

Rapport Charges et Produits MSA 2019

Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits au titre de 2019 (loi du 13 août 2004)









Sommaire

Sommaire

Synthèse	7
Liste des propositions de la MSA pour 2019	14
Thématique « Lutte contre les inégalités de santé par la prévention, la promotion de la santé et l'éd à la santé »	
Thématique « Gestion du risque et conseils aux prescripteurs et offreurs de soins »	14
Thématique « Accès à l'offre de soins sur les territoires ruraux »	14
Thématique « Enjeux numériques et science de la donnée »	14
Partie 1 : Le suivi de l'Ondam au régime agricole	16
1.1. Les prestations prises en charge au régime agricole en 2017	16
1.1.1. L'évolution des soins de ville	18
1.1.2. L'évolution des dépenses au titre des établissements de santé	18
1.2. Perspectives 2018-2019 pour l'enveloppe des soins de ville	20
1.2.1. Les prévisions 2018	20
1.2.2. Les évolutions tendancielles 2019 en soins de ville	22
Partie 2 : Les caractéristiques démographiques et de dépenses de santé de la population agric	:ole 24
2.1. Les caractéristiques démographiques des personnes protégées en maladie au régime agricole	24
2.1.1. La population agricole protégée en maladie en 2017	24
2.1.2. Les patients pris en charge au titre d'une ALD au régime agricole en 2017	32
2.1.2.1. Les effectifs	
2.1.3. Les patients pris en charge au titre de la CMU-C et de l'ACS au régime agricole en 201	739
2.1.3.1. Les patients pris en charge au titre de la CMU-C au régime agricole en 2017 2.1.3.2. Les patients pris en charge au titre de l'ACS au régime agricole en 2017	
2.2. Les liens entre les remboursements de soins et les réponses à l'enquête ESPS au sein du régime agricole	
2.3. Le reste à charge des patients du régime agricole après hospitalisation en 2016	45

Par	tie 3 : Les propositions de la MSA pour contribuer aux politiques publiques de santé	51
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	51
	3.1.1. Une offre de prévention ciblée, en lien avec le médecin traitant	51
	3.1.2. Un accompagnement des personnes dans l'accès aux droits, la gestion de leur maladie et la prévention du suicide	
	3.1.2.1. Le Rendez-vous Prestations MSA pour favoriser l'accès aux droits	63 65
3.2.	Renforcer les actions de gestion du risque et accompagner les offreurs de soins dans le cadre de la maîtrise médicalisée	68
	3.2.1. Les actions du plan national GDR 2017 de la MSA	68
	3.2.2. Le bilan LCF 2017 de la MSA dans le domaine santé	69
	3.2.3. Les propositions pour 2018-2019	69
	3.2.3.1. L'optimisation de la gestion des demandes d'accord préalable	
	3.2.3.2. L'articulation GDR-LCF en matière de transport sanitaire	
	3.2.3.3. L'amélioration de la connaissance de la prescription médicamenteuse	
3.3.	Poursuivre et amplifier l'implication sur les territoires ruraux	80
	3.3.1. Favoriser l'accès à l'offre de soins	80
	3.3.1.1. Identifier les risques de rupture d'accès à l'offre de soins sur les territoires : l'outil Diagnostic territorial MSA	80
	3.3.1.2. Permettre le déploiement d'organisations de coordination sur les territoires associant	
	acteurs hospitaliers, acteurs de ville et médico-sociaux	
	3.3.1.4. Participer à la gouvernance locale	
	3.3.1.5. Etre partie prenante de la transformation de l'offre de soins	
	3.3.2. Accompagner le virage ambulatoire	90
	3.3.2.1. Le déploiement des Prado	
	3.3.2.2. L'action « Chirurgie ambulatoire en campagne »	94
	3.3.3. Promouvoir les études et recherches en matière de santé, en lien avec les populations agricoles et rurales	95
	3.3.3.1. COSET-MSA avec Santé Publique France	95
	3.3.3.2. Agriculture et Cancer (AGRICAN) en partenariat	
	3.3.3.3. Partenariat entre la MSA et le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE)	96
	3.3.3.4. Partenariat entre la MSA Bourgogne et le Pôle Personnes Agées du CHU	,
	de Dijon Bourgogne	96

3.4. Participer au virage numérique et exploiter le potentiel de la science des données	98
3.4.1. Services en ligne	98
3.4.1.1. Mémo Santé Enfant	
3.4.2. Télémédecine	
Annexes	101
Annexe 1 : Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2017-2018	102
1.1. Thématique « Lutte contre les inégalités de santé par la prévention, la promotion de la santé et l'éducation à la santé »	102
1.2. Thématique « Gestion du risque et conseils aux prescripteurs et offreurs de soins »	107
1.3. Thématique « Accès à l'offre de soins sur les territoires ruraux »	116
Annexe 2 : Les liens entre les remboursements de soins et les réponses à l'enquête ESPS au sein du régime agricole	118
2.1. Caractéristiques de la population couverte par le régime agricole	118
2.2. Caractéristiques des répondants ayant eu un remboursement en ambulatoire	120
2.3. Comparaison entre les régimes	124
2.4. Modèle sur les assurés MSA expliquant le remboursement en ambulatoire	126
2.5. Modèle sur les assurés MSA expliquant le bon état de santé déclaré	126
Annexe 3 : Les actions du plan GDR 2017	129
3.1. Actions de contrôle des arrêts de travail	130
3.1.1. Respect du délai d'envoi de l'arrêt de travail	130
3.1.2. Indication du motif médical sur les arrêts de travail	130
3.1.3. Contrôle de la qualité du prescripteur d'une prolongation	131
3.1.4. Avis rendus sur les arrêts de travail maladie ou AT/MP supérieurs à 45 jours en AMEXA	131
3.1.5. Contrôle des arrêts de travail répétitifs	131
3.2. Traitement des demandes d'accord préalable de grand appareillage orthopédique	132
3.3. Versatis®: respect de l'autorisation de mise sur le marché	133

3.4. Contrôle des actes infirmiers	135
3.4.1. Contrôle du non cumul des AIS3	135
3.4.2. Contrôle des majorations de nuit	136
3.4.3. Contrôle d'actes et prestations d'infirmiers intervenant auprès des patients pris en charge en SSIAD	136
3.5. Contrôle des EHPAD	136
3.5.1. Action de contrôle des facturations	136
3.5.2. Récupération des indus auprès des EHPAD par les CMSA pivots	137
3.6. Les actions auprès des établissements de santé	137
3.6.1. Le contrôle régional de la T2A	137
3.6.2. Les notifications d'indus suite aux contrôles T2A	138
3.6.3. Accompagnement des établissements dont la MSA est pivot	138
3.6.4. Mise sous accord préalable des actes réalisés en établissement	139
3.7. Actions dentaires	139
3.7.1. Acte CCAM au choix du chirurgien-dentiste conseil	139
3.7.2. Respect de la prise en charge de bridges de plus de trois éléments	140
3.7.3. Contrôle des dépassements d'honoraires sur les actes à tarif opposable	140
3.8. Actions locales	140
3.0 Mutualisation du recours contra tiers	1/1

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 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. ».

Chaque année, le rapport « Charges et Produits » de la MSA est soumis à l'approbation du Conseil central. S'il est adopté, il sera présenté à l'UNCAM puis adressé au Gouvernement et au Parlement, en même temps que le rapport de la CNAM.

Le rapport MSA 2019 présente les propositions de la MSA pour contribuer aux politiques publiques de santé. Ces propositions cherchent à accroître l'efficience 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 2,3 % en 2018 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 efficiente aux besoins de la personne et adaptée à son territoire de vie.

Le rapport Charges et Produits de la MSA pour 2019 comporte trois parties :

- Le suivi de l'ONDAM,
- Les caractéristiques démographiques et en matière de dépenses de la population agricole,
- Les propositions de la MSA pour contribuer aux politiques publiques de santé.

En annexe 1 du rapport est présenté un suivi des propositions formulées dans le rapport Charges et Produits MSA 2018.

Les propositions du rapport 2019 feront également l'objet d'un suivi spécifique.

1. La première partie du rapport présente le suivi de l'ONDAM

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 rectifie l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) de l'exercice 2017 à 190,7 milliards d'euros, ce qui correspond à une progression annuelle des dépenses de 2,1 % (objectif identique pour l'enveloppe des soins de ville).

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 11,50 milliards d'euros en 2017. Elles sont en hausse (+ 1,0 %) par rapport aux dépenses de 2016. Cette progression est vérifiée à la fois dans le champ des dépenses de soins de ville (qui augmentent de 0,2 %) et dans celui des dépenses en établissements de santé (+ 1,8 %).

Les dépenses de soins de ville du régime agricole suivant le champ de l'Ondam augmentent de 0,2 % en 2017, soit 0,6 point de moins en un an. Ce rythme d'évolution s'explique notamment par la moindre hausse des honoraires des médecins spécialistes dont l'évolution passe de 3,1 % en 2016 à 1,6 % en 2017, et par celle des produits de la Liste des produits et prestations (LPP) dont l'évolution passe de 3,3 % en 2016 à 0,9 % en 2017.

Pour 2018, la LFSS retient une évolution annuelle de 2,4 % pour les soins de ville. La progression prévisionnelle des dépenses du régime agricole serait de 0,6 %. L'évolution plus dynamique que celle de 2017 résulterait principalement d'un effet de calendrier (l'année 2018 comportant un jour ouvré de plus qu'en 2017). La croissance prévisionnelle demeurerait cependant contenue, reflétant l'importance des mesures d'économie escomptées dans le cadre de la LFSS.

2. La seconde partie de ce rapport est consacrée aux études portant sur les caractéristiques démographiques et en matière de dépenses de la population affiliée au régime agricole.

A la fin de l'année 2017, le régime agricole recense près de 3,2 millions de personnes protégées au titre du risque maladie; un effectif représentant 4,9 % de la population totale en France métropolitaine.

Géographiquement, le régime agricole est présent sur tout le territoire ; sa composante salariée se regroupant plutôt autour des grands pôles et espaces périurbains des grands pôles, qui ont gardé une forte vocation agricole, à l'exception notable de la région parisienne. En revanche, la composante non salariée est plus disséminée sur le territoire.

Dans 702 territoires de vie, situés pour l'essentiel à l'ouest d'une ligne reliant Caen à Marseille ainsi que dans les régions viticoles de Champagne et de Bourgogne, et dans les régions arboricoles et viticoles du nord de la Provence, le taux de présence est même supérieur à deux fois la moyenne nationale.

S'agissant de la connaissance du risque concernant les populations agricoles, le rapport 2019 présente les résultats suivants :

- L'analyse géographique de l'indice comparatif de la prévalence des principales pathologies des ALD montre des disparités territoriales selon les pathologies étudiées. A titre d'exemple, en 2017, à âge et sexe équivalents, les patients atteints d'un cancer de la prostate sont surreprésentés sur une diagonale partant de la Mayenne et l'Orne jusqu'au Limousin, ainsi que sur les Ardennes. A contrario, les patients atteints d'un cancer de la prostate sont sous-représentés au sud de la Charente et sur le pourtour méditerranéen (Pyrénées-Orientales, Bouches-du-Rhône et est de la Corse).
- L'analyse des données concernant la CMU-C au régime agricole confirme une proportion de bénéficiaires de la CMU-C de plus en plus importante au sein de la population affiliée. En 2017, alors que la population de moins de 60 ans affiliée au régime des non-salariés agricoles baisse de 3,3 %, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C au sein de cette population progresse lui de 2,7 %. Pour cette même tranche d'âge, la population affiliée au régime des salariés agricoles baisse de 0,1 % alors que les effectifs de bénéficiaires de la CMU-C ont augmenté de 3,6 %. En parallèle, le nombre de bénéficiaires de l'attestation au droit à l'ACS augmente de 7,6 % en 2017.

- L'analyse réalisée par la MSA concernant les réponses à l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2014 et les données de consommation de soins montre un lien de causalité entre la perception de son état de santé et les dépenses de soins. La modélisation qui porte sur le montant des remboursements présente une différenciation entre les régimes (agricole, général et ex-RSI). Pour l'ensemble de la population, appartenir au genre masculin, être jeune, percevoir des revenus élevés et la perception d'un bon état de santé contribuent significativement à diminuer le montant moyen des remboursements de soins. Mais, pour les assurés agricoles, des revenus élevés (toutes choses égales par ailleurs) ont un effet inverse : ils augmentent le montant des remboursements, de même que la résidence dans une commune constituant un moyen ou un petit pôle urbain.
- La poursuite de l'étude concernant le reste à charge (RAC) se focalise sur le RAC des patients du régime agricole après une hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) en 2016. Le montant moyen (338 €) est nettement supérieur aumontant médian (108 €), ce qui traduit un reste à charge très concentré sur un faible nombre de patients, 10 % ayant un reste à charge supérieur à 831 € et 15 % un reste à charge comprisentre 318 € et 831 €.

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, familial et social) 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'efficience 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 surtout en développant des actions ciblées et adaptées aux besoins des assurés notamment des jeunes, des non-consommants de soins et de prévention, et des publics les plus précaires.

En 2018, en convergence avec les objectifs des Etats généraux de la santé, la MSA lance son Plan Nutrition et Activité Physique (PNAP). Celui-ci a pour objectif d'agir sur les connaissances et les compétences de la population vivant dans le monde agricole et rural pour l'inciter aux pratiques alimentaires et physiques recommandées et ainsi diminuer les facteurs de risques sur la santé et sur la survenue des pathologies. Le plan met en perspective un ensemble d'actions MSA de promotion et d'éducation à la santé lié à la nutrition et à l'activité physique. Celles-ci sont déclinées à tous les âges de la vie : de la petite enfance aux seniors sans oublier les personnes en situation de précarité ou de handicap.

La MSA renforcera également son dispositif de prévention du suicide Agri'Ecoute (numéro de téléphone unique (09 69 39 29 19) à disposition des assurés MSA en grande détresse), notamment en assurant une écoute professionnelle avec des psychologues cliniciens et en faisant un lien direct avec les cellules pluridisciplinaires de prévention (CPP) pour mettre en place un suivi et un accompagnement auprès de l'assuré si celui-ci donne son accord pour lever son anonymat.

La MSA renforcera les actions de gestion du risque dans le cadre du Plan National de Gestion du Risque et d'Efficience du Système de Soins (PNGDRESS) 2018-2019 piloté par l'Etat et accompagnera les offreurs de soins dans le cadre de la maîtrise médicalisée.



En 2018, le plan national de gestion du risque maladie de la MSA a été conçu autour des six thématiques du plan ONDAM 2018-2022 d'appui à la transformation du système de santé (PATSS) afin de s'articuler avec ce dernier. Dans ce cadre, une action de GDR articulée avec la Lutte contre la fraude sera expérimentée en 2018 dans le domaine du transport sanitaire.

La MSA propose, en outre, de :

- définir les principes directeurs métiers de gestion des demandes d'accord préalable (AP) afin de parvenir à une meilleure harmonisation des pratiques des caisses et d'améliorer la productivité et l'efficience des contrôles en ciblant les produits et prestations à fort enjeu (coût au regard de la prise en charge par l'assurance maladie, pratiques observées chez les professionnels de santé,...).
- contribuer à la prévention des risques iatrogéniques pour les assurés du régime agricole en inter-régime dans le cadre des bilans partagés de médication.
- en matière de médicaments, reconsidérer la procédure de recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour le médicament Avastin® dans le cadre du traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).

La MSA poursuivra également son implication sur les territoires ruraux. Elle développera son offre en complémentarité avec l'inter-régime et les ARS en apportant des solutions nouvelles et efficientes sur des territoires et pour des populations dont les besoins sont spécifiques. Elle est fortement investie dans l'amélioration de l'accessibilité aux soins dans les territoires ruraux et contribue, comme opérateur de l'Etat, à la stratégie nationale de santé et en particulier au plan d'égal accès aux soins sur les territoires ruraux.

Forte d'une expérience de longue date dans ce domaine, la MSA est à la pointe dans le soutien au développement de la coopération entre les professionnels de santé, entre les soins primaires, les spécialistes de second recours, les établissements de santé et les acteurs du social et du médicosocial, dans les territoires ruraux. La MSA accompagne le déploiement de structures d'exercice coordonné et regroupé telles que les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). En 2017, la MSA a accompagné 78 MSP et 2 CPTS.

Pour 2019, la MSA propose:

d'étendre le forfait diététicien et psychologue. Cette action consiste à financer un diététicien et/ou un psychologue sous forme d'un forfait géré par l'équipe soignante d'une maison de santé pluridisciplinaire. En effet, les besoins exprimés par les médecins traitants dans le cadre de la réalisation des bilans périodiques de santé pour les ressortissants agricoles font état d'une réelle difficulté à orienter efficacement ceux qui présentent des troubles psychologiques ou des troubles du comportement alimentaire. Par ailleurs, une augmentation de la prévalence de ces troubles est constatée. Les prises en charge adaptées sont la plupart du temps non médicamenteuses mais, d'une part leur disponibilité n'est pas partout effective, d'autre part leur accessibilité financière est la plupart du temps compromise par une absence de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

- d'étendre le dispositif « éducation à la santé familiale ». Cette action expérimentée avec succès dans plusieurs territoires et régions vise à réduire le recours à des soins non programmés en conférant aux familles les connaissances et les compétences de base leur permettant de maintenir leur santé, de résoudre par elles-mêmes des problèmes de santé courants et de gérer des situations d'urgence à domicile, sans avoir à s'adresser systématiquement à un système de soins de premier recours de plus en plus débordé.
- d'accompagner les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour améliorer le parcours de soins des assurés en milieu rural.
- de contribuer au développement de la recherche dans le domaine de la santé, notamment en renforçant les conventions de partenariats avec des organismes de recherche.

Enfin, dans le cadre du virage numérique, la MSA propose de lancer deux nouveaux services en ligne en 2019 au bénéfice des ressortissants agricoles :

- Mémo Santé Enfant : outil numérique d'accompagnement des parents dès la naissance de leur enfant pour leur permettre d'être acteur du suivi en matière de prévention,
- Lantichute : service à destination du personnel encadrant les personnes âgées résidant en établissement de type Ephad et résidences autonomie, ayant pour objectif de contribuer à diminuer le nombre de chutes des personnes à risque.

Elle propose également :

- de contribuer à la mise en place de la télémédecine au bénéfice des assurés du régime agricole : mise en place de la téléconsultation dès septembre 2018 et de la téléexpertise à partir de février 2019,
- d'exploiter tout le potentiel de la science de la donnée et d'ouvrir l'accès aux données de santé de la MSA aux chercheurs.



Suivi de la mise en œuvre des principales propositions de la MSA dans le cadre du rapport Charges et Produits 2018

Les principales propositions de la MSA dans le cadre du rapport 2018 étaient :

de préciser les conditions de renouvellement de la prise en charge (fréquence et indications) des chaussures thérapeutiques de série à usage temporaire (CHUT) dans la nomenclature de la Liste des Produits et Prestations (LPP) afin de limiter la très forte croissance des prescriptions et délivrances de CHUT et de répondre à un problème de santé publique en empêchant les patients d'utiliser des CHUT pour un usage prolongé, ce qui est un mésusage de ces dispositifs.

Cette proposition devrait permettre d'économiser jusqu'à 400 000 euros annuels pour le régime agricole. Elle a été reprise par le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) dans le cadre de son avis de projet de modification de la nomenclature LPP concernant les chaussures thérapeutiques à usage temporaire et prolongé publié au Journal Officiel le 28 décembre 2017. En se basant sur les données du rapport Charges et Produits de la MSA, le CEPS a estimé les économies attendues en 2018 de cette modification à 6,5 millions d'euros pour l'ensemble des régimes.

la reprise de la proposition du rapport Charges et Produits MSA 2017 concernant les sièges coquilles, étant donné l'observation d'une forte augmentation des dépenses sur ce poste. Cette proposition consistait à soumettre la prescription des sièges coquilles à une demande d'accord préalable et de subordonner leur prise en charge à l'avis favorable du contrôle médical.

L'arrêté du 17 octobre 2017 paru au Journal Officiel le 24 octobre 2017 a modifié les conditions de prise en charge des sièges coquilles de série. Ces dispositions sont applicables depuis le 1^{er} janvier 2018. La nouvelle nomenclature prévoit que désormais la prise en charge d'un siège coquille de série est subordonnée à une demande d'accord préalable. Sur la base du 1^{er} trimestre 2018 par rapport au 1^{er} trimestre 2017, l'économie générée pour le régime agricole (sièges coquilles et accessoires liés aux sièges coquilles) est estimée à plus de 1,5 million d'euros pour un trimestre. Cette estimation devra être réévaluée sur la base des données d'une année complète.

- de cibler les pathologies lombaires dans le cadre du contrôle des arrêts de travail afin d'éviter la chronicisation (risque au-delà de 3 mois d'arrêt de travail notamment) et de prévenir la désinsertion sociale et professionnelle grâce au recours à la cellule pluridisciplinaire de maintien en emploi (CPME), cellule qui a été généralisée en 2017 à l'ensemble des caisses et qui réunit le service de l'action sanitaire et social, le service de santé-sécurité au travail et le contrôle médical.
- de généraliser le Diagnostic Territorial MSA à toutes les caisses de MSA afin de prévenir et limiter les risques de rupture d'accès à l'offre de soins sur les territoires ruraux. L'objectif était d'identifier les territoires les plus à risques en terme d'accès aux soins primaires en lien avec les ARS. A fin juin 2018, 7 caisses de MSA ont finalisé leur diagnostic territorial (volets quantitatifs et qualitatifs), 18 sont en cours de finalisation, 9 ont planifié la réalisation du volet qualitatif et 1 caisse est en cours de planification de son volet qualitatif. Par ailleurs, 25 caisses ont déjà reçu la validation des ARS quant au choix des bassins de vie identifiés à risque.

Liste des propositions de la MSA **pour 2019**

Liste des propositions de la MSA pour 2019

Thématique « Lutte contre les inégalités de santé par la prévention, la promotion de la santé et l'éducation à la santé »

Proposition 1 : Déploiement au niveau national du plan nutrition et activité physique MSA

Proposition 2 : Développer les entretiens motivationnels personnalisés par téléphone dans le cadre d'actions d'éducation à la santé à destination des publics prioritaires, les sous-consommants de soins (Instants santé)

Proposition 3 : Renforcer le dispositif de prévention du suicide Agri'Ecoute

Thématique « Gestion du risque et conseils aux prescripteurs et offreurs de soins »

Proposition 4 : Dans le cadre de la gestion des demandes d'accord préalable (DAP), cibler les produits et prestations à forts enjeux (en matière de coût et de dénombrement)

Proposition 5: En matière de transports, ciblage par requêtage et contrôle des anomalies chez les transporteurs sanitaires

Proposition 6: En matière de médicaments, reconsidérer la procédure de recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour le médicament Avastin® dans le cadre du traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)

Proposition 7 : Contribuer à la prévention des risques iatrogéniques pour les assurés du régime agricole

Thématique « Accès à l'offre de soins sur les territoires ruraux »

Proposition 8 : Etendre le forfait diététicien et psychologue en 2019

Proposition 9 : Etendre le dispositif d'éducation à la santé familiale en 2019

Proposition 10: Accompagner les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour améliorer le parcours de soins des assurés en milieu rural

Proposition 11 : Contribuer au développement de la recherche dans le domaine de la santé, notamment en lien avec les populations agricoles et rurales

Thématique « Enjeux numériques et science de la donnée »

Proposition 12 : Lancement du 1^{er} service en ligne d'accompagnement prévention santé pour les parents d'enfants de 0 à 16 ans (Mémo Santé Enfant)

Proposition 13 : Lancement du nouveau service en ligne Lantichute à destination des établissements de type Ehpad et résidences autonomie, visant à diminuer le nombre de chutes des personnes à risque

Proposition 14: Contribuer à la mise en place de la télémédecine au bénéfice des assurés du régime agricole : mise en place de la téléconsultation dès septembre 2018 et de la télé-expertise à partir de février

Proposition 15: Exploiter tout le potentiel de la science de la donnée et ouvrir l'accès aux données de santé de la MSA aux chercheurs.

Partie 1: Le suivi de l'Ondam au régime agricole

1. Le suivi de l'Ondam au régime agricole

1.1 Les prestations prises en charge au régime agricole en 2017

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 rectifie l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) de l'exercice 2017 à 190,7 milliards d'euros, ce qui correspond à une progression annuelle des dépenses de 2,1 % (après 1,8 % de prévu en 2016).

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 11,50 milliards d'euros en 2017. Elles sont en hausse (+1,0 %) par rapport aux dépenses de 2016 (**Tableau 1**).

Cette progression est vérifiée à la fois dans le champ des dépenses de soins de ville, qui augmentent de 0,2 %, et dans celui des dépenses en établissements de santé, + 1,8 %. Pour les soins de ville, cette évolution est inférieure de 0,6 point à celle de l'année 2016, alors que pour les établissements elle est supérieure de 1,2 point.

Les prestations exécutées en établissement de santé et en ville représentent respectivement 54,1 % et 43,7 % des dépenses du régime agricole suivant le champ de l'Ondam en 2017.

Les dépenses suivant le champ de l'Ondam pour le régime des **non-salariés agricoles** s'élèvent à 6,89 milliards d'euros en 2017, en diminution de 1,0 % par rapport à 2016.

L'évolution des dépenses de soins de ville atteint - 1,8 % soit 0,7 point de moins qu'en 2016. Les dépenses des prestations exécutées en établissements, qui représentent plus de la moitié des dépenses (57,4 %), diminuent de 0,6 %.

Les dépenses suivant le champ de l'Ondam pour le régime des salariés agricoles sont de 4,62 milliards d'euros en 2017. Elles augmentent de 4,3 % par rapport à 2016.

Les remboursements de soins de ville des salariés agricoles, qui représentent 48,8 % de la dépense totale, sont en hausse de 2,8 % en 2017. Les dépenses en établissements (49,2 % des dépenses totales de ce régime) progressent fortement en un an (6,3 %).

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. Les effectifs du régime des salariés agricoles, en diminution jusqu'en 2013, progressent depuis, mais de manière de moins en moins marquée : +2,2% en 2014, +2,8% en 2015, +1,5% en 2016 et +0,4% en 2017.

Tableau 1: Prestations champ Ondam en 2017 - Montants en millions d'euros

	Régime	Régime Agricole Non-salariés		Salariés		
	Montants	Evolution	Montants	Evolution	Montants	Evolution
Honoraires des médecins généralistes	376,1	0,6%	209,8	-2,0%	166,3	4,0%
Honoraires des médecins spécialistes	552,4	1,6%	287,4	-0,2%	265,0	3,7%
Honoraires des dentistes	152,5	1,0%	68,1	-1,6%	84,4	3,2%
Honoraires paramédicaux	1 001,2	0,5%	693,8	-0,5%	307,4	2,9%
dont honoraires des infirmiers	731,8	0,5%	536,6	-0,3%	195,2	2,8%
dont honoraires des masseurs kinésithérapeutes	231,1	0,0%	142,6	-1,4%	88,5	2,3%
Biologie	183,9	-1,3%	103,8	-3,6%	80,2	1,9%
Transports	314,6	1,6%	192,6	-0,7%	121,9	5,3%
Produits de santé	1 686,6	-0,2%	984,0	-2,0%	702,6	2,6%
dont produits de la LPP	440,2	0,9%	276,6	-1,0%	163,6	4,3%
dont médicaments	1 246,4	-0,5%	707,4	-2,4%	538,9	2,1%
Autres prestations (autres honoraires, cures thermales)	44,8	-12,8%	27,9	-11,5%	16,9	-14,9%
Autres charges (*)	165,2	-9,4%	101,5	-10,9%	63,7	-7,0%
TOTAL SOINS DE VILLE HORS INDEMNITES	4 477,2	-0,1%	2 668,9	-1,9%	1 808,2	2,5%
JOURNALIERES	ļ	<u> </u>	··········			,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
Indemnités journalières	551,8	3,1%	107,1	-0,6%	444,7	4,0%
TOTAL SOINS DE VILLE	5 029,0	0,2%	2 776,1	-1,8%	2 253,0	2,8%
Etablissements hors médico-sociaux	4 547,6	-0,9%	2 897,9	-1,3%	1 649,7	-0,1%
Etablissements médico-sociaux	1 674,0	9,7%	1 051,5	1,3%	622,5	27,8%
dont Etablissements pour personnes âgées	380,6	57,2%	63,7	9,4%	316,9	72,4%
dont Etablissements pour personnes handicapées	1 293,4	0,8%	987,8	0,8%	305,6	0,7%
TOTAL PRESTATIONS EXECUTEES EN ETABLISSEMENT	6 221,6	1,8%	3 949,4	-0,6%	2 272,2	6,3%
Autres prises en charges et FIR	249,7	-0,1%	159,9	4,5%	89,8	-7,3%
TOTAL CHARGES ONDAM	11 500,4	1,0%	6 885,3	-1,0%	4 615,1	4,3%

Source : MSA

^{**}Source : MSA (*) Autres charges : prise en charge de cotisations des PAM, financement d'actions de coordinations des soins, aide à la télétransmission

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 0,2 % en 2017, soit 0,6 point de moins en un an. Ce rythme d'évolution s'explique notamment par la moindre hausse des honoraires des médecins spécialistes dont l'évolution passe de 3,1 % en 2016 à 1,6 % en 2017, et par celle des produits de la Liste des produits et prestations (LPP) dont l'évolution passe de 3,3 % en 2016 à 0,9 % en 2017.

Les honoraires paramédicaux, les remboursements d'analyses médicales en laboratoire ainsi que les versements d'indemnités journalières connaissent également, d'une année sur l'autre, un ralentissement de la hausse de leurs dépenses, de respectivement - 0,5 point, - 1,2 point et - 1,1 point.

A contrario, les honoraires des médecins généralistes, les frais de transports et les dépenses de médicaments enregistrent des évolutions supérieures à celles de l'année précédente.

La baisse des dépenses de soins de ville pour les **non-salariés agricoles** se poursuit et s'accentue en 2017, - 1,8 % après - 1,1 % en 2016.

Presque tous les postes de dépenses connaissent en 2017 des évolutions inférieures à celles de 2016. Les postes dont la baisse des remboursements s'accentue le plus sont les produits de la LPP avec un recul de 2,8 points et les indemnités journalières (-4,6 points). A l'inverse, l'évolution des honoraires des médecins généralistes gagne 1,7 point en un an (sous l'effet des impacts de la convention médicale) et celle des médicaments, 0,5 point.

Pour le régime des salariés agricoles, les dépenses de soins de ville enregistrent en 2017 une hausse de 2,8 % après 3,4 % en 2016. Les postes contribuant le plus à la dynamique des dépenses sont les médicaments et les indemnités journalières avec des contributions respectives de 0,5 point et 0,8 point. Contribuent également à cette hausse, les autres postes de dépenses, dont les honoraires des médecins généralistes et spécialistes pour 0,3 point et 0,4 point, ainsi que ceux des honoraires paramédicaux (0,4 point).

1.1.2. L'évolution des dépenses au titre des établissements de santé

Les dépenses du régime agricole au titre des établissements augmentent de 1,8 % en 2017, avec une diminution de 0,6 % pour le régime des non-salariés agricoles et une croissance de 6,3 % pour le régime des salariés agricoles (Tableau 2).

Tableau 2: Évolution des dépenses par type d'établissements en 2017

	Total	Établissements publics de santé	Établissements privés de santé	Établissements médico-sociaux
Régime agricole	1,8%	-0,4%	-3,3%	9,7%
Non-salariés	-0,6%	-0,7%	-4,9%	1,3%
Salariés	6,3%	0,0%	-0,7%	27,8%

Source: MSA

Les dépenses au titre des établissements publics de santé baissent de 0,4 %. Ce léger recul s'observe dans le régime des non-salariés (-0,7 %), tandis que les dépenses sont stables dans le régime des salariés.

Les remboursements de soins en établissements privés de santé diminuent de 3,3 %. La baisse est plus marquée dans le régime des non-salariés (-4,9 %) que dans le régime des salariés (-0,7 %). Elle provient de la décroissance des frais de séjour en médecine, chirurgie, obstétrique et en soins de suite et de réadaptation.

La forte croissance des dépenses des établissements médico-sociaux (9,7 %) est à l'origine de l'augmentation totale des dépenses au titre des établissements en 2017, en particulier pour le régime des salariés agricoles (+ 27,8 % pour ce régime, + 1,3 % pour le régime des non-salariés agricoles). Elle s'explique par le transfert du financement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) du budget de l'Etat vers l'assurance maladie.

1.2. Perspectives 2018-2019 pour l'enveloppe des soins de ville

1.2.1. Les prévisions 2018

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 fixe l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour les quatre années à venir et retient une évolution annuelle de 2,3 % pour 2018 ainsi que pour les années suivantes jusqu'en 2021. Pour les soins de ville, l'évolution est fixée à 2.4 % en 2018.

Pour l'ensemble du régime agricole, les prévisions relatives aux dépenses de soins de ville sur le champ de l'Ondam 2018, 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 0,6 % (Tableau 3).

Cette hausse prévisionnelle constitue une accélération des remboursements de soins de ville par rapport à l'évolution observée en 2017 (+ 0,2 %). Progression qui doit être relativisée toutefois étant donné les effets de calendrier - l'année 2018 comportant un jour ouvré de plus que 2017. La croissance prévisionnelle des remboursements demeurerait contenue, reflétant l'importance des mesures d'économie escomptées.

