Dans 75 % des cas, il est inférieur à 620 €. Cette forte dispersion, avec des RAC parfois très élevés pour certains individus, explique l'écart entre le RAC annuel moyen (488 €) et le RAC annuel médian (253 €).

Les dépassements d'honoraires sont particulièrement concentrés sur une partie des patients puisque pour 10% d'entre eux le cumul des dépassements d'honoraires est supérieur à 633€ tandis que pour 50 % des patients le montant est inférieur à 11 € (cf. **Tableau 14**). La dispersion est moins forte pour les autres types de RAC.

Concernant la catégorie d'actes, les prestations engendrant le plus de dépenses pour un patient sont les frais de séjours et les transports. Néanmoins, l'AMO participe

fortement au financement de ces dépenses (92 % en moyenne pour les frais de séjours, 94 % en moyenne pour les frais de transports). Ainsi, le RAC reste relativement modéré pour ces prestations (cf. **Tableau 15**). Ce sont les actes dentaires et la LPP, en particulier l'optique, qui enregistrent le RAC moyen le plus élevé, avec une participation de l'AMO plus faible que pour les autres catégories de prestations. La dispersion du RAC est forte pour ces actes. Si on regarde le montant médian au lieu du montant moyen, c'est pour la LPP, surtout l'optique, et pour les cures thermales que le RAC est le plus fort.

**GRAPHIQUE 7 : RÉPARTITION DU RESTE À CHARGE SELON LE TYPE DE RESTE À CHARGE POUR LES PATIENTS DU RÉGIME AGRICOLE EN 2015**



(1) Le reste à charge (RAC) correspond aux dépenses de santé qui ne sont pas remboursées à l'assuré. Il se compose des tickets modérateurs, des dépassements d'honoraires, des franchises, des participations forfaitaires et des forfaits hospitaliers (cf. définitions de l'Annexe 3) non remboursés par l'assurance maladie obligatoire (AMO), mais qui peuvent, dans certains cas, être pris en charge par une complémentaire santé. L'étude se concentre ici sur le RAC après le remboursement de l'AMO.

**Tableau 13 : Distribution de la dépense, du montant remboursé et du reste à charge pour les patients du régime agricole en 2015**

	Moyenne	P10	P25	Médiane	P75	P90
Montant de la dépense	2 076 €	73 €	244 €	773 €	1 954 €	4 605 €
Montant remboursé	1 588 €	39 €	124 €	389 €	1 193 €	3 416 €
Reste à charge	488 €	24 €	79 €	253 €	620 €	1 169 €

## 2

## Les caractéristiques démographiques, sanitaires et en matière de dépenses de santé de la population agricole

**Tableau 14 : Distribution de chaque type de reste à charge pour les patients du régime agricole en 2015**

	Moyenne	P10	P25	Médiane	P75	P90
Ticket modérateur	237 €	15 €	46 €	129 €	299 €	557 €
Dépassements d'honoraires	210 €	0 €	0 €	11 €	219 €	633 €
Participations forfaitaires (dont forfaits hospitaliers)	22 €	0 €	1 €	8 €	19 €	38 €
Franchises	19 €	0 €	1 €	10 €	37 €	50 €

**Tableau 15 : Distribution du reste à charge selon la catégorie d'actes pour les patients du régime agricole en 2015**

Catégorie d'actes	Nombre de patients	Dépense moyenne	Part prise en charge par l'AMO <sup>(1)</sup>	Reste à charge						Part des dépassements dans le RAC
				Moyenne	P10	P25	Médiane	P75	P90	
Consultations et visites <sup>(2)</sup>	2 757 278	188 €	74%	50 €	7 €	15 €	32 €	63 €	111 €	23%
Actes techniques <sup>(3)</sup>	1 874 004	298 €	78%	67 €	3 €	11 €	28 €	63 €	135 €	49%
Actes dentaires	942 503	399 €	31%	276 €	9 €	12 €	33 €	280 €	853 €	85%
LPP <sup>(4)</sup>	1 512 505	563 €	55%	252 €	3 €	18 €	92 €	360 €	623 €	81%
- dont optique	553 112	426 €	3%	412 €	162 €	244 €	373 €	546 €	707 €	98%
Médicaments <sup>(5)</sup>	2 730 571	568 €	80%	115 €	7 €	19 €	59 €	155 €	297 €	0%
Actes d'infirmiers <sup>(6)</sup>	1 214 846	611 €	93%	44 €	1 €	2 €	4 €	17 €	56 €	0%
Actes de MK <sup>(7)</sup>	491 937	521 €	81%	97 €	1 €	14 €	59 €	119 €	229 €	2%
Actes des autres auxiliaires médicaux <sup>(8)</sup>	146 843	250 €	74%	64 €	1 €	6 €	12 €	54 €	212 €	3%
Actes de biologie	1 672 356	142 €	75%	36 €	7 €	14 €	25 €	44 €	76 €	0%
Transports	398 187	744 €	94%	48 €	- €	2 €	12 €	45 €	106 €	5%
Frais de séjours <sup>(9)</sup>	570 393	1 455 €	92%	112 €	- €	- €	5 €	40 €	216 €	17%
Cures thermales	24 327	682 €	69%	214 €	20 €	37 €	223 €	282 €	349 €	26%

(1) Dont remboursement du régime local Alsace Moselle

(2) Dont indemnités de déplacement (hors auxiliaires médicaux)

(3) Actes de chirurgie, d'anesthésie, de radiologie, etc.

(4) Dont dispositifs médicaux facturables en sus du GHS

(5) Dont produits d'origine humaine et médicaments facturés en sus du GHS

(6) Dont indemnités de déplacement des infirmiers

(7) Dont indemnités de déplacement des MK

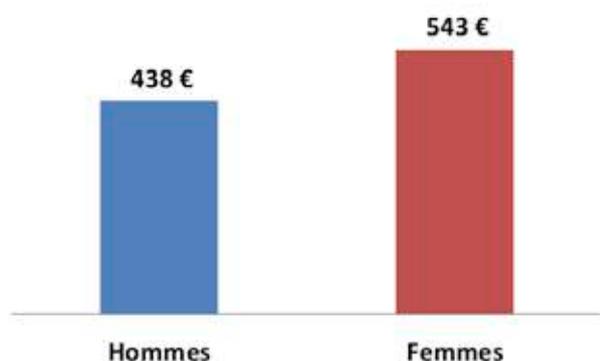
(8) Dont indemnité de déplacement des autres auxiliaires médicaux

(9) Dont scanners et IRM. Ne sont pas pris en compte les frais de séjours effectués dans les établissements publics (hors FIDES)

Les caractéristiques des patients telles que le sexe, l'âge ou la présence d'une affection de longue durée (ALD) peuvent aussi impacter le RAC.

En effet, le RAC est significativement plus élevé chez les femmes que chez les hommes<sup>(1)</sup>, avec un montant moyen annuel de 543 € chez les femmes et de 438 € chez les hommes (Graphique 8).

**GRAPHIQUE 8 : RESTE À CHARGE ANNUEL MOYEN SELON LE SEXE DES PATIENTS DU RÉGIME AGRICOLE EN 2015**



Cet écart entre les deux sexes existe quel que soit la classe d'âge, exceptés pour les moins de 10 ans où ce sont les hommes qui ont un RAC très légèrement supérieur (Graphique 9).

Par ailleurs, le RAC est corrélé positivement avec l'âge quel que soit le sexe du patient.

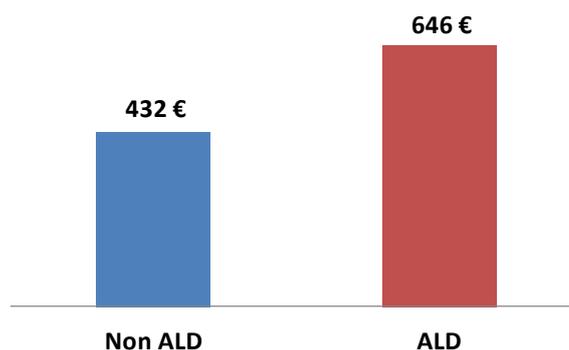
Un patient en ALD a en moyenne un RAC plus élevé qu'un patient qui n'est pas en ALD (Graphique 10)<sup>(2)</sup>. Néanmoins, ceci dépend surtout de l'âge du patient. Cette affirmation est vraie pour les patients de moins de 60 ans. De 60 à 70 ans, la différence n'est pas statistiquement significative. À partir de 70 ans, on observe le phénomène inverse où le RAC est plus élevé pour les patients qui ne sont pas en ALD (Graphiques 11).

Le niveau de RAC dépend également du lieu de résidence du patient. En effet, en standardisant les données par âge, sexe et ALD, on observe que le RAC moyen est plus élevé en Ile de France, en région Rhône-Alpes, dans le Nord-Est et dans le Sud qu'ailleurs en France (Carte 4).

**GRAPHIQUE 9 : RESTE À CHARGE ANNUEL MOYEN SELON LE SEXE ET LA CLASSE D'ÂGE DES PATIENTS DU RÉGIME AGRICOLE EN 2015**



**GRAPHIQUE 10 : RESTE À CHARGE ANNUEL MOYEN SELON LA PRÉSENCE D'UNE ALD OU NON POUR LES PATIENTS DU RÉGIME AGRICOLE EN 2015**



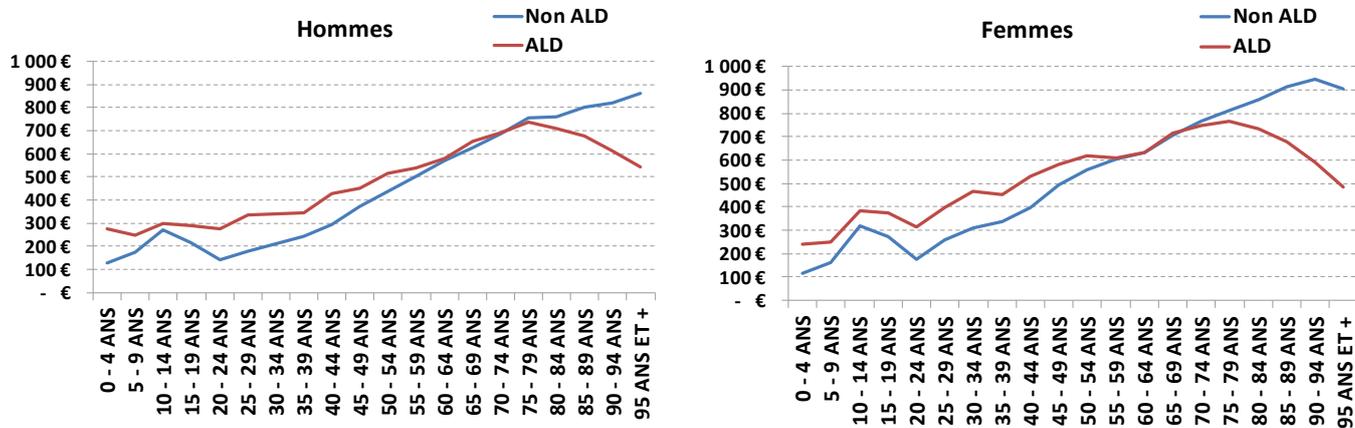
(1) Test de Student.

(2) Ce résultat est retrouvé dans plusieurs études (cf notamment Dourgnon P., Or Zeynep, Sorasith C. (2013), « L'impact du dispositif des Affections de longue durée (ALD) sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008 », IRDES, Questions d'économie de la santé, n°183).

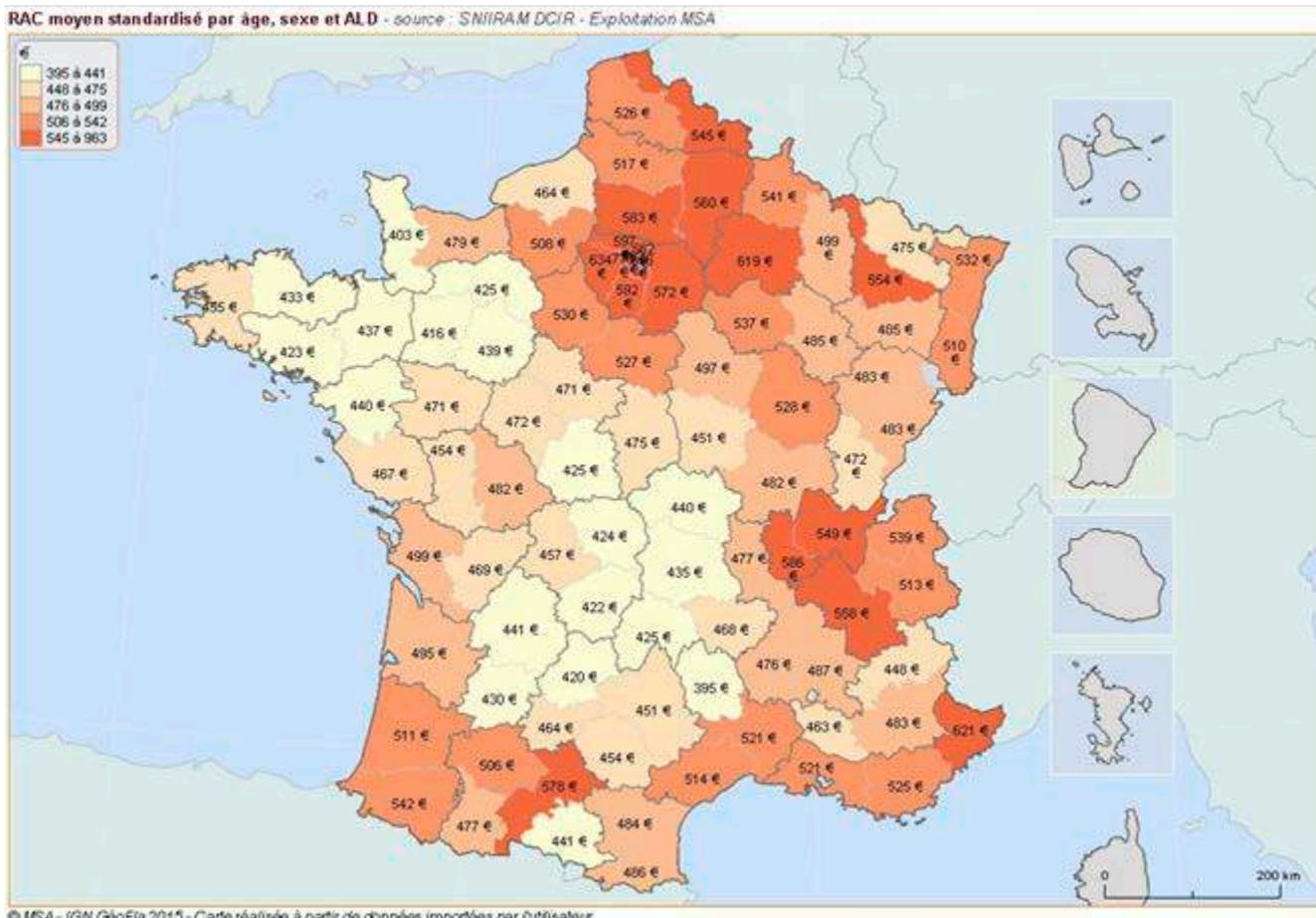
# 2

## Les caractéristiques démographiques, sanitaires et en matière de dépenses de santé de la population agricole

**GRAPHIQUES 11 : RESTE À CHARGE ANNUEL MOYEN SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LA PRÉSENCE D'UNE ALD OU NON POUR LES PATIENTS DU RÉGIME AGRICOLE EN 2015**



**CARTE 4 : CARTOGRAPHIE DU RESTE À CHARGE ANNUEL MOYEN PAR DÉPARTEMENT STANDARDISÉ PAR ÂGE, SEXE ET ALD POUR LES PATIENTS DU RÉGIME AGRICOLE EN 2015**



## **PARTIE 3**

# **LES PROPOSITIONS DE LA MSA POUR CONTRIBUER AUX POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTÉ**

## 3. Les propositions de la MSA pour contribuer aux politiques publiques de santé

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 à titre professionnel : le secteur agricole,
- son organisation en guichet unique,
- comme membre de l'Uncam,
- sa collaboration contractualisée avec chaque ARS.

La stratégie santé de la MSA qui a été actualisée en 2016 prend en compte l'assuré dans l'ensemble de ses dimensions, bien évidemment en termes de soins (pathologies et prévention), mais également dans ses différents environnements qui ont une incidence sur sa santé : son environnement professionnel, son environnement familial et son environnement social.

Au reste, son guichet unique est un atout primordial pour lui permettre d'aborder ces différents angles, avec bien évidemment l'approche en terme de risque maladie, avec en particulier son contrôle médical et ses services de prévention, qu'en santé-sécurité au travail alliant tant les compétences médicales et paramédicales de la santé-travail, que la prévention des risques professionnels, ses travailleurs sociaux, rouages importants également de nos services administratifs, qui travaillent, au niveau des territoires et au plus près des personnes, en parfaite intelligence avec les 24 000 délégués cantonaux de son réseau. Ces derniers constituent des relais naturels des problématiques réellement vécues par les habitants sur leur territoire.

### 3.1. Accompagner les assurés par la prévention, la promotion de la santé et l'éducation à la santé, en privilégiant une approche globale des besoins de la personne

La prévention a de tous temps été un des axes portés de façon privilégiée par la MSA, qui est aussi une des thématiques principales de la Loi de modernisation de notre système de santé.

La prévention doit être approchée de façon globale, conformément à l'approche de la santé des assurés du régime agricole considérés dans tous leurs environnements.

#### 3.1.1. 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 2016, le programme national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires des professions agricoles financé par le FNPEISA<sup>(1)</sup> comportait 27 actions et dispositifs coordonnés au niveau central et 202 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 2016-2020. Les nouveautés 2017 sont détaillées dans l'**Encadré 1**.

(1) Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaires des professions Agricoles.

### 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'examens en fonction de leurs facteurs de risque et d'une consultation de prévention.

Sur les 198 879 adhérents âgés de 25 à 74 ans invités aux Instants Santé adultes :

- 53 444 ont réalisé l'examen pré-médical, soit 26,9 % de la population invitée,
- 32 933 ont réalisé la consultation de prévention, soit 16,6 % de la population invitée.

Sur les 45 596 adhérents âgés de 16 à 24 ans invités aux Instants Santé jeunes, 9 292 ont réalisé la consultation de prévention. Le taux de participation s'élève à 20 %.

### 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 se compose de deux modalités. D'une part, 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 leurs comportements alimentaires, 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).

En 2016, 3 293 Parcours nutrition santé ont été prescrits par les médecins traitants à nos assurés âgés de 16 à 74 ans. 271 séances d'animations nutritionnelles ont été réalisées par un diététicien lors des séances pré-médicales des Instants Santé.

Au total, ce sont 5 172 adhérents qui ont bénéficié d'un

accompagnement ou d'information nutritionnelle dans le cadre du parcours nutrition santé.

### 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 2016, pour l'ensemble des actions de prévention bucco-dentaire, la MSA a pris en charge 99 032 examens de prévention réalisés par un chirurgien-dentiste. Parmi ces examens :

- 1 507 femmes ont bénéficié d'un examen de prévention bucco-dentaire post-natal sur les 10 179 femmes invitées, soit un taux de participation de 14,8 %,
- 3 568 femmes enceintes ont réalisé un examen bucco-dentaire de prévention sur les 16 367 invitées, soit un taux de participation de 21,8 %,
- 6 782 enfants âgés de 3 ans ont réalisé un examen bucco-dentaire de prévention sur les 22 915 invités, soit un taux de participation de 29,6 %,
- 51 426 enfants et adolescents (6, 9, 12, 15 et 18 ans) ont bénéficié d'un examen de prévention bucco-dentaire dans le cadre du dispositif M'T dents, soit un taux de participation de 35,7 %,
- 38 749 seniors de 65 ans ont bénéficié également d'un bilan spécifique (taux de participation de 20,5 %).

### 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 (cf. **Annexe 4** pour une présentation détaillée).

En 2016, dans le cadre du parcours de prévention :

- 547 personnes ont bénéficié d'un bilan de santé,
- 1256 personnes en situation de précarité ont bénéficié de l'action bucco-dentaire,
- 39 cycles d'ateliers « Prendre soin de sa santé », animés par des travailleurs sociaux spécifiquement formés, ont été organisés. 361 personnes ont pu y participer.

### **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'éducation et de prévention sur les territoires (Asept). L'offre 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 2016, l'ensemble des ateliers et conférences ont réuni 38 138 participants contre 33 000 en 2015.

### **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 nicotiniques de substitution (TNS). Il consiste à accompagner financièrement les personnes souhaitant arrêter de fumer par le biais d'une prise en charge de ces traitements. Un forfait de 150 euros est proposé aux adhérents MSA.

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 2016, 8 216 personnes ont bénéficié d'une prise en charge de traitements par substituts nicotiniques, soit une hausse de 24,6 % par rapport à 2015.

### **Le dépistage organisé du cancer du sein**

Sur les 204 956 femmes invitées en 2016 âgées de 50

à 74 ans relevant du régime agricole, 109 301 ont été dépistées, soit un taux de participation de 53,3 %. Le taux de participation des femmes invitées tous régimes d'assurance maladie est de 49,3 %.

### **Le dépistage organisé du cancer colorectal**

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 2016, 232 516 adhérents du régime agricole âgés de 50 à 74 ans ont réalisé un de ces tests de dépistage en France métropolitaine, soit un taux de participation de 29,2 %.

### **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 2016, 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 2016, 5 472 frottis ont été réalisés pour les adhérentes du régime agricole.

### **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 2016, le taux de couverture vaccinale de la grippe est de 53,5 % au régime agricole (52,8 % pour les personnes de 65 ans et plus et 63,3 % pour les personnes en ALD de moins de 65 ans et celles concernées par l'extension).

## Encadré 1 : Les nouveautés des actions du programme de prévention 2017

### La campagne de vaccination contre la grippe

- De nouveaux courriers d'invitation seront adressés aux assurés ciblés de la campagne de vaccination.
- Une expérimentation d'appels téléphoniques sortants sera mise en place en collaboration avec des caisses de MSA volontaires. Ces appels de relance s'adresseront aux personnes âgées de 65 ans et plus.

### Le dépistage organisé du cancer colorectal : les Ateliers santé MSA « Découvrez le nouveau kit de dépistage colorectal »

L'atelier santé pour la promotion du dépistage organisé du cancer colorectal est une nouvelle action de sensibilisation de terrain MSA. A destination des personnes de 50 à 74 ans et d'une durée d'1 heure et demie environ, il décrit toutes les étapes de ce dépistage, et ce, de manière ludique, informative et interactive. L'objectif est de promouvoir le nouveau test utilisé pour le dépistage organisé du cancer colorectal auprès des personnes ciblées.

### L'accompagnement des personnes souhaitant arrêter de fumer

- L'action de sensibilisation et d'accompagnement MSA Déclic Stop Tabac qui est mise en place auprès des jeunes et des personnes en situation de précarité.
- Le remboursement des substituts nicotiques à hauteur de 150 euros pour l'ensemble des assurés.
- Le relais de promotion de l'action Moi(s) sans tabac organisée en octobre/novembre par Santé publique France.

### Les Instants Santé Adultes

La COG 2016-2020 de la MSA prévoit la refonte du dispositif Instants Santé actuel permettant de renforcer, sa fonction préventive et médico-sociale ainsi que le repérage et la participation des assurés qui en ont le plus besoin.

Le nouveau protocole, mis en œuvre à partir de janvier 2017, repose sur les principes suivants :

- un ciblage prioritaire pour les adhérents qui en ont le plus besoin : seuls les adhérents identifiés via des critères de consommation de soins (soit environ 35% de la population) seront invités,
- une séance pré-médicale centrée sur un entretien personnalisé avec un infirmier. A l'issue de cet entretien, l'assuré peut être orienté vers une offre de prévention adaptée,
- une animation nutritionnelle sera proposée sur chaque séance pré-médicale par un diététicien,
- des relances incitatives : en cas de non réponse à l'invitation, une relance postale ou électronique est adressée à l'adhérent. En cas de non réponse à la première relance, une relance téléphonique est systématiquement réalisée,
- un accès direct à la consultation de prévention auprès d'un médecin généraliste si l'adhérent ne souhaite pas participer à la séance pré-médicale,
- l'envoi des résultats du bilan biologique à la fois à l'adhérent et au médecin qu'il a désigné.

### Le Parcours Nutrition Santé (PNS)

- En 2017, dans le cadre des nouveaux Instants Santé, une animation nutritionnelle collective est réalisée par un diététicien dans toutes les séances pré-médicales.
- La MSA s'est associée à une expérimentation mise en œuvre par le régime général jusqu'au 31 décembre 2019 visant à prévenir l'obésité chez le jeune enfant âgé de 3 à 8 ans. Elle consiste en la réalisation, sur prescription du médecin traitant, d'une prise en charge d'un bilan d'aptitude physique réalisé par un kinésithérapeute, de 6 consultations avec un diététicien et de 6 consultations avec une prise en charge psychologique. L'expérimentation est conduite sur 3 territoires (Seine-Saint-Denis, Nord-Pas-de-Calais, Réunion) qui sont des zones géographiques à forte prévalence.

### L'action bilan bucco-dentaire

- L'action menée auprès des personnes de 65 ans est remplacée par une action à destination des personnes de 60 ans, les personnes invitées seront ciblées en qualité de non-consommant de soins dentaires.

### Les actions de prévention de la perte d'autonomie

- Le site de référence du Bien Vieillir [www.pourbienvieillir.fr](http://www.pourbienvieillir.fr) est en ligne pour informer les retraités et les professionnels.
- Des référentiels interrégimes retraite sont disponibles pour cadrer la mise en œuvre de l'action.
- Des questionnaires d'évaluation sont à utiliser pour mesurer l'impact des Ateliers du Bien Vieillir sur les changements de comportements. Les réponses sont à saisir dans l'outil web report Bien Vieillir.

## 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 73,8% en 2016. 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).

### 3.1.2. Un accompagnement des personnes dans la prévention, la gestion de leur maladie et la prévention de la désinsertion sociale et professionnelle

#### 3.1.2.1. Le Rendez-vous Prestations MSA pour favoriser l'accès aux droits

La MSA s'engage en faveur d'une protection sociale agricole globale : chaque assuré doit pouvoir bénéficier de la plénitude de ses droits. C'est dans ce cadre que les « Rendez-vous Prestations MSA » ont été instaurés dans

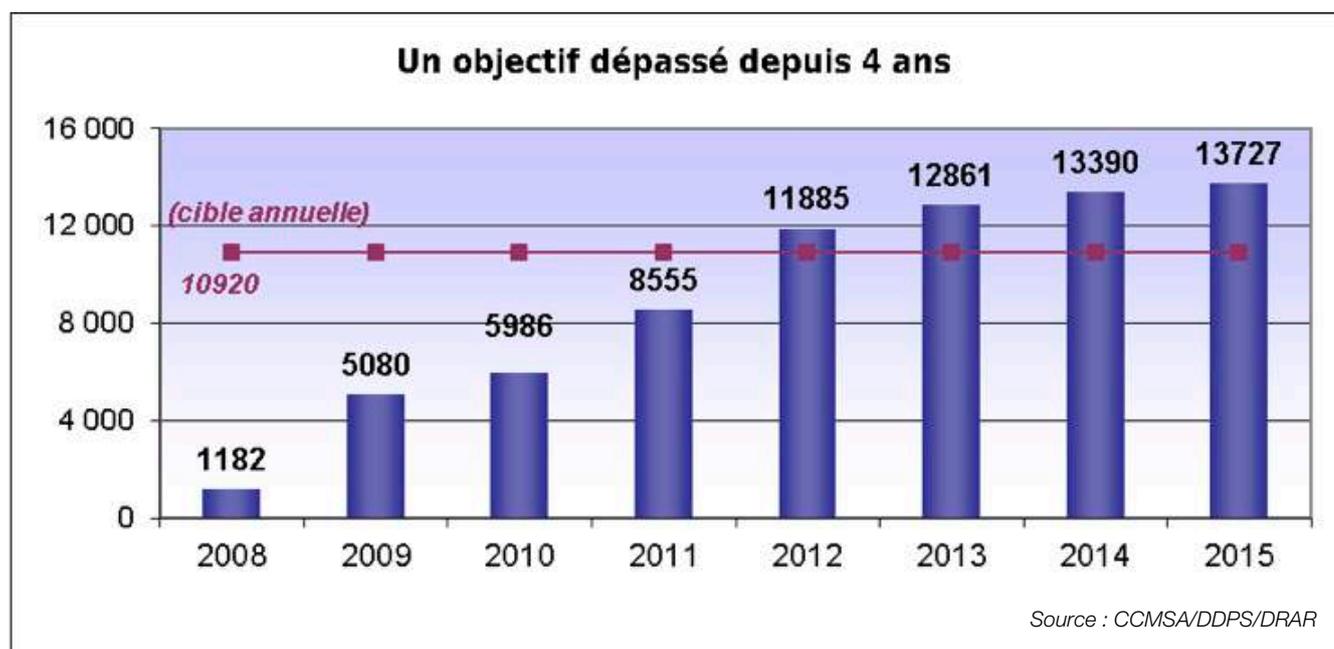
toutes les MSA afin de proposer ce service aux assurés agricoles.

Le rendez-vous prestations MSA permet de faire le point avec l'adhérent lors d'un entretien sur sa situation globale au regard de l'ensemble des prestations légales et extra-légales, de base et complémentaires en santé, famille, retraite.

Concrètement, il s'agit de proposer un rendez-vous à l'adhérent pour faire le point sur sa situation et s'assurer ainsi qu'il fait valoir l'intégralité de ses droits ; et, si tel n'est pas le cas, le renseigner et l'accompagner dans ses démarches. Un rendez-vous qui fournit aussi l'occasion de rappeler à l'adhérent l'ensemble de ses obligations en matière de droits sociaux : avoir le décalic de prévenir d'un changement d'adresse, de situation familiale, de médecin traitant par exemple pour éviter tout retard ou déconvenue ultérieurs.

Chaque année, chaque MSA a un objectif de réaliser un certain nombre d'entretiens par mois et par département. Le ciblage est fait en fonction de certains critères visant

GRAPHIQUE 12 : NOMBRE TOTAL D'ENTRETIENS RÉALISÉS À LA MSA DE 2008 À 2015



notamment les publics les plus fragiles. Depuis son lancement en 2008, près de 85 000 entretiens ont été menés et leur nombre annuel est en progression constante (**Graphique 12**). Toutes les MSA ont déployé et mis en œuvre le dispositif sur leur territoire depuis 2013. L'objectif annuel global fixé à 10 920 entretiens est dépassé depuis 2012 comme le montre le graphique.

### Les droits ouverts

En 2015, plus de 22 300 droits potentiels à ouvrir ont été détectés, soit 1,6 droits potentiels par entretien réalisé (**Tableau 16**). Le nombre de droits réellement ouverts est pratiquement de 8 900, soit 0,6 droit ouvert par entretien réalisé. Au total, 40% des droits potentiels détectés lors de l'entretien sont réellement ouverts (chiffres stables par rapport à 2014).

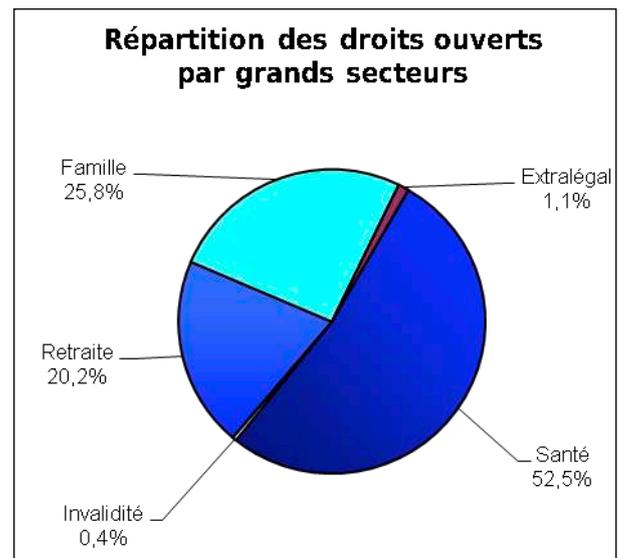
L'étude de la répartition des droits ouverts par grands secteurs montre que le secteur de la santé est de loin majoritaire (**Graphique 13**).

### Détail des ouvertures de droits en santé

En 2015, les ouvertures de droits en santé concernent principalement les prestations en nature (32,1%), la carte

vitale (27,7%), la CMU-C et l'ACS pour respectivement 18,3% et 9,1% des droits ouverts (**Tableau 17**).

