



agir ensemble

# Rapport Charges et Produits MSA 2020

■ Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement  
sur l'évolution des charges et des produits au titre de 2020 (loi du 13 août 2004)



# Sommaire

# Sommaire

<b>Synthèse</b> .....	<b>7</b>
<b>Liste des propositions de la MSA pour 2020</b> .....	<b>16</b>
Axe « Lutte contre les inégalités de santé par la prévention, la promotion de la santé et l'éducation à la santé »	16
Axe « Structuration de l'offre de soins sur les territoires ».....	16
Axe « Qualité des pratiques et pertinence des soins ».....	16
Axe « Contrôle et lutte contre la fraude » .....	16
Axe « Recherche en santé, enjeux numériques et science de la donnée ».....	16
<b>Partie 1 : Le suivi de l'Ondam au régime agricole</b> .....	<b>17</b>
1.1. Les prestations prises en charge au régime agricole en 2018.....	18
1.1.1. L'évolution des soins de ville.....	19
1.1.2. L'évolution des dépenses au titre des établissements de santé.....	20
1.2. Perspectives 2019-2020 pour l'enveloppe des soins de ville.....	21
1.2.1. Les prévisions 2019.....	21
1.2.2. Les évolutions tendancielles 2020 en soins de ville .....	23
<b>Partie 2 : Les caractéristiques de la population agricole</b> .....	<b>24</b>
2.1. Les caractéristiques démographiques des personnes protégées en maladie au régime agricole.....	25
2.2. Les caractéristiques sanitaires des personnes protégées en maladie au régime agricole.....	32
2.2.1. Les patients pris en charge au titre d'une ALD au régime agricole .....	32
2.2.1.1. La prévalence des ALD au régime agricole .....	32
2.2.1.2. L'incidence des ALD au régime agricole.....	37
2.2.1.3. Zoom sur les patients diabétiques au régime agricole.....	38
2.2.2. La mortalité par suicide des assurés du régime agricole .....	41
2.3. Les caractéristiques territoriales de la population agricole .....	45
2.3.1. Zonage en aires urbaines et tranches détaillées d'unités urbaines.....	48
2.3.2. La population MSA dans la typologie des campagnes françaises.....	50
2.3.3. La population MSA dans la typologie de l'accessibilité aux soins et de l'attractivité territoriale .....	53
2.3.4. Synthèse .....	55
2.4. Le recours aux hospitalisations non programmées.....	56

<b>Partie 3 : Les propositions de la MSA pour contribuer aux politiques publiques de santé.....</b>	<b>60</b>
3.1. Lutter contre les inégalités de santé par la prévention, la promotion de la santé et l'éducation à la santé.....	62
3.1.1. Une offre de prévention ciblée, en lien avec l'ensemble des acteurs de santé .....	62
3.1.2. Un accompagnement des personnes dans l'accès aux droits, la gestion de leur maladie et la prévention du suicide et du mal-être .....	73
3.1.2.1. Le Rendez-vous Prestations MSA pour favoriser l'accès aux droits .....	73
3.1.2.2. L'éducation thérapeutique pour les patients polyopathologiques (ET3P).....	74
3.1.2.3. L'accompagnement du parcours des malades complexes .....	74
3.1.2.4. L'accompagnement du parcours des assurés présentant des pathologies pulmonaires agricoles.....	75
3.1.2.5. La prévention du suicide et du mal-être en agriculture .....	76
3.2. Poursuivre et amplifier l'implication de la MSA dans la structuration de l'offre de soins sur les territoires	79
3.2.1. Développer et partager la connaissance des territoires notamment ruraux .....	79
3.2.2. Poursuivre et amplifier l'accompagnement de la coordination de l'offre de soins à l'échelle des patientèles (MSP, ESP, centres de santé,...) .....	82
3.2.3. Contribuer à la mise en place de la coordination des acteurs de santé à l'échelle des territoires (CPTS)...	83
3.2.4. Poursuivre la sensibilisation des professionnels de santé à l'exercice en milieu rural et expérimenter l'accueil des futurs professionnels de santé dans le cadre du service sanitaire .....	83
3.2.5. Expérimenter une offre de services aux assurés dans le cadre de leur parcours de santé.....	84
3.3. Renforcer la qualité des pratiques et la pertinence des soins .....	86
3.3.1. Les actions du plan national GDR 2018 de la MSA.....	86
3.3.2. Les nouvelles études et propositions .....	87
3.3.2.1. Pertinence et efficacité des produits de santé .....	87
3.3.2.2. Pertinence et qualité des actes.....	102
3.3.2.3. Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail .....	105
3.4. Poursuivre le contrôle et la lutte contre la fraude.....	106
3.4.1. Le bilan lutte contre la fraude 2018 de la MSA dans le domaine santé .....	106
3.4.2. Les nouvelles propositions .....	108
3.4.2.1. Renover la stratégie de contrôle des frais de santé.....	108
3.4.2.2. Généraliser l'action GDR-LCF en matière de transport .....	109
3.5. Promouvoir la recherche en santé, répondre aux enjeux numériques et développer la science de la donnée ....	110
.....	110
3.5.1. Créer un comité d'orientation scientifique et un conseil scientifique pour la recherche en santé.....	110
3.5.2. Développer la science de la donnée et mobiliser les technologies de l'intelligence artificielle .....	111
3.5.3. Répondre aux enjeux numériques et contribuer à l'espace numérique de santé .....	111

<b>Annexes</b> .....	<b>112</b>
<b>Annexe 1 : Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2018-2019</b> .....	<b>113</b>
1.1. Thématique « Lutte contre les inégalités de santé par la prévention, la promotion de la santé et l'éducation à la santé ».....	113
1.2. Thématique « Gestion du risque et conseils aux prescripteurs et offreurs de soins » .....	117
1.3. Thématique « Accès à l'offre de soins sur les territoires ruraux » .....	126
1.4. Thématique « Enjeux numériques et science de la donnée » .....	129
<b>Annexe 2 : Les effectifs et taux de prévalence et d'incidence bruts des patients en ALD au régime agricole ...</b>	<b>133</b>
2.1 Effectifs et taux de prévalence .....	133
2.2 Effectifs et taux d'incidence.....	134
<b>Annexe 3 : Les caractéristiques territoriales de la population agricole</b> .....	<b>135</b>
3.1. Définitions Insee .....	135
3.2. Cartes .....	136
3.3. Données chiffrées.....	139
<b>Annexe 4 : Les actions du plan national GDR maladie 2018</b> .....	<b>147</b>
4.1. Prévention .....	147
4.2. Structuration de l'offre de soins .....	147
4.2.1. Mise sous accord préalable des établissements-chirurgie ambulatoire .....	147
4.2.2. PRADO .....	147
4.2.2.1. Maternité .....	148
4.2.2.2. Chirurgie .....	148
4.2.2.3. Insuffisance cardiaque.....	148
4.2.2.4. Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).....	149
4.3. Pertinence et efficacité des produits de santé .....	149
4.3.1. Médicaments : action Versatis® et le respect de l'indication remboursable.....	149
4.3.2. LPP – Contrôle systématique des demandes d'accord préalable de grand appareillage .....	150
4.4. Pertinence et qualité des actes .....	152
4.4.1. Mise sous accord préalable - Chirurgie bariatrique chez les mineurs .....	152
4.4.2. Actes dentaires – Contrôle des actes itératifs sur une période de 2 ans sur une même dent pour un assuré réalisés par le même praticien .....	152
4.5. La pertinence et l'efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports .....	152

4.5.1. Arrêts de travail .....	152
4.5.1.1. Contrôle des arrêts de travail répétitifs .....	153
4.5.1.2. Ciblage des pathologies lombaires dans le cadre du contrôle des arrêts de travail .....	153
4.5.2. Transports : suivi des dépenses et action de sensibilisation à l'utilisation du véhicule personnel .....	154
4.6. Le contrôle et la lutte contre la fraude.....	155
4.6.1. Arrêts de travail .....	155
4.6.1.1. Contrôle du respect du délai d'envoi (48h pour les salariés et 72h pour les non-salariés agricoles) .	155
4.6.1.2. Contrôle de la qualité du prescripteur en cas de prolongation .....	155
4.6.2. Transports : action GDR LCF .....	155
4.6.3. Actes infirmiers .....	156
4.6.3.1. Contrôle du respect de la règle de non cumul des AIS3 .....	156
4.6.3.2. Contrôle de la justification médicale des majorations de nuit facturées .....	156
4.6.4. Actes dentaires .....	157
4.6.4.1. Contrôle du respect de la prise en charge du bridge de plus de trois éléments .....	157
4.6.4.2. Suivi des traitements en orthopédie dentofaciale .....	157
4.6.4.3. Contrôle d'un acte CCAM au choix de la caisse.....	158
4.6.4.4. Contrôle du respect de la prise en charge des détartrages .....	158
4.6.5. Tarification à l'activité (T2A) – programme de contrôle .....	159
4.6.6. Contrôle des EHPAD .....	160
4.6.6.1. Programme de contrôle des EHPAD.....	160
4.6.6.2. Programme de contrôle EHPAD LPP .....	160
4.6.7. Contrôle du respect des règles de facturation par les infirmiers libéraux (ou centres de santé) intervenant auprès des assurés pris en charge par les SSIAD .....	161
4.6.8. Signalements et actions locales de LCF .....	161
4.7. Autres actions locales.....	161
4.8. Mutualisation du recours contre tiers .....	162



# 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 est présenté à l'Uncam puis adressé au Gouvernement et au Parlement, en même temps que le rapport de la Cnam.

Le rapport MSA 2020 présente les propositions de la MSA pour contribuer aux politiques publiques de santé. Ces propositions cherchent à accroître l'efficacité du système de santé au bénéfice des ressortissants agricoles et s'inscrivent dans un cadrage financier contraint par l'objectif national des dépenses d'assurance maladie - l'Ondam - dont la progression est fixée à 2,5 % en 2019 par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Ces propositions intègrent également le rôle de la MSA en tant qu'acteur du monde rural ainsi que son approche globale de la santé pour apporter une réponse efficace aux besoins de la personne et adaptée à son territoire de vie.

Le rapport Charges et Produits de la MSA pour 2020 comporte trois parties :

- Le suivi de l'Ondam,
- Les caractéristiques de la population agricole : démographiques, sanitaires, territoriales et en termes de recours aux hospitalisations non programmées,
- Les propositions de la MSA pour contribuer aux politiques publiques de santé selon les axes du plan Ondam 2018-2022.

En **annexe** du rapport est présenté un suivi des propositions formulées dans le rapport Charges et Produits MSA 2019.

Les propositions du rapport 2020 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 2019 rectifie l'Ondam de l'exercice 2018 à 195,4 milliards d'euros (y compris le fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP)), ce qui correspond à une progression annuelle des dépenses de 2,3 % (après 2,1% de prévu en 2017).

Les prestations suivant le champ de l'Ondam prises en charge par les régimes des non-salariés agricoles et des salariés agricoles s'élèvent à 11,84 milliards d'euros en 2018. Elles sont en baisse (- 0,4 %) par rapport aux dépenses de 2017.

Ce recul des dépenses résulte de la baisse de 0,7 % des dépenses en établissements de santé et dans une moindre mesure de celle de 0,1 % des dépenses de soins de ville.

Les prestations exécutées en établissement de santé et en ville représentent respectivement 52,4 % et 45,3 % des dépenses du régime agricole suivant le champ de l'Ondam en 2018.

La LFSS pour 2019 fixe l'Ondam pour les quatre années à venir et retient une évolution annuelle de 2,5 % pour 2019, puis 2,3 % pour les années suivantes jusqu'en 2022. Pour les soins de ville, l'évolution est fixée à 2,5 % en 2019.

Pour l'ensemble du régime agricole, l'évolution prévisionnelle des dépenses de soins de ville dans le champ de l'Ondam 2019, 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, serait de -0,4 %.

Il est ainsi prévu un repli des remboursements de soins de ville plus marqué que celui observé en 2018 (- 0,1 %). Cette évolution résulte d'économies prévisionnelles plus importantes, de montants de revalorisation moins élevés - correspondant principalement aux impacts du dispositif 100% santé et à des reports des revalorisations intervenues en 2018 (infirmiers, kinésithérapeutes) - et un effet de calendrier déflationniste (contribue pour -0,4 point à l'évolution des dépenses, l'année 2019 comportant un jour ouvré de moins que 2018) ; malgré une tendance toujours à la hausse des remboursements de soins.

## 2. La seconde partie de ce rapport est consacrée aux études portant sur les caractéristiques de la population affiliée au régime agricole

A la fin de l'année 2018, 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 (59,2 % de l'effectif total). Sur un an, cette population progresse plus fortement que les années précédentes (+ 1,8 % en 2018, après + 0,4 % en 2017 et + 1,5 % en 2016).

Au régime des non-salariés agricoles, près de 1,3 million de personnes sont protégées (40,8 % de l'effectif total). La baisse des effectifs se poursuit en 2018 (- 2,9 %, après - 3,2 % en 2017). Ce recul pèse sur l'évolution globale de la population protégée par le régime agricole.

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

Géographiquement, le régime agricole est présent sur tout le territoire.

Le taux de présence du régime agricole est même supérieur à deux fois la moyenne nationale (4,9 %) dans 685 territoires de vie sur 2 677, 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.

S'agissant de la connaissance du risque pour les populations agricoles, le rapport 2020 présente les résultats suivants :

- Une première étude traite des affections de longue durée (ALD). Au 31 décembre 2017, 685 902 personnes sont exonérées du ticket modérateur au titre d'au moins une ALD au régime agricole, soit 214,8 ‰ de la population couverte en maladie. Un tiers (33,5 %) de ces patients en ALD sont exonérés au titre d'au moins deux pathologies. Le taux de prévalence brut du régime agricole (214,8 ‰) est plus élevé que le taux de prévalence observé au régime général au 31/12/2016 (169,0 ‰). Cette différence s'expliquant par la structure par âge de la population protégée par le régime agricole - plus âgée - le taux de prévalence au régime agricole, standardisé avec une structure par âge et sexe proche de celle du régime général (population française métropolitaine au 1er janvier 2018) se trouve à un niveau inférieur à celui du régime général : 145,2 ‰ vs 169,0 ‰. Les trois ALD ayant les taux de prévalence les plus élevés sont le diabète avec un taux de prévalence de 54,5 ‰, l'insuffisance cardiaque grave 48,6 ‰ et les cancers 43,4 ‰. Ces trois ALD (8, 5, 30) concentrent 68,2 % des patients en ALD. En termes d'incidence, 143 257 personnes ont été admises en 2017 pour une nouvelle ALD, soit un taux d'incidence de 44,6 ‰. Cette première étude propose également un zoom sur les patients diabétiques. Il en ressort que les recommandations HAS relatives aux examens de surveillance sont toujours insuffisamment suivies chez les patients diabétiques du régime agricole.
- Une étude par la CCMSA des données du système national des données de santé (SNDS) montre qu'il existe une surmortalité par suicide des assurés du régime agricole par rapport à l'ensemble des consommateurs de 15 à 64 ans tous régimes confondus (une fois neutralisées les différences de structure par âge et par genre des populations des différents régimes).
- Une troisième étude vise à caractériser la population MSA à partir de deux zonages de l'Insee (zonage en aires urbaines et tranches détaillées d'unités urbaines) d'une part et de deux typologies du CGET et de l'Irdes (respectivement typologie des campagnes françaises et typologie de l'accessibilité aux soins et de l'attractivité territoriale) d'autre part.

Le croisement des deux zonages de l'Insee montre tout d'abord que la population affiliée au régime agricole (ayant consommé des soins) réside plus fréquemment que l'ensemble de la population française dans une commune rurale (53% versus 23%). Néanmoins, il n'y a pas de concentration de la population couverte par le régime agricole dans un seul type de commune. Trois grands groupes peuvent en effet être constitués concentrant 86 % de la population MSA :

- 35 % réside dans une commune urbaine d'une grande aire urbaine (en majorité dans le pôle lui-même),
- 27 % réside dans une commune rurale isolée ou multipolarisée,
- 24 % réside dans une commune rurale d'une grande aire urbaine.

La typologie des campagnes françaises du CGET, avec une approche qui allie démographie et économie, affine cette vision des espaces ruraux. Selon cette typologie, les assurés agricoles résident à :

- 32 % dans des campagnes à proximité des villes, du littoral et des vallées urbanisées,
- 22 % dans des campagnes vieilles à très faibles densités,
- 22 % dans des unités urbaines de plus de 10 000 emplois,
- 20 % dans des campagnes agricoles et industrielles sous faible influence urbaine.

Dans le cadre de la typologie de l'accessibilité aux soins et de l'attractivité territoriale développée par l'Irdes, la majorité (32%) des assurés du régime agricole réside dans la classe « marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles » contre 13% pour la population métropolitaine.

Ces zonages et typologies permettent de montrer que la répartition géographique des assurés relevant de la MSA n'est pas homogène sur le territoire français et qu'il subsiste une part non négligeable d'entre eux dans les couronnes des grandes aires urbaines et les vallées urbanisées. Ces territoires témoignent d'un dynamisme économique et de conditions de vie favorables. Pour autant, l'analyse menée à partir de ces zonages et typologies met également en exergue une certaine concentration des assurés MSA dans des zones géographiques rurales peu attractives, éloignées des centres d'activités et composées de populations âgées fragiles. Par conséquent, les besoins des assurés relevant de la MSA se révèlent très différents, ce qui implique un accompagnement différencié selon les territoires et les populations visées.

- Une dernière étude concerne le recours aux hospitalisations non programmées, *i.e.* les hospitalisations après passage par les urgences en médecine, en chirurgie ou en obstétrique (MCO) au régime agricole. La part des hospitalisations non programmées est en augmentation passant de 29 % en 2012 à 32 % en 2017, avec un coût estimé à 890 millions d'euros. Cette part est particulièrement élevée aux âges extrêmes de la vie et cinq motifs concentrent près du tiers des dépenses. La comparaison de la part d'hospitalisations non programmées entre le régime agricole et les autres régimes montre que cette part est plus élevée au régime agricole que dans les autres régimes d'assurance maladie, en particulier chez les 75 ans et plus. Enfin, l'étude estime qu'environ 42 000 hospitalisations non programmées auraient pu être évitées au régime agricole en 2017 (insuffisances cardiaques congestives et pneumopathies bactériennes principalement) avec un montant d'économies potentielles estimé à 150 millions d'euros.

### 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 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'efficacité du système de soins.

Les propositions de la MSA pour 2020 s'articulent autour des axes de la stratégie nationale de santé et des six axes du plan Ondam 2018-2022 d'appui à la transformation du système de santé (PATSS), à savoir :

- Prévention,
- Structuration de l'offre de soins,
- Pertinence et efficacité des produits de santé,
- Pertinence et qualité des actes,
- Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports,
- Contrôle et lutte contre la fraude.

Ainsi, **la MSA poursuivra le développement de ses programmes nationaux de prévention visant à lutter contre les inégalités de santé**. Au-delà des actions pilotées par l'Etat et menées en inter-régimes, la MSA développe des actions ciblées en lien avec l'ensemble des acteurs de santé et adaptées aux besoins des assurés notamment des jeunes, des non-consommateurs de soins, et des publics les plus précaires.

Dans le contexte de transformation du fonds tabac inter-régimes en fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives, la MSA propose de mettre en œuvre en 2019 un plan de prévention des conduites addictives. Ce plan aura pour objectif la réduction des risques, en permettant à nos ressortissants d'adopter des comportements plus favorables à leur santé.

Avec les bons résultats obtenus depuis la mise en place du dispositif d'accompagnement du M'T dents destiné aux enfants de 7, 10 et 13 ans non-consommateurs de soins dentaires, un examen de prévention bucco-dentaire à destination des enfants de 4 ans non-consommateurs de soins dentaires sera déployé en 2020. Les enfants de 4 ans n'ayant bénéficié d'aucun acte bucco-dentaire dans l'année de leurs 3 ans seront dorénavant invités à réaliser un examen de prévention chez le chirurgien-dentiste, entièrement pris en charge par la MSA.

Par ailleurs, étant donné que les malades chroniques les plus complexes nécessitent des modalités de prise en charge renforcées et suite aux demandes récurrentes des professionnels de santé, la MSA propose d'accompagner le parcours des malades complexes en lien avec leur médecin traitant.

Avec le lancement en 2019 de Repran - le réseau national de prise en charge et de recherche sur la pathologie pulmonaire en milieu agricole - la MSA accompagnera le parcours des assurés présentant des pathologies pulmonaires agricoles sur tout le territoire.

La MSA renforcera également son plan d'actions visant à prévenir le mal-être de ses assurés (plan national MSA de prévention du suicide, prévention primaire dans les domaines de la santé-sécurité au travail et de l'action sanitaire et sociale).

**La MSA poursuivra et amplifiera son implication dans la structuration de l'offre de soins sur les territoires.** Elle développera son offre en complémentarité avec l'inter-régimes et les ARS en apportant des solutions nouvelles et efficaces 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 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.

Dans ce domaine, la MSA propose :

- d'amplifier l'accompagnement de la coordination de l'offre de soins à l'échelle des patientèles (MSP, ESP, centres de santé, *etc.*),
- de contribuer à la mise en place de la coordination des acteurs de santé à l'échelle des territoires (CPTS),
- de poursuivre la sensibilisation des professionnels de santé à l'exercice en milieu rural et d'expérimenter l'accueil des futurs professionnels de santé dans le cadre du service sanitaire,
- d'expérimenter une offre de services aux assurés dans le cadre de leur parcours de santé.

Ce projet d'une offre de services en santé MSA vise à offrir aux affiliés agricoles une prestation gratuite de mise en relation avec les services facilitant leur parcours de santé et cohérent avec leur situation. Cette prestation prendra la forme d'une plateforme qui doit permettre un accompagnement complet de l'affilié tout au long de la vie, avant la maladie en aidant à la prévention, pendant les prises en charges ponctuelles en le guidant vers une prise en charge pertinente et de qualité, dans le cas de maladies chroniques en l'accompagnant dans son parcours de soins et des situations de dépendances avec la mise en relation coordonnée des services concernés sur le territoire.

**La MSA renforcera ses actions de gestion du risque en lien avec la qualité des pratiques et la pertinence des soins** 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 des dépenses.

En 2019, 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.

Pour 2020, la MSA propose les 5 nouvelles actions suivantes :

- deux actions couvrent la pertinence et l'efficience des produits de santé :
  - o pour les médicaments : accompagner et contrôler la pertinence et la justification médicale des prescriptions de fentanyl transmuqueux face aux constats de mésusages,
  - o pour la liste des produits et prestations : contrôler la pertinence et la justification médicale des prescriptions de dispositifs Freestyle Libre (lecteur et capteurs) suite au constat de non-respect des conditions de prise en charge au régime agricole.
- deux actions dans le cadre de la pertinence et de la qualité des actes :
  - o s'assurer de la conformité de la facturation des sièges coquilles, suite à la parution de la nouvelle nomenclature les concernant,
  - o accompagner les professionnels de santé en odontologie dans le cadre de la nouvelle cotation du bilan parodontal chez les assurés du régime agricole reconnu en ALD 8 (diabète).

- une action en matière de pertinence et d'efficacité des prescriptions d'arrêts de travail consiste à accompagner et contrôler les assurés en arrêts de travail pour pathologies psychiatriques. Cet accompagnement global est facilité par les services proposés par la MSA et son atout du guichet unique.

**En matière de contrôle et de lutte contre la fraude,** la MSA propose de :

- rénover sa stratégie de contrôle des frais de santé,

La rénovation de la stratégie de contrôle des frais de santé s'inscrit dans un objectif de plus grande efficacité du processus de contrôle des feuilles de soins, cadré par une harmonisation des pratiques entre MSA, des exigences de productivité et de qualité de service. Ce principe est partagé en inter-régimes en lien avec le déploiement du tiers payant généralisé.

- généraliser l'action GDR-LCF en matière de transport,

Suite à l'expérimentation de son action de gestion du risque et de lutte contre la fraude en matière de transport, la MSA généralisera cette action à la fin de l'année 2019. Les objectifs de cette action sont triples :

- o détecter des atypies chez les transporteurs (ambulances, véhicules sanitaires légers et taxis),
- o contrôler/vérifier les facturations transmises à la MSA,
- o sanctionner les pratiques frauduleuses.

La méthodologie se base sur une liste d'indicateurs liés aux remboursements fourni par la CCMSA aux caisses de MSA. Cette liste est accompagnée d'outils d'aide à l'exploitation des atypies.

**Enfin, dans le cadre de la recherche en santé, des enjeux numériques et de la science de la donnée,** la MSA propose de :

- créer un comité d'orientation scientifique et un conseil scientifique en MSA pour la recherche en santé,

Les réflexions de la MSA dans le cadre de ces instances nouvelles devraient nourrir les thématiques de la recherche en santé, des enjeux numériques et de la science de la donnée, et celle plus spécifique en lien avec la population agricole, idéalement en y associant des expérimentations à mener en partenariat dans le cadre d'appel à projet à compter de 2020.

- contribuer à la recherche en santé à partir des technologies de l'intelligence artificielle,

Dans le cadre des perspectives de développement de la science des données, la MSA a rejoint en tant que partenaire, l'une des chaires en santé portée par le laboratoire TIMC, de l'institut interdisciplinaire en intelligence artificielle grenoblois (MIAI) récemment labellisé par les pouvoirs publics (Programme Investissements d'Avenir, janvier 2019).

Cette chaire, dénommée « Deep Care » a pour projet d'articuler l'intelligence artificielle et une vision intégrative de la santé, dépassant la seule prise en charge thérapeutique, en lien avec la vision de la médecine 4P (prédictive, préventive, personnalisée et participative).

La MSA mettra à disposition des jeux de données sur les populations agricoles et apportera son expertise notamment en matière de risques professionnels.

- contribuer à la mise en œuvre du virage numérique et à la création de l'espace numérique de santé (ENS).

La MSA s'est fortement positionnée auprès des pouvoirs publics afin de contribuer au déploiement du virage numérique en santé.

Elle s'est notamment donnée pour objectif de contribuer à la construction de l'ENS en participant à l'élaboration de certaines « briques » du futur système d'information et en mobilisant des moyens humains et financiers (1,5 M € en 2019).

**Liste des propositions  
de la MSA  
pour 2020 en lien avec la  
stratégie nationale de santé**

## Liste des propositions de la MSA pour 2020

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

**Proposition 1 :** Mettre en œuvre un plan de prévention des conduites addictives

**Proposition 2 :** Étendre l'accompagnement du dispositif M'T dents aux enfants âgés de 4 ans non-consommateurs d'actes dentaires dans l'année de leurs 3 ans

**Proposition 3 :** Accompagner le parcours des malades complexes en lien avec leur médecin traitant

**Proposition 4 :** Accompagner le parcours des assurés présentant des pathologies pulmonaires agricoles sur tout le territoire

**Proposition 5 :** Renforcer le plan d'actions de la MSA pour prévenir le mal-être de ses assurés (suicide, prévention primaire dans les domaines de la santé-sécurité au travail et de l'action sanitaire et sociale)

### Axe « Structuration de l'offre de soins sur les territoires »

**Proposition 6 :** Amplifier l'accompagnement de la coordination de l'offre de soins à l'échelle des patientèles (MSP, ESP, centres de santé, etc.)

**Proposition 7 :** Contribuer à la mise en place de la coordination des acteurs de santé à l'échelle des territoires (CPTS)

**Proposition 8 :** Expérimenter l'accueil des futurs professionnels de santé dans le cadre du service sanitaire

**Proposition 9 :** Expérimenter une offre de services aux assurés dans le cadre de leur parcours de santé

### Axe « Qualité des pratiques et pertinence des soins »

**Proposition 10 :** Accompagner et contrôler la pertinence et la justification médicale des prescriptions de fentanyl transmuqueux

**Proposition 11 :** Contrôler la pertinence et la justification médicale des prescriptions de dispositifs Freestyle Libre (lecteur et capteurs)

**Proposition 12 :** S'assurer de la conformité de la facturation des sièges coquilles

**Proposition 13 :** Accompagner les professionnels de santé en odontologie dans le cadre de la nouvelle cotation du bilan parodontal chez les assurés du régime agricole reconnu en ALD 8 (diabète)

**Proposition 14 :** Accompagner et contrôler les assurés en arrêts de travail pour pathologies psychiatriques

### Axe « Contrôle et lutte contre la fraude »

**Proposition 15 :** Rénover la stratégie de contrôle des frais de santé

**Proposition 16 :** Généraliser l'action GDR-LCF en matière de transport

### Axe « Recherche en santé, enjeux numériques et science de la donnée »

**Proposition 17 :** Créer un comité d'orientation scientifique et un conseil scientifique en MSA pour la recherche en santé

**Proposition 18 :** Contribuer à la recherche en santé à partir des technologies de l'intelligence artificielle

**Proposition 19 :** Contribuer à la mise en œuvre du virage numérique et à la création de l'espace numérique de santé

# Partie 1 :

## Le suivi de l'Ondam au régime agricole

## 1.1. Les prestations prises en charge au régime agricole en 2018

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019 rectifie l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) de l'exercice 2018 à 195,4 milliards d'euros (y compris le fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP)), ce qui correspond à une progression annuelle des dépenses de 2,3 % (après 2,1% de prévu en 2017).

Les prestations suivant le champ de l'Ondam prises en charge par les régimes des non-salariés agricoles et des salariés agricoles s'élèvent à 11,84 milliards d'euros en 2018. Elles sont en baisse (- 0,4 %) par rapport aux dépenses de 2017 (**Tableau 1**).

Ce recul des dépenses résulte de la baisse de 0,7 % des dépenses en établissements de santé et dans une moindre mesure de celle de 0,1 % des dépenses de soins de ville.

Les prestations exécutées en établissement de santé et en ville représentent respectivement 52,4 % et 45,3 % des dépenses du régime agricole suivant le champ de l'Ondam en 2018.

**Tableau 1 :**  
**Prestations champ Ondam en 2018 - Montants en millions d'euros**

	Régime Agricole		Non-salariés		Salariés	
	Montants	Evolution	Montants	Evolution	Montants	Evolution
Honoraires des médecins généralistes	324,4	-13,7%	172,0	-17,9%	152,4	-8,3%
Honoraires des médecins spécialistes	560,2	1,4%	284,1	-1,1%	276,1	4,2%
Honoraires des dentistes	152,2	-0,2%	66,2	-2,7%	85,9	1,8%
Honoraires paramédicaux	1 006,1	0,5%	688,8	-0,7%	317,3	3,2%
dont honoraires des infirmiers	733,4	0,3%	532,9	-0,7%	200,5	2,8%
dont honoraires des masseurs kinésithérapeutes	232,0	0,3%	140,7	-1,4%	91,4	3,0%
Biologie	175,8	-4,5%	96,8	-6,7%	79,0	-1,6%
Transports	314,1	-0,2%	188,6	-2,2%	125,5	2,9%
Produits de santé	1 688,0	0,0%	969,2	-1,7%	718,8	2,3%
dont produits de la LPP	441,3	0,2%	271,3	-2,0%	170,0	3,8%
dont médicaments	1 246,7	-0,1%	697,9	-1,6%	548,8	1,8%
Autres prestations (autres honoraires, cures thermales...)	77,6	51,2%	46,8	53,7%	30,8	47,4%
Autres charges (*)	491,3	-1,4%	286,8	-9,5%	204,4	12,8%
<b>TOTAL SOINS DE VILLE HORS INDEMNITES</b>	<b>4 789,6</b>	<b>-0,6%</b>	<b>2 799,4</b>	<b>-3,1%</b>	<b>1 990,2</b>	<b>3,1%</b>
<b>JOURNALIERES</b>						
Indemnités journalières	574,6	4,2%	107,5	0,7%	467,2	5,1%
<b>TOTAL SOINS DE VILLE</b>	<b>5 364,3</b>	<b>-0,1%</b>	<b>2 906,9</b>	<b>-2,9%</b>	<b>2 457,4</b>	<b>3,5%</b>
Etablissements hors médico-sociaux	4 511,3	-1,2%	2 854,7	-1,8%	1 656,5	-0,2%
Etablissements médico-sociaux	1 694,4	0,8%	1 043,3	-0,8%	651,1	3,3%
dont Etablissements pour personnes handicapées	398,1	2,4%	53,3	-16,3%	344,8	6,1%
dont Etablissements pour personnes âgées	1 296,3	0,3%	990,0	0,3%	306,3	0,2%
<b>TOTAL PRESTATIONS EXECUTEES EN ETABLISSEMENT</b>	<b>6 205,7</b>	<b>-0,7%</b>	<b>3 898,1</b>	<b>-1,5%</b>	<b>2 307,6</b>	<b>0,8%</b>
Autres prises en charges et FIR	272,1	1,0%	170,4	2,6%	101,7	-1,7%
<b>TOTAL CHARGES ONDAM</b>	<b>11 842,0</b>	<b>-0,4%</b>	<b>6 975,3</b>	<b>-2,0%</b>	<b>4 866,7</b>	<b>2,1%</b>

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

Source : MSA

Les dépenses suivant le champ de l'Ondam pour **le régime des non-salariés agricoles** s'élèvent à 6,98 milliards d'euros en 2018, en diminution de 2,0 % sur un an.

L'évolution des dépenses de soins de ville atteint - 2,9 %. Les dépenses des prestations exécutées en établissements, qui représentent plus de la moitié des dépenses (55,9 %), diminuent de 1,5 %.

Les dépenses suivant le champ de l'Ondam pour **le régime des salariés agricoles** sont de 4,87 milliards d'euros en 2018. Elles augmentent de 2,1 % par rapport à 2017.

Les remboursements de soins de ville des salariés agricoles, qui représentent 50,5 % de la dépense totale, sont en hausse de 3,5 % en 2018. Les dépenses en établissements (47,4 % des dépenses totales de ce régime) progressent de 0,8 % en un an.

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 d'environ 3 % depuis de nombreuses années. Les effectifs du régime des salariés agricoles progressent quant à eux : 1,5 % en 2016, 0,4 % en 2017 et 1,8 % en 2018.

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

Les dépenses de soins de ville du régime agricole suivant le champ de l'Ondam évoluent de - 0,1 % en 2018.

L'évolution très faible des honoraires des médecins généralistes, - 13,7 % en 2018 après + 0,5 % en 2017, résulte, pour près de 10 points, du remplacement depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018 des différentes rémunérations forfaitaires versées jusqu'à présent (FMT, RMT, RST et MPA) par un forfait patientèle médecin traitant (FPMT). En effet, ces rémunérations ne sont pas intégrées au poste des médecins omnipraticiens mais aux autres prestations. Le reste de la baisse combine une évolution négative du nombre de consultations et visites, et le moindre impact des revalorisations tarifaires liées à la convention médicale de 2016.

Les remboursements d'analyses médicales, les frais de transport, les honoraires des dentistes, les produits de la LPP ainsi que plus marginalement les honoraires de médecins spécialistes et des infirmiers connaissent également des évolutions 2018 inférieures aux évolutions 2017, de respectivement - 3,2 points, - 1,9 point, - 1,2 point, - 0,9 point, - 0,2 point et - 0,2 point par rapport à 2017.

A contrario, les honoraires de masseurs kinésithérapeutes, les dépenses de médicaments et de manière plus marquée les versements d'indemnités journalières enregistrent des évolutions supérieures à celles de l'année précédente (+ 0,2 point, + 0,3 point et + 1,3 point).

Les dépenses de soins de ville pour les **non-salariés agricoles** diminuent de 2,9 % en 2018. Presque tous les postes de dépenses connaissent en 2018 des évolutions inférieures à celles de 2017. Les postes dont la baisse des remboursements s'accroît le plus sont les honoraires des médecins généralistes avec un recul de 15,7 points et les remboursements d'analyses médicales en laboratoire (- 3,1 points). A l'inverse, l'évolution des dépenses de médicaments gagne 0,7 point en un an et celle des indemnités journalières, 1,6 point.

Pour le régime des **salariés agricoles**, les dépenses de soins de ville enregistrent en 2018 une hausse de 3,5 %. Cette progression des dépenses résulte des évolutions à la hausse de l'ensemble des postes de dépenses de soins de ville à l'exception des honoraires des généralistes et des remboursements d'analyses médicales en laboratoire. Les postes contribuant le plus à la dynamique des dépenses sont les honoraires des médecins spécialistes et les indemnités journalières avec des contributions respectives de 0,5 point et 1,0 point. Contribuent également à cette hausse, les autres postes de dépenses, dont les honoraires paramédicaux et les médicaments pour 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 baissent de 0,7 % en 2018, avec une diminution de 1,5 % pour le régime des non-salariés agricoles et une croissance de 0,8 % pour le régime des salariés agricoles (**Tableau 2**).

**Tableau 2 :**  
**Évolution des dépenses par type d'établissements en 2018**

	<b>Total</b>	<b>Établissements publics de santé</b>	<b>Établissements privés de santé</b>	<b>Établissements médico-sociaux</b>
<b>Régime agricole</b>	-0,7%	-1,7%	-1,6%	0,8%
<b>Non-salariés</b>	-1,5%	-2,0%	-4,0%	-0,8%
<b>Salariés</b>	0,8%	-1,3%	1,9%	3,3%

Source : MSA

Les dépenses au titre des établissements publics de santé baissent de 1,7 %. Ce recul s'observe aussi bien dans le régime des non-salariés (- 2,0 %), que dans le régime des salariés (- 1,3 %). Il provient probablement de la baisse du poids du régime agricole dans l'ensemble des dépenses à répartir entre les régimes d'assurance maladie. Cela reste une hypothèse dans l'attente de la parution des clés de répartition pour 2018.

Les remboursements de soins en établissements privés de santé diminuent de 1,6 %. La baisse est marquée dans le régime des non-salariés (- 4,0 %) tandis que les dépenses sont en croissance dans le régime des salariés (1,9 %). Les principaux facteurs ayant impacté ces dépenses en 2018 sont l'évolution démographique de chacun des régimes (jouant en négatif pour les non-salariés et en positif pour les salariés), les baisses de prix (hémodialyse notamment) et le développement de l'hospitalisation à domicile.

Les dépenses au titre des établissements médico-sociaux augmentent de 0,8 %. Elles sont relativement stables en ce qui concerne les personnes âgées : 0,3 % dans le régime des non-salariés et 0,2 % dans le régime des salariés. Les évolutions sont plus marquées pour les établissements pour personnes handicapées : - 16,3 % dans le régime des non-salariés (mais faible poids dans les dépenses) et 6,1 % dans le régime des salariés.

## 1.2. Perspectives 2019-2020 pour l'enveloppe des soins de ville

### 1.2.1. Les prévisions 2019

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019 fixe l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour les quatre années à venir et retient une évolution annuelle de **2,5 %** pour 2019, puis 2,3 % pour les années suivantes jusqu'en 2022. Pour les soins de ville, l'évolution est fixée à 2,5 % en 2019.

Pour l'**ensemble du régime agricole**, les prévisions de dépenses de **soins de ville** dans le champ de l'Ondam 2019, 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 **5,3 milliards d'euros**, en baisse de **0,4 % (Tableau 3)**.

Il est ainsi prévu un repli des remboursements de soins de ville plus marqué que celui observé en 2018 (- 0,1 %). Cette évolution résulte d'économies prévisionnelles plus importantes (124 M€ nets versus 109 M€ escomptés en 2018), de montants de revalorisation moins élevés (1,7 M€ vs 8,4 M€) - correspondant principalement aux impacts du dispositif 100% santé et à des reports des revalorisations intervenues en 2018 (infirmiers, kinésithérapeutes) - et un effet de calendrier déflationniste (contribue pour -0,4 point à l'évolution des dépenses, l'année 2019 comportant un jour ouvré de moins que 2018) ; malgré une tendance toujours à la hausse des remboursements de soins.

**Tableau 3 :**  
**Prévisions 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)**

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

Source : MSA

(\*) Autres prestations : forfait patientèle médecin traitant (FPMT), cures thermales, autres honoraires...

(\*\*) 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 de dépenses de **soins de ville** dans le champ de l'Ondam 2019 s'élèveraient à 2,8 milliards d'euros et diminueraient de **2,2 %**, après - 2,9 % en 2018.

Les mesures prises en compte sur le champ des soins de ville (économies escomptées nettes des revalorisations tarifaires prévues pour les dentistes et les auxiliaires médicaux) atteindraient 64,1 millions d'euros et joueraient à la baisse sur l'évolution prévisionnelle du régime pour 2,2 points.

L'impact attendu des mesures d'économies, sous forme de baisses de prix et des mesures de maîtrise des dépenses, est particulièrement important s'agissant des **médicaments et des dispositifs médicaux**. L'évolution des produits de santé serait ainsi minorée de 4,7 points et atteindrait - 2,4 % en 2019.

Le repli des **honoraires médicaux** s'amplifierait en 2019, avec une **baisse de 3,8 %**, après - 2,2 % en 2018 à champ constant (généralistes et spécialistes y compris forfait patientèle médecin traitant FPMT). Les honoraires d'**auxiliaires médicaux** maintiendraient en revanche leur rythme de baisse : **- 0,7 %**, soit une contribution à l'évolution des soins de ville de - 0,2 point.

La baisse prévisionnelle des **indemnités journalières** (- **0,9 %** en 2019, après + 0,7 %) est à rapprocher de l'évolution démographique du régime et de la fin de l'impact de la mise en place du temps partiel thérapeutique.

Pour le **régime des salariés agricoles**, les prévisions de dépenses de **soins de ville** dans le champ de l'Ondam 2019 s'élèveraient à **2,5 milliards** d'euros et progresseraient de **1,7 %**, soit une hausse sensiblement plus contenue que celle observée en 2018 (+ 3,5 %).

Les mesures d'économies prévues atteindraient 58,5 millions d'euros, jouant à la baisse sur l'évolution prévisionnelle des remboursements 2019 pour 2,1 points. En particulier, les économies escomptées sur le champ des **produits de santé** modéreraient de 4,4 points la progression des remboursements en 2019, qui s'établirait ainsi à **2,2 %**.

Si les **honoraires médicaux** ralentiraient nettement en 2019 (+ **0,1 %** après + 3,4 % y compris FPMT), les soins d'**auxiliaires médicaux** conserveraient le même rythme de croissance : + **3,2 %**. Ces derniers contribueraient à la croissance des soins de ville à hauteur de 0,4 point.

Les **indemnités journalières** enregistreraient une progression de **2,4 %** en 2019, en net ralentissement par rapport à l'année précédente (+ 5,1 %) sous l'effet des mesures d'économies intégrées dans ce poste de dépenses.

### 1.2.2. Les évolutions tendanciennes 2020 en soins de ville

Pour l'ensemble du régime agricole, les prévisions tendanciennes de dépenses de soins de ville dans le champ de l'Ondam s'établissent à **5,5 milliards** d'euros pour 2020, en hausse de 2,3 % par rapport à 2019 (**Tableau 4**). La croissance serait supérieure de **0,6 point** à l'évolution tendancielle prévisionnelle 2019, du fait notamment de l'existence de deux jours ouvrés de plus en 2020.

Pour le régime des non-salariés agricoles, les remboursements de soins de ville atteindraient 2,9 milliards, correspondant à une progression tendancielle de 0,6 % ; pour le régime des salariés agricoles, le montant s'élèverait à 2,6 milliards, pour une évolution tendancielle de + 4,2 %.

**Tableau 4 :**  
**Prévisions tendanciennes 2020 du champ Ondam, enveloppe des soins de ville**  
**pour le régime agricole, le régime des non-salariés**  
**et celui des salariés (taux d'évolution)**

Évolution 2020	Régime Agricole	Non-salariés	Salariés
Honoraires des médecins généralistes	+1,9%	+0,7%	+3,3%
Honoraires des médecins spécialistes	+4,1%	+1,8%	+6,3%
Honoraires des dentistes	+2,7%	-0,2%	+4,9%
Honoraires paramédicaux	+2,1%	+0,8%	+4,6%
dont honoraires des infirmiers	+1,7%	+0,7%	+4,0%
dont honoraires des masseurs kinésithérapeutes	+2,7%	+0,8%	+5,4%
Biologie	+3,1%	+1,4%	+5,1%
Transports	+2,6%	+0,9%	+5,1%
Produits de santé	+2,0%	+0,2%	+4,3%
dont produits de la LPP	+5,3%	+3,3%	+8,3%
dont médicaments	+0,9%	-0,9%	+3,0%
Autres prestations (*)	+1,3%	+0,2%	+2,9%
Autres charges (**)	+0,3%	-0,1%	+0,7%
<b>TOTAL SOINS DE VILLE HORS INDEMNITES</b>			
<b>JOURNALIERES</b>	<b>+2,2%</b>	<b>+0,6%</b>	<b>+4,3%</b>
Indemnités journalières	+3,5%	+1,2%	+4,0%
<b>TOTAL SOINS DE VILLE</b>	<b>+2,3%</b>	<b>+0,6%</b>	<b>+4,2%</b>

Source : MSA

(\*) Autres prestations : forfait patientèle médecin traitant (FPMT), cures thermales, autres honoraires...

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

## **Partie 2 :**

# **Les caractéristiques de la population agricole**

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

A la fin de l'année 2018, 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 (59,2 % de l'effectif total). Sur un an, cette population progresse plus fortement que les années précédentes (+ 1,8 % en 2018, après + 0,4 % en 2017 et + 1,5 % en 2016).

Au régime des non-salariés agricoles, près de 1,3 million de personnes sont protégées (40,8 % de l'effectif total). La baisse des effectifs se poursuit en 2018 (- 2,9 %, après - 3,2 % en 2017 et - 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. En 2018, la progression à nouveau dynamique des effectifs relevant du régime des salariés (+ 1,8 %) atténue le recul de la population protégée au régime agricole (en hausse de 0,9 point entre 2017 et 2018). Parallèlement, la baisse annuelle des effectifs au régime des non-salariés agricoles s'atténue légèrement depuis trois ans (+ 0,7 point entre 2015 et 2018).

**Graphique 1 :**  
Evolution annuelle de la population protégée en maladie des régimes agricoles



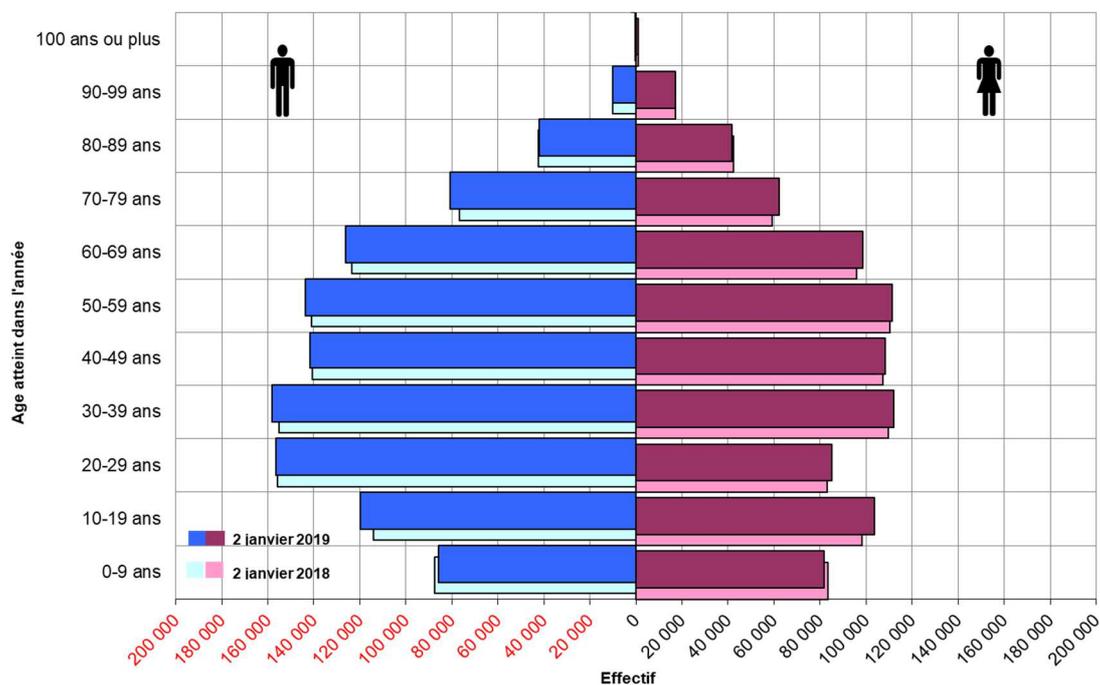
Sources : CNAV, CCMSA

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.

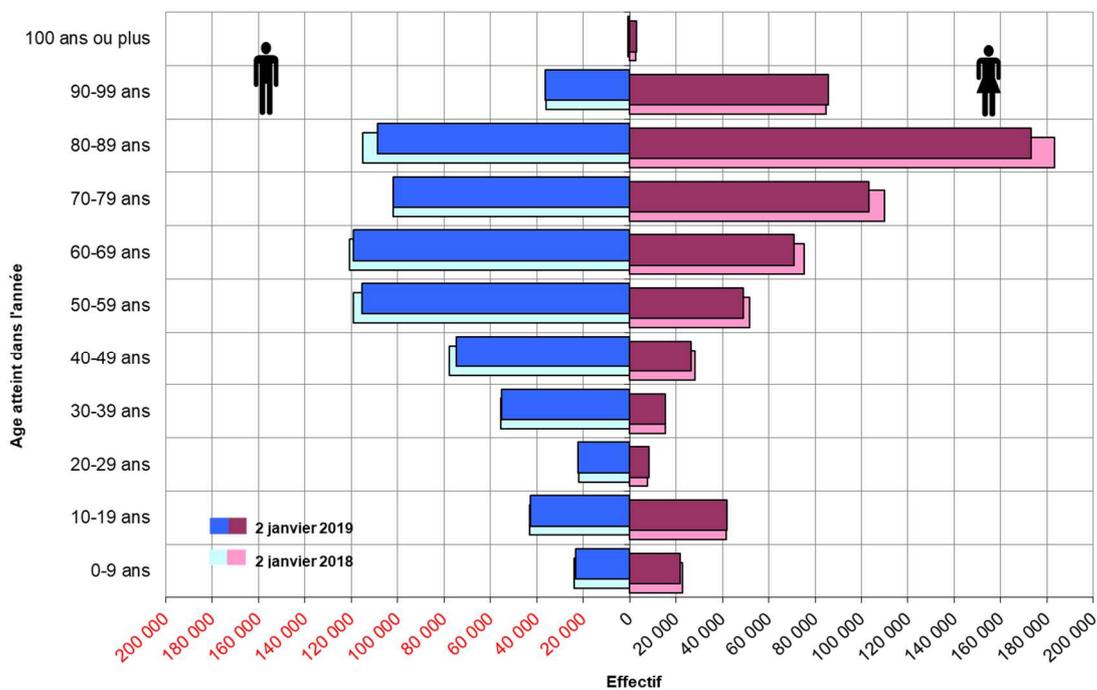
Au régime des salariés agricoles, la pyramide des âges est comparable à celle de la population française métropolitaine. Les personnes en âge de travailler représentent 53,8 % des effectifs, les moins de 20 ans, 20,7 %, et les 60 ans et plus, 25,5 % (**Tableau 5**).