Tableau 3: Prévisions 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 2018	Régime Agricole	Non-salariés	Salariés
Honoraires des médecins généralistes	0,6%	-1,7%	3,5%
Honoraires des médecins spécialistes	2,8%	0,6%	5,3%
Honoraires des dentistes	1,5%	-1,5%	4,0%
Honoraires paramédicaux	2,1%	1,1%	4,3%
dont honoraires des infirmiers	2,3%	1,5%	4,4%
dont honoraires des masseurs kinésithérapeutes	1,2%	-0,2%	3,6%
Biologie	-1,8%	-3,9%	0,9%
Transports	1,4%	-0,1%	3,7%
Produits de santé	-0,8%	-2,7%	1,9%
dont produits de la LPP	1,7%	-0,3%	5,1%
dont médicaments	-1,7%	-3,6%	0,9%
Autres prestations (autres honoraires, cures thermales,)	1,5%	-1,1%	5,7%
Autres charges (*)	-7,9%	-8,8%	-6,5%
TOTAL SOINS DE VILLE HORS INDEMNITES JOURNALIERES	0,4%	-1,3%	2,8%
Indemnités journalières	2,5%	1,8%	2,6%
TOTAL SOINS DE VILLE	0,6%	-1,2%	2,8%

Source: MSA

^(*) Autres charges: Prise en charge de cotisations des PAM, financement d'actions de coordination des soins, aide à la télétransmission

Pour le régime des non-salariés agricoles, les prévisions relatives aux dépenses de soins de ville du champ de l'Ondam 2018 s'élèveraient à 2,7 milliards d'euros et diminueraient de 1,2 %, après - 1,8 % en 2017.

En 2018, les honoraires des médecins **généralistes** enregistreraient une évolution de - 1,7 %, encore majorée par l'impact des mesures découlant de la convention médicale d'août 2016, et en particulier la majoration de 2 € du tarif de référence de la consultation et de la visite à compter du 1^{er} mai 2017. Cette mesure atténuerait de 2,0 points la baisse des honoraires des généralistes sur l'année 2018.

En hausse de 0,6 %, les honoraires des médecins spécialistes seraient également majorés par les effets de la convention médicale, à hauteur d'environ 1,5 point.

A contrario, les mesures d'économies prévues sur les soins de ville, hors indemnités journalières, atteindraient 58,9 millions d'euros et joueraient à la baisse pour 2,3 points d'évolution. Les mesures d'économies attendues sur les prescriptions pharmaceutiques seraient particulièrement fortes (- 35,6 millions). Les remboursements de médicaments diminueraient en conséquence de 3,6 %.

La croissance prévisionnelle des indemnités journalières (1,8 % en 2018) proviendrait principalement de la mise en place au 1er janvier 2018 d'une nouvelle mesure de versements d'indemnités journalières en cas de reprise du travail à temps partiel thérapeutique.

Pour le **régime des salariés agricoles**, les prévisions relatives aux dépenses de **soins de ville** sur le champ de l'Ondam 2018 s'élèveraient à 2,3 milliards d'euros et progresseraient de 2,8 %, évolution identique à celle observée en 2017.

En 2018, la croissance des honoraires des médecins généralistes atteindrait 3,5 %, majorée de 2,4 points par la majoration de 2 € du tarif de ré€rence de la consultation et de la visite.

Les honoraires des médecins spécialistes seraient en hausse de 5,3 %, les effets de la convention majorant leur croissance de 1,5 point environ.

Les mesures d'économies prévues sur les soins de ville (hors IJ) atteindraient 43,4 millions d'euros, jouant à la baisse sur l'évolution prévisionnelle des remboursements 2018 pour 2,4 points. En particulier, l'importance des mesures d'économies prévues sur le champ des médicaments (27,8 millions d'euros) conduiraient à une augmentation contenue de ce poste sur 2018 (+ 0,9 %).

Les **indemnités journalières** enregistreraient une progression de **2,6** % en 2018, en ralentissement par rapport à l'année précédente (4,0 %).

1.2.2. Les évolutions tendancielles 2019 en soins de ville

Pour l'ensemble du régime agricole, les prévisions tendancielles relatives aux dépenses de soins de ville sur le champ de l'Ondam s'établissent à 5,1 milliards d'euros pour 2019, en hausse de 1,6 % par rapport à 2018 (Tableau 4). Ces dépenses 2019 enregistreraient une croissance inférieure de 1,0 point à l'évolution tendancielle 2018 prévue, cet écart résultant en partie de l'impact calendaire de 2019 : cette année comporte un jour ouvré de moins que 2018.

Pour le régime des non-salariés agricoles, le montant atteindrait de 2,7 milliards, correspondant à une évolution tendancielle de -0,2 %, et pour le régime des salariés agricoles, le montant s'élèverait à 2,4 milliards, pour une évolution tendancielle de + 3,8 %.

Tableau 4: Prévisions tendancielles 2019 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 2019	Régime Agricole	Non-salariés	Salariés
Honoraires des médecins généralistes	-3,2%	-5,5%	-0,5%
Honoraires des médecins spécialistes	1,0%	-1,6%	3,6%
Honoraires des dentistes	0,8%	-2,3%	3,2%
Honoraires paramédicaux	1,8%	0,9%	3,9%
dont honoraires des infirmiers	2,1%	1,3%	4,2%
dont honoraires des masseurs kinésithérapeutes	0,8%	-0,7%	3,1%
Biologie	1,5%	-0,7%	4,1%
Transports	3,0%	1,5%	5,3%
Produits de santé	3,2%	1,3%	5,8%
dont produits de la LPP	3,0%	1,0%	6,3%
dont médicaments	+3,3%	1,4%	5,6%
Autres prestations (autres honoraires, cures thermales,)	0,7%	-1,9%	4,9%
Autres charges (*)	-7,7%	-9,0%	-5,7%
TOTAL SOINS DE VILLE HORS INDEMNITES JOURNALIERES	1,5%	-0,2%	4,0%
Indemnités journalières	2,4%	-0,9%	3,2%
TOTAL SOINS DE VILLE	1,6%	-0,2%	3,8%

Source: MSA

^(*) Autres charges: Prise en charge de cotisations des PAM, financement d'actions de coordination des soins, aide à la télétransmission

Partie 2:

Les caractéristiques démographiques et de dépenses de santé de la population agricole

2. Les caractéristiques démographiques et 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 2017

A la fin de l'année 2017, le régime agricole recense près de 3,2 millions de personnes protégées au titre du risque maladie, un effectif représentant 4,9 % de la population totale en France métropolitaine.

Près de 1,9 million de personnes relèvent du régime des salariés agricoles pour leur assurance maladie obligatoire (58 % de l'effectif total). Cette population progresse encore légèrement (0,4 % en 2017, après 1,5 % en 2016).

Au régime des non-salariés agricoles, plus de 1,3 million de personnes sont protégées (42 % de l'effectif total). La baisse des effectifs se poursuit en 2017, elle est de 3,2 % après - 3,3 % en 2016. Ce recul pèse sur l'évolution globale de la population protégée par le régime agricole.

En 2014 et 2015, la démographie du régime agricole avait connu une période de stabilisation de ses effectifs (Graphique 1). Cette évolution favorable trouvait principalement son origine dans l'accroissement net des effectifs de personnes protégées au régime des salariés, dont le taux de croissance annuel a atteint 2,2 % en 2014 et 2,8 % en 2015. Avec 1,5 % en 2016 et 0,4 % en 2017, la progression des effectifs relevant du régime des salariés est moins dynamique et ne permet plus le maintien global de la population protégée au régime agricole, en recul de 0,6 % en 2016 et de 1,1 % en 2017.

Evolution annuelle de la population protégée en maladie des régimes agricoles 2 000 000 4,0% +2,8% 1 800 000 3,0% +2,2% 1 600 000 +1,5% 2,0% 1 400 000 +0,4% 1,0% 1 200 000 -0,2% -0,1% -0.3% -0.4% 0,0% 1 000 000 -0.6% -1.0% -1,1% 800 000 -1,0% -2,1% 600 000 -2,0% 400 000 -3,0% -3,1% -3.2% -3.3% -3.3% -3,2% -3,6% -3,0% 200 000 -4,0% 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 Effectifs SA Effectifs NSA - EvolSA - - EvolNSA

Graphique 1:

Les régimes agricoles présentent une structure démographique très différente avec une pyramide des âges qui leur est propre (Graphiques 2 et 3). 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 métropolitaine. Les personnes en âge de travailler représentent 54,1 % des effectifs, les moins de 20 ans, 20,7 %, et les 60 ans et plus, 25,2 % (**Tableau 5**).

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 9,8 % ont moins de 20 ans (Tableau 6).

Graphique 2: Pyramide des âges au régime des salariés agricoles 100 ans ou plus 90-99 ans 80-89 ans 70-79 ans Age atteint dans l'année 60-69 ans 50-59 ans 30-39 ans 20-29 ans 10-19 ans 0-9 ans 2 janvier 2016 3000 10000 70000 3000 5000 70000 ,~ooo 2000 2000 150000 Effectif

Graphique 3: Pyramide des âges au régime des non-salariés agricoles 100 ans ou plus 90-99 ans 80-89 ans 70-79 ans 60-69 ans 50-59 ans 40-49 ans Age 30-39 ans 20-29 ans 10-19 ans 2 janvier 2018 0-9 ans 2 janvier 2016 mi 000 30000 10000 1000 15000 H 75000 10000000 9000,000

La population protégée en maladie au régime des salariés progresse modérément en 2017 (0,4 % après 1,5 % en 2016, 2,8 % en 2015 et 2,2 % en 2014). L'année 2017 confirme ainsi le ralentissement de la croissance des effectifs amorcée en 2016. Sur un an, l'évolution de la population âgée de 60 à 79 ans (+ 2,9 %) contribue le plus à la croissance de l'effectif total du régime. Les générations du Baby-Boom soutiennent en effet les effectifs de cette tranche d'âge. L'évolution de la population totale est cependant affectée par le recul des effectifs de personnes âgées de moins de 40 ans (- 0,6 %). Alors que jusqu'en janvier 2017, la croissance des effectifs âgés de 20 à 39 ans expliquait en grande partie le dynamisme de la population affiliée au régime des salariés agricoles.

Tableau 5: Evolution de la population protégée en maladie au régime des salariés agricoles

	% des effectifs par tranches d'âge en 2017	Évolution des effectifs 2017/2016	Évolution des effectifs 2016/2015
moins de 20 ans	20,7%	-0,6%	+0,9%
de 20 à 39 ans	27,2%	-0,5%	+1,8%
de 40 à 59 ans	26,9%	+0,7%	+1,2%
de 60 à 79 ans	19,1%	+2,9%	+2,5%
80 ans et plus	6,1%	-0,3%	+0,0%
TOTAL	100,0%	+0,4%	+1,5%

Sources: CNAVTS, CCMSA

La baisse régulière et continue des effectifs relevant du régime des non-salariés agricoles pèse sur la population totale protégée (Tableau 6). Toutes les tranches d'âge sont affectées par ce mouvement. Avec un nombre de décès supérieur au nombre d'entrées dans le régime (actifs comme ayants droits) et un âge élevé de ses ressortissants (62,0 % d'entre eux étant âgés de 60 ans et plus), la structure démographique est vieillissante (Graphique 3 ci-dessus), ce qui explique principalement la baisse tendancielle de la population couverte en maladie. Dans une moindre mesure, la baisse des effectifs du régime s'explique également par le recul démographique des chefs d'exploitation et par le développement de l'activité professionnelle des conjoints hors du monde agricole, ce qui peut conduire à une affiliation dans un autre régime.

Tableau 6: Evolution de la population protégée en maladie au régime des non-salariés agricoles

	% des effectifs par tranches d'âge en 2017	Évolution des effectifs 2017/2016	Évolution des effectifs 2016/2015
moins de 20 ans	9,8%	-4,4%	-3,7%
de 20 à 39 ans	7,5%	-0,6%	-0,8%
de 40 à 59 ans	20,7%	-3,8%	-4,0%
de 60 à 79 ans	30,5%	-3,3%	-4,0%
80 ans et plus	31,5%	-3,1%	-2,4%
TOTAL	100,0%	-3,2%	-3,3%

Compte tenu des premiers constats observés sur le 1^{er} trimestre 2018 et des prévisions de l'emploi agricole plutôt marquées par une hausse modérée du nombre d'actifs, le rythme de croissance des effectifs protégés en maladie au régime des salariés serait de 0,5 % au cours des deux prochaines années (Tableau 7). Au régime des non-salariés, la baisse de la population devrait 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 2019.

Tableau 7: Prévisions* d'évolution de la population protégée en maladie

Régime des salariés agricoles	Évolution 2018/2017	Évolution 2019/2018
Assurés ouvrants-droits	+1,7%	+1,1%
actifs (en emploi ou non)	+1,5%	+0,7%
retraités	+2,3%	+2,3%
invalides	+1,8%	+3,2%
Ayants-droits	-3,2%	-1,6%
enfants	-1,1%	+0,1%
conjoints et autres personnes couvertes	-10,5%	-8,1%
Total	+0,5%	+0,5%
Régime des non-salariés agricoles	Évolution 2018/2017	Évolution 2019/2018
Assurés ouvrants-droits	-2,7%	-2,5%
en activité	-1,4%	-1,2%
retraités	-3,6%	-3,4%
invalides	-2,9%	-2,7%
Ayants-droits	-6,0%	-6,0%
collaborateurs d'exploitation (conjoints et membres de la famille)	-5,7%	-6,0%
enfants	-4,0%	-4,0%
autres personnes couvertes	-8,4%	-8,4%
Total	-3,3%	-3,2%
Ensemble des régimes agricoles	Évolution 2018/2017	Évolution 2019/2018
Total	-1,1%	-1,0%

Source : CCMSA - Données pour la Commission des comptes de la sécurité sociale - Prévisions mai 2018 *(Prévisions basées sur des effectifs annuels moyens)

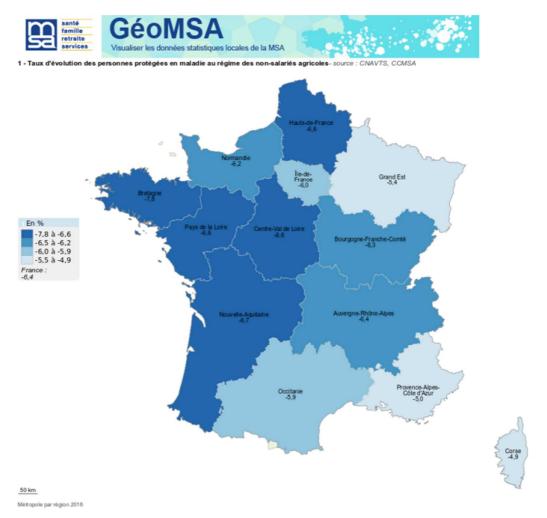
Au cours des deux dernières années, la croissance de la population salariée a été très dynamique dans le quart sud Est du territoire métropolitain (Carte 1).

En revanche, pour la population non salariée agricole (Carte 2), l'érosion s'effectue presque uniformément sur l'ensemble du territoire, avec quelques variations, puisque la baisse est un peu plus sensible dans l'Ouest de la France.

Carte 1: Taux d'évolution des personnes protégées en maladie entre 2015 et 2017 au régime des salariés agricoles



Carte 2: Taux d'évolution des personnes protégées en maladie entre 2015 et 2017 au régime des non-salariés agricoles



Géographiquement, le régime agricole est présent sur tout le territoire (Carte 3), sa composante salariée se regroupant plutôt autour des grands pôles et espaces périurbains des grands pôles (Tableau 8), qui ont gardé une forte vocation agricole, à l'exception notable de la région parisienne. En revanche, la composante non salariée est plus disséminée sur le territoire.

Tableau 8: Répartition de la population française et des patients affiliés au régime agricole selon la typologie des zones d'aires urbaines

Typologie des zones d'aire urbaine (zonage 2010)	Population française 2015	Régime agricole 2017	Non-salariés agricoles 2017	Salariés agricoles 2017
Grands pôles	58,4%	24,3%	11,5%	34,0%
Espaces périurbains des grands pôles	24,3%	35,3%	37,9%	33,4%
Moyens/petits pôles	6,4%	9,3%	8,1%	10,2%
Espaces périurbains des moyens/petits pôles	6,2%	16,0%	20,6%	12,5%
Espaces hors de l'aire de l'influence des villes (communes rurales)	4,6%	15,1%	21,9%	9,8%
Total général	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sources: INSEE, CCMSA

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 2017) à la population française (année 2015) - est supérieur à la moyenne nationale (4,9 %) dans 1 374 territoires de vie sur 2 677.

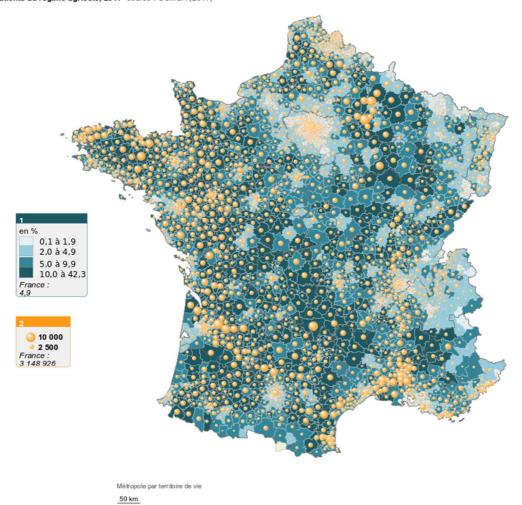
Dans 702 territoires de vie, situés pour l'essentiel à l'ouest d'une ligne reliant Caen à Marseille ainsi que dans les régions viticoles de Champagne et de Bourgogne, et dans les régions arboricoles et viticoles du nord de la Provence, le taux de présence est même supérieur à deux fois la moyenne nationale.

Carte 3:

Effectifs de patients et taux de présence du régime agricole par territoire de vie (population agricole 2017 - population française 2015)



- 1 Taux de présence au régime agricole, 2017- source : CCMSA (2017), Insee (2015)
- 2 Patients au régime agricole, 2017- source : CCMSA (2017)





2.1.2. Les patients pris en charge au titre d'une ALD au régime agricole en 2017

2.1.2.1. Les effectifs

Au cours de l'année 2017, 804 900 personnes en affection de longue durée ont eu un remboursement de soins, soit 0,6 % de plus qu'au cours de l'année 2016 (Tableau 9). Cette augmentation concerne uniquement le régime des salariés agricoles dont le nombre de patients en ALD augmentent de 3,8 %, après 3,6 % en 2016. S'agissant du régime des non-salariés, il diminue de 1,4 %, après 1,3 % en 2016.

En 2017, 26 % des patients du régime agricole sont en ALD. Ce pourcentage diffère selon le régime : il est de 36 % chez les non-salariés et 18 % chez les salariés. Parmi ces patients en ALD, les troisquarts (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 régime.

Tableau 9: Les patients en ALD au régime agricole : évolution et répartition selon le régime et l'âge

		Evolution annuelle en 2017	Ecart par rapport à l'évolution 2016	Répartition par classe d'âge en 2017	Part des patients en ALD dans la patientèle totale en 2017
Régime agricole	moins de 20 ans	3,0%	-2,8 pt	2%	3%
	20-64 ans	1,7%	-1,8 pt	23%	13%
	65 ans et plus	0,2%	0,7 pt	75%	55%
	Total	0,6%	0,1 pt	100%	26%
dont Non salariés 61%	moins de 20 ans	-0,1%	-0,6 pt	1%	3%
	20-64 ans	-2,2%	-2,9 pt	12%	13%
	65 ans et plus	-1,3%	0,3 pt	87%	57%
	Total	-1,4%	-0,1 pt	100%	36%
dont Salariés 39%	moins de 20 ans	4,2%	-3,5 pt	4%	3%
	20-64 ans	3,5%	-1,2 pt	40%	13%
	65 ans et plus	4,0%	1,6 pt	56%	53%
	Total	3,8%	0,2 pt	100%	18%
			•		Source : MSA

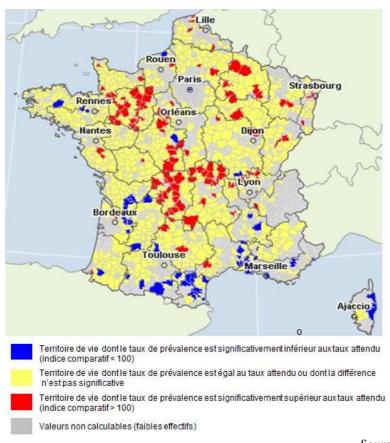
Cartographie de l'indice comparatif du taux de 2.1.2.2. prévalence des ALD les plus fréquentes par territoire de vie chez les patients du régime agricole en 2017

L'indice comparatif est le rapport entre le nombre observé de patients atteints d'au moins une pathologie de l'ALD et le nombre de patients attendus si la population du territoire de vie avait le même taux de prévalence dans chaque classe d'âge et de sexe que celui de l'ensemble du régime agricole. Un indice supérieur à 100 s'interprète donc comme une surreprésentation du nombre de patients atteints d'une pathologie de l'ALD concernée par rapport à l'ensemble du régime.

Les cartes sont réalisées avec GéoMSA. Les données relatives à l'indice comparatif sont mises à disposition dans l'outil https://statistiques.msa.fr/geomsa/.

En 2017, au régime agricole, à âge et sexe équivalents, les patients atteints d'un cancer de la prostate sont surreprésentés sur une diagonale partant des territoires de vie de la Mayenne et l'Orne jusqu'au Limousin, ainsi que sur les Ardennes (Carte 4). A contrario, les patients atteints d'un cancer de la prostate sont sous-représentés au sud de la Charente et sur le pourtour méditerranéen (Pyrénées-Orientales, Bouches-du-Rhône et est de la Corse).

Carte 4: Indice comparatif (observé/ attendu) du taux de prévalence du cancer de la prostate (CIM10 C61), au 31/12/2017



Source: MSA, GéoMSA

En 2017, au régime agricole, à âge et sexe équivalents, les patientes atteintes d'un cancer du sein sont surreprésentées localement en Mayenne, Orne, Sarthe, Haute-Normandie, Indre, Indre et Loire, Alpes de Haute Provence et à l'ouest de la Corse (Carte 5). A contrario, les patientes atteintes d'un cancer du sein sont sous-représentées localement dans le Morbihan, les Deux-Sèvres, la Charente et la Charente-Maritime, l'Ariège et la Haute Marne. La question d'un lien entre surreprésentation des cas de déclaration en ALD et animation active du dépistage organisé mérite d'être posée, notamment pour la MSA Mayenne-Orne-Sarthe.

Lille Rouen Paris Strasbourg Orléans Dijon Lyon Bordeaux Toulouse Marseille

Territoire de vie dont le taux de prévalence est significativement inférieur aux taux attendu

Territoire de vie dont le taux de prévalence est égal au taux attendu ou dont la différence

Territoire de vie dont le taux de prévalence est significativement supérieur aux taux attendu

Carte 5: Indice comparatif (observé/ attendu) du taux de prévalence du cancer du sein (CIM10 C50), au 31/12/2017

Source: MSA, GéoMSA

(indice comparatif < 100)

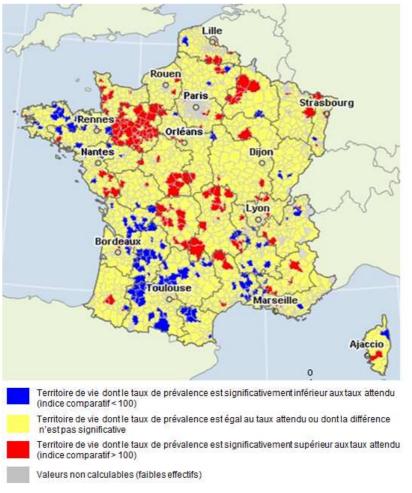
n'est pas significative

(indice comparatif > 100)

Valeurs non calculables (faibles effectifs)

Les assurés agricoles souffrant d'un cancer de la prostate ou du sein représentent 44% des personnes en ALD n°30¹. La configuration géographique de l'indice comparatif du taux de prévalence de ces deux localisations cancéreuses est relativement similaire. De ce fait, l'indice comparatif calculé pour l'ensemble des patients en ALD n°30 suit la même configuration. En 2017, au régime agricole, à âge et sexe égal, les patients atteints d'un cancer sont sous-représentés sur les territoires de vie se situant sur une diagonale partant de Saint-Brieuc jusqu'à Carcassonne (Carte 6). A l'est de cette diagonale de la Manche jusqu'au Cantal ainsi sur les territoires de vie des Ardennes, de la Marne et de la Moselle, les patients atteints d'un cancer sont surreprésentés.

Carte 6: Indice comparatif (observé/ attendu) du taux de prévalence des cancers (ALD n°30), au 31/12/2017

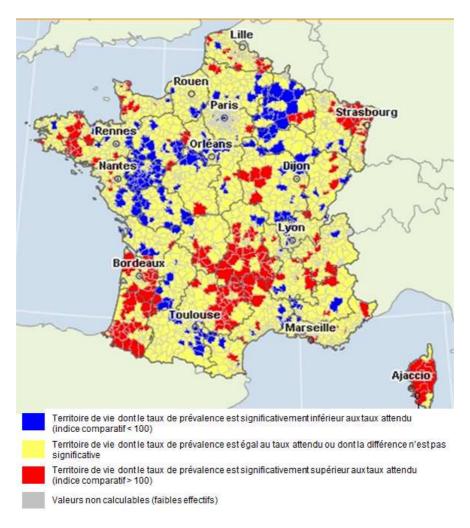


Source: MSA, GéoMSA

¹ ALD n° 30 : Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

En 2017, au régime agricole, à âge et sexe égal, les patients en ALD pour une maladie cardio-vasculaire² sont sous-représentés sur les territoires de vie se situant sur une diagonale partant des Pays de la Loire, jusqu'en Champagne Ardenne ainsi que sur les territoires de vie de l'Aude et du bassin toulousain (**Carte 7**). Les patients atteints d'au moins une maladie cardio-vasculaire sont surreprésentés sur les territoires de vie du centre de la Bretagne, de l'Aquitaine, de l'Auvergne, du Bas-Rhin, de la Moselle et de la Corse.

Carte 7 : Indice comparatif (observé/ attendu) du taux de prévalence du groupe cardio-vasculaire (ALD $n^{\circ}1$, 3, 5, 12, 13), au 31/12/2017



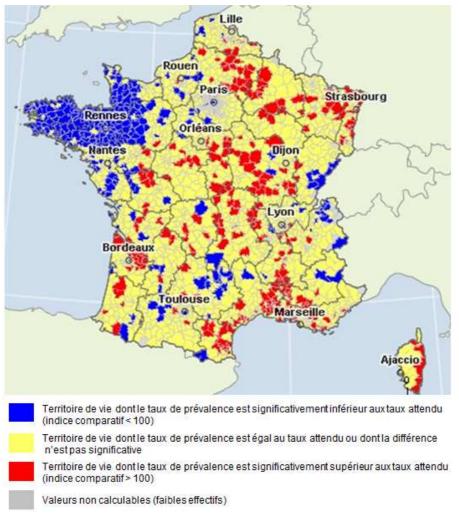
Source: MSA, GéoMSA

2

² Le groupe des maladies cardiovasculaires comprend les ALD n°1: Accident vasculaire cérébral invalidant, n°3: Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques, n°5: Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires, cardiopathies congénitales graves, n°12: Hypertension artérielle sévère, n°13: Maladie coronaire.

En 2017, au régime agricole, à âge et sexe égal, les patients atteints d'un diabète sont sous-représentés sur les territoires de vie de la Bretagne, des Pays de la Loire, de l'Aveyron et du Doubs (Carte 8).

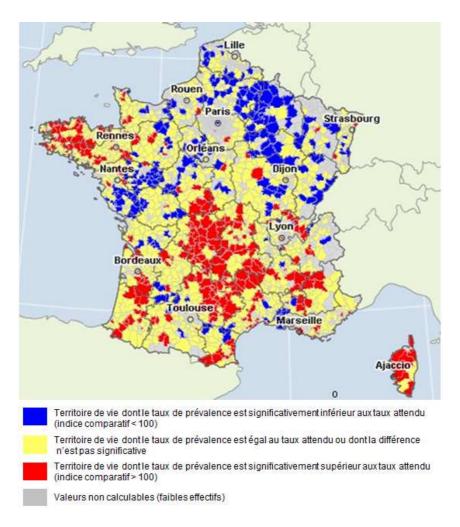
Carte 8: Indice comparatif (observé/ attendu) du taux de prévalence du diabète (ALD n°8), au 31/12/2017



Source: MSA, GéoMSA

En 2017, au régime agricole, à âge et sexe égal, il y a un clivage entre le Nord et le Sud de la France sur la significativité du taux de prévalence des affections psychiatriques de longue durée. En effet, les patients atteints d'une affection psychiatrique de longue durée sont sous-représentés dans la moitié Nord de la France (de la Charente-Maritime au Jura), sauf en Bretagne où les patients atteints d'une affection psychiatrique de longue durée sont surreprésentés (Carte 9). L'indice comparatif confirme un taux de prévalence significativement supérieur au taux attendu pour la moitié Sud de la France.

Carte 9: Indice comparatif (observé/ attendu) du taux de prévalence des affections psychiatrique de longue durée (ALD n°23), au 31/12/2017



Source: MSA, GéoMSA

2.1.3. Les patients pris en charge au titre de la CMU-C et de l'ACS au régime agricole en 2017

2.1.3.1. Les patients pris en charge au titre de la CMU-C au régime agricole en 2017

A la fin de l'année 2017, 151 862 personnes affiliées au régime agricole sont bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), dont 142 861 en métropole.

Plus de quatre bénéficiaires sur cinq relèvent du régime des salariés agricoles en métropole (Tableau 10).

Les hommes sont plus nombreux dans les deux régimes : 53 % au régime des salariés et 55 % au régime des non-salariés (Tableau 11).

La tranche d'âge "20 à 59 ans" est la plus représentée (52 %) suivie de celle des "moins de 20 ans" (39 %) et enfin les bénéficiaires âgés de "60 ans et plus" (9 %). La répartition des bénéficiaires dans les tranches d'âges extrêmes est assez différente dans les deux régimes : les "moins de 20 ans" sont davantage représentés dans le régime des salariés (41 % contre 29 % pour le régime des non-salariés). À l'inverse, les personnes âgées de "60 ans et plus" sont en proportion plus importante dans le régime des non-salariés (7 % chez les salariés contre 18 % chez les non-salariés). Ces différences sont le reflet de la structure démographique propre à chacun des deux régimes.

Tableau 10: Population bénéficiaire de la CMU-C, en métropole, à la fin de l'année 2017

	Régime	Agricole	Non-salariés		Salariés	
Age	Nombre	Structure	Nombre	Structure	Nombre	Structure
Moins de 20 ans	55 337	38,7%	7 500	28,7%	47 837	41,0%
De 20 à 59 ans	74 711	52,3%	13 860	53,1%	60 851	52,1%
60 ans et plus	12 813	9,0%	4 755	18,2%	8 058	6,9%
Total	142 861	100,0%	26 115	100,0%	116 746	100,0%

Source: MSA

Tableau 11: Répartition de la population bénéficiaire de la CMU-C par sexe, à la fin de l'année 2017

Régime Agricole		Non-s	alariés	Salariés	
% Homme	% Femme	% Homme	% Femme	% Homme	% Femme
53,0%	47,0%	54,8%	45,2%	52,6%	47,4%

Source: MSA

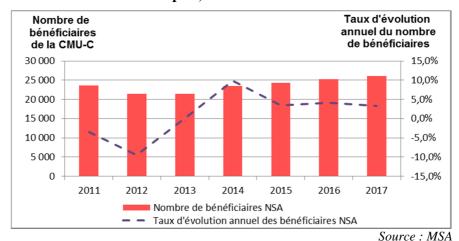
Une progression soutenue et régulière des effectifs

Le nombre de bénéficiaires de la CMU-C augmente de 3,7 % en 2017. La progression était plus importante l'année précédente avec 8,4 %. Depuis le relèvement exceptionnel du plafond d'attribution de la CMU-C en 2013 au titre de l'application du plan de lutte contre la pauvreté, qui a marqué le mouvement de hausse du nombre de bénéficiaires après des années de baisse, la croissance des effectifs est de 51 %.

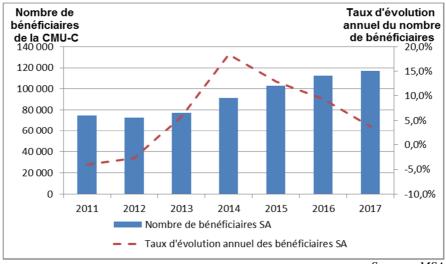
Elle est particulièrement importante pour le régime des salariés (SA) avec 59 % et plus contenue pour celui des non-salariés (NSA) avec 25 %.

La hausse du nombre de bénéficiaires est concomitante à l'accroissement de la population protégée en maladie du régime agricole en raison notamment de l'assouplissement des conditions d'affiliation et des règles de maintien de droits. Elle tient aussi à l'augmentation du nombre d'allocataires du rSa socle – bénéficiaires de droit à la CMU-C – et à la succession des crises agricoles entraînant une dégradation des revenus des exploitants.

Graphique 4: Population bénéficiaire de la CMU-C au régime des non-salariés agricoles, en métropole, à la fin de l'année 2017



Graphique 5: Population bénéficiaire de la CMU-C au régime des salariés agricoles, en métropole, à la fin de l'année 2017



Source: MSA

Une proportion de bénéficiaires de la CMU-C au sein de la population affiliée de plus en plus importante

En excluant la population âgée qui, avec le minimum vieillesse, bénéficie de ressources supérieures au plafond de la CMU-C, la part des bénéficiaires de la CMU-C dans le régime des non-salariés agricoles est de 4,2 % et de 7,8 % dans le régime des salariés agricoles en 2017 (**Graphiques 6**).

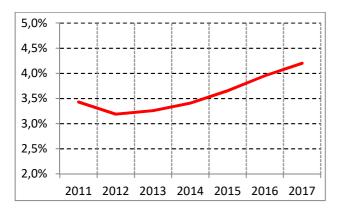
En 2017, alors que la population de moins de 60 ans affiliée au régime des non-salariés agricoles baisse de 3,3 % (comme en 2016), le nombre de bénéficiaires de la CMU-C progresse lui de 2,7 % (4,6 % en 2016).

Pour cette même tranche d'âge, la population affiliée au régime des salariés agricoles baisse de 0,1 % (après une hausse de 1,3 % en 2016) alors que les effectifs de bénéficiaires de la CMU-C ont augmenté de 3,6 % (9,4 % en 2016).