**GRAPHIQUE 13 : RÉPARTITION DES DROITS OUVERTS PAR GRANDS SECTEURS**



Source : CCMSA/DDPS/DRAR

**Tableau 16 : Nombre de droits potentiels à ouvrir, de droits réellement ouverts et moyenne par entretien réalisé**

	2014	2015	Moyenne par entretien en 2015
Droits potentiels à ouvrir (à l'issue de l'audit)	23 356	22 309	1,6
Droits réellement ouverts	8 766	8 884*	0,6

Source : CCMSA/DDPS/DRAR

\*chiffre provisoire : certains dossiers 2015 ne sont pas encore définitivement clos

TABLEAU 17 : NOMBRE DE DROITS RÉELLEMENT OUVERTS EN SANTÉ

	Libellé des droits ouverts	Nombre de droits ouverts	%
Domaine Santé	Prestations nature	1 494	32,1%
	Carte vitale	1 289	27,7%
	CMU-C	855	18,3%
	ACS – ancien Crédit impôt	422	9,1%
	IJ AMEXA	152	3,3%
	IJ ATEXA	143	3,1%
	IJ maladie ASA	110	2,4%
	IJ maternité ASA	109	2,3%
	Capital décès	29	0,6%
	IJ AT/MP salarié	22	0,5%
	Allocation de remplacement de maternité (AMEXA)	11	0,2%
	IJ paternité ASA	10	0,2%
	Allocation de remplacement de paternité (AMEXA)	5	0,1%
	Rente AT/MP salarié	5	0,1%
	Rente ATEXA	2	0,0%
	Allocation temporaire d'inaptitude	1	0,0%
Allocation journalière d'accompagnement personne en fin de vie	1	0,0%	
	<b>Total des droits ouverts en Santé</b>	<b>4 660</b>	<b>100%</b>

Source : CCMSA/DDPS/DRAR

### 3.1.2.2. L'éducation thérapeutique pour les patients polyopathologiques (ET3P)

Depuis plus de dix ans, la MSA s'est activement impliquée dans le développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) en milieu rural. Depuis sa généralisation en 2006, son programme pour patients atteints d'affections cardiovasculaires, dont la mise en œuvre est déléguée à des professionnels de soins primaires, a touché plus de 20 000 patients.

Dès les premières années, ce programme a été confronté à la polypathologie. Un taux important des bénéficiaires du programme se sont révélés également diabétiques (20 %). Les éducateurs ont dû organiser le parcours éducatif des malades polyopathologiques en ayant recours à plusieurs programmes d'ETP, entraînant des redondances de certaines séquences (alimentation, activité physique, facteurs de risque, vécu d'une maladie chronique) et une complexification des parcours éducatifs.

Dans le même temps, les pratiques de soins primaires prenaient la direction d'une approche plus globale et, dans le champ de l'épidémiologie clinique, des données

argumentées ont démontré que les conséquences de la transition démographique et de la transition épidémiologique ne se limitent pas à la multiplication des malades chroniques mais comprennent aussi la multiplication du nombre de maladies par malade<sup>(1)(2)</sup>. Une étude menée à partir des bases de données des affections de longue durée (ALD) de 2012 à la MSA a confirmé les constats établis à partir des soins primaires<sup>(3)</sup>.

Il est maintenant établi que le niveau significatif du développement de la polypathologie chronique nécessite une évolution des modes de prise en charge à la mesure du phénomène. Il s'agit de repenser la rédaction des référentiels de pratique, leur mise en œuvre, la formation des

(1) Karen Barnett & al. ; *Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study*. *Lancet* 2012.

(2) Jeannie L Haggerty. *Ordering the chaos for patients with multimorbidity*. *BMJ* 2012.

(3) S. Gosselin, C. Vallée, V. Danguy, A. Pelc, F. Frété ; *Multimorbidités chroniques des affections de longue durée au régime agricole au 31 décembre 2012 et lien avec l'éducation thérapeutique du patient*. *Direction des études, des répertoires et des statistiques, Caisse Centrale de MSA, 2015.*

professionnels de santé, l'organisation des soins (au niveau du système et au niveau des structures), son financement, la place du patient et l'éducation thérapeutique.

On peut notamment avancer que l'ETP est encore plus utile, plus nécessaire, pour les patients atteints de plusieurs affections ou troubles fonctionnels chroniques, que pour les patients « monopathologiques ». En effet, la polypathologie représente un nouvel état éminemment singulier, évolutif et difficilement caractérisable dans une nosologie précise. Ce constat rend encore plus prégnante l'importance de l'éducation thérapeutique, pour rendre le patient formé et motivé (empowerment), capable d'analyser et de décrire son état puis d'exprimer son potentiel d'autogestion, notamment dans le domaine des compétences psychosociales.

On peut également poser l'hypothèse qu'une ETP polypathologique en soins primaires coordonnés, c'est-à-dire en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), d'approche d'emblée globale, plus accessible, pourrait être plus efficace (en termes de résultats de santé) et plus efficiente, en diminuant le coût de l'ETP (par rapport à la multiplication d'ETP monopathologie) et en diminuant le reste à charge des assurés grâce à la proximité de l'offre.

En 2012, la MSA, conjointement avec le laboratoire des éducations et pratiques en santé (LEPS), a répondu à l'appel à projet de recherche sur l'ETP lancé par la direction générale de la Santé via l'Institut de recherche en santé publique (IReSP). Cet appel à projet se situait dans le cadre du « Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » et son objectif était de promouvoir la recherche sur l'ETP afin de développer les connaissances à la fois sur les questions fondamentales et opérationnelles qu'elle soulève. Le projet de recherche présenté par la MSA et le LEPS s'intitulait « concevoir et valider un modèle opérationnel d'ETP pour patients polypathologiques dispensé en MSP ». Il a été sélectionné et financé par l'IReSP.

Les recherches préliminaires ont été conduites par le LEPS et par la MSA (revue de littérature concernant d'une part la polypathologie et d'autre part l'ETP pour malades

polypathologiques, recherches complémentaires dans les bases de données ALD de la MSA). Le pilotage du projet a utilisé des méthodes permettant une conception participative (focus group, méthode Delphi) associant chercheurs, éducateurs expérimentés (MSP de Vicherey, Saint James, Sancerre), patients et promoteurs.

Ces travaux ont abouti à un programme structuré comportant six séquences (représentations, traitement, crises, activité physique, alimentation, adaptation dans la société), visant l'acquisition de compétences d'autosoins et de compétences d'adaptation. Sa facture est classique avec deux types de particularités liées à sa cible, les malades polypathologiques.

D'une part, un diagnostic éducatif conventionnel mais tenant compte, en plus, de l'accumulation et de l'intrication des maladies, des différents traitements et de leurs interactions et effets adverses, de la hiérarchisation entre les maladies, davantage en fonction des symptômes, des conséquences fonctionnelles du retentissement social et du vécu de la polypathologie (image de soi, stigmatisation, charge émotionnelle, vie affective, familiale et sociale) plutôt que des caractéristiques spécifiques, biomédicales, de chacune des maladies.

D'autre part, des séquences composées de différents modules pédagogiques, des modules polypathologie pour les compétences transversales et des modules monopathologie pour les compétences spécifiques. De nouveaux outils éducatifs ont été spécifiquement conçus pour permettre une approche globale des patients et de leur santé.

Le programme a été expérimenté en 2016 grâce à deux équipes éducatives intégrées dans deux MSP.

**Devant les résultats favorables de l'évaluation (cf. Encadré 2), la MSA décide d'étendre la mise en œuvre de ce programme.** Des rencontres ont eu lieu avec trois ARS (Grand Est, Normandie, Nouvelle Aquitaine) en vue d'établir une stratégie de déploiement basée sur une délégation à des équipes éducatives intégrées à des MSP implantées dans des secteurs ruraux éloignés d'une offre éducative.

## Encadré 2 : Evaluation du programme ET3P réalisée en 2016

### Les patients

Pour les patients, les résultats s'avèrent favorables, tant sur le plan des connaissances que sur celui des comportements, des compétences d'auto-soins et des compétences d'adaptation ainsi que sur le sentiment d'efficacité personnelle.

### Les équipes éducatives

Les équipes éducatives de MSP signalent :

- l'acquisition de compétences et de savoir-faire nouveaux en ETP,
- l'amplification du changement du regard sur les patients,
- un important sentiment de valorisation (innover, être intégré à la démarche dès sa conception, avec des patients)

### Les parcours de soins

Les équipes éducatives de MSP signalent également une amélioration de l'organisation permettant de fluidifier les parcours de soins.

Dans le cadre de cette extension, une évaluation multi-dimensionnelle pourrait être riche d'enseignements pour améliorer le modèle.

### 3.1.2.3. L'accompagnement des assurés malades complexes

Les études réalisées ces dernières années ont mis en évidence l'émergence de la polyopathie chronique. Chez les plus complexes de ces malades chroniques, des phases de décompensation et des complications surviennent périodiquement. Dans un contexte de désadaptation du système de soins, ces épisodes critiques conduisent de plus en plus souvent à des ruptures des parcours de soins, avec leurs conséquences sur l'état de santé et l'autonomie des personnes, sur le fonctionnement du système de soins et sur les coûts.

Face à ces constats, nombre de publications mettent en lumière la nécessaire évolution des modalités de prise en

charge et l'indispensable révision de l'organisation des soins<sup>(1)</sup>. Ces adaptations concordent avec les demandes récurrentes des professionnels de santé concernant l'accompagnement médico-social par les régimes obligatoires d'assurance maladie qui doit, lui aussi, s'adapter aux évolutions épidémiologiques<sup>(2)</sup>.

L'article 54 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 permet aux caisses nationales d'assurance maladie de mettre en place des « programmes d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques visant à leur apporter des conseils en termes d'orientation dans le système de soins et d'éducation à la santé ». C'est dans ce cadre que la MSA a inscrit dans sa convention d'objectifs et de gestion (COG) la conception et la mise en œuvre d'une expérimentation d'accompagnement de ses assurés malades complexes. Le principe retenu est d'utiliser l'entretien confraternel du médecin-conseil avec le médecin traitant des assurés sélectionnés pour établir un bilan partagé de son état de santé puis définir de manière consensuelle le plan d'action que le médecin traitant sera chargé de proposer à son patient.

La première étape de la démarche est de réussir à caractériser les assurés agricoles malades complexes en utilisant des critères d'inclusion possédant une valeur prédictive positive suffisante pour concentrer l'activité des services du contrôle médical sur les situations les plus complexes donc a priori les plus pertinentes.

Dans une première approche, la population cible a été cernée à partir des données ALD disponibles et à partir de critères d'âge. L'étude de 2012 sur les multi-morbidités chroniques réalisée à partir des données ALD au régime agricole a montré que la population prise en charge pour 3 ALD ou plus commençait à émerger à partir de 60 ans. Mais l'estimation du nombre d'assurés porteurs de 3 ALD, potentiellement concernés par un

(1) Jeannie L Haggerty. *Ordering the chaos for patients with multimorbidity*. BMJ 2012.

(2) URPS médecins libéraux d'Ile-de-France : enquête « prise en charge des cas complexes : quels besoins pour les médecins libéraux ? » 2017.

accompagnement spécifique, imposait de fixer des critères de ciblage pertinents capables de sélectionner les situations les plus à risques de rupture de parcours justifiant une intervention compatible avec les ressources humaines des services de contrôle médical. La tranche d'âge allant de 63 à 74 ans a été privilégiée car elle se situe entre des tranches d'âges qui peuvent bénéficier d'un accompagnement plus spécifique. Les moins de 63 ans sont potentiellement actifs et, en cas d'arrêt de travail prolongé entraînant un risque de désinsertion professionnelle, ils bénéficient d'un suivi spécifique par leur médecin-conseil et les autres composantes du guichet unique que sont l'action sanitaire et sociale et, le cas échéant, la santé sécurité au travail. Les plus de 75 ans relèvent de dispositifs dont l'objectif principal est le maintien de l'autonomie (PAERPA, dispositifs locaux).

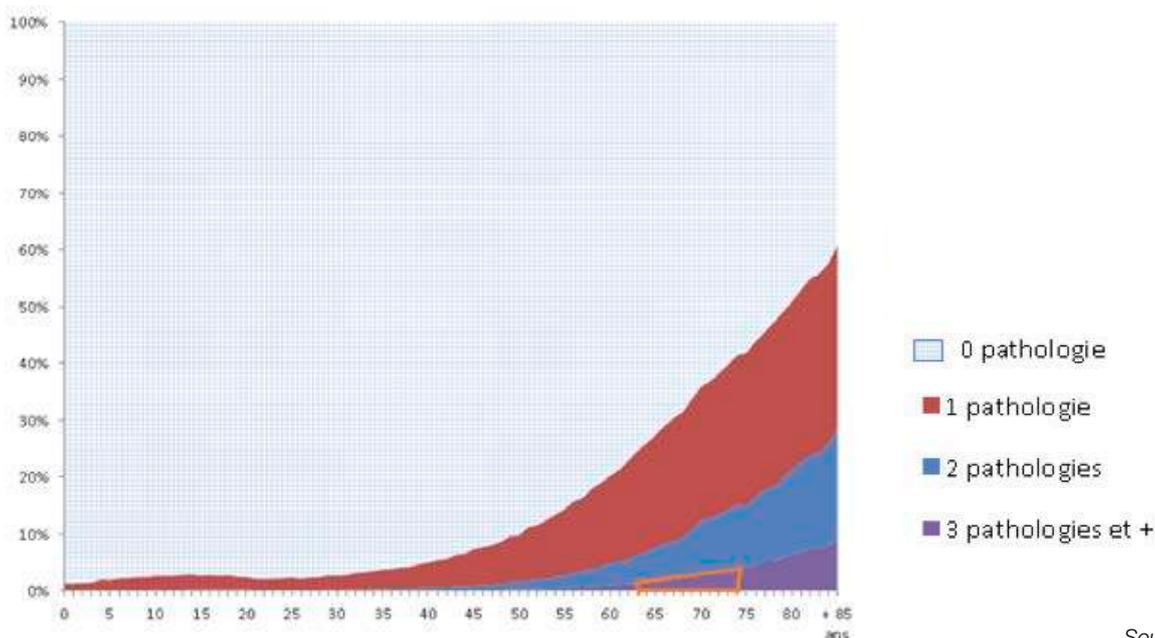
La deuxième approche, présentée ici, vise à dénombrer et caractériser cette population d'âge intermédiaire (63 à 74 ans), concernée par l'action. Il s'agit d'affiner la définition des assurés agricoles malades complexes. Elle porte sur

des données chiffrées plus récentes.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, la population couverte en maladie par le régime agricole est de 3 249 522 personnes. Au 31 décembre 2015, 681 340 personnes bénéficient d'une exonération du ticket modérateur au titre d'au moins une affection de longue durée (ALD 1 à 32), 10 % de ces assurés sont exonérés au titre d'au moins trois pathologies (67 735 patients). Le nombre d'assurés agricoles entre 63 et 74 ans présentant au moins trois affections, au 31 décembre 2015, est évalué à 11 314 personnes (quadrilatère orange du **Graphique 14**), 21 % de ces assurés ont déclaré au moins une 3<sup>e</sup> pathologie au cours de l'année en 2015 (soit 2 417 assurés).

Cette étude est construite sur deux approches : par ALD et par affection, afin d'identifier les associations les plus fréquentes chez les assurés agricoles entre 63 et 74 ans ayant déclaré au moins une 3<sup>e</sup> affection en 2015. Ces approches sont traitées selon deux méthodes : avec et sans séquençage.

**GRAPHIQUE 14 : RÉPARTITION (EN %) DES ASSURÉS DU RÉGIME AGRICOLE SELON LEUR NOMBRE D'AFFECTIONS EXONÉRANTES SELON L'ÂGE AU 31/12/2015**



Source : CCMSA - DSEF

Pour les 2 417 assurés ciblés, l'association la plus fréquente est celle de l'ALD 8 (diabète) et de l'ALD 12 (hypertension artérielle), suivie de l'ALD 3 (artériopathies chroniques) associée à l'ALD 13 (maladie coronaire), qui représentent respectivement 9 % et 7 % des patients entre 63 et 74 ans ayant déclaré au moins une 3<sup>e</sup> affection en 2015. En revanche, certaines associations sont spécifiques, un patient présente un risque plus élevé d'être atteint d'une ALD 3 sachant qu'il est déjà reconnu en ALD 13 (et réciproquement), que d'être atteint d'une ALD 8 et reconnu en ALD 12 (1,1 vs 1,28).

En termes d'ordre d'apparition, l'ALD 8 est l'affection ayant ouvert des droits à l'exonération du ticket modérateur qui apparaît en premier chez le plus grand nombre d'assurés (29 %). Parmi ces assurés, 24 % ont ensuite déclaré une ALD 30 (cancers) (292 assurés) et 18 % ont été exonérés au titre d'une ALD 5 (insuffisance cardiaque).

Les résultats de cette étude sur la caractérisation des assurés agricoles malades complexes à travers des critères médicaux est intéressante pour anticiper les affections qui contribuent le plus souvent à la complexité. Cependant, elle ne permet pas d'établir des critères d'inclusion suffisamment sensibles et spécifiques pour sélectionner de façon pertinente les situations les plus complexes. À la lumière d'autres dispositifs déjà mis en œuvre et dont la validité a été démontrée<sup>(1)</sup>, le comité de pilotage devra probablement redéfinir les critères médicaux à utiliser, recouvrir à des critères complémentaires d'ordre administratif et d'ordre social et intégrer l'ensemble dans un score de complexité.

#### 3.1.2.4. L'accompagnement des diabétiques à risque élevé de plaie du pied ou d'amputation

### Constats

Le diabète déséquilibré, délétère envers les nerfs et les artères, engendre des troubles de la vascularisation responsable d'une mauvaise cicatrisation ainsi qu'une perte de sensibilité retardant le diagnostic de plaie du pied. La précarité est un facteur de risque du pied diabétique. La prévention et le dépistage sont nécessaires pour éviter

les complications graves et limiter les coûts associés. Toute plaie observée doit être adressée rapidement à un centre de référence. Le dépistage des troubles de la sensibilité plantaire par le test du monofilament permet de classer les patients diabétiques selon 4 niveaux. En cas de troubles de la sensibilité de niveau 3 et 4, le patient bénéficie d'un suivi renforcé par un podologue pris en charge par l'assurance maladie (4 à 6 consultations par an).

En 2014<sup>(2)</sup> au régime agricole, 2 096 personnes ont été hospitalisées pour plaies du pied ou amputation<sup>(3)</sup>. La population la plus exposée aux hospitalisations pour plaie ou amputation du pied est la population en ALD 8 mais qui consomme peu ou pas d'antidiabétiques oraux. Son suivi reste globalement insuffisant.

La CnamTS a estimé<sup>(4)</sup> le coût de la prise en charge globale annuelle à :

- 63 830 € pour un patient ayant subi une amputation d'un membre inférieur,
- 17 338 € pour un patient ayant subi une hospitalisation pour complication (plaie du pied).

Sur la base de ces éléments, les dépenses d'assurance maladie correspondantes pour le régime agricole peuvent être estimées à :

- 35 809 000 € pour les 561 patients ayant subi une amputation d'un membre inférieur en 2014 ;
- 26 614 000 € pour les 1 535 patients ayant subi une hospitalisation pour plaie du pied en 2014.

Au total, le coût lié aux hospitalisations pour plaies du pied ou amputations peut être estimé pour le régime agricole à environ 62 423 000 €.

(1) Nicolas Sirven : Une première étape de l'évaluation du projet Pari du Régime social des indépendants (RSI) : est-il possible de repérer le risque de fragilité chez les personnes âgées à partir de données administratives ? Questions d'économie de la santé n° 224 - Mars 2017

(2) Entre janvier et novembre 2014.

(3) Cf Rapport Charges et Produits MSA 2017, pages 62 à 68.

(4) Cf Rapport Charges et Produits CnamTS 2017, pages 75 à 81.

### Actions GDR proposées

L'intention est de sensibiliser et d'accompagner les assurés à risque et les professionnels de santé qui les prennent en charge.

A cet effet, deux types d'actions sont proposés simultanément :

- Un affichage d'un poster en salle d'attente des médecins généralistes,
- Un entretien confraternel avec convocation de l'assuré

### L'affichage en salle d'attente

L'affichage en salle d'attente d'un poster (ciblé sur l'intérêt de prendre soin de ses pieds pour le patient diabétique, et des conséquences en cas de plaies non soignées), d'un coût acceptable, permet de sensibiliser l'ensemble de la population qui fréquente régulièrement son médecin. Elle contribue à un processus de marketing social cherchant à modifier les représentations du diabète. Elle peut faire prendre conscience aux diabétiques des risques liés à la qualité de leur prise en charge. En sensibilisant certains patients, puis leurs médecins traitants, un effet sur l'ensemble des assurés diabétiques est possible.

### L'action de contrôle médical : entretien confraternel et convocation de l'assuré

L'intervention du médecin-conseil auprès d'une population de diabétiques sélectionnés à risque élevé de complication du pied permettrait d'alerter leur médecin par un **entretien confraternel** puis de **sensibiliser l'assuré lors d'une convocation**. Une procédure peut être proposée au médecin-conseil.

1. Après une sélection de la population au niveau local, le médecin conseil procède à un **entretien confraternel téléphonique** avec le médecin des assurés sélectionnés pour justifier et présenter sa démarche de contrôle médical.

2. Le médecin-conseil **convoque le patient** pour faire le point avec lui sur le suivi de sa maladie. Le cas échéant, il l'oriente vers de **l'éducation thérapeutique** si une offre

proche de chez lui est proposée. Si nécessaire, il mobilise les différents guichets de la MSA, notamment **le service social** pour optimiser les droits de l'assuré. Il peut également sensibiliser le patient à **des soins de podologue remboursés**. Il lui remet une aide ou un dispositif ludique qui lui permettra d'être d'autant plus vigilant sur le soin de ses pieds (ex. : **un miroir télescopique**). Une consultation avec le médecin traitant spécifiquement consacrée au pied diabétique peut être proposée.

3. Puis le médecin conseil transmet au médecin traitant un compte-rendu de l'entretien effectué avec son patient. Cette démarche permet de **rappeler les recommandations HAS** de prise en charge du diabète. Un **monofilament** peut être offert au médecin ainsi qu'une documentation et du matériel pédagogique à utiliser avec son patient (cf.recommandations HAS).

4. Ce plan d'actions auprès des assurés sélectionnés renforcera l'adhésion de l'assuré et de son médecin à un suivi et une prise en charge optimisés. Par effet ricochet, le médecin traitant sera plus sensibilisé à la prise en charge de l'ensemble de ses patients diabétiques.

### Projet de schéma d'intervention

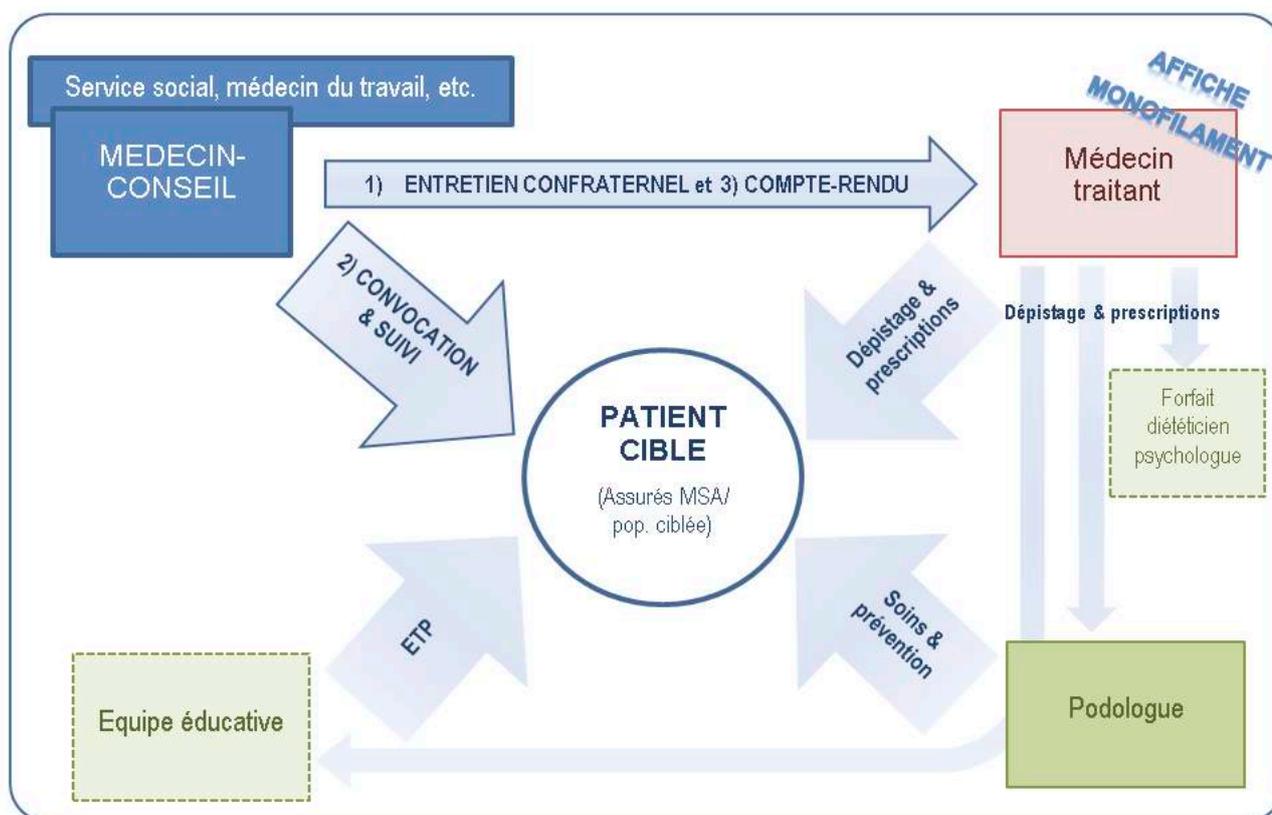
Le médecin-conseil prend l'initiative et suit l'intervention auprès d'une sélection d'assurés issus de la population en ALD 8 qui consomme peu ou pas d'antidiabétiques oraux et de leurs médecins (cf **Schéma 1**).

### Population ciblée

La population en ALD 8 qui consomme peu ou pas d'antidiabétiques oraux (ADO), plus à risque d'hospitalisation pour plaie ou amputation du pied, représente 18 800 personnes, soit en moyenne 537 patients par caisse. L'action telle qu'elle est décrite et envisagée ci-dessus ne peut être mise en place avec des effectifs aussi importants.

Le choix du ciblage se concentre alors sur des critères discriminants qui sont la période d'activité professionnelle (des amputations et plaies diverses ne permettant

**SCHÉMA 1 : PROJET D'INTERVENTION AUPRÈS DES DIABÉTIQUES À RISQUE ÉLEVÉ DE PLAIE DU PIED OU D'AMPUTATION**



plus de maintenir une activité professionnelle) et les âges les plus concernés (les 45-64 ans). La restriction des effectifs basée sur ces critères porte la population cible à 3 109 patients, ce qui correspond à une convocation de 89 patients en moyenne par caisse, avec un minimum de 32 convocations pour les MSA de Corse et Sud-Champagne et un maximum de 144 patients pour la MSA Languedoc (**Carte 5**).

Un suivi de la mise en place de cette action ainsi que son évaluation sont prévus dans le projet.

### 3.1.2.5. La cellule pluridisciplinaire de maintien en emploi pour prévenir la désinsertion sociale professionnelle

Le vieillissement de la population active, l'allongement de la durée de la vie professionnelle et l'expansion des maladies, notamment des maladies chroniques, expliquent aujourd'hui les raisons pour lesquelles des salariés et des

non-salariés agricoles sortent du marché de l'emploi, faisant ainsi progresser les ruptures professionnelles liées à l'état de santé de l'individu.

Maintenir en emploi les travailleurs souffrant d'un problème de santé ou d'un handicap devient ainsi un enjeu institutionnel pour la MSA et du plan santé et sécurité au travail en agriculture 2016-2020, via l'axe employabilité et préservation de la santé au travail.

#### 1) La cellule pluridisciplinaire de maintien en emploi

La cellule pluridisciplinaire de maintien en emploi (dite CPME) est une instance de concertation et d'accompagnement du travailleur agricole en risque de désinsertion professionnelle. Elle permet, par ailleurs, une prévention de l'invalidité.

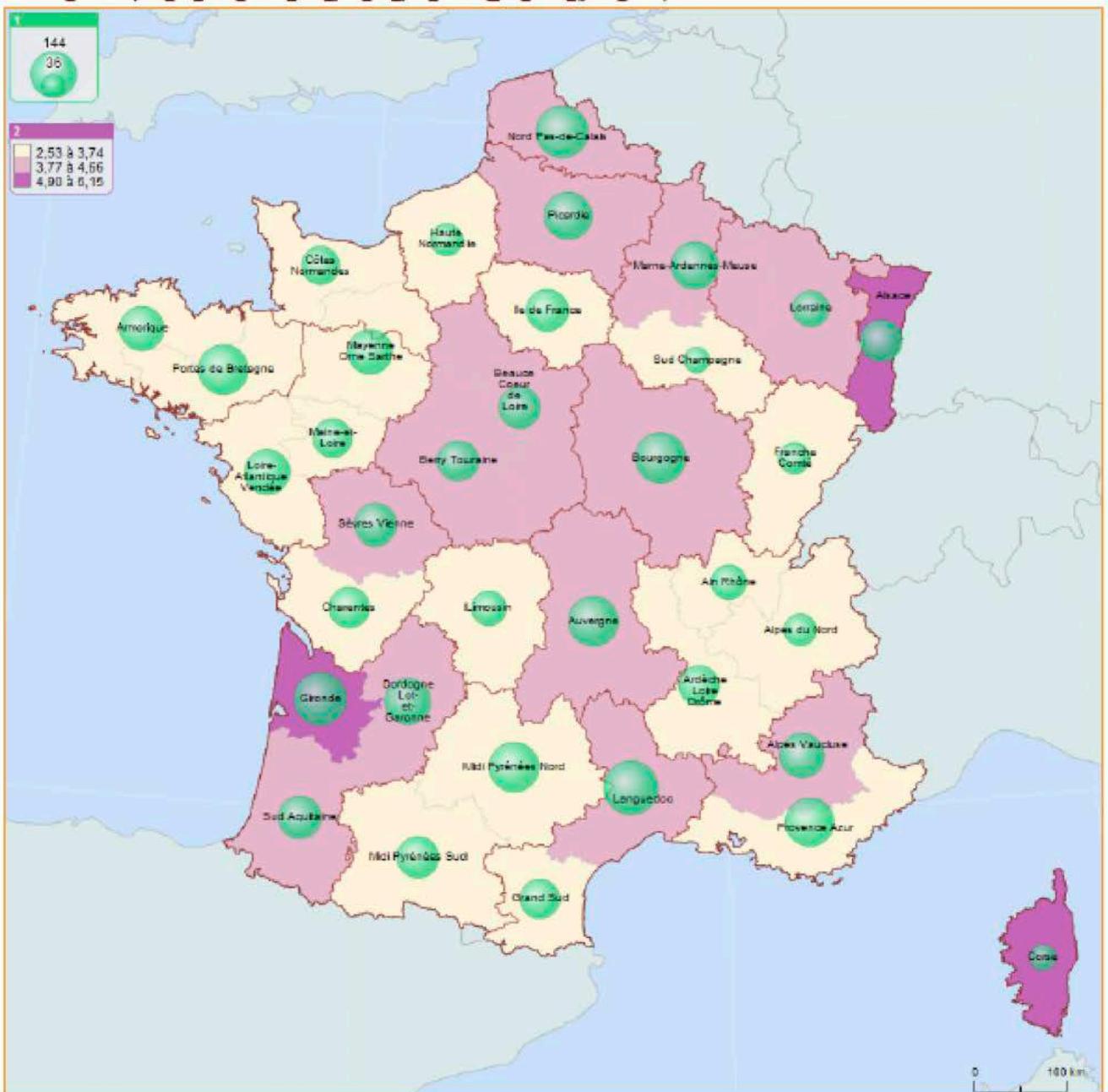
Avec l'accord préalable de l'assuré, la CPME assure un accompagnement renforcé et individualisé de celui-ci grâce à la détection précoce d'un éventuel problème de

**CARTE 5 : EFFECTIF ET TAUX DE PRÉVALENCE DE LA POPULATION EN ALD 8 SOUS-CONSOUMMATRICE D'ADO ÂGÉE DE 45 À 64 ANS AU RÉGIME AGRICOLE**



Métropole par caisse MSA

- 1 - Effectifs\_diabétiques\_en\_ALD\_45-64\_ans\_peu\_ou\_pas\_traités\_par\_ADO -
- 2 - Taux\_diabétiques\_en\_ALD\_45-64\_ans\_peu\_ou\_pas\_traités\_par\_ADO\_(pour\_1000) -



© MSA - IGN GeoFile 2016

# 3

## Les propositions de la MSA pour contribuer aux politiques publiques de santé

santé pouvant impacter son aptitude au poste de travail.

La prise en charge du travailleur agricole fragilisé est assurée en 5 étapes :

- la détection de la situation à risque,
- l'alerte à la CPME,
- la phase de coordination et de définition de l'action par la CPME,
- la mise en œuvre et le suivi de l'action,
- l'évaluation de l'action.

Afin que l'assuré puisse bénéficier d'un interlocuteur unique sur ce projet, un pilote maintient en emploi l'accompagné individuellement et le suit tout au long de son parcours.

La CPME a la volonté de prendre en compte la situation globale de l'assuré pour favoriser ses chances de maintien en emploi : la vision médicale (dans le respect du secret médical), économique et sociale de l'assuré est donc analysée afin d'identifier l'action la plus adéquate à sa situation socio-professionnelle.

Pour ce faire et ainsi optimiser au mieux ce temps d'accompagnement et d'action, la MSA mobilise son guichet unique en favorisant un travail en pluridisciplinarité entre les services concernés : l'action sanitaire et sociale (conseiller social), le service santé et sécurité au travail qui combine la santé-travail et la prévention des risques professionnels (médecin du travail, conseiller en prévention, infirmier) et le contrôle médical (médecin-conseil), tous représentés a minima au sein de la cellule.