Le régime des non-salariés agricoles a la spécificité d'avoir une forte proportion de personnes âgées. En effet, 61,8 % des effectifs sont âgés de 60 ans et plus, alors que seuls 10,0 % ont moins de 20 ans (**Tableau 6**).

**Graphique 2 :**  
**Pyramide des âges au régime des salariés agricoles**



**Graphique 3 :**  
**Pyramide des âges au régime des non-salariés agricoles**



Sources : CNAV, CCMSA

- La population protégée en maladie au régime des salariés progresse fortement en 2018 (+ 1,8 % après + 0,4 % en 2017) (**Tableau 5**). L'année 2018 confirme la reprise de la croissance des effectifs, proche de l'évolution de 2016. Jusqu'à 80 ans, toutes les tranches d'âge contribuent positivement à la croissance annuelle de l'effectif total du régime des salariés. La population protégée en maladie progresse de 1,6 % sur un an pour les 20-39 ans (27,1 % des effectifs) et de 1,1 % pour les 40-59 ans (26,7 % des effectifs). La croissance est plus particulièrement soutenue pour les effectifs âgés de 18 à 19 ans (+ 20,8 %), en raison de la suppression du Régime de sécurité sociale des étudiants (RSSE)<sup>1</sup>.

La hausse est marquée pour les effectifs de 60-79 ans (+ 3,6 % sur un an). Les générations du Baby-Boom soutiennent en effet les effectifs de cette tranche d'âge. L'évolution de la population totale est limitée par le recul des effectifs de personnes âgées de 80 ans et plus (- 0,7 %).

**Tableau 5 :**  
**Répartition et évolution de la population protégée en maladie au régime des salariés agricoles**

	Répartition des effectifs par tranches d'âge en 2018	Évolution des effectifs 2018/2017	Évolution des effectifs 2017/2016
Moins de 20 ans	20,7 %	+ 2,0 %	- 0,6 %
<i>dont moins de 18 ans</i>	18,0 %	- 0,4 %	- 1,0 %
<i>dont 18-19 ans</i>	2,7 %	+ 20,8 %	+ 2,4 %
De 20 à 39 ans	27,1 %	+ 1,6 %	- 0,5 %
De 40 à 59 ans	26,7 %	+ 1,1 %	+ 0,7 %
De 60 à 79 ans	19,5 %	+ 3,6 %	+ 2,9 %
80 ans et plus	6,0 %	- 0,7 %	- 0,3 %
<b>TOTAL</b>	<b>100,0 %</b>	<b>+ 1,8 %</b>	<b>+ 0,4 %</b>

Sources : CNAV, 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 recul, à l'exception des effectifs âgés de 20 à 39 ans, en progression de 0,7 % sur un an. Avec un nombre de décès supérieur au nombre d'entrées dans le régime (actifs ou ayants droits) et un âge élevé de ses ressortissants (61,8 % d'entre eux étant âgés de 60 ans et plus), la structure démographique est vieillissante (**Graphique 3**), ce qui explique principalement la baisse tendancielle de la population couverte en maladie.

Comme au régime des salariés agricoles, la population âgée de 18 à 19 ans progresse fortement sur un an (+ 21,1 %), en raison de la suppression du Régime de sécurité sociale des étudiants (RSSE)<sup>2</sup>.

Dans une moindre mesure, la baisse des effectifs du régime des non-salariés 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, qui conduit à une affiliation dans un autre régime.

<sup>1</sup> Article 11 de la loi n° 2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants : la loi met un terme à la délégation de gestion de l'assurance maladie obligatoire dont bénéficiaient les mutuelles étudiantes depuis 1948. A compter du 1<sup>er</sup> septembre 2018, les étudiants restent ainsi affiliés au régime de protection sociale de leurs parents ou tuteurs légaux.

<sup>2</sup> Ibidem.

**Tableau 6 :**  
Répartition et évolution de la population protégée en maladie au régime des non-salariés agricoles

	Répartition des effectifs par tranches d'âge en 2018	Évolution des effectifs 2018/2017	Évolution des effectifs 2017/2016
Moins de 20 ans	10,0 %	- 1,3 %	- 4,4 %
<i>dont moins de 18 ans</i>	8,6 %	- 4,2 %	- 4,8 %
<i>dont 18-19 ans</i>	1,4 %	+ 21,1 %	- 1,1 %
De 20 à 39 ans	7,8 %	+ 0,7 %	- 0,6 %
De 40 à 59 ans	20,5 %	- 3,9 %	- 3,8 %
De 60 à 79 ans	30,4 %	- 3,1 %	- 3,3 %
80 ans et plus	31,4 %	- 3,6 %	- 3,1 %
<b>TOTAL</b>	<b>100,0 %</b>	<b>- 2,9 %</b>	<b>- 3,2 %</b>

Sources : CNAV, CCMSA

- Compte tenu des premiers constats observés sur le 1<sup>er</sup> trimestre 2019 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 s'établirait entre 0,4 % et 0,7 % au cours des deux prochaines années (**Tableau 7**). Au régime des non-salariés, la baisse de la population devrait se poursuivre sur un rythme un peu plus soutenu.

Ainsi, les effectifs du régime agricole (salariés et non-salariés agricoles) devraient connaître une baisse dont le taux serait de 1,2 % en 2019, puis de 1,0 % en 2020.

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

Régime des salariés agricoles	Évolution 2019/2018	Évolution 2020/2019
<b>Assurés ouvrants-droits</b>	+ 1,0 %	+ 1,1 %
actifs (en emploi ou non)	+ 0,2 %	+ 0,4 %
retraités	+ 2,9 %	+ 3,0 %
invalides	+ 1,5 %	+ 2,1 %
<b>Ayants-droits</b>	- 1,3 %	- 0,7 %
enfants	- 0,8 %	+ 0,5 %
conjoints et autres personnes couvertes	- 3,2 %	- 5,9 %
<b>Total</b>	<b>+ 0,4 %</b>	<b>+ 0,7 %</b>
Régime des non-salariés agricoles	Évolution 2019/2018	Évolution 2020/2019
<b>Assurés ouvrants-droits</b>	- 2,9 %	- 2,8 %
en activité	- 2,2 %	- 1,2 %
retraités	- 3,5 %	- 3,9 %
invalides	- 0,7 %	+ 1,9 %
<b>Ayants-droits</b>	- 6,1 %	- 6,2 %
collaborateurs d'exploitation (conjoints et membres de la famille)	- 5,8 %	- 6,3 %
enfants	- 4,1 %	- 4,2 %
autres personnes couvertes	- 8,8 %	- 8,8 %
<b>Total</b>	<b>- 3,5 %</b>	<b>- 3,4 %</b>
Ensemble des régimes agricoles	Évolution 2019/2018	Évolution 2020/2019
<b>Total</b>	<b>- 1,2 %</b>	<b>- 1,0 %</b>

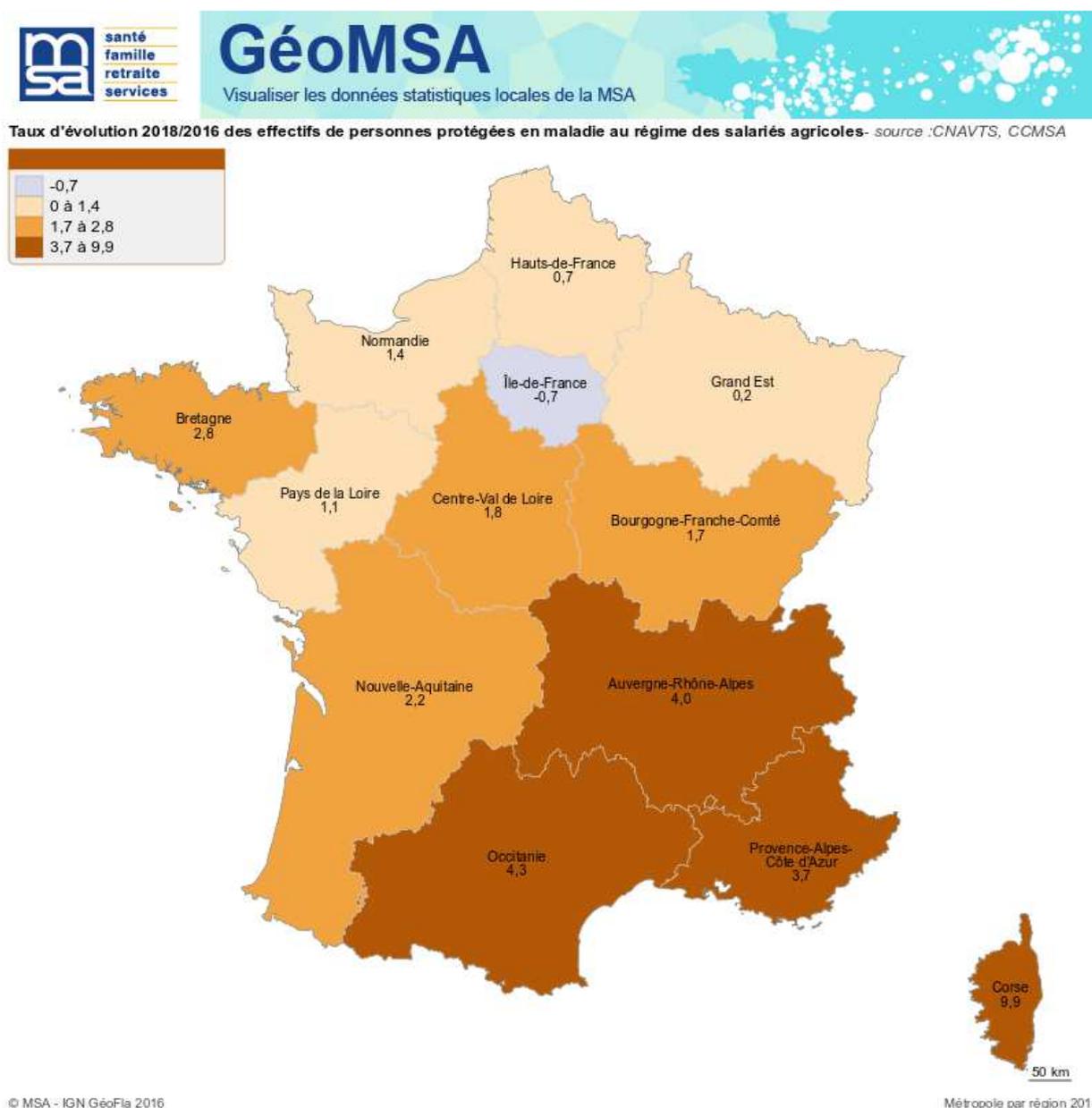
Source : CCMSA - Données pour la Commission des comptes de la sécurité sociale - Prévisions mai 2019

\*(Prévisions basées sur des effectifs annuels moyens)

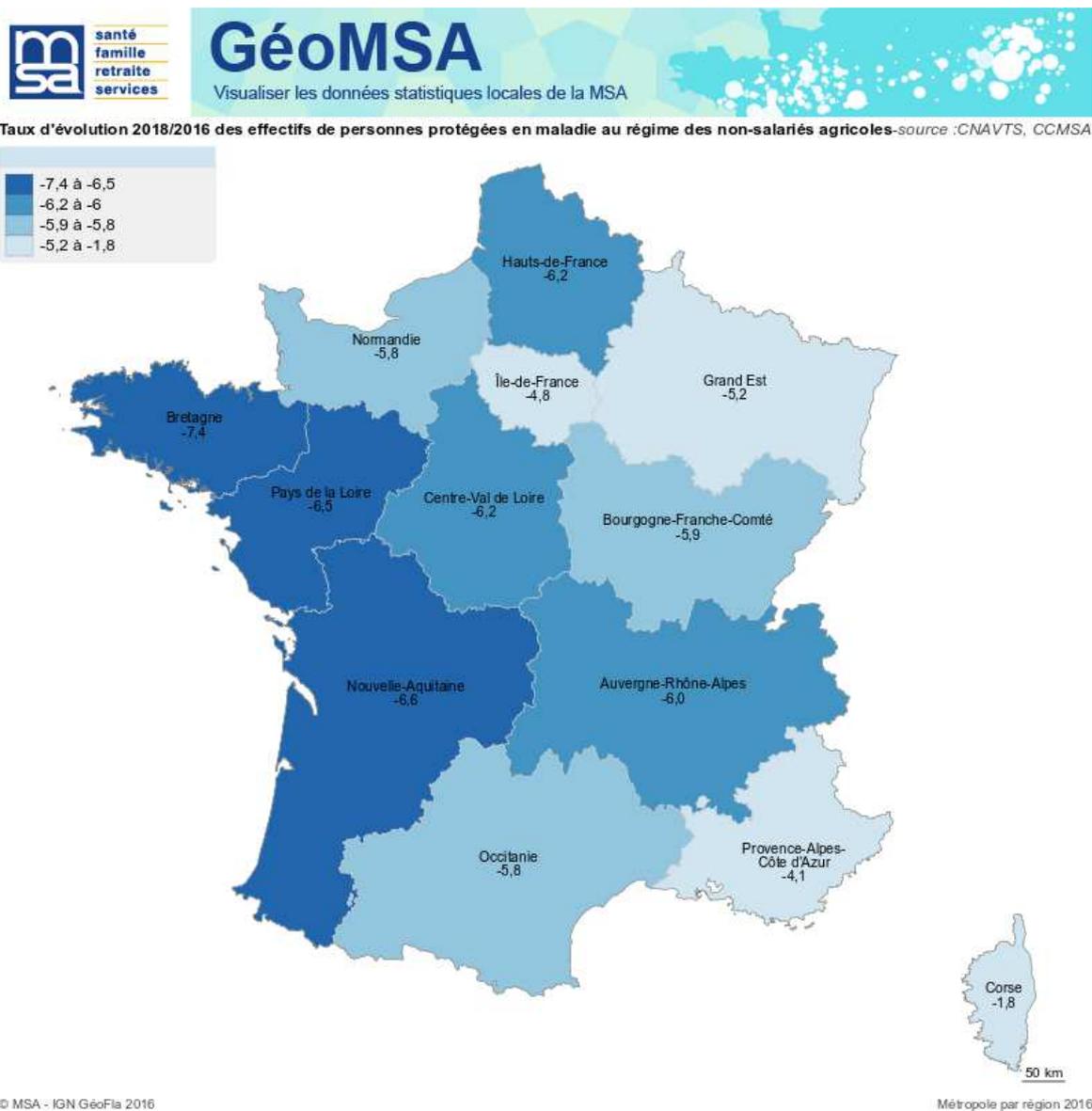
Au cours des deux dernières années, la croissance de la population salariée a été très dynamique dans le quart sud-est du territoire métropolitain, plus particulièrement en Corse (+ 9,9 %). Les effectifs salariés reculent pour la seule région Ile-de-France (- 0,7 %) (**Carte 1**).

En revanche, pour la population non-salariée agricole, 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. Le recul des effectifs non-salariés est marqué pour la région Bretagne (- 7,4 %) (**Carte 2**).

**Carte 1 :**  
**Taux d'évolution des personnes protégées en maladie entre 2016 et 2018**  
**au régime des salariés agricoles**



## Carte 2 : Taux d'évolution des personnes protégées en maladie entre 2016 et 2018 au régime des non-salariés agricoles





## 2.2. Les caractéristiques sanitaires des personnes protégées en maladie au régime agricole

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

#### 2.2.1.1. La prévalence des ALD au régime agricole

Au 31 décembre 2017, au régime agricole, 685 902 personnes sont exonérées du ticket modérateur au titre d'au moins une ALD, soit 214,8 ‰ de la population couverte en maladie. L'effectif brut de patients exonérés du ticket modérateur a augmenté de 2 599 en un an. Cette augmentation (+ 0,4 ‰), associée à la baisse de la population couverte en maladie (- 1,1 ‰), se traduit par une hausse du taux de prévalence de + 3,3 points par rapport au 31/12/2016 (211,5 ‰).

Un tiers (33,5 ‰) des patients en ALD sont exonérés au titre d'au moins deux pathologies (**Tableau 8**). Toutefois, cette proportion est en diminution par rapport à 2016 (- 1,2 point) alors que le nombre et la proportion des patients mono ALD progressent durant la même période. Avec une augmentation de 9 931 cas, le groupe des personnes exonérées au titre d'une seule ALD, représente 66,5 ‰ des patients en ALD en 2017, contre 65,3 ‰ en 2016 (et 64,6 ‰ en 2015). Il est probable que ce constat résulte en grande partie de la simplification de l'admission en ALD.

**Tableau 8 :**  
**Répartition des patients en ALD 1 à 32 au 31/12/2017 selon leur nombre de pathologies exonérantes**

Nombre de pathologies exonérantes	Nombre de patients	Répartition		Evolution	Evolution
		2017	2016	2016/2017	
1	455 828	66,5%	65,3%	1,2 points	2015/2016
2	164 507	24,0%	24,8%	-0,8 point	0,7 point
3	51 867	7,6%	8,0%	-0,4 point	-0,7 point
4 et plus	13 700	2,0%	1,9%	0,1 point	-0,1 point
Total	685 902	100%			0,1 point

Source : MSA

### Comparaison entre les ressortissants du régime des salariés agricoles et les ressortissants du régime des non-salariés agricoles

Le taux de prévalence brut chez les personnes relevant du régime des non-salariés agricoles est plus de deux fois supérieur à celui de la population relevant du régime des salariés agricoles (**Tableau 9**). Après standardisation par âge et sexe, l'ordre des taux est inversé. Les salariés bénéficient davantage d'une prise en charge en ALD que les non-salariés, toutes choses égales par ailleurs (216,3 ‰ vs 209,4 ‰).

**Tableau 9 :**  
**Taux de prévalence brut et standardisé par âge et sexe, par régime,**  
**des patients pris en charge au titre d'une ALD 1 à 32 au 31/12/2017**

	Population RNIAM 01/01/2018	Nombre de patients	Répartition	Taux de prévalence brut pour 1000	Taux de prévalence standardisé pour 1000 (1)	CMF		
Non-salariés	1 338 358	419 663	61%	313,6	209,4	CMF SA/NSA	IC 95% CMF	
Salariés	1 854 938	266 079	39%	143,4	216,3	1,03	1,03	1,04
CMU	-	160	0%	-	-			
Total	3 193 296	685 902	100%	214,8	-	(1) Standardisation par âge et sexe		

Source : MSA

**Encadré 1 : Comparaison avec le régime général**

Au 31/12/2017, le taux de prévalence brut du régime agricole (214,8 ‰) est plus élevé que le taux de prévalence observé au régime général au 31/12/2016 (169,0 ‰) (**Tableau 10**).

**Tableau 10 :**  
**Taux de prévalence brut des patients pris en charge au titre d'une ALD 1 à 32**  
**au régime général au 31/12/2016<sup>3</sup>**

	Taux de prévalence brut pour 1 000
Régime général	169,0

Source : AMELI

Cette différence s'explique par la structure par âge de la population protégée par le régime agricole, plus âgée.

Ainsi, le taux de prévalence au régime agricole, standardisé avec une structure par âge et sexe proche de celle du régime général (population française métropolitaine au 1<sup>er</sup> janvier 2018) se trouve à un niveau inférieur à celui du régime général : 145,2 ‰ vs 169,0 ‰ (**Tableau 11**).

**Tableau 11 :**  
**Taux de prévalence des patients pris en charge au titre d'une ALD 1 à 32**  
**au régime agricole au 31/12/2017 standardisé par âge et sexe**

	Taux de prévalence standardisé pour 1 000 *
Non-salariés	139,7
Salariés	148,1
Ensemble	145,2

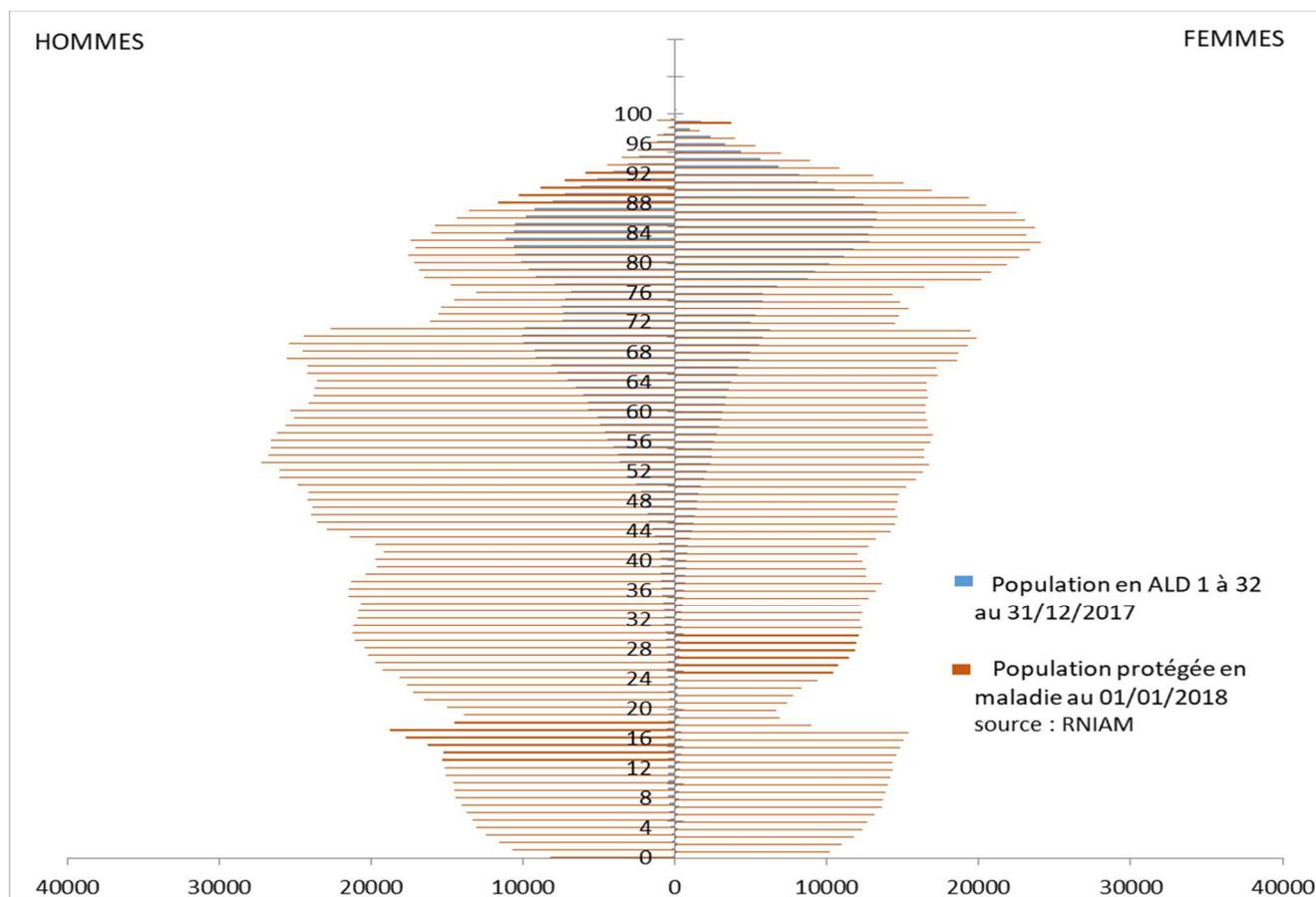
(\*) Standardisation par âge et sexe sur la base de la population française métropolitaine au 1<sup>er</sup> janvier 2018 (source : INSEE)

Source : MSA

<sup>3</sup> Données disponibles au moment de l'élaboration de l'étude.

L'âge moyen des femmes en ALD 1 à 32 au 31 décembre 2017 est de 5,5 ans supérieur à celui des hommes (**Graphique 4**).

**Graphique 4 :**  
**Pyramide des âges de la population prise en charge au titre d'une ALD 1 à 32 au 31 décembre 2017**  
**et de la population couverte en maladie au régime agricole au 1<sup>er</sup> janvier 2018 (source : Rniam)**

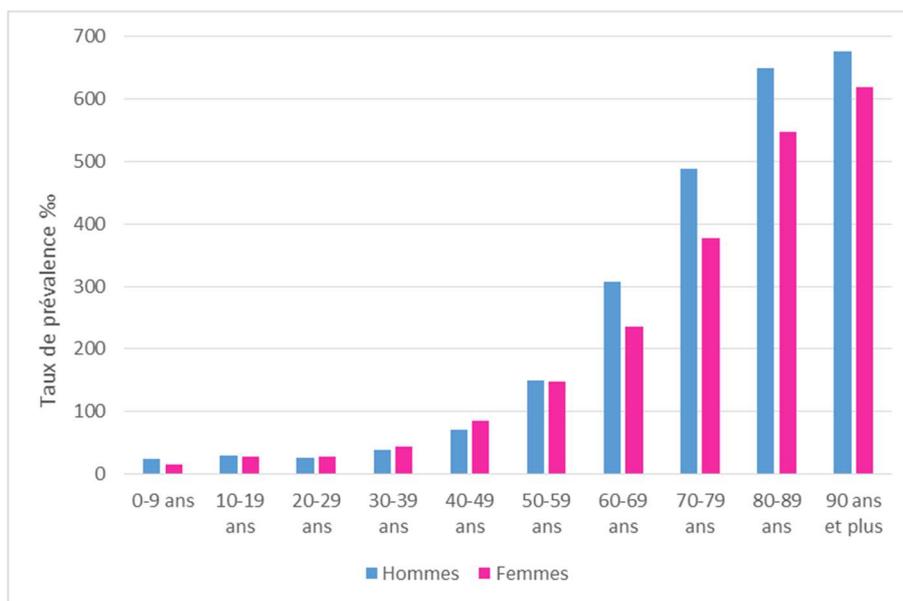


Source : MSA

Le taux de prévalence de l'exonération du ticket modérateur au titre d'au moins une ALD de 1 à 32, au 31 décembre 2017, augmente avec l'âge des patients (**Graphique 5**). Dans les tranches d'âge 30-49 ans, les taux de prévalence chez les femmes sont supérieurs à ceux des hommes.

A partir de 60 ans, le taux de prévalence dans la population masculine est nettement plus élevé que dans la population féminine, cet écart s'accroît avec l'avancée en âge.

**Graphique 5 :**  
**Taux de prévalence par sexe et tranche d'âge, des patients en ALD 1 à 32 au 31/12/2017**



Source : MSA

Après standardisation par âge, sur la base de la population protégée en maladie par le régime agricole, le taux de prévalence est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (**Tableau 12**).

**Tableau 12 :**  
**Taux de prévalence des patients en ALD 1 à 32 par sexe, brut et standardisé par âge, pour 1 000, au 31/12/2017**

Sexe	Taux de prévalence pour 1000	
	Taux brut	Taux standardisé
Femmes	230,7	198,6
Hommes	201,9	233,1

Source : MSA

## Pathologies les plus fréquentes

Au 31 décembre 2017, 97,3 % des patients du régime agricole en ALD le sont pour une ALD de 1 à 30 (97,1 % en 2016).

Les trois affections de longue durée ayant les taux de prévalence les plus élevés sont (**Graphique 6**) :

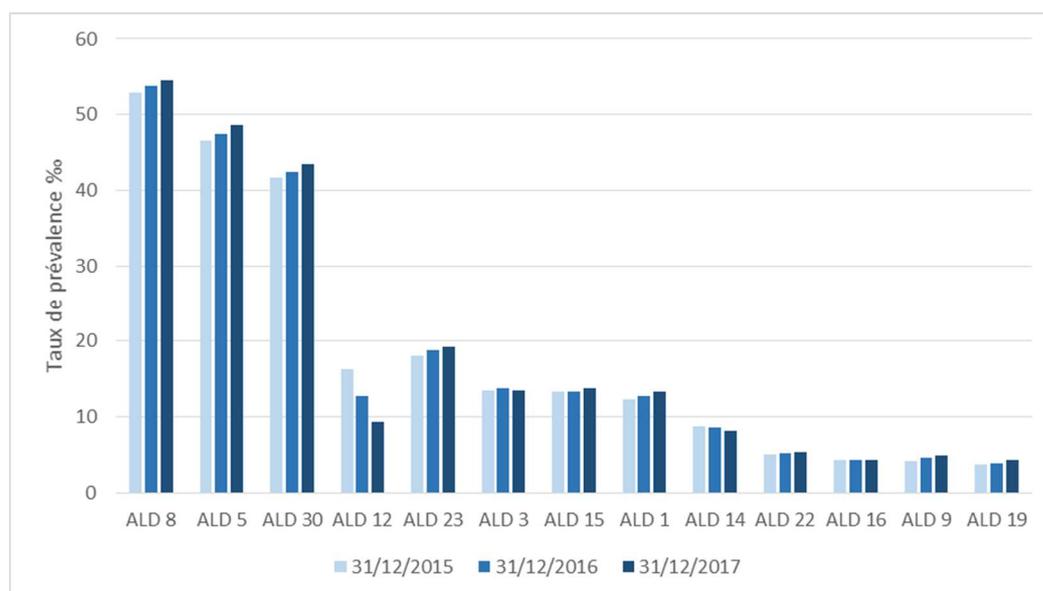
- le diabète avec un taux de prévalence de 54,5 ‰ (53,7 ‰ en 2016, soit une augmentation de 531 assurés),
- l'insuffisance cardiaque grave avec un taux de 48,6 ‰ (47,7 ‰ en 2016, soit une augmentation de 1 874 assurés),
- les cancers avec un taux de 43,4 ‰ (42,5 ‰ en 2016, soit une augmentation de 11 537 assurés).

Ces trois ALD (8, 5, 30) concentrent 68,2 % des patients en ALD.

Les taux de prévalence des ALD n°12 (hypertension artérielle sévère) et 14 (insuffisance respiratoire chronique grave) baissent par rapport à l'année précédente de 3,4 points (-1 336 assurés) pour l'ALD 12 et de 0,4 point (-1 592 assurés) pour l'ALD 14. Ce recul est imputable d'une part au fait que ces deux ALD n'entrent pas dans le champ de la simplification des ALD, et d'autre part, à la suppression des nouvelles admissions en ALD 12<sup>4</sup> mise en application en 2011.

Les assurés pris en charge en ALD au titre d'au moins une maladie cardio-vasculaire (ALD n°1, 3, 5, 12 et 13) représentent 46,6% des assurés en ALD en 2017, ce qui correspond à une baisse de 1 point par rapport à 2016 (- 0,9 point en 2016 par rapport aux données de 2015). Le nombre de bénéficiaires atteints d'au moins une affection du groupe cardio-vasculaire a enregistré une diminution significative de 1,7% entre 2016 et 2017 (- 1,7 % entre 2015 et 2016). Ainsi, le taux de prévalence est passé de 101,7‰ en 2015 à 100,1‰ en 2017.

**Graphique 6 :**  
**Taux de prévalence des principales ALD au régime agricole entre 2015 et 2017**



Source : MSA

<sup>4</sup> Décret n°2011-726 du 24 juin 2011.

### 2.2.1.2. L'incidence des ALD au régime agricole

Au cours de l'année 2017, 143 257 personnes ont été admises pour une nouvelle<sup>5</sup> ALD 1 à 32, soit un taux d'incidence<sup>6</sup> de 44,6 ‰ (Tableau 13). La hausse du taux d'incidence est de + 6,9 points entre 2016 (37,7 ‰) et 2017, contre + 3,5 points entre 2015 et 2016.

**Tableau 13 :**  
**Effectifs et taux d'incidence bruts pour 1 000, par sexe et tranche d'âge,**  
**des patients admis pour une nouvelle ALD 1 à 32 en 2017**

Tranche d'âge	Effectifs femmes	Taux d'incidence femmes pour 1000	Effectifs hommes	Taux d'incidence hommes pour 1000	Nombre total de patients	Taux d'incidence pour 1000
0-9 ans	500	4,4	847	7,0	1 347	5,7
10-19 ans	755	5,5	944	6,0	1 699	5,8
20-29 ans	818	8,6	1 276	7,0	2 094	7,5
30-39 ans	1 443	11,6	1 924	9,2	3 367	10,1
40-49 ans	2 629	19,2	3 702	16,7	6 331	17,6
50-59 ans	4 669	28,4	8 673	33,3	13 342	31,4
60-69 ans	7 163	41,2	14 993	61,2	22 156	52,9
70-79 ans	11 980	69,8	16 262	94,5	28 242	82,2
80-89 ans	25 706	111,7	20 864	132,8	46 570	120,2
90 ans et plus	12 444	131,0	5 665	136,5	18 109	132,7
<b>Total</b>	<b>68 107</b>	<b>47,2</b>	<b>75 150</b>	<b>42,5</b>	<b>143 257</b>	<b>44,6</b>

Source : MSA

Le nombre de patients nouvellement admis pour une ALD 1 à 32 en 2017 a augmenté de 15% par rapport à 2016 (+ 9% entre 2015 et 2016). Cette évolution à la hausse des cas incidents est influencée par la réforme de la simplification des ALD entrée en vigueur en juin 2016 (loi de santé 2016-41 du 26 janvier 2016).

<sup>5</sup> Ces patients pouvaient éventuellement être exonérés pour une pathologie différente au 31/12/2016 ; ils sont considérés comme des cas incidents au titre d'une nouvelle pathologie en 2017.

<sup>6</sup> Le dénominateur utilisé pour calculer les taux d'incidence est la population moyenne protégée en maladie en 2017 (moyenne de la population du 01/01/2017 au 01/01/2018 - source : RNIAM).

### 2.2.1.3. Zoom sur les patients diabétiques au régime agricole

En 2017, le taux de prévalence standardisé du diabète traité pharmacologiquement est de 4,3 % au régime agricole (196 290 personnes), en hausse de 0,2 point par rapport à 2014. Ce taux est significativement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (4,8 % versus 3,8 %). Ce taux est significativement plus élevé chez les salariés que chez les non-salariés agricoles (4,6 % versus 3,7 %), bien que le taux de prévalence des salariés agricoles ait baissé de 0,2 point quand celui des non-salariés agricoles est resté le même (**Tableau 14**).

**Tableau 14 :**  
**Effectif et taux de prévalence du diabète traité pharmacologiquement au régime agricole en 2017 et 2014**

	Nombre de cas prévalents 2017	Taux de prévalence 2017 brute en %	Taux de prévalence 2017 standardisée* en %	Taux de prévalence 2014 brute en %	Taux de prévalence 2014 standardisée* en %
Diabétiques traités pharmacologiquement	<b>196 290</b>	6,1%	4,3%	6,2%	4,1%
<i>dont : - hommes</i>	<b>109 892</b>	6,2%	4,8%	6,2%	4,6%
<i>- femmes</i>	<b>86 398</b>	6,0%	3,8%	6,2%	3,6%
<i>Dont : - non-salariés agricoles</i>	<b>110 290</b>	8,1%	3,7%	8,0%	3,7%
<i>- salariés agricoles</i>	<b>86 000</b>	4,6%	4,6%	4,7%	4,8%

Source : SNIIRAM – CCMSA

Champ : France métropolitaine.

(\*) Standardisation par âge décennal et genre, sur la population française métropolitaine moyenne 2017 – 2018

La part des consommateurs d'antidiabétiques (AD) exonérés du ticket modérateur au titre du diabète (ALD 8) est de 88 % (83 % en 2014) (**Tableau 15**).

**Tableau 15 :**  
**Nombre d'assurés diabétiques au régime agricole en 2017**

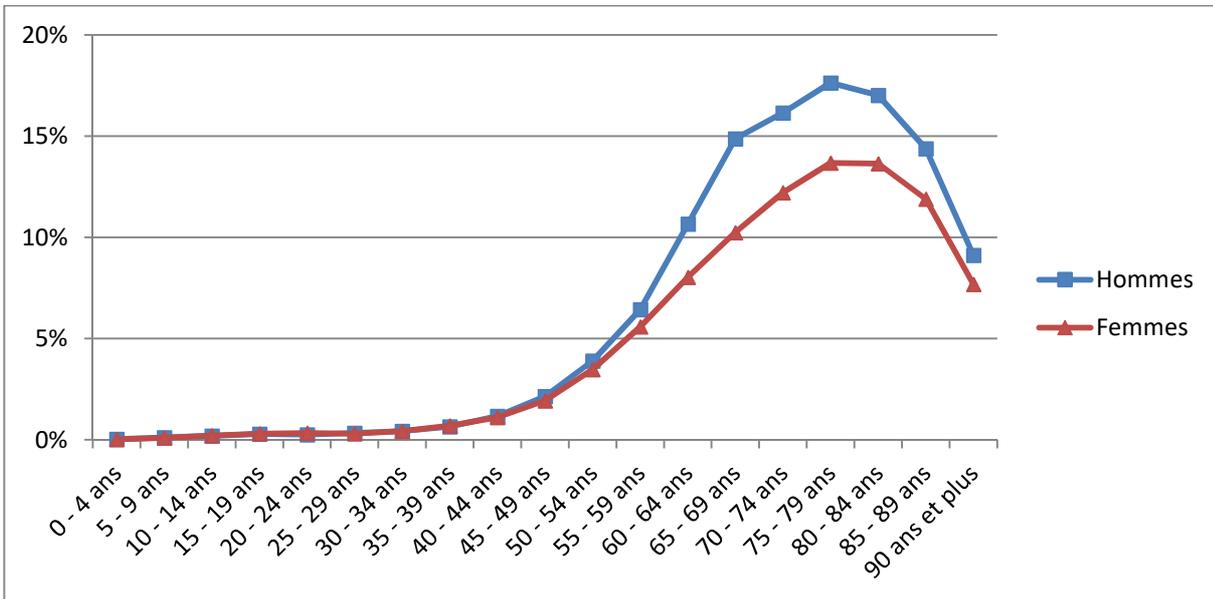
Population de patients diabétiques	Effectif 2017 (recueil sur 12 mois)
Consommateur d'AD et en ALD 8	173 484
Consommateur d'AD et non en ALD 8	22 806

Source : SNIIRAM – CCMSA

Champ : France métropolitaine.

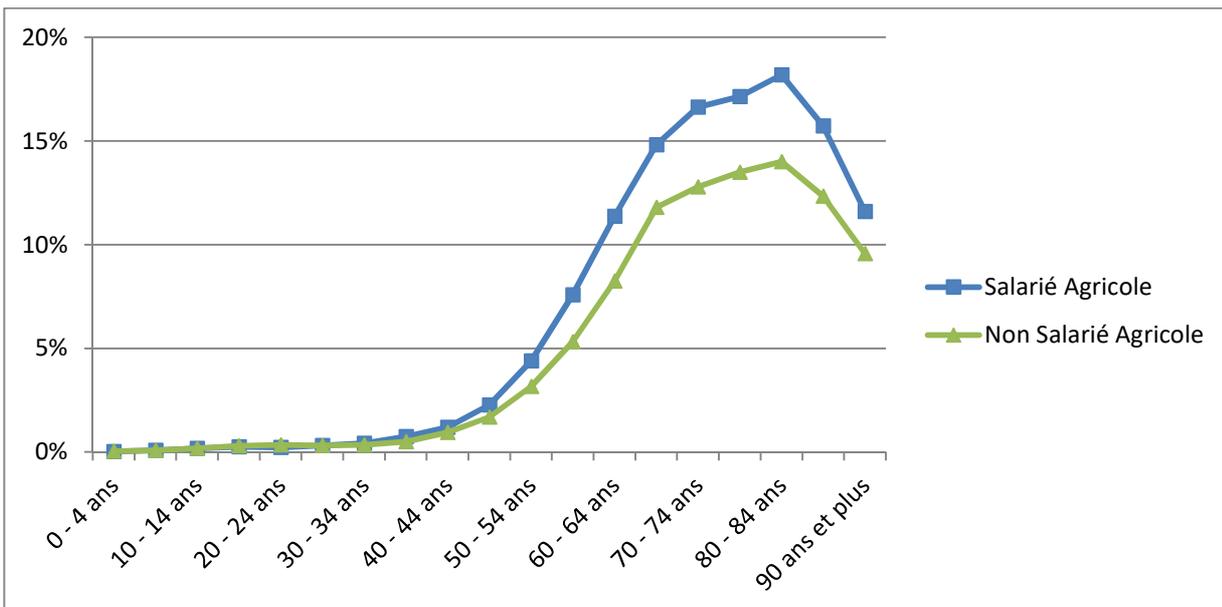
L'écart de prévalence entre hommes et femmes se marque à partir de 55 ans, avec un maximum entre 65 et 69 ans. Au-delà de cet âge, l'écart entre les deux sexes diminue (**Graphique 7**).

**Graphique 7 :**  
**Taux de prévalence du diabète traité pharmacologiquement**  
**selon l'âge et le sexe au régime agricole en 2017**



En revanche, en comparant les régimes salariés et non-salariés, si la tendance générale est la même, la proportion de salariés agricoles traités pharmacologiquement devient plus importante que celle des non-salariés agricoles à partir de 50 ans (**Graphique 8**).

**Graphique 8 :**  
**Taux de prévalence du diabète traité pharmacologiquement**  
**selon l'âge et le statut, au régime agricole en 2017**



En 2017, 1 614 ressortissants du régime agricole ont eu une primo hospitalisation<sup>7</sup> pour une complication du pied (0,8 % de la population traitée pharmacologiquement pour un diabète), soit un taux d'incidence de 768 cas pour 100 000. 79 % de ces personnes hospitalisées reçoivent des soins pour une plaie du pied et 21 % des hospitalisations donnent lieu à une amputation. A structure d'âge identique, le nombre d'hommes hospitalisés pour une complication du pied est 2 fois plus important que celui des femmes. Ce ratio est légèrement inférieur pour les plaies du pied (1,8 fois) mais très supérieur pour les amputations (3,9 fois) (**Tableau 16**).

**Tableau 16 :**  
**Taux d'incidence standardisé d'hospitalisation de patients diabétiques en 2017,**  
**pour amputation ou plaie du pied (pour 100 000), par sexe**

Complications	Taux pour 100 000		
	Hommes	Femmes	Total MSA
Amputations	108	27	135
Plaies	408	225	633
Total	516	253	768

Source : SNIIRAM – CCMSA

Champ : France métropolitaine

Au regard des recommandations HAS, celles-ci sont toujours insuffisamment suivies. La part des personnes diabétiques ayant effectué un électrocardiogramme ou une rétinographie ont baissé depuis 2014. A contrario, l'albuminurie a un peu progressé, même si la proportion reste très faible (**Tableau 17**).

**Tableau 17 :**  
**Nombre et proportion de diabétiques selon les différents examens de surveillance**

Actes	Critère retenu	Population consommatrice d'AD			
		Effectif	Taux brut de patients suivis	Taux standardisé de patients suivis	Rappel taux standardisé 2014
HbA1c	2 / an	147 932	75%	61%	59%
HbA1c	3 / an	99 731	51%	36%	37%
EAL	1 / an	129 187	66%		
>1 cholestérol ou trigly ou Eal	1 / an	132 064	67%	57%	59%
Créatininémie	1 / an	168 299	86%	67%	66%
Albuminurie	1 / an	65 860	34%	35%	32%
ECG	1 / an	45 085	23%	14%	20%
Rétinographie	1 / 2 ans	86 388	44%	39%	50%
Podologie	1 / an	22 370	11%	5%	3%

Source : SNIIRAM – CCMSA

Champ : France métropolitaine

<sup>7</sup> Personnes diabétiques n'ayant pas eu d'hospitalisation pour plaie du pied ou amputation entre 2014 et 2016.

## 2.2.2. La mortalité par suicide des assurés du régime agricole

Dans un contexte de crises agricoles, la Mutualité Sociale Agricole s'est engagée depuis 2012 à évaluer la mortalité par suicide de l'ensemble de sa population. En effet, le suicide d'agriculteurs en grande difficulté économique a été largement relayé par les médias, par ailleurs la surmortalité par suicide des personnes travaillant dans le domaine agricole a été constatée dans la littérature scientifique internationale.

Afin de disposer de références sur des populations comparables, la CCMSA a calculé le taux de suicide à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS). Il est mesuré dans l'ensemble de la population ayant consommé au moins un soin ou une prestation dans l'année, chez les personnes affiliées au régime agricole, en distinguant salariés et non-salariés, et est comparé, dans la population âgée de 15 à 64 ans, aux taux de suicide de la population des autres régimes.

En 2015, dans le SNDS, on identifie 605 décès par suicide d'assurés du régime agricole de plus de 14 ans (**Tableau 18**).

Les suicides sont plus fréquents dans la population masculine que chez les femmes. Le taux brut de décès par suicide confirme cette différence, il est près de 4 fois plus important chez les hommes que chez les femmes (**Tableau 19**).

Chez les femmes, il augmente régulièrement avec l'avancée en âge. Chez les hommes, il progresse jusqu'à 40 ans et reste stable dans les tranches d'âge 40-49 ans et 50-64 ans, puis il augmente nettement chez les plus de 65 ans.

Chez les hommes comme chez les femmes, le taux de mortalité par suicide est globalement plus élevé chez les non-salariés que chez les salariés agricoles. Mais cette différence ne concerne que deux tranches d'âge les 30-39 ans et les plus de 65 ans.

**Tableau 18 :**  
**Nombre de décès par suicide au régime agricole en 2015, par régime et genre**

Nombre de décès par suicide

	15 - 29 ans		30 - 39 ans		40 - 49 ans		50 - 64 ans		65 ans et plus		TOTAL	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Non-salariés agricoles	2	0	13	2	24	2	49	6	204	70	292	80
Salariés agricoles	22	0	24	3	41	6	57	10	60	10	204	29
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>0</b>	<b>37</b>	<b>5</b>	<b>65</b>	<b>8</b>	<b>106</b>	<b>16</b>	<b>264</b>	<b>80</b>	<b>496</b>	<b>109</b>

Source : CCMSA-SNDS

**Tableau 19 :**  
**Taux brut de mortalité par suicide pour 100 000 au régime agricole en 2015, par régime et genre**

Taux brut de mortalité par suicide pour 100.000

	15 - 29 ans		30 - 39 ans		40 - 49 ans		50 - 64 ans		65 ans et plus		TOTAL	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Non-salariés agricoles	4,3	0,0	23,5	13,0	26,8	5,9	27,0	6,4	62,8	15,2	41,9	12,6
Salariés agricoles	12,1	0,0	21,3	3,3	34,9	6,1	32,2	6,9	36,8	6,8	27,1	4,8
<b>Total</b>	<b>10,5</b>	<b>0,0</b>	<b>22,0</b>	<b>4,7</b>	<b>31,4</b>	<b>6,1</b>	<b>29,6</b>	<b>6,7</b>	<b>54,1</b>	<b>13,1</b>	<b>34,2</b>	<b>8,8</b>

Source : CCMSA-SNDS

Une fois neutralisées les différences de structure par âge et par genre des populations des différents régimes, il existe une surmortalité par suicide des assurés du régime agricole par rapport à l'ensemble des consommateurs de 15 à 64 ans tous régimes confondus (**Tableau 20**).

Cette surmortalité est plus accentuée chez les salariés agricoles.

**Tableau 20 :**  
**Taux brut et indice comparatif (SMR) de mortalité par suicide chez les assurés de l'ensemble des régimes, âgés de 15 à 64 ans et ayant consommé des soins sur une période de 3 ans**

Ensemble des personnes ayant consommé un soin ou une prestation sur une période de 3 ans

	nombre de consommateurs 2015	nombre de décès par suicide	taux brut de décès par suicide pour 100.000	Standardised mortality ratio (SMR)	significativité
<b>Ensemble de la population des 15-64 ans, tous régimes</b>	<b>39 947 465</b>	<b>4 991</b>	<b>12.49</b>	<b>100.00</b>	
<b>ouvrants droit</b>					
MSA	1 360 396	251	18.45	112.62	*
MSA salariés	907 251	156	17.19	118.41	**
MSA exploitants	452 629	95	20.99	104.36	non significatif
<b>ouvrants droit, tous régimes</b>					
bénéficiaires de la CMU_c	1 215 649	475	39.07	321.68	***
bénéficiaires d'une pension d'invalidité	718 943	424	58.98	350.06	***
<b>ouvrants droit, MSA</b>					
bénéficiaires de la CMU_c	26 629	20	75.11	474.58	***
bénéficiaires d'une pension d'invalidité	39 505	29	73.41	379.48	***

source : SNDS CCMSA

*Clé de lecture : l'indice comparatif (SMR) de chaque ligne est calculé par rapport à l'ensemble de la population de 15-64 ans, tous régimes. Un indice supérieur à 100 indique un sur-risque, un indice inférieur à 100 indique un risque moindre. Les assurés ouvrants-droit MSA ont un risque de 12,62% plus élevé que celui des assurés de l'ensemble des régimes.*

Significativité : \* 10%, \*\* 5%, \*\*\* 1%

Quel que soit le régime, le bénéfice de la CMU-c ou d'une pension d'invalidité, est un facteur de risque de suicide. Sur l'ensemble de la population des consommateurs de 15 à 64 ans, être en invalidité multiplie par 3,5 le risque de se suicider, et par 3,8 en MSA.

Parmi l'ensemble des bénéficiaires d'une pension d'invalidité (ouvrants droit de 15 à 64 ans), un sur-risque de se suicider de 15% est observé chez les assurés MSA (**Tableau 21**).