Graphiques 6: Proportion des bénéficiaires de la CMU-C dans la population protégée de moins de 60 ans, en métropole, à la fin de l'année 2017

Régime des non-salariés agricoles

Régime des salariés agricoles



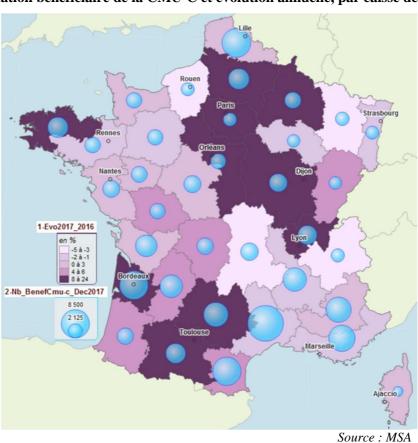


Sources: MSA, RNIAM

Plus de la moitié des bénéficiaires concentrés dans 10 caisses de MSA

Les caisses de MSA situées dans le sud de la France regroupent la majorité des bénéficiaires de la CMU-C. À elles seules, elles concentrent 49 % des bénéficiaires. De même, la MSA Nord-Pas-de-Calais compte une part importante de bénéficiaires de la CMU-C (6 %).

Parmi celles-ci, certaines voient leurs effectifs de bénéficiaires augmenter fortement sur un an : 12 % pour la MSA de la Gironde, 11 % pour la MSA Midi-Pyrénées-Nord et 10 % pour la MSA Midi-Pyrénées-Sud. D'autres ont une progression plus modérée, comme la MSA Nord-Pas-de-Calais avec +1 %, voire en baisse comme la MSA Provence-Azur avec - 2 % (Carte 10).



Carte 10: Population bénéficiaire de la CMU-C et évolution annuelle, par caisse de MSA

2.1.3.2. Les patients pris en charge au titre de l'ACS au régime agricole en 2017

Les bénéficiaires de l'attestation au droit à l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), affiliés au régime agricole, sont au nombre de 67 600 fin 2017 en métropole, soit 4 800 de plus qu'en 2016. Plus des deux tiers, 71 %, relèvent du régime des salariés agricoles.

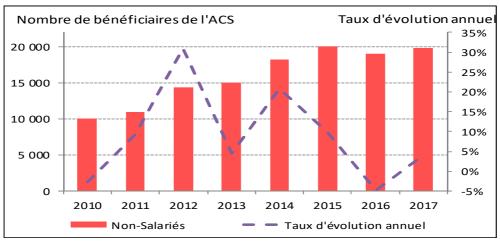
Les hommes sont moins nombreux (48 %), particulièrement dans le régime des non-salariés où ils ne représentent que 40 % des effectifs. La parité est presque respectée avec 51 % d'hommes dans le régime des salariés.

C'est la tranche d'âge « 60 ans et plus » qui est la plus représentée avec 46 %, elle est notamment prépondérante au régime des non-salariés avec 76 %, contre 33 % pour les salariés. Cette proportion s'est accrue de 9 points entre 2010 et 2017.

Le nombre de bénéficiaires de l'attestation au droit à l'ACS augmente de 7,6 % en un an en 2017 après 13,5 % en 2016.

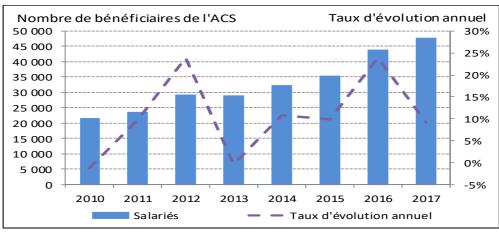
De forts relèvements du plafond des ressources pour bénéficier de l'ACS sont intervenus trois années successives, 2011, 2012 et juillet 2013, expliquant la progression importante de ces effectifs. Par ailleurs, la mise en place des nouveaux contrats ACS au 1er juillet 2015 a vraisemblablement été également un facteur de progression du nombre d'attestations délivrées.

Graphique 7: Population bénéficiaire de l'attestation au droit à l'ACS au régime des non-salariés agricoles, en métropole, à la fin de l'année 2017



Source: MSA

Graphique 8: Population bénéficiaire de l'attestation au droit à l'ACS au régime des salariés agricoles, en métropole, à la fin de l'année 2017



Source: MSA

2.2. Les liens entre les remboursements de soins et les réponses à l'enquête ESPS au sein du régime agricole

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'étudier 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 26 000 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 réalisée par la MSA a porté dans un premier temps sur les réponses des enquêtés au questionnaire (Cf Rapport Charges et Produits MSA 2018) et dans un second temps, sur les liens entre les réponses à l'enquête et les données de consommation de soins. C'est cette seconde partie qui est présentée ici.

Pour expliquer le remboursement de soins, des modèles statistiques ont été réalisés à partir des données de l'enquête santé et protection sociale 2014 (ESPS) et des données de consommation de soins ambulatoires des répondants. Tous régimes confondus, plus les revenus sont élevés, ainsi que l'âge, plus la probabilité d'avoir au moins un soin remboursé dans l'année augmente. Etre une femme et se déclarer en mauvaise santé impacte également de façon significative le fait de bénéficier d'un remboursement pour des soins de ville. En revanche, le type de commune de résidence (zonage en aires urbaines) ne semble pas avoir d'impact. L'affiliation au régime agricole ou l'appartenance à la CSP Agriculteur ne semble pas non plus avoir d'effet sur le fait de bénéficier d'un remboursement ou non. Néanmoins, on peut noter que l'âge a un impact plus important au régime agricole sur cette variable, qu'au régime général.

La modélisation qui porte sur le montant des remboursements présente plus de différenciation entre les régimes. Pour l'ensemble de la population, un bon état de santé, appartenir au genre masculin, être jeune et avoir des revenus élevés contribuent significativement à diminuer le montant moyen des remboursements de soins. Mais, pour les assurés agricoles, des revenus élevés (toutes choses égales par ailleurs) ont un effet inverse : ils augmentent le montant des remboursements, de même que la résidence dans une commune constituant un moyen ou un petit pôle urbain. Les résultats et tableaux sont détaillés en Annexe 2.

2.3. Le reste à charge des patients du régime agricole après hospitalisation en 2016

Le rapport Charges et Produits MSA 2018 s'était intéressé aux restes à charge des patients du régime agricole après remboursement par l'assurance maladie obligatoire. En 2015, la dépense de santé moyenne par patient s'établissait à 2 076 € avec un reste à charge moyen par patient (avant une éventuelle prise en charge par l'assurance maladie complémentaire) de 488 € (hors hospitalisation publique).

Le rapport Charges et Produits MSA 2019 poursuit cette étude du reste à charge en se focalisant sur le reste à charge des patients du régime agricole après une hospitalisation en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) sur l'exercice 2016.

Après un séjour à l'hôpital en secteur MCO, le reste à charge du patient, c'est-à-dire la somme restante à payer après la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire (AMO), indépendamment de la couverture ou non du patient par une complémentaire santé, se compose généralement :

- d'un ticket modérateur (TM) qui correspond à 20 % du tarif d'hospitalisation, ou d'une participation forfaitaire de 18 € lorsque le séjourcomporte un acte coûteux.
- d'un forfait journalier (FJ) de 18 € (son montant aété revalorisé à 20 € au l^{er} janvier 2018) pour les séjours dont la durée est supérieure à 24 heures.
- d'éventuels dépassements d'honoraires.
- de frais supplémentaires non pris en charge par l'assurance maladie (ex : chambre particulière, télévision, téléphone, etc.), non étudiés ici.

Néanmoins, de nombreux motifs d'exonération permettent de réduire la charge financière du patient : lorsque celui-ci est bénéficiaire de la CMU-C ou de l'aide médicale d'Etat (AME), lorsque les soins sont en rapport avec une affection de longue durée reconnue (ALD), lorsqu'ils sont pris en charge au titre des accidents du travail et maladies professionnelles ou de la maternité, etc.

En 2016, le montant moyen restant à la charge des patients du régime agricole après un ou plusieurs séjours hospitaliers en secteur médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) s'élève à 338 €.

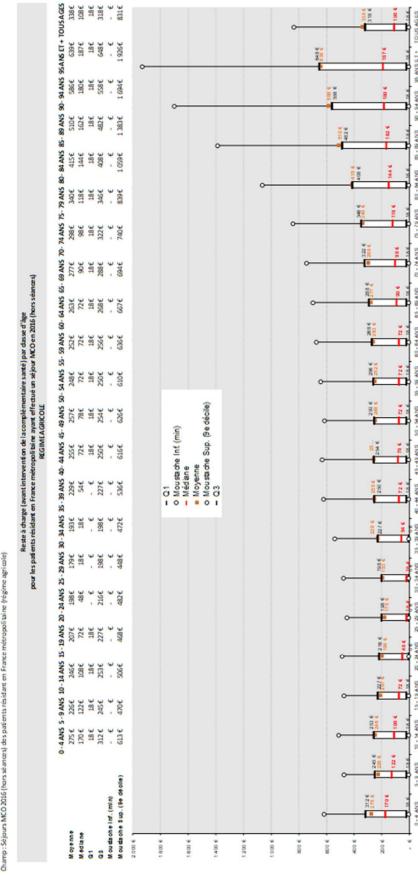
Le montant moyen est nettement supérieur au montant médian (108 €), ce qui traduit un reste à charge très concentré sur un faible nombre de patients : 10 % d'entre eux ont un reste à charge supérieur à 831 € et 15 % un reste à charge compris entre 318 € t 831 € (Graphique 9).

Toutes classes d'âge confondues, le reste à charge moyen des patients affiliés au régime agricole (338 €) est supérieur à celui des patients des autes régimes d'assurance maladie (295 € -Graphique 10). Cela s'explique par une patientèle plus âgée au régime agricole, ayant notamment des séjours plus longs donc plus coûteux (avec un nombre de forfaits journaliers hospitaliers plus important), que la patientèle des autres régimes.

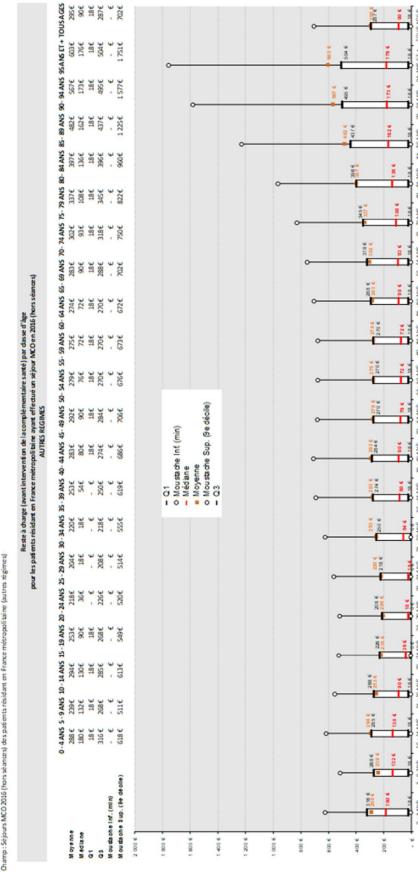
Chez les patients âgés de 75 ans ou plus, le reste à charge moyen est particulièrement élevé et augmente avec l'âge. C'est également pour cette tranche d'âge que la dispersion est la plus importante, un faible nombre de patients concentrant des restes à charge très élevés. Le reste à charge moyen est, pour cette tranche d'âge, plus élevé pour les patients du régime agricole que pour ceux des autres régimes, avec notamment une durée moyenne de séjour plus longue que dans les autres régimes (Graphique 10 bis). Cet écart s'observe en particulier pour les deux principaux motifs de séjour au régime agricole : insuffisance cardiaque et état de choc circulatoire, et pneumonie et pleurésie banale (Graphiques 10 ter).

Chez les patients âgés de moins de 75 ans, le reste à charge moyen est à l'inverse plus faible au régime agricole que dans les autres régimes. La durée moyenne de séjour semble en revanche comparable.

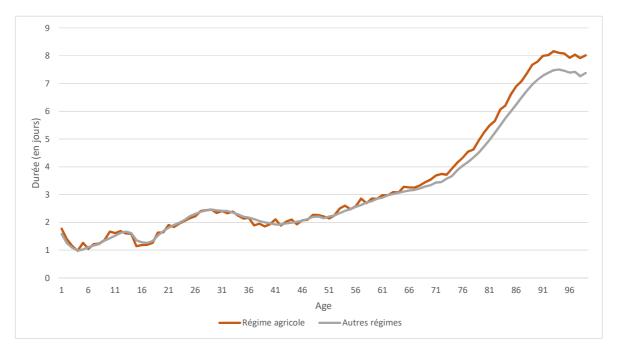
Graphique 9: Reste à charge par classe d'âge pour les patients du régime agricole ayant effectué un séjour MCO en 2016



Graphique 10: Reste à charge par classe d'âge pour les patients des autres régimes ayant effectué un séjour MCO en 2016

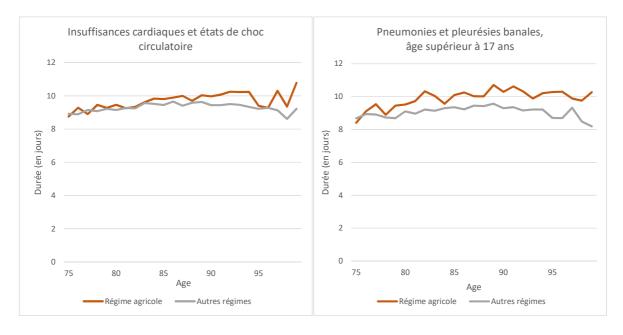


Graphique 10 bis: Durée moyenne de séjour par âge au régime agricole et dans les autres régimes



Graphiques 10 ter:

Durée moyenne de séjour par âge au régime agricole et dans les autres régimes, pour les deux principaux motifs de séjour au régime agricole (hors séjours effectués principalement en ambulatoire ou de très courte durée)



Méthode

Dans cette étude, l'estimation du reste à charge hospitalier est faite à partir des bases des séjours en secteur médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), pour l'année 2016, mises à disposition par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) dans le Système national des données de santé (SNDS).

Les données sont extraites pour chacun des secteurs, privé et public.

Les restes à charge de chaque séjour sont agrégés par patient.

Sont exclus du champ de l'étude : les actes et consultations externes, les séances, les séjours en erreurs ou avec incohérences, les doublons, les séjours réalisés par des patients domiciliés dans les DOM ou à l'étranger. Les éventuels dépassements d'honoraires des médecins dans le secteur public ne sont pas inclus dans l'estimation du reste à charge car ils ne sont pas disponibles dans les bases PMSI.

Au final, le reste à charge calculé ne reflète pas entièrement la réalité mais est celui estimé à partir des remontées PMSI des établissements.

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.

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

La transformation du système de santé orientée en priorité vers la prévention, la réduction des inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ainsi que vers l'efficience de la qualité de prise en charge est un engagement fort des pouvoirs publics portée dans la Loi de Santé de 2016.

Ces orientations ont été déclinées, d'une part, dans la Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2018-2022 et d'autre part, dans le Plan National de Santé Publique (PNSP). Ce dernier fait l'objet d'un plan Priorité Prévention au travers de 25 mesures phares présentées en comité interministériel le 26 mars 2018.

Dans le cadre de son programme national de prévention, la MSA contribue :

- à la mise en œuvre des programmes et actions déclinant les priorités définies par les pouvoirs publics en:
 - renforçant dans ses actions le rôle du médecin traitant et des équipes de soins de santé primaire dans les programmes de vaccination, de dépistage, d'éducation et de promotion de la santé,
 - développant des actions ciblées et adaptées aux besoins des assurés notamment vers les jeunes, les non-consommants de soins et de prévention, et les publics les plus précaires,
 - intégrant, dans son offre des stratégies de prévention innovantes et multicanales,
 - prenant en compte les futurs contrats territoriaux de santé pilotés par les agences régionales de santé.
- à la stratégie nationale de santé et à l'efficience du système de soins en participant aux actions de prévention pilotées par l'État, notamment les dispositifs de dépistage des cancers, les campagnes de vaccination ou encore la prévention bucco-dentaire, chez les enfants, les adolescents et les femmes enceintes.

Avec plus de 23 millions d'euros consacrés à ses actions de prévention en 2017, la MSA confirme sa valeur ajouté portée par sa gouvernance mutualiste originale et son organisation en guichet unique assurant l'ensemble des risques santé, famille, retraite du monde agricole et rural.

Les Instants Santé MSA

Depuis le 1^{er} janvier 2017, le dispositif cible uniquement les personnes sous-consommantes de soins de 25 à 74 ans.

L'action mise en place est constituée de trois étapes :

- un premier rendez-vous s'organise autour d'un entretien personnalisé réalisé par un infirmier. Il permet d'identifier les besoins de santé de chaque individu. Un entretien motivationnel d'aide à l'arrêt du tabac pour les fumeurs qui le souhaitent et une animation nutritionnelle par une diététicienne sont également proposés,
- une consultation de prévention réalisée par un médecin généraliste choisi par l'adhérent,
- des actions de suite (bilan bucco-dentaire, consultations diététiques, actions collectives seniors, ateliers d'éducation thérapeutique,...).

En 2017, 131 957 adhérents âgés de 25 à 74 ans ont été invités aux Instants santé.

Les premières données chiffrées – sur la base de 10 MSA réalisant l'intégralité du processus de relance des assurés – font apparaître que 70% des participants au premier rendez-vous réalisent une consultation médicale dans les 3 mois suivants.

Les résultats du premier baromètre de suivi mené auprès de 400 adhérents montrent que 87% des participants sont satisfaits des Instants santé dans leur globalité. Sur le premier rendez-vous, 90% des participants sont satisfaits et plébiscitent notamment la qualité des échanges avec l'infirmière et la diététicienne ainsi que l'accueil.

Plus de la moitié des participants s'est vue présenter une offre de prévention de la MSA (en particulier le bilan bucco-dentaire). La consultation de prévention est jugée très satisfaisante et complémentaire au premier rendez-vous (reprise du bilan, conseils,...). Le médecin traitant est très majoritairement choisi par les participants pour réaliser la consultation de prévention (91%).

La grande majorité des personnes interrogées estime que, par ce dispositif, la MSA se préoccupe de la santé de ses adhérents (93%), et qu'elle est également à l'écoute de ses ressortissants (88%).

Plusieurs évolutions sont prévues pour favoriser la participation des sous-consommants de soins:

- une relance téléphonique environ deux mois après le premier rendez-vous pour inciter les personnes qui n'ont pas réalisé la seconde étape à se rendre à la consultation de prévention.
- des séances proposées en soirée pour les adhérents indisponibles en matinée, en particulier les actifs,
- une expérimentation d'entretiens infirmiers personnalisés par téléphone pour les adhérents inscrits au premier rendez-vous mais qui n'ont finalement pas pu s'y rendre,
- une évaluation d'impact du dispositif.

Les Instants santé jeunes

Les Instants santé jeunes ciblent les adhérents fêtant leur 16ème anniversaire dans l'année et tout nouvel ouvrant droit de 17 à 24 ans.

Ils comprennent deux étapes :

- la réalisation d'une consultation de prévention,
- des actions de suite proposées selon les besoins (bilan bucco-dentaire, consultations diététiques, ateliers d'éducation thérapeutique,...).

Il s'agit d'intégrer les jeunes adhérents dans un parcours de santé et promouvoir des comportements favorables à la santé.

En 2017, 46 398 adhérents de 16 à 24 ans ont été invités aux Instants santé jeunes. 9 179 ont réalisé la consultation de prévention et reçu un chèque de 30 € pour financer la pratique d'une activité sportive. Le taux de participation s'élève à 20 %.

Le Parcours Nutrition Santé

Les bénéficiaires de ce programme, repérés principalement via les Instants santé MSA, se voient proposer - sur prescription du médecin généraliste - trois consultations chez une diététicienne.

En 2017:

- 2 350 cycles de consultations diététiciennes ont été prescrits par les médecins traitants, dont 506 à l'attention des jeunes de 16 à 24 ans.
- 1 069 séances d'animations nutritionnelles ont été réalisées pendant les Instants santé avec la participation de 14 987 adhérents de 25 à 74 ans.

En 2018, la MSA lance au niveau national son premier Plan Nutrition et Activité Physique (PNAP). Ce programme comporte des actions innovantes s'adressant prioritairement aux besoins des ressortissants agricoles, et ce, à tous les âges de la vie.

La prévention bucco-dentaire

La MSA décline sa politique de prévention bucco-dentaire par :

- des dispositifs définis en interrégime,
- des actions institutionnelles MSA liées aux besoins spécifiques des ressortissants agricoles ou à des situations particulières de leur parcours de vie.

Ces actions consistent principalement à la prise en charge d'un examen de prévention buccodentaire. Pour les enfants et les jeunes, le dispositif M'T dents prend en charge les éventuels soins dentaires (à l'exception des soins prothétiques et orthodontiques).

Dispositif à destination des enfants de 3 ans

En 2017, 23 222 enfants de 3 ans ont été invités à un examen de prévention bucco-dentaire. 6 937 d'entre-eux ont réalisé l'examen, soit un taux de participation de 29,9 %.

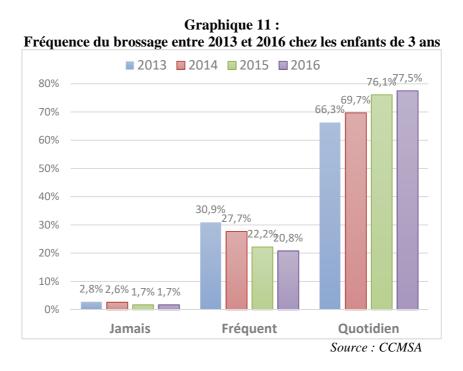
Une évaluation de l'action bucco-dentaire destinée aux enfants de 3 ans est réalisée à partir des données d'environ 33 000 examens bucco-dentaires effectués entre 2013 et 2016 (Encadré 1).

Encadré 1 : Résultats préliminaires de l'évaluation du bilan bucco-dentaire des enfants de 3 ans

Lors de la consultation de prévention, le chirurgien-dentiste renseigne un questionnaire sur les habitudes d'hygiène bucco-dentaires de l'enfant ainsi que des éléments de diagnostic sur d'éventuels besoins en soins.

La Caisse Centrale de MSA est en charge d'exploiter ces fiches, recueillies entre 2013 et 2016, sur l'ensemble du territoire, sur un total de près de 32 500 enfants. Les premiers résultats mettent en avant le bien-fondé de cette visite car 9 enfants sur 10 (92 %) n'avaient fait l'objet d'aucune surveillance dentaire avant cette consultation.

Entre 2013 et 2016, la part des enfants se brossant quotidiennement les dents a augmenté de plus de 10 points. Ainsi, en 2016, 3 enfants sur 4 ont les dents brossées tous les jours (Graphique 11).



Encadré 1 : Résultats préliminaires de l'évaluation du bilan bucco-dentaire des enfants de 3 ans (suite)

A cet âge, la grande majorité des enfants (68 %) est encore aidée par ses parents pour se brosser les dents. Seuls 17 % des enfants le font en toute autonomie et 15 % se font brosser les dents par leurs parents.

Les données sur la consommation de boisson et de grignotage révèlent que les enfants de cet âge ont de bonnes habitudes : l'eau est la boisson la plus consommée pour 81 % des enfants. Le lait l'est pour une faible proportion (14 %) qui tend à diminuer d'année en année au profit de l'eau. Seuls 5 % consomment du soda ou du jus de fruit en guise de boisson principale.

La tendance au grignotage concerne un enfant sur 5 (21 %). Il est à noter que cette tendance diminue chaque année. Ces grignotages sont essentiellement de nature sucrée.

L'indice CAO³ permet d'évaluer l'état dentaire d'un individu. Un CAO nul signifie que le patient ne présente aucune atteinte carieuse traitée ou à traiter. Parmi cette population d'enfants de 3 ans, les CAO ne sont que très rarement positifs (3,3 %). Les caries à traiter sont les plus fréquentes (les dents absentes pour cause de carie⁴ et les obturations restant marginales). Les dents les plus touchées par les caries sont les incisives supérieures centrales ainsi que les deuxièmes molaires inférieures.

La plaque dentaire est présente chez un enfant sur 10. Ce rapport est d'un enfant sur 4 pour la population qui ne se lave jamais les dents.

A l'issue de cette consultation, un besoin en soins a été détecté chez près de 3,5 % des enfants chez qui l'examen a été possible (certains enfants refusant de se laisser ausculter par le chirurgien-dentiste). Ce taux atteint 14 % chez les enfants consommant majoritairement du soda ou du jus de fruit.

Le bilan complet de cette action de prévention à l'attention des enfants de 3 ans sera diffusé au début de l'année 2019 et mettra en évidence de potentiels liens de causalité entre les habitudes d'hygiène bucco-dentaire et les diagnostics à l'issue des consultations.

Dispositif M'T dents

En 2017, 142 694 enfants et jeunes ont été invités au dispositif M'T dents. 46 388 d'entre-eux ont bénéficié d'un examen de prévention bucco-dentaire, soit un taux de participation de 32,5 %.

Grâce à la mise en place d'une relance, 29 832 parents d'enfants non-consommants de soins bucco-dentaires ont été contactés par courrier. A la suite, 5 201 enfants ont réalisé un examen de prévention bucco-dentaire, soit un taux de participation de 17,4 %.

Cette relance a permis d'augmenter de 6,3 points (de 41,9 % à 48,2 %) le taux de participation des enfants de 6, 9 et 12 ans.

En janvier 2018, le dispositif M'T dents a été étendu aux jeunes de 21 et 24 ans.

³ L'indice CAO comptabilise le nombre de dents adultes Cariées, Absentes et Obturées d'un individu. Chez un enfant ayant 20 dents, le score maximum de l'indice est donc de 20.

⁴ Les dents lactéales absentes ne sont pas comptabilisées.

Dispositif à destination des femmes enceintes et femmes en période post-natale

16 037 femmes enceintes ont été invitées à réaliser un examen bucco-dentaire. 3 808 d'entreelles ont réalisé cet examen soit un taux de participation de 23,7 %.

Le taux de participation pour les femmes en période post-natale est de 15,8 %.

Dispositif à destination des personnes de 60 ans et 65 ans

29 422 personnes de 65 ans ont été invitées en 2017. 7 214 ont réalisé un examen de prévention bucco-dentaire, soit un taux de participation de 24,5 %.

D'octobre à décembre 2017, 9 277 personnes de 60 ans ont été invitées à réaliser un examen de prévention bucco-dentaire. A ce jour, 503 examens ont été effectués.

La campagne de vaccination contre la grippe saisonnière

La campagne de vaccination contre la grippe saisonnière concerne les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes sans distinction d'âge atteintes de l'une des douze affections de longue durée (ALD) ciblées et les personnes concernées par l'extension du champ de la prise en charge (personnes atteintes de maladies respiratoires chroniques : asthme, Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO),...).

Sur la campagne 2017-2018, le taux de participation national à la vaccination antigrippale est de 54,1 % (+0,6 point par rapport à la campagne 2016-2017) (**Tableau 12**).

Campagne 2016-2017 Campagne 2017-2018 Taux de couverture vaccinale 53,5 % 54,1 % (+ 0,6 point) Taux de participation des 65 ans 52,8 % 53,3 % (+ 0,5 point) et plus Taux de participation des 63,3 % 65,4 % (+ 2,1 points) assurés en ALD

Tableau 12: Taux de couverture vaccinale au régime agricole

En 2017, la MSA a mis en place une expérimentation innovante au sein de 5 caisses de MSA pour sensibiliser les assurés âgés de 65 à 69 ans primo-vaccinants à la vaccination contre la grippe.

Le dispositif consiste en la réalisation d'entretiens personnalisés par téléphone inspirés de l'entretien motivationnel. Ils ont été réalisés par des infirmiers diplômés d'état. Au total, un peu plus de 2 000 entretiens ont été menés.

Les premiers résultats nous indiquent une progression entre 1,3 point et 4,3 points du taux de vaccination de la population cible selon les territoires d'expérimentation. Le comportement de cette population vis-à-vis de la vaccination sera analysé à l'issue de la campagne 2018-2019.

L'expérimentation d'entretiens téléphoniques personnalisés est en cours d'évaluation. Les résultats sur l'organisation et l'impact seront observés sur deux années puisque les changements de comportement demandent une analyse approfondie et inscrite dans le temps.

La campagne de vaccination contre la Rougeole, les Oreillons et la Rubéole (ROR)

Depuis 2013, il est recommandé que tous les enfants âgés de 19 mois aient reçu deux doses du vaccin trivalent contre le ROR. La première dose est recommandée à l'âge de 12 mois et la seconde entre 16 et 18 mois.

Le taux de couverture vaccinale ROR est de 73,5 % au régime agricole pour l'année 2017 (- 0,3 point par rapport à 2016).

A noter qu'en 2017, les parents de 7 259 enfants de 19 mois non vaccinés ont reçu un courrier de sensibilisation. A la suite de ces courriers, 1 321 vaccins ont été remboursés pour les enfants âgés de 20 à 25 mois (soit 18,2 % des enfants dont les parents ont été sensibilisés).

Le dépistage organisé du cancer du sein

Le cancer du sein est le plus fréquent chez les femmes en France. C'est pourquoi tous les deux ans, les femmes âgées de 50 à 74 ans sont invitées par courrier à réaliser un examen clinique des seins et une mammographie.

En 2017, 52 % des ressortissantes agricoles ont participé au dépistage organisé du cancer du sein. Cette participation est en baisse de 1,3 point par rapport à l'année 2016 (53,3 %). Le taux de participation national tous régimes confondus est de 48,7 %.

Focus: Promotion des dépistages organisés des cancers vers les personnes en situation de précarité et/ou d'isolement en milieu rural

Les actions favorisant la participation à ce dépistage se poursuivent en particulier en faveur des personnes éloignées du système de soins (axe II.1 de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022).

La MSA a mis en place une action spécifique visant à promouvoir les dépistages organisés des cancers vers les personnes en situation de précarité et/ou d'isolement en milieu rural. L'objectif est de faciliter la transmission d'information sur les dépistages organisés, via des structures d'accueil œuvrant auprès de ces publics.

D'octobre 2017 à mars 2018, 363 organismes (principalement structures et chantiers d'insertion) ont été contactés sur le sujet. 18 269 outils de sensibilisation aux dépistages organisés ont pu être acheminés à ces organismes pour un portage et une sensibilisation auprès de ce public spécifique.

Le dépistage organisé du cancer colorectal

Le cancer colorectal se situe en France au second rang des décès par cancer. Un dépistage organisé est proposé tous les deux ans aux femmes et aux hommes de 50 à 74 ans.

En 2017, 32,9 % des ressortissants agricoles ont participé au dépistage organisé du cancer colorectal, soit une hausse de 3,7 points par rapport à l'année 2016 (29,2 %). Le taux de participation national tous régime est de 33,5 %.

Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

Les cancers du col de l'utérus sont responsables de 1 000 décès par an. 3 000 nouveaux cas par an sont également dénombrés. 31 000 femmes se voient identifiées des lésions précancéreuses chaque année.

En 2017, 7 511 frottis ont été réalisés par des ressortissantes agricoles dans les 9 départements associées à l'expérimentation du dépistage organisé du cancer de l'utérus, soit plus de 2 039 examens supplémentaires réalisés par rapport à l'année 2016.

Les dispositifs d'accompagnement des personnes souhaitant arrêter de fumer

Pour renforcer la politique de lutte contre le tabac, la MSA met en œuvre des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement des personnes souhaitant arrêter de fumer. Outre la prise en charge des Traitements Nicotiniques de Substitution (TNS), la MSA a mis en place l'action Déclic Stop Tabac auprès des établissements agricoles et des structures d'insertion professionnelle.

Ces actions concernent tous les ressortissants agricoles à partir de 16 ans. Les jeunes de 14 et 15 ans sont également impliqués, notamment au travers d'actions dans les Maisons Familiales Rurales (MFR).

En 2017, 12 406 personnes ont bénéficié du dispositif de prise en charge de Traitements Nicotiniques de Substitution (TNS), soit une augmentation de 56% (7 973 en 2016), 62% des bénéficiaires sont des hommes de plus de 30 ans.

22 caisses de MSA ont mis en place l'action Déclic Stop Tabac. 2 214 personnes ont participé aux 94 ateliers mis en place.

L'action Déclic Stop Tabac vise à favoriser une prise de conscience sur les conséquences de la consommation tabagique et ainsi faciliter un engagement volontaire et individuel dans une démarche d'arrêt.

En 2017, 83 structures ont mis en place des actions Déclic Stop Tabac principalement dans des Maisons Familiales Rurales (MFR).

Concernant l'accompagnement individuel, 11 personnes ont pu bénéficier d'une prise en charge de leur traitement nicotinique de substitution (TNS) et 5 personnes ont pu suivre des consultations tabac.

Le programme d'éducation thérapeutique MSA pour les personnes atteintes de pathologies cardiovasculaires

Les ateliers d'éducation thérapeutique MSA visent à l'acquisition de compétences par les patients ainsi qu'à leur responsabilisation dans la gestion de leur maladie chronique pour :

- améliorer leur qualité de vie,
- anticiper la progression des maladies chroniques ciblées,
- éviter la survenue de crises et incidents.
- réduire les complications.

En 2017:

- 18 nouveaux éducateurs ont été formés aux ateliers d'éducation thérapeutique MSA,
- 308 cycles ont été organisés (contre 325 en 2016),
- Un peu plus de 2 500 patients ont suivi le programme,
- La proportion de ressortissants agricoles parmi l'ensemble des bénéficiaires est stable par rapport à l'année précédente (56%).

Les actions collectives de prévention pour les seniors

Dans la droite ligne de la loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement (ASV) et de la Stratégie Nationale de Santé (SNS), la MSA dispose d'un programme d'actions collectives à destination des personnes âgées de plus de 60 ans vivant en milieu rural.

En 2017:

- 27 026 personnes ont participé à 973 conférences-débats,
- 29 220 personnes ont participé à des ateliers collectifs de prévention, soit une hausse de 20% par rapport à 2016.