**La MSA a lancé la généralisation des CPME sur l'ensemble du territoire en 2017 : une caisse de MSA, une CPME.**

Un « pack d'orientation MSA » à destination de ses ressortissants est proposé au réseau MSA afin d'accompagner de manière précoce et renforcée cette population en difficulté.

Ce « pack d'orientation » concerne :

- La mise en œuvre d'actions de remobilisation précoce

comme la Prestation Spécifique d'Orientation Professionnelle (PSOP)

- La mise en place d'un Contrat de Rééducation Professionnelle en Entreprise (CRPE)
- La réalisation de la visite de pré-reprise, levier à actionner pour détecter de manière précoce un éventuel problème de santé et favoriser les échanges notamment avec l'employeur
- L'aide à l'aménagement du poste de travail ou du reclassement professionnel
- La mise en place du temps partiel thérapeutique
- La mise en œuvre de prestations extralégales : aides à domicile, aides à l'habitat
- Le recours à des actions locales qui peuvent être individuelles ou collectives selon les besoins repérés par la cellule

**2) L'axe employabilité et préservation de la santé au travail : une coordination recherchée entre médecin du travail, médecin-conseil et médecin traitant, acteurs pivot du maintien en emploi**

L'un des domaines où l'on note un déficit de coordination préjudiciable à l'assuré est celui concernant la médecine de ville et la médecine du travail, notamment lorsque l'assuré est victime d'un problème de santé pouvant impacter son activité professionnelle.

Afin de favoriser cette coordination au bénéfice de l'assuré, **la MSA propose que sur l'ensemble du territoire, le service Santé Sécurité au Travail de chaque MSA réalise une action de sensibilisation auprès des médecins traitants.** Celle-ci portera sur l'importance de la visite de pré-reprise comme instrument de coordination entre le médecin du travail et le médecin traitant.

Pour illustration, cette action pourra prendre la forme d'une campagne d'information, de la distribution de flyer, de la mise à disposition d'affiches pour les médecins traitants, d'interventions au sein des formations post-universitaires, d'articles de presse. Développer cette pratique, c'est agir précocement pour favoriser le maintien en emploi de cette population.

## 3.2. Renforcer les actions de gestion du risque et accompagner les offreurs de soins dans le cadre de la maîtrise médicalisée

La MSA renforcera les actions de gestion du risque dans le cadre du Plan National de Gestion du Risque et d'Efficiences du Système de Soins (PNGDRESS) piloté par l'État et accompagnera les offreurs de soins dans le cadre de la maîtrise médicalisée.

### 3.2.1. Les actions du plan national GDR 2016 de la MSA

Le plan national de gestion du risque de la MSA, qui comporte des actions menées en inter-régime, a porté en 2016 sur :

- le contrôle des arrêts de travail comprenant 5 actions,
- le traitement des demandes d'accord préalable de grand appareillage orthopédique,
- les prescriptions médicamenteuses avec 2 actions : Versatis® et les AFCI
- le contrôle des actes infirmiers avec 2 actions,
- le contrôle des EHPAD et des établissements de santé,
- les actions dentaires.

Le bilan des actions du plan GDR 2016 de la MSA est annexé à ce rapport (**Cf Annexe 5**).

#### Il 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,
- sur le plan de l'innovation de certaines actions, à l'instar des actions hors AMM, dont le bénéfice est élargi à l'inter-régime en 2017.

**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 particu-**

**lièrement des ARCMSA et de la déclinaison des orientations stratégiques de l'Institution, notamment dans le contexte du PNGDRESS.**

Les caisses de MSA poursuivront ainsi la mise en œuvre des actions inscrites dans le plan annuel de gestion du risque MSA dont l'objectif est d'accroître l'efficacité du système de soins au bénéfice des ressortissants agricoles tout en s'inscrivant dans le cadrage financier de l'Ondam.

En plus de la mise en œuvre de ces actions GDR socles pour 2017 et 2018, la MSA propose des nouvelles actions concernant :

- les contrôles des arrêts de travail,
- les actions dentaires,
- les transports,
- les chaussures thérapeutiques à usage temporaire (CHUT).

Enfin, la MSA réitère ses propositions concernant les sièges coquilles faite dans le cadre du rapport « Charges et Produits MSA » de l'année dernière.

### 3.2.2. Les propositions de nouvelles actions pour 2017-2018

#### 3.2.2.1. Les actions de contrôle des arrêts de travail

En 2018, la MSA poursuivra ses actions de contrôle des arrêts de travail qui s'inscrivent dans son nouveau plan national de contrôle médical contribuant au plan national de gestion du risque institutionnel.

Les arrêts de travail répétitifs font l'objet d'une action spécifique du service de contrôle médical avec la détection de tous les assurés présentant au moins 4 arrêts de travail initiaux indemnisés dans les 9 mois qui précèdent (sauf lien avec une pathologie ALD ou maternité) avec signalement systématique et possibilité de convocation par le médecin-conseil.

Les étapes chronologiques du contrôle médical des arrêts de travail de plus de 45 jours ont été modélisées en 2017 pour harmoniser les pratiques du réseau des services du contrôle médical.

Afin d'améliorer l'efficacité de la stratégie de contrôle médical des arrêts de travail, la prise en compte de pathologies ciblées a été décidée. Le ciblage concernera les pathologies lombaires en 2017.

### 3.2.2.2. Le contrôle des arrêts de travail pour lombalgies communes

#### Contexte

Les arrêts de travail (maladie ou AT/MP) pour lombalgies peuvent avoir pour conséquence un retentissement socio-professionnel important et représentent un poids économique de plus en plus prégnant.

Ainsi, un français sur deux a présenté une lombalgie au cours des 12 derniers mois. De même, les pathologies rachidiennes représentent la première cause de handicap au travail avant 45 ans et sont responsables de 30 millions de journées d'arrêts (21 millions en maladie, 8 millions en AT, 1 million en MP).

Une étude sur la « *Surveillance des lombalgies et de leurs facteurs de risque professionnels dans le secteur de l'agriculture en France en 2010* » a été publiée en 2016<sup>(1)</sup>.

Les individus ont été recrutés, dans cinq départements, par tirage au sort dans les bases de données de la MSA et invités à remplir un auto-questionnaire portant notamment sur les lombalgies au cours des 12 derniers mois et sur les expositions professionnelles. L'échantillon d'analyse était constitué de 1 130 travailleurs, âgés de 18 à 65 ans, exerçant dans le secteur agriculture, sylviculture et pêche, et en activité au moment de l'enquête.

Il en ressort que, près des deux tiers des travailleurs déclaraient avoir souffert de lombalgies au cours des 12 derniers mois, chez les hommes comme chez les femmes. Chez ces dernières, la prévalence diminuait significativement avec l'âge (de 95 % chez les moins de 30 ans à 56 % chez les 50 ans et plus,  $p < 0,01$ ). Des douleurs quotidiennes étaient rapportées par 10 % des hommes et 11 % des femmes, avec une prévalence qui augmentait avec l'âge, de façon significative chez les hommes

( $p < 0,001$ ). La prévalence ne différait pas significativement selon la catégorie socioprofessionnelle (CSP). Cependant, la prévalence des lombalgies était élevée parmi les hommes artisans, commerçants et chefs d'entreprise (surtout des jardiniers, paysagistes) malgré des effectifs faibles. Chez les femmes, les agricultrices exploitantes et les ouvrières agricoles étaient plus nombreuses à souffrir de lombalgies, quelle que soit la durée des symptômes.

Le port de charges de plus de 25 kg plus de 2 heures par jour concernait 16 % des hommes et 5 % des femmes, se pencher en avant ou sur le côté plus de 4 heures par jour 15 % et 16 % respectivement et la conduite plus de 4 h/j 27 % et 10 %. Chez les hommes, les ouvriers non agricoles rapportaient les plus fortes expositions à chacun des trois facteurs [7 % au port de charges ( $p < 0,05$ ), 22 % au fait de se pencher ( $p < 0,01$ ), 32 % à la conduite (NS)] Chez les femmes, les ouvrières agricoles étaient les plus exposées : 8 % portaient des charges (NS), 29 % se penchaient plus de 4 h/j ( $p < 0,001$ ) et 16 % conduisaient plus de 4 h/j (NS).

#### Définition

Les lombalgies communes correspondent à « une douleur lombo-sacrée à hauteur des crêtes iliaques ou plus bas, médiane ou latéralisée, avec possibilité d'irradiation ne dépassant pas le genou mais avec prédominance lombo-sacrée sans rapport avec une cause infectieuse, fracturaire, inflammatoire, tumorale ou avec un tassement vertébral ».

Les lombalgies communes peuvent être classées en trois catégories :

- lombalgie aiguë ou lumbago : datant de moins de 6 semaines
- lombalgie subaiguë datant de plus de 6 semaines et moins de 3 mois
- lombalgie chronique datant de plus de 3 mois

(1) N. Fouquet et al. « *Surveillance des lombalgies et de leurs facteurs de risque professionnels dans le secteur de l'agriculture en France en 2010* », Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, 2016.

## Objectifs

Le contrôle des arrêts pour lombalgies communes vise à :

- vérifier régulièrement la justification médicale de l'arrêt de travail ;
- éviter la chronicisation (risque **au-delà de 3 mois** d'arrêt de travail notamment) ;
- empêcher la désinsertion sociale et professionnelle grâce au recours à la cellule de maintien dans l'emploi qui réunit le service de proximité, le service de santé au travail et le contrôle médical.

## Les démarches déjà réalisées

D'ores et déjà, la MSA :

- a mis en place une cellule de maintien dans l'emploi avec liaison transversale entre le service social, le service de santé au travail et le contrôle médical ;
- analyse, par l'intermédiaire du service du contrôle médical de la caisse, tous les arrêts de travail maladie et AT/MP à compter de 45 jours ;
- mène des actions de sensibilisation vers les entreprises sur la prévention du risque professionnel.

## Les démarches envisagées

La MSA va :

- diffuser les recommandations HAS aux médecins du travail et aux médecins-conseils ;
- former spécifiquement une partie du personnel prémédical à la problématique des lombalgies communes et au questionnaire socio-professionnel de type EIFEL
- déterminer des échéances précises pour l'analyse des arrêts : à partir de 45 jours en maladie ou maladie professionnelle n°A57, A57bis et dès le questionnement du service administratif sur l'imputabilité pour les accidents du travail comportant une pathologie lombaire identifiée (lombalgies, lumbagos, lombosciatalgies, sciatalgies, rachialgies lombaires...) ;

- interroger l'assuré par téléphone ou par courrier via un questionnaire socio-professionnel de type EIFEL ;
- adresser au prescripteur une lettre lui demandant les résultats des examens paracliniques, le type d'exams en attente, la stratégie thérapeutique et la durée prévisible de l'arrêt de travail. Le courrier rappellera aussi la revalorisation tarifaire de la convention médicale de 2016 permettant l'avis d'un autre médecin de façon rapide ;
- analyser les réponses dans les auto-questionnaires de façon à convoquer les assurés de façon adéquate et pertinente ;
- définir précocement les interventions du service de santé au travail et du service social en lien avec les résultats de la convocation par le médecin-conseil ;
- assurer un suivi régulier des situations atteignant 6 mois d'arrêt par requêtage mensuel. À réception de la liste, une supervision collégiale des médecins-conseils sera organisée afin d'analyser les situations au regard des informations déjà centralisées, du délai d'arrêt, des possibilités de reprise, des nécessités de reconversion, avec l'aide éventuelle de la cellule de maintien dans l'emploi.
- réaliser une cartographie des entreprises où sont comptabilisés beaucoup d'arrêts (maladie, AT/MP) en rapport avec des troubles rachidiens.

À cet effet, une lettre à toutes les caisses sera diffusée en juillet 2017.

Ainsi, la MSA propose, quelle que soient les causes de l'arrêt de travail (maladie, accident du travail ou maladie professionnelle) de suivre chaque patient dans son parcours de prise en charge. Cet accompagnement contiendra plusieurs volets : enquête socio-professionnelle, facilitation d'accès à la filière radiologie et kinésithérapie, expertise par le médecin conseil au début de l'arrêt avec supervision régulière de tous les arrêts de travail à partir d'un nombre de jours d'arrêt ainsi qu'une étude en cellule pluridisciplinaire de maintien dans l'emploi.

### 3.2.2.3. Les actions dentaires

**En 2017, quatre actions obligatoires sont retenues dans le cadre du plan de gestion du risque MSA (trois nouvelles et une mise à jour) :**

- le contrôle du respect de la prise en charge du bridge de plus de trois éléments (action mise à jour),
- le contrôle du respect de facturation des actes soumis « à tarif opposable »,
- le contrôle du respect de la prise en charge d'un acte CCAM soumis au choix du chirurgien-dentiste-conseil, en fonction des atypies locales,
- le contrôle du respect de la réglementation médicale et administrative des traitements d'Orthopédie Dento Faciale.

### 3.2.2.4. Les transports

En vue de faire un état des lieux pour une future action, la MSA a réalisé une étude des dépenses de transport au régime agricole couvrant la période 2013-2015.

Les principaux résultats montrent que :

**- le montant remboursé des frais de transport en 2015** s'est élevé à plus de 290 millions € (+3,8% entre 2013 et 2015) ;

**- 98% des dépenses sont concentrées sur 3 modes de transport :**

- taxis (41 %),
- ambulances (36 %),
- véhicules sanitaires légers (VSL, 21 %),

avec des différences fortes selon les régions, les dépenses des voitures particulières correspondant à 1%.

**- 63 % des dépenses sont remboursés aux exploitants agricoles** (pourcentage correspondant aussi à leur poids dans la répartition des effectifs en ALD) **mais une dynamique plus forte est observée chez les salariés** (+7 % contre 1,9 % chez les exploitants) s'expliquant par l'évolution de la population agricole.

**- Concernant l'origine de la prescription :**

- 61 % des dépenses sont le fait de transports prescrits par des praticiens exerçant en établissement ;
- 39 % proviennent des transports prescrits par des médecins libéraux de ville, avec 4 grandes spécialités de prescripteur : 56 % de médecins généralistes, 11 % de néphrologues, 8 % d'oncologues et 5 % d'ophtalmologues.

**- En matière de prise en charge, 91 % des dépenses sont remboursées pour des personnes bénéficiaires d'une exonération du TM (100 %).**

**- Les patients âgés de 75 ans et plus concentrent la majorité des dépenses de transport (54%)**

**- Les dépenses de transport sont très hétérogènes selon les régions ou les caisses de MSA, et selon le mode de transport. Le taux de recours aux transports est également très disparate selon le département de résidence des patients : il apparaît plus fort dans les départements majoritairement ruraux.**

**- Des dépenses de transport sont en majorité :**

- **non en série (76 %)** c'est-à-dire en dehors des 4 transports de + de 50 km sur 2 mois qui caractérisent une affection lourde
- **non liées à une hospitalisation (79 %)**

**- Sur 396 000 patients transportés en 2013 :**

- 61% ont utilisé des ambulances : moyen de transport le plus utilisé
- 46% ont utilisé des taxis
- 36% des VSL
- 5% des véhicules personnels : moyen de transport le moins utilisé

**- Le montant remboursé moyen par patient en 2013 diffère fortement selon le mode de transport :**

- 574€ en taxi
- 467€ en ambulances
- 381€ en VSL
- 201€ en véhicule personnel

Suite à cette étude, la première étape de l'action consiste à accompagner les caisses de MSA présentant les plus forts taux d'augmentation de dépenses.

La seconde étape aura pour objectifs en 2017 :

- d'une part d'harmoniser les pratiques des caisses de MSA par rapport au remboursement des véhicules personnels
- d'autre part de sensibiliser les assurés et praticiens à promouvoir et utiliser le véhicule personnel en matière de transport.

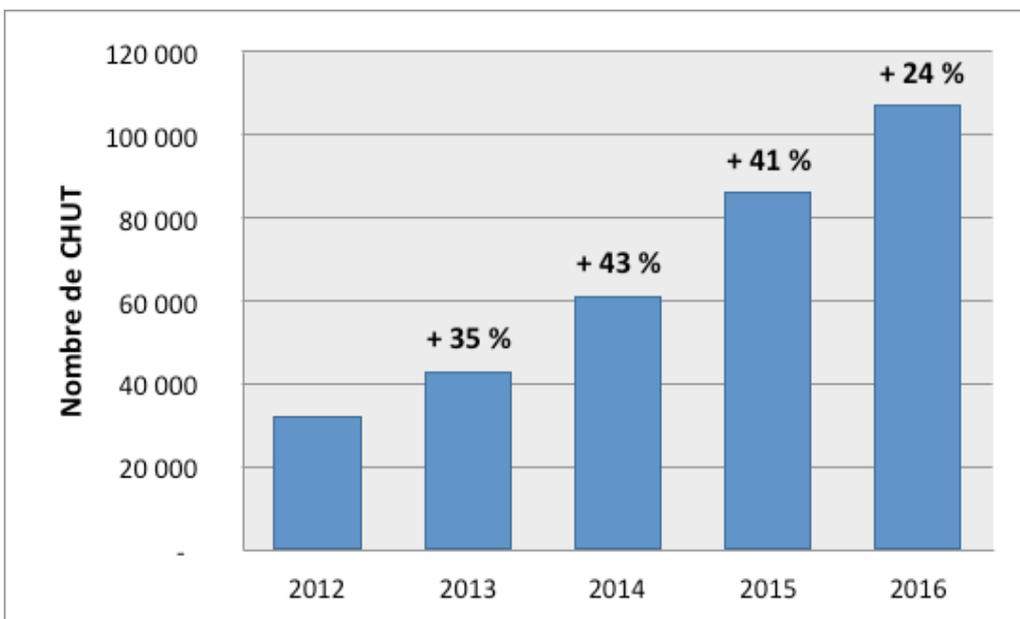
### 3.2.2.5. Les produits de santé

#### a. Les chaussures thérapeutiques de série à usage temporaire (CHUT)

#### Problématique

Au régime agricole, les remboursements de CHUT ont très fortement augmenté entre 2012 et 2016 (**Graphique 15**). En 2012, la MSA remboursait 31 700 chaussures contre 107 000 en 2016 soit plus de 3 fois plus.

**GRAPHIQUE 15 : NOMBRE DE CHUT REMBOURSÉS DE 2012 À 2016**



Source : CCMSA - DSEF

### Cadre réglementaire de prise en charge (arrêté du 21 septembre 2006)

Les chaussures thérapeutiques à usage temporaire sont des dispositifs médicaux au sens de l'article L. 5211-1 du code de la santé publique. Elles sont techniquement conçues et utilisées pour une durée limitée qui ne saurait répondre à un besoin permanent : leur prescription n'est pas renouvelable.

Les CHUT sont destinées à des patients dont les anomalies constatées au niveau du pied (anomalies acquises, pathologiques ou post-opératoires) nécessitent un maintien, un chaussant particulier ou une correction que ne peuvent assurer les chaussures ordinaires, sans pour autant justifier l'attribution de chaussures thérapeutiques sur mesures (chaussures orthopédiques).

La prescription des CHUT s'inscrit dans une démarche médicale. Il ne s'agit pas de chaussures de confort.

Il existe trois types de CHUT, correspondant à trois codes LPP différents, remboursables pour certaines indications :

- les chaussures à décharge de l'avant-pied (code LPP : 2183855) : la prise en charge de ces chaussures est assurée en cas de pathologies ou de lésions d'origine post-chirurgicale, traumatique, ou médicale.

- les chaussures à décharge du talon (code LPP : 2187356) : la prise en charge de ces chaussures est assurée en cas de pathologies ou de lésions d'origine post-chirurgicale, traumatique, ou médicale.

- les chaussures pour augmentation du volume de l'avant-pied (code LPP : 2166740) : ces chaussures doivent permettre une adaptation à tout volume de l'avant-pied et une protection sans compression. Elles sont à ouverture variable et à fermeture réglable (adhésives ou lacets). Leur prise en charge est assurée en cas d'inflammation ou trouble métabolique (œdème) avec risque de trouble trophique (trouble de la nutrition des organes et des tissus).

Ces trois types de CHUT sont délivrées à l'unité ou par paire, de pointure en pointure.

Le tarif de remboursement est identique pour ces 3 modèles, et est fixé à 30,49€ TTC l'unité, soit 60,98 € TTC la paire. Le taux de remboursement est fixé à 60% dans le cas général (100 % en cas d'ALD ou d'invalidité). Le prix de vente est libre : la différence entre le tarif de remboursement et le prix de vente constitue un reste à charge pour l'assuré (variable selon le fabricant, le revendeur) et qui peut être pris en charge par la complémentaire santé.

Les résidents en Ehpad peuvent se voir prescrire des CHUT. La prise en charge de ces dernières par l'assurance maladie dépend de la présence ou non d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) au sein de l'Ehpad.

En effet si l'Ehpad est pourvu d'une PUI, toute la LPP quelle qu'elle soit doit être considérée comme étant incluse dans le forfait soins de la structure. Les CHUT seront donc à la charge de l'Ehpad.

En revanche, si l'Ehpad ne dispose pas d'une PUI, seuls les dispositifs médicaux figurant sur une liste (annexée à l'arrêté du 30 mai 2008) sont inclus dans le forfait soins de l'Ehpad. Les CHUT ne figurent pas sur cette liste. Elles pourront donc être prises en charge en sus par l'assurance maladie.

Seul le dernier type de CHUT (pour augmentation du volume de l'avant-pied) est concerné par cette très forte croissance des dépenses et remboursements (**Tableau 18**) ; par conséquent, l'analyse portera exclusivement sur ce produit.

### Délivrance d'une seule CHUT

Parmi les remboursements de CHUT pour augmentation du volume de l'avant-pied, on peut définir deux types de bénéficiaires :

- L'un est remboursé pour la délivrance simultanée de deux chaussures, soit une paire.

- L'autre qui n'est remboursé que pour une seule chaussure (un seul pied). Les remboursements sur cette catégorie de bénéficiaires sont assez stables depuis 2012 (**Tableau 19**).

**Tableau 18 : Quantité, dépense et remboursement de CHUT en 2016**

Code LPP	Libellé	Nombre de CHUT	Quantité d'actes	Montant dépensé	Montant remboursé	Évolution des remboursements depuis 2012
2166740	CHUT POUR AUGMENTATION DU VOLUME DE L'AVANT-PIED, L'UNITE	97 758	53 804	3 535 743	2 366 166	+ 280 %
2183855	CHUT A DECHARGE DE L'AVANT-PIED, L'UNITE	8 802	7 820	381 388	184 376	+ 36 %
2187356	CHUT A DECHARGE DU TALON, L'UNITE	416	322	23 214	10 449	+ 25 %

Source : CCMSA - DSEF

**Tableau 19 : Quantité, dépense et remboursement d'une CHUT unique (un pied) par bénéficiaire**

Année	Nombre de bénéficiaires	Quantité de CHUT	Montant Dépensé (en euros)	Montant remboursé (en euros)	Reste à charge (en euros)	Âge moyen	Part d'homme	Remboursement au titre d'une ALD
2016	825	825	39 789	19 738	20 051	78,2	27,2 %	61,9 %
2015	905	905	54 045	25 271	28 774	79,8	28,1 %	67,8 %
2014	905	905	50 687	21 953	28 734	78,3	31,8 %	65,7 %
2013	734	734	49 716	22 037	27 679	77,8	34,1 %	67,3 %
2012	724	724	50 834	22 023	28 811	78,3	35,6 %	66,2 %

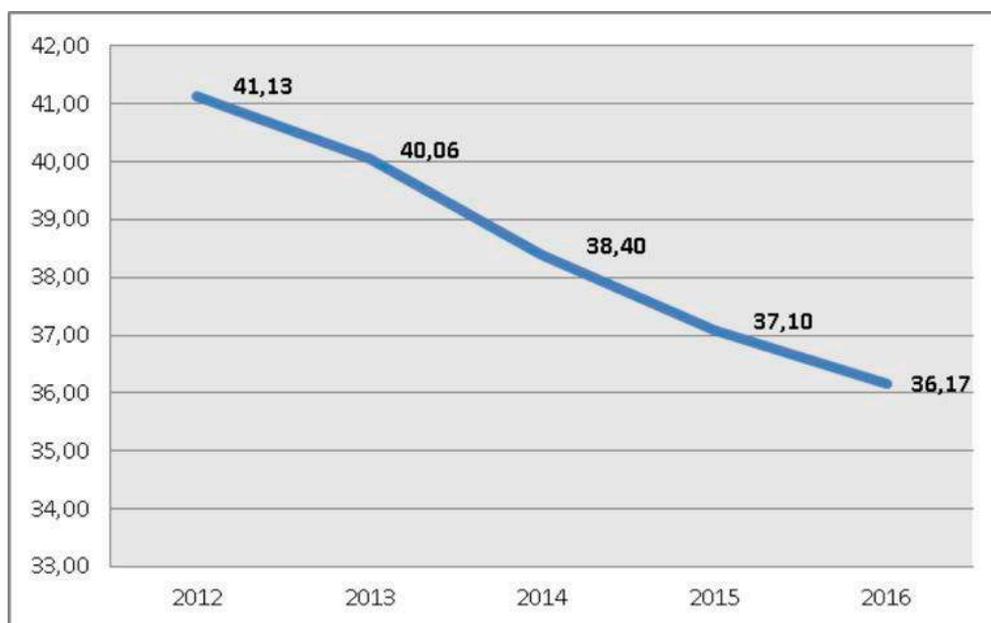
Source : CCMSA - DSEF

Le remboursement d'une chaussure unique est caractéristique d'une prescription bien particulière qui concerne une population stable dans le temps, qui a même baissé en 2016. D'autre part, les remboursements ont baissé significativement notamment du fait d'une dépense moyenne par CHUT qui passe de 41,13 euros en 2012 à 36,17 euros en 2016 (Graphique 16).

### Délivrance simultanée de deux CHUT

Depuis 2012, les paires de chaussures à usage théra-

peutiques temporaires (c'est-à-dire 2 chaussures délivrées simultanément) connaissent une évolution **en volume et en remboursement très forte**. De 24 000 chaussures remboursées en 2012, la MSA en rembourse 96 000 en 2016 (Tableau 20). L'évolution annuelle oscille entre + 50 % en 2014 (en volume) à + 28 % en 2016. Le montant remboursé par le régime agricole est ainsi multiplié par quatre en 5 ans, passant de 594 700 € en 2012 à 2 334 500 €.

**GRAPHIQUE 16 : DÉPENSE MOYENNE (EN EUROS) DES BÉNÉFICIAIRES D'UNE SEULE CHUT PAR AN DEPUIS 2012**

Source : CCMSA - DSEF

**Tableau 20 : Quantité, dépense et remboursement d'une paire de CHUT par bénéficiaire**

Année	Nombre de bénéficiaires	Quantité de CHUT	Montant Dépensé (en euros)	Montant remboursé (en euros)	Reste à charge (en euros)	Âge moyen	Part d'homme	Remboursement au titre d'une ALD
2016	41 331	96 168	3 478 116	2 334 548	1 089 470	82,7	25 %	72,0 %
2015	32 868	75 926	2 816 932	1 842 765	913 319	82,8	25 %	71,7 %
2014	23 045	52 168	2 003 330	1 276 417	670 923	82,9	26 %	72,7 %
2013	15 530	34 692	1 389 895	853 829	486 556	82,8	27 %	73,0 %
2012	10 940	24 116	991 832	594 700	362 227	82,5	29 %	74,1 %

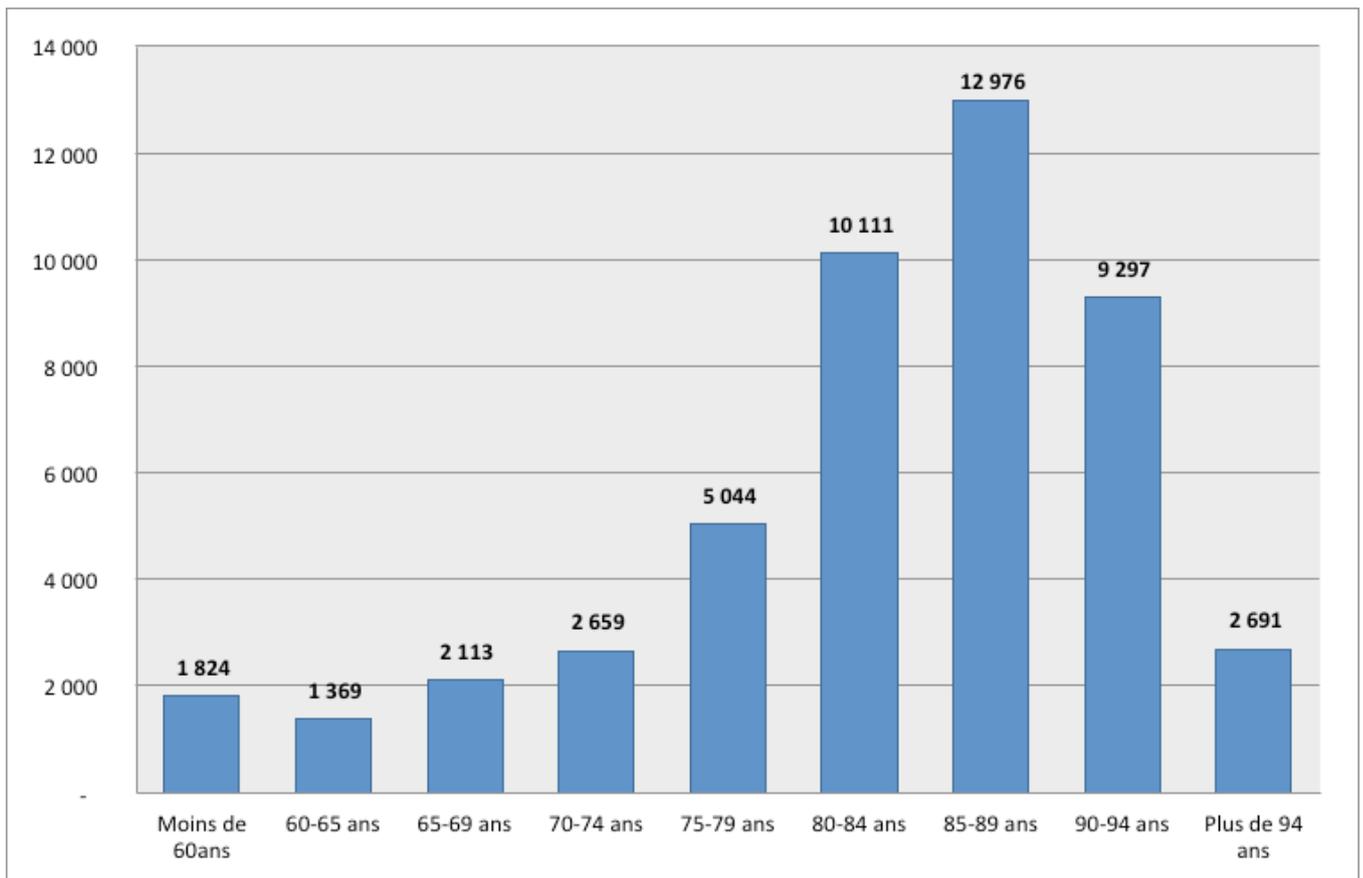
Source : CCMSA - DSEF

### Les caractéristiques des bénéficiaires de paires de CHUT

La population remboursée pour des CHUT est très caractérisée. Il s'agit majoritairement de femmes (75 % en 2016). Près de trois bénéficiaires sur quatre ont 80 ans ou plus (**Graphique 17**). 70 % des délivrances sont remboursées au titre d'une affection longue durée (ALD), soit une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie.

Bien que la population âgée de 60 ans et plus du régime agricole ne cesse de baisser depuis 2012 (à l'exception des caisses d'Ile-de-France, Alpes Vaucluse et Provence-Azur), le nombre de paires de CHUT délivrées en 4 ans sur cette population a au moins doublé, voire quintuplé dans certaines caisses de MSA (**Cartes 6 à 9**).

