agir ensemble

Rapport Charges et Produits CCMSA 2015

www.msa.fr

santé
famille
retraite
services

L'essentiel & plus encore

Rapport 2015

au Ministre chargé de la Sécurité sociale

et

au Parlement

Sommaire

1. La réalisation de l'ONDAM au régime agricole en 2013 _____ 5
1.1. Les résultats pour l'ensemble du régime agricole _____ 5
1.1.1. L'évolution des soins de ville _____ 6
1.1.1.1. La participation forfaitaire _____ 8
1.1.1.2. Les franchises médicales _____ 8
1.1.1.3. La participation de l'assuré 18 euros _____ 8
1.1.1.4. Le parcours de soins _____ 8
1.1.1.5. Le plan médicament 2013 _____ 9
1.1.1.6. Le plan de maîtrise médicalisée inter-régime 2013 _____ 9
1.1.2. L'évolution des dépenses au titre des établissements _____ 10
1.2. Les charges 2013 du régime des non-salariés agricoles _____ 11
1.2.1. L'évolution des soins de ville _____ 12
1.2.2. L'évolution des dépenses au titre des établissements _____ 14
1.3. Les charges 2013 du régime des salariés agricoles _____ 15
1.3.1. L'évolution des soins de ville _____ 16
1.3.2. L'évolution des dépenses au titre des établissements _____ 18
1.4. Le bilan du plan de gestion du risque MSA en 2013 _____ 19
1.4.1. Contrôle des arrêts de travail des salariés agricoles _____ 19
1.4.1.1. Contexte des prescriptions d'arrêts de travail des salariés agricoles _____ 19
1.4.1.2. Contrôle des arrêts de travail répétitifs _____ 26
1.4.1.3. Respect du délai des 48h _____ 26
1.4.1.4. Indication du motif médical sur les arrêts de travail _____ 27
1.4.1.5. Contrôle de la qualité du prescripteur d'une prolongation _____ 27
1.4.1.6. Signalements des employeurs _____ 27
1.4.1.7. Rapport des médecins mandatés par les employeurs _____ 28
1.4.2. Contrôle de l'ordonnancier bizone _____ 28
1.4.3. Actions de contrôle des actes dentaires _____ 28
1.4.3.1. Légitimité des actes en Z présentés au remboursement _____ 28
1.4.3.2. Contrôle des bridges et des actes nécessaires à leur réalisation _____ 28
1.4.4. Actions médicaments _____ 29
1.4.4.1. Versatis® : respect de l'AMM _____ 29
1.4.4.2. Associations médicamenteuses formellement contre indiquées _____ 32
1.4.5. Contrôle régional de la T2A _____ 33
1.4.6. Actions de contrôle des transports _____ 34
1.4.6.1. Contrôle des assurés ayant eu plus de 60 transports _____ 34
1.4.6.2. Contrôle des transporteurs présentant des atypies de facturation _____ 35
1.4.7. Actions de sensibilisation à l'insuffisance rénale _____ 36
1.4.8. Actions de sensibilisation sur les nouvelles modalités de prise en charge des bandelettes d'auto-surveillance de la glycémie _____ 36
1.4.9. Traitement des ententes préalables de grand appareillage _____ 37
1.4.10. Action de contrôle des actes infirmiers _____ 38
1.4.10.1 La surveillance des AIS3 _____ 38
1.4.10.2. Le contrôle des majorations de nuit _____ 39
1.4.11. Action de contrôle d'actes et prestations d'infirmiers intervenant auprès des patients pris en charge en SSIAD _____ 40
1.4.12. Mises sous accord préalable des actes pratiqués en établissements _____ 41
1.4.13. Contrôle des facturations en ville chez les patients hébergés en EHPAD _____ 41
1.4.13.1. Le contrôle des facturations pour les résidents ressortissants du régime

agricole hébergés en EHPAD 43
1.4.13.2. La récupération d'indus par les caisses de MSA pivots 43
1.4.14. Mutualisation du Recours contre tiers (RCT) 44
2. Les prévisions 2014 45
2.1. Les principaux résultats 2014 45
2.1.1. Les charges, produits et le solde de la branche maladie du régime des non-salariés agricoles en 2014 (cf. Annexe 1) 46
2.1.1.1. Les charges 46
2.1.1.2. Les recettes 46
2.1.2. Les charges, produits et le solde de la branche maladie du régime des salariés agricoles en 2014 (cf. Annexe 2) 47
2.1.2.1. Les charges 47
2.1.2.2. Les recettes 47
2.2. Les prévisions détaillées dans le champ de l'ONDAM pour 2014 49
2.2.1. Les soins de ville 49
2.2.1.1. Les résultats du régime agricole 49
2.2.1.2. Les résultats du régime des non-salariés agricoles 50
2.2.1.3. Les résultats du régime des salariés agricoles 51
2.2.2. L'évolution des dépenses au titre des établissements 52
2.2.2.1. Établissements hors médico-sociaux 52
2.2.2.2. Établissements médico-sociaux 53
3. Les prévisions 2015 54
3.1. Le champ ONDAM du régime agricole 54
3.2. Les mesures proposées par la MSA 56
3.2.1. Développer la connaissance du risque 56
3.2.1.1. Mieux connaître les risques liés aux caractéristiques de la population agricole 57
a) Caractéristiques démographiques de la population agricole protégée en maladie 57
b) Caractéristiques en santé de la population agricole 60
c) Caractéristiques sociales de la population agricole : illustration par les retraités agricoles à travers l'étude AMI (Agrica-MSA-Isped ou Approche Multi-disciplinaire Intégrée) 73
3.2.1.2. Mieux connaître les modalités de recours à l'offre de soins des ressortissants agricoles 74
a) L'hospitalisation en MCO 74
b) La prise en charge du patient psychiatrique 83
c) Analyse de la dépense et de l'évolution des soins infirmiers libéraux 85
3.2.2. Améliorer l'accompagnement des assurés tout au long de la vie, dans une approche préventive, et en privilégiant une réponse globale aux besoins de la personne 88
3.2.2.1. Les éducations en santé 88
a) Education à la santé familiale 89
b) Education thérapeutique 89
c) Télé-services pour les malades chroniques 92
3.2.2.2. Une offre de prévention ciblée, en lien avec le médecin traitant 93
3.2.2.3. La prévention santé des aidants 97
3.2.2.4. L'information des assurés consommants 98
a) Retour d'information insuffisance rénale 98
b) Suivi de l'état bucco-dentaire chez le diabétique 98
3.2.3. Accompagner les offreurs de soins 98
3.2.3.1. La prescription médicamenteuse concernant la maladie d'Alzheimer 98

3.2.3.2. Le contrôle T2A 101
3.2.3.3. L'accompagnement des établissements de santé 101
3.2.3.4. L'accompagnement des établissements médico-sociaux avec le logiciel « Lantichute MSA » 102
3.2.3.5. Le contrôle des prestations remboursées aux professionnels de santé (transporteurs, IDE) 104
a) Action Transports 104
b) Action IDE 104
3.2.4. Accompagner les territoires ruraux pour optimiser la prise en charge des ressortissants agricoles 104
3.2.4.1. Accompagner la démographie médicale : favoriser l'installation de la médecine en campagne 105
3.2.4.2. Accompagner et valoriser les modes d'exercice regroupés et coordonnés 105
a) Coopération interprofessionnelle, délégation de tâches, NMR 105
b) Accompagnement des MSP 106
3.2.4.3. Accompagner la coordination de la prise en charge en milieu rural 107
a) Les Réseaux gérontologiques accompagnés par la MSA 107
b) La participation aux expérimentations PAERPA 107
c) La chirurgie ambulatoire en campagne 108
d) La mise en œuvre de PRADO Maternité 109
3.2.4.4. Accompagner les parcours de soins en milieu rural dans leur dimension sanitaire, médico-sociale et sociale 109
a) Pays de santé 109
b) Hôpitaux de proximité et ex- hôpitaux locaux 112
3.2.4.5. Télémédecine 114
3.3. L'impact des mesures sur les dépenses dans le champ soins de ville de l'ONDAM 117
3.4. Les charges, produits et le solde de la branche maladie du régime des non-salariés et salariés agricoles en 2015 118
3.4.1. Les charges, produits et le solde de la branche maladie du régime des non-salariés agricoles en 2015 (cf. Annexe 1) 118
3.4.1.1. Les charges 118
3.4.1.2. Les recettes 118
3.4.2. Les charges, produits et le solde de la branche maladie du régime des salariés agricoles en 2015 (cf. Annexe 2) 119
3.4.2.1. Les charges 119
3.4.2.2. Les recettes 119
Annexe 1 : Tableau d'équilibre de la branche maladie des non salariés 120
Annexe 2 : Tableau d'équilibre de la branche maladie des salariés 121
Annexe 3 : Les ALD au régime agricole 122
Annexe 4 : Etude sur la consommation de psychotropes en 2013 au régime agricole 125
Annexe 5 : Les maladies mentales au régime agricole : les patients pris en charge au titre d'une pathologie mentale au 31/12/2012 133

1. La réalisation de l'ONDAM au régime agricole en 2013

1.1. Les résultats pour l'ensemble du régime agricole

Les prestations suivant le champ de l'ONDAM versées par le régime agricole, salariés et non-salariés agricoles, s'élèvent à 11,08 milliards d'euros en 2013. Elles augmentent de + 0,1 % entre 2012 et 2013 (cf. Tableau 1).

Cette hausse est le résultat des évolutions contrastées des dépenses des établissements de santé en progression de + 0,4 % d'une part et des dépenses de soins de ville en diminution de - 0,2 % en 2013 d'autre part. Ces évolutions suivent la même tendance que celle observée en 2012, à savoir + 0,6 % pour les prestations exécutées en établissement et - 0,8 % pour les prestations exécutées en ville.

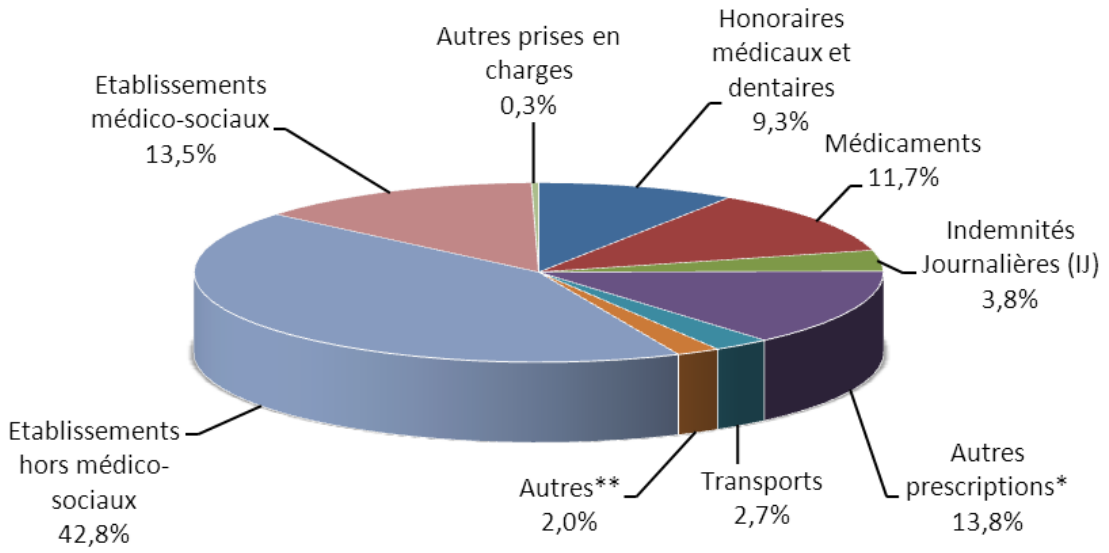
Les prestations exécutées en établissement et en ville représentent respectivement 56,2 % et 43,4 % des dépenses du régime agricole suivant le champ de l'ONDAM.

Tableau 1 : Prestations dans le champ ONDAM (hors FIR)
Régime agricole (en millions d'euros)

	2012	2013	Evolution
Honoraires des médecins généralistes	373,4	372,6	-0,2%
Honoraires des médecins spécialistes	515,5	510,5	-1,0%
Honoraires médicaux des sages-femmes	4,4	5,1	15,5%
HONORAIRES MEDICAUX	893,3	888,2	-0,6%
Honoraires des infirmiers	671,5	689,7	2,7%
Honoraires des masseurs kinésithérapeutes	213,9	222,2	3,9%
Autres auxiliaires médicaux*	25,2	26,7	6,2%
HONORAIRES PARAMEDICAUX	910,6	938,7	3,1%
Honoraires des dentistes	146,3	145,4	-0,6%
Autres honoraires	34,1	35,2	3,4%
Biologie	197,1	192,4	-2,4%
Prescriptions pharmaceutiques	1 362,8	1 301,1	-4,5%
LPP + Produits humains	390,8	400,8	2,6%
Transports	296,8	297,0	0,1%
Autres prestations en nature (cures thermales…)	15,4	15,6	0,9%
Indemnités journalières Maladie et AT	406,3	416,8	2,6%
Divers : PAM + FICQS + Remises conventionnelles des laboratoires pharmaceutique + Aide à la télétransmission	163,6	174,3	6,5%
PRESTATIONS EXECUTEES EN VILLE	4 817,3	4 805,5	-0,2%
Etablissements hors médico-sociaux	4 766,9	4 743,5	-0,5%
dont établissements de santé tarifés à l'activité	3 525,7	3 439,0	-2,5%
dont autres dépenses en établissements de santé	1 241,1	1 304,5	5,1%
Etablissements médico-sociaux	1 447,2	1 492,7	3,1%
dont établissements pour personnes âgées	1 225,6	1 267,9	3,5%
dont établissements pour personnes handicapées	221,7	224,7	1,4%
PRESTATIONS EXECUTEES EN ETABLISSEMENT	6 214,1	6 236,1	0,4%
Autres prises en charges	33,1	37,7	14,0%
TOTAL CHAMP ONDAM - Régime agricole	**11 064,5**	**11 079,4**	**0,1%**

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

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



**Les autres prescriptions incluent les honoraires paramédicaux, la biologie, la LPP (Liste des Produits et des Prestations) et les produits humains*

***Autres regroupe les autres prestations exécutées en ville (autres honoraires, autres prestations en nature, divers)*

1.1.1. L'évolution des soins de ville

Les dépenses de soins de ville du régime agricole suivant le champ de l'ONDAM ont diminué de - 0,2 % en 2013, soit 0,6 point de plus que l'année précédente.

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

Tableau 2

Évolution des remboursements de soins de ville par nature de prestation en 2013

	Total	Honoraires privés	Prescriptions	Indemnités Journalières
Régime agricole	- 0,2 %	- 0,6 %	- 1,0 %	+ 2,6 %

Les prescriptions[1] contribuent pour - 0,6 point à l'évolution des remboursements de soins de ville en 2013 et les honoraires privés[2] à hauteur de - 0,1 point. A l'inverse, les indemnités journalières et les autres prestations[3] contribuent positivement à cette évolution à hauteur de + 0,2 point.

[1] Les prescriptions intègrent les dépenses de médicaments, les actes d'auxiliaires médicaux, les actes de biologie et les produits de la LPP (Liste des Produits et des Prestations).
[2] Les honoraires privés intègrent les honoraires médicaux et dentaires.
[3] Les autres prestations intègrent les autres prestations en nature (cures thermales…), la prise en charge de cotisations des Praticiens et Auxiliaires Médicaux (PAM), le Fonds d'Intervention de la Qualité et de la Coordination des Soins (FICQS), les remises conventionnelles des laboratoires pharmaceutiques, l'aide à la télétransmission et les autres honoraires.

La contribution négative des honoraires privés à l'évolution des dépenses de soins de ville s'explique par une baisse des dépenses **d'honoraires médicaux et dentaires** de - 0,6 % en 2013 après - 1,6 % en 2012.

La baisse des **honoraires médicaux** est le résultat du recul de - 2,4 % de l'activité clinique (nombre de consultations et visites) des médecins généralistes ou spécialistes au service des patients du régime agricole. Les remboursements d'**actes techniques facturés par les spécialistes** (- 0,8 %) et des **actes dentaires** (- 0,6 %) sont également en baisse. Ces baisses sont toutefois partiellement compensées par les nouveaux modes de rémunération des médecins inscrits dans l'avenant 8 de la convention (forfait médecin traitant pour les personnes qui ne sont pas en ALD, majoration personnes âgées).

Les remboursements de **prescriptions**, qui constituent plus de la moitié des dépenses des soins de ville, diminuent de nouveau (- 0,8 % après - 1,4 % en 2012).

Parmi ces remboursements, les dépenses de **médicaments** ont diminué de - 4,5 % après une baisse de - 5,2 % l'année dernière. Cette baisse s'explique par les différentes mesures d'économie, notamment la mise en place en 2012 du dispositif « tiers-payant contre génériques ».

En raison de la baisse de certains tarifs, les remboursements des **actes de biologie** ont diminué de - 2,4 % en 2013 après une baisse de - 3,0 % l'année précédente.

Les remboursements d'honoraires **d'auxiliaires médicaux** poursuivent leur hausse et progressent de + 3,1 % après + 4,0 % en 2012, sous l'influence des revalorisations tarifaires d'actes des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes. Les honoraires des infirmiers progressent de + 2,7 % et ceux des masseurs-kinésithérapeutes progressent de + 3,9 %.

L'atténuation de l'activité des auxiliaires médicaux (mesurée par le nombre de coefficients) vient modérer l'évolution de leurs remboursements : + 0,6 % après + 1,8 % en 2012 pour les infirmiers et + 0,7 % après + 0,9 % pour les masseurs-kinésithérapeutes.

Les remboursements des produits de **la liste des produits et des prestations (LPP) et des produits d'origine humaine** évoluent de + 2,6 % en 2013, évolution en hausse de 1,3 point par rapport à celle de 2012.

La hausse des dépenses relatives aux **frais de transports** ralentit (+ 0,1 % en 2013 après + 2,3 % l'année précédente). Les majorations tarifaires des transporteurs sanitaires intervenues en début d'année 2013 ont contribué à la croissance de ce poste. Néanmoins, les diverses mesures d'économie ont permis d'en modérer plus fortement l'évolution. L'économie réalisée avec les franchises médicales sur les transports est de 2,2 millions d'euros.

En 2013, les versements **d'indemnités journalières** (IJ) pour le régime agricole — risques maladie, accident du travail et maladie professionnelle pour le régime des salariés agricoles / risques accident du travail et maladie professionnelle pour les non-salariés agricoles — enregistrent une nette augmentation avec une hausse de + 2,6 % alors que ce poste diminuait de - 0,2 % l'année précédente. Ce rebond est lié à l'augmentation du nombre d'IJ Maladie-Accident du travail (+ 1,9 % après - 0,5 % en 2012) qui résulte d'une période épidémique particulièrement longue en début d'année 2013.

1.1.1.1. La participation forfaitaire

La participation forfaitaire de un euro (1 €) est non prise en charge par l'assurance maladie pour chaque acte d'honoraire ou de biologie facturé par un médecin. Depuis septembre 2007, ce forfait est limité à 4 euros par jour et par patient pour un même professionnel de santé, avec un plafond annuel de 50 euros par assuré ou ayant droit âgé de 18 ans ou plus.

En 2013, cette mesure a permis au régime agricole de réaliser une économie de 35,8 millions d'euros, dont 20,9 millions pour les actes d'honoraires médicaux et 15,0 millions pour les actes de biologie.

1.1.1.2. Les franchises médicales

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

En 2013, cette mesure a permis au régime agricole de réaliser une économie de 60,2 millions d'euros dont 48,5 millions pour les boîtes de médicaments, 9,5 millions pour les actes paramédicaux et 2,2 millions pour les transports sanitaires.

1.1.1.3. La participation de l'assuré 18 euros

Depuis 2007, les assurés sociaux doivent s'acquitter d'une participation de 18 euros pour tout acte dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros (91 euros avant le 1er mars 2011), ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60 (50 avant le 1er mars 2011).

En 2013, cette mesure a permis au régime agricole de réaliser une économie de 4,1 millions d'euros dont 0,5 million pour les soins de ville et 3,7 millions pour les établissements.

1.1.1.4. Le parcours de soins

Le parcours de soins coordonnés, initié au 1er juillet 2005, consiste à confier au médecin traitant la coordination des soins des assurés. Une majoration de coordination est versée aux médecins correspondants quand le patient entre dans le parcours de soins. Le médecin traitant conventionné bénéficie d'une rémunération pour ses patients atteints d'une affection de longue durée (ALD). Il reçoit 40 euros à chaque date anniversaire de la mise en ALD.

Depuis le 1er juillet 2013, les médecins traitants de secteur 1 et les médecins adhérant au contrat d'accès aux soins reçoivent également un forfait annuel de 5 euros pour le suivi de ces autres patients.

En 2013, les versements effectués au titre de la rémunération du médecin traitant pour des patients en ALD s'élèvent à 25,9 millions d'euros, soit 7,0 % des honoraires des généralistes. Ces versements concernent le suivi des 646 000 patients en ALD au régime agricole depuis plus d'un an.

Les forfaits médecins traitant pour les autres patients s'élèvent à 2,9 millions d'euros sur le seul second semestre 2013.

Les majorations versées aux médecins correspondants, dans le cadre de la coordination des soins avec le médecin traitant, représentent 3,9 millions d'euros.

Au total, près de 32,5 millions d'euros de rémunération complémentaire ont été versés en 2013 aux médecins pour le suivi du parcours des patients relevant du régime agricole, soit 3,7 % du total de leurs honoraires.

1.1.1.5. Le plan médicament 2013

Si la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2013 n'intègre pas de façon explicite de nouvelle mesure d'économie portant sur le médicament et touchant directement les assurés sociaux, les effets des mesures prises en 2012 sont toujours observables en 2013.

L'inscription de nouvelles molécules au répertoire des génériques demeure un levier important d'économies en agissant sur l'effet prix.

En 2013, les génériques permettent d'économiser 128 millions d'euros en montants remboursés[4] (contre 108 millions d'euros en 2012). Leur progression impacte à la baisse le poste Médicament à hauteur de 1,7 point.

Les différentes vagues de déremboursement de médicaments contribuent également à la modération des dépenses du poste. Leur impact sur le taux d'évolution est de 0,5 point de baisse, en considérant que ces médicaments auraient conservé une évolution identique à celle observée les années antérieures.

Par ailleurs, le nombre de boites dont le conditionnement permet de délivrer un traitement pour trois mois dans le cadre des pathologies chroniques, continue de progresser : + 12,8 % entre 2012 et 2013. Ceci est le résultat des engagements conventionnels des pharmaciens avec l'UNCAM.

1.1.1.6. Le plan de maîtrise médicalisée inter-régime 2013

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

- En 2013, les montants remboursés pour les **antibiotiques** baissent de - 5,7 %, et continuent ainsi leur diminution régulière.

- Les montants remboursés d'**anxiolytiques et hypnotiques**, ont une évolution négative (- 4,1 %).

- Les remboursements de **statines** diminuent en 2013 de - 11,9 % par rapport à 2012. Cependant, le fort impact joué par l'atorvastatine générique du Tahor® commercialisé en mai 2012 régresse peu à peu au fil des mois à partir de mai 2013.

[4] Le montant des économies est estimé en calculant le produit du différentiel de prix moyen entre le princeps et son (ou ses) génériques et la quantité de boîtes de médicament délivrées.

- Les remboursements **d'antihypertenseurs** enregistrent une évolution annuelle de - 9,6 %. Mais le fort impact joué par le générique candesartan commercialisé en mai 2012 régresse peu à peu au fil des mois à partir de mai 2013.

- Les classes de médicaments dont le suivi a été introduit en 2010 présentent des évolutions négatives : - 11,7 % pour les **anti agrégants plaquétaires** et - 5,8 % pour les **antidépresseurs**.

- Les évolutions des **EPO** introduits en 2011 sont négatives : - 2,7 %.

- Les montants remboursés **d'indemnités journalières** prescrites par les libéraux présentent une hausse de + 3,9 % par rapport à l'année 2012.

- L'évolution des remboursements de **transports** repart à la hausse : + 1,6 %.

- Les remboursements liés aux **masseurs-kinésithérapeutes** progressent de + 4,0 %.

Globalement, l'objectif de maîtrise médicalisée est atteint pour le régime agricole et permet une économie de près de 27 millions d'euros après prise en compte des effets démographiques propres au régime agricole.

1.1.2. L'évolution des dépenses au titre des établissements

La croissance des versements du régime agricole aux établissements ralentit et passe de + 0,9 % en 2012 à + 0,4 % en 2013 (tableau 3).

Cette évolution est le résultat de la hausse des versements aux établissements médico-sociaux (+ 3,1 %) et de la baisse des versements aux établissements de santé publics (- 0,3 %) et privés (- 1,5 %).

Tableau 3 : Évolution des versements par type d'établissements en 2013

	Total	Établissements publics	Établissements privés	Établissements médico-sociaux
Régime agricole	+ 0,4 %	- 0,3 %	- 1,5 %	+ 3,1 %

Pour le secteur médico-social, ce sont surtout les versements aux structures dédiées à la prise en charge des personnes âgées qui ont augmenté entre 2012 et 2013 (+ 3,5 %).

La baisse des versements aux établissements publics provient surtout du transfert de dotations MIGAC (Missions d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation) vers le FIR (Fond d'Intervention Régional).

La diminution des remboursements de soins en établissements privés est liée au recul des montants finançant les séjours de médecine, de chirurgie, et d'obstétrique.

1.2. Les charges 2013 du régime des non-salariés agricoles

Les dépenses suivant le champ de l'ONDAM pour le régime des non-salariés agricoles représentent 6,94 milliards d'euros en 2013. Leur évolution est en baisse de - 0,2 % en 2013 (cf. Tableau 4). En 2013, la population protégée par le régime des non-salariés agricoles a diminué de - 3,0 %.

La baisse des dépenses de soins de ville des non-salariés agricoles observée en 2012 se poursuit en 2013 (- 1,3 % après - 1,7 %).

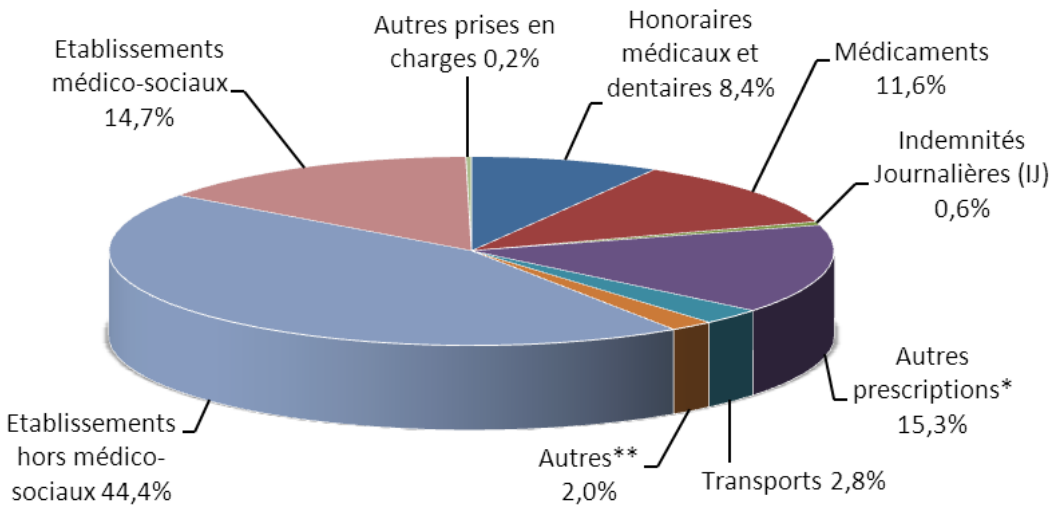
En revanche, les dépenses des prestations exécutées en établissements, qui représentent plus de la moitié des dépenses (59,1 %), évoluent de + 0,6 % contre + 1,3 % l'année précédente.

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

	2012	2013	Evolution
Honoraires des médecins généralistes	227,2	224,3	-1,3%
Honoraires des médecins spécialistes	294,8	287,5	-2,5%
Honoraires médicaux des sages-femmes	0,6	0,7	16,7%
HONORAIRES MEDICAUX	522,6	512,6	-1,9%
Honoraires des infirmiers	504,8	516,7	2,4%
Honoraires des masseurs kinésithérapeutes	139,4	144,4	3,5%
Autres auxiliaires médicaux*	12,2	12,8	4,6%
HONORAIRES PARAMEDICAUX	656,4	673,8	2,7%
Honoraires des dentistes	74,3	72,5	-2,5%
Autres honoraires	22,2	24,5	10,5%
Biologie	121,4	117,2	-3,5%
Prescriptions pharmaceutiques	857,3	805,2	-6,1%
LPP + Produits humains	262,4	267,0	1,8%
Transports	193,4	191,4	-1,0%
Autres prestations en nature (cures thermales…)	8,8	8,5	-3,3%
Indemnités journalières AT	40,7	41,6	2,4%
Divers : PAM + FICQS + Remises conventionnelles des laboratoires pharmaceutique + Aide à la télétransmission	101,3	108,2	6,9%
PRESTATIONS EXECUTEES EN VILLE	2 860,8	2 822,6	-1,3%
Etablissements hors médico-sociaux	3 097,2	3 078,3	-0,6%
dont établissements de santé tarifés à l'activité	2 280,2	2 216,9	-2,8%
dont autres dépenses en établissements de santé	817,1	861,4	5,4%
Etablissements médico-sociaux	977,4	1 018,8	4,2%
dont établissements pour personnes âgées	917,6	961,2	4,8%
dont établissements pour personnes handicapées	59,9	57,6	-3,8%
PRESTATIONS EXECUTEES EN ETABLISSEMENT	4 074,7	4 097,2	0,6%
Autres prises en charges	15,1	17,3	15,0%
TOTAL CHAMP ONDAM des non-salariés agricoles	**6 950,6**	**6 937,0**	**-0,2%**

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

Graphique 2 : Structure des prestations suivant le champ de l'ONDAM au régime des non-salariés agricoles



**Les autres prescriptions incluent les honoraires paramédicaux, la biologie, la LPP (Liste des Produits et des Prestations) et les produits humains*

***Autres regroupe les autres prestations exécutées en ville (autres honoraires, autres prestations en nature, divers)*

1.2.1. L'évolution des soins de ville

Les dépenses de soins de ville pour les non-salariés agricoles, suivant le champ de l'ONDAM, ont diminué de - 1,3 % en 2013 après - 1,7 % en 2012.

Tableau 5 : Évolution des remboursements de soins de ville par nature de prestation en 2013

	Total	Honoraires privés	Prescriptions	Indemnités Journalières
Régime agricole	- 0,2 %	- 0,6 %	- 1,0 %	+ 2,6 %
Non-salariés	- 1,3 %	- 2,0 %	- 1,8 %	+ 2,4 %

Deux postes, les honoraires et les prescriptions, contribuent le plus à l'évolution des remboursements de soins de ville pour les non-salariés agricoles en 2013 (- 1,3 %). Les honoraires privés contribuent à hauteur de - 0,4 point. Les prescriptions, poste représentant plus de la moitié des dépenses de soins de ville, contribuent quant à elles pour - 1,2 point. Les transports ont une contribution de - 0,1 point. A l'inverse, la contribution des autres prestations (principalement la prise en charge de cotisations des Praticiens et Auxiliaires Médicaux) à l'évolution des dépenses de soins de ville des non-salariés agricoles est positive : + 0,3 point.

Les remboursements d'**honoraires médicaux** (prenant en compte les nouvelles rémunérations inscrites dans l'avenant 8 de la convention des médecins) **et dentaires** diminuent de - 2,0 % en 2013 après - 2,8 % l'année précédente. La baisse est notamment le résultat d'un recul de - 4,2 % de l'activité clinique (consultations et visites) des médecins. Les remboursements **d'actes techniques** (- 2,6 %) et des **actes dentaires** (- 2,5 %) sont également en baisse.

La **participation forfaitaire** de un euro a permis de réaliser une économie de 12,1 millions d'euros sur les remboursements d'honoraires médicaux en 2013.

Les dépenses liées au **parcours de soins coordonnés** s'élèvent à 17,3 millions d'euros pour la rémunération médecin traitant, correspondant au suivi des 430 000 patients en ALD au régime des non-salariés agricoles depuis plus d'un an. Elles représentent 7,7 % des honoraires des médecins généralistes. Au total, près de 20,3 millions d'euros ont été versés au cours de l'année 2013, dont 2,0 millions pour les majorations de coordinations des soins.

La baisse des remboursements des **prescriptions** se poursuit en 2013 (- 1,8 % après - 2,2 % en 2012). Ce recul des prescriptions est principalement porté par celui des remboursements de médicaments qui contribuent à hauteur de - 2,7 points à l'évolution de ce poste.

En effet, ces remboursements de **médicaments** chutent de - 6,1 % en 2013 après une diminution de - 6,8 % l'année précédente. Au cours de l'année, l'économie réalisée au titre des franchises médicales sur les boîtes de médicaments s'élève à 30,3 millions d'euros.

En raison de la baisse de certains tarifs, les remboursements des actes de **biologie** ont diminué de - 3,5 % en 2013 après - 3,8 % en 2012.

Les remboursements d'honoraires d'**auxiliaires médicaux** augmentent plus modérément et progressent de + 2,7 % après + 3,5 % en 2012. Cette hausse résulte des revalorisations tarifaires d'actes des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes. Ainsi, les honoraires des infirmiers progressent de + 2,4 % et ceux des masseurs-kinésithérapeutes de + 3,5 %. Pour les infirmiers, la progression plus faible de leur activité (+ 0,1 % après + 1,4 % en 2012) vient modérer l'évolution des remboursements. De la même façon, l'activité des masseurs-kinésithérapeutes s'est légèrement atténuée en 2013 (+ 0,2 % contre + 0,4 %). Au cours de cette année, l'économie réalisée au titre des franchises médicales sur les actes paramédicaux s'élève à 6,2 millions d'euros.

Après une hausse modérée observée en 2012, la progression des remboursements des produits de la **liste des produits et des prestations** (LPP) et des produits d'origine humaine s'accélère en 2013 : + 1,8 % après + 1,0 %.

Les **frais de transports** baissent de - 1,0 % en 2013 alors qu'ils progressaient de + 1,8 % l'année précédente. Diverses mesures d'économie ont permis de ralentir l'évolution. L'économie réalisée avec les franchises sur les transports est de 1,5 millions d'euros.

En 2013, les non-salariés agricoles ne bénéficiant pas d'**indemnités journalières** au titre du risque maladie mais uniquement au titre des accidents du travail, l'évolution de ce poste de dépenses contribue très peu à l'évolution totale des soins de ville.

1.2.2. L'évolution des dépenses au titre des établissements

La croissance des versements aux établissements ralentit dans le régime des non-salariés agricoles pour atteindre un taux d'évolution de + 0,6 %, après une hausse de + 1,7 % en 2012 (tableau 6).

Tableau 6 : Évolution des versements par type d'établissements en 2013

	Soins en établissement	Établissements publics	Établissements privés	Établissements médico-sociaux
Régime agricole	+ 0,4 %	- 0,3 %	- 1,5 %	+ 3,1 %
Non-salariés	+ 0,6 %	- 0,2 %	- 2,4 %	+ 4,2 %

La croissance des dépenses pour le régime des non-salariés provient essentiellement de la hausse des versements aux établissements médico-sociaux qui s'établie à + 4,2 %. Ce sont surtout les versements dédiés à la prise en charge des personnes âgées qui progressent entre 2012 et 2013 (+ 4,8 %).

A l'inverse, les remboursements de soins en établissements privés reculent de - 2,4 %. Pour ces établissements, ce sont surtout les dépenses pour les séjours MCO qui diminuent fortement (- 2,8 %), avec une baisse particulièrement marquée des frais de séjours en chirurgie. Les autres dépenses diminuent de façon plus modérée (- 0,3 %).

La légère baisse des versements aux établissements publics (- 0,2 %) est imputable au transfert de dotations MIGAC vers le FIR. Les frais de séjours tarifés à l'activité augmentent de + 0,5 %.

1.3. Les charges 2013 du régime des salariés agricoles

Les dépenses suivant le champ de l'ONDAM pour le régime des salariés agricoles, dont la population protégée baisse de - 0,02 %, représentent 4,13 milliards d'euros en 2013. Elles ont augmenté de + 0,7 % alors qu'elles étaient en baisse en 2012. L'écart d'évolution avec le régime des non-salariés agricoles de 0,9 point est à rapprocher de l'écart d'évolution de leur population respective (environ 3 points)(tableaux 4 et 7).

Au régime des salariés agricoles, les dépenses de soins de ville sont en hausse de + 1,4 % en 2013, après une évolution de + 0,5 % en 2012.

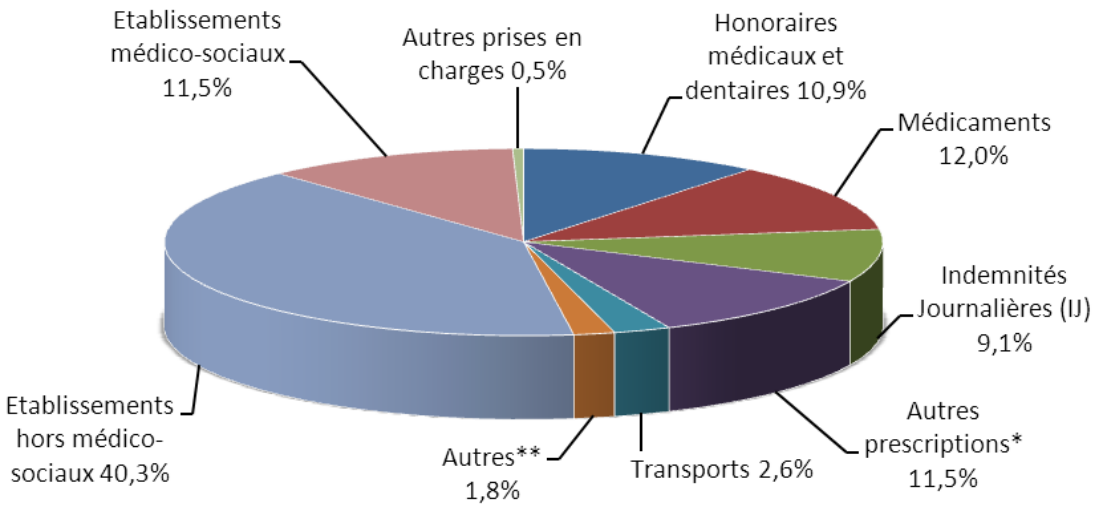
Les dépenses en établissements pour le régime des salariés agricoles, qui représentent 51,7 % de la dépense totale, sont stables en 2013 après une baisse de - 0,8 % en 2012.

Tableau 7 : Prestations dans le champ ONDAM (hors FIR)
Régime des salariés agricoles
(en millions d'euros)

	2012	2013	Evolution
Honoraires des médecins généralistes	146,3	148,2	1,3%
Honoraires des médecins spécialistes	220,7	223,0	1,1%
Honoraires médicaux des sages-femmes	3,8	4,4	15,3%
HONORAIRES MEDICAUX	370,7	375,6	1,3%
Honoraires des infirmiers	166,7	173,0	3,8%
Honoraires des masseurs kinésithérapeutes	74,5	77,8	4,5%
Autres auxiliaires médicaux*	13,0	14,0	7,6%
HONORAIRES PARAMEDICAUX	254,1	264,8	4,2%
Honoraires des dentistes	72,0	73,0	1,4%
Autres honoraires	11,9	10,7	-9,9%
Biologie	75,7	75,2	-0,7%
Prescriptions pharmaceutiques	505,5	495,9	-1,9%
LPP + Produits humains	128,5	133,9	4,2%
Transports	103,4	105,6	2,1%
Autres prestations en nature (cures thermales…)	6,6	7,1	6,5%
Indemnités journalières Maladie et AT	365,6	375,2	2,6%
Divers : PAM + FICQS + Remises conventionnelles des laboratoires pharmaceutique + Aide à la télétransmission	54,2	58,1	7,2%
PRESTATIONS EXECUTEES EN VILLE	1 948,3	1 975,0	1,4%
Etablissements hors médico-sociaux	1 669,6	1 665,2	-0,3%
dont établissements de santé tarifés à l'activité	1 245,5	1 222,1	-1,9%
dont autres dépenses en établissements de santé	424,1	443,0	4,5%
Etablissements médico-sociaux	469,8	473,8	0,9%
dont établissements pour personnes âgées	308,0	306,7	-0,4%
dont établissements pour personnes handicapées	161,8	167,1	3,3%
PRESTATIONS EXECUTEES EN ETABLISSEMENT	2 139,4	2 139,0	0,0%
Autres prises en charges	18,0	20,4	13,2%
TOTAL CHAMP ONDAM des salariés agricoles	**4 105,7**	**4 134,4**	**0,7%**

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

Graphique 3 : Structure des prestations suivant le champ de l'ONDAM au régime des salariés agricoles



**Les autres prescriptions incluent les honoraires paramédicaux, la biologie, la LPP (Liste des Produits et des Prestations) et les produits humains*
***Autres regroupe les autres prestations exécutées en ville (autres honoraires, autres prestations en nature, divers)*

1.3.1. L'évolution des soins de ville

Les dépenses de soins de ville des salariés agricoles sont en hausse de + 1,4 % en 2013, alors qu'elles enregistraient une évolution de + 0,5 % en 2012.

Tableau 8 : Évolution des remboursements de soins de ville par nature de prestation en 2013

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

Tous les grands postes des prestations exécutées en ville contribuent positivement à la hausse des remboursements de soins de ville en 2013 pour le régime des salariés agricoles. Les indemnités journalières contribuent à cette évolution à hauteur de + 0,5 point. Les honoraires privés y contribuent pour + 0,3 point, soit la même contribution que les prescriptions. Les frais de transports et les autres prestations contribuent à la hausse des dépenses de soins de ville respectivement à hauteur de + 0,1 point et + 0,2 point.

La croissance des dépenses liées au remboursement des **honoraires médicaux** (prenant en compte les nouvelles rémunérations inscrites dans l'avenant 8 de la convention des médecins) **et dentaires** a fortement augmenté : + 1,3% en 2013 après une stabilisation des dépenses en 2012. Ce net rebond est le résultat de l'accélération de la hausse des remboursements **d'actes techniques** (+ 1,8 % après + 0,7 %) et des **actes dentaires** (+ 1,4 % après - 0,4 % en 2012). La **participation forfaitaire** de un euro a permis de réaliser une économie de 8,8 millions d'euros pour les honoraires médicaux.

Les dépenses liées au **parcours de soins coordonnés** s'élèvent à 8,6 millions d'euros pour la rémunération médecin traitant, correspondant au suivi des 215 000 patients en ALD au régime des salariés agricoles depuis plus d'un an. Elles représentent 5,8 % des honoraires des médecins généralistes. Au total, plus de 12,1 millions d'euros ont été versés au cours de l'année 2013, dont 1,9 millions pour les majorations de coordinations des soins.

Les **prescriptions** ont augmenté de + 0,6 % en 2013 après une évolution stable en 2012. Cette hausse se traduit principalement par deux évolutions : celle des auxiliaires médicaux, + 4,2 % (contribuant à la croissance des prescriptions de + 1,1 point) et celle des dépenses de la LPP et produits humains qui augmentent également de + 4,2 % (contribuant à l'évolution des prescriptions à hauteur de + 0,6 point).

Les remboursements de **médicaments** poursuivent leur baisse avec une évolution de - 1,9 % en 2013 (après - 2,6 % en 2012), principalement en lien avec l'application des mesures d'économie. En complément, l'économie réalisée au titre des franchises médicales sur les boîtes de médicaments est estimée à 18,2 millions d'euros.

Les remboursements des **actes de biologie** ont diminué de - 0,7 % en 2013 après une baisse de - 1,7 % en 2012.

La hausse des remboursements **d'actes paramédicaux** se poursuit en 2013 (+ 4,2 % contre + 5,1 % en 2012). Cette hausse fait suite aux revalorisations tarifaires d'actes des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes. Ainsi, les honoraires d'**infirmiers** ont progressé de + 3,8 % et ceux des **masseurs-kinésithérapeutes** de + 4,5 %. Pour les infirmiers, la progression plus faible de leur activité par rapport à 2012 (+ 1,9 % après + 3,1 %) vient modérer l'évolution des remboursements. L'activité des masseurs-kinésithérapeutes reste quant à elle stable par rapport à l'année précédente (+ 1,6 % contre + 1,7 % en 2012). Au cours de l'année 2013, l'économie réalisée au titre des franchises médicales sur les actes paramédicaux est estimée à 3,3 millions d'euros.

Les remboursements des produits de la **liste des produits et des prestations** (LPP) et des **produits d'origine humaine** évoluent au rythme de + 4,2 % en 2013 après + 1,8 % en 2012.

Les **frais de transports** progressent de + 2,1 % en 2013 après + 3,3 % l'année précédente. La hausse de ce poste s'explique notamment par la mise en place, en début d'année 2013, de majorations tarifaires des transporteurs sanitaires. Parallèlement, les diverses mesures d'économie sur ce poste ont permis d'en modérer l'évolution. L'économie réalisée avec les franchises sur les transports est de 0,7 million d'euros.

En 2013, les montants des **indemnités journalières** ont progressé de + 2,6 % au régime des salariés agricoles après une légère hausse de + 0,2 % en 2012. En nombre de jours, l'évolution du nombre d'IJ Maladie-Accident du travail pour les salariés agricoles augmente fortement : + 2,1 % après + 0,2 % en 2012.

1.3.2. L'évolution des dépenses au titre des établissements

Les versements aux établissements par le régime des salariés agricoles sont stables en 2013 après un recul de - 0,6 % en 2012 (tableau 9).

Tableau 9 : Évolution des versements par type d'établissements en 2013

	Total	Établissements publics	Établissements privés	Établissements médico-sociaux
Régime agricole	+ 0,4 %	- 0,3 %	- 1,5 %	+ 3,1 %
Salariés	+ 0,0 %	- 0,3 %	+ 0,0 %	+ 0,9 %

Après un fléchissement particulièrement marqué en 2012 (- 4,6 %), les versements aux établissements médico-sociaux sont en hausse en 2013 (+ 0,9 %). Les versements aux structures dédiées à la prise en charge des personnes âgées restent en baisse (- 0,4 %) mais de façon beaucoup moins prononcée qu'en 2012. A l'inverse, les versements aux établissements dédiés à la prise en charge des personnes handicapées augmentent de + 3,3 %.

Les remboursements de soins en établissements privés sont stables. La forte hausse des frais de séjours en soins de suite et de réadaptation (+ 7,1 %) a été compensée par la baisse des autres postes de dépenses.

Les dépenses sont en légère baisse (- 0,3 %) pour les établissements publics. Ceci provient du transfert de dotations MIGAC vers le FIR. Les frais de séjours tarifés à l'activité augmentent de + 1,3 %.

1.4. Le bilan du plan de gestion du risque MSA en 2013

Le plan de gestion du risque MSA 2013 était constitué dans la continuité des plans précédents avec la poursuite de la plupart des actions déjà initiées les années précédentes et un volet de nouvelles actions.

Ont été lancées en 2013 : une action portant sur le respect de l'AMM des prescriptions du médicament Versatis®, une nouvelle méthodologie d'intervention dans le domaine du contrôle des transports des malades, un élargissement de la population cible de l'action de sensibilisation à l'insuffisance rénale, un contrôle des actes infirmiers et une sensibilisation à l'usage des bandelettes de contrôle de la glycémie.

Les actions poursuivies étaient constituées d'actions à caractère règlementaire portant sur les prestations en espèces, avec un important volet de contrôle des arrêts de travail. Dans le domaine des prestations en nature, le contrôle du respect de la tarification a porté sur les établissements, les soins dentaires, la LPP. Les actions d'accompagnement des professionnels de santé et des assurés ont également été poursuivies, elles ont concerné les domaines du médicament et de l'usage de l'ordonnancier bizone.

1.4.1. Contrôle des arrêts de travail des salariés agricoles

1.4.1.1. Contexte des prescriptions d'arrêts de travail des salariés agricoles

En 2013, les Caisses de MSA ont reçu 623 600 prescriptions d'arrêts de travail, pour les salariés, dont 229 800 arrêts de travail initiaux soit 37 % du total.

Tableau 10 : Nombre de prescriptions d'arrêt de travail

Nombre de prescriptions d'arrêts de travail		% sur total	% sur Branche	évolution 2013 / 2012
nombre d'arrêts initiaux maladie	180 679	29%	40%	7%
nombre de prolongations maladie	275 486	44%	60%	1%
Total Arrêts maladie	456 165	73%	100%	4%
ratio Prolog / Initiaux maladie	1,52			
nombre d'arrêts initiaux AT-MP	49 106	8%	29%	0%
nombre de prolongations AT-MP	118 356	19%	71%	4%
Total Arrêts AT-MP	167 462	27%	100%	3%
ratio Prolog / Initiaux AT-MP	2,41			
nombre total d'arrêts initiaux	229 785			6%
nombre de total de prolongations	393 842			2%
Total des prescriptions d'Ar de Trav.	**623 627**	100%		3%
ratio Prologations / Initiaux	1,71			-3%

Les prescriptions d'arrêts de travail se répartissent pour 73 % sur le risque maladie et 27 % sur le risque accident du travail / maladie professionnelle. Les prolongations sont plus fréquentes en AT/MP, avec en moyenne 2,4 prolongations pour chaque arrêt initial, contre 1,5 pour le risque maladie.