De plus:

- 10 992 participants aux PEPS Eurêka et autres ateliers de stimulation cognitive/mémoire, soit une hausse de 19,5%,
- 8 571 participants aux ateliers équilibre, soit une hausse de 18%,
- 5 079 participants aux Ateliers du Bien Vieillir, soit une hausse de 6,5%,
- 4 191 participants aux ateliers thématiques sur la nutrition, soit une hausse de 39%,
- 387 participants aux ateliers vitalité (nouveauté).

Focus : les ateliers vitalité

Le programme ateliers vitalité est la nouvelle offre généraliste MSA, d'éducation à la santé, à destination des seniors. Le caractère participatif et interactif des séances insuffle un dynamisme au programme qui peut permettre de toucher des personnes d'environ 65 ans.

L'animation de ce programme de 6 séances est basée sur l'interactivité avec les participants favorisant leur implication personnelle. Ainsi, l'animateur adapte le contenu de chaque séance à partir de l'expérience, des connaissances et des ressources de chacun des participants. La 6ème séance renforce le positionnement des seniors en tant qu'acteur de leur santé puisque le choix du thème de cette séance revient au groupe de participants.

Pour garantir un déploiement de qualité du programme auprès des seniors, un kit d'animation a été créé. C'est le socle commun à tous les animateurs. Ces derniers sont spécifiquement formés aux méthodes d'animation du programme ateliers vitalité.

En 2018, la MSA poursuit la diversification de son offre avec le déploiement national des ateliers vitalité.

Le parcours de prévention pour les personnes en situation de précarité

Ce parcours s'adresse aux personnes identifiées comme précaires et/ou en situation d'exclusion.

La mise en œuvre de ce parcours s'appuie sur l'organisation du guichet unique de la MSA en faisant appel, au cours des différentes étapes, aux diverses expertises/compétences présentes en MSA:

- repérage des personnes en situation de précarité notamment par les travailleurs sociaux et les élus MSA,
- proposition d'offres de prévention adaptées (bilan de santé, consultation avec une diététicienne, Déclic Stop Tabac, dépistages organisés des cancers),
- articulation avec l'ouverture des droits dans différents domaines (Santé Famille).

En 2017:

- 1 086 bilans de santé en approche collective ont été réalisés, soit une augmentation de 24,5% par rapport à 2016.
- 331 bilans de santé en approche individuelle ont été réalisés, soit une baisse de 39,4% par rapport à 2016.
- 1 000 personnes en situation de précarité ont bénéficié d'une action bucco-dentaire.
- 545 personnes ont été examinées par le chirurgien-dentiste conseil et 36 ont réalisé un bilan bucco-dentaire avec un chirurgien-dentiste traitant.
- 63 personnes ont été accompagnées pour un plan de soins dentaires.
- 226 ateliers « Prendre soin de sa santé » ont été réalisés et 498 personnes ont pu y participer.
- 43 actions d'initiative locale ont été réalisées par les caisses de MSA pour compléter le parcours de prévention.

Les actions d'initiative locale MSA

Les actions d'initiative locale (AIL) répondent à des besoins de prévention, d'éducation et d'information sanitaires à destination principalement de la population agricole et adaptés aux spécificités du territoire d'implantation.

Une réforme de l'ensemble du dispositif, de la rédaction des dossiers à l'évaluation en commission, a été réalisée en 2017. L'objectif de cette réforme était à la fois de garantir la qualité de montage des projets mais aussi d'optimiser le processus d'évaluation organisationnel et d'impact.

Les actions proposées sont réparties en trois catégories : les thématiques de santé prioritaires, les sujets émergeants en santé publique, les études/recherches et développement.

En 2017, 118 dossiers AIL ont été évalués lors des commissions nationales, 80 d'entre-eux ont fait l'objet d'un avis favorable, soit 69%.

Encadré 2: Les nouveautés des actions du programme de prévention 2018

Mémo Santé Enfant

Dans le cadre de la mise en place du parcours santé des 0-6 ans, mesure phare n°4 du plan Priorité Prévention, le nouveau service en ligne Mémo Santé Enfant est un outil numérique d'accompagnement des parents dès la naissance de leur enfant pour leur permettre d'être acteur de son suivi prévention (Cf partie 3.4.1.).

Plan Nutrition et Activité Physique

En convergence avec les objectifs des Etats généraux de la santé, la MSA lance son Plan Nutrition et Activité Physique (PNAP). Celui-ci a pour objectif d'agir sur les connaissances et les compétences de la population vivant dans le monde agricole et rural pour inciter aux pratiques alimentaires et physiques recommandées et ainsi diminuer les facteurs de risques sur la santé et sur le risque de survenue des pathologies. Le plan met en perspective un ensemble d'actions MSA de promotion et d'éducation à la santé lié à la nutrition et à l'activité physique. Celles-ci sont déclinées à tous les âges de la vie : de la petite enfance aux seniors sans oublier les personnes en situation de précarité ou de handicap.

Lantichute

Ce nouveau service en ligne est à destination du personnel encadrant les personnes âgées résidant en établissement de type Ehpad et résidences autonomie, médecins coordonnateurs, cadres de santé, infirmières, aides-soignantes. Il a pour objectif de contribuer à diminuer le nombre de chutes des personnes à risques, ceci par une évaluation du risque de chutes et l'analyse de leurs causes (Cf partie 3.4.1.).

Dématérialisation des invitations aux actions de prévention

Les invitations à participer aux actions de prévention de la MSA, comme la vaccination antigrippale et les bilans bucco-dentaires, s'effectuent uniquement par courrier. Pour améliorer le service rendu aux adhérents MSA, augmenter la lisibilité des actions proposées,..., les invitations et relances seront envoyées par voie multi-canal (courrier, mail,...).

Destination Bien-Etre

Cette nouvelle action collective seniors est composée de différents modules collectifs et individuels. Son enjeu est de contribuer au maintien d'un état de bien-être mental des participants en renforçant leurs compétences psychosociales pour qu'ils puissent mieux agir face aux épreuves de la vie quotidienne. Son objectif général est de développer la capacité des personnes de plus de 60 ans à adopter un comportement approprié et positif face aux épreuves de la vie quotidienne, notamment par la gestion du stress et de leurs émotions.

3.1.2. Un accompagnement des personnes dans l'accès aux droits, la gestion de leur maladie et la prévention du suicide

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

Le Rendez-vous Prestations MSA consiste en un entretien individuel et personnalisé, d'une durée moyenne d'une heure. Il est proposé par la MSA ou demandé par l'assuré lorsque sa situation rend nécessaire de faire un point complet sur l'état de ses droits sociaux. L'objectif est de permettre aux assurés agricoles (exploitants, salariés ou retraités) de faire valoir l'intégralité de leurs droits auprès de la MSA et de ses partenaires.

Ce dispositif phare du guichet unique concerne l'ensemble des prestations légales et extralégales, de base et complémentaires, en santé, famille et retraite, ainsi que les aides diverses et l'offre de service de la MSA.

La MSA vérifie à l'occasion du Rendez-vous Prestations que l'assuré a fait le plein de ses droits dans tous les domaines qu'elle gère, l'objectif étant que l'assuré bénéficie de tous ses droits mais rien que ses droits.

Elle informe plus largement l'assuré et l'oriente, au besoin, vers des partenaires et organismes externes.

La MSA consciente des enjeux et portant une attention toute particulière à la qualité de service aux assurés, a inscrit un objectif de développement homogène du Rendez-vous Prestations sur l'ensemble du territoire dans la COG 2016-2020.

Chaque année, chaque caisse de 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 notamment les publics les plus fragiles. Toutes les caisses de MSA ont déployé et mis en œuvre le dispositif sur leur territoire en 2017.

En 2017, 18 575 entretiens (+22,6%) ont été réalisés par rapport à un objectif fixé initialement à 14 100 entretiens.

Le nombre de droits réellement ouverts est de 0,6 droit ouvert par entretien. Le secteur de la santé représente la moitié de ces droits ouverts.

Fin 2017, les pouvoirs publics ont demandé à la MSA lors de la concertation préalable à la stratégie gouvernementale de « prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes », d'intensifier ses « Rendez-vous Prestations » en visant le doublement des « Rendezvous Prestations » sur le quinquennat, soit un objectif d'environ 30 000 Rendez-vous à horizon 2022.

3.1.2.2. L'éducation thérapeutique pour les patients polypathologiques (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 environ 23 000 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 polypathologiques 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^{5 6}. 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 primaires⁷.

Il a été établi que le niveau significatif du développement de la polypathologie chronique nécessitait une évolution des modes de prise en charge à la mesure du phénomène⁸. Il s'agit de repenser la rédaction des référentiels de pratique, leur mise en œuvre, la formation des 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.

Devant ces constats, la MSA a émis deux hypothèses :

1. 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.

⁵ Karen Barnett & al.; Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet 2012.

⁶ Jeannie L Haggerty; Ordering the chaos for patients with multimorbidity. BMJ 2012.

⁷ 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.

⁸ J.-M. Chabot; Des protocoles pluriprofessionnels pour des malades polypathologiques. La Revue du Praticien, Vol. 62 Juin 2012.

2. Une ETP polypathologique intégrée aux soins primaires coordonnés, c'est-à-dire en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), d'approche d'emblée globale, plus accessible, est susceptible d'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. Les résultats favorables de l'évaluation, publiés en 2017⁹ ont conduit la MSA à généraliser la mise en œuvre de ce programme. Son déploiement a été inscrit dans quatre conventions de collaboration entre ARS et les régimes d'assurance maladie. Le programme a été présenté à six ARS en 2017 et deux en 2018. Des stratégies de déploiement communes, basées sur une délégation à des équipes éducatives intégrées à des MSP implantées dans des secteurs ruraux éloignés d'une offre éducative, ont été établies. Huit demandes d'autorisation auprès des ARS sont en cours, dont deux ont pour l'instant été accordées.

3.1.2.3. L'accompagnement des assurés malades complexes

Les études réalisées ces dernières années ont mis en évidence l'émergence de la polypathologie 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 soins¹⁰. 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 épidémiologiques¹¹.

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.

Cette action sera mise en œuvre au sein des services de contrôle médical dans le cadre de l'expertise médico-sociale individuelle grâce à des entretiens confraternels avec le médecin généraliste traitant des assurés.

L'hypothèse posée, les assurés MSA porteurs de plusieurs maladies chroniques ne bénéficient pas d'un parcours de santé optimisé, la question est : l'intervention du médecin-conseil auprès du médecin généraliste traitant grâce à un entretien confraternel optimise-telle le parcours de santé des assurés MSA porteurs d'au moins 3 maladies chroniques prises en charge en ALD?

⁹ Cyril Crozet et al. Expérimentation d'un modèle d'éducation thérapeutique pour patients polypathologiques dans les maisons de santé pluriprofessionnelles, Educ Ther Patient/Ther Patient Educ 2017, 9, 10107.

¹⁰ Jeannie L Haggerty. Ordering the chaos for patients with multimorbidity. BMJ 2012.

¹¹ URPS médecins libéraux d'Île-de-France : enquête « prise en charge des cas complexes : quels besoins pour les médecins libéraux ? » 2017.

[«] La coordination des situations complexes : définition, difficultés et attentes des médecins généralistes du Bessin et de Pré-bocage », Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en médecine présentée et soutenue publiquement le 17 juin 2015 par Mme Caroline Tanquerel.

Entretien avec le Dr M. Bayen, membre du Collège national des généralistes Enseignants.

L'objectif principal est d'améliorer le parcours de santé de ces assurés par l'intervention du médecin-conseil auprès du médecin généraliste traitant grâce à un entretien confraternel. Les objectifs spécifiques sont d'identifier les risques de rupture de parcours, de prévenir les risques de ruptures de parcours, de contribuer à réduire les effets indésirables liés aux soins, d'optimiser l'utilisation de l'offre locale de santé (dont les nouveaux modes de soins), d'optimiser les droits sociaux des assurés concernés et de recenser les manques dans l'offre territoriale.

L'évaluation de l'intervention consistera en une étude prospective quantitative avec mesure de l'impact de l'entretien confraternel sur le parcours de santé auprès d'un groupe intervention (médecins généralistes traitants bénéficiant d'un entretien confraternel) comparé à un groupe témoin (médecins généralistes traitants avec prise en charge habituelle) déterminés par randomisation.

3.1.2.4. La prévention du suicide

Le plan national MSA de prévention du suicide 2016-2020 comporte 3 volets :

- Volet 1 : Mieux connaître la réalité du suicide dans le monde agricole,
- Volet 2 : Consolider le dispositif Agri'écoute,
- Volet 3 : Développer le fonctionnement des cellules pluridisciplinaires de prévention.

Le dispositif Agri'écoute, numéro de téléphone unique (09 69 39 29 19) à disposition des assurés MSA en grande détresse, a enregistré une augmentation régulière depuis sa mise en service, le 13 octobre 2014 : de 90 appels mensuels en 2015, à près de 300 appels mensuels en 2017.

L'écoute assurée par deux associations d'écoutants bénévoles, SOS Amitié et SOS Suicide Phénix, ne pouvait pas assurer un taux d'accessibilité satisfaisant, idéalement de l'ordre de 90 % à 100 % d'appels présentés, lors des périodes de très nombreux appels comme durant le premier trimestre 2016 ou certains mois de 2017 (novembre 2017 avec 437 appels présentés). Le taux d'accessibilité de la ligne a oscillé entre 43 % et 75 % selon les mois.

Par ailleurs, la charte des associations d'écoutants bénévoles stipule un anonymat et une totale confidentialité des appels. Ainsi le bilan des appels est resté un bilan uniquement quantitatif sans aucune indication plus précise sur l'appelant. Il n'y avait aucun lien entre ce numéro d'écoute, l'axe 2, et les cellules pluridisciplinaires de prévention, axe 3 du plan.

La mise en place des cellules pluridisciplinaires de prévention du suicide, les CPP, qui réunissent plusieurs métiers dont l'action sanitaire et sociale, le contrôle médical et la santé sécurité au travail, depuis 2012, permet d'accompagner les assurés MSA en grande détresse après un signalement à la CPP. L'activité des CPP a augmenté régulièrement depuis 2012 avec un nombre de situations détectées de 838 en 2013 à 1009 en 2014, 1106 en 2015, 1452 en 2016 et 1870 en 2017. Le nombre de nouvelles situations accompagnées par un des services de la MSA a progressé fortement de 704 en 2013 à 1004 en 2016 et 1327 en 2017. Ce dispositif a permis d'accompagner au total près de 3500 situations d'assurés entre 2012 et 2017.

Le dispositif Agri'écoute en 2018 est renforcé pour d'une part, assurer une écoute professionnelle avec des psychologues cliniciens, une possibilité de ré-appel du même écoutant jusque 4 fois par assuré et par an et d'autre part, assurer un taux d'accessibilité des appels entrants au-delà de 95 % mais aussi faire un lien direct avec la CPP pour qu'un suivi, un accompagnement par les membres MSA des CPP continuent auprès de l'assuré si celui-ci donne son accord pour lever son anonymat. Les CPP, pour 50 % d'entre elles, travaillent déjà avec un réseau local de psychologues et peuvent orienter les assurés, si besoin, pour des consultations. En cas d'absence de réseau local via la MSA, le nouveau prestataire de Agri'écoute a son propre réseau de 980 psychologues répartis sur tout le territoire national et peut aussi proposer une consultation rapidement pour l'assuré en face-à-face avec un des leurs.

Le prestataire fournit mensuellement à la cellule nationale de la CCMSA un reporting quantitatif et aussi qualitatif des appels avec une analyse des psychologues des situations rencontrées avec les assurés MSA.

Ainsi, le dispositif d'écoute Agri'écoute, axe 2 du plan est fortement renforcé depuis mars 2018; une campagne de communication grand public, pour faire connaître le numéro, a été lancée de mars à fin avril 2018.

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'Efficience du Système de Soins (PNGDRESS) 2018-2019 piloté par l'Etat et accompagnera les offreurs de soins dans le cadre de la maîtrise médicalisée.

En 2018, le plan national de gestion du risque maladie de la MSA a été conçu autour des six thématiques du plan ONDAM 2018-2022 d'appui à la transformation du système de santé (PATSS) afin de s'articuler avec ce dernier.

3.2.1. Les actions du plan national GDR 2017 de la MSA

Le plan national de gestion du risque (GDR) de la MSA, qui comporte des actions menées en inter-régime, a porté en 2017 sur :

- le contrôle des arrêts de travail comprenant 5 actions,
- le traitement des demandes d'accord préalable de grand appareillage orthopédique,
- la prescription médicamenteuse avec l'action Versatis®,
- 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 2017 de la MSA est annexé à ce rapport (Cf Annexe 3).

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.

Les caisses de MSA poursuivront ainsi la mise en œuvre des actions inscrites dans le plan annuel de gestion du risque MSA 2018 dont l'objectif est d'accroitre l'efficience du système de soins au bénéfice des ressortissants agricoles tout en s'inscrivant dans le cadrage financier de l'ONDAM.

Ce plan national GDR MSA 2018 comprend les actions pérennes du plan 2017 et des actions nouvelles, présentées dans le rapport Charges et Produits MSA 2018.

3.2.2. Le bilan LCF 2017 de la MSA dans le domaine santé

Depuis 2016, la MSA veille à renforcer l'articulation entre la gestion du risque (GDR) et la lutte contre la fraude ; cette dernière représentant de forts enjeux notamment financiers pour le régime agricole.

En effet, en 2017, le montant du préjudice constaté (subi et évité) au titre des fraudes dans le domaine de santé s'élève à 5 millions d'euros, soit une augmentation de 3,5% (Tableau 13).

Tableau 13: Montant des fraudes en 2016 et 2017

Total des fraudes constatées (préjudice subi et évité)	2016	2017	Evolution 2016-2017
Professionnels de santé	1,9 M€	2,4 M€	28,2%
Etablissements de santé	2,6 M€	2,2 M€	-14,2%
Assurés	0,3 M€	0,3 M€	0,5%
Total	4,8 M€	5 M€	3,5%

Concernant les professionnels de santé et établissements, la fraude à la tarification et à la facturation constitue la part la plus importante des fraudes constatées avec la « sur cotation » et le non-respect de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et de la réglementation.

Pour les assurés, la fraude aux indemnités journalières maladie, AT/MP compose la part la plus importante des fraudes détectées dans ce domaine et se caractérise :

- soit par une falsification des avis d'arrêt de travail (modification des dates par surcharge),
- soit par l'absence du domicile pendant les heures de présence obligatoire lors d'un arrêt,
- soit par l'exercice d'une activité rémunérée non autorisée pendant l'arrêt de travail.

3.2.3. Les propositions pour 2018-2019

3.2.3.1. L'optimisation de la gestion des demandes d'accord préalable

L'instruction des demandes d'accord préalable (AP, anciennement « entente préalable »), est une mission essentielle des services du contrôle médical.

Prévue à l'article L.315-2 du code de la sécurité sociale, la procédure d'AP est en effet le seul dispositif permettant aux caisses d'effectuer le contrôle de certains actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie avant même leur exécution, avec pour conséquence possible un refus de prise en charge de l'acte ou de la prestation, refus basé sur des éléments d'ordre médical constatés.

Or, la gestion des demandes d'AP par les caisses de MSA entraîne de nombreuses difficultés causées par l'hétérogénéité des demandes, l'existence de supports de prescription parfois inadaptés voire obsolètes, la complexité de certains éléments à examiner et le délai d'instruction relativement court imposé par la réglementation (15 jours en droit commun).

Afin de parvenir à une meilleure harmonisation des pratiques des caisses, améliorer la productivité et l'efficience des contrôles, la MSA a défini des principes directeurs métiers de gestion des demandes d'AP.

Il s'agit d'inscrire la gestion des demandes d'AP au sein d'une véritable stratégie de contrôle médical de la MSA, dans le cadre global de son Plan National de Contrôle Médical (PNCM) et en application des recommandations émises par la Cour des Comptes.

La nouvelle stratégie de gestion des demandes d'AP repose essentiellement sur le contrôle des produits et prestations à fort enjeu (coût au regard de la prise en charge par l'assurance maladie, pratiques observées chez les professionnels de santé...). Ainsi, concernant les produits et prestations regroupés au sein des quatre grands thèmes suivants : assistance respiratoire, traitements d'ODF, grand appareillage orthopédique et actes inscrits à la CCAM, l'instruction des demandes d'AP est obligatoire.

3.2.3.2. L'articulation GDR-LCF en matière de transport sanitaire

En 2017, les dépenses de transport représentent pour le régime agricole 6,3% du total des dépenses de soins de ville en montants remboursés. Avec une évolution moyenne annuelle de 1,6% entre 2014 et 2017, ce poste de dépenses progresse plus vite que l'ensemble des autres dépenses en soins de ville (+0,8%) sur la même période.

Fort de ce constat, la MSA met en place une action concertée entre la gestion du risque (GDR) et la lutte contre la fraude (LCF) dans le domaine du transport sanitaire. Il s'agit d'établir des modalités de détection de dossiers « transport » présentant des atypies à partir des bonnes pratiques locales en matière d'actions de contrôle.

En 2018, une expérimentation de l'action sera faite dans quelques caisses de MSA en vue d'une généralisation en 2019 en fonction des résultats.

3.2.3.3. L'amélioration de la connaissance de la prescription médicamenteuse

Dans le cadre de la connaissance sur la prescription médicamenteuse, la MSA a réalisé deux études.

a. Le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge

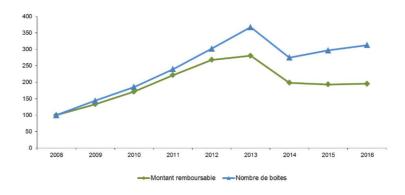
La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) est la première cause de malvoyance après 50 ans dans les pays industrialisés. La prévalence globale de la maladie est de 8 % après 50 ans ; en France, de 800 000 à 1 million de personnes seraient atteintes de DMLA.

Cette prévalence globale augmente progressivement avec l'âge : elle est d'environ 1 à 2 % entre 50 et 60 ans, 10 % entre 60 et 70 ans, 25 % entre 70 et 80 ans, et supérieure à 50 % après 80 ans.

Les formes sévères (formes atrophiques et exsudatives symptômatiques) atteignent 0,25 % de la population entre 55 et 65 ans, 1 % de la population entre 65 et 75 ans, 5 % de la population entre 75 et 85 ans, 15 % de la population après 85 ans 12.

En 2016, le Lucentis® enregistre des montants remboursables de 25,2 millions d'euros, en légère progression (+ 1,1 %). Il se place au 2e rang des produits.

Graphique 12: Evolution incidiaire des montants remboursables et des unités prescrites en officine pour le Lucentis® (base 100 en 2008)



Source: MSA

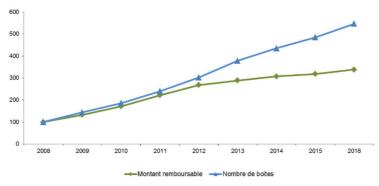
Cette faible évolution fait suite à des baisses de prix mais aussi à un report de prescription vers l'Eylea® pour la délivrance en ville et vers l'Avastin® pour l'hôpital. En effet, depuis le 1er septembre 2015, Avastin® est pris en charge, pour une durée de trois ans dans le traitement de la DMLA dans sa forme néovasculaire des patients âgés de plus de 18 ans, dans le cadre d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) établie par l'ANSM.

¹² Source: étude Eureye, 2006.

La délivrance en ville

L'Eylea®, commercialisé en octobre 2013 est moins cher (681,7 € contre 738,4 € pour le Lucentis®¹³). Les médicaments Lucentis® et Eylea® progressent ensemble de 6,1 % en 2016.

Graphique 13 : Evolution incidiaire des montants remboursables et des unités prescrites en officine pour le Lucentis® et l'Eylea® (base 100 en 2008)



Source: MSA

La délivrance en établissement de santé

Le suivi de la consommation d'Avastin® en établissement associée à la DMLA a été réalisé sur une période d'un an (mars 2016 à février 2017). Les résultats indiquent une faible consommation d'Avastin® en établissement (**Tableau 14**) et donc une faible substitution du Lucentis® par l'Avastin® en établissement : au total, sur la période étudiée, seuls 3 établissements ont délivré de l'Avastin® à des patients du régime agricole selon la RTU DMLA.

Ces résultats amènent la MSA à proposer de reconsidérer la procédure de recommandation temporaire d'utilisation pour le médicament Avastin® dans le cadre du traitement de la DMLA.

Tableau 14 : Montants et nombre d'unités remboursés d'Avastin® par le régime agricole en établissement associés à la DMLA (GHS=399)

	montant e	n euros	nombre d	l'unités
date de soins	Privé	Public	Privé	Public
201603	800	0	8	(
201604	1400	0	14	(
201605	900	0	9	(
201606	500	0	5	(
201607	900	102,1	9	1
201608	800	102,1	8	1
201609	500	0	5	(
201610	600	0	6	(
201611	400	0	4	(
201612	500	0	5	(
201701	300	0	3	(
201702	800	0	8	C
Total	8400	204,2	84	2

*Source : DCIR pour la partie Privé et PMSI pour la partie Public

¹³ Prix sans l'honoraire de dispensation de 1,02 €.

b. Le médicament Pylera®

En association à l'oméprazole, Pylera® est indiqué dans l'éradication de la bactérie Helicobacter pylori (H. pylori) et/ou la prévention des récidives d'ulcères gastro-duodénaux chez les patients ayant un ulcère actif ou un antécédent d'ulcère associé à H. pylori.

Comme rappelé par la HAS en mai 2017 (pertinence des actes et prescriptions médicamenteuses chez un patient adulte infecté par H. pylori), il est indispensable d'avoir démontré la présence de l'infection à H. pylori avant tout traitement d'éradication.

En France, plus de 20 % des H. pylori sont devenus résistants à la clarithromycine et entre 40 et 60 % sont devenus résistants au métronidazole. De fait, on observe une diminution de l'efficacité des trithérapies (IPP/amoxicilline/clarithromycine). Il est donc désormais recommandé d'adapter le traitement aux conditions locales de résistance et de réaliser une étude de la sensibilité aux antibiotiques avant mise en œuvre du traitement.

La quadrithérapie avec bismuth (Pylera® + oméprazole : traitement de 10 jours) est ainsi recommandée:

- dans le cadre d'un traitement probabiliste (absence d'étude de la sensibilité aux antibiotiques) : en 1ère intention, en alternative à une quadrithérapie de 14 jours associant un IPP, l'amoxicilline, la clarithromycine et le métronidazole
- dans le cadre d'une étude de la sensibilité aux antibiotiques : en 1ère intention en cas de résistance à la clarithromycine et à la lévofloxacine, ou en cas de résistance à la clarithromycine et d'allergie documentée à l'amoxicilline.

Le traitement par Pylera®, d'une durée de dix jours, consiste en quatre prises quotidiennes de trois gélules, soit 12 gélules par jour.

Par conséquent, un seul flacon de Pylera® est suffisant pour la durée du traitement (120 gélules par flacon). Ce traitement s'accompagne de la prise d'oméprazole 40 mg par jour au cours des dix jours de traitement.

Les composants bismuthés sont responsables de rares évènements indésirables de type encéphalopathies en cas d'utilisation à fortes doses sur des périodes prolongées. Toutefois, aucun cas d'encéphalopathie n'a été rapporté avec Pylera®, qui fait l'objet d'un plan de gestion des risques.

La valeur usuelle habituellement retenue comme étant sans risque pour les sujets traités par sels de bismuth correspond à un taux sérique < 50µg/l. Une étude pharmacocinétique et de sécurité du Pylera® en pratique courante en France (étude SAPHARY14) a mis en évidence une concentration de bismuth > 50µg/l lors d'un traitement de 10 jours par Pylera® pour environ 1 % des patients (correspondant à des patients âgés de plus de 80 ans), sans effet neurologique grave ou de symptôme d'encéphalopathie.

¹⁴ Étude pharmacocinétique et de sécurité du Pylera® en pratique courante en France : étude SAPHARY, 9e Colloque Données de santé en vie réelle, Paris, 13 juin 2017, revue d'épidémiologie et de santé publique vol. 65 n°S3.

Par ailleurs, une étude de cohorte de patients avec une première délivrance de Pylera®, basée sur les données de remboursement de l'assurance maladie, a montré un mésusage du Pylera® pour un peu plus de 10 % des patients, essentiellement une absence de test diagnostic avant l'initiation du traitement, et la délivrance de plusieurs boîtes de Pylera® pour 2 % des patients. A cela s'ajoute quelques patients avec des contre-indications mentionnées dans le résumé des caractéristiques du produit (insuffisance rénale, insuffisance hépatique et grossesse).

Les données de remboursement du régime agricole semblent confirmer le mésusage concernant le nombre de boîtes délivrées par patient. En effet, parmi les 3 653 patients ayant eu une délivrance de Pylera® en 2016 au régime agricole, 121 patients ont reçu 2 ou 3 boîtes durant l'année, soit 3,3 % des patients (**Tableau 15**). De même, en 2017, parmi les 3 948 patients ayant eu une délivrance de Pylera® au régime agricole, 88 patients ont reçu 2 ou 3 boîtes durant l'année, soit 2,2 % des patients. Parmi les 88 patients concernés, 22 ont une délivrance de 2 ou 3 boîtes simultanément.

Tableau 15 : Nombre de boîtes de Pylera® délivrées par patients (en date de soins)

	Nombre de patients			
Nombre de boîtes délivrées	en 2016	en 2017		
1	3532	3860		
2	108	80		
3	13	8		
Total	3653	3948		
		Source: MSA		

Par ailleurs, selon la HAS, l'expérience chez le sujet âgé est limitée. En général, il convient d'être prudent lors de la prescription de Pylera® chez les patients âgés compte tenu de la fréquence accrue de l'altération des fonctions hépatique, cardiaque et rénale chez ces patients, de la présence de pathologies concomitantes ou de la prise concomitante d'autres médicaments 15.

On dénombre 3 787 boites délivrées en 2016 ; parmi elles, 800 boîtes ont été délivrées à des personnes âgées de plus de 70 ans, soit 21,1 % des boites délivrées.

_

¹⁵ Source : HAS, avis de la commission de la transparence du 3 octobre 2012.

3.2.3.4. La prévention des risques iatrogéniques

Comme le rappelait Madame Agnès Buzyn, Ministre des solidarités et de la santé, dans son discours le 22 mars 2018 lors de la Journée du bon usage du médicament, la iatrogénie médicamenteuse est un enjeu majeur de santé publique.

En effet, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), jusqu'à 25 % de toutes les admissions à l'hôpital et au service d'urgence sont liées à des médicaments.

En France, la iatrogénie est responsable d'environ 7 500 décès par an et de 3,4 % des hospitalisations chez les patients de 65 ans et plus 16.

Dans ce contexte, la MSA est partie prenante de la mise en œuvre des dispositifs visant à lutter contre les risques iatrogéniques au profit de ses assurés.

a. Bilan des dispositifs d'accompagnement par les pharmaciens des patients du régime agricole sous traitement AVK, AHM et AOD

La première mission d'accompagnement par les pharmaciens d'officine a été définie par les partenaires conventionnels dans l'avenant n°1 à la convention nationale des pharmaciens (du 4 avril 2012) signé le 10 janvier 2013 ; il s'agissait de l'accompagnement des patients nécessitant un traitement au long cours d'antivitamine K (AVK) dans le but de prévenir les risques iatrogéniques¹⁷. L'assurance maladie rémunère les pharmaciens d'officine qui réalisent cet accompagnement.

Le bilan de l'accompagnement par les pharmaciens des patients du régime agricole sous traitement antivitamine K montre une forte baisse du nombre d'adhésions depuis 2015 (Tableau 16). Cette baisse d'adhésion pourrait s'expliquer par le format des entretiens jugés trop longs et non suffisamment centrés sur les besoins thérapeutiques des patients.

¹⁶ Source: estimations CNAMTS.

¹⁷ Ce choix avait été dicté par le contexte suivant : en 2013, plus d'un million de patients sont traités chaque année par des AVK. Le suivi des patients, dont l'âge moyen est de 73 ans et qui sont à 75 % fidèles à une seule pharmacie, constitue donc un véritable enjeu de santé publique. En effet, ces médicaments à marge thérapeutique étroite nécessitent une surveillance renforcée en raison du risque hémorragique élevé qu'ils peuvent induire pour les patients. On estime que chaque année les accidents iatrogéniques liés à la consommation d'AVK sont responsables de 17 300 hospitalisations et de 4 000 décès. Ils constituent à ce titre la première cause de iatrogénie en France.

Tableau 16: Données sur l'accompagnement par les pharmaciens des patients du régime agricole sous traitement AVK sur la période 2015-2017

AVK	2015	2016	2017	Evolution 2017/2015
Nombre d'adhésions	3 488	2 455	1 971	-43%
Nombre de paiement suite aux adhésions	1 964	1 358	1 144	-42%
Nombre de pharmaciens concernés	736	489	377	-49%
Montants remboursés	nd	53 480	44 190	nc
Source: MSA; nd: non déterminé, nc: non calcul				

Les partenaires conventionnels ont souhaité élargir cette première mission d'accompagnement au suivi des patients asthmatiques dans le cadre de l'avenant n°4 à la convention nationale des pharmaciens signé le 21 mai 2014¹⁸. L'assurance maladie rémunère les pharmaciens d'officine qui réalisent cet accompagnement.

Le bilan de l'accompagnement par les pharmaciens des patients du régime agricole sous traitement anti-asthmatique (AHM) montre, en revanche, une forte hausse du nombre d'adhésions depuis 2015 (Tableau 17).

Tableau 17: Données sur l'accompagnement par les pharmaciens des patients du régime agricole sous traitement AHM sur la période 2015-2017

АНМ	2015	2016	2017	Evolution 2017/2015
Nombre d'adhésions	228	472	586	157%
Nombre de paiement suite aux adhésions	68	296	345	407%
Nombre de pharmaciens concernés	31	122	149	381%
Montants remboursés	nd	11 840	14 070	nc
Source: MSA; nd: non déterminé, nc: non calcul				

L'avenant n°8 à la convention nationale des pharmaciens signé par les partenaires conventionnels le 22 décembre 2015 consolide la mission d'accompagnement pharmaceutique réalisée auprès des patients atteints de pathologies chroniques. Elle permet désormais aux pharmaciens d'officine, souhaitant inscrire ces accompagnements dans la durée, de les adapter plus facilement sur le long terme en fonction du profil du patient.