**GRAPHIQUE 17 : NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES D'UNE PAIRE DE CHUT PAR TRANCHE D'ÂGE EN 2016**

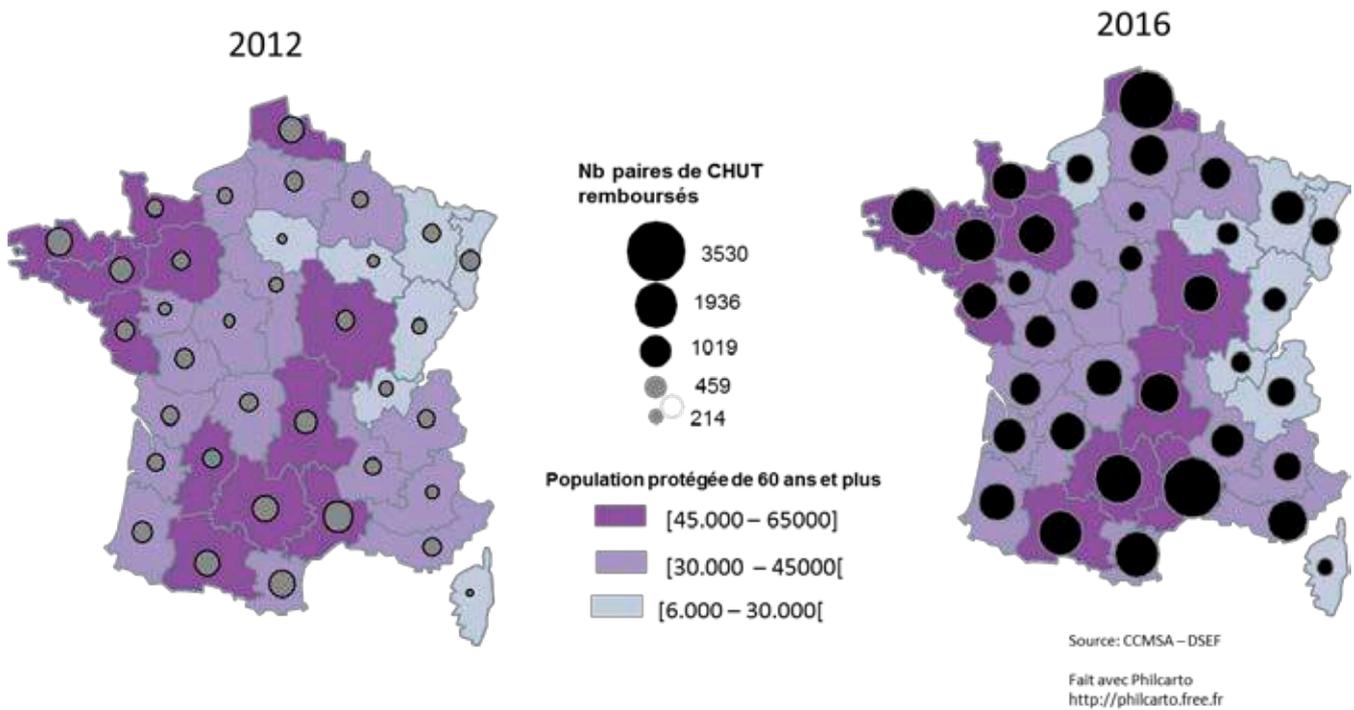


Source : CCMSA - DSEF

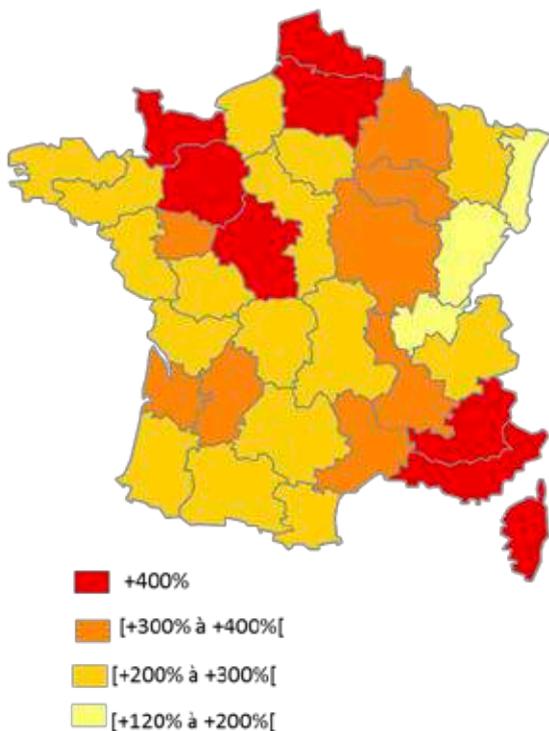
# 3

## Les propositions de la MSA pour contribuer aux politiques publiques de santé

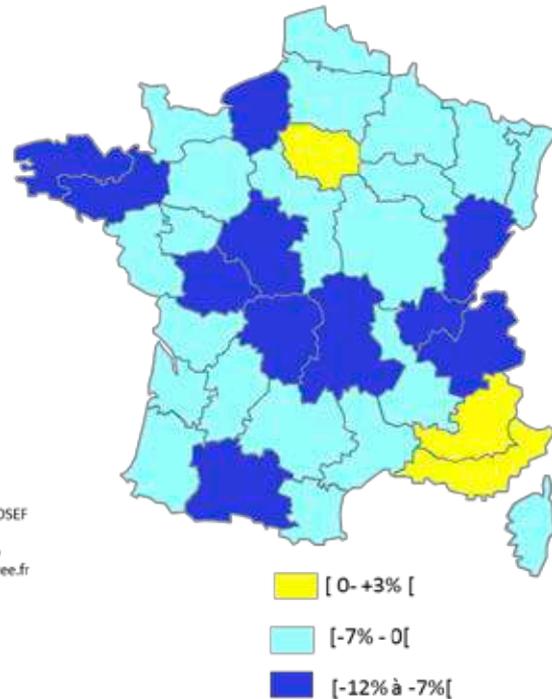
**CARTES 6 À 9 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PAIRES DE CHUT REMBOURSÉES ENTRE 2012 ET 2016**



**Nombre de paires remboursées au personnes protégées de 60 ans et + Evolution 2012 2016**



**Population protégée de 60 ans et + Evolution 2012 2016**



## Prescription et délivrance

La LPP ne prévoit aucune restriction sur les catégories de professionnels autorisés à prescrire des chaussures thérapeutiques de série à usage temporaire. L'article R.4322-1 du code de la santé publique précise que les pédicures-podologues peuvent également prescrire des chaussures thérapeutiques de série. L'arrêté du 3 décembre 2015 précise que ces chaussures thérapeutiques peuvent être délivrées par des orthoprothésistes, des podo-orthésistes ou par des orthopédistes-orthésistes.

En 2016, les prescripteurs de CHUT sont à 88 % des médecins généralistes (83 % en 2012), les autres prescripteurs étant principalement des professionnels non médicaux autorisés (podologue...).

Alors qu'en 2012, les CHUT étaient majoritairement délivrées directement par les prestataires de services et distributeurs de matériels (54 %), ce sont désormais les pharmacies d'officine qui concentrent la majorité des délivrances (65 % en 2016). La pharmacie d'officine constitue désormais le principal circuit de distribution des CHUT, facilitant ainsi leur accès à la population.

## Prescriptions répétées

En application de l'article R.165-24 du code de la sécurité sociale, l'ouverture du droit à remboursement du renouvellement d'un dispositif médical ne peut avoir lieu qu'après échéance du délai de garantie et doit toujours répondre à deux conditions cumulatives :

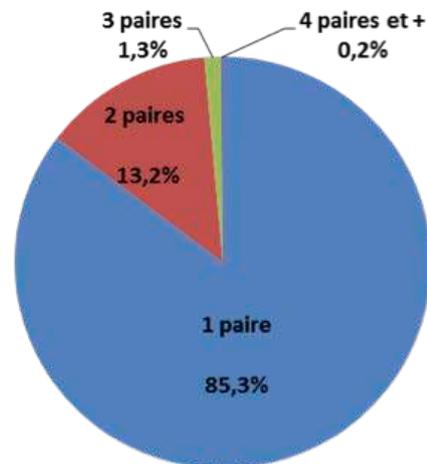
- l'état du dispositif médical et/ou l'évolution de l'état du patient doivent justifier le renouvellement. La prise en charge du renouvellement n'intervient alors que « si le produit est hors d'usage, reconnu irréparable ou inadapté à l'état du patient »,
- et pour les produits dont la durée normale 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.

La LPP stipule que la garantie (fourniture et main d'œuvre)

relative à la fabrication, à la finition et à la qualité s'étend sur une période de trois mois à compter de la date de livraison pour une chaussure thérapeutique de série à usage temporaire (CHUT).

Le délai médian observé entre deux délivrances entre 2012 et 2016 est de 8,4 mois. En 2016, près de 15 % des 41 000 bénéficiaires sont ainsi remboursés pour au moins deux paires de CHUT par an (**Graphique 18**).

**GRAPHIQUE 18 : RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES EN FONCTION DU NOMBRE DE PAIRES DÉLIVRÉES DURANT L'ANNÉE 2016**



Source : CCMSA - DSEF

D'autre part, en 2016, 22% des bénéficiaires ayant eu un remboursement pour une paire de CHUT, avaient déjà été remboursés pour l'achat d'une paire en 2015 (**Tableau 21**). Cette part d'assurés bénéficiant d'au moins un remboursement de CHUT par an pendant deux années consécutives est en constante augmentation (13 % en 2013, 14% en 2014 et 17% en 2015).

Les CHUT étant destinées à un usage temporaire, une nouvelle prescription n'a donc pas lieu d'être.

## Actions de GDR

Afin de limiter la très forte croissance des prescriptions et délivrances de CHUT, il convient de s'intéresser aux

**Tableau 21 : Remboursements de paires de CHUT durant 2 années consécutives**

Année	Nombre de bénéficiaires remboursés pour une paire de CHUT	Bénéficiaires également remboursés l'année N-1	Part de bénéficiaires également remboursés l'année N-1
2016	41 331	8 890	22 %
2015	32 868	5 678	17 %
2014	23 045	3 338	14 %
2013	15 530	2 034	13 %

Source : CCMSA - DSEF

assurés qui bénéficient de remboursements répétés pour ce produit. En effet, on peut s'interroger sur la pertinence et l'efficacité d'une telle utilisation au long cours par les patients, ce produit étant conçu pour répondre à un problème médical temporaire.

**La MSA propose donc un accompagnement des prescripteurs à partir du ciblage des bénéficiaires « répétitifs » (remboursement d'au moins une paire par an pendant 2 années consécutives, voire 3 années consécutives en fonction des volumes ciblés dans la caisse) afin de leur rappeler la finalité thérapeutique de ces chaussures à usage temporaire et de les inviter à reconsidérer leur prescription afin de retenir un matériel ou un traitement davantage adapté à la pathologie de leur patient.**

**D'autre part, en parallèle de cette action, il conviendrait de préciser les conditions de renouvellement de la prise en charge (fréquence et indications) dans la nomenclature LPP.**

### Estimations et prévisions

Si l'on considère les 22 % de bénéficiaires remboursés d'une année à l'autre (8 900 bénéficiaires « répétitifs »), on peut parler d'une première estimation de 400 000€

remboursés à tort sur la base du remboursement unitaire moyen de 24,5 euros constaté sur les données de remboursement 2016.

Toutefois, on admet que le remboursement de plus d'une paire puisse être justifié médicalement pour une minorité de ces patients.

En estimant la population de bénéficiaires qui sera remboursée dans le futur, on peut également estimer celle qui sera remboursée « à tort ». Ainsi, on estime à 10 712 bénéficiaires qui pourraient être remboursés à tort en 2017 (**Tableau 22**), soit 514 000 € remboursés par le régime agricole.

De la même manière, on peut estimer les remboursements à venir en cas d'action réalisée, ou non.

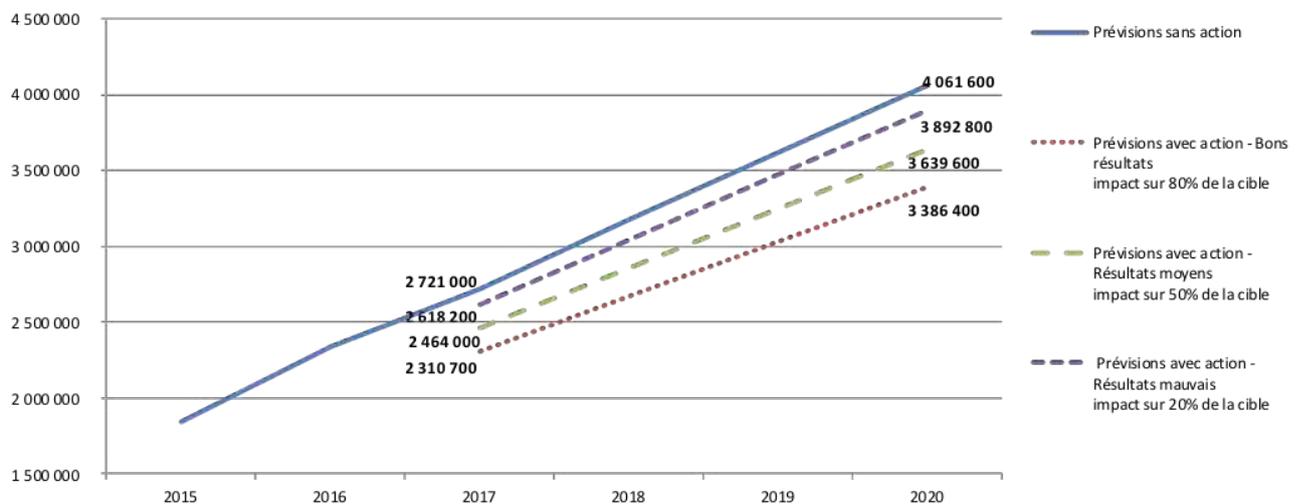
Ainsi, en 2017, 2 721 000 € de remboursement au titre des CHUT sont à prévoir. Selon nos estimations, 10 712 bénéficiaires seraient considérés comme « répétitifs », entraînant jusqu'à 514 000 € de remboursements injustifiés.

Selon l'efficacité de l'action proposée, 103 000 € à 411 000 € d'économies annuelles sont donc envisageables (**Graphique 19**).

**Tableau 22 : Estimation de la population de bénéficiaires « répétitifs »**

Année	Nombre de bénéficiaires remboursés au titre d'une paire de CHUT	Nombre de bénéficiaire ayant été remboursé à l'année N mais également N-1	Part de bénéficiaires également remboursés l'année N-1	Évolution annuelle du nombre de bénéficiaires également remboursés l'année N-1
2013	15 530	2 034	13 %	
2014	23 045	3 338	14 %	64 %
2015	32 868	5 678	17 %	70 %
2016	41 331	8 890	22 %	57 %
2017	50 000	10 712	21 %	20 %
2018	58 723	13 003	22 %	21 %
2019	67 445	15 294	23 %	18 %
2020	76 168	17 584	23 %	15 %

**GRAPHIQUE 19 : ESTIMATION DES ÉCONOMIES POTENTIELLES À PARTIR D'UNE ACTION D'ACCOMPAGNEMENT DES PRESCRIPTEURS DE CHUT**



Source : CCMSA - DSEF

## b. Les sièges coquilles

La MSA s'est intéressée aux sièges coquilles<sup>(1)</sup> dans son précédent rapport Charges et Produits<sup>(2)</sup>, étant donné l'observation d'une forte augmentation de ses dépenses sur ce poste et s'interrogeait sur une sur-prescription.

Les données 2016 confirment l'évolution déjà constatée l'année passée sur la période 2010-2015 (**Tableau 23**).

Les travaux engagés par le CEPS sur cette thématique ont conduit à la publication d'un avis de projet de modification des modalités de prise en charge des sièges coquilles de série (*Journal Officiel* du 2 août 2016). Cet avis de projet propose de subordonner leur prise en charge à l'obtention de l'accord du médecin-conseil (pour la première prescription et pour chaque renouvellement), et de restreindre les indications de prise en charge aux adultes de plus de 60 ans ayant une impossibilité de se maintenir en position assise sans un système de soutien, évalué dans les GIR 1 ou 2. Le classement GIR devra figurer sur la prescription et la demande d'accord préalable.

La publication de cet avis de projet a ouvert une période de phase contradictoire permettant aux industriels de formuler des remarques sur ces évolutions de la nomenclature.

A ce jour, la nomenclature définitive issue de ce projet de modification n'a pas été publiée au Journal Officiel. Ainsi, les conditions de prise en charge sont inchangées.

**Par conséquent, la MSA réitère cette année ses propositions :**

- 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 par description générique renforcée des sièges coquilles sur la LPP (art. L. 165-1 et R. 165-7-1 du code de la sécurité sociale)
- 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.

(1) Le siège coquille de série est un dispositif médical de confort destiné à une population gériatrique sans autonomie, confinée au lit ou au fauteuil.

(2) Rapport Charges et Produits MSA 2017, pages 123 à 133.

**TABLEAU 23 : VOLUMES ET REMBOURSEMENTS DES SIÈGES COQUILLES DE 2010 À 2016 AU RÉGIME AGRICOLE**

Années	Code LPP : 1283365			
	Montant remboursé	Taux d'évolution	Quantité de sièges coquilles	Taux d'évolution
2 010	2 008 104		6 950	
2 011	2 309 964	15%	8 111	17%
2 012	2 690 276	16%	9 528	17%
2 013	3 034 586	13%	10 730	13%
2 014	3 280 504	8%	11 679	9%
2 015	3 421 383	4%	12 178	4%
2 016	3 632 395	6%	12 939	6%

Source : CCMSA - DSEF

### 3.3. Poursuivre et amplifier l'implication sur les territoires ruraux

Dans la continuité des positions qu'elle a retenues dans le cadre de l'actualisation de sa stratégie santé, et à l'instar des positions qu'elle a fait valoir dans le cadre de la préparation des négociations « soins de proximité » au sein de l'Uncam, la MSA 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, 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, etc.), la MSA a actualisé son offre en vue de la mettre en œuvre, sur les territoires qu'elle aura identifiés comme « à risques » à l'aide de son diagnostic territorial et sous l'égide des ARS en vue de favoriser l'accessibilité à l'offre de soins primaires.

#### 3.3.1. Prévenir et limiter les risques de rupture d'accès à l'offre de soins sur les territoires : l'outil Diagnostic Territorial MSA

La MSA a développé un outil qui permet d'identifier et cartographier les territoires les plus à risques en terme d'accès aux soins primaires à partir d'indicateurs couvrant 7 thématiques. Il s'agit du diagnostic territorial (DT) MSA.

Cette innovation de la MSA est disponible sur tout le réseau des caisses. Elle peut être un apport pour les ARS qui sont en cours de rédaction de leurs projets régionaux de santé et de redéfinition des territoires de santé et de l'organisation de l'offre de soins.

La démarche du diagnostic territorial MSA a fait l'objet d'une première présentation dans l'Annexe 2 du rapport Charges et Produits MSA 2017<sup>(1)</sup>.

#### Composition du diagnostic territorial MSA

Le DT MSA est composé de deux volets :

##### • Un volet quantitatif : outil de repérage des territoires à risques

Parmi les 54 indicateurs regroupés au sein de 7 thèmes, chaque caisse de MSA retient les indicateurs qui lui semblent les plus pertinents au regard du contexte pour différencier les bassins de vie présentant les facteurs de risque les plus élevés quant à l'accès à l'offre de soins primaires. Ces indicateurs sont directement mobilisés pour être cartographiés en temps réel avec le logiciel « GéoMSA ».

L'analyse de l'accès aux soins primaires est approchée au travers de 7 thèmes :

- **Population** : caractéristiques de la population MSA et poids par rapport à la population totale ;
- **Socio-économique** : bénéficiaires des aides sociales dans la population totale et dans la population MSA ;
- **Santé** : indicateurs portant sur la mortalité de la population et sur la prévalence de certaines ALD ou formes de dépendance ;
- **Offre de soins ambulatoires** : évaluation de la couverture en soins primaires, nombre d'assurés MSA ayant déclaré un médecin traitant ;
- **Offre de soins hospitalière** : part de la population située à plus de 30 minutes des urgences et des services hospitaliers et part des hospitalisations non programmées ;

(1) Le diagnostic territorial MSA a été présenté sous la forme d'un article de 20 pages au colloque Mines ParisTech Santé du 24 juin 2015. Cet article a ensuite été publié en avril 2016 dans l'ouvrage « Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis » aux Presses des Mines.

Des informations sur cet ouvrage sont disponibles via le lien suivant : <http://www.pressesdesmines.com/management-hospitalier-et-territoires-les-nouveaux-defis.html>

- **Offre de soins médico-sociaux** : équipement en SSIAD et EHPAD sur le territoire ;
- **Prévention** : évaluation du nombre de bénéficiaires des principales actions de prévention MSA et des actions d'éducation thérapeutique, et couverture vaccinale parmi la population MSA.

Chacun de ces thèmes est composé d'indicateurs primaires et d'un indicateur thématique. Chaque indicateur thématique résulte de la consolidation des résultats des indicateurs primaires qui le constituent (après transformation de l'unité de ces derniers en quintiles de leur distribution et sur lesquels sont appliqués des coefficients de pondération ou pesées).

Pour compléter cette première vision des besoins objectifs de la population agricole, chaque caisse pourra recenser les ancrages et atouts dont elle dispose sur ces territoires (réalisation antérieure d'actions par les différents secteurs de la caisse (offre de soins, ASS, vie mutualiste), élus, partenaires, etc.) qui lui permettront d'optimiser les conditions de réussite des actions déployées sur le terrain.

• **Un volet qualitatif : outil de diagnostic territorial « approfondi »**

Pour certains territoires particulièrement déficitaires du point de vue de l'offre de soins ou sur lesquels ont échoué des démarches antérieures d'accompagnement (menées par un consultant, par l'ARS elle-même, ou par un autre opérateur), il peut apparaître nécessaire de compléter et d'enrichir l'analyse quantitative par une étude qualitative du territoire.

Cette démarche qualitative pourra permettre de faciliter le déploiement des offres par les caisses de MSA. Ce volet complémentaire constitue une offre à proposer en tant que telle à l'ARS, qui sera à réaliser dans le cadre d'un mandat de l'ARS.

Les données qualitatives permettent de saisir et de rendre compte des représentations, attitudes, motivations et

pratiques d'un groupe ou d'un univers particulier. Elles sont détaillées, nuancées, actualisées (par rapport aux bases de données notamment) et rendent compte de la complexité des situations et des comportements.

Les données étant recueillies directement sur le terrain et en face à face, le volet qualitatif permettra, le cas échéant, de faciliter des actions partenariales avec les acteurs (professionnels, ressortissants MSA, habitants, institutions, associations, etc.) du territoire concerné, en particulier des actions constitutives de l'offre MSA.

Le DT volet qualitatif constitue un levier pour la MSA à plus d'un titre. D'une part, il permet d'avoir une connaissance fine des besoins de ses assurés et du territoire investigué. D'autre part, il permet d'enrichir, vis-à-vis de l'ARS, l'offre MSA en matière d'accompagnement du parcours de santé en milieu rural.

Le DT volet qualitatif représente également une opportunité pour nouer des partenariats, développer des actions innovantes et sur-mesure en réponse à des besoins identifiés et propres à un territoire en particulier. Pour ces raisons, il est crucial de sélectionner et de justifier en amont, le bassin de vie à étudier. Il peut s'agir du bassin de vie le plus fragile, d'un bassin de vie en mutation, ou encore d'un bassin de vie pour lequel les résultats surprennent. Les raisons de ce choix vont influencer la conduite du volet qualitatif.

Les données recueillies vont permettre de renseigner la vision que les personnes (professionnels, usagers du système de soin, institutions, acteurs, élus) ont de « leur territoire » et de la comparer avec une vision objectivée par les indicateurs retenus pour le volet quantitatif.

Le dispositif prévu pour le recueil de données qualitatives combine observations et entretiens (semi-directifs et focus groupes). Les caisses de MSA bénéficient de l'aide d'une sociologue qui assure la coordination au niveau national de ce volet qualitatif.

## Synthèse du diagnostic territorial MSA

Un document synthétique sera attendu pour l'évaluation du Diagnostic territorial, en tant qu'objectif inscrit dans la COG.

Ce rapport devra comprendre les éléments suivants :

- Une synthèse du diagnostic quantitatif détaillant les objectifs atteints : cartes des indicateurs thématiques et primaires, prise de connaissance des portraits de territoires, bassins de vie écartés car présentant peu ou pas de risques, etc. ;
- La liste des bassins de vie identifiés comme « étant à risques » et les raisons qui l'expliquent ;
- La synthèse de la rencontre avec l'ARS et les décisions prises à l'issue quant au diagnostic qualitatif et aux actions à conduire sur les territoires ciblés ;
- Une synthèse du diagnostic qualitatif ;
- Une synthèse par territoire reprenant les éléments de diagnostic, les raisons pour lesquelles ce territoire est défini comme « à risque » et le plan d'actions envisagé.

## Construction d'un plan d'actions

Une des concrétisations du diagnostic territorial MSA est de proposer et déployer, sur un bassin de vie et sous l'égide de l'ARS, un ensemble d'actions ciblées adaptées aux besoins repérés, et notamment de proposer des actions MSA, en réponse aux difficultés ou contraintes mises en évidence par le diagnostic.

Le plan d'actions pourra aborder des thématiques variées, dont : la prévention, les soins ambulatoires, la démographie des professionnels de santé, la communication entre les différents acteurs de santé, la santé publique, ou encore des actions spécifiques en faveur d'un public ou d'une problématique de santé majeure sur le bassin de vie.

Ce plan d'actions doit bien évidemment tenir compte des actions déjà en cours, qui peuvent être conduites par différents acteurs : établissements médico-sociaux dans le cadre de leur projet d'établissement, Pays ou PÉTR dans le cadre d'un contrat local de santé, professionnels de santé libéraux dans le cadre d'un projet d'exercice coordonné, etc.

Le plan d'actions est un outil qui doit permettre de se projeter à court et moyen termes sur des actions concrètes et réalisables, de petite ou grande ampleur, visant à faire évoluer l'accessibilité à l'offre de soins primaires pour la population MSA et plus largement pour toute la population du/des bassins de vie retenus. Le plan d'actions est doté d'un calendrier prévisionnel de réalisation.

Au-delà des actions portées par la MSA, d'autres propositions d'actions peuvent être intégrées dans ce plan d'action, portées par d'autres acteurs. La coordination et la mise en cohérence de ces actions est gage de réussite dans l'objectif global de favoriser l'accès à l'offre de soins primaires pour la population agricole et plus généralement la population du territoire visé.

### 3.3.2. Favoriser l'accès à l'offre de soins

L'accès aux soins, et plus précisément à des soins de qualité est un des axes forts de la stratégie santé de la MSA.

Depuis quelques années, la MSA contribue à favoriser l'installation des médecins généralistes en milieu rural par son action « Exercice en campagne ».

Historiquement, la MSA a aidé aussi à créer les maisons de santé rurales et dans l'accompagnement desquelles elle a été pionnière. Ce concept s'est généralisé dans sa version des maisons de santé pluridisciplinaires.

La MSA a su également initier d'autres innovations dans ce domaine, qui paraissent d'autant plus intéressantes, qu'elles apportent d'autres solutions. Tel est notamment le cas de l'expérimentation « Pays de Santé », initialement créé dans le cadre d'un partenariat avec Groupama.

De même, la MSA est engagée depuis des années pour mener des actions conjointes avec les ex-hôpitaux locaux en faveur de l'organisation des soins en milieu rural.

Précurseur dans la création et l'accompagnement des réseaux de santé, la MSA soutient la volonté des pouvoirs publics de les faire évoluer vers des plateformes territoriales d'appui.

La mission organisation des soins implique de revisiter les actions historiques de la MSA sur les territoires ruraux (réseaux gérontologiques, MSP, Pays de santé,...) du fait des évolutions des politiques publiques de santé liées à la transition épidémiologique de l'aigu aux maladies chroniques, aux innovations thérapeutiques imposant des innovations organisationnelles (virage ambulatoire) en particulier dans l'organisation de l'offre de soins, à la prise en compte des besoins des usagers (démocratie sanitaire).

Cette reconfiguration associée à la loi de modernisation de notre système de santé impose que la MSA réévalue ses méthodes d'intervention locales au plus près des réalités de terrain et des besoins des populations rurales et intègre dans sa gestion prévisionnelle des effectifs et compétences (GPEC) la formation en Santé Publique et gestion de projet des praticiens conseils en charge de portefeuilles géographiques et de collaborateurs administratifs chargés de missions des caisses de MSA.

### 3.3.2.1. Accompagner la démographie médicale

#### **a. Favoriser et accompagner l'exercice des professionnels de santé en milieu rural : l'action « Exercice en campagne » de la MSA**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, la base statistique du RPPS recense 223 571 médecins en activité, dont 88 886 médecins généralistes « en activité régulière » contre 97 012 en 2007. De fait, actuellement, la densité moyenne est de 132 généralistes pour 100 000 habitants, soit 1,3 médecin pour 1 000 habitants avec d'importantes disparités territoriales.

La progression des « déserts médicaux » à la campagne ou en banlieue plane sur un grand nombre de nos assurés dans les zones sous-dotées (**Carte 10**).

Après 4 ans de mise en œuvre de l'action « médecine en campagne » pour la promotion de l'exercice en médecine en milieu rural (pacte territorial II), on constate que les

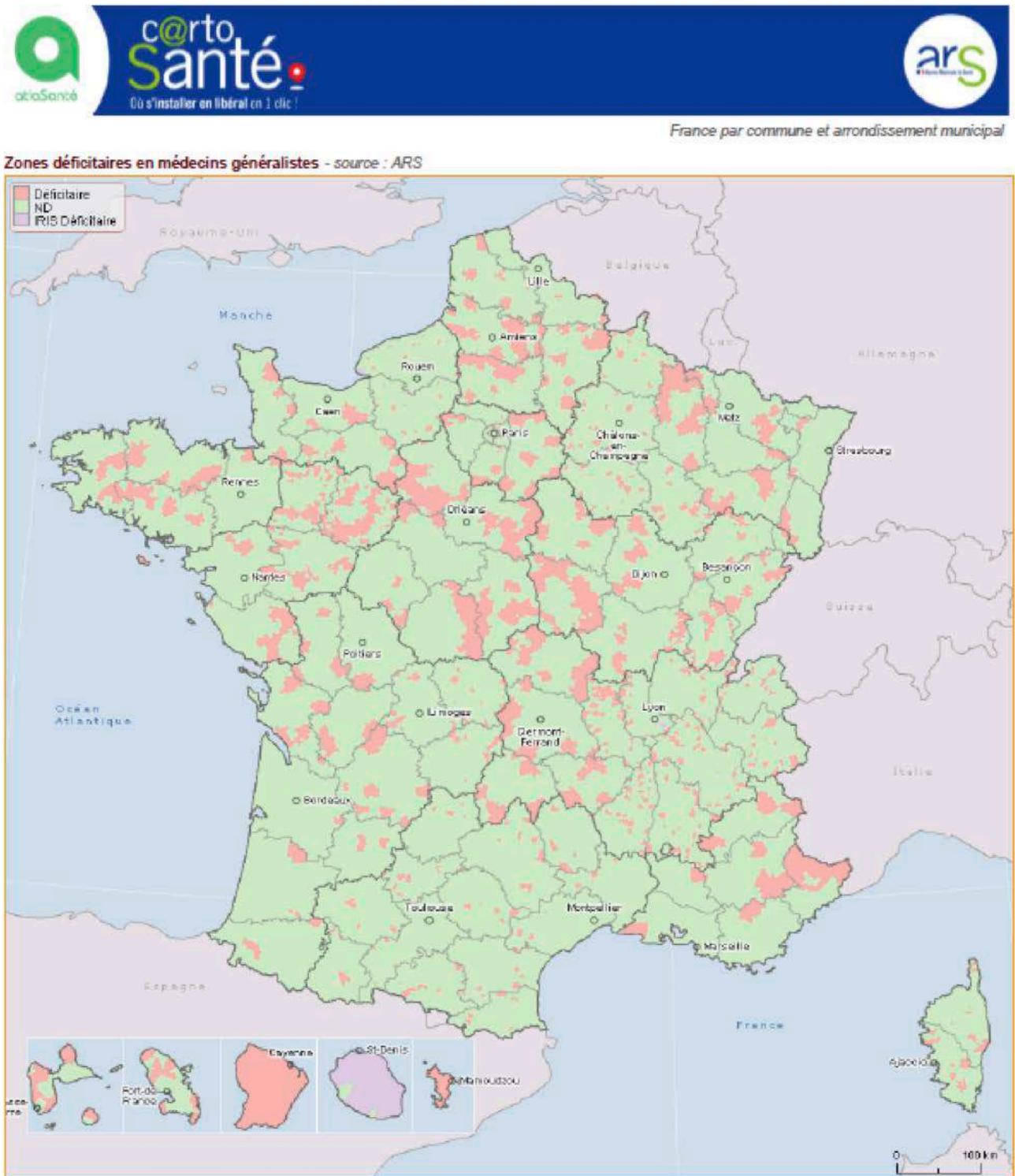
caisses de MSA collaborent avec une majorité d'ARS et de DRSM. Les 35 caisses de MSA s'incluent dans les orientations des ARS qui leur confient des actions spécifiques en lien avec leur légitimité territoriale : actions d'accompagnement à l'installation, stages et cours. Pour amplifier cette démarche, la MSA renforce sa mobilisation en créant « Exercice en campagne ».

En effet, les difficultés d'accès aux soins sont croissantes et touchent également d'autres professionnels de santé que les médecins, comme les infirmiers ou les masseurs-kinésithérapeutes (**Cartes 11 et 12**).

Depuis la fin de l'année 2016, des référents de services de contrôle médical et des professionnels de santé libéraux volontaires ont été invités à partager leurs expériences de terrains réussies, leurs outils et à réfléchir sur les besoins. Un kit d'outils partagés a été créé et sera livré à partir de l'été 2017. Il se composera d'un guide, de logigrammes, de fiches, de courriers, de questionnaires, de vidéos,...utiles à l'information/formation, la mise en relation et l'aide/incitation à l'installation dans les territoires ruraux. Ce kit sera complété régulièrement en fonction du besoin et de l'évolution des pratiques.

Au deuxième semestre 2017, le programme « Médecine en campagne » est élargi à tous les professionnels de santé (médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, pharmaciens,...) et devient « Exercice en campagne ». Forte de son encrage en milieu rural et convaincue par la nécessité d'une approche pluri professionnelle, plus précoce et proche du terrain, la MSA a la volonté de poursuivre ses efforts en partenariat étroit avec les ARS, les établissements de formation (facultés, écoles de kinésithérapie et IFSI) et tous les partenaires intéressés (CNGE, FFMSF, CMG, CDOM, URPS, associations des internes en médecine, maîtres de stage, élus du territoire, autres professionnels...). Pour la plupart, les contacts sont pris et les conventions en cours vont permettre de concrétiser rapidement ces actions en faveur des jeunes professionnels de santé, futurs installés. Un suivi personnalisé et évaluatif est prévu afin de s'assurer de la pertinence des différentes actions.