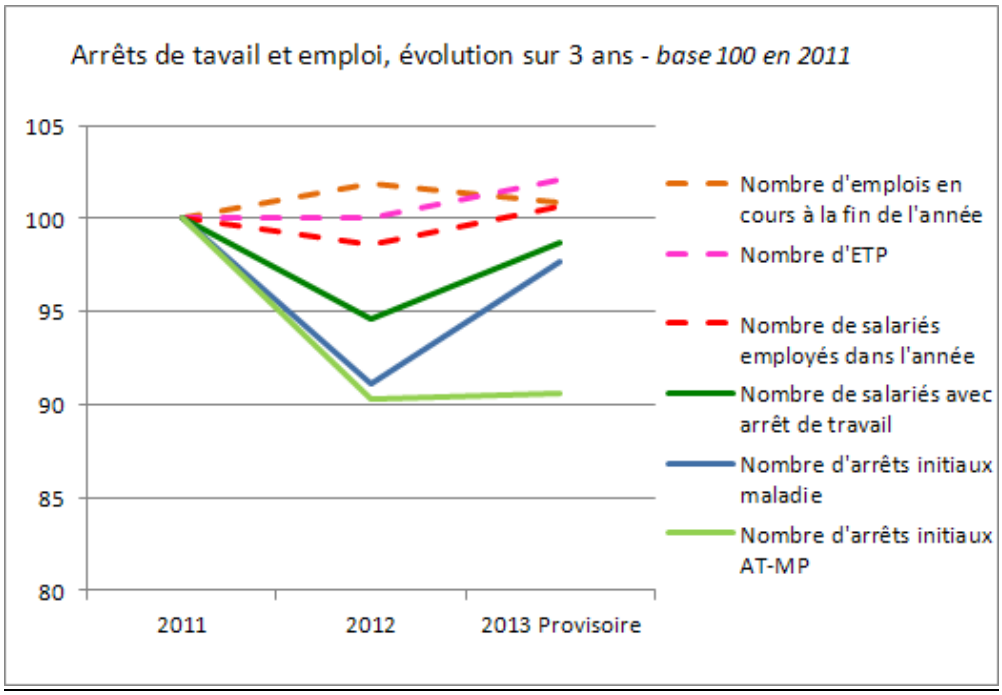
Le nombre de prescriptions a augmenté de 3% par rapport à 2012. Cette progression concerne les arrêts de travail maladie comme les arrêts pour accident du travail ou maladie professionnelle. Elle est particulièrement marquée pour les avis initiaux d'arrêts de travail maladie (+ 7 %).

Les mouvements enregistrés en 2013 sont à l'inverse de ceux constatés en 2012 : le nombre d'avis d'arrêt de travail était en diminution de - 5% entre 2011 et 2012, recul qui concernait particulièrement les avis initiaux tant pour le risque maladie qu'AT/MP.

L'emploi au régime agricole a progressé entre 2012 et 2013, néanmoins, cette évolution n'a que peu concerné l'emploi dit permanent, mesuré par la présence de salariés au 31 décembre dans leur emploi. Le nombre d'ETP sur l'année et le nombre de salariés ayant bénéficié, dans l'année, d'au moins un contrat de travail d'un employeur relevant du régime agricole ont augmenté de + 2 %, alors que le nombre de salariés présents en fin d'année a diminué de – 1 % entre décembre 2012 et décembre 2013 (données provisoires).

Ainsi, l'évolution des prescriptions d'arrêts de travail, et particulièrement celle des arrêts initiaux, ne peut être attribuée en totalité à l'évolution de l'emploi dont la croissance est plus faible et ne concerne que peu les salariés permanents.

Graphique 4 : Evolution du nombre d'arrêts de travail et de l'emploi



En termes de répartition géographique le volume des arrêts de travail maladie est fortement lié à celui de l'emploi permanent. Le coefficient de corrélation entre le nombre d'arrêts de travail initiaux en maladie et le nombre d'emplois en cours à la fin de l'année est de 0,74, ce qui indique une co-variation élevée. En revanche, le lien devient faible (r =0,40) entre le nombre d'arrêts initiaux maladie et le nombre de salariés employés dans l'année.

Le nombre d'assurés ayant eu au moins un arrêt de travail dans l'année suit la même répartition géographique que le nombre d'arrêts initiaux en maladie (r = 0,99). Il est donc corrélé de la même façon que ce dernier aux indicateurs d'emploi.

En revanche, les liens entre le volume des arrêts initiaux en AT/MP et les indicateurs de l'emploi sont minces. Il n'y a pas de corrélation entre le nombre d'arrêts initiaux AT/MP et l'indicateur le plus sensible à l'emploi saisonnier : le nombre de salariés employés dans l'année (r = 0,32). La relation est légèrement plus marquée avec l'indicateur de l'emploi permanent (r = 0,53).

Tableau 11 : Coefficients de corrélation entre le volume d'emploi et celui des arrêts de travail

Corrélation entre le volume d'emplois et celui des arrêts de travail

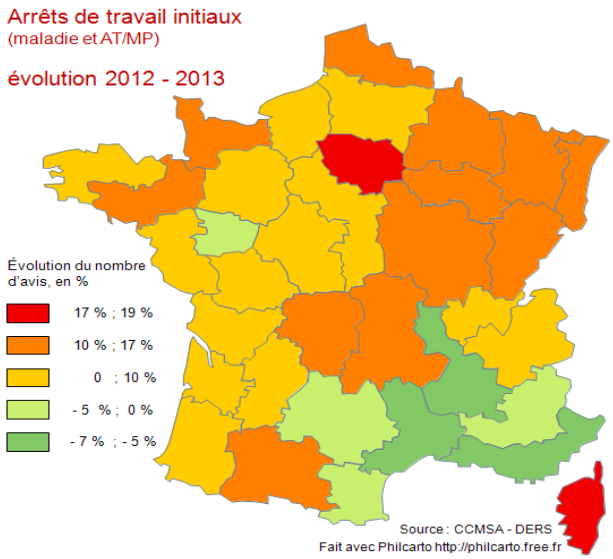
	Nombre de salariés employés dans l'année 2013 provis.	Nombre d'emplois en cours à la fin de l'année 2013 provis.	Nombre d'ETP 2013 provis.
Nb d'Arrêts initiaux maladie en 2013	0.40	0.74	0.70
Nb d'Arrêts initiaux AT/MP (1)	0.32	0.53	0.52
Nb d'assurés avec un arrêt de travail en 2013 (maladie ou AT/MP)	0.41	0.73	0.70

(1) les coefficients de corrélation pour la branche AT/MP sont calculés hors région Alsace

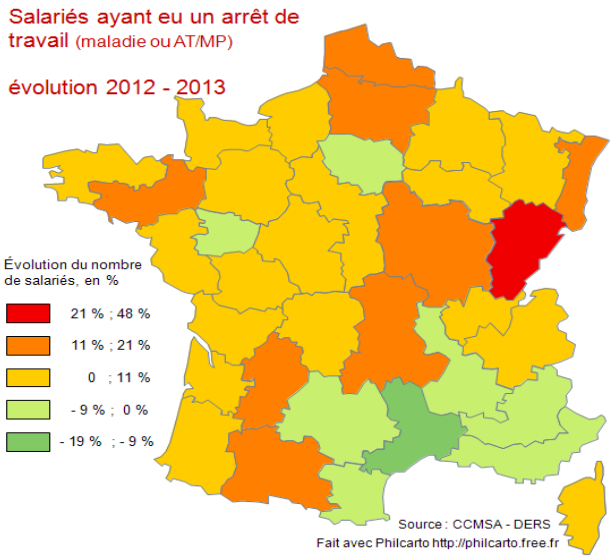
L'évolution, entre 2012 et 2013, du nombre d'arrêts de travail initiaux maladie et AT/MP, présente des disparités géographiques significatives. Les régions méditerranéennes ont vu le nombre d'arrêts initiaux diminuer, la baisse la plus importante concerne la caisse Ardèche Drôme Loire avec - 7 %. En revanche, le quart nord-est de la France, la Bretagne, l'Auvergne et le Limousin ont enregistré une croissance des avis initiaux d'arrêts de travail supérieure à 10 %. C'est en Ile de France et en Corse que les hausses ont été les plus importantes, avec respectivement + 18 % et + 19 %.

L'évolution du nombre de salariés ayant eu un arrêt de travail au cours de l'année présente de fortes similitudes spatiales avec l'évolution du nombre d'avis d'arrêt de travail. Toutefois, la situation de la caisse d'Ile de France est particulière, alors que le nombre d'arrêts initiaux augmentait fortement entre 2012 et 2013, le nombre de salariés ayant présenté un arrêt de travail diminuait durant la même période (- 6 %). Ces évolutions divergentes indiquent une concentration plus importante des arrêts de travail sur certains salariés.

Carte 1 : Evolution des arrêts de travail initiaux



Carte 1 bis : Evolution du nombre de salariés ayant eu un arrêt de travail

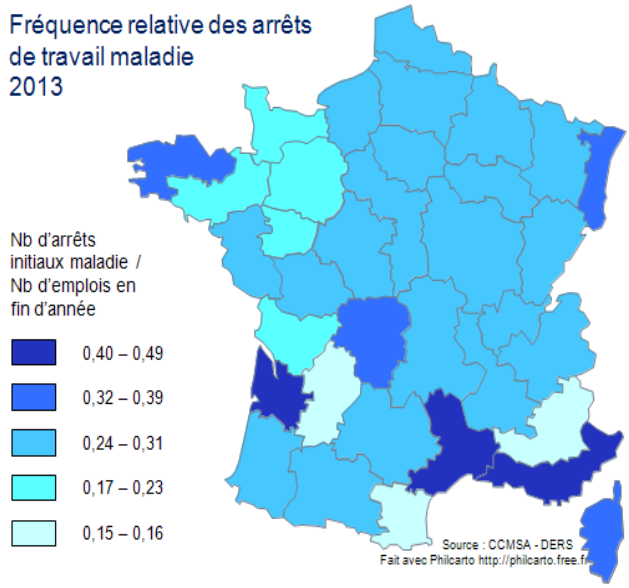


Le rapport « volume des arrêts de travail maladie » sur « nombre d'emplois en cours à la fin de l'année », est de 0,27 au niveau national. Pour trois caisses, cet indicateur de fréquence relative des arrêts de travail maladie, est nettement supérieur à la moyenne nationale : Gironde (0,46), Languedoc (0,44) et Provence Azur (0,40). A l'opposé de la distribution, mais proches géographiquement, trois caisses présentent un rapport « arrêts initiaux maladie » sur « emplois en cours à la fin de l'année », 2,7 fois inférieur. Il s'agit des caisses : Dordogne Lot et Garonne (0,15), Alpes Vaucluse (0,15) et Grand Sud (0,16).

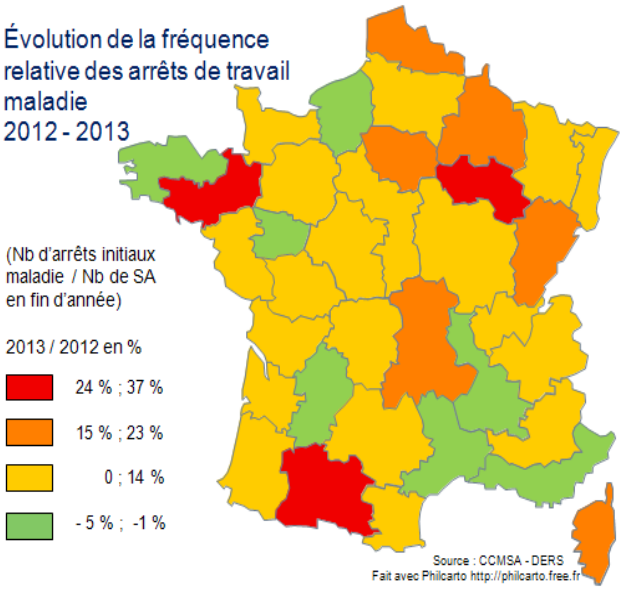
Cet indicateur permet également de neutraliser l'effet de l'évolution de l'emploi permanent sur l'évolution des arrêts de travail maladie. Avec toutefois une réserve : les données de l'emploi étant provisoires, les évolutions de ce ratio dues uniquement à l'évolution du dénominateur sont à prendre avec précaution. Dans les autres cas, il ressort une forte progression relative des arrêts de travail, supérieure à 15%, qui résulte de l'augmentation du nombre d'arrêts de travail concomitamment à une baisse de l'emploi permanent (Portes de Bretagne, Sud Champagne, Marne Ardennes Meuse et Nord Pas de Calais). Pour quatre caisses, le nombre d'arrêts de travail a progressé alors que l'emploi permanent restait relativement stable (Ile de France, Auvergne, Corse et Franche Comté). En revanche, le ratio arrêts maladie sur emplois permanents, a diminué dans 8 caisses. En Provence Azur et Ardèche Drome Loire, le nombre d'arrêts de travail a régressé alors que l'emploi restait stable. Dans les caisses : Languedoc, Armorique et Haute Normandie, la diminution du nombre d'arrêts de travail a été concomitante d'une progression de l'emploi permanent.

Enfin, il faut noter que globalement ce ratio a progressé là où il était peu élevé en 2012 et a par contre régressé dans les caisses où il était plus haut. Ce mouvement a eu pour effet de resserrer l'écart entre les caisses. La distribution du ratio arrêts de travail sur emplois permanents est donc moins étendue en 2013 qu'en 2012, avec un coefficient de variation respectivement de 0,27 et 0,32.

Carte 2 : Fréquence des arrêts de travail maladie



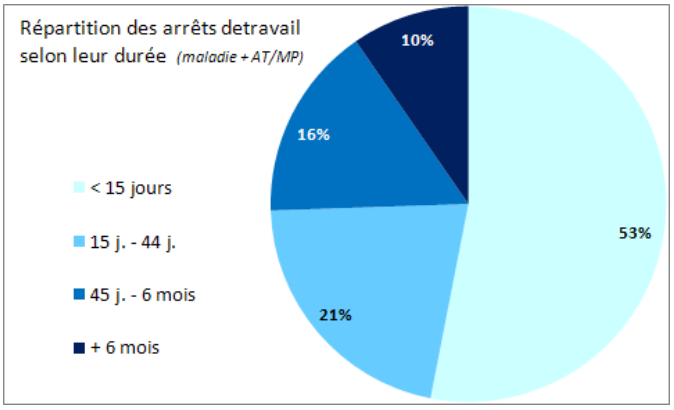
Carte 2 bis : Evolution de la fréquence des arrêts de travail maladie



La structure des arrêts de travail

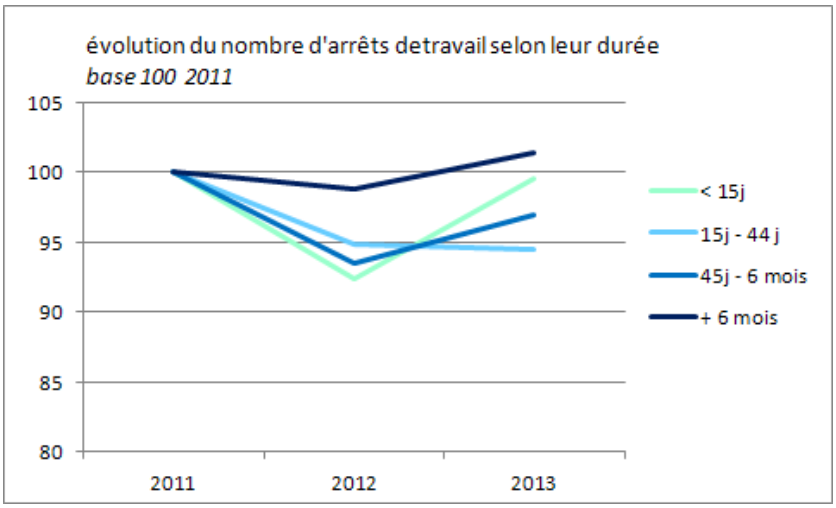
Une période d'arrêt de travail comprend l'arrêt initial et les différentes prolongations qui lui sont rattachées. La majorité des périodes d'arrêt de travail indemnisés (maladie et AT/MP) sont d'une durée inférieure à 15 jours (53 %). Un cinquième des arrêts durent entre 2 et 6 semaines. Les arrêts de longue durée, de plus de 6 mois, représentent un arrêt sur 10.

Graphique 5 : Répartition des arrêts de travail selon leur durée



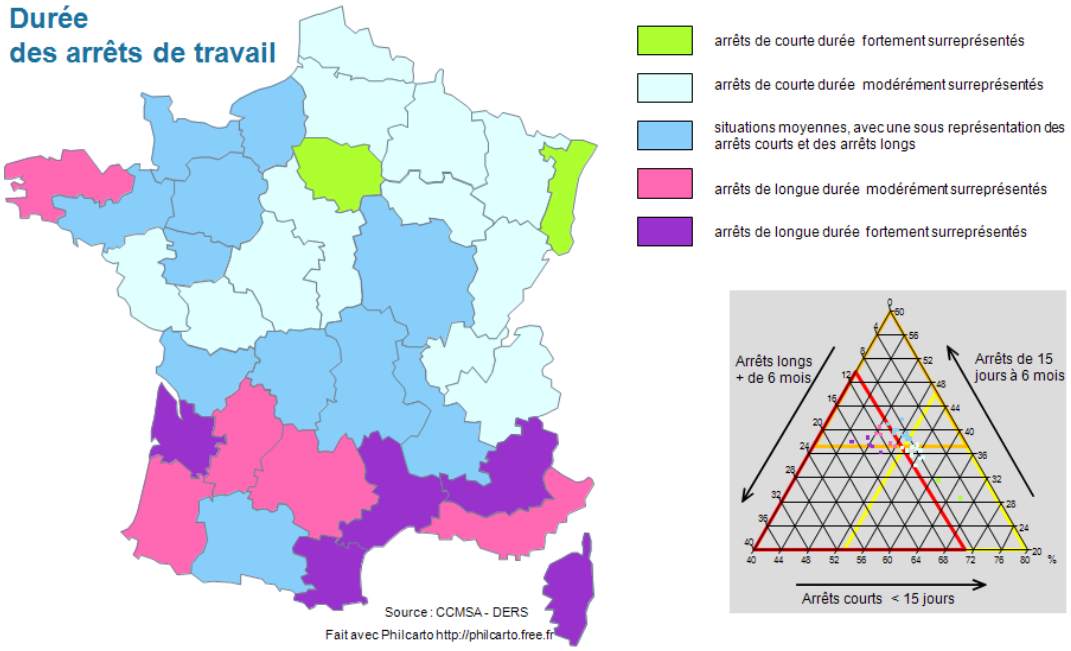
Entre 2012 et 2013, le nombre de périodes d'arrêts de travail, pour les risques maladie et AT/MP, a progressé de 4,6 %. Toutefois, cette hausse n'a pas été uniforme. Les arrêts de moins de 15 jours ont augmenté de 8 %. Les arrêts de durée moyenne (de 15 jours à 44 jours) sont restés stables. En revanche, le nombre d'arrêts longs a augmenté.

Graphique 6 : Evolution du nombre d'arrêts de travail selon leur durée



Les arrêts de travail de courte durée (< 15 jours) sont particulièrement fréquents en Ile de France (61 %) et en Alsace (66 %). Mais dans cette dernière région, seuls les arrêts de travail du risque maladie sont pris en compte, la MSA ne gérant pas le risque accident du travail / maladies professionnelles. Les arrêts de longue durée (de plus de 6 mois) sont fortement surreprésentés en Corse (17 % des arrêts de travail), dans les caisses de Gironde, Languedoc, Alpes Vaucluse (14 %), ainsi que dans la caisse Grand-Sud (13 %).

Carte 3 : Durée des arrêts de travail par CMSA



Sur l'année 2013, 188 500 salariés affiliés à la MSA ont eu au moins un arrêt de travail indemnisé que ce soit sur le risque maladie ou le risque AT/MP. Parmi ceux-ci, les trois quarts des salariés n'ont présenté qu'un seul arrêt durant l'année civile.

Tableau 12 : Répartition des assurés selon le nombre d'arrêts de travail en 2013

Répartition des assurés selon le nombre d'arrêts sur l'année 2013

1 ArT	2 ArT	3 ArT	4 ArT	5 ArT et +	nb assurés avec arrêt de travail
142 234	33 569	8 733	2 618	1 365	188 519
75.4%	*17.8%*	*4.6%*	*1.4%*	*0.7%*	*100.0%*
évolution 2012 -2013					
3.1%	7.5%	8.5%	18.0%	15.8%	**4.3%**

Entre 2012 et 2013, le nombre de salariés en arrêt de travail a progressé de +4,3 %, ce qui le place à un niveau proche de l'effectif observé en 2011, avec une évolution de -1,3 % entre 2011 et 2013. L'augmentation du nombre de personnes en arrêt de travail, entre 2012 et 2013, est d'autant plus élevée que le nombre d'arrêts présentés durant l'année est important. Si le nombre des salariés ayant eu un seul arrêt de travail a progressé de 3 %, le nombre de personnes avec 4 arrêts de travail durant l'année 2013 a progressé de 18 % par rapport à 2012.

Le risque d'être de nouveau en arrêt de travail dans l'année touche un quart des salariés présentant un premier arrêt. Le risque d'augmenter les séquences d'arrêts de travail croit avec le nombre d'arrêts. Ainsi le tiers des personnes ayant été en arrêt de travail 4 fois sur l'année présenteront un nouvel arrêt de travail avant la fin de l'exercice.

Tableau 13 : Probabilité de transition entre les séquences d'arrêts de travail

Probabilité de transition entre les séquences d'arrêts

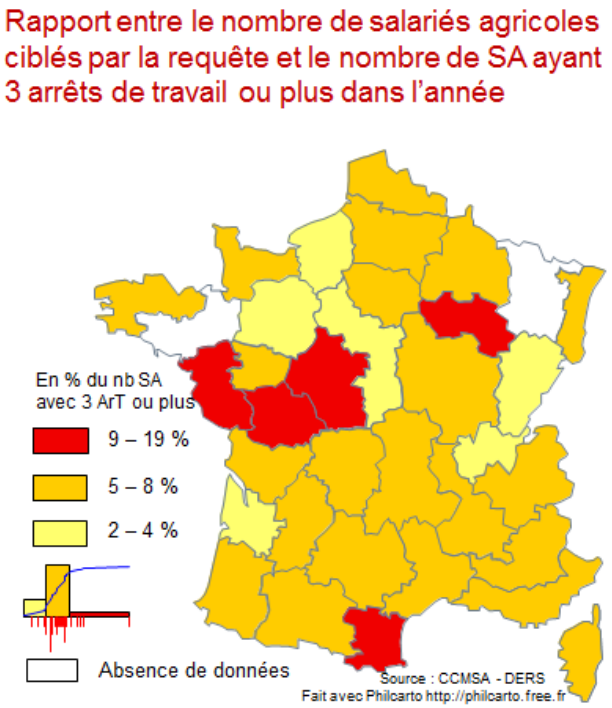
taux de passage du 1er au 2e arrêt	taux de passage du 2e au 3e arrêt	taux de passage du 3e au 4e arrêt	taux de passage du 4e au 5e arrêt
24.6%	27.5%	31.3%	34.3%

L'année 2013, se caractérise par une reprise des arrêts de travail, phénomène qui avait subi une décroissance en 2012. Ce sont les arrêts de courte durée, liés à des affections bégnines ou saisonnières, qui enregistrent la progression la plus importante, rattrapant le niveau qu'ils avaient en 2011. Conjointement, les situations de salariés présentant des arrêts répétitifs sont en progression.

1.4.1.2. Contrôle des arrêts de travail répétitifs

Le contrôle des arrêts de travail répétitifs est mené à partir d'une requête informatique (effectuée sur les bases de données des caisses de MSA) permettant d'identifier chaque mois, parmi les salariés en arrêt de travail, ceux dont l'arrêt est le 3e de courte durée (moins de 15 jours) sur une période rétrospective de 6 mois. Le service du contrôle médical examine la situation de chacun de ces assurés afin d'identifier les personnes ayant des raisons médicales de présenter des arrêts répétitifs (traitements itératifs pour une sclérose en plaques par exemple) et les exclure de la population cible. Sur l'ensemble de l'année 2013, 420 assurés ciblés selon ces critères ont reçu une lettre les informant de leur mise sous surveillance.

Carte 4 : Proportion de salariés agricoles ciblés par la requête



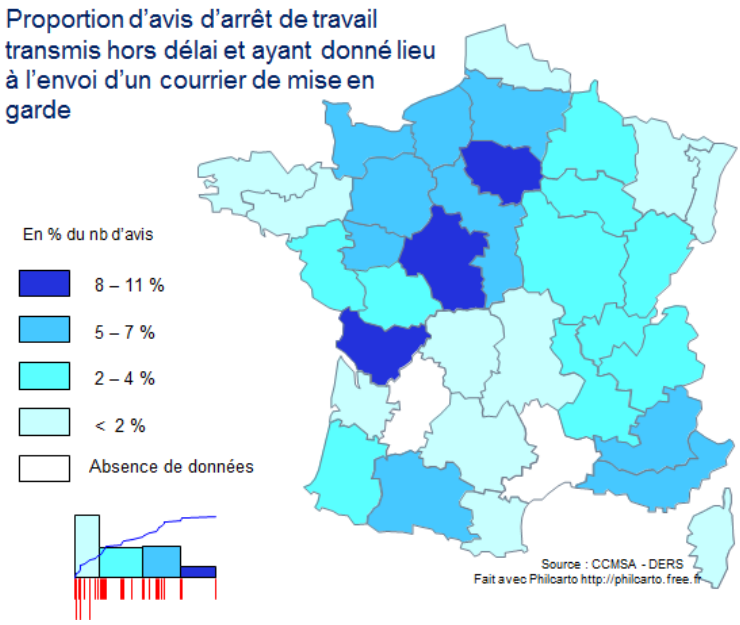
Parmi les salariés mis sous surveillance, 70 ont présenté un nouvel arrêt de travail dans les 6 mois qui ont suivi la lettre d'information. Leur arrêt de travail a été soumis au contrôle médical qui a rendu un avis, généralement sur examen direct de l'assuré. Dans une très large majorité les avis rendus ont été positifs.

Les effets de cette action, alliant une mise en garde et un contrôle des arrêts répétitifs, peuvent être évalués positivement au regard de la proportion de salariés présentant un nouvel arrêt (16%).

1.4.1.3. Respect du délai des 48h

Le contrôle du respect du délai d'envoi des arrêts de travail a mis en évidence 21 500 prescriptions transmises au-delà des 48h légales, soit 4 % de l'ensemble des prescriptions d'arrêts de travail. Ces prescriptions transmises hors délai ont fait l'objet d'un courrier de mise en garde. Une sanction a été appliquée à 2 600 salariés ayant transmis de nouveau un arrêt de travail hors délai (12 %), dans les 24 mois suivants.

Carte 5 : Proportion d'avis d'arrêt de travail transmis hors délai et ayant donné lieu à l'envoi d'un courrier de mise en garde



1.4.1.4. Indication du motif médical sur les arrêts de travail

En 2013, le contrôle de la présence du motif médical justifiant l'arrêt de travail sur le volet destiné au contrôle médical a permis de détecter 7 400 arrêts de travail sans motif, rendant l'arrêt de travail non recevable. Les prescriptions interceptées sans motif médical représentent 4,2 % du volume des prescriptions initiales d'arrêts de travail.

Face à cette situation, les CMSA retournent l'imprimé à l'assuré ou au prescripteur, dans ce dernier cas une information est généralement faite en parallèle au salarié. Ainsi, 2 000 arrêts sans motif médical ont été retournés aux professionnels de santé et 3 000 aux assurés. Les situations sont en général régularisées, puisque 86 % des prescriptions sont renvoyées complétées à la caisse.

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

En 2013, 1 400 prolongations d'arrêts de travail rédigées par un autre médecin que le prescripteur initial, sans motif recevable (soit 0,7 % du nombre total de prolongations réceptionnées par les caisses) ont été contrôlées. Ces prolongations sans motif ont été justifiées après réception du courrier pour 73 % d'entre elles, 240 ont débouché sur une notification de refus de prise en charge.

1.4.1.6. Signalements des employeurs

L'ensemble des caisses de MSA a reçu 290 courriers d'employeurs relevant du régime agricole exprimant des doutes sur la pertinence de l'arrêt de travail dont pouvait bénéficier un de leurs salariés. En retour, 260 courriers ont été transmis à ces employeurs afin de leur détailler les actions mises en place par les MSA dans le cadre du contrôle des arrêts de travail, et leur indiquer qu'ils avaient la possibilité de recourir à un médecin expert privé pour réaliser les contrôles des salariés qu'ils souhaitent.

1.4.1.7. Rapport des médecins mandatés par les employeurs

Cette faculté, récemment introduite par le législateur, semble peu utilisée par les employeurs de main d'œuvre du régime agricole, seuls 19 rapports médicaux ont été transmis aux contrôles médicaux des caisses. Les situations d'arrêt de travail correspondantes ont été examinées par les médecins conseils ; l'avis du médecin expert a très rarement été confirmé (1 seul cas).

1.4.2. Contrôle de l'ordonnancier bizone

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

En 2013, cette action a permis de sensibiliser 700 praticiens libéraux. Un courrier leur détaillant les prescriptions réalisées hors liste pour chacun de leurs patients leur a été transmis.

Le montant du ticket modérateur des remboursements des actes et prestations hors liste, remboursés à tort à 100 %, s'élève à **362 000 €.**

1.4.3. Actions de contrôle des actes dentaires

1.4.3.1. Légitimité des actes en Z présentés au remboursement

A partir d'une extraction rétrospective des actes en Z (15, 20, 31, 36) pouvant être réalisés à des fins d'orthopédie dentofaciale (ODF), chez les adultes de plus de 21 ans, effectués et remboursés entre le 1er août 2012 et le 31 juillet 2013, les dentistes conseils ont analysé la légitimité de leur prise en charge au regard de la NGAP.

En 2013, les chirurgiens-dentistes ont analysé 1 100 dossiers qui concernaient 500 praticiens. Au regard de la NGAP, 80 % des dossiers côtés en Z présentaient une anomalie. La majorité des irrégularités relevaient d'une non-application de la suppression du supplément Z5 pour numérisation. Dans ce cas, une lettre de rappel a été adressée aux chirurgiens-dentistes (480 courriers).

En présence d'autres anomalies, une demande de justification de l'indication de l'objet de la cotation a été adressée au chirurgien-dentiste traitant. Une procédure en récupération d'indus a été engagée à l'encontre du professionnel de santé qui avait présenté au remboursement des radios de profil en vue d'un traitement ODF chez des adultes ou des Cone Beam (technique d'imagerie).

1.4.3.2. Contrôle des bridges et des actes nécessaires à leur réalisation

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

En 2013, près de 1 550 chirurgiens-dentistes, qui ont côté au moins un bridge sur la période ciblée (janvier et février 2013), ont été contrôlés pour les actes réalisés sur les dents concernées par les bridges sur une période allant du 2 janvier 2011 au 28 février 2013. Chez 30 % d'entre eux des anomalies ont été relevées.

Les pratiques qui ne sont pas en conformité totale avec les référentiels de bonnes pratiques sont aussi nombreuses que les anomalies par rapport à la NGAP. L'ensemble des anomalies représentent 4 % des coefficients facturés pour le traitement et la pose d'un bridge. Une procédure en récupération d'indus a été engagée auprès de 160 praticiens pour des anomalies de cotation. Le montant des indus s'élève à **55 000 €**.

1.4.4. Actions médicaments

1.4.4.1. Versatis® : respect de l'AMM

Les remboursements de Versatis®, emplâtre à la lidocaïne, principe actif de la classe des anesthésiques locaux, n'ont cessé de croître depuis le début de sa commercialisation prise en charge par l'assurance maladie, en février 2011. Au cours de l'année 2012, le montant des remboursements au régime agricole, toujours en phase de croissance, a progressé de + 35%. Dès lors, une action a été mise en place pour vérifier la justification médicale de ces prescriptions.

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

Environ 4 000 prescriptions de Versatis® faites par 2 500 médecins suspectés d'être hors AMM

Durant le second semestre 2012, 2 500 prescripteurs ont réalisé 4 052 prescriptions de Versatis® à 3 700 assurés MSA n'ayant pas consommé d'antiviral spécifique ou non du zona dans les deux ans précédents. Ces médecins sont suspectés d'avoir fait des prescriptions ne correspondant pas au cadre de l'AMM. Ces 4 000 prescriptions représentent un montant de remboursements de **630 000 €**.

Sur les 3 700 assurés constituant la base de données source de l'action, ce sont les assurés âgés de 50 à 89 ans qui sont les plus concernés par la prescription du médicament Versatis®. Cette classe d'âge regroupe environ 77 % des consommateurs de Versatis®.

Réponse des médecins pour 65% des assurés

Sur l'ensemble de l'année 2013, les 3 860 médecins libéraux ayant prescrit du Versatis®, mais pas d'antiviraux signalant un éventuel zona, ont été destinataires d'un courrier leur demandant de confirmer pour chaque assuré si la prescription respectait bien les indications de l'autorisation de mise sur le marché.

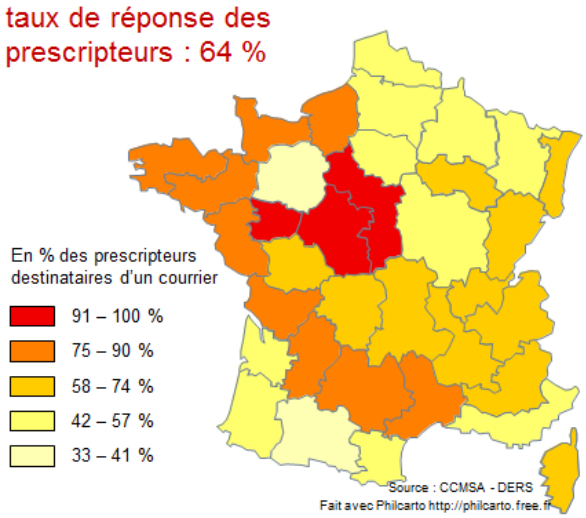
64 % des médecins ont répondu à ce premier courrier, ils ont validé le tiers de leurs prescriptions de Versatis® en rapport avec l'indication de l'AMM. Ainsi, sur l'ensemble des prescriptions ciblées seules 21 % ont été validées, ce qui correspond à 40 % des remboursements de ce médicament.

Les prescripteurs n'ayant pas répondu à la première lettre de demande de justification de leur prescription ont reçu un second courrier les informant que, même si le prescripteur responsable de sa prescription peut poursuivre le traitement de son patient par Versatis®, ce traitement ne sera plus pris en charge par la MSA.

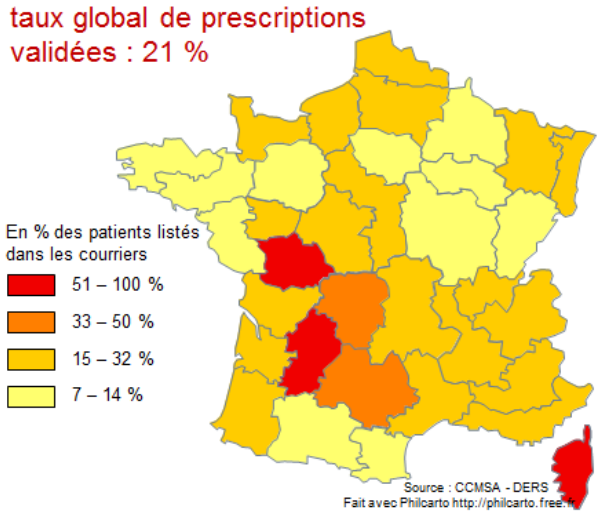
Les résultats d'une deuxième requête faite mi-2013 par 22 caisses ont permis de vérifier si les prescripteurs ont de nouveau prescrit Versatis®. Les résultats montrent que 6 % des médecins ont poursuivi leur prescription hors AMM de Versatis®.

Dès lors une procédure de récupération d'indu a été mise en œuvre à l'encontre du médecin, globalement le montant des indus reste modeste : 10 000 €.

Carte 6 : Taux de réponse des prescripteurs



Carte 6 bis : Taux de prescriptions validées



Un impact notable sur les dépenses

Parallèlement aux données issues de cette action, les requêtes faites à partir du Sniiram, sur le second semestre 2012 et l'ensemble de l'année 2013, montrent une diminution des montants remboursés et du nombre de boites Versatis® remboursées au régime agricole. En un semestre le montant remboursé a reculé de 10%, alors qu'au régime général et au régime social des indépendants, le montant remboursé de Versatis® a connu des progressions, respectivement de + 9 % et + 6%.

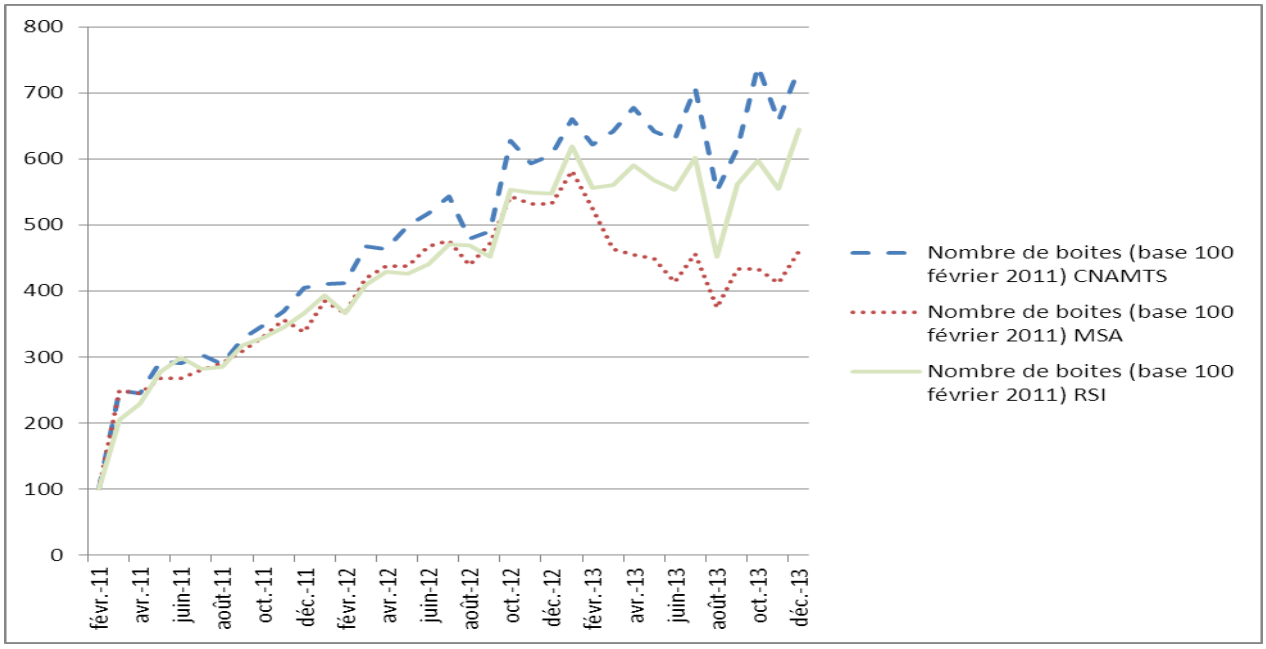
Tableau 14 : Evolution du montant remboursé de Versatis® par régime

Evolution du montant remboursé de Versatis® par régime

	2e semestre 2012	1er semestre 2013	2e semestre 2013
MSA	1 013 780	916 281	806 554
évolution		*-9,6%*	*-12,0%*
RG	19 676 819	21 417 217	21 940 508
évolution		*8,8%*	*2,4%*
RSI	836 576	886 460	871 144
évolution		*6,0%*	*-1,7%*

Au second semestre 2013, la baisse des remboursements s'est accentuée au régime agricole (- 12 %) et dans les deux autres grands régimes la tendance haussière s'est brisée. Au RSI, le montant des remboursements a diminué et au régime général la croissance a été fortement ralentie. L'impact de l'action a ainsi eu un effet décalé dans le temps sur les remboursements de l'ensemble des régimes.

Graphique 7 : Evolution du nombre de boîtes Versatis® facturées par régime



Source : MSA SNIIRAM-DCIR

Raisons des prescriptions hors AMM

D'après les observations des caisses et les échanges qu'elles ont eu avec les médecins, touchés par cette action il semblerait que la plupart du temps les médecins généralistes, soit renouvelaient la prescription d'un confrère hospitalier ou d'un centre antidouleur, soit prescrivaient Versatis® dans le cadre de douleurs chroniques anciennes n'ayant pas été soulagées ou des douleurs neuropathiques pour cancer en fin de vie.

Conclusion

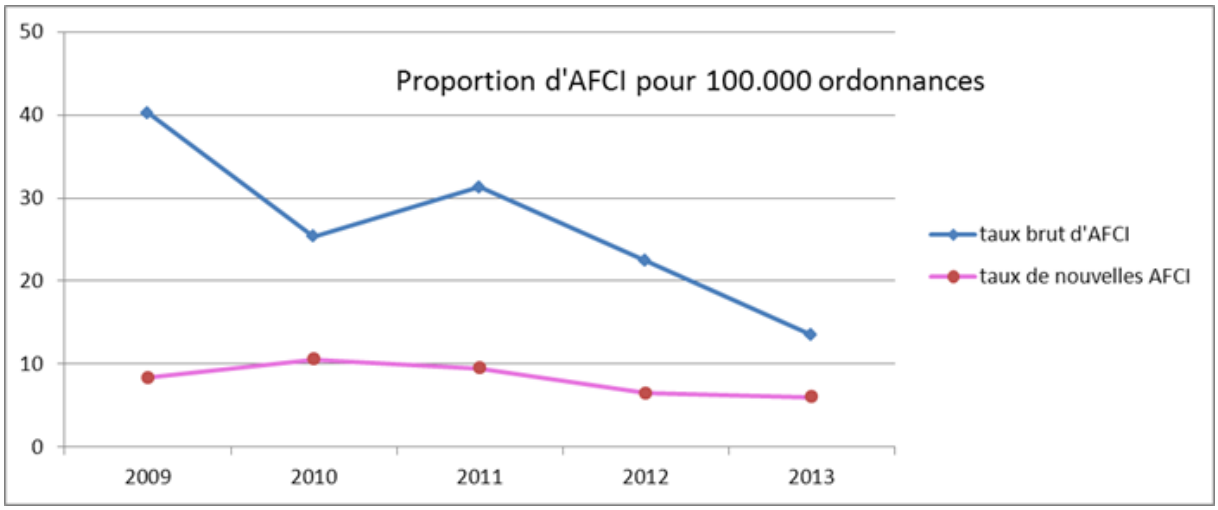
Grâce à cette action, près de 4 000 médecins ont été informés sur l'ensemble de la France des indications de l'AMM pour le produit Versatis® et rappelés au strict respect de celle-ci. Les demandes de remboursement de Versatis ont très nettement diminué montrant ainsi que les médecins ont été sensibilisés à la prescription hors des indications de l'AMM de Versatis et n'ont pas renouvelé ou n'ont pas initié de traitement non justifié médicalement. **L'action a eu un impact sur le montant remboursé au régime agricole et également sur celui observé dans les deux autres régimes.**

Les résultats de ce type de dispositif montrent l'intérêt pour les organismes d'assurance maladie de mettre en place des actions de gestion du risque permettant de sensibiliser particulièrement les prescripteurs.

1.4.4.2. Associations médicamenteuses formellement contre indiquées

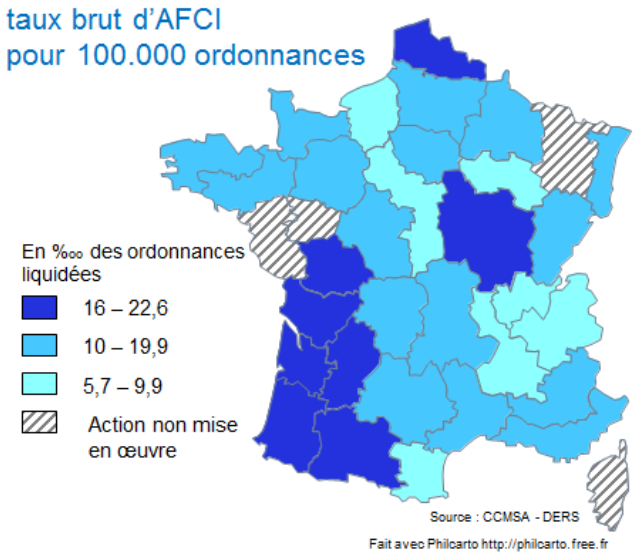
L'action Associations médicamenteuses formellement contre indiquées (AFCI) a été mise en œuvre comme les années précédentes. Elle est construite avec un objectif de santé publique et prend la forme d'un accompagnement / sensibilisation des prescripteurs. Les AFCI sont détectées automatiquement sur les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

Graphique 8 : Taux d'AFCI pour 100 000 ordonnances

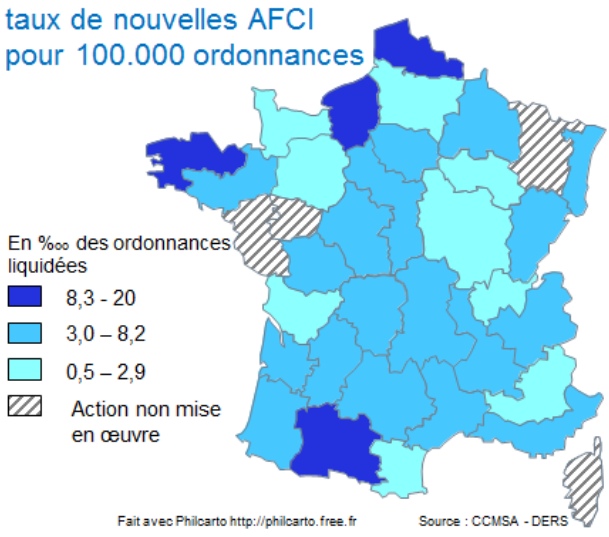


Sur les quatre dernières années, le taux de nouvelles AFCI est relativement stable, il s'établit en 2013 à 6,1 AFCI pour 100 000 ordonnances liquidées. En revanche, le taux brut d'AFCI, correspondant aux nouvelles ordonnances et aux renouvellements détectés automatiquement par l'outil informatique est en décroissance sur la période, il est passé de 40 pour 100 000 en 2009, première année de la mise en place de l'action, à 13,5 en 2013. Cette tendance à la baisse révèle l'impact de l'action.

Carte 7: Taux brut d'AFCI par CMSA



Carte 7 bis : Taux de nouvelles AFCI par CMSA



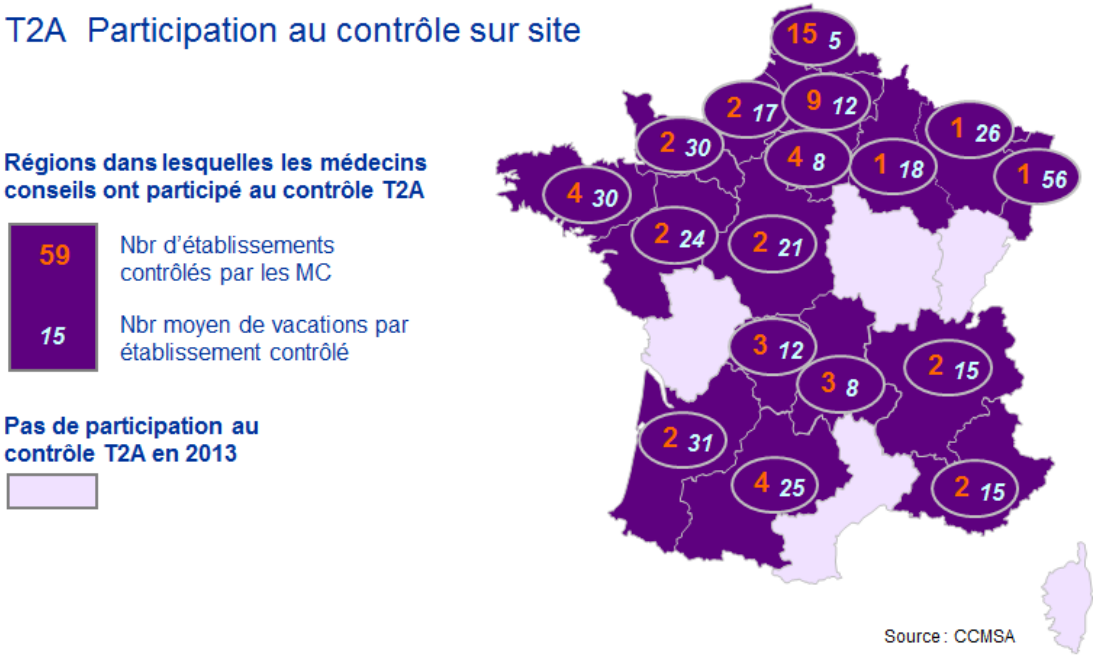
1.4.5. Contrôle régional de la T2A

En 2013, les médecins conseils de la MSA ont apporté leur concours au contrôle de la T2A au sein des Unités de contrôle régionales (UCR).

Ils ont participé au contrôle de 59 établissements sur les 208 ciblés, soit une contribution au quart des contrôles. Les moyens consacrés au contrôle sur l'ensemble des caisses représentent 2 ETP.

Lorsque les caisses de MSA n'ont pas un périmètre régional, les moyens ont souvent été mutualisés au sein de la région concernée.

Carte 8 : Participation régionale des caisses de MSA au contrôle T2A



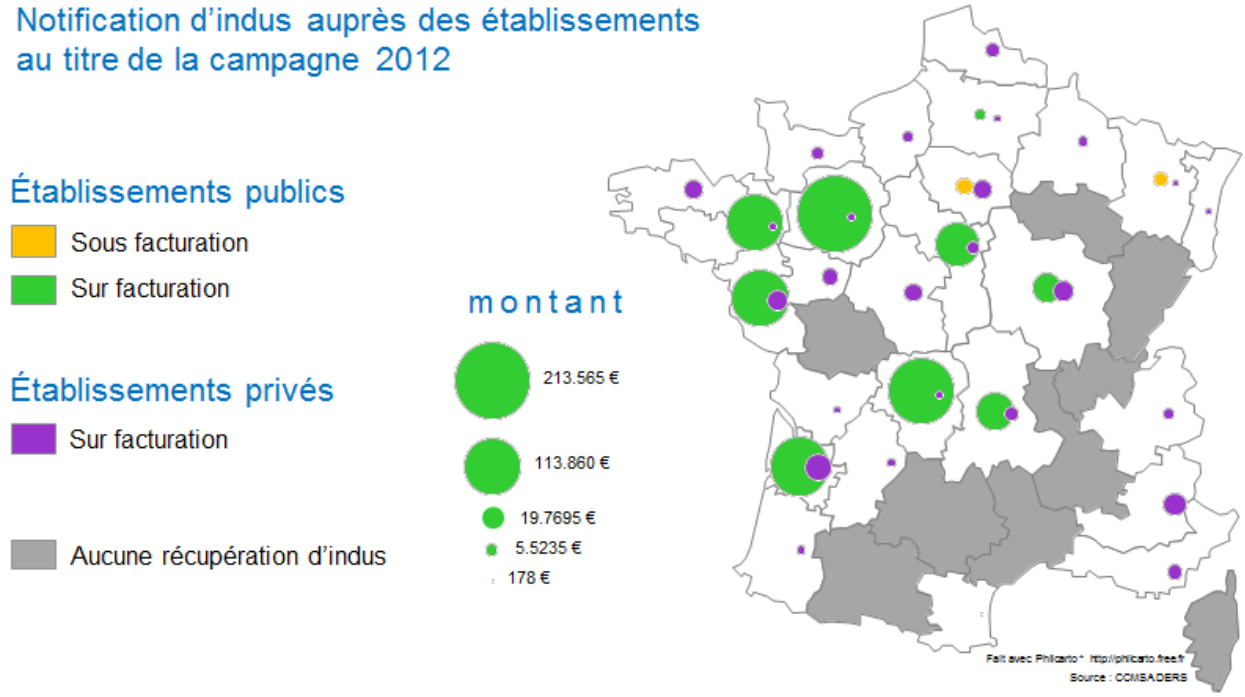
Les données portant sur le résultat du contrôle, n'étaient pas encore totalement consolidées par les UCR au moment du recueil de ces indicateurs (janvier 2014). Sur les données complètes le taux de dossiers en anomalies est de 41 %.