**Tableau 21 :**  
**Taux brut et indice comparatif à âge et sexe égal (SMR) de mortalité par suicide, chez les assurés de l'ensemble des régimes, bénéficiaires d'une pension d'invalidité, âgés de 15 à 64 ans et ayant consommé des soins sur une période de 3 ans**

Ouvrants droit de 15 à 64 ans **bénéficiaires d'une pension d'invalidité**

	nombre de consommateurs 2015	nombre de décès par suicide	taux brut de décès par suicide pour 100.000	Standardised mortality ratio (SMR)	significativité
Ensemble des régimes	718 943	424	58.98	100.00	
MSA	39 505	29	73.41	115.42	**
MSA salariés	27 417	20	72.95	115.06	**
MSA exploitants	12 087	9	74.46	116.22	non calculable

source : SNDS CCMSA

**Clé de lecture :** chaque ligne "Ensemble des régimes" est la référence pour le calcul des indices comparatifs situés dessous. Parmi les bénéficiaire d'une pension d'invalidité, les assurés du régime agricole ont un sur-risque de mortalité par suicide de 15,42%.

Significativité : \* 10%, \*\* 5%, \*\*\* 1%

De même, parmi l'ensemble des bénéficiaires de la CMU-c (ouvrants droit de 15 à 64 ans), un sur-risque de se suicider de 57% est observé chez les assurés MSA (**Tableau 22**).

**Tableau 22 :**  
**Taux brut et indice comparatif à âge et sexe égal (SMR) de mortalité par suicide, chez les assurés de l'ensemble des régimes, bénéficiaires de la CMU-c, âgés de 15 à 64 ans et ayant consommé des soins sur une période de 3 ans**

Ouvrants droit de 15 à 64 ans **bénéficiaires de la CMU\_c**

	nombre de consommateurs 2015	nombre de décès par suicide	taux brut de décès par suicide pour 100.000	Standardised mortality ratio (SMR)	significativité
Ensemble des régimes	1 215 649	475	39.07	100.00	-
MSA	26 629	20	75.11	157.31	**
MSA salariés	21 341	17	79.66	172.48	**
MSA exploitants	5 144	3	58.32	107.86	non calculable

source : SNDS CCMSA

**Clé de lecture :** parmi les bénéficiaire de la CMU\_c, âgés de 15 à 64 ans, les assurés du régime agricole ont un sur-risque de mortalité par suicide de 57,31%.

Significativité : \* 10%, \*\* 5%, \*\*\* 1%

L'étude menée par Santé Publique France, en collaboration avec la CCMSA, sur la mortalité par suicide des exploitants agricoles entre 2007 et 2011, a mis en évidence une surmortalité des exploitants agricoles en activité par rapport à la population générale. Un sur-risque est observé chez les exploitants agricoles métropolitains ayant consommé au moins un soin ou une prestation sur les trois dernières années sans qu'il soit confirmé ici par un résultat significatif.

En revanche, l'étude portant sur la mortalité par suicide des salariés agricoles en activité, entre 2007 et 2013, a mis en exergue une sous-mortalité de ces actifs par rapport à la population générale. Cette observation va à l'encontre des résultats de notre approche par régime d'appartenance, dans laquelle les salariés agricoles ont un sur-risque de mortalité par suicide significatif. Toutefois, la population concernée est différente. L'approche par régime de protection sociale, menée sur le SNDS, ne porte que sur les personnes consommant des soins et ayant, ou ayant eu, une certaine permanence dans des entreprises agricoles, pour s'ouvrir des droits au régime. Alors que les contrats de travail, critère d'inclusion de l'étude de SPF, élargissent les observations à une population en emploi de courte durée et limitent dans le même temps la population à des actifs, ce qui expliquerait un risque moindre par l'effet du travailleur sain.

## 2.3. Les caractéristiques territoriales de la population agricole

La MSA a une mission d'organisation des soins en zone rurale. L'article L723-11 du code rural stipule : « *La caisse centrale de la mutualité sociale agricole a pour missions : ... 9° De contribuer au développement sanitaire et social des territoires ruraux et, par ses avis, à la définition des orientations et des conditions de mise en œuvre de la politique de développement rural en matière sanitaire et sociale* ».

Par ailleurs, la MSA offre son implantation territoriale et ses compétences en protection sociale pour développer des maisons de service au public (MSAP) sur des territoires ruraux. Mais qu'appelle-t-on un territoire rural ?

Il n'existe pas de définition précise d'un territoire rural, les dictionnaires renvoient à la notion de campagne, tout aussi floue ; « la campagne s'oppose à la ville » nous dit le dictionnaire de la géographie de P. George, et sans définition précise de l'une ou de l'autre leur géométrie est variable.

Si par le passé l'identification des paysages ruraux et urbains ne soulevait pas de question, les phénomènes d'étalement urbain, avec l'irruption massive de la fonction résidentielle dans des espaces jusqu'ici consacrés à l'agriculture, offrent des paysages qui ne sont pas ceux des villes ni des campagnes mais ceux d'un « tiers espace » où l'habitat contrairement au bâti traditionnel ne permet plus l'identification des lieux.

Les réflexions les plus récentes sur la définition du rural, tendent à diversifier les approches pour définir, non plus un, mais des espaces ruraux à travers leurs fonctionnalités (résidentielle, productive, touristique, de nature).

Ainsi, faute d'une définition précise partagée, la notion doit être construite en combinant des critères, des niveaux quantitatifs (densité de population et de services, poids de l'agriculture, pourcentage de couverture végétale...) qui permettent de délimiter un espace que l'on considèrera comme rural et que l'on étudiera comme tel.

Avant d'envisager une construction ad hoc, les différentes classifications disponibles et la répartition de la population MSA sont explorées.

Deux nomenclatures principales existent aujourd'hui en France pour distinguer plusieurs catégories d'espace à l'échelle locale. Elles ont en commun de fournir un référentiel statistique pour chaque commune du territoire, mais elles reposent sur des principes et critères de construction différents (**Encadré 2**).

## Encadré 2 : Les zonages de l'Insee et les typologies existantes

- **Les deux zonages de l'Insee et le maillage en bassin de vie**

L'Insee a défini le rural par opposition à l'urbain, tout d'abord en termes de continuité de bâti, puis à partir de 1997 en termes d'attractivité d'emploi. Malheureusement, le zonage en aires urbaines et aires d'emploi de l'espace rural (ZAUER, 2002) qui structurait l'espace autour de bourgs ruraux, disparaît en 2010 au profit du Zonage en Aires Urbaines (ZAU) et avec lui la notion d'espace rural.

Le ZAU, établi sur l'attractivité de l'emploi, n'est construit qu'en référence à la ville et ne qualifie les espaces ruraux que dans une seule catégorie, celle des « communes isolées hors influence des pôles » (**Annexe 3**). Or, les espaces périurbains (couronnes périurbaines et communes multi polarisées) sont encore fortement dédiés à l'agriculture.

L'Insee a néanmoins conservé une notion de classification rural / urbain : le type de commune, dans sa nomenclature en tranche d'unités urbaines (TDUU). Celle-ci combine deux notions : la densité du bâti et le nombre d'habitants. Mais, là encore, la définition porte sur l'urbain, le rural constituant le reste (**Annexe 3**).

La répartition de la surface agricole en fonction de ces deux classifications met en évidence leurs limites. Ainsi, 20% de la superficie agricole est concentrée dans les communes classées "urbaines" dans la TDUU. Tandis que dans la classification en ZAU, les grandes aires urbaines quant à elles concentrent 48% des superficies agricoles, plus que l'ensemble des communes hors de l'aire d'influence des pôles et des autres communes multipolarisées (44%).

**Tableau 23 :**  
**Répartition de la superficie agricole selon le type de commune (ZAU et TDUU)**

Répartition de la superficie des territoires agricoles 2012

type de commune	Polarisation en fonction de l'emploi									Total
	10 000 emplois ou plus			5 000 à moins de 10 000 emplois		1 500 à moins de 5 000 emplois		Autre commune multipolarisée	Commune isolée hors influence des pôles	
	grandes aires urbaines			Pôle moyens		Petit pôle				
	pôle	couronne	commune multipolarisée	pôle	couronne	pôle	couronne			
Rural	0%	26%	9%	0%	2%	0%	1%	20%	22%	80%
Urbain	6%	5%	2%	1%	0%	3%	0%	1%	1%	20%
<b>Total</b>	<b>6%</b>	<b>32%</b>	<b>10%</b>	<b>1%</b>	<b>2%</b>	<b>3%</b>	<b>1%</b>	<b>21%</b>	<b>23%</b>	<b>100%</b>

Ce sont ces difficultés pour qualifier l'espace rural qui ont conduit l'Insee en 2012 à proposer un cadre territorial permettant de le structurer dans son ensemble à partir de l'accès aux services et à l'emploi. Ce travail a donné naissance à un nouveau maillage : les bassins de vie. Ils ont été définis comme les plus petits territoires au sein desquels les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. En 2012, 1 666 bassins de vie structurent le territoire national, dont 1 287 sont qualifiés de ruraux au sens des critères adoptés par la Commission européenne. Ces critères sont fondés sur la densité de l'habitat et de la population. Le maillage change mais la qualification reste centrée sur la densité de la population et du bâti.

La structuration de l'espace en bassins de vie constitue néanmoins un maillage intéressant, car reflétant l'organisation vécue des territoires, mais leur qualification entre rural et urbain n'offre pas une approche plus fine que celle dévolue au découpage communal.

Les territoires de vie viennent compléter ce maillage pour les zones urbaines, en redécoupant celles-ci en pôles de services intermédiaires.

- **Les typologies, une approche multifactorielle mais qui reste ponctuelle**

Des typologies, dépassant le simple zonage bâti/densité, ont été construites pour répondre aux besoins de connaissance et d'aménagement des territoires ruraux. Les données utilisées pour établir la typologie sont donc en lien direct avec l'objectif assigné.

Le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET) a établi la typologie des espaces ruraux construite à partir d'indicateurs de contexte démographique, de la structure de la population active, d'équipement et de logement des ménages. Le maillage choisi, le canton, et son non actualisation (1999) la rendent peu utilisable.

**La typologie des campagnes françaises**, établie en 2011, constitue une actualisation de la précédente. Elle concerne toutes les communes qui n'appartiennent pas à une unité urbaine regroupant plus de 10 000 emplois. L'objectif était double, décrire les campagnes en fonction de leur population, des conditions de vie, des dynamiques économiques, des paysages et apporter un éclairage spécifique sur les espaces littoraux et de montagne. Cette approche s'appuie ainsi sur des données relevant de registres très variés. L'inconvénient majeur de cette typologie est qu'elle n'est pas actualisée depuis 2011.

**La typologie de l'accessibilité aux soins et de l'attractivité territoriale**, réalisée par l'Irdes en 2019, a pour objectif de fournir un outil de référence pour les politiques d'organisation des soins de premier recours. Elle montre les inadéquations entre offre et besoins de soins, les disparités en matière d'attractivité territoriale et qualifie les espaces qui additionnent des difficultés ou des fragilités. Cette typologie, construite sur le maillage des territoires de vie, offre une classification sur un spectre dépassant la santé et l'accès aux soins puisqu'elle y adjoint des critères socio-économiques (revenus, taux d'emploi, niveau de diplôme...) et des éléments d'attractivité (solde migratoire, distance à un grand pôle urbain, part des locaux éligibles au très haut débit...). La ruralité n'est plus une catégorie en soi mais un facteur qui ressort de la classification.

La description de la population MSA va s'appuyer dans un premier temps sur le croisement des deux zonages INSEE disponibles. D'une part, la catégorie de la commune dans le zonage en aires urbaines 2010 (ZAU 2010), fondée sur la polarisation et la taille des zones d'emploi. Et d'autre part, la tranche détaillée d'unité urbaine (TDUU) calculée sur la population 2015 ; puis sur les typologies, celle des campagnes et celle de l'accessibilité aux soins.

### 2.3.1. Zonage en aires urbaines et tranches détaillées d'unités urbaines

La population affiliée au régime agricole, ayant consommé des soins en 2017, réside plus fréquemment que l'ensemble de la population française dans une commune rurale (53% vs 23%).

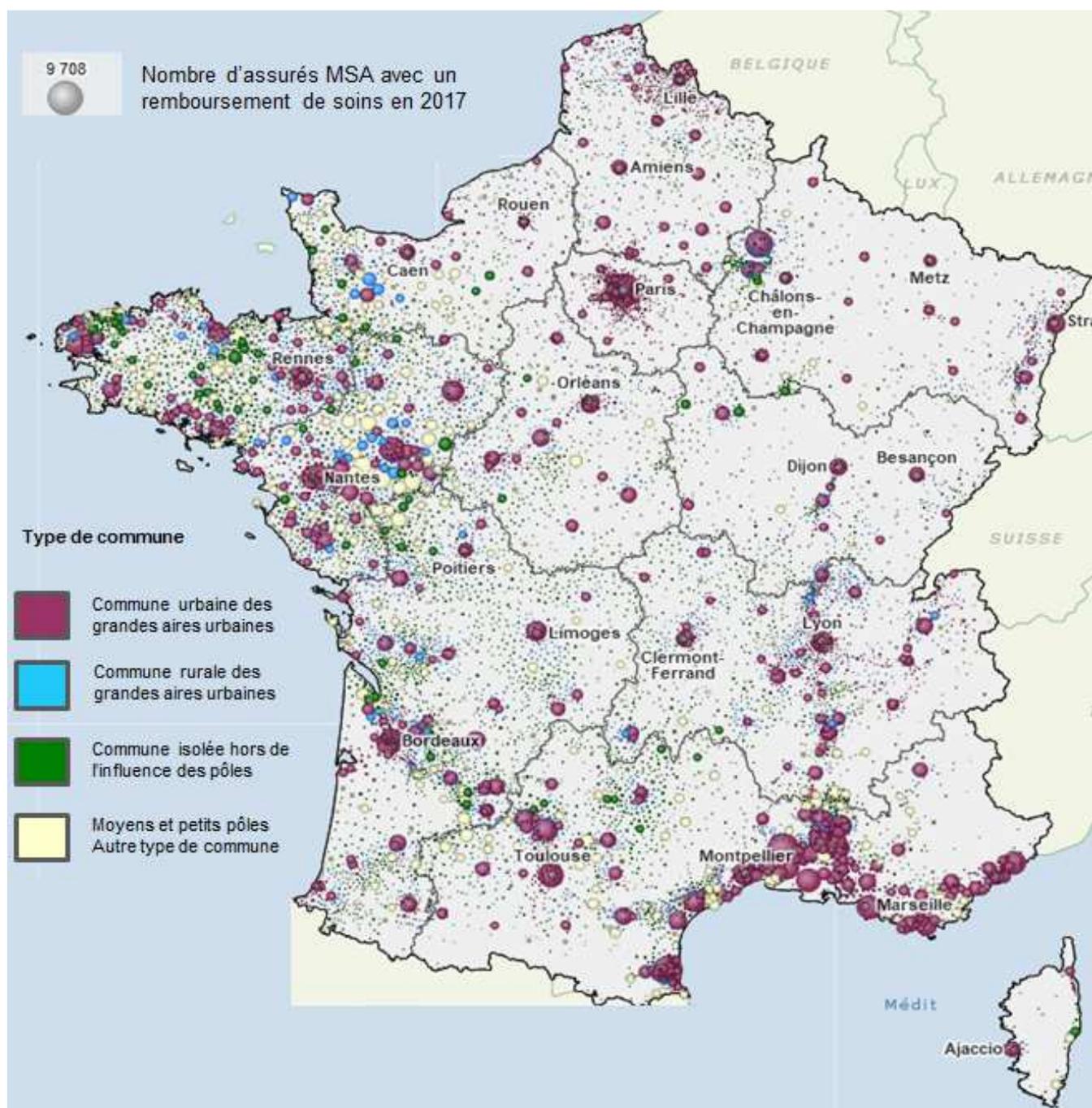
Certaines communes rurales appartiennent aux zones d'emploi des grandes aires urbaines, et cela concerne près de la moitié des assurés en zone rurale, tandis que l'autre moitié réside dans des communes rurales en marge des pôles, donc plus isolées (communes multipolarisées ou hors d'influence des pôles).

A l'opposé, plus du tiers des assurés MSA (35%) réside dans une commune urbaine appartenant à une grande aire urbaine (**Annexe 3**).

Il n'y a donc pas de concentration de la population couverte par le régime agricole dans un seul type de commune. Mais trois grands groupes peuvent être constitués concentrant 86 % de la population MSA :

- 35 % réside dans une commune urbaine d'une grande aire urbaine (en majorité dans le pôle lui-même),
- 27 % réside dans une commune rurale isolée ou multipolarisée,
- 24 % réside dans une commune rurale d'une grande aire urbaine.

Carte 4 :  
Répartition de la population MSA consommant en maladie en 2017, selon le type de commune



La répartition des actifs non-salariés et salariés est plus contrastée que celle de l'ensemble de la population du régime.

En toute logique, les exploitants agricoles en activité résident, pour une très large majorité d'entre eux, dans une commune rurale (74%) et pour près du tiers d'entre eux leur commune rurale appartient à la couronne ou à une commune multipolarisée d'une grande aire urbaine (**Annexe 3**)

En revanche les salariés agricoles en activité résident, pour une large majorité d'entre eux, dans des communes urbaines appartenant à une grande aire urbaine (53%) (**Annexe 3**).

Les personnes affiliées au régime agricole ayant consommé des soins en 2017 représentent 5% de la population française métropolitaine (**Tableau 24**). Toutefois, ce taux atteint 18 % dans les communes rurales isolées et même 25% dans les communes de moins de 200 habitants de cette catégorie.

**Tableau 24 :**  
**Proportion d'assurés agricoles dans la population totale**  
**(consommants MSA 2017 / Population légale 2016)**

	Polarisation en fonction de l'emploi									
	10 000 emplois ou plus			5 000 à moins de 10 000 emplois		1 500 à moins de 5 000 emplois		Autre commune multipolarisée	Commune isolée hors influence des pôles	Total
	Grandes aires urbaines			Pôles moyens		Petits pôles				
	pôle	couronne	commune multipolarisée	pôle	couronne	pôle	couronne			
<b>communes rurales</b>										
< 200 habitants		13%	16%	2%	15%	27%	14%	19%	25%	19%
200 à 1 000 habitants		9%	11%	4%	11%		12%	14%	18%	12%
> 1 000 habitants		7%	10%		11%		8%	12%	14%	10%
<b>Ensemble communes rurales</b>		8%	11%	4%	11%	27%	12%	14%	18%	11%
<b>unités urbaines</b>										
< 10 000 habitants	0%	5%	6%	7%	6%	8%		8%	9%	7%
10 000 - 50 000 habitants	5%	3%	5%	5%		8%		15%		5%
50 000 - 200 000 habitants	3%	2%								3%
> 200 000 habitants	1%	5%								1%
<b>Ensemble des unités urbaines</b>	2%	5%	6%	5%	6%	8%		9%	9%	3%
<b>Total</b>	2%	7%	9%	5%	11%	8%	12%	13%	16%	5%

Source : MSA

### 2.3.2. La population MSA dans la typologie des campagnes françaises

La typologie des campagnes françaises, avec une approche qui allie démographie et économie, affine beaucoup cette vision des espaces ruraux.

Un tiers des assurés agricoles (32%) réside dans une commune rurale à proximité des villes, du littoral ou des vallées urbanisées (**Tableau 25**). Ces communes connaissent une forte croissance résidentielle, les conditions de vie y sont plus favorables (catégories 1, 2, 3).

20% de la population MSA réside dans les campagnes agricoles et industrielles (catégorie 4). Les densités de population y sont faibles, la plupart des communes enregistrent un solde démographique positif, sauf dans les bourgs et les petites villes. Leur situation économique présente des fragilités, la qualification des actifs est peu élevée, le chômage est relativement important et les actifs travaillent loin de leur commune de résidence.

Les campagnes de très faible densité, éloignées de l'influence des grandes métropoles, concentrent 22% des assurés MSA (1/3 des non-salariés agricoles actifs), contre 8% de la population générale. Elles se répartissent en 3 groupes.

Dans les campagnes à faibles revenus (catégorie 5), l'économie est très marquée par les secteurs agricole et agroalimentaire. On y trouve 13% des assurés agricoles. Dans ces communes il existe un chassé-croisé migratoire avec le départ des CSP supérieures et des actifs avec leurs enfants, tandis qu'arrivent des employés, des ouvriers et des seniors, ce qui renforce le vieillissement de la population.

Les temps de trajet pour les commerces, les services et les établissements scolaires sont supérieurs à la moyenne. Les revenus des ménages sont faibles.

La catégorie 6 se différencie de la précédente principalement sur leur orientation économique, présenteielle et touristique. 7% des assurés agricoles consommant des soins résident dans ces espaces ruraux.

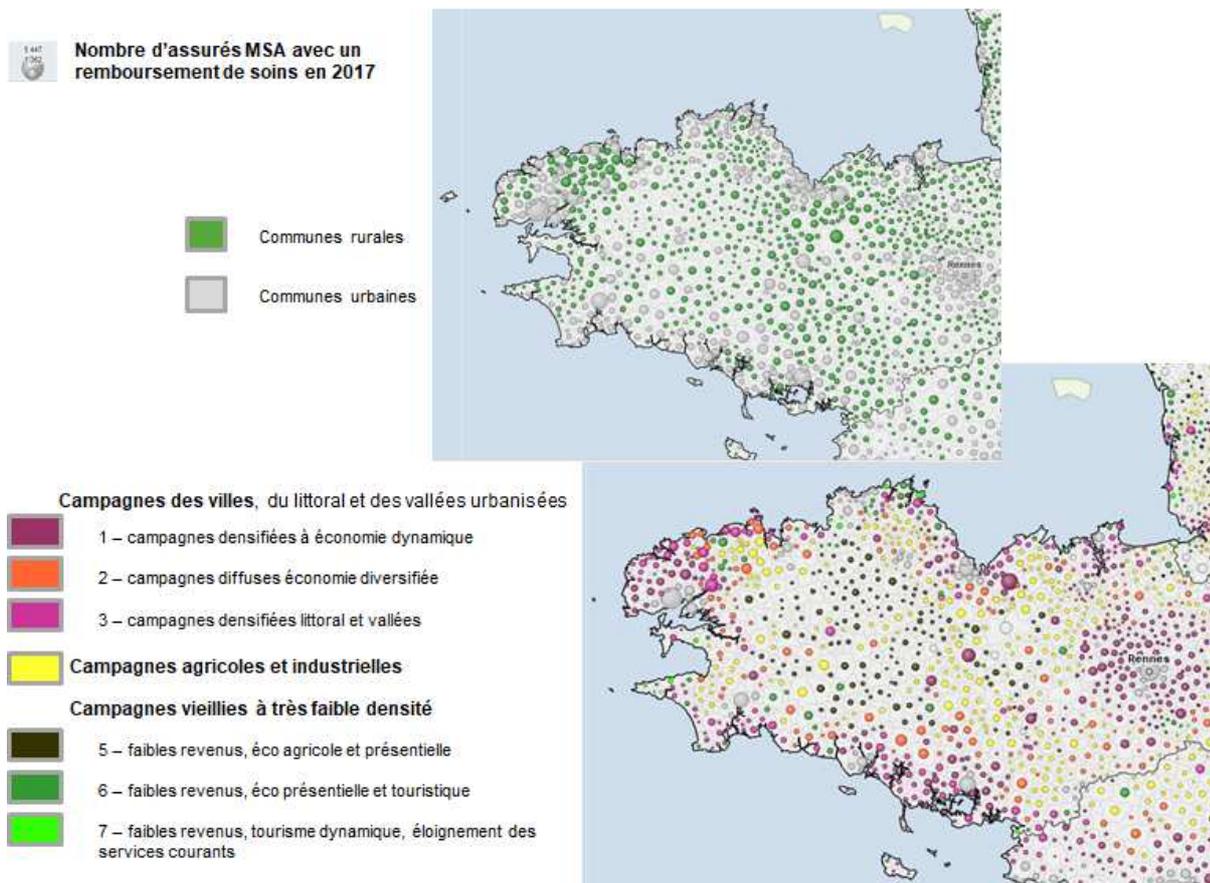
**Tableau 25 :**  
**Répartition des populations (générale et agricole)**  
**dans les catégories de la typologie des campagnes**

	Population légale municipale 2016	en %	Nombre d'assurés du régime agricole avec un remboursement de soins en 2017	en %	Salariés agricoles - nombre de contrats au 31/12/2016	en %	Non Saliés - nombre de chefs au 1er janvier 2017	en %
<b>Les campagnes des villes, du littoral et des vallées urbanisées</b>								
1- les campagnes densifiées, en périphérie des villes, à très forte croissance résidentielle et à économie dynamique	5 882 873	9%	301 935	10%	65 737	10%	38 139	8%
2- les campagnes diffuses, en périphérie des villes, à croissance résidentielle et dynamique économique diversifiée	5 500 323	9%	393 543	12%	68 799	10%	53 965	12%
3- les campagnes densifiées, du littoral et des vallées, à forte croissance résidentielle et à forte économie présenteielle.	5 260 668	8%	324 999	10%	66 460	10%	37 470	8%
<b>Ensemble des campagnes des villes, du littoral et des vallées urbanisées</b>	<b>16 643 864</b>	<b>26%</b>	<b>1 020 477</b>	<b>32%</b>	<b>200 996</b>	<b>30%</b>	<b>129 574</b>	<b>29%</b>
<b>4- Les campagnes agricoles et industrielles : sous faible influence urbaine.</b>	<b>5 461 487</b>	<b>8%</b>	<b>631 123</b>	<b>20%</b>	<b>99 614</b>	<b>15%</b>	<b>114 113</b>	<b>25%</b>
<b>Les campagnes vieilles à très faible densité</b>								
5- les campagnes à faibles revenus, économie présenteielle et agricole	2 227 566	3%	415 917	13%	50 852	8%	98 028	22%
6- les campagnes à faibles revenus, croissance résidentielle, économie présenteielle et touristique	1 833 075	3%	207 662	7%	30 050	4%	43 251	10%
7- les campagnes à faibles revenus, croissance résidentielle, économie présenteielle et touristique dynamique, avec éloignement des services d'usage courant.	1 060 941	2%	78 474	2%	9 710	1%	17 133	4%
<b>Ensemble des campagnes vieilles à très faible densité</b>	<b>5 121 582</b>	<b>8%</b>	<b>702 053</b>	<b>22%</b>	<b>90 612</b>	<b>13%</b>	<b>158 412</b>	<b>35%</b>
unités urbaines de plus de 10.000 emplois	36 154 802	56%	677 058	22%	264 566	39%	32 826	7%
Communes fusionnées depuis 2011	1 086 281	2%	117 766	4%	21 195	3%	18 164	4%
<b>Total</b>	<b>64 468 016</b>	<b>100%</b>	<b>3 148 477</b>	<b>100%</b>	<b>676 983</b>	<b>100%</b>	<b>453 089</b>	<b>100%</b>

Source : MSA

La typologie apporte des informations beaucoup plus éclairantes que le simple classement urbain rural, les dynamiques sur des territoires proches sont différenciées. L'exemple de la Bretagne (**Cartes 5a et 5b**) le montre avec la différenciation des situations entre les zones côtières bénéficiant d'un dynamisme touristique et les communes du centre moins favorisées et moins bien dotées.

**Cartes 5a et 5b :**  
**Du classement urbain / rural à la typologie des campagnes,**  
**nombre d'assurés MSA avec un remboursement de soins en Bretagne**



### 2.3.3. La population MSA dans la typologie de l'accessibilité aux soins et de l'attractivité territoriale

La typologie de l'accessibilité aux soins et de l'attractivité territoriale comprend 3 classes de territoires de vie relativement favorisés tant en termes socio-économiques que d'offre de soins et d'attractivité (classes 3, 5, 6). La population du régime agricole y est globalement sous représentée, sauf dans les espaces de retraite et de tourisme qui concentrent 10% des consommateurs de soins MSA et des non-salariés agricoles actifs contre 7% de la population générale (**Tableau 26, Carte 6**). Ces espaces attractifs pour la population bénéficient d'une offre de soins de premier recours plus élevée que la moyenne, la population y est plus âgée.

En revanche, les ressortissants du régime agricole sont nettement surreprésentés dans la classe 2 « marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles ». Alors que ces territoires de vie concentrent 13% de la population métropolitaine, 32% des consommateurs de soins de la MSA y résident. Cette concentration concerne tout autant les actifs du régime, avec 22% des salariés agricoles et 42% des non-salariés en activité. Cette catégorie couvre des espaces de faible densité, caractérisés par une surreprésentation des personnes âgées et des ouvriers. Les indicateurs de santé y sont défavorables et l'accès aux soins de premier recours y est moins bon que la moyenne, avec une accentuation probable de ce phénomène due à la part plus importante qu'ailleurs de la proportion de médecins généralistes proches de la retraite. Ces espaces se caractérisent par un fort niveau d'enclavement, la distance aux établissements de santé y est supérieure à la moyenne ainsi qu'aux pôles urbains et de services intermédiaires, ils présentent également un sous équipement en connexions haut débit.

Les assurés du régime agricole sont également sur représentés dans les espaces périurbains présentant une moindre accessibilité aux soins (classe 1) qui regroupent 29% des consommateurs de soins du régime, un quart des salariés actifs et 31% des non-salariés actifs, contre 21% de la population générale. Ces espaces constituent la périphérie des grands pôles urbains. Ils se caractérisent par une population plutôt jeune, un taux d'emploi élevé, mais un accès aux professionnels de santé de premier recours inférieur à la moyenne tandis que l'accès aux établissements de santé y est légèrement supérieur.

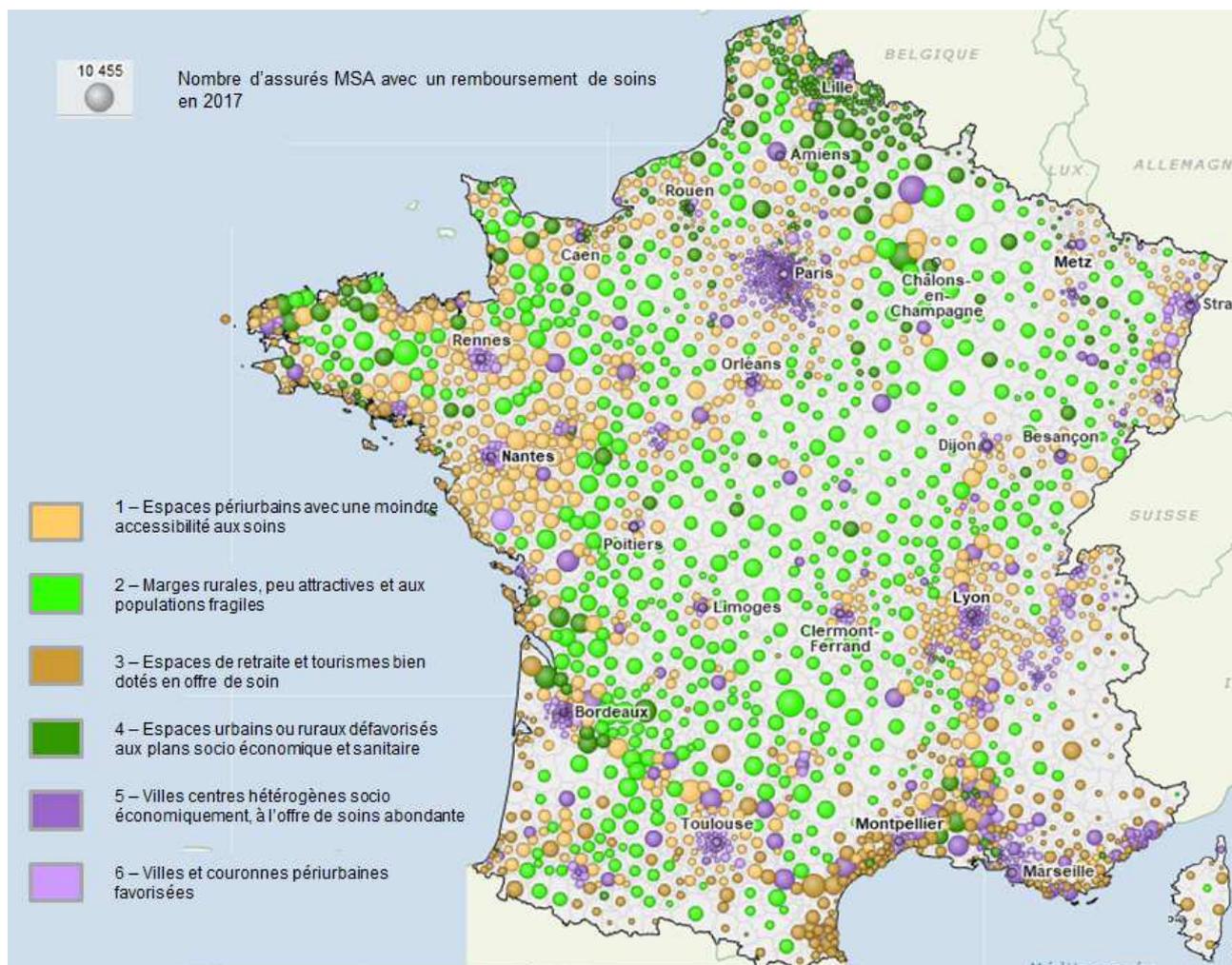
Dans les espaces ruraux ou urbains défavorisés aux plans socio-économiques et sanitaires (classe 4), la population du régime agricole a une représentation équivalente à celle de l'ensemble de la population métropolitaine. Ces espaces moins attractifs que la moyenne sont situés principalement dans le nord-est de la France. L'état de santé y est plus défavorable, la part de la population fragile plus importante, le niveau d'éducation plus faible et le taux d'emploi plus bas.

**Tableau 26 :**  
**Répartition des populations (générale et agricole)**  
**dans les catégories de la typologie de l'accessibilité aux soins et de l'attractivité territoriale**

	Population légale municipale 2016	en %	Nombre d'assurés du régime agricole avec un remboursement de soins en 2017	en %	Salariés agricoles - nombre de contrats au 31/12/2016	en %	Non Salariés - nombre de chefs au 1er janvier 2017	en %
1 Périurbain avec une moindre accessibilité aux soins	13 757 265	21%	924 298	29%	170 276	25%	140 151	31%
2 Marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles	8 344 397	13%	1 004 217	32%	150 251	22%	191 331	42%
3 Espaces de retraite et tourisme bien dotés en offre de soins	4 788 330	7%	311 261	10%	55 906	8%	43 994	10%
4 Espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socio-économiques et sanitaires	7 289 493	11%	320 259	10%	70 091	10%	36 905	8%
5 Centres villes hétérogènes socio-économiquement et bien dotés en offre de soins	19 002 698	29%	379 314	12%	151 706	22%	20 688	5%
6 Villes et couronnes périurbaines favorisées	11 286 609	18%	209 201	7%	78 757	12%	20 032	4%
<b>TOTAL</b>	<b>64 468 792</b>	<b>100%</b>	<b>3 148 550</b>	<b>100%</b>	<b>676 987</b>	<b>100%</b>	<b>453 101</b>	<b>100%</b>

Source : MSA

**Carte 6 :**  
**Nombre d'assurés MSA avec un remboursement de soins en 2017, selon la typologie de l'accessibilité aux soins et de l'attractivité des territoires, en territoires de vie**



Les dénombrements et les répartitions de la population agricole et municipale croisant la typologie des campagnes avec la typologie d'accessibilité aux soins sont disponibles en **Annexe 3**. L'information complémentaire apportée par ce croisement est une concentration nettement plus importante de la population du régime agricole et plus particulièrement des non-salariés agricoles actifs, que la population générale, dans les campagnes des villes avec un moindre accès aux soins.

### 2.3.4. Synthèse

La classification des unités géographiques en rural / urbain, est toujours fondée sur la double analyse densité du bâti et de la population, le seuil entre les deux résulte d'un choix qui évolue dans le temps. Il n'y a pas un type d'espace rural, mais des espaces ruraux avec des dynamiques propres, des zones d'hybridation entre rural et urbain, de nouveaux usages. Il convient alors de les caractériser en fonction des objectifs recherchés et de leurs déterminants, accessibilité aux soins, aux services, niveau d'équipement, niveau économique, démographie, attractivité, ressources,...

La typologie la plus récente, décrivant l'accessibilité aux soins et l'attractivité territoriale, ne vise pas à décrire les espaces ruraux, mais la dénomination de rural y apparaît dans la caractérisation de deux classes, les deux les plus défavorisées et en déperdition.

Ces zonages et typologies permettent de montrer que la répartition géographique des assurés relevant de la MSA n'est pas homogène sur le territoire français et qu'il subsiste une part non négligeable d'entre eux dans les couronnes des grandes aires urbaines et les vallées urbanisées. Ces territoires témoignent d'un dynamisme économique et de conditions de vie favorables. Pour autant, l'analyse menée à partir de ces zonages et typologies met également en exergue une certaine concentration des assurés MSA dans des zones géographiques rurales peu attractives, éloignées des centres d'activités et composées de populations âgées fragiles. Par conséquent, les besoins des assurés relevant de la MSA se révèlent très différents, ce qui implique un accompagnement différencié selon les territoires et les populations visées.

## 2.4. Le recours aux hospitalisations non programmées

Les hospitalisations non programmées (c'est-à-dire les hospitalisations après passage par les urgences) en médecine, en chirurgie ou en obstétrique (MCO) au régime agricole ont déjà fait l'objet d'une étude par la MSA dont les principaux résultats ont été présentés dans le rapport Charges et Produits 2015. Il en ressortait que le passage par les urgences était le deuxième mode d'entrée à l'hôpital et que la part des hospitalisations non programmées dans l'ensemble des hospitalisations était plus élevée au régime agricole que dans les autres régimes. Une étude plus large sur le recours aux urgences avait également enrichi le rapport Charges et Produits 2016. Elle avait notamment identifié que les jeunes (18-30 ans) affiliés au régime agricole étaient plus fréquemment hospitalisés de façon non programmée pour consommation excessive d'alcool.

L'objectif de cette nouvelle analyse est de confirmer ces résultats avec les dernières données disponibles et de les affiner afin d'enrichir les réflexions relatives au juste usage du système de soins. Elle s'inscrit également dans la volonté d'améliorer, de compléter et de fluidifier le parcours en milieu rural en vue d'éviter les recours aux soins peu pertinents qui constituent des épisodes douloureux pour les patients et coûteux pour la collectivité.

En 2017, les hospitalisations non programmées au régime agricole sont au nombre de 286 214, représentant 32% de l'ensemble des hospitalisations. Cette part d'hospitalisations non programmées est en progression puisqu'elle était de 29% en 2012.

Ces hospitalisations représentent un coût pour la MSA estimé à 890 millions d'euros, soit environ 3 100 € par séjour. Les 5 motifs suivants concentrent près du tiers des dépenses :

- Infections respiratoires : 79 millions d'euros
- Cardiopathies, valvulopathies : 70 millions d'euros
- Chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche, fémur, genou) : 59 millions d'euros
- AVC : 51 millions d'euros
- Embolies pulmonaires et détresses respiratoires : 24 millions d'euros

La part d'hospitalisations non programmées est particulièrement élevée aux âges extrêmes de la vie, avec une part de 53,4% pour les patients âgés de 0 à 3 ans et de 43,7% pour les patients âgés de plus de 75 ans (**Tableau 27**).

**Tableau 27 :**  
**Part d'hospitalisations non programmées en 2017 au régime agricole par classe d'âge**

Classe d'âge	Nombre d'hospitalisations non programmées	Nombre total de séjours	Part d'hospitalisations non programmées
0 – 3 ans	7 375	13 818	53,4%
4 – 15 ans	7 344	24 338	30,2%
16 – 75 ans	95 743	458 773	20,9%
Plus de 75 ans	175 752	402 625	43,7%
<b>Total</b>	<b>286 214</b>	<b>899 554</b>	<b>31,8%</b>

Source : SNDS, exploitation MSA

Pour les moins de 4 ans, les principaux motifs de séjours concernent des pathologies infantiles courantes (infections bronchiques, gastroentérites, infections ORL).

On notera que, chez les patients âgés de 16 à 75 ans, la toxicomanie et l'alcoolisme sont le 3<sup>ème</sup> motif le plus courant d'hospitalisation non programmée.

Chez les patients âgés de plus de 75 ans, on retrouve les pathologies liées au grand âge (pathologies cardiovasculaires, infections respiratoires, AVC, chirurgies orthopédiques) (**Tableau 28**).

**Tableau 28 :**  
**Part d'hospitalisations non programmées en 2017 au régime agricole par classe d'âge**  
**et pour les principaux motifs d'hospitalisation**

Classe d'âge	Principaux motifs d'hospitalisation	Nombre d'hospitalisations non programmées	Nombre total de séjours	Part d'hospitalisations non programmées
0 – 3 ans	Bronchites, bronchiolites et asthme	1588	1865	85,1%
	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif	1415	1658	85,3%
	Infections ORL	654	741	88,3%
	Trauma crâniens	392	418	93,8%
	Maladies virales et fièvres d'origine inconnue	364	413	88,1%
4 – 15 ans	Symptômes digestifs	546	641	85,2%
	Appendicectomies	518	668	77,5%
	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif	467	545	85,7%
	Traumatismes du bassin et des membres	456	526	86,7%
	Trauma crâniens	375	402	93,3%
16 – 75 ans	Cardiologie autres	4649	6903	67,3%
	Infections respiratoires	4240	6021	70,4%
	Toxicomanies et alcoolisme	4066	7233	56,2%
	Infections reins et voies urinaires, lithiases	3253	4252	76,5%
	AVC	3223	4168	77,3%
Plus de 75 ans	Cardiopathies, valvulopathies	17774	24146	73,6%
	Infections respiratoires	16779	21407	78,4%
	AVC	8978	10927	82,2%
	Chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche, fémur, genou)	7646	19029	40,2%
	Cardiologie autres	6022	7983	75,4%

La part d'hospitalisations non programmées diffère selon la localisation géographique du patient. Les explications de contrastes territoriaux peuvent être diverses et propres à chaque territoire. L'offre de soins en ville, l'organisation de la permanence des soins, la proximité des hôpitaux ou encore la situation socio-économique des assurés, leur comportement, figurent probablement parmi les principaux facteurs influant sur le recours aux urgences.

Le lien entre le caractère urbain/rural de la commune de résidence du patient et la part d'hospitalisations non programmées au régime agricole a été étudié avec une standardisation directe des données en prenant la structure de la population française en population de référence. Le principal enseignement est que chez les patients âgés de 75 ans ou plus, la part d'hospitalisations non programmées est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (**Tableau 29**).

**Tableau 29 :**  
**Comparaison de la part d'hospitalisations non programmées au régime agricole**  
**entre les communes de résidence rurales et les communes de résidence urbaines**

Classe d'âge	Communes rurales			Communes urbaines		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
<b>0-3 ans</b>	45,4%	54,9%	50,0%	47,4%	55,2%	51,2%
<b>4-15 ans</b>	30,9%	31,1%	31,0%	30,5%	32,1%	31,3%
<b>16-75 ans</b>	25,4%*	18,8%	22,0%*	26,0%*	19,0%	22,4%*
<b>Plus de 75 ans</b>	37,9%*	42,7%*	40,9%*	36,2%*	41,0%*	39,2%*
<b>Total</b>	28,0%*	24,5%	26,2%*	28,4%*	24,6%	26,5%*

\*Ecart statistiquement significatif entre les communes rurales et les communes urbaines

La comparaison de la part d'hospitalisations non programmées entre le régime agricole et les autres régimes montre que cette part est plus élevée au régime agricole que dans les autres régimes d'assurance maladie, en particulier chez les 75 ans et plus (**Tableau 30**).

**Tableau 30 :**  
**Comparaison de la part d'hospitalisations non programmées**  
**entre le régime agricole et les autres régimes**

Classe d'âge	Régime agricole			Autres régimes		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
<b>0-3 ans</b>	46,5%*	55,0%	50,7%*	44,6%*	54,6%	49,5%*
<b>4-15 ans</b>	30,7%	31,6%	31,1%	30,4%	32,3%	31,3%
<b>16-75 ans</b>	25,7%*	18,9%*	22,2%*	23,8%*	18,5%*	21,1%*
<b>Plus de 75 ans</b>	37,2%*	42,0%*	40,2%*	33,5%*	39,1%*	36,9%*
<b>Total</b>	28,2%*	24,6%*	26,3%*	26,5%*	24,1%*	25,2%*

\*Ecart statistiquement significatif entre le régime agricole et les autres régimes

Cela peut s'expliquer notamment par une moindre offre de soins de premier recours dans les communes rurales.

La relation entre la part d'hospitalisations non programmées et la répartition des médecins généralistes, ainsi que celle entre la part d'hospitalisations non programmées et le taux de visites chez les plus de 75 ans ont été étudiées mais aucun lien statistiquement significatif n'a été retrouvé.

En revanche, une liaison existe avec l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) qui permet de mesurer l'accessibilité au médecin généraliste. Cet indicateur a été créé par la Drees et l'Irdes pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin. Il est calculé en nombre de consultations/visites accessibles par habitant standardisé. L'étude du lien entre cet indicateur et la part d'hospitalisations non programmées au régime agricole par bassin de vie montre une légère corrélation négative entre les deux variables ( $r^2 = -0,11$ ,  $p < 0,0001$ ). Ainsi, plus l'accessibilité aux médecins généralistes est élevée, moins la part d'hospitalisations non programmées est élevée.

Dans la majorité des cas, les hospitalisations non programmées sont nécessaires et inévitables. Parfois, ce recours pallie la faiblesse de l'offre de soins sur le territoire. Dans certains cas, le recours aux urgences relève du « ressenti » et l'hospitalisation qui en découle, parfois par sécurité, pourrait être évitée par une prise en charge adaptée en ville ou par le patient lui-même (ou sa famille). Une meilleure appréciation des symptômes via l'éducation à la santé familiale pourrait par exemple contribuer à la baisse de ces pratiques. Dans d'autres cas, des actions renforcées de prévention ou d'accompagnement des patients pourraient permettre de limiter les risques et certaines hospitalisations (ex : prévention des toxicomanies et de l'alcoolisme, meilleur accompagnement du patient après retour à domicile pour éviter les réhospitalisations, accompagnement du patient pour une meilleure observance des traitements, etc.).

Pour identifier certaines hospitalisations non programmées potentiellement évitables, la liste publiée par J.S Weissman a été utilisée. Bien qu'il en existe plusieurs, c'est cette liste qui est la plus couramment utilisée dans les études. Elle permet de distinguer les pathologies pour lesquelles une hospitalisation pourrait être évitée par une bonne prise en charge en ville. Elle a été dressée pour les patients âgés de plus de 20 ans uniquement. A partir de celle-ci, on estime à environ 42 000 hospitalisations non programmées qui auraient pu être évitées au régime agricole en 2017 (insuffisances cardiaques congestives et pneumopathies bactériennes principalement). Les économies potentielles sont estimées à 150 millions d'euros.

Méthodologie :

*L'analyse a été réalisée à partir des données du PMSI 2017 accessibles via le SNDS.*

*Ont été exclus du périmètre de l'étude :*

- *les séjours pour séances,*
- *les séjours liés à un accouchement,*
- *les séjours réalisés par des patients résidant hors France métropolitaine ou dont le code commune de résidence est inconnu (base communes INSEE 2017).*

*Pour attribuer à chaque patient son régime d'appartenance et sa commune de résidence, une jointure a été réalisée entre les tables du PMSI et les tables de remboursement de l'assurance maladie. Ce chaînage peut s'effectuer grâce au NIR pseudonymisé présent dans chacune de ces tables. Ont donc été exclus du périmètre de l'étude les patients ayant eu une hospitalisation en 2017 (figurant dans les bases PMSI) mais pour lesquels on ne retrouve aucun soin dans les bases de l'assurance maladie en 2017.*

# **Partie 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 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.

Les propositions de la MSA pour 2020 s'articulent autour des axes de la stratégie nationale de santé et des six axes du plan Ondam 2018-2022 d'appui à la transformation du système de santé (PATSS), à savoir :

- Prévention,
- Structuration de l'offre de soins,
- Pertinence et efficacité des produits de santé,
- Pertinence et qualité des actes,
- Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports,
- Contrôle et lutte contre la fraude.

### 3.1. Lutter contre les inégalités de santé par la prévention, la promotion de la santé et l'éducation à la santé

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 l'ensemble des acteurs de santé

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'efficacité 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 ses programmes nationaux 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-consommateurs 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'efficacité 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.
- à la prévention des risques professionnels et de la santé au travail, privilégiant la prévention primaire, dans une démarche intégrative et promotionnelle de la santé.
- à la prévention dans le champ de l'action sanitaire et sociale.

Avec plus de 39 millions d'euros consacrés à ses actions de prévention en 2018 par l'intermédiaire des trois fonds (le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires des professions agricoles (FNPEISA) pour 25,16 millions d'euros, le fonds national de prévention des risques professionnels (FNPR) pour 11,77 millions d'euros et le fonds national d'action sanitaire et social (FNASS) pour 2,10 millions d'euros), la MSA confirme sa valeur ajoutée 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.

## Instants Santé

Personnalisés, complets et gratuits, les « Instants Santé » réintègrent les personnes âgées de 25 à 74 ans éloignées des soins de ville dans le parcours de santé. Le dispositif se déroule en trois étapes :

- le premier rendez-vous comprend un entretien motivationnel avec un infirmier afin de repérer les besoins de santé de l'assuré et l'orienter vers la réalisation de la consultation de prévention chez le médecin généraliste de son choix. Une diététicienne est présente pour réaliser une animation nutritionnelle et délivrer des informations sur la thématique.
- Un entretien motivationnel peut être proposé aux assurés qui souhaitent s'engager dans une démarche d'arrêt du tabac,
- la consultation de prévention - avec le médecin de son choix - permet à l'assuré de faire le point sur les sujets de santé qui le préoccupent,
- des actions de prévention adaptées sont proposées à l'adhérent lors du premier rendez-vous ou prescrites par le médecin généraliste (bilan bucco-dentaire, parcours nutrition santé, actions collectives seniors...).

En 2018, plus de 17 000 personnes sous-consommantes de soins ont participé aux premiers rendez-vous. Plus de 1 000 fumeurs ont bénéficié d'un entretien motivationnel à l'arrêt du tabac. Les premiers résultats montrent que plus de 62 % des participants aux « Instants Santé » (séance du premier rendez-vous) réintègrent le parcours de santé.