**CARTE 10 : ZONES DÉFICITAIRES EN MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

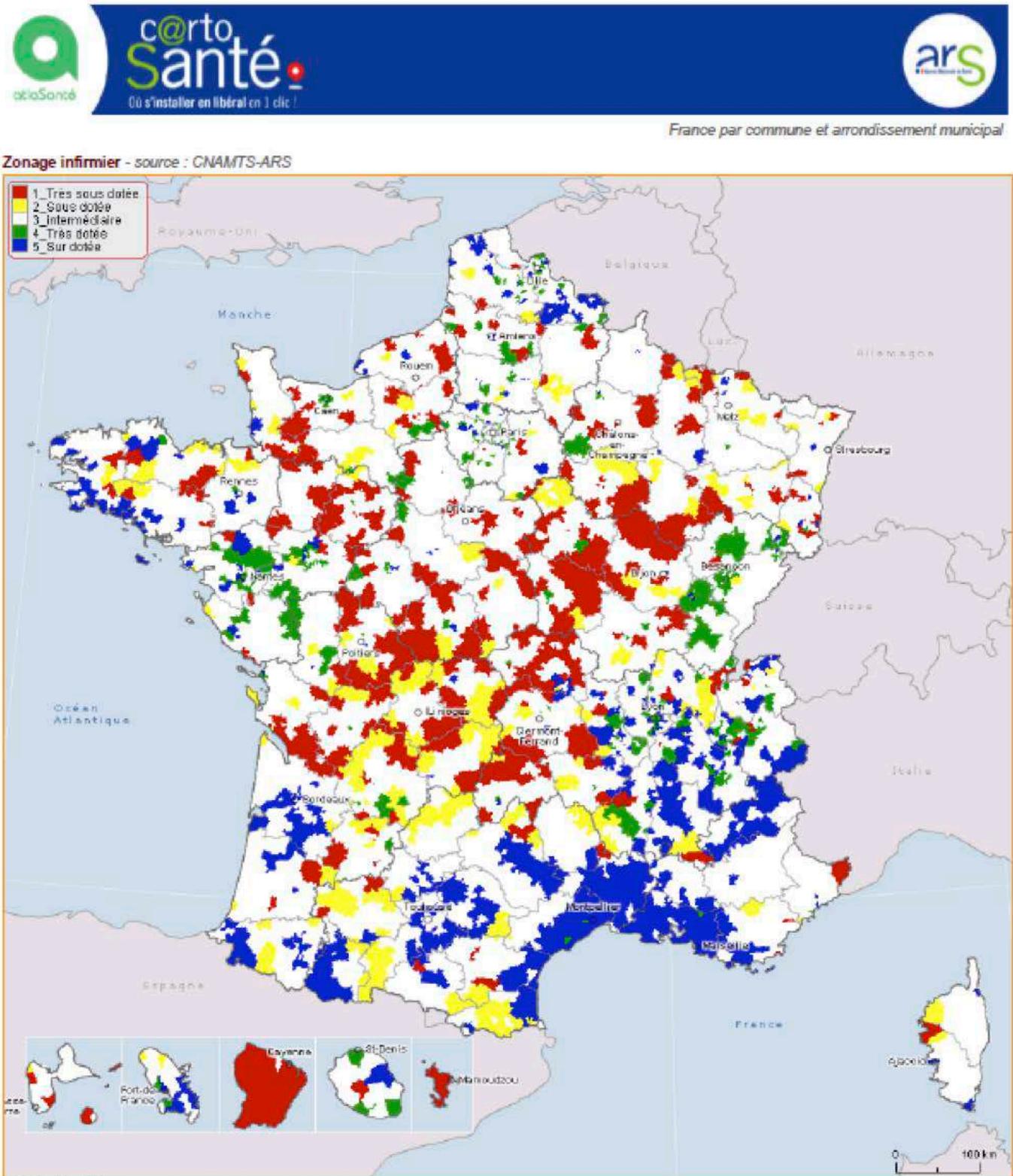


Les zones déficitaires, arrêtées par les ARS, servent de base pour l'octroi des aides de l'Assurance Maladie définies dans le cadre de la convention médicale (option démographie et option santé solidarité) et de certaines aides fiscales.

# 3

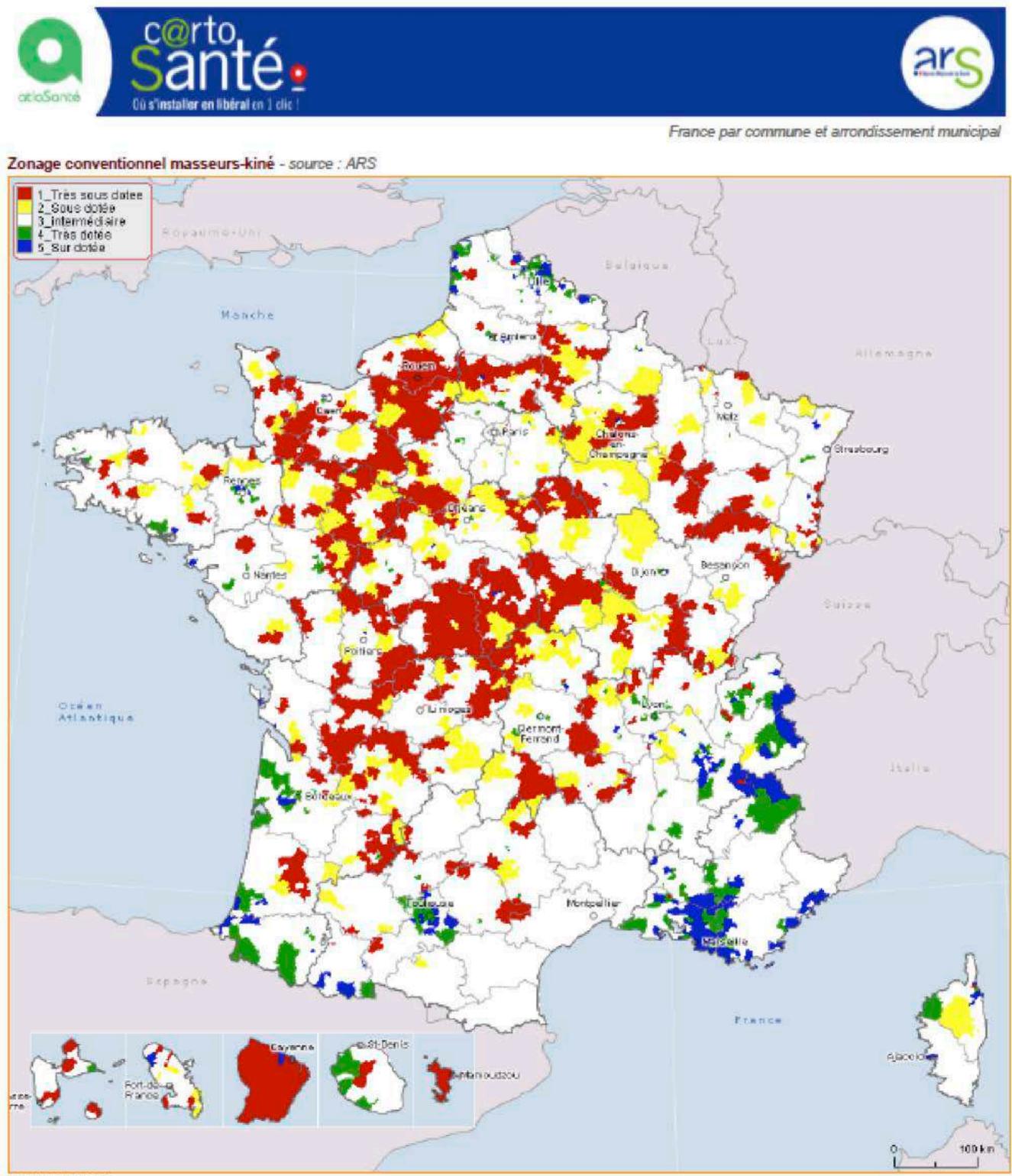
## Les propositions de la MSA pour contribuer aux politiques publiques de santé

**CARTE 11 : ZONAGE INFIRMIER**



En cas d'installation en exercice libéral dans une zone « très sous dotée » en infirmiers libéraux, le contrat incitatif infirmier permet de percevoir une aide forfaitaire annuelle et de bénéficier d'une prise en charge des cotisations sociales dues au titre des allocations familiales.

**CARTE 12 : ZONAGE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES**



© IGN GeoFla 2014  
 Instauré par l'avenant n° 3 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, le « contrat incitatif masseur-kinésithérapeute » vise à favoriser l'installation et le maintien des masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés dans des zones « très sous-dotées » et « sous-dotées ».

## b. L'exemple de l'action Educ'tour de la MSA Franche-Comté

L'Educ'tour est une action partenariale organisée par l'Asept Franche-Comté/Bourgogne, la MSA de Franche-Comté, le Pays des Vosges Saônoises et l'ARS Bourgogne-Franche-Comté. Elle s'inscrit à la fois dans le Contrat Local de Santé du Pays des Vosges Saônoises dont la MSA a contribué à la mise en place en l'initiant par le financement d'un Pays de Santé des Vosges Saônoises et dans le cadre de l'action MSA « exercice en campagne ».

Elle est liée au séminaire interprofessionnel, développé par une chargée de mission à l'Association Française pour le Développement de l'Education Thérapeutique (AFDET) dont l'objectif est d'apprendre à des étudiants en fin d'études à travailler ensemble. Il réunit des internes en médecine générale, des futurs kinésithérapeutes, infirmiers, assistants de service social, sages-femmes et psychologues.

En 2017 a eu lieu la deuxième édition de l'Educ'tour en Pays de Vosges Saônoises dans une nouvelle forme. La journée consacré à Educ'tour est le dernier jour du séminaire durant lequel les étudiants en groupes interprofessionnels, présentent des projets de territoires, créés la veille à partir d'un scénario fictif. Cette journée mêle objectifs pédagogiques et découverte d'un territoire rural. Au total, ce sont 71 étudiants et 6 formateurs qui sont allés à la rencontre de professionnels et d'élus locaux :

- 15 étudiants en psychologie
- 12 internes en médecine générale
- 12 étudiants ASS
- 9 étudiantes sages-femmes
- 10 étudiants infirmiers
- 13 étudiants masseurs-kinésithérapeutes

Une vingtaine de professionnels (7 médecins généralistes, 3 kinésithérapeutes, 3 infirmiers, 3 sages-femmes, 2 pharmaciens, 1 psychologue et 2 travailleurs sociaux) se sont rendus disponibles pour échanger avec les étudiants, parler de leurs pratiques professionnelles en milieu rural et répondre aux questions au cours d'un speed dating<sup>(1)</sup>.

Des représentants d'institutions comme la MSA, la CPAM, l'ARS étaient également venus à la rencontre des étudiants, ainsi que des personnes travaillant dans des dispositifs comme la MAIA ou l'ARESPA (dispositifs d'appui aux professionnels de santé et aux patients), la COMET (éducation thérapeutique), l'addictologie, l'IREPS (promotion de la santé). En tout, 15 stands de partenaires ont permis de faire de ce speed dating un temps d'échanges riches et appréciés. Cette journée a permis également à une quinzaine d'élus et d'agents de développement locaux (maires, communautés de communes) de partager leur vision du territoire.

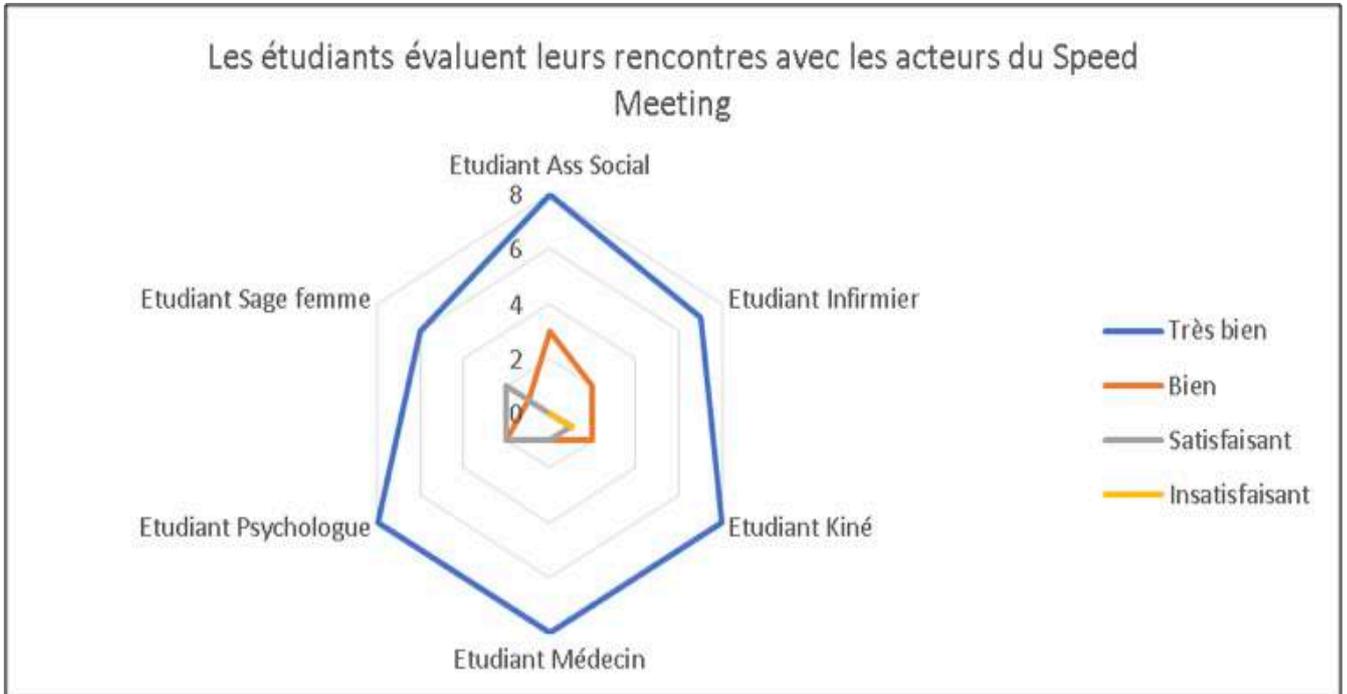
A la fin de la journée, les étudiants évaluent globalement de façon très positive cette rencontre (**Graphique 20**) et font part de leur surprise : exercice à la campagne et exercice isolé ne sont pas synonymes.

Enfin, pour 70 % des étudiants cette journée a fait évoluer leur représentation de l'exercice en milieu rural (**Graphique 21**).

---

(1) Renault P, Fiquet L, Allory E, Chapron A, Hugé S, Annezo F « Le speed dating pédagogique : une innovation pour enseigner la collaboration interprofessionnelle », *Exercer* 2015 ;118:84-90.

**GRAPHIQUE 20 : EVALUATION DES ÉTUDIANTS SUR LA RENCONTRE AVEC LES ACTEURS DU SPEED MEETING**



**GRAPHIQUE 21 : RÉSULTATS DES RÉPONSES DES ÉTUDIANTS SUR L'IMPACT DE CETTE JOURNÉE QUANT À LA REPRÉSENTATION DE L'EXERCICE EN MILIEU RURAL**



### 3.3.2.2. Accompagner les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP)

La MSA est historiquement investie dans l'accompagnement à la création puis au développement des maisons de santé pluriprofessionnelles (cf. *Rapport Charges et Produits MSA 2016, pages 121 à 130*). Elle estime en effet que ces structures d'exercice coordonnées sont de nature à faciliter l'accès à l'offre de soins et optimiser les parcours de santé en milieu rural.

A ce jour, 21 caisses de MSA sur 35 développent un partenariat (formalisé ou non) avec 78 MSP. L'implication de la MSA peut prendre différentes formes notamment en fonction des besoins locaux :

- un accompagnement de la MSA dans certains cas tout au long du processus de création puis de développement de la MSP : réalisation d'un diagnostic territorial initial (quantitatif et qualitatif), aide pour l'étude d'opportunité et de faisabilité, sensibilisation des professionnels et acteurs institutionnels, aide au montage de projet de santé, apport de méthodologie de projet (outils, dossiers types,...), articulation avec le Contrat Local de Santé,...;
- un accompagnement de la MSA lors de l'une ou plusieurs étapes du processus de création de la MSP susmentionné ;
- des propositions d'actions (prévention du suicide, Education Thérapeutique du Patient, les Instants Santé, éducation à la santé familiale,...) ;
- une participation à certaines instances institutionnelles (Comité départemental de sélection et d'accompagnement de projets...);
- des prêts à taux zéro,...

**Pour 2018, la MSA poursuivra son engagement en faveur des MSP.**

### 3.3.2.3. S'engager pour l'accès à une offre hospitalière de proximité

La MSA est historiquement<sup>(1)</sup> 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 réalisée<sup>(2)</sup> 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.

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.

Pour rappel, le Conseil Central de la MSA a appelé<sup>(3)</sup> 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.

L'étude de 2013 a fait l'objet d'une actualisation en 2016 et montre (**Cf Annexe 6**) que :

- L'hôpital de proximité est un lien essentiel dans les territoires. C'est un acteur intégré dans les nouvelles organisations des groupements hospitaliers de territoire.
- C'est un modèle structurant du parcours de soins et un maillon fondamental dans l'offre de soins de premier recours pour les assurés de la MSA.

**Dans ce contexte, à l'instar de ce qui a été fait en Franche-Comté, la MSA réitère sa proposition 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-hôpitaux locaux dans le parcours de santé.** Par ailleurs, fort de

(1) 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).

(2) Rapport Charges et Produits MSA 2015.

(3) 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<sup>er</sup> juin 2016.

cette expérience, la MSA intègre dans son diagnostic territorial cette dimension qualitative.

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

En 2009, la MSA et Groupama ont initié une expérimentation d'une nouvelle organisation des soins de proximité en réponse à la désertification médicale qui menace certaines zones rurales. Cette expérimentation intitulée « Pays de santé » a été menée sur plusieurs cantons dans deux départements (Dordogne et Ardennes) pendant trois ans.

Cette expérimentation prévoyait la réalisation d'un diagnostic local des besoins de santé du territoire avec les professionnels de santé et la population puis la proposition aux médecins d'une palette de services « à la carte », répondant à leurs besoins afin de leur permettre de libérer du temps et de rendre plus attractif leur exercice.

La mise en œuvre de cette expérimentation était assurée par deux acteurs principaux :

- d'une part, un Conseil de santé local, composé de représentants des parties prenantes, animait le projet d'expérimentation et son déploiement éventuel au terme des 3 ans.
- d'autre part, un Conseiller Pays de santé qui était chargé d'animer et de coordonner la plate-forme de services et les professionnels de santé.

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.

Cette action historique « Pays de santé » a été reprise dans le cadre de contrats locaux de santé pour les sites de Nord Dordogne, des Ardennes et des Vosges Saônoises. Le dernier Pays de santé mis en place sur le site de Prades (Pyrénées-Orientales) va évoluer pour porter, sous l'égide de l'ARS, une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS).

La philosophie de Pays de santé de démocratie sanitaire et de coordination territoriale continue d'être portée par la MSA avec l'objectif prioritaire poursuivi de l'accès aux soins de nos assurés. Toutefois, le format est à adapter aux caractéristiques de chaque territoire sous l'égide de l'ARS et en concertation avec les partenaires.

Ce sont les réponses à ces besoins de santé du territoire qui favoriseront l'installation. Si les réponses apportées favorisent le renforcement de l'offre de soins sur les territoires pour lesquels la répartition géographique des professionnels de santé est défavorable, cela devrait aider à réduire les inégalités territoriales.

Au travers de ces expérimentations locales, la MSA contribue à la lutte contre la désertification médicale en zone rurale et à l'organisation de l'offre de soins sur des territoires fragilisés. Elle vise ainsi à répondre aux difficultés en zone rurale, améliorer la qualité des soins et la prise en charge des patients, optimiser les conditions d'exercice des professionnels de santé, développer l'accès à la prévention et l'animation territoriale.

Certains principes directeurs de cette expérimentation ont été repris dans le cadre de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

en vue d'être développés notamment dans le cadre de la mise en place des contrats locaux de santé.

### 3.3.2.5. CLS, CTS et PTA : la MSA, un acteur incontournable

La loi de modernisation de notre système de santé :

- réaffirme la place des **Contrat Locaux de Santé** (CLS) souvent initiés en milieu rural en raison d'un risque de rupture d'accessibilité aux soins primaires et étendus ensuite aux déterminants de santé hors soins sous le pilotage des collectivités territoriales et de l'ARS,
- crée sur le volet soins les équipes de soins primaires, les communautés professionnelles territoriales de santé qui pourront se doter d'un contrat territorial de santé (CTS) signé avec l'ARS sur la base d'un projet de santé de territoire pour répondre aux besoins identifiés par un diagnostic territorial. Des Plateformes territoriales d'appui (PTA) portées par des réseaux de santé pluri-thématiques, des MAIA, ...devront être pilotées par les professionnels libéraux du territoire organisés en ESP, CPTS ou MSP.

**L'analyse des contrats locaux de santé existants confirme que la MSA est considérée comme un partenaire incontournable en milieu rural.**

Comme le mentionnent plusieurs conventions relatives aux modalités de partenariat entre l'ARS et les organismes d'assurance maladie, les contrats locaux de santé constituent un levier stratégique de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé grâce notamment à une coordination des interventions au sein des territoires. L'assurance maladie accompagne cette politique en étant, le cas échéant co-signataire des contrats, aux côtés des ARS.

Sur 300 CLS signés au niveau national, la MSA est d'ores et déjà co-signataire d'une cinquantaine de CLS avec des niveaux d'engagements variables :

- 27 caisses de MSA ont signé 52 CLS au total,
- 2 caisses de MSA sont en cours de signature,
- 29 caisses de MSA sur 35 participent et/ou sont associées à des CLS.

Les CLS existants vont évoluer et de nouveaux CLS seront signés dans le cadre des PRS 2. De nouveaux diagnostics territoriaux en santé vont être menés pouvant intégrer le diagnostic territorial MSA centré sur l'accessibilité à l'offre de soins. La participation de la MSA aux CLS est un levier potentiel pour porter sa stratégie santé.

Les **Conseils Territoriaux de Santé** (CTS) constituent la nouvelle instance territoriale de démocratie sanitaire, en remplacement des conférences de territoire.

Leur mission est de contribuer à l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du Projet Régional de Santé. Pour ce faire, le CTS participe à la réalisation d'un diagnostic territorial partagé, qui a pour objet d'identifier les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population, en tenant compte des caractéristiques géographiques et saisonnières du territoire, et en identifiant les insuffisances en termes d'offre, d'accessibilité, de coordination entre les acteurs, notamment dans les zones de revitalisation rurale. Il est informé de la création des plateformes territoriales de santé et est informé de la signature des contrats territoriaux de santé ou contrats locaux de santé.

Leur rôle est de proposer des améliorations de la réponse aux besoins de la population, notamment sur l'organisation des parcours de santé, en prenant soin de conserver les démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants.

**Leur composition<sup>(1)</sup> intègre désormais la possibilité de siéger pour les organismes de CMSA en qualité de membre. La MSA est ainsi représentée dans toutes les grandes régions.**

(1) Composition : Collège 1 : Offreurs et services en santé (20 à 28), Collège 2: usagers et associations d'usagers (6 à 10), Collège 3: collectivités territoriales (4 à 7), Collège 4: Etat (1) et organismes de sécurité sociale locaux et régionaux du ressort du conseil territorial de santé (2).

Pour conforter son rôle au sein des CTS, la MSA pourra mobiliser sa démarche de Diagnostic Territorial MSA et contribuer au diagnostic territorial partagé.

Enfin, précurseur dans la création et l'accompagnement des réseaux de soins puis des réseaux de santé au travers de l'expérimentation « réseaux gérontologiques » initiée en 1998, la MSA soutient la volonté des pouvoirs publics de faire évoluer ces structures en **Plateforme Territoriale d'Appui (PTA)**.

A cet effet et en vue de faciliter cette évolution, la Caisse centrale de la MSA souhaite conclure une convention nationale avec l'Union Nationale des réseaux de Santé.

Fort d'un partenariat de près de 20 ans avec certains réseaux de santé dans le cadre de la Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques (FNRG), la MSA dispose de relais sur les territoires qui ont d'ores et déjà su faire la preuve de leur capacité d'évolution (intégration de CLIC, MAIA...) au service des assurés.

Au-delà de ces interventions pour prévenir ou limiter les risques de rupture dans le parcours de santé en milieu rural, la MSA poursuit 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.

### 3.3.3. Accompagner le 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.

#### 3.3.3.1. Le déploiement des Prado

Le programme d'accompagnement au retour à domicile des patients hospitalisés (Prado) constitue l'un des prin-

cipaux leviers de l'axe « virage ambulatoire » pour réduire la durée d'hospitalisation, anticiper les besoins du patient lié à son retour à domicile et fluidifier le parcours hôpital-ville.

Les Prado mis en place par l'Assurance maladie, permettent aux assurés qui le souhaitent et sont médicalement éligibles, de bénéficier d'une prise en charge à domicile par les professionnels de santé libéraux de leur choix.

La MSA participe à quatre de ces programmes :

- maternité,
- chirurgie - Orthopédie dont Transports,
- insuffisance cardiaque,
- Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO).

Le Prado maternité a fait l'objet d'une convention nationale signée le 15 mai 2013.

Tous les volets ultérieurs, y compris ceux à venir, sont couverts par une nouvelle convention nationale signée en février 2016, et mise à jour régulièrement via son annexe. Elle permet l'adhésion des caisses de MSA à ces différents dispositifs.

Les principes communs aux Prado sont rappelés dans l'**Encadré 3**.

#### a. Prado maternité

Depuis 2010, le régime général a mis en place un dispositif Prado de sortie de maternité, 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 Cpm 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.

L'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.

### Encadré 3 : Présentation des principes communs aux Prado

Le Prado s'inscrit dans le cadre des programmes personnalisés développés par l'Assurance maladie. Il s'agit d'une offre créée en 2010 dont l'objectif est :

- de privilégier une prise en charge en soins de ville plutôt qu'en établissement de santé (Services de Soins et de Réadaptation)
- d'adapter et de renforcer le suivi après l'hospitalisation, avec une optimisation du parcours entre l'hôpital et la ville
- de satisfaire une volonté croissante des patients de rentrer au plus tôt à leur domicile

#### Le principe

Le Prado consiste en la mise en relation du patient avec un ou plusieurs professionnels de santé libéraux qui le prennent en charge à son retour à domicile, sous réserve que l'hospitalisation ne soit plus jugée nécessaire par l'équipe médicale de l'établissement sanitaire. Cette dernière va ainsi déterminer « l'éligibilité » du patient au Prado et évaluer ses besoins en termes de soins ambulatoires selon certains critères :

- Eligibilité médicale :

Les critères d'éligibilité sont des critères d'aide à la décision de l'équipe médicale hospitalière qui reste seule juge de l'inclusion des patients dans les Prado en s'appuyant sur des grilles d'éligibilité.

- Eligibilité administrative

Les différents Prado peuvent s'adresser aux patients affiliés au Régime Général mais également à ceux de la MSA ou du RSI.

Le patient peut avoir recours, si besoin, en fonction de la prescription de l'équipe hospitalière, à différents professionnels de santé de son choix selon la nature du Prado :

- le médecin traitant ;
- l'infirmier(ère) ;
- le masseur kinésithérapeute ;
- le cardiologue ;
- le pneumologue ;
- la sage-femme.

L'équipe médicale ayant validé l'éligibilité du patient au Prado informe le conseiller de la Caisse primaire d'assurance maladie (CAM) ; Ce dernier se rend au chevet des patients « éligibles » qui le souhaitent pour leur proposer l'adhésion au service Prado, y compris pour les ressortissants MSA.

Il organise les rendez-vous avec les professionnels de santé libéraux concernés. Il recense également les besoins en termes d'aide à la vie, en lien avec le service social de l'établissement et signale aux caisses dont celles de MSA, les situations relevant de leur compétence. Il peut être amené à contacter les organismes d'assurance complémentaire du patient pour qu'il puisse bénéficier de l'assistance proposée (heures d'aide-ménagère notamment) ; des « aides à la vie » (portage de repas, aide-ménagère...) peuvent être accordées, sous conditions de ressources (financées sur les fonds d'ASS des caisses).

A l'issue de ces démarches, le CAM informe le référent MSA dont le rôle est de renseigner l'assuré sur toutes les questions qui ne concernent pas le Prado (droits maladie, prestations MSA, ...).

Les besoins du patient sont donc anticipés pendant l'hospitalisation. Ce service est déployé dans le respect du principe de libre choix du professionnel de santé par le patient.

#### Le financement

Chaque Prado se distingue non seulement par les professionnels de santé mobilisés mais également parfois en terme de financement.

La participation de la MSA a donné lieu à une contractualisation entre les CMSA et les CPAM.

Pour le Prado maternité, la participation financière de la MSA s'élève à 15 € par adhésion.

Pour tous les volets ultérieurs, y compris ceux à venir, la participation de la MSA s'élève à 30€ par assuré de la MSA adhérant au programme proposé.

Les Prado sont financés sur le fonds de prévention de la MSA (FNPEISA) à l'exception du Prado transports qui est financé par l'ASS.

Les statistiques recueillies durant l'année 2016 confirment encore un fort pourcentage d'adhésion s'établissant à 91 % parmi les 10 417 assurées éligibles (**Tableau 24**).

### b. Prado chirurgie-orthopédie

L'expérimentation dans le cadre du programme de retour à domicile en sortie d'hospitalisation après chirurgie orthopédique existe depuis 2012 au sein du régime général. Son extension à tout type de chirurgie a été mise en œuvre dès l'été 2016, en commençant par la chirurgie digestive.

Le Prado chirurgie orthopédique a pour objectif de proposer une rééducation en ville aux patients ayant subi une intervention chirurgicale orthopédique dès lors que l'équipe médicale estime que l'état du patient ne nécessite pas un séjour en SSR (Soins de Suite et de Réadaptation).

Le patient, sur proposition de l'équipe médicale hospitalière, peut bénéficier dès sa sortie d'hospitalisation d'un

service d'accompagnement pour faciliter son retour à domicile et être suivi par son médecin traitant. Il peut avoir recours, si besoin et en fonction de la prescription de l'équipe hospitalière, à un masseur-kinésithérapeute et/ou à un(e) infirmier(e) de son choix.

Au régime agricole, la MSA des Côtes Normandes a été la première à expérimenter le programme en 2014. En janvier 2017, 28 MSA ont intégré ce programme. Les données 2016 figurent dans le **tableau 25**. À compter du 1<sup>er</sup> juillet 2017, ce Prado est généralisé à l'ensemble des caisses de MSA.

### Expérimentation de la prise en charge des frais de transport des assurés dans le cadre de Prado chirurgie-orthopédie

Suite à l'expérimentation du Prado orthopédie menée par la MSA des Côtes Normandes, il a été montré que les masseurs-kinésithérapeutes se déplacent peu à domicile. La problématique qui se pose dans ce contexte est celle de l'absence de prise en charge des

**Tableau 24 : Nombre d'assurées MSA éligibles et adhérentes au Prado maternité en 2016**

Prado Maternité au régime agricole en 2016		
Nombre d'assurées éligibles	Nombre d'assurées adhérentes	Taux d'adhésion
10 417	9 517	91%

**Tableau 25 : Nombre d'assurés MSA éligibles et adhérents au Prado chirurgie-orthopédie en 2016**

Prado Chirurgie-orthopédie au régime agricole en 2016		
Nombre d'assurés éligibles	Nombre d'assurés adhérents	Taux d'adhésion
1 636	1 502	92%

transports par l'assurance maladie. En effet, la réglementation en vigueur ne permet pas la prise en charge de ces transports au titre des prestations légales. Les assurés qui entrent dans le dispositif doivent donc assumer personnellement les surcoûts générés par ces transports.

Suite à des échanges inter-régimes, une expérimentation de financement de ces transports pour les assurés MSA (décision du CASS du 8 septembre 2015) a été prévue. Elle a consisté à prendre en charge sur les fonds de l'action sanitaire et sociale, sur conditions d'éligibilité, et dans certains territoires ciblés, les frais de transports sanitaires pour se rendre chez le masseur-kinésithérapeute dans le cadre de Prado orthopédie<sup>(1)</sup>. Une enveloppe de 90 000 € a été prévue. En dehors de cette expérimentation, aucune prise en charge des transports n'est prévue sur les fonds d'ASS. Le déroulement du programme Prado lui-même n'est pas impacté par cette expérimentation qui constitue un service supplémentaire offert à l'assuré.

Cette expérimentation de la prise en charge dérogatoire des transports dans le cadre de Prado orthopédie a démarré pour la MSA en février 2016, et s'est terminée fin mars 2017. Elle a concerné 8 caisses de MSA. Il y a eu peu d'adhésions (17 bénéficiaires), un recours faible à cette prise en charge des transports en matière de dépenses (moins de 10 000 € de dépenses facturées) et aucun reste à charge pour les assurés.