Par ailleurs, les caisses de MSA pivots des établissements contrôlés sont chargées de la récupération des indus.

La campagne 2013 débutait au moment du recueil et est donc peu significative. Sur la campagne 2012, tous les résultats ne sont pas encore consolidés, mais les indus à récupérer par les caisses sur les établissements publics s'élevaient en janvier 2014 à **870 000 €** (résultat de 1 020 000 € de surfacturations et de 150 000 € de sous facturations).

Les indus à récupérer sur les établissements privés, au titre des remboursements des patients affiliés au régime agricole, s'élevaient en janvier 2014 à **191 500 €** (qui se décomposent en 222 500 € de surfacturations et 31 000 € de sous facturations).

Carte 9 : Notification d'indus auprès des établissements contrôlés au titre de la campagne 2012



1.4.6. Actions de contrôle des transports

Depuis 2007, les caisses de MSA mènent des actions de contrôle avec un minimum par caisse de 100 factures de transports par an :

- Contrôle administratif : vérification des tarifs, des distances, du mode de transport utilisé, du caractère remboursable, avec pour conséquence une action de correction de la somme remboursée (contrôle a priori) ou une récupération d'indus (contrôle a posteriori),

- Contrôle médical : analyse du rapport avec une ALD et/ou de la justification du recours à l'ambulance avec pour conséquence une sensibilisation de l'assuré et du prescripteur.

Ces contrôles ont cependant atteint leurs limites du fait de la généralisation de la télétransmission imposant un contrôle a posteriori et de ce fait une activité lourde de récupération d'indus. Par ailleurs, l'évolution de la réglementation limitant les prises en charge de transport des assurés en ALD aux personnes présentant une déficience a également imposé la mise en place de nouvelles actions de contrôle des transports de malades.

Ainsi, en 2013, afin de gagner en efficacité, la MSA a développé 2 nouvelles actions de contrôles des transports des malades en concentrant autant que possible les contrôles sur des cibles particulières intéressant les 3 acteurs concernés : transporteurs, prescripteurs et assurés.

1.4.6.1. Contrôle des assurés ayant eu plus de 60 transports

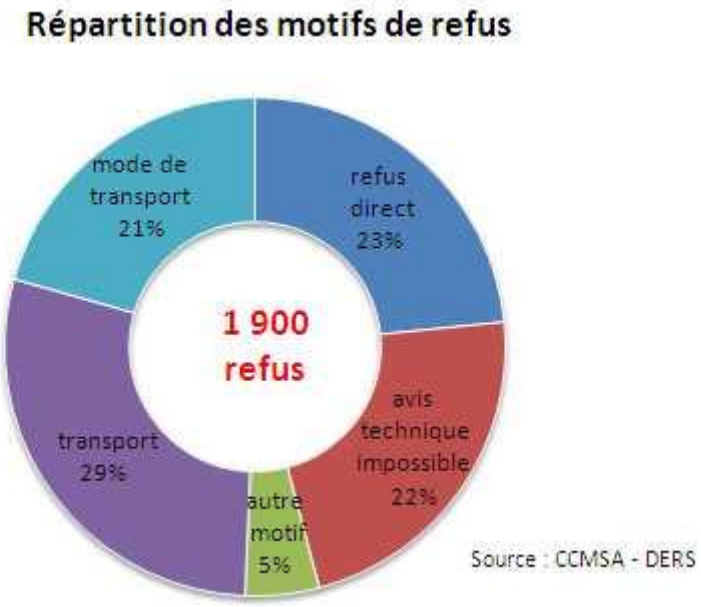
Le contrôle porte sur la justification de la prise en charge pour les assurés bénéficiant d'un nombre de transports supérieurs à 60 sur une période de 6 mois. Le contrôle médical effectue une analyse du lien avec l'ALD et du mode de transport retenu par rapport au niveau de déficience.

Si l'avis rendu est négatif sur le transport ou le mode de transport (refus en 1ère décision), l'assuré, le prescripteur et le transporteur sont informés et les futurs remboursements seront bloqués pour refus de remboursement sur une période de 6 mois.

Dans le cas où les informations sont insuffisantes, le médecin-conseil adresse un courrier de demande d'informations complémentaires afin qu'il puisse rendre sa décision.

En 2013, les CMSA ont donc contrôlés 2 000 dossiers d'assurés, soit 200 000 transports. Seul 1% de ces transports a fait l'objet de refus, également répartis entre refus administratifs et refus médical. Les dépenses évitables générées par ces refus sont de **50 000 €**.

Graphique 9 : Répartition des motifs de refus



Il s'est avéré que les transports itératifs étaient justifiés pour la quasi-totalité des dossiers. Cette action a donc nécessité une lourde analyse médicale. Par ailleurs, les moyens de contrôle médical s'avèrent limités pour émettre un avis sur les justificatifs d'un transport par l'impossibilité de constater l'état du malade au moment du transport.

Cette action n'est donc pas reconduite en 2014 car elle s'avère très chronophage pour les services médicaux des caisses pour peu de résultats et pour un faible rendement.

1.4.6.2. Contrôle des transporteurs présentant des atypies de facturation

A partir d'une requête informatique qui liste les entreprises de transports et les artisans taxis ayant recours aux codes d'exonération et selon le contexte local, les caisses de MSA sélectionnent 4 transporteurs (2 ambulances et 2 taxis).

Pour chacun des professionnels étudiés, 15 prescriptions médicales de transports accompagnées de 15 factures correspondantes seront retenues pour analyse par le contrôle médical. Ces 4 transporteurs sont mis en surveillance, sans ordonnancement.

Le médecin-conseil procède à l'analyse de la prescription en lien avec les informations médicales dont il a connaissance et le service prestations procède, lui, à l'analyse de la facture et du volet administratif de la prescription.

Selon le type d'anomalie constatée (prescription médicale, désaccord du médecin-conseil, anomalie sur la facturation) la caisse de MSA doit alors suivre une procédure adaptée et menée à son terme afin de ne pas supporter de charge indue.

Au total, ce sont 1 000 dossiers d'ambulances et 900 dossiers de taxis qui ont été analysés. **Un quart de ces dossiers a révélé des anomalies.** Ces dernières sont également réparties pour les ambulances entre anomalie de prescription (absence d'indication du motif, absence de mode de transport prescrit…), désaccord du contrôle médical (motif du transport sans rapport avec l'ALD, structure appropriée plus proche, mode de transport non justifié…) ou anomalie de facturation (mode de transport non-conforme à la prescription, tarif kilométrique non-conforme…). Pour les taxis, par contre, près de la moitié des anomalies étaient des anomalies de facturation.

Les indus réclamés au titre de ces anomalies s'élèvent à **8 000 € pour les ambulanciers et 11 000 € pour les taxis**.

1.4.7. Actions de sensibilisation à l'insuffisance rénale

Cette action de sensibilisation à l'insuffisance rénale auprès des professionnels de santé et des assurés a été poursuivie en 2013, en élargissant la population d'assurés à sensibiliser. Ainsi, elle vise désormais, en plus des diabétiques, les insuffisants cardiaques et les consommateurs d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

Les caisses ciblent les médecins à patientèle MSA relativement importante, qui ont un taux d'assurés dépistés (par dosage de créatinémie) plus faible que le taux moyen de la caisse.

Ces médecins, ainsi que leurs patients, sont alors destinataires d'un courrier de sensibilisation à l'insuffisance rénale chronique chez les patients à risque.

Certaines caisses ont opté pour une adaptation locale de la méthodologie et adressent un courrier uniquement aux médecins. Par ailleurs, du fait d'un problème de codage (pourtant déjà existant en 2012) dans le logiciel informatique de certains laboratoires qui ne côte pas la créatinémie mais une urée simple, la mise en place de cette action a été difficile, voire impossible, dans certaines caisses de MSA.

Réalisée en deux vagues annuelles, **cette action a permis de sensibiliser près de 25 000 patients et leurs 10 000 médecins traitants**. Le taux de dépistage national est de 80 % pour chacune des vagues.

1.4.8. Actions de sensibilisation sur les nouvelles modalités de prise en charge des bandelettes d'auto-surveillance de la glycémie

Cette action de sensibilisation fait suite à la parution au JO le 27/02/2011 de l'arrêté du 25 février 2011 qui modifie les modalités de prise en charge des bandelettes d'auto-surveillance de la glycémie (limitation à 200 bandelettes par an pour les personnes diabétiques de type 2).

Ainsi, les CMSA ont identifié tous les patients diabétiques de type 2 non insulinodépendants ayant consommé des bandelettes au cours de l'année afin de leur adresser un courrier les informant de la limitation à 200 bandelettes par an.

40 700 assurés ont donc été avertis de cette limitation de prise en charge.

Cette action de sensibilisation sera poursuivie sous une nouvelle forme en 2014. Le repérage automatique des patients ayant consommé 200 bandelettes dans l'année permettra de bloquer les demandes de remboursement ultérieures.

1.4.9. Traitement des ententes préalables de grand appareillage

La suppression des centres médicaux d'appareillage (CMA) a nécessité la mise en place d'une nouvelle organisation du traitement des ententes préalables du grand appareillage (chapitres 5, 6 et 7 du titre II de la liste des Produits et Prestations Remboursables) qui doit désormais s'effectuer au sein des contrôles médicaux des caisses de MSA.

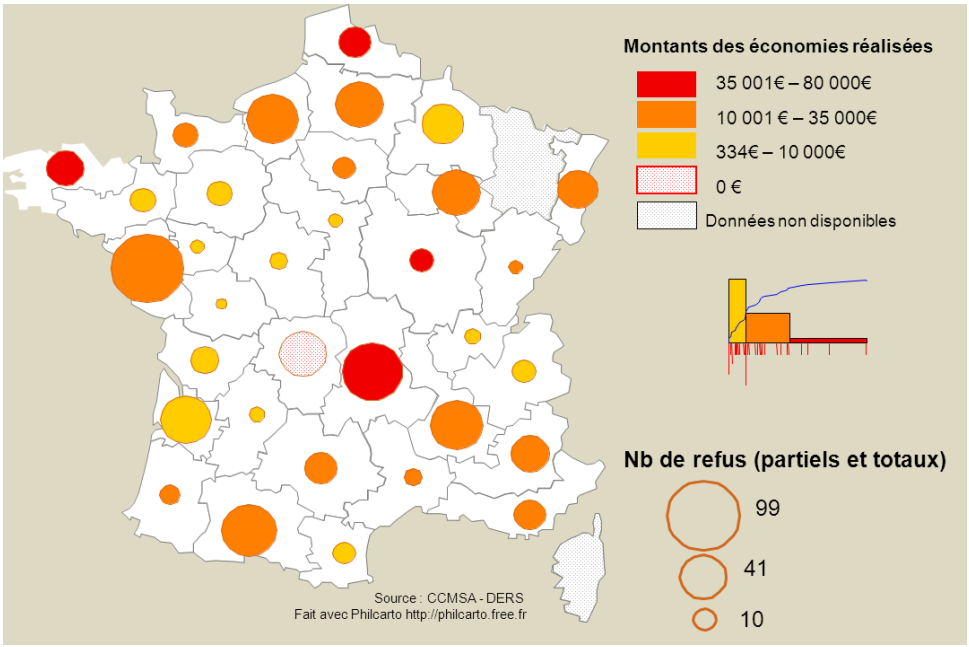
Afin de préparer au mieux ce transfert de compétences, deux types de formations ont été mis en place :

- Une formation médico-administrative d'une journée dispensée en 2012 pour un binôme médico-administratif de chaque caisse.
- Une formation pour 4 médecins conseils volontaires (sélectionnés selon leur répartition géographique afin d'assurer une couverture nationale et leurs motivations) qui ont obtenu le diplôme universitaire d'appareillage en 2013. Ces médecins sont donc référents régionaux.

En 2013, les CMSA ont fait l'objet de plus de 15 000 demandes de prise en charge d'appareillage, dont 6 % ont donné lieu à des refus (également répartis entre refus partiels et refus totaux). Certaines caisses ont rencontré des difficultés de mise en œuvre de cette nouvelle activité au sein du contrôle médical, notamment liées à la complexité et à la technicité importante qu'elle requiert.

Le montant des refus liés à la mise en place de ces contrôles s'élève à près de **600 000 €**.

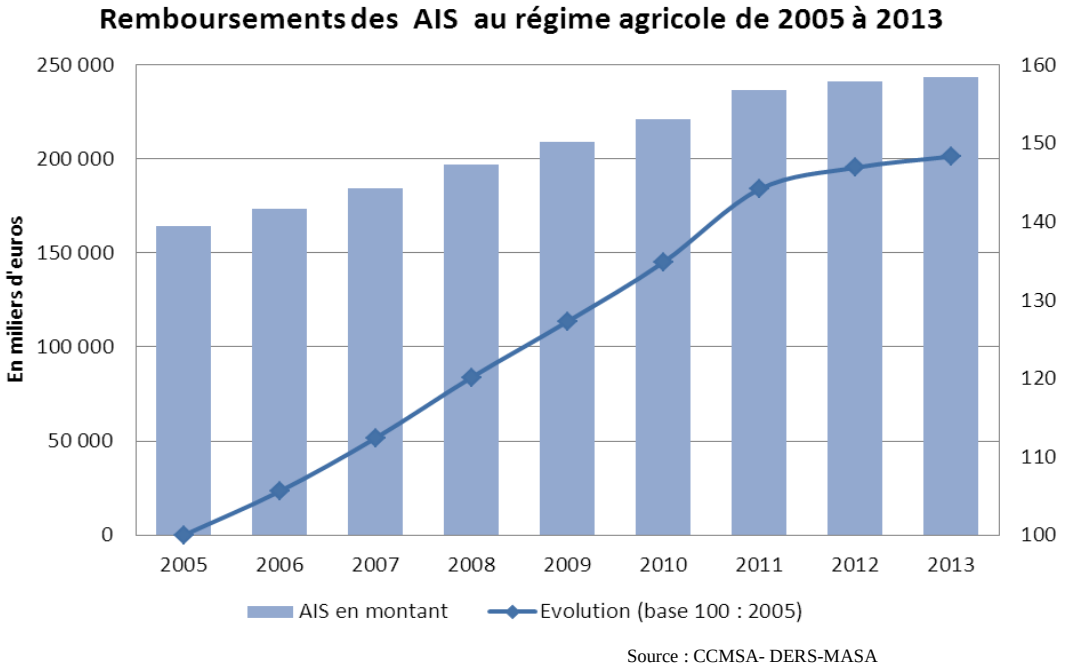
Carte 10 : Nombre de refus et montant des économies réalisées liés aux demandes de prise en charge d'appareillage en 2013



1.4.10. Action de contrôle des actes infirmiers

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

Graphique 10 : Montants remboursés des AIS au régime agricole depuis 2005



Source : CCMSA- DERS-MASA

Une action a donc été mise en place afin de s'assurer de la bonne facturation des soins infirmiers. 2 axes sont privilégiés pour ce contrôle :

- d'une part, vérifier la bonne pratique des infirmiers libéraux (IDE) lors de soins en AIS (en rapport notamment avec les règles de non cumul). Cette action, de nature administrative, a déjà été mise en place précédemment dans certaines caisses. Elle présente un solide fondement juridique et ne génère que très peu de contentieux.

- d'autre part, s'assurer de la justification médicale des majorations de nuit facturées dont les professionnels de santé auraient trop souvent recours, d'après les informations des caisses.

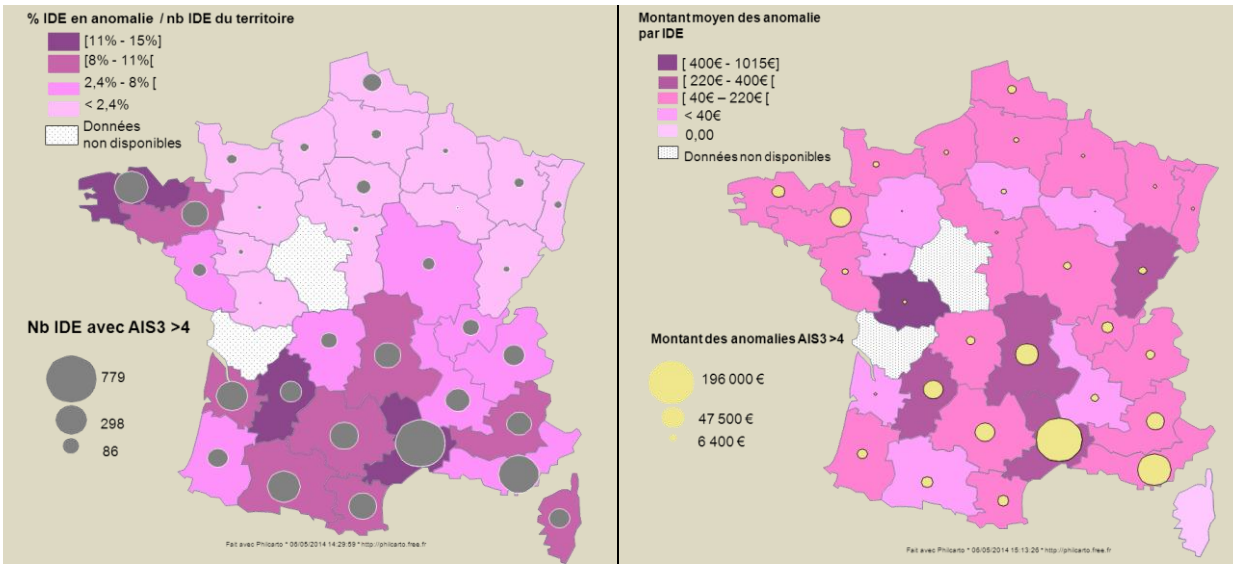
1.4.10.1 La surveillance des AIS3

La surveillance des AIS3 est réalisée à partir d'un ciblage sur les assurés ayant eu plus de 4 AIS3 par jour, quel que soit l'IDE les ayant réalisé. Le contrôle médical détermine ensuite si la prescription / exécution pour ces assurés entre bien dans une pratique conforme à la NGAP en fonction des éléments connus dans le dossier de l'assuré.

Près de 4.800 IDE ont été identifiés en anomalies (soit 5,2 % des IDE en activité sur le territoire[5]) concernant 3.100 patients. Cette proportion est plus élevée dans le sud de la France (jusqu'à 15% pour la caisse du Languedoc, 12 % pour la CMSA Dordogne-Lot et Garonne). Le montant de ces anomalies est de **622 000 €** pour l'ensemble des CMSA, soit une anomalie moyenne de 130 € par IDE.

[5] Base : IDE (libéraux ou mixtes) en activité au 01/01/2013 (Source : DREES).

Carte 11 : Nombre et proportion d'IDE en anomalie **Carte 11 bis : Montant des anomalies**

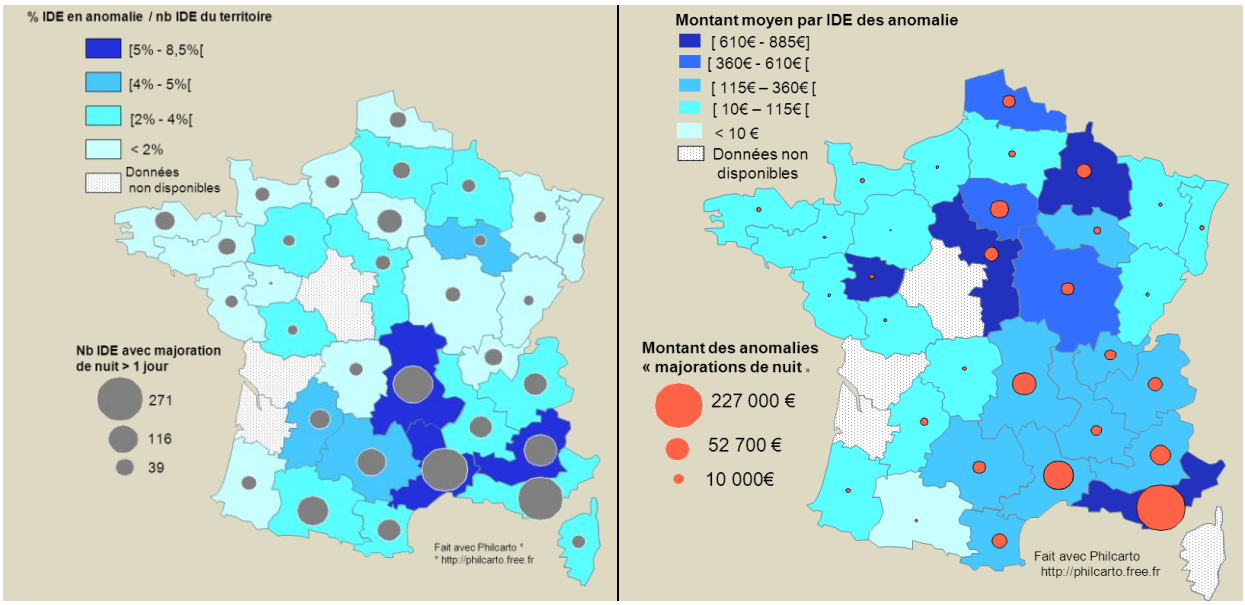


1.4.10.2. Le contrôle des majorations de nuit

Le contrôle des majorations de nuit est réalisé à partir d'un ciblage des assurés ayant eu un remboursement d'au moins 2 majorations de nuit par jour en rapport avec des AMI ou des AIS. Ces dossiers (à l'exclusion des cancers connus en ALD depuis moins d'un an à la date des soins) sont étudiés par le service médical afin de déterminer si la prescription / exécution des actes infirmiers de nuit sont en conformité avec la NGAP.

En 2013, les caisses de MSA ont constaté des anomalies sur les majorations de nuits pour 2 000 IDE (soit 2,3 % des IDE actifs sur le territoire) concernant 1 300 patients. Le montant global de ces anomalies est de **620 000 €**, soit une anomalie moyenne de 295 € par IDE.

Carte 12 : Nombre et proportion d'IDE en anomalie **Carte 12 bis : Montant des anomalies**



Cette action a été bien accueillie par les IDE qui n'ont pas contesté les indus (qu'il s'agisse des AIS3 ou des majorations de nuit) qui leur ont été adressés.

1.4.11. Action de contrôle d'actes et prestations d'infirmiers intervenant auprès des patients pris en charge en SSIAD

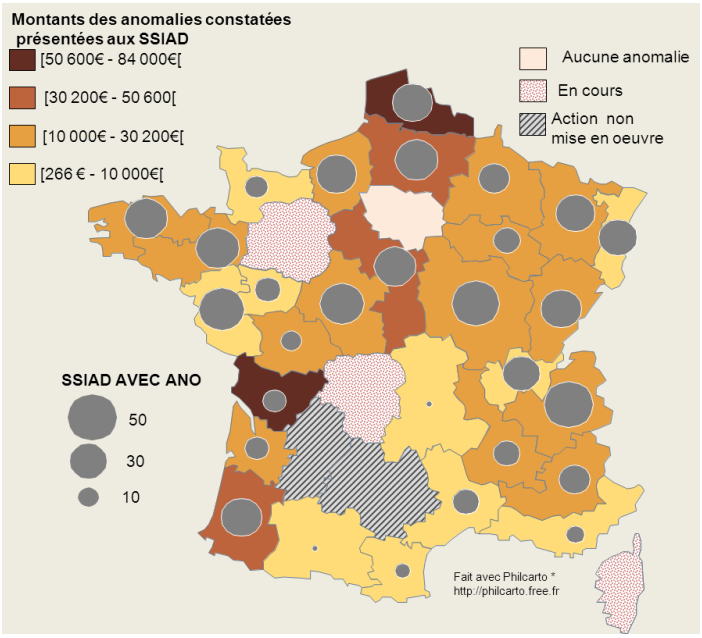
Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ont un rôle important dans la prise en charge à domicile de la dépendance et prennent en charge un nombre croissant d'individus vieillissants.

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

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

Après avoir récupéré la liste des assurés auprès des SSIAD, la caisse effectue une requête sur sa base de liquidation afin de mettre en évidence d'éventuelles anomalies de facturation. Dans un premier temps, la caisse adresse au SSIAD les anomalies constatées. Une procédure contradictoire, limitée à un mois, permet de déterminer les indus qui seront à notifier.

Carte 13 : SSIAD en anomalies et montant des anomalies



Le contrôle a porté sur les remboursements effectués en 2012 pour 1 105 SSIAD. Des anomalies de facturations d'actes ou prestations ont été constatées pour 745 SSIAD (soit 67 %) et pour 3 085 IDE libéraux. Le montant global de ces anomalies s'élève à **84 000 €**.

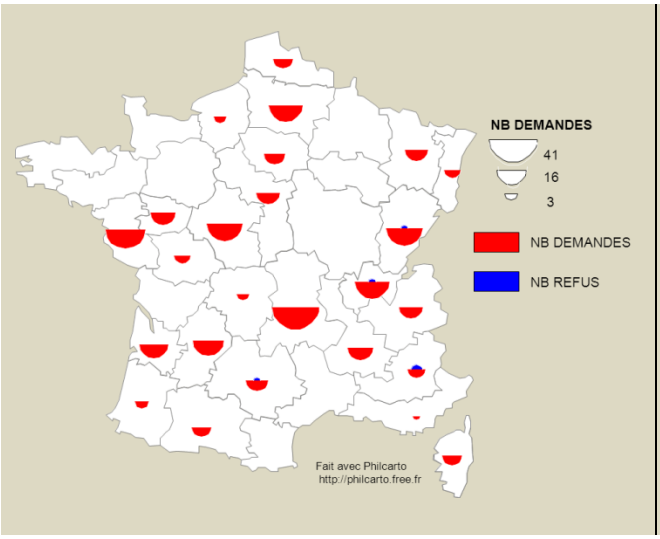
Après justification de la part des SSIAD, près de 80 % de ce montant a été notifié aux SSIAD (339 000 €) ou aux IDE (120 000 €). Alors que la quasi-totalité des sommes réclamées aux SSIAD ont été récupérées, la récupération n'atteint que 64 % chez les IDE. Les CMSA rapportent des difficultés à récupérer les sommes auprès des IDE non conventionnés avec les SSIAD.

1.4.12. Mises sous accord préalable des actes pratiqués en établissements

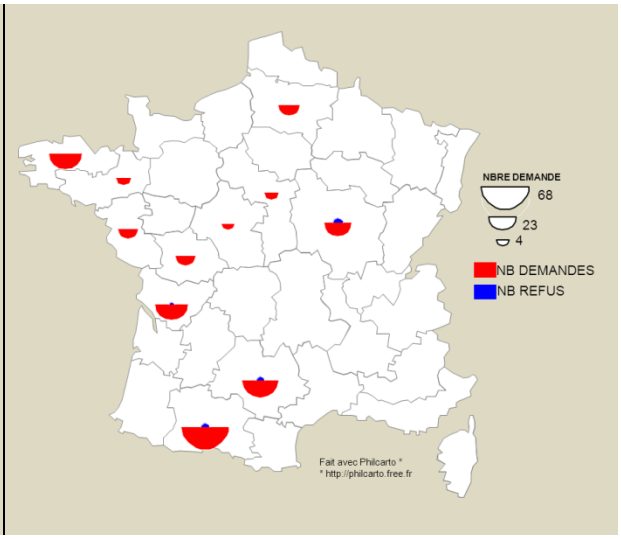
Malgré les recommandations, le recours à la chirurgie ambulatoire (défini dans un cadre d'actes biens précis) demeure assez faible dans certains établissements. Ainsi, ces établissements doivent obtenir un accord préalable du médecin conseil avant toute hospitalisation complète. Les CMSA ont reçu 310 demandes de la part de 92 établissements. Seules 5 demandes ont fait l'objet de refus.

Depuis 2011, cette mise sous accord préalable a été étendue aux soins de suite et réadaptation. 38 établissements ont adressé un total de 244 demandes d'accord préalable, dont 9 ont fait l'objet de refus.

Carte 14 : Demandes d'accord préalable pour la chirurgie



Carte 14 bis : Demande d'accord préalable pour les SSR



1.4.13. Contrôle des facturations en ville chez les patients hébergés en EHPAD

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

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

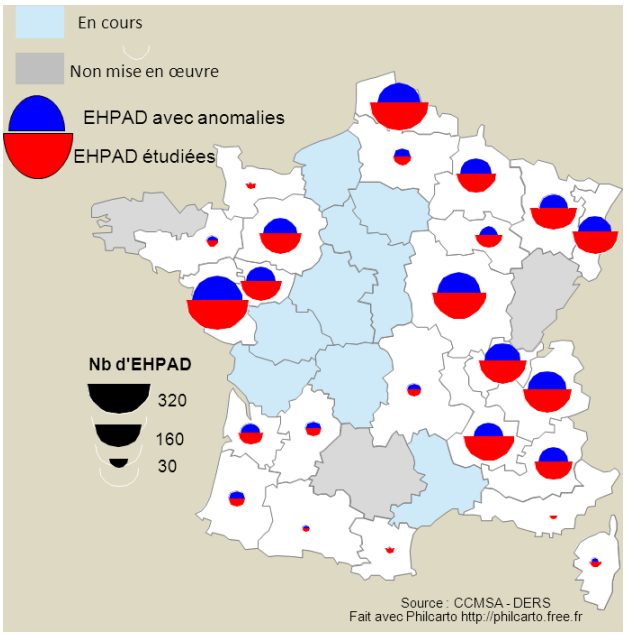
Cette action est menée en inter-régime. La MSA intervient donc en tant que caisse gestionnaire et caisse pivot.

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

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

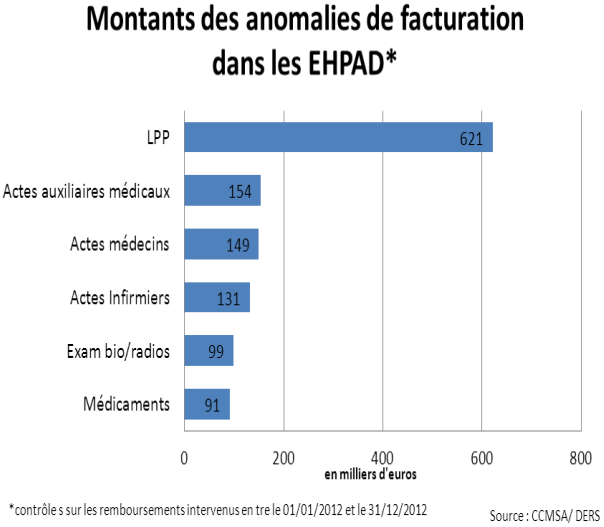
24 caisses de MSA ont pu terminer le contrôle sur les remboursements intervenus entre le 1er janvier 2012 et le 31 décembre 2012 auprès de 2 502 EHPAD. Parmi ces EHPAD, plus de la moitié d'entre eux (1 385) présentent des anomalies concernant 4 500 ressortissants du régime agricole.

Carte 15 : EHPAD présentant des anomalies de facturation en 2012



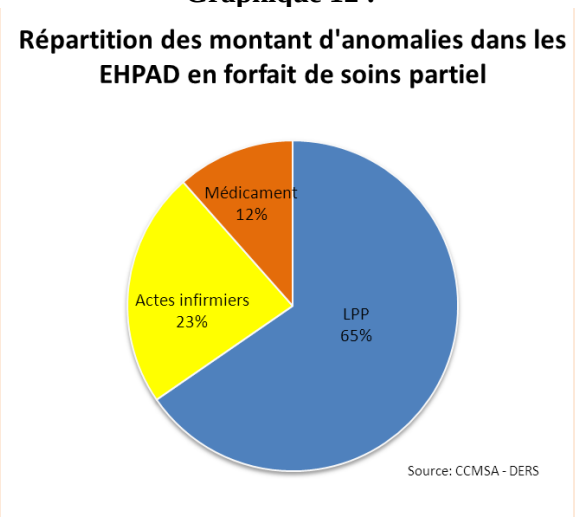
Les anomalies de facturation constatées dans les EHPAD pour les ressortissants du régime agricole s'élèvent à 1 246 000 €. La moitié de ce montant est directement imputable à la LPP. Ce poids, bien que largement majoritaire, est toutefois à relativiser avec le type de forfait choisi par l'EHPAD. En effet, dans les EHPAD en forfait partiel, 3 postes uniquement font l'objet d'un contrôle : la LPP, les actes infirmiers et le médicament.

Graphique 11 : Montants des anomalies de facturation dans les EHPAD

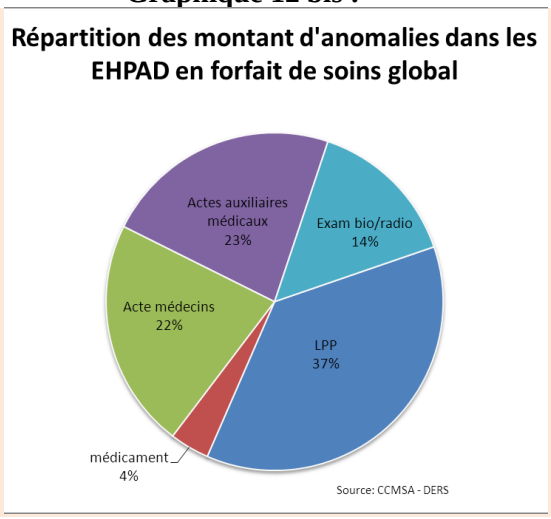


Le poste « médicaments » peut d'ailleurs apparaître comme un poste présentant peu d'anomalies de facturation. Ce poste médicaments est sous-évalué. En effet, seules certaines caisses de MSA ont élargi la méthodologie inter-régime afin de contrôler les facturations de médicament pour établissements équipés d'une pharmacie à usage interne.

Graphique 12 :



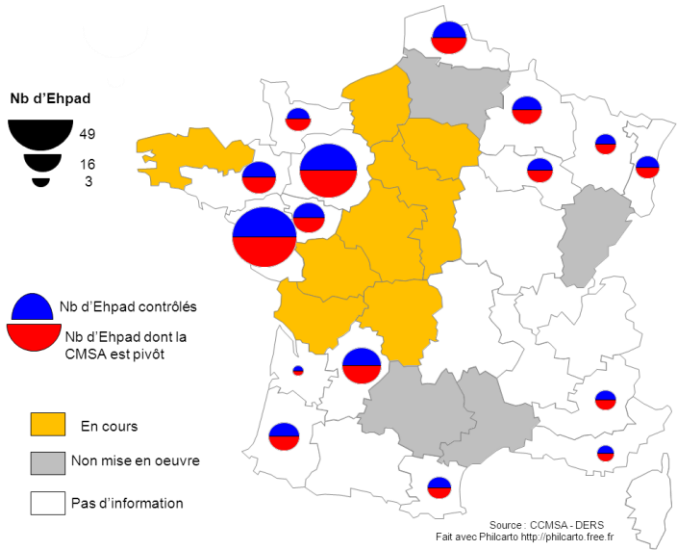
Graphique 12 bis :



1.4.13.2. La récupération d'indus par les caisses de MSA pivots

Au premier trimestre 2014, 16 caisses de MSA ont terminé le contrôle de la majorité des EHPAD dont elles sont pivots (206 établissements contrôlés).

Carte 16 : Contrôle des EHPAD dont les caisses de MSA sont pivots



Des anomalies de facturations ont été constatées sur 126 de ces établissements. Ces anomalies s'élèvent à près de 400 000 €, tous régimes confondus, et concernent 1 595 assurés.

Tableau 15 : Ventilation des anomalies de facturation pour les EHPAD dont la MSA est pivot

	Nb d'assurés avec anomalies	Montants constatés (en euros)	montants notifiés (en euros)	montants récupérés (en euros)
MSA	979	301 599	99 744	48 615
RG	580	91 123	54 753	-
Autres	36	3 269	1 852	-
TOTAL	**1 595**	**395 991**	**156 349**	**48 615**

Les notifications et récupérations sont provisoires car les caisses n'avaient pas terminé leur campagne au 1er trimestre 2014.

1.4.14. Mutualisation du Recours contre tiers (RCT)

Au-delà de ces actions, la MSA a mis en place une organisation de mutualisation du Recours contre tiers.

Dans le cadre de sa mission réglementaire de recours contre tiers, la MSA a instruit 12607 dossiers en 2013, dont 8 427 nouveaux dossiers, ce qui lui a permis de récupérer auprès des assureurs des tiers responsables 36 986 252 €. Afin d'améliorer son efficience, la MSA met en place une mutualisation de cette activité, qui a débuté fin 2013 et se poursuit jusqu'à la fin de l'année 2014 par un transfert progressif des dossiers RCT des 35 caisses du réseau vers les 5 caisses MSA de gestion.

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

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

En termes de perspectives, les enjeux se situent dans la poursuite de la structuration de la gestion du risque en interne au sein des organismes MSA et de la déclinaison des orientations stratégiques de l'Institution.

2. Les prévisions 2014

2.1. Les principaux résultats 2014

Le projet de loi rectificatif de la Sécurité sociale pour 2014 cadre l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (**ONDAM**) pour les quatre années à venir et retient une évolution annuelle de + 2,4 % en 2014, + 2,1 % en 2015, + 2,0 % en 2016 et + 1,9 % en 2017. Pour les soins de ville, l'évolution est fixée à + 2,4 % en 2014.

Pour l'**ensemble du régime agricole**, dont le contexte démographique est précisé ci-après, les prévisions relatives aux dépenses du champ de l'ONDAM 2014, à savoir les dépenses des soins de santé liés à la maladie, à la maternité et aux accidents du travail, hors indemnités journalières maternité et rentes accidents du travail, s'élèveraient à 11,2 milliards d'euros, en hausse de + 1,0 % par rapport à l'ONDAM 2013. Ces dépenses prennent en compte les indemnités journalières maladie pour les non-salariés agricoles dont ils bénéficient à compter de 2014. Sans l'introduction de ce nouveau dispositif pour les non-salariés agricoles, la progression des dépenses aurait été de + 0,6 %, évolution supérieure de 0,5 point à 2013 (tableau 16).

Les dépenses de soins de ville évolueraient de + 1,2 % en 2014 et celles des établissements (établissements de santé, établissements médico-sociaux) de + 0,8 % (tableau 17).

Tableau 16 : Prévisions d'exécution du champ ONDAM 2014 pour le régime agricole (en milliards d'euros)

	Objectif tous régimes LFSS 2014		Prévisions régime agricole 2014			
			Montant	non salariés	salariés	régime agricole
Soins de ville	81,2	+ 2,4%	4,9	+ 0,9%	+ 1,7%	+ 1,2%
Etablissements de santé	75,5	+ 2,3%	4,7	- 0,3%	+ 0,7%	+ 0,0%
Etablissements médico-sociaux	17,6	+ 3,0%	1,5	+ 4,2%	+ 1,7%	+ 3,4%
Total (hors FIR)	176,0	+ 2,4%	11,2	+ 0,8%	+ 1,3%	+ 1,0%

Pour le **régime des non-salariés agricoles**, les dépenses du champ ONDAM s'élèveraient à 7,0 milliards d'euros et augmenteraient de + 0,8 %. Sur le champ des soins de ville, elles seraient en hausse de + 0,9 % (tableau 17). Pour le **régime des salariés agricoles**, les dépenses du champ ONDAM (4,2 milliards d'euros) progresseraient de + 1,3 % et celles relatives au champ des soins de ville de + 1,7 %.

A effectifs et structure de population constants, l'évolution des dépenses de soins de ville des non-salariés agricoles serait de + 2,5 % au lieu de + 0,9 %. En effet, la diminution des patients du régime des non-salariés agricoles est estimée à - 3,0 % en 2014. Toutefois, cette baisse serait partiellement compensée par le vieillissement et la modification de structure que connaît cette population. L'effet total populationnel représenterait 1,6 point d'inflexion tendancielle.

A contrario, pour les salariés agricoles, l'effet amplificateur sur les dépenses du vieillissement et de la modification de structure de cette population (+ 0,9 %) serait plus important que l'effet à la baisse lié à la diminution de ses effectifs (- 0,6 %). A effectif et structure de population constants, l'évolution des dépenses de soins de ville des salariés agricoles serait de + 1,3 % au lieu de + 1,7 %.

Tableau 17 : Les dépenses du champ ONDAM pour le régime agricole réalisations 2013 et prévisions 2014 - hors FIR

	2013	2014	évolution
régime agricole			
Prestations exécutées en ville *	4 806	4 864	1,2%
Prestations exécutées en établissements	6 236	6 288	0,8%
Autres prises en charges	38	40	6,7%
TOTAL CHAMP ONDAM - régime agricole	**11 079**	**11 192**	**1,0%**
non salariés agricoles			
Prestations exécutées en ville	2 823	2 847	0,9%
Prestations exécutées en établissements	4 097	4 129	0,8%
Autres prises en charges	17	19	9,7%
TOTAL CHAMP ONDAM des non salariés agricoles	**6 937**	**6 995**	**0,8%**
salariés agricoles			
Prestations exécutées en ville	1 975	2 009	1,7%
Prestations exécutées en établissements	2 139	2 159	0,9%
Autres prises en charges	20	21	4,1%
TOTAL CHAMP ONDAM des salariés agricoles	**4 134**	**4 189**	**1,3%**

* comprend les aides pérennes qui ne sont pas ventilées entre les régimes des non-salariés et des salariés agricoles

2.1.1. Les charges, produits et le solde de la branche maladie du régime des non-salariés agricoles en 2014 (cf. Annexe 1)

2.1.1.1. Les charges

L'ensemble des charges techniques de la branche maladie maternité (avec les provisions sur prestations, sans les reprises de provisions et sans la participation de la MSA au financement de la CNSA) augmenterait de + 2,8 % par rapport à 2013.

2.1.1.2. Les recettes

Le montant des cotisations maladie pour le régime des non-salariés agricoles est estimé à 1 058,5 millions d'euros en 2014 soit une hausse de + 18,0 % par rapport à 2013 (+ 161,6 millions d'euros). Deux mesures de la LFSS 2014 expliquent plus de 80 % de cette évolution :

- La mise en place de la nouvelle cotisation pour les indemnités journalières non-salariées au 1er janvier 2014 devrait rapporter 90,5 millions d'euros, soit plus de la moitié de l'évolution.
- Pour la branche maladie, l'élargissement de l'assiette des cotisations des non-salariés agricoles occupant leur activité en société devrait rapporter 40,3 millions d'euros (conformément à l'article 9 de la LFSS 2014, le reversement de ce montant à la RCO

a été pris en compte dans les charges).

La recette de CSG, fixée par arrêté, augmente de + 2,6 % (+ 31,3 millions d'euros).

Pour rappel, depuis l'année 2011, il n'y a plus de compensation démographique pour la branche maladie, à celle-ci s'est substituée une part de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) prévue pour 1,437 milliard d'euros, en augmentation de + 1,2 % (+ 17,3 millions d'euros).

L'affectation des taxes est modifiée par la LFSS 2014, la branche maladie ne perçoit plus la taxe sur les véhicules de sociétés mais obtient en contrepartie une augmentation de 8,14 points de la part de la taxe sur la consommation du tabac qui lui est attribuée. Le taux passe ainsi de 9,46 % en 2013 à 17,6 % en 2014.

Globalement les taxes (hors C3S) atteignent un montant de 3,8 milliards d'euros (+ 15,4 millions d'euros).

Au total, hors les reprises de provisions, la prise en charge par la CNSA et la contribution d'équilibre du régime général, les produits techniques augmenteraient de + 3,0 % par rapport à 2013.

L'excédent à la charge du régime agricole atteindrait **77,1 millions** d'euros en 2014 au lieu de 39,4 millions d'euros en 2013. Suite à la réforme du financement de 2014 et de la fusion des cotisations techniques et gestion, l'excédent à la charge du régime agricole est égal au différentiel entre le total des produits et des charges techniques et gestion.

Le résultat maladie en 2014 de 41,2 millions correspond au solde excédentaire des IJ AMEXA (non pris en compte dans le calcul de la contribution d'équilibre versée au régime général).

2.1.2. Les charges, produits et le solde de la branche maladie du régime des salariés agricoles en 2014 (cf. Annexe 2)

2.1.2.1. Les charges

L'ensemble des charges techniques de la branche maladie maternité (avec les provisions sur prestations, sans les reprises de provisions et sans la participation de la MSA au financement de la CNSA), augmenterait de + 2,2 % par rapport à 2013.

2.1.2.2. Les recettes

Le montant des cotisations maladie est estimé à 2 018,3 millions d'euros soit une hausse de + 1,9 % par rapport à 2013.

Le produit provenant de la CSG affectée au régime augmenterait de + 2,7 %, soit + 38,3 millions d'euros.

Pour rappel, en 2011, la compensation des allègements généraux a été remplacée par une taxe sur la consommation du tabac dont le rapport est dès lors déconnecté des montants à compenser. En 2014, la part de cette taxe affectée au régime des salariés agricoles diminue de 1,7 point. Le taux est ainsi ramené de 9,18 % à 7,48 %. Le montant de la taxe atteindrait ainsi 385,4 millions d'euros soit une baisse de - 86,2 millions d'euros.

Par ailleurs, le dispositif d'allègement afférent aux heures supplémentaires a été profondément remanié avec en 2013 la suppression du panier fiscal et des trois taxes alors existantes et l'affectation d'une fraction de 0,33 % de TVA nette destinée à compenser les pertes de cotisations liées à l'exonération sur les heures supplémentaires qui en 2014 rapporterait 12,3 millions d'euros.

Le total des taxes affectées à la partie technique atteindrait 397,7 millions d'euros en diminution de - 17,9 %.

Au total, hors les reprises de provisions, la prise en charge par la CNSA et la contribution d'équilibre du régime général, les produits techniques diminueraient de - 0,3 % par rapport à 2013.

La contribution d'équilibre du régime général serait en hausse de + 84,0 millions d'euros (+ 16,3 %) par rapport à 2013 pour s'établir à **598,0 millions d'euros.** Suite à la réforme du financement de 2014 et de la fusion des cotisations techniques et gestion, la contribution d'équilibre du régime général est égale au différentiel entre le total des produits et des charges techniques et gestion.

2.2. Les prévisions détaillées dans le champ de l'ONDAM pour 2014

2.2.1. Les soins de ville

2.2.1.1. Les résultats du régime agricole

Les remboursements des soins de ville évolueraient de + 1,2 % entre 2013 et 2014, évoluant à un rythme supérieur de 1,5 point à celui de 2013 (tableau 18). Cette reprise apparente par rapport à l'évolution précédente résulterait principalement du bénéfice d'un régime d'indemnités journalières maladie pour les non-salariés agricoles à partir du 1er janvier 2014. Sans cette dépense, l'évolution 2014 serait de + 0,3 %, soit un rythme qui serait supérieur de + 0,5 point à l'évolution 2013.

Tableau 18 : Suivi du champ ONDAM - Enveloppe des soins de ville régime agricole (en millions d'euros) - hors FIR

	Réalisations 2013	Prévisions 2014	Evolution 2013/2014
Honoraires des médecins généralistes	373	378	+ 1,6%
Honoraires des médecins spécialistes	511	513	+ 0,4%
Honoraires des dentistes	145	145	+ 0,0%
Honoraires Paramédicaux	944	965	+ 2,2%
dont Honoraires des Infirmiers	690	707	+ 2,5%
dont Honoraires des Masseurs kiné.	222	223	+ 0,5%
Biologie	192	190	- 1,0%
Transports	297	304	+ 2,4%
Produits de Santé	1 702	1 665	- 2,2%
dont Produits de la LPP	401	408	+ 1,9%
dont Pharmacie	1 301	1 257	- 3,4%
Autres prestations	51	53	+ 4,5%
Autres charges (*)	174	181	+ 3,6%
TOTAL hors Indemnités journalières	4 389	4 395	+ 0,1%
Indemnités journalières	417	469	+ 12,6%
TOTAL	4 806	4 864	+ 1,2%

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

L'évolution des dépenses en 2014 s'expliquerait également par l'impact des mesures prises dont le montant ferait apparaître une économie nette de 74 millions d'euros. Elle se décomposerait en 28 millions de dépenses supplémentaires liées aux revalorisations et 103 millions d'économies (tableaux 19). On notera en particulier le fort impact des mesures liées aux prescriptions pharmaceutiques (- 76 millions) et les économies relatives aux remboursements des actes des biologistes (- 7 millions). A l'inverse, les revalorisations concernant les médecins s'élèveraient à 22 millions. Hors mesures, l'évolution des soins de ville serait de + 2,8 % au lieu de + 1,2 % attendue.

Tableaux 19 : Impact des mesures en 2014 - Soins de ville

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

	non salariés	salariés	régime agricole
Maîtrise médicalisée	19	16	35
Dont hors médicaments	8	9	16
Mesures médicaments (hors maîtrise médicalisée)	35	22	57
Mesures LPP (hors maîtrise médicalisée)	3	2	5
Autres mesures d'économie	3	2	5
TOTAL	**61**	**42**	**103**

Les revalorisations (en millions d'euros)

	non salariés	salariés	régime agricole
Médecins généralistes	11	5	16
Médecins spécialistes	3	3	7
Dentistes	1	1	2
Transport	3	2	5
TOTAL	**18**	**11**	**28**

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

	non salariés	salariés	régime agricole
Total des mesures d'économie	18	11	28
Total des revalorisations	-61	-42	-103
TOTAL	**-43**	**-31**	**-74**

2.2.1.2. Les résultats du régime des non-salariés agricoles

Pour 2014, la prévision de dépenses pour le régime des non-salariés agricoles dans le champ des soins de ville s'élève à 2 847 millions d'euros, soit une hausse de + 0,9 % par rapport à 2013 (tableau 20). En 2013, ces dépenses avaient baissé de - 1,3 % par rapport à 2012.