L'avenant susvisé porte ainsi refondation des entretiens pharmaceutiques pour les patients sous anticoagulants oraux et pour les patients asthmatiques ; l'objectif étant d'augmenter le nombre de patients concernés.

¹⁸ En effet, l'asthme concerne 6,8 % de la population générale, soit environ 4,5 millions de patients. La bonne observance du traitement et sa bonne administration à long terme, s'agissant des traitements inhalés, participent à une prise en charge optimisée des populations concernées.

Ce nouveau dispositif étend :

- d'une part, l'accompagnement des patients sous anticoagulant oral, initialement réservé à ceux sous antivitamine K, aux patients sous anticoagulant oral par voie directe (AOD),
- d'autre part, l'accompagnement des patients asthmatiques à tous les patients atteints d'asthme chronique (l'ensemble des patients sous traitement de fond par corticoïdes inhalés)¹⁹.

Le bilan de l'accompagnement par les pharmaciens des patients du régime agricole sous traitement AOD montre également une forte hausse du nombre d'adhésions entre 2016 et 2017 (Tableau 18).

Tableau 18: Données sur l'accompagnement par les pharmaciens des patients du régime agricole sous traitement AOD sur la période 2016-2017

AOD	2016	2017	Evolution 2017/2016
Nombre d'adhésions	603	1 120	86%
Nombre de paiement suite aux adhésions	458	728	59%
Nombre de pharmaciens concernés	208	296	42%
Montants remboursés	18 320	28 980	58%
Source: MSA			

L'avenant n° 11 à la convention des pharmaciens, signé le 20 juillet 2017 et publié au Journal Officiel du 16 décembre 2017, modifie les dispositifs d'accompagnements par les pharmaciens existants : ces dispositifs ont été simplifiés pour les rendre moins longs, plus lisibles et plus centrés sur les besoins thérapeutiques des assurés. La prise en charge de ces accompagnements reste transparente pour les assurés.

Ces évolutions sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2018.

A titre d'information, les montants remboursables des anti-vitamine K et anticoagulants oraux directs au régime agricole sont présentés ci-dessous. Ils représentent respectivement plus de 4,5 et 42,1 millions d'euros de dépenses en 2016, avec une croissance à deux chiffres pour les AOD depuis 2014 (Tableau 19).

Tableau 19: Dépense en montants remboursables des anti-vitamine K (AVK) et anticoagulants oraux directs (AOD) au régime agricole

		Montant remboursable								
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Anti-vitamine K		5 206 000	5 286 847	5 361 155	5 561 488	5 504 288	5 030 825	5 045 612	4 976 535	4 559 271
Evolution			1,55%	1,41%	3,74%	-1,03%	-8,60%	0,29%	-1,37%	-8,38%
Anticoagulants oraux	Pradaxa®	0	168 494	488 841	822 055	3 744 580	9 214 098	9 030 460	8 392 424	7 995 800
directs	Xarelto®	0	106 328	446 012	637 538	1 549 361	9 732 538	14 061 315	17 658 304	21 438 188
	Eliquis®	0	0	0	0	6 997	70 119	1 157 698	5 651 950	12 707 416
	Total	0	274 822	934 853	1 459 593	5 300 938	19 016 756	24 249 472	31 702 678	42 141 404
	Evolution			240,17%	56,13%	263,18%	258,74%	27,52%	30,74%	32,93%
AVK & AOD		5 206 000	5 561 669	6 296 008	7 021 081	10 805 226	24 047 580	29 295 084	36 679 214	46 700 675
Evolution			6,83%	13,20%	11,52%	53,90%	122,56%	21,82%	25,21%	27,32%

Source: MSA

¹⁹ La population cible de cet élargissement est évaluée à 2,3 M de patients tous régimes.

b. Mise en place du bilan partagé de médication et population cible au régime agricole

L'avenant n°12 à la convention nationale des pharmaciens relatif aux modalités de mise en œuvre du bilan partagé de médication, une nouvelle mission des pharmaciens, a été signé le 21 novembre 2017 et est approuvé par arrêté du 9 mars 2018 paru au JO du 16 mars 2018.

Ce dispositif permet aux pharmaciens d'intervenir auprès des **assurés polymédiqués** âgés de plus de 75 ans, âge à partir duquel la présence simultanée d'au moins deux maladies chroniques est très fréquente, ou de plus de 65 ans reconnus en Affection de Longue Durée (ALD).

Il s'agit de la population la plus exposée à la polymédication. Cette population en croissance représente un peu plus de 3,9 millions de personnes, considérées comme particulièrement exposées aux risques liés à la polymédication du fait de leur polypathologie. Il est en effet considéré que chaque nouveau médicament administré augmente de 12 à 18 % le risque d'effets indésirables médicamenteux, responsables de 5 à 25 % des hospitalisations et de 10 % des admissions aux urgences²⁰. Ces risques peuvent être augmentés par la multiplicité des prescripteurs, à l'origine d'interactions médicamenteuses.

Des données récentes indiquent que les interventions auprès des patients impliquant des pharmaciens sont associées à une diminution du risque d'effets indésirables médicamenteux de 35 % ²¹.

Le bilan partagé de médication a pour objectif non seulement de réduire le risque iatrogénique mais aussi de répondre aux interrogations des patients sur leurs traitements et leurs effets, de les aider dans l'appropriation et l'adhésion à leur(s) traitement(s) ainsi que d'optimiser les prises de médicaments.

Le bilan partagé de médication mis en œuvre par le pharmacien prend en compte tous les médicaments pris et à prendre par le patient à des fins d'analyse des consommations et d'élaboration de recommandations pour le patient et son ou ses prescripteurs, notamment lors des sorties d'hospitalisation.

Lors du bilan, le pharmacien effectue les actions suivantes :

- évaluation de l'observance et de la tolérance du traitement,
- identification des interactions médicamenteuses,
- rappel des conditions de prise et de bon usage des traitements,
- information du médecin traitant.

L'assurance maladie versera chaque année une rémunération aux pharmaciens effectuant ces bilans partagés de médication.

_

²⁰ La polymédication : définitions, mesures et enjeux. Revue de la littérature et tests de mesure. Marlène Monégat et Catherine Sermet. Questions d'économie de la Santé n°204, IRDES, décembre 2014.

²¹ Gray, S.L., Hart, L.A., Perera, S., Semla, T. P., Schmader, K.E., and Hanlon, J. T. (2017), Meta-analysis of Interventions to Reduce Adverse Drug Reactions in Older Adults. J Am Geriatr Soc. Doi:10.1111/jgs.1595.

Au régime agricole, en 2017, le nombre de personnes de plus de 75 ans est de 698 051 et le nombre de personnes âgées de 65 à 74 ans en ALD est de 152 240. Ainsi, ces deux populations totalisent 850 291 personnes. En appliquant les critères de polymédication et de chronicité dans le cadre du dispositif²², la population du régime agricole supposée relevée du bilan partagé de médication serait estimée à 600 217 personnes polymédiquées, soit 70,6 % de la population ciblée par l'âge.

²² Pour rappel, le patient est éligible au bilan partagé de médication s'il remplit l'ensemble des critères d'éligibilité suivants:

critère d'âge : les patients concernés par le dispositif sont les suivants :

[.] patients de 65 à 74 ans en ALD (une ou plusieurs), à la date d'adhésion au dispositif,

[.] patients de plus de 75 ans, à la date d'adhésion au dispositif.

critère de polymédication : au moins 5 médicaments différents prescrits (molécules ou principes actifs) pour un traitement chronique délivrés pour une durée consécutive de traitement supérieure ou égale à 6 mois.

critère de chronicité : au moins 6 mois de traitement (idem autres accompagnements) pour les 5 lignes de médicaments caractérisant la polymédication.

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

La MSA développera son offre en complémentarité avec l'inter-régime et les ARS en apportant des solutions nouvelles et efficientes sur des territoires et pour des populations dont les besoins sont spécifiques.

Elle poursuit et amplifie son implication sur les territoires ruraux en :

- favorisant l'accès à l'offre de soins.
- accompagnant le virage ambulatoire,
- promouvant les études et recherches en matière de santé.

3.3.1. Favoriser l'accès à l'offre de soins

La MSA contribue à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé par :

- sa capacité à déployer les politiques publiques sur les territoires ruraux,
- sa connaissance des territoires ruraux,
- sa capacité à concevoir et innover.

La MSA est fortement investie dans l'amélioration de l'accessibilité aux soins dans les territoires ruraux. La MSA contribue, comme opérateur de l'Etat, à la stratégie nationale de santé et en particulier au plan d'égal accès aux soins²³ sur les territoires ruraux.

Fort d'une expérience de longue date dans ce domaine, la MSA est en pointe dans le soutien au développement de la coopération entre les professionnels de santé des soins primaires, les spécialistes de recours, les établissements de santé et les acteurs du social et du médico-social dans les territoires ruraux.

La MSA accompagne le déploiement de structures d'exercice coordonné et regroupé telles que les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) : en 2017, la MSA a accompagné 78 MSP et 2 CPTS. Dans le cadre du soutien à ces structures, la MSA a su démontrer son savoir-faire en ingénierie et dans l'élaboration des projets de santé, en lien avec les parties prenantes des territoires ruraux.

3.3.1.1. Identifier les risques de rupture d'accès à l'offre de soins sur les territoires : l'outil Diagnostic territorial **MSA**

La MSA s'est outillée pour réaliser des diagnostics territoriaux permettant d'objectiver l'accessibilité à l'offre de soins mais également de santé (prévention, médico-social) et de cibler des territoires fragiles qui pourraient bénéficier d'un accompagnement. Ces travaux se font en lien avec les ARS, l'Assurance maladie et les autres partenaires, y compris les hôpitaux de proximité dont pour certains la MSA est caisse pivot.

²³ Présenté le 13 octobre 2017 par le Premier ministre.

Pour étayer et légitimer une démarche globale sur des territoires ruraux, offrir les bons services au bon endroit, la MSA recourt à ces diagnostics – recueil et analyse de données quantitatives et objectives (cartographie) et de données qualitatives (entretiens en groupe ou individuels). Le volet quantitatif couvre sept thématiques : population, socio-économique, santé, offre ambulatoire, offre hospitalière, médico-sociale et prévention. Les indicateurs quantitatifs regroupent au total plus de 70 indicateurs primaires et 7 indicateurs composites. Ils ont été construits au plus près des préoccupations des acteurs des territoires. La partie qualitative rend compte de la réalité vécue en matière d'offre de soins primaires, des dynamiques territoriales et des jeux d'acteurs. Elle permet d'avoir une connaissance fine des besoins des assurés et du territoire et de la partager avec l'ARS et les parties prenantes des politiques territoriales (régime général, collectivités territoriales, élus, professionnels de santé, usagers).

Fin 2018, l'intégralité des territoires couverts par la MSA disposeront d'un diagnostic quantitatif accompagné d'un volet qualitatif sur les bassins de vie les plus fragiles validés par 1'ARS.

A la suite du diagnostic, un plan d'actions est proposé et mis en œuvre sous l'égide de l'ARS sur un ensemble d'actions ciblées et adaptées aux besoins repérés, en réponse aux difficultés ou contraintes mises en évidence par le diagnostic.

Le plan d'actions aborde des thématiques variées dont : l'accès aux soins, la prévention, la coordination des acteurs, 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 tenir compte des actions déjà en cours, qui peuvent être conduites par différents acteurs : établissements de santé dans le cadre de leur projet d'établissement, Pays ou le Pôle d'équilibre territorial et rural (PETR) dans le cadre d'un contrat local de santé, professionnels de santé libéraux dans le cadre d'un projet d'exercice coordonné,...

Ainsi, à l'issue des premiers états des lieux et en accord avec les ARS, les caisses de MSA développent avec leurs partenaires des palettes d'actions alliant prévention, accompagnement social et organisation de l'offre de soins (exemple : appui à la création de structures d'exercice coordonné ou regroupé).

3.3.1.2. Permettre le déploiement d'organisations de coordination sur les territoires associant acteurs hospitaliers, acteurs de ville et médico-sociaux

La Stratégie nationale de santé prévoit à l'horizon 2022 le doublement des maisons de santé pluri-professionnelles et le déploiement de communautés professionnelles territoriales de santé pour améliorer la prise en charge et fluidifier les parcours de santé.

En milieu rural, la MSA s'engage aux côtés de ses partenaires pour que chaque territoire dispose d'un projet de santé adapté aux enjeux démographiques et aux besoins de la population ciblée en contribuant au développement des structures d'exercice coordonné ou regroupé.

Concrètement, la MSA accompagne les professionnels de santé et les structures sanitaires et médico-sociales en mettant en œuvre une méthodologie de projet et de conduite du changement pour favoriser l'émergence d'un projet de santé consensuel, conforme aux besoins identifiés dans le Projet régional de santé.

L'appui de la MSA peut intervenir à différents niveaux et se décline en fonction des spécificités des territoires et des accords existants entre partenaires du territoire. L'offre de services est graduée en fonction des besoins locaux :

- A l'origine du projet, la MSA peut se révéler <u>facilitatrice</u> en impulsant la concertation entre parties prenantes pour favoriser le partage des connaissances sur un dispositif donné et engendrer une culture commune, propice à la création d'un dispositif.
- Si elle n'a pas vocation à coordonner l'entité une fois installée, elle peut intervenir en amont et tout au long du développement du projet pour apporter une expertise en ingénierie d'accompagnement des acteurs (étude de faisabilité, mise à disposition d'outils....).
- Enfin, elle peut contribuer à la conception et à la rédaction du projet de santé de la nouvelle entité, par l'intermédiaire de la mise à disposition de ses actions institutionnelles ou la conception d'offres de prévention dans le but d'expérimenter et d'évaluer des actions innovantes répondant à des besoins spécifiques de proximité (recherche interventionnelle).

Accompagner les maisons de santé pluri-professionnelles

Sur les territoires ruraux, la MSA s'est historiquement investie dans l'accompagnement à la création puis au développement des maisons de santé pluri-professionnelles : à ce jour, elle a soutenu plus de 200 maisons de santé pluri-professionnelles sur les 680 maisons de santé pluriprofessionnelles situées en zones sous-denses ou déficitaires.

Participer au déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Dès la création des CPTS en 2016, nouveau dispositif d'exercice coordonné, la MSA a souhaité encourager leur déploiement sur les territoires ruraux. Pour ce faire, elle a été mandatée par l'URPS (Union régionale des professionnels de santé) et l'ARS pour l'accompagnement à la création de 2 CPTS en région Centre Val de Loire et en région Occitanie.

• CPTS Sud 28

En Région Centre, l'ARS Centre Val de Loire collabore avec l'URPS-ML (Médecins Libéraux) et la Fédération des URPS afin de faciliter la démarche de création des CPTS sur les territoires. Ainsi, l'URPS-ML et la Fédération des URPS ont souhaité associer des partenaires pour être au plus près des acteurs de terrain, sollicitant la MSA Beauce Cœur de Loire (MSA BCL) pour soutenir la démarche de conception de CPTS dans les départements de l'Eure-et-Loir, du Loiret et du Cher. Ainsi, la Fédération des URPS a confié à la MSA BCL le travail d'ingénierie du projet et d'animation du réseau des acteurs dès la conception du projet de CPTS Sud 28. La MSA BCL a également collaboré au projet de santé notamment en facilitant sa rédaction et en structurant les fiches actions le composant.

En mars 2017, une réunion d'information a été organisée par l'URPS-ML et la MSP de Châteaudun en présence de la MSA BCL, auprès des professionnels de santé du Sud 28 afin de leur présenter l'organisation d'un territoire en CPTS. A l'issue de cette première rencontre, plusieurs réunions de travail ont eu lieu entre médecins généralistes, professionnels du premier recours, puis du second recours et acteurs du social, du médico-social. En décembre 2017, le CPTS se concrétise sous la forme d'une association avec sa première assemblée constitutive (création de l'Association de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé du Sud 28) puis en mars 2018 le projet de santé est soumis à la Délégation Départementale (de l'ARS) d'Eure-et-Loir. Actuellement, ce projet est à l'étude pour la rédaction du Contrat Territorial de Santé qui devrait être signé dans les prochaines semaines.

Les limites du territoire de la CPTS Sud 28 ont été définies en s'inspirant des principaux pôles d'attractivité des médecins spécialistes en Région Centre-Val de Loire, travail réalisé par 1'URPS-ML.

La CPTS Sud 28 s'étend sur 5 secteurs pour une superficie de 1 153,6 km2, elle compte 64 communes réparties sur 3 Communautés de Communes et une population de 54 756 habitants (données INSEE 2013). 3 MSP, 1 maison médicale, 3 pôles de santé et 1 centre de santé municipal sont répartis sur le territoire sud 28 pour un total de 255 acteurs de santé recensés.

• CPTS Pays de Conflent

La CPTS Pays de Conflent est déployée sur le territoire de la Communauté de Communes Conflent Canigou dans les Pyrénées-Orientales. Il s'agit d'un territoire rural de 832 km², qui comporte 47 communes, compte 20945 habitants et se situe dans une vallée des Pyrénées Orientales à 45 km de Perpignan. Elle regroupe une centaine de professionnels de santé.

En 2012, les professionnels de santé des cantons de Prades, Olette et Vernet-les-Bains dans les Pyrénées-Orientales s'engagent dans une dynamique de groupe en créant l'association « Pôle Santé Conflent ». Son objectif est de développer un exercice partagé pluridisciplinaire et de motiver l'installation de jeunes médecins. Le projet du Pôle de Santé a reçu la labellisation de l'ARS Languedoc-Roussillon (devenue Occitanie) en novembre 2012.

Parallèlement, la MSA et Groupama expérimentaient « Pays de Santé » en milieu rural en Dordogne et dans les Ardennes. Sur la base de cette expérience et après avoir rencontré leurs homologues en Dordogne, les professionnels de santé de l'association, de l'hôpital de Prades (ex hôpital local) et de la clinique de Prades décident de créer « Pays de Santé Conflent ». En décembre 2015, le volet médical du Pôle de Santé Conflent, avec ses professionnels de santé réunis dans une Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA), est opérationnel.

En 2016, à la création du dispositif de CPTS, les professionnels de santé de Pays de Santé Conflent adhèrent au concept et souhaitent transformer « Pays de santé » en CPTS. L'ARS ayant validé ce projet, la CPTS du Conflent verra le jour en décembre 2017.

La mise en place de Pays de Santé comme de la CPTS a nécessité un appui des acteurs locaux sur un plan méthodologique et partenarial, réalisé par la MSA Grand Sud notamment :

- pour la création de Pays de Santé Conflent :
 - animer un groupe de travail avec les acteurs locaux : association Pole Santé Conflent, Réseau gérontologique, Hôpital local, Clinique, MSA Grand Sud;
 - engager des réflexions:
 - > sur la stratégie à mettre en place sur le territoire ;
 - > sur les modalités de gouvernance et de fonctionnement ;
 - > sur l'évolution possible ;
 - travailler sur l'ingénierie de projet;
 - financer pendant deux ans Pays de Santé Conflent (poste de coordination).
- sur l'évolution de Pays de santé vers une CPTS :
 - recueillir les avis des différents partenaires;
 - identifier les évolutions possibles avec les acteurs de Pays de Santé;
 - amener les partenaires à choisir une piste et une stratégie;
 - définir les nouvelles modalités de fonctionnement ;
 - aider au rétroplanning et à la formalisation du projet.

3.3.1.3. Accompagner la démographie médicale

La MSA s'engage dans la lutte contre les déserts médicaux en informant les jeunes professionnels de santé en fin de cursus sur l'exercice coordonné libéral en milieu rural et en accompagnant leurs projets d'installation. Elle a créé en ce sens un dispositif spécifique, « Exercice en campagne » qui œuvre à l'installation des professionnels de santé dans les zones sous-denses à travers une palette d'actions (85 en 2017) pour sensibiliser les futurs professionnels de santé à l'intérêt de travailler dans les territoires ruraux. Ainsi, la MSA promeut l'exercice coordonné et regroupé lors de ses interventions dans les formations de futurs professionnels de santé. Elle favorise également le regroupement des futurs professionnels de santé dans des formations communes (médecin, sage-femme, kinésithérapeute, infirmier, pharmacien, assistant social,...) pour inciter à l'installation et l'exercice pluridisciplinaires. Enfin, la MSA accueille des stagiaires en milieu rural notamment avec un programme comprenant la formation aux prestations complexes en assurance maladie et la mise en relation avec des professionnels de santé (MSP) et des élus des territoires ruraux.

L'action « Exercice en campagne » s'intègre dans le dispositif du Guichet unique d'information et d'orientation pour les professionnels de santé issu du plan d'égal accès aux soins. Ce dispositif met à la disposition des professionnels de santé un point d'entrée unique pour les accompagner tout au long de leur parcours professionnel, de l'installation d'exercice regroupé ou coordonné à la préparation de la retraite. Il est mis en place en région par les ARS et les DCGDR et la MSA est en cours d'intégration.

La MSA participe à des Congrès à destination des médecins pour les sensibiliser et valoriser l'exercice en milieu rural. Ainsi aux « Entretiens de Bichat » qui se tiendra en octobre 2018, elle disposera d'un stand, partagé avec le Ministère des Solidarités et de la Santé et le régime général pour porter à la connaissance des professionnels les aides et l'accompagnement dont ils peuvent bénéficier à travers le Guichet unique d'information et d'orientation.

La MSA a, par ailleurs, signé le 23 novembre 2017 une convention de partenariat avec le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) en vue de promouvoir les stages ambulatoires, la maîtrise de stage et les travaux de recherche sur la coordination et l'exercice en milieu rural.

3.3.1.4. Participer à la gouvernance locale

L'élaboration d'une stratégie partagée, croisant notamment politiques de santé et d'aménagement du territoire, est essentielle pour faire émerger des projets de renforcement de l'offre de soins dans les territoires ruraux et lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Cela implique d'améliorer la coordination entre les acteurs locaux : ARS, préfecture, collectivités territoriales, professionnels de santé et assurance-maladie. La MSA est représentée dans les instances telles que les conseils territoriaux de santé et associée aux contrats locaux de santé. La majorité des Réseaux Gérontologiques soutenus historiquement par la MSA ont évolué en Plateforme territoriale d'appui. La MSA soutient cette évolution et a, pour ce faire, conclu le 29 juin 2017 une convention de partenariat avec l'Union nationale des réseaux de santé.

3.3.1.5. Etre partie prenante de la transformation de l'offre de soins

En coordination avec le régime général, la MSA contribue à la transformation de l'offre de soins en centrant son action sur les territoires ruraux.

La MSA promeut l'innovation dans les territoires ruraux en informant les structures qu'elle accompagne de la possibilité de mettre en œuvre des expérimentations dérogatoires aux modes de tarification de droit commun (article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2018). Ce dispositif doit permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social pour concourir à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficience du système de santé et de l'accès aux soins.

La MSA développe des activités spécifiques d'expérimentation :

• Le « forfait diététicien et psychologue »

Cette action consiste à financer un diététicien et/ou un psychologue sous forme d'un forfait géré par l'équipe soignante d'une maison de santé pluridisciplinaire (MSP).

Les besoins exprimés par les médecins traitants dans le cadre de la réalisation des bilans périodiques de santé pour les ressortissants agricoles font état d'une réelle difficulté à orienter efficacement ceux qui présentent des troubles psychologiques ou des troubles du comportement alimentaire. Par ailleurs, une augmentation de la prévalence de ces troubles est constatée. Les prises en charge adaptées sont la plupart du temps non médicamenteuses mais, d'une part leur disponibilité n'est pas partout effective, d'autre part leur accessibilité financière est la plupart du temps compromise par une absence de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Cette accessibilité médiocre est susceptible de favoriser un retard de prise en charge et une prescription inappropriée de médicaments psychotropes et/ou de médicaments destinés à traiter les conséquences d'un comportement alimentaire inadapté.

C'est notamment le cas chez les personnes en situation de précarité ou présentant une affection se déséquilibrant rapidement. Dans ces situations, l'effectivité d'une prise en charge rapide dépend à la fois de l'adhésion du patient au projet de soin et de l'accessibilité notamment financière à ce soin. Une faible accessibilité est susceptible d'entraîner un renoncement au soin, surtout lors de l'initialisation, qui nécessite des actes rapprochés (ensuite les actes s'espacent et la charge financière devient plus supportable).

Dans ce contexte, la MSA met en place un « forfait diététicien et psychologue » autogéré par l'équipe soignante de la MSP. Les prises en charge rapidement initiées grâce à ce forfait peuvent, le cas échéant, être prolongées par des prises en charge sur le fonds d'action sociale. Afin de garantir la qualité et la globalité des prises en charge, l'action est co-construite et mise en œuvre avec des MSP volontaires où exercent un diététicien et un psychologue. La démarche s'appuie sur la réactivité et l'efficacité opérationnelle des équipes de soins primaires, ainsi que sur la coordination des soins avec le médecin généraliste, intégrée à leur fonctionnement. L'utilisation du forfait est réservée à des indications précises pour lesquelles existent des recommandations de pratique validées et auxquelles les professionnels sont formés. Le choix des situations prises en charge est réalisé en partenariat avec la ou les MSP volontaires.

Cette action de la MSA a, par ailleurs, été intégrée dans les orientations du Plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins (PNGDRESS) 2018-2019 dans le cadre de la thématique sur la prévention (« Développer la prévention pour éviter des dépenses à venir »).

Dans le cadre de ce rapport, la MSA propose d'étendre le forfait diététicien et psychologue en 2019.

L'éducation à la santé familiale (ESF)

L'éducation à la santé familiale (ESF) est une action qui vise à réduire le recours à des soins non programmés en conférant aux familles les connaissances et les compétences de base leur permettant de maintenir leur santé, de résoudre par elles-mêmes des problèmes de santé courants et de gérer des situations d'urgence à domicile, sans avoir à s'adresser systématiquement à un système de soins de premier recours de plus en plus débordé.

L'ESF consiste en une formation de 9 à 12h s'adressant à des familles et/ou des adolescents volontaires et qui comporte :

- o Un tronc commun de 4 modules obligatoires :
 - « santé et famille au quotidien » abordant les petits maux fréquents et leur résolution:
 - « traumatismes et agressions extérieures » concernant piqures, brûlures, coupures, la pratique des pansements et des techniques de bandage ;
 - « urgences familiales »: les conduites à tenir face aux crises (convulsions, crise d'asthme, arrêt cardio respiratoire...) dans le cadre du lieu de vie ;
 - « situations d'exceptions » (grands froids, canicule, accident nucléaire...) : remise de documentations spécifiques.
- o Un module spécifique au choix parmi les 3 suivants :
 - « Puériculture et pédiatrie » concerne la santé et les soins au nouveau-né et au jeune enfant. Il peut être dispensé dans le cadre des crèches ;
 - « Gérontologie et personnes âgées », lorsque les familles ont un parent senior à charge;
 - « Agir en tant que jeune », spécifiquement dédié aux adolescents pour leur permettre de se positionner comme un acteur santé au sein de leur famille et de leurs amis:

Chaque module a une durée de 2 à 3 heures, sauf « situations d'exception » qui consiste en la remise d'une documentation spécifique.

Les formateurs en ESF

Les formateurs en ESF sont des professionnels de santé (médecins, infirmières, puéricultrices, secouristes) experts du contenu des modules dans lesquels ils interviennent. Ils doivent acquérir la méthodologie pédagogique de l'ESF au moyen de la formation de 3 jours proposée par l'Institut de perfectionnement en communication et éducation médicale (IPCEM).

La pédagogie de l'ESF

L'ESF a recours à une pédagogie active et participative. Les séances s'appuient sur les savoirs et les expériences des familles. Il ne s'agit pas de « cours » mais d'un accompagnement pédagogique vers l'acquisition ou le renforcement de compétences. Il fait appel à des tables rondes, des échanges, des présentations PowerPoint, des jeux de cartes-réponses, des ateliers pratiques,...

Conception et expérimentation du modèle d'ESF

Conçue par le Laboratoire éducations et pratiques de santé (LEPS) de l'Université Paris 13, en collaboration avec l'Union nationale des associations familiales (UNAF), la MSA et les Maisons familiales rurales (MFR), l'ESF a été expérimentée avec succès dans plusieurs territoires et régions²⁴.

Suite à des réunions d'experts (médecins, urgentistes, paramédicaux, chercheurs en santé publique et en éducation, représentants d'associations familiales) et à deux enquêtes nationales en 2009 et 2010 qui ont permis de confirmer le besoin des familles de pouvoir bénéficier d'une telle formation, le modèle d'ESF s'est déployé expérimentalement sur plusieurs territoires de la métropole : le Jura, la Dordogne, la Picardie. Les évaluations de ces expériences ont permis de vérifier que des familles et des adolescents, suite à la formation expérimentale en ESF qu'ils avaient reçues, se sentaient en mesure de s'occuper de la santé quotidienne de leurs proches et augmentaient leur sentiment de compétence vis-à-vis de la gestion de situations d'urgence. Concernant le public particulier des adolescents, il s'est vérifié que l'ESF était très bien reçue, car elle leur conférait des capacités et des responsabilités réelles, plutôt que le rabâchage des mises en garde, comme ils le perçoivent souvent avec les programmes traditionnels d'éducation pour la santé.

En 2015, l'ARS de Lorraine, en collaboration avec la MSA, a souhaité expérimenter l'ESF dans sa région. Une trentaine de formations ESF ont été menées dans trois districts de Lorraine, distants de plus de 30 minutes des urgences : les premiers résultats obtenus, deux ans après la formation des familles, viennent conforter ceux des expériences précédentes²⁵ (Encadré 3).

Cette action de la MSA a été intégrée également dans les orientations du Plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins (PNGDRESS) 2018-2019 dans le cadre de la thématique sur les prises en charge (« Restructurer l'offre de soins autour du parcours du patient »).

²⁴ Jean-François d'Ivernois, Rémi Gagnayre, Elise Rodary, Nicolas Brun, Éducation des familles à « Porter Soins et Secours » : un nouveau concept dans le champ de l'éducation en santé. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ

Sébastien Riquet, Nicolas Brun, François Frété, Christine Ammirati, Rémi Gagnayre, Jean-François d'Ivernois, L'éducation à la santé familiale, modélisation et expérimentation de nouvelles interventions éducatives à porter soins et secours. L'éducation à la santé familiale auprès d'adolescents. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ 2016;

²⁵ Andréanne de Montfalcon, Jean-François d'Ivernois, Sébastien Riquet, François Frété, Jean-Louis Deutscher, Rémi Gagnayre et Aude-Marie Foucaut, Mise en oeuvre de l'Éducation à la Santé Familiale (ESF) en Lorraine. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ 2018, 10, 10203.

Dans le cadre du rapport Charges et Produits, la MSA propose ainsi d'étendre le dispositif d'éducation à la santé familiale en 2019.

Encadré 3 : Résultats de l'étude sur la mise en œuvre de l'Education à la Santé Familiale (ESF) en Lorraine

Le but de cette étude a été d'évaluer la mise en œuvre de la phase de déploiement de l'ESF en Lorraine, tant du point de vue des intervenants que des participants.

Les résultats montrent que :

- Les intervenants sont prêts à réitérer l'expérience,
- Les participants, très satisfaits, se sentent compétents et ont le sentiment qu'ils auront de l'influence sur les diverses situations complexes qu'ils pourraient rencontrer.

Les résultats détaillés sont disponibles dans l'article intégral : « Mise en œuvre de l'Éducation à la Santé Familiale (ESF) en Lorraine », Andréanne de Montfalcon, Jean-François d'Ivernois, Sébastien Riquet, François Frété, Jean-Louis Deutscher, Rémi Gagnayre et Aude-Marie Foucaut Educ Ther Patient/Ther Patient Educ 2018, 10, 10203.

3.3.2. Accompagner le virage ambulatoire

La MSA poursuivra son implication pour accompagner le virage ambulatoire au bénéfice de ses ressortissants, au travers du déploiement des Prado et dans le cadre de son action « Chirurgie ambulatoire en campagne » au bénéfice des territoires ruraux isolés.

3.3.2.1. Le déploiement des Prado

Le programme d'accompagnement au retour à domicile des patients hospitalisés (PRADO) constitue l'un des principaux 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 qui 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,
- insuffisance cardiaque (IC),
- Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO).

Les trois premiers ont été généralisés à l'ensemble des caisses de MSA, pour le PRADO maternité durant l'année 2013 et pour les PRADO Orthopédie et IC à compter du 1er juillet 2017.

Le PRADO BPCO est expérimenté par six caisses de MSA depuis le 1^{er} août 2017.

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 CPAM propose, dans des établissements inclus dans le programme, aux jeunes femmes cette offre ; l'équipe médicale valide l'éligibilité de la femme (grossesse simple, sans complication) et le conseiller organise la prise en charge à domicile par la sage-femme choisie.

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.

En 2017, parmi les 10 972 assurées éligibles, 10 126 assurées du régime agricole ont adhéré au programme Prado Maternité, soit un taux d'adhésion de 92,3% (Tableau 20). Seuls 3% de ces inscriptions ont été faites en ligne via e-Prado. Les pré-inscriptions sont également très marginales (25).

Les accouchements par voies basses représentent 79% des adhésions au programme.

Tableau 20: Nombre d'assurées MSA éligibles et adhérentes au PRADO maternité en 2017

Nombre d'assurées éligibles	Nombre d'assurées adhérents	Taux d'adhésion
10 972	10 126	92,3%

Enquête de satisfation PRADO maternité

Le bilan a pu être réalisé auprès de 5 720 adhérentes (40% d'entre elles n'étant pas joignables pour effectuer le bilan): 94% d'entre-elles se déclarent tout à fait satisfaites et 6% plutôt satisfaites.