### Instants Santé jeunes

Pour les jeunes de 16 à 24 ans, une consultation de prévention chez un médecin généraliste est proposée avec au préalable un questionnaire à renseigner sur le site [isjeunes.msa.fr](http://isjeunes.msa.fr). Ces jeunes reçoivent un chèque sport d'une valeur de 30 euros. En 2018, plus de 8 600 jeunes ont bénéficié de ce dispositif.

### Vaccination antigrippale

La campagne nationale de vaccination 2018-2019 contre la grippe s'est déroulée du 6 octobre 2018 au 31 janvier 2019. Chaque année, elle permet de sensibiliser les personnes fragiles à l'importance de se faire vacciner, en leur proposant une prise en charge gratuite du vaccin. Les personnes pour lesquelles la vaccination est recommandée sont les personnes âgées de 65 ans et plus et les personnes atteintes de l'une des douze affections de longue durée (ALD) ciblées. Par ailleurs, une population dite en « extension » - les personnes atteintes de maladies respiratoires chroniques (asthme, bronchite chronique obstructive,...) et les femmes enceintes - est également concernée par cette campagne.

Le taux de couverture vaccinale contre la grippe atteint 55,9 % au régime agricole, en progression de 1,8 point par rapport à la campagne 2017-2018.

**Tableau 31 :**  
**Taux de couverture vaccinale contre la grippe au régime agricole**

	Campagne 2017-2018	Campagne 2018-2019
Taux de couverture vaccinale des 65 ans et plus	53,3 %	54,7 %
Taux de couverture vaccinale des assurés en ALD	65,4 %	73,3 %
Taux de couverture vaccinale total	54,1 %	55,9 %

Source : CCMSA

## Vaccination ROR

En 2018, le taux de couverture vaccinale contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) est de 73,7 % : 19 743 enfants âgés de 24 mois relevant du régime agricole sur un potentiel de 26 796 ont reçu au moins une dose de vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. Ce taux est toutefois sous-évalué dans la mesure où ces chiffres ne prennent pas en compte les vaccinations effectuées dans le cadre scolaire ou dans le cadre de la protection maternelle et infantile (PMI).

**Tableau 32 :**  
**Nombre d'enfants vaccinés et taux de couverture vaccinale ROR**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre d'enfants âgés de 24 mois	29 476	29 028	26 778	27 103	27 089	26 796
Nombre d'enfants âgés de 24 mois vaccinés	20 425	20 325	19 986	19 999	19 906	19 743
Taux de couverture vaccinale	69,3%	70,0%	74,6%	73,8%	73,5%	73,7%

Source : CCMSA

## Dépistage organisé du cancer du sein

Le programme de dépistage organisé du cancer du sein consiste à inviter tous les deux ans les femmes âgées de 50 à 74 ans, à réaliser un examen clinique des seins et une mammographie. Elles reçoivent un courrier d'invitation de la structure de gestion chargée d'organiser le dépistage dans leur département.

En 2018, sur 196 576 femmes invitées relevant du régime agricole, 104 341 ont été dépistées, soit un taux de participation de 53,1 % (+ 0,9 point par rapport à 2017). Ce taux de participation est supérieur à celui des femmes invitées tous régimes confondus qui s'établit à 49,2 %.

**Tableau 33 :**  
**Nombre de femmes invitées au dépistage organisé du cancer du sein, nombre de femmes dépistées et taux de participation**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre de femmes invitées	214 326	210 934	206 365	208 383	204 956	201 243	104 341
Nombre de femmes dépistées	119 675	113 802	114 970	117 608	109 301	105 147	196 576
Taux de participation	55,8 %	54,0 %	55,7 %	56,4 %	53,3%	52,2%	53,1%

Source : Santé Publique France

## Dépistage organisé du cancer colorectal

En 2018, 242 974 adhérents du régime agricole âgés de 50 à 74 ans ont participé au dépistage organisé du cancer colorectal. Le taux de participation national du régime agricole atteint 31,0 % (- 1,9 point par rapport à 2017) contre 32,1 % tous régimes confondus.

## Dépistage du cancer du col de l'utérus

Le programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus va être généralisé en 2019. Pour lutter contre ce cancer évitable, l'objectif de ce programme est d'amener en dix ans 80 % des femmes âgées de 25 à 65 ans à effectuer un frottis du col cervico-utérin.

Le taux de couverture national du dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis au régime agricole - calculé sur les périodes cumulées de soins des années 2016, 2017 et 2018 - est de 53 %.

### Encadré 3 : Focus sur le taux de couverture au dépistage du cancer du col de l'utérus

Le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus commence sa généralisation en 2019 après une phase d'expérimentation<sup>8</sup>.

L'objectif du programme national est d'atteindre en 2029 un taux de couverture de 80% dans la population cible (femmes âgées de 25 à 65 ans) pour réduire l'incidence et le nombre de décès par cancer du col de l'utérus de 30 %<sup>9</sup>.

Il s'agit d'autre part de rendre le dépistage plus facilement accessible aux populations vulnérables et/ou les plus éloignées du système de santé.

La MSA a inscrit dans sa COG 2016-2020 la production du taux de couverture au dépistage du cancer du col de l'utérus.

Ce premier taux, devant être produit au 2<sup>ème</sup> trimestre 2019 par la CCMSA, affiche un résultat de 53%.

Ce taux est défini comme le rapport entre le nombre de femmes du régime agricole âgées de 25 à 65 ans qui ont effectué, en dépistage individuel<sup>10</sup>, un frottis depuis 3 ans (données 2016 à 2018) et le nombre total de femmes du régime agricole âgées de 25 à 65 ans inscrites au RNIAM.

Il en résulte un taux de non couverture de 47%.

L'analyse par tranches d'âge montre que le pic du taux de couverture est atteint pour la tranche 35-44 ans (62,6%) et que ce sont les femmes les plus âgées qui se dépistent le moins, alors qu'elles vont sortir du programme de dépistage organisé (**Tableau 34**).

**Tableau 34 : Taux de couverture 2018 au dépistage du cancer du col de l'utérus et nombre de femmes dépistées au régime agricole (données de frottis en dépistage individuel de 2016 à 2018)**

	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-65 ans	25-65 ans	Nbre total de femmes
Femmes dépistées	54,1%	62,6%	56,9%	43,0%	<b>53,0%</b>	<b>242 599</b>
Femmes non dépistées	45,9%	37,4%	43,1%	57,0%	<b>47,0%</b>	<b>215 182</b>

Source : MSA

Une analyse territoriale au niveau du canton va être produite pour les ARCMSA pour septembre 2019 afin d'appuyer leur commande à leurs centres régionaux de coordination des dépistages pour une promotion ciblée de ce dépistage.

Il s'agit ainsi de favoriser l'accès à ce dépistage pour les ressortissantes du régime agricole les plus éloignées du système de soins.

<sup>8</sup> 8 sites couvrant au total 12 départements français : Bas-Rhin, Haut-Rhin, Isère, Martinique, Val-de-Marne, Maine-et-Loire, Indre-et-Loire, Allier, Cantal, Puy-de Dôme, Haute-Loire, La Réunion.

<sup>9</sup> 2 835 nouveaux cas de ce cancer ont été estimés en 2017 selon l'INCa.

<sup>10</sup> Les expérimentations menées ne peuvent être considérées à proprement parler comme un dépistage organisé.

## Prévention bucco-dentaire MSA

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

- des dispositifs conventionnels définis en interrégimes,
- des actions institutionnelles rattachées à des situations particulières du parcours de vie des adhérents MSA.

Ces dispositifs et actions, décrits ci-dessous, consistent principalement en la prise en charge d'un examen de prévention bucco-dentaire réalisé chez le chirurgien-dentiste ou médecin stomatologiste.

### *Dispositif à destination des enfants de 3 ans*

Cette action institutionnelle a permis en 2018 d'inviter 22 740 enfants de 3 ans à réaliser un examen de prévention bucco-dentaire. 6 610 d'entre eux ont réalisé l'examen, soit un taux de participation de 29,1%.

En 2019, cette action sera intégrée au dispositif interrégimes M'T dents.

La MSA a réalisé une seconde évaluation de cette action en 2019 dont certains résultats sont présentés dans l'**encadré 4**.

#### **Encadré 4 :**

#### **Typologie des enfants de 3 ans ayant réalisé le bilan bucco-dentaire proposé par la MSA**

Dans le cadre de sa politique de prévention bucco-dentaire, la MSA a mis en place depuis 2006, une consultation de prévention pour les enfants de 3 ans. L'objectif de cette consultation, prise en charge par la MSA, est d'inciter les parents à prendre soin de la santé bucco-dentaire de leur enfant en leur apportant des conseils sur les gestes à adopter au quotidien ainsi que sur les habitudes alimentaires favorables ou défavorables à un développement bucco-dentaire optimal. Cette consultation est également l'occasion de familiariser l'enfant avec un cabinet dentaire, en dehors de toute urgence, afin de créer un climat de confiance. Elle a aussi pour but de décrire l'état de santé bucco-dentaire des enfants de 3 ans et de réaliser un dépistage précoce des caries et de relever les praxies.

Un tiers des enfants invités participent à cette action. L'étude de la santé bucco-dentaire des participants a porté sur les données exploitables des années 2013 à 2016, soit sur 32 000 enfants. Dans cette population 96,8% des enfants sont indemnes de la maladie carieuse.

L'analyse croisée des comportements déclarés et de la santé bucco-dentaire, renseignée par le chirurgien-dentiste, a permis de dégager 6 groupes d'enfants. Dans le groupe « A » le nombre moyen de caries est le plus faible et il augmente d'un groupe à l'autre jusqu'au groupe « F » où il est le plus élevé.

- Dans le groupe A, les enfants aidés par leurs parents lors du brossage et qui se brossent quotidiennement les dents sont surreprésentés. Ces enfants boivent principalement de l'eau et ne grignotent pas. Ce premier groupe, dont le nombre moyen de caries est le plus faible, concentre plus du tiers de la population étudiée (37% des enfants).
- Le groupe B, qui regroupe 36% de la population étudiée, est constitué essentiellement d'enfants qui boivent principalement de l'eau, ne grignotent pas en dehors des repas, ont les dents brossées par leur(s) parent(s) à une fréquence irrégulière. Le nombre moyen de caries est assez similaire au groupe A : 0,05.

- On retrouve dans le groupe C, composé de 3,7% des enfants, une surreprésentation de ceux grignotant des aliments de nature non-sucrée. Le nombre moyen de carie de ce groupe est de 0,12, une moyenne plus de deux fois supérieure à celle des groupes A et B.
- Le groupe D, avec 11,7% de la population étudiée, se caractérise par une surreprésentation d'enfants buvant principalement du lait et grignotant entre les repas des aliments sucrés. Ces enfants ont les dents brossées fréquemment. Leur nombre moyen de carie est plus élevé : 0,18.
- Les 699 enfants du groupe E n'ont presque jamais les dents brossées. Toutefois, lorsque le brossage est réalisé, c'est par l'enfant seul. Le nombre moyen de caries est de 0,34. Plus de 24% des enfants de ce groupe présentent une plaque dentaire, proportion la plus élevée des 6 groupes.
- Enfin dans le dernier groupe, le groupe F, dont le nombre moyen de carie est le plus élevé (0,35), les enfants consommant des aliments sucrés, que ce soit en grignotant ou en buvant des sodas/jus de fruits, sont surreprésentés. Ces enfants ont les dents brossées fréquemment, mais pas régulièrement. L'inflammation gingivale et la plaque dentaire sont beaucoup plus souvent observables dans ce groupe d'enfants consommateurs d'aliments sucrés.

Ces observations confirment le lien entre la santé bucco-dentaire et certains comportements hygiéno-diététiques, bien connu de la profession dentaire. Les différents regroupements permettent d'identifier des comportements qui s'associent et se graduent d'un groupe à l'autre en même temps que le nombre moyen de caries s'accroît.

Les bons comportements se cumulent dans les groupes A et B qui fort heureusement concentrent la majorité des enfants de 3 ans. L'absence de grignotage et la consommation d'eau apparaissent comme les deux comportements décisifs de la bonne santé bucco-dentaire, avec une mise en place du brossage qui dans le meilleur des cas est quotidien et supervisé par les parents.

A l'opposé, les groupes E et F à risque très élevé, concernent plus d'un enfant sur 10. Leur santé bucco-dentaire est déjà dégradée à 3 ans. L'absence de brossage ou un brossage non supervisé, s'associe à la consommation de boissons sucrées et au grignotage sucré qui induisent la présence de plaque dentaire, d'inflammation gingivale et entraînent la maladie carieuse.

**Tableau 35 :**  
**Caractéristiques des groupes d'enfants constitués par une classification mixte**

Groupe	A	B	C	D	E	F
Nombre d'enfants	11 927	11 547	1 182	3 736	699	2 965
Part de la population étudiée	37,2%	36,0%	3,7%	11,7%	2,2%	9,2%
Nombre moyen de caries	0,03	0,05	0,12	0,18	0,34	0,35
Part d'enfant avec inflammation gingivale (%)	1,29	2,54	2,9	3,8	9,2	9,2
Part d'enfant avec plaque dentaire (%)	6,2	9,98	9,84	12,21	24,21	17,11
Caractéristiques du groupe	- Brossage enfant aidé	- Eau	- Grignotage non sucré	- Lait	- Pas de brossage	- Soda/jus de fruit
	- Brossage quotidien	- Brossage parents	- Brossage fréquent	- Grignotage sucré	- Brossage enfant seul	- Grignotage sucré
	- Eau	- Brossage fréquent	- Soda/jus de fruit	- Brossage fréquent	- Grignotage sucré	- Brossage enfant seul
	- Pas de grignotage	- Brossage enfant seul	- Lait	- Brossage parents	- Soda/jus de fruit	- Brossage fréquent
		- Pas de grignotage			- Lait	

*Clé de lecture : Toutes les variables sont significativement surreprésentées (v-test significatif). Les modalités en gras sont celles qui sont les plus surreprésentées (v-test > 10).*

### Dispositif M'T dents

Le dispositif M'T dents consiste en la prise en charge intégrale d'un examen de prévention bucco-dentaire et des éventuels soins consécutifs. Il porte sur les âges les plus vulnérables aux risques carieux (6, 9, 12, 15 et 18 ans) et a été étendu, en 2018, aux jeunes de 21 et 24 ans.

En 2018, 191 978 enfants et jeunes ont été invités dans le cadre du dispositif M'T dents. 50 198 d'entre eux ont bénéficié d'un examen de prévention bucco-dentaire, soit un taux de participation global de 26,1% (**Tableau 36**). On constate une baisse du taux de participation par rapport à l'année dernière de 6,4 points due à l'intégration des examens destinés aux jeunes de 21 et 24 ans, dont le taux de participation est de 7,6%. Sans l'intégration de ces deux tranches d'âge, le taux de participation est quasiment stable (32,4% en 2018 contre 32,5% en 2017).

**Tableau 36 :**  
**Nombre de jeunes invités, nombre d'examens bucco-dentaires réalisés et taux de participation au dispositif M'T dents au régime agricole en 2018**

	6 ans	9 ans	12 ans	15 ans	18 ans	21 ans	24 ans	Total
<b>Nombre d'invitations</b>	25 430	27 500	28 228	28 865	33 375	22 077	26 503	191 978
<b>Nombres d'examens réalisés</b>	11 161	10 155	10 345	8 859	6 002	1 805	1 871	50 198
<b>Taux de participation</b>	43,9%	36,9%	36,6%	30,7%	18,0%	8,2%	7,1%	26,1%

Depuis 2016, ce dispositif a été renforcé par une action de relance destinée aux jeunes de 7, 10 et 13 ans, invités dans le cadre du dispositif M'T dents et n'ayant bénéficié d'aucun acte bucco-dentaire dans l'année de leurs 6, 9 et 12 ans.

Avec cette action de relance, 5 464 enfants de 7, 10 et 13 ans du régime agricole ont pu bénéficier d'un examen bucco-dentaire intégralement pris en charge en 2018. Le taux de participation national est de 18,5%.

Ainsi, le taux de participation à l'examen de prévention bucco-dentaire pour les enfants de 6, 9 et 12 ans a augmenté de 6,7 points, en 2018, passant de 39,0% à 45,7%.

Par les bons résultats obtenus depuis la mise en place de ce dispositif d'accompagnement du M'T dents destiné aux enfants de 7, 10 et 13 ans non-consommants de soins dentaires., un examen de prévention bucco-dentaire à destination des enfants de 4 ans non-consommants de soins dentaires sera déployé en 2020. Les enfants de 4 ans n'ayant bénéficié d'aucun acte bucco-dentaire dans l'année de leurs 3 ans seront dorénavant invités à réaliser un examen de prévention chez le chirurgien-dentiste, entièrement pris en charge par la MSA.

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

Le plan de prévention bucco-dentaire prévoit pour les femmes enceintes une action interrégimes complétée par une action institutionnelle à destination des femmes en période post-natale.

16 012 femmes enceintes ont été invitées à réaliser un examen de prévention bucco-dentaire en 2018. 5 278 d'entre-elles ont réalisé cet examen, soit un taux de participation de 33,0 %.

10 277 femmes en période post-natale ont été invitées à réaliser un examen de prévention bucco-dentaire en 2018. 2 621 d'entre-elles ont réalisé l'examen, soit un taux de participation de 25,5%.

#### ***Dispositif à destination des personnes de 60 ans non-consommantes de soins***

Mise en place en octobre 2017, cette action institutionnelle a permis, sur l'année 2018, d'inviter 22 029 personnes de 60 ans qui n'avaient pas consulté de chirurgien-dentiste l'année de leurs 59 ans à réaliser un examen de prévention bucco-dentaire, dont 2 037 personnes en affection de longue durée.

Au total, 3 377 personnes de 60 ans non-consommantes de soins ont réalisé un examen de prévention bucco-dentaire, soit un taux de participation de 15,3%.

#### **Accompagnement à l'arrêt du tabac**

Sous l'impulsion des pouvoirs publics, la MSA a mis en place un dispositif de prise en charge des traitements nicotiques de substitution (TNS) pour tous les assurés dès l'âge de 15 ans. Depuis 2018, certains médicaments de substitution sont remboursés avec un prix fixé et une prise en charge sur le risque maladie. En 2018, 43 220 personnes ont bénéficié de ce dispositif (contre 12 406 personnes en 2017). Ces résultats font apparaître une très forte augmentation du nombre de bénéficiaires, celui-ci ayant été multiplié par près de 3,5 par rapport à 2017.

## **Actions collectives de prévention pour les seniors**

La MSA mène une politique de prise en charge globale du vieillissement des personnes déclinée notamment sous la forme d'actions collectives de prévention. En 2018, 71 481 personnes ont participé aux actions collectives de prévention organisées par la MSA (soit 2 848 participants supplémentaires par rapport à l'année 2017).

Les ateliers de stimulation cognitive et de prévention des chutes sont les deux thématiques les plus suivies. Ainsi, 11 283 seniors ont participé à des ateliers de stimulation cognitive et 8 994 ont bénéficié des ateliers de prévention des chutes.

La MSA impulse fortement la dynamique nationale et locale de l'interrégime des caisses de retraite notamment en fournissant une ingénierie des actions collectives clé en main et la formation des animateurs. Les méthodes d'intervention sont fondées sur davantage d'interactivité (pour rendre le participant acteur de sa santé) et ainsi garantir au maximum les effets attendus. La satisfaction des participants est étudiée systématiquement, un dispositif d'évaluation sur six mois permet d'adapter l'offre au besoin et d'avoir des données sur les modifications de comportement.

### **Programme d'éducation thérapeutique MSA**

Le programme d'éducation thérapeutique de la MSA concerne les malades atteints d'une insuffisance cardiaque, d'une hypertension artérielle ou d'une maladie coronaire.

Les séances sont animées par des éducateurs (professionnels de santé des territoires) spécifiquement formés à la méthodologie, aux principes d'éducation thérapeutique des patients et aux outils d'animation rattachés au programme.

En 2018, 253 cycles ont été réalisés par l'ensemble des MSA, au bénéfice de 2 150 participants.

### **Parcours de prévention pour les personnes en situation de précarité**

Le parcours de prévention pour les personnes en situation de précarité est spécifiquement conçu pour les publics fragiles. En 2018, les actions suivantes ont été mises en place :

- 1 039 bilans de santé réalisés,
- 836 personnes en situation de précarité ont bénéficié d'une action bucco-dentaire. 374 personnes ont été examinées par un chirurgien-dentiste conseil et 45 ont réalisé un bilan bucco-dentaire avec un chirurgien-dentiste traitant. 26 personnes ont été accompagnées pour un plan de soins dentaires,
- 157 personnes ont reçu une prescription pour le parcours nutrition santé,
- 241 ateliers « Prendre soin de sa santé » ont été réalisés et ils ont bénéficié à 511 personnes,
- 43 actions d'initiative locale ont été réalisées par les MSA pour compléter l'offre nationale proposée dans le cadre de ce parcours de prévention.

En 2019, des travaux ont été initiés dans le but de :

- renforcer la prise en charge globale de ces personnes, en regroupant des réponses qui relèvent du domaine de la prévention santé, de l'action sanitaire et sociale et des prestations légales,
- structurer l'offre proposée dans le cadre d'un parcours permettant d'identifier les besoins de chacun.

### **Actions d'initiative locale**

Les actions d'initiative locale répondent à des besoins identifiés par les caisses de MSA sur leur territoire ainsi qu'aux objectifs des politiques de santé publique.

En 2018, 36 projets portés par les caisses de MSA ont été financés sur les 61 dossiers de demande de financement transmis. Pour l'accompagnement des caisses de MSA sur l'ingénierie de projet, chacune des actions financées comporte un protocole d'intervention cadré ainsi qu'un dispositif d'évaluation. Ces projets portent principalement sur la promotion du bien-être chez les jeunes ainsi que sur la prévention des conduites à risque menée auprès des élèves de maisons familiales et rurales (MFR) ou de lycées agricoles. Viennent ensuite les actions à destination des personnes en situation de précarité ainsi que les actions de prévention de l'autonomie des seniors.

En 2018, plus de 14 800 personnes ont bénéficié de ces actions.

### **Encadré 5 : Les propositions pour 2019**

#### **▪ Un plan de prévention des conduites addictives**

Dans le contexte de transformation du fonds Tabac interrégime en fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives, la MSA s'apprête à mettre en œuvre un plan de prévention des conduites addictives.

Ce plan aura pour objectif la réduction des risques, en permettant à nos ressortissants d'adopter des comportements plus favorables à leur santé.

Dans ce cadre, la MSA prévoit d'offrir, prioritairement, sur tout le territoire, une offre de prévention à destination de publics ciblés notamment les jeunes et les salariés de structures d'insertion. L'ensemble de nos adhérents seront par ailleurs destinataires de campagnes de prévention.

#### **▪ Un nouvel examen bucco-dentaire pour les 4 ans non-consommants de soins**

La santé bucco-dentaire fait partie intégrante de la santé générale et demeure essentielle à la qualité de vie.

Depuis 2016, la MSA vise à garantir un suivi bucco-dentaire régulier auprès de ses adhérents avec la mise en place du dispositif d'accompagnement du M'T dents destiné aux enfants de 7, 10 et 13 ans non-consommants de soins dentaires.

Par les bons résultats obtenus depuis la mise en place de ce dispositif, un examen de prévention bucco-dentaire à destination des enfants de 4 ans non-consommants de soins dentaires sera déployé en 2020. Les enfants de 4 ans n'ayant bénéficié d'aucun acte bucco-dentaire dans l'année de leurs 3 ans seront dorénavant invités à réaliser un examen de prévention chez le chirurgien-dentiste, entièrement pris en charge par la MSA.

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

### **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 mis en œuvre le dispositif sur leur territoire en 2018.

En 2018, 22 728 entretiens (18 575 en 2017, soit une augmentation de 22,4%) ont été réalisés par rapport à un objectif fixé initialement à 14 410 entretiens.

Le secteur de la santé représente la majorité de ces droits ouverts.

Pour rappel, 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.

### 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 25 000 patients.

Confronté à l'émergence de la polypathologie et dans un contexte d'intégration des nouveaux modes de prise en charge dans les activités des structures de soins coordonnés, la MSA, conjointement avec le laboratoire des éducations et pratiques en santé (LEPS), a développé un programme d'ETP pour malades polypathologiques à mettre en œuvre par des structures de soins coordonnés.

Le programme a été expérimenté en 2016. Les résultats favorables de l'évaluation, publiés en 2017<sup>11</sup> ont conduit la MSA à généraliser la mise en œuvre de ce programme. En 2019, le programme est en cours d'extension à l'ensemble du territoire national. Des formations sont programmées tout au long de l'année pour les équipes éducatives volontaires.

### 3.1.2.3. L'accompagnement du parcours des malades complexes

Les malades chroniques les plus complexes nécessitent des modalités de prise en charge renforcées. Sur la base des demandes récurrentes des professionnels de santé, la MSA expérimente un accompagnement des médecins généralistes traitants par les médecins-conseils pour améliorer la prise en charge de leurs assurés malades complexes.

L'intervention du médecin-conseil auprès du médecin généraliste traitant porte sur l'optimisation des droits sociaux des assurés, l'optimisation de l'utilisation de l'offre locale de santé (dont les nouveaux modes de soins), les possibilités de contribution aux frais hors du droit commun, les nouvelles prises en charge spécifiques à certaines situations, l'aide aux aidants, la gestion des effets indésirables liés aux soins et le recensement des manques dans l'offre territoriale.

L'évaluation de l'intervention consiste en une étude de l'impact de l'intervention du médecin-conseil sur la prise en charge des assurés.

L'action se déroule d'avril à décembre 2019.

<sup>11</sup> 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.

### 3.1.2.4. L'accompagnement du parcours des assurés présentant des pathologies pulmonaires agricoles

Avec le lancement en 2019 de Repran, le réseau national de prise en charge et de recherche sur la pathologie pulmonaire en milieu agricole, la MSA accompagnera les assurés présentant des pathologies pulmonaires agricoles dans leur prise en charge (diagnostic, traitement, maintien dans l'emploi, accompagnement administratif, social,...) sur tout le territoire.

L'année 2018 a été consacrée à la mise en place de ce réseau autour de quatre activités majeures :

- La première a concerné la construction de partenariats en région entre les caisses de MSA et les CHU. Douze sites sont impliqués : Brest, Rennes, Caen, Toulouse, Bordeaux, Grenoble, Nancy, Reims, Saint-Étienne, Angers, Tours et Clermont-Ferrand.
- La seconde a concerné la mise au point de l'organisation, la conception des éléments de communication, d'information et de suivi (brochure consultable en ligne), les modalités de suivi des patients avec les caisses de MSA et les CHU, les commissions de suivi et la grille d'évaluation de la gravité, la réalisation de deux films, la mise au point d'outils de communication et d'une stratégie de lancement (site internet).
- La troisième activité a été dédiée à la formation des personnes chargées de la coordination médico-administrative.
- Enfin, le développement des activités scientifiques du réseau donne lieu à quatre présentations par le Repran dans des colloques scientifiques. Le réseau est aussi sollicité pour avis ou partenariat dans des projets de recherche et dans la poursuite des études « protection contre l'allergie : étude du milieu rural et de son environnement » (Pasture) et « Broncho pneumopathie chronique obstructive en milieu rural : dépistage, caractérisation et constitution d'une cohorte » (Balistic).

### 3.1.2.5. La prévention du suicide et du mal-être en agriculture

La prévention du mal-être en agriculture nécessite de développer la détection et l'orientation des personnes qui ne vont pas bien, dans l'objectif d'une meilleure prise en charge. La MSA réalise ces actions depuis 2011 et met en place le plan national MSA de 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 350-380 appels mensuels en 2018.

L'écoute assurée par deux associations d'écouterants 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'écouterants 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, permet d'accompagner les assurés MSA en grande détresse après un signalement à la CPP.

En 2018-2019, le dispositif Agri'écoute 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.

Depuis le 8 mars 2018, le service Agri'écoute fonctionne ainsi avec la collaboration du nouveau prestataire, PSYA, partenaire privé d'écouterants professionnels psychologues cliniciens.

Sur les 9 mois et 23 jours de fonctionnement au cours de l'année 2018, 4 723 appels ont été reçus, avec un taux d'accessibilité de 93%. De juin à décembre, on note une stabilité à 350-380 appels mensuels.

Pour rappel, le cahier des charges de PSYA est le suivant :

- une écoute professionnelle, 24h/24 et 7 jours/7, avec une possibilité pour l'assuré de rappeler 3 fois le même écoutant psychologue (soit 4 contacts téléphoniques au total) ;

- si besoin :
  - une orientation vers la cellule pluridisciplinaire de prévention du suicide de la MSA de rattachement de l'assuré appelant (si la levée de l'anonymat est acceptée pour la poursuite de l'accompagnement et du suivi de la situation) ;
  - une orientation vers le réseau national de psychologues du partenaire si besoin particulier et si la CPP de la MSA ne dispose pas de son propre réseau de psychologues de ville.
- une procédure d'urgence organisée et suivie.

En synthèse, les faits marquants et les particularités des appelants Agri'écoute au cours de l'année 2018 sont les suivants :

- la majorité des appels a lieu en semaine et dans la journée,
- la plupart des appels dure entre 10 minutes et moins de 20 minutes,
- les hommes appellent majoritairement,
- les tranches d'âge des appelants correspondent à celles des personnes signalées aux cellules pluridisciplinaires de prévention du suicide,
- les raisons évoquées de première intention pour appeler ce numéro sont d'ordre personnel,
- 9% des appelants ont des idées suicidaires,
- la plupart des orientations se font vers le médecin traitant ou le spécialiste,
- 20 entretiens ont donné suite à une orientation vers une des 35 cellules pluridisciplinaires de prévention du suicide MSA,
- 3 situations critiques ont nécessité l'intervention des urgences (mars, octobre, décembre),
- 9% des appelants se sont inscrits dans une démarche de suivi, avec 1 à 2 appels en sus de l'appel initial. On n'a jamais observé 4 appels, comme le propose le dispositif.

Cependant, il est aussi nécessaire de développer la prévention primaire c'est-à-dire, d'agir sur les déterminants, les causes de ce mal-être. La MSA développe donc des actions comme « Et Si On Parlait du Travail ? » qui ont pour finalité de développer la capacité des entrepreneurs à mieux prendre en compte la santé dans le développement de leur entreprise allant jusqu'à produire des organisations sources de santé.

ESOPT est une démarche de prévention primaire des risques psychosociaux (RPS) centrée sur la prise en compte du travail réel développée par les services de santé-sécurité au travail de la MSA. Elle est constituée d'une réunion-débat organisée autour de la projection du film ESOPT (rapport audiovisuel de 4 études ergonomiques de l'activité d'exploitants agricoles) puis d'une formation intitulée « cultiver son bien-être au travail » dont l'objectif général est de permettre aux exploitants agricoles d'analyser leur activité professionnelle, d'identifier les points forts de leur organisation, les difficultés et leur origine, de rechercher des améliorations possibles et ainsi prévenir les RPS.

La réunion débat contribue à réunir 8 à 50 exploitants autour du film ESOPT puis à échanger sur les liens entre la santé et le travail. Elle contribue à prendre conscience de l'importance de la santé dans la performance de l'entreprise et à initier une réflexion sur le travail chez les exploitants.

La formation est une des formes possibles de l'accompagnement proposé par les services SST de la MSA à la suite de la réunion-débat. Mais il peut également prendre la forme d'un groupe de travail sur un sujet identifié lors de la réunion-débat ou une aide financière pour la réalisation

d'une étude ergonomique. Les réunions-débats sont souvent co-organisées avec les services ASS des MSA notamment pour prendre en charge les exploitants dont les difficultés relèvent des services sociaux.

En trois ans d'utilisation d'ESOPT, environ 2 000 exploitants ont participé à une réunion-débat et plusieurs centaines ont été ou sont en cours d'accompagnement par les services SST de la MSA. L'efficacité de la prévention primaire des RPS s'inscrit dans la durée. L'objectif est de poursuivre dans le temps cet accompagnement global des exploitants que seule la MSA peut offrir aux exploitants.

En déclinaison du plan de prévention du suicide, plusieurs actions sont menées par l'action sanitaire et sociale de la MSA :

- **Le dispositif d'accompagnement vers le répit vise à prévenir l'épuisement professionnel des actifs du monde agricole**, non-salariés comme salariés de la production et de la transformation évoluant dans des secteurs d'activité exposés à des crises agricoles. Deux leviers d'actions sont mobilisés : **des aides au remplacement sur l'exploitation pour les non-salariés** (permettre un temps de pause par rapport à leur activité) et **des actions de prévention et d'accompagnement au répit pour les salariés et non-salariés** (agir sur le syndrome de l'épuisement, encourager la prise de recul ...).

Initié en 2017 grâce à l'aide exceptionnelle du Ministère de l'Agriculture, il a été prolongé en 2018 puis en 2019 en mobilisant 3 fonds : FNASS, FNPEISA et FNPR. **En 2018, 3 072 affiliés et 890 ayants droit ont été accompagnés sur l'ensemble des actions possibles pour un montant total dépensé de 2 857 619 €**: 1 924 750 € pour le remplacement (1 700 non-salariés ayant bénéficié de 12 305 jours de remplacement) et 932 869 € pour les actions de prévention et d'accompagnement (2 089 affiliés et 890 ayants droit). **Pour 2019, 3,3 millions d'euros sont mobilisés pour la reconduction du dispositif.**

- **L'appel à projets « déploiement d'actions collectives à visée préventive des phénomènes dépressifs ou suicidaires » cherche à favoriser la mise en place sur les territoires d'actions collectives à but préventif orientées vers la prévention du stress, de la dépression et du suicide, dits risques psycho-sociaux.**

L'appel à projets est ouvert sur la période 2017-2019. Les caisses se sont mobilisées autour de deux grands types d'actions : actions d'accompagnement ou de sensibilisation à destination directe de bénéficiaires (groupes de paroles, représentations théâtrales, actions ou dispositifs existants de valorisation de l'estime de soi, de bien-être,...) et actions de formation ou sensibilisation de relais, pour diffuser les actions de la MSA et favoriser le repérage et l'orientation (mise en place ou formation de réseaux sentinelles, veilleurs,...). A fin juin 2019, 24 projets de caisses locales ont reçu un appui financier de la CCMSA (196 633 € de dotations accordées).

## 3.2. Poursuivre et amplifier l'implication de la MSA dans la structuration de l'offre de soins sur les territoires

La MSA s'inscrit dans la loi d'organisation et de transformation du système de santé et dans les axes de « ma santé 2022 ». Elle développe son offre en complémentarité avec l'inter-régime et les ARS.

Elle poursuit et amplifie son implication sur les territoires en :

- développant et partageant sa connaissance des territoires notamment ruraux,
- continuant à accompagner la structuration de l'offre de santé et en l'amplifiant (MSP, ESP, centres de santé,...),
- accompagnant le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS),
- sensibilisant les professionnels de santé à l'exercice en milieu rural et en expérimentant l'accueil des futurs professionnels de santé dans le cadre du service sanitaire,
- en expérimentant une offre de services aux assurés dans le cadre de leur parcours de santé.

### 3.2.1. Développer et partager la connaissance des territoires notamment ruraux

La MSA a développé un outil 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.

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, 31 diagnostics qualitatifs ont été finalisés.

En 2019, un certain nombre de diagnostics ont été suivi d'un plan d'action proposé et mis en œuvre sous l'égide de l'ARS avec l'accompagnement par les caisses de MSA de la mise en place d'un certain nombre de structures d'exercice coordonné (cf. infra).

Une synthèse nationale des volets qualitatifs, accompagnée de trois exemples est présentée dans l'**encadré 6**.

### **Encadré 6 : Synthèse nationale des volets qualitatifs du diagnostic territorial MSA**

Le volet qualitatif des diagnostics territoriaux MSA s'inscrit dans une démarche de recherche dite interventionnelle en santé des populations agricoles, procédant par analyses statistiques, entretiens semi-directifs et observations directes.

L'objectif consiste à déterminer les mécanismes qui fragilisent l'accès aux soins primaires dans les territoires, notamment ruraux, pour en tirer des recommandations opérationnelles relevant de plans d'actions.

Les périmètres de ce volet correspondent à 44 bassins de vie à risques qui ont été identifiés à partir du volet quantitatif, et validés par les ARS.

Une pluralité d'acteurs sont mobilisés dans la phase qualitative : les référents des diagnostics territoriaux MSA associés parfois à des comités de pilotage - 35 jeunes chercheurs universitaires (Masters 2 spécialités dominantes en sciences humaines et sociales), 3 enquêteurs-consultants et 6 chargés d'étude des services MSA et ASEPT (Association santé éducation et prévention sur les territoires) assurent les diagnostics qualitatifs, encadrés par la coordinatrice nationale du volet qualitatif.

Concernant les productions, 5 diagnostics qualitatifs ont été achevés fin 2017. En 2018, on compte 26 diagnostics qualitatifs finalisés. Ont été remis : les rapports de diagnostic avec résultats et recommandations ciblées, 351 entretiens individuels retranscrits, 20 entretiens de groupe retranscrits, 64 entretiens individuels et de groupe non retranscrits et 14 journaux d'observation. 4 caisses de MSA ont programmé la fin des diagnostics qualitatifs d'ici septembre 2019.

Au niveau de la coordination nationale, l'intégralité des données collectées est exploitée, analysée et fait l'objet d'une valorisation (publications scientifiques, communications, etc.). Un rapport de capitalisation sera livré fin juin 2019, et un rapport de recherche, fin décembre 2019.

Au terme de ces travaux, les analyses ont donné lieu à 257 recommandations fondées sur les données de terrain, dans l'intention d'apporter une plus-value mobilisable pour des actions en réponse aux besoins, aux difficultés et aux préoccupations exposées. Ces recommandations traitent d'une multitude de thèmes :

- pour améliorer la gouvernance territoriale de santé, favoriser une réelle démocratie sanitaire et encourager les innovations en soins et e-santé
- pour une meilleure intégration des enjeux de la santé au travail des populations agricoles, en particulier des agriculteurs et des agricultrices
- pour une adaptation des actions d'éducation, de prévention et de promotion à la santé en phase avec les besoins et les attentes de terrain
- pour encourager l'installation des professionnels de santé, sécuriser leur parcours professionnel et favoriser l'articulation des temps personnel et professionnel
- pour améliorer l'organisation des systèmes de soins, les pratiques de soins, le suivi des parcours de santé et les relations soignants-soignés
- pour permettre une plus grande mobilité des usagers en matière d'accès à l'offre de soins et de santé dans les bassins de vie et hors frontières
- pour faciliter l'accès aux droits sociaux, aux aides financières et aux informations
- pour consolider les interventions et améliorer les services MSA

Voici quelques exemples :

- « *Améliorer la délivrance d'information concernant les aides auxquelles peuvent prétendre les assurés pour favoriser l'accès aux droits. En lien avec la recommandation 7, le système de veille pourrait permettre de cibler les plus précaires afin de leur apporter un complément d'information concernant les aides financières auxquelles ils peuvent prétendre. Cette recommandation vise à favoriser l'accès aux droits et l'accès aux soins de façon indirecte en évitant le renoncement aux soins pour des raisons financières au sens large (consultations de spécialistes, heures aide-ménagère, EHPAD, etc.)* ».
- « *La récurrence des troubles musculo-squelettiques chez les travailleurs agricoles nous amène à porter une préconisation sur la sensibilisation aux postures à avoir, ce qui pourrait se faire à travers des formations sur les lieux d'exploitation* ».
- « *Améliorer la prévention. La MSA possède des données statistiques riches et variées. Elle pourrait collaborer avec des acteurs locaux de santé pour les informer sur des données pertinentes et mettre des actions en place ensemble. Un coordonnateur prévention MSA pourrait collaborer sur le volet de la prévention avec les professionnels de santé de la CPTS (notamment MSP N.)* ».

Enfin, on peut citer des exemples de plans d'actions proposés et mis en œuvre par les caisses de MSA en collaboration avec les ARS :

- *L'exemple de la CMSA Portes de Bretagne.* Constitution d'un réseau de partenaires ; travail en inter-régimes pour une plus grande visibilité de la place de la MSA dans les territoires ; mise en place d'actions en expérimentation validées en inter-régimes et en lien avec les contrats locaux de santé, comme offre complémentaire aux médecins pour venir en compensation par des examens de prévention santé (prévention primaire) et développer une offre d'éducation thérapeutique poly-pathologies (prévention secondaire) pour toute la population sur les territoires ciblés.
- *L'exemple de la CMSA Franche-Comté.* Conception d'un projet de centre de santé autour d'axes prioritaires : diabète, pathologies cardiovasculaires, cancers diabètes et addictions, prise en charge des personnes âgées dans le cadre du maintien à domicile, etc. ; installation de 2 médecins en dehors du centre de santé ; mise en place d'actions : atelier santé octobre rose, atelier santé mars bleu ; prospection auprès des professionnels de santé pour le déploiement de cycle ET3P et « atelier santé famille » ; élaboration du plan d'action de la charte des aînés : parcours santé des aidants mis en place par l'action sanitaire et sociale de la MSA ; 3 ateliers de prévention seniors en 2018 et 2 en 2019 ; étude de besoins pour la construction d'une MARPA (Maison d'accueil rural pour les personnes âgées) à Corre (potentiel lieu de permanence pour le centre de santé) ; réalisation de l'Educ tour 2019 (rencontres interprofessionnelles entre étudiants et professionnels de santé du territoire) ; organisation d'une rencontre interprofessionnelle sur la prise en charge des personnes âgées (reconduction à l'étude).
- *L'exemple de la CMSA Alsace.* Rédaction d'un rapport concernant un projet d'« expérimentation de médecine salariée en milieu rural » ; choix du périmètre d'expérimentation concerté avec l'ARS ; identification des subventions et rencontres avec des partenaires potentiels (CPAM, établissement hospitalier, etc.).

### 3.2.2. Poursuivre et amplifier l'accompagnement de la coordination de l'offre de soins à l'échelle des patientèles (MSP, ESP, centres de santé,...)

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 (MSP) : à ce jour, elle a soutenu plus de 200 maisons de santé pluri-professionnelles sur les 680 maisons de santé pluri-professionnelles situées en zones sous-denses ou déficitaires.

En concertation avec les ARS, les DCGDR, les URPS, la MSA poursuit l'apport de son expertise à l'appui des projets de structures d'exercice coordonné (MSP, ESP, CPTS) à la fois dans le cadre d'études préalables mais aussi dans l'accompagnement auprès des acteurs de santé tout au long des différentes phases du projet.

Les caisses de MSA ont accompagné en 2018 la mise en place de 3 Equipes de Soins Primaires (ESP), 14 MSP et 2 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé.

Par ailleurs une formation auprès des élus a été déployée sur la thématique « Organisation des soins, rôle des élus ». D'ores et déjà, 125 élus dans 9 caisses ont suivi cette formation.

La MSA souhaite également accompagner le développement de centres de santé notamment en milieu (semi) rural.

En effet, les données montrent que les jeunes professionnels de santé ne souhaitent plus, dans leur grande majorité, s'installer en libéral mais plutôt exercer en tant que salarié. Par ailleurs, des caisses de MSA gèrent des centres de santé le plus souvent mono-disciplinaires (infirmiers).

L'objectif est donc dans un 1<sup>er</sup> temps d'accompagner l'évolution des centres de santé existants mono-disciplinaires vers l'accueil d'autres professionnels de santé notamment médecins mais aussi chirurgiens-dentistes, kinésithérapeutes,... puis dans un 2<sup>ème</sup> temps aider à la création de centres de santé avec les collectivités locales notamment dans les zones où l'offre de soins en libéral n'est plus suffisante.

En 2019, le directeur général de la CCMSA a demandé que soit nommé dans chaque MSA un cadre dirigeant référent sur l'organisation des soins afin d'impulser et de coordonner les actions d'accompagnement au développement des structures d'exercice coordonnée au sein de chaque caisse. Par ailleurs, le directeur général a décidé l'engagement de 35 chargés de développement territorial en santé (1 par caisse) pour juin 2019.

Dans chaque région, le directeur de l'ARCMSA est le référent auprès des directeurs généraux des ARS et DCGDR pour la coordination du déploiement des structures coordonnées, la contribution de la MSA au Guichet unique d'information et d'orientation pour l'exercice des professionnels de santé et l'innovation en santé dans le cadre de l'article 51 LFSS 2018.

Une réunion nationale est programmée en septembre 2019. Elle rassemblera l'ensemble des collaborateurs impliqués dans l'accompagnement des projets de structure d'exercice coordonné pour une journée de sensibilisation et de formation/action.

### 3.2.3. Contribuer à la mise en place de la coordination des acteurs de santé à l'échelle des territoires (CPTS)

La MSA a d'ores et déjà accompagné la mise en place de 2 communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) : la CPTS Sud 28 (région Centre-Val de Loire), citée dans le dossier de presse « *Ma santé 2022* » et la CPTS Pays de Conflent (région Occitanie).

A partir notamment de l'expérience des 2 caisses qui ont accompagné la création de ces 2 CPTS, la MSA a élaboré et diffusé un guide méthodologique pour aider les caisses à accompagner l'émergence de ces structures coordonnées sur leurs territoires.

La philosophie de ce guide est de rassembler et d'expliquer les éléments méthodologiques ainsi que les outils, pouvant aider les équipes des caisses de MSA à la structuration de leurs accompagnements à la mise en place de CPTS.

Cependant, les contextes régionaux, départementaux et locaux étant tous différents, cette méthodologie n'a pas pour ambition d'être un dogme à dupliquer dans toutes les situations. Il s'agit de présenter le contexte, proposer des idées et des conseils permettant de nourrir une stratégie et une méthode locale d'accompagnement.

Chaque caisse peut intégrer la méthodologie à l'étape qui lui convient le mieux. L'ordre des étapes peut dépendre des liens déjà tissés avec les acteurs du territoire et des actions déjà menées sur le territoire.

La diffusion de la méthodologie est accompagnée d'un parrainage des caisses par les MSA déjà impliquées dans des accompagnements, d'une réunion nationale d'échanges, de la création d'un dossier national partagé,...

### 3.2.4. Poursuivre la sensibilisation des professionnels de santé à l'exercice en milieu rural et expérimenter l'accueil des futurs professionnels de santé dans le cadre du service sanitaire

La MSA continue à promouvoir l'exercice en milieu rural auprès des professionnels de santé, pour lequel elle a créé le dispositif spécifique « Exercice en campagne ».

Ce dispositif œuvre à l'installation des professionnels de santé dans les zones sous-denses à travers une palette d'actions (85 en 2017 et 97 en 2018) pour sensibiliser les futurs professionnels de santé à l'intérêt de travailler dans les territoires ruraux.

Dans ce cadre, la MSA a renouvelé fin 2018 sa convention de partenariat avec le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) qui vise notamment à promouvoir les stages ambulatoires, la maîtrise de stage et les travaux de recherche sur la coordination et l'exercice en milieu rural (**Annexe 1, proposition 11**).

L'action « Exercice en campagne » s'intègre aussi dans le dispositif du Guichet unique d'information et d'orientation pour les professionnels de santé issu du plan d'égal accès aux soins dont la MSA est partie prenante.

Par ailleurs, en octobre 2018, la MSA a tenu un stand partagé aux « Entretiens de Bichat » 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 accueille dans les caisses depuis de nombreuses années de futurs professionnels de santé : médecin, sage-femme, kinésithérapeute, infirmier, pharmacien,...

Pour 2019-2020, la MSA poursuivra son action en faveur de l'exercice des professionnels de santé en milieu rural en l'élargissant à l'accueil de futurs professionnels de santé dans le cadre du service sanitaire.

Le service sanitaire est lancé depuis la rentrée 2018 pour les 47 000 étudiants en santé. Les agences régionales de santé co-président, avec les recteurs d'académie, le comité régional du service sanitaire pour la mise en œuvre et le pilotage.

Le service sanitaire pour les étudiants en santé est constitué de trois étapes, réparties selon une durée totale de six semaines :

- un temps de formation théorique et pratique,
- un temps d'intervention concrète auprès de publics prédéfinis,
- un temps d'évaluation de l'action.

Pour favoriser l'interdisciplinarité, les étudiants des différentes filières en santé doivent travailler ensemble pour réaliser des projets communs. Ces étudiants se forment ainsi à la pédagogie, au partage de leurs savoirs pour sensibiliser les citoyens à des comportements favorables à la santé.

L'objectif est de former tous les futurs professionnels de santé aux enjeux de la prévention par la participation à la réalisation d'actions concrètes de prévention auprès de publics identifiés comme prioritaires.

Ces thématiques sont choisies pour leur impact sur la santé, articulées avec les priorités nationales de santé publique et avec les politiques des agences régionales de santé.

La MSA très investie dans le domaine de la prévention se propose donc d'accueillir des étudiants pour le service sanitaire.

### **3.2.5. Expérimenter une offre de services aux assurés dans le cadre de leur parcours de santé**

Le projet d'une offre de services en santé MSA vise à offrir aux affiliés agricoles une prestation gratuite de mise en relation avec les services facilitant leur parcours de santé et cohérent avec leur situation. Chaque affilié trouvera les services les plus adaptés à sa situation répondant ainsi au besoin d'un accompagnement personnalisé.

Cette prestation prendra la forme d'une plateforme qui doit permettre un accompagnement complet de l'affilié tout au long de la vie, avant la maladie en aidant à la prévention, pendant les prises en charges ponctuelles en le guidant vers une prise en charge pertinente et de qualité, dans le cas de maladies chroniques en l'accompagnant dans son parcours de soins et des situations de dépendances avec la mise en relation coordonnée des services concernés sur le territoire.

Si la part du numérique est indispensable pour l'accès à la plateforme, une approche multimodale pouvant intégrer d'autres moyens d'accès tel que le téléphone est à étudier. Elle doit tirer profit de tous les services disponibles au niveau national mais aussi sur un territoire, qu'ils soient publics ou privés, pour les intégrer, de la façon la plus complète et la plus pragmatique au service proposé à l'affilié. Cette plateforme doit donc être en articulation avec les services et acteurs de santé d'un territoire. Elle devra s'appuyer sur leur coordination pour apporter le meilleur service à l'affilié.