L'évolution des dépenses en 2014 s'expliquerait, outre les effets démographiques propres au régime, par l'impact des mesures prises dont le montant ferait apparaître une économie nette de 43 millions d'euros.

Ces mesures touchent particulièrement les prescriptions pharmaceutiques, les remboursements des actes des biologistes et les produits de la LPP dont les évolutions prévues seraient alors respectivement minorées de 5,9 points, 3,4 points et 2,2 points.

A contrario, l'évolution des remboursements des soins délivrés par les médecins généralistes, par les médecins spécialistes et par les dentistes seraient majorées de respectivement 5,2 points, 0,7 point et 1,2 point avec la prise en compte des revalorisations tarifaires.

Pour les médecins généralistes, la part des nouvelles rémunérations inscrites dans l'avenant 8 de la convention des médecins représenterait 4,9 % de leurs honoraires en 2014.

Tableau 20 : Suivi du champ ONDAM - Enveloppe des soins de ville régime des non-salariés agricoles (en millions d'euros) - hors FIR

	Réalisations 2013	Prévisions 2014	Evolution 2013/2014
Honoraires des médecins généralistes	224	226	+ 0,9%
Honoraires des médecins spécialistes	287	284	- 1,1%
Honoraires des dentistes	72	71	- 1,6%
Honoraires Paramédicaux	675	686	+ 1,8%
dont Honoraires des Infirmiers	517	528	+ 2,2%
dont Honoraires des Masseurs kiné.	144	145	+ 0,1%
Biologie	117	115	- 1,9%
Transports	191	194	+ 1,6%
Produits de Santé	1 072	1 036	- 3,4%
dont Produits de la LPP	267	270	+ 1,0%
dont Pharmacie	805	766	- 4,8%
Autres prestations	33	34	+ 3,5%
Autres charges (*)	108	111	+ 3,0%
TOTAL hors Indemnités journalières	2 781	2 760	- 0,8%
Indemnités journalières	42	87	+ 110%
TOTAL	2 823	2 847	+ 0,9%

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

2.2.1.3. Les résultats du régime des salariés agricoles

Pour 2014, la prévision de dépenses pour le régime des salariés agricoles dans le champ des soins de ville s'élève à 2 009 millions d'euros, soit une hausse de + 1,7 % par rapport à 2013 (tableau 21). En 2013, ces dépenses avaient progressé de + 1,4 % par rapport à 2012.

L'évolution des dépenses pour 2014 serait fortement impactée par les mesures prises en compte. Elles représenteraient 31 millions d'euros d'économie nette. Ces mesures touchent particulièrement les prescriptions pharmaceutiques, les remboursements des actes des biologistes et les produits de la LPP dont les évolutions prévues seraient alors minorées de 5,7 points, 3,4 points et 2,2 points.

En revanche, l'évolution des remboursements des soins délivrés par les médecins généralistes, par les médecins spécialistes et par les dentistes seraient majorées de respectivement 3,6 points, 1,0 point et 1,1 point avec la prise en compte des revalorisations tarifaires.

Pour les médecins généralistes, la part des nouvelles rémunérations inscrites dans l'avenant 8 de la convention des médecins représenterait 3,2 % des honoraires en 2014.

Tableau 21 : Suivi du champ ONDAM - Enveloppe des soins de ville régime des salariés agricoles (en millions d'euros) - hors FIR

	Réalisations 2013	Prévisions 2014	Evolution 2013/2014
Honoraires des médecins généralistes	148	152	+ 2,6%
Honoraires des médecins spécialistes	223	228	+ 2,4%
Honoraires des dentistes	73	74	+ 1,6%
Honoraires Paramédicaux	269	278	+ 3,3%
dont Honoraires des Infirmiers	173	179	+ 3,7%
dont Honoraires des Masseurs kiné.	78	79	+ 1,4%
Biologie	75	76	+ 0,5%
Transports	106	110	+ 3,9%
Produits de Santé	630	629	- 0,1%
dont Produits de la LPP	134	139	+ 3,6%
dont Pharmacie	496	491	- 1,0%
Autres prestations	18	19	+ 6,5%
Autres charges (*)	58	61	+ 4,1%
TOTAL hors Indemnités journalières	1 600	1 627	+ 1,7%
Indemnités journalières	375	382	+ 2%
TOTAL	1 975	2 009	+ 1,7%

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

2.2.2. L'évolution des dépenses au titre des établissements

Toutes catégories d'établissements confondues, les dépenses relatives aux ressortissants du régime agricole devraient augmenter de + 0,8 % en 2014, dont + 0,9 % pour les salariés et + 0,8 % pour les non-salariés agricoles (tableau 17).

Les hypothèses d'évolution tiennent compte de l'évolution tendancielle des remboursements et des orientations fixées par la dernière campagne tarifaire des établissements de santé.

2.2.2.1. Établissements hors médico-sociaux

Les remboursements de soins en établissements de santé seraient stables en 2014, résultant d'une hausse de + 0,7 % dans le régime des salariés et d'une baisse de - 0,3 % dans le régime des non-salariés.

La croissance prévisionnelle des dépenses dans le régime des salariés repose essentiellement sur l'hypothèse d'une hausse des dépenses de soins tarifés à l'activité (+ 1,3 %).

Dans le régime des non-salariés, la baisse des dépenses proviendrait surtout de la baisse des montants finançant principalement les soins de suite et de réadaptation et la psychiatrie (- 1,1 %).

2.2.2.2. Établissements médico-sociaux

Les dépenses des établissements médico-sociaux devraient poursuivre leur dynamique de croissance avec une évolution de + 3,4 % en 2014 pour le régime agricole, dont + 4,2 % pour les non-salariés agricoles et + 1,7 % pour les salariés agricoles (tableau 16).

Dans le régime des non-salariés agricoles, cette dynamique serait portée principalement par le poste « Personnes âgées » qui connaîtrait une hausse de + 4,6 %.

La croissance des dépenses pour le régime des salariés concernerait plutôt les structures dédiées aux personnes handicapées (+ 3,8 %). Les versements aux établissements pour personnes âgées connaîtraient une hausse plus modérée (+ 0,5 %).

3. Les prévisions 2015

3.1. Le champ ONDAM du régime agricole

Le projet de loi rectificatif de la Sécurité sociale pour 2014 cadre l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (**ONDAM**) pour les quatre années à venir et retient une évolution annuelle de + 2,4 % en 2014, + 2,1 % en 2015, + 2,0 % en 2016 et + 1,9 % en 2017.

Pour **l'ensemble du régime agricole** dont la population évoluerait de - 1,7 %, les prévisions relatives aux dépenses du champ de l'ONDAM, en partant du postulat que les mesures d'économies 2014 ont été reconduites à l'identique en 2015, s'établissent à 11,3 milliards d'euros pour 2015, en hausse de + 0,7 % par rapport à l'ONDAM 2014. Ces dépenses prennent en compte les paiements au titre du régime des indemnités journalières maladie pour les non-salariés agricoles.

Ce taux de croissance est inférieur de 0,3 point à celui prévu pour 2014. Il est modulé différemment entre les soins de ville et les établissements (tableau 22).

En 2015, les dépenses des soins de ville évolueraient à un taux de + 0,6 %, en baisse de 0,6 point par rapport à celui de 2014. Le rythme de croissance des dépenses en établissements (établissements de santé et établissements médico-sociaux) baisserait également, mais légèrement (+ 0,8 % en 2014 et + 0,7 % en 2015).

Tableau 22 : Prévisions du champ ONDAM 2015 pour le régime agricole (hors FIR)
taux d'évolution

	non salariés	salariés	régime agricole
Soins de ville	+ 0,02%	+ 1,4%	+ 0,6%
Etablissements de santé	- 0,3%	+ 0,8%	+ 0,1%
Etablissements médico-sociaux	+ 3,3%	+ 1,2%	+ 2,7%
TOTAL	+ 0,4%	+ 1,1%	+ 0,7%

Pour le **régime des non-salariés agricoles**, en partant du postulat que les mesures d'économies 2014 ont été reconduites à l'identique en 2015, les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM évolueraient de + 0,4 %, et de + 0,02 % sur le seul champ des soins de ville (tableau 23).

Pour le **régime des salariés agricoles**, les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM progresseraient de + 1,1 % et de + 1,4 % sur le seul champ des soins de ville.

A effectifs et structure de population constants, l'évolution des dépenses de soins de ville des non-salariés agricoles serait de + 1,9 % au lieu de la stabilité affichée. En effet, la diminution du nombre de patients du régime des non-salariés agricoles est estimée à - 3,1 %. Toutefois, cette baisse serait partiellement compensée par le vieillissement et la modification de structure que connaît cette population. L'effet total populationnel représenterait 1,8 point d'inflexion tendancielle.

A contrario, pour les salariés agricoles, l'effet du vieillissement et de la modification de structure serait supérieur à la légère baisse du nombre de patients de ce régime. A effectifs et structure de population constante, l'évolution des dépenses de soins de ville des salariés agricoles serait de + 0,9 % au lieu de + 1,4 %.

Tableau 23 : Les prévisions des dépenses du champ ONDAM pour le régime agricole en 2014 et 2015 (hors FIR) (en millions d'euros)

	2014	2015	évolution
régime agricole			
Prestations exécutées en ville *	4 864	4 893	0,6%
Prestations exécutées en établissements	6 288	6 334	0,7%
Autres prises en charges	40	43	6,8%
TOTAL CHAMP ONDAM - régime agricole	**11 192**	**11 270**	**0,7%**
Non-salariés agricoles			
Prestations exécutées en ville	2 847	2 847	0,0%
Prestations exécutées en établissements	4 129	4 155	0,6%
Autres prises en charges	19	21	9,7%
TOTAL CHAMP ONDAM des non-salariés agricoles	**6 995**	**7 024**	**0,4%**
salariés agricoles			
Prestations exécutées en ville	2 009	2 036	1,4%
Prestations exécutées en établissements	2 159	2 178	0,9%
Autres prises en charges	21	22	4,1%
TOTAL CHAMP ONDAM des salariés agricoles	**4 189**	**4 237**	**1,1%**

* comprend les aides pérennes qui ne sont pas ventilées entre les régimes des non-salariés et des salariés agricoles

3.2. Les mesures proposées par la MSA

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

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

3.2.1. Développer la connaissance du risque

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

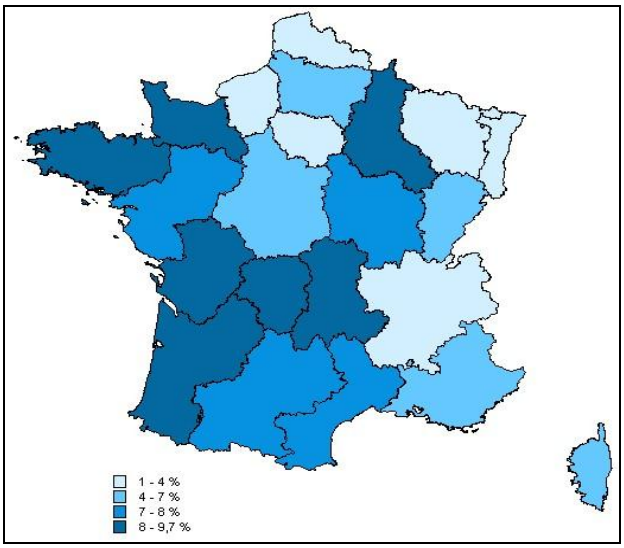
- **Il s'agit d'une part de mieux observer les caractéristiques des populations agricoles (non-salariés et salariés agricoles)** et de les intégrer dans la mise en place des plans d'actions de la MSA. Dans ce cadre, on observe en particulier, au travers de la reconnaissance des ALD, les enjeux que représentent la montée en charge de la polypathologie, le poids des maladies cardio-vasculaires, et l'enjeu de la prise en charge en santé mentale.

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

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

a) Caractéristiques démographiques de la population agricole protégée en maladie

Carte 17 : Part de la population couverte en maladie au régime agricole selon la région

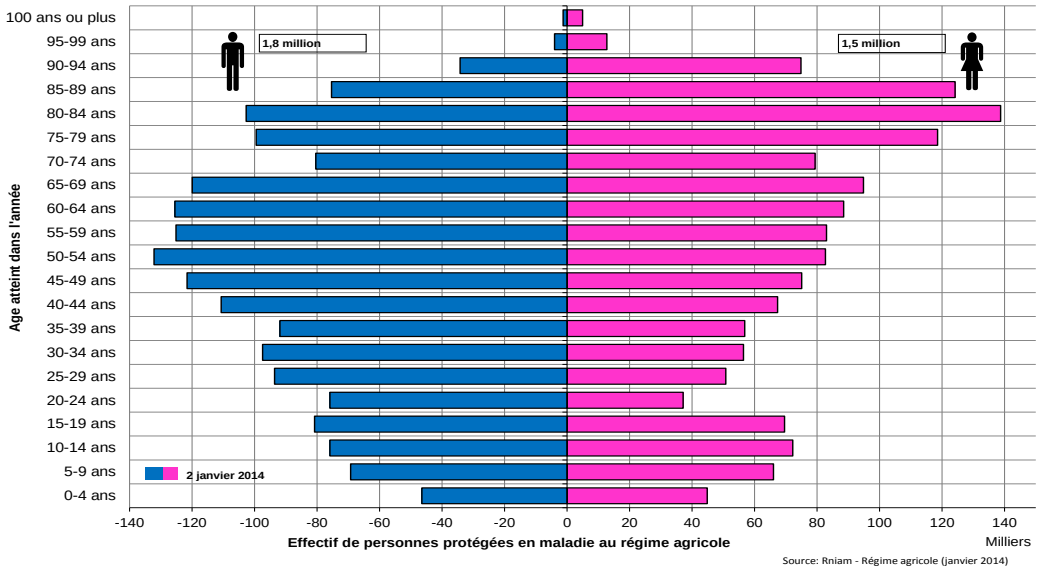


En Janvier 2014, le régime agricole recense 3,3 millions de personnes protégées au titre du risque maladie. Cette population se répartit entre les personnes relevant du régime des salariés (53,1 %) et celles relevant du régime des non-salariés agricoles (46,9 %).

Les personnes protégées en maladie au régime agricole représentent 5,1 % de la population totale en France métropolitaine. Il existe une grande diversité de cette proportion selon les régions, comme le montre la carte 17.

Le régime agricole compte majoritairement des hommes. Ils représentent 54 % de la population protégée totale. Le régime agricole a, par ailleurs, la caractéristique d'avoir une forte proportion de personnes âgées (Cf Graphique 13 et Tableau 24). En effet, les 60 ans et plus représentent 42 % de la population alors que seuls 16 % ont moins de 20 ans. L'âge moyen des personnes protégées en maladie au régime agricole s'établit à 51,3 ans.

Graphique 13 : Pyramide des âges des personnes protégées en maladie au régime agricole en janvier 2014



La population de la France métropolitaine se caractérise par une différence de structure par âge significative (Cf Graphique 14 et Tableau 24). Les moins de 20 ans représentent presque un quart (24 %) de la population et les 60 ans et plus ne représentent plus que 24 % de la population. Ainsi, la moyenne d'âge de la population française en métropole à 40,4 ans est inférieur de près de 11 ans à celle de la population du régime agricole.

Graphique 14 : Pyramide des âges de la population française métropolitaine à fin 2013

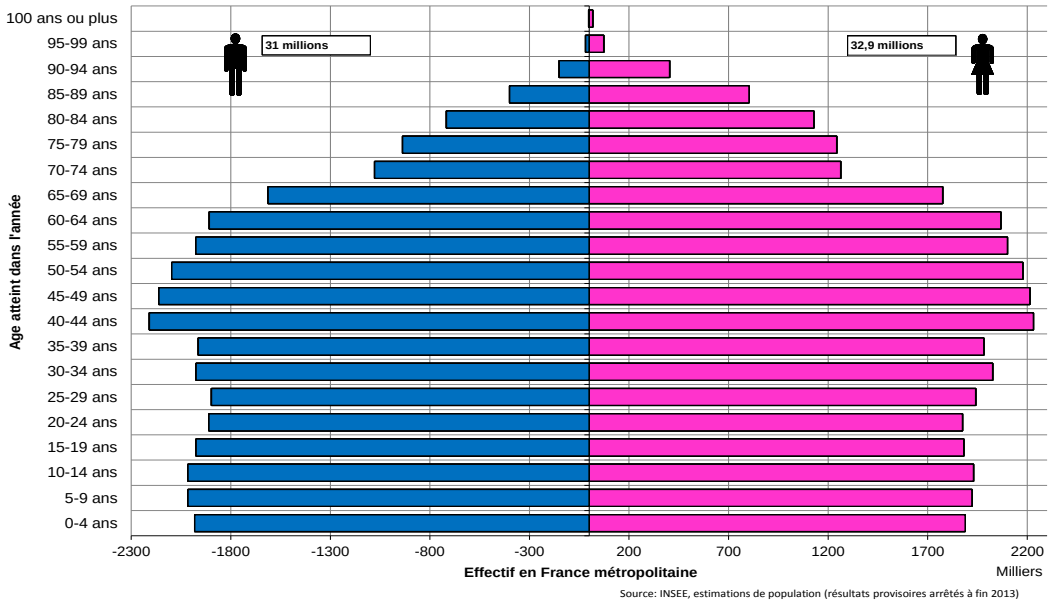
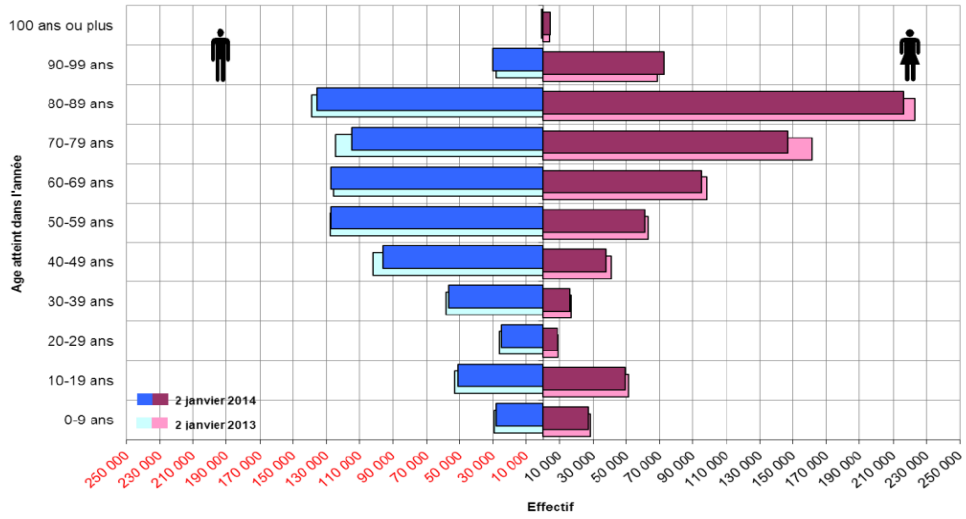


Tableau 24 : Structure par âge de la population du régime agricole (en janv. 2014) et de la population française métropolitaine (à fin 2013)

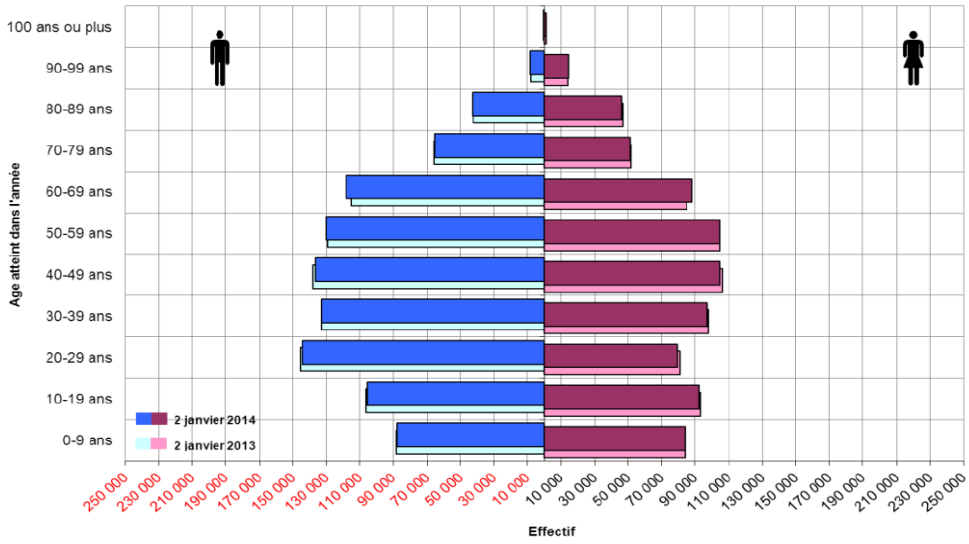
	Régime agricole % des effectifs	France métropolitaine % des effectifs
Moins de 20 ans	16%	24%
De 20 à 39 ans	17%	24%
De 40 à 59 ans	24%	27%
60 ans et plus	42%	24%
Total	100%	100%
Source: MSA et Insee		

Pour mémoire, la pyramide des âges au régime agricole diffère fortement selon le statut des personnes protégées en maladie (Graphiques 15 et 16).

Graphique 15 : Pyramide des âges des personnes protégées en maladie au régime des non-salariés agricoles en janvier 2014



Graphique 16 : Pyramide des âges des personnes protégées en maladie au régime des salariés agricoles en janvier 2014



Les non-salariés agricoles ont la spécificité d'avoir une forte proportion de personnes âgées avec un âge moyen de 62 ans (Tableau 25). En revanche, les salariés ont une structure par âge assez uniforme avec un âge moyen beaucoup plus faible à 41 ans.

Tableau 25 : Structure par âge de la population du régime agricole selon le statut (janvier 2014)

	Régime des non-salariés % des effectifs	Régime des salariés % des effectifs
Moins de 20 ans	10%	21%
De 20 à 39 ans	7%	26%
De 40 à 59 ans	21%	27%
60 ans et plus	62%	25%
Total	100%	100%
Source: MSA		

b) Caractéristiques en santé de la population agricole

Espérance de vie

Les agriculteurs (exploitants) ont une espérance de vie à 35 ans plus élevée que l'ensemble de la population, mais avec un différentiel qui se réduit. Ils se situent, en revanche, bien après les cadres et les professions intermédiaires.

Tableau 26 : Espérance de vie à 35 ans par catégorie socio-professionnelle (CSP)

	Cadres	Professions intermédiaires	Agriculteurs	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	Employés	Ouvriers	Inactifs non retraités	Ensemble	Ecart cadres-ouvriers
Hommes									
1976-1984	41,7	40,5	40,3	39,6	37,2	35,7	27,7	**37,8**	**6,0**
1983-1991	43,7	41,6	41,7	41,0	38,6	37,3	27,5	**39,2**	**6,4**
1991-1999	45,8	43,0	43,6	43,1	40,1	38,8	28,4	**40,8**	**7,0**
2000-2008	47,2	45,1	44,6	44,8	42,3	40,9	30,4	**42,8**	**6,3**
Ecart entre 2000-2008 et 1976-1984	***5,5***	***4,6***	***4,3***	***5,2***	***5,1***	***5,2***	***2,7***	***5,0***	
Femmes									
1976-1984	47,5	46,4	45,7	46,0	45,6	44,4	44,3	**45,0**	**3,1**
1983-1991	49,7	48,1	46,8	47,4	47,4	46,3	45,4	**46,4**	**3,4**
1991-1999	49,8	49,5	48,8	48,8	48,7	47,2	47,1	**48,0**	**2,6**
2000-2008	51,7	51,2	49,6	50,3	49,9	48,7	47,0	**49,4**	**3,0**
Ecart entre 2000-2008 et 1976-1984	***4,2***	***4,8***	***3,9***	***4,3***	***4,3***	***4,3***	***2,7***	***4,4***	

Lecture : en 2000-2008, l'espérance de vie des hommes cadres de 35 ans est de 47,2 ans, soit 6,3 ans de plus que celle des hommes ouvriers
Champ : France métropolitaine
Sources : INSEE – Echantillon démographique permanent, L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent – N. Blanpain – Octobre 2011, d'après données EDP de 1976 à 2008

De 1976 à 2008, l'écart Agriculteurs-Ensemble est plus élevé en moyenne chez les hommes (2,4 ans) que chez les femmes (0,5 ans). Pour les femmes, l'espérance de vie à 35 ans est toujours plus élevée que celle des hommes, quel que soit la CSP.

Cependant, on constate que les agriculteurs et agricultrices ont la plus faible amplitude d'évolution d'espérance de vie entre 1976 et 2008 après les inactifs, respectivement de 4,3 et 3,9 ans.

Sur la dernière décennie (2000-2008), l'espérance de vie des agriculteurs est celle qui a le moins progressé (+1 an). Il en est de même pour les agricultrices (+0,8 an), après les inactifs (-0,1 an).

Limitation fonctionnelle

La prévalence des limitations fonctionnelles déclarées est particulièrement élevée chez les agriculteurs (15 % chez les 18-59 ans et 50 % chez les 60 ans et plus). Les agriculteurs sont aussi parmi ceux qui sont le plus exposés au risque de déclarer au moins une limitation fonctionnelle (Cf Tableau 27).

Tableau 27 : Prévalence et risques relatifs, calculés par référence à la CSP « cadres », de déclarer des limitations fonctionnelles et des difficultés pour les soins personnels par catégorie sociale chez les personnes de 18 ans et plus (Enquête Handicap-Santé 2008, France[6])

Catégorie sociale	18-59 ans		60 ans et plus		
	Au moins une limitation fonctionnelle		Au moins une limitation fonctionnelle		Avec difficultés pour les soins personnels
	Prévalence %	Risque relatif	Prévalence %	Risque relatif	Risque relatif
Cadre	4	1 (par hypothèse)	24	1 (par hypothèse)	1 (par hypothèse)
Profession intermédiaire	8	**2,1**	27	1,1	1,2
Artisan(e), commerçant(e)	9	**2,1**	39	**1,5**	**1,9**
Employé(e)	14	**3,8**	44	**1,7**	**1,8**
Agriculteur(trice)	15	**3,5**	50	**1,9**	**2,2**
Ouvrier(ère)	16	**4,7**	47	**2,1**	**2,0**
Autre	19	**7,8**	59	**2,2**	**2,6**

Lecture : après 60 ans, et à sexe et âge comparable, les ouvriers ont 2,1 fois plus de risques de déclarer au moins une limitation fonctionnelles que les cadres. Parmi les personnes de plus de 60 ans qui déclarent des limitations fonctionnelles, les ouvriers ont 2,0 fois plus de risques de déclarer des difficultés pour les soins personnels que les cadres.
Risques relatifs ajustés sur le sexe et l'âge
En gras : significatif à 5%
Source : InVS – BEH du 8 mars 2011 – Les inégalités sociales de santé en France.

Altération de la santé

En 2008, 45 % des agriculteurs et 55 % des agricultrices jugeaient leur santé altérée.

Tableau 28 : Prévalence et risques de déclarer sa santé altérée par CSP et par sexe chez les personnes de 18 ans et plus (Enquête Handicap-Santé 2008, France)

Catégorie sociale	Hommes			Femmes		
	Répartition %	Santé altérée %	RR	Répartition %	Santé altérée %	RR
Cadre	17	17	1,0 [ref]	8	16	1,0 [ref]
Profession intermédiaire	19	24	**1,7**	18	22	**1,7**
Artisan(e), commerçant(e)	8	31	**1,9**	4	46	**2,6**
Employé(e)	11	26	**2,3**	38	33	**2,6**
Agriculteur(trice)	4	45	**2,7**	3	55	**2,8**
Ouvrier(ère)	32	34	**3,3**	9	51	**4,2**
Autre	9	22	**5,4**	20	34	**4,4**

Lecture : parmi les agriculteurs ou anciens agriculteurs, qui représentent 4% de la population des 18 ans ou plus, 45% des hommes jugent leur santé altérée. Par rapport à un homme cadre de même âge, un agriculteur a 2,7 fois plus de risques de juger sa santé altérée.
Risques relatifs ajustés sur l'âge
En gras : significatif à 5%
Source : InVS – BEH du 8 mars 2011 – Les inégalités sociales de santé en France.

Facteurs de risque : obésité et tabac

Des inégalités sociales de santé peuvent également être mesurées par des différences dans l'exposition à certains facteurs de risque. Ainsi, il apparaît que les agricultrices ont moins de risque de déclarer être fumeuse que les cadres. A âge égal, les agriculteurs (trices) ont deux à trois fois plus de risque de déclarer être obèses que les cadres (Cf Tableau 29).

[6] Cette étude se base sur la catégorie sociale (CS) de la personne enquêtée : la CS actuelle pour les personnes d'âges actifs, et la dernière CS pour les personnes à la retraite.

Tableau 29 : Facteurs de risque (obésité et tabac) par sexe et CSP chez les personnes de 18 ans et plus (Enquête Handicap-Santé 2008, France)

	HOMMES		FEMMES	
	Obésité RR	Fumeur quotidien RR	Obésité RR	Fumeur quotidien RR
Cadre	1,0 [ref]	1,0 [ref]	1,0 [ref]	1,0 [ref]
Profession intermédiaire	1,2	1,1	**1,3**]1,0-1,8]	1,0
Artisan(e), commerçant(e)	**1,8**	**1,2**	**2,1** [1,5-3,0]	**1,5**
Employé(e)	**1,7**	**1,3**	**2,2** [1,7-2,8]	**1,3**
Agriculteur(trice)	**2,2**	0,8	**2,9** [2,0-4,0]	**0,5**
Ouvrier(ère)	**2,1**	**1,6** [	**2,8** [2,1-3,6]	**1,5**
Autre	**1,6**	1,1	**3,2** [2,5-4,1]	**1,2**

Note de lecture : RR : risque relatif ajusté sur l'âge – En gras : significatif à 5%

Source : InVS – BEH du 8 mars 2011 – Les inégalités sociales de santé en France. Exploitation de l'enquête Handicap-Santé 2008

La prévalence de l'obésité est globalement plus élevée chez les agriculteurs et la population agricole qu'en population générale (Sources ObEpi et MSA).

Selon l'enquête ObEpi 2012 (INSERM, Kantar Health, Roche), réalisée sur un échantillon de plus de 25 000 personnes âgées de 18 ans et plus représentatif de la population des ménages ordinaires français[7], 15 % des personnes étaient en situation d'obésité en 2012. La prévalence globale de l'obésité est significativement différente entre les hommes (14,3 %) et les femmes (15,7 %). De plus, cette prévalence augmente avec l'âge. La proportion globale d'obésité chez les agriculteurs était estimée à 16,7 %.

Sur la période 2008-2012, parmi les 288 000 participants aux examens de santé de la MSA âgés de 25 à 74 ans[8], les proportions d'obésité sont respectivement de 18,8 % chez les hommes et de 21,5 % chez les femmes. Par ailleurs, les non-salariés sont plus touchés par l'obésité (21,4 % des 25-74 ans : 19,8 % chez les hommes et 23,6 % chez les femmes) que les salariés (18 % des 25-74 ans : 17,4 % chez les hommes et 18,7 % chez les femmes).

Ce problème d'excès de poids qui touche particulièrement la population agricole est donc fortement préoccupant d'autant plus qu'il est associé à un risque important de maladies chroniques.

[7] Depuis 1997, l'étude ObEpi analyse tous les trois ans la prévalence du surpoids et de l'obésité en France. Cette prévalence est calculée à partir de données rapportées et non mesurées. L'étude précise que cette méthodologie aboutit à une sous-estimation de la prévalence du surpoids et de l'obésité.

[8] Contrairement à l'étude ObEpi, les données d'indice de masse corporelle pour les ressortissants du régime agricole sont calculées à partir de la mesure réelle de leur poids et de leur taille (par une infirmière), d'où une plus grande exactitude de la mesure. Cependant, un biais est induit par le fait que l'on ne trouve que des personnes qui acceptent de participer aux examens de santé.

Focus sur les Affections de longue durée (ALD) au régime agricole

Au régime agricole, 718 134 personnes sont exonérées du ticket modérateur au titre d'au moins une ALD 1 à 32 au 31/12/2012, soit un taux de prévalence brut en ALD de 216,5 ‰ au regard de la population couverte en maladie[9]. L'effectif brut de patients exonérés du ticket modérateur a diminué de presque 25 000 en un an. Cette diminution, plus forte que la baisse de la population couverte en maladie, se traduit par une baisse du taux de prévalence de - 1,6 % (au 31/12/2011 le taux de prévalence était de 220 ‰). Ce taux est plus élevé que celui observé au régime général (161,3 ‰). Cette différence s'explique notamment par la structure par âge de la population protégée du 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 générale (population française métropolitaine au 1er janvier 2013) se trouve à un niveau inférieur à celui du régime général : 135,1 ‰ contre 161,3 ‰.

Dix ALD représentent 86 % de l'ensemble des ALD 1 à 32 au 31/12/2012 (Cf Tableau 30). Après l'ALD n°14, qui compte 31 675 patients pour un taux de prévalence égal à 9,5 ‰, les ALD enregistrent des taux de prévalence inférieurs ou égal à 5 ‰.

Tableau 30 : Effectifs et taux de prévalence brut des patients en ALD au 31/12/2012 au régime agricole - les 10 ALD de la liste les plus fréquentes[10]		Nombre de patients pour l'ALD	Taux de prévalence pour 1000
5	Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires, cardiopathies congénitales graves	139 288	42,0
12	Hypertension artérielle sévère	122 231	36,8
13	Maladie coronaire	106 158	32,0
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	44 926	13,5
1	Accident vasculaire cérébral invalidant	38 954	11,7
Nbre de patients ayant au moins une ALD du groupe cardio-vasculaire (au moins une ALD 1, 3, 5, 12, 13)		369 630	111,4
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2	167 537	50,5
30	Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoiétique	155 324	46,8
23	Affections psychiatriques de longue durée	60 525	18,2
15	Maladie d'Alzheimer	43 171	13,0
14	Insuffisance respiratoire chronique grave	31 675	9,5

Source : MSA

Le diabète (ALD n°8) est la 1ère ALD reconnue la plus fréquente, alors qu'au 31/12/2007 il s'agissait de la 3ème cause d'exonération au titre d'une ALD la plus fréquente après le cancer et l'hypertension artérielle sévère (cette ALD a été supprimée des ALD liste en juin 2011 par décret n°2011-726 du 24 juin 2011[11]). Depuis 2007, le taux de prévalence pour les ALD diabète a progressé de +17 %.

[9] Pour les définitions, voir Annexe 3.
[10] Voir Annexe 3 le tableau exhaustif.
[11] Cette suppression a entraîné une diminution du nombre de patients pris en charge de 6,2 % au 31/12/2011 par rapport à l'année précédente.

L'ALD n°30 (tumeurs malignes) est la 2ème ALD la plus fréquente après le diabète avec un taux de prévalence de 46,8 ‰. Ce taux de prévalence est plus élevé que celui du régime général (33,9 ‰[12]). Ceci est principalement lié à la structure par âge de la population MSA, plus âgée. Entre 2007 et 2011, le nombre de personnes exonérées au titre de l'ALD n°30 a progressé de 3,2 % ; une diminution de ces effectifs de 7,3 % est ensuite observée de 2011 à 2012.

L'ALD n°5 (insuffisance cardiaque) et l'ALD n°15 (maladie d'Alzheimer) ont connu depuis cinq ans une forte progression de leur prévalence au sein des patients relevant du régime agricole (augmentation du taux de prévalence de respectivement + 24 % et + 16 %).

Les polypathologies

Lorsqu'un patient est atteint de plusieurs affections listées, le code de la sécurité sociale prévoit qu'il soit exonéré du ticket modérateur pour chaque ALD. Au régime agricole au 31/12/2012, les patients sont exonérés de 1,5 ALD en moyenne.

38 % des patients en ALD ont au moins deux ALD (2 % ont au moins 4 ALD). Ces poly pathologies s'expliquent par les caractéristiques populationnelles des ressortissants du régime agricole (une population âgée, dont l'âge moyen est de 50,7 ans).

Tableau 31 : Répartition des patients en ALD au 31/12/2012 selon leur nombre d'ALD

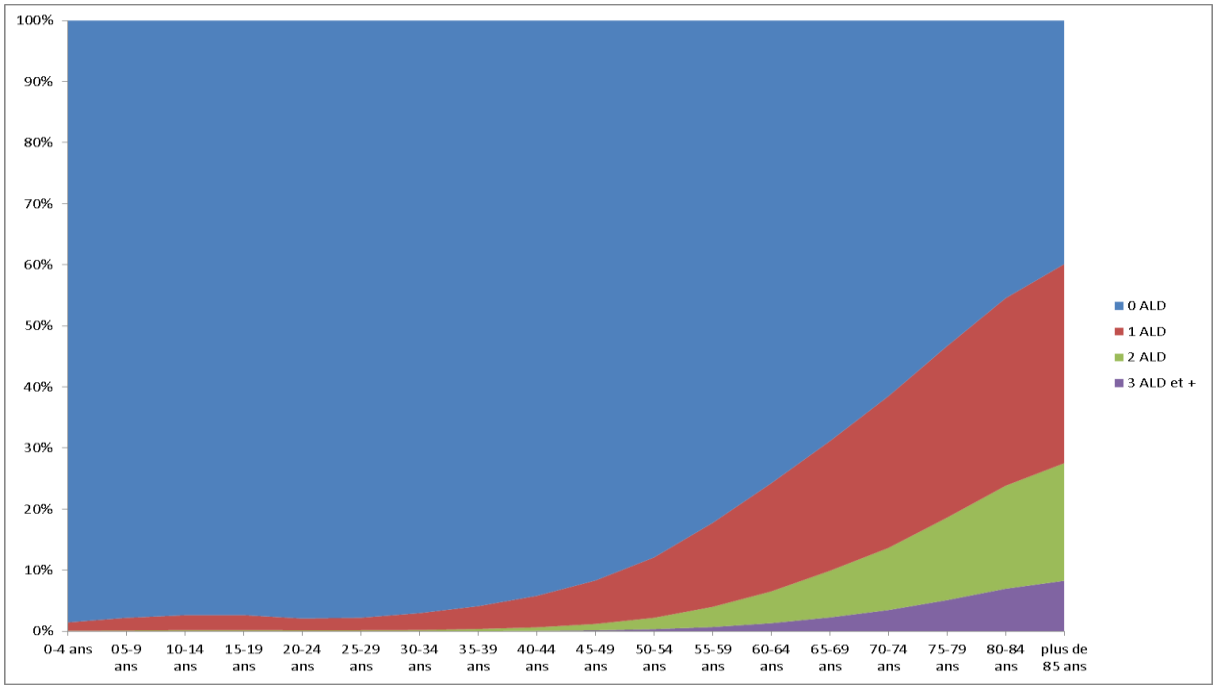
Nbre d'ALD exonérantes	Nbre de patients	Répartition
1	446 978	62%
2	191 261	27%
3	64 913	9%
4 et plus	14 982	2%
Total	718 134	100%

Source : MSA

Le graphique 17 montre ainsi que, **si la probabilité d'être en ALD augmente avec l'âge, il en est de même pour la probabilité d'avoir plusieurs ALD**.

[12] Source : AMELI

Graphique 17 : Nombre d'ALD par classe d'âge des patients du régime agricole au 31/12/2012



Comme l'illustre le tableau 32 sur les multimorbidités chroniques, deux associations d'ALD regroupent un nombre de patients conséquent. **L'association la plus fréquente est celle des ALD cardio-vasculaire et du diabète,** qui comptabilise 71 165 patients au 31/12/2012. Ensuite, les patients ayant un cancer et une affection du groupe cardio-vasculaire sont 42 271.

Tableau 32 : effectifs et répartition des principales associations d'ALD au 31/12/2012

N° ALD	Libellé affections	Nbre total d'assurés atteints de l'ALD	Assurés atteints uniquement de l'ALD		Assurés atteints d'au moins une autre ALD		Maladies cardio-vasculaires		Diabète		Cancer		Insuffisance respiratoire		APLD		MAAD		Nbre moyen d'ALD chez les plus d'1 ALD	Nbre moyen d'ALD chez les plus d'1 ALD de plus de 65 ans
1,3, 5,12,13	Maladies cardio-vasculaires	**369 630**	204 193	55%	165 437	45%	/	/	71 165	19%	42 271	11%	15 746	4%	13 283	4%	15 499	4%	2,23	2,23
8	Diabète	**167 537**	74 550	44%	92 987	56%	71 165	42%	/	/	15 886	9%	4 651	3%	6 476	4%	4 479	3%	2,26	2,28
30	Cancer	**155 324**	92 321	59%	63 003	41%	42 271	27%	15 886	10%	/	/	3 504	2%	4 503	3%	3 447	2%	2,30	2,31
14	Insuffisance respiratoire	**31 675**	9 792	31%	21 883	69%	15 746	50%	4 651	15%	3 504	11%	/	/	1 759	6%	931	3%	2,44	2,45
23	APLD	**60 525**	33 921	56%	26 604	44%	13 283	22%	6 476	11%	4 503	7%	1 759	3%	/	/	1 424	2%	2,36	2,41
15	MAAD	**43 171**	20 027	46%	23 144	54%	15 499	36%	4 479	10%	3 447	8%	931	2%	1 424	3%	/	/	2,33	2,33

Source : MSA

APLD = Affections psychiatriques de longue durée

MAAD = Maladie d'Alzheimer et autres démences

Clé de lecture : 369 630 patients sont en ALD pour une affection cardio-vasculaire au 31/12/2012 ; 204 193 d'entre eux (soit 55 %) n'ont qu'une ALD de ce groupe ; 71 165 d'entre eux (soit 19 %) ont également une exonération d'ALD diabète. Le nombre moyen d'ALD chez les patients ayant une affection du groupe cardio-vasculaire et au moins une autre affection est de 2,23. Au sein de la population des plus de 65 ans, ce nombre moyen d'ALD reste identique.

Note méthodologique : l'ensemble des patients en ALD 1 à 32 au 31/12/2012 a été pris en compte pour établir le tableau ci-dessus. Pour faciliter la lecture, n'apparaissent dans ce tableau que les pathologies dont les effectifs totaux sont supérieurs à 30 000 patients. Un patient est compté autant de fois qu'il a d'associations décrites dans ce tableau.

Les affections cardio-vasculaires constituent un groupe de pathologies particulièrement présentes au sein des ressortissants agricoles.

Les affections du groupe cardio-vasculaire regroupent 5 ALD :

- l'ALD 1 : Accident Vasculaire Cérébral Invalidant,
- l'ALD 3 : Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques,
- l'ALD 5 : Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires, cardiopathies congénitales graves,
- l'ALD 12 : Hypertension artérielle sévère,
- l'ALD 13 : Maladie coronaire.

369 630 patients sont en ALD au 31/12/2012 pour au moins une affection du groupe cardio-vasculaire (ALD 1, 3, 5, 12, 13), ce qui représente un total de 465 911 affections, et **place ce groupe d'affections au premier rang en termes de fréquence au régime agricole**. Il représente une prévalence de 111,4 ‰, **soit 51,5 % des patients en ALD 1 à 32 au 31/12/2012**.

Parmi les patients exonérés du ticket modérateur pour au moins une affection du groupe cardio-vasculaire au 31/12/2012, une proportion plus importante d'hommes est observée. L'âge moyen de ces patients est relativement élevé (77,9 ans), plus élevé que l'ensemble des patients en ALD 1 à 32 (72,9 ans).

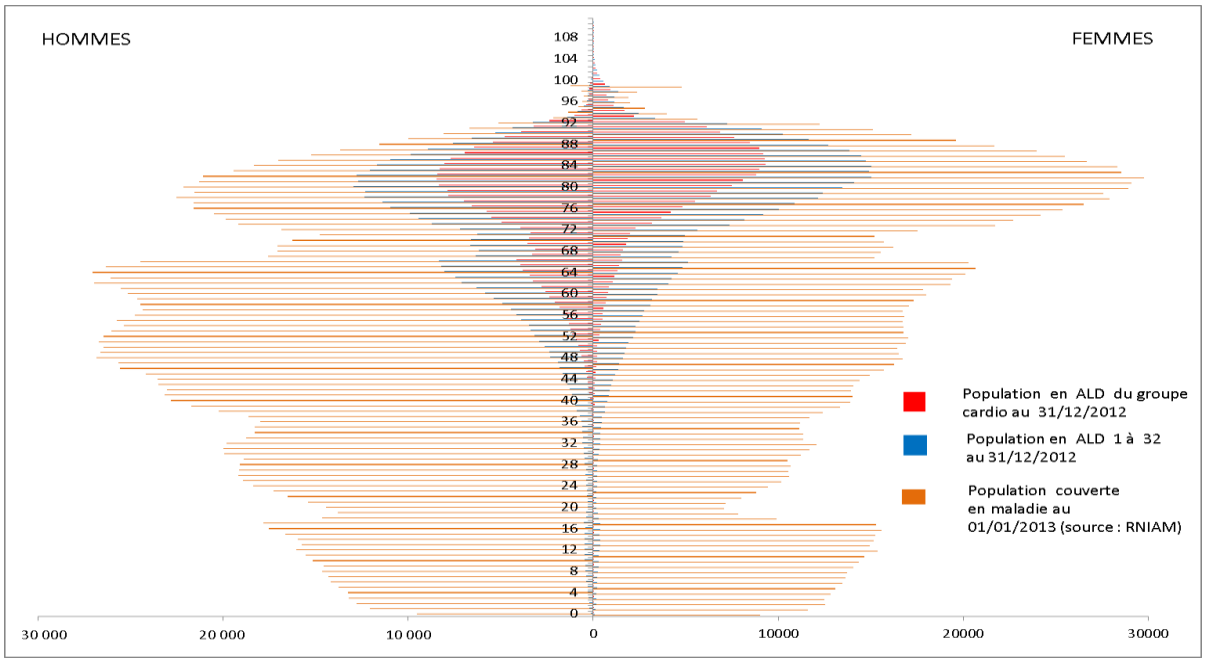
Tableau 33 : Effectifs et répartition par âge et sexe des patients en ALD au 31/12/2012 pour au moins une affection du groupe cardio-vasculaire

sexe	Effectifs de patients	Répartition	Taux de prévalence pour 1000	Age moyen	Ecart-type
Femmes	173 924	47%	113,6	80,8	10,4
Hommes	195 706	53%	109,6	75,2	12,0
Ensemble	369 630	100%	111,4	77,9	11,6

Source : MSA

Les différences de structure par âge sont illustrées par la pyramide des âges (Cf Graphique 18) : à son sommet, les femmes sont plus nombreuses tandis qu'une surreprésentation des hommes entre 55 et 65 ans est observée. A partir de 65 ans, la structure par âge de la population en ALD et celle du sous-groupe cardio sont très proches. En dessous de 35 ans, les effectifs regroupent 0,5 % de l'ensemble des patients en ALD pour une affection du groupe cardio-vasculaire.

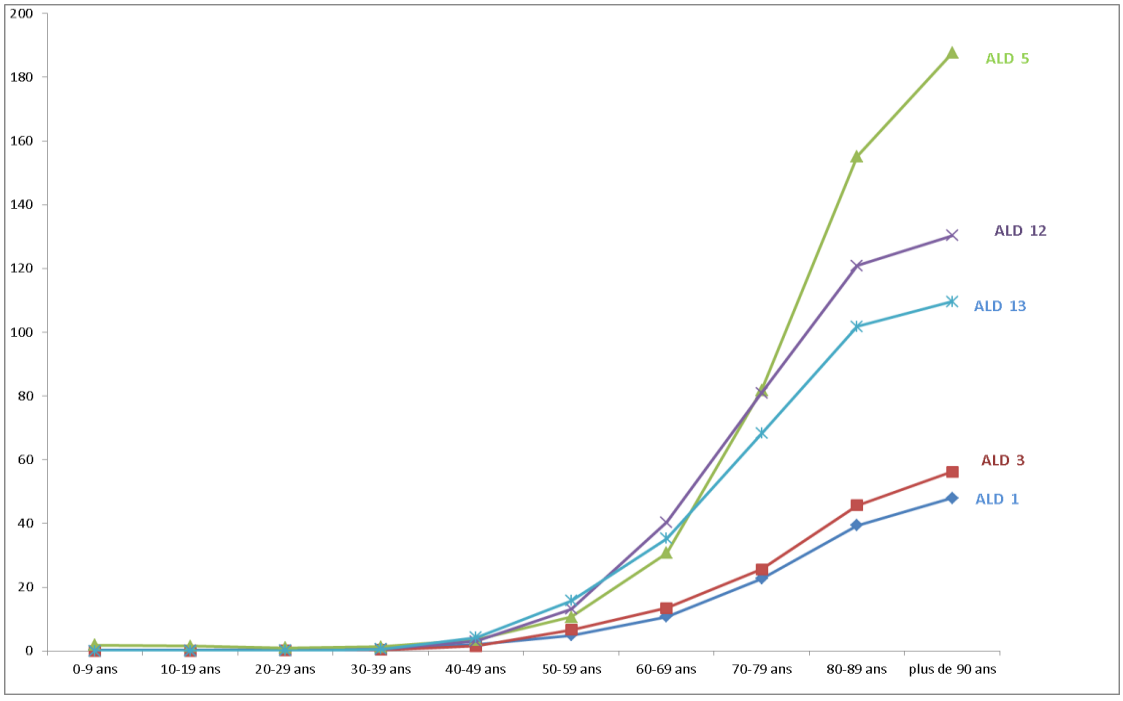
Graphique 18 : Pyramide des âges des patients en ALD au 31/12/2012 pour au moins une affection du groupe cardio-vasculaire, pour au moins une ALD 1 à 32 au 31/12/2012 et population couverte en maladie au 01/01/2013 (source : RNIAM)



Source : MSA

Les 5 ALD du groupe cardio-vasculaire mettent également en évidence une forte augmentation de la prévalence après 50 ans (Cf Graphique 19). L'ALD 5 augmente fortement après 70 ans avec un pic important chez les plus de 90 ans. La progression des ALD 1 et 3 est moins marquée par rapport aux trois autres ALD.