### c. Prado insuffisance cardiaque

Le Prado insuffisance cardiaque, qui est le premier domaine médical concerné pour le Prado pathologies chroniques, a été expérimenté au régime général dès 2013.

Le programme insuffisance cardiaque doit être proposé dans tous les services, à tous les patients hospitalisés ayant subi une décompensation cardiaque (services de cardiologie et services de gériatrie, médecine générale, médecine interne...) à condition qu'ils soient hospitalisés dans un établissement du site expérimentateur.

À l'issue de l'intervention chirurgicale, l'équipe médicale ayant validé l'éligibilité du patient à ce Prado, l'information et l'adhésion sont assurées par le conseiller de l'Assurance Maladie (CAM), y compris pour les ressortissants MSA. Ce conseiller fait choisir à l'assuré, en lien avec le médecin traitant, l'infirmier et le cardiologue pour l'insuffisance cardiaque qui le suivront à domicile, et fixe les premiers rendez-vous avec ces professionnels de santé.

Au régime agricole, la caisse de Gironde est entrée dans l'expérimentation en 2014. En janvier 2017, 26 MSA sont engagées dans ce dispositif. Les données 2016 figurent dans le **tableau 26**. A compter du 1<sup>er</sup> juillet 2017, ce Prado est généralisé à l'ensemble des caisses de MSA.

(1) Les trajets pris en charge sont ceux nécessaires pour se rendre au cabinet du masseur-kinésithérapeute, et à la consultation post opératoire auprès du chirurgien.

**Tableau 26 : Nombre d'assurés MSA éligibles et adhérents au Prado insuffisance cardiaque en 2016**

Prado Insuffisance cardiaque au régime agricole en 2016		
Nombre d'assurés éligibles	Nombre d'assurés adhérents	Taux d'adhésion
382	354	93%

#### d. Prado BPCO

Le Prado Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive a été expérimenté par le régime général à partir de 2015.

Le Prado BPCO comparable à ceux existant pour l'insuffisance cardiaque et la chirurgie, vise à accompagner le retour à domicile des assurés qui ont été hospitalisés en raison de cette pathologie. Ce programme a pour objet d'organiser la prise en charge par des professionnels de santé (médecin traitant, infirmier(ère), masseur-kinésithérapeute et pneumologue) des assurés après leur sortie d'hospitalisation pendant six mois.

En 2016, 4 caisses de MSA se sont inscrites dans le Prado BPCO.

#### 3.3.3.2. 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 par rapport aux affiliés des autres régimes.

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 action a été entreprise sur des territoires à l'échelle de cantons : 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 en hospitalisation conventionnelle.

Cette action s'inscrit dans un contexte national où l'on observe une progression du taux de recours à la chirurgie ambulatoire notamment pour les ressortissants du régime agricole. Pour rappel, le taux de recours à la chirurgie ambulatoire au régime agricole est passé de 73,8 %

en 2011 à 82,3 % en 2014 avec un rattrapage de l'écart entre le taux brut du régime agricole et le taux brut tous régimes passant respectivement de -3,5 points à -1,8 point<sup>(1)</sup>.

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** avec l'expérimentation en Pays Haut Languedoc et Vignobles a fait l'objet d'une étude détaillée dans le Rapport Charges et Produits MSA 2017.

**La région Bretagne** voit le recours à la chirurgie ambulatoire augmenter entre 2011 et 2014 avec une évolution positive de 11,4 points pour le régime agricole et 8,4 points pour les autres régimes. L'écart entre le régime agricole et les autres régimes évolue favorablement de -6,0 à -3,0 points. L'action de la MSA a été déclinée dans le pays de Morlaix dont les résultats sont présentés dans l'**Encadré 4**.

**Dans la région Nord Pas-de-Calais**, l'expérimentation en Pays de Ternois a commencé tardivement avec des réunions début 2016 pour les équipes hospitalières et se poursuit actuellement.

**Ces expérimentations vont être amplifiées, en lien avec les ARS, avec la mise à disposition pour les caisses d'une méthodologie de déploiement reposant sur une analyse des données issues du diagnostic territorial MSA.**

(1) Cf Rapport Charges et Produits MSA 2017.

## Encadré 4 : Résultats issus de l'action dans le pays de Morlaix

En Bretagne, l'action a été déclinée sur le Pays de Morlaix par une réunion de présentation de la chirurgie ambulatoire pour les professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes) et par une présentation au public, tous régimes confondus, en juin 2014.

L'évaluation de cette action a été réalisée fin 2016. Cette évaluation s'est faite par une enquête postale auprès des médecins invités à la réunion. La limitation de l'enquête aux médecins est justifiée par la perspective du nombre d'appel téléphonique et de la capacité temporelle de leur réalisation. Le questionnaire est commun à l'action menée en Languedoc-Roussillon. Le nombre de retour est comptabilisé trois semaines après l'expédition du courrier. Les non répondants ont été contactés, via le téléphone par les médecins-conseils de la MSA d'Armorique, pour obtenir une réponse orale au questionnaire. Les réponses ont été saisies pour analyse et transmission à la CCMSA.

Les 117 médecins conviés à la réunion de présentation de la chirurgie ambulatoire dans l'amphithéâtre de l'école de soins infirmiers à Morlaix en 2014, ont été destinataires du questionnaire posté le 27/10/2016. Les 70 dossiers traités se répartissent ainsi :

- 24 réponses directes par voie postale au 23/11/2016
- 21 réponses obtenues après les appels téléphoniques dont 9 réponses et 12 refus de réponses au 14/12/2016
- 25 non réponses (pas de téléphone : retraite, départ vers un autre secteur géographique,...)

L'analyse des items du questionnaire, se fait sur les réponses « papier » (24/70) et « téléphonique » (9/70) soit 33 dossiers sur 70.

Le peu de réponse à l'enquête ne permet pas de réaliser une analyse statistique des résultats (n<40). On retient les constatations suivantes :

- La grande majorité des praticiens propose la chirurgie-ambulatoire (CA) aux patients, a des patients qui bénéficient de la CA et considèrent la CA comme un avantage pour les patients.
- Les praticiens ont conscience des limites de la CA et de l'organisation du retour d'hospitalisation.
- La principale information sur la CA émane, pour les praticiens, des échanges avec les confrères de ville et avec les confrères hospitaliers.
- Les institutions ne sont pas leur source d'information sur la CA.
- Si la MSA semble légitime à poursuivre cette action, la majorité des praticiens ne souhaite pas de réunion de retour d'information sur la CA organisée par la MSA.
- Les commentaires libres reprennent trois thèmes :
  1. La disponibilité : un défaut de temps est évoqué pour la non-participation des praticiens à la réunion.
  2. La communication :
    - Le chirurgien propose la CA, mais l'avis du médecin traitant devrait être pris en compte car il est en première ligne et connaît l'environnement, le terrain et le mode de vie du patient.
    - Le numéro de téléphone du service de CA devrait être indiqué et répondre.
    - Un compte rendu d'hospitalisation en CA devrait être fourni au patient. Ce même compte rendu devrait être faxé et/ou transmis par mail au médecin traitant. Il ne devrait pas y avoir de CA avant les week-ends et les jours fériés.
  3. La vie pratique des patients :
    - Une journée de CA pour certain patient est très longue d'autant plus si ils sont âgés : préparation, trajet jusqu'au centre de CA, la sortie tardive le soir avec attente et trajet de sortie vers le domicile, mise en place des précautions pour la nuit, le tout accompagné d'anxiété pré et post opératoire.
    - La prise en charge d'aide par les mutuelles est conditionnée parfois à une hospitalisation supérieure ou égale à 3 jours.
- Enfin, l'analyse globale de l'action « MSAP Chirurgie Ambulatoire » permettra de connaître les freins au développement de la CA pour les adhérents de la MSA et de proposer, éventuellement, des solutions pour les lever.

# ANNEXES

## 1.1. Réalisation de l'Ondam en 2016

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 fixe l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) à 185,2 milliards d'euros, ce qui correspond à une progression annuelle des dépenses de + 1,75 %.

Les prestations suivant le champ de l'Ondam prises en charge par les régimes des salariés agricoles et des non-salariés agricoles s'élèvent à 11,41 milliards d'euros

en 2016. Elles sont en hausse de + 0,8 % par rapport aux dépenses de 2015 (**Tableau 1**).

Cette progression est vérifiée à la fois dans le champ des dépenses de soins de ville, qui augmentent de + 1,4 %, et dans celui des dépenses en établissements de santé, + 0,9 %. Ces évolutions sont supérieures à celles de l'année 2015. Pour les soins de ville, la croissance des dépenses passe ainsi de + 0,9 % en 2015 à + 1,4 % en 2016.

Les prestations exécutées en établissement de santé et en ville représentent respectivement 53,7 % et 44,2 % des dépenses du régime agricole suivant le champ de l'Ondam en 2016.

**TABLEAU 1 : PRESTATIONS CHAMP ONDAM EN 2016 - MONTANTS EN MILLIONS D'EUROS**

	Régime Agricole		Non-salariés		Salariés	
	Montants	Evolution	Montants	Evolution	Montants	Evolution
Honoraires des médecins généralistes	374,1	-0,9%	214,1	-3,7%	159,9	3,1%
Honoraires des médecins spécialistes	543,5	3,1%	288,0	0,6%	255,6	6,1%
Honoraires des dentistes	151,0	1,2%	69,2	-2,2%	81,8	4,3%
Honoraires paramédicaux	996,6	1,1%	697,8	0,1%	298,8	3,4%
dont Honoraires des infirmiers	728,3	0,8%	538,5	0,2%	189,8	2,6%
dont Honoraires des masseurs kinésithérapeutes	231,3	1,2%	144,8	-0,5%	86,6	4,2%
Biologie	186,3	-0,1%	107,6	-2,3%	78,7	3,1%
Transports	309,8	1,2%	194,0	0,1%	115,8	3,0%
Produits de santé	1 701,0	1,0%	1 011,0	-1,0%	690,0	4,0%
dont Produits de la LPP	435,9	3,3%	279,2	1,8%	156,7	6,0%
dont Médicaments	1 265,1	0,2%	731,8	-2,0%	533,3	3,5%
Autres prestations (autres honoraires, cures thermales...)	70,4	42,6%	45,2	51,4%	25,2	29,1%
Autres charges (*)	181,9	-7,9%	113,6	-8,1%	68,3	-7,6%
<b>TOTAL SOINS DE VILLE HORS INDEMNITES JOURNALIERES</b>	<b>4 514,6</b>	<b>1,1%</b>	<b>2 740,5</b>	<b>-0,5%</b>	<b>1 774,1</b>	<b>3,8%</b>
Indemnités journalières	531,8	3,5%	104,8	1,1%	427,0	4,1%
<b>TOTAL SOINS DE VILLE</b>	<b>5 046,4</b>	<b>1,4%</b>	<b>2 845,3</b>	<b>-0,5%</b>	<b>2 201,1</b>	<b>3,9%</b>
Etablissements hors médico-sociaux	4 602,3	1,2%	2 945,2	0,8%	1 657,1	2,1%
Etablissements médico-sociaux	1 525,7	-0,2%	1 038,4	-0,3%	487,3	0,1%
dont Etablissements pour personnes âgées	1 283,7	-0,6%	980,2	-0,4%	303,5	-1,1%
dont Etablissements pour personnes handicapées	242,0	2,0%	58,2	1,0%	183,8	2,3%
<b>TOTAL PRESTATIONS EXECUTEES EN ETABLISSEMENT</b>	<b>6 128,1</b>	<b>0,9%</b>	<b>3 983,7</b>	<b>0,5%</b>	<b>2 144,4</b>	<b>1,7%</b>
Autres prises en charges et FIR	240,3	-6,3%	153,1	-3,9%	87,2	-10,1%
<b>TOTAL CHARGES ONDAM</b>	<b>11 414,9</b>	<b>0,8%</b>	<b>6 982,1</b>	<b>-0,1%</b>	<b>4 432,8</b>	<b>2,4%</b>

Source : MSA

(\*) 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

## Annexe 1 : La réalisation de l'Ondam au régime agricole et les prévisions

Les dépenses suivant le champ de l'Ondam pour le régime des **non-salariés agricoles** s'élèvent à 6,98 milliards d'euros en 2016, en diminution de - 0,1 % par rapport à 2015.

L'évolution des dépenses de soins de ville de ce régime, en légère baisse de - 0,5 %, est proche de celle de l'année précédente. Les dépenses des prestations exécutées en établissements, qui représentent plus de la moitié des dépenses (57,1 %), évoluent de + 0,5 %.

Les dépenses suivant le champ de l'Ondam pour le régime des **salariés agricoles** sont de 4,43 milliards d'euros en 2016. Elles augmentent de + 2,4 % par rapport à 2015.

Les remboursements de soins de ville des salariés agricoles sont en hausse de + 3,9 % en 2016, après une évolution de + 2,7 % en 2015. Les dépenses en établissements, qui représentent 48,4 % de la dépense totale, évoluent de + 1,7 %.

L'évolution différenciée des dépenses des deux régimes est aussi liée aux évolutions inverses de leur démographie. Les effectifs du régime des non-salariés connaissent une érosion continue de l'ordre de - 3,0 % à - 3,6 % depuis de nombreuses années. Alors que les effectifs du régime des salariés agricoles, en diminution jusqu'en 2013, progressent à un rythme soutenu, + 2,2 % en 2014, + 2,8 % en 2015, + 1,5 % en 2016.

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

Les dépenses de soins de ville du régime agricole suivant le champ de l'Ondam augmentent de + 1,4 % en 2016, soit 0,5 point de plus en un an. Cette progression s'explique notamment par la reprise des dépenses de médicaments, poste pour lequel la tendance s'inverse, avec une évolution qui passe de - 3,1 % en 2015 à + 0,2 % en 2016. Hors médicament, l'évolution des dépenses serait en 2016 inférieure de 0,5 point à celle observée en 2015.

Les honoraires de médecins spécialistes connaissent également une forte progression d'une année sur l'autre,

+ 1,8 point, avec + 3,1 % en 2016 après + 1,3 % en 2015.

A contrario, les honoraires des médecins généralistes, les honoraires paramédicaux et les indemnités journalières enregistrent des évolutions inférieures à celles de l'année précédente.

Les dépenses de soins de ville pour les **non-salariés agricoles** enregistrent en 2016 une baisse de - 0,5 % proche de celle observée en 2015 (- 0,4 %).

Les postes dont l'évolution des dépenses progresse le plus fortement sont les médicaments, les honoraires des spécialistes, les produits de la LPP et les remboursements d'actes de biologie. À l'inverse, l'évolution des honoraires de médecins généralistes perd - 2,0 points en un an, celle des remboursements d'actes infirmiers - 1,5 point. Les versements d'indemnités journalières ont une croissance nettement inférieure à celle de l'année précédente, ce qui marque la fin de la montée en charge du dispositif d'indemnisation des arrêts de travail maladie pour ce régime.

Pour le régime des **salariés agricoles**, la hausse des dépenses de soins de ville se poursuit et s'accélère en 2016, + 3,9 % après + 2,7 % en 2015. La dynamique des dépenses est principalement due aux prescriptions pharmaceutiques dont l'évolution gagne 3,5 points cette année. Contribuent également à cette accélération des dépenses, les honoraires de médecins spécialistes et de médecins généralistes dont l'évolution 2016 est supérieure respectivement de + 2,2 points et + 1,0 point par rapport à 2015.

### 1.1.2. Le bilan du plan de maîtrise médicalisée au régime agricole

L'application du plan de maîtrise médicalisée au régime agricole produit les résultats suivants :

- Pour les économies à réaliser sur le poste Médicaments, le taux d'atteinte global est de 58,5 %, soit 12,4 millions d'euros.

Les objectifs d'économies sont dépassés ou proches d'être atteints pour :

## Annexe 1 : La réalisation de l'Ondam au régime agricole et les prévisions

- les antibiotiques dont les montants remboursés baissent de - 6,0 %,
- les antidépresseurs qui poursuivent leur forte tendance à la baisse : - 18,0 % en montants remboursés, grâce notamment à l'arrivée, fin 2015, de duloxétine, générique du Cymbalta®,
- les anti-TNF qui enregistrent une diminution en 2016 de - 3,4 % par rapport à 2015,
- les antihypertenseurs qui poursuivent leur tendance à la baisse, observée depuis 2009 : - 11,7 %,
- les EPO qui enregistrent une baisse de - 1,9 % en 2016,
- les anti-agrégants plaquettaires dont les montants remboursés diminuent de - 8,0 %.

Tandis que les résultats sont insuffisants pour :

- les traitements contre la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) qui présentent une évolution globale positive de + 5,9 %,
- les statines dont les montants remboursés baissent de - 12,5 %,
- les anticoagulants oraux directs (AOD) qui continuent leur très forte progression : + 32,6 %,
- les anti-diabétiques dont les montants remboursés enregistrent une baisse de - 5,8 %, au-dessus du taux d'évolution attendu.

- Les montants remboursés d'indemnités journalières des salariés agricoles présentent une hausse de + 3,2 % par rapport à l'année 2015. Compte tenu de la forte augmentation de la population active observée en 2016 pour ce régime (+ 2,8 %), l'évolution prévisionnelle des dépenses était de + 5,7 %, des économies bien supérieures à l'objectif fixé ont donc été réalisées.

- Les remboursements de frais de transports augmentent de + 1,4 %, hausse au-dessus de l'évolution attendue; ainsi pour ce thème, il n'a pas été réalisé d'économies en 2016.

- Les remboursements liés à l'activité des masseurs-kinésithérapeutes progressent seulement de + 0,5 % ; l'objectif d'économies pour ce thème est donc dépassé.

- Les remboursements liés au thème « Liste des produits

et prestations » (LPP) ont augmenté de + 3,0 %. Cette évolution ne permet pas de réaliser toutes les économies attendues.

- Les remboursements de la biologie ont régressé de 1,8 % en 2016, une diminution qui reste cependant au-dessus du taux d'évolution attendu. Il n'a pu être réalisé d'économies.

**Globalement, l'objectif de maîtrise médicalisée est atteint pour le régime agricole à hauteur de 84,5 % et permet donc une économie de 32,4 millions d'euros après prise en compte des effets démographiques, des évolutions tendancielle et des différents effets prix propres au régime agricole (Tableau 2).**

### 1.1.3. L'évolution des dépenses au titre des établissements de santé

Les dépenses du régime agricole au titre des établissements de santé augmentent de + 0,9 % en 2016, + 0,5 % pour le régime des non-salariés agricoles et + 1,7 % pour le régime des salariés agricoles (Tableau 3).

La croissance des dépenses a pour origine celle des établissements de santé publics, constatée aussi bien pour le régime des non-salariés agricoles, + 1,4 %, que pour celui des salariés agricoles, + 2,4 %.

Les remboursements de soins en établissements de santé privés pour le régime agricole diminuent de -1,3 % en 2016, soit la même évolution qu'en 2015. L'évolution est contrastée entre les régimes : baisse au régime des non-salariés de - 2,5 % (après - 2,9 % en 2015), hausse au régime des salariés de + 0,7 % (après + 1,5 % en 2015).

Ce contraste se retrouve au niveau des frais de séjour en médecine, chirurgie, obstétrique, en recul de - 2,3 % au régime des non-salariés, en hausse de + 1,0 % au régime des salariés, et des frais de séjours en psychiatrie, en baisse de - 8,2 % pour les premiers et en croissance de + 6,7 % pour les seconds. En revanche, les frais de séjours en soins de suite et de réadaptation sont en diminution

## Annexe 1 : La réalisation de l'Ondam au régime agricole et les prévisions

**TABLEAU 2 : BILAN DU PLAN DE MAÎTRISE MÉDICALISÉE POUR LE RÉGIME AGRICOLE EN 2016**

	Economies attendues 2016 tous régimes en millions d'euros (1)	Economies attendues 2016 au régime agricole en millions d'euros	Economies réalisées 2016 au régime agricole en millions d'euros	Taux d'atteinte du régime agricole	Taux d'évolution tendancielle	Effet démographique	Effet Prix	Taux d'évolution attendu	Taux brut d'évolution
Antibiotiques	10	0,6	1,5	275,2%	0,2%	-0,2%	-0,7%	-0,4%	-6,0%
Statines	70	4,3	1,1	25,6%	-3,9%	-0,2%	-7,0%	-10,4%	-12,5%
Anti-HTA	40	3,6	3,0	81,1%	-1,6%	-0,2%	-7,7%	-9,1%	-11,7%
Anti-agrégants plaquettaires	20	1,7	1,3	73,5%	1,2%	-0,2%	-3,9%	-2,6%	-8,0%
Anti-dépresseurs	20	1,2	1,3	107,2%	0,1%	-0,2%	-11,4%	-11,2%	-18,0%
Hors AMM	10								
EPO	17	1,3	1,0	74,7%	2,3%	-0,2%	-0,9%	1,6%	-1,9%
Anti-TNF	35	1,4	2,4	166,2%	12,5%	-0,2%	-8,1%	3,6%	-3,4%
AOD	10	0,9	0,1	15,8%	33,0%	-0,2%	-0,2%	32,9%	32,6%
Anti-diabétiques	68	4,6	0,0	0,0%	0,4%	-0,2%	-6,9%	-6,4%	-5,8%
Hépatite C	10								
Introgénie	50								
DMLA	20	1,6	0,8	49,0%	16,9%	-1,6%	-6,7%	7,7%	5,9%
Médicaments d'exception	10								
<b>TOTAL MEDICAMENTS</b>	<b>390</b>	<b>21,2</b>	<b>12,4</b>	<b>58,5%</b>					
LPP	40	2,8	1,8	64,8%	3,6%	-0,2%	-0,3%	3,4%	3,0%
Biologie	30	1,7	0,0	0,0%	-0,1%	-0,2%	-4,0%	-3,9%	-1,8%
Acte	25								
IJ	100	4,9	10,7	218,7%	1,8%	2,8%	0,6%	5,7%	3,2%
Médecins libéraux	78								
Prescriptions hospitalières	22								
Transports	75	5,3	0,0	0,0%	0,1%	-0,2%	0,1%	0,3%	1,4%
Médecins libéraux	22								
Prescriptions hospitalières	43								
Masseurs Kinésithérapie	40	2,5	7,8	315,3%	3,1%	-0,2%	0,6%	3,9%	0,5%
<b>TOTAL MAÎTRISE 2016</b>	<b>700</b>	<b>38,3</b>	<b>32,4</b>	<b>84,5%</b>					

(1) Source : Conseil de l'UNCAM du 25/02/2016  
Données CVS-CJO en date de remboursement

dans les deux régimes, respectivement - 4,6 % et - 4,1 %.

L'évolution des versements aux établissements médico-sociaux est modérée dans les deux régimes : - 0,3 % au régime des non-salariés (après + 0,3 % en 2015), + 0,1 % au régime des salariés (après + 1,9 % en 2015).

Cette modération provient de la baisse des dépenses au titre des établissements pour personnes âgées (- 0,4 % au régime des non-salariés, - 1,1 % au régime des salariés), alors que les dépenses au titre des personnes handicapées sont en croissance (+ 1,0 % au régime des non-salariés, + 2,3 % au régime des salariés).

**TABLEAU 3 : ÉVOLUTION DES VERSEMENTS PAR TYPE D'ÉTABLISSEMENTS EN 2016**

	Total	Établissements publics de santé	Établissements privés de santé	Établissements médico-sociaux
<b>Régime agricole</b>	0,9%	1,8%	-1,3%	-0,2%
<b>Non-salariés</b>	0,5%	1,4%	-2,5%	-0,3%
<b>Salariés</b>	1,7%	2,4%	0,7%	0,1%

Source : MSA

# 1.2. Perspectives 2017-2018 pour l'enveloppe des soins de ville

### 1.2.1. Les prévisions 2017

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017 fixe l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour les quatre années à venir et retient une évolution annuelle de + 2,1 % pour 2017, puis + 2,0 % pour les années suivantes jusqu'en 2020. Pour les soins de ville, l'évolution est fixée à + 2,1 % en 2017.

Pour **l'ensemble du régime agricole**, les prévisions relatives aux dépenses de soins de ville sur le champ de l'Ondam 2017, 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'élèveraient à 5,1 milliards d'euros, en progression de + 0,7 % (**Tableau 4**).

La modération de l'évolution prévisionnelle des remboursements de soins, par rapport à celle observée l'année précédente (+ 1,4 %), reflèterait l'augmentation des mesures d'économie (+ 9,5 millions d'euros) mais aussi un effet de calendrier (l'année 2017 comportant deux jours ouvrés de moins que 2016), alors même que les différentes dispositions inscrites dans la nouvelle convention médicale auraient un coût de 30,6 millions d'euros pour le régime.

Pour le **régime des non-salariés agricoles**, les prévisions relatives aux dépenses de soins de ville du champ de l'Ondam 2017 s'élèveraient à 2,8 milliards d'euros et diminueraient de - 0,9 %, après - 0,5 % en 2016.

Les honoraires des médecins généralistes enregistreraient une évolution 2017 plus dynamique qu'en 2016 (+ 0,9 % après - 3,7 %), sous l'effet de la mise en œuvre de la convention médicale signée en 2016, avec en particulier la revalorisation de 2 € de la consultation à partir du 1er mai 2017. Les effets de la convention majoreraient la

croissance des honoraires de généralistes de 4,9 points. Ils atténueraient de 1,9 point la baisse des honoraires de médecins spécialistes, qui s'établirait ainsi à - 0,8 %.

A contrario, les mesures d'économies prévues sur les soins de ville hors indemnités journalières atteindraient - 55,0 millions d'euros. Hors mesures nettes (dépenses supplémentaires - économies), l'évolution des soins de ville (hors IJ) serait de + 0,2 % au lieu de - 1,2 % attendue.

Les mesures d'économies attendues sur les prescriptions pharmaceutiques seraient particulièrement fortes ( 37,6 millions). Les remboursements de médicaments diminueraient en conséquence de - 2,7 %.

La croissance prévisionnelle soutenue des indemnités journalières (+ 5,0 % en 2017) proviendrait principalement de la prise en compte des évolutions adoptées par le Conseil supérieur des prestations sociales agricoles (CSPSA) en décembre 2016, en particulier l'augmentation de la fraction du gain forfaitaire annuel utilisée dans le calcul du montant de l'indemnité journalière.

Pour le **régime des salariés agricoles**, les prévisions relatives aux dépenses de soins de ville sur le champ de l'ONDAM 2017 s'élèveraient à 2,3 milliards d'euros et progresseraient de + 2,8 %, après + 3,9 % en 2016.

En 2017, la croissance des honoraires de médecins généralistes atteindrait + 6,7 %, dont 6,1 points imputables aux effets des mesures inscrites dans la convention médicale 2016. Les honoraires de médecins spécialistes seraient en hausse de + 4,2 %, les effets de la convention majorant leur croissance de 1,9 point.

Les mesures d'économies prévues sur les soins de ville (hors IJ) atteindraient - 38,8 millions d'euros, dont -27,1 millions sur le champ des médicaments. Hors mesures nettes (dépenses supplémentaires - économies), l'évolution des soins de ville hors IJ s'établirait à + 4,3 %, au lieu de + 2,9 % attendue.

Les indemnités journalières enregistreraient une progression de + 2,4 % en 2017, en ralentissement par rapport à l'année précédente.

## Annexe 1 : La réalisation de l'Ondam au régime agricole et les prévisions

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

Source : MSA

(\*) 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.

### 1.2.2. Les évolutions tendancielle 2018

Pour l'ensemble du régime agricole, les prévisions tendancielle relatives aux dépenses de soins de ville sur le champ de l'Ondam s'établissent à 5,2 milliards d'euros pour 2018, en hausse de + 2,7 % par rapport à 2017 (Tableau 5). Ces dépenses 2018 enregistreraient une croissance supérieure de + 0,8 point à l'évolution tendancielle 2017 prévue, cet écart résultant en grande

partie de l'impact calendaire de 2018 : cette année comporte un jour ouvré de plus que 2017.

Pour le régime des non-salariés agricoles, le montant atteindrait 2,8 milliards, correspondant à une évolution tendancielle de + 1,0 % et pour le régime des salariés agricoles, le montant s'élèverait à 2,4 milliards, pour une évolution tendancielle de + 5,0 %.

## Annexe 1 : La réalisation de l'Ondam au régime agricole et les prévisions

**TABLEAU 5 : PRÉVISIONS TENDANCIELLES 2018 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 2018	Régime Agricole	Non-salariés	Salariés
Honoraires des médecins généralistes	-1,4%	-3,5%	+1,3%
Honoraires des médecins spécialistes	+1,4%	-1,0%	+3,9%
Honoraires des dentistes	+1,6%	-1,6%	+4,2%
Honoraires Paramédicaux	+1,8%	+0,7%	+4,4%
dont Honoraires des Infirmiers	+1,4%	+0,5%	+3,8%
dont Honoraires des Masseurs kiné.	+2,6%	+1,0%	+5,1%
Biologie	+3,6%	+1,9%	+5,8%
Transports	+1,7%	+0,2%	+4,1%
Produits de Santé	+5,5%	+3,7%	+8,1%
dont Produits de la LPP	+4,8%	+3,6%	+6,8%
dont Pharmacie	+5,8%	+3,7%	+8,5%
Autres prestations	+2,0%	+0,4%	+4,9%
Autres charges (*)	-4,0%	-4,1%	-3,7%
<b>TOTAL hors Indemnités journalières</b>	<b>+2,7%</b>	<b>+1,0%</b>	<b>+5,2%</b>
Indemnités journalières	+3,1%	-0,5%	+4,0%
<b>TOTAL SOINS DE VILLE</b>	<b>+2,7%</b>	<b>+1,0%</b>	<b>+5,0%</b>

Source : MSA

(\*) 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

## Annexe 2 : Les caractéristiques des répondants de l'enquête ESPS 2014

### Ensemble des répondants

#### Catégorie socio professionnelle de la personne (CSP)

	Effectif brut	Répartition brute pondérée en %
Ensemble	15 729	100,0
Agriculteur	392	2,2
Artisan, commerçant	811	5,5
Cadre et profession intellectuelle	2 037	12,4
Profession intermédiaire	3 076	19,3
Employé administratif	2 156	14,8
Employé de commerce	1 735	11,4
Ouvrier qualifié	2 180	14,3
Ouvrier non qualifié	1 227	7,4
Inactif n'ayant jamais travaillé	1 961	11,8
Non renseigné	154	0,9

ESPS 2014 - exploitation CCMSA

#### Régime de protection sociale déclaré par la personne

	Effectif brut	Répartition brute pondérée en %
Ensemble	15 729	100,0
Autre régime / nd	409	2,2
MSA	921	5,2
RSI	791	6,0
Régime Général	13 608	86,5

ESPS 2014 - exploitation CCMSA

#### Zonage en aires urbaines (ZAU) de la commune de résidence de la personne

	Effectif brut	Répartition brute pondérée en %
Ensemble	15 729	100,0
Grands pôles	8 096	53,0
Espaces périurbains des grands pôles	4 502	27,7
Moyens/petits pôles	1 120	6,7
Espaces périurbains des moyens/petits pôles	1 104	6,9
Espaces hors de l'aire de l'influence des villes (communes rurales)	844	5,3
Adresse non géocodée	63	0,4

ESPS 2014 - exploitation CCMSA

## Annexe 2 : Les caractéristiques des répondants de l'enquête ESPS 2014

### Catégories étudiées

#### CSP des personnes se déclarant protégées par la MSA

	Effectif brut	Répartition brute pondérée en %
Régime : MSA	921	100,0
Agriculteur	373	39,2
Artisan, commerçant	23	2,2
Cadre et profession intellectuelle	52	4,9
Profession intermédiaire	69	7,5
Employé administratif	48	5,8
Employé de commerce	24	3,1
Ouvrier qualifié	73	8,3
Ouvrier non qualifié	161	18,2
Inactif n'ayant jamais travaillé	87	9,4
Non renseigné	11	1,3

ESPS 2014 - exploitation CCMSA

#### ZAU de la commune de résidence des personnes se déclarant protégées par la MSA

	Effectif brut	Répartition brute pondérée en %
Régime : MSA	921	100,0
Grands pôles	157	16,7
Espaces périurbains des grands pôles	374	41,0
Moyens/petits pôles	59	6,0
Espaces périurbains des moyens/petits pôles	151	16,7
Espaces hors de l'aire de l'influence des villes (communes rurales)	176	19,1
Adresse non géocodée	4	0,5

ESPS 2014 - exploitation CCMSA

## Annexe 2 : Les caractéristiques des répondants de l'enquête ESPS 2014

### CSP des personnes résidant dans une commune rurale

	Effectif brut	Répartition brute pondérée en %
Résidence : commune rurale	844	100,0
Agriculteur	94	10,0
Artisan, commerçant	82	9,9
Cadre et profession intellectuelle	53	5,7
Profession intermédiaire	123	13,1
Employé administratif	112	14,7
Employé de commerce	87	10,7
Ouvrier qualifié	129	17,7
Ouvrier non qualifié	87	9,5
Inactif n'ayant jamais travaillé	66	7,4
Non renseigné	11	1,4

ESPS 2014 - exploitation CCMSA

### Régime de protection sociale des personnes résidant dans une commune rurale

	Effectif brut	Répartition brute pondérée en %
Résidence : commune rurale	844	100,0
Autre régime / nd	21	2,1
MSA	176	18,8
RSI	68	9,3
Régime Général	579	69,7

ESPS 2014 - exploitation CCMSA

### Annexe 3 : Définitions et méthodologie de l'étude sur le reste à charge (après AMO) des patients du régime agricole

Ticket modérateur : une partie des dépenses de santé reste à la charge de l'assuré une fois que l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) a remboursé sa part, c'est le ticket modérateur (TM). La part du TM varie selon la nature de risque (maladie, maternité, invalidité, accident du travail / maladie professionnelle), l'acte ou le traitement, le respect ou non du parcours de soins coordonnés. Des cas d'exonération sont prévus qui ouvrent droit à la prise en charge à 100 % des frais de santé par l'AMO.