L'interopérabilité est centrale. La plateforme, sur le versant numérique, doit être compatible avec l'urbanisation en cours au niveau national. En l'occurrence, elle devra dans un premier temps être compatible avec les outils socles que représente le DMP et e-parcours. Dans un second temps, l'articulation se fera avec l'espace numérique en santé qui sera l'outil final permettant aux citoyens de choisir et accéder à des services numériques de santé dans un cadre sécurisé et avec une navigation fluide. Une articulation avec les autres outils numériques nationaux, la plateforme de bouquet de services communicants pour les professionnels de santé et le Health Data Hub pour la gestion des données de santé sera aussi nécessaire. Par ailleurs, la structuration doit être assez souple pour modifier les outils le composant, supprimer ceux qui sont obsolètes et intégrer des fonctionnalités innovantes. Ces dernières peuvent faire l'objet d'expérimentations au sein du dispositif pour évaluer leur pertinence en réponse aux objectifs du service. Enfin, il devra intégrer les outils déjà proposés par la MSA.

### 3.3. Renforcer la qualité des pratiques et la pertinence des soins

La MSA renforcera les actions de gestion du risque en lien avec la qualité des pratiques et la pertinence des soins dans le cadre du Plan National de Gestion du Risque et d'Efficiences du Système de Soins (PNGDRESS) 2018-2019, piloté par l'Etat, et accompagnera les offreurs de soins dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses.

En 2019, 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.

La partie 3.3. correspond ainsi aux axes 3, 4, et 5 du plan Ondam, à savoir améliorer la pertinence et l'efficacité :

- **des produits de santé** pour permettre un accès pour tous aux produits innovants,
- **des actes** pour réduire le recours inutiles ou redondants,
- **des arrêts de travail et des transports** pour maîtriser les dépenses très dynamiques.

#### 3.3.1. Les actions du plan national GDR 2018 de la MSA

Le plan national de gestion du risque (GDR) de la MSA, qui comporte des actions menées en inter-régimes, a notamment porté en 2018 sur :

- le contrôle des arrêts de travail comprenant 4 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, des SSIAD et des établissements de santé,
- les actions dentaires.

Le bilan des actions du plan GDR 2018 de la MSA est annexé à ce rapport (**Annexe 4**).

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 de l'action hors AMM Versatis®.

Les caisses de MSA poursuivront ainsi la mise en œuvre des actions inscrites dans le plan annuel de gestion du risque MSA 2019 dont l'objectif est d'accroître l'efficacité du système de soins au bénéfice des ressortissants agricoles tout en s'inscrivant dans le cadrage financier de l'Ondam.

Ce plan national GDR MSA 2019 comprend les actions pérennes du plan 2018 et des actions nouvelles, présentées en partie dans le rapport Charges et Produits MSA 2019.

### 3.3.2. Les nouvelles études et propositions

#### 3.3.2.1. Pertinence et efficience des produits de santé

Dans le cadre de la pertinence et l'efficience des produits de santé, la MSA propose de nouvelles études et actions pour 2019-2020 concernant :

- d'une part, les médicaments,
- d'autre part, la liste des produits et prestations.

##### a. Les médicaments

En 2017, les montants remboursés de médicaments délivrés en ville et de médicaments rétrocédés représentent 26,2 % des dépenses de soins de ville du régime agricole, pour un montant de 1 231 millions d'euros. Les montants remboursables s'élèvent à 1 474 millions d'euros, ce qui correspond à un taux de remboursement moyen de 83,6 %.

##### a.1. Les dépenses de médicaments délivrés en officine

En 2017, le régime agricole a remboursé 139 millions de boîtes de médicaments délivrées en officine de ville (- 3,2 % sur un an après - 1,9 % en 2016), correspondant à la prise en charge de 2 025 spécialités ou groupes de produit générique.

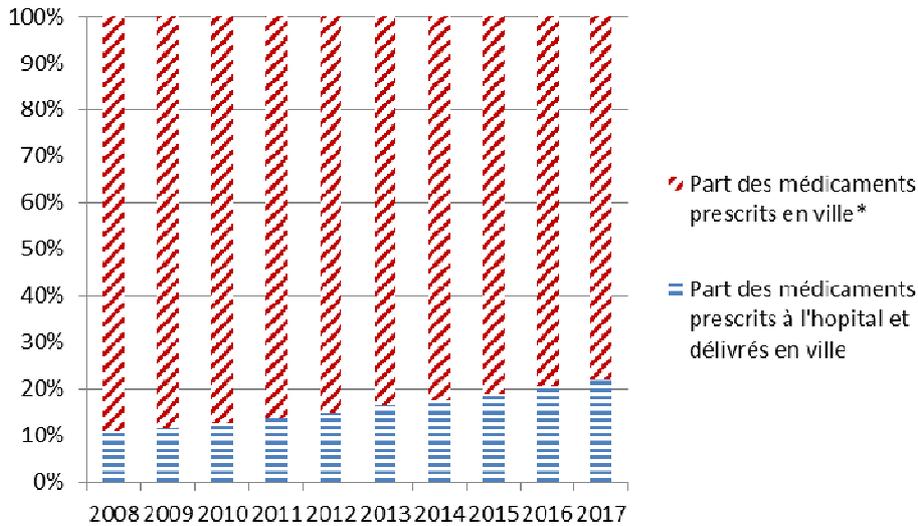
Plus d'un cinquième des boîtes délivrées sont des antalgiques (27,6 %). Les quatre produits les plus délivrés sont d'ailleurs des antalgiques à base de paracétamol seul : DOLIPRANE®, DAFALGAN®, ensemble des produits génériques à base de paracétamol, et EFFERALGAN®.

Les montants présentés au remboursement s'élèvent à 1 346 millions d'euros, en baisse de 2,6 %.

Outre la baisse des volumes, cette diminution s'explique en partie par les mesures de baisse de prix (effet prix en 2017 : - 2,7 % contre - 4,3 % en 2016) ainsi que par la promotion des génériques, qui viennent compenser la progression de la délivrance des médicaments innovants et plus onéreux.

Les médicaments prescrits à l'hôpital et faisant l'objet d'une délivrance en officine de ville (PHEV) progressent de 4,3 % en 2017. Ils représentent une part toujours plus importante dans la dépense de médicaments : 22,0 % en 2017 (20,5 % en 2016 - **Graphique 9**).

**Graphique 9 :**  
**Décomposition du montant remboursable par type de prescripteurs**



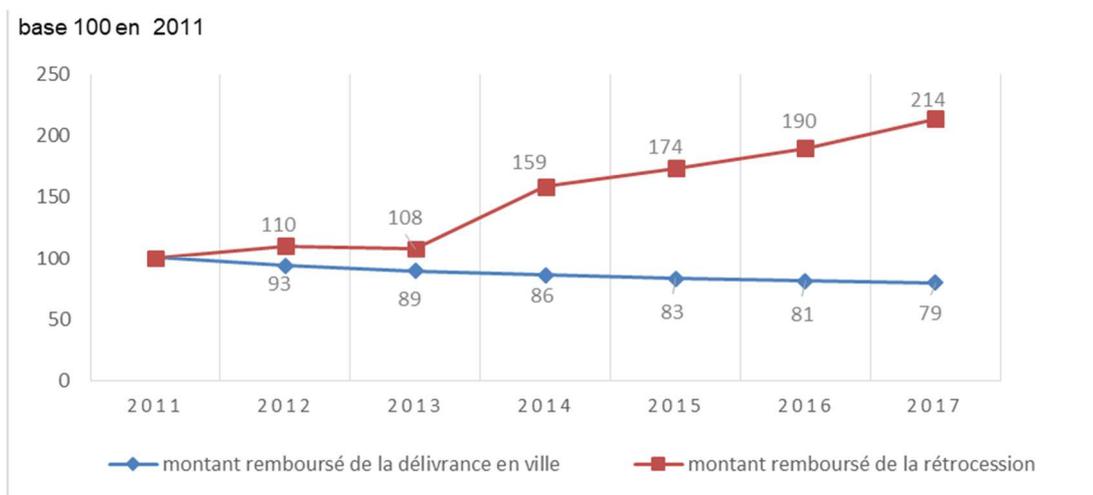
\* Les prescriptions en ville sont celles effectuées par les professionnels de santé exerçant à titre libéral. Source : MSA

### a.2. Les montants remboursés de la rétrocession hospitalière

La rétrocession hospitalière correspond aux médicaments délivrés par les pharmacies à usage intérieur d'établissements de santé à des patients ambulatoires (non hospitalisés) et non disponibles en officine de ville (à l'exception des médicaments du VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C).

Contrairement aux médicaments délivrés par les pharmacies d'officine, les montants remboursés des médicaments de la rétrocession hospitalière continuent leur progression initiée depuis 2014 avec l'arrivée de traitement contre l'hépatite C (**Graphique 10**).

**Graphique 10 :**  
**Evolution indiciaire des montants remboursés pour la délivrance en ville et la rétrocession**



Source : MSA

Les montants remboursés de la rétrocession hospitalière progressent de 12,4 %, pour représenter 127,9 millions d'euros, soit 10,4 % du total des médicaments en soins de ville du régime agricole en montant remboursé (contre 9,2 % en 2016).

Cette progression fait notamment suite à la forte montée en charge des molécules suivantes :

- association d'ivacaftor et de lumacaftor (ORKAMBI®) dans le traitement de la mucoviscidose : à défaut d'une inscription sur la liste des spécialités remboursables en ville en 2017, prise en charge par les collectivités, et rétrocedable par prolongation des conditions d'inscription au titre de l'ATU de cohorte, selon les conditions définies à l'article L.162-16-5-2 du code de la sécurité sociale (dispositif post-ATU) ; en 2017, 41 bénéficiaires ont eu au moins un remboursement d'association d'ivacaftor et de lumacaftor.
- palbociclib (IBRANCE®) dans le traitement du cancer du sein : à défaut d'une inscription sur la liste des spécialités remboursables en ville en 2017, prise en charge par les collectivités, et rétrocedable par prolongation des conditions d'inscription au titre de l'ATU de cohorte, selon les conditions définies à l'article L.162-16-5-2 du code de la sécurité sociale (dispositif post-ATU) ; en 2017, 476 bénéficiaires ont eu au moins un remboursement pour cette molécule.
- biotine (QIZENDAY®) dans le traitement de la sclérose en plaques : prise en charge dans le cadre d'une ATU de cohorte depuis juin 2016. En 2017, 233 bénéficiaires ont eu au moins un remboursement de biotine.

### a.3. Les caractéristiques des dépenses de médicaments pour la délivrance en ville

#### • Les produits génériques

Les montants remboursables des 335 molécules génériques (16,5 % des spécialités, soit 0,7 point de plus qu'en 2016) régressent de 4,0 % pour représenter 357 millions d'euros (- 3,2 % en 2016). Les montants remboursés en 2017 s'élèvent à près de 272 millions d'euros. Les génériques représentent 26,5 % du total des montants remboursables (contre 26,9 % en 2016) et 41,9 % du total des unités prescrites (contre 41,5 % en 2016).

En 2017, l'économie réalisée par la délivrance de génériques est estimée à 71 millions d'euros en montants remboursés (contre 77 millions d'euros en 2016). Cette diminution des économies s'explique en partie par la réduction de l'écart de prix entre les princeps et les génériques.

#### • Les produits princeps génériques

Les montants remboursables des 356 princeps génériques (soit 17,6 % des spécialités) régressent de 23,3 % entre 2016 et 2017 pour atteindre 122 millions d'euros (contre - 22,2 % entre 2015 et 2016). Ils représentent 8,6 % du total des montants remboursables (contre 9,1 % en 2016) et 8,8 % du total des unités prescrites (contre 9,8 % en 2016).

#### • Les produits non inscrits au répertoire des génériques

Les délivrances des 1 334 produits non inscrits au répertoire (65,9 % du total des spécialités, soit 0,7 point de plus qu'en 2016) progressent de 1,8 % en montants remboursables (+ 1,0 % en 2016) pour atteindre 867 millions d'euros. Ils représentent 64,4 % du total des montants remboursables (64,0 % en 2016) et 49,3 % du total des unités prescrites (contre 48,8 % en 2016).

En 2017, 22 nouveaux médicaments sont mis sur le marché, correspondant à 0,6 % des montants présentés au remboursement. Parmi ces produits figurent : IMBRUVICA® (traitement du lymphome à cellules du manteau), GENVOYA® (traitement contre le VIH), SPIOLTO® (traitement bronchodilatateur).

Parmi les produits non inscrits au répertoire des génériques, un produit (fentanyl) a fait l'objet d'une étude spécifique afin de détecter d'éventuels mésusages (**Encadré 7**).

### a.4. La décomposition des dépenses par classe pharmaco-thérapeutique

La décroissance du marché des médicaments remboursables délivrés en ville (- 2,6 %) résulte d'une dynamique qui recouvre des réalités très différentes selon les classes étudiées.

Les cinq premières classes pharmaco-thérapeutiques concentrent près des deux tiers des montants présentés au remboursement (64,5 %). La classe N "Système nerveux central" reste, comme en 2016, la classe la plus importante en montants présentés au remboursement (16,1 % des montants, mais en décroissance de 5,4 % en 2017), devant la classe C "Système cardiovasculaire" (15,0 % des montants, également en décroissance de 11,7 %).

Parmi les cinq premières classes, deux d'entre elles progressent en 2017 :

- les médicaments de la classe L "Agents antinéoplasiques et immunomodulants" (+ 8,4 %) dont les sous-classes L01 des agents antinéoplasiques et L04 des agents immunosuppresseurs progressent respectivement de 15,4 % et de 24,3 %.

- Les médicaments de la classe "Sang et organes hématopoïétique" (+ 6,8 %) dont la progression est liée en partie aux anticoagulants oraux, toujours dynamiques en 2017 (+ 30,6 %).

### Encadré 7 : Fentanyl

#### Structure et évolution des montants remboursés de fentanyl au régime agricole

Le fentanyl est un antalgique opioïde fort, cent fois plus puissant que la morphine, indiqué dans :

- les douleurs cancéreuses intenses ou réfractaires aux antalgiques opioïdes faibles (fentanyl transdermique et fentanyl transmuqueux) ;
- les douleurs non cancéreuses intenses et réfractaires aux autres antalgiques à l'exception des douleurs fonctionnelles/nociplastiques et des céphalées (fentanyl transdermique).

Le fentanyl se présente sous diverses formes : une forme patch pour une action prolongée transdermique et plusieurs formes transmuqueuses pour une action rapide (comprimé sublingual, gingival ou avec applicateur buccal, film orodispersible, solution pour pulvérisation nasale).

La molécule fentanyl se répartit principalement sur le générique FENTANYL et le DUROGESIC®, à hauteur ensemble de 64,1 % des montants remboursables de fentanyl, 62,9 % des montants remboursés et 81,0 % du nombre de boîtes (**Tableau 37**).

**Tableau 37 :**  
**structure des dépenses de fentanyl en 2018, en date de soins par spécialités**

	MONTANT REMBOURSABLE	PART	MONTANT REMBOURSE	PART	NOMBRE BOITES	PART
ABSTRAL®	426 428	9,2%	386 365	9,3%	5 514	2,6%
ACTIQ®	432 820	9,3%	418 419	10,1%	21 215	10,0%
BREAKYL®	10 810	0,2%	10 683	0,3%	66	0,0%
DUROGESIC®	1 608 773	34,6%	1 420 236	34,1%	88 411	41,5%
EFFENTORA®	174 250	3,7%	163 035	3,9%	1 199	0,6%
FENTANYL	1 372 539	29,5%	1 196 587	28,8%	84 157	39,5%
INSTANYL®	256 071	5,5%	234 104	5,6%	4 011	1,9%
MATRIFEN®	40 822	0,9%	36 739	0,9%	2 391	1,1%
PECFENT®	293 406	6,3%	263 741	6,3%	5 705	2,7%
RECIVIT®	34 263	0,7%	31 424	0,8%	489	0,2%
TOTAL	4 650 181	100,0%	4 161 332	100,0%	213 158	100,0%

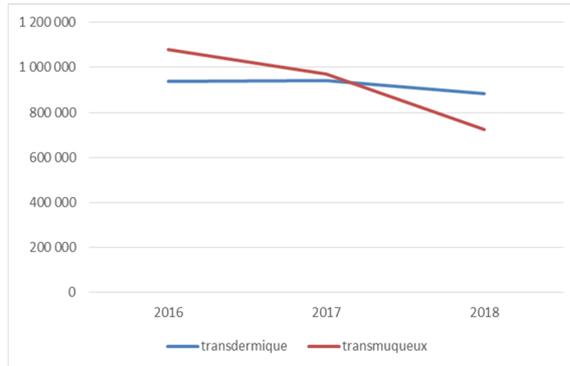
Hors honoraire de dispensation  
Source : SNIIRAM-exploitation MSA

Les formes transmuqueuses de fentanyl représentent en 2018, 35,0% des montants remboursables (1 628 047 €) et 36,2 % (1 507 771 €) des montants remboursés.

L'état des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques, établi par l'ANSM en février 2019, rapporte qu'en 12 ans (2006-2017) les consommations de fentanyl transmuqueux ont augmenté de manière plus significative (+ 339 %) que celles du fentanyl transdermique (+ 78 %) qui reste le moins utilisé en 2017 en ville et à l'hôpital (respectivement 25 % et 11 % des antalgiques opioïdes forts).

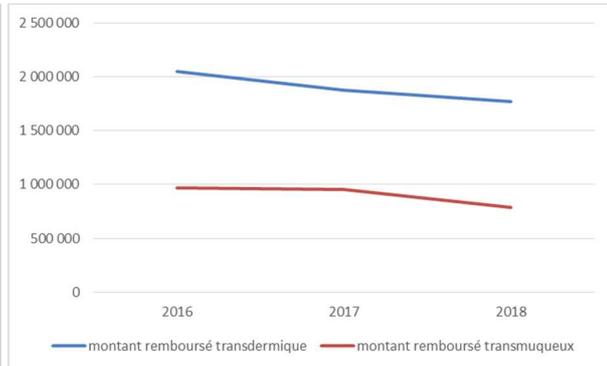
Au régime agricole, la tendance à la baisse observée depuis 2016 des montants remboursés de fentanyl transmuqueux s'accroît en 2018, en lien avec les actions de maîtrise médicalisée : -25,5 % pour les salariés agricoles et -17,3 % pour les non-salariés agricoles, par rapport à 2017.

**Graphique 11 :**  
**Evolution des montants remboursés de fentanyl pour les salariés agricoles**



Hors honoraire de dispensation  
Source : SNIIRAM –exploitation MSA

**Graphique 12 :**  
**Evolution des montants remboursés de fentanyl pour les non-salariés agricoles**



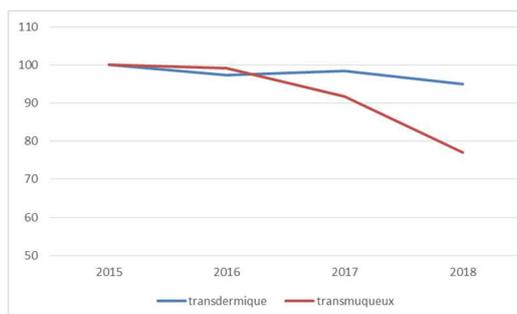
Hors honoraire de dispensation  
Source : SNIIRAM –exploitation MSA

**Tableau 38 :**  
**Evolution du dénombrement des bénéficiaires ayant eu une délivrance de fentanyl**

année de délivrance	nombre de bénéficiaires SA ayant eu au moins une délivrance de fentanyl		nombre de bénéficiaires NSA ayant eu au moins une délivrance de fentanyl	
	transdermique	transmuqueux	transdermique	transmuqueux
2015	6 168	797	16 498	1 548
2016	6 007	790	16 189	1 504
2017	6 066	731	15 511	1 427
2018	5 861	614	14 985	1 311

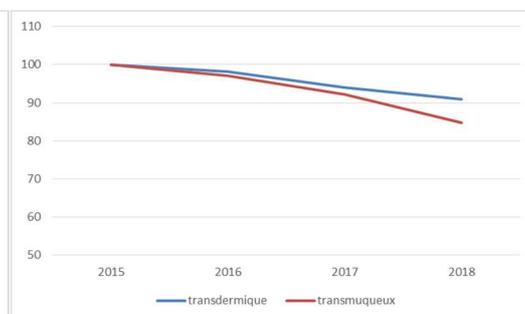
Source : SNIIRAM –exploitation MSA

**Graphique 13 :**  
**Evolution indiciaire du nombre de bénéficiaires salariés agricoles ayant eu une délivrance de fentanyl**



Source : SNIIRAM –exploitation MSA

**Graphique 14 :**  
**Evolution indiciaire du nombre de bénéficiaires non-salariés agricoles ayant eu une délivrance de fentanyl**



Source : SNIIRAM –exploitation MSA

### Mésusages du fentanyl transmuqueux

Les **formes transmuqueuses** de fentanyl à action rapide (10-15 minutes) ne sont indiquées **que dans les douleurs cancéreuses et toujours en association avec un traitement de fond par un antalgique opioïde fort** (fentanyl patch, morphine ou oxycodone LP). En outre, ses conditions de prescription et de délivrance sont soumises à la réglementation des stupéfiants (ordonnance sécurisée, durée maximale de prescription limitée à 28 jours, fractionnement de la délivrance).

Par ailleurs, la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD) recommande<sup>12</sup> de ne pas utiliser les formes de fentanyl transmuqueux à libération rapide dans la prise en charge des douleurs chroniques non cancéreuses.

Par conséquent, les différentes formes de fentanyl transmuqueux ne doivent pas être utilisées :

- pour équilibrer ou traiter la douleur de fond
- pour traiter des douleurs aiguës seules
- pour des pathologies non cancéreuses.

Or, d'après les données du Réseau français d'addictovigilance, piloté par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), l'abus et le mésusage des antalgiques opioïdes sont des phénomènes en évolution en France : en 10 ans, le nombre de cas déclarés en addictovigilance a été multiplié par 6. Les abus et les pharmacodépendances concernent autant les antalgiques opioïdes faibles que les opioïdes forts, c'est-à-dire la codéine, le tramadol, la poudre d'opium, le fentanyl (transcutané et transmuqueux), l'oxycodone, le sulfate de morphine.

La problématique de mésusage du fentanyl transmuqueux est celle de patients présentant un abus et/ou une dépendance suite à un traitement par fentanyl transmuqueux utilisé **hors AMM**<sup>13</sup> :

- dans des douleurs chroniques et/ou non cancéreuses (52%)
- avec un traitement de fond opioïde inexistant ou insuffisant (24%)
- à des doses excessives (26%)

La notion de nomadisme médical et/ou falsification d'ordonnances est observée dans 18 % des cas.

En d'autres termes, **des cas d'abus et de dépendance sont rapportés chez des patients qui n'auraient pas dû être exposés au fentanyl à action rapide.**

### Mésusages du fentanyl transmuqueux au régime agricole

- **Remboursement de Fentanyl transmuqueux dans les douleurs chroniques cancéreuses**

**Tableau 39 :**  
**Répartition des dépenses de fentanyl transmuqueux en date de soins selon la présence ou non d'une ALD 30 (cancer)**

	montant remboursable				montant remboursé				nombre de boîtes			
	ALD 30	Hors ALD 30	Total	part ALD 30	ALD 30	Hors ALD 30	Total	part ALD 30	ALD 30	Hors ALD 30	Total	part ALD 30
2017	940 129	1 119 505	2 059 634	45,6%	899 122	1 020 459	1 919 580	46,8%	15 522	25 880	41 402	37,5%
2018	653 249	976 164	1 629 414	40,1%	617 503	891 634	1 509 137	40,9%	11 755	26 504	38 259	30,7%

Hors honoraire de dispensation  
Source : SNIIRAM –exploitation MSA

<sup>12</sup> Recommandations sur l'utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse (DCNC). Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur, janvier 2016.

<sup>13</sup> Etat des lieux de la consommation d'antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques, ANSM, février 2019.

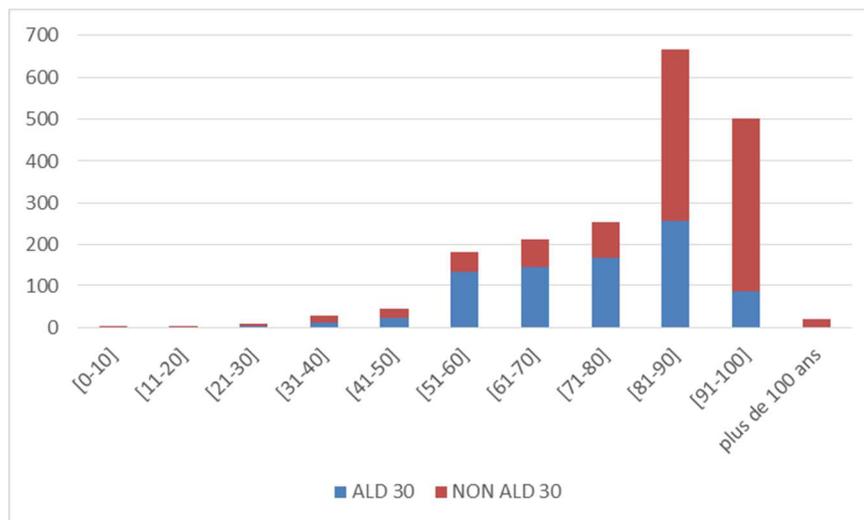
En 2018, 40,1 % des dépenses en montant remboursable et 40,9 % en montant remboursé sont associés aux bénéficiaires ayant une ALD 30 ; en nombre de boîte cette proportion est moindre : 30,7 % des boîtes remboursées sont reliées à une ALD 30. Ainsi, 59,1 % (65,3 % en 2017) des montants remboursés de fentanyl transmuqueux sont hors AMM et n'auraient pas dû faire l'objet d'une prise en charge par le régime agricole.

**Tableau 40 :**  
**Nombre de patients ayant eu au moins un remboursement de fentanyl transmuqueux pour l'année de soins 2018, répartis par classe d'âge et présence ou non d'une ALD 30**

	ALD 30	NON ALD 30	TOTAL
[0-10]	0	1	1
[11-20]	1	2	3
[21-30]	4	5	9
[31-40]	11	17	28
[41-50]	24	22	46
[51-60]	133	50	183
[61-70]	148	66	214
[71-80]	170	84	254
[81-90]	257	409	666
[91-100]	87	416	503
plus de 100 ans	1	18	19
TOTAL	836	1 090	1 926

Source : SNIIRAM –exploitation MSA

**Graphique 15 :**  
**Répartition du nombre de bénéficiaires ayant eu en 2018 au moins un remboursement de fentanyl transmuqueux en année de soins 2018, répartis par classe d'âge et présence ou non d'une ALD 30**



Source : SNIIRAM –exploitation MSA

Les bénéficiaires ayant eu une délivrance de fentanyl transmuqueux en 2018 ont dans 86,0 % des cas plus de 61 ans et pour 60,0 % d'entre eux ne sont pas exonérés au titre d'une ALD 30.

57,0 % (1 090) des assurés s'étant vu rembourser du fentanyl transmuqueux en 2018 n'étaient pas bénéficiaires de l'ALD 30 (cancer). La part des bénéficiaires de l'ALD 30 diminue avec l'âge, passant de 69,0 % pour la classe d'âge des [61-70] à 5,0 % pour les bénéficiaires de plus de 100 ans.

- **Association de fentanyl transmuqueux et d'un autre antalgique opioïde fort en traitement de fond**

En 2018, parmi les 1090 bénéficiaires sans ALD 30 ayant eu un remboursement de fentanyl transmuqueux, 81,9 % d'entre eux ont eu au moins une délivrance en 2018 d'un autre opioïde fort, notamment dans 54,0 % d'un fentanyl transdermique, dans 17,8 % de morphine et de fentanyl transdermique, dans 10,8 % d'oxycodone et de fentanyl transdermique.

**Tableau 41 :**  
**Consommation d'un autre antalgique opioïde fort pour les bénéficiaires ayant eu au moins un remboursement de fentanyl transmuqueux pour l'année de soins 2018, avec présence ou non d'une ALD 30**

	ALD 30		ENSEMBLE
	AVEC	SANS	
Délivrance en 2018 de fentanyl transmuqueux uniquement	55	197	252
Délivrance en 2018 de fentanyl transmuqueux et de :			
FENTANYL TRANSDERMIQUE	292	482	774
MORPHINE	47	70	117
OXYCODONE	71	39	110
MORPHINE, FENTANYL	140	159	299
MORPHINE, OXYCODONE	23	11	34
OXYCODONE, FENTANYL	130	96	226
MORPHINE, OXYCODONE, FENTANYL	78	36	114
ENSEMBLE	836	1090	1926

Source : SNIIRAM –exploitation MSA

**Fort de ces constats, il est proposé d'engager en 2020 une action d'accompagnement et de contrôle de la pertinence et de la justification médicale des prescriptions de fentanyl transmuqueux.**

**Cette action fera l'objet d'une évaluation réalisée selon les axes « professionnels de santé » et « assurés ».**

## b. La liste des produits et prestations (LPP)

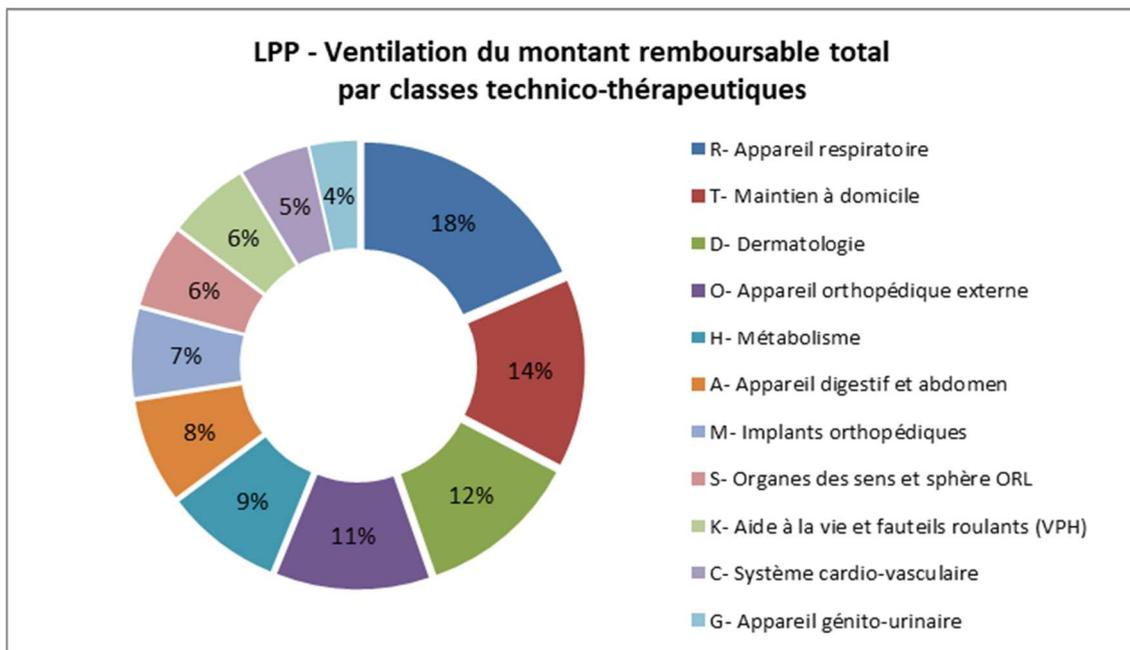
En 2018, le montant des dépenses des assurés du régime agricole (dépenses totales, dépassements compris) liées aux produits de la LPP baisse de 0,2% par rapport à 2017 et s'élève à 895 millions d'euros ; il s'agit de la première baisse observée sur la LPP depuis plusieurs années.

Les titres I (Maintien à domicile) et III (Produits implantables) baissent respectivement de 1,9% et de 3,3%. Les dépenses liées au titre II (Orthèses, appareils de soutien et prothèses externes) et au titre IV (Achats et réparations des fauteuils roulants) augmentent respectivement de 1,9% et de 4,8%.

Les postes de dépenses les plus élevés sont « organes des sens et sphère ORL » (optique et audioprothèses) avec près de 337 millions d'euros, « appareil respiratoire » avec 105 millions d'euros, et « appareils orthopédiques externes » pour 83 millions d'euros. Ces trois postes représentent 59% de la dépense totale de la LPP.

Le montant remboursable global s'élève à 566 millions d'euros. Il est également en baisse de 1,9% et est très fortement concentré, quatre classes sur onze représentant 55% du montant total. Il s'agit de l'appareil respiratoire (18%), du maintien à domicile (14%), de la dermatologie (12%) et de l'appareillage orthopédique externe (11%) (**Graphique 16**).

**Graphique 16 :**  
**Décomposition du montant remboursable selon la classe technico-thérapeutique**



Le montant global remboursé par le régime agricole est de 490 millions d'euros, en nette baisse de 1,7%. Cette baisse s'observe principalement pour les produits des titres I et III, respectivement -2,1% et -3,1%. Les remboursements du titre II et IV sont en augmentation de 0,6% et 3,8%.

Les classes « appareil respiratoire » (84 millions d'euros de remboursements) et « maintien à domicile (74 millions d'euros) concentrent à elles seules 32% des remboursements de la LPP.

### b.1. FREESTYLE LIBRE

FREESTYLE LIBRE est un dispositif de mesure en continu du glucose remboursable pour les patients atteints d'un diabète de type 1 et 2 (adultes et enfants d'au moins 4 ans), traités par insulinothérapie intensifiée (par pompe externe ou  $\geq 3$  injections/j) et pratiquant une auto-surveillance glycémique pluriquotidienne ( $\geq 3/j$ ).

Ce dispositif a été inscrit sur la LPP par arrêté du 4 mai 2017 publié au Journal Officiel du 5 mai 2017.

Ce système permet de mesurer le taux de glucose interstitiel en continu et sans piqûre, et constitue un nouvel outil dans l'arsenal d'auto-surveillance du diabète.

Deux codes LPP sont concernés :

- le code LPP 1102257 pour les capteurs,
- le code LPP 1103570 pour le lecteur.

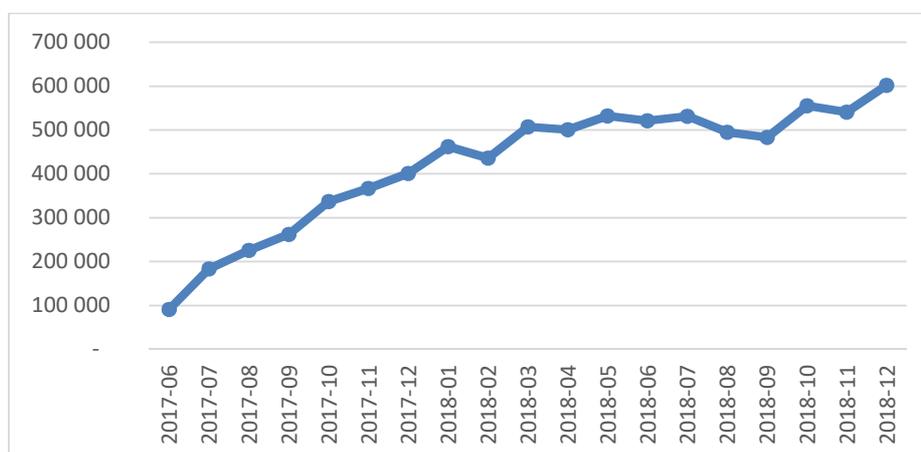
Les quantités et montants remboursés de ces deux codes par le régime agricole au titre de l'année 2018 sont présentés dans le **tableau 42**.

**Tableau 42 :**  
**Quantité et remboursements de FREESTYLE LIBRE au régime agricole en 2018**

Code LPP	Libelles	Quantité de produit	Montant dépensé	Montant remboursable	Montant remboursé	Nombre de bénéficiaires
1102257	AUTOCONTROLE DU GLUCOSE INTERSTITIEL, 1 CAPTEUR, ABBOTT, FREESTYLE LIBRE,	132 504	6 282 154	6 277 520	6 167 200	7 781
1103570	AUTOCONTROLE DU GLUCOSE INTERSTITIEL, LECTEUR, ABBOTT, FREESTYLE LIBRE,	3 477	169 002	169 002	162 518	3 326

Depuis l'inscription de FREESTYLE LIBRE sur la LPP, ses remboursements augmentent mensuellement pour les capteurs seuls (**Graphique 17**). Une stabilité a été atteinte en mars 2018, avec un remboursement mensuel s'élevant entre 500 000 € et 525 000 €. Avant de repartir à la hausse sur les 3 derniers mois de 2018, pour atteindre un pic de remboursement en décembre : 600 000 €.

**Graphique 17 :**  
**Remboursements MSA de capteurs FREESTYLE LIBRE depuis son admission au remboursement**



### Impact de l'admission au remboursement de FREESTYLE LIBRE sur les remboursements de bandelettes de glycémie

FREESTYLE LIBRE est conçu pour remplacer la mesure de la glycémie capillaire (par bandelettes), sauf dans certains cas où le fabricant préconise d'utiliser un lecteur de glycémie capillaire pour vérifier les résultats du taux de glucose dans le sang.

Depuis l'admission au remboursement de FREESTYLE LIBRE (juin 2017), il est constaté une nette baisse des remboursements de bandelettes : - 6 % en 2017 et - 9 % en 2018, passant de 20,6 M € en 2016 à 17,6 M € en 2018 (Tableau 43).

**Tableau 43 :**  
**Remboursements de bandelettes de mesure de la glycémie versus Freestyle Libre**

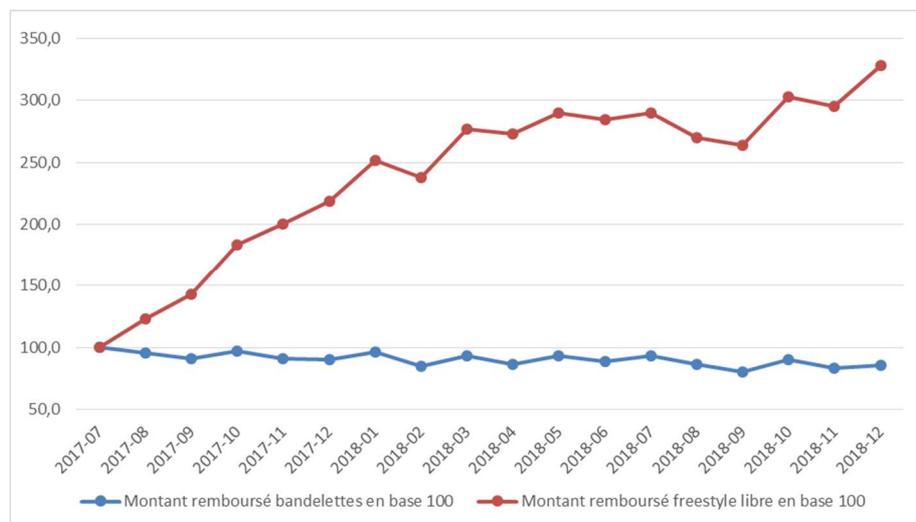
	Remboursements 2016	Remboursements 2017	Remboursements 2018	Evolution 2018
Bandelettes glycémiques	20 656 808 €	19 345 393 €	17 663 571 €	-9%
Freestyle libre (capteur)	-	1 867 253 €	6 167 200 €	230%
Freestyle libre (lecteur)	-	164 704 €	162 518 €	-1%

Néanmoins, le montant total des remboursements de FREESTYLE LIBRE s'élève à 6,3 M € en 2018, pour une économie théorique de 3 M € sur les bandelettes glycémiques (Remboursements 2016 – Remboursements 2018).

Les tarifs de remboursement de FREESTYLE LIBRE (lecteur et capteurs) ont été baissés au 1<sup>er</sup> juillet 2018 et 1<sup>er</sup> janvier 2019.

La comparaison des données mensuelles de remboursement de FREESTYLE LIBRE versus de bandelettes fait apparaître un écart croissant depuis juillet 2017 (Graphique 18).

**Graphique 18 :**  
**Taux d'évolution des montants remboursés en base 100 de FREESTYLE LIBRE versus de bandelettes**



## Non-respect des conditions réglementaires de prise en charge de FREESTYLE LIBRE au régime agricole

- **Fréquence de renouvellement des capteurs**

La durée de port du capteur étant de 14 jours (durée de garantie), le nombre total de capteurs à prendre en charge est limité à 26 capteurs par an et par assuré.

En 2018, le nombre médian de capteurs remboursé par assuré et par an est de 20. **Néanmoins, un peu plus de 10% des assurés s'en voient rembourser plus de 26 par an.** Au total, 973 assurés se sont fait rembourser plus de 26 capteurs en 2018 (2467 capteurs remboursés « en trop »), pour un montant d'anomalie s'élevant à 115 000 €.

- **Association de Freestyle libre avec un autre lecteur de glycémie capillaire**

FREESTYLE LIBRE intègre un lecteur de glycémie capillaire garanti 4 ans. Sa prise en charge exclut celle d'un autre lecteur de glycémie capillaire. Dans les situations cliniques où le fabricant préconise la mesure de la glycémie capillaire, la prise en charge de bandelettes et de lancettes pour lecteur de glycémie capillaire doit être limitée à 100 bandelettes et 100 lancettes, par patient et par an.

Après analyse, il ressort que ce point est respecté, seulement une trentaine de cas d'association sur la période de mise en place de FREESTYLE LIBRE.

- **Règles de primo-prescription**

La prescription initiale de FREESTYLE LIBRE ne peut venir que d'un diabétologue ou d'un pédiatre expérimenté en diabétologie. Seul le renouvellement peut être assuré par tout médecin. **Il ressort des données du régime agricole que plus de 15% des primo-prescriptions ne sont pas réalisées par un diabétologue.**

- **Respect des indications remboursables**

FREESTYLE LIBRE n'est remboursable que pour les patients diabétiques âgés d'au moins 4 ans traités par insulinothérapie intensifiée : la prescription de FREESTYLE LIBRE ne doit donc intervenir que chez des patients traités par insuline, administrée par pompe externe ou par injections pluriquotidiennes.

Le respect des co-prescriptions de FREESTYLE LIBRE et d'insuline et l'impact de ce dispositif sur la réduction des hospitalisations pour hypoglycémies sévères n'ont pas été étudiés dans le cadre de ces premiers travaux sur les données de remboursement du régime agricole.

**Fort de ces constats, il est proposé d'engager en 2020 une action de contrôle du respect des critères réglementaires de prise en charge du dispositif FREESTYLE LIBRE (lecteur et capteurs) afin de garantir la qualité et la pertinence de ces prescriptions.**

## b.2. Les CHUT

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 concernées 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.

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 service 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 ministère et le CEPS qui ont publié au Journal Officiel du 1<sup>er</sup> août 2018 et du 11 septembre 2018 un arrêté portant modification des modalités de prise en charge des CHUT et un avis relatif à leur tarification.

La nouvelle nomenclature LPP précise 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. »

Les tarifs de prise en charge ont été baissés de 5% à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2018, et un prix limite de vente a été fixé à 67€ afin d'encadrer le reste à charge des assurés (auparavant, les prix de vente des CHUT aux assurés n'étaient pas encadrés).

L'augmentation du nombre de bénéficiaires, ainsi que des volumes et montants remboursés est en moindre hausse pour 2018 : + 9 %, contre + 21 % l'année précédente (**Tableau 44**). Le montant remboursé en 2018 s'élève à 3,1 millions d'euros, conformément aux prévisions réalisées dans Charges et Produits MSA 2019. L'impact de la nouvelle nomenclature LPP sur la part des assurés ayant au moins un remboursement de CHUT par an pendant deux années consécutives pourra être analysé fin 2020.

**Tableau 44 :**  
**Quantité, dépense et remboursement d'une paire de CHUT pour les bénéficiaires**  
**du régime agricole (code LPP : 2166740)**

Année	Nombre de bénéficiaires	Quantité de CHUT	Montant dépensé	Montant remboursé
2018	55 097	128 838	4 883 051	3 099 631
2017	50 432	118 722	4 474 748	2 886 480
2016	41 331	96 168	3 478 116	2 334 548

### 3.3.2.2. Pertinence et qualité des actes

Dans le cadre de la pertinence et la qualité des actes, la MSA propose deux actions pour 2019-2020 :

- La conformité de la facturation des sièges coquilles,
- L'accompagnement des professionnels de santé en odontologie dans le cadre de la nouvelle cotation du bilan parodontal chez les assurés du régime agricole reconnus en ALD 8 (diabète)

#### a. S'assurer de la conformité de la facturation des sièges coquilles

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 » (codes LPP 1283365 et 1277270).

En conséquence, la MSA s'interrogeait sur un phénomène de sur-prescription de ces sièges coquilles et de 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 LPP 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 subordonner leur prise en charge à l'accord préalable du contrôle médical des caisses.**

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 ministère et le CEPS pour modifier la nomenclature LPP et subordonner la prise en charge de sièges coquilles à l'accord préalable du contrôle médical n'étant pas abouti, 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<sup>er</sup> 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 (DAP) 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 iso-ressources (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 et 1283365 ont été maintenus en vigueur jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2018.

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.

La mise en œuvre de cette nouvelle nomenclature a permis de baisser les montants remboursés de sièges coquilles de plus de 80 % en 2018 au régime agricole (**Tableau 45**).

Un formulaire de prescription valant demande d'accord préalable spécifique aux sièges coquilles de série a été mis à disposition des prescripteurs début 2019. Ce support, élaboré en concertation avec les médecins libéraux, prévoit que l'assuré adresse sa demande au service du contrôle médical de sa caisse d'affiliation et qu'il la présente au fournisseur ou au pharmacien d'officine une fois l'accord obtenu. La mise à disposition de ce support permet de faciliter la détection des DAP « sièges coquilles » par les services des contrôles médicaux.

**Tableau 45 :**  
**Volumes et remboursements des sièges coquilles de série de 2016 à 2018 au régime agricole**

Année	Quantité de sièges (1283365 1269336 1277270)	Montant remboursé sièges	Quantité d'accessoires	Montant remboursé accessoires	Montant remboursé nouveau siège (1202674)	Montant remboursé total des sièges coquilles
2018	2 168	917 596	4 017	332 296	364 058	1 249 892
2017	12 873	3 745 192	36 935	3 157 450	-	6 902 642
2016	13 219	3 862 991	37 738	3 236 647	-	7 099 637

La restriction des indications de prise en charge des sièges coquilles de série n'a pas donné lieu à un report de prescription vers l'achat de fauteuils roulants électriques. En revanche, il est à noter une hausse de 6,2% des montants remboursés des achats de fauteuils roulants manuels, représentant environ 300 000 € supplémentaires (**Tableau 46**). Cette augmentation des montants remboursés des achats de fauteuils roulants manuels semble néanmoins trop faible pour qualifier cette tendance de report de prescription, d'autant plus que le nombre de bénéficiaires augmente très peu.

**Tableau 46 :**  
**Nombre de bénéficiaires et remboursements des fauteuils roulants manuels et électriques en 2017-2018 au régime agricole**

	Nb de bénéficiaires 2018	Nb de bénéficiaires 2017	Montant remboursé 2018	Montant remboursé 2017	Evolution montant remboursé 2018/2017	Evolution montant remboursé 2017/2016
Fauteuils roulants manuels, location	31 867	31 294	10 603 622 €	10 326 201 €	+2,7%	+2,8%
Fauteuils roulants manuels, achat	8 294	8 250	5 049 049 €	4 753 511 €	+6,2%	-2,0%
Fauteuils roulants électriques	1 312	1 321	2 595 929 €	2 569 051 €	+1,0%	+11,3%

Cette tendance à la baisse des montants remboursés de sièges coquilles de série devra néanmoins être confirmée sur l'année 2019. En effet, par décision n°416540 du 1<sup>er</sup> avril 2019, le Conseil d'Etat annule partiellement l'arrêté du 17 octobre 2017 modifiant les conditions de prise en charge des sièges coquilles de série. Cette annulation partielle concerne l'indication de prise en charge et en particulier le fait de subordonner le remboursement à l'évaluation du patient selon la grille AGGIR. En revanche, les dispositions concernant la demande d'accord

préalable et les règles de non cumul (coussin de série d'aide à la prévention des escarres et véhicule pour personne handicapée) ne sont pas annulées : la prise en charge des sièges coquilles de série reste soumise à l'accord préalable des contrôles médicaux des caisses.

Dans ce contexte et suite à une action d'initiative locale au sein de la caisse de MSA Midi-Pyrénées Nord, la MSA propose de s'assurer de la conformité de la facturation des sièges coquilles à partir du second semestre 2019.

Il s'agira de :

- vérifier pour chaque facturation de siège coquille la présence d'une demande d'accord préalable et d'un accord délivré par la caisse,
- notifier et recouvrir les indus éventuels auprès des fournisseurs.

**b. Accompagner les professionnels de santé en odontologie dans le cadre de la nouvelle cotation du bilan parodontal chez les assurés du régime agricole reconnus en ALD 8 (diabète)**

Le bilan parodontal ne peut être présenté au remboursement que pour les patients ayant déjà une affection de longue durée reconnue en rapport avec le diabète (ALD 8).

La MSA propose :

- en premier lieu d'accompagner les professionnels de santé en odontologie dans le cadre de la cotation de ce bilan parodontal, dont l'acte est nouvellement inscrit à la CCAM depuis le 1<sup>er</sup> avril 2019,
- en second lieu de favoriser la réalisation de ce bilan parodontal chez les assurés du régime agricole reconnus en ALD 8, après les résultats de la première étape.

### 3.3.2.3. Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail

Le Plan National de Contrôle Médical (PNCM), volet médical du plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins, vise à harmoniser, rationaliser et sécuriser (contrôle interne) les processus.

En œuvre depuis 2017, il comporte plusieurs volets afin d'améliorer l'efficacité du contrôle médical notamment en matière de contrôle des arrêts de travail.

A cet effet, 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 a été mise en place.

A l'instar du programme déployé en 2018 portant sur les arrêts de travail, en législation maladie ou AT/MP, pour une pathologie lombaire mécanique, le champ des pathologies mentales a été choisi pour 2020.

Selon l'Organisation mondiale de la santé, une personne sur quatre sera touchée à un moment de sa vie par un trouble psychique, les troubles psychiques comptant parmi les causes principales de morbidité et de mortalité. Au régime agricole en 2017, la prévalence de l'ALD 23 approche 20 %, au quatrième rang derrière le diabète, l'insuffisance cardiaque et les cancers ; l'ALD n'étant accordée que pour les pathologies les plus sévères.