Graphique 19 : Taux de prévalence pour 1000 par tranche d'âge des 5 affections cardio-vasculaires



Enfin, si les affections cardio-vasculaires représentent plus de la moitié des patients en ALD 1 à 32 au 31/12/2012 au régime agricole, elles sont également souvent associées à d'autres ALD. Sur les 369 630 patients ayant au moins une affection de ce groupe, 204 193 patients, soit 55 %, n'ont pas d'autre ALD. Ces patients sont en majorité des hommes (54 %) et leur âge moyen est élevé (77,3 ans). Pour les patients présentant au moins une autre affection, l'âge moyen est plus élevé (78,4 ans).

Si les taux de prévalence brut des affections cardio-vasculaires semblent proches chez les hommes comme chez les femmes, que ce soit sans ou avec une autre association, cela relève essentiellement d'une structure par âge différente selon le genre.

Avec ou sans association à une affection cardio-vasculaire, les hommes sont plus touchés que les femmes, toutes choses égales par ailleurs.

Tableau 34 : Taux de prévalence brut et standardisé selon les associations ou non d'affections cardio-vasculaires, par sexe

		Taux bruts pour 1000	Taux stand. Pour 1000
Femmes	Mono cardio	61,7	49,5
	Poly cardio	51,9	41,9
	Poly cardio (à l'exception de l'ALD 12)	42,5	33,5
Hommes	Mono cardio	61,4	74,5
	Poly cardio	48,1	59,4
	Poly cardio (à l'exception de l'ALD 12)	44,0	55,1

Source : MSA

Le diabète, les tumeurs, l'insuffisance respiratoire, la maladie d'Alzheimer et les affections psychiatriques de longue durée représentent les principales affections associées à une pathologie du groupe cardio-vasculaire (Cf Tableau 35).

Tableau 35 : Répartition des principales ALD associées aux affections cardio-vasculaires

N° ALD	Libellé ALD	Effectifs	Répartition
8	Diabète	71 165	43%
30	Tumeurs	42 271	26%
14	Insuffisance respiratoire	15 746	10%
15	Maladie d'Alzheimer	15 499	9%
23	Affections psychiatriques de longue durée	13 283	8%
19	Nephropathie chronique	5 194	3%
16	Maladie de Parkinson	4 763	3%
22	Polyarthrite	4 414	3%
9	Affections neurologiques musculaires	3 090	2%
31	Hors liste	18 422	11%
Autres affections		9 106	6%
Nombre total de patients ayant une association		165 437	

Source : MSA

Clé de lecture : parmi les 165 437 patients ayant une affection cardio-vasculaire associée à au moins une autre ALD, 43 % ont un diabète.

Enfin, comme le montre le tableau 36, le taux de prévalence des affections cardio-vasculaires standardisés par âge et sexe sur la base de la population française est plus élevé au régime agricole (68,6 ‰) qu'au régime général (64,3 ‰). Cette différence est plus marquée pour les salariés agricoles que pour les non-salariés agricoles. Les hypothèses d'explication sont encore à identifier.

Tableau 36 : Taux de prévalence standardisé[13] par âge et sexe, par régime, des patients en ALD au régime agricole pour une affection cardio-vasculaire au 31/12/2012, et taux de prévalence brut au 31/12/2012 des patients en ALD pour une affection du groupe cardio-vasculaire au régime général[14]

		Taux de prévalence standardisé pour 1000 (2)
MSA	Non-salariés	67,5
	Salariés	69,2
	Ensemble	68,6

	Taux de prévalence brut pour 1000
Régime général	64,300

Source: MSA

Mortalité et suicide

Au-delà des fragilités en santé mentale des ressortissants agricoles évoquées en partie 3.2.1.2. (Cf « La prise en charge du patient psychiatrique »), la population des exploitants agricoles est concernée par le suicide.

Au sein de l'Europe, la France se situe dans le groupe des pays à taux élevés de suicide. En 2010, le taux de décès par suicide en France métropolitaine est de 16,5 pour 100 000 habitants (soit un total de 10 334 suicides dont 7 606 chez les hommes et 2 728 chez les femmes), taux nettement supérieur à la moyenne européenne (10,2 suicides pour 100 000 habitants).

Une étude de l'InVS en 2010 a montré que les agriculteurs exploitants présentent la mortalité par suicide la plus élevée parmi toutes les catégories sociales.

En 2012, l'InVS en partenariat avec la CCMSA s'est intéressé spécifiquement à la mortalité par suicide chez les agriculteurs exploitants[15]. L'étude a porté sur les années 2007, 2008 et 2009 et sur une population constituée en moyenne de plus de 500 000 personnes par an (68 % d'hommes et 32 % de femmes). Durant ces trois années, 2 769 décès toutes causes confondues ont été identifiés chez les hommes et 997 décès chez les femmes. Parmi ces décès, on a dénombré 417 suicides chez les hommes (respectivement 130, 146 et 141 en 2007, 2008 et 2009) et 68 chez les femmes (respectivement 19, 27 et 22 en 2007, 2008 et 2009). Ainsi, **les suicides représentent chez les hommes 15 % de l'ensemble des décès**, soit la troisième cause de décès après les décès par cancer (32 %) et les décès liés à des pathologies de

[13] Sur la base de la population française métropolitaine au 01/01/2013 (source : Insee)
[14] Source : AMELI
[15] A savoir les chefs d'exploitations agricoles et les collaborateurs d'exploitation (qui sont le plus souvent les conjoints des chefs d'exploitations), en activité professionnelle au 1er janvier d'une des trois années d'étude (2007, 2008 ou 2009) en France métropolitaine. Il s'agit bien d'une étude exhaustive chez les agriculteurs exploitants.

l'appareil circulatoire (19 %). **Chez les femmes, ils représentent 6,8 % de l'ensemble des décès** après les cancers (49 %) et les pathologies de l'appareil circulatoire (18 %). Par ailleurs, les taux standardisés de mortalité par suicide sont nettement plus élevés chez les hommes (32,5 pour 100 000 en 2007, 34,9 pour 100 000 en 2008 et 35,9 pour 100 000 en 2009) que chez les femmes (5,0 pour 100 000 en 2007, 9,1 pour 100 000 en 2008 et 10,8 pour 100 000 en 2009). La comparaison de la mortalité de la population des exploitants agricoles à celle de la population française, à partir de ratios standardisés de mortalité, met en évidence :

- Une sous-mortalité générale significative pour toutes causes de décès pour chaque année,

- Un excès statistiquement significatif de suicides chez les hommes de 28 % en 2008 et de 22 % en 2009. Cet excès est surtout marqué en 2008 chez les hommes âgés de 45 à 54 ans et de 55 à 64 ans (risque de décéder par suicide respectivement de 31 % et 47 % plus élevé que la population générale) et en 2009 chez les hommes de 55 à 64 ans (risque atteignant 64 %). Les secteurs d'activité les plus touchés par cette surmortalité par suicide en 2008 et 2009 sont l'élevage bovins-viande et l'élevage bovins-lait.

La notion de filière apparaît donc importante. Il en est de même au regard des risques professionnels tels qu'étudiés dans le cadre de la BPCO en milieu agricole.

Epidémiologie et facteurs de risque de la BPCO en milieu agricole : l'étude BM3R (BPCO MSA 3 Régions)

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique qui atteint principalement les adultes de plus de 40 ans et qui est définie par une obstruction permanente et progressive des voies aériennes. En France, en 2012, on dénombre 2 à 3 millions de BPCO. La BPCO représente un quart des insuffisances respiratoires et sa prévalence est estimée entre 4 et 7 %. Elle représente 2 à 3,5 % de la mortalité générale, soit 13 à 20 000 décès par an.

L'étude BM3R porte sur les ressortissants du régime agricole âgés de 40 à 74 ans invités à réaliser un bilan de santé dans trois régions (Franche-Comté, Bretagne et département de la Gironde) sur une période de 7 mois. L'objectif principal de l'étude est d'estimer, au sein de cette population, la prévalence de la BPCO.

Les principaux résultats qui contribuent à la connaissance du risque montrent que :

- la prévalence de la BPCO dans la population étudiée varie entre 2,7 et 8,3 % selon les critères de diagnostic (LLN versus GOLD),

- la prévalence semble plus élevée dans certaines catégories professionnelles agricoles (céréaliers, éleveurs de porcs et de volailles, travailleurs du bois), mais uniquement sur des valeurs spirométriques mesurées avant bronchodilatateurs.

Zoom sur l'Enquête Santé et Protection Sociale 2010 (Source IRDES)

Il s'agit d'une enquête de référence sur la santé, l'accès aux soins et la couverture maladie en France depuis 1988. L'enquête de 2010 porte sur un échantillon de 8 000 ménages, soit 22 000 personnes, représentatif d'environ 96 % de la population vivant en France métropolitaine.

Cet échantillon est composé de :

- 86,2 % de personnes déclarant relever du régime général, 6 % du régime agricole (non-salarié ou salarié, actif ou retraité), 5,5 % du RSI et 2,3 % d'un autre régime.
- 4 % d'agriculteurs (milieu social établi à partir de la catégorie socio-professionnelle déclarée par la personne de référence du ménage).
- 28,7 % de personnes habitant en commune rurale (définie comme une commune sans zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 m entre deux constructions) de 2000 habitants ou dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu).

Quelques résultats :

- Les personnes relevant de la MSA se déclarent en moins bonne santé : les personnes de 16 ans et plus se déclarant en assez bon, mauvais, très mauvais état de santé sont 44,1 % à la MSA, 32,2 % au RSI et 31,2 % au RG.

- Les agriculteurs sont la catégorie socio-professionnelle parmi laquelle il y a le plus de personnes (37,7 %) qui se déclarent limitées dans leurs activités habituelles depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé. Dans le même registre, 31,4 % des agriculteurs déclarent avoir au moins une limitation fonctionnelle physique (marcher 500 m, monter/descendre les escaliers, …).

- 70,6 % des agriculteurs déclarent avoir des difficultés à voir de près ou de loin sans lunettes ni lentilles (classe sociale la plus concernée).

- **22,8 % des agriculteurs déclarent avoir des difficultés à entendre sans l'aide d'un appareillage spécifique** (19,8 % chez les ressortissants agricoles contre 9,8 % pour les adhérents du RG et 11,3 % pour ceux du RSI).

- **Les agriculteurs (51,8 %) sont le milieu social et la MSA (50 %) le régime qui déclarent le plus mauvais état de santé bucco-dentaire** (38,2 % pour le RG et 40,8 % pour le RSI). Par ailleurs, un tiers des ressortissants de la MSA déclarent avoir des prothèses dentaires amovibles et les agriculteurs font partie de la catégorie sociale qui en porte le plus.

- A l'inverse, **les agriculteurs sont peu nombreux à fumer au quotidien (7,2 %)**, ainsi que les adhérents de la MSA (11,7 % contre 24,5 % pour les affiliés au RG et 21,6 % pour ceux du RSI).

- En revanche, les consommateurs d'alcool à risque chronique ou dépendants sont plus nombreux chez les agriculteurs (9,2 %) et à la MSA (10,3 % contre 6,9 % au RG et 8 % au RSI).

- En matière d'indice de masse corporelle, l'enquête montre que 33,3 % des personnes sont en surpoids à la MSA (26,4 % au RG et 30,1 % au RSI) et 15,4 % des personnes sont obèses à la MSA (11,2 % au RG et 13,6 % au RSI). **Chez les agriculteurs, les pourcentages atteignent 35,4 % pour le surpoids et 17,7 % pour l'obésité**.

c) Caractéristiques sociales de la population agricole : illustration par les retraités agricoles à travers l'étude AMI (Agrica-MSA-Isped ou Approche Multi-disciplinaire Intégrée)

Cette étude a pour objet la mise en place d'**une cohorte de 1 002 retraités agricoles âgés de 65 ans et plus vivant en milieu rural en Gironde**, en partenariat avec la MSA de la Gironde, AGRICA et l'ISPED (Institut de Santé Publique d'Epidémiologie et de Développement) de Bordeaux.

L'objectif global de cette étude est de faire un état des lieux de la santé des retraités du régime agricole vivant en milieu rural.

Parmi les différents enseignements ci-après énoncés, au-delà des aspects sanitaires, on retiendra les conditions de vie plus globalement (économique, fragilité…) qui conditionnent la qualité des prises en charge à organiser, notamment pour les 65 ans et plus.

Quelques résultats de cette étude épidémiologique tirés du rapport d'activité 2011 sont présentés ci-dessous selon différentes thématiques.

- Analyse sur l'environnement de vie

- **Les participants paraissent bien entourés dans leur vie**. En effet, 84 % des participants déclarent recevoir la visite d'un proche au moins une fois par semaine. 9 % déclarent souffrir d'isolement par rapport à leurs proches. 13 % disent avoir des difficultés de transport pour sortir de chez eux.

- L'accès aux commerces alimentaires et services nécessite l'utilisation d'un véhicule motorisé dans près de 70 % des cas.

- **Les participants ont de faibles revenus mensuels**. Parmi les 798 sujets ayant accepté de donner leur niveau de revenu, 69 % des couples vivent avec moins de 1 500 € par mois et 71 % des personnes vivant seules vivent avec moins de 1 000 € par mois.

- Analyse épidémiologique de l'état de santé général de la cohorte

- **Les participants semblent être assez dépendants dans leur vie quotidienne**. En effet, 33 % des participants sont totalement autonomes, 42 % présentent une dépendance légère (c'est-à-dire pour des activités relativement physiques comme marcher ou se déplacer dans les escaliers), 18 % une dépendance modérée (c'est-à-dire pour les activités domestiques comme préparer ses repas) et 7 % une dépendance sévère[16] pour les activités basiques de la vie quotidienne (s'habiller, se laver, s'alimenter par exemple). L'étude des Trois Cités, étude similaire à AMI mais réalisée en milieu urbain, avait montré que 51,6 % des personnes étaient totalement autonomes et seulement 1,1 % dépendantes sévères.

- **La moitié des personnes (50 %) s'estiment être en bonne ou très bonne santé**.

- **Une personne sur trois (34 %) présente 4 pathologies (ou déficiences) ou +**.

- **Les pathologies les plus fréquemment observées dans cette population sont : l'hypertension artérielle (79 %), les déficiences visuelles (44 %), l'obésité (27,3 %), pathologies ou symptômes respiratoires (25,2 %), les déficiences auditives (23,4 %), le diabète (15,3 %), la démence (12,9 %), le risque de malnutrition (11,4 %), la dépression (9,7 %) et le syndrome parkinsonien (4,1 %).**

- Analyse épidémiologique des Affections de Longue Durée (ALD)

- **55,5 % des sujets sont en ALD.**

- **Les 5 ALD les plus fréquentes sont :** l'hypertension artérielle sévère (13,2 %), l'insuffisance cardiaque (11,6 %), le cancer (11,1 %), les maladies coronariennes (10,2 %) et le diabète (10,1 %).

- Les ALD sont logiquement plus fréquentes chez les plus âgés : 66,7 % chez les 75 ans et plus contre 41,2 % chez les moins de 75 ans.

[16] Ici on ne parle pas de dépendance déclarée, mais bien évaluée à l'aide d'échelle d'évaluation validée.

- Description de la consommation médicamenteuse

- **Les médicaments les plus consommés sont :** les médicaments cardiovasculaires (plus de 80 % des sujets ont eu au moins un remboursement d'un médicament de cette classe entre 2007 et 2008), les médicaments de la sphère digestive (environ 75 %) et les médicaments des muscles et du squelette (environ 60 %).

- Les psychotropes sont consommés par près de 30 % des personnes âgées de moins de 75 ans et par 46 % des 75 ans et plus.

- Calcul d'un indicateur de fragilité

- Selon les critères de Fried qui définissent la fragilité autour de cinq composantes (la perte récente de poids, l'épuisement, la sédentarité, la faible vitesse de marche et la faiblesse musculaire), 74 personnes ont été considérées fragiles sur les 836 personnes pour lesquelles l'indicateur a pu être calculé. La prévalence de la fragilité dans cette population est donc estimée à 8,9 %, chiffre proche des données d'autres études.

- Les personnes âgées (75 ans et plus) et de bas niveau d'études sont plus à risque de fragilité, confirmant les résultats trouvés dans d'autres études.

- Analyses sur la malnutrition

- A partir des données nutritionnelles disponibles concernant 904 personnes, **la prévalence de la malnutrition a été estimée à 1,4 % et 11,4 % des sujets ont été considérés comme à haut risque de malnutrition**.

- Il est montré que le risque ou l'état de malnutrition sont significativement plus élevés chez les femmes, les plus âgés, les veufs et les sujets ayant les revenus les plus faibles. Par exemple, après 85 ans, 7 % des sujets sont dénutris et 25 % à risque.

- La prévalence de la malnutrition dans cette population de retraités agricoles vivant au domicile est faible, comparativement à l'étude réalisée en 2005 dans 42 établissements d'hébergement pour personnes âgées en Aquitaine où elle était estimée à 19 %.

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

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

a) L'hospitalisation en MCO

Le rapport Charges et Produits de la MSA pour l'exercice 2014 s'était déjà penché sur l'hospitalisation de court séjour pour les ressortissants agricoles. Les premiers enseignements étaient les suivants :

- Au régime agricole, la majorité des séjours (62 %) est effectuée en 2011 par des assurés âgés de 65 ans et plus alors que dans les autres régimes, la majorité des séjours (66 %) est réalisée par des assurés âgés de moins de 65 ans.

- Les motifs d'hospitalisation les plus fréquents appartiennent au domaine de l'appareil digestif, de l'orthopédie traumatologie, de la cardiologie et de l'ophtalmologie.

- Quel que soit le motif médical de recours à l'hospitalisation, le régime agricole se distingue en 2011 par une durée moyenne de séjours légèrement supérieure à celle des autres régimes à partir de 65 ans.

Cette étude a été actualisée et confirme ces éléments. Elle a été également approfondie notamment sur la question des séjours non programmés.

Il ressort notamment de cette étude une forte proportion de séjours non programmés pour les ressortissants agricoles, quel que soit le motif médical. Sur les 970 000 séjours réalisés par les ressortissants du régime agricole, le passage par les urgences, c'est-à-dire les séjours « non programmés » en médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO), est le deuxième mode d'entrée à l'hôpital. **Toutes classes d'âge confondues, le taux de séjours « non programmés » est de 29 %**, et atteint 40 % pour les 75 ans et plus. **Le passage par les urgences est plus fréquent au régime agricole que pour les autres régimes (23 %).**

Parmi les évolutions constatées entre 2011 et 2012, sont à noter l'augmentation des séjours pour cause d'alcoolisme et toxicomanie chez les moins de 65 ans, l'augmentation globale des séjours pour les 75 ans et plus, notamment pour les infections respiratoires et les problèmes cardiaques.

L'organisation des parcours en milieu rural est donc une question centrale pour les ressortissants agricoles, à la fois pour garantir un égal accès à l'offre de soins et une égalité des chances dans la prise en charge des pathologies.

Cet enjeu est par ailleurs souligné par l'étude sur le recours des ressortissants agricoles aux ex-hôpitaux locaux (cf partie 3.2.4.4.).

Constituée à 20 % de ressortissants agricoles, la patientèle des ex-hôpitaux locaux provient une fois sur deux de son domicile avant son hospitalisation. Dans 39 % des cas, le patient retourne à son domicile après son séjour. L'analyse des parcours de soins les plus courants confirme le rôle de « sas » de l'ex-hôpital local, entre le domicile, l'établissement de santé et l'établissement médico-social.

Au final, si le recours à l'hospitalisation des ressortissants agricoles - et notamment le recours aux séjours non programmés - suggère des marges de progrès sur la prise en charge - notamment en ambulatoire - de certaines pathologies qui doivent se traduire en terme de qualité pour l'assuré et potentiellement en termes de dépenses évitables, il montre également le rôle de proximité qu'assurent ces établissements, en particulier les ex-hôpitaux locaux, pour la population agricole.

Le recours à l'hospitalisation de court séjour par la population du régime agricole en 2012

En 2012, le régime agricole protège 3,3 millions d'individus non salariés ou salariés agricoles au titre du risque maladie. La même année, il prend en charge près d'un million de séjours hospitaliers en unité de soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO). Le taux de recours à l'hospitalisation s'établit ainsi à 292 séjours pour 1 000 affiliés au régime agricole. Ces recours peuvent être retracés de façon détaillée par les données collectées dans le cadre du PMSI (Cf. Méthodologie).

Qui recourt à l'hospitalisation ?

C'est la population âgée de 65 ans et plus, nombreuse au régime agricole (35 % de la population protégée), qui recourt le plus à l'hospitalisation (62 % des séjours). L'âge moyen des patients hospitalisés est de 66 ans.
Le taux de recours augmente avec l'âge et atteint 562 séjours pour 1 000 affiliés au régime agricole chez les 75 ans et plus. Le recours à l'hospitalisation est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes à partir de 55 ans. Avant 55 ans, ce sont les femmes qui ont le plus souvent recours aux séjours hospitaliers, en raison du poids des séjours en obstétrique de la classe d'âge des 20 à 39 ans.

Tableau 37

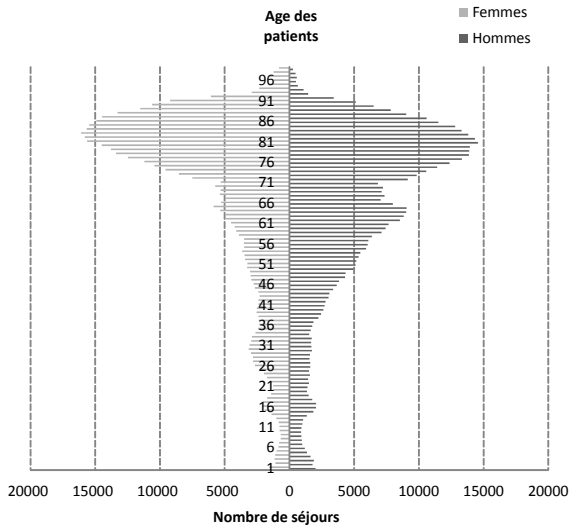
NOMBRE DE SEJOURS ET TAUX DE RECOURS AUX SEJOURS HOSPITALIERS MCO PAR TRANCHE D'AGE EN 2012

	Nombre de séjours	%	Population protégée au 2 janvier 2013	%	Taux de recours pour 1000 individus
Moins de 65 ans	370 176	38%	2 133 676	64%	173
65 à 74 ans	145 576	15%	374 758	11%	388
75 ans et plus	454 268	47%	808 564	24%	562
Total	970 020	100%	3 316 998	100%	292

Sources : SNIIRAM PMSI 2012, RNIAM 2013 – exploitation MSA

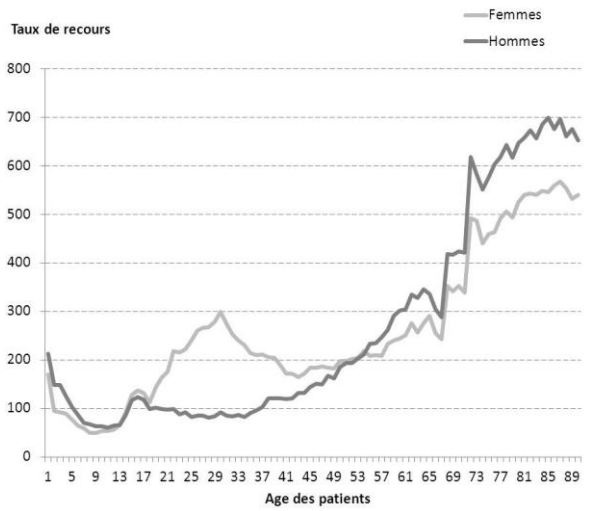
Graphique 20

NOMBRE DE SEJOURS MCO PAR AGE ET SEXE EN 2012



Graphique 21

TAUX DE RECOURS AUX SEJOURS MCO PAR AGE EN 2012



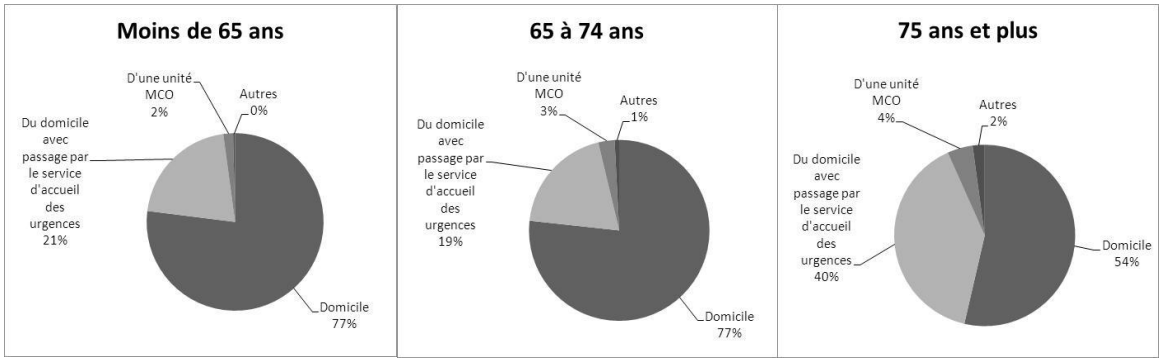
Sources : SNIIRAM PMSI 2012, RNIAM 2013 – exploitation MSA

D'où proviennent les patients ?

Les patients arrivent principalement du domicile lorsqu'ils sont hospitalisés. Dans 66% des cas, toutes classes d'âge confondues, le séjour est programmé. Néanmoins, le passage par les urgences, c'est-à-dire les séjours « non programmés » en MCO, est fréquent, et est le deuxième mode d'entrée à l'hôpital. Toutes classes d'âge confondues, le taux de séjours « non programmés » est de 29%. Il atteint 40% dans la classe d'âge des 75 ans et plus.

Graphique 22

REPARTITION DU NOMBRE DE SEJOURS MCO PAR TYPE DE PROVENANCE ET PAR CLASSE D'AGE EN 2012



Sources : SNIIRAM PMSI 2012 – exploitation MSA

Pour quels motifs d'hospitalisation ?

Chez les patients âgés de moins de 65 ans, le motif de séjours le plus fréquent est les endoscopies digestives. Cette classe d'âge est plus souvent confrontée à des épisodes hospitaliers ponctuels (ex : chirurgies main, poignet, accouchements) que les autres classes d'âge.
Egalement, chez les patients âgés de 65 à 74 ans, le taux de recours pour endoscopies digestives est élevé. Les motifs de séjours propres à des épisodes ponctuels, tels que les cataractes ou les chirurgies majeures orthopédiques, restent fréquents. Les interventions pour cataractes dépassent les 35 séjours pour 1 000 individus.
Chez les patients âgés de 75 ans et plus, le taux de recours aux séjours pour cataractes atteint les 56 séjours pour 1000 individus. A partir de cet âge, certains motifs d'hospitalisation liés à des pathologies lourdes et/ou chroniques apparaissent plus fréquemment, tels que les cardiopathies, les valvulopathies, les infections respiratoires et les accidents vasculaires cérébraux (AVC).

Tableau 38

TOP 10 DES MOTIFS DE SEJOURS LES PLUS COURANTS SELON LA CLASSE D'AGE DES PATIENTS

Classe d'âge	Libellé Groupes d'Activité	Nombre de séjours	Taux de recours
MOINS DE 65 ANS	Endoscopies digestives avec ou sans anesthésie	24202	11
	Accouchements par voie basse	14514	34*
	Affections médicales du nouveau-né	13763	NR
	Chirurgies main, poignet	12313	6
	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	10584	5
	Actes ORL et stomato divers	10158	5
	Arthroscopies, Biopsies ostéo-articulaires	9265	4
	Hernies	6570	3
	Signes et symptômes	6443	3
	Toxicomanies et alcoolisme	5820	3
65 A 74 ANS	Cataractes	13449	36
	Endoscopies digestives avec ou sans anesthésie	9117	24
	Chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche et fémur genou)	7136	19
	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	6251	17
	Signes et symptômes	3318	9
	Cathétérismes diagnostiques vasculaires et coronariens	2970	8
	Hernies	2894	8
	Chirurgies main, poignet	2829	8
	Infections respiratoires	2690	7
	Chimiothérapie hors séances	2613	7
75 ANS ET PLUS	Cataractes	45054	56
	Cardiopathies, valvulopathies	25456	31
	Infections respiratoires	22285	28
	Chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche et fémur genou)	21805	27
	Signes et symptômes	13551	17
	AVC	12702	16
	Autres Maladies immunitaires, du Sang, des Organes hématopoïétiques, Tumeurs siège imprécis ou diffus	10405	13
	Cardiologie autres	9468	12
	Autres affections reins, voies urinaires	8158	10
	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux	8017	10

*Taux de recours calculé sur la population protégée féminine âgée de 15 à 49 ans.
Sources : SNIIRAM PMSI 2012, RNIAM 2013 – exploitation MSA.

Quelles évolutions entre 2011 et 2012 ?

Le volume de séjours hospitaliers effectués par les patients du régime agricole décroît de - 0,8 % entre 2011 et 2012. Il diminue moins que la population protégée (- 1,8 %). Cela provient de l'augmentation de + 0,8 % du nombre de séjours des patients âgés de 75 ans et plus, tandis que la population protégée de cette classe d'âge diminue de - 1,8 %.

Tableau 39

EVOLUTION DU NOMBRE DE SEJOURS ET DE LA POPULATION PROTEGEE AGRICOLE PAR CLASSE D'AGE

	Séjours Evo 2012/2011	Population protégée Evo 2012/2011
Moins de 65 ans	-2,4%	-2,0%
65 à 74 ans	-1,7%	-0,2%
75 ans et plus	0,8%	-1,8%
Total	-0,8%	-1,8%

Sources : SNIIRAM PMSI 2011 2012, RNIAM 2012 2013 – exploitation MSA

Quelle que soit la classe d'âge, le recours aux séjours pour endoscopies digestives augmente entre 2011 et 2012. A l'inverse, le taux de recours aux chirurgies de la main ou du poignet est en baisse.
Chez les patients âgés de moins de 65 ans, le taux de recours augmente particulièrement pour les motifs suivants : toxicomanies et alcoolisme (+ 3,8 %) et actes ORL et stomato (+2,5%).
Chez les patients âgés de 65 à 74 ans, le recours à l'hospitalisation pour endoscopies digestives avec ou sans anesthésie augmente de +3,0%. En revanche, les taux de recours sont en recul pour les motifs suivants : chirurgies de la main ou du poignet (-4,8%), signes et symptômes (-3,3%) et chirurgies majeures orthopédiques (-2,9%).
A partir de 75 ans, le taux de recours augmente quel que soit le motif médical du séjour, excepté pour les cataractes. Il augmente plus particulièrement pour les infections respiratoires (+13,9%), et les problèmes cardiaques (cardiopathies, valvulopathies : +4,7% ; cardiologie autres : +4,9%).

Tableau 40

EVOLUTION DU TAUX DE RECOURS POUR LES SEJOURS LES PLUS COURANTS PAR CLASSE D'AGE

Classe d'âge	Libellé Groupes d'Activité	Taux de recours Evolution 2012-2011
MOINS DE 65 ANS	Endoscopies digestives avec ou sans anesthésie	0,3%
	Accouchements par voie basse	2,1%*
	Affections médicales du nouveau-né	NR
	Chirurgies main, poignet	-2,6%
	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	0,2%
	Actes ORL et stomato divers	2,5%
	Arthroscopies, Biopsies ostéo-articulaires	1,6%
	Hernies	0,1%
	Signes et symptômes	-8,8%
	Toxicomanies et alcoolisme	3,8%
65 A 74 ANS	Cataractes	1,3%
	Endoscopies digestives avec ou sans anesthésie	3,0%
	Chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche et fémur genou)	-2,9%
	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	0,1%
	Signes et symptômes	-3,3%
	Cathétérismes diagnostiques vasculaires et coronariens	0,1%
	Hernies	-0,2%
	Chirurgies main, poignet	-4,8%
	Infections respiratoires	1,4%
	Chimiothérapie hors séances	-2,0%
75 ANS ET PLUS	Cataractes	-0,3%
	Cardiopathies, valvulopathies	4,7%
	Infections respiratoires	13,9%
	Chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche et fémur genou)	1,9%
	Signes et symptômes	2,1%
	AVC	2,0%
	Autres Maladies immunitaires, du Sang, des Organes hématopoïétiques, Tumeurs siège imprécis ou diffus	4,7%
	Cardiologie autres	4,9%
	Autres affections reins, voies urinaires	2,4%
	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux	4,1%

*Taux de recours calculé sur la population protégée féminine de 15 à 49 ans
Sources : SNIIRAM PMSI 2011 2012, RNIAM 2012 2013 – exploitation MSA

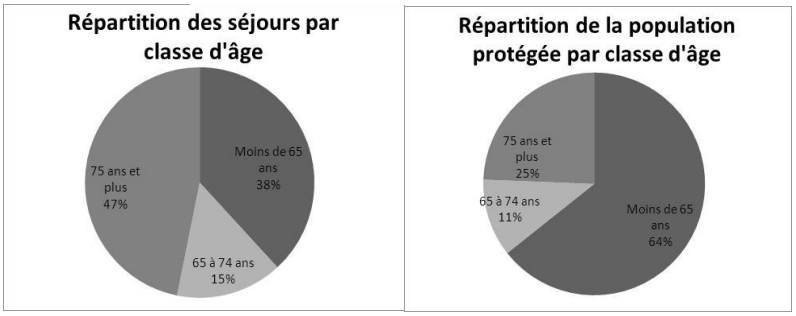
Quelles spécificités pour le régime agricole ?

Le poids des séjours du régime agricole dans l'ensemble des séjours tous régimes est de 5,5 %. Cette proportion atteint 12,4 % dans la classe des 75 ans et plus. Ceci s'explique par la structure démographique propre au régime agricole, avec une moyenne d'âge plus élevée que dans les autres régimes.
Ainsi, au régime agricole, la majorité des séjours est effectuée par des assurés âgés de 65 ans ou plus (62 %) alors que dans les autres régimes, la majorité des séjours est effectuée par des assurés âgés de moins de 65 ans.
A partir de 65 ans, quel que soit l'âge du patient, la durée moyenne de séjour est un peu plus élevée au régime agricole que dans les autres régimes.

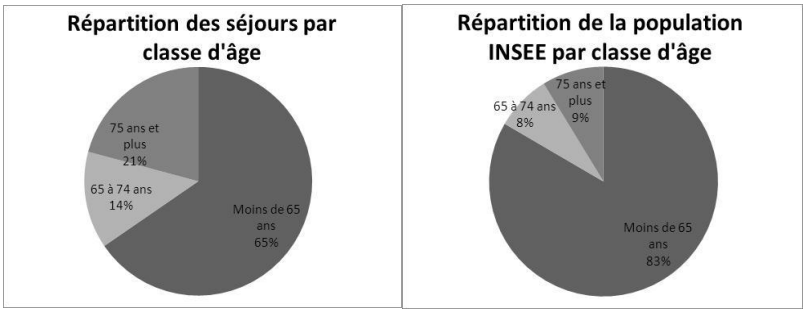
Graphique 23

REPARTITION DES SEJOURS 2012 ET DE LA POPULATION PAR CLASSE D'AGE - REGIME AGRICOLE VERSUS AUTRES REGIMES

REGIME AGRICOLE



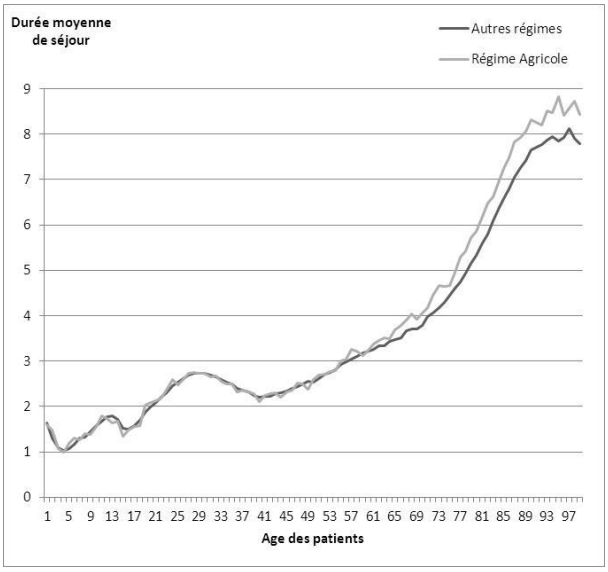
TOUS REGIMES



Sources : SNIIRAM PMSI 2012, RNIAM 2013, INSEE 2010 – exploitation MSA

Graphique 24

DUREES MOYENNES DE SEJOUR SELON L'AGE ET LE REGIME D'APPARTENANCE DU PATIENT EN 2012



Sources : SNIIRAM PMSI 2012 – exploitation MSA

Ceci se confirme également quel que soit le motif médical de séjour. En effet, surtout chez les patients âgés de 75 ans et plus, les durées moyennes de séjours sont un peu plus longues, à moyenne d'âge quasi équivalente entre le régime agricole et les autres régimes.

Tableau 41

MOYENNE D'AGE ET DUREE MOYENNE DE SEJOUR POUR LES SEJOURS LES PLUS COURANTS SELON LA CLASSE D'AGE DES PATIENTS

Classe d'âge	libellé Groupes d'Activité	Régime Agricole		Autres régimes	
		Moyenne d'âge	DMS	Moyenne d'âge	DMS
65 A 74 ANS	Cataractes	71	0,1	70	0,1
	Endoscopies digestives avec ou sans anesthésie	69	0,0	69	0,0
	Chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche et fémur genou)	70	9,1	70	9,0
	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	70	0,1	69	0,1
	Signes et symptômes	70	2,8	69	2,5
	Cathétérismes diagnostiques vasculaires et coronariens	70	3,2	69	2,9
	Hernies	70	2,6	69	2,4
	Chirurgies main, poignet	70	0,4	69	0,4
	Infections respiratoires	70	10,0	70	9,8
	Chimiothérapie hors séances	70	2,5	69	2,8
75 ANS ET PLUS	Cataractes	82	0,3	81	0,2
	Cardiopathies, valvulopathies	86	9,9	85	9,5
	Infections respiratoires	85	11,0	85	10,6
	Chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche et fémur genou)	83	10,9	83	10,7
	Signes et symptômes	84	4,5	83	3,7
	AVC	84	10,7	84	10,3
	Autres maladies immunitaires, du sang, des organes hématopoïétiques, tumeurs…	84	6,6	84	6,2
	Cardiologie autres	84	5,0	83	4,4
	Autres affections reins, voies urinaires	84	5,3	83	5,4
	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux	85	9,1	84	7,2

Sources : SNIIRAM PMSI 2012 – exploitation MSA

Zoom sur les séjours « non programmés »

Les séjours « non programmés » sont fréquents au régime agricole. C'est le deuxième mode d'entrée à l'hôpital. Toutes classes d'âge confondues, le taux de séjours « non programmés » est de 29%. Il atteint 40% dans la classe d'âge des 75 ans et plus.
Le passage par le service des urgences est plus fréquent au régime agricole que dans les autres régimes, notamment chez les 65 ans et plus. Ce constat s'observe quel que soit l'âge (tableau 42) et quel que soit le motif médical du séjour (tableaux 43 et 44).

Tableau 42

PART DES SEJOURS « NON PROGRAMMES » SELON LA CLASSE D'AGE ET LE REGIME D'AFFILIATION DES PATIENTS

	Régime Agricole	Autres régimes
Moins de 65 ans	21%	20%
65 à 74 ans	20%	17%
75 ans et plus	40%	34%
Total	29%	23%

Sources : SNIIRAM PMSI 2012 – exploitation MSA

Certains motifs de séjours « non programmés » sont communs aux différentes classes d'âge, notamment en cardiologie. D'autres motifs sont plus spécifiques à l'âge du patient. Ainsi, chez les patients de moins de 65 ans, le motif le plus courant de séjours « non programmés » est la toxicomanie et l'alcoolisme. Chez les patients âgés de 65 ans et plus, les motifs les plus fréquents sont les infections respiratoires, les AVC et les cardiopathies, valvulopathies.

Tableau 43

TOP 10 DES MOTIFS DE SEJOURS « NON PROGRAMMES » LES PLUS COURANTS SELON LA CLASSE D'AGE DES PATIENTS REGIME AGRICOLE

Classe d'âge	Libellé Groupes d'Activité	Nombre de séjours	Part des séjours non programmés
MOINS DE 65 ANS	Toxicomanies et alcoolisme	3313	57%
	Cardiologie autres	2984	60%
	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif	2965	62%
	Accouchements par voie basse	2941	20%
	Symptômes digestifs	2893	52%
	Infections reins et voies urinaires, lithiases	2685	70%
	Bronchites, bronchiolites et asthme	2584	71%
	Iatrogénie, intox médicamenteuses et chimiques	2572	81%
	Trauma crâniens	2193	87%
	Infections respiratoires	2189	67%
65 A 74 ANS	Infections respiratoires	1835	68%
	AVC	1461	74%
	Cardiologie autres	1323	59%
	Cardiopathies, valvulopathies	1134	59%
	Troubles du rythme/conduction	858	48%
	Symptômes digestifs	731	37%
	Infections reins et voies urinaires, lithiases	719	27%
	Embolies pulmonaires et détresses respiratoires	703	64%
	Autres affections reins, voies urinaires	612	33%
	Autres Maladies immunitaires, du Sang, des Organes hématopoïétiques, Tumeurs siège imprécis ou diffus	601	28%
75 ANS ET PLUS	Cardiopathies, valvulopathies	17559	69%
	Infections respiratoires	16501	74%
	AVC	10219	80%
	Chirurgies majeures orthopédiques	7822	36%
	Cardiologie autres	6595	70%
	Bronchites, bronchiolites et asthme	4680	69%
	Signes et symptômes	4631	34%
	Troubles du rythme/conduction	4543	61%
	Autres Maladies immunitaires, du Sang, des Organes hématopoïétiques, Tumeurs siège imprécis ou diffus	4421	42%
	Embolies pulmonaires et détresses respiratoires	4194	69%

Sources : SNIIRAM PMSI 2012 – exploitation MSA

Tableau 44

TOP 10 DES MOTIFS DE SEJOURS « NON PROGRAMMES » LES PLUS COURANTS SELON LA CLASSE D'AGE DES PATIENTS

AUTRES REGIMES

Classe d'âge	Libellé Groupes d'Activité	Nombre de séjours	Part des séjours non programmés
MOINS DE 65 ANS	Accouchements par voie basse	153598	24%
	Toxicomanies et alcoolisme	108216	56%
	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif	98246	66%
	Bronchites, bronchiolites et asthme	95716	73%
	Iatrogénie, intox médicamenteuses et chimiques	93274	81%
	Symptômes digestifs	83094	56%
	Infections reins et voies urinaires, lithiases	76285	71%
	Cardiologie autres	73383	58%
	Névroses, psychoses et autres troubles mentaux	67505	66%
	Infections respiratoires	60154	67%
65 A 74 ANS	Infections respiratoires	25556	64%
	AVC	19748	71%
	Cardiologie autres	17543	54%
	Cardiopathies, valvulopathies	14305	55%
	Embolies pulmonaires et détresses respiratoires	10480	60%
	Troubles du rythme/conduction	9739	43%
	Symptômes digestifs	9312	31%
	Signes et symptômes	9288	18%
	Infections reins et voies urinaires, lithiases	9060	61%
	Autres Maladies immunitaires, du Sang, des Organes hématopoïétiques, Tumeurs siège imprécis ou diffus	8851	27%
75 ANS ET PLUS	Infections respiratoires	93955	71%
	Cardiopathies, valvulopathies	84909	64%
	AVC	59462	77%
	Chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche et fémur genou)	49997	37%
	Cardiologie autres	38679	65%
	Signes et symptômes	30967	32%
	Embolies pulmonaires et détresses respiratoires	27993	66%
	Autres Maladies immunitaires, du Sang, des Organes hématopoïétiques, Tumeurs siège imprécis ou diffus	27109	39%
	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux	25995	36%
	Infections reins et voies urinaires, lithiases	25458	70%

Sources : SNIIRAM PMSI 2012 – exploitation MSA

Méthodologie :

Exploitation des données du PMSI MCO 2011 et 2012 via le SNIIRAM.
Sélection des séjours hors séances (CMD 28), séjours fictifs, GHM en erreur et doublons de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille et des Hospices Civils de Lyon.

Chaque année, une nouvelle version de la nomenclature de groupes de pathologies servant à la tarification à l'activité est élaborée. Afin que les agrégats utilisés pour l'analyse des séjours soient comparables entre 2011 et 2012, les séjours ont fait l'objet d'un regroupement en version v11d du PMSI.

Les séjours du régime agricole correspondent aux séjours effectués par des affiliés au régime agricole quel que soit le régime, non-salariés ou salariés agricoles, et l'assureur (MSA + GAMEX).

Le taux de recours à l'hospitalisation est calculé en divisant le nombre de séjours effectués par le nombre d'individus protégés par le régime agricole (population RNIAM au 02/01/2012 et au 02/01/2013).

Sigles cités :

AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CMD : Catégorie Majeure de Diagnostics
DMS : Durée Moyenne de Séjour
GAMEX : Groupement des Assureurs Maladie des Exploitants agricoles
GHM : Groupe Homogène de Malades
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MSA : Mutualité Sociale Agricole
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
SNIIRAM : Système National d'Information Inter Régimes de l'Assurance Maladie

b) La prise en charge du patient psychiatrique

La santé mentale est un enjeu pour la population française dans son ensemble, mais également particulièrement pour les ressortissants agricoles, notamment du point de vue de la reconnaissance des pathologies, première étape de la prise en charge.

Une première étude, réalisée sur la délivrance de psychotropes pour les ressortissants agricoles en 2013 avec une comparaison avec les mêmes données de 2010 (cf étude en Annexe 4), fait apparaître les constats suivants, témoins de fragilités pour la population agricole :

- **Une consommation de psychotropes au titre des soins de ville, en terme de montants remboursés ou de boîtes délivrées, en baisse par rapport à 2012**.

- **Les antidépresseurs représentent la part principale des montants remboursés de psychotropes** (46,1 %, - 8,3 points par rapport à 2010), suivis des neuroleptiques (31,6 %, + 4,6 points), des anxiolytiques (13,5 %, + 2,1 points) et des hypnotiques (8,8 %, + 1,6 point).

- **En nombre de boîtes délivrées, l'ordre diffère : les anxiolytiques sont les plus importants** (36,8 %, + 0,3 point par rapport à 2010), suivis des antidépresseurs (30,5%, - 1,2 point), des hypnotiques (23,9 %, + 0,1 point) et des neuroleptiques (8,8 %, + 0,8 point).

- **Une consommation dépendante de l'âge** (le profil de consommation chronique (au moins trois remboursements au cours de l'année) d'antidépresseurs, d'anxiolytiques et d'hypnotiques est d'abord croissant puis décroissant pour les patients aux grands âges) et **du sexe** (elle est majoritairement le fait des femmes).

- **La délivrance d'au moins 3 antidépresseurs, anxiolytiques ou hypnotiques en 2013 concerne 15,2 % des personnes protégées en maladie au régime agricole.**

- **Une forte diminution du taux de recours (au moins 3) aux benzodiazépines en 2012 pour les personnes âgées de 65 ans et plus.** L'année 2013 poursuit cette tendance à l'exception de la tranche d'âge des [74-84 ans]. Les hypothèses, partagées lors d'une réunion avec la HAS, concernant la baisse en 2012 sont les suivantes : report de consommation vers les antidépresseurs, effets du CAPI (contrat d'amélioration des pratiques individuelles) sur la manière de prescrire des médecins.

- **Des taux standardisés de recours aux psychotropes significativement différents entre les deux régimes** : Chez les hommes, les taux standardisés de recours sont plus importants chez les salariés, pour la consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques. Pour les antidépresseurs, les taux ne sont pas significativement différents. Chez les femmes, le taux de consommation standardisé pour le recours aux hypnotiques est significativement supérieur chez les salariés. Les taux de recours aux anxiolytiques et aux antidépresseurs ne sont pas significativement différents.

Ces dernières différences sont expliquées en partie par l'accès aux spécialistes.

La part des prescriptions des psychotropes relève majoritairement des médecins généralistes libéraux : 84,2 % pour les antidépresseurs, 88,4 % pour les anxiolytiques, 89,2 % pour les hypnotiques et 88,7 % pour les benzodiazépines et substances actives apparentées aux benzodiazépines.

Mais **l'origine de la prescription** diffère selon le régime étudié. En effet, la part de prescription émanant des médecins généralistes libéraux est plus importante chez les non-salariés agricoles :

- Antidépresseurs : 88,0 % pour les non-salariés agricoles contre 78,4 % pour les salariés agricoles
- Anxiolytiques : 91,3 % pour les non-salariés agricoles contre 83,8 % pour les salariés agricoles
- Hypnotiques : 91,6 % pour les non-salariés agricoles contre 85,2 % pour les salariés agricoles
- Benzodiazépines et apparentées : 91,6 % pour les non-salariés agricoles contre 84,4 % pour les salariés agricoles.

Ce résultat est très probablement explicable par une faible présence de psychiatres en milieu rural.

Les modalités de prise en charge apparaissent donc relativement différenciées pour les non-salariés agricoles au regard du recours à l'offre de soins.

Une seconde étude, spécifiquement axée sur les maladies mentales pour les salariés et les non-salariés agricoles, qui cherche à présenter cette population plus en termes démographiques qu'épidémiologiques (cf étude en Annexe 5), **fait également ressortir des différences en termes de prise en charge.**

Les maladies mentales sont marquées par la diversité et la multiplicité des formes d'expression. La reconnaissance même symbolique est parfois difficile. La prise en charge au titre d'une affection de longue durée est une de ces formes de reconnaissance. Les patients reconnus en ALD au titre d'une affection psychiatrique de longue durée (ALD) relèvent d'un ensemble large de pathologies, depuis les pathologies psychiatriques d'origine congénitale aux troubles mentaux liés à une addiction, en passant par la dépression.

Au 31/12/2012, plus de 60 500 patients sont exonérés du ticket modérateur pour au moins une pathologie mentale (ALD n°23). Les femmes sont plus touchées que les hommes, les salariés plus que les exploitants. La pathologie la plus fréquente concerne les troubles de l'humeur dont la dépression, qui représente 47 % des personnes en ALD 23. Pour l'ensemble de l'ALD 23, on constate des taux de prévalence standardisés par âge et sexe plus importants dans le Sud-Ouest, en Bretagne et en Corse. Les deux principales pathologies (troubles de l'humeur et schizophrénie) présentent des caractéristiques différentes, en termes de sexe, d'âge, et de répartition géographique.