Dépassement d'honoraire : La convention signée entre les médecins et l'assurance maladie encadre les tarifs des actes médicaux. Dans certains cas, les professionnels de santé sont autorisés à dépasser le tarif fixé. Les remboursements sont calculés sur la base du tarif conventionnel. Les dépassements d'honoraires des professionnels de santé ne font pas partie du ticket modérateur. Ils ne sont jamais pris en charge par l'AMO.

Franchise : La franchise médicale est une somme qui est déduite des remboursements effectués par l'AMO sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires (0,50 € par boîte de médicament, 0,50 € par acte paramédical, 2€ par transport sanitaire). Un plafond journalier est fixé à 2 € pour les actes paramédicaux et 4€ pour les transports sanitaires. Un plafond annuel est fixé à 50 € pour l'ensemble des actes et prestations concernés. Des cas d'exonérations sont prévus.

Participations forfaitaires : une participation forfaitaire de 1 € est demandée au patient pour toutes consultations ou actes réalisés par un médecin, examens radiologiques et analyses de biologie médicale. Il existe quelques cas d'exonération et la participation est plafonnée à 50€ par an et par personne. Une participation forfaitaire de 18€ est également demandée pour tout acte dont le tarif est

supérieur à 120€, et pour toute hospitalisation au cours de laquelle est effectué un acte thérapeutique ou diagnostique dont le tarif est supérieur ou égal à 120€. Des cas d'exonération sont prévus.

Forfait journalier hospitalier : Le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie. Il est de 18€ par jour en hôpital ou en clinique et de 13,5€ par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé. Il existe certains cas d'exonération.

#### **Méthodologie :**

**Les données proviennent d'extractions réalisées sur le datamart de consommation inter-régimes (DCIR) via le système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM).**

**L'étude inclut les patients affiliés au régime agricole ayant eu au moins un soin en 2015 remboursé avant le 31 décembre 2016 sur le risque maladie.**

**Exclusions : bénéficiaires de la CMUC, des affiliés des DOM, IJ, actes non remboursables par l'AMO, forfaits centres de santé, plan personnalisé de santé, hospitalisations publiques (hors FIDES), régularisations. Bénéficiaires dont l'âge ou la date de naissance n'est pas renseigné. Elimination des valeurs aberrantes.**

## Annexe 4 : Zoom sur le parcours de prévention pour les personnes en situation de précarité

### Cible

Les personnes repérées comme précaires, en situation d'exclusion et/ou non-consommant de soins.

### Objectif

Proposer un dispositif permettant un accompagnement de l'assuré cible, pour un meilleur accès aux soins et à la prévention.

Le parcours propose les actions suivantes :

- bilan de santé,
- ateliers « Prendre soin de sa santé »,
- prise en charge bucco-dentaire,
- parcours nutrition santé,
- Déclic Stop Tabac,
- actions de prévention complémentaires (mise à jour du calendrier vaccinal...),
- actions d'initiative locale.

Pour chaque assuré cible, le parcours est construit comme une succession d'étapes permettant de l'accompagner dans son utilisation du système de santé dans la durée. Le parcours est défini comme étant composé du bilan de santé dans un premier temps. Celui-ci est obligatoirement complété par une autre action proposée dans le cadre du parcours. Toutefois, pour certaines situations particulières, l'assuré pourra commencer le parcours par les ateliers « Prendre soin de sa santé ».

### Repérage du public cible

Au préalable, et ce quelle que soit l'action mise en œuvre, l'étape du repérage des personnes en situation de précarité est indispensable. L'ensemble des services concernés, le réseau MSA, et tout particulièrement les élus, sont sensibilisés et impliqués dans le repérage des personnes en situation de précarité. Plusieurs modalités de repérage sont mises en place :

- le repérage ponctuel,
- le repérage systématique correspondant à des requêtes informatiques liées à un ou plusieurs indicateurs (économiques, administratifs, médicaux, familiaux),
- le repérage dans le cadre du RSA,

- le repérage en milieu du travail,
- le repérage collectif.

### Le bilan de santé

Deux types d'approche peuvent être envisagés :

- une approche individuelle,
- une approche collective.

Une fois les personnes repérées, il est souhaitable de mettre en place des actions de sensibilisation. Ces actions mises en place en amont du bilan de santé, ont pour objectif d'optimiser la prise en charge de la santé des personnes concernées.

Ces actions peuvent :

- s'inscrire dans le cadre de « groupes de parole » dont le but est de favoriser le dialogue et les échanges entre les personnes,
- être mises en œuvre sous l'égide d'un médecin de la MSA, en liaison avec les travailleurs sociaux.

Le chirurgien-dentiste conseil de la MSA pourra initier des séances d'information et de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire.

### L'approche individuelle

Lorsqu'un assuré est repéré comme précaire, le médecin chargé de l'action et le chirurgien-dentiste conseil de la MSA sont informés par fiche de liaison de ce repérage.

A partir d'informations complémentaires et après avis des intervenants impliqués dans le plan institutionnel, l'intégration de l'adhérent dans la démarche est décidée.

Une fois repérée et sensibilisée, la personne volontaire remplit un questionnaire permettant de connaître sa situation socio-économique. Le référent de l'action « Bilan de santé » lui remet « Ma pochette du bilan de santé » contenant les différents bons d'honoraires.

Elle se rend ensuite chez le médecin généraliste de son choix.

Le médecin généraliste prend connaissance du ques-

## Annexe 4 : Zoom sur le parcours de prévention pour les personnes en situation de précarité

tionnaire, conduit son entretien et effectue l'examen médical. Dès lors que l'état de santé de l'intéressé le nécessite, le médecin généraliste :

- fait réaliser des examens de biologie médicale ; ces examens seront effectués dans le laboratoire le plus proche du domicile de l'intéressé,
- met en place un suivi médical et prescrit, si nécessaire, un traitement (pris en charge sur le risque maladie), en fonction des résultats du bilan réalisé,
- contacte, avec l'accord de l'intéressé, le médecin de prévention de la CMSA, qui fera le point avec les intervenants de la CMSA concernés par ce dossier.

À l'issue de la procédure, le médecin généraliste renvoie au médecin de prévention de la CMSA le ou les bon(s) d'honoraires.

### **L'approche collective**

L'approche collective cible prioritairement les salariés des structures d'insertion ou des groupes de personnes en difficulté.

Le bilan comprend :

- le questionnaire socio-économique permettant de faire le point sur la situation de l'adhérent,
- le bilan pré-médical qui est réalisé par un laboratoire prestataire selon le protocole en vigueur.

La remise commentée des résultats est réalisée par un médecin prestataire ou le médecin de prévention chargé de l'action. Il décide d'adresser éventuellement le bénéficiaire vers un médecin généraliste.

Le conseiller en prévention des risques professionnels est éventuellement informé pour lui permettre d'intervenir si nécessaire.

Le chirurgien-dentiste conseil de la MSA effectue un bilan bucco-dentaire et adresse, si nécessaire, l'adhérent au chirurgien-dentiste traitant de son choix.

**Le plan de Gestion du Risque MSA 2016 s'inscrit dans la continuité des plans précédents avec un recentrage sur les actions à plus fort impact économique parmi les actions déjà initiées les années précédentes.**

### 5.1. Les actions de contrôle des arrêts de travail

La MSA a mis en place un plan de contrôle des arrêts de travail comprenant 5 actions de contrôle à caractère administratif ou médical pour répondre au bloc du plan Ondam 2015-2017 relatif aux « prescriptions des indemnités journalières » et propose une 6<sup>ème</sup> action pour 2017.

En 2016, 198 006 prescriptions d'arrêts de travail maladie ont été enregistrées pour le régime des salariés et 26 533 prescriptions pour le régime des exploitants.

#### 5.1.1. Respect du délai d'envoi de 48 heures

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014, les exploitants agricoles peuvent être indemnisés au titre d'un arrêt travail. Toutefois, les salariés et les exploitants ne sont pas soumis aux mêmes règles et obligations, notamment en ce qui concerne le délai d'envoi d'avis d'arrêt de travail. En effet, les salariés ont l'obligation d'envoyer leur arrêt de travail dans les 48 h alors que les exploitants disposent d'un délai de tolérance de 4 jours (dit délai d'éloignement rural).

Pour le régime des salariés, en 2016, 19 900 avis transmis hors délai (soit 10 % des prescriptions d'arrêts maladie des salariés) ont fait l'objet d'un courrier de mise en garde (soit + 8% par rapport à 2015).

Malgré ce courrier, 2 520 prescriptions (soit 13 % des envois tardifs) ont dépassé à nouveau ce délai dans les 24 mois qui ont suivi, générant l'application d'une sanction (pouvant aller jusqu'à une diminution de 50 % des indemnités journalières pour la période écoulée entre la date de prescription et la date de l'envoi) et l'information de l'employeur (contre 2 625 prescriptions, soit 14% des envois tardifs, en 2015).

Pour le régime des exploitants, la législation prévoit l'application d'une sanction dès le premier envoi tardif, à la différence du régime des salariés, à ce titre plus de 2 240 prescriptions ont été sanctionnées (soit 8% des prescriptions d'arrêts de travail maladie des exploitants).

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

En 2016, à l'occasion des contrôles portant sur l'indication du motif médical justifiant l'arrêt de travail sur le volet destiné au contrôle médical, 11 600 arrêts de travail sans motif ont été relevés (+ 3 % par rapport à 2015).

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 4 250 médecins prescripteurs et près de 9 560 assurés qui ont donc été destinataires de ces arrêts sans motifs. 84 % des dossiers ont été retournés à la caisse avec le motif de l'arrêt de travail renseigné.

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

En 2016, 1 740 prolongations d'arrêts de travail, rédigées par un prescripteur autre que le prescripteur initial ou le médecin traitant de l'assuré, présentées au service maladie des caisses de MSA ont été jugées sans motif recevable justifiant le changement de prescripteur. A la suite du courrier, 65 % des arrêts prolongés ont été justifiés et 705 prolongations ont fait l'objet d'une notification de refus de prise en charge (contre 368 en 2015).

#### 5.1.4. Avis rendus sur les arrêts de travail maladie ou AT/MP supérieurs à 45 jours en Amexa

Le contrôle systématique des arrêts de travail maladie ou AT/MP supérieurs à 45 jours est une action réglementaire qui contribue à la gestion du risque, qui permet également de contribuer à la prévention de l'invalidité ou de la désin-

## Annexe 5 : Les actions du plan GDR 2016

sertion professionnelle et de participer à la lutte contre les abus ou fraudes.

En 2016, 48 900 avis ont été rendus sur les arrêts de travail de plus de 45 jours en Amexa dont 7 % des avis ont été rendus suite à une convocation de l'assuré par le contrôle médical.

### 5.1.5. Arrêts de travail AT/MP indemnisés de plus de 3 ans

Cette nouvelle action s'inscrit dans le cadre de l'amélioration de la connaissance du risque ainsi que de l'optimisation des pratiques des services de contrôle médical. Elle a comme objectif la maîtrise et le bon usage des prescriptions d'arrêts de travail. Cette action vise à caractériser les facteurs expliquant la prolongation d'arrêts de travail AT/MP indemnisés au-delà de 3 ans. Elle a ensuite pour finalité la production d'instructions destinées aux contrôles médicaux, harmonisant le traitement des arrêts de très longue durée.

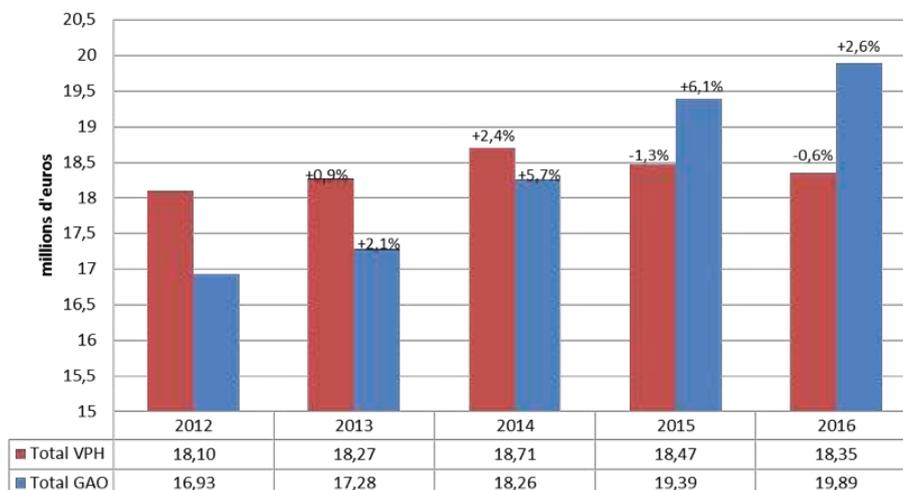
Au 1<sup>er</sup> avril 2016, 360 assurés agricoles ont perçu des indemnités journalières depuis plus de 3 ans et pour près du quart d'entre eux l'arrêt de travail est supérieur à 5 ans.

Ce sont en majorité des arrêts ayant pour origine un accident du travail. L'ensemble de ces arrêts ont été analysés par les médecins conseils, qui ont dans la majorité des cas convoqué les assurés concernés. Les informations recueillies dans le cadre de ce contrôle constitueront la base de travail pour l'élaboration du processus de traitement des arrêts de très longue durée.

## 5.2. Le traitement des demandes d'accord préalable de grand appareillage orthopédique

Depuis 2012, pour pallier la suppression des centres médicaux d'appareillage (CMA), le traitement des demandes d'accord préalable de grand appareillage orthopédique est mené par les services du contrôle médical des caisses. Cette activité a nécessité de mettre en

**GRAPHIQUE 1 : REMBOURSEMENTS DU GRAND APPAREILLAGE ORTHOPÉDIQUE (GAO) ET DES VÉHICULES POUR HANDICAPÉS (VPH) ET ÉVOLUTIONS ANNUELLES DE 2012 À 2016**



Source: CCMSA – DSEF

place un binôme médico-administratif dans chaque caisse qui a bénéficié d'une formation ad hoc. Pour les dossiers nécessitant un degré d'expertise élevé, les caisses ont recours à des experts régionaux (médecins-conseils du réseau ayant obtenu un diplôme universitaire d'appareillage). Par ailleurs, la caisse centrale a établi un partenariat avec un établissement afin d'obtenir la mise à disposition de deux orthoprothésistes pour avis techniques sur certains devis complexes.

Cette organisation désormais effective dans toutes les caisses de MSA a permis de maîtriser l'évolution de ce poste de dépense (+ 9,2 % entre 2012 et 2016). En effet, depuis 2014 l'évolution reste positive mais elle s'est infléchie : de + 5,7 % en 2014 et + 6,1 % en 2015, la progression a été réduite à + 2,6 % en 2016 (**Graphique 1**).

Les remboursements du poste « véhicule pour handicapés » qui fait également l'objet de ces demandes d'accords préalables baissent depuis la deuxième année consécutive, passant de 18,7 millions d'euros en 2014 à 18,4 millions d'euros en 2016.

En 2016, les CMSA ont été destinataires de plus de 16.400 demandes de prise en charge de grand appareillage orthopédique.

Une demande d'accord préalable sur 10 a été refusée en 2016. Ces refus sont de 2 types :

- Un refus global qui rejette la totalité de la demande d'accord préalable (DAP) et qui peut donner lieu à une nouvelle demande. Près de 1 000 dossiers ont ainsi été refusés, mais 50 % d'entre eux ont fait l'objet d'une nouvelle demande d'accord préalable, corrigée des éléments motivant le refus initial. **L'économie nette réalisée sur ce type de refus est de 911 000 euros** (montant correspondant aux DAP refusées déduit des nouvelles DAP).

- Un refus partiel qui valide la demande d'appareillage mais qui rejette une partie du devis. Un refus partiel a été émis pour 584 dossiers, réalisant ainsi **une économie de 273 000 euros**.

Les cinq experts régionaux (établis dans les caisses d'Ardèche Drôme Loire, Lorraine, Nord Pas de Calais, Gironde et Loire Atlantique Vendée) ont été sollicités pour l'examen de 367 dossiers complexes.

Enfin, 91 certificats de non convenance ont été adressés à 25 caisses, générant 21 convocations des assurés demandeurs et 34 demandes de modifications de l'appareillage au fournisseur de la part du contrôle médical.

Cette action inscrite au plan de gestion du risque 2017 de la MSA a vocation à se poursuivre en 2018.

## 5.3. Les actions sur les médicaments

### 5.3.1. Versatis® : respect de l'autorisation de mise sur le marché

Le médicament Versatis® (emplâtre à la lidocaïne, principe actif de la classe des anesthésiques locaux) a fait l'objet d'une action initiée en 2013. L'objectif principal de cette action est de vérifier que le médicament est prescrit conformément aux indications de l'autorisation de mise sur le marché (AMM). Dans le cas contraire, le prescripteur est informé de l'arrêt de sa prise en charge par les caisses de MSA. L'objectif secondaire de cette action est de recueillir les indications hors AMM ayant conduit à la prescription de Versatis® (oncologie, rhumatologie, douleurs chroniques, ...).

34 caisses de MSA ont mené l'action Versatis® en 2016 (soit 4 caisses de plus qu'en 2015), dont 4 en inter-régime. Près de 5 630 assurés ont été ciblés par l'action (soit + 18 % par rapport à 2015) et 3 800 courriers ont été adressés aux prescripteurs pour leur demander de confirmer si leur 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'assu-

## Annexe 5 : Les actions du plan GDR 2016

rance maladie. Un prescripteur sur deux a répondu à ce courrier et a validé sa prescription dans la moitié des cas.

Un contrôle à 6 mois est réalisé pour vérifier l'arrêt des prescriptions hors AMM ou celles des médecins n'ayant pas répondu au courrier initial.

Les indus constatés correspondant s'élèvent à plus de 85 000 euros (soit presque le double par rapport à 2015), 8 % de ce montant a été notifié aux prescripteurs par 9 caisses de MSA. Aussi, 5 dossiers issus de l'action ont été portés en contentieux par une caisse.

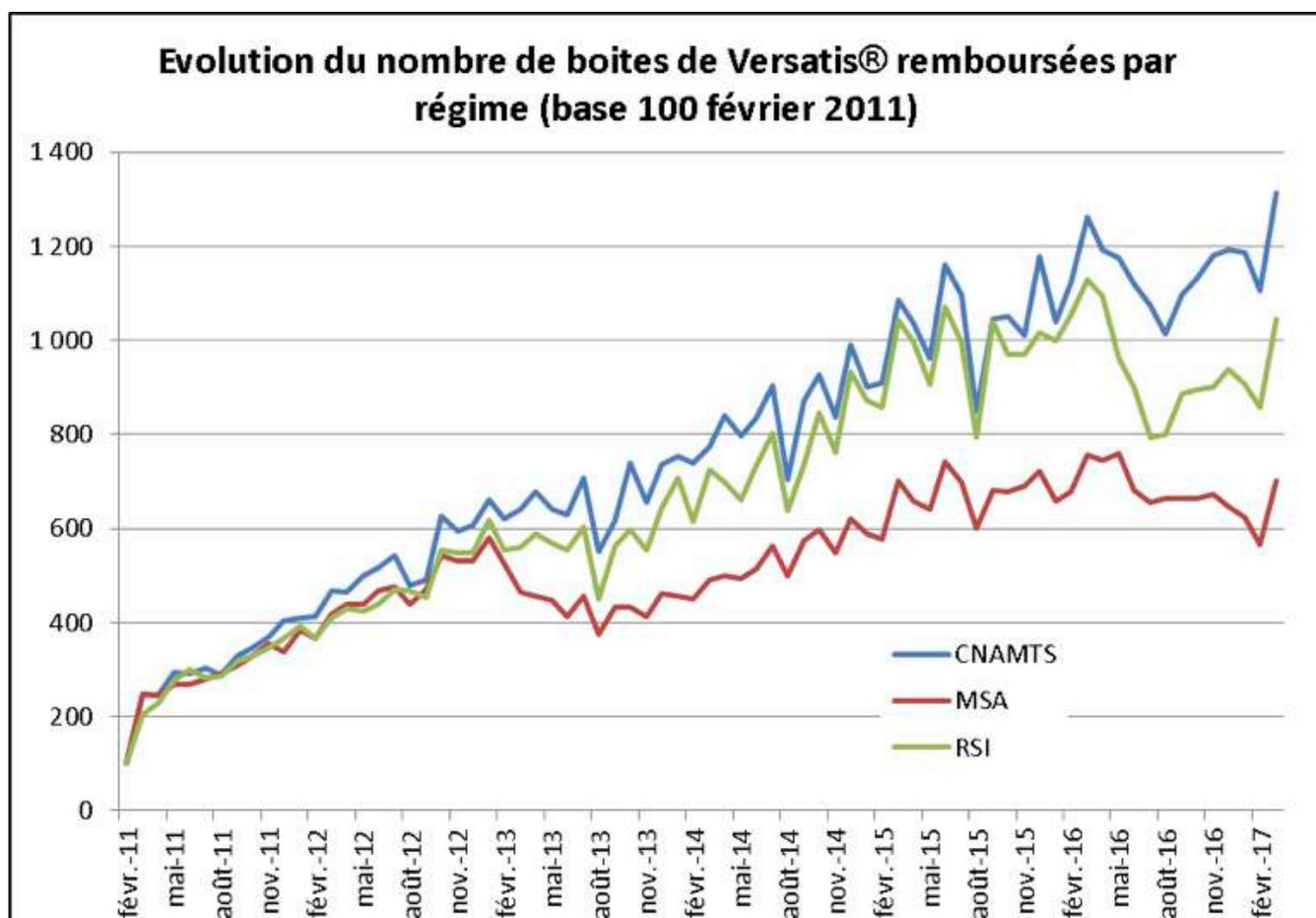
Un bilan de cette action a été porté à la connaissance

des membres du comité économique des produits de santé, amené à se prononcer sur le renouvellement de l'inscription du Versatis® sur la liste des spécialités remboursables.

Rétrospectivement, l'action a permis d'infléchir la tendance linéaire à la hausse de délivrance de boîtes de Versatis® au régime agricole à partir de février 2013 (**Graphique 2**). Cette action a permis ainsi de réaliser plus de 2,7 M€ d'économies entre mi-2013 et 2016 pour la MSA, dont 525 000 € pour l'année 2016.

La MSA poursuit la mise en œuvre de l'action de sensibilisation sur le médicament Versatis® en 2017.

**GRAPHIQUE 2 : EVOLUTION DU NOMBRE DE BOÎTES DE VERSATIS® REMBOURSÉES PAR RÉGIME**



### 5.3.2 Associations formellement contre-indiquées

En 2016, l'action Associations médicamenteuses formellement contre indiquées (AFCI), non obligatoire, a été mise en œuvre par 7 caisses. 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.

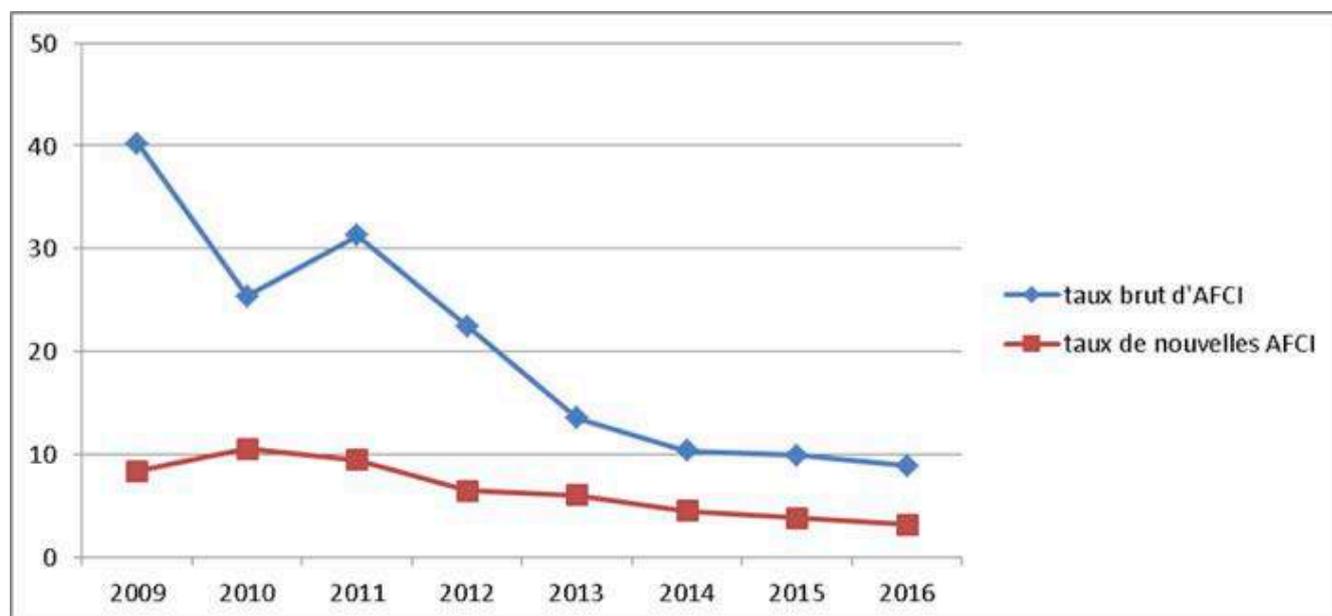
Depuis 2009, le taux de nouvelles AFCI est en légère décroissance, il s'établit en 2016 à 3,2 AFCI pour 100 000 ordonnances liquidées (**Graphique 3**). En revanche, le taux brut d'AFCI, correspondant à l'ensemble des ordonnances et aux renouvellements détectés automatiquement par l'outil informatique 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 8,9 en 2016, avec une stagnation depuis 2014.

L'action « associations formellement contre indiquées » sur les médicaments est mise à jour en 2017 et devient une action socle obligatoire pour l'ensemble des caisses de MSA.

## 5.4. Le contrôle des actes infirmiers

Dans le cadre de son plan de gestion du risque, la MSA procède à des contrôles des actes infirmiers. **En 2017, afin de renforcer la synergie entre gestion du risque et lutte contre la fraude, la méthodologie de l'action de contrôle des actes infirmiers a été modifiée dans l'optique de maîtriser les dépenses de soins infirmiers en évitant les dérives par le contrôle du respect de la NGAP, en particulier la règle de non cumul des AIS3 au-delà de 4 par jour.**

**GRAPHIQUE 3 : TAUX D'AFCI SUR LA PÉRIODE 2009-2016**



## Annexe 5 : Les actions du plan GDR 2016

### 5.4.1. Contrôle du non cumul des AIS3

Les soins infirmiers codés AIS3 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.

Les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) exécutants et les patients concernés sont informés par courrier de la fin de prise en charge de ces actes surnuméraires.

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 par jour, une procédure en récupération d'indus est engagée.

Sur le second semestre 2015, la facturation de plus de 4 AIS3 par jour a été identifiée chez plus de 2 700 patients MSA. Ces actes ont été réalisés par 3 600 IDE.

Le chiffrage du dépassement de la limite fixée par la NGAP s'élève à 389 000 €.

Les caisses de MSA ont envoyé 540 courriers de fin de prise en charge, dont un sur trois a fait l'objet d'observations en retour. 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. A la suite à ce contrôle, 142 000 euros d'indus ont été émis, soit environ un tiers du montant des anomalies détectées.

Enfin, 90 dossiers ont fait l'objet d'une transmission à la cellule de lutte contre la fraude, pour une analyse complète de l'activité des IDE concernés.

### 5.4.2. 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 2 040 IDE, pour un montant remboursé de 408 000 €.

Près de 400 courriers de demande de justification médicale ont été transmis aux praticiens prescripteurs de ces actes, dont la moitié ont fait l'objet de réponse. En cas d'avis défavorable du contrôle médical ou de non réponse du médecin, les remboursements d'actes infirmiers chez les assurés concernés sont mis sous surveillance.

A l'issue du refus médical, 170 IDE ont été mis sous surveillance et, 16 dossiers ont été transmis à la cellule de lutte contre la fraude.

### 5.4.3. Contrôle d'actes et prestations d'infirmiers intervenant auprès des patients pris en charge en SSIAD

Cette action administrative a été mise en place par la MSA en 2009 afin de s'assurer que les infirmiers libéraux (ou centres de santé infirmiers) intervenant auprès des personnes dépendantes prises en charge par les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) appliquent correctement les règles de facturation.

Les SSIAD et infirmiers sont préalablement informés du contrôle par le président de la commission paritaire locale.

Si la caisse constate des anomalies de facturation pour ses assurés, c'est-à-dire des actes infirmiers facturés en sus du forfait SSIAD, 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.

Près de 65 % des 1 130 SSIAD contrôlés ont présenté des anomalies qui portent sur plus de 2 870 IDE libéraux. Les anomalies constatées s'élèvent à 595 000€ (641 000€ en 2015). Le montant total des notifications est de 474 000 euros dont près de 40% réclamés auprès des IDE.

## 5.5. Le contrôle des Ehpad

Depuis 2013, la MSA s'inscrit au programme de contrôle des EHPAD initié par la CnamTS. Il s'agit de réaliser une action de contrôle des facturations pour les ressortissants du régime agricole hébergés en Ehpad. La MSA poursuit cette action menée en inter-régime en 2017.

### 5.5.1. Action de contrôle des facturations

En 2016, les caisses de MSA ont détecté près de 2 millions d'euros d'anomalies de facturation d'actes en ville chez des assurés MSA résidant en Ehpad. Le contrôle a porté sur plus de 3 700 établissements, dont près de 70 % présentaient des anomalies de facturation.

Par rapport à l'année précédente, le montant d'anomalies de facturation d'actes en ville chez les assurés MSA a diminué de 41 % (3,39 M d'euros en 2015) alors que le contrôle du nombre d'établissements a augmenté de 12 % (3 300 établissements en 2015).

### 5.5.2. Récupération des indus auprès des Ehpad par les CMSA pivots

Au premier trimestre 2017, près de la moitié des CMSA avait terminé la campagne 2016. Le montant des anomalies constatées (quel que soit le régime d'appartenance des résidents) auprès des Ehpad dont la MSA est pivot a augmenté de 21% par rapport à 2015 (1 095 989 € contre 902 385€) (**Tableau 1**).

**TABLEAU 1 : MONTANT DES INDUS CONSTATÉS ET NOTIFIÉS (EN EUROS) PAR LES CAISSES DE MSA PIVOT D'EHPAD**

	Montant des anomalies constatées	Montant des anomalies notifiées
MSA	501 072	324 191
Autres régimes	530 915	451 751
TOTAL	1 095 989	775 943

source : CCMSA -DESF

## Annexe 5 : Les actions du plan GDR 2016

Les MSA pivots des Ehpad contrôlés ont notifié aux établissements près de 776 000 € d'indus correspondant à 71 % des anomalies relevées par les caisses gestionnaires.

La campagne n'étant pas achevée au moment de la consolidation des résultats, seule la moitié des anomalies a été recouvrée (essentiellement sur dotation).

### 5.6. Les actions auprès des établissements de santé

La MSA poursuit les actions de gestion du risque auprès des établissements de santé en 2017.

#### 5.6.1. Le contrôle régional de la T2A

En 2016, 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 46 établissements sur les 162 ciblés dans les 11 régions où la MSA a participé au contrôle, soit une contribution à 28 % des contrôles sur site.

La MSA a ainsi participé au contrôle de près de 35 000 dossiers. Le taux de dossiers en anomalie (calculé sur les 8 régions ayant achevé la campagne de contrôle) est de 22 %.

#### 5.6.2. Notifications d'indus suite aux contrôles T2A

Les caisses de MSA pivots des établissements contrôlés ont fourni les montants des sur et des sous-facturations relevés lors des contrôles pour les 3 dernières campagnes (2014, 2015, 2016).

En janvier 2017, peu de caisses étaient en mesure de fournir le montant issu de la campagne de contrôle 2016. Seules six caisses (Ain-Rhône, Armorique, Bourgogne, Portes de Bretagne, Lorraine, Picardie) avaient récupéré les indus émis envers des établissements publics pour un montant de 310 000 € (**Tableau 2**). Sept caisses (Bourgogne, Armorique, Portes de Bretagne, Lorraine, Picardie, Grand Sud, Alpes Vaucluse) ont émis des indus envers des établissements privés pour un montant global de 69 700 €.

En revanche, la campagne menée en 2015 et portant sur l'activité 2014, est achevée en 2016. Quatorze caisses de MSA ont notifié 1,3 M € aux établissements publics dont elles sont pivots et plus de 262 000 € (par 32 caisses) aux établissements privés pour les facturations non-conformes chez les patients du régime agricole.