Les répercussions de ces troubles et la souffrance qu'ils engendrent, s'inscrivent dans le long terme, pèsent sur la situation professionnelle, l'emploi et plus généralement l'insertion et la vie sociale. Selon la DREES, la question des interactions entre situation sociale et santé se pose donc particulièrement pour ces maladies chroniques. Les effets de la relation à double sens entre inégalités et santé sont multipliés : si les inégalités sociales compliquent la pathologie chronique et sa prise en charge médico-sociale ; la maladie chronique aggrave, à son tour, les inégalités sociales.

Au regard de ces enjeux, la HAS s'est engagée, depuis 2013, dans l'élaboration de programmes de travail pluriannuels dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale. Le nouveau programme « psychiatrie et santé mentale » 2018-2023 s'inscrit dans la continuité du programme « psychiatrie et santé mentale » 2013-2017 et a été élaboré pour répondre aux besoins et préoccupations des différents acteurs concernés, usagers, professionnels et institutionnels.

L'axe PNCM pathologie psychiatrique s'appuiera sur les recommandations et avis émis par la HAS.

Un processus d'accompagnement des assurés en arrêts de travail pour ces pathologies sera déployé en 2020. Ainsi, du fait de leur impact, qui n'est pas que sanitaire, ces pathologies imposent une coordination forte des secteurs médical, médico-social et social.

L'objectif est, en partant des besoins de la personne, de mettre en place un accompagnement global (relevant du champ de la protection sociale et des services proposés par la MSA), coordonné, fluide, plus efficace, en lien étroit avec le médecin traitant. Ainsi, la prévention de la chronicisation, le décroisement dans le parcours, le maintien dans l'emploi et la prévention du suicide seront les axes majeurs suivis dans cette démarche dont l'évaluation sera réalisée à moyen/long terme.

Une action de contrôle interne sera par ailleurs mise en place par l'intermédiaire d'une supervision.

## 3.4. Poursuivre le contrôle et la lutte contre la fraude

### 3.4.1. Le bilan lutte contre la fraude 2018 de la MSA dans le domaine santé

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

En 2018, le montant du préjudice constaté (subi et évité) au titre des fraudes dans le domaine de la santé s'élève à 5,4 millions d'euros, soit une augmentation de 8,2% (**Tableau 47**).

**Tableau 47 :**  
**Montant des fraudes en 2017 et 2018**

Total des fraudes constatées (préjudice subi et évité)	2017	2018	Evolution 2017-2018
Professionnels de santé	2,4 M €	2,7 M €	11 %
Etablissements de santé	2,2 M €	2,2 M €	-2 %
Assurés/ ayant droit	0,3 M €	0,4 M €	49 %
<b>Total</b>	<b>5 M €</b>	<b>5,4 M €</b>	<b>8,2 %</b>

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 (**Tableau 48**).

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 fraude à l'état de santé,
- 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.

**Tableau 48 :  
Ventilation par typologie de fraudes**

Fraude à la tarification et à la facturation Etablissements	43,31%
Sur cotation, non-respect de la NGAP et de la réglementation	27,70%
Fraude documentaire non identitaire	14,94%
Fraude à l'utilisation de la carte Vitale ou de l'attestation de droits	5,12%
Actes/services fictifs, produits non délivrés, facturation non-conforme à la prescription	1,91%
Fraude à l'état de santé	1,71%
Utilisation frauduleuse du système SESAM Vitale (carte Vitale et carte PS)	0,72%
Fraude à la constitution des droits (activité)	0,62%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	0,62%
Fraude documentaire identitaire	0,47%
Abus volontaire d'une qualité erronée de cotisant	0,41%
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les IJ	0,41%
Fraude à la tarification et la facturation Etablissements	0,41%
Fausse déclaration CMU de base et complémentaire (ressources)	0,31%
Fraude à l'identité (identité fictive, usurpée ou échangée)	0,21%
Divers	1,14%

## 3.4.2. Les nouvelles propositions

### 3.4.2.1. Rénover la stratégie de contrôle des frais de santé

La rénovation de la stratégie de contrôle des frais de santé s'inscrit dans un objectif de plus grande efficacité du processus de contrôle des feuilles de soins, cadré par une harmonisation des pratiques entre MSA, des exigences de productivité et de qualité de service. Ce principe est partagé en inter-régimes en lien avec le déploiement du tiers payant généralisé.

En effet, dans le cadre de la mise en œuvre du tiers payant de nombreuses situations ne sont plus opposables au professionnel de santé (ex : situation de l'assuré vis-à-vis du parcours de soins,...). Ces situations impliquent un paiement garanti au professionnel de santé dans le délai réglementaire de 7 jours.

En conséquence, il incombe à l'assurance maladie de contrôler les feuilles de soins post paiement pour s'assurer soit de la légitimité du paiement effectué soit d'un paiement à régulariser.

La MSA a donc construit les évolutions de son système d'information (SI) pour prendre en compte ce nouveau paradigme consistant à décorréliser la relation professionnel de santé et la relation assuré pour le remboursement des soins. Ce paradigme a vocation à s'étendre, selon la législation ou les choix stratégiques institutionnels, à de nombreuses situations telles que la gestion des accords préalable, des prestations à délai, de la continuité de paiement PUMa....

En outre, la MSA a décidé de rénover le dispositif permettant la surveillance des feuilles de soins (contrôle interne, lutte contre la fraude, gestion du risque,...). Là également, l'enjeu majeur étant d'harmoniser les pratiques des caisses par une normalisation institutionnelle des contrôles manuels permettant ainsi un pilotage de cette activité.

En conclusion, l'adaptation du SI va engendrer des suppressions de contrôles manuels et produire des gains de productivité.

A compter de mars 2019, le dispositif de contrôle automatique après paiement est mis en œuvre par la MSA sur toutes les feuilles de soins payées en présomption d'accident du travail.

A compter du 1<sup>er</sup> juillet 2019, le nouveau dispositif de gestion de surveillance des feuilles de soins sera opérationnel dans l'ensemble du réseau.

### 3.4.2.2. Généraliser l'action GDR-LCF en matière de transport

La MSA a testé au cours du second semestre 2018 et du premier semestre 2019 la méthodologie de sa future action de gestion du risque et de lutte contre la fraude en matière de transport au sein de 3 caisses de MSA (Armorique, Portes de Bretagne et Alpes-Vaucluse).

Les objectifs de cette future action sont triples :

- détecter des atypies chez les transporteurs (ambulances, véhicules sanitaires légers et taxis),
- contrôler/vérifier les facturations transmises à la MSA,
- sanctionner les pratiques frauduleuses.

Elle se base sur une liste d'indicateurs fourni par la CCMSA aux caisses de MSA. Cette liste est accompagnée d'outils d'aide à l'exploitation des atypies (requête infocentre permettant de remonter l'activité complète du transporteur durant l'année étudiée, questionnaire patientèle, test d'ubiquités,...).

Cette méthodologie sera expérimentée dans une dizaine de caisses de MSA faisant partie du comité de lutte contre la fraude entre juillet et septembre 2019 et généralisée à l'ensemble du réseau des caisses à la fin de l'année 2019.

## 3.5. Promouvoir la recherche en santé, répondre aux enjeux numériques et développer la science de la donnée

### 3.5.1. Créer un comité d'orientation scientifique et un conseil scientifique pour la recherche en santé

L'année 2019 marque le lancement d'un conseil scientifique MSA dans un format nouveau couvrant le champ de la protection sociale.

Après une séance d'initialisation du 6 février 2019, la MSA a tenu son second conseil scientifique le 5 juin 2019, en présence d'élus du réseau, de collaborateurs MSA et de personnalités extérieures en présence du président de la CCMSA.

Au total, une quarantaine de membre a participé au conseil. Le Médecin National de la MSA a rappelé que le conseil scientifique a pour vocation de couvrir l'ensemble du champ de la protection sociale agricole, de s'articuler avec la politique d'innovation de la stratégie MSA 2025 et de l'action mise en place par le directeur général de la CCMSA. Le président de la MSA et les élus ont souligné, à plusieurs reprises, l'importance d'asseoir la place du monde agricole dans la société, de montrer, par des données scientifiques, l'implication des professionnels autour des problématiques d'alimentation, de santé et d'environnement et d'opposer des arguments apportés par la politique scientifique à des critiques visant les ressortissants du régime.

Grâce à la qualité des personnalités extérieures qui composent le conseil et la reconnaissance de leurs compétences et de leur indépendance, la MSA va se donner les moyens de rendre visible toute la production des connaissances à laquelle elle contribue en partenariat avec des chercheurs extérieurs.

Une chargée de mission à la Cellule recherche de la CCMSA pour le projet scientifique, a présenté les premières actions identifiées lors de ses rencontres avec des caisses.

Le Pr Bernard SALLES qui assurera temporairement la présidence du conseil scientifique, s'est appuyé sur sa bonne connaissance des institutions de recherche pour proposer un **modèle d'organisation en deux structures** :

- un **comité d'orientation scientifique** (COS) qui aura pour but d'orienter la politique scientifique de la MSA et qui sera présidé par un élu ;
- un **conseil scientifique** (CS) proprement dit, présidé par une personnalité extérieure, qui aura un rôle plus technique et dont l'organisation et la composition permettront de garantir le sérieux de l'évaluation et des décisions prises sur le plan de la recherche en MSA. Les propositions du conseil scientifique seront arbitrées par le comité d'orientation scientifique. La politique de la MSA donnera lieu à un bilan annuel et des actions de communication en direction du réseau.

Les réflexions de la MSA dans le cadre de ces instances nouvelles devraient nourrir les thématiques de la recherche en santé, des enjeux numériques et de la science de la donnée, et celle plus spécifique en lien avec la population agricole, idéalement en y associant des expérimentations à mener en partenariat dans le cadre d'appel à projet à compter de 2020.

### 3.5.2. Développer la science de la donnée et mobiliser les technologies de l'intelligence artificielle

**Dans le cadre des perspectives de développement de la science des données**, la MSA a rejoint en tant que partenaire, l'une des chaires en santé portée par le laboratoire TIMC, de l'institut interdisciplinaire en intelligence artificielle grenoblois (MIAI) récemment labellisé par les pouvoirs publics (Programme Investissements d'Avenir, janvier 2019).

Cette chaire, dénommée « Deep Care » a pour projet d'articuler l'intelligence artificielle et une vision intégrative de la santé, dépassant la seule prise en charge thérapeutique (« cure »), en lien avec la vision de la médecine 4P (prédictive, préventive, personnalisée et participative).

Elle rassemble des chercheurs et partenaires institutionnels ou industriels autour des thématiques de capture et fusion de données, puis d'« empowerment » des individus ou de collectifs à partir d'une nouvelle expertise issue de ces données (outils d'aide à la décision, etc). La chaire intègre l'usage de données complexes en santé publique, comme d'autres types de données (dispositifs médicaux, etc).

La MSA s'intègre ainsi dans une réflexion à la pointe de l'intelligence artificielle en santé, et ce sur ces différents volets, tant techniques qu'éthiques. Elle met à disposition des jeux de données sur les populations agricoles et apportera son expertise notamment en matière de risques professionnels.

### 3.5.3. Répondre aux enjeux numériques et contribuer à l'espace numérique de santé

La stratégie gouvernementale « ma santé 2022 » prévoit d'impulser un virage numérique aux politiques de santé afin de mieux coordonner les professionnels de santé, de développer des innovations thérapeutiques et organisationnelles, de lutter contre la fracture sanitaire et de repositionner le citoyen au cœur du système de santé.

Avec l'objectif de mettre le numérique au service du patient, une des mesures phares est la création de l'Espace Numérique de Santé (ENS) « *lui permettant de gérer ses données de santé et de participer à la construction de son parcours de santé en lien avec les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social, favorisant ainsi la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins.* ». L'ouverture de l'ENS est prévue en janvier 2022.

La MSA s'est fortement positionnée auprès des pouvoirs publics afin de contribuer au déploiement du virage numérique en santé.

Elle s'est notamment donnée pour objectif :

- de contribuer à la construction de l'ENS en participant à l'élaboration de certaines « briques » du futur système d'information et en mobilisant des moyens humains et financiers (1,5 M € en 2019) ;
- de s'assurer que la déclinaison opérationnelle des services numériques, notamment dans le cadre de l'ENS, prenne entièrement en compte la population protégée par la MSA ;
- de préserver la visibilité des outils MSA, notamment de msa.fr et « Ma MSA & moi », afin de garantir aux assurés agricoles le bon fonctionnement du guichet unique.

# Annexes

## Annexe 1 : Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2018-2019

### 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 : Déploiement au niveau national du plan nutrition et activité physique MSA**

La MSA a publié son Plan Nutrition et Activité Physique (PNAP) regroupant toutes les actions proposées par la MSA sur ces thématiques. Il s'agit ainsi de mettre en perspective les outils à disposition des caisses de MSA (CMSA) et de leur permettre de décliner cette politique publique de prévention santé au plan local.

Le plan est constitué de 7 actions destinées à différents publics triés par tranche d'âge, de la petite enfance aux seniors ou par problématique. Ces actions ont été entièrement conçues et évaluées par des professionnels. Elles sont proposées aux CMSA qui les déploient progressivement sur les territoires.

Pour juger de l'atteinte des objectifs fixés, un certain nombre d'indicateurs de résultats, de pilotage et de suivi ont été déterminés. Ces indicateurs ont été fixés en prenant en compte les objectifs de santé publique, la cible nationale et les résultats réalisés par les CMSA des années précédentes.

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

##### *Les entretiens motivationnels grippe*

Pour la campagne 2017-2018, la MSA a expérimenté des entretiens personnalisés par téléphone auprès d'adhérents âgés de 65 à 69 ans primo-vaccinants sur un périmètre géographique correspondant à 5 CMSA. En s'appuyant sur la méthode de l'entretien motivationnel, l'objectif de cet entretien est d'inciter les personnes cibles à se faire vacciner.

Pour mesurer l'impact de cette expérimentation, les comparaisons suivantes ont été réalisées :

- comparaison du taux de couverture vaccinale obtenu après expérimentation avec le taux de couverture vaccinale avant expérimentation, sur la population des 65-69 ans primo-vaccinants,
- comparaison de l'impact de l'entretien téléphonique sur le taux de couverture vaccinale avec l'impact d'autres méthodes d'intervention (aucune intervention ou relance courrier) sur les groupes de populations constitués pour l'expérimentation.

Au total, ce sont 2 000 entretiens personnalisés qui ont été réalisés.

**Tableau 49 :**  
**Evolution du taux de couverture vaccinale des 65-69 ans primo-vaccinants de 2016 à 2018**

	Campagne 2016-2017	Campagne 2017-2018*	Campagne 2018-2019	Evolution du taux entre 2016 et 2017 (en points)	Evolution du taux entre 2017 et 2018 (en points)	Evolution du taux sur la période 2016-2018 (en points)
National - 35 MSA	11,0%	13,0%	14,7%	2,0	1,7	3,7
Limousin	8,1%	12,4%	13,9%	4,3	1,5	5,8
Dordogne – Lot-et-Garonne	8,1%	10,2%	12,7%	2,1	2,5	4,6
Berry-Touraine	9,2%	11,9%	15,2%	2,7	3,3	6,0
Loire-Atlantique - Vendée	9,0%	11,8%	15,9%	2,8	4,1	6,9
Nord – Pas-de-Calais	12,0%	13,3%	16,6%	1,3	3,3	4,6
5 MSA expérimentales	9,4%	11,9%	15,0%	2,5	3,1	5,6

\* année de l'expérimentation

Source : requêtes informatiques annuels sur la population invitée

Le taux de couverture vaccinale des 65-69 ans primo-vaccinants est passé de 11% pour la campagne 2016-2017 à 14,7% pour la campagne 2018-2019, soit une augmentation de 3,7 points. Pour les MSA expérimentales, ce taux est passé de 9,4% pour la campagne 2016-2017 à 15% pour la campagne 2018-2019, soit une augmentation de 5,6 points.

**Tableau 50 :**  
**Points d'efficacité gagnés sur le taux de couverture vaccinale entre échantillon faisant l'objet d'une action en comparaison à échantillon témoin**

	Campagne 2017-2018*			Campagne 2018-2019			Moyenne efficacité 2017-2018 et 2018-2019	
	Taux couverture Témoin	Courrier	Téléphone	Taux couverture Témoin	Courrier	Téléphone	Courrier	Téléphone
Limousin	11,2%	N.S	2,3	17,8%	2,7	2,8	2,7	2,55
Dordogne – Lot-et-Garonne	8,8%	2,4	N.S	16,1%	N.S	N.S	0	0
Berry-Touraine	10,2%	N.S	N.S	18,3%	N.S	N.S	0	0
Loire-Atlantique - Vendée	7,7%	1,7	3,6	16,1%	2,5	5,4	2,1	4,5
Nord – Pas-de-Calais	11,4%	N.S	3,5	21,0%	N.S	3,8	0	3,65
Moyenne des points gagnés sur 5 MSA sur 2 ans							1,0	2,1

N.S : non significatif, pas de différence statistique significative entre "ne rien faire" et "réaliser l'action", test de comparaison de 2 proportions observées

\* année de l'expérimentation

Sur les deux années observées, l'entretien téléphonique a permis d'augmenter de 2,1 points le taux de couverture vaccinale des personnes ayant bénéficié de cet entretien. Le courrier a permis une augmentation du taux de couverture vaccinale des personnes destinataires mais ceci dans une moindre mesure. En effet, l'intervention « courrier » a permis d'augmenter le taux uniquement de 1 point.

Les résultats d'évaluation sont donc en faveur d'une intervention auprès de la population pour les inciter à se faire vacciner. L'intervention la plus probante est celle de l'entretien personnalisé par téléphone.

### *Les entretiens Instants Santé par téléphone*

Le dispositif Instants Santé se décompose en plusieurs étapes. La 1<sup>ère</sup> étape correspond à un rendez-vous infirmier réalisé en face à face au cours duquel l'adhérent bénéficie d'un entretien motivationnel. Dans l'objectif de réintégrer les personnes éloignées du soin dans le parcours de santé, cet entretien représente une étape clé pour inciter les participants à réaliser la consultation de prévention, 2<sup>ème</sup> étape du dispositif Instants Santé.

Dans ce contexte, fin 2018, la MSA a expérimenté des entretiens motivationnels par téléphone. L'objectif de cette expérimentation est de proposer une alternative aux séances des premiers rendez-vous pour les personnes qui n'y participent pas (assurés qui ne se sont pas présentés).

L'expérimentation s'est déroulée sur une période de 3 mois. Au total, 901 personnes étaient ciblées.

Les premiers résultats ont montré une bonne adhésion des personnes au dispositif (48% d'acceptation). De plus, la méthode alternative a permis de toucher une population différente de celle venant habituellement aux Instants Santé à savoir : les personnes plus âgées, les retraités, les exploitants, les adhérents moins sensibles à la prévention et les plus isolés (temps pour se rendre chez le médecin supérieur).

Par ailleurs, une évaluation d'impact a été mise en place. Dans ce cadre, la comparaison suivante sera réalisée : comparaison du taux de participation aux Instants Santé avec le taux de participation au dispositif expérimental.

Les assurés ayant un délai de 3 mois pour réaliser la consultation de prévention, les résultats de cette évaluation seront disponibles à la fin du 1<sup>er</sup> semestre 2019.

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

Le dispositif d'écoute Agri'écoute, numéro de téléphone unique (09 69 39 29 19) à disposition des assurés MSA en grande détresse correspondant à l'axe 2 du plan national MSA de prévention du suicide 2016-2020 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.

Depuis le 8 mars 2018, le service Agri'écoute fonctionne avec la collaboration du nouveau prestataire, PSYA, partenaire privé d'écouteurs professionnels psychologues cliniciens.

Sur les 9 mois et 23 jours de fonctionnement au cours de l'année 2018, 4 723 appels ont été reçus, avec un taux d'accessibilité de 93%. De juin à décembre, on note une stabilité à 350-380 appels mensuels.

Au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 2019, 840 appels ont été reçus avec un même taux d'accessibilité.

En synthèse, les faits marquants et les particularités des appelants Agri'écoute au cours de l'année 2018 sont les suivants :

- la majorité des appels a lieu en semaine et dans la journée,
- la plupart des appels dure entre 10 minutes et moins de 20 minutes,
- les hommes appellent majoritairement,
- les tranches d'âge des appelants correspondent à celles des personnes signalées aux cellules pluridisciplinaires de prévention du suicide,
- les raisons évoquées de première intention pour appeler ce numéro sont d'ordre personnel,
- 9% des appelants ont des idées suicidaires,
- la plupart des orientations se font vers le médecin traitant ou le spécialiste,
- 20 entretiens ont donné suite à une orientation vers une des 35 cellules pluridisciplinaires de prévention du suicide MSA,
- 3 situations critiques ont nécessité l'intervention des urgences (mars, octobre, décembre),
- 9% des appelants se sont inscrits dans une démarche de suivi, avec 1 à 2 appels en sus de l'appel initial. On n'a jamais observé 4 appels, comme le propose le dispositif.

## 1.2. 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)**

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.

Afin de parvenir à une meilleure harmonisation des pratiques des caisses, améliorer la productivité et l'efficacité 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.

Par ailleurs, l'article 60 de la LFSS pour 2018 précise et renforce le cadre de la procédure de l'accord préalable de l'assurance maladie obligatoire à la prise en charge d'actes, de produits ou de prestations remboursables, prévue à l'article L.315-2 du code de la sécurité sociale.

En outre, le décret d'application n° 2018-557 du 30/06/2018 :

- maintient le principe selon lequel le délai d'instruction par les caisses d'une demande d'AP est de 15 jours. Cependant, ce délai peut être porté à 21 jours concernant certaines DAP portant sur des produits et prestations remboursables nécessitant une attention particulière des praticiens-conseils,
- uniformise le point de départ du délai à prendre en compte pour l'examen de l'ensemble des demandes d'AP : il s'agit de la date de réception du dossier complet par le service du contrôle médical de la caisse.

Enfin, un autre décret n° 2018-661 du 26/07/18 stipule qu'une nouvelle DAP peut être créée à l'occasion de l'inscription initiale, ou de la modification des conditions d'inscription ou de renouvellement de certains produits ou prestations. Ce texte prévoit également que le pharmacien, le distributeur ou le prestataire concerné devra dorénavant vérifier que le service de contrôle médical a rendu son avis suite à la DAP avant de délivrer ou d'assurer la prestation.

Tableau 51 :

Données (nombres) relatives à l'instruction de certaines DAP au régime agricole pour 2018

Types de DAP	Catégorie 1				Total Catégorie 1	Catégorie 2				Total Catégorie 2	Total général
	Accord	Refus	Partiel taux	Partiel autres		Accord	Refus	Partiel taux	Partiel autres		
Assistance resp.	14 459	1 349	1 022	195	17 025						17 025
Autres codes LPP						25 344	1 798	1 271	165	28 578	28 578
Grand Appareillage	15 639	1 521	412	522	18 094	1	5			6	18 100
Dentaire	43 134	1 136			44 270	4 820	92			4 912	49 182
Soins	4 038	484	14	4	4 540	2 646	125	67	12	2 850	7 390
Transport						30 945	2 113	1 593	1 015	35 666	35 666
Hospit.						9 652	24	64	15	9 755	9 755
<b>Total général</b>	<b>77 270</b>	<b>4 490</b>	<b>1 448</b>	<b>721</b>	<b>83 929</b>	<b>73 408</b>	<b>4 157</b>	<b>2 995</b>	<b>1 207</b>	<b>81 767</b>	<b>165 696</b>

**Catégorie 1 :** DAP appartenant aux 4 thématiques institutionnelles

**Catégorie 2 :** DAP hors 4 thématiques institutionnelles

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

La MSA a testé au cours du second semestre 2018 et du premier semestre 2019 la méthodologie de sa future action de gestion du risque et de lutte contre la fraude en matière de transport au sein de 3 caisses de MSA (Armorique, Portes de Bretagne et Alpes-Vaucluse).

Cette action vise à détecter des atypies chez les transporteurs (ambulances, véhicules sanitaires légers et taxis).

Elle se base sur une liste d'indicateurs accompagnée d'outils d'aide à l'exploitation des atypies (requête infocentre permettant de remonter l'activité complète du transporteur durant l'année étudiée, questionnaire patientèle, test d'ubiquités,...).

Cette méthodologie sera expérimentée dans une dizaine de caisses de MSA faisant parti du comité de lutte contre la fraude entre juillet et septembre 2019.

**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)**

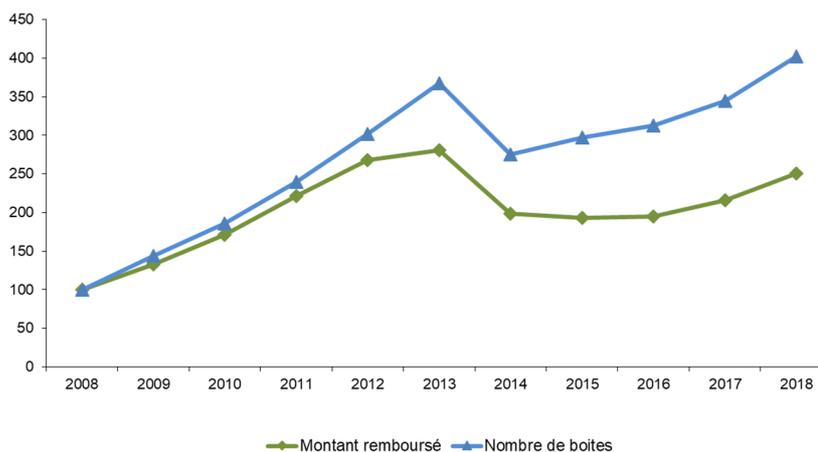
La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) est la première cause de malvoyance après 50 ans dans les pays industrialisés. La prévalence globale de la maladie est de 8% après 50 ans ; en France de 800 000 à 1 million de personnes seraient atteintes de DMLA.

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 symptomatiques) 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.

En 2018, le LUCENTIS® enregistre des montants remboursés de **32,1 millions d'euros**, soit + **16,2 %** par rapport à 2017.

**Graphique 19 :**  
**Evolution incidiare des montants remboursés et des unités prescrites en officine pour le LUCENTIS® (base 100 en 2008)**

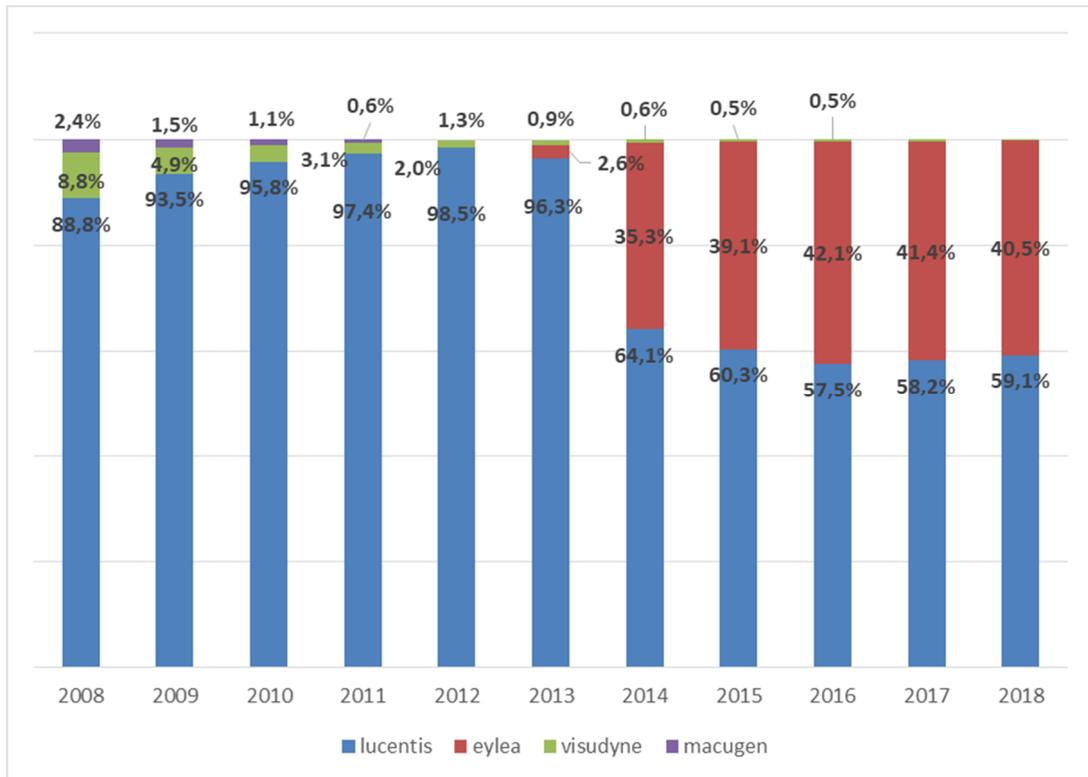


Source : MSA

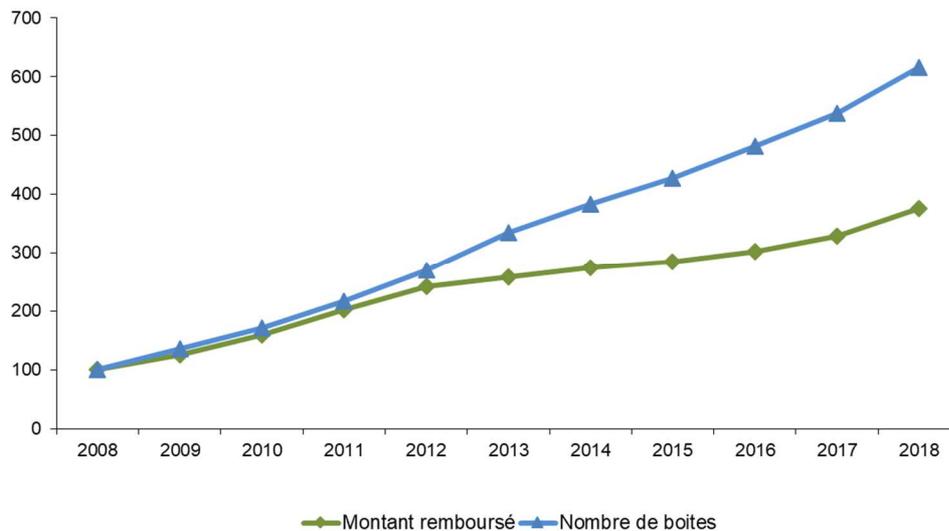
### → La délivrance en ville

L'ensemble des médicaments contre la DMLA exsudative avec néovascularisation choroïdienne rétrofovéolaire (LUCENTIS®, EYLEA®, MACUGEN® et VISUDYNE®) progressent de **14,3 %** en montant remboursé en 2018 pour représenter ensemble **54,7 millions d'euros**. VISUDYNE® est utilisé en 2<sup>ème</sup> intention.

**Graphique 20 :**  
**Répartition des montants remboursés par spécialités**



**Graphique 21 :**  
**Evolution incidiare des montants remboursables et des unités prescrites en officine pour le LUCENTIS®, l'EYLEA®, le VISUDYNE® et le MACUGEN® (base 100 en 2008)**



Source : MSA

Au régime agricole, **16 967 bénéficiaires** ont eu un remboursement de médicaments contre la DMLA en 2018, soit une progression de **6,9 %** par rapport à 2017.

## → La délivrance en établissement de santé

Les codes UCD concernés sont les suivants : 9261104, 9261110, 9876544.

Depuis le 1<sup>er</sup> 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.

Il s'agit de montants remboursés en sus du GHS. Depuis mars 2017, la suppression du code GHS = 399 entraîne la recherche des dépenses liées à l'AVASTIN® dans le cadre de la DMLA, via le montant de la variable prix attendu, soit 100 euros.

Les résultats indiquent une faible consommation d'AVASTIN® en établissement (**Tableau 52**) et donc une faible substitution du LUCENTIS® par l'AVASTIN® en établissement.

Cette faible utilisation de la RTU AVASTIN confirme les données présentées dans le rapport charges et produits 2019 de la MSA : le faible recours des prescripteurs à cette RTU ne permet pas de diminuer suffisamment le poids économique pour l'assurance maladie des médicaments de la DMLA exsudative.

La RTU AVASTIN a été renouvelée pour une durée de 3 ans le 1<sup>er</sup> septembre 2018, l'ANSM considérant qu'il est toujours constaté un besoin clinique d'AVASTIN dans le traitement de la DMLA néovasculaire, en dehors des indications thérapeutiques et des conditions d'utilisation telles que prévues dans l'autorisation de mise sur le marché, et qu'il est donc nécessaire à ce stade de maintenir la RTU afin de proposer un cadre d'utilisation sécurisé pour les patients pour lesquels le prescripteur juge indispensable le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser leur état clinique.

Le recours des prescripteurs à ce produit a été sécurisé juridiquement par la Cour de justice de l'Union Européenne, qui a rappelé par un arrêt du 21 novembre 2018 que les États membres sont compétents en matière d'organisation et de gestion des services de santé, en matière de fixation des prix des médicaments et en ce qui concerne leur inclusion dans le champ d'application des systèmes nationaux d'assurance maladie. Le remboursement, par un régime national d'assurance maladie, d'un médicament pour un usage non visé par son autorisation de mise sur le marché n'est pas contraire au droit de l'Union. La Cour conclut que la directive ne s'oppose pas à une réglementation nationale prévoyant les conditions de reconditionnement de l'Avastin® en vue de son utilisation pour le traitement d'indications ophtalmologiques non couvertes par son AMM.

**Tableau 52 :**  
**Montants remboursés d'Avastin® par le régime agricole**  
**en établissement associés à la DMLA**

	montant remboursé	
	PRIVE	PUBLIC
janv-17	1200	100 €
févr-17	2400	100 €
mars-17	2900	200 €
avr-17	2800	0 €
mai-17	1400	100 €
juin-17	2900	0 €
juil-17	1600	100 €
août-17	800	100 €
sept-17	600	0 €
oct-17	200	0 €
nov-17	1200	100 €
déc-17	800	100 €
janv-18	100 €	100 €
févr-18	100 €	100 €
mars-18	200 €	100 €
avr-18	300 €	0 €
mai-18	200 €	100 €
juin-18	100 €	0 €
juil-18	100 €	100 €
août-18	0 €	600 €
sept-18	300 €	500 €
oct-18	600 €	200 €
nov-18	300 €	200 €
déc-18	100 €	200 €
	21 200 €	3 100 €

Source : PMSI – exploitation MSA

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

Pour rappel, 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).

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.

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.

En 2018, la MSA a enregistré plus de 2 000 adhésions dans le cadre de ce bilan partagé de médication.

En outre, la MSA a affiné sa méthodologie afin d'estimer le nombre de personnes polymédiquées au sein de sa population.

Selon une étude de l'Irdes (*Questions d'économie de la santé*, n°213, octobre 2015), la polymédication est classée :

- en polymédication « simultanée » si l'on s'intéresse aux médicaments pris simultanément un jour donné,
- « cumulative » si l'on prend en compte l'ensemble des médicaments administrés sur une période donnée,
- « continue » si l'on s'intéresse aux médicaments pris de façon prolongée et régulière.

L'étude rappelle également que :

- la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ne précise pas le nombre de molécules à partir duquel on parle de polymédication.
- dans la littérature, ce nombre varie en fonction des études. Les seuils les plus utilisés sont ceux de 5 médicaments ou plus et, plus récemment devant l'augmentation de la charge thérapeutique, un seuil à 10 médicaments ou plus a été proposé.

Dans le cadre de la polymédication « continue » (médicaments pris de façon prolongée et régulière) plusieurs méthodes de calcul sont proposées dans la littérature.

Ici, l'indicateur continu est défini comme le nombre de classes ATC de niveau 5 différentes délivrées au moins 3 fois dans l'année 2018 (chronicité) dans le cadre de la rétrocession ou de la délivrance en ville.

L'impact du conditionnement trimestriel est nul car étude sur un an. On ne prend pas en compte les associations.

Comme le souligne l'étude de l'Irdes, les principaux facteurs sociodémographiques associés à la polymédication en 2013, sont les suivants : être affilié au Régime général ou à la MSA plutôt qu'au RSI, avoir plus de 85 ans, être de sexe féminin.

On s'intéresse donc ici dans un premier temps aux personnes les plus âgées (plus de 75 ans). Le taux de prévalence varie de 25 % à 69 % en fonction du seuil de médicaments retenu (**Tableau 53**).

**Tableau 53 :**  
**Part des personnes de 75 ans et plus en situation de polymédication**  
**en 2018 en fonction du seuil de médicaments retenu**

	nombre de bénéficiaires polymédiqués âgés de plus de 75 ans	population RNIAM au 1er juillet 2018, âgée de 75 ans et plus	taux de prévalence
seuil de 5 classes ATC 5 chroniques différentes	459 629	661 513	69%
seuil de 10 classes ATC 5 chroniques différentes	166 453	661513	25%

Source : DCIRS-exploitation MSA

Les résultats issus de l'étude de l'Irdes pour les données de 2013 tous régimes étaient :

- pour un seuil à 5 médicaments, environ 80 % des 75 ans et plus sont ciblés en ambulatoire.
- les prévalences de la polymédication au seuil de 10 médicaments en France (hors Territoires d'Outre-mer, Guyane et Mayotte) sont respectivement de 33,0 % et 40,5 %, après prise en compte des associations et conditionnements trimestriels, avec les indicateurs de polymédication continue et cumulative.

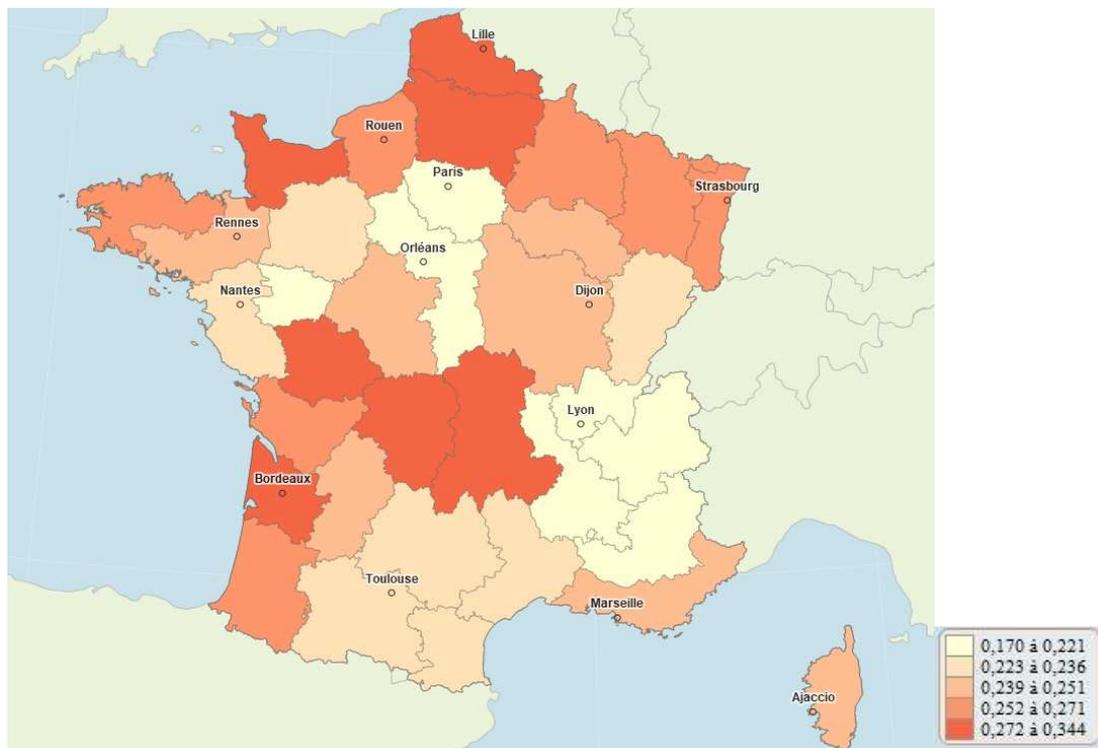
Ensuite, en détaillant par département de gestion les différents taux de prévalence, on peut établir un classement des taux de prévalence de la polymédication les plus élevés (**Tableau 54**).

**Tableau 54 :**  
**Classement des 20 premiers départements en taux de prévalence de la polymédication**  
**au seuil de 10 médicaments au régime agricole**

dept gestion	dept gestion	bénéficiaires polymédiqués	pop rniam au 1er juillet 2018	taux de prévalence
14	CALVADOS	3431	8571	40,0%
80	SOMME	2927	7315	40,0%
59	NORD	4096	10287	39,8%
87	HAUTE-VIENNE	2226	6123	36,4%
21	COTE-D'OR	2151	5973	36,0%
86	VIENNE	2977	8609	34,6%
72	SARTHE	3625	11101	32,7%
27	EURE	1773	5505	32,2%
63	PUY-DE-DOM	2261	7254	31,2%
2	AISNE	2120	6814	31,1%
52	HAUTE-MARNE	1060	3408	31,1%
12	AVEYRON	3123	10184	30,7%
48	LOZERE	737	2417	30,5%
54	MEURTHE-ET	962	3163	30,4%
22	COTES-D'ARM	4443	14686	30,3%
19	CORREZE	1832	6070	30,2%
62	PAS-DE-CALAI	3524	11853	29,7%
41	LOIR-ET-CHEF	2002	6849	29,2%
85	VENDEE	4017	13796	29,1%

Source : DCIRS – exploitation MSA

**Carte 7 :**  
**Prévalence de polymédication au seuil de 10 médicaments**  
**avec indicateur continu en 2018**



Comme le soulignait l'étude de l'Irdes sur les données de 2013, les personnes âgées polymédiquées sont davantage présentes dans le nord et le centre de la France.

Une autre partie de la population est concernée par la polymédication, il s'agit des bénéficiaires en ALD.

Ainsi, en données brutes, 569 158 bénéficiaires au régime agricole sont en situation de polymédication parmi la population cible retenue (**Tableau 55**).

**Tableau 55 :**  
**Nombre de bénéficiaires en situation de polymédication au régime agricole en 2018**  
**au sens de l'indicateur continu**

parmi les bénéficiaires entre 65 et 74 inclus et en ADL ayant eu au moins 5 DCI différentes en 2018	parmi les bénéficiaires de plus de 75 ans ayant eu au moins 5 DCI différentes en 2018	ENSEMBLE
109 529	459 629	569 158

Source : DCIRS-exploitation MSA

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

#### **Proposition 8 : Etendre le forfait diététicien et psychologue en 2019**

En 2019, l'expérimentation s'étend avec de nouvelles MSP sur les mêmes bases qu'en 2018. Une évaluation plus approfondie, comportant une mesure d'impact, sera préparée au cours de l'année 2019 pour être mise en œuvre en 2020.

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

L'expérimentation en cours en Lorraine se poursuit en s'étendant à des sites supplémentaires. L'évaluation d'impact sur le comportement des bénéficiaires en termes de recours aux soins professionnels est en cours par l'école de santé publique de Nancy. Les résultats sont attendus début 2020.

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

La MSA a d'ores et déjà accompagné la mise en place de 2 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) : la CPTS Sud 28 (région Centre-Val de Loire), citée dans le dossier de presse « *Ma santé 2022* » et la CPTS Pays de Conflent (région Occitanie).

A partir notamment de l'expérience des 2 caisses qui ont accompagné la création de ces 2 CPTS, la MSA a élaboré et diffusé un guide méthodologique pour aider les caisses à accompagner l'émergence de ces structures coordonnées sur leurs territoires.

La philosophie de ce guide est de rassembler et d'expliquer les éléments méthodologiques ainsi que les outils, annexes pouvant aider les équipes des caisses de MSA à la structuration de leurs accompagnements à la mise en place de Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Cependant, les contextes régionaux, départementaux et locaux étant tous différents, cette méthodologie n'a pas pour ambition d'être un dogme à dupliquer dans toutes les situations. Il s'agit de présenter le contexte, proposer des idées et des conseils permettant de nourrir une stratégie et une méthode locale d'accompagnement.

Chaque caisse peut intégrer la méthodologie à l'étape qui lui convient le mieux. L'ordre des étapes peut dépendre des liens déjà tissés avec les acteurs du territoire et des actions déjà menées sur le territoire.

La diffusion de la méthodologie est accompagnée d'un parrainage des caisses par les MSA déjà impliquées dans des accompagnements, d'une réunion nationale d'échanges, de la création d'un dossier national partagé,...

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

En 2018-2019, la MSA a poursuivi sa contribution au développement des études et recherches dans le domaine de la santé, notamment en lien avec les populations agricoles et rurales.

On peut citer à titre d'exemples :

- COSET avec Santé Publique France,

Conçu et réalisé par Santé Publique France, le programme COSET (Cohortes pour la surveillance épidémiologique en lien avec le travail) étudie les liens entre l'activité professionnelle et l'apparition de problèmes de santé. Il concerne l'ensemble de la population active en France, âgée de 18 à 65 ans, quels que soient le métier et le secteur d'activité. En partenariat avec la MSA, l'étude Coset-MSA concerne spécifiquement les travailleurs affiliés au régime agricole, salariés, exploitants et conjoints collaborateurs.

COSET-MSA est une cohorte épidémiologique dont l'objectif est de surveiller au fil des années l'état de santé d'actifs et d'anciens actifs, d'observer et décrire les liens entre les caractéristiques professionnelles, les conditions de travail et les problèmes de santé (troubles musculaires et articulaires, problèmes cardio-vasculaires et respiratoires, cancers, stress...) et d'émettre des recommandations afin de prévenir les risques pour la santé.

180 000 adhérents MSA tirés au sort ont été sollicités pour répondre à un questionnaire confidentiel en ligne entre novembre 2017 et juillet 2018. En fin de période, 28 000 réponses avaient été reçues. Parallèlement, des données relatives à la consommation de soins et à la carrière ont été collectées dans les bases nationales pour les répondants et pour un échantillon de non-répondants.

Santé Publique France mettra à disposition les premiers résultats au cours de 2019. Les répondants à ce questionnaire initial seront ensuite à échéance régulière invités à remplir un questionnaire de suivi pour faire le point sur leur santé et leur situation professionnelle.

- Agrican en partenariat,

AGRICAN (AGRIculture et CANcer) est une cohorte de 180 000 ressortissants agricoles résidant dans douze départements disposant d'un registre de cancers. Elle repose sur le suivi dans le temps des expositions à divers risques et de l'état de santé (cancers, maladies neurodégénératives et respiratoires) des personnes incluses, puis sur l'analyse du lien entre expositions et état de santé.

L'étude est pilotée par l'Unité Cancers & Préventions du Centre François Baclesse à Caen, la CCMSA, les MSA, le Laboratoire Santé au Travail Environnement de l'Université de Bordeaux et le réseau des registres des cancers FRANCIM. Les données d'exposition sont recueillies par autoquestionnaire envoyé par voie postale et les données de santé auprès des registres des cancers et du CépiDC.

En 2018, le comité de pilotage s'est réuni une fois pour faire un état d'avancement du suivi de la cohorte et des analyses réalisées. Une campagne d'enquêtes téléphoniques auprès des membres de la cohorte qui n'avaient pas encore répondu au questionnaire de suivi a touché environ 50 000 personnes. Trois articles ont été publiés dans la presse scientifique dont deux sur le lien entre l'utilisation de pesticides ou de certaines familles de pesticides et la survenue

de tumeurs du système nerveux central et de la maladie de Parkinson et une sur le lien entre activités de culture et cancers pulmonaires. Le calcul des ratios d'incidence standardisés (SIR) sur la dernière période disponible 2005-2013 a été réalisé et les résultats d'analyses du lien entre activités agricoles et myélome multiple, autres lymphomes, et sarcomes présentés.

Les prochaines étapes sont la poursuite des analyses internes au sein de la cohorte, le calcul des ratios de mortalité standardisés (SMR) sur la période 2005-2015, la préparation et diffusion du bulletin d'information n°3 accompagnée d'une conférence de presse, la préparation d'une requête pour l'addition de nouvelles données de consommation de soins.

- Le partenariat avec le CNGE.

En 2017, un partenariat a été signé entre le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) et la MSA, pour la promotion de l'exercice, l'offre de stage et la construction de projet de recherche en milieu rural. Le bilan de ce partenariat et les perspectives sont présentés dans l'**encadré 8**.

#### **Encadré 8 : Bilan 2018 et perspectives du partenariat MSA-CNGE**

Bilan de la participation de la MSA au Congrès CNGE du 21 au 23 novembre 2018 :

- Cible : maîtres de stage et les internes
- Stand MSA Beauce Cœur de Loire , participation de l'ARS Centre Val de Loire, « *Promouvoir l'installation dans les zones en tension* » sur le modèle des Entretiens de Bichat
- Co-organisation d'une table ronde avec le CNGE : « *Promouvoir la coordination des soins dans un territoire de santé auprès des futurs médecins généralistes* » (55 participants)
- Présentation par le directeur santé de la MSA Beauce-Cœur de Loire et directeur délégué ARCMSA Centre Val de Loire des actions menées depuis 10 ans auprès des professionnels de santé dont la CPTS Sud 28, citée dans le dossier de presse « *Ma santé 2022* »
- Remise d'un prix spécial de thèse MSA par le 1<sup>er</sup> vice-président de la CCMSA à un lauréat dont la thèse de médecine générale porte sur « *L'inter-professionnalité et le transfert d'activités* »

Reconduction du partenariat 2019-2020 et actions à développer :

- Co-construction (avec le CNGE) d'un programme pédagogique à destination des internes pour l'apprentissage des modalités pratiques de demande de prestations sociales : santé, sécurité au travail, service social correspondant à l'atout du Guichet unique de la MSA ;
- Proposition de participation de maîtres de stage et d'internes de médecine générale à des réunions d'évaluation des pratiques avec des médecins conseils, des médecins du travail et des infirmiers du travail pour s'approprier les pratiques de contrôle médical et de santé sécurité au travail ;
- Contribution MSA à des séminaires de préparation à l'installation des jeunes médecins ;
- Travaux de recherche portant sur les soins primaires en milieu rural ;
- Soutien financier de la MSA aux frais de thèses auprès d'étudiants en région réalisant leurs thèses en milieu rural ;
- Prix de thèse remis par le Président (délégué au VP) en séance de clôture du congrès annuel du CNGE.