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

Cette moindre prévalence de l'ADL 23 chez les exploitants agricoles peut apparaître contradictoire par rapport au risque de suicide par ailleurs analysé par l'INVS et les problématiques de consommation d'alcool également connues pour les exploitants.

En conséquence, la limite énoncée en matière de reconnaissance constitue également un enjeu : **mieux diagnostiquer et mieux reconnaître les maladies mentales au sein de cette population.**

Plus généralement, ces éléments confirment l'enjeu déjà exprimé dans le rapport 2014 d'étudier le parcours de soins des assurés agricoles, notamment pour les exploitants agricoles, et d'étudier l'intérêt d'une prise en charge, pour certaines indications, d'un suivi psychologique non pris en charge sur le risque.

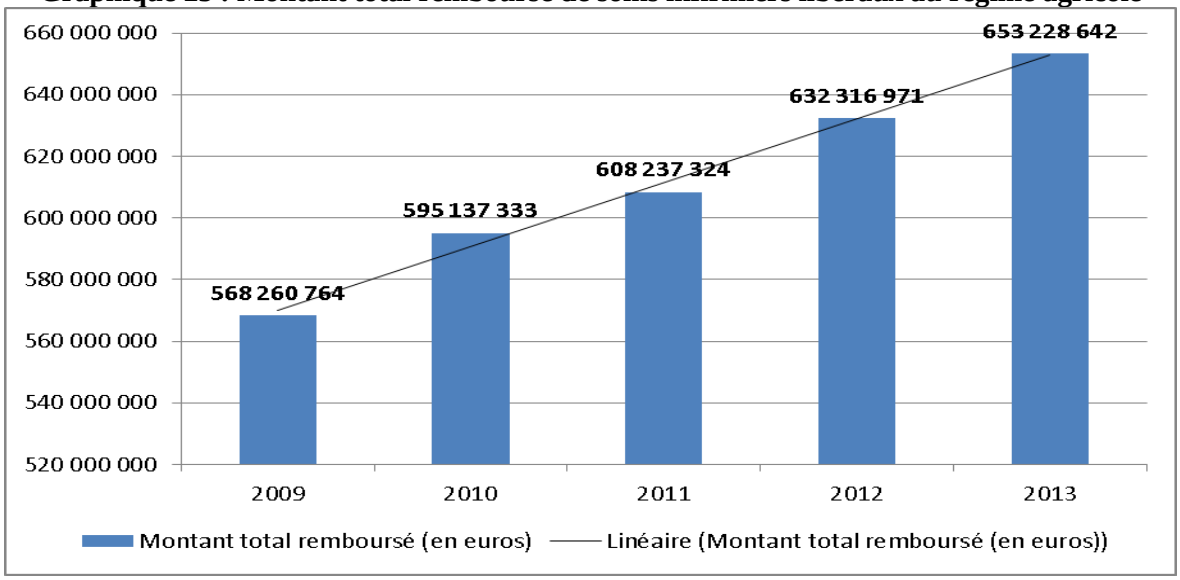
c) Analyse de la dépense et de l'évolution des soins infirmiers libéraux

Etant donné la démographie de la population agricole, et dans le contexte de la dynamique de la profession des infirmiers, une étude a été réalisée sur les modalités de recours à l'offre libérale par les ressortissants agricoles pour estimer les tendances existantes.

Il en ressort une continuité dans la proportion respective des actes pratiqués depuis 2009, et une particularité à prendre en compte : le poids des frais de déplacements. C'est une donnée importante à prendre en compte dans le contexte de recherche d'alternatives à l'hospitalisation s'agissant de la population agricole.

En 2013[17], le montant remboursé de soins infirmiers par le régime agricole s'établit à plus de 653 millions d'euros (Graphique 25). Ce montant n'a pas cessé d'augmenter depuis 2009 en suivant une tendance linéaire : + 4,7 % entre 2010 et 2009, + 2,2 % entre 2011 et 2010, + 4 % entre 2012 et 2011 et + 3,3 % entre 2013 et 2012. L'année 2012 a toutefois été caractérisée par une revalorisation des tarifs de la profession en mai : majoration des actes uniques de 1,35 euros, de coordination infirmière de 5 euros et de l'indemnité forfaitaire de déplacement portée à 2,50 euros.

Graphique 25 : Montant total remboursé de soins infirmiers libéraux au régime agricole



Le tableau 45 suivant décrit les éléments constitutifs de ce montant total remboursé.

[17] Les données utilisées proviennent du SNIIRAM de l'univers DAMIR.

Tableau 45 : Structure des montants remboursés (en euros) de soins infirmiers libéraux au régime agricole

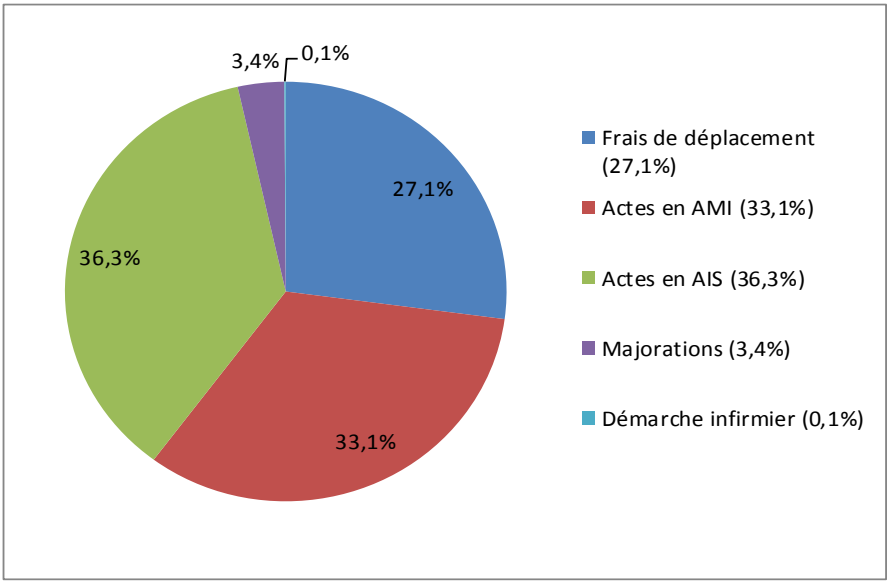
	2009	2010	2011	2012	2013
Indemnités forfaitaires de déplacement	83 254 707	86 903 676	88 991 213	94 851 867	100 153 097
Indemnités kilométriques	71 544 417	75 712 143	76 481 945	77 006 017	76 602 669
Majoration milieu de nuit	98 233	85 573	84 464	90 602	90 186
Actes en AMI	203 778 590	210 456 013	213 292 368	215 025 887	216 198 958
Actes en AIS	208 825 994	221 185 545	228 529 652	234 221 191	236 961 793
Démarche Infirmier	758 823	794 383	857 681	912 347	949 596
Majoration pour Acte Unique				5 810 770	12 737 281
Majoration de coordination				4 398 290	9 535 061
Montant total remboursé (en euros)	**568 260 764**	**595 137 333**	**608 237 324**	**632 316 971**	**653 228 642**
Source: SNIIRAM - MSA					

D'une manière générale, les soins effectués par les infirmiers libéraux recouvrent deux grands types d'actes :

- Les actes cotés en AMI qui sont les actes médicaux infirmiers tels que pansements ou piqûres.
- Les actes cotés en AIS qui sont les actes infirmiers de soins tels que toilette, hygiène, garde à domicile ou prévention.

En 2013, les AIS représentent la majorité des montants remboursés (36,3 %, voir graphique 26), viennent ensuite les AMI (33,1 %), les frais de déplacement (27,1 %) et très loin derrière les majorations (3,4%) puis la démarche de soins infirmiers (0,1%). Cette structure est quasiment identique depuis 2009.

Graphique 26 : Structure des montants remboursés (en %) de soins infirmiers libéraux au régime agricole en 2013



La structure des montants remboursés est différente au régime général : par exemple en 2012, les AIS représentaient 37% du montant total remboursé, les AMI 44 % et les frais de déplacements 19 %. La structure des montants remboursés par le régime agricole doit être mise en relation d'une part avec les caractéristiques de sa population ayant un âge plus élevé (pourcentage d'AIS plus élevé) et d'autre part avec la situation géographique de sa population agricole et rurale (frais de déplacement plus importants).

En 2013, le dénombrement total des coefficients d'actes de soins infirmiers au régime agricole qui est une mesure de l'activité des infirmiers est à plus de 167 millions (Graphique 27). Ce chiffre croît depuis 2009 avec un rythme de croissance légèrement à la baisse : + 2,8 % entre 2010 et 2009, + 2,5 % entre 2011 et 2010, + 2,1 % entre 2012 et 2011 et + 1,1 % entre 2013 et 2012.

Graphique 27 : Total des coefficients d'actes de soins infirmiers libéraux au régime agricole

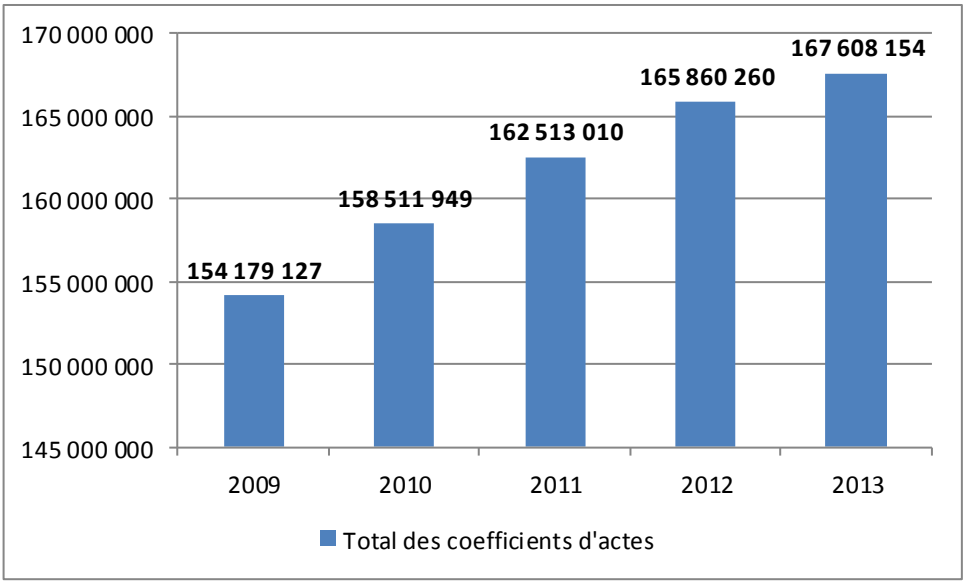
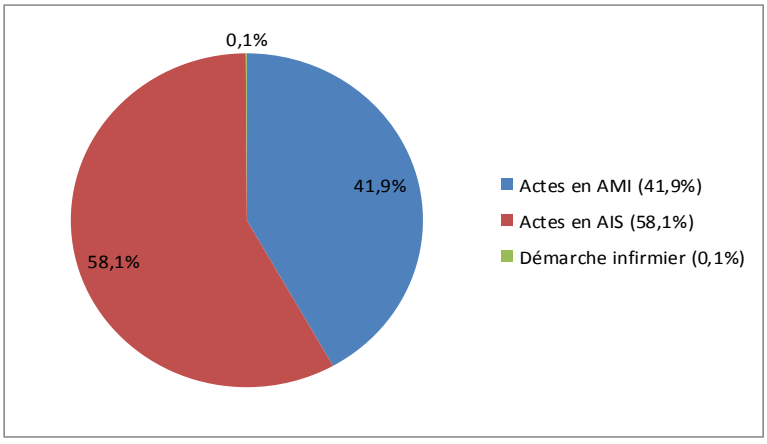


Tableau 46 : Structure de l'activité (mesurée par le dénombrement des coefficients d'actes) des infirmiers libéraux au régime agricole

	2009	2010	2011	2012	2013
Actes en AMI	66 961 757	67 982 232	69 061 688	69 850 073	70 157 187
Actes en AIS	87 135 642	90 443 164	93 358 518	95 910 430	97 347 499
Démarche Infirmier	81 728	86 554	92 803	99 757	103 468
Total	**154 179 127**	**158 511 949**	**162 513 010**	**165 860 260**	**167 608 154**
Source: SNIIRAM - MSA					

En volume en 2013 (cf tableau 46), les AIS représentent la majorité du total des coefficients d'actes (58,1 %, cf graphique 28), viennent ensuite les AMI (41,9%) et la démarche de soins infirmiers (0,1%). Cette structure est quasiment identique depuis 2009.

Graphique 28 : Structure de l'activité des infirmiers libéraux au régime agricole en 2013



On constate donc sur ces dernières années une croissance régulière des soins infirmiers, que ce soit en volume ou en valeur. Cette croissance est par ailleurs soutenue par une démographie très dynamique.

Au 1er janvier 2013, le répertoire ADELI recense 92 803 infirmiers libéraux en France métropolitaine. Ce chiffre n'a cessé de croître depuis 2009 : +5 % en 2010, +6,5 % en 2011, +6,1 % en 2012 et +6,4 % en 2013.

Tableau 47 : Effectifs des infirmiers libéraux en France métropolitaine

	2009	2010	2011	2012	2013
Total	73 510	77 190	82 243	87 236	92 803

Source : DREES

De cette étude, il ressort une continuité dans la proportion respective des actes pratiqués depuis 2009, et une particularité à prendre en compte : le poids des frais d'indemnisations de déplacements. Il s'agit d'une donnée importante à prendre en compte dans le contexte de recherche d'alternatives à l'hospitalisation s'agissant de la population agricole.

3.2.2. Améliorer l'accompagnement des assurés tout au long de la vie, dans une approche préventive, et en privilégiant une réponse globale aux besoins de la personne

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

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

3.2.2.1. Les éducations en santé

A côté de la diffusion des recommandations de pratique, de la mise en place de systèmes d'information performants et communicants, de l'organisation des soins à partir des soins primaires, la nécessité d'un soutien aux malades chroniques en vue de favoriser leur autogestion, est aujourd'hui admise. Ce soutien est même considéré dans la littérature comme une condition du succès de tout dispositif d'accompagnement des malades chroniques.

Des années de pratique de soins ainsi que la recherche démontrent que ce soutien serait insuffisant (et peu efficient) s'il se limitait à une simple information. L'abondance de l'information accessible à la population pose aujourd'hui la problématique de sa valeur, de sa compréhension, de sa lecture critique, de sa synthèse, de sa transmission, de son accompagnement, de son applicabilité et, en raison de sa nature souvent centrée sur une maladie, du risque de « tribalisme autour des sites internet spécialisés[18] ».

Une véritable démarche pédagogique est donc indispensable à la mise en application des savoirs. Cette éducation (« pour la santé » à l'intention des bien portants, « thérapeutique »

[18] Sadek Beloucif.

pour les malades), participative et responsabilisante, conditionne l'efficience des autres approches des soins chroniques (coordination, coopération inter professionnelle, télé santé) et l'atteinte de résultats de santé satisfaisants. Dans sa forme, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) n'est pas aujourd'hui adaptée aux soins primaires. Notamment parce qu'elle ne se présente pas sous une approche assez globale pour s'intéresser à l'ensemble des comorbidités présentées par les malades chroniques.

En conséquence, la MSA a décidé de proposer à ses assurés les actions de soutien décrites ci-après.

Afin de ne pas contribuer à troubler davantage la vision du système de soins, mais au contraire à favoriser un parcours optimal des assurés, ces actions ont vocation à être déclinées par les professionnels de soins primaires eux-mêmes, auprès de la population qu'ils prennent habituellement en charge et surtout sans création d'un dispositif nouveau.

a) Education à la santé familiale

Une action d'éducation de la population à l'autogestion par les familles des petits maux du quotidien (prendre en charge une fièvre de l'enfant, une diarrhée, une plaie superficielle, prévenir une déshydratation, etc.) est actuellement en cours d'expérimentation. Cette action est constituée d'un cursus de quatre modules de base (santé au quotidien, petits traumatismes et agressions extérieures, urgences familiales, situations d'exception) et de trois modules spécifiques (puériculture, agir en tant que jeune, personne âgée), délivrés par les professionnels de santé formés à l'éducation. Les premiers résultats, portant sur le domaine cognitif, le sentiment d'efficacité personnelle et la satisfaction, sont encourageants. Leur analyse est en cours, leur publication est annoncée pour fin 2014.

b) Education thérapeutique

Le programme d'éducation thérapeutique pour malades atteints d'affections cardiovasculaires mis en place par la MSA depuis 10 ans est maintenant délivré sur l'ensemble du territoire métropolitain.

Les principales données d'évaluation, issues des tableaux de bord de suivi, montrent une file active en progression qui atteint 2 712 bénéficiaires en 2013 (308 cycles réalisés). Depuis la généralisation du programme, en 2006, 12 736 malades en ont bénéficié. Pour dispenser ce programme, la MSA s'appuie sur des équipes éducatives qui, pour l'essentiel, sont composées de professionnels de soins primaires, notamment installés en maisons de santé pluri professionnelles (325 éducateurs, tous formés à l'ETP au moins au niveau 1).

En termes de résultats pédagogiques, 63 % des patients atteignent 80 % ou plus de leurs objectifs et 79 % au moins 60 % de leurs objectifs. Leur sentiment d'efficacité personnelle progresse de 13 à 28 points (sur 100) selon les dimensions.

L'adaptation du programme à sa cible (les malades des secteurs ruraux et leurs médecins) est attestée par sa proximité réelle (77 % des bénéficiaires se déplacent dans un rayon de 10 km ou moins). Le médecin traitant est explicitement impliqué dans 72 % des cas. L'opportunité de l'ETP est cotée à 83 % et sa centration sur le patient à 96 %.

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

Les données concernant la comorbidité chronique ont conduit la MSA au développement d'un programme d'ETP expérimental, s'adressant aux malades cumulant plusieurs affections chroniques. En outre, ce programme devra être adapté à l'exercice en maison de santé pluri professionnelle en cherchant à modéliser un format d'ETP adapté aux contraintes des soins primaires en milieu ouvert.

Après étude de la prévalence des affections chroniques et de leurs principales associations, le choix s'est porté sur les maladies cardiovasculaires, le diabète et la BPCO. Ce programme expérimental, retenu par l'appel à projets IReSP est en cours de mise en place. Sa conception s'est appuyée d'une part sur l'expertise scientifique du Laboratoire de pédagogie de la santé Université Paris 13 Sorbonne Paris Cité, de l'autre sur 3 équipes éducatives issues de maisons de santé pluri professionnelles. Deux focus group ont abouti à un modèle expérimental de base en cours de validation par méthode delphi, qui permet d'intégrer des patients à la réflexion.

La forme du modèle à tester devrait consister en un « module pluri pathologie » dispensé en grand groupe et permettant l'acquisition des différentes compétences transversales communes aux affections traitées. Il représenterait l'essentiel de l'éducation. Des modules en petits groupes centrés sur les aspects spécifiques à chaque maladie, ou « modules ou inserts mono pathologie », comportant à la fois des objectifs théoriques et techniques, viendraient s'incruster dans le tronc commun du « module pluri pathologie ». La phase de formation des équipes éducatives est programmée pour novembre 2014, ce qui permettra un test dès la fin de l'année 2014 ou début 2015.

Focus sur l'ETP dans un contexte de comorbidités

Dénombrement de la population cible ETP

L'Education Thérapeutique du patient, à travers des séances découpées en ateliers thématiques (comprenant un nombre restreint de patients) a pour objectif de mieux informer et éduquer les patients sur leur maladie et leur traitement.

Afin de répondre au mieux aux besoins et pour des motifs pratiques d'organisation et de recrutement, l'expérimentation d'un programme ETP pour malades multi morbides, doit s'adapter aux affections les plus fréquentes et à leurs associations.

Or, les patients pris en charge en soins de santé primaires présentent de plus en plus souvent une multi comorbidité avec association au long cours de plusieurs affections chroniques dont certaines sont prises en charge au titre d'une ALD. La nécessité d'une approche éducative globale de ces malades a amené la MSA à expérimenter, avec des experts et des équipes éducatives en soins de santé primaires, un programme d'éducation thérapeutique collectif, dispensable en maisons de santé pluridisciplinaire, à des patients porteurs d'une multi morbidité chronique.

Par ailleurs, l'Education Thérapeutique du Patient demandant une pleine disponibilité des capacités cognitives, le comité de pilotage, les experts et les équipes expérimentatrices ont préféré ne pas inclure les patients pris en charge en ALD pour une maladie d'Alzheimer et autres démences[19], pour un cancer[20] et pour des affections psychiatriques de longue durée[21], malgré la prévalence élevée de ces affections.

[19] Capacités cognitives déficientes.
[20] Caractère temporairement envahissant de l'affection.
[21] Etat psychologique fluctuant.

En outre, les assurés en ALD hors liste pour état pathologique invalidant n'ont pas été comptabilisés en raison des difficultés potentielles à suivre un programme collectif hors de leur domicile. Enfin, les effectifs retenus dans le groupe des affections cardiovasculaires ne tiennent pas compte des cardiopathies congénitales (codes CIM10 Q20 à Q26 de l'ALD n°5), touchant une population différente de celle atteinte d'affections dégénératives.

Tableau 48 : Effectifs et répartition par âge et sexe des patients ayant une ALD cardio-vasculaire au 31/12/2012, à l'exception des patients ayant : une ALD n°15 et/ou une ALD n°30 associée, et/ou une ALD n°5 pour une affection d'origine congénitale et/ou une ALD 32

	Effectifs	Répartition	Taux de prévalence pour 1000	Age moyen	Ecart-type
Femmes	139 892	47%	91,4	80,52	10,4
Hommes	159 538	53%	89,3	74,61	12,0
Ensemble	299 430	100%	90,3	77,37	11,7

Source : MSA

299 430 patients en ALD sont ainsi potentiellement éligibles à une ETP cardio-vasculaire. 203 550 de ces patients n'ont pas d'ALD associée.

Tableau 49 : Effectifs de patients en ALD au 31/12/2012 selon les affections et associations les plus fréquentes

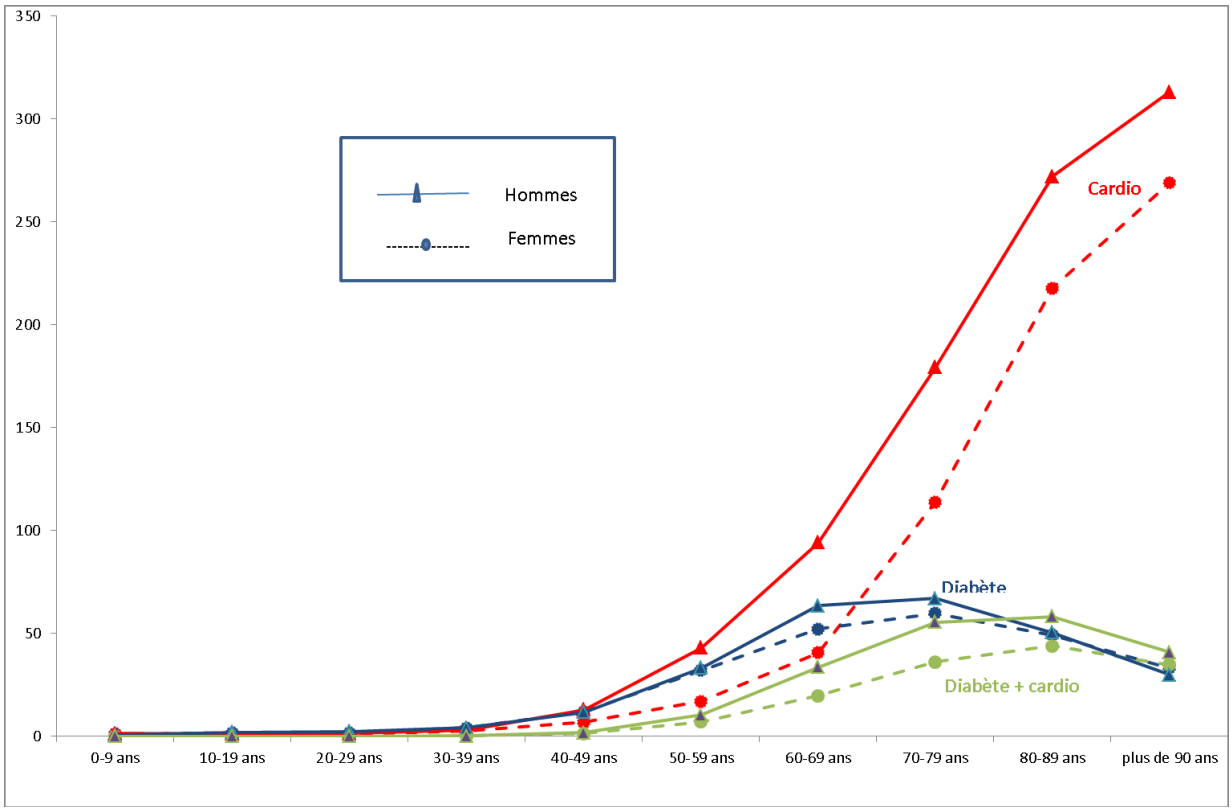
Affections	Effectifs de patients éligibles à l'ETP	Taux de prévalence brut pour 1000	Age moyen
Cardio seule	203 550	61,4	77,5
Cardio + diabète + ALD14	2 306	0,7	77,0
Cardio + diabète	59 705	18,0	75,7
Cardio + ALD14	12 700	3,8	79,2
Diabète + ALD14	3 883	1,2	74,9
ALD 14 seule	9 798	3,0	67,5
Diabète seul	74 562	22,5	68,1

Source : MSA

Le nombre de patients ayant une affection cardio-vasculaire et un diabète est de 59 705 ; le nombre de patients ayant une affection du groupe cardio-vasculaire et une insuffisance respiratoire est de 12 700. 287 910 patients ont une ALD isolée, le diabète et les affections cardio-vasculaires représentant l'association la plus fréquente.

Le graphique 29 montre un fléchissement de la prévalence pour les patients ayant une affection cardio-vasculaire et un diabète après 80 ans, et une augmentation beaucoup moins soutenue que pour les ALD cardio seules dès 55 ans.

Graphique 29 : Taux de prévalence pour 1000 par âge et sexe au 31/12/2012 des patients en ALD pour une pathologie du groupe cardio-vasculaire, pour un diabète, et pour l'association diabète + cardio



Les limites du dénombrement basé sur les ALD

L'Education Thérapeutique du Patient pourrait se concentrer soit sur les affections cardio-vasculaires, soit sur le diabète, soit sur l'insuffisance respiratoire, soit à l'association de deux de ces trois affections.

Si ces chiffres mettent en évidence les effectifs des principales associations, il n'en demeure pas moins que le prisme des ALD conduit à une sous-estimation de la multi morbidité, en particulier pour les patients anciennement exonérés du ticket modérateur pour lesquels l'enregistrement de la 2ème ALD n'est pas systématique.

Des explorations complémentaires à partir de la consommation de soins (actes et médicaments traceurs) seraient utiles pour mieux approcher la multi morbidité au régime agricole et pour évaluer l'effet du programme d'ETP multi morbidité expérimenté. L'exploitation des résultats a déjà permis de guider sa conception, tant pour le choix des affections concernées que pour celui des objectifs pédagogiques.

c) Télé-services pour les malades chroniques

A partir du modèle des soins chroniques (Wagner) et de la stratification des risques (pyramide KP modifiée) la MSA a entamé une réflexion en vue de la mise en œuvre de téléservices destinés à soutenir l'investissement des assurés malades chroniques dans l'autogestion de leur santé. En s'appuyant sur les aides à la décision, sur les données issues du système d'information, il s'agit de fournir aux assurés concernés et volontaires, les moyens d'intervenir dans leurs soins, leur suivi, l'évaluation de leur santé en partenariat avec leur médecin traitant.

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

Le programme national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires des professions agricoles constitué en 2013 comportait 23 actions et dispositifs coordonnés au niveau central et une centaine d'actions d'initiative locale. Les actions nationales sont déployées par toutes les caisses de MSA.

L'offre de prévention de la MSA est proposée aux assurés en fonction de leurs facteurs de risques en lien avec le médecin traitant. Les résultats marquants de l'exercice 2013 sont décrits ci-après.

Instants Santé Adultes : Une expérimentation pour optimiser le dispositif

En 2013, un nouveau protocole d'optimisation des Instants Santé (IS) Adultes a été expérimenté par 10 caisses de MSA. L'expérimentation s'est déroulée de février à novembre 2013, et avait pour objectif d'évaluer la faisabilité et de mesurer l'impact **d'un nouveau protocole ciblant prioritairement les non consommants de soins**.

Les résultats montrent que :

- pour les non consommants, la participation est quasiment similaire[22] à celle du dispositif IS grâce probablement à la procédure de relance incitative expérimentée,
- pour les consommants, l'invitation à réaliser la consultation de prévention sans bilan pré-médical a fait chuter le taux de participation de deux points (15 % versus 17 % pour le dispositif classique (bilan prémédical et consultation de prévention)).

Le programme Instants Santé propose aux ressortissants du régime agricole un bilan de santé périodique au cours duquel ces derniers bénéficient d'examens en fonction de leurs facteurs de risque et d'une consultation de prévention. Devant la baisse du taux de participation et en vue de renforcer la participation de populations recourant peu au système de soins, une étude du profil de consommation de soins des invités en 2011 a été menée. **Si l'âge apparaît comme un facteur déterminant de la participation, l'analyse de l'ensemble des variables montre une forte relation entre une faible consommation de soins et une faible participation aux Instants Santé.** Ce dernier point est vérifié pour les populations précaires bénéficiaires de la CMU-C, faibles consommatrices de soins et peu enclines à participer aux Instants Santé.

Instants Santé jeunes : un nouveau dispositif

La dématérialisation du processus, via le site « isjeunes-msa.fr » et la remise de chèques sport à l'issue de la consultation de prévention, ont permis de multiplier par huit le nombre de consultations de prévention réalisées par rapport à 2012. Le taux de participation en 2013 est de 16,6 %, en hausse de près de dix points.

[22] Parmi les 17 643 personnes non consomant de soins invités à un bilan de santé, 4 340 assurés ont réalisé le bilan prémédical et 2 898 ont réalisé la consultation de prévention (soit un taux de participation de 16 %).

Une politique de prévention bucco-dentaire à tous les âges

La MSA propose à ses adhérents une offre globale en prévention bucco-dentaire, en constante évolution et qui cible tous les âges clés de la santé bucco-dentaire.

Pour les 11 premiers mois de 2013, 23 893 femmes en période pré et post natale (14 597 femmes enceintes et 9 296 femmes 6 mois après accouchement) ont été sensibilisées à l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire et d'un suivi bucco-dentaire régulier. Du fait de la mise en place d'un examen bucco-dentaire conventionnel pour la femme enceinte, l'action institutionnelle a été recentrée à compter du 1er décembre 2013, sur les femmes en post natal pour lesquelles est désormais pris en charge intégralement un bilan bucco-dentaire. Par ailleurs, plus d'un enfant invité sur trois a réalisé un examen de prévention bucco-dentaire.

En 2013, pour l'ensemble des actions de prévention bucco-dentaire, la MSA a pris en charge **76 014 examens de prévention**.

Le taux de participation aux examens de prévention bucco-dentaire est en moyenne supérieur à 35 %. Les enfants de 9 et 12 ans ont un taux de participation supérieur à 40%, ceux de 6 ans sont à 50 % et ceux de 15 ans à 33 %. Il convient de noter que si l'on ajoute les examens bucco-dentaires réalisés dans le cadre de l'action à destination des 7 ans (rattrapage des enfants n'ayant pas participé au dispositif M'T dents dans l'année de leur 6 ans) à ceux réalisés au cours de leur 6ème année, le taux de réalisation des examens augmente de 12,5 points (soit un taux de 63%). Les taux de participation les plus faibles concernent : l'action inter régimes à destination des jeunes de 18 ans (M'T dents) dont le taux est de 15 %, et celle spécifique à la MSA pour les 65 ans (21 %). Pour les 18 ans, la baisse est due en partie à un changement d'affiliation en cours d'année (perte d'environ 27 % des jeunes entre 18 et 19 ans).

Le Plan Dentaire Institutionnel comporte également une action envers les personnes âgées dépendantes (information du personnel encadrant des EHPAD). Un programme d'éducation en santé bucco-dentaire à destination des travailleurs handicapés est aussi actuellement en cours dans les ESAT agricoles du réseau Solidel.

Un groupe de travail prépare également un produit de prévention dentaire Fédération Nationale des MARPA à destination des résidents des Maisons d'Accueil Rural pour Personnes Agées (MARPA). Ce produit sera présenté, fin août, au Conseil d'Administration de la Fédération Nationale de ces établissements par le chirurgien-dentiste national. Il sera testé dans deux ou trois établissements. Les chirurgiens-dentistes MSA organiseront ensuite des formations d'animateurs qui diffuseront à terme ce produit dans les MARPA.

ETP MSA : un programme en développement (cf 3.2.2.1.)

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

En 2013, 3302 personnes ont été prises en charge dans le cadre du parcours de prévention :

- 1 827 personnes ont bénéficié d'un bilan de santé,
- 1 088 personnes ont été examinées par le chirurgien-dentiste conseil,
- 430 personnes ont participé aux ateliers « prendre soin de sa santé » animés par des travailleurs sociaux spécifiquement formés.

Des actions collectives pour seniors plébiscitées

L'offre MSA en matière d'actions collectives pour les seniors comporte 5 actions d'éducation à la santé : les conférences débats, les ateliers du « Bien Vieillir » (ABV), les ateliers Peps Eurêka, les ateliers nutrition et les ateliers de prévention des chutes.

L'offre seniors MSA est inter-régimes et se déploie à travers des structures inter-régimes de prévention dont les Associations de Santé d'Education et de Prévention sur les Territoires.

Pour promouvoir cette offre, une stratégie est en cours de construction entre la CNAV, la MSA et le RSI, avec une palette d'outils.

En 2013, près de 1500 cycles et conférences ont réuni plus de 22 000 participants.

La MSA organise une opération de télé dermatologie

Pour la 6ème année consécutive, la MSA était partenaire de la journée nationale de dépistage des cancers de la peau, organisée par le Syndicat National des Dermatologues Vénérologues (SNDV). Le 22 mai 2014, les caisses se sont fortement mobilisées :

- 23 MSA ont mis à disposition des dermatologues du SNDV 34 centres pour le dépistage des assurés quel que soit leur régime.

- 11 MSA se sont investies pour la mise en place d'une opération de télé-expertise. Cette opération de télé dermatologie a mobilisé 21 praticiens MSA volontaires (médecins conseils et médecins du travail) et 5 dermatologues du SNDV. Au total, 294 assurés MSA ont été dépistés dans 15 centres de télé-dermatologie. Lors de cette journée, 10 mélanomes ont été suspectés.

Une campagne grippe axée sur des actions de terrain

Pour la campagne de vaccination antigrippale 2013-2014, 18 MSA ont mobilisé leurs services médicaux, l'action sanitaire et sociale ainsi que la prévention pour sensibiliser la cible. Cette mobilisation s'est traduite par une sensibilisation lors de rencontres individuelles (Médecins du travail, Médecins conseils, travailleurs sociaux, agents d'accueil…) et aussi lors d'ateliers collectifs (ABV, PEPS, conférences débats…).

Des partenariats de diffusion de l'information ont également été établis avec la fondation du souffle, l'AFD (Association Française des Diabétiques) et la fédération nationale de la coiffure.

En 2013, on constate une légère hausse du taux de participation de 0,8 point. Il est de 55,7% (contre 54,9% en 2012).

Sevrage tabagique : un dispositif à redéfinir

La prise en charge des substituts nicotiniques dans le cadre du dispositif « accompagnement des personnes souhaitant arrêter de fumer » ne rencontre pas de succès auprès des assurés. En effet, le nombre de bénéficiaires en 2013 est en baisse de 18 % par rapport à 2012. Seules 7 330 personnes ont fait la demande de prise en charge. Ces résultats sont confortés par les derniers chiffres de l'INPES qui montrent que l'envie d'arrêter de fumer est en baisse chez les fumeurs de 15 à 75 ans. Cette baisse doit également être mise en lien avec l'usage de la

cigarette électronique[23].

Les dépistages organisés des cancers : des résultats en légère baisse

Le taux de participation des femmes invitées au dépistage organisé du cancer du sein est de 54 % en 2013 (taux calculé par l'InVS) contre 55,8 % en 2012, soit une baisse de 1,8 point. Le taux tous régimes est de 50,2 %. Notons que 25 CMSA ont dépassé l'objectif de 50 % de taux de participation par département défini par le Plan Cancer 2009-2013.

Le dépistage organisé du cancer colorectal a mobilisé 31% de la cible très loin de l'objectif COG à 39,5 % et de celui du Plan Cancer 2009-2013 à 60%.

Zoom sur le dépistage organisé et individuel du cancer du sein chez les ressortissantes du régime agricole

Avec 48 763 nouveaux cas estimés en 2012, le cancer du sein est le plus fréquent de tous les cancers de la femme en France. Viennent, ensuite, le cancer colo-rectal (18 926 nouveaux cas estimés) et le cancer du poumon (11 284 nouveaux cas estimés). Première cause de mortalité par cancer chez la femme en France, le cancer du sein est responsable de 11 886 décès estimés en 2012. Viennent, ensuite, le cancer du poumon et le cancer colo-rectal avec respectivement 8 623 et 8 447 décès estimés.

La situation française se caractérise par l'existence parallèle d'un dépistage individuel (Di) et d'un programme de dépistage organisé (Do).

Le Do du cancer du sein a démarré, en France, au début des années 80 dans certains départements pour être généralisé à l'ensemble de la population des femmes de 50 à 74 ans en 2004. Le programme de Do est soumis à un cahier des charges strict. Une évaluation annuelle est réalisée par l'InVS qui recueille les données des structures de gestion. Le référentiel européen mis à jour en 2006 préconise un taux de participation de la population cible supérieur ou égal à 70 %. Par ailleurs, le Plan cancer 2009-2013 demandait d'atteindre un taux de participation supérieur à 65 % en 2013. Le Di se pratique à la demande du médecin traitant ou du gynécologue, et parfois à l'initiative de la femme. La mammographie du Di fait également l'objet de référentiels mais il n'existe pas d'évaluation annuelle programmée.

L'objectif de cette étude est d'estimer le pourcentage de femmes cibles du régime agricole ayant réalisé au moins une mammographie au cours de la période 2012-2013 en distinguant le Di (mammographie bilatérale ou unilatéral) et le Do (mammographie de dépistage)[24].

En France métropolitaine, 283 784 femmes âgées de 50 à 74 ans ressortissantes du régime agricole ont réalisé une mammographie au cours des années 2012-2013. Parmi elles, 233 477 femmes ont eu une mammographie dans le cadre du Do (chiffres InVS) et 50 307 une mammographie en Di (chiffres MSA).

[23] L'INPES lance une étude nationale sur le lien entre cigarette électronique et l'arrêt ou la diminution du tabac.

[24] Le Di a été identifié par le code des actes de mammographie selon la classification commune des actes médicaux (CCAM) de l'assurance maladie à l'aide des codes QEQK001 (mammographie bilatérale) et QEQK005 (mammographie unilatérale). Ces codes correspondent bien au dépistage individuel sans facteur de risque, **mais également aux mammographies de diagnostic ou de suivi**. Afin de faciliter la lecture du texte, on désigne par Di : le dépistage individuel, les mammographies de diagnostic ou de suivi. Le Do correspond aux données par régime d'assurance maladie fournies par l'InVS.

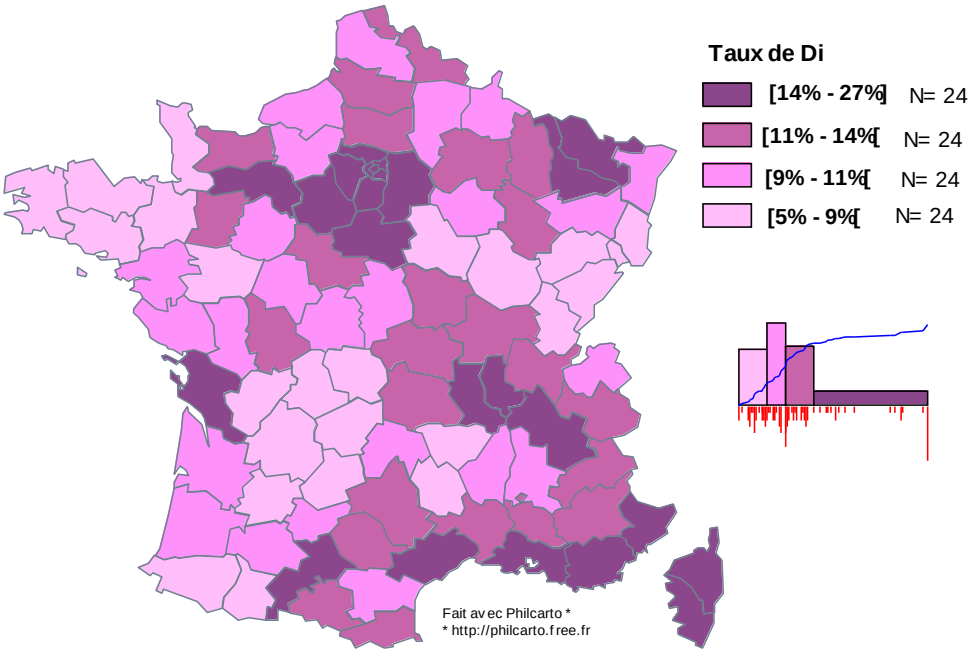
En tenant compte de la population de femmes de 50 à 74 ans ressortissantes du régime agricole au 02/01/2013 (chiffres RNIAM)[25], soit 437 701 femmes**, le pourcentage estimé de femmes ayant eu au moins une mammographie au cours de la période 2012-2013 en Do est de 53,3 % et en Di de 11,5%**.

Ces pourcentages confirmeraient les différentes enquêtes qui indiquent qu'entre 60 et 70 % des femmes âgées de 50 à 74 ans déclarent avoir eu leur dernière mammographie il y a moins de deux ans. Il s'agit bien entendu d'une estimation dans la mesure où les données en Di ne comptabilisent pas systématiquement les mammographies réalisées en secteur hospitalier.

Une carte du taux de réalisation de mammographies en Di sur cette période montre de fortes inégalités géographiques pour les femmes du régime agricole (Cf Carte 18). Les taux les plus élevés se situent globalement en région Ile de France et au niveau des départements de la côte d'Azur. Au contraire, les régions Bretagne, Limousin et Franche-Comté, régions plus rurales, affichent les taux les plus faibles.

Carte 18 :

Taux de dépistage individuel au cancer du sein chez les ressortissantes du régime agricole sur 2012-2013



3.2.2.3. La prévention santé des aidants

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

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

[25] Chiffre RNIAM différent de la population invitée utilisée par l'InVS pour son calcul du taux de participation des femmes invitées de 54 % pour le régime agricole.

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

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

Avant d'envisager les conditions de sa généralisation, une évaluation de cette action est programmée. Elle permettra de réaliser un état des lieux de la santé des aidants, d'identifier les freins à leur participation et de mesurer l'impact de cette action.

3.2.2.4. L'information des assurés consommants

a) Retour d'information insuffisance rénale

L'action débutée en 2012, de sensibilisation des prescripteurs et des diabétiques sur le risque d'insuffisance rénale a été poursuivie fin 2012 et en 2013 en élargissant la population aux insuffisants cardiaques et personnes âgées consommants des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

Compte tenu des difficultés de codage de certains actes de biologie, l'action de sensibilisation des assurés au risque d'insuffisance rénale et donc ayant pour objectif de retarder l'entrée dans cette pathologie, a été légèrement modifiée au 1er semestre 2014.

Il a été proposé aux caisses une simplification de la méthodologie afin de poursuivre la sensibilisation des assurés et des médecins traitant mais sans éditer le profil du prescripteur comparé à ses confrères du même territoire (de la même caisse).

Ce thème fait partie des axes de gestion du risque pilotés par les ARS.

b) Suivi de l'état bucco-dentaire chez le diabétique

Cette action de GDR dentaire consiste à contacter par courrier les bénéficiaires MSA diabétiques qui n'ont pas eu d'acte dentaire depuis 2 ans pour leur expliquer les interactions réciproques qui existent entre diabète et état bucco-dentaire et leur conseiller de consulter un chirurgien-dentiste chaque année comme le conseille la HAS. La requête est disponible, le protocole est en cours d'élaboration. L'action sera finalisée dans l'année 2014.

3.2.3. Accompagner les offreurs de soins

3.2.3.1. La prescription médicamenteuse concernant la maladie d'Alzheimer

Quatre médicaments ont une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans le traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer :

- trois inhibiteurs de l'acétylcholinestérase : Aricept® (donépézil), Reminyl® (galantamine) et Exelon® (rivastigmine) ont une AMM dans les formes « légères à modérément sévères »,

- un antagoniste des récepteurs N-méthyl-D-aspartate : Ebixa® (mémantine) a une AMM

dans les formes « modérées à sévères ».

Fin 2011, la HAS a réévalué ces médicaments[26]:

- « *Leur efficacité est au mieux modeste et de pertinence clinique discutable. Elle a été démontrée essentiellement sur la cognition et les activités de la vie quotidienne. Aucun impact n'a été démontré sur le délai d'entrée en institution, la qualité de vie ou la morbi-mortalité.*

- *Ils peuvent entrainer des effets indésirables digestifs, cardiovasculaires et neuropsychiatriques pouvant nécessiter leur arrêt. Il existe aussi un risque d'interactions médicamenteuses, notamment avec les psychotropes, souvent co-prescrits.*

- *L'intérêt thérapeutique des médicaments de la maladie d'Alzheimer doit être considéré comme faible. Néanmoins, dans le souci de ne pas priver les patients répondeurs (impossibles à identifier a priori) d'un éventuel bénéfice clinique à court terme, il reste suffisant pour leur prise en charge par la solidarité nationale.*

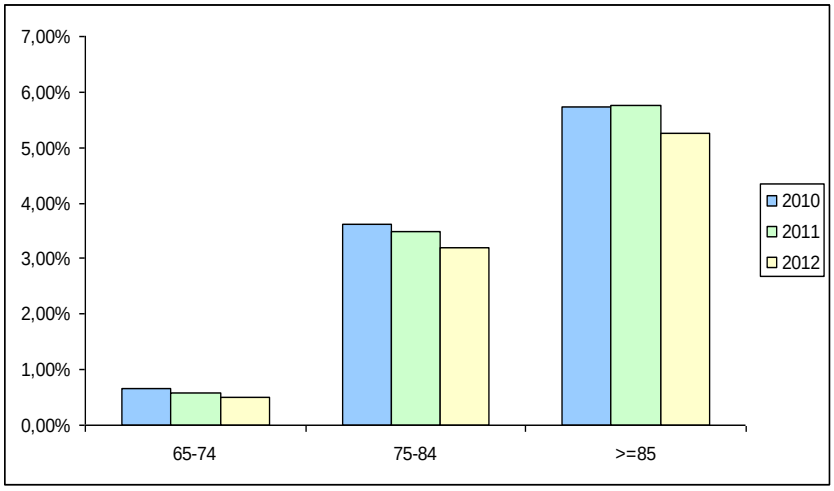
- *En l'absence de donnée clinique à long terme, l'utilisation de ces médicaments doit* ***faire l'objet d'une réévaluation attentive à un an****, au cas par cas. La pertinence de la poursuite du traitement au-delà d'un an ne sera décidée qu'après une réunion de concertation pluridisciplinaire.* »

Etat des lieux de la consommation de médicaments anti-Alzheimer

La consommation de médicaments anti-Alzheimer en 2012 concerne 2,9 % de la population des plus de 65 ans du régime agricole (population Rniam au 1er janvier 2013), et progresse à 5,2 % de la population au-delà de 85 ans.

Une baisse régulière du taux de recours aux médicaments anti-Alzheimer est observée entre 2010 et 2012 et cela dans toutes les classes d'âge ([65;74], [75;84] et >=85 ans).

Graphique 30 : Part de bénéficiaires ayant eu au moins un remboursement de médicaments anti-Alzheimer selon l'âge (population Rniam au 1er janvier 2013)

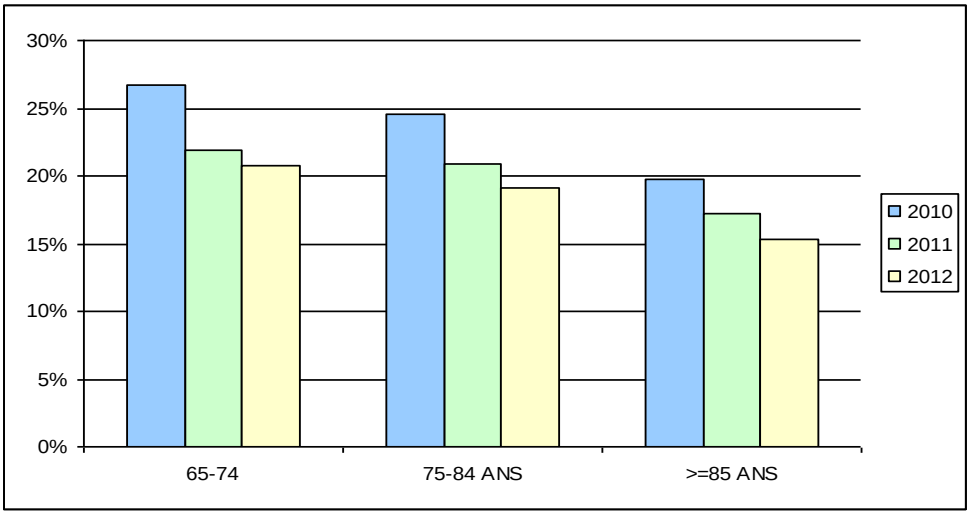


[26] Synthèse d'avis de la commission de la transparence d'octobre 2011.

Association de 2 molécules de médicaments anti-Alzheimer

Selon la HAS, l'intérêt d'associer 2 médicaments anti-Alzheimer n'est pas démontré ; or parmi les patients ayant consommé au moins un médicament anti-Alzheimer, 17,3 % d'entre eux ont eu au moins deux associations de médicaments anti-Alzheimer. Toutefois, cette proportion régresse depuis 2010 (- 5,2 points).