Pour les adhérentes, les principaux avantages du programme sont le fait d'être prise en charge avec leur enfant par une sage-femme libérale et de ne pas avoir à se déplacer (Tableau 21).

Tableau 21: Les principaux motifs de satisfaction des assurées

Principaux motifs de satisfaction des assurées :	%
Etre prise en charge avec mon enfant par une sage-femme libérale	67%
Ne pas avoir à se déplacer	23%
Faciliter les démarches administratives	5%
Avoir un interlocuteur à la CPAM	5%

Le principal motif de non adhésion évoqué est le nombre d'enfants au domicile : la moitié des femmes ayant évoqué ce motif a un ou deux enfants (Tableau 22).

Tableau 22: Les raisons de non adhésion des assurées

Raisons de non adhésion des assurées :	%
Nombre d'enfants au domicile	29%
Suivi par une sage-femme libérale déjà organisé par la patiente	20%
Sans motif	16%
Ne voit pas l'intérêt du programme	13%
Suivi organisé par la PMI	12%
Suivi par un réseau de santé	5%
Difficulté de communication	4%

b. PRADO chirurgie-orthopédie

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.

Le régime agricole a commencé à expérimenter ce PRADO en 2014 et l'a généralisé à l'ensemble des caisses de MSA à compter du 1^{er} juillet 2017²⁶.

En 2017, parmi les 3 379 assurés éligibles, 2 926 assurés du régime agricole ont adhéré au programme Prado chirurgie-orthopédie, soit un taux d'adhésion de 86,6% (**Tableau 23**).

Tableau 23: Nombre d'assurés MSA éligibles et adhérents au PRADO chirurgie-orthopédie en 2017

Nombre d'assurés éligibles	Nombre d'assurés adhérents	Taux d'adhésion
3 379	2 926	86,6%

Enquête de satisfation PRADO chirurgie-orthopédie

Le bilan a pu être réalisé auprès de 2 098 adhérents : 87% d'entre eux se déclarent tout à fait satisfaits et 12% plutôt satisfaits.

c. PRADO insuffisance cardiaque

Le programme insuffisance cardiaque est proposé 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.

A 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.

²⁶ Au sein du régime général, le PRADO orthopédie existe depuis 2012 et son extension à tout type de chirurgie a été mise en œuvre dès l'été 2016, en commençant par la chirurgie digestive.

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 régime agricole est entré dans l'expérimentation en 2014 et ce PRADO est généralisé à l'ensemble des caisses de MSA à compter du 1^{er} juillet 2017.

En 2017, parmi les 1 008 assurés éligibles, 947 assurés du régime agricole ont adhéré au programme Prado insuffisance cardiaque, soit un taux d'adhésion de 93,9% (**Tableau 24**).

Nombre d'assurés MSA éligibles et adhérents au PRADO insuffisance cardiaque en 2017

Nombre d'assurés éligibles	Nombre d'assurés adhérents	Taux d'adhésion
1 008	947	93,9%

Enquête de satisfation PRADO insuffisance cardiaque

Le bilan a pu être réalisé auprès de 257 adhérents : 75% d'entre eux se déclarent tout à fait satisfaits et 24% plutôt satisfaits.

d. PRADO BPCO

Le PRADO Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (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), masseurkinésithérapeute et pneumologue) des assurés après leur sortie d'hospitalisation pendant six mois.

Le PRADO BPCO a été expérimenté par le régime général à partir de 2015.

Depuis le 1^{er} août 2017, 6 caisses de MSA participent à l'expérimentation du PRADO BPCO.

En 2017, sur les 58 assurés éligibles, 57 assurés du régime agricole ont adhéré au programme Prado BPCO (Tableau 25).

Tableau 25: Nombre d'assurés MSA éligibles et adhérents au PRADO BPCO en 2017

Nombre d'assurés éligibles	Nombre d'assurés adhérents	Taux d'adhésion
58	57	98,3%

Enquête de satisfation PRADO BPCO

Le bilan a pu être réalisé auprès de 20 adhérents : 70% d'entre eux se déclarent tout à fait satisfaits et 25% plutôt satisfaits.

Afin de permettre un traitement équitable des assurés, qu'ils soient affiliés au régime général ou au régime agricole, et compte tenu des résultats très favorables des enquêtes de satisfaction auprès des assurés du régime agricole, la CCMSA étudie, en concertation avec la CNAM, la possibilité d'une généralisation à l'ensemble des caisses de MSA de la totalité des PRADO déjà en cours à la CNAM. De même une réflexion est en cours sur l'opportunité de mettre en place, conjointement avec le régime général, toutes les nouvelles expérimentations PRADO.

3.3.2.2. L'action « Chirurgie ambulatoire en campagne »

Le développement de la chirurgie ambulatoire constitue un élément important du « virage ambulatoire ».

La MSA mène des actions de sensibilisation auprès des professionnels de santé et des publics visant à développer ce mode de prise en charge qui permet de raccourcir à une seule journée une hospitalisation pour certaines interventions chirurgicales.

La MSA a mené une expérimentation entre 2014 et 2016 sur 3 territoires dont l'objectif était de faire connaitre, promouvoir et développer le recours à la chirurgie ambulatoire.

En 2017, la MSA a formalisé le dispositif et le déploiement est actuellement en cours sur des territoires ciblés présentant des faibles recours à la chirurgie ambulatoire. Pour ce faire, la MSA s'est dotée d'une méthodologie facilitant la mise en œuvre de l'action que le réseau des caisses a pu s'approprier lors d'une journée nationale de formation à la Caisse centrale le 2 février 2018.

L'action consiste en l'organisation et l'animation par un binôme médecin-conseil/administratif de réunions, sur des territoires ciblés présentant des faibles recours, à destination des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes), du public (tous régimes d'assurance maladie confondus) et des élus MSA susceptibles de relayer l'information auprès des assurés. Lors de ces rencontres, des professionnels du service ambulatoire de l'établissement de santé de proximité viennent témoigner de leurs expériences. La MSA exerce ainsi un rôle de facilitateur dans l'organisation et l'animation de rencontres chirurgiens/anesthésistes/médecins traitants qui ne se connaissent pas toujours, favorisant la coordination entre professionnels de santé de ville et établissements de santé.

3.3.3. Promouvoir les études et recherches en matière de santé, en lien avec les populations agricoles et rurales

La MSA contribue au développement des études et recherches dans le domaine de la santé, notamment en lien avec les populations agricoles et rurales.

3.3.3.1. COSET-MSA avec Santé Publique France

Afin de mieux cerner les liens entre l'activité professionnelle et la santé, Santé Publique France, l'agence chargée de surveiller l'état de santé de la population, lance, en partenariat avec la MSA, une étude à grande échelle sur les risques professionnels, intitulée Coset (cohortes pour la surveillance épidémiologique en lien avec le travail)-MSA. Elle bénéficie du soutien de trois ministères : Solidarités et Santé, Travail, Agriculture et Alimentation. Les données de cette étude vont être recueillies via un questionnaire en ligne auprès des affiliés de la MSA.

L'objectif est de constituer un échantillon de 30 000 ressortissants actifs agricoles sur l'ensemble du territoire, non-salariés et salariés, et d'assurer le suivi de cette cohorte pendant une durée minimum de 20 ans.

L'étude s'inscrit dans un vaste programme national qui comporte trois objectifs :

- décrire et surveiller au fil des années l'état de santé des actifs et des retraités ;
- observer les liens entre les caractéristiques professionnelles, les conditions de travail à risque et la survenue de problèmes de santé (allergies, troubles musculaires et articulaires, maladies cardio-vasculaires, maladies respiratoires, cancers, problèmes de santé mentale, stress...);
- proposer des recommandations, afin de prévenir ces risques pour la santé.

L'analyse statistique des données ainsi rassemblées permettra d'étudier la fréquence d'apparition des problèmes de santé des actifs et des retraités agricoles soumis à des conditions de travail spécifiques (charge physique, travail pénible, poussières, engrais, produits phytosanitaires, bruit,...).

Les résultats de cette enquête contribueront à faire progresser les connaissances en santé liée au travail et à guider la mise en place d'actions de prévention. Les premiers résultats seront disponibles en 2019.

3.3.3.2. Agriculture et Cancer (AGRICAN) en partenariat

La cohorte Agrican a été lancée en 2005 auprès de salariés et non-salariés agricoles, actifs ou retraités, dans 11 départements couverts par un registre qualifié des cancers. Les objectifs de cette étude sont de déterminer l'état de santé de la population agricole en comparaison à la population générale en termes de cancers, et d'étudier le lien entre les activités professionnelles agricoles et le développement de cancers. Cette étude est pilotée par l'unité Cancers et préventions du Centre François-Baclesse à Caen et copilotée par la CCMSA, les caisses de MSA, le Laboratoire santé au travail environnement de Bordeaux et le réseau Francim des Registres des cancers.

Le suivi en termes de santé et d'expositions de la cohorte, composée de 180 000 personnes volontaires à l'inclusion, doit être réalisé pendant une vingtaine d'années pour permettre de faire des analyses sur les cancers.

La comparaison de la mortalité et de l'incidence des cancers à celle de la population générale a renforcé les tendances statistiques observées au niveau international, soit une plus faible mortalité pour les grandes causes de décès avec des risques significativement plus faibles pour les cancers très liés au tabagisme (poumons, vessie, ORL, pancréas) et des risques significativement augmentés pour des cancers hématologiques (myélomes multiples notamment), les cancers de la prostate et les mélanomes cutanés (chez les femmes uniquement).

Les premières analyses internes sur le lien entre les expositions professionnelles et le risque de cancer ont débuté pour certaines localisations cancéreuses (poumons, prostate, myélome multiple, tumeurs cérébrales, mélanomes, sein, vessie).

Le quatrième avenant 2017-2019 à la convention de recherche et de développement relative à la cohorte Agrican a été signé le 22 novembre 2016.

3.3.3.3. Partenariat entre la MSA et le Collège National des **Généralistes Enseignants (CNGE)**

En 2017, un partenariat a été signé entre le Collège National des Généralistes Enseignants et la MSA, pour la promotion de l'exercice, l'offre de stage et la construction de projet de recherche en milieu rural.

Un prix de thèse, décerné par le jury du CNGE et récompensant un travail en lien avec la ruralité sera doté par la MSA au congrès de Tours en 2018.

3.3.3.4. Partenariat entre la MSA Bourgogne et le Pôle Personnes Agées du CHU de Dijon Bourgogne

Ce partenariat mis en place depuis 2012 entre la MSA de Bourgogne et le Pôle Personnes Agées du CHU de Dijon Bourgogne a pour objectif de faire progresser les connaissances scientifiques en particulier dans le domaine de la gériatrie. Le principe est de mettre à disposition la base de données médico-administratives de la MSA au profit des études et recherches en gériatrie.

A titre d'exemple, on peut citer le travail sur les hospitalisations évitables des personnes âgées résidant en Ehpad publié en 2016 dans la revue internationale JAMDA (The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine) ²⁷.

L'objectif principal de cette dernière étude était d'estimer le taux des admissions jugées médicalement non pertinentes selon la grille Appropriateness Evaluation Protocol version française (AEPf) dans les structures d'urgences (SU) de Bourgogne.

²⁷ Patrick Manckoundia, Didier Menu, Alin Turcu, Didier Honnart, Sylvie Rossignol, Jean-Christophe Alixant, Franck-Henry Sylvestre, Vanessa Bailly, Michèle Dion, Alain Putot : Analysis of inappropriate admissions of residents of medicalized nursing homes to emergency departments: a prospective multicenter study in Burgundy, JAMDA, mai 2016.

Sur 1 000 admissions en SU, 236 sont jugées non pertinentes selon la grille AEPf. Parmi ces dernières, 181 sont confirmées non pertinentes selon l'avis du comité d'Experts. Les raisons de non pertinence sont présentées dans le tableau 26.

Tableau 26: Raisons de la non pertinence des admissions en SU selon l'avis du comité d'Experts

	Nbre	%
Procédure thérapeutique relevant de soins en HAD	49	27,1%
Procédure diagnostique relevant d'un plateau technique ambulatoire simple	47	26,0%
Admission directe dans un service	38	21,0%
Procédure thérapeutique relevant de soins disponibles dans un Ehpad	27	14,9%
Accès à examens complémentaires multiples et/ou complexes	7	3,9%
Procédure thérapeutique relevant de soins renforcés dans un Ehpad	7	3,9%
Absence complète de motif médical	7	3,9%
Motif médico-social ou social suspecté prédominant	4	2,2%

NB: Une admission pouvait être non pertinente au titre de plusieurs raisons, d'où la somme des pourcentages supérieure à 100%.

Le comité d'Experts a ainsi préconisé les recommandations suivantes :

- Favoriser la coordination entre CH et Ehpad sur le territoire de proximité,
- Favoriser la mise en œuvre de l'HAD en Ehpad sur le territoire de proximité,
- Favoriser la continuité et la permanence des soins sur le territoire de proximité,
- Elaborer des protocoles de soins écrits et accessibles au personnel soignant de l'Ehpad,
- Favoriser sur chaque territoire de proximité l'accès des Ehpad au plateau technique, dont radiologique,
- Favoriser l'accès à la télémédecine.

3.4. Participer au virage numérique et exploiter le potentiel de la science des données

Dans le cadre du virage numérique, la MSA propose de lancer deux nouveaux services en ligne en 2019, de contribuer à la mise en place de la télémédecine et d'exploiter tout le potentiel de la science de la donnée.

3.4.1. Services en ligne

3.4.1.1. Mémo Santé Enfant

Dans le cadre de la mise en place du parcours santé des 0-6 ans, mesure phare n°4 du plan Priorité Prévention, le nouveau service en ligne Mémo Santé Enfant de la MSA est un outil numérique d'accompagnement des parents dès la naissance de leur enfant pour leur permettre d'être acteur de son suivi prévention.

Ce service en ligne inclut un accompagnement à la connexion et à l'utilisation, grâce à une assistance humaine et individualisée. Il contribue ainsi au développement de l'offre numérique en santé et à la généralisation des usages du numérique en santé pour abolir les distances inscrites dans l'axe II.B.2 de la Stratégie Nationale de Santé.

Son lancement est prévu pour 2019.

3.4.1.2. Lantichute

Ce nouveau service en ligne est à destination du personnel encadrant les personnes âgées résidant en établissement de type Ehpad et résidences autonomie, médecins coordonnateurs, cadres de santé, infirmières, aides-soignantes.

Il a pour objectif de contribuer à diminuer le nombre de chutes des personnes à risques, ceci par une évaluation du risque de chutes et l'analyse de leurs causes.

Son lancement est également prévu pour 2019.

3.4.2. Télémédecine

Le 1er mars 2017, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les trois syndicats représentant les médecins libéraux : la Fédération Française des Médecins Généralistes (MG France), la Fédération des Médecins de France (FMF) et le syndicat Le BLOC ont signé l'avenant n°2 à la convention médicale. Cet avenant a introduit un acte de téléexpertise et un acte de téléconsultation pour les résidents en Ehpad.

Pour les partenaires conventionnels, le développement de la télémédecine représente un moyen efficace pour optimiser la qualité des soins par la rapidité des échanges au profit du patient. Elle représente un levier puissant pour de nouvelles organisations de soins, et globalement, pour l'amélioration du système de santé.

C'est dans cet objectif que l'avenant n°2 a proposé :

- de promouvoir le suivi des personnes en Ehpad par la création d'un acte de téléexpertise,
- de mettre en place la consultation en urgence par téléconsultation, par un médecin généraliste des patients en Ehpad.

La MSA, en tant que membre de l'Uncam, contribue à la mise en œuvre de cet avenant.

Par ailleurs, un avenant n°6, en cours de signature, vise à inscrire dans le droit commun les actes de téléconsultation et de télé-expertise, conformément aux dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2018.

La MSA contribuera également à la mise en œuvre de cet avenant qui prévoit la mise en place de la téléconsultation dès septembre 2018 et de la télé-expertise à partir de février 2019.

3.4.3. Science des données

Les progrès technologiques et scientifiques offrent de nouvelles potentialités pour analyser les données disponibles et améliorer notre connaissance de la population agricole.

Face aux enjeux du Big data, la MSA propose d'une part, d'ouvrir aux chercheurs l'accès aux données de santé de la MSA et d'autre part, de mobiliser les dernières avancées de la science de la donnée dans le cadre de travaux internes ou de partenariats de recherche extérieurs. Plusieurs projets portés par la MSA se développent en ce sens.

Stratégie open data de la MSA

La mise à disposition de données pour les chercheurs est un objectif majeur de la MSA. S'il s'agit non seulement de répondre aux demandes exprimées dans le cadre de projets scientifiques, cette démarche - par les échanges qu'elle implique avec la communauté scientifique - traduit également notre volonté d'encourager l'amélioration continue des méthodes employées par les équipes.

Depuis 2010, la Direction des Statistiques, des Etudes et des Fonds (DSEF) de la MSA dépose ainsi des données sur la plateforme de l'Observatoire du Développement Rural (ODR) créée par l'Institut national de recherche agronomique (INRA). Système d'information partenarial au service de la préparation, du suivi et de l'évaluation des politiques publiques, l'ODR est accessible par internet et sa plateforme se compose d'un serveur de données, complété d'une suite logicielle permettant divers traitements sur les données.

Par ailleurs, dans le cadre du renouvellement de ses séries labellisées par l'Autorité de la Statistique Publique (ASP), la MSA propose d'ouvrir aux chercheurs l'accès à ses données de santé, via son portail « open data » dédié²⁸. Il s'agira notamment des séries mensuelles relatives aux dépenses d'assurance maladie au régime agricole, *i.e.* les dépenses de soins de ville et en cliniques privées tous risques confondus (maladie, maternité, ATMP) en date de remboursement, les dépenses de soins de ville tous risques confondus (maladie, maternité, ATMP) en date de soins et les montants des pensions d'invalidité et d'indemnisation des congés paternité en date de remboursement.

- Mobilisation de la science de la donnée

Une analyse des causes de mortalité de la population agricole va ainsi démarrer grâce à l'enrichissement du Système national des données de santé (SNDS) avec les données individuelles du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC²⁹) et le recours aux dernières avancées en science de la donnée.

De même, plusieurs partenariats de recherche ont été initiés afin d'enrichir nos connaissances de la population agricole par le recours à des techniques de *data science*. Ainsi, une convention de recherche et développement avec l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) et avec les équipes du CNRS du CHU de Grenoble a été signée. Cette convention se traduit par la mise à disposition d'un jeu de données conséquent pour les chercheurs. Le projet consiste en l'exploration du potentiel offert par l'environnement du Big Data pour l'analyse des données médico-administratives de la MSA en vue de renforcer encore la vigilance quant aux risques professionnels des travailleurs agricoles.

_

²⁸ La création d'une page dédiée à la labellisation sur le portail des statistiques de la MSA - accessible à l'adresse https://statistiques.msa.fr/type-de-publication/donnees-labellisees-msa/ - permet une visibilité accrue des données labellisées par l'ASP. Sur ce portail, outre la liste précise des données diffusées, la MSA met à la disposition des utilisateurs la documentation des séries dans un format conforme à la norme de documentation des métadonnées DDI (Data Documentation Initiative).

²⁹ Laboratoire INSERM chargé d'élaborer annuellement la statistique nationale des causes médicales de décès en collaboration avec l'INSEE.

Annexes

Annexe 1 : Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2017-2018

1.1. 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 »

L'action Déclic Stop Tabac s'adresse :

- aux jeunes à partir de 16 ans en Maisons Familiales Rurales (MFR) et aux lycéen(e)s et apprenti(e)s des lycées agricoles et des centres de formation d'apprentis (CFA),
- aux salariés des structures d'insertion en secteur agricole et rural (Jardins de Cocagne et Laser Emploi).

Elle est réalisée en partenariat avec les organismes suivants :

- les ANPAA³⁰,
- les professionnels médicaux (libéraux ou hospitaliers),
- d'autres types d'organismes dont :
 - o Tabac Info Service et les ASEPT³¹,
 - o les CSAPA³².
 - o l'association ECLAT GRAA³³.

Le dispositif Déclic Stop Tabac MSA se décompose en 4 temps distincts :

Temps 1	Atelier collectif de sensibilisation
Temps 2	Transfert : formation des encadrants/animateurs aux séquences de sensibilisation
Temps 3	Séquences de sensibilisation réalisées par les encadrants/animateurs
Temps 4	Actions individuelles proposées aux participants inscrits dans une démarche d'arrêt du tabac.

L'action vise à favoriser une prise de conscience sur les conséquences de la consommation tabagique et ainsi faciliter un engagement volontaire et individuel dans une démarche d'arrêt.

³⁰ Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie.

³¹ Association de santé, d'éducation et de prévention sur les territoires.

³² Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

³³ Association Espace de Concertation et de Liaison Addictions Tabagisme - Groupement Régional d'Alcoologie et d'Addictologie.



Les objectifs opérationnels sont :

- proposer un atelier collectif pour initier un starter d'engagement individuel dans l'arrêt du tabac (temps 1),
- favoriser des temps d'échanges, des défis individuels et collectifs pour accompagner et soutenir la motivation à l'arrêt du tabac (temps 2 à 4).

En 2017, 22 caisses de MSA et 83 structures (54 MFR, 18 lycées agricoles/CFA et 11 structures d'insertion) ont participé à l'action Déclic Stop Tabac avec la mise en place d'ateliers collectifs (Temps 1) qui ont regroupé plus de 2 214 participants. Le public ciblé comprenait à la fois des fumeurs et des non-fumeurs, ce qui a permis de, non seulement déclencher une réflexion autour de la consommation de tabac des jeunes fumeurs mais aussi de sensibiliser et prévenir sur les dangers de la consommation tabagique des non-fumeurs.

A l'issue des ateliers collectifs, 199 fumeurs se sont engagés à arrêter de fumer. Parmi eux, 94 personnes ont participé aux séquences de sensibilisation (Temps 3). Sur ces 94 personnes, 4% ont déclaré avoir arrêté et 49% ont déclaré avoir réduit leur consommation tabagique à l'issue de l'action de la MSA. A noter que les animateurs des séquences de sensibilisation sont dans leur grande majorité très satisfaits de la formation effectuée par les caisses de MSA. Enfin, 16 personnes ont bénéficié d'une action individuelle :

- 11 personnes ont pu bénéficier d'une prise en charge de leur traitement nicotinique de substitution (TNS) pour un forfait annuel de 150 euros,
- 5 personnes en MFR ont pu suivre des consultations tabac.

Proposition 2 : Cibler, de façon prioritaire, les non-consommants de soins dans le cadre des Instants Santé Adultes

La MSA a mis en place un nouveau protocole en 2017 pour ses bilans de santé personnalisés, désormais proposés à des assurés ciblés sous-consommants de 25 à 74 ans. L'objectif est d'inviter des assurés peu ou pas intégrés dans le parcours de soins (assurés n'ayant pas consulté de médecin généraliste ou de médecin spécialiste dans un temps donné, en fonction de leur âge) pour favoriser la prévention primaire et, si nécessaire, les inscrire dans un parcours de soins.

Les Instants Santé comprennent 3 étapes :

- 1. Le premier rendez-vous comprend un accueil, une animation collective réalisée par une diététicienne et un entretien infirmier au cours duquel ce professionnel de santé identifie et propose des réponses aux besoins de l'adhérent sur différentes thématiques (ex. : dépistage, vaccination, arrêt du tabac, écoute pour les situations de mal être, accès au service social, etc.).
- 2. L'adhérent poursuit, ensuite, son parcours avec le médecin de son choix lors d'une consultation de prévention pour aborder plus largement ses besoins en santé.
- 3. Des actions de suite prises en charge par la MSA lui sont proposées en fonction de ses besoins (parcours nutrition santé, bilan bucco-dentaire, prévention de la perte d'autonomie pour les plus de 55 ans).

En 2017, 131 957 adhérents âgés de 25 à 74 ans ont été invités aux Instants santé. Pour le ciblage des invités, la MSA a sélectionné des critères portant sur le nombre de consultations et leur périodicité.

Les premières données chiffrées – sur la base de 10 MSA réalisant l'intégralité du processus de relance des assurés – font apparaître que 70% des participants au premier rendez-vous réalisent une consultation médicale dans les 3 mois suivants.

Les résultats du premier baromètre de suivi mené auprès de 400 adhérents montrent que 87% des participants sont satisfaits des Instants santé dans leur globalité. Sur le premier rendez-vous, 90% des participants sont satisfaits et plébiscitent notamment la qualité des échanges avec l'infirmière et la diététicienne ainsi que l'accueil.

Plus de la moitié des participants s'est vue présenter une offre de prévention de la MSA (en particulier le bilan bucco-dentaire). La consultation de prévention est jugée très satisfaisante et complémentaire au premier rendez-vous (reprise du bilan, conseils,...). Le médecin traitant est très majoritairement choisi par les participants pour réaliser la consultation de prévention (91%).

La grande majorité des personnes interrogées estime que, par ce dispositif, la MSA se préoccupe de la santé de ses adhérents (93%), et qu'elle est également à l'écoute de ses ressortissants (88%).

Proposition 3 : Renforcer le Rendez-vous Prestations MSA pour favoriser l'accès aux droits des assurés

Le Rendez-vous Prestations MSA consiste en un entretien individuel et personnalisé, d'une durée moyenne d'une heure. Il est proposé par la MSA ou demandé par l'assuré lorsque sa situation rend nécessaire de faire un point complet sur l'état de ses droits sociaux. L'objectif est de permettre aux assurés agricoles (exploitants, salariés ou retraités) de faire valoir l'intégralité de leurs droits auprès de la MSA et de ses partenaires.

Chaque année, chaque caisse de 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 notamment les publics les plus fragiles. Toutes les caisses de MSA ont déployé et mis en œuvre le dispositif sur leur territoire en 2017.

En 2017, 18 575 entretiens (+ 22,6 %) ont été réalisés par rapport à un objectif fixé initialement à 14 100 entretiens.

Le nombre de droits réellement ouverts est de 0,6 droit ouvert par entretien. Le secteur de la santé représente la moitié de ces droits ouverts.

La MSA a réactualisé le guide de l'entretien concernant le « Rendez-vous Prestations » au mois de décembre 2017.

Fin 2017, les pouvoirs publics ont demandé à la MSA, lors de la concertation préalable à la stratégie gouvernementale de « prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes », d'intensifier ses « Rendez-vous Prestations » en visant le doublement des « Rendez-vous Prestations » sur le quinquennat, soit un objectif d'environ 30 000 Rendez-vous à horizon 2022.



Proposition 4: Etendre le programme d'éducation thérapeutique pour les patients polypathologiques (ET3P) à toutes les régions

Le programme ET3P a été expérimenté en 2016 grâce à deux équipes éducatives intégrées dans deux MSP. Les résultats favorables de l'évaluation, publiés en 2017³⁴ ont conduit la MSA à généraliser la mise en œuvre de ce programme.

Son déploiement a été inscrit dans quatre conventions de collaboration entre ARS et les régimes d'assurance maladie. Le programme a été présenté à six ARS en 2017 et deux en 2018. Des stratégies de déploiement communes, basées sur une délégation à des équipes éducatives intégrées à des MSP implantées dans des secteurs ruraux éloignés d'une offre éducative, ont été établies. Huit demandes d'autorisation auprès des ARS sont en cours, dont deux ont pour l'instant été accordées.

Proposition 5: Accompagner les diabétiques à risque élevé de plaie du pied ou d'amputation

Cette proposition a été remplacée par la mise en place d'une expérimentation d'un programme de prévention du diabète de type 2 chez les personnes à haut risque sur 3 départements (Seine-Saint-Denis, Bas-Rhin et la Réunion) en partenariat avec la CNAM. En 2018, 2 000 personnes sont ciblées dont 137 à 274 participants MSA.

Parallèlement, la CCMSA s'est engagée à réaliser une étude statistique visant à identifier les personnes les plus à risque de plaie du pied ou d'amputation chez les diabétiques de type 2.

Proposition 6 : Généraliser les cellules pluridisciplinaires de maintien en emploi (CPME) sur l'ensemble du territoire en 2017

La MSA a déployé les cellules pluridisciplinaires de maintien en emploi (CPME) sur l'ensemble du territoire en 2017 afin d'accompagner les actifs agricoles en risque de désinsertion professionnelle.

La cellule pluridisciplinaire de maintien en emploi permet d'accompagner la personne en risque de désinsertion professionnelle, de manière renforcée, grâce à la détection précoce des difficultés éventuelles, de nature sociale, économique ou de santé, pouvant avoir un impact sur son aptitude professionnelle. Elle constitue également un moyen de lutte contre la précarité des ressortissants agricoles dès lors qu'elle contribue, par cette approche multiple, à rechercher et à proposer des solutions adaptées à la situation de ces personnes.

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.

³⁴ Cyril Crozet et al., Expérimentation d'un modèle d'éducation thérapeutique pour patients polypathologiques dans les maisons de santé pluriprofessionnelles, Educ Ther Patient/Ther Patient Educ 2017, 9, 10107.

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.

En 2017, 2 378 adhérents ont bénéficié d'un accompagnement via une CPME du fait de la complexité de leur situation. Parmi eux, 70,4% sont des exploitants agricoles. Parmi les 29,6% bénéficiaires salariés, 79,7% d'entre eux ont un contrat en CDI.

La totalité des bénéficiaires des CPME a été accompagnée par le service d'action sanitaire et sociale et la médecine du travail. Le contrôle médical joue également un rôle fort dans le suivi des situations signalées au sein des CPME.

Parmi les bénéficiaires, 245 personnes ont bénéficié d'une prestation extralégale (aide à domicile, aide à la mobilité, aide aux remplacements, aide à l'insertion,...), et 76 personnes ont été intégrées dans des actions collectives telles que Avenir en Soi ou Coup de pouce connexion.

Grâce au suivi personnalisé et soutenu des équipes, 48% des bénéficiaires ont pu être maintenus à leur poste et au régime agricole, et 21% ont été accompagnés vers des démarches de reconversion professionnelle.



1.2. 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

Une des orientations de la stratégie « Santé » de la MSA est l'optimisation du contrôle médical, avec un double objectif:

- contribuer à l'atteinte des objectifs d'économies (Plan ONDAM 2018-2022 et Plan d'Appui à la Transformation du Système de Santé) et de qualité des soins (maladies chroniques, éducation thérapeutique des patients);
- permettre aux praticiens-conseils de participer aux missions de santé publique (prévention, promotion de la santé, organisation des soins) et aux expérimentations locales de la MSA dans ces domaines.

Au regard de ce double objectif, il a été décidé d'élaborer un Plan National de Contrôle Médical (PNCM), volet médical du Plan National de Gestion du Risque et d'Efficience du Système de Soins (PNGDRESS). Le PNCM vise à une harmonisation, une rationalisation et une sécurisation (contrôle interne) des processus.

Le premier volet de ce plan, défini par la LTC n°2017-353 du 11 juillet 2017, concerne les modalités de contrôle médical des assurés en situation d'arrêt de travail (maladie, AT/MP). Afin d'en améliorer l'efficience, une stratégie de contrôle des assurés tenant compte de leur situation de santé et des pathologies les plus fortement en cause dans les motifs des arrêts de longue durée est mise en place : les pathologies lombaires mécaniques (maladie, AT, MP57 et MP57bis) sont les premières ciblées, en lien avec la campagne menée par le Régime général sur ce thème.

Il est demandé aux services de contrôle médical d'appliquer le processus spécifique au contrôle des arrêts de travail pour pathologies lombaires mécaniques (répondant aux définitions des lombalgies, lombo-cruralgies et lombosciatiques communes citées par l'ANAES) pour tout arrêt de travail maladie arrivant à 45 jours et tout arrêt de travail AT où le service du contrôle médical est interrogé pour l'imputabilité en rapport avec une pathologie lombaire (lombalgies, lumbagos, lombo-sciatalgies, sciatalgies, rachialgies lombaires,...) ainsi que toutes les demandes de reconnaissance en MP 57, 57 bis.

Les objectifs sont :

- 1. Vérifier la justification médicale de l'arrêt de travail,
- 2. Etablir une évaluation initiale du degré d'incapacité fonctionnelle,
- 3. Faciliter le lien avec le médecin traitant,
- 4. Maitriser la durée de l'arrêt de travail en lien avec le médecin traitant,
- 5. Eviter la chronicisation en lien avec le médecin traitant,
- 6. Eviter la désinsertion professionnelle (lien santé au travail pour les salariés)
- 7. Eviter la désinsertion sociale (lien avec l'ASS)
- 8. Solliciter la Cellule Pluridisciplinaire de Maintien en Emploi si besoin pour les salariés et de manière privilégiée pour les non-salariés agricoles.

Le secrétariat pré-médical, formé et spécialisé, analyse l'arrêt de travail selon la procédure commune et parallèlement interroge l'assuré via un questionnaire socio-professionnel (type Eifel, par téléphone ou courrier). Il adresse au prescripteur une lettre lui demandant les résultats des examens para cliniques, le type d'examen en attente, la stratégie thérapeutique et la durée prévisible de l'arrêt de travail. Le courrier rappelle par ailleurs la revalorisation tarifaire de la convention médicale de 2016 permettant un avis d'un autre médecin de façon rapide. Une fois les réponses obtenues et en cas d'arrêt de travail en cours, le médecin-conseil décide soit d'une date de convocation soit d'une date de prochain passage au CM et peut signaler la situation à l'ASS et la SST.

Un suivi régulier de ces situations est assuré par requête mensuelle sur CMCD via infocentre (recherche des assurés en arrêt de travail atteignant 6 mois avec un code CIM qui commence par M48, M51 et M54, S1).

Une action de contrôle interne est mise en place selon la LTC n°2017-624 du 21 décembre 2017 sous forme d'une supervision. Elle permet, outre l'harmonisation des pratiques et l'équité de traitement des dossiers, d'aider le médecin-conseil dans la prise en charge de certains dossiers en optimisant le parcours de soins des assurés lombalgiques.

La supervision est réalisée par l'intermédiaire d'une réunion mensuelle regroupant les médecins-conseils présents. La supervision est assurée par un médecin-conseil du service et elle est adossée à deux indicateurs de pilotage :

- Nombre de dossiers traités en supervision,
- Nombre de supervisions par service du Contrôle Médical/an.