## 1.4. Thématique « Enjeux numériques et science de la donnée »

### **Proposition 12 : Lancement du 1<sup>er</sup> service en ligne d'accompagnement prévention santé pour les parents d'enfants de 0 à 16 ans (Mémo Santé Enfant)**

La MSA s'apprête à déployer le Mémo Santé Enfant au second semestre 2019 dans un contexte riche en sortie de nouveaux produits sur le champ de la santé de l'enfant et des services en ligne. Ce service a vocation à être intégré dans l'Espace Numérique en Santé.

Le Mémo Santé Enfant est :

- un service destiné aux familles relevant de la MSA :
  - o il est pensé pour aider les parents sur un plan organisationnel : fonction d'aide-mémoire pour les RDV santé de l'enfant grâce à des notifications individualisées et sur le suivi prévention des enfants grâce à des fiches pratiques et des conseils certifiés,
  - o son usage est réservé aux parents. Ils en ont la consultation exclusive et peuvent le compléter.
- un service en ligne avec un accès/usage facilité :
  - o il garantit une sécurisation et une confidentialité des données,
  - o il inclut un accompagnement à la connexion, avec une assistance humaine et individualisée.

Dans le détail :

- le Mémo Santé Enfant est le premier service en ligne d'accompagnement prévention personnalisé et individualisé pour les familles MSA, parents d'enfants de 0 à 16 ans,
- le Mémo Santé Enfant est inclus dans l'offre famille MSA,
- le Mémo Santé Enfant c'est la mise à disposition de services dématérialisés d'aide à la planification d'actes de prévention pour les familles (aide-mémoire), assortie de conseils pratiques validés et certifiés par la MSA. Ces services sont complétés par un dispositif d'assistance humaine et individualisée au numérique assuré par voie téléphonique et utilisable à tout moment.
- la complémentarité entre le service en ligne et la médiation numérique font toute la valeur ajoutée du Mémo Santé Enfant. Elle reflète et illustre l'attention portée par la MSA sur la proximité, la facilité, la modernité et l'accompagnement des familles chaque fois qu'elles en éprouvent le besoin,
- le Mémo Santé Enfant simplifie et facilite l'action des parents pour être acteur du bon suivi de leur enfant, via l'envoi de stimuli réguliers (notifications).

Le Mémo Santé Enfant répond aux normes de sécurisation et de confidentialité des données de santé.

**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**

La CCMSA a développé sur l'année 2018 un nouveau service en ligne, LANTICHUTE. Ce service a pour objectif de réduire le nombre de chutes des personnes résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ainsi qu'en résidence-autonomie. Il est destiné au personnel de ces établissements et permet d'évaluer le risque de chute de chaque résident ainsi que de recenser leurs chutes au sein de l'établissement. Ce service favorise ainsi la mise en place d'actions préventives afin d'éviter la première chute et les récurrences de chute.

Le service sera mis à disposition gracieusement auprès des structures intéressées. Il s'agira d'un déploiement progressif débutant par une phase expérimentale en 2019. Elle permettra de confirmer le processus de déploiement envisagé. A la suite de cette phase, le service sera implanté de manière ciblée sur le territoire avec pour objectif que celui-ci soit utilisé par 1 000 établissements fin 2020.

**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 2019**

Un avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie a été signé le 14 juin 2018 par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les syndicats représentant les médecins libéraux : la Fédération Française des Médecins Généralistes (MG France), la Fédération des Médecins de France (FMF), la confédération des syndicats médicaux français (CSMF), le syndicat des médecins libéraux (SML) et le syndicat le BLOC. Cet avenant vise à généraliser sur l'ensemble du territoire français et notamment dans les zones de « déserts médicaux » la télémédecine et 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.

Le remboursement des actes de téléconsultation est entré en vigueur le 15 septembre 2018 et de la télé-expertise le 10 février 2019.

Ainsi, pour la période du 15 septembre 2018 au 30 avril 2019, environ 560 actes ont été réalisés par des médecins pour des assurés relevant des régimes agricoles. Parmi ces actes, 320 actes concernent la téléconsultation et 240 la téléconsultation généralistes.

Le développement de la téléconsultation devrait s'amplifier dans les prochains mois à la faveur de nouvelles avancées conventionnelles visant à favoriser la participation d'autres professions de santé à la réalisation de ces consultations. C'est déjà le cas avec les pharmaciens depuis la signature de l'avenant 15, le 6 décembre 2018.

Par ailleurs, l'avenant 2 à l'accord national des centres de santé, signé le 5 mars 2019, donne accès à ces centres aux mêmes aides financières à l'équipement que celles dont bénéficient les médecins libéraux. Il est de même dans le cadre de l'avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers libéraux, signé le 29 mars 2019 qui valorise également leur intervention auprès d'un malade pour l'accompagner dans la réalisation d'une téléconsultation avec un médecin.

Enfin, le projet de loi sur l'organisation et la transformation du système de santé prévoit d'autoriser **l'activité des professionnels paramédicaux à distance, ou télésoins**, complémentaire du développement de la télémédecine.

En parallèle, un nouveau cadre expérimental, d'une durée de quatre ans, est institué sur le fondement de l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 et de l'arrêté du 11 octobre 2018. Le champ des expérimentations concerne les actes de télésurveillance médicale concernant des patients atteints d'une insuffisance rénale, cardiaque ou respiratoire, de diabète et les porteurs de prothèses cardiaques. La MSA est partie prenante à ces expérimentations.

**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**

La **science des données** vise à extraire des informations et connaissances des données collectées, souvent en routine (en particulier données massives ou « big data », et/ou de données complexes), par différents modèles et méthodes permettant de gérer, analyser, visualiser et interpréter ces informations. Dans son dernier chapitre du rapport charges et produits 2019, consacré à la sciences des données (chapitre 3.4.3, p. 100), la mise en place de travaux de recherche visant à étudier la faisabilité et la pertinence du croisement des bases de données administratives et médico-administratives de la MSA **au service de la vigilance des risques professionnels** avait été annoncée.

De façon pratique, ce travail vise à rechercher, sans *a priori*, quelles sont l'ensemble des associations statistiques significatives entre les activités professionnelles d'une part, et les maladies d'autre part, tout en ayant neutralisé l'effet de facteurs confondants accessibles directement (âge, sexe, etc) ou indirectement (déduits des données elles-mêmes). Un 2<sup>e</sup> volet exploratoire visait à étudier la possibilité d'enrichir la démarche en utilisant des bases de données externes à la MSA permettant de faire le lien avec les cultures dominantes pour chaque individu, ainsi que les phytosanitaires habituellement utilisés sur ces cultures en fonction des périodes temporelles.

Ceci s'est traduit par deux conventions successives de recherche développement (CRD), l'une terminée et l'autre en cours, impliquant la MSA, l'Anses (unité phytopharmacovigilance), principal financeur, et le laboratoire TIMC du site grenoblois (UMR 5525 Université Grenoble-Alpes /CNRS /INP), opérateur de cette recherche et co-financeur via une bourse de thèse UGA. Ce travail s'appuie sur des données individuelles anonymisées (cryptage du NIR), avec mesures prises visant à minimiser au maximum les risques de réidentification.

La première CRD a permis de définir la méthodologie, de recueillir l'accord CNIL, de restructurer les bases de données pour les présenter dans un format pertinent avec les besoins, et de développer les algorithmes correspondants. Elle a démontré à la fois la faisabilité et la pertinence de cette approche, permettant une lecture globale de signaux de sur ou sous-représentation de pathologies chroniques déclarées en ALD au sein des différentes activités professionnelles chez les non-salariés agricoles. Un travail similaire a été initié en utilisant la base médicaments sur un exemple précis (consommation d'antibiotiques, et d'antibiotiques associés à un risque de résistance selon les professions). Enfin, un algorithme a été développé pour affecter à chacun des individus sa culture principale, en fonction des données du Registre Parcellaire Graphique d'une part, et d'un maillage du territoire réalisé pour minimiser tout risque de réidentification d'autre part.

Suite à la mise à disposition des matrices cultures x expositions par Santé Publique France, chaque individu peut se voir affecter les produits phytosanitaires auxquels il a le plus probablement été exposé (publications en cours au sein de journaux scientifiques internationaux).

Après cette étape de faisabilité, la 2<sup>e</sup> CRD (en cours) vise à valider la méthode finale retenue, produire des signaux, et les soumettre à un comité d'experts pour étudier leur signification, avant transmission aux instances concernées (éventuelles études complémentaires de terrain pour confirmation, actions de prévention si risque confirmé, etc). L'intégration de certaines variables issues des bases santé au travail est en cours de discussion.

## Annexe 2 : Les effectifs et taux de prévalence et d'incidence bruts des patients en ALD au régime agricole

### 2.1 Effectifs et taux de prévalence

Tableau 56 :

Effectifs et taux de prévalence bruts des patients en ALD 1 à 32 au 31/12/2017, par ALD

N° ALD	Intitulé ALD	Nombre de patients	Taux de prévalence pour 1000
5	Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires, cardiopathies congénitales graves	155 240	48,6
13	Maladie coronaire	101 686	31,8
1	Accident vasculaire cérébral invalidant	42 286	13,2
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	43 168	13,5
12	Hypertension artérielle sévère	29 856	9,3
Nombre de patients ayant au moins une maladie du groupe cardio-vasculaire ( au moins une ALD parmi les ALD 1, 3, 5, 12, 13)		319 497	100,1
30	Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	138 746	43,4
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2	174 124	54,5
15	Maladie d'Alzheimer	43 945	13,8
23	Affections psychiatriques de longue durée	61 177	19,2
14	Insuffisance respiratoire chronique grave	26 003	8,1
19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	13 667	4,3
16	Maladie de Parkinson	13 782	4,3
9	Formes graves des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave	15 610	4,9
22	Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	17 105	5,4
21	Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, Sclérodémie généralisée évolutive	7 486	2,3
6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	6 477	2,0
24	Maladie de Crohn et rectocolite hémorragique évolutives	6 075	1,9
27	Spondylarthrite ankylosante grave	5 170	1,6
2	Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	1 943	0,6
17	Maladies Métaboliques héréditaires	4 322	1,4
26	Scoliose structurale évolutive	1 494	0,5
7	Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et infection par le VIH	1 974	0,6
11	Hémophilie et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	1 660	0,5
25	Sclérose en plaques	3 191	1,0
28	Suites de transplantation d'organe	1 054	0,3
20	Paraplégie	1 294	0,4
29	Tuberculose active	380	0,1
10	Hémoglobinopathies, Hémolyses chroniques constitutionnelles et acquises sévères	324	0,1
18	Mucoviscidose	193	0,1
4	Bilharziose compliquée	3	0,0
<b>Nombre de patients ayant au moins une ALD 1 à 30</b>		<b>667 072</b>	<b>208,9</b>
31	Hors liste	36 927	11,6
32	Polypathologies	5 099	1,6
<b>Nombre de patients ayant au moins une ALD 1 à 32</b>		<b>685 902</b>	<b>214,8</b>

Source : MSA

Rappel : les patients pouvant bénéficier de plus d'une ALD, le nombre total de patients ayant au moins une ALD est différent de la somme des patients comptabilisés par ALD

## 2.2 Effectifs et taux d'incidence

**Tableau 57 :**  
**Effectifs et taux d'incidence bruts, pour 1000, en 2017 pour des ALD 1 à 32 –**  
**sur la population moyenne 01/01/2017 et 01/01/2018 issue du RNIAM**

N° ALD	Intitulé ALD	Nombre de patients	Taux d'incidence pour 1000
5	Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires, cardiopathies congénitales graves	33 120	10,3
13	Maladie coronaire	15 718	4,9
1	Accident vasculaire cérébral invalidant	10 293	3,2
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	8 846	2,8
12	Hypertension artérielle sévère	648	0,2
Nombre de patients ayant au moins une maladie du groupe cardio-vasculaire ( au moins une ALD parmi les ALD 1, 3, 5, 12, 13)		62 973	19,6
30	Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	26 169	8,1
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2	19 676	6,1
15	Maladie d'Alzheimer	12 690	4,0
23	Affections psychiatriques de longue durée	11 271	3,5
14	Insuffisance respiratoire chronique grave	4 229	1,3
19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	3 533	1,1
16	Maladie de Parkinson	2 154	0,7
9	Formes graves des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave	3 020	0,9
22	Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	2 757	0,9
21	Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, Sclérodémie généralisée évolutive	1 195	0,4
6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	1 305	0,4
24	Maladie de Crohn et rectocolite hémorragique évolutives	793	0,2
27	Spondylarthrite ankylosante grave	739	0,2
2	Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	612	0,2
17	Maladies Métaboliques héréditaires	540	0,2
26	Scoliose structurale évolutive	353	0,1
7	Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et infection par le VIH	410	0,1
11	Hémophilie et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	317	0,1
25	Sclérose en plaques	241	0,1
28	Suites de transplantation d'organe	192	0,1
20	Paraplégie	189	0,1
29	Tuberculose active	123	0,0
10	Hémoglobinopathies, Hémolyses chroniques constitutionnelles et acquises sévères	75	0,0
18	Mucoviscidose	31	0,0
4	Bilharziose compliquée	0	0,0
<b>Nombre de patients ayant au moins une nouvelle ALD 1 à 30</b>		<b>137 455</b>	<b>42,8</b>
31	Hors liste	6 781	2,1
32	Polypathologies	1 386	0,4
<b>Nombre de patients ayant au moins une nouvelle ALD 1 à 32</b>		<b>143 257</b>	<b>44,6</b>

Source : MSA

Remarque : les ALD dénombrées sont les nouvelles ALD, indépendamment du fait que le patient qui en bénéficie ait pu être pris en charge pour une pathologie différente les années précédentes.

## Annexe 3 : Les caractéristiques territoriales de la population agricole

### 3.1. Définitions Insee

#### Zonage en Aires Urbaines

Une aire urbaine ou "grande aire urbaine" est un ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain (unité urbaine) de plus de 10 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines (couronne périurbaine) dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.

Le zonage en aires urbaines 2010 distingue également :

- Les "moyennes aires", ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle (unité urbaine) de 5 000 à 10 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.
- Les "petites aires", ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle (unité urbaine) de 1 500 à 5 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.

#### Tranche d'unité urbaine

Ce code permet de classer les communes en combinant le statut rural/urbain et la population au recensement 2015. Pour les communes rurales, la modalité est calculée à partir de la population municipale de la commune. Pour les communes urbaines, la modalité est calculée en fonction de la population de l'unité urbaine à laquelle appartient la commune.

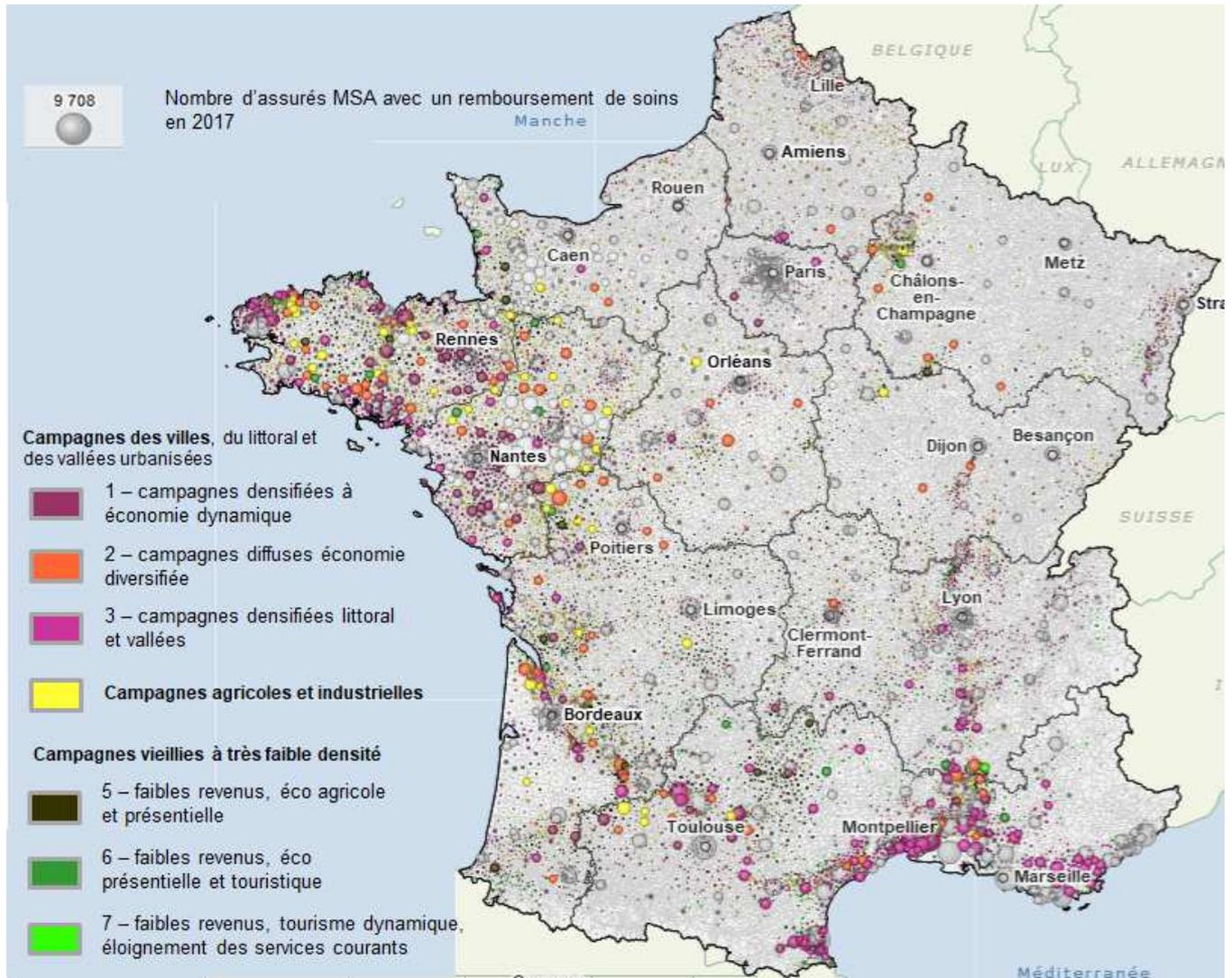
L'unité urbaine est une commune ou un ensemble de communes qui comporte sur son territoire une zone bâtie d'au moins 2 000 habitants où aucune habitation n'est séparée de la plus proche de plus de 200 mètres. En outre, chaque commune concernée possède plus de la moitié de sa population dans cette zone bâtie.

Si l'unité urbaine s'étend sur plusieurs communes, l'ensemble de ces communes forme une agglomération multicommunale ou agglomération urbaine. Si l'unité urbaine s'étend sur une seule commune, elle est dénommée ville isolée.

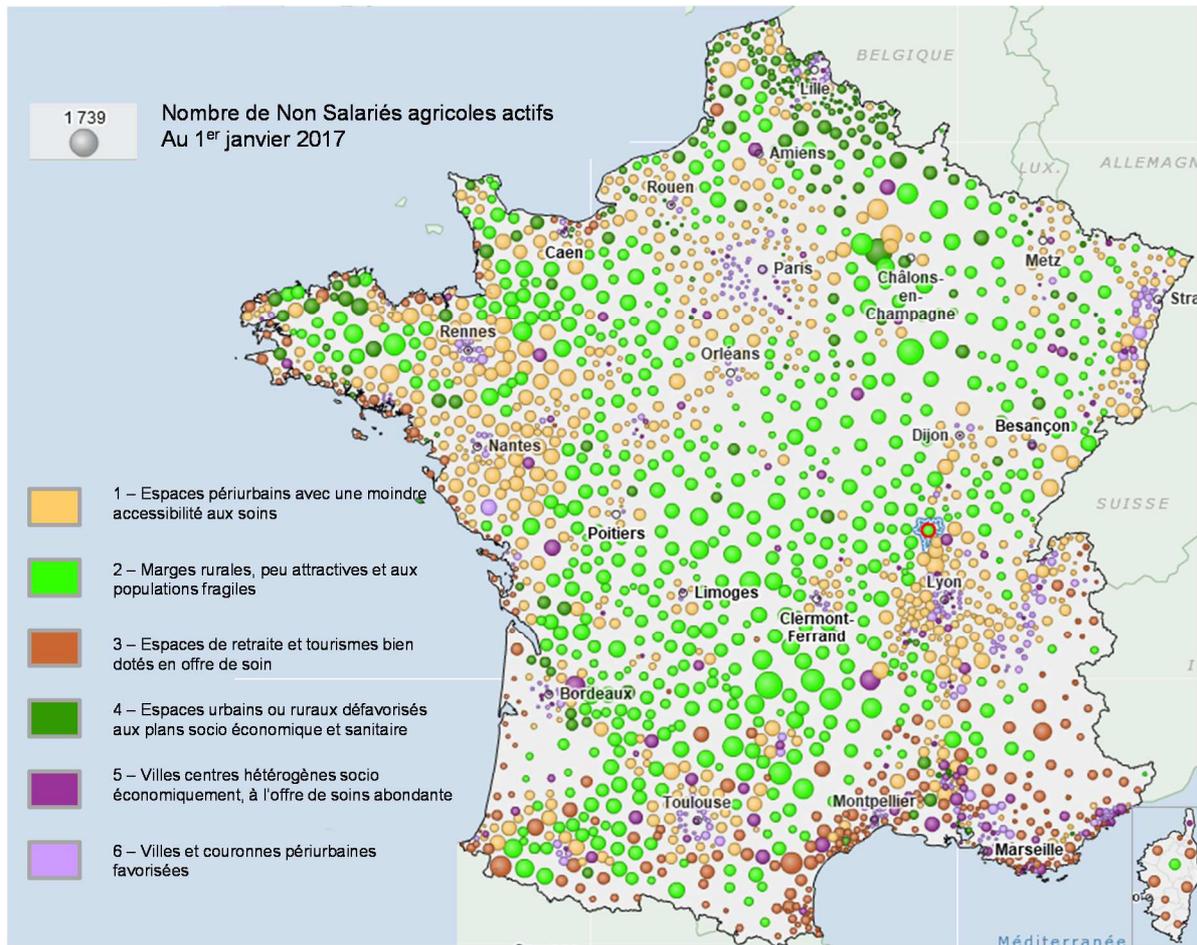
Les unités urbaines, datées de 2010, ont été établies en référence à la population connue au recensement de 2007.

## 3.2. Cartes

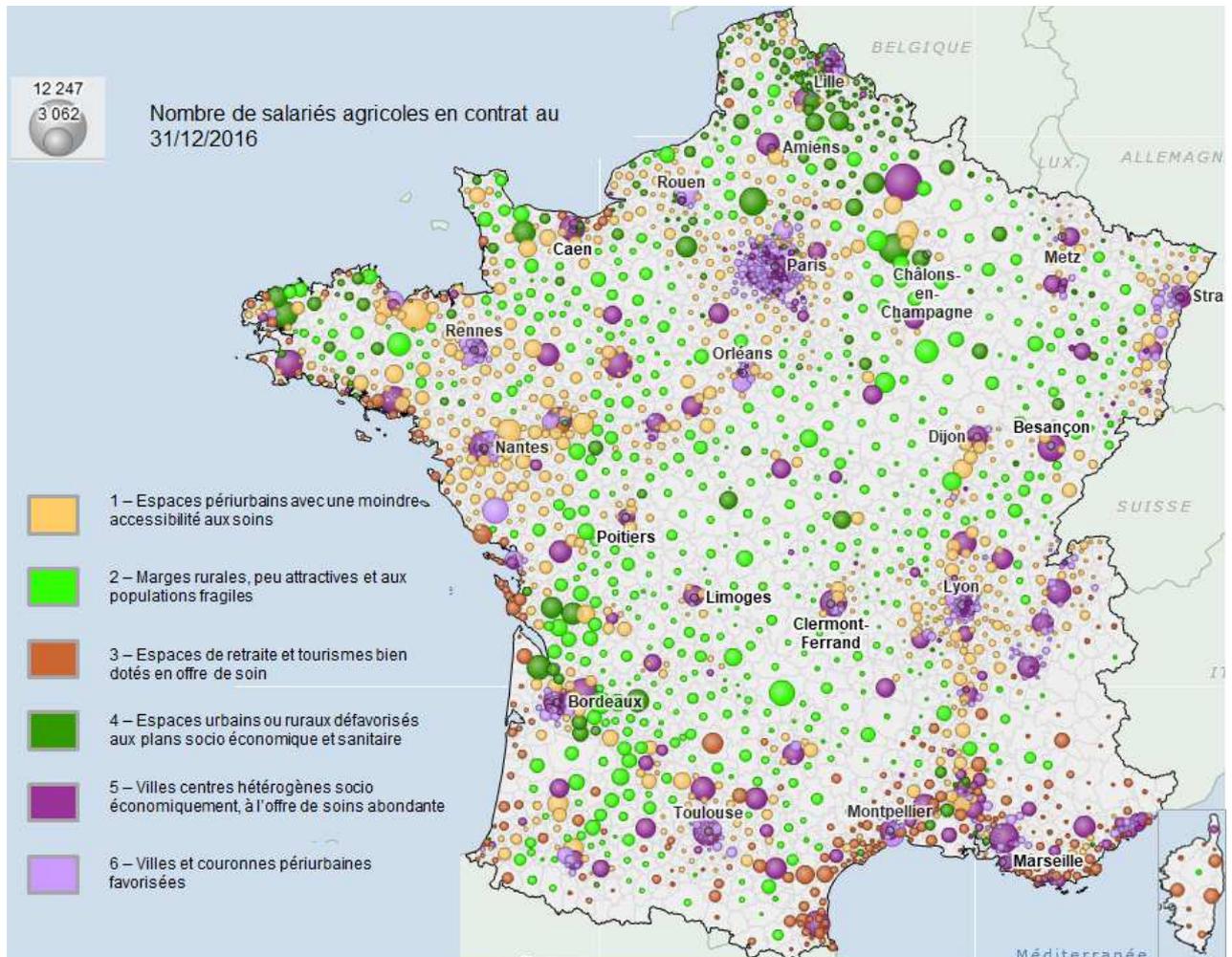
**Carte 8 :**  
**Nombre d'assurés MSA avec un remboursement de soins en 2017,**  
**selon la typologie des campagnes**



**Carte 9 :**  
**Nombre de non-salariés agricoles actifs en 2017, selon la typologie d'accessibilité aux soins et d'attractivité des territoires de vie**



**Carte 10 :**  
**Nombre de salariés agricoles « permanents » en 2016 (nombre de contrats au 31/12), selon la typologie d'accessibilité aux soins et d'attractivité des territoires de vie**



### 3.3. Données chiffrées

**Tableau 58 :**  
Dénombrement des assurés du régime agricole avec un remboursement  
de soins en 2017, selon les ZAU et les TDUU

	Polarisation en fonction de l'emploi									Total
	10 000 emplois ou plus			5 000 à moins de 10 000 emplois		1 500 à moins de 5 000 emplois		Autre commune multipolarisée	Commune isolée hors influence des pôles	
	Grandes aires urbaines			Pôles moyens		Petits pôles				
	pôle	couronne	commune multipolarisée	pôle	couronne	pôle	couronne			
<b>Communes rurales</b>										
< 200 habitants	0	32 066	15 736	3	4 094	36	4 056	52 780	87 111	195 882
200 à 1 000 habitants	0	280 576	103 803	49	25 333	0	13 823	220 209	222 634	866 427
> 1 000 habitants	0	258 285	73 236	0	9 071	0	1 624	138 251	123 771	604 238
<b>Ensemble communes rurales</b>	<b>0</b>	<b>570 927</b>	<b>192 775</b>	<b>52</b>	<b>38 498</b>	<b>36</b>	<b>19 503</b>	<b>411 240</b>	<b>433 516</b>	<b>1 666 547</b>
<b>Unités urbaines</b>										
< 10 000 habitants	14	197 196	64 903	18 232	862	163 186	0	33 861	40 715	518 969
10 000 - 50 000 habitants	151 286	58 297	26 283	76 259	0	32 616	0	2 329	0	347 070
50 000 - 200 000 habitants	226 022	4 012	0	0	0	0	0	0	0	230 034
> 200 000 habitants	385 883	47	0	0	0	0	0	0	0	385 930
<b>Ensemble des unités urbaines</b>	<b>763 205</b>	<b>259 552</b>	<b>91 186</b>	<b>94 491</b>	<b>862</b>	<b>195 802</b>	<b>0</b>	<b>36 190</b>	<b>40 715</b>	<b>1 482 003</b>
<b>Total</b>	<b>763 205</b>	<b>830 479</b>	<b>283 961</b>	<b>94 543</b>	<b>39 360</b>	<b>195 838</b>	<b>19 503</b>	<b>447 430</b>	<b>474 231</b>	<b>3 148 550</b>

Source : MSA

**Tableau 59 :**  
Répartition des assurés du régime agricole avec un remboursement  
de soins en 2017, selon les ZAU et les TDUU

	Polarisation en fonction de l'emploi									Total
	10 000 emplois ou plus			5 000 à moins de 10 000 emplois		1 500 à moins de 5 000 emplois		Autre commune multipolarisée	Commune isolée hors influence des pôles	
	Grandes aires urbaines			Pôles moyens		Petits pôles				
	pôle	couronne	commune multipolarisée	pôle	couronne	pôle	couronne			
<b>Communes rurales</b>										
< 200 habitants		1%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	3%	6%
200 à 1 000 habitants		9%	3%	0%	1%	0%	0%	7%	7%	28%
> 1 000 habitants		8%	2%	0%	0%	0%	0%	4%	4%	19%
<b>Ensemble communes rurales</b>		<b>18%</b>	<b>6%</b>	<b>0%</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>1%</b>	<b>13%</b>	<b>14%</b>	<b>53%</b>
<b>Unités urbaines</b>										
< 10 000 habitants	0%	6%	2%	1%	0%	5%	0%	1%	1%	16%
10 000 - 50 000 habitants	5%	2%	1%	2%	0%	1%	0%	0%	0%	11%
50 000 - 200 000 habitants	7%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	7%
> 200 000 habitants	12%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	12%
<b>Ensemble des unités urbaines</b>	<b>24%</b>	<b>8%</b>	<b>3%</b>	<b>3%</b>	<b>0%</b>	<b>6%</b>	<b>0%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>47%</b>
<b>Total</b>	<b>24%</b>	<b>26%</b>	<b>9%</b>	<b>3%</b>	<b>1%</b>	<b>6%</b>	<b>1%</b>	<b>14%</b>	<b>15%</b>	<b>100%</b>

Source : MSA

**Tableau 60 :**  
**Dénombrement des chefs d'exploitation actifs au 1er janvier 2017,**  
**selon les ZAU et les TDUU**

	Polarisation en fonction de l'emploi									Total
	10 000 emplois ou plus			5 000 à moins de 10 000 emplois		1 500 à moins de 5 000 emplois		Autre commune multipolarisée	Commune isolée hors influence des pôles	
	Grandes aires urbaines			Pôles moyens		Petits pôles				
	pôle	couronne	commune multipolarisée	pôle	couronne	pôle	couronne			
<b>communes rurales</b>										
< 200 habitants	0	8 260	4 064	0	1 136	11	1 025	13 983	26 264	54 743
200 à 1 000 habitants	0	57 453	21 178	6	5 605	0	3 002	46 270	53 348	186 862
> 1 000 habitants	0	40 715	11 431	0	1 634	0	329	21 623	19 910	95 642
<b>Ensemble communes rurales</b>	<b>0</b>	<b>106 428</b>	<b>36 673</b>	<b>6</b>	<b>8 375</b>	<b>11</b>	<b>4 356</b>	<b>81 876</b>	<b>99 522</b>	<b>337 247</b>
<b>unités urbaines</b>										
< 10 000 habitants	4	22 260	7 430	1 261	120	15 448	0	4 130	5 241	55 894
10 000 - 50 000 habitants	9 260	5 244	2 400	6 437	0	3 366	0	379	0	27 086
50 000 - 200 000 habitants	12 255	322	0	0	0	0	0	0	0	12 577
> 200 000 habitants	20 285	12	0	0	0	0	0	0	0	20 297
<b>Ensemble des unités urbaines</b>	<b>41 804</b>	<b>27 838</b>	<b>9 830</b>	<b>7 698</b>	<b>120</b>	<b>18 814</b>	<b>0</b>	<b>4 509</b>	<b>5 241</b>	<b>115 854</b>
<b>Total</b>	<b>41 804</b>	<b>134 266</b>	<b>46 503</b>	<b>7 704</b>	<b>8 495</b>	<b>18 825</b>	<b>4 356</b>	<b>86 385</b>	<b>104 763</b>	<b>453 101</b>

Source : MSA

**Tableau 61 :**  
**Répartition des chefs d'exploitation actifs au 1er janvier 2017,**  
**selon les ZAU et les TDUU**

	Polarisation en fonction de l'emploi									Total
	10 000 emplois ou plus			5 000 à moins de 10 000 emplois		1 500 à moins de 5 000 emplois		Autre commune multipolarisée	Commune isolée hors influence des pôles	
	Grandes aires urbaines			Pôles moyens		Petits pôles				
	pôle	couronne	commune multipolarisée	pôle	couronne	pôle	couronne			
<b>communes rurales</b>										
< 200 habitants		2%	1%		0%	0%	0%	3%	6%	12%
200 à 1 000 habitants		13%	5%	0%	1%		1%	10%	12%	41%
> 1 000 habitants		9%	3%		0%		0%	5%	4%	21%
<b>Ensemble communes rurales</b>		<b>23%</b>	<b>8%</b>	<b>0%</b>	<b>2%</b>	<b>0%</b>	<b>1%</b>	<b>18%</b>	<b>22%</b>	<b>74%</b>
<b>unités urbaines</b>										
< 10 000 habitants	0%	5%	2%	0%	0%	3%		1%	1%	12%
10 000 - 50 000 habitants	2%	1%	1%	1%		1%		0%		6%
50 000 - 200 000 habitants	3%	0%								3%
> 200 000 habitants	4%	0%								4%
<b>Ensemble des unités urbaines</b>	<b>9%</b>	<b>6%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>0%</b>	<b>4%</b>		<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>26%</b>
<b>Total</b>	<b>9%</b>	<b>30%</b>	<b>10%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>4%</b>	<b>1%</b>	<b>19%</b>	<b>23%</b>	<b>100%</b>

Source : MSA

**Tableau 62 :**  
**Dénombrement des salariés agricoles actifs (nombre de contrats au 31/12/2016),**  
**selon les ZAU et les TDUU**

	Polarisation en fonction de l'emploi									
	10 000 emplois ou plus			5 000 à moins de 10 000 emplois		1 500 à moins de 5 000 emplois		Autre commune multipolarisée	Commune isolée hors influence des pôles	Total
	Grandes aires urbaines			Pôles moyens		Petits pôles				
	pôle	couronne	commune multipolarisée	pôle	couronne	pôle	couronne			
<b>communes rurales</b>										
< 200 habitants	0	3 835	2 042	0	322	3	580	5 707	10 303	22 792
200 à 1 000 habitants	0	42 771	16 171	5	3 020	0	1 521	29 368	29 847	122 703
> 1 000 habitants	0	44 272	11 126	0	1 137	0	205	20 821	21 542	99 103
<b>Ensemble communes rurales</b>	<b>0</b>	<b>90 878</b>	<b>29 339</b>	<b>5</b>	<b>4 479</b>	<b>3</b>	<b>2 306</b>	<b>55 896</b>	<b>61 692</b>	<b>244 598</b>
<b>unités urbaines</b>										
< 10 000 habitants	1	41 205	11 580	7 110	73	30 257	0	5 382	8 061	103 669
10 000 - 50 000 habitants	46 190	13 171	5 839	17 305	0	6 114	0	251	0	88 870
50 000 - 200 000 habitants	93 384	2 005	0	0	0	0	0	0	0	95 389
> 200 000 habitants	144 459	2	0	0	0	0	0	0	0	144 461
<b>Ensemble des unités urbaines</b>	<b>284 034</b>	<b>56 383</b>	<b>17 419</b>	<b>24 415</b>	<b>73</b>	<b>36 371</b>	<b>0</b>	<b>5 633</b>	<b>8 061</b>	<b>432 389</b>
<b>Total</b>	<b>284 034</b>	<b>147 261</b>	<b>46 758</b>	<b>24 420</b>	<b>4 552</b>	<b>36 374</b>	<b>2 306</b>	<b>61 529</b>	<b>69 753</b>	<b>676 987</b>

Source : MSA

**Tableau 63 :**  
**Répartition des salariés agricoles actifs (nombre de contrats au 31/12/2016),**  
**selon les ZAU et les TDUU**

	Polarisation en fonction de l'emploi									
	10 000 emplois ou plus			5 000 à moins de 10 000 emplois		1 500 à moins de 5 000 emplois		Autre commune multipolarisée	Commune isolée hors influence des pôles	Total
	Grandes aires urbaines			Pôles moyens		Petits pôles				
	pôle	couronne	commune multipolarisée	pôle	couronne	pôle	couronne			
<b>communes rurales</b>										
< 200 habitants		1%	0%		0%	0%	0%	1%	2%	3%
200 à 1 000 habitants		6%	2%	0%	0%		0%	4%	4%	18%
> 1 000 habitants		7%	2%		0%		0%	3%	3%	15%
<b>Ensemble communes rurales</b>		<b>13%</b>	<b>4%</b>	<b>0%</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>8%</b>	<b>9%</b>	<b>36%</b>
<b>unités urbaines</b>										
< 10 000 habitants	0%	6%	2%	1%	0%	4%		1%	1%	15%
10 000 - 50 000 habitants	7%	2%	1%	3%		1%		0%		13%
50 000 - 200 000 habitants	14%	0%								14%
> 200 000 habitants	21%	0%								21%
<b>Ensemble des unités urbaines</b>	<b>42%</b>	<b>8%</b>	<b>3%</b>	<b>4%</b>	<b>0%</b>	<b>5%</b>		<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>64%</b>
<b>Total</b>	<b>42%</b>	<b>22%</b>	<b>7%</b>	<b>4%</b>	<b>1%</b>	<b>5%</b>	<b>0%</b>	<b>9%</b>	<b>10%</b>	<b>100%</b>

Source : MSA

**Tableau 64 :**  
**Dénombrement de la population légale municipale en 2016, selon les ZAU et les TDUU**

	Polarisation en fonction de l'emploi									
	10 000 emplois ou plus			5 000 à moins de 10 000 emplois		1 500 à moins de 5 000 emplois		Autre commune multipolarisée	Commune isolée hors influence des pôles	Total
	Grandes aires urbaines			Pôles moyens		Petits pôles				
	pôle	couronne	commune multipolarisée	pôle	couronne	pôle	couronne			
<b>communes rurales</b>										
< 200 habitants	0	239 575	96 454	196	27 851	132	28 381	277 886	354 445	1 024 920
200 à 1 000 habitants	0	3 124 248	938 551	1 097	228 772	0	117 899	1 551 950	1 220 415	7 182 932
> 1 000 habitants	0	3 460 202	766 626	0	85 244	0	19 108	1 112 868	896 039	6 340 087
<b>Ensemble communes rurales</b>	<b>0</b>	<b>6 824 025</b>	<b>1 801 631</b>	<b>1 293</b>	<b>341 867</b>	<b>132</b>	<b>165 388</b>	<b>2 942 704</b>	<b>2 470 899</b>	<b>14 547 939</b>
<b>unités urbaines</b>										
< 10 000 habitants	2 984	3 757 048	1 040 177	275 603	15 236	2 022 418	0	399 881	446 393	7 959 740
10 000 - 50 000 habitants	3 293 152	1 725 027	485 443	1 486 260	0	385 611	0	15 971	0	7 391 464
50 000 - 200 000 habitants	7 601 796	194 809	0	0	0	0	0	0	0	7 796 605
> 200 000 habitants	26 772 053	991	0	0	0	0	0	0	0	26 773 044
<b>Ensemble des unités urbaines</b>	<b>37 669 985</b>	<b>5 677 875</b>	<b>1 525 620</b>	<b>1 761 863</b>	<b>15 236</b>	<b>2 408 029</b>	<b>0</b>	<b>415 852</b>	<b>446 393</b>	<b>49 920 853</b>
<b>Total</b>	<b>37 669 985</b>	<b>12 501 900</b>	<b>3 327 251</b>	<b>1 763 156</b>	<b>357 103</b>	<b>2 408 161</b>	<b>165 388</b>	<b>3 358 556</b>	<b>2 917 292</b>	<b>64 468 792</b>

Source : INSEE

**Tableau 65 :**  
**Répartition de la population légale municipale en 2016, selon les ZAU et les TDUU**

	Polarisation en fonction de l'emploi									
	10 000 emplois ou plus			5 000 à moins de 10 000 emplois		1 500 à moins de 5 000 emplois		Autre commune multipolarisée	Commune isolée hors influence des pôles	Total
	Grandes aires urbaines			Pôles moyens		Petits pôles				
	pôle	couronne	commune multipolarisée	pôle	couronne	pôle	couronne			
<b>communes rurales</b>										
< 200 habitants		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	2%
200 à 1 000 habitants		5%	1%	0%	0%	0%	0%	2%	2%	11%
> 1 000 habitants		5%	1%	0%	0%	0%	0%	2%	1%	10%
<b>Ensemble communes rurales</b>		<b>11%</b>	<b>3%</b>	<b>0%</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>5%</b>	<b>4%</b>	<b>23%</b>
<b>unités urbaines</b>										
< 10 000 habitants	0%	6%	2%	0%	0%	3%		1%	1%	12%
10 000 - 50 000 habitants	5%	3%	1%	2%		1%		0%		11%
50 000 - 200 000 habitants	12%	0%								12%
> 200 000 habitants	42%	0%								42%
<b>Ensemble des unités urbaines</b>	<b>58%</b>	<b>9%</b>	<b>2%</b>	<b>3%</b>	<b>0%</b>	<b>4%</b>		<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>77%</b>
<b>Total</b>	<b>58%</b>	<b>19%</b>	<b>5%</b>	<b>3%</b>	<b>1%</b>	<b>4%</b>	<b>0%</b>	<b>5%</b>	<b>5%</b>	<b>100%</b>

Source : INSEE

**Tableau 66 :**  
**Répartition des consommateurs MSA en fonction des grandes catégories**  
**des ZAU et de la typologie des campagnes**

	commune urbaine d'un grand pôle urbain	commune rurale des grandes aires urbaines	commune rurale hors de l'influence des pôles	Moyens et petits pôles autres communes	TOTAL
Campagnes des villes , du littoral et des vallées urbanisées	5%	7%	10%	7%	6%
Campagnes agricoles et industrielles, sous faible influence urbaine	7%	11%	15%	9%	12%
Campagnes vieillies à très faible densité	6%	12%	18%	8%	14%
Unités Urbaines >10.000 ha et fusions de communes	2%	10%	17%	12%	2%
<b>TOTAL</b>	<b>2%</b>	<b>9%</b>	<b>16%</b>	<b>8%</b>	<b>5%</b>

Source : MSA

**Tableau 67 :**  
**Dénombrement des assurés du régime agricole avec un remboursement de soins en 2017,**  
**selon les typologies des campagnes et de l'accès aux soins**

Typologie des campagnes	Typologie accessibilité aux soins (IRDES)						TOTAL
	1	2	3	4	5	6	
	Périurbain avec une moindre accessibilité aux soins	Marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles	Espaces de retraite et tourisme bien dotés en offre de soins	Espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socio-économiques et sanitaires	Centres villes hétérogènes socio-économiquement et bien dotés en offre de soins	Villes et couronnes périurbaines favorisées	
<b>Les campagnes des villes, du littoral et des vallées urbanisées</b>							
1- les campagnes densifiées, en périphérie des villes, à très forte croissance résidentielle et à économie dynamique	188 099	17 148	16 242	19 991	12 885	47 590	301 935
2- les campagnes diffuses, en périphérie des villes, à croissance résidentielle et dynamique économique diversifiée	192 440	103 684	22 215	48 372	13 442	13 390	393 543
3- les campagnes densifiées, du littoral et des vallées, à forte croissance résidentielle et à forte économie présentielle.	97 526	40 969	118 179	30 813	18 929	18 583	324 999
<b>Ensemble des campagnes des villes, du littoral et des vallées urbanisées</b>	<b>478 065</b>	<b>161 801</b>	<b>156 636</b>	<b>99 176</b>	<b>45 236</b>	<b>79 563</b>	<b>1 020 477</b>
<b>4- Les campagnes agricoles et industrielles : sous faible influence urbaine.</b>	<b>194 461</b>	<b>315 886</b>	<b>12 350</b>	<b>88 312</b>	<b>18 459</b>	<b>1 655</b>	<b>631 123</b>
<b>Les campagnes vieillies à très faible densité</b>							
5- les campagnes à faibles revenus, économie présentielle et agricole	41 643	331 745	16 933	18 028	6 796	772	415 917
6- les campagnes à faibles revenus, croissance résidentielle, économie présentielle et touristique	50 260	105 901	34 788	10 293	4 792	1 628	207 662
7- les campagnes à faibles revenus, croissance résidentielle, économie présentielle et touristique dynamique, avec éloignement des services d'usage courant.	6 829	26 851	41 711	785	1 145	1 153	78 474
<b>Ensemble des campagnes vieillies à très faible densité</b>	<b>98 732</b>	<b>464 497</b>	<b>93 432</b>	<b>29 106</b>	<b>12 733</b>	<b>3 553</b>	<b>702 053</b>
unités urbaines de plus de 10.000 emplois	90 481	16 587	46 565	99 219	300 983	123 223	677 058
Communes fusionnées depuis 2011	62 559	45 373	2 278	4 446	1 903	1 207	117 766
<b>Total</b>	<b>924 298</b>	<b>1 004 144</b>	<b>311 261</b>	<b>320 259</b>	<b>379 314</b>	<b>209 201</b>	<b>3 148 477</b>

Source : MSA

**Tableau 68 :**  
**Répartition des assurés du régime agricole avec un remboursement de soins en 2017, selon les typologies des campagnes et de l'accès aux soins**

Typologie des campagnes	Typologie accessibilité aux soins (IRDES)						TOTAL
	1	2	3	4	5	6	
	Périurbain avec une moindre accessibilité aux soins	Marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles	Espaces de retraite et tourisme bien dotés en offre de soins	Espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socio-économiques et sanitaires	Centres villes hétérogènes socio-économiquement et bien dotés en offre de soins	Villes et couronnes périurbaines favorisées	
<b>Les campagnes des villes, du littoral et des vallées urbanisées</b>							
1- les campagnes densifiées, en périphérie des villes, à très forte croissance résidentielle et à économie dynamique	6%	1%	1%	1%	0%	2%	10%
2- les campagnes diffuses, en périphérie des villes, à croissance résidentielle et dynamique économique diversifiée	6%	3%	1%	2%	0%	0%	12%
3- les campagnes densifiées, du littoral et des vallées, à forte croissance résidentielle et à forte économie présenteielle.	3%	1%	4%	1%	1%	1%	10%
<b>Ensemble des campagnes des villes, du littoral et des vallées urbanisées</b>	<b>15%</b>	<b>5%</b>	<b>5%</b>	<b>3%</b>	<b>1%</b>	<b>3%</b>	<b>32%</b>
<b>4- Les campagnes agricoles et industrielles : sous faible influence urbaine.</b>	<b>6%</b>	<b>10%</b>	<b>0%</b>	<b>3%</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>
<b>Les campagnes vieilles à très faible densité</b>							
5- les campagnes à faibles revenus, économie présenteielle et agricole	1%	11%	1%	1%	0%	0%	13%
6- les campagnes à faibles revenus, croissance résidentielle, économie présenteielle et touristique	2%	3%	1%	0%	0%	0%	7%
7- les campagnes à faibles revenus, croissance résidentielle, économie présenteielle et touristique dynamique, avec éloignement des services d'usage courant.	0%	1%	1%	0%	0%	0%	2%
<b>Ensemble des campagnes vieilles à très faible densité</b>	<b>3%</b>	<b>15%</b>	<b>3%</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>22%</b>
unités urbaines de plus de 10.000 emplois	3%	1%	1%	3%	10%	4%	22%
Communes fusionnées depuis 2011	2%	1%	0%	0%	0%	0%	4%
<b>Total</b>	<b>29%</b>	<b>32%</b>	<b>10%</b>	<b>10%</b>	<b>12%</b>	<b>7%</b>	<b>100%</b>

Source : MSA

**Tableau 69 :**  
**Répartition des chefs d'exploitation actifs au 1er janvier 2017, selon les typologies des campagnes et de l'accès aux soins**

Typologie des campagnes	Typologie accessibilité aux soins (IRDES)						TOTAL
	1	2	3	4	5	6	
	Périurbain avec une moindre accessibilité aux soins	Marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles	Espaces de retraite et tourisme bien dotés en offre de soins	Espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socio-économiques et sanitaires	Centres villes hétérogènes socio-économiquement et bien dotés en offre de soins	Villes et couronnes périurbaines favorisées	
<b>Les campagnes des villes, du littoral et des vallées urbanisées</b>							
1- les campagnes densifiées, en périphérie des villes, à très forte croissance résidentielle et à économie dynamique	5%	0%	0%	0%	0%	1%	8%
2- les campagnes diffuses, en périphérie des villes, à croissance résidentielle et dynamique économique diversifiée	7%	2%	1%	1%	0%	0%	12%
3- les campagnes densifiées, du littoral et des vallées, à forte croissance résidentielle et à forte économie présenteielle.	3%	1%	3%	1%	0%	1%	8%
<b>Ensemble des campagnes des villes, du littoral et des vallées urbanisées</b>	<b>15%</b>	<b>3%</b>	<b>4%</b>	<b>2%</b>	<b>1%</b>	<b>2%</b>	<b>29%</b>
<b>4- Les campagnes agricoles et industrielles : sous faible influence urbaine.</b>	<b>8%</b>	<b>13%</b>	<b>0%</b>	<b>3%</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>25%</b>
<b>Les campagnes vieilles à très faible densité</b>							
5- les campagnes à faibles revenus, économie présenteielle et agricole	2%	18%	1%	1%	0%	0%	22%
6- les campagnes à faibles revenus, croissance résidentielle, économie présenteielle et touristique	2%	5%	2%	0%	0%	0%	10%
7- les campagnes à faibles revenus, croissance résidentielle, économie présenteielle et touristique dynamique, avec éloignement des services d'usage courant.	0%	1%	2%	0%	0%	0%	4%
<b>Ensemble des campagnes vieilles à très faible densité</b>	<b>5%</b>	<b>24%</b>	<b>4%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>35%</b>
unités urbaines de plus de 10.000 emplois	1%	0%	1%	1%	2%	2%	7%
Communes fusionnées depuis 2011	2%	2%	0%	0%	0%	0%	4%
<b>Total</b>	<b>31%</b>	<b>42%</b>	<b>10%</b>	<b>8%</b>	<b>5%</b>	<b>4%</b>	<b>100%</b>