Graphique 31 : Part de bénéficiaires ayant une association d'au moins 2 médicaments anti-Alzheimer



Durée de prescription pour les nouveaux patients en janvier 2011[27]

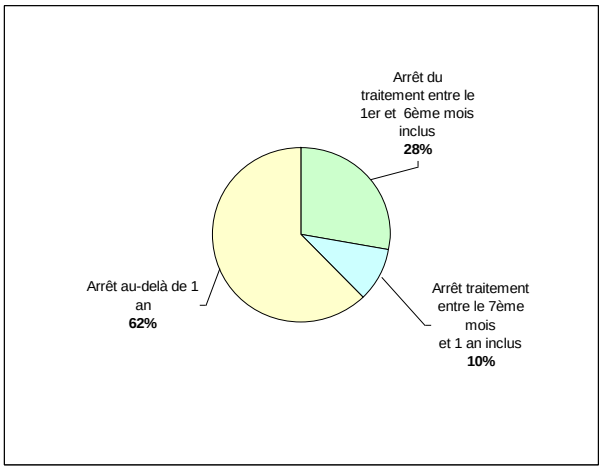
L'arrêt du traitement au cours des six premiers mois concerne 28 % des bénéficiaires ayant eu un premier remboursement en janvier 2011.

Selon les recommandations de la HAS, « *au-delà de six mois de traitement, si le patient a atteint les objectifs fixés (stabilisation ou ralentissement du déclin cognitif par exemple) et en l'absence d'effet indésirable grave et/ou altérant la qualité de vie, le traitement pourra être poursuivi jusqu'à six mois supplémentaires. Si l'efficacité à un an a été maintenue, la poursuite du traitement peut être décidée, en concertation avec l'aidant et, si possible, avec le patient, à la suite d'une réunion pluridisciplinaire associant médecin traitant, gériatre et neurologue ou psychiatre, en relation avec le réseau de soins prenant en charge le patient* ».

Au régime agricole, 10 % des bénéficiaires ayant démarré un traitement en janvier 2011 ont arrêté le traitement entre le 7è mois et un an et 62% des bénéficiaires ont encore un remboursement d'anti-Alzheimer au-delà d'un an.

[27] Date de soins minimum = janvier 2011 sur les périodes de remboursement de 2010 et 2011.

Graphique 32 : Durée de prescription pour les nouveaux patients en janvier 2011



Action anti-Alzheimer

Le bilan des dépenses de médicaments de la catégorie des anti-Alzheimer fait apparaître des durées importantes de prescription de ces produits tout comme une fréquence importante d'association de deux médicaments anti-Alzheimer.

Or, les recommandations des agences sanitaires, notamment la HAS, mentionnent que leur efficacité est au mieux modeste et leur pertinence clinique discutable. Par ailleurs, ils peuvent entrainer des effets indésirables graves ou susceptibles d'altérer la qualité de vie et/ou nécessiter l'arrêt du traitement. Ce risque d'effets indésirables augmente avec la durée du traitement. L'intérêt d'associer deux anti-Alzheimer n'est pas démontré.

En conséquence, l'intérêt thérapeutique des médicaments de la maladie d'Alzheimer doit être considéré comme faible. En l'absence de donnée clinique à long terme, l'utilisation de ces médicaments doit faire l'objet d'une réévaluation attentive à un an, au cas par cas. La pertinence de la poursuite du traitement au-delà d'un an ne sera décidée qu'après une réunion de concertation pluridisciplinaire.

L'ensemble de ces éléments peut servir de base pour une action de sensibilisation des prescripteurs au bon usage des médicaments sur 2 critères principaux, facilement identifiables dans les bases de la MSA : l'association de 2 anti-Alzheimer et la durée de la prescription.

3.2.3.2. Le contrôle T2A

La MSA - avec un effectif de près de 40 médecins-conseils - participe au programme national de ces contrôles : en 2013, 59 établissements sur 208 ont été contrôlés, soit plus d'un sur quatre, avec dans l'équipe un médecin conseil de la MSA (Cf 1.4.5).

3.2.3.3. L'accompagnement des établissements de santé

Les établissements dont la MSA est caisse pivot sont soumis aux programmes de gestion du risque et les caisses MSA sont présentes sur les programmes destinés à maîtriser l'évolution des dépenses de transport et de prescriptions médicamenteuses exécutées en ville prescrites à l'hôpital, ainsi que sur le champ des dépenses de liste en sus. Une démarche pour faciliter

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

3.2.3.4. L'accompagnement des établissements médico-sociaux avec le logiciel « Lantichute MSA »

Les chutes sont le premier facteur de morbi-mortalité chez les personnes âgées. En 2002, une enquête de l'InVS a estimé à **400 000 par an** le nombre de chutes chez les plus de 65 ans en France. Un tiers des personnes de plus de 65 ans et la moitié des plus de 85 ans font au moins une chute par an.

Le coût médical de ces chutes en France a été estimé à **1 milliard 34 millions d'euros pour une année**, ne prenant pas en compte les aides au domicile ou l'entrée en institution. On note que 20 % des chutes donnent lieu à une intervention médicale et que 10 % des chutes occasionnent des fractures, avec une forte prédominance des fractures du col du fémur (50 000 cas / an en France). Après une première chute, 20 à 30 % des plus de 70 ans présentent une perte d'autonomie.

Enfin, 12 000 décès sont attribuables chaque année aux conséquences directes des chutes.

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

Un outil, élaboré par la caisse de MSA de Dordogne-Lot-et-Garonne est susceptible d'aider les établissements et les acteurs concernés dans la mise en place d'actions de prévention des chutes des personnes âgées.

Il s'agit du Logiciel d'ANalyse et de Traitement Interne des CHUTes en Etablissement (LANTICHUTE-MSA).

L'objectif principal de Lantichute MSA est de diminuer le nombre de chutes. Les objectifs opérationnels sont de :

- faire prendre conscience du problème aux établissements,
- leur donner un outil d'analyse permettant de prendre des mesures adaptées.

Il permet donc :

- de sensibiliser le personnel au risque de chutes,
- d'aménager les locaux,
- de repérer les sujets les plus à risque,
- de réduire les facteurs de risque (individuels et environnementaux) chez les individus à risque,
- de répondre aux indicateurs demandés aux ARS.

Au niveau de sa fonctionnalité, le logiciel propose la saisie de toutes sortes de chutes. Les données collectées portent sur les éléments potentiellement favorisant les chutes et notamment sur : le lieu, l'heure, la position du chuteur avant la chute (assis, debout), l'environnement, la tenue vestimentaire, le degré de dépendance, les médicaments et pathologies éventuellement en cause. Il effectue une analyse automatique de l'ensemble des chutes, fait une analyse croisée de tous les items. L'analyse de ces données permettra, ensuite, aux responsables de mettre en place les mesures correctives les plus adaptées.

Mis en place progressivement depuis plusieurs années dans des EHPAD de Dordogne, LANTICHUTE-MSA a évolué. Il bénéficie maintenant du recul nécessaire pour être proposé à l'ensemble des établissements qui le souhaitent.

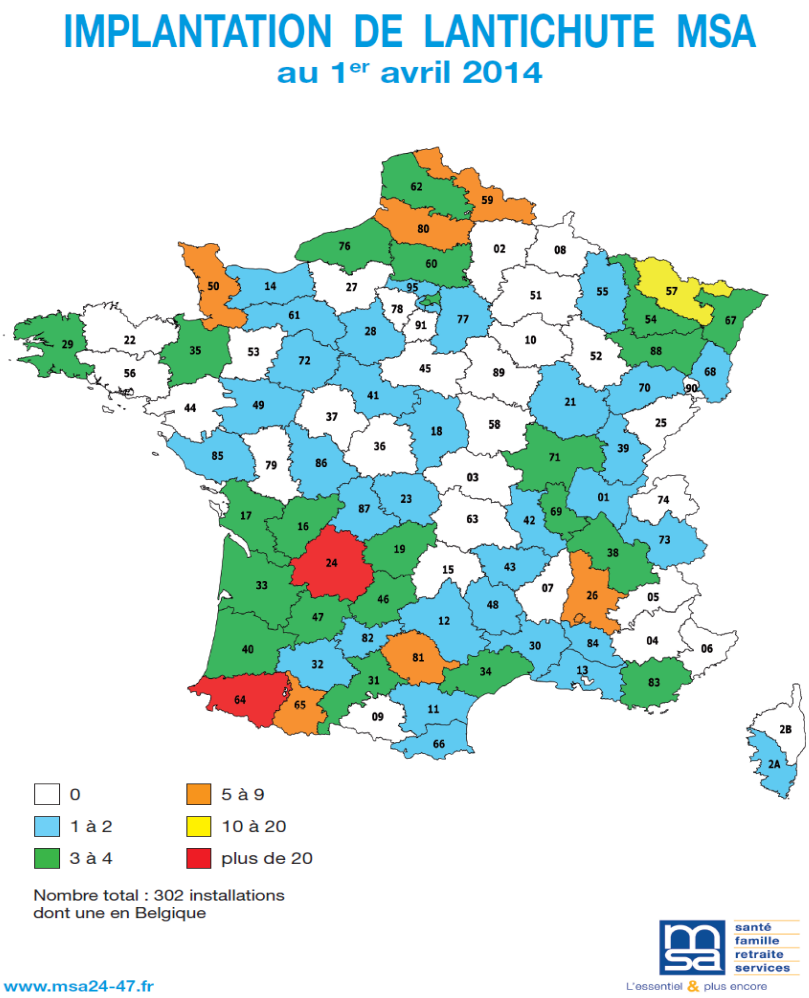
Pour information, il est utilisé aujourd'hui par tous les établissements EHPAD (80) en Dordogne, et plus de 300 téléchargements[28] ont été réalisés en France au 1er avril 2014 (Cf Carte 19) dont certains hôpitaux (services SSR). Une version "domicile" est également disponible à l'usage des structures intervenant chez les personnes résidant à domicile.

Enfin, l'ARS d'Aquitaine a décidé de solliciter les EHPAD de la région afin qu'ils mettent en place le logiciel. 24 EHPAD des Pyrénées Atlantiques l'ont téléchargé très récemment.

Le logiciel LANTICHUTE-MSA est disponible sur le site de l'Association Santé Education et Prévention sur les Territoires (ASEPT) de la MSA Dordogne/Lot-et-Garonne qui en assure la logistique et la maintenance.

Son accès et son utilisation sont gratuits. Il suffit de contacter lantichute.blf@dlg.msa.fr ou de se rendre sur le site http://www.asept-perigord.fr/lantichute-msa/

Carte 19 : Implantation de LANTICHUTE MSA



[28] Certains téléchargements concernent plusieurs établissements.

3.2.3.5. Le contrôle des prestations remboursées aux professionnels de santé (transporteurs, IDE)

a) Action Transports

En 2013, une évolution a été proposée afin de cibler les assurés ayant présenté un grand nombre de transports et les transporteurs ayant présenté des anomalies dans la facturation (forçage de l'exonération du ticket modérateur). L'analyse des résultats de cette nouvelle méthodologie n'est pas satisfaisante puisque la charge de travail a été particulièrement élevée (sorties d'archives) pour un résultat faible en nombre d'anomalies constatées.

Aussi, l'année 2014 verra une nouvelle évolution de la méthodologie de contrôle des transports. Elle s'attachera notamment à l'analyse des critères administratifs de facturation, afin d'orienter les récupérations d'indus sur les transporteurs qui sont par ailleurs particulièrement protégés par leur convention en tant que "prescrits".

Cette action sera poursuivie en 2015.

b) Action IDE

L'action de contrôle sur les actes des Infirmières Diplômées d'Etat (IDE) débuté en 2013 a mis en évidence des déviances répétées dans les facturations d'actes en AIS3. Ces actes sont régulièrement présentés au remboursement par plusieurs IDE pour un total de plus de 4 AIS3 par jour et par assuré. Pour porter pleinement ses fruits, cette action sera poursuivie en 2014-2015. Elle débouchera dans certains cas sur des actions contentieuses ou de lutte contre la fraude.

Par ailleurs, la réalisation d'actes de nuit a également été évaluée sur son intérêt médical. Cet axe sera également poursuivi afin de s'assurer de la pérennité dans le temps des résultats obtenus.

3.2.4. Accompagner les territoires ruraux pour optimiser la prise en charge des ressortissants agricoles

La MSA réaffirme son engagement historique en faveur des soins de 1er recours, à l'appui des propos qu'elle écrivait dans le Rapport Charges et Produits pour 2014 :

« *Les données de la littérature incitent à renforcer la réorganisation du système de soins à partir des soins primaires.*

Il est nécessaire de poursuivre la réflexion et les actions pour l'accès libre des malades chroniques aux soins primaires (sans avance de frais, même hors ALD, ni retenue) tout en maintenant un accès aux soins secondaires et tertiaires, régulé par le généraliste.

Il est nécessaire de poursuivre la réflexion et les actions contre les abus (prescriptions non justifiées, souvent en tiers payant, parfois auto référencées, dans certains cas « organisées » et « optimisés » par des filières de spécialistes jouant avec la tarification du parcours de soins), aussi bien par incitation que par une vérification de la pertinence des soins, ainsi que contre les dépassements d'honoraires.

Il est nécessaire de réfléchir, avec les soignants primaires et les malades, à une nouvelle organisation des soins primaires et à de nouvelles relations payeur effecteur, notamment en déléguant de nombreuses actions aux effecteurs en soins primaires (notamment ceux travaillant en exercice inter professionnel regroupé) et en expérimentant la démarche générale suivante pour les assurés MSA :

1. *Bilan multidimensionnel (biomédical + psychologique + social + environnemental), comprenant l'évaluation de l'autonomie ;*
2. *Réunion pluri professionnelle de coordination des soins ;*
3. *Plan personnalisé de soins (des soins préventifs aux soins de réadaptation) : global, centré sur la personne, continu, coordonné, assuré par une bonne coopération des intervenants ;*
4. *Accompagnement par un gestionnaire de cas, membre de l'équipe de soins primaires, pour les assurés fragiles ou complexes* ».

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

3.2.4.1. Accompagner la démographie médicale : favoriser l'installation de la médecine en campagne

La MSA a mis en place en 2013 une action de sensibilisation des jeunes professionnels de santé à l'exercice en milieu rural. Elle s'adresse aux établissements de formation (facultés, écoles de kinésithérapie et IFSI) et prend la forme d'une campagne d'affichage et/ou de réunions d'informations. Ces actions visant à favoriser l'installation en milieu rural ont été poursuivies en 2014.

3.2.4.2. Accompagner et valoriser les modes d'exercice regroupés et coordonnés

a) Coopération interprofessionnelle, délégation de tâches, NMR

Dans le cadre de son partenariat avec les structures pluriprofessionnelles ambulatoires (maisons, pôles, réseaux de santé), la MSA a fait la promotion des Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR) initialement prévues sur une période de 5 ans (2008-2012) puis prolongées jusqu'à fin 2013 puis jusqu'à fin 2014. Les ENMR font actuellement l'objet en 2014 d'une négociation UNCAM dans le cadre des « soins de proximité ». L'objectif de ces expérimentations est de tester dans quelle mesure des modes de rémunération alternatifs au paiement à l'acte favorisent la qualité et l'efficience des soins de premier recours en incitant les professionnels à s'organiser différemment et en valorisant le développement de certaines pratiques innovantes, notamment en matière de prévention.

Ainsi que la MSA l'a exprimé à l'occasion de la préparation au sein de l'UNCAM des négociations « soins de proximité », la MSA est très attentive aux modalités d'exercice actuel des professionnels de santé en milieu rural et notamment sur les points suivants :

- le bilan positif des maisons de santé pluri-disciplinaires sur la démographie médicale des territoires concernés doit être conforté par un financement pérenne, qui doit également contribuer à l'ancrage des projets de santé,

- l'activité moyenne significativement plus élevée pour les professionnels en milieu rural (générée par les besoins de santé de la population agricole et rurale, mais assumée par un nombre limité de professionnels de santé) entraîne une charge de travail significative et peut menacer certains professionnels de surcharge voire de burn-out,

- la moyenne d'âge élevée des professionnels du milieu rural et dans le même temps une aspiration croissante de la population des jeunes professionnels de santé à une qualité de vie suscite un besoin d'optimisation du temps médical.

Par ailleurs, la MSA a mis en évidence le besoin des populations agricoles de pouvoir bénéficier de parcours de soins en milieu rural dont le déroulement procèderait d'une logique de subsidiarité dans l'organisations des soins.

En termes de dispositifs, au-delà des dispositifs expérimentaux de type PRADO, la MSA a fait valoir le souhait de contribuer à la coordination des soins dans une approche globale (sanitaire, médico-sociale et sociale) dans les territoires ruraux, à l'appui notamment de Pays de Santé.

b) Accompagnement des MSP

En tant qu'acteur reconnu du monde rural et d'accompagnateur de porteurs de projets en ambulatoire, la MSA continuera d'apporter son expertise dans la coordination des soins de premier recours auprès des Maisons de Santé Pluriprofessionnelle (MSP).

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

L'investissement de la MSA dans l'accompagnement des MSP, prévu dans sa Convention d'Objectifs et de gestion 2011-2015, sera également conditionné par les suites données en termes de financement.

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

Au-delà, la MSA réalise actuellement un bilan sur l'action menée dans le cadre des MSP par les MSA et en tirera les enseignements en termes d'approfondissement. A ce stade, une première étude portant sur les données de production de soins se rapportant aux MSP aboutit au constat selon lequel le montant total moyen des dépenses chez les patients ayant déclaré un médecin traitant dans une MSP est significativement inférieur à celui de patients du régime agricole. Seuls trois postes (les honoraires de médecins généralistes, les frais de transports et les dépenses de LPP et autres produits de santé) sont supérieurs.

Ces résultats doivent être consolidés par une étude statistique plus robuste en termes de caractéristiques de la population (ALD, situation géographique, offre de soins….) et plus fine afin de qualifier les différenciations de recours aux soins.

3.2.4.3. Accompagner la coordination de la prise en charge en milieu rural

a) Les Réseaux gérontologiques accompagnés par la MSA

Actuellement, la MSA incite **les 30 réseaux de santé gérontologiques qu'elle accompagne**, à se recentrer sur des fonctions d'appui à la coordination des professionnels de santé de premier recours, et à s'inscrire dans une dynamique d'intégration, afin d'apporter des réponses à l'ensemble de la filière gériatrique, de l'information jusqu'au cas complexe.

La MSA les accompagne dans cette conduite au changement conformément au guide paru en octobre 2012 « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? » de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS).

Cinq de ces réseaux « personnes âgées » accompagnés par la MSA ont par ailleurs été évalués dans le cadre de la procédure d'évaluation médico-économique lancée par la DGOS et actuellement mise en œuvre par chaque ARS.

Parmi les premiers résultats de cette évaluation, un des réseaux partenaires de la MSA "réseau Nord Deux-Sèvres" a pu montrer que le coût moyen des dépenses totales (ville+hôpital) était inférieur pour les patients du groupe réseau versus le groupe témoin : 10 596 € pour les cas « réseau » et 12 089 € pour les cas « témoins ».

b) La participation aux expérimentations PAERPA

La MSA est investie essentiellement sur les territoires ruraux de l'expérimentation (7 sites sur 9 à l'exclusion de l'Ile-de-France et de la Lorraine). Son implication dans les parcours de santé PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) est multiple puisque les caisses de MSA sont signataires de la lettre d'engagement adressée par les ARS et qu'elles peuvent participer au diagnostic territorial, proposer des actions « MSA » (sanitaires et sociales), contractualiser et être parties prenantes de la convention territoriale, accompagner la mise en œuvre du PAERPA et contribuer à l'évaluation des dispositifs.

Cette implication répond aux intérêts de ses ressortissants qui peuvent ainsi bénéficier d'une prise en charge globale et d'une optimisation des hospitalisations. Ce dispositif apparaît en effet particulièrement pertinent au regard de certaines spécificités des ressortissants agricoles en milieu rural : moindre recours à la chirurgie ambulatoire ou aux psychiatres en ville, taux d'hospitalisation dans les ex-hôpitaux locaux plus important, accès aux urgences parfois plus difficile…

Il convient également de noter que certaines ARS ont développé des formes de PAERPA « régionaux » dénommés « Parcours de santé des aînés ». Quatre réseaux de santé (RESPA de la Loire à la Vie en Loire Atlantique et Vendée, Coordination autonomie en Maine-et-Loire, Arcade dans les Hautes-Pyrénées, Réseau de Santé des trois Rivière en Saône-et-Loire), membres de la Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques et accompagnés par la MSA, portent ces dispositifs.

c) La chirurgie ambulatoire en campagne

La MSA a souhaité développer, pour ses affiliés, l'offre de chirurgie ambulatoire (CA). Une étude réalisée en 2011 pour mesurer l'accès à la chirurgie ambulatoire pour les patients du régime agricole versus les patients du régime général, a montré une différence pour les affiliés du régime agricole. Cependant l'âge, l'isolement et l'éloignement géographique sont des facteurs prégnants, identifiés comme des freins au développement de la CA.

L'objectif principal attendu est d'améliorer le taux de pénétration de chirurgie ambulatoire sur les territoires retenus, pour les affiliés du régime agricole.

Au 2ème semestre 2013, suite à une instruction donnée aux ARS par le Comité national de Pilotage, la MSA a lancé l'action d'accompagnement dans les étapes amont et aval de la prise en charge hospitalière de la Chirurgie Ambulatoire de la population des affiliés de la MSA. Cette démarche fait suite aux travaux menés avec la DGOS, et est menée en partenariat avec l'Association française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA) – pour faciliter les contacts avec les équipes hospitalières.

Les actions de communication sont :

- auprès des assurés, afin de les informer sur cette possibilité et de lever leur appréhension, en valorisant les bénéfices et avantages de ce type de chirurgie,

- auprès des médecins traitants et des infirmières de proximité qui seront associés, dès la 1ère étape, à cette prise en charge,

- auprès des équipes des établissements de santé : l'identification des acteurs d'amont et aval facilitera la communication des éléments de liaison.

Cette action se déroule sur 6 régions sollicitées :

- La Bretagne en raison de la forte proportion d'assurés agricoles dans la population, sur le territoire de Morlaix,
- La Champagne-Ardenne en raison de son contexte spécifique en offre « chirurgie ambulatoire » sur le territoire d'Epernay,
- La Franche-Comté en raison du nombre élevé de maisons de santé pluridisciplinaires sur ce territoire et de son retard important en chirurgie ambulatoire, sur le territoire de Pontarlier,
- Le Limousin en raison de son caractère rural spécifique, sur le territoire de Saint-Junien en Haute-Vienne
- Le Nord Pas-de-Calais qui comporte en particulier 2 réseaux ayant inscrit dans leur projet un accompagnement de la chirurgie ambulatoire et du caractère sous dense de l'offre de soin en zone rurale, sur le territoire du Ternois
- Le Languedoc-Roussillon, où la chirurgie ambulatoire connaît un développement contrasté, sur le territoire des hauts vignobles du Languedoc.

Cette action rencontre une adhésion des professionnels, qui peuvent échanger sur l'amélioration d'une prise en charge décloisonnée des patients. L'évaluation qui sera menée portera sur les processus et sur les résultats, mesurés avec la variation du taux de chirurgie ambulatoire.

Une évaluation médico-économique sera réalisée en mesurant les coûts du point de vue de l'assurance maladie tant dans le champ hospitalier que dans le champ ambulatoire (y compris en dépenses de transport). Une diminution des coûts hospitaliers est escomptée, si une prise en

charge plus précoce en CA est réalisée en amont des complications.

d) La mise en œuvre de PRADO Maternité

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

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

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

Les statistiques recueillies durant l'année 2013 mettent en évidence un fort pourcentage d'adhésion parmi les assurées éligibles (84 %). Au total sur cette année, 1482 adhésions ont été comptabilisées. Il faut toutefois souligner que le programme a été progressivement mis en place dans les MSA, à compter de l'été 2013. Les données dont nous disposons ne concernent donc pas une année pleine.

Par ailleurs, la MSA expérimente PRADO Orthopédie et PRADO insuffisance cardiaque.

3.2.4.4. Accompagner les parcours de soins en milieu rural dans leur dimension sanitaire, médico-sociale et sociale

a) Pays de santé

La MSA poursuit son implication dans le cadre de Pays de Santé. Cette action expérimentée en collaboration avec Groupama avait pour objectif de définir et mener un projet favorisant le maintien de l'offre de soins médicale en zone rurale au sein de deux départements (Ardennes et Dordogne) en collaboration avec les structures locales et en complément des solutions existantes. Après le retrait de Groupama, ces actions ont été reprises par les ARS des régions concernées. Pays de santé sera étendu prochainement à plusieurs territoires, dont la Haute-Saône.

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

- de terrain, bâti par les acteurs de terrain, pour résoudre des questions concrètes du territoire concerné.

- au service du parcours de santé : il s'appuie sur une coordination en santé au sens large, puisqu'il intègre une coordination entre les professionnels de santé, une coordination avec le médico-social et une coordination avec les services sociaux (de manière plus marginale).

- évolutif par nature : au-delà de la gestion des besoins et demandes des médecins traitants, de nombreuses actions en santé (orientées prévention) sont progressivement développées pour la population, en fonction des besoins des personnes et des défaillances du territoire.

- porteur de démocratie sanitaire : un Conseil Pays de Santé réunit dès le départ les professionnels de santé, les collectivités territoriales, les régimes d'assurance maladie, les associations ainsi que l'ARS.

L'action Pays de santé a fait l'objet d'une évaluation en 2012 par un prestataire indépendant Cemka-Eval dont la synthèse est décrite page suivante.

En outre, l'action Pays de santé a fait l'objet d'une évaluation en 2014 par la CCMSA portant sur l'évolution de la consommation de soins à partir des données du SNIIRAM allant de janvier 2008 à novembre 2012.

Principaux résultats de l'évaluation du Projet Pays de santé en 2014

Dans le département des Ardennes, il apparaît que les professionnels de santé du territoire « Pays de santé », et surtout les médecins généralistes, ont connu un regain d'activité significatif en terme d'honoraires médicaux (consultations, visites et déplacements).

En Dordogne, le constat est que la production de soins sur la période n'a pas évolué de manière significative bien que le nombre de médecins traitants ait été réduit de trois unités sur le territoire.

Dans ce contexte, la MSA prévoit d'intégrer une évaluation médico-économique systématique dans chacun des quelques sites identifiés à ce stade avec les ARS, sur lesquels l'expérimentation Pays de Santé sera amenée à se déployer.

Synthèse de l'évaluation du Projet Pays de santé en 2012

Cette évaluation s'est principalement basée sur le retour d'expérience des acteurs impliqués à différents niveaux du Projet : du niveau national stratégique au niveau local opérationnel en passant par le niveau de pilotage intermédiaire.

Les opinions d'un grand nombre des acteurs ont été recueillies dans le cadre d'entretiens qualitatifs semi-directifs.

L'objectif était d'évaluer :

- l'intérêt, la conception, les modalités de mise en œuvre et l'impact du projet, à partir de la perception et satisfaction des acteurs impliqués (médecins, usagers du système de santé, partenaires institutionnels,…),
- les services proposés aux médecins : éducation thérapeutique pour patients atteints de pathologie cardiaque, prévention de l'obésité chez les personnes jeunes en surpoids, kit social, ramassage DASRI, aide au remplissage des dossiers administratifs d'EHPAD, fonds d'œil par rétinographe, centrale d'achats (matériel médical et téléphonie), prise de rendez-vous avec les spécialistes, secrétariat et aide aux dossiers, formation informatique, …

Les éléments et opinions recueillis ont mis globalement en évidence l'intérêt du Projet Pays de santé :

- Sa pertinence est confirmée par l'ensemble des acteurs : le Projet répond à une demande, à un besoin lié à une pénurie de médecins dans certains territoires ruraux (sans toutefois être des déserts médicaux), un vieillissement de la population locale et l'éloignement des structures de soins ;
- Les promoteurs Groupama et la MSA sont jugés légitimes dans la démarche qu'ils ont entamée. L'organisation et le pilotage du projet ont été jugés satisfaisants pour l'ensemble des répondants.

Bien qu'un certain nombre d'acteurs interrogés ont précisé qu'il était encore tôt pour juger de l'impact du Projet au moment des entretiens, **les effets positifs qui ont été rapportés par les répondants portent sur :**

- l'organisation des soins (rétinographe et éducation thérapeutique) ;
- la charge de travail des médecins, la qualité de vie, les conditions d'exercice et la collaboration avec leurs confrères, perçus par un peu plus de la moitié des médecins.

Par ailleurs, l'évaluateur précise que « ***Le Projet Pays de santé s'intègre parfaitement dans la logique du pôle de santé pluridisciplinaire libéral défini par la loi HPST.*** *Cette organisation s'adresse, en effet, à un bassin de population de 10 000 à 20 000 habitants. Elle peut s'appuyer sur une structure immobilière pluri professionnelle, ou bien, sur une articulation renforcée des cabinets médicaux et paramédicaux déjà existants suivant le contexte local et l'étendue du territoire. Le Projet s'inscrit obligatoirement dans une politique locale de renforcement de la démographie des professionnels de santé. On peut ainsi concevoir Pays de santé comme une démarche et des concepts appelés à venir enrichir une structure médicale participative de pôle de santé sans induire nécessairement la création d'une structure originale au demeurant encore non définie.* »

Il conclut en mentionnant que « *Le concept « Pays de Santé » constitue un facteur facilitateur permettant d'améliorer les conditions d'exercice des médecins en favorisant la complémentarité et la collaboration, dans des contextes difficiles mais surtout permettant d'apporter au plus près des populations, des services dont elles ont besoin (par les actions proposées).* »

b) Hôpitaux de proximité et ex-hôpitaux locaux

Suite à la convention de partenariat conclue en novembre 2012 entre la Caisse Centrale de la MSA et l'Association nationale des médecins Généralistes des Hôpitaux Locaux (AGHL), les caisses MSA sont informées des possibilités de collaboration qui existent déjà entre les deux signataires. Les actions menées conjointement entre la CCMSA et l'AGHL en faveur de l'organisation des soins en milieu rural pourront continuer à s'exercer, au service d'un exercice de qualité et coordonné des soins primaires, entre médecine générale en ville et ex-hôpital local.

L'étude portant sur le recours aux ex-hôpitaux locaux - présentée lors de la journée AGHL/ANHL 2013 - a permis de décrire les 47 700 séjours réalisés dans 184 ex-hôpitaux locaux, avec une activité de médecine codée dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Dans ces établissements, un patient sur cinq est affilié au régime agricole (Voir résultats ci-après) et l'avenir de ces ex-hôpitaux locaux situés majoritairement à l'ouest (Bretagne, Pays de la Loire) et au sud du pays (Languedoc Roussillon, Rhône Alpes) est un enjeu fort pour préserver un accès aux soins (au-delà du rôle de caisse pivot).

C'est pourquoi, la MSA a vocation à poursuivre son engagement, aux côtés des différentes parties prenantes, sur les territoires ruraux, en vue d'optimiser le déroulement des parcours de soins en milieu rural, et de faciliter les articulations entre ville et hôpital.

En effet, dans le contexte d'une évolution structurelle de la place de l'hôpital dans le parcours du patient, notamment pour la prise en charge de maladies chroniques pour des épisodes ponctuels, dans le contexte de la diminution actuelle et potentielle des capacités (un hôpital sans lit) et de l'hypothèse de fermeture des services non efficients, il est stratégique de prévenir le risque d'une moindre accessibilité géographique pour les assurés ruraux.

Dans ce contexte, la MSA préconise une vigilance, afin que la promotion d'alternatives à l'hospitalisation soit envisagée simultanément aux conséquences d'une éventuelle restructuration hospitalière, permettant le maintien d'une offre de premiers recours adaptée à la population vieillissante et rurale. Dans cette perspective, la MSA pourra également contribuer, aux côtés des différentes parties prenantes, à la construction de ces solutions alternatives et de subsidiarité, **afin de diminuer le recours à l'hospitalisation** tant en amont et en aval, et en vue d'améliorer la qualité et le déroulement des parcours de santé en milieu rural.

Le recours aux ex-hôpitaux locaux par la population du régime agricole en 2012

En 2012, 184 ex-hôpitaux locaux ont une activité de médecine codée dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Tous régimes confondus, cela représente 47 700 séjours (hors séances), et concerne 36 900 patients.

Les ex-hôpitaux locaux sont situés majoritairement à l'ouest (Bretagne, Pays de la Loire) et au sud du pays (Languedoc Roussillon, Rhône Alpes) (Cf Carte 20).

Dans ces établissements, **un patient sur cinq est affilié au régime agricole**, soit 7 300 patients. Ces patients ont effectué 9 400 séjours.
La moyenne d'âge est de 83 ans. Le trois quart des patients est âgé de 75 ans ou plus.
Ce sont majoritairement des femmes (59% de femmes versus 41% d'hommes).
La durée moyenne de séjours est de 15 jours.
Les deux tiers des séjours présentent un niveau de sévérité élevé (niveau 3 ou 4).

Un patient sur deux provient de son domicile avant son hospitalisation. Le tiers provient d'une unité de soins de courte durée (MCO). 9% proviennent d'une structure d'hébergement médico-sociale (Cf Tableau 50).

Graphique 33
REPARTITION DU NOMBRE DE SEJOURS PAR CLASSE D'AGE EN 2012

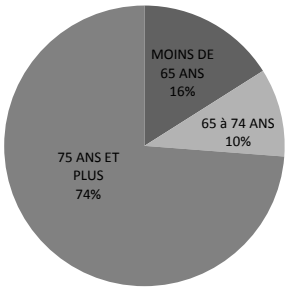


Tableau 50
REPARTITION DES SEJOURS SELON LA PROVENANCE ET LA DESTINATION DES PATIENTS EN 2012

		DESTINATION								
		Domicile	Vers une unité SSR	Décès	Vers une structure d'hébergement médico-sociale	Vers une unité MCO	Vers une unité de soins de longue durée	Vers une unité PSY	Vers une unité d'HAD	**Total**
PROVENANCE	Domicile	26,1%	13,0%	3,8%	2,6%	4,5%	0,4%	0,2%	0,0%	**50,6%**
	D'une unité MCO	10,7%	9,2%	4,9%	3,4%	4,0%	0,8%	0,0%	0,1%	**33,0%**
	D'une structure d'hébergement médico-sociale	0,1%	0,9%	1,5%	5,4%	0,7%	0,1%	0,0%	0,0%	**8,7%**
	D'une unité SSR	0,8%	1,7%	1,7%	0,3%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	**5,2%**
	Du domicile avec passage par le service d'accueil des urgences	0,7%	0,4%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	**1,3%**
	D'une unité de soins de longue durée	0,1%	0,0%	0,3%	0,0%	0,1%	0,5%	0,0%	0,0%	**1,0%**
	D'une unité PSY	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	**0,1%**
	D'une unité d'HAD	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	**0,1%**
	Total	**38,5%**	**25,3%**	**12,2%**	**11,8%**	**10,1%**	**1,9%**	**0,2%**	**0,1%**	**100,0%**

Les parcours de soins les plus courants sont :

Domicile → ex-hôpital local → Domicile (26%)
Domicile → ex-hôpital local → SSR (13%)
MCO → ex-hôpital local → Domicile (11%)
MCO → ex-hôpital local → SSR (9%)

Dans 39% des cas, le patient retourne à son domicile après son séjour. Dans les autres cas, le patient est transféré ou muté vers une unité de soins de suite et de réadaptation (25%), vers une structure d'hébergement médico-sociale (12%) ou vers une unité MCO (10%). Le patient décède dans 12% des cas.

Les motifs médicaux d'hospitalisation sont variés. Pour le régime agricole comme pour l'ensemble des régimes, 12% des séjours ont pour diagnostic principal « Autres soins médicaux », rubrique qui contient principalement les soins palliatifs.

Certains motifs sont plus fréquents au régime agricole que dans les autres régimes. C'est le cas notamment des insuffisances cardiaques et des bronchites aiguës.

Tableau 51

TOP 10 DES MOTIFS DE SEJOURS LES PLUS COURANTS AU REGIME AGRICOLE

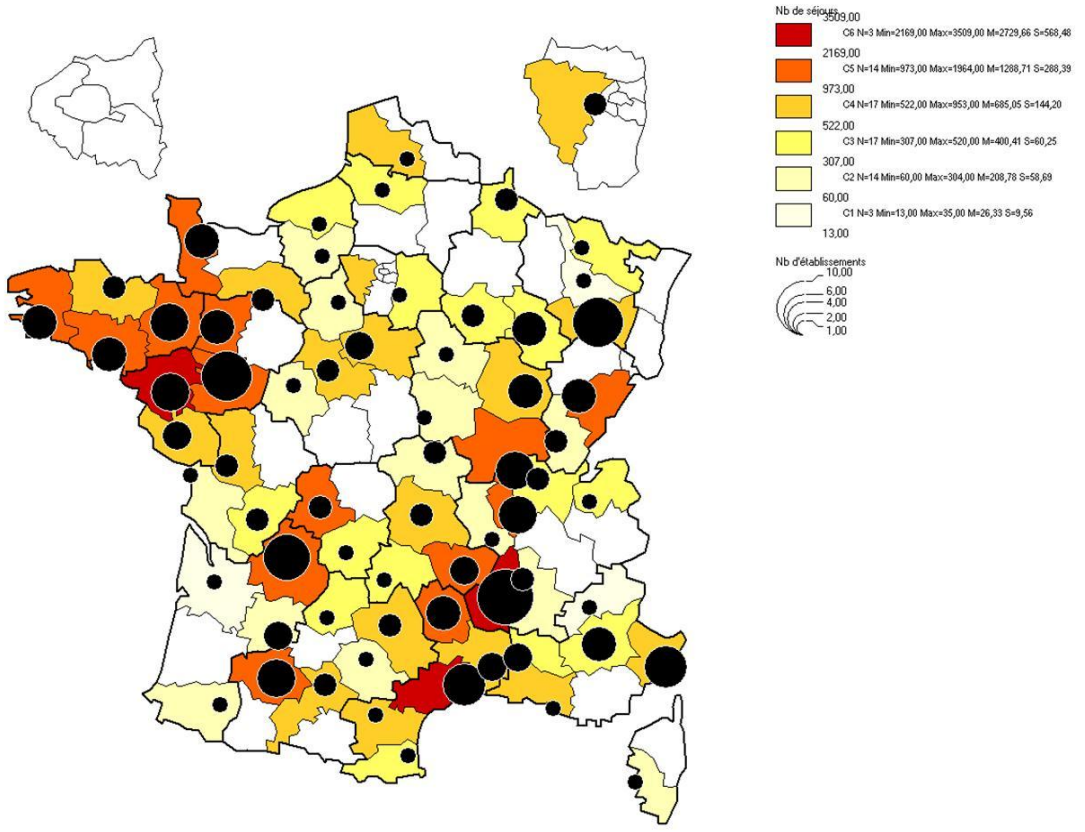
Libellé Diagnostic Principal	Répartition des séjours
Autres soins médicaux	11,5%
Insuffisance cardiaque	5,6%
Pneumopathie a micro-organisme non précisé	4,0%
Malaise et fatigue	3,6%
Bronchite aigue	2,1%
Difficultés liées à une dépendance envers la personne qui donne les soins	1,8%
Autres soins de contrôle chirurgicaux	1,8%
Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques	1,7%
Dorsalgies	1,7%
Autres symptômes et signes relatifs aux systèmes nerveux et ostéo-musculaire	1,6%

Tableau 52

TOP 10 DES MOTIFS DE SEJOURS LES PLUS COURANTS TOUS REGIMES CONFONDUS

Libellé Diagnostic Principal	Répartition des séjours
Autres soins médicaux	12,0%
Insuffisance cardiaque	4,1%
Pneumopathie a micro-organisme non précisé	3,5%
Malaise et fatigue	3,5%
Soins impliquant une rééducation	2,7%
Anomalies du métabolisme des minéraux	2,0%
Difficultés liées à une dépendance envers la personne qui donne les soins	1,9%
Autres symptômes et signes relatifs aux systèmes nerveux et ostéo-musculaire	1,9%
Démence de la maladie d'Alzheimer (G30.-)	1,8%
Autres soins de contrôle chirurgicaux	1,6%

Carte 20 : Cartographie des hôpitaux locaux ayant eu une activité enregistrée dans le PMSI 2012



Méthodologie :

Les données d'hospitalisation proviennent de l'exploitation du PMSI MCO 2012 via le SNIIRAM.
Les informations recueillies ne concernent que les ex-hôpitaux locaux ayant codé et transmis leurs données d'activité. La liste des ex-hôpitaux locaux utilisée provient de la concaténation d'un fichier fourni par l'ATIH et des hôpitaux locaux authentifiés dans la BERF.
Les séjours sélectionnés sont hors séances (hors CMD 28).
L'information concernant le régime d'appartenance du patient s'obtient grâce au chaînage des données du PMSI avec les données de liquidation du DCIR à l'aide du NIR anonyme du bénéficiaire. Le rapprochement des identifiants n'a pu donc se faire que pour les individus ayant eu au moins un remboursement de prestation au cours de l'année 2012. Les données des non-salariés agricoles affiliés auprès du GAMEX n'alimentant pas la base des données de liquidation DCIR, l'étude ne porte que sur la population affiliée à la MSA.

3.2.4.5. Télémédecine

En 2014, la MSA s'engage dans l'évaluation de plusieurs actions de télémédecine initiées par les ARS dont plusieurs concernent la télédermatologie. On peut citer notamment :

- l'action réalisée par l'ARS de Bourgogne portant sur le télédiagnostic et la téléconsultation en milieu ambulatoire,

- l'action de télédermatologie également en Franche-Comté (Poligny) dont le support est un établissement hospitalier de proximité.

- l'action portée par l'ARS Limousin concernant la santé des résidents en EHPAD dont 30 % des résidents sont des assurés MSA. Cette action vise à éviter les déplacements au CH Limoges pour des assurés âgés qui arrivent très souvent aux urgences.

Pour ces trois actions, la MSA s'attache à la réalisation d'une analyse médico-économique qui pourrait servir à l'élaboration d'un modèle économique de l'assureur.

Ces évaluations portées par des tiers (Université de Bourgogne pour les deux premiers ou évaluateurs externes à Limoges) permettront de contribuer à la connaissance des potentialités économiques portées par ces nouvelles technologies.

3.3. L'impact des mesures sur les dépenses dans le champ soins de ville de l'ONDAM

Les remboursements des soins de ville pour le régime agricole augmenteraient de + 0,6 % en 2015, soit un rythme inférieur de 0,6 point de celui prévu pour 2014 (et supérieur de 0,8 point à celui observé en 2013), en partant du postulat que les mesures d'économies 2014 ont été reconduites à l'identique en 2015.

Les mesures d'économie intégrées aux prévisions des soins de ville relatives à l'année 2015 totalisent un montant de 103 millions d'euros pour le régime agricole (tableau 53).

Tableau 53 : Les mesures d'économie en 2015 - soins de ville
(en millions d'euros)

	non salariés	salariés	régime agricole
Maîtrise médicalisée	19	16	35
dont hors médicaments	8	9	16
Mesures médicaments (hors maîtrise médicalisée)	34	23	57
Mesures LPP (hors maîtrise médicalisée)	3	2	5
Autres mesures d'économie	3	2	5
TOTAL	**60**	**43**	**103**

Les reports des revalorisations de tarif des professionnels de santé attribuées en 2014 représentent 4 millions d'euros (tableau 54).

Tableau 54 : L'impact des revalorisations de 2014 pour 2015 – soins de ville
(en millions d'euros)

	non salariés	salariés	régime agricole
Médecins généralistes	3	1	3
Dentistes	1	1	1
TOTAL	**3**	**1**	**4**

Le solde de l'ensemble des mesures affiche une économie nette de 98 millions d'euros (tableau 55).

Tableau 55 : Solde des effets mesures et revalorisations en 2015 – soins de ville
(en millions d'euros)

	non salariés	salariés	régime agricole
Total des mesures d'économie	-60	-43	-103
Total des revalorisations	3	1	4
TOTAL	**-57**	**-41**	**-98**

3.4. Les charges, produits et le solde de la branche maladie du régime des non-salariés et salariés agricoles en 2015

3.4.1. Les charges, produits et le solde de la branche maladie du régime des non-salariés agricoles en 2015 (cf. Annexe 1)

3.4.1.1. Les charges

L'ensemble des charges techniques de la branche maladie (avec les provisions sur prestations, sans les reprises de provisions et sans la participation de la MSA au financement de la CNSA), augmenterait de + 1,3 % en 2015.

3.4.1.2. Les recettes

L'ensemble des cotisations est estimé à 1 055,2 millions d'euros en 2015 soit une diminution de - 0,3 % par rapport à 2014 (- 3,3 millions d'euros).

La part de la CSG affectée réglementairement au régime des non-salariés augmenterait de + 0,7 % en 2015 (+ 8,6 millions d'euros).

Depuis l'année 2011, il n'y a plus de compensation démographique pour la branche maladie, celle-ci est substituée par une part fixe de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) qui atteindrait 1,467 milliard d'euros en hausse de + 2,1 % (+ 30,2 millions d'euros). Les prévisions 2015 de la C3S ne tiennent pas compte du PLFRSS pour 2014.

Parmi les taxes affectées au régime, la taxe sur la consommation du tabac atteindrait 1,986 milliard d'euros (+ 0,8 %) et le produit de la part de la taxe sur les alcools serait de 1,307 milliard d'euros (- 0,3 %).

Globalement les taxes (hors C3S) atteignent un montant de 3,863 milliards d'euros (+ 18,1 millions d'euros).

Au total et hors les reprises de provisions, la prise en charge par la CNSA et la contribution d'équilibre du régime général, les produits techniques augmenteraient de + 1,3 % par rapport à 2014.

L'excédent technique à la charge du régime agricole atteindrait **135 millions** d'euros en 2015 au lieu de 77,1 millions d'euros en 2014.

Le résultat maladie en 2015 de 9,8 millions correspond au solde excédentaire des IJ AMEXA (non pris en compte dans le calcul de la contribution d'équilibre versée au régime général).

3.4.2. Les charges, produits et le solde de la branche maladie du régime des salariés agricoles en 2015 (cf. Annexe 2)

3.4.2.1. Les charges

L'ensemble des charges techniques de la branche maladie maternité (avec les provisions sur prestations, sans les reprises de provisions et sans la participation de la MSA au financement de la CNSA), augmenterait de + 0,6 % en 2015.

3.4.2.2. Les recettes

Le montant des cotisations maladie est estimé à 2 067,4 millions d'euros en 2015, soit une hausse de + 2,4 % par rapport à 2014.

Le produit provenant de la CSG affectée au régime augmenterait de + 1,7 %, soit + 24,7 millions d'euros.

En 2015, sans évolution de la part de la taxe sur la consommation du tabac affectée à la branche maladie des salariés fixé en 2014 à 7,48 %, le montant s'élèverait à 388,3 millions d'euros en augmentation de + 2,9 millions d'euros.

Le produit de la TVA nette compensant les exonérations sur les heures supplémentaires augmenterait de 0,5 million d'euros.

Le total des taxes affectées à la partie technique atteint 401,2 millions d'euros en augmentation de + 3,4 millions d'euros.

Au total, hors les reprises de provisions, la prise en charge par la CNSA et la contribution d'équilibre du régime général, les produits techniques augmenteraient de + 2,8 % par rapport à 2014.