La LTC n° 2018-115 apporte des précisions sur les requêtes relatives aux supervisions IJ à 12 mois et pathologies lombaires mécaniques. Les remontées chiffrées de cette action seront connues début 2019 et détailleront le nombre d'IJ en rapport avec ces pathologies lombaires mécaniques, le nombre de supervisions et le nombre de dossiers vus en supervision.

Proposition 8 : Renforcer les actions de contrôle dentaire

En 2017, quatre actions obligatoires ont été retenues dans le cadre du plan national de gestion du risque MSA (3 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.

La MSA a renforcé ses actions de contrôle dentaire en 2018 en intégrant deux nouvelles actions dans son plan national de gestion du risque, à savoir :

- Le contrôle du respect de la prise en charge des détartrages,
- Le contrôle des actes itératifs sur une période de 2 ans sur une même dent pour un assuré réalisés par le même praticien.



Proposition 9 : En matière de transports, sensibiliser les assurés et praticiens pour la promotion et l'utilisation du véhicule personnel

La MSA a débuté ses travaux ayant pour objectifs :

- 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.

Un groupe de travail intégrant des caisses de MSA ayant réalisé des actions d'initiative locale dans ce domaine a été mis en place. La méthodologie sera livrée au cours du second semestre 2018.

Proposition 10 : Concernant les chaussures thérapeutiques de série à usage temporaire (CHUT) :

- Préciser les conditions de renouvellement de la prise en charge dans la nomenclature LPP
- Accompagner les prescripteurs, à partir du ciblage des bénéficiaires « répétitifs », pour un usage plus adapté de ces chaussures thérapeutiques

Le rapport Charges et Produits MSA pour 2018 a mis en évidence une très forte augmentation des montants remboursés de chaussures thérapeutiques de série à usage temporaire (CHUT) entre 2012 et 2016.

Seules les CHUT pour augmentation du volume de l'avant-pied (code LPP : 2166740) étaient concernés par cette croissance. Leur prise en charge par l'assurance maladie est assurée en cas d'inflammation ou trouble métabolique (œdème) avec risque de trouble trophique.

Le montant remboursé par le régime agricole a été multiplié par quatre en 5 ans, passant de 594 700 euros en 2012 à 2 334 548 euros en 2016 (**Tableau 27**).

Tableau 27 : Quantité, dépense et remboursement d'une paire de CHUT par bénéficiaire au régime agricole

Année	Nombre de bénéficiaires	Quantité de CHUT	Montant dépensé (en euros)	Montant remboursé (en euros)	Reste à charge (en euros)	Age moye n	Part d'homme	Part de remb. ALD
2017	50 432	118 722	4 474 748	2 886 480	1 512 456	82,58	25%	72,6%
2016	41 331	96 168	3 478 116	2 334 548	1 089 470	82,66	25%	72,0%
2015	32 868	75 926	2 816 932	1 842 765	913 319	82,84	25%	71,7%
2014	23 045	52 168	2 003 330	1 276 417	670 923	82,89	26%	72,7%
2013	15 530	34 692	1 389 895	853 829	486 556	82,81	27%	73,0%
2012	10 940	24 116	991 832	594 700	362 227	82,54	29%	74,1%

Source : CCMSA/DSEF

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. 72% des délivrances sont remboursées au titre d'une affection de 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, le nombre de paires de CHUT délivrées en 4 ans sur cette population a au moins doublé, voire quintuplé dans certaines caisses de MSA.

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, etc.).



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.

Le délai médian observé entre deux délivrances de CHUT 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.

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. 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).

Afin de limiter la très forte croissance des prescriptions et délivrances de CHUT, la MSA a proposé d'agir sur les remboursements répétés de ces produits conçus pour répondre à un besoin médical temporaire :

- faire préciser dans la nomenclature LPP les conditions de renouvellement de la prise en charge des CHUT (fréquence et indications);
- puis accompagner les 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.

Ces propositions devaient permettre d'économiser jusqu'à 400 000 euros annuels pour le régime agricole.

La proposition de modification de la nomenclature LPP a été reprise par le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) qui a publié au Journal Officiel du 28 décembre 2017 un avis de projet de modification de la nomenclature LPP concernant les chaussures thérapeutiques à usage temporaire et prolongé. En se basant sur les données du rapport Charges et Produits de la MSA, le CEPS a estimé les économies attendues en 2018 de cette modification à 6,5 millions d'euros pour l'ensemble des régimes.

Cet avis de projet prévoit d'indiquer dans la nomenclature que les CHUT sont techniquement conçues pour être exclusivement utilisées de façon temporaire, et que leur « prise en charge ne peut être renouvelée pour l'état lésionnel qui a motivé la prescription sans préjudice des dispositions de l'article R.165-24 du code de la sécurité sociale ; dans ces cas exceptionnels, la prescription doit être dûment motivée. »

Les observations des fabricants et distributeurs à cet avis de projet ont été examinées par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et technologies de santé (CNEDiMTS), commission de la HAS chargée d'évaluer les produits de santé et prestations en vue de leur prise en charge par l'assurance maladie.

Dans son avis du 12 juin 2018, la CNEDiMTS propose :

- de préciser les situations médicales relevant d'une CHUT pour augmentation de volume de l'avant pied, et de remplacer l'indication « en cas d'inflammation ou trouble métabolique (oedème) avec risque de trouble trophique » par « en cas d'inflammation ou d'ædème avec trouble trophique ou risque de trouble trophique. »
- de supprimer « ; dans ces cas exceptionnels, la prescription doit être dûment motivée. » dans la partie de la nomenclature relative aux renouvellements des CHUT, considérant que la référence à l'article R. 165-24 du code de la sécurité sociale est suffisante. Cette phrase devient : « La prise en charge ne peut être renouvelée pour l'état lésionnel qui a motivé la prescription sans préjudice des dispositions de l'article R.165-24 du code de la sécurité sociale. »

L'avis de la CNEDiMTS a été transmis au CEPS et sera exploité par celui-ci pour finaliser le travail de mise à jour de la nomenclature.

En parallèle, le CEPS a proposé de baisser le tarif de remboursement des CHUT de 5% (avis de projet de baisse de tarifs publié au Journal Officiel le 5 juin 2018). Cet avis de projet prévoit d'instaurer un prix limite de vente à 67 € pour cesdispositifs, afin d'encadrer le reste à charge pour les assurés (actuellement, les prix limites de vente ne sont pas encadrés).

Une fois la nomenclature définitive publiée et mise en œuvre, la MSA procédera à la mise en place de l'action de sensibilisation des prescripteurs décrite dans son rapport Charges et Produits 2018.

Enfin, en actualisant les prévisions d'estimations réalisées l'année précédente dans Charges et Produits MSA 2018, on peut estimer les remboursements liés aux CHUT pour le régime agricole, pour l'année 2018, à 3 278 000 euros et le montant remboursé à tort (part des assurés ayant un double remboursement de CHUT) à 693 000 euros. Le montant remboursé à tort s'élèverait à 950 000 euros en 2019 et à 1 074 000 euros en 2020, pour un total de 2 717 000 euros en trois ans au régime agricole.



Proposition 11 : Concernant les sièges coquilles :

- Soumettre la prescription des sièges coquilles à une demande d'accord préalable et subordonner leur prise en charge à l'avis favorable du contrôle médical
- Inscrire par description générique renforcée les sièges coquilles sur la LPP
- Sensibiliser les acteurs aux enjeux de conformité des prescriptions

Dans son rapport Charges et Produits 2017, la MSA observait sur la période 2010-2015 une forte augmentation de ses dépenses sur le poste « sièges coquilles de série » sur le modèle avec cales et maintien auto-accrochables (code LPP 1283365) (Tableau 28 avec les données supplémentaires de 2016 et 2017).

Tableau 28: Volumes et remboursements des sièges coquilles de 2010 à 2017 au régime agricole

	Code LPP: 1283365									
Années	Montant remboursé (en euros)	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	14%						
2 012	2 690 276	16%	9 528	15%						
2 013	3 034 586	13%	10 730	11%						
2 014	3 280 504	8%	11 679	8%						
2 015	3 421 383	4%	12 178	4%						
2 016	3 632 395	6%	12 939	6%						
2 017	3 520 265	-3%	12 601	-3%						

Source: CCMSA/DSEF

En conséquence, la MSA s'interrogeait sur un phénomène de sur-prescription de ces sièges coquilles et l'adéquation de ces prescriptions avec les recommandations de la HAS datant du 8 septembre 2015. Les conditions de prise en charge de la nomenclature permettaient en effet une prise en charge de ces sièges pour les patients présentant une impossibilité de se maintenir en position assise sans un soutien.

La MSA proposait de modifier la nomenclature de prise en charge des sièges coquilles conformément à l'avis HAS de septembre 2015, en limitant leur prescription aux assurés en GIR 1 et 2, et de soumettre la prescription des sièges coquilles à une demande d'accord préalable et de subordonner leur prise en charge à l'avis favorable du contrôle médical.

L'estimation des montants remboursés à tort était de 1,9 million d'euros sur la période 2014-2015 pour le régime agricole.

Le rapport Charges et Produits MSA 2018 confirmait cette évolution des montants remboursés. Les travaux engagés par le CEPS pour modifier la nomenclature et soumettre la prescription de sièges coquilles à l'accord préalable du contrôle médical n'étant pas aboutis, la MSA réitérait ses propositions pour l'année 2018.

Le 24 octobre 2017 est paru au Journal Officiel l'arrêté du 17 octobre 2017 modifiant les conditions de prise en charge des sièges coquilles de série. La nouvelle nomenclature, applicable au 1^{er} janvier 2018, prévoit que désormais la prise en charge d'un siège coquille de série (nouveau code LPP 1202674) est subordonnée à une demande d'accord préalable et que leur utilisation est réservée à une population d'adultes de plus de 60 ans dans l'impossibilité de se maintenir en position assise sans un système de soutien, classés dans les groupes isoressources (GIR) 1 ou 2 selon la grille AGGIR. Ce classement GIR doit figurer sur la prescription et la DAP.

Toutefois, à titre transitoire et dérogatoire, les codes LPP 1277270 (siège coquille de série, amovible, modèle simple) et 1283365 (siège coquille de série, amovible, modèle avec cales et maintien auto-accrochables) sont maintenus en vigueur jusqu'au 1^{er} juillet 2018.

Ces nouvelles indications de prise en charge, conformes aux recommandations de la HAS de septembre 2015, sont restreintes afin d'éviter un risque de grabatisation des utilisateurs. La demande d'accord préalable permet aux caisses de s'assurer a priori de la conformité des prescriptions (avant la liquidation des factures).

Par ailleurs, la nouvelle nomenclature limite les fréquences de renouvellement de ces sièges à 5 ans, au lieu de 2 ans dans la nomenclature précédente.

Sur la base du 1^{er} trimestre 2018 par rapport au 1^{er} trimestre 2017, l'économie générée pour le régime agricole (sièges coquilles et accessoires liés aux sièges coquilles) grâce à ces nouvelles dispositions est estimée à plus de 1,5 million d'euros pour un trimestre (Cf Encadré 1). Cette estimation devra être réévaluée sur la base des données d'une année complète.

Enfin, une première analyse fait état d'un écart important entre le nombre de factures tarifées et le nombre de DAP traitées par les caisses. Cet écart est probablement imputable à l'absence de support de DAP spécifique aux sièges coquilles : les prescripteurs peuvent utiliser tout type de support. La détection de ces DAP par les caisses sera rendue plus facile avec la mise en place d'une DAP spécifique, actuellement en cours de validation par les instances conventionnelles. Ce support devrait être déployé au cours du second semestre 2018.



Encadré 1 : Comparaison des remboursements de sièges coquilles entre le 1er trimestre 2017 et le 1er trimestre 2018 et économies générées au régime agricole

Concernant le siège coquille référencé « 1283365 », on observe entre le 1er trimestre 2017 et le 1er trimestre 2018 une chute des remboursements et des volumes de 80% (Tableau 29). Ce code étant encore en vigueur jusqu'au 1er juillet 2018.

De plus, les 3 accessoires de sièges coquilles (1201114 : Repose pieds ; 1203248 : Tablette amovible ; 1279027 : Pied support) suivent exactement la même tendance.

Tableau 29: Volumes et remboursements des sièges coquilles et accessoires au 1er trimestre 2017 et 2018 au régime agricole

	Code LP	Codes LPP : 1201 1203248, 12790				
1er trimestre	Montant remboursé sièges coquilles	Taux d'évo.	Quantité de sièges coquilles	Taux d'évo.	Montant remboursé accessoires	Taux d'évo.
2017	1 037 219		3 718		931 799	
2018	203 255	-80,4%	727	-80,4%	183 347	-80,3%

Source: CCMSA/DSEF

Ainsi, au 1^{er} trimestre 2017, 1 969 000 euros étaient remboursés pour des sièges coquilles et leurs accessoires, contre 386 000 euros au 1er trimestre 2018, soit une économie brute d'environ 1 582 000 euros pour le régime agricole.

Cette économie brute doit, toutefois, être diminuée des remboursements induits par le nouveau code LPP des sièges coquilles (« 1202674 »), pour lequel 66 sièges ont été remboursés au 1^{er} trimestre 2018 pour un montant de 33 200 euros (auquel il faut rajouter les 2 900 euros correspondant aux 54 tablettes amovibles remboursées en tant qu'accessoires).

L'économie nette globale (sièges coquilles et accessoires) générée pour le régime agricole grâce aux nouvelles dispositions est ainsi estimée à peu près à plus de 1,5 million d'euros pour un trimestre.

1.3. Thématique « Accès à l'offre de soins sur les territoires ruraux »

Proposition 12 : Généraliser le Diagnostic Territorial MSA à toutes les caisses de MSA

A fin juin 2018, le niveau d'avancement de la généralisation du diagnostic territorial MSA est le suivant :

- 7 caisses de MSA ont finalisé leur diagnostic territorial (quantitatif et qualitatif), il s'agit des caisses Bourgogne, Franche-Comté, Côtes Normandes, Armorique, Portes de Bretagne, Ile-de-France et Lorraine,
- 18 caisses sont en cours de réalisation (quantitatif finalisé et qualitatif en cours),
- 9 caisses ont planifié leur diagnostic territorial qualitatif (quantitatif en cours),
- 1 caisse est en cours de planification de son diagnostic territorial qualitatif (quantitatif en cours).

Par ailleurs, 25 caisses ont déjà reçu la validation des ARS quant au choix des bassins de vie identifiés à risque.

Le diagnostic qualitatif permet d'avoir une connaissance fine des besoins des assurés et du territoire et de la partager avec l'ARS et les parties prenantes des politiques territoriales (régime général, collectivités territoriales, élus, professionnels de santé, usagers).

A la suite du diagnostic, un plan d'actions est proposé et mis en œuvre sous l'égide de l'ARS sur un ensemble d'actions ciblées et adaptées aux besoins repérés, en réponse aux difficultés ou contraintes mises en évidence par le diagnostic.

Ainsi, à l'issue des premiers états des lieux et en accord avec les ARS, les caisses de MSA développent avec leurs partenaires des palettes d'actions alliant prévention, accompagnement social et organisation de l'offre de soins (exemple : appui à la création de structures d'exercice coordonné ou regroupé).

Proposition 13 : Accompagner l'exercice des professionnels de santé en milieu rural par l'action « Exercice en campagne »

La MSA s'engage dans la lutte contre les déserts médicaux. Elle a créé un dispositif spécifique, « Exercice en campagne », qui œuvre à l'installation des professionnels de santé dans les zones sous-denses à travers une palette d'actions. En 2017, 85 actions répondent à ce concept, notamment sous la forme :

- d'interventions dans les formations des futurs professionnels de santé (facultés, congrès, stages en caisses de MSA,...),
- de promotion de l'exercice coordonné pluri-professionnel (travaux sur des projets d'installation pluri-professionnelle sur des sites ruraux),
- d'accompagnement à l'installation des jeunes professionnels.



Proposition 14: **Poursuivre** l'accompagnement des Maisons de Santé **Pluriprofessionnelles**

Dans les territoires ruraux et notamment les plus fragiles, la MSA est partie prenante et contribue à renforcer l'accès aux soins en complémentarité des réponses existantes. Ainsi, en accord avec les partenaires du territoire (ARS, URPS, FRMPS, Régime général, collectivités locales, ...), la MSA peut accompagner le développement de structures d'exercice coordonné ou regroupé. En 2017, 78 MSP et 2 CPTS ont été accompagnés par la MSA.

Proposition 15 : Déployer l'action « Chirurgie ambulatoire en campagne »

La MSA a mené une expérimentation entre 2014 et 2016 sur 3 territoires dont l'objectif était de faire connaitre, promouvoir et développer le recours à la chirurgie ambulatoire.

En 2017, la MSA a formalisé le dispositif et le déploiement est actuellement en cours sur des territoires ciblés présentant des faibles recours à la chirurgie ambulatoire. Pour ce faire, la MSA s'est dotée d'une méthodologie facilitant la mise en œuvre de l'action que le réseau des caisses a pu s'approprier lors d'une journée nationale de formation à la Caisse centrale le 2 février 2018.

L'action consiste en l'organisation et l'animation par un binôme médecin-conseil/administratif de réunions, sur des territoires ciblés présentant des faibles recours, à destination des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes), du public (tous régimes d'assurance maladie confondus) et des élus MSA susceptibles de relayer l'information auprès des assurés. Lors de ces rencontres, des professionnels du service ambulatoire de l'établissement de santé de proximité viennent témoigner de leurs expériences. La MSA exerce de facilitateur dans l'organisation et l'animation de rencontres chirurgiens/anesthésistes/médecins traitants qui ne se connaissent pas toujours, favorisant la coordination entre professionnels de santé de ville et établissements de santé.

Annexe 2 : Les liens entre les remboursements de soins et les réponses à l'enquête ESPS au sein du régime agricole

2.1. Caractéristiques de la population couverte par le régime agricole

Comparativement aux autres régimes, la population MSA se caractérise par une sur représentation des hommes, des personnes résidant hors des grands pôles urbains, des très faibles revenus (moins de 1.000 € nets mensuels parunité de consommation). Plus le niveau de revenu augmente plus la probabilité d'appartenir au régime agricole diminue.

Toutes choses égales par ailleurs (c'est-à-dire en neutralisant les caractéristiques précitées de la population MSA), la perception de son état de santé (bon ou mauvais) n'explique pas l'appartenance d'une personne au régime agricole.

Tableau 30 : Variables structurelles caractérisant l'appartenance à la MSA

Probabilité d'être un assuré du	régime agricole				
Variables	Modalités	Coefficient	significativité		
variables	Wiodantes	Coefficient	de la variable	de la modalité	
	[0 - 1 000]	Référence			
	[1 000 - 1 350]	- 0,14		*	
B	[1350 - 1 708]	- 0,38		***	
Revenu mensuel net par unité	[1 708 - 2 222]	- 0,48	***	***	
de consommation	[2 222 - Max]	- 0,52	***	***	
	Revenu non communiqué	- 0,24	Į.	**	
	Abandon avant 2ème contact	- 0,35		ns	
Etat de santé déclaré : bon ou très bon	Oui	- 0,03	ns	ns	
Genre : homme	Oui	+0,21	***	***	
Age		+0,01	***	***	
	1: Grands pôles	Référence			
	2 : Espaces périurbains des grands pôles	+0,71		***	
Zonage en Aires urbaines	3: Moyens/petits pôles	+ 0,42	***	***	
	4: Espaces périurbains des moyens/petits pôles	+ 0,95		***	
	5: Espaces hors de l'aire d'influence des villes	+ 1,19		***	

seuil de significativité du coefficient : * 10%, ** 5%, *** 1% ; ns : non significatif

relation positive avec l'affiliation au régime agricole

relation négative avec l'affiliation au régime agricole

source : ESPS 2014
exploitation MSA

Clé de lecture : Les répondants ayant un revenu inférieur à 1.000 € constituent la classe de référence à laquelle sont comparés les autres. Les personnes ayant un revenu supérieur à 1.000 € ont une probabilité plus forte d'appartenir à un autre régime qu'au régime agricole. Au-delà de ce seuil, plus le revenu augmente plus la probabilité d'être affilié à la MSA diminue. Ces probabilités sont significatives avec une marge d'erreur inférieure à 10 % pour la première tranche et à 1 % pour les autres.



L'appartenance à la CSP agriculteur présente les mêmes caractéristiques que l'appartenance au régime agricole. Sur les variables étudiées, le profil des agriculteurs se confond avec le profil de l'ensemble des assurés MSA.

Tableau 31: Variables structurelles caractérisant l'appartenance à la CSP Agriculteur

Probabilité d'appartenir à la CS			significativité		
Variables	Modalités	Coefficient	de la variable	de la modalité	
	[0 - 1 000]	Référence			
	[1 000 - 1 350]	- 0,13		*	
	[1350 - 1 708]	- 0,56		***	
Revenu mensuel net par unité	[1 708 - 2 222]	- 0,72	***	***	
de consommation	[2 222 - Max]	- 0,84	***	***	
	Revenu non communiqué	- 0,34		***	
	Abandon avant 2ème contact	- 0,58		*	
Etat de santé déclaré : bon ou très bon	Oui	- 0,05	ns	ns	
Genre : homme	Oui	+0,32	***	***	
Age		+0,02	***	***	
	1: Grands pôles				
	2 : Espaces périurbains des grands pôles	+ 0,92		***	
Zonage en Aires urbaines	3: Moyens/petits pôles	+ 0,46	***	***	
	4: Espaces périurbains des moyens/petits pôles	+ 1,19		***	
	5: Espaces hors de l'aire d'influence des villes	+ 1,37	,	***	

seuil de significativité du coefficient : * 10%, ** 5%, *** 1% ; ns : non significatif relation positive avec la CSP Agriculteur Source: ESPS 2014 relation négative avec la CSP agriculteur exploitation MSA

2.2. Caractéristiques des répondants ayant eu un remboursement en ambulatoire

Dans cette partie, les modèles sont réalisés sur les répondants de l'ensemble des régimes, les variables « être assuré à la MSA » ou « appartenir à la CSP Agriculteur » sont introduites comme variables explicatives. Cette méthode permet d'approcher le seul effet du régime ou de la CSP indépendamment des autres caractéristiques (revenu, état de santé déclaré, sexe, âge, ZAU).

Etre un assuré MSA, toutes choses égales par ailleurs, ne permet pas d'expliquer le fait d'avoir eu un remboursement en ambulatoire en 2014 ni positivement ni négativement (Tableau 32).

En revanche, tous régimes confondus, l'accroissement des revenus et de l'âge, être une femme et se déclarer en mauvaise santé augmentent la probabilité d'avoir un soin remboursé dans l'année. La zone d'habitation n'apparaît pas jouer de rôle explicatif sur l'existence d'un remboursement.

Tableau 32: Présence d'un remboursement en ambulatoire et affiliation MSA

Variables	Modalités		significativité		
variables	Modalites	Coefficient	de la variable	de la modalité	
	[0 - 1 000]	Référence			
	[1 000 - 1 350]	+0,18		***	
	[1350 - 1 708]	+0,19		**	
Revenu mensuel net par unité	[1 708 - 2 222]	+ 0,30	***	**	
de consommation	[2 222 - Max]	+0,32	***	***	
	Revenu non communiqué	+0,06		ns	
	Abandon avant 2ème contact	+0,15		***	
Etat de santé déclaré : bon ou très bon	Oui	- 0,43	***	***	
Genre : homme	Oui	- 0,52	***	***	
Age		+0,01	***	***	
	1: Grands pôles	Référence			
	2 : Espaces périurbains des grands pôles	+0,10		*	
Zonage en Aires urbaines	3: Moyens/petits pôles	- 0,12		ns	
	4: Espaces périurbains des moyens/petits pôles	+ 0,05	ns	ns	
	5: Espaces hors de l'aire d'influence des villes	+ 0,05		ns	
Régime : MSA	Oui	- 0,11	ns	ns	

seuil de significativité du coefficient : * 10%, ** 5%, *** 1% ; ns : non significatif

relation positive avec la présence d'au moins un remboursement en ambulatoire relation négative avec la présence d'au moins un remboursement en ambulatoire

Source: ESPS 2014 exploitation MSA



De même, pour expliquer le montant des remboursements, parmi les personnes ayant eu un remboursement en 2014, la zone d'habitation n'apparaît pas jouer un rôle tout comme le fait d'être un assuré MSA, toutes choses égales par ailleurs (Tableau 33).

Les facteurs jouant positivement sur le montant des remboursements sont : se déclarer en mauvaise santé, le sexe féminin, l'âge croissant et un montant de revenus faible.

Paradoxalement, si la probabilité d'avoir un remboursement est liée à un niveau de revenus élevé, le montant des remboursements diminue de façon significative lorsque les revenus sont supérieurs à 1.350 €.

Tableau 33: Montant des remboursements en ambulatoire et affiliation MSA

Montant du remboursemen	t en ambulatoire 2014, chez les p	ersonnes aya	ant eu un rem	boursement
Variables	Modalités	Coefficient	signif	icativité
Variables	Wodantes	Coefficient	de la variable	de la modalité
	[0 - 1 000]	Référence	!	
	[1 000 - 1 350]	- 0,05		ns
B	[1350 - 1 708]	- 0,22		***
Revenu mensuel net par unité	[1 708 - 2 222]	- 0,15	***	***
de consommation	[2 222 - Max]	- 0,16	777	***
	Revenu non communiqué	- 0,17		***
	Abandon avant 2ème contact	- 0,11		ns
Etat de santé déclaré : bon ou très bon	Oui	- 1,00	***	***
Genre : homme	Oui	- 0,06	**	**
Age		+0,02	***	***
	1: Grands pôles			
	2 : Espaces périurbains des grands pôles	+ 0,00		ns
Zonage en Aires urbaines	3: Moyens/petits pôles	+ 0,04		ns
	4: Espaces périurbains des moyens/petits pôles	+ 0,03	ns	ns
	5: Espaces hors de l'aire d'influence des villes	- 0,09		*
Régime : MSA	Oui	+0,02	ns	ns

seuil de significativité du coefficient : * 10%, ** 5%, *** 1% ; ns : non significatif

Impact positif sur le montant des remboursements	Source : ESPS 2014
Impact négatif sur le montant des remboursements	exploitation MSA

Appartenir à la CSP Agriculteur n'a pas d'incidence sur le fait d'avoir un remboursement dans l'année (Tableau 34), ni sur le montant des remboursements eux-mêmes (Tableau 35).

Tableau 34: Présence d'un remboursement en ambulatoire et CSP Agriculteur

Probabilité d'avoir eu un remb	oursement en ambulatoire en 20	14			
Variables	Modalités	Coefficient	significativité		
variables	Wiodalites	Coefficient	de la variable	de la modalité	
	[0 - 1 000]	Référence			
	[1 000 - 1 350]	+0,18		***	
n	[1350 - 1708] + 0,20		į.	**	
Revenu mensuel net par unité	[1 708 - 2 222]	+0,29	***	**	
de consommation	[2 222 - Max]	+0,32		***	
	Revenu non communiqué	+ 0,07		ns	
	Abandon avant 2ème contact	+0,15	ĺ	***	
Etat de santé déclaré : bon ou très bon	Oui	- 0,42	***	***	
Genre : homme	Oui	- 0,50	***	***	
Age		+0,01	***	***	
	1: Grands pôles	Référence			
	2 : Espaces périurbains des grands pôles	+0,10		*	
Zonage en Aires urbaines	3: Moyens/petits pôles	- 0,12	n.e	ns	
	4: Espaces périurbains des moyens/petits pôles	+ 0,04	ns	ns	
	5: Espaces hors de l'aire d'influence des villes	+ 0,03	·	ns	
CSP : Agriculteur	Oui	- 0,04	ns	ns	

seuil de significativité du coefficient : * 10%, ** 5%, *** 1% ; ns : non significatif

relation positive avec la présence d'au moins un remboursement en ambulatoire relation négative avec la présence d'au moins un remboursement en ambulatoire

Source: ESPS 2014 exploitation MSA



Tableau 35: Montant des remboursements en ambulatoire et CSP Agriculteur

Montant du remboursement	en ambulatoire 2014 (répondants	ayant eu au	moins un ren	nboursement)
Variables	Modalités	Coefficient	signif	icativité
Variables	Wiodalites	Coefficient	de la variable	de la modalité
	[0 - 1 000]	Référence		
	[1 000 - 1 350]	- 0,05		ns
B	[1350 - 1 708]	- 0,21		***
Revenu mensuel net par unité	[1 708 - 2 222]	- 0,16	***	***
de consommation	[2 222 - Max]	- 0,16	***	***
	Revenu non communiqué	- 0,18		***
	Abandon avant 2ème contact	- 0,10		ns
Etat de santé déclaré : bon ou très bon	Oui	- 1,01	***	***
Genre : homme	Oui	- 0,06	**	**
Age		+ 0,02	***	***
	1: Grands pôles	Référence	,	
	2 : Espaces périurbains des grands pôles	+0,01		ns
Zonage en Aires urbaines	3: Moyens/petits pôles	+ 0,04	ns	ns
	4: Espaces périurbains des moyens/petits pôles	+ 0,04	113	ns
	5: Espaces hors de l'aire d'influence des villes	1 -0.09 :		ns
CSP : Agriculteur	Oui	- 0,01	ns	ns

seuil de significativité du coefficient : * 10%, ** 5%, *** 1% ; ns : non significatif Impact positif sur le montant des remboursements Source: ESPS 2014 Impact négatif sur le montant des remboursements exploitation MSA

Ainsi, à caractéristiques égales, être un ressortissant MSA ou appartenir à la CSP agriculteur n'a pas d'incidence sur le fait d'avoir un remboursement ou sur le montant des remboursements.

Autrement dit, sur les modèles globaux, portant sur les répondants de l'ensemble des régimes, l'ajout de l'appartenance à la MSA ou à la CSP Agriculteur ne permet pas d'expliquer, dans ces populations, une probabilité plus importante d'avoir un remboursement ou un montant de remboursement plus ou moins élevé en ambulatoire, toutes choses égales par ailleurs.

2.3. Comparaison entre les régimes

Afin de tester d'éventuelles différences entre les régimes, les modèles sont réalisés indépendamment sur la population répondante de chaque régime puis comparés entre eux.

Le modèle de probabilité « présence d'au moins un remboursement de soins ambulatoires en 2014 » présente très peu de différences significatives entre les régimes (Tableau 36). Les variables jouent dans le même sens au régime agricole et au régime général. Seul point à remarquer : l'âge a un impact plus important au régime agricole qu'au régime général. En revanche, pour les assurés du RSI un état de santé perçu comme bon ou très bon a une incidence positive sur la présence d'au moins un remboursement, à l'inverse des autres régimes. Le fait d'être une femme n'a pas le même impact sur cette probabilité à la MSA et au RSI.

Tableau 36: Probabilité d'avoir un remboursement, comparaison des modèles spécifiques à chaque régime

Maniables	88 - d-liad-		Coefficient			significativité de la différence			
Variables	Modalités	MSA	RSI	CNAM (1)	MSA / RSI	MSA / CNAM	RSI / CNAM		
	[0 - 1 000]	Référence			•				
	[1 000 - 1 350]	+0,22	- 0,09	+0,20	ns	ns	ns		
Revenu mensuel net	[1350 - 1 708]	+ 0,18	- 0,30	+ 0,25	ns	ns	*		
par unité de	[1 708 - 2 222]	+ 0,72	+ 0,74	+ 0,28	ns	ns	ns		
consommation	[2 222 - Max]	+ 0,40	+0,02	+ 0,35	ns	ns	ns		
	Revenu non communiqué	+0,27	- 0,28	+ 0,08	ns	ns	ns		
	Abandon avant 2ème contact	+3,58	+ 3,83	+0,12	ns	ns	ns		
Etat de santé déclaré : bon ou très bon	Oui	- 0,32	+0,14	- 0,48	ns	ns	**		
Genre : homme	Oui	- 0,64	- 0,01	- 0,54	**	ns	**		
Age		+0,02	+0,02	+0,01	ns	*	ns		
	1: Grands pôles	Référence							
	2 : Espaces périurbains des grands pôles	+0,13	+0,03	+0,12	ns	ns	ns		
Zonage en Aires	3: Moyens/petits pôles	+0,14	- 0,14	- 0,13	ns	ns	ns		
urbaines	4: Espaces périurbains des moyens/petits pôles	+0,19	+0,16	+ 0,04	ns	ns	ns		
	5: Espaces hors de l'aire d'influence des villes	+0,38	- 0,18	+ 0,02	ns	ns	ns		

(1) CNAM : régime général et autres petits régimes seuil de significativité du coefficient : * 10%, ** 5%, *** 1% ; ns : non significatif Source: ESPS 2014 exploitation MSA

Clé de lecture : Les individus ayant un revenu compris entre 1.000 € et 1.350 € ont une probabilité plus importante d'avoir des remboursements que ceux dont le revenu est inférieur 1.000 €, s'ils sont assurés à la MSA (coefficient + 0,22), au contraire des personnes relevant du RSI (coefficient - 0,09), toutefois cette différence n'est pas significative.



A la MSA, comme dans les autres régimes, se déclarer en bon ou très bon état de santé diminue le montant des remboursements perçus en 2014 (Tableau 37). En revanche, certains impacts diffèrent selon le régime. Avoir un revenu élevé (supérieur à 2.222 €) a un impact négatif sur le montant des remboursements pour les assurés du régime général (diminution du montant), alors qu'il a un impact positif pour les assurés MSA et RSI (remboursements plus importants), cette différence est significative.

De même, la zone d'habitation n'a pas le même impact selon le régime étudié. Chez les assurés MSA, résider dans un moyen ou un petit pôle urbain a un impact positif sur le montant de remboursements de façon beaucoup plus accentuée que chez les assurés des autres régimes. Résider en zone rurale isolée (hors de l'aire d'influence des villes) a un impact positif sur le montant des dépenses des assurés MSA, alors que pour les assurés du régime général l'effet est inverse.