Source : MSA

**Tableau 70 :**  
**Répartition des salariés agricoles actifs (nombre de contrats au 31/12/2016),**  
**selon les typologies des campagnes et de l'accès aux soins**

Typologie des campagnes	Typologie accessibilité aux soins (IRDES)						TOTAL
	1	2	3	4	5	6	
	Périurbain avec une moindre accessibilité aux soins	Marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles	Espaces de retraite et tourisme bien dotés en offre de soins	Espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socio-économiques et sanitaires	Centres villes hétérogènes socio-économiquement et bien dotés en offre de soins	Villes et couronnes périurbaines favorisées	
<b>Typologie des campagnes</b>							
<b>Les campagnes des villes, du littoral et des vallées urbanisées</b>							
1- les campagnes densifiées, en périphérie des villes, à très forte croissance résidentielle et à économie dynamique	6%	1%	0%	1%	0%	2%	10%
2- les campagnes diffuses, en périphérie des villes, à croissance résidentielle et dynamique économique diversifiée	5%	2%	1%	1%	0%	0%	10%
3- les campagnes densifiées, du littoral et des vallées, à forte croissance résidentielle et à forte économie présenteielle.	2%	1%	3%	1%	1%	1%	10%
<b>Ensemble des campagnes des villes, du littoral et des vallées urbanisées</b>	<b>13%</b>	<b>5%</b>	<b>4%</b>	<b>3%</b>	<b>2%</b>	<b>3%</b>	<b>30%</b>
<b>4- Les campagnes agricoles et industrielles : sous faible influence urbaine.</b>	<b>4%</b>	<b>7%</b>	<b>0%</b>	<b>2%</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>15%</b>
<b>Les campagnes vieilles à très faible densité</b>							
5- les campagnes à faibles revenus, économie présenteielle et agricole	1%	6%	0%	0%	0%	0%	8%
6- les campagnes à faibles revenus, croissance résidentielle, économie présenteielle et touristique	1%	2%	1%	0%	0%	0%	4%
7- les campagnes à faibles revenus, croissance résidentielle, économie présenteielle et touristique dynamique, avec éloignement des services d'usage courant.	0%	0%	1%	0%	0%	0%	1%
<b>Ensemble des campagnes vieilles à très faible densité</b>	<b>2%</b>	<b>9%</b>	<b>2%</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>13%</b>
unités urbaines de plus de 10.000 emplois	4%	1%	2%	4%	20%	9%	39%
Communes fusionnées depuis 2011	2%	1%	0%	0%	0%	0%	3%
<b>Total</b>	<b>25%</b>	<b>22%</b>	<b>8%</b>	<b>10%</b>	<b>22%</b>	<b>12%</b>	<b>100%</b>

Source : MSA

**Tableau 71 :**  
**Répartition de la population légale municipale 2016,**  
**selon les typologies des campagnes et de l'accès aux soins**

Typologie des campagnes	Typologie accessibilité aux soins (IRDES)						TOTAL
	1	2	3	4	5	6	
	Périurbain avec une moindre accessibilité aux soins	Marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles	Espaces de retraite et tourisme bien dotés en offre de soins	Espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socio-économiques et sanitaires	Centres villes hétérogènes socio-économiquement et bien dotés en offre de soins	Villes et couronnes périurbaines favorisées	
<b>Typologie des campagnes</b>							
<b>Les campagnes des villes, du littoral et des vallées urbanisées</b>							
1- les campagnes densifiées, en périphérie des villes, à très forte croissance résidentielle et à économie dynamique	5%	0%	0%	1%	0%	2%	9%
2- les campagnes diffuses, en périphérie des villes, à croissance résidentielle et dynamique économique diversifiée	4%	2%	0%	1%	0%	0%	9%
3- les campagnes densifiées, du littoral et des vallées, à forte croissance résidentielle et à forte économie présenteielle.	2%	1%	3%	1%	1%	1%	8%
<b>Ensemble des campagnes des villes, du littoral et des vallées urbanisées</b>	<b>12%</b>	<b>3%</b>	<b>4%</b>	<b>3%</b>	<b>1%</b>	<b>3%</b>	<b>26%</b>
<b>4- Les campagnes agricoles et industrielles : sous faible influence urbaine.</b>	<b>3%</b>	<b>4%</b>	<b>0%</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>8%</b>
<b>Les campagnes vieilles à très faible densité</b>							
5- les campagnes à faibles revenus, économie présenteielle et agricole	0%	3%	0%	0%	0%	0%	3%
6- les campagnes à faibles revenus, croissance résidentielle, économie présenteielle et touristique	1%	1%	0%	0%	0%	0%	3%
7- les campagnes à faibles revenus, croissance résidentielle, économie présenteielle et touristique dynamique, avec éloignement des services d'usage courant.	0%	0%	1%	0%	0%	0%	2%
<b>Ensemble des campagnes vieilles à très faible densité</b>	<b>1%</b>	<b>4%</b>	<b>2%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>8%</b>
unités urbaines de plus de 10.000 emplois	4%	1%	2%	7%	28%	14%	56%
Communes fusionnées depuis 2011	1%	1%	0%	0%	0%	0%	2%
<b>Total</b>	<b>21%</b>	<b>13%</b>	<b>7%</b>	<b>11%</b>	<b>29%</b>	<b>18%</b>	<b>100%</b>

Source : MSA

**Tableau 72 :**  
**Proportion d'assurés agricoles dans la population totale**  
**(consommateurs MSA 2017 / Population légale 2016), en fonction des typologies**

Typologie accessibilité aux soins (IRDES)	Typologie accessibilité aux soins (IRDES)						TOTAL	
	1	2	3	4	5	6		
	Périurbain avec une moindre accessibilité aux soins	Marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles	Espaces de retraite et tourisme bien dotés en offre de soins	Espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socio-économiques et sanitaires	Centres villes hétérogènes socio-économiquement et bien dotés en offre de soins	Villes et couronnes périurbaines favorisées		
Typologie des campagnes								
<b>Les campagnes des villes, du littoral et des vallées urbanisées</b>								
	1- les campagnes densifiées, en périphérie des villes, à très forte croissance résidentielle et à économie dynamique	5%	7%	6%	5%	4%	4%	5%
	2- les campagnes diffuses, en périphérie des villes, à croissance résidentielle et dynamique économique diversifiée	7%	8%	11%	6%	8%	6%	7%
	3- les campagnes densifiées, du littoral et des vallées, à forte croissance résidentielle et à forte économie présentielle.	6%	7%	6%	6%	5%	5%	6%
	<b>Ensemble des campagnes des villes, du littoral et des vallées urbanisées</b>	<b>6%</b>	<b>7%</b>	<b>7%</b>	<b>6%</b>	<b>6%</b>	<b>4%</b>	<b>6%</b>
	<b>4- Les campagnes agricoles et industrielles : sous faible influence urbaine.</b>	<b>11%</b>	<b>12%</b>	<b>15%</b>	<b>10%</b>	<b>11%</b>	<b>10%</b>	<b>12%</b>
<b>Les campagnes vieilles à très faible densité</b>								
	5- les campagnes à faibles revenus, économie présentielle et agricole	17%	19%	20%	15%	15%	15%	19%
	6- les campagnes à faibles revenus, croissance résidentielle, économie présentielle et touristique	10%	12%	12%	10%	10%	6%	11%
	7- les campagnes à faibles revenus, croissance résidentielle, économie présentielle et touristique dynamique, avec éloignement des services d'usage courant.	6%	9%	7%	10%	7%	5%	7%
	<b>Ensemble des campagnes vieilles à très faible densité</b>	<b>12%</b>	<b>16%</b>	<b>9%</b>	<b>12%</b>	<b>12%</b>	<b>6%</b>	<b>14%</b>
	unités urbaines de plus de 10.000 emplois	3%	5%	3%	2%	2%	1%	2%
	Communes fusionnées depuis 2011	10%	14%	9%	5%	8%	8%	11%
<b>Total</b>		<b>7%</b>	<b>12%</b>	<b>7%</b>	<b>4%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>5%</b>

Source : MSA

# Annexe 4 : Les actions du plan national GDR maladie 2018

## 4.1. Prévention

La thématique sur la prévention est développée dans la partie 3.1.1.

## 4.2. Structuration de l'offre de soins

### 4.2.1. Mise sous accord préalable des établissements-chirurgie ambulatoire

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 (SSR) sont soumis à accord préalable du service médical (Mise Sous Accord Préalable - MSAP).

En 2018, dans le cadre de la MSAP chirurgie ambulatoire, les médecins-conseils MSA ont reçu 132 demandes de réalisation, en hospitalisation complète, d'actes éligibles à l'ambulatoire (166 en 2017 et 355 en 2016), de la part de 60 établissements (72 en 2017 et 86 en 2016). Sur l'ensemble de ces demandes, une seule a fait l'objet d'un refus.

Les soins en SSR ont fait l'objet de 99 demandes (109 en 2017) sur 36 établissements ciblés (35 en 2017) sur les territoires de 16 caisses (13 en 2017). Aucune n'a fait l'objet de refus.

### 4.2.2. PRADO

Les programmes de retour à domicile (PRADO), constituent l'un des leviers majeurs du virage ambulatoire. Les assurés, lorsqu'ils sont éligibles, ont la possibilité d'être accompagné à leur sortie d'hospitalisation, dans la mise en place de leur suivi à domicile par les professionnels de santé libéraux de leur choix. L'information et l'adhésion des bénéficiaires sont assurées par le Conseiller de l'Assurance Maladie (CAM), y compris pour les ressortissants MSA, en lien étroit avec l'équipe hospitalière et les professionnels de santé libéraux choisis.

La MSA a poursuivi sa participation à quatre de ces programmes :

- maternité,
- chirurgie-orthopédie,
- insuffisance cardiaque,
- 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 insuffisance cardiaque à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2017.

Le dispositif PRADO BPCO est expérimenté par six caisses de MSA depuis le 1<sup>er</sup> août 2017 et généralisé depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2018.

La contribution de la MSA à la mise en place de ces programmes pour ses ressortissants s'élève à 298 035 euros pour l'année 2018.

**Tableau 73 :  
Nombre d'assurés MSA éligibles, adhérents au PRADO en 2018 et montants remboursés par le régime agricole**

<b>PRADO</b>	<b>Maternité</b>	<b>Chirurgie / Orthopédie</b>	<b>Insuffisance cardiaque</b>	<b>BPCO</b>
Nombre d'assurés éligibles	10 458	4 083	1 548	118
Nombre d'assurés adhérents	9 738	3 722	1 483	115
Taux d'adhésion	93,11 %	91,16 %	95,80 %	97,46 %
Montant	138 435 €	111 660 €	44 490 €	3 450 €

#### 4.2.2.1. Maternité

Ce dispositif de sortie précoce de maternité facilite l'accès à des soins de sages-femmes libérales pour les femmes venant d'accoucher, favorisant ainsi un retour rapide et sécurisé à domicile. Après une expérimentation en 2012 sur trois caisses de MSA, ce PRADO a été généralisé en 2013 à toutes les MSA.

Le PRADO Maternité a été étendu à la maternité sortie précoce à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2018 pour l'ensemble des caisses de MSA.

En 2018, 9 738 assurées ont adhéré au programme Prado Maternité (- 3,8 % par rapport à 2017), pour un montant total de 138 435 €<sup>14</sup>.

#### 4.2.2.2. Chirurgie

Le programme PRADO chirurgie orthopédique est proposé aux patients dont l'état de santé ne nécessite pas un séjour en soins de suite et de réadaptation (SSR) après une intervention chirurgicale orthopédique. La rééducation est réalisée en ville par les professionnels de santé choisis par le patient.

Après une phase d'expérimentation débutée en 2014, ce PRADO a été généralisé par le régime agricole en juillet 2017<sup>15</sup>. Il a été étendu au domaine de la chirurgie et généralisé à l'ensemble des caisses de MSA, à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2018. En 2018, 3 722 assurés du régime agricole ont adhéré à ce programme pour un montant total de 111 660 euros.

#### 4.2.2.3. Insuffisance cardiaque

Dans les établissements, à l'issue d'une hospitalisation pour décompensation cardiaque, l'équipe médicale valide l'éligibilité du patient à ce programme PRADO. Le CAM fait choisir à l'assuré, en lien avec le médecin traitant, l'infirmier et le cardiologue qui le suivront après son retour à domicile, et fixe les premiers rendez-vous avec ces professionnels de santé.

Ce dispositif PRADO, expérimenté en MSA en 2014, est généralisé à l'ensemble des caisses depuis juillet 2017. En 2018, 1 483 assurés ont adhéré à ce programme.

<sup>14</sup> Le montant total de 138 435 € facturé par la CNAM en début d'année 2019 correspond à 9 229 adhésions. Or, les remontées statistiques définitives pour l'année 2018 de la CNAM font état de 9 738 bénéficiaires.

<sup>15</sup> 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.

#### 4.2.2.4. Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Le programme PRADO Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) accompagne le retour à domicile des patients hospitalisés en raison de cette pathologie en organisant la prise en charge par des professionnels de santé (médecin traitant, infirmier (ère), masseur-kinésithérapeute et pneumologue) pendant les six mois suivant leur sortie.

L'expérimentation a débuté avec 6 caisses de MSA le 1<sup>er</sup> août 2017 et avait concerné 57 assurés. Ce PRADO a été généralisé à l'ensemble des caisses de MSA à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2018. En 2018, 115 nouvelles adhésions ont été recensées, pour un montant total de 3 450 euros.

### 4.3. Pertinence et efficacité des produits de santé

#### 4.3.1. Médicaments : action Versatis® et le respect de l'indication remboursable

Le médicament Versatis® (emplâtre à la lidocaïne, principe actif de la classe des anesthésiques locaux) est indiqué dans le traitement symptomatique des douleurs neuropathiques post-zostériennes (zona) chez l'adulte. Le produit a été inscrit sur la liste des spécialités remboursables début 2011. Les demandes de remboursements ne cessant de croître et l'indication de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) du médicament VERSATIS® étant très restreinte, une vérification effectuée par la MSA Ile de France a permis de montrer qu'un très grand nombre des prescriptions étaient réalisées dans des indications différentes de celle devant relever d'une prise en charge par l'assurance maladie.

Une action nationale initiée en 2013 par la MSA dont l'objectif principal était de vérifier la conformité de l'indication de prescription à l'AMM, a permis d'objectiver 21% de prescriptions hors indication remboursable. Cette action généralisée depuis 2014 est reconduite annuellement.

En cas de non-respect de l'AMM, le prescripteur est informé de l'arrêt de la prise en charge du produit par les caisses de MSA. Les prescripteurs ayant fait l'objet de cette information sont suivis. En cas de réitération de l'anomalie de prescription, un indu leur est notifié. Cette action permet aussi de recueillir les indications hors AMM ayant conduit à la prescription de Versatis® (oncologie, rhumatologie, douleurs chroniques,...). La douleur neuropathique est le motif principalement avancé (dans près d'un cas sur trois) par les médecins pour justifier leur prescription hors AMM. La rhumatologie simple et la douleur (non précisée) représentent respectivement 16% et 15% des motifs de prescription hors AMM.

**Tableau 74 :**  
**Répartition des motifs des prescriptions hors AMM<sup>16</sup>**

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

En 2018 le ciblage a concerné 3 810 assurés ayant bénéficié d'une prescription de Versatis® sans prescription préalable d'antiviraux signalant un zona soit - 29% par rapport à 2017, et 2 829 courriers ont été adressés aux prescripteurs.

Un prescripteur sur deux a répondu à ce courrier et n'a confirmé sa prescription que dans un cas sur cinq (alors que cette confirmation concernait la moitié des cas en 2017).

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 24 000 euros, 27% de ce montant a été notifié aux prescripteurs par 13 caisses de MSA. Les résultats consolidés de l'année 2017 font état de 40 500 euros d'anomalies constatées dont 9 300 euros notifiés.

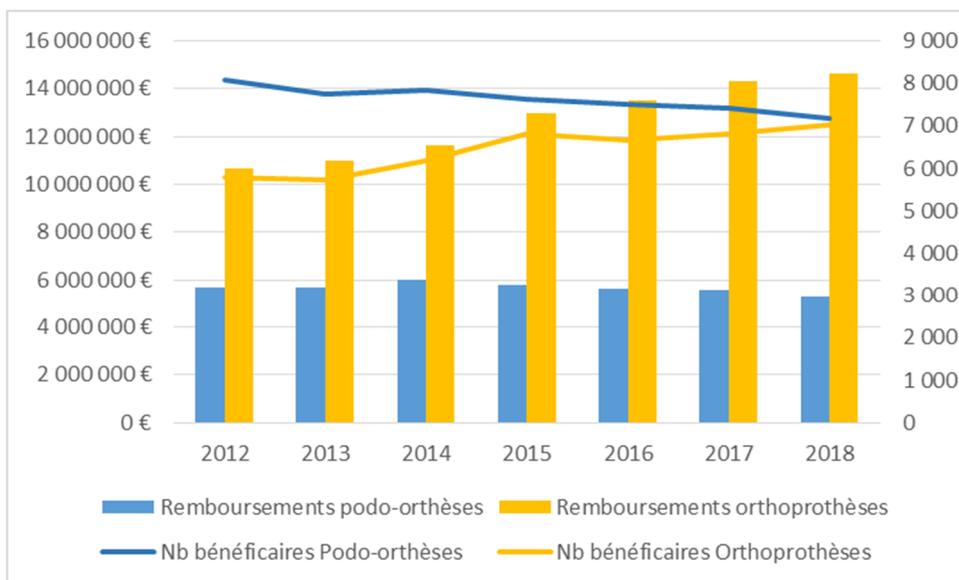
Au régime agricole, l'action Versatis® a permis de générer des économies, en termes de dépenses évitées, estimées à plus de 3,5 millions d'euros sur la période 2013-2018.

#### **4.3.2. LPP – Contrôle systématique des demandes d'accord préalable de grand appareillage**

Le grand appareillage orthopédique est composé des catégories de produits sur mesure suivantes : les prothèses oculaires et faciales, les podo-orthèses (chaussures orthopédiques et appareils podo-jambiers) et les orthoprothèses (prothèses qui visent à remplacer un segment de membre ou un membre entier amputé ; appareils d'orthopédie destinés à corriger une déviation, à soutenir un membre déficient ou à compenser certaines lésions fonctionnelles). Depuis 2012, les remboursements des podo-orthèses ont baissé de 7% représentant 5 300 000 euros. Cette diminution s'explique notamment par le fléchissement du nombre de bénéficiaires de ce type d'appareillage (-11%) dont le nombre s'établit aujourd'hui à 7 200. A l'inverse, le nombre de bénéficiaires d'orthoprothèses a augmenté de 21% depuis 2012, ayant un impact direct sur les remboursements qui atteignent 14 650 000 euros en 2018 (+ 38 % par rapport à 2012).

<sup>16</sup> A partir des données de 28 caisses de MSA.

**Graphique 22 :  
Remboursements du grand appareillage orthopédique depuis 2012**



Source : MSA

La prise en charge du grand appareillage orthopédique, de certains fauteuils roulants (électriques, verticalisateurs, manuels évolutifs pour jeunes enfants), des dispositifs d'assistance électrique à la propulsion et des scooters est soumise à l'accord préalable des services du contrôle médical des caisses. La justification des demandes, ainsi que les devis des fournisseurs d'appareillage font systématiquement l'objet d'un avis du binôme médico-administratif du service du contrôle médical de la caisse de MSA. En 2018, près de 20 000 demandes ont été étudiées (+13% par rapport à 2017). Le taux de refus de ces demandes est de 10% (identique à 2017).

Ces refus ont généré une économie nette<sup>17</sup> de 1 774 000 euros (+16% par rapport à 2017).

En cas de demande complexe, les binômes peuvent solliciter l'avis de l'un des cinq médecins-conseils experts régional : en 2018, ces experts ont été sollicités pour l'examen de 413 demandes complexes, soit 2% de l'ensemble des demandes d'accord préalable.

Les binômes des caisses sont également chargés de donner suite aux éventuels certificats de non convenance transmis par les assurés : en 2018, 86 certificats de non convenance ont été adressés à 25 caisses par les assurés, générant 20 convocations des assurés demandeurs et 34 demandes de modifications de l'appareillage au fournisseur de la part du contrôle médical.

<sup>17</sup> Le montant des dossiers refusés s'élève à 2,7 M€, les fournisseurs ont rectifié leurs devis qui s'élèvent à 1 M€.

## 4.4. Pertinence et qualité des actes

### 4.4.1. Mise sous accord préalable - Chirurgie bariatrique chez les mineurs

La chirurgie bariatrique fait également l'objet d'une mise sous accord préalable pour les assurés de moins de 18 ans. Seule une caisse a été destinataire d'une demande, à laquelle elle a répondu négativement.

### 4.4.2. Actes dentaires – Contrôle des actes itératifs sur une période de 2 ans sur une même dent pour un assuré réalisés par le même praticien

L'objectif de cette action est de contrôler la justification de la répétition des actes facturés sur une même dent, de détecter d'éventuels abus de soins ou de facturations en s'assurant de la pertinence des soins réalisés et de leur qualité, ainsi que du respect des règles de facturation.

A partir d'une requête portant sur les assurés ayant bénéficié de 3 soins ou plus sur la même dent au cours des 2 dernières années, les chirurgiens-dentistes conseillers demandent au praticien ayant réalisé les soins, les radiographies et les informations nécessaires afin qu'ils puissent procéder au contrôle.

En cas de non réponse du praticien traitant après un courrier de rappel, la caisse de MSA adresse une notification d'indus pour non-respect de l'article L. 314-1 du code de la sécurité sociale : *« les professionnels de santé ayant réalisé les actes ou prestations, ou délivré les produits sont tenus, le cas échéant, de fournir à la caisse ou au service du contrôle médical les éléments nécessaires aux vérifications. »*.

Les 30 caisses de MSA ayant mis en œuvre cette action ont adressé 922 courriers de demande d'information aux professionnels de santé. Après vérification des conditions d'attribution et de la conformité des soins aux recommandations de bonne pratique, des anomalies se sont avérées pour 414 praticiens. Des courriers de rappel du référentiel de bonne pratique ont été adressés à 110 de ces professionnels pour lesquels l'indu n'excédait pas 23 euros et les autres praticiens ciblés ont fait l'objet d'une lettre de mise en garde avec notification d'indus pour un montant global de 24 000 euros pour 21 caisses.

## 4.5. La pertinence et l'efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports

### 4.5.1. Arrêts de travail

L'évolution des montants remboursés des IJ est en croissance constante depuis plusieurs années, croissance davantage marquée sur le risque AT/MP. Une des orientations de la stratégie « santé » de la MSA est l'optimisation du contrôle médical notamment en matière d'arrêt de travail.

Le Plan National de Contrôle Médical (PNCM), volet médical du plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins, vise à harmoniser, rationaliser et sécuriser (contrôle interne) les processus.

Le premier volet de ce plan concerne les modalités de contrôle médical des assurés en situation d'arrêt de travail.

Afin d'améliorer l'efficacité du contrôle médical des arrêts de travail, 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.

#### 4.5.1.1. Contrôle des arrêts de travail répétitifs

Le contrôle des arrêts de travail répétitifs, réalisé par les services de contrôle médical, permet :

- d'apprécier la conformité de la prescription avec les dispositions prévues à l'article L321-1 du code de la sécurité sociale,
- d'accompagner les assurés vers la reprise d'une activité professionnelle, dans une démarche de prévention de la désinsertion professionnelle et de l'invalidité,
- de participer à la lutte contre les fautes, fraudes et abus. Cette action a pour objectif de maîtriser les dépenses d'indemnités journalières sur les risques maladie et AT/MP, en repérant des situations potentiellement abusives de façon à induire un changement de comportement chez les assurés concernés.

Les assurés ciblés sont tous les assurés présentant au moins 4 arrêts de travail initiaux (non en lien avec une ALD ou un congé maternité) indemnisés dans les 9 mois qui précèdent la requête. Ces situations d'arrêts de travail à répétition sont signalées au médecin conseil qui analyse la situation et détermine, suite à une convocation ou sur pièces, si les arrêts sont justifiés ainsi que l'accompagnement à mettre en œuvre.

En 2018, les caisses de MSA ont détecté plus de 3 100 assurés qui répondaient à ces critères, ce qui représente plus de 21 700 prescriptions d'arrêts de travail initiaux ou de prolongations.

92 % des décisions prises par les médecins conseils ont été prises sur pièces, 1% ont fait l'objet d'un échange téléphonique entre le médecin conseil et le médecin prescripteur et 7 % ont nécessité la convocation des assurés.

Suite aux décisions des médecins conseils, 960 assurés ont été mis sous surveillance, ce qui représente 31 % des assurés ciblés. Un quart de ces derniers a présenté un nouvel arrêt de travail, dans les neuf mois suivant le contrôle initial, qui a été soumis à l'avis du médecin conseil.

#### 4.5.1.2. Ciblage des pathologies lombaires dans le cadre du contrôle des arrêts de travail

Les arrêts de travail, en législation maladie ou AT/MP, pour une pathologie lombaire mécanique représentent un poids économique important avec un retentissement socio-professionnel pouvant être majeur du fait du handicap ou de l'inaptitude au travail engendrée.

Un processus de contrôle spécifique des arrêts de travail pour ces pathologies a été déployé dans le respect des durées indicatives d'arrêts de travail recommandées par la HAS, durées à l'issue desquelles la majorité des patients sont capables de reprendre le travail. Ces durées sont modulables en fonction des complications ou des comorbidités du patient, mais également du type d'emploi et des conditions de retour en emploi.

Après sélection sur le flux des arrêts de travail pour pathologies lombaires adressés au service médical, le médecin conseil vérifie la justification médicale de l'arrêt, établit une évaluation initiale du degré d'incapacité fonctionnelle, facilite le lien avec le médecin traitant pour éviter

la chronicisation de l'arrêt et prévenir la désinsertion socio-professionnelle (en lien étroit avec le service santé au travail, l'action sanitaire et sociale et la cellule pluridisciplinaire de maintien en emploi).

Une action de contrôle interne est mise en place par l'intermédiaire d'une supervision. Elle permet, outre l'harmonisation des pratiques et l'équité de traitement des bénéficiaires, d'aider le médecin conseil dans la prise en charge de certaines situations complexes 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. Le temps imparti dédié permet l'examen, au maximum, de 10 dossiers par réunion.

En 2018, 227 réunions de supervision ont été réalisées et 1 112 dossiers ont été exposés dans ce cadre.

#### **4.5.2. Transports : suivi des dépenses et action de sensibilisation à l'utilisation du véhicule personnel**

Les dépenses de transport au régime agricole et leur évolution ont fait l'objet d'une étude détaillée sur la période 2015-2017. Elles ont augmenté de 2,3 % entre 2015 et 2017. Cette hausse est néanmoins plus modérée que celle constatée entre 2013 et 2015 (3,8%). Trois modes de transport contribuent à la quasi-totalité des dépenses : les taxis (43%, + 2 points par rapport à 2015), les ambulances (35%) et les véhicules sanitaires légers (20%).

Ces dépenses ont été déclinées par mode de transport, par catégorie de prescripteur (établissements/médecins libéraux de ville), par spécialistes, par régions et par caisses de MSA, entre autres. Des croisements de variables ont également été réalisés.

Une grande hétérogénéité, que ce soit entre régions ou entre caisses, des dépenses de transport prises en charge par le régime agricole et de leur évolution a été constatée.

Cette étude a permis au réseau de suivre leurs dépenses de transport au plus près.

En lien avec ce suivi, l'action de sensibilisation à l'utilisation du véhicule personnel, dont les modalités seront livrées en 2019, est apparue nécessaire.

## 4.6. Le contrôle et la lutte contre la fraude

### 4.6.1. Arrêts de travail

#### 4.6.1.1. Contrôle du respect du délai d'envoi (48h pour les salariés et 72h pour les non-salariés agricoles)

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014, les exploitants agricoles peuvent être indemnisés au titre d'un arrêt de travail sur le risque maladie. Toutefois, les salariés et les exploitants ne sont pas soumis aux mêmes règles et obligations, notamment en ce qui concerne le délai d'envoi. 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 ».

En 2018, pour le régime des salariés, 17 000 prescriptions d'arrêts maladie ont été transmises aux caisses avec un dépassement du délai d'envoi légal de 48 heures (+6% par rapport à 2017). Elles ont fait l'objet d'un courrier de mise en garde transmis au salarié. Malgré ce courrier, 3 000 nouvelles prescriptions, ce qui représente 17% des premiers envois tardifs, ont été transmises hors délai par les mêmes assurés dans les 24 mois qui ont suivi, générant l'application d'une sanction<sup>18</sup> et une information à l'employeur des salariés concernés.

Pour les exploitants, la législation ne prévoit pas de lettre de mise en garde mais une lettre de sanction immédiate correspondant à 4 jours d'indemnités journalières.

Plus de 2 700 lettres de sanctions ont été émises à l'encontre des exploitants, donnée stable par rapport à 2017.

#### 4.6.1.2. Contrôle de la qualité du prescripteur en cas de prolongation

En 2018, 2 850 prolongations d'arrêts de travail, adressées au service médical des caisses de MSA, ont été rédigées par un prescripteur autre que le prescripteur initial ou le médecin traitant de l'assuré, sans un motif recevable.

Suite aux courriers adressés aux prescripteurs, le taux de retour justifiant la prolongation est de 80%. Des refus de prise en charge ont été notifiés suite à l'absence de justification ; ces refus concernent 300 prolongations, soit 11% des prolongations sans motif.

### 4.6.2. Transports : action GDR LCF

La MSA a testé au cours du second semestre 2018 la méthodologie de sa future action de gestion du risque et de lutte contre la fraude en matière de transport au sein de 3 caisses de MSA (Armorique, Portes de Bretagne et Alpes-Vaucluse).

Cette action vise à détecter des atypies chez les transporteurs (ambulances, véhicules sanitaires légers et taxis).

Cette méthodologie sera expérimentée dans une dizaine de caisses de MSA faisant parti du comité de lutte contre la fraude entre juillet et septembre 2019.

<sup>18</sup> pouvant aller jusqu'à une diminution de 50% des indemnités journalières pour la période écoulée entre la date de prescriptions et la date de l'envoi.

### 4.6.3. Actes infirmiers

#### 4.6.3.1. Contrôle du respect de la règle de non cumul des AIS3

Les soins infirmiers codés AIS3 qui correspondent à des soins d'accompagnement des malades (nursing, toilettes,...) sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire dans la limite de 4 par jour (NGAP Infirmiers : titre XVI, chapitre I, article 11, §2 et 4). Le contrôle a porté sur le respect de ce seuil de facturation par les professionnels de santé.

Les actes dépassant la limite réglementaire, sur un semestre ciblé, sont extraits puis analysés. 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 fonction du cumul irrégulier observé, les cas sont orientés soit vers la gestion du risque qui mettra en œuvre une récupération des indus auprès des infirmiers concernés, soit vers la lutte contre la fraude qui réalisera une analyse d'activité.

En cas de réitération de l'anomalie de facturation par les IDE 6 mois après la première phase de contrôle, une nouvelle procédure de récupération d'indus est engagée et le dossier est transmis au service de lutte contre la fraude.

En 2018, le contrôle initial a permis d'identifier le dépassement de 4 AIS3 par jour chez plus de 2 500 patients MSA. Ces actes ont été réalisés par 3 100 IDE, soit 3% des IDE libéraux.

Le chiffrage initial du dépassement de la limite fixée par la NGAP s'élève à plus de 435 000 euros dont 270 000 euros ont fait l'objet d'une récupération d'indus auprès des IDE (+ 71% par rapport à 2017).

A l'issue de ce contrôle initial, 93 dossiers ont été orientés vers la cellule de lutte contre la fraude afin de réaliser une analyse globale de l'activité de l'IDE.

En 2018, dans les caisses de MSA qui ont mené la phase de contrôle à 6 mois, 39% des IDE contrôlés initialement ont réitéré le dépassement de la limite de 4 AIS3 par jour ; 80 000 euros d'indus ont été émis à leur encontre.

#### 4.6.3.2. Contrôle de la justification médicale des majorations de nuit facturées

Ce contrôle vise à s'assurer de la justification médicale des majorations de nuit facturées par les IDE. Le ciblage s'effectue sur les assurés ayant eu un remboursement d'au moins deux majorations de nuit par jour en rapport avec des soins médicaux (AMI) ou des soins d'accompagnement des malades (AIS). Sont exclus les bénéficiaires atteints de cancers reconnus en ALD depuis moins d'un an à la date des soins.

Ces anomalies de facturation ont été relevées chez 880 patients du régime agricole, elles ont été exécutées par 1 350 IDE, pour un montant remboursé de 271 000 €.

Le contrôle médical a transmis à 240 médecins ayant prescrit les actes infirmiers correspondants, une demande d'information sur la justification médicale des prescriptions de nuit, plus du tiers ont répondu. Après analyse par le contrôle médical des réponses des praticiens, 90 IDE, ayant facturé des actes de nuit sans prescription médicale (absence de la mention « de nuit » sur l'ordonnance ou absence de justification médicale), ont été mis sous surveillance.

Les IDE n'ayant pas respecté la prescription ont fait l'objet d'une récupération d'indus et l'activité de ceux présentant trop d'anomalies a été analysée dans sa globalité par la cellule de lutte contre la fraude. Les indus s'élèvent à 52 500 €.

#### 4.6.4. Actes dentaires

##### 4.6.4.1. Contrôle du respect de la prise en charge du bridge 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 trois éléments (deux piliers et un élément intermédiaire). La prise en charge du bridge par l'assurance maladie est soumise aux conditions suivantes :

- Si au moins l'un des deux piliers n'est pas reconstituable durablement, le bridge est alors remboursé sur la base de 279,50 euros,
- Si les deux piliers sont reconstituables durablement, le bridge de base n'est pas remboursé.

Les bridges de plus grande étendue se construisent à partir d'un bridge de base et de piliers et/ou d'éléments intermédiaires supplémentaires. Les bridges de plus de 3 éléments ont des codifications spécifiques et donc des conditions de remboursement différentes.

L'objectif de cette action est de s'assurer du respect des conditions de prise en charge et de facturation, mais également de délivrer des recommandations de bonne pratique.

Les chirurgiens-dentistes conseils des caisses de MSA ont envoyé 850 courriers aux praticiens ayant réalisé des bridges, afin de leur demander les informations et compte-rendus nécessaires pour qu'ils puissent procéder au contrôle. L'analyse des informations fournies, et après vérification des conditions d'attribution et de la conformité des soins aux recommandations de bonne pratique, a permis de détecter des anomalies chez un tiers des praticiens libéraux contrôlés, pour un montant global de 37 000 € (en progression de 3% par rapport à 2017). Au moment de la remontée des indicateurs, 75 % du montant des anomalies avait été notifié aux chirurgiens-dentistes par les caisses.

Par ailleurs, les chirurgiens-dentistes conseils ont envoyé des lettres de mise en garde à 226 praticiens, rappelant les recommandations de bonne pratique ou les règles de facturation.

##### 4.6.4.2. Suivi des traitements en orthopédie dentofaciale

Il s'agit de vérifier le respect de l'application des référentiels en vigueur par les chirurgiens-dentistes omnipraticiens ou spécialistes en orthodontie dentofaciale (ODF), par les médecins stomatologues ou par les centres mutualistes facturant certains actes d'orthodontie. Cette action consiste en un contrôle a posteriori du respect de la prise en charge d'un acte coté en NGAP TO180 (disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée) et/ou TO200 et/ou TO60 (Orthopédie des malformations consécutives au bec de lièvre total ou à la division palatine). Cette action permet également d'informer ces professionnels de santé des anomalies détectées et de procéder à un rappel de la réglementation, de façon à induire une modification de leur pratique et, le cas échéant, une récupération des sommes indûment versées.

Parmi les dossiers analysés par le contrôle dentaire, 11 caisses ont adressé des lettres de mise en garde ou des notifications d'indus pour un nombre total de 18 anomalies, dont le montant de la part obligatoire s'élève à 2 041 euros.

#### 4.6.4.3. Contrôle d'un acte CCAM au choix de la caisse

Cette action laisse le libre choix, aux chirurgiens-dentistes conseils, d'un acte CCAM à contrôler en fonction des spécificités ou des atypies locales. L'étude porte sur les actes codés soumis ou non à des conditions restrictives de facturation.

L'objectif de cette action est d'une part de vérifier le respect de l'application des référentiels en vigueur, et d'autre part d'informer les professionnels de santé des anomalies détectées et de procéder à un rappel de la réglementation, de façon à obtenir une modification de leur pratique. Le cas échéant, les caisses ont pu procéder à une récupération des sommes indûment remboursées.

Les chirurgiens-dentistes conseils ont sélectionné pour ce contrôle 15 actes CCAM ayant porté sur l'activité de 790 chirurgiens-dentistes libéraux, des anomalies ont été objectivées pour 40 % d'entre eux. Les actes pour lesquels plus de la moitié des praticiens étudiés étaient en anomalie sont :

- Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire (HBGD027), 82% des praticiens présentaient des anomalies,
- Ablation d'un bloc métallique coulé ou d'une prothèse dentaire à tenon radiculaire scellé (HBGD011), 71% des praticiens présentaient des anomalies,
- Parage et/ou suture d'une plaie muqueuse intrabuccale (HAJA010), 65% des praticiens présentaient des anomalies.

A l'opposé, les conditions de prise en charge de certains actes sont relativement mieux appliquées :

- Pose d'une couronne dentaire implantoportée (HBLD418), 19% des praticiens présentaient des anomalies,
- Évacuation d'abcès parodontal (HBJB001), 12% des praticiens présentaient des anomalies,
- Comblement (scellement) prophylactique des puits, sillons et fissures sur deux dents (HBBD006), aucun praticien ne présentait d'anomalie.

#### 4.6.4.4. Contrôle du respect de la prise en charge des détartrages

Les conditions de prise en charge des détartrages (HBJD001) ont évolué, impliquant une modification des habitudes de cotation des chirurgiens-dentistes. La CCAM précise les conditions de facturation de l'acte HBJD001 au chapitre 07.02.02.04 prophylaxie buccodentaire : « Deux actes au plus peuvent être facturés par période de 6 mois. Un détartrage complet doit être réalisé en 1 ou 2 actes maximum ».

De plus, les actes de ce sous paragraphe ne font pas partie des actes associables entre eux à taux plein (cf. livre III, art III-3, g). Si deux actes HBJD001 sont facturés au cours de la même séance, le premier acte est facturé à taux plein et le 2ème est réduit de 50% (application de la règle générale).

Mille praticiens ont été destinataires d'un courrier de rappel à la réglementation pour ces deux éléments du contrôle (respect du nombre d'actes et respect de la règle de cumul de facturation au cours d'une même séance).

- Respect du nombre d'actes

Le respect de 2 détartrages maximum sur une période de 6 mois a été vérifié pour 3 500 praticiens. Ces contrôles ont mis en évidence un total de 2 400 anomalies. Un tiers de ces praticiens a fait l'objet d'un envoi de courrier (simple mise en garde pour la moitié d'entre eux et courrier de demande de récupération d'indus pour l'autre moitié). Ces anomalies notifiées s'élèvent à 23 000 euros, dont 12 500 euros ont été recouverts au moment du recueil des données.

- Respect de la réduction de 50%

L'activité de près de 5 000 praticiens a été étudiée dans le cadre de cette vérification, permettant de détecter 600 anomalies. Certaines d'entre elles ont fait l'objet d'un courrier de mise en garde et 83 praticiens ont reçu un courrier de demande de récupération d'indus pour un montant cumulé de 3 000 euros dont un tiers avait été recouvert au moment du recueil des données.

#### 4.6.5. Tarification à l'activité (T2A) – programme de contrôle

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 (sur les activités de 2015 à 2017).

En janvier 2019, peu de caisses étaient en mesure de fournir le montant issu de la campagne de contrôle 2018 de l'activité 2017. Trois caisses (Ile de France, Portes de Bretagne, Haute Normandie) avaient notifié les indus envers des établissements publics, pour lesquels elles sont pivots, pour un montant de 208 000 €. A la même période, onze caisses du réseau avaient notifié des indus (concernant les assurés MSA) envers des établissements privés pour un montant global de 47 000 €.

Les données consolidées des campagnes 2017 et 2016 font état respectivement de près de 882 000 € et 1 161 000 € d'indus notifiés.

**Tableau 75 :**  
**Montants notifiés par les caisses de MSA aux établissements publics et privés**  
**dont elles sont pivots**

	campagne 2018 (en cours)			campagne 2017			campagne 2016		
	sur facturations	sous facturations	montant net notifié	sur facturations	sous facturations	montant net notifié	sur facturations	sous facturations	montant net notifié
établissements publics	231 436 €	23 151 €	208 284 €	520 535 €	64 848 €	455 687 €	998 016	204 512	793 504
établissements privés	55 279 €	7 931 €	47 347 €	500 018 €	73 913 €	426 106 €	412 334	44 929	367 405
<b>Ensemble</b>	<b>286 714 €</b>	<b>31 083 €</b>	<b>255 632 €</b>	<b>1 020 553 €</b>	<b>138 761 €</b>	<b>881 792 €</b>	<b>1 410 350</b>	<b>249 441</b>	<b>1 160 908</b>

source : CCMSA

#### 4.6.6. Contrôle des EHPAD

##### 4.6.6.1. Programme de contrôle des EHPAD

L'objectif de cette action inter-régime est de s'assurer de la bonne application des règles de facturation, par les professionnels de santé en ville, d'actes et de prestations pris en charges par ailleurs dans le forfait soins des EHPAD.

Au premier trimestre 2019, 14 CMSA avaient terminé la campagne 2018 de contrôle de double facturation.

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 8% par rapport à 2017 (994 000 € contre 1 078 000 €).

Les MSA pivots des EHPAD contrôlés ont notifié aux établissements 667 000 € d'indus correspondants. La campagne n'étant pas achevée au moment de la consolidation des résultats, seuls 228 000 euros ont été recouverts (dont près de la moitié a été récupérée sur dotation).

**Tableau 76 :**  
**Montant des indus constatés et notifiés par les caisses de MSA pivots d'EHPAD en 2018**

	Montant des anomalies constatées	Montant des anomalies notifiées
<b>Assurés MSA</b>	362 034 €	252 174 €
<b>Assurés des autres régimes</b>	632 256 €	414 830 €
<b>Total</b>	994 290 €	667 004 €

Source : MSA

Le montant des anomalies détectées par les CMSA pour leurs ressortissants dans des établissements dont les CPAM sont pivots s'élève à 863 000 euros.

##### 4.6.6.2. Programme de contrôle EHPAD LPP

L'action de contrôle des EHPAD sur la location de produits appartenant à la liste des produits et prestations (LPP) a été réalisée par 11 caisses de MSA (dont 7 en inter régime) en 2018, qu'elles soient ou non pivots. Des anomalies ont été repérées dans 217 EHPAD et elles concernent 342 résidents.

La MSA, en tant que pivot d'EHPAD, a notifié plus de 25 000 euros pour des anomalies constatées sur 151 assurés tous régimes.

**Tableau 77 :**  
**Montant des indus constatés et notifiés pour la LPP par les caisses de MSA pivots d'EHPAD en 2018**

Régime d'affiliation	Nombre d'assurés avec anomalies LPP	Montants constatés	Montants notifiés
<b>MSA</b>	34	6 068 €	2 557 €
<b>Régime général</b>	116	51 228 €	22 714 €
<b>Autres</b>	1	42 €	42 €
<b>Total</b>	151	57 338 €	25 313 €

Source : MSA

#### 4.6.7. Contrôle du respect des règles de facturation par les infirmiers libéraux (ou centres de santé) intervenant auprès des assurés pris en charge par les 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 caisses de MSA qui ont mené l'action ont contrôlé 1 750 SSIAD. Des anomalies ont été détectées sur 54% des SSIAD contrôlés, portant sur plus de 3 000 IDE libéraux.

Les anomalies constatées s'élèvent à 690 000 € (595 000 € en 2017). Le montant total des notifications est de 530 000 euros dont 37% réclamés directement auprès des IDE.

#### 4.6.8. Signalements et actions locales de LCF

Les services de gestion du risque de 7 caisses de MSA ont réalisé des actions de lutte contre la fraude. Les sujets sur lesquels ces actions se sont portées sont : la surdélivrance médicamenteuse (application de l'article L315-2), l'étude systématique de la facturation des professionnels de santé avec anomalies signalées par les CPAM ou la sécurité sociale des indépendants, le contrôle de facturation des indemnités forfaitaires ciblées par les CPAM, l'application tarif "C" au lieu de tarif "A" par les transporteurs, les actes fictifs de masseurs-kinésithérapeutes en EHPAD.

Les anomalies constatées en 2018 grâce à ces actions s'élèvent à 1 235 000 euros dont 990 000 euros ont été notifiés.

### 4.7. Autres actions locales

Dans le réseau MSA, 79 actions locales (hors actions sur la fraude) ont été mises en place par 26 caisses. Ces actions ont majoritairement porté sur 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 la suite donnée aux avis du contrôle médical et du contrôle dentaire ou sur les exonérations du ticket modérateur.

Plus de 696 000 euros d'anomalies ont été détectés par ces actions. Au moment de la remontée des données sur la réalisation du plan, les trois-quarts de ce montant ont été notifiés, soit 517 000 euros, montant auquel s'ajoutent 506 000 euros de dépenses évitées sur les prestations en espèces.

## 4.8. Mutualisation du recours contre tiers

La MSA a mis en place une organisation de mutualisation du Recours contre tiers (RCT) afin d'améliorer son efficacité. Les dossiers RCT sont désormais gérés par les 5 caisses MSA de gestion, vers lesquelles les 35 caisses ont progressivement transféré le traitement des dossiers au cours de l'année 2014.

Afin de mesurer les évolutions en matière de recouvrement RCT, il a été décidé de prendre en compte comme données de départ la moyenne du recouvrement des années 2012-2013-2014 (avant mutualisation) soit un montant moyen recouvré de 39 083 198 €. Rapporté à la population couverte, le montant moyen recouvré par affilié s'élève à 11,46 €.

Pour l'année 2015, le recouvrement RCT s'élève à 44 120 170 € lequel comprend des dossiers soldés en 2015 (non transférés dans le cadre de la mutualisation) par les 35 caisses d'affiliations et les dossiers gérés par les 5 caisses de gestion.

Parallèlement, 2015 aura été une année de consolidation des données comptables RCT et de mise en place des tableaux de bord permettant un suivi mensuel et un reporting trimestriel des caisses de gestion vers les caisses d'affiliation.

Afin de redynamiser le fonctionnement du RCT et optimiser ses résultats, d'autres actions ont été entreprises au cours des années 2015 et 2016 par la MSA, à savoir :

- Un plan de maîtrise des risques ;
- Un plan national d'amélioration de la détection ;
- Une campagne de communication sur le RCT :
  - auprès des victimes d'un accident causé par un tiers (cible prioritaire) et/ou des employeurs dont un salarié est victime d'un AT causé par un tiers responsable (cible secondaire) ;
  - auprès des professionnels de santé (prescripteurs) ;
  - auprès des salariés MSA et des élus.

Par ailleurs, des travaux sur la détection des RCT ont été engagés par la Cnam en concertation avec la MSA afin de sensibiliser les différents acteurs sur l'importance du signalement d'un accident auprès des organismes d'assurance maladie.

Ces travaux ont permis la mise en place d'une procédure d'échange d'annuaires des caisses entre la MSA et le régime général pour transmission des signalements d'un régime à l'autre.

Une sensibilisation des établissements de santé a également été menée par le biais d'actions d'incitation afin que les établissements remplissent leur obligation de signalements au moment de la facturation (urgences et services de traumatologie et d'orthopédie) :

- sensibilisation par les DAM (avec extension de cette action aux professionnels de santé libéraux),
- un partenariat d'échanges a été acté : le régime général centralise les signalements et les transmet à la MSA pour ses ressortissants.

D'autres travaux ont été initiés mais sont actuellement suspendus par la Cnam ; il s'agit notamment de la sensibilisation des forces de l'ordre avec un projet de convention prévoyant la transmission des signalements (gendarmerie) ou l'ensemble des procès-verbaux établis dans le département (police) pour les accidents de la circulation ; les travaux portaient également sur d'autres projets de convention avec la FNMF et l'ANSM.

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 €**.

Pour l'année 2018, la MSA a adressé auprès de ses adhérents **16 887 enquêtes accident** avec un taux de retour de 81,69 %.

Le montant récupéré auprès des assureurs des tiers responsables s'élève à **47 061 746 € en 2018** ce qui correspond à **un montant recouvré par assuré de 14,70 €**.

La baisse du nombre d'enquêtes envoyées traduit l'insuffisance des résultats en matière de détection qui a été actée lors de la dernière réunion plénière du 31/01/2019 avec les caisses de gestion. Les objectifs de l'indicateur sur le taux de questionnaire accidents envoyés ne sont pas atteints.

Les freins à la détection sont identifiés :

- les limites du déclaratif (enquête accident),
- la suppression de l'obligation pour les professionnels de santé prescrits de cocher la case accident (sous la pression des syndicats de pharmaciens, à la demande de la Cnam, l'obligation de renseigner la rubrique « soins en rapport avec un accident » a été supprimée dans le logiciel SESAM Vitale pour les pharmaciens, les biologistes médicaux et les auxiliaires médicaux),
- le changement des référents détection du fait des mutualisations de proximité.

Dans ce contexte et afin d'améliorer la détection du recours contre tiers, la CCMSA va participer à un groupe de travail piloté par la Cnam dès le second semestre 2019.

[www.msa.fr](http://www.msa.fr)

<https://statistiques.msa.fr>

**MSA caisse centrale**  
19, rue de Paris  
CS 50070  
93013 Bobigny cedex  
Tél. : 01 41 63 75 83  
[www.msa.fr](http://www.msa.fr)



L'essentiel & plus encore