La contribution d'équilibre du régime général serait en baisse de - 25,3 millions d'euros (- 4,2 %) par rapport à 2014 pour s'établir à **572,7 millions d'euros.**

Annexe 1 : Tableau d'équilibre de la branche maladie des non-salariés

MALADIE NON SALARIES En millions d'euros	Réalisations 2013	Evolution 2013/2012	Prévisions 2014	Evolution 2014/2013	Prévisions 2015	Evolution 2015/2014
TOTAL CHARGES MALADIE	**9 147,4**	**+ 2,4%**	**9 365,2**	**+ 2,4%**	**9 509,4**	**+ 1,5%**
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	8 848,1	+ 2,1%	9 017,0	+ 1,9%	9 162,7	+ 1,6%
I - PRESTATIONS SOCIALES	6 828,2	- 0,2%	6 904,8	+ 1,1%	6 957,4	+ 0,8%
Prestations maladie	6 720,2	- 0,2%	6 797,0	+ 1,1%	6 849,8	+ 0,8%
dont exécutées en ville	2 646,2	- 1,3%	2 666,2	+ 0,8%	2 678,0	+ 0,4%
dont exécutées en établissement	4 074,0	+ 0,5%	4 130,8	+ 1,4%	4 171,8	+ 1,0%
- Etablissements sanitaires	*2 520,8*	- 0,7%	*2 540,8*	+ 0,8%	*2 552,5*	+ 0,5%
- Médico-sociaux	*1 037,9*	+ 5,0%	*1 082,9*	+ 4,3%	*1 121,2*	+ 3,5%
- Cliniques privées	*515,3*	- 2,1%	*507,1*	- 1,6%	*498,1*	- 1,8%
Prestations maternité	30,8	+ 7,9%	31,6	+ 2,6%	32,4	+ 2,7%
Prestations Invalidité	57,7	- 0,8%	56,6	- 1,9%	55,5	- 2,0%
Actions de prévention	12,3	- 7,4%	12,5	+ 1,4%	12,7	+ 1,4%
Prestations extra légales	7,0	- 2,9%	6,8	- 2,4%	6,8	+ 0,0%
Autres prestations (Convention internationale)	0,3	- 36,3%	0,4	+ 58,4%	0,3	- 31,7%
II - CHARGES TECHNIQUES	1 305,7	+ 15,9%	1 377,3	+ 5,5%	1 468,2	+ 6,6%
dont cotisations des PAM	107,9	+ 0,0%	109,6	+ 1,5%	110,8	+ 1,1%
dont Régime des étudiant	14,6	+ 14,1%	14,6	+ 0,0%	14,6	+ 0,0%
dont prise en charge CNSA	942,5	+ 4,6%	983,3	+ 4,3%	1 018,1	+ 3,5%
Contribution au Régime général	**39,4**	**-**	**77,1**	**+ 95,6%**	**135,0**	**+ 75,1%**
III - CHARGES TECHNIQUES DIVERSES	15,1	+ 19,0%	17,6	+ 16,6%	17,5	- 0,3%
IV - DOTATIONS AUX PROVISIONS	696,5	+ 1,6%	716,9	+ 2,9%	719,1	+ 0,3%
V - CHARGES FINANCIERES	2,6	- 45,4%	0,4	- 85,5%	0,4	- 0,1%
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	291,6	+ 11,9%	340,6	+ 16,8%	339,1	- 0,4%
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	7,7	+ 57,6%	7,7	+ 0,0%	7,7	+ 0,0%
TOTAL PRODUITS MALADIE	**9 114,0**	**+ 2,3%**	**9 406,5**	**+ 3,2%**	**9 519,2**	**+ 1,2%**
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	9 072,4	+ 2,2%	9 364,6	+ 3,2%	9 477,4	+ 1,2%
I - COTISATIONS IMPOTS ET PRODUITS AFFECTES	7 353,2	+ 3,4%	7 578,7	+ 3,1%	7 632,4	+ 0,7%
Cotisations (1)	897,0	+ 10,8%	1 058,5	+ 18,0%	1 055,2	- 0,3%
Cotisations technique	*674,7*	*+ 10,9%*	*1 058,5*	*+ 56,9%*	*1 055,2*	*- 0,3%*
Cotisations gestion	*222,3*	*+ 10,7%*	*0,0*	*- 100,0%*	*0,0*	-
Cotisations prises en charge par l'Etat	9,2	- 4,0%	9,3	+ 0,7%	9,4	+ 1,0%
CSG	1 196,7	+ 2,7%	1 228,0	+ 2,6%	1 236,5	+ 0,7%
Impôts et taxes affectés	5 250,3	+ 2,4%	5 283,0	+ 0,6%	5 331,3	+ 0,9%
Taxes consommation du tabac	*1 047,8*	*- 36,4%*	*1 971,4*	*+ 88,1%*	*1 986,2*	*+ 0,8%*
Contribution sociale de solidarité des société (C3S)	*1 420,3*	*+ 1,1%*	*1 437,6*	*+ 1,2%*	*1 467,8*	*+ 2,1%*
Taxe sur les véhicules de sociètés	*875,7*	*- 10,9%*	*0,0*	*- 100,0%*	*0,0*	-
Cotisations sur les boissons alcooliques	*0,0*	-	*0,0*	-	*0,0*	-
Taxe sur les bières et boissons non alcoolisée	*0,0*	-	*0,0*	-	*0,0*	-
Droit de consommation sur les alcools	*1 358,1*	*+ 56,0%*	*1 311,3*	*- 3,5%*	*1 307,3*	*- 0,3%*
Contribution sur les boissons sucrées	*365,3*	*+ 1189,1%*	*307,0*	*- 16,0%*	*308,5*	*+ 0,5%*
Contribution sur les boissons contenant des édulcorants	*0,0*	-	*66,0*	-	*67,1*	*+ 1,7%*
Taxes produits alimentaires	*185,4*	*+ 4,1%*	*189,8*	*+ 2,4%*	*194,4*	*+ 2,5%*
Autres impôts et taxes affectées	*-2,3*	*- 115,8%*	*0,0*	*- 100,0%*	*0,0*	-
II - PRODUITS TECHNIQUES	1 024,9	- 3,2%	1 069,2	+ 4,3%	1 106,9	+ 3,5%
Compensation demographique	0,0	-	0,0	-	0,0	-
Contribution du Régime général	**0,0**	**- 100,0%**	**0,0**	**-**	**0,0**	**-**
Produit a recevoir du FFIPSA	0,0	-	0,0	-	0,0	-
Prise en charge médico social CNSA	1 020,2	+ 4,6%	1 064,4	+ 4,3%	1 102,1	+ 3,5%
Autres produits	4,7	+ 3,6%	4,8	+ 0,9%	4,8	+ 0,9%
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	17,6	- 45,0%	16,2	- 8,1%	17,2	+ 6,7%
IV - REPRISES SUR PROVISIONS	672,8	+ 0,6%	696,5	+ 3,5%	716,9	+ 2,9%
V - PRODUITS FINANCIERS	3,9	+ 18,5%	4,0	+ 2,5%	4,0	- 0,1%
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	29,6	+ 1,6%	29,9	+ 0,8%	29,8	- 0,2%
C - PRODUITS EXCEPTIONNELS	11,9	+ 99,3%	11,9	+ 0,0%	11,9	+ 0,0%
Résultat maladie	**-33,4**		**41,2**		**9,8**	

(1) Suite à la réforme du financement, depuis le 1er janvier 2014, les cotisations sont totalement techniques.

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

MALADIE SALARIES En millions d'euros	Réalisations 2013	Evolution 2013/2012	Prévisions 2014	Evolution 2014/2013	Prévisions 2015	Evolution 2015/2014
TOTAL CHARGES MALADIE	**5 629,3**	**+ 3,3%**	**5 713,1**	**+ 1,5%**	**5 782,7**	**+ 1,2%**
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	5 280,7	+ 2,2%	5 359,8	+ 1,5%	5 434,8	+ 1,4%
I - PRESTATIONS SOCIALES	4 189,1	+ 1,0%	4 251,2	+ 1,5%	4 312,2	+ 1,4%
Prestations maladie	3 792,4	+ 0,9%	3 843,5	+ 1,3%	3 901,4	+ 1,5%
dont exécutées en ville	1 728,1	+ 1,8%	1 755,3	+ 1,6%	1 786,4	+ 1,8%
dont exécutées en établissement	2 064,3	+ 0,2%	2 088,2	+ 1,2%	2 114,9	+ 1,3%
- établissements sanitaires à tarification administrative	*1 303,4*	- 0,5%	*1 313,9*	+ 0,8%	*1 329,5*	+ 1,2%
- médico-sociaux	*482,4*	+ 1,5%	*491,1*	+ 1,8%	*497,8*	+ 1,4%
- cliniques privées	*278,5*	+ 1,8%	*283,2*	+ 1,7%	*287,7*	+ 1,6%
Prestations maternité	166,3	+ 2,8%	168,6	+ 1,4%	170,9	+ 1,4%
Prestations Invalidité	201,2	+ 3,2%	204,9	+ 1,9%	209,1	+ 2,0%
Actions de prévention	10,9	+ 2,6%	11,1	+ 1,4%	11,2	+ 1,4%
Prestations extra légales	4,3	- 0,7%	4,2	- 2,4%	4,2	+ 0,0%
Autres prestations (décès, Convention internationale)	14,0	- 22,1%	18,9	+ 34,9%	15,4	- 18,1%
II - CHARGES TECHNIQUES	608,5	+ 10,8%	616,7	+ 1,4%	621,7	+ 0,8%
dont prise en charge CNSA	444,4	+ 2,3%	452,4	+ 1,8%	458,5	+ 1,4%
III - CHARGES TECHNIQUES DIVERSES	14,8	+ 4,3%	15,1	+ 1,9%	15,4	+ 2,4%
IV - DOTATIONS AUX PROVISIONS	467,8	+ 2,9%	476,3	+ 1,8%	485,0	+ 1,8%
V - CHARGES FINANCIERES	0,5	- 3,4%	0,5	- 1,1%	0,5	- 0,1%
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	338,6	+ 21,2%	343,3	+ 1,4%	337,9	- 1,6%
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	10,0	+ 69,9%	10,0	+ 0,0%	10,0	+ 0,0%
TOTAL PRODUITS MALADIE	**5 621,1**	**+ 2,4%**	**5 713,1**	**+ 1,6%**	**5 782,7**	**+ 1,2%**
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	5 568,4	+ 2,2%	5 660,2	+ 1,6%	5 729,8	+ 1,2%
I - COTISATIONS IMPOTS ET PRODUITS AFFECTES	4 091,4	+ 1,8%	4 078,1	- 0,3%	4 158,7	+ 2,0%
Cotisations (1)	1 980,2	+ 3,8%	2 018,3	+ 1,9%	2 067,4	+ 2,4%
Cotisations technique	*1 727,7*	+ 4,1%	*2 018,3*	+ 16,8%	*2 067,4*	+ 2,4%
Cotisations gestion	*252,5*	+ 2,0%	*0,0*	- 100,0%	*0,0*	-
Cotisations prises en charge par l'Etat	213,2	+ 4,3%	210,1	- 1,5%	213,3	+ 1,6%
CSG	1 413,8	+ 2,7%	1 452,1	+ 2,7%	1 476,8	+ 1,7%
Impôts et taxes affectés	484,2	- 8,9%	397,7	- 17,9%	401,2	+ 0,9%
II - PRODUITS TECHNIQUES	996,6	+ 6,7%	1 089,2	+ 9,3%	1 070,4	- 1,7%
Prise en charge médico social CNSA	474,5	+ 2,3%	483,0	+ 1,8%	489,5	+ 1,4%
Contribution du Régime général	**514,1**	**+ 11,1%**	**598,0**	**+ 16,3%**	**572,7**	**- 4,2%**
Contributions publiques (FSI, CMUC)	0,2	+ 9,4%	0,2	+ 0,0%	0,2	+ 0,0%
Compensation demographique	0,0	-	0,0	-	0,0	-
Autres produits	7,8	+ 2,0%	7,9	+ 0,8%	8,0	+ 0,8%
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	21,0	- 28,8%	20,3	- 3,2%	19,7	- 3,1%
IV - REPRISES SUR PROVISIONS	454,7	- 1,2%	467,8	+ 2,9%	476,3	+ 1,8%
V - PRODUITS FINANCIERS	4,7	+ 33,0%	4,7	+ 0,0%	4,7	+ 0,0%
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	36,6	+ 12,3%	36,9	+ 0,8%	36,9	- 0,2%
C - PRODUITS EXCEPTIONNELS	16,0	+ 113,9%	16,0	+ 0,0%	16,0	+ 0,0%
Résultat maladie	**-8,2**		**0,0**		**0,0**	

(1) Suite à la réforme du financement, depuis le 1er janvier 2014, les cotisations sont totalement techniques.

Annexe 3 : Les ALD au régime agricole

I - Définitions et mode de recueil

A) Définitions et problématique

Le code de la Sécurité Sociale réglemente le dispositif des affections de longue durée (ALD). Outre ses vocations initiales, qui sont de limiter la participation financière de l'assuré et de contribuer à améliorer la qualité de sa prise en charge médicale, le dispositif ALD fournit des données épidémiologiques sur les affections chroniques. Parmi les ALD, celles de la liste fixée par l'article D-322-1 du code de la Sécurité Sociale sont clairement définies et possèdent des critères médicaux d'admissions précis. Même si, pour la majorité d'entre elles, ces ALD liste ne représentent que les formes évoluées et déclarées des affections chroniques, elles reflètent l'essentiel des affections graves et prévalentes. Le recensement des données concernant ces ALD de la liste, affinées grâce au codage CIM 10, permet d'estimer l'incidence et la prévalence des affections chroniques correspondantes.

B) La source des données

Les données étudiées sont issues de requêtes sur l'infocentre CMCD (Système informatique des contrôles médicaux de chaque caisse de MSA) et portent sur les dates de début et de fin d'ALD, sur les affections, l'état des droits, le régime, et des données socio-démographiques.

Ces données recueillies ainsi que leur traitement ont fait l'objet d'une déclaration CNIL n°1158580 et d'une décision CIL n°13-08 relative à un *traitement de données à caractère personnel concernant la connaissance des affections de longue durée au régime agricole*.

A partir de cette base de données brutes, transmise par les caisses, un traitement permet de sélectionner la population en ALD au 31 décembre de l'année considérée, indépendamment de la date d'attribution de l'ALD, et les nouveaux cas d'attribution d'exonération au titre d'une ALD survenus dans le courant de l'année.

C) Traitement des données

L'ensemble des données a été traité au niveau central pour garantir la cohérence des variables sélectives et l'homogénéité des critères de sélection.

D'abord remontées sous forme de fichiers Excel®, les données ont ensuite été traitées sur le logiciel SAS® Enterprise Guide.

D) Limites de la base de données

Les résultats statistiques présentés correspondent uniquement aux affections exonérantes déclarées. Elles ne sont qu'un reflet de la morbidité prévalente de ces affections au régime agricole.

L'appréciation des médecins conseils, les habitudes de codage et de saisie locales constituent une source de biais potentiel.

E) Indicateurs

Dénombrement des patients et des pathologies : le nombre de pathologies exonérantes est toujours supérieur au nombre d'individus bénéficiant d'une exonération, un individu pouvant avoir plusieurs pathologies au sein de la même ALD, mais également plusieurs ALD.

Taux de prévalence brut : nombre de patients recensés à une date donnée, rapporté au nombre de patients susceptibles d'être touchés par la maladie ; la population de référence utilisée est la population du RNIAM, c'est-à-dire la population couverte en maladie par le régime agricole à la même date.

Taux de prévalence standardisé par âge et sexe : c'est le taux de cas attendus dans la population observée si celle-ci avait la même structure par âge et sexe qu'une population de référence (par exemple : population du RNIAM au 1er janvier 2012, population française INSEE…). Ces taux peuvent varier en fonction de la base utilisée pour la standardisation.

II - Tableau exhaustif des ALD 1 à 32

Effectifs et taux de prévalence brut des patients en ALD 1 à 32 au 31/12/2012

		Nombre de patients pour l'ALD	Taux de prévalence pour 1000
5	Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires, cardiopathies congénitales graves	139 288	42,0
12	Hypertension artérielle sévère	122 231	36,8
13	Maladie coronaire	106 158	32,0
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	44 926	13,5
1	Accident vasculaire cérébral invalidant	38 954	11,7
Nbre de patients ayant au moins une ALD du groupe cardio-vasculaire (au moins une ALD 1, 3, 5, 12, 13)		369 630	111,4
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2	167 537	50,5
30	Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoiétique	155 324	46,8
23	Affections psychiatriques de longue durée	60 525	18,2
15	Maladie d'Alzheimer	43 171	13,0
14	Insuffisance respiratoire chronique grave	31 675	9,5
22	Polyarthrite rhumatoide évolutive grave	17 010	5,1
16	Maladie de Parkinson	14 356	4,3
9	Formes graves des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave	12 480	3,8
19	Nephropathie chronique grave et syndrome nephrotique primitif	9 821	3,0
6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	6 943	2,1
21	Périartérite noueuse, lupus erythémateux aigu disséminé, Sclérodermie généralisée évolutive	6 660	2,0
24	Maladie de Crohn et rectocolite hémorragique évolutives	5 463	1,6
27	Spondylarthrite ankylosante grave	4 312	1,3
25	Sclérose en plaques	3 092	0,9
17	Maladies Métaboliques héréditaires	2 959	0,9
2	Insuffisances médullaires et autres cytopenies chroniques	1 759	0,5
7	Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et infection par le VIH	1 612	0,5
20	Paraplégie	1 370	0,4
11	Hémophilie et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	978	0,3
26	Scoliose structurale évolutive	816	0,2
28	Suites de transplantation d'organe	715	0,2
29	Tuberculose active	555	0,2
10	Hémoglobinopathies, Hémolyses chroniques constitutionnelles et acquises sévères	234	0,1
18	Mucoviscidose	162	0,0
4	Bilharziose compliquée	3	0,0
Nbre de patients ayant au moins une ALD 1 à 30		694 940	209,5
31	Hors liste	47 902	14,4
32	Polypathologies	7 051	2,1

Source : MSA

Annexe 4 : Etude sur la consommation de psychotropes en 2013 au régime agricole

Evolution et place des psychotropes dans les dépenses de médicaments délivrés en ville en 2013

En 2013, le régime agricole a remboursé au titre des soins de ville 63,8 millions d'euro de médicaments à visée psychotrope, ce qui correspond à 5,1 % des remboursements de l'ensemble des médicaments (5,7 % en 2010), pour un taux moyen de remboursement de 80,0 % (81,9 % en 2010). Le nombre de délivrances de ces médicaments (nombre de lignes de prescriptions pondéré par la durée de la prescription) s'élève à 7,5 millions, représentant ainsi, comme en 2010, 7,8 % des délivrances totales. Le nombre moyen de boîtes par délivrance est de 1,56 (1,58 en 2010).

Si les montants remboursés de psychotropes ont diminué entre 2012 et 2013 au même rythme que l'ensemble des médicaments délivrés en ville (- 4,6 % pour les psychotropes contre - 4,3 % pour l'ensemble des médicaments délivrés en ville), le nombre de boîtes délivrées de psychotropes a quant à lui baissé plus vite (- 4,8 % pour les psychotropes contre - 2,8 % pour l'ensemble des médicaments). Toutes les classes sont affectées par cette diminution des montants remboursés.

Tableau 1
Structure des dépenses pour les psychotropes

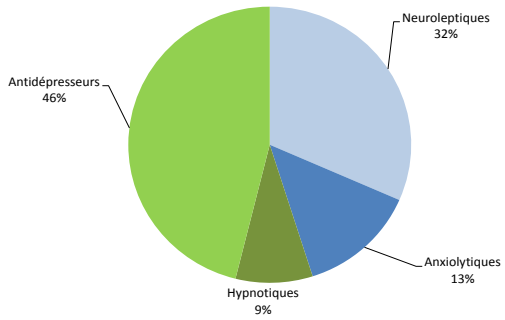
Nom de la classe	Montants présentés au remboursement en 2013 en €*	Evol. 2012/2013 (en %)	Part de chaque sous-classe en montants présentés au remboursement	Montants remboursés en 2013 en €	Evol. 2012/ 2013 (en %)	Nombre de boîtes délivrées en 2013	Evol. 2012/2013 (en %)	Nombre de délivrances en 2013	Evol. 2012/2013 (en %)
Neuroleptiques (N05A)	22 414 819	-1,8%	28,4%	20 129 516	-1,4%	1 025 252	-2,5%	681 040	-1,6%
Anxiolytiques (N05B)	11 625 432	-5,2%	14,7%	8 636 680	-4,2%	4 301 630	-3,8%	2 906 845	-4,3%
Hypnotiques (N05C)	7 510 387	-6,5%	9,5%	5 617 568	-6,1%	2 800 343	-6,4%	1 373 810	-6,3%
Antidépresseurs (N06A)	37 354 031	-6,8%	47,3%	29 411 667	-6,4%	3 565 615	-5,3%	2 514 041	-3,4%
Total Psychotropes	**78 904 669**	**-5,2%**	**5,1%**	**63 795 430**	**-4,6%**	**11 692 840**	**-4,8%**	**7 475 735**	**-4,2%**
Total*	**1 552 334 392**	**-5,3%**	**100,0%**	**1 241 529 357**	**-4,3%**	**154 665 753**	**-2,8%**	**96 466 241**	**-3,6%**

Source : MSA
* correspond aux dépenses des produits délivrés en ville (hors produits homéopathiques, réservés au circuit hospitalier ou destinés à l'export)

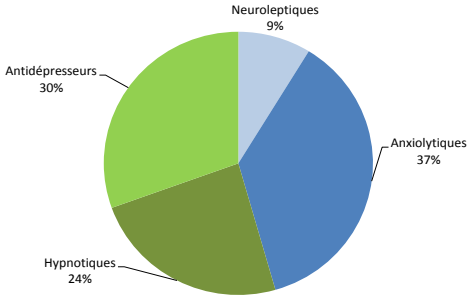
Les antidépresseurs génèrent la part principale des montants remboursés de psychotropes (46,1 %, - 8,3 points par rapport à 2010), suivis des neuroleptiques (31,6 %, + 4,6 points), des anxiolytiques (13,5 %, + 2,1 points) et des hypnotiques (8,8 %, + 1,6 point) (graphique 1).

En quantité, l'ordre diffère : les anxiolytiques sont les plus importants (36,8 %, + 0,3 point par rapport à 2010), suivis des antidépresseurs (30,5%, - 1,2 point), des hypnotiques (23,9 %, + 0,1 point) et des neuroleptiques (8,8 %, + 0,8 point) (graphique 2).

Graphique 1
Répartition des montants remboursés en 2013



Graphique 2
Répartition des boîtes remboursées en 2013



En particulier pour les benzodiazépines et substances actives apparentées, la baisse des montants remboursés est encore plus marquée (- 5,4 %) comme celle des boites délivrées (- 5,2 %) (tableau 2). Ces médicaments représentent 1,0 % des montants remboursés en ville et 4,2 % des boites délivrées en ville. L'écart de proportion s'explique par le fait que les benzodiazépines, d'activité principalement anxiolytique et hypnotique, sont des médicaments à prix unitaire par conditionnement faible et pour la plupart génériqués.

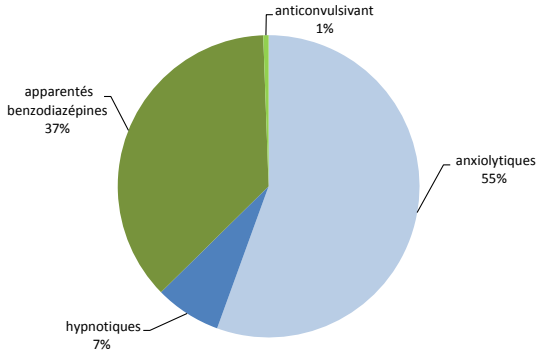
➔ Par ailleurs, les nombreuses campagnes de communication, tant gouvernementales qu'en provenance soit des agences sanitaires soit des actions de l'assurance maladie, ont eu un impact sur les prescripteurs et les assurés.

Tableau 2
Structure des dépenses pour les benzodiazépines et substances actives apparentées*

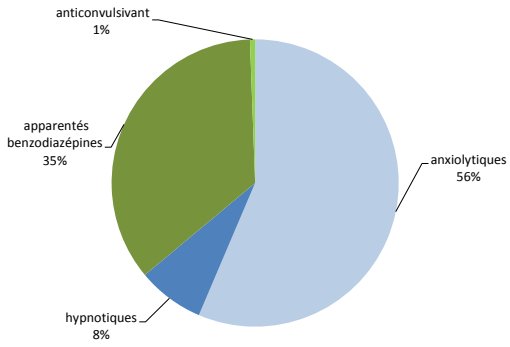
	Montants présentés au remboursement en 2013 en €*	Evol. 2012/2013 (en %)	Part de chaque sous-classe en montants présentés au remboursement	Montants remboursés en 2013 en €	Evol. 2012/ 2013 (en %)	Nombre de boîtes délivrées en 2013	Evol. 2012/2013 (en %)	Nombre de délivrances en 2013	Evol. 2012/2013 (en %)
Anxiolytiques (N05BA)	9 126 402	-5,1%	54,7%	7 083 610	-4,6%	3 672 846	-4,3%	2 482 391	-5,0%
Hypnotiques (N05CD)	1 225 432	-3,3%	7,3%	904 073	-2,5%	490 018	-3,2%	233 802	-3,1%
Apparentés aux benzodiazépines (N05CF)	6 258 055	-7,5%	37,5%	4 692 213	-7,2%	2 310 012	-7,1%	1 139 732	-6,9%
Anticonvulsivant (N03AE01)	85 196	-41,8%	0,5%	72 535	-40,1%	37 859	-42,2%	30 605	-44,0%
Total benzodiazépines	**16 695 085**	**-5,9%**	**100,0%**	**12 752 432**	**-5,4%**	**6 510 735**	**-5,2%**	**3 886 530**	**-5,5%**

* liste Agence National de Sécurité du Médicament et des produits de santé
Source : MSA - correspond aux dépenses des produits délivrés en ville (hors produits homéopathiques, réservés au circuit hospitalier ou destinés à l'export)

Graphique 3
Répartition des montants remboursés en 2013

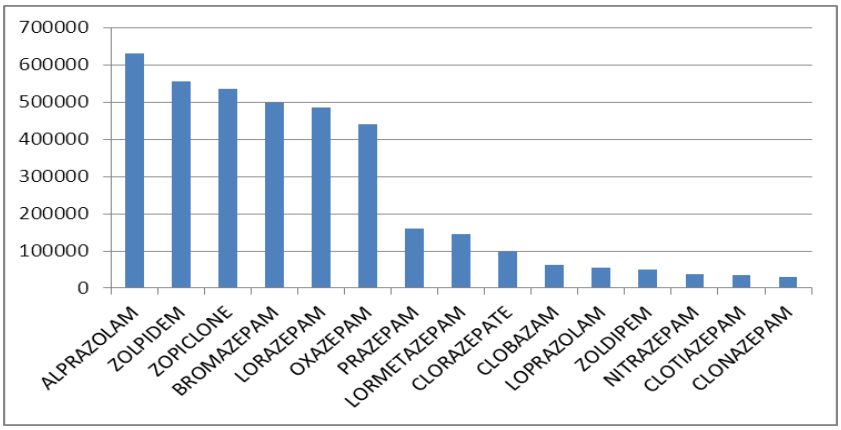


Graphique 4
Répartition des boîtes remboursées en 2013



En 2013, l'alprazolam (anxiété) est la benzodiazépine la plus délivrée en ville suivie par le zolpidem (hypnotique) et le zopiclone (hypnotique) (graphique 5).

Graphique 5
Principales substances actives de benzodiazépines et apparentées délivrées en ville en 2013
(nombre de boîtes délivrées)

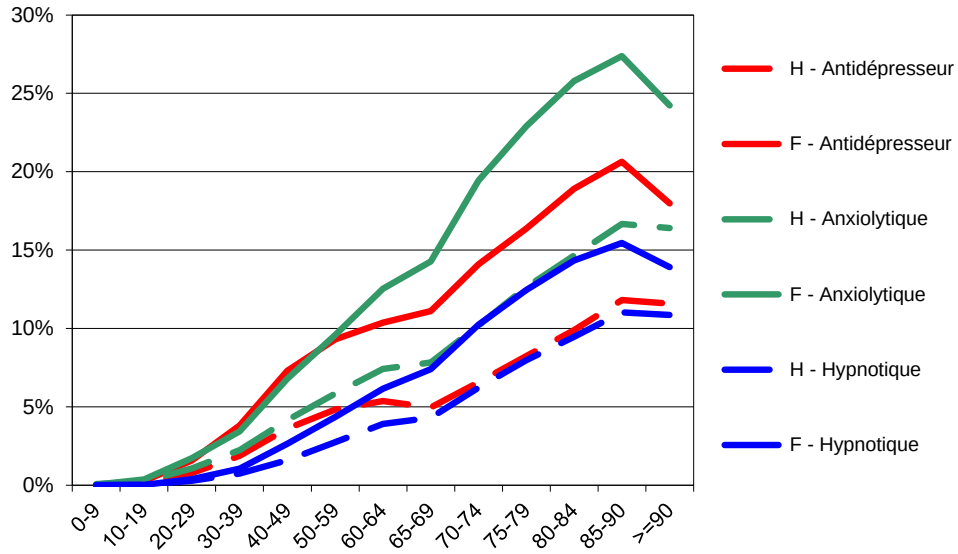


Source : MSA

Une consommation dépendante de l'âge et du sexe

Le profil de consommation chronique (définie par le remboursement d'au moins trois délivrances au cours de l'année) d'antidépresseurs, d'anxiolytiques et d'hypnotiques en fonction de l'âge présente une phase de croissance suivie d'une phase de décroissance pour les patients aux grands âges. Ce phénomène est assez classique et s'explique par le fait que les patients très âgés sont a priori ceux qui ont été le moins exposés aux problèmes de santé aux âges antérieurs (graphique 6).

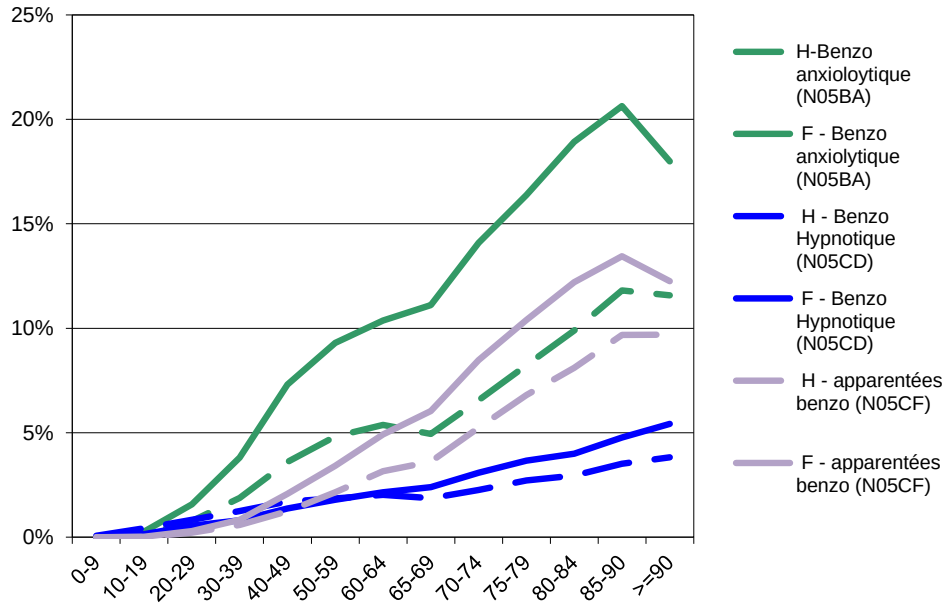
Graphique 6
Part de bénéficiaires ayant au moins eu trois remboursements d'antidépresseurs, anxiolytiques ou hypnotiques selon le sexe, l'âge et la classe thérapeutique en 2013 (en %)



Source MSA

➔ **En particulier pour les benzodiazépines et les substances actives apparentées dans leurs indications relatives à l'anxiété et à l'insomnie (graphique 7).**

Graphique 7
Part de bénéficiaires ayant au moins eu trois remboursements de benzodiazépines et substance actives apparentées selon le sexe, l'âge et la classe thérapeutique en 2013 (en %)



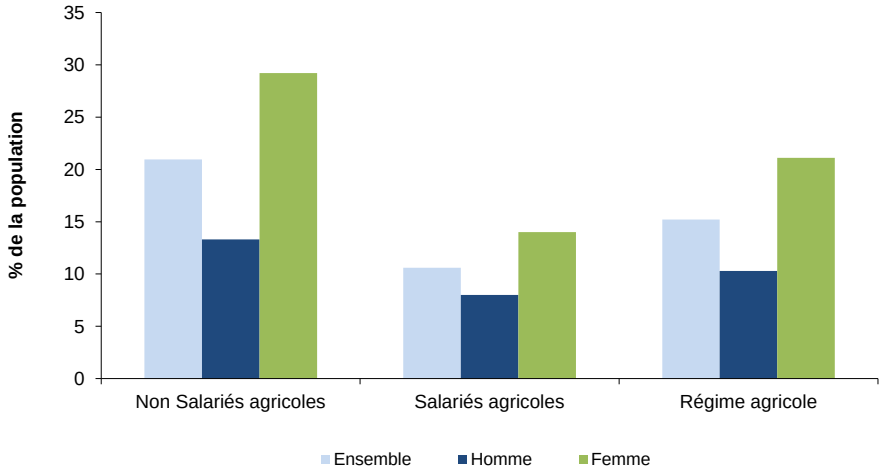
Source MSA

La délivrance d'au moins 3 antidépresseurs, anxiolytiques ou hypnotiques en 2013 concerne 15,2 % des personnes protégées en maladie au régime agricole.

Les femmes représentent 63,4 % des bénéficiaires du régime agricole ayant eu au moins 3 délivrances d'antidépresseurs, anxiolytiques ou hypnotiques (56,0 % des personnes de plus de 65 ans au régime agricole sont des femmes et prévalence d'utilisation plus importante chez les femmes).

Les écarts de niveau de consommation entre les salariés et les non-salariés agricoles (respectivement 10,6 % et 21,0 %) s'expliquent par la structure d'âge de ces deux sous-groupes (la part des assurés de plus de 65 ans est plus importante chez les non-salariés agricoles que chez les salariés).

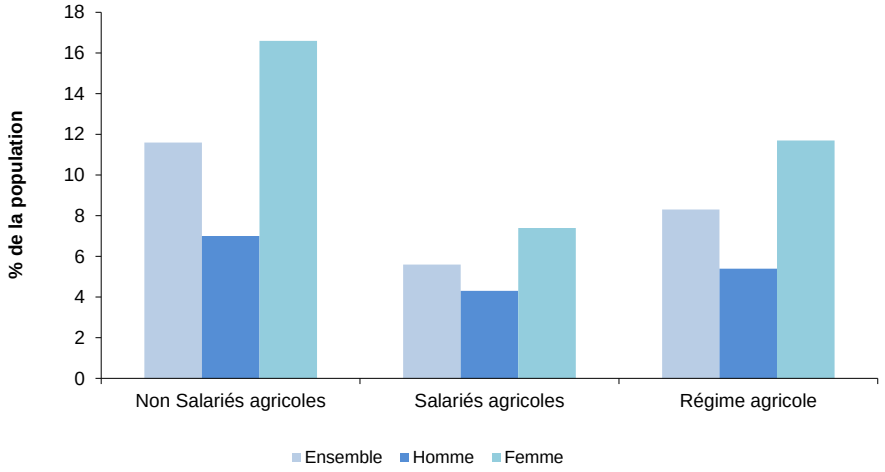
Graphique 8
Taux de recours (au moins 3) aux antidépresseurs, anxiolytiques ou hypnotiques parmi les personnes protégées en maladie au régime agricole, en 2013



Source : MSA - Population du régime agricole au 1er janvier 2014

➔ **En particulier la délivrance d'au moins 3 benzodiazépines en 2013 concerne 8,3 % des personnes protégées en maladie au régime agricole** (11,6 % des non-salariés agricoles et 5,6 % des salariés agricoles).

Graphique 9
Taux de recours (au moins 3) aux benzodiazépines* au régime agricole, en 2013



* hors Gamex - exploitation des codes ATC de la BDM CNAMTS
Liste de la Haute Autorité de Santé : y sont exclues les apparentées aux benzodiazépines (classe ATC N05CF)
Source : MSA - Population du régime agricole au 1er janvier 2014

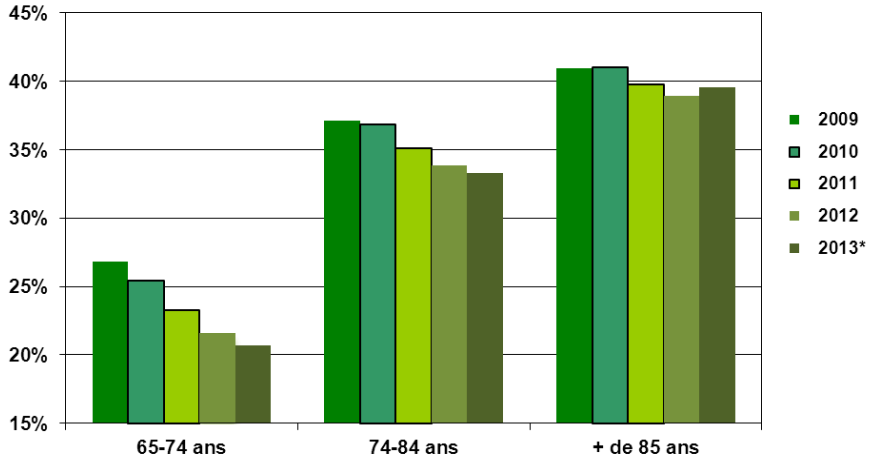
Les femmes représentent 64,6 % des bénéficiaires du régime agricole ayant eu au moins 3 délivrances de benzodiazépines (56,0 % des personnes de plus de 65 ans au régime agricole sont des femmes et prévalence d'utilisation plus importante chez les femmes).

Parmi les bénéficiaires de plus de 65 ans, 13,0 % ont eu au moins 3 délivrances de benzodiazépines et 23,3 % au moins un remboursement de benzodiazépines.

Focus sur les personnes âgées

La diminution de la consommation d'antidépresseurs, d'anxiolytiques ou hypnotiques concerne principalement la tranche d'âge des 65-74 ans, - 6,1 points entre 2009 et 2013. Les autres classes d'âge présentent des diminutions moins marquées : - 3,9 points pour les 74-84 ans et - 1,4 point pour les 85 ans et plus (+ 0,6 point entre 2012 et 2013). Pour les tranches d'âge les plus élevées, l'hypothèse de la continuité de la délivrance des traitements médicamenteux semble expliquer en partie la moindre diminution des consommations.

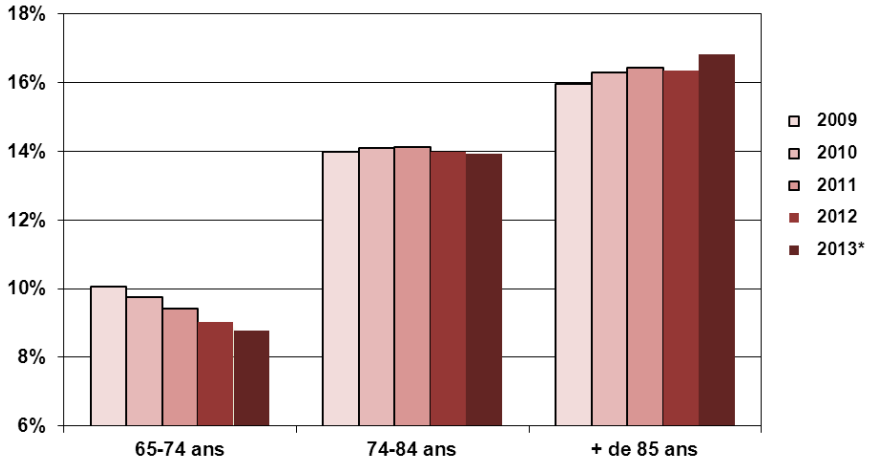
Graphique 10
Exposition chronique des antidépresseurs, anxiolytiques ou hypnotiques chez le sujet âgé au régime agricole de 2009 à 2013



*hors Gamex - exploitation des codes ATC de la BDM CNAMTS
Source : MSA

➔ **Le taux de recours (au moins 3) aux antidépresseurs** en 2013 progresse de 0,4 point par rapport à 2012 sur la tranche d'âge des 85 ans et plus.

Graphique 11
Exposition chronique des antidépresseurs chez le sujet âgé au régime agricole de 2009 à 2013

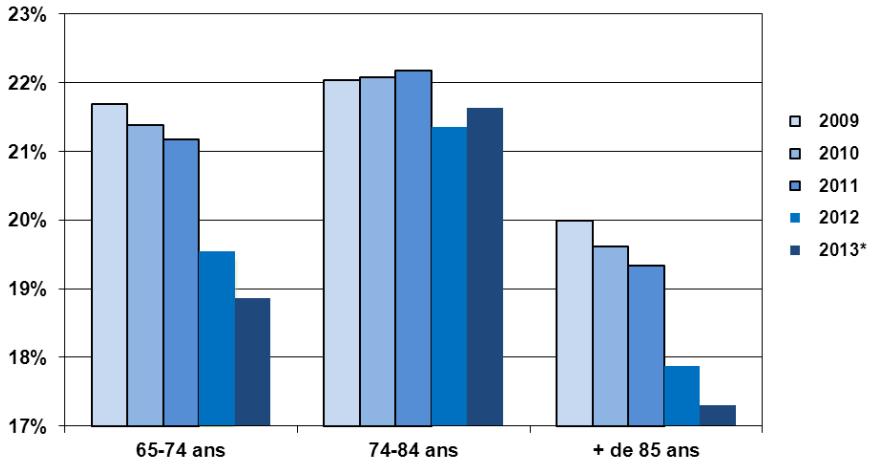


*hors Gamex - exploitation des codes ATC de la BDM CNAMTS
Source : MSA

➔ **Le taux de recours (au moins 3) aux benzodiazépines** a fortement diminué en 2012 pour l'ensemble des tranches d'âge. L'année 2013 poursuit cette tendance à l'exception de la tranche d'âge des [74-84 ans] (+ 0,3 point).

Les hypothèses, partagées lors d'une réunion avec la HAS, concernant la baisse en 2012 sont les suivantes :
- Report de consommation vers les antidépresseurs,
- Effets du CAPI (contrat d'amélioration des pratiques individuelles) sur la manière de prescrire des médecins.

Graphique 12
Exposition chronique des benzodiazépines** chez le sujet âgé au régime agricole de 2009 à 2013



*hors Gamex - exploitation des codes ATC de la BDM CNAMTS
** Liste de la Haute Autorité de Santé : y sont exclues les substances actives apparentées aux benzodiazépines (classe ATC N05CF)
Source : MSA

Des taux standardisés de recours aux psychotropes significativement différents entre les deux régimes

Chez les hommes, les taux standardisés de recours sont plus importants chez les salariés, pour la consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques. Pour les antidépresseurs, les taux ne sont pas significativement différents.

Chez les femmes, le taux de consommation standardisé pour le recours aux hypnotiques est significativement supérieur chez les salariés. Les taux de recours aux antidépresseurs et anxiolytiques ne sont pas significativement différents (tableau 3).

Tableau 3
Associations (risque relatif ajusté selon l'âge et le sexe) entre
le recours aux antidépresseurs, anxiolytiques et hypnotiques (au moins 3) et le régime étudié

	Sexe	RR (référence : régime salarié)	Intervalle de confiance à 95%
Antidépresseurs	H	0,99	[0,970 ; 1,000]
	F	1,01	[0,998 ; 1,022]
Anxiolytiques	H	0,92	[0,910 ; 0,933]
	F	0,99	[0,982 ; 1,002]
Hypnotiques	H	0,88	[0,868 ; 0,897]
	F	0,93	[0,920 ; 0,946]

Source : MSA
Champ : population du régime agricole au 1er janvier 2014

➔ **En particulier pour les benzodiazépines...**

Chez les hommes, les taux standardisés de recours aux benzodiazépines sont plus importants chez les salariés.

Chez les femmes, les taux de consommation standardisés pour le recours aux benzodiazépines hypnotiques et aux substances actives apparentées aux benzodiazépines sont significativement supérieurs chez les salariés. Les taux de recours aux benzodiazépines anxiolytiques ne sont pas significativement différents (tableau 4).

Tableau 4
Associations (risque relatif ajusté selon l'âge et le sexe) entre
le recours aux benzodiazépines (au moins 3) et le régime étudié

	Sexe	RR (référence : régime salarié)	Intervalle de confiance à 95%
Benzodiazépines	H	0,91	[0,902 ; 0,928]
	F	1	[0,984 ; 1,006]
dont anxiolytiques (N05BA)	H	0,92	[0,903 ; 0,929]
	F	1	[0,988 ; 1,012]
dont hypnotiques (N05CD)	H	0,81	[0,780 ; 0,849]
	F	0,88	[0,853 ; 0,917]
dont apparentées benzodiazépines (N05CF)	H	0,89	[0,868 ; 0,903]
	F	0,93	[0,920 ; 0,951]

Source : MSA
Champ : population du régime agricole au 1er janvier 2014

Des différences expliquées en partie par l'accès aux spécialistes

La part des prescriptions des psychotropes relève majoritairement des médecins généralistes libéraux : 84,2 % pour les antidépresseurs, 88,4 % pour les anxiolytiques, 89,2 % pour les hypnotiques et 88,7 % pour les benzodiazépines et substances actives apparentées aux benzodiazépines.

Mais l'origine de la prescription diffère selon le régime étudié. En effet, la part de prescription émanant des médecins généralistes libéraux est plus importante chez les non-salariés agricoles :

- ➔ Antidépresseurs : 88,0 % pour les non-salariés agricoles contre 78,4 % pour les salariés agricoles
- ➔ Anxiolytiques : 91,3 % pour les non-salariés agricoles contre 83,8 % pour les salariés agricoles
- ➔ Hypnotiques : 91,6 % pour les non-salariés agricoles contre 85,2 % pour les salariés agricoles
- ➔ Benzodiazépines et apparentées : 91,6 % pour les non-salariés agricoles contre 84,4 % pour les salariés agricoles.

Ce résultat est probablement explicable par une faible présence de psychiatres en milieu rural.

Définitions

Médicaments psychotropes : substances naturelles ou synthétiques capable de modifier l'activité mentale ou le comportement en agissant sur le cerveau ; ils sont généralement classés en quatre catégories, en fonction de leur objectif thérapeutique :

- les somnifères ou hypnotiques sont utiles pour lutter contre certains troubles du sommeil, en l'induisant ou en le maintenant
- les tranquillisants ou anxiolytiques sont destinés à soigner certaines formes d'anxiété, par une action calmante
- les antidépresseurs servent à traiter les épisodes dépressifs avérés
- les neuroleptiques réduisent les symptômes psychotiques dans les troubles du comportement liés à certaines maladies comme la schizophrénie par exemple.

Les médicaments psychotropes n'ont pas de pouvoir curatif spécifique : ils n'agissent pas sur les causes des troubles psychiques, ils ne font que réduire l'importance des symptômes pendant la durée du traitement. De plus, ces effets peuvent s'épuiser ou être contraires aux effets attendus.

Les benzodiazépines sont des molécules qui agissent sur le système nerveux central et qui ont des propriétés hypnotiques, anxiolytiques myorelaxantes et anticonvulsivantes.

Délivrance : produit délivré par le pharmacien au patient. Il peut être différent du produit prescrit par le médecin dans le cas de la substitution thérapeutique d'un médicament princeps par un médicament générique.

Méthodologie

Les données sont celles des médicaments remboursés par le régime agricole (MSA, GAMEX) pour les branches AMEXA et ASA obligatoires et volontaires, CMU et pour les risques maladie, maternité et accidents du travail.

Ces résultats portent sur les médicaments psychotropes délivrés en officines de ville.

Des taux annuels de recours aux psychotropes standardisés sur l'âge et le sexe ont été calculés par la méthode de standardisation directe, la structure de la population du régime agricole au 1er janvier 2014 a été utilisée.

Ensuite pour faire des comparaisons entre les taux standardisés, on calcule l'intervalle de confiance du rapport entre ces deux taux.

La variance du logarithme népérien du rapport R est égale à :

$\text{Var Ln}(R) = \text{Var TsSA} / (\text{TsSA})^2 + \text{Var TsNSA} / (\text{TsNSA})^2$

TsSA = taux standardisé pour le régime des salariés

TsNSA = taux standardisé pour le régime des exploitants

L'intervalle de confiance de Ln(R) a été obtenu par la formule habituelle :

$\text{Ln}(R) \pm z\alpha/2 \sqrt{\text{var}(\text{Ln}(R))}$, puis l'intervalle de confiance de R lui-même en prenant l'exponentielle des bornes.

Le seuil du risque alpha de 1ère espèce a été fixé à 5 %.

Annexe 5 : Les maladies mentales au régime agricole : les patients pris en charge au titre d'une pathologie mentale au 31/12/2012

Résumé

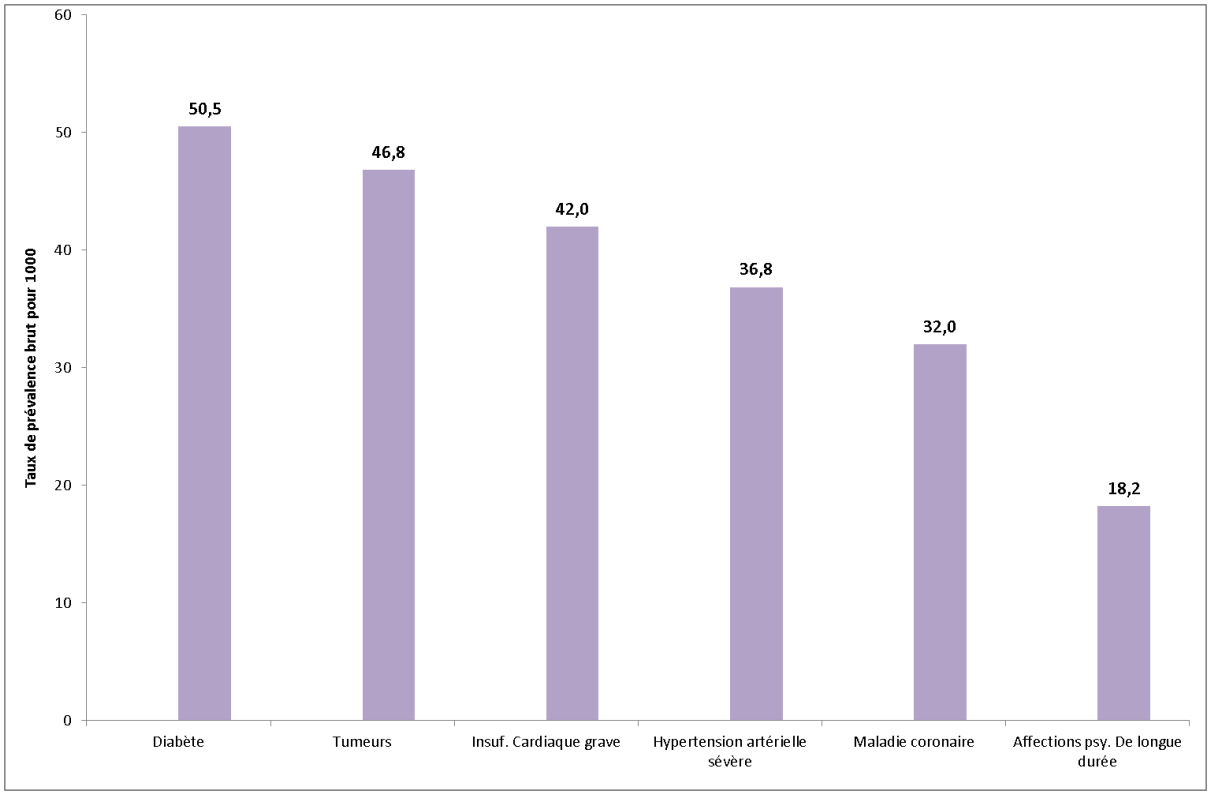
Les maladies mentales sont marquées par la diversité et la multiplicité des formes d'expression. La reconnaissance même symbolique est parfois difficile. La prise en charge au titre d'une affection de longue durée est une de ces formes de reconnaissance.
Les patients reconnus en ALD au titre d'une affection psychiatrique de longue durée (ALD) relèvent d'un ensemble large de pathologies, depuis les pathologies psychiatriques d'origine congénitale aux troubles mentaux liés à une addiction, en passant par la dépression.
Le présent article cherche à présenter cette population plus en termes démographiques qu'épidémiologiques.

Au 31/12/2012 plus de 60 500 patients sont exonérés du ticket modérateur pour au moins une pathologie mentale (ALD n°23). Les femmes sont plus touchées que les hommes, les salariés plus que les exploitants. La pathologie la plus fréquente concerne les troubles de l'humeur dont la dépression, qui représente 47 % des personnes en ALD 23. Pour l'ensemble de l'ALD 23, on constate des taux de prévalence standardisés par âge et sexe plus importants dans le Sud-Ouest, en Bretagne et en Corse. Les deux principales pathologies (troubles de l'humeur et schizophrénie) présentent des caractéristiques différentes, en termes de sexe, d'âge, et de répartition géographique.

L'ALD 23, 6ème ALD la plus fréquente au 31/12/2012

Au 31 décembre 2012, 718 134 personnes sont exonérées du ticket modérateur pour au moins une ALD au régime agricole, ce qui représente un