Tableau 37: Montant des remboursements, comparaison des modèles spécifiques à chaque régime

Monta	nt du remboursement en ambul		•	•			
Variables	Modalités		Coefficient		significativité de la différence		
Variables	Modulics	MSA	RSI	CNAM (1)	MSA / RSI	MSA / CNAM	RSI / CNAM
	[0 - 1 000]	Référence					
	[1 000 - 1 350]	- 0,01	- 0,17	- 0,06	ns	ns	ns
Revenu mensuel net	[1350 - 1 708]	+0,01	- 0,04	- 0,25	ns	ns	ns
par unité de	[1 708 - 2 222]	+ 0,03	- 0,25	- 0,17	ns	ns	ns
consommation	[2 222 - Max]	+ 0,45	+0,14	- 0,21	ns	***	**
	Revenu non communiqué	- 0,05	- 0,08	- 0,20	ns	ns	ns
	Abandon avant 2ème contact	- 1,44	+0,28	- 0,14	**	*	ns
Etat de santé déclaré : bon ou très bon	Oui	- 1,07	- 1,01	- 0,99	ns	ns	ns
Genre : homme	Oui	- 0,11	+0,00	- 0,05	ns	ns	ns
Age		+0,03	+0,02	+0,02	ns	**	ns
	1: Grands pôles	Référence					
	2 : Espaces périurbains des grands pôles	+0,19	+0,19	- 0,00	ns	ns	ns
Zonage en Aires urbaines	3: Moyens/petits pôles	+1,14	+0,03	- 0,01	***	***	ns
urbaines	4: Espaces périurbains des moyens/petits pôles	+0,07	- 0,56	+ 0,07	**	ns	**
	5: Espaces hors de l'aire d'influence des villes	+0,19	+ 0,05	- 0,13	ns	*	ns

(1) CNAM : régime général et autres petits régimes seuil de significativité du coefficient : * 10%, ** 5%, *** 1% ; ns : non significatif Source : ESPS 2014 exploitation MSA

Ces différences d'impact justifient la réalisation d'un modèle MSA spécifique. Cependant, le faible effectif de ce sous-échantillon (N=400) limitera la significativité des résultats.

2.4. Modèle sur les assurés MSA expliquant le remboursement en ambulatoire

Dans ce modèle, seuls l'âge et le sexe ont un impact significatif (**Tableau 38**).

Les hommes ont une moindre probabilité d'avoir un remboursement en ambulatoire que les femmes. Cette différence est significative. Son impact est mesuré par l'effet marginal : chez les hommes, toutes choses égales par ailleurs, la proportion d'individus avec au moins un remboursement est de 5,9 points inférieure à celle observée chez les femmes. La proportion de répondants avec une consommation de soins augmente significativement avec l'âge.

Les autres variables ne sont pas significatives. Toutefois, le sens de la relation peut être noté afin d'orienter des études ultérieures. Le revenu croissant semble être un facteur d'augmentation de la proportion de personnes ayant reçu un remboursement en ambulatoire. L'effet du revenu est, tout de même, significatif pour deux tranches : celle des revenus les plus importants (supérieurs à $2.222 \in \text{par unité}$ de consommation), avec une augmentation de 3,4 points de la proportion de personnes ayant reçu un remboursement en ambulatoire en moyenne par rapport à la proportion des personnes ayant un revenu compris entre $0 \in \text{et } 1.000 \in \text{et } 1.350 \in \text{$

Pour les assurés MSA, résider en dehors des grands pôles urbains aurait un effet positif sur la consommation de soins. Alors que la perception positive de son état de santé diminuerait la probabilité d'avoir un remboursement en ambulatoire.

Tableau 38 : Probabilité d'avoir un remboursement, assurés MSA

Probabilité d'avoir eu un remb	oursement en ambulatoire en 20	14, assurés N	ISA			
Variables	Modalités	Coefficient	signifi	cativité	Effet marginal / moy. échantillon	significativité effet marginal moyen /
			de la variable	de la modalité	nb de points de %	échantillon
	[0 - 1 000]	Référence				
	[1 000 - 1 350]	+0,22		**	+ 2,1	ns
	[1350 - 1 708]	+0,18		ns	+ 1,7	ns
Revenu mensuel net par unité	[1 708 - 2 222]	+ 0,72		ns	+ 5,3	***
de consommation	[2 222 - Max]	+ 0,40	ns	**	+ 3,4	ns
	Revenu non communiqué	+0,27		ns	+ 2,5	ns
	Abandon avant 2ème contact	+ 3,58		ns	+ 6,3	ns
Etat de santé déclaré : bon ou très bon	Oui	- 0,32	ns	ns	- 3,1	ns
Genre : homme	Oui	- 0,64	***	***	- 5,9	***
Age		+0,02	***	***	+0,2	***
	1: Grands pôles	Référence				
	2 : Espaces périurbains des grands pôles	+0,13		ns	+1,4	ns
Zonage en Aires urbaines	3: Moyens/petits pôles	+0,14		ns	+ 1,3	ns
	4: Espaces périurbains des moyens/petits pôles	+0,19	ns	ns	+1,8	ns
	5: Espaces hors de l'aire d'influence des villes	+ 0,38		ns	+ 3,4	ns

seuil de significativité du coefficient : * 10%, ** 5%, *** 1% ; ns : non significatif

relation positive avec la présence d'au moins un remboursement en ambulatoire relation négative avec la présence d'au moins un remboursement en ambulatoire

Source : ESPS 2014



La zone d'habitation, l'âge et l'état de santé déclaré ressortent significativement pour expliquer le montant des remboursements de la population affiliée au régime agricole (Tableau 39). La variable « Revenu par unité de consommation » n'est pas significative dans son ensemble, les tranches de revenus n'ayant pas toutes un impact similaire. Mais, la tranche supérieure (plus de 2.222 €) a un impact significativement positif surle montant des remboursements.

Les personnes se déclarant en bon ou très bon état de santé ont, toutes choses égales par ailleurs, des remboursements de soins inférieurs de 1.674 € par rapport à ceux se déclarant en mauvais état de santé, en moyenne sur l'échantillon. Alors que le fait d'avoir un an de plus augmente de 49 € le montant remboursé.

Tableau 39: Montant des remboursements en ambulatoire, assurés MSA

Montant des remboursements	, assurés MSA ayant eu un rembo	ursement en	2014				
Variables	Modalités	Coefficient	significativité		Effet marginal moy. sur l'échantillon	significativité effet marginal moyen sur	
			de la variable	de la modalité	en €	l'échantillon	
	[0 - 1 000]	Référence					
	[1 000 - 1 350]	- 0,01		ns	- 16	ns	
	[1350 - 1 708]	+0,01		ns	+ 20	ns	
Revenu mensuel net par unité	[1 708 - 2 222]	+0,03		ns	+ 55	ns	
de consommation	[2 222 - Max]	+ 0,45	ns	**	+ 980	ns	
	Revenu non communiqué	- 0,05		ns	- 81	ns	
	Abandon avant 2ème contact	- 1,44		**	- 1 375	***	
Etat de santé déclaré : bon ou très bon	Oui	- 1,07	***	***	- 1 674	***	
Genre : homme	Oui	- 0,11	ns	ns	- 193	ns	
Age		+0,03	***	***	+49	***	
	1: Grands pôles	Référence					
	2 : Espaces périurbains des grands pôles	+ 0,19		ns	+ 359	ns	
Zonage en Aires urbaines	3: Moyens/petits pôles	+ 1,14	***	***	***	+ 3 496	*
	4: Espaces périurbains des moyens/petits pôles	+0,07		ns	+136	ns	
	5: Espaces hors de l'aire d'influence des villes	+0,19		ns	+ 367	ns	

seuil de significativité du coefficient : * 10%, ** 5%, *** 1% ; ns : non significatif Impact positif sur le montant des remboursements Impact négatif sur le montant des remboursements

Source: ESPS 2014 exploitation MSA

2.5. Modèle sur les assurés MSA expliquant le bon état de santé déclaré

Le bon état de santé déclaré par les assurés MSA est expliqué par le revenu mensuel net par unité de consommation et par l'âge. Un revenu élevé explique un bon état de santé déclaré. Un âge élevé explique un mauvais état de santé déclaré par les ressortissants MSA. Aucun effet de seuil n'apparaît puisque l'âge élevé au carré n'explique pas significativement le bon état de santé déclaré.

Tableau 40 : Probabilité d'avoir un bon état de santé déclaré, assurés MSA

Probabilité d'avoir un bon état de	santé déclaré, assurés MSA	1				ı
Variables			signific	cativité	Effet marginal	significativité effet marginal moyen sur l' échantillon
	Modalités	Coefficient	de la variable	de la modalité	moyen sur l'échantillon nb de points de %	
	[0 - 1 000]	Référence	I			
	[1 000 - 1 350]	+ 0,00		ns	+0,1	ns
Revenu mensuel net par unité de	[1350 - 1708]	+ 0,34		**	+ 10,0	**
consommation	[1 708 - 2 222]	+0,31	***	*	+ 9,0	*
Consommación	[2 222 - Max]	+ 0,90		***	+ 25,2	***
	Revenu non communiqué	+0,37		ns	+10,7	ns
	Abandon avant 2ème contact	+0,24		ns	+ 7,1	ns
Genre : homme	Oui	- 0,06	ns	ns	- 1,6	ns
Age		- 0,03	**	**	- 1,0	**
Age²		- 0,00	ns	ns	- 0,0	ns
	1: Grands pôles	Référence	•			
	2 : Espaces périurbains des grands pôles	+0,13		ns	+3,8	ns
Zonage en Aires urbaines	3: Moyens/petits pôles	+ 0,03		ns	+ 0,8	ns
	4: Espaces périurbains des moyens/petits pôles	+0,07	ns	ns	+ 2,1	ns
	5: Espaces hors de l'aire d'influence des villes	+0,04		ns	+1,3	ns

seuil de significativité du coefficient : * 10%, ** 5%, *** 1% ; ns : non significatif

relation positive avec la présence d'au moins un remboursement en ambulatoire

relation négative avec la présence d'au moins un remboursement en ambulatoire

Source : ESPS 2014 exploitation MSA



Tableau 41: Probabilité d'avoir un bon état de santé déclaré, assurés MSA, avec CSP agriculteur

Probabilité d'avoir un bon état de	santé déclaré, assurés MSA, avec	: CSP agriculte	еиг			
			signifi	ativité	Effet marginal	significativité
Variables	Modalités	Coefficient	de la variable	de la modalité	moyen sur l'échantillon <i>nb de points de %</i>	effet marginal moyen sur l' échantillon
	[0 - 1 000]	Référence				
	[1 000 - 1 350]	+ 0,01		ns	+ 0,4	ns
Revenu mensuel net par unité de	[1350 - 1708]	+ 0,35		**	+10,2	**
consommation	[1 708 - 2 222]	+ 0,28	***	*	+ 8,3	*
consommation	[2 222 - Max]	+ 0,90		***	+ 25,0	***
	Revenu non communiqué	+0,37		ns	+10,7	ns
	Abandon avant 2ème contact	+0,25		ns	+ 7, 4	ns
Genre : homme	Oui	- 0,05	ns	ns	- 1,6	ns
Age		- 0,03	**	**	- 0,9	**
Age²		- 0,00	ns	ns	- 0,0	ns
	1: Grands pôles	Référence				
	2 : Espaces périurbains des grands pôles	+0,12		ns	+3,6	ns
Zonage en Aires urbaines	3: Moyens/petits pôles	+ 0,08		ns	+ 2, 4	ns
	4: Espaces périurbains des moyens/petits pôles	+ 0,06	ns	ns	+1,8	ns
	5: Espaces hors de l'aire d'influence des villes	+ 0,04		ns	+1,2	ns
CSP : Agriculteur	Oui	+0,01	ns	ns	+ 0, 4	ns

seuil de significativité du coefficient : * 10%, ** 5%, *** 1% ; ns : non significatif

relation positive avec la présence d'au moins un remboursement en ambulatoire relation négative avec la présence d'au moins un remboursement en ambulatoire

2014 exploitation

Encadré méthodologique

Les dépenses de santé remboursées durant l'année 2014 sont extraites du Sniir-am et rapprochées des données issues de l'enquête.

La proportion d'enquêtés n'ayant pas eu de remboursement de soins ambulatoires en 2014 (6% tous régimes, 8% au régime agricole), nous a amené à estimer un modèle à deux équations : une pour expliquer la présence d'au moins un remboursement et une deuxième, pour expliquer le niveau de ce remboursement. La première est un modèle logistique de type probit, la seconde un modèle GLM (generalized linear model) avec la spécification Log-Gamma comme cela est préconisé dans la littérature récente pour les modèles de dépenses de santé.

Les tableaux présentent pour les différentes modalités de chacune des variables le coefficient indiquant le sens et la valeur de la relation avec la variable expliquée, le seuil de significativité de ce coefficient et, le cas échéant, l'effet marginal. L'effet marginal représente, concrètement, pour un changement d'une unité de la variable explicative, la valeur de la variation sur la variable expliquée (dans un modèle de participation cela correspond à une augmentation ou à une diminution de x points de pourcentage et dans un modèle en montant, à une augmentation ou à une diminution de x euros).

Annexe 3: Les actions du plan GDR 2017

3.1. 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 ».

En 2017, 417.000 prescriptions³⁵ d'arrêts de travail maladie ont été enregistrées pour le régime des salariés et 76.000 prescriptions pour le régime des exploitants.

3.1.1. Respect du délai d'envoi de l'arrêt de travail

Depuis le 1^{er} 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 48h alors que les exploitants disposent d'un délai de tolérance de 4 jours (dit délai d'éloignement rural).

Pour le régime des salariés, en 2017, 16 000 avis transmis hors délai (soit 4% des prescriptions d'arrêts maladie des salariés) ont fait l'objet d'un courrier de mise en garde (soit - 20% ³⁶ par rapport à 2016).

Malgré ce courrier, 1 780 nouvelles prescriptions (soit 11% des envois tardifs) ont été transmises hors délai règlementaire dans les 24 mois qui ont suivi. Ces situations ont donné lieu 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 2 520 prescriptions, soit 13% des envois tardifs, en 2016).

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. A ce titre plus de 2 800 prescriptions ont été sanctionnées (soit 4% des prescriptions d'arrêts de travail maladie des exploitants).

3.1.2. Indication du motif médical sur les arrêts de travail

En 2017, à l'occasion des contrôles portant sur l'indication du motif médical justifiant l'arrêt de travail sur le volet destiné au contrôle médical, 9 600 arrêts de travail sans motif ont été relevés (- 17% par rapport à 2016).

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 3 180 médecins prescripteurs et près de 8 330 assurés qui ont donc été destinataires de ces arrêts sans motif. A la suite des courriers envoyés par le contrôle médical, 83% des dossiers ont été retournés à la caisse avec le motif de l'arrêt de travail renseigné. Ainsi, les IJ n'ont pas été versé pour 17% des arrêts sans motif.

-

³⁵ Arrêt initiaux + prolongations

³⁶ Cette diminution peut provenir d'un contrôle moins strict de cette disposition réglementaire au regard du délai de 8 jours accordé par certaines CPAM, afin de ne pas introduire une inégalité de traitement pour les assurés du régime agricole.



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

En 2017, près de 1 500 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, 75% des arrêts prolongés ont été justifiés et plus de 500 prolongations ont fait l'objet d'une notification de refus de prise en charge (contre 700 en 2016).

3.1.4. 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 désinsertion professionnelle et de participer à la lutte contre les abus ou fraudes.

En 2017, 46 900 avis ont été rendus sur les arrêts de travail de plus de 45 jours en AMEXA dont 8% ont été rendus suite à une convocation de l'assuré par le contrôle médical.

3.1.5. Contrôle des arrêts de travail répétitifs

Le contrôle des arrêts de travail répétitifs permet d'apprécier la conformité de la prescription avec les dispositions prévues à l'article L321-1 du code de la sécurité sociale, de contribuer à la prévention de l'invalidité ou de la désinsertion professionnelle, et de participer à la lutte contre les abus ou fraudes. Les situations potentiellement abusives (arrêts de travail répétitifs qui ne seraient pas justifiées médicalement par le médecin conseil) sont repérées de façon à induire un changement de comportement chez les assurés concernés.

En 2017, plus de 1 300 assurés ont été détectés comme ayant au moins 4 arrêts de travail indemnisés dans les 9 mois qui ont précédé la requête, ce qui représente plus de 9 100 prescriptions d'arrêts maladie initiaux et de prolongations. Après examen du dossier ou convocation de l'assuré par le médecin conseil, 590 assurés ont été mis sous surveillance, ce qui représente 43% des assurés ciblés. Tout nouvel arrêt transmis durant la période de mise sous surveillance est alors soumis à l'avis du contrôle médical.

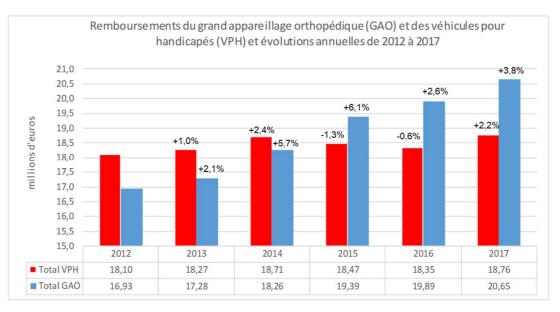
Un quart des salariés mis sous surveillance a présenté un nouvel arrêt de travail dans les 6 mois.

3.2. Traitement des demandes d'accord préalable de grand appareillage orthopédique

Depuis la suppression des centres médicaux d'appareillage (CMA) en 2012, le réseau de caisses de MSA a mis en place une organisation au sein des contrôles médicaux pour faire face à cette nouvelle activité. Elle repose sur un binôme médico-administratif, appuyé par un expert régional, chargé d'étudier toutes les demandes d'accord préalable de grand appareillage orthopédique (chapitres 5, 6 et 7 du titre II et véhicules pour handicapés inscrit au titre IV de la liste des produits et prestations remboursable – LPP) et de donner suite aux éventuels certificats de non convenance retournés par les assurés.

Le grand appareillage est un poste de remboursements important de la LPP (8%) dont l'évolution est en constante croissance (**Graphique 14**). Ce poste représente plus de 39 millions d'euros en 2017, répartis entre les remboursements de véhicules pour handicapés (48%) et ceux du grand appareillage orthopédique (52%).

Graphique 14 :
Remboursement du grand appareillage orthopédique (GAO)
et véhicules pour handicapés (VPH) et évolutions annuelles de 2012 à 2017



Source: CCMSA

En 2017, les CMSA ont été destinataires de plus de 17.200 demandes de prise en charge de grand appareillage orthopédique (soit une augmentation de 4,8% par rapport à 2016).

Le taux de refus est identique à celui de l'année dernière, soit une demande sur 10. Ces refus sont de deux types :

- Un refus total pour 938 dossiers. La totalité de la demande d'accord préalable (DAP) est alors rejetée et peut donner lieu à une nouvelle demande. C'est le cas pour 43% de ces dossiers qui sont suivis d'une nouvelle demande dans laquelle les éléments ayant motivé le refus initial ont été corrigés. L'économie nette réalisée sur ce type de refus est de 1.215.000 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 651 dossiers, réalisant ainsi une **économie de 314.000 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 407 dossiers complexes, soit 2,4% de l'ensemble des demandes d'accord préalable.

Enfin, 83 certificats de non convenance ont été adressés à 28 caisses, générant 23 convocations des assurés demandeurs et 36 demandes de modifications de l'appareillage au fournisseur de la part du contrôle médical.

3.3. 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) 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) et que sa prescription fait suite à celle d'antiviraux signalant un éventuel zona. 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, etc.).

Près de 4 900 assurés (concernés par une prescription de Versatis® sans prescription préalable d'antiviraux signalant un zona) ont été ciblés par l'action (soit - 13% par rapport à 2016) et 3 570 courriers ont été adressés aux prescripteurs pour leur demander si la prescription respectait bien les indications de l'AMM, et dans le cas contraire les informer de l'arrêt de la prise en charge du médicament par l'assurance maladie.

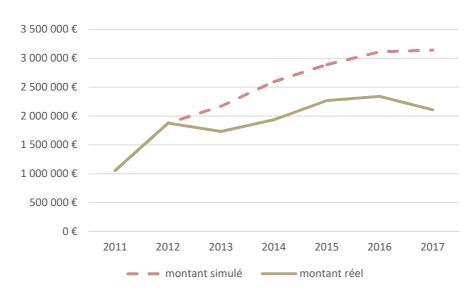
Un prescripteur sur deux a répondu à ce courrier et a confirmé sa prescription dans la moitié des cas.

L'arrêt des prescriptions non confirmées par les prescripteurs est vérifié 3 mois plus tard.

Au moment de la remontée des indicateurs, les indus constatés correspondant s'élèvent à près de 40 000 euros, 18% de ce montant a été notifié aux prescripteurs par 8 caisses de MSA.

L'économie pour le régime agricole, en termes de dépenses évitées, est estimée à 3,5 millions d'euros en tenant compte de l'impact cumulé de l'action de gestion du risque Versatis® réalisée depuis 2013 (Graphique 15).

Graphique 15: Evolution des montants remboursés de Versatis® au régime agricole



Source: SNIIRAM - exploitation MSA

La douleur neuropathique est le diagnostic principalement avancé (dans près d'un cas sur trois) par les médecins lorsque leur prescription n'entre pas dans les critères de l'AMM (Tableau 42). La rhumatologie simple et la douleur (non précisée) représentent respectivement 16% et 15% des motifs des prescriptions hors AMM.

Tableau 42: Répartition des motifs des prescriptions hors AMM

Motif des prescriptions hors AMM	Répartition (%)
Douleur neuropathique	32%
Rhumatologie simple	16%
Douleur non précisée	15%
Autre	11%
Sciatique / cruralgie	11%
Douleur post opératoire	6%
Cancérologie	6%
Traumatologie simple	4%
Total	100%

Source: MSA



3.4. Contrôle des actes infirmiers

3.4.1. 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). L'action de contrôle porte sur cette règle de non cumul.

Les actes dépassant la limite réglementaire, sur un semestre ciblé, sont extraits puis analysés par le service administratif, ce contrôle *a posteriori* porte sur les anomalies de facturation. Le ciblage s'effectue sur les assurés ayant eu plus de 4 AIS3 par jour et ce, quel que soit l'infirmier diplômé d'Etat (IDE) les ayant réalisés.

En 2017, une nouvelle méthodologie a été mise en place afin d'améliorer la coordination entre la gestion du risque et la lutte contre la fraude. Cette action modifiée a été mise en œuvre par 34 caisses de MSA.

En fonction de la réitération de l'anomalie, l'action s'orientera vers la gestion du risque avec une récupération des indus AIS3 auprès des infirmiers concernés ou vers la lutte contre la fraude.

Une notification d'indu est envoyée à l'IDE, et les patients concernés sont informés par un courrier de la fin de prise en charge de ces actes surnuméraires. Ce courrier de fin de prise en charge a pour but de déceler de potentielles fraudes.

Six mois après cette phase de premier contrôle, un second contrôle est réalisé. S'il y a encore un dépassement de la limite des 4 AIS3 par jour, une nouvelle procédure de récupération d'indus est engagée et le dossier est transmis au service de lutte contre la fraude.

Sur les remboursements du second semestre 2016, la facturation de plus de 4 AIS3 par jour a été identifiée chez plus de 2 500 patients MSA. Ces actes ont été réalisés par 3 480 IDE.

Le chiffrage du dépassement de la limite fixée par la NGAP s'élève à plus de 440 000 euros dont 265 000 euros ont fait l'objet d'une récupération d'indus auprès des IDE. A l'issue de cette première phase de contrôle, 123 dossiers ont été transmis à la lutte contre la fraude et plus de 91 000 euros d'anomalies ont été émis à ce titre.

Le contrôle à 6 mois a révélé 530 IDE encore en anomalie pour un montant d'anomalie de 72 000 euros. 6 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.

3.4.2. Contrôle des majorations de nuit

Ce contrôle vise à s'assurer de la justification médicale des majorations de nuit des actes infirmiers facturés. 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.

Cette action non obligatoire en 2017 a été mise en œuvre par 6 caisses.

Après analyse par le contrôle médical, des doubles facturations de nuit ont été relevées chez près de 250 IDE, pour un montant remboursé de 30 300 €. Des courriers de demande de justification médicale ont été transmis aux praticiens prescripteurs de ces actes.

3.4.3. 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 depuis 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.

Les 33 caisses qui ont mené l'action, ont contrôlé 1 300 SSIAD. Des anomalies ont été détectées sur 59% des SSIAD contrôlés, portant sur plus de 3 000 IDE libéraux.

Les anomalies constatées s'élèvent à 690 000 € (595000 € en 2016). Le montant total des notifications est de 530 000 euros dont près de 42% réclamés directement auprès des IDE.

3.5. Contrôle des EHPAD

3.5.1. Action de contrôle des facturations

En 2017, les caisses de MSA ont détecté près de 1,5 million d'euros d'anomalies de facturation d'actes en ville chez des assurés MSA résidant en EHPAD (soit -22% par rapport à l'année précédente). Le contrôle a porté sur près de 2 800 établissements (soit -24% par rapport à 2016), dont 61% présentaient des anomalies de facturation.



3.5.2. Récupération des indus auprès des EHPAD par les CMSA pivots

Au premier trimestre 2018, 14 CMSA avaient terminé la campagne 2017. Le montant des anomalies constatées (quel que soit le régime d'appartenance des résidents) auprès des EHPAD dont la MSA est pivot a diminué de 2% par rapport à 2016 (1 077 767 € contre 1 095 989 €).

Les MSA pivots des EHPAD contrôlés ont notifié aux établissements près de 595 000 € d'indus correspondant à 55 % des anomalies relevées par les caisses gestionnaires.

Tableau 43: Montant des indus constatés et notifiés (en euros) par les caisses de MSA pivots d'EHPAD en 2017

	Montant des anomalies constatées	Montant des anomalies notifiées
Assurés MSA	472 090 €	186 602 €
Assurés des autres régimes	605 677 €	408 149 €
Total	1 077 767 €	594 751 €

Source: MSA

La campagne n'étant pas achevée au moment de la consolidation des résultats, seule la moitié des anomalies a été recouvrée.

3.6. Les actions auprès des établissements de santé

3.6.1. Le contrôle régional de la T2A

En 2017, les médecins-conseils de la MSA ont contribué au contrôle de la T2A au sein des Unités de coordination régionale (UCR). Ils ont participé au contrôle de 35 établissements sur les 149 ciblés dans les 10 régions où la MSA a participé au contrôle, soit une contribution de près d'un quart des contrôles sur site.

La MSA a ainsi participé au contrôle de plus de 27 000 dossiers.

Le taux de dossiers en anomalie (calculé sur les 8 régions ayant achevé la campagne de contrôle) est de 22%.

3.6.2. Les 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 (2015, 2016, 2017).

En janvier 2018, peu de caisses étaient en mesure de fournir le montant issu de la campagne de contrôle 2017. Seules quatre caisses (Ain-Rhône, Portes de Bretagne, Lorraine et Grand Sud) avaient notifié les indus envers des établissements publics, pour lesquels elles sont pivot, pour un montant de 150 000 € (**Tableau 44**).

A la même période, plus de la moitié des caisses du réseau avait notifié des indus (concernant les assurés MSA) envers des établissements privés pour un montant global de 111.000 €.

Les données consolidées des campagnes 2016 et 2015 font état respectivement de 1.051.000 € et 1.125.000 € notifiés.

Tableau 44 : Montants notifiés par les caisses de MSA aux établissements privés et aux établissements publics dont elles sont pivot

	campagne 2017 (en cours)		campagne 2016			campagne 2015			
	sur sous montant net		sur	sous montant net		sur	sous	montant net	
	facturations	facturations	notifié	facturations	facturations	notifié	facturations	facturations	notifié
établissements publics	178 370 €	28 851 €	149 519 €	968 220	144 029	824 191	1 180 698	345 956	834 742
établissements privés	139 646 €	29 107 €	110 539 €	251 775	25 024	226 751	342 119	51 547	290 572
Ensemble	318 016 €	57 958 €	260 057 €	1 219 995	169 054	1 050 942	1 522 817	397 503	1 125 313

source : CCMSA

En 2017, des sanctions ont été prononcées pour 4 établissements dont la MSA est pivot, pour un montant total de 195.000 €.

3.6.3. Accompagnement des établissements dont la MSA est pivot

Certains établissements, ciblés par l'ARS et l'Assurance Maladie dans le cadre des contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS), peuvent faire l'objet d'un accompagnement durant 3 ans de la part des caisses de la MSA lorsqu'elles sont pivots.

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, mais elle n'y est pas toujours associée.

Parmi les 5 établissements (4 en PACA et 1 en Alsace) ciblés sur les thématiques du transport ou des prescriptions en 2015 et pour lesquels la MSA était co-signataire, seule la caisse de PACA a pu maintenir sa participation aux réunions.

Les nouveaux CAQOS signés ont été intégrés au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES). Ils portent sur 13 établissements dans les Hauts de France, exclusivement sur la thématique « prescriptions ».

Dans de nombreuses régions, il a été convenu par le DCGDR que les CAQOS devaient être exclusivement signés et gérés par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).



3.6.4. Mise sous accord préalable des actes réalisés en établissement

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

En 2017, dans le cadre de la MSAP chirurgie ambulatoire, les médecins-conseils MSA ont reçu 166 demandes de réalisation en hospitalisation complète des actes éligibles à l'ambulatoire (355 en 2016), de la part de 72 établissements (86 en 2016). Seules 3 caisses ont émis des refus pour ces demandes : Auvergne, Alpes Vaucluse et Provence Azur.

Les soins en SSR ont fait l'objet de 109 demandes sur 35 établissements ciblés sur les territoires de 13 caisses. Aucune n'a fait l'objet de refus.

La chirurgie bariatrique fait également l'objet d'une mise sous accord préalable pour les assurés de moins de 18 ans. Seule la caisse de Marne Ardennes Meuse a été destinataire d'une demande.

3.7. 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 2017 un socle de 3 actions de contrôle obligatoires sur le volet dentaire.

Ces actions ont porté sur :

- le contrôle du respect de la prise en charge d'un acte CCAM dont le choix était laissé à l'appréciation du chirurgien-dentiste conseil,
- le respect de la prise en charge de bridges de plus de trois éléments,
- le contrôle des dépassements d'honoraires sur les actes à tarif opposable.

3.7.1. Acte CCAM au choix du chirurgien-dentiste conseil

Cette nouvelle action permet de contrôler le respect de la prise en charge d'un acte CCAM, choisi en fonction des spécificités ou des atypies locales. L'étude de l'acte menée par le chirurgien-dentiste conseil porte sur les actes codés soumis ou non à des conditions restrictives de facturation. 34 caisses ont mis en œuvre cette action et, 28 d'entre elles ont porté leur contrôle sur l'acte relatif à l'ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire (HBGD027). Au total, 19 codes actes différents ont été analysés par l'ensemble des caisses (31 caisses ont étudié un seul acte, 2 caisses ont étudié deux actes, une caisse a étudié jusqu'à 13 codes actes).

Au total, plus de 1 200 praticiens ont été étudiés, chez plus de 500 d'entre eux une anomalie sur la facturation d'un acte a été détectée, ce qui représente 32 000 euros d'anomalies. Au moment de la remontée des indicateurs, 24 000 euros d'indus ont été notifiés par 22 caisses.

3.7.2. Respect de la prise en charge de bridges de plus de trois éléments

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 30 caisses de MSA ayant mis en œuvre cette action ont adressé 736 courriers de demande 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, 25 000 euros d'indus ont été notifiés aux professionnels par 22 caisses.

3.7.3. Contrôle des dépassements d'honoraires sur les actes à tarif opposable

Cette nouvelle action permet de contrôler le respect du tarif opposable des actes de la CCAM. Cette action est une action d'information envers les praticiens traitants.

Le passage à la CCAM a clairement défini la liste des actes pouvant faire l'objet d'une entente directe et donc non soumis au tarif opposable, ce qui impose un tarif opposable pour tous les autres actes de la CCAM.

Les 33 caisses ayant mis en place cette action ont repéré près de 1 000 professionnels de santé déviants et leur ont adressé près de 770 courriers de rappel de la réglementation. Ces anomalies de facturation ont généré plus de 120 000 euros de dépassement, correspondant à de dépassement d'honoraires illégaux de la part des praticiens conventionnés.

3.8. Actions locales

Dans le réseau MSA, 107 actions locales ont été mises en place par 26 caisses. Ces actions ont majoritairement porté sur les médicaments ou la LPP, les professionnels de santé (activité et/ou facturation des actes dentaires et infirmiers), les contrôles des arrêts de travail ainsi que des facturations de transporteurs. Certaines caisses ont également mis en place des actions visant à contrôler les établissements de santé (EHPAD, HAD...) ou d'autres professionnels de santé comme les masseurs-kinésithérapeutes.

Près de 3 400 000€ d'anomalies ont été détectés parces actions. Au moment de la remontée du plan, près de 73% des montants des anomalies ont été notifiés, soit 2 500 000 euros, montant auquel s'ajoutent 520.000 d'économies réalisées sur les prestations en espèces.

A la suite de ces actions locales, 33 cas frauduleux ont été décelés.



3.9. Mutualisation du recours contre tiers

La MSA a mis en place une organisation de mutualisation du Recours contre tiers (RCT) afin d'améliorer son efficience. 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 **40 732 143 € en 2016**(44 120 170 € en 2015) ce qui correspond à un**montant recouvré par** assuré de 12,54 €

Pour l'année 2017, la MSA a adressé auprès de ses adhérents 17 761 enquêtes accident avec un taux de retour de 83,15%.

Le montant récupéré auprès des assureurs des tiers responsables s'élève à 45 381 946 €en 2017 ce qui correspond à un montant recouvré par assuré de 14,10 €.

www.msa.fr

statistiques.msa.fr

MSA caisse centrale

19, rue de Paris CS 50070 93013 Bobigny cedex Tél. : 01 41 63 75 83

www.msa.fr