**TABLEAU 2 : MONTANTS NOTIFIÉS PAR LES CAISSES DE MSA AUX ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS ET AUX ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DONT ELLES SONT PIVOTS**

	campagne 2016 (en cours)			campagne 2015			campagne 2014		
	sur facturations	sous facturations	montant net notifié	sur facturations	sous facturations	montant net notifié	sur facturations	sous facturations	montant net notifié
établissements publics	372 648	62 616	<b>310 032</b>	1 621 974	293 734	<b>1 328 240</b>	1 554 827	340 980	<b>1 213 847</b>
établissements privés	74 074	4 359	<b>69 715</b>	286 120	23 937	<b>262 183</b>	181 544	38 600	<b>142 944</b>
<b>Ensemble</b>	<b>446 723</b>	<b>66 976</b>	<b>379 747</b>	<b>1 908 095</b>	<b>317 672</b>	<b>1 590 423</b>	<b>1 736 371</b>	<b>379 580</b>	<b>1 356 791</b>

source : CCMSA - DSEF

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

Les caisses de MSA accompagnent les établissements dont elles sont pivot. Outre la participation aux conseils de surveillance et aux commissions médicales d'établissement (CME), la caisse pivot a vocation à mettre en œuvre la maîtrise médicalisée à l'hôpital des établissements ciblés, mais elle n'y est pas toujours associée.

Cinq établissements pour lesquels la MSA est pivot avaient été ciblés en 2015 (4 en Provence Alpes Côte-d'Azur et un en Alsace) sur les thématiques « transport » et « prescription » (régulation des médicaments et LPP). Ces contrats d'accompagnement ont fait l'objet en 2016 d'une co-signature entre l'ARS, la MSA et l'établissement.

### 5.6.4. Mise sous accord préalable des actes réalisés en établissement

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 2016, dans le cadre de la MSAP chirurgie ambulatoire, les médecins-conseils MSA ont reçu 355 demandes de réalisation en hospitalisation complète des actes éligibles à l'ambulatoire (31 en 2015), de la part de 86 établissements (11 en 2015). Seules 3 caisses ont émis des refus pour ces demandes : 2 en Auvergne, 5 en Armorique et 6 en Alpes Vaucluse.

Les demandes concernant les soins en SSR, sont encore moins nombreuses : 125 demandes sur 37 établissements ciblés dont 3 ont fait l'objet de refus (Berry Touraine, Côtes-Normandes, Midi Pyrénées Nord).

La chirurgie bariatrique pour les assurés de moins de 18 ans fait désormais l'objet d'une mise sous accord préalable. Seule la caisse de Gironde a été destinataire d'une demande.

## 5.7. Les actions dentaires

La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) pour les actes dentaires est entrée en vigueur le 1er juin 2014. Conformément à l'article L. 314-1 du Code de la sécurité sociale, les services de contrôle dentaire des MSA vérifient la conformité des actes et traitements ouvrant droit aux prestations de l'assurance maladie et le respect des recommandations de bonne pratique. Les caisses de MSA ont ainsi mis en œuvre en 2016 un socle de 4 actions de contrôle obligatoires sur le volet dentaire. De plus, une bibliothèque de requêtes a été installée sur l'intranet permettant aux caisses de réaliser d'autres actions locales de GDR, ainsi que des analyses d'activité de praticiens.

Les actions nationales ont porté sur :

- le respect de la règle de non cumul de facturation, d'une consultation et d'un ou plusieurs actes techniques dans la même séance (cumul C + acte CCAM),
- le respect de la prise en charge de bridges de plus de trois éléments
- la pose d'un plan de libération occlusale (contrôle des actes cotés HBLD018)
- le respect des conditions de prise en charge de «l'étape chirurgicale» en implantologie.

### 5.7.1. Cumul C+CCAM

Cette action cible, sur l'année 2015, les associations, dans la même séance, d'une consultation (C) et d'un ou plusieurs autres actes codés de la CCAM facturés par un chirurgien-dentiste ou un médecin stomatologue.

Elle a été mise en œuvre par 29 caisses de MSA. Près de 1 100 courriers de mise en garde ont été adressés aux professionnels de santé et 17 704 euros d'indus leur ont été notifiés par 20 caisses.

## Annexe 5 : Les actions du plan GDR 2016

### 5.7.2. Bridge

L'entité prothétique du bridge, inexistante en NGAP, est apparue avec la CCAM, modifiant également les conditions de sa prise en charge. En CCAM, le bridge de base comprend 3 éléments (2 piliers et un élément intermédiaire). Les bridges de plus grande étendue se construisent à partir d'un bridge de base et de piliers et/ou d'éléments intermédiaires supplémentaires avec des codifications et des conditions de remboursement spécifiques.

Les 29 caisses de MSA ayant mis en œuvre cette action ont adressés 843 courriers de demandes de renseignements et radiographies aux professionnels de santé. Après vérification des conditions d'attribution et de la conformité des soins aux recommandations de bonne pratique, 37 700 euros d'indus ont été notifiés aux professionnels par 22 caisses.

### 5.7.3. Pose d'un plan de libération occlusale

Cette action est réalisée à partir d'une extraction rétrospective des actes liquidés en 2015 pour analyse de l'opposabilité de cet acte au regard de la CCAM. Le passage à la CCAM a clairement défini la liste des actes non-opposables. Or, l'acte HBLD018 « pose d'un plan de libération occlusale » en est exclu. Certains praticiens continuent cependant à facturer des dépassements d'honoraires sur cette cotation.

Les 31 caisses ayant mis en place cette action ont adressé plus de 500 courriers de mise en garde aux professionnels de santé. Huit d'entre elles ont notifié des indus à hauteur de 9 000 euros.

### 5.7.4. Chirurgie implantaire

Les services de contrôle dentaire, à travers cette action, ont vérifié le respect de l'application des référentiels en vigueur sur la pose d'implants. Les professionnels de santé repérés comme étant en anomalie par la requête se voient alors rappeler la réglementation, de façon à obtenir une modification de leur pratique et, le cas échéant, une récupération des sommes indûment remboursées.

Cette action a été mise en œuvre par 31 caisses de MSA. La requête informatique a permis de détecter d'éventuelles anomalies nécessitant l'étude de 97 feuilles de soins rédigées par 83 praticiens. Les cas où plusieurs anomalies par praticien ont été relevées restent marginaux.

Quinze caisses de MSA ont notifié des indus pour un montant de 29 700 euros.

### En 2017, quatre actions nationales obligatoires dont trois nouvelles sont retenues dans le cadre du plan de gestion du risque MSA :

- le contrôle du respect de la prise en charge du bridge de plus de trois éléments (action reconduite<sup>(1)</sup>),
- le contrôle du respect de facturation des actes soumis «à tarif opposable»,
- le contrôle du respect de la prise en charge d'un acte CCAM soumis au choix du chirurgien-dentiste-conseil, en fonction des atypies locales,
- le contrôle du respect de la réglementation médicale et administrative des traitements d'Orthopédie Dento Faciale.

## 5.8. Les actions locales

Dans le réseau MSA, 28 caisses ont mis en place au moins une action locale. Ces actions concernent différents domaines tels que les transports, les médicaments, la LPP, le contrôle de la facturation et/ou de l'activité de certains professionnels de santé (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes,...), le dentaire, les établissements, les indemnités journalières, les soins post-mortem, l'activité du contrôle médical,...

**Au total, ce sont plus de 120 actions qui ont été mises en place par les 28 caisses.** Plus d'un million d'euros

---

(1) Les méthodologies et requêtes des 3 autres actions de 2016 restent à disposition des caisses.

d'anomalies a été détecté à l'issue de ces actions. Au moment de la remontée du plan, près de 60 % des montants des anomalies ont été notifiés, soit 580 000 euros.

### 5.9. La 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. Les dossiers RCT sont désormais gérés par les 5 caisses MSA de gestion, vers lesquelles les 35 caisses ont progressivement transféré le traitement des dossiers au cours de l'année 2014.

Afin de mesurer les évolutions en matière de recouvrement RCT, il a été décidé de prendre en compte comme données de départ la moyenne du recouvrement des années 2012-2013-2014 (avant mutualisation) soit un montant moyen recouvré de 39 083 198 €. Rapporté à la population couverte, le montant moyen recouvré par affilié s'élève à 11,46 €.

Pour l'année 2015, le recouvrement RCT s'élève à 44 120 170 € lequel comprend des dossiers soldés en 2015 (non transférés dans le cadre de la mutualisation) par les 35 caisses d'affiliations et les dossiers gérés par les 5 caisses de gestion.

Parallèlement, 2015 aura été une année de consolidation des données comptables RCT et de mise en place des tableaux de bord permettant un suivi mensuel et un reporting trimestriel des caisses de gestion vers les caisses d'affiliation.

Afin de redynamiser le fonctionnement du RCT et optimiser ses résultats, d'autres actions ont été entreprises au cours des années 2015 et 2016 par la MSA, à savoir :

- Un plan de maîtrise des risques ;
- Un plan national d'amélioration de la détection ;
- Une campagne de communication sur le RCT :
  - auprès des victimes d'un accident causé par un tiers (cible prioritaire) et/ou des employeurs dont un salarié est victime d'un AT causé par un tiers responsable (cible secondaire) ;
  - auprès des professionnels de santé (prescripteurs) ;
  - auprès des salariés MSA et des élus.

Par ailleurs, des travaux sur la détection des RCT sont menés par la CnamTS afin de sensibiliser les professionnels de santé et les établissements de santé sur l'importance du signalement d'un accident auprès des organismes d'assurance maladie.

Pour l'année 2016, la MSA a adressé **16 154 enquêtes accident** et 79,7% d'entre elles ont fait l'objet d'une réponse par les adhérents.

Concernant le montant récupéré auprès des assureurs des tiers responsables, il s'élève à **40 732 144 € en 2016** (44 120 170 € en 2015) ce qui correspond à un **montant recouvré par assuré de 12,54 €**.

## Annexe 6 : Le recours des patients du régime agricole aux hôpitaux de proximité en 2015

L'arrêté du 23 juin 2016 a fixé la liste des 243 hôpitaux de proximité. Pour être inscrits sur cette liste, les établissements de santé devaient répondre à un certain nombre de critères (cf. décret du 24 mai 2016). Ceux-ci auront un financement basé sur une dotation forfaitaire annuelle construite à partir des recettes historiques de l'établissement, des caractéristiques du territoire et de son activité.

Du fait des critères d'éligibilité, ces établissements se situent sur des territoires où se concentre une forte part d'assurés du régime agricole.

L'objectif de l'étude est de dresser un état des lieux du recours de la population agricole à ces hôpitaux de proximité avec un regard sur le profil des patients, le profil des séjours et les différents parcours de soins.

### Le profil des patients

Parmi les 243 hôpitaux de proximité (HP), 231 ont une

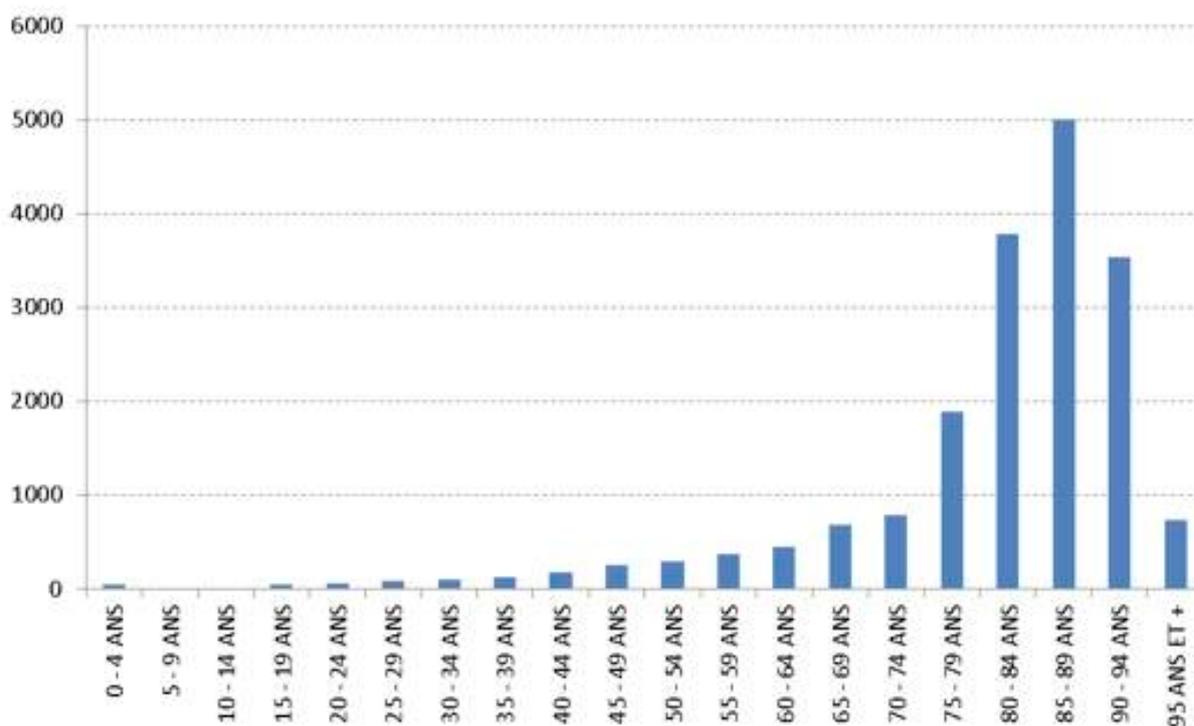
activité codée dans le PMSI MCO 2015. Tous régimes confondus, ils ont enregistré 161 171 séjours ou séances, et ont accueilli 105 218 patients.

Ces hôpitaux se situent souvent sur des territoires ruraux. La part de patients affiliés au régime agricole y est donc plus importante que dans d'autres types d'établissement. Ainsi, 17 % de la patientèle de ces hôpitaux était affiliée au régime agricole en 2015, soit 18 211 patients. Ces derniers ont effectué 25 972 séjours ou séances. Cette part varie selon la situation géographique de l'établissement (**Cf sous-annexe 1**).

Les patients du régime agricole ayant eu recours aux hôpitaux de proximité ont une moyenne d'âge de 81 ans. L'âge le plus fréquent est 87 ans. 70 % des patients ont 80 ans ou plus (**Cf Graphique 1**).

Ce sont majoritairement des femmes (55 % de femmes versus 45 % d'hommes).

**GRAPHIQUE 1 : RÉPARTITION DES PATIENTS DU RÉGIME AGRICOLE AYANT EU RECOURS AUX HÔPITAUX DE PROXIMITÉ EN 2015 PAR CLASSE D'ÂGE**



## Annexe 6 : Le recours des patients du régime agricole aux hôpitaux de proximité en 2015

### Le profil des séjours

Les motifs médicaux d'hospitalisation sont variés. Les domaines d'activité les plus représentés sont le cardio-vasculaire et la pneumologie. Dans le domaine du cardio-vasculaire, le motif le plus courant est l'insuffisance cardiaque. Dans le domaine de la pneumologie, ce sont

les pneumonies et pleurésies banales (Cf Tableau 1). La durée moyenne de séjours est de 10 jours mais elle atteint 20 jours pour les soins palliatifs.

Le tiers des séjours présente un niveau de sévérité élevé (niveau 3 ou 4).

**TABLEAU 1 : RÉPARTITION DES SÉJOURS EFFECTUÉS PAR LES PATIENTS DU RÉGIME AGRICOLE DANS LES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ EN 2015 PAR DOMAINE D'ACTIVITÉ**

DOMAINE D'ACTIVITE	Nombre de séjours	%	Durée moyenne de séjours
<b>Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)</b>	<b>3952</b>	<b>15,2%</b>	<b>11</b>
- dont insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	1877	7,2%	12
<b>Pneumologie</b>	<b>3918</b>	<b>15,1%</b>	<b>11</b>
- dont pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	1347	5,2%	12
- dont bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans	634	2,4%	11
<b>Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues</b>	<b>2689</b>	<b>10,4%</b>	<b>8</b>
- dont autres facteurs influant sur l'état de santé	851	3,3%	10
- dont autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23	779	3,0%	9
<b>Psychiatrie</b>	<b>2013</b>	<b>7,8%</b>	<b>11</b>
- dont troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge > à 79 ans	935	3,6%	12
<b>Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)</b>	<b>1925</b>	<b>7,4%</b>	<b>10</b>
- dont anomalies de la démarche d'origine neurologique	558	2,1%	13
<b>Digestif</b>	<b>1922</b>	<b>7,4%</b>	<b>8</b>
<b>Douleurs chroniques, Soins palliatifs</b>	<b>1321</b>	<b>5,1%</b>	<b>20</b>
- dont soins palliatifs, avec ou sans acte	1266	4,9%	20
<b>Rhumatologie</b>	<b>1249</b>	<b>4,8%</b>	<b>13</b>
<b>Séances</b>	<b>1244</b>	<b>4,8%</b>	<b>0</b>
<b>Uro-néphrologie et génital</b>	<b>1034</b>	<b>4,0%</b>	<b>11</b>
<b>Endocrinologie</b>	<b>981</b>	<b>3,8%</b>	<b>12</b>
<b>Tissu cutané et tissu sous-cutané</b>	<b>892</b>	<b>3,4%</b>	<b>12</b>
<b>Orthopédie traumatologie</b>	<b>736</b>	<b>2,8%</b>	<b>11</b>
<b>Hématologie</b>	<b>695</b>	<b>2,7%</b>	<b>10</b>
<b>Toxicologie, Intoxications, Alcool</b>	<b>638</b>	<b>2,5%</b>	<b>6</b>
<b>ORL, Stomatologie</b>	<b>280</b>	<b>1,1%</b>	<b>7</b>
<b>Maladies infectieuses (dont VIH)</b>	<b>227</b>	<b>0,9%</b>	<b>13</b>
<b>Gynécologie - sein</b>	<b>72</b>	<b>0,3%</b>	<b>16</b>
<b>Ophthalmologie</b>	<b>54</b>	<b>0,2%</b>	<b>7</b>
<b>Nouveau-nés et période périnatale</b>	<b>30</b>	<b>0,1%</b>	<b>4</b>
<b>Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances</b>	<b>29</b>	<b>0,1%</b>	<b>2</b>
<b>Obstétrique</b>	<b>27</b>	<b>0,1%</b>	<b>2</b>
<b>Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels</b>	<b>26</b>	<b>0,1%</b>	<b>10</b>
<b>Brûlures</b>	<b>13</b>	<b>0,1%</b>	<b>11</b>
<b>Traumatismes multiples ou complexes graves</b>	<b>5</b>	<b>0,0%</b>	<b>12</b>
<b>Total général</b>	<b>25972</b>	<b>100,0%</b>	<b>10</b>

## Annexe 6 : Le recours des patients du régime agricole aux hôpitaux de proximité en 2015

### Les parcours de soins

Lors de leur arrivée à l'hôpital, les patients proviennent de leur domicile dans 78 % des cas (y compris structure médico-sociale). 27 % des séjours ont été précédés par un passage par les urgences.

Lorsque le patient ne provient pas de son domicile, le mode d'entrée le plus souvent observé est un transfert depuis une unité MCO d'un autre établissement de santé (17 %) (Cf Graphique 2). Ce dernier est, dans les deux tiers des cas, un centre hospitalier. Les principaux motifs de recours étant l'insuffisance cardiaque et les pneumonies et pleurésies banales.

A la sortie du séjour, dans 62 % des cas, le patient retourne à son domicile (y compris structure médico-sociale). Dans le cas contraire, le patient est souvent orienté vers une unité de soins de suite et de réadaptation (19 %). Cette dernière se situe généralement dans le même établissement (même entité juridique dans 92 % des cas). Le patient peut également être transféré vers une unité MCO d'un autre établissement (9%). Le patient décède dans 8% des cas (Cf Graphique 3).

Les parcours de soins les plus courants sont (détail dans le tableau 2) :

- Domicile (y compris structure médico-sociale) → HP → Domicile (y compris structure médico-sociale) (54%)
- Domicile (y compris structure médico-sociale) → HP → SSR (13%)
- Unité MCO → HP → Domicile (y compris structure médico-sociale) (7%)
- Domicile (y compris structure médico-sociale) → HP → Unité MCO (7%)
- Unité MCO → HP → SSR (5%)

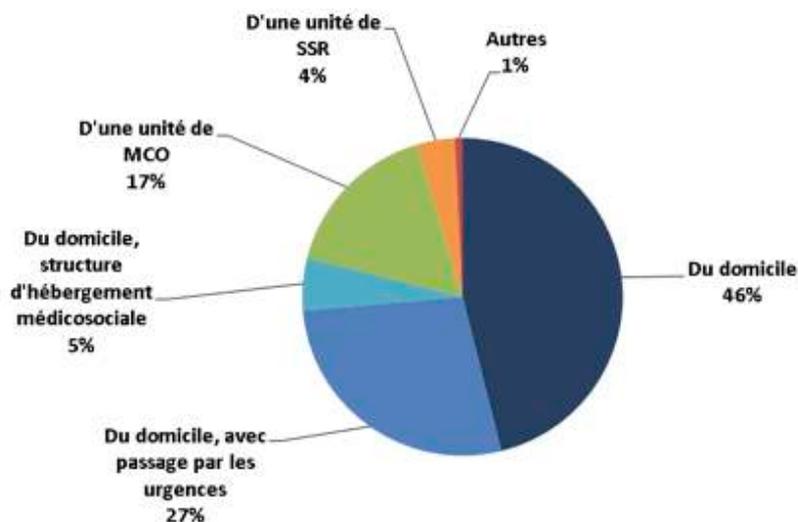
Quel que soit le parcours, les pathologies relevant du domaine cardio-vasculaire (insuffisance cardiaque notamment) et de la pneumologie sont fortement représentées (Cf Tableau 3). Les autres motifs de séjours varient selon le type de parcours.

Le parcours le plus courant « domicile > HP > domicile » enregistre la quasi-totalité des séances (chimiothérapie et dialyse).

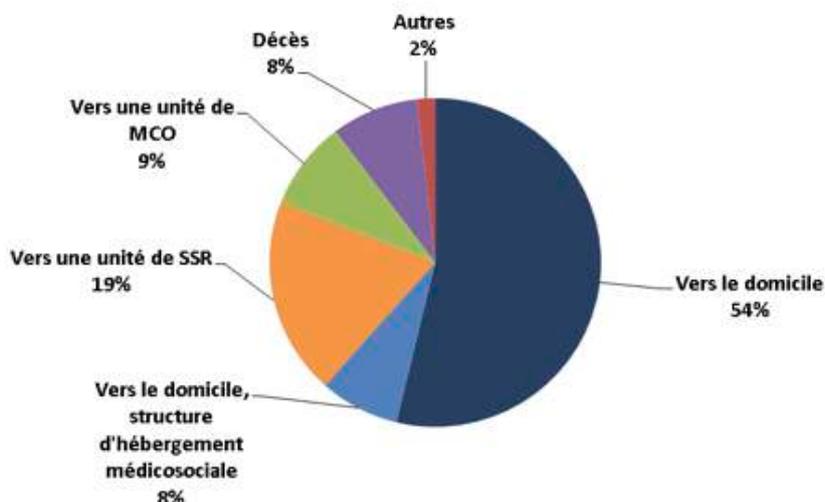
Dans le parcours « domicile > HP > SSR », la part des séjours relatifs aux domaines du système nerveux, de la rhumatologie et de l'orthopédie traumatologie est particulièrement élevée.

Pour le parcours « MCO > HP > domicile », les hospitalisations « inter spécialités » (dont soins de contrôle chirur-

**GRAPHIQUE 2 : RÉPARTITION DES SÉJOURS EFFECTUÉS PAR LES PATIENTS DU RÉGIME AGRICOLE DANS LES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ EN 2015 PAR TYPE D'ENTRÉE**



**GRAPHIQUE 3 : RÉPARTITION DES SÉJOURS EFFECTUÉS PAR LES PATIENTS DU RÉGIME AGRICOLE DANS LES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ EN 2015 PAR TYPE DE SORTIE**



gicieux) sont fortement représentées par rapport aux autres parcours.

Dans le cas du parcours « domicile > HP > MCO », les séjours en orthopédie traumatologie et ceux du domaine du digestif sont plus fréquents que dans les autres parcours.

Concernant le parcours « MCO > HP > SSR », le motif de séjour le plus courant correspond aux soins palliatifs. Dans ce type de parcours, on retrouve plus souvent les hospitalisations pour affections du système nerveux et

celles relevant du domaine de l'orthopédie traumatologie.

Les durées moyennes de séjours fluctuent selon le type de parcours (Cf Tableau 4). Les séjours les plus courts ont lieu lorsque le patient provient de son domicile et retourne à son domicile (hors structure médico-sociale) ou est transféré dans une unité MCO à la fin du séjour. A l'inverse, les séjours sont plus longs lorsque le patient provient d'une unité de MCO ou de SSR. Ils sont également plus longs lorsqu'il y a transfert en SSR ou décès à la fin du séjour.

**TABLEAU 2 : RÉPARTITION DES SÉJOURS EFFECTUÉS PAR LES PATIENTS DU RÉGIME AGRICOLE DANS LES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ EN 2015 SELON LEUR PROVENANCE ET LEUR DESTINATION**

		DESTINATION						
		Vers le domicile	Vers une unité de SSR	Vers une unité de MCO	Décès	Vers le domicile, structure médico-sociale	Autres	Total
PROVENANCE	Du domicile	30,4%	8,7%	2,9%	2,3%	1,4%	0,4%	46,1%
	Du domicile, avec passage par les urgences	17,1%	3,5%	3,5%	1,7%	1,4%	0,4%	27,5%
	D'une unité de MCO	5,6%	5,2%	1,7%	2,3%	1,4%	0,4%	16,5%
	Du domicile, structure médico-sociale	0,1%	0,4%	0,3%	0,9%	3,5%	0,1%	5,3%
	D'une unité de SSR	0,5%	1,6%	0,4%	1,0%	0,2%	0,1%	3,8%
	Autres	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,5%	0,8%
	Total général	53,8%	19,4%	8,8%	8,5%	7,8%	1,8%	100,0%

## Annexe 6 : Le recours des patients du régime agricole aux hôpitaux de proximité en 2015

**TABLEAU 3 : TOP 10 DES MOTIFS DE SÉJOURS LES PLUS FRÉQUENTS SELON LE TYPE DE PARCOURS DU PATIENT**

Parcours 1 : domicile > HP > domicile		Parcours 2 : domicile > HP > SSR	
TOP 10 MOTIFS	%	TOP 10 MOTIFS	%
Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	7%	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	8%
Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	5%	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge > à 79 ans	6%
Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge > à 79 ans	4%	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	5%
Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23	3%	Autres facteurs influant sur l'état de santé	5%
Autres facteurs influant sur l'état de santé	3%	Anomalies de la démarche d'origine neurologique	5%
Chimiothérapie pour tumeur, en séances	3%	Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23	4%
Bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans	3%	Fractures pathologiques et autres tumeurs malignes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	2%
Hémodialyse, en séances	3%	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	2%
Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours	3%	Autres pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical	2%
Bronchopneumopathies chroniques surinfectées	2%	Bronchopneumopathies chroniques surinfectées	2%

Parcours 3 : MCO > HP > domicile		Parcours 4 : domicile > HP > MCO	
TOP 10 MOTIFS	%	TOP 10 MOTIFS	%
Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	8%	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	7%
Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	6%	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	4%
Soins de contrôle chirurgicaux	5%	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque	4%
Soins Palliatifs, avec ou sans acte	5%	Fractures de la hanche et du bassin	4%
Autres facteurs influant sur l'état de santé	4%	Angine de poitrine	3%
Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge > à 79 ans	4%	Occlusions intestinales non dues à une hernie	3%
Anomalies de la démarche d'origine neurologique	3%	Infarctus aigu du myocarde	3%
Bronchopneumopathies chroniques surinfectées	2%	Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23	3%
Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23	2%	Affections des voies biliaires	3%
Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans	2%	Troubles vasculaires périphériques	2%

Parcours 5 : MCO > HP > SSR	
TOP 10 MOTIFS	%
Soins Palliatifs, avec ou sans acte	5%
Autres facteurs influant sur l'état de santé	5%
Soins de contrôle chirurgicaux	5%
Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	5%
Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	4%
Anomalies de la démarche d'origine neurologique	4%
Fractures de la hanche et du bassin	4%
Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge > à 79 ans	4%
Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	3%
Fractures du rachis	2%

## Annexe 6 : Le recours des patients du régime agricole aux hôpitaux de proximité en 2015

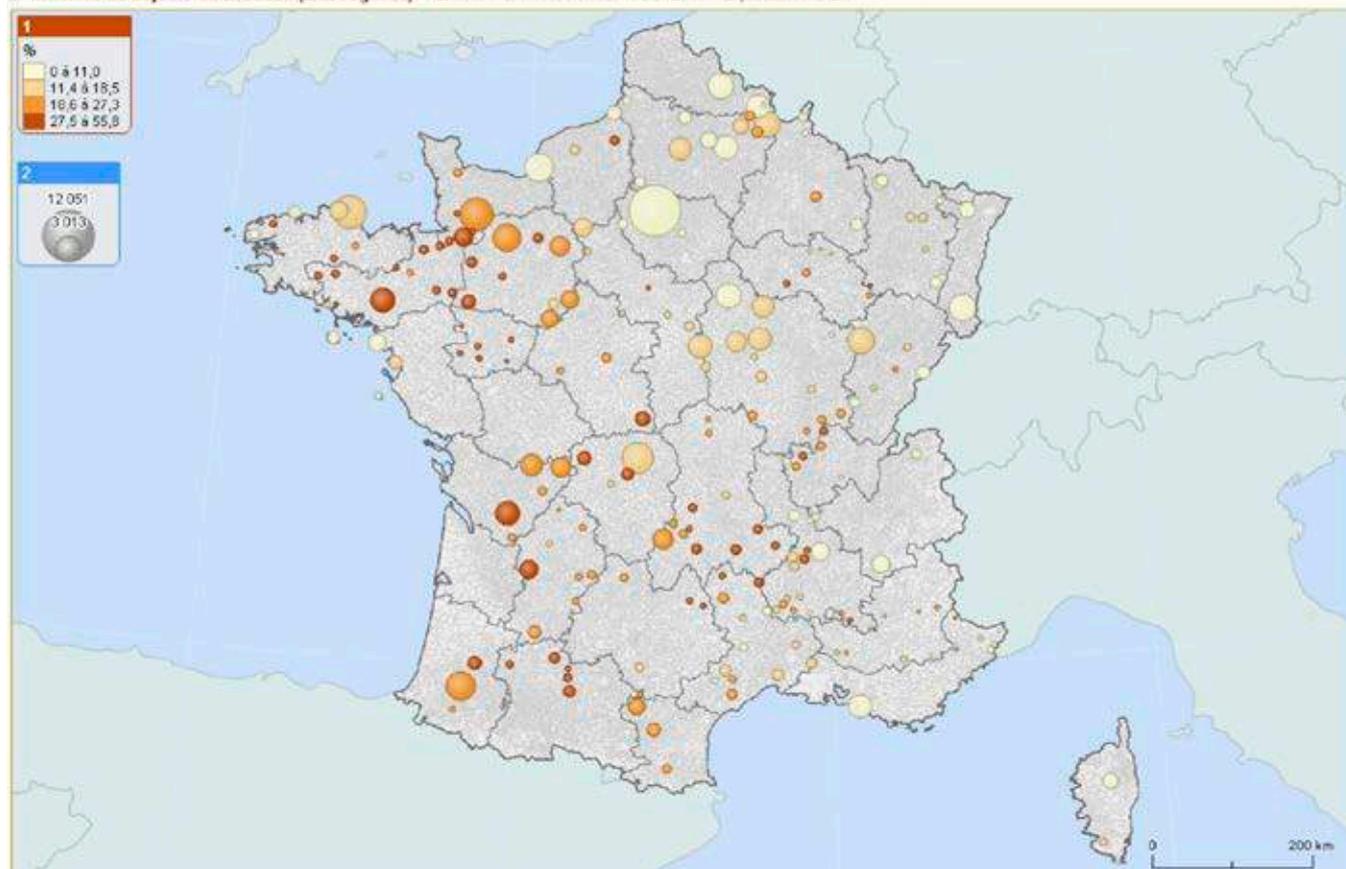
**TABLEAU 4 : DURÉE MOYENNE DES SÉJOURS EFFECTUÉS PAR LES PATIENTS DU RÉGIME AGRICOLE DANS LES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ EN 2015 SELON LEUR PROVENANCE ET LEUR DESTINATION**

		DESTINATION				
		Vers le domicile	Vers une unité SSR	Vers une unité MCO	Décès	Vers le domicile, structure médico-sociale
PROVENANCE	Du domicile	7	15	8	15	18
	Du domicile, avec passage par les urgences	7	14	4	11	13
	D'une unité de MCO	15	16	14	17	21
	Du domicile, structure médico-sociale	10	15	8	10	10
	D'une unité de SSR	16	13	10	12	18

### SOUS-ANNEXE 1 : CARTOGRAPHIE DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ AYANT UNE ACTIVITÉ CODÉE DANS LE PMSI MCO 2015

1 - Part des séjours effectués par des patients du régime agricole - source : SNIIRAM PMSI MCO 2015 - Exploitation MSA

2 - Nombre de séjours ou séances (tous régimes) - source : SNIIRAM PMSI MCO 2015 - Exploitation MSA



© MSA - IGN GéoFla 2015 - Carte réalisée à partir de données importées par l'utilisateur

**MSA Caisse Centrale**

19, rue de Paris

CS 50070

93013 Bobigny Cedex

Tél. : 01 41 63 75 83



santé  
famille  
retraite  
services

L'essentiel & plus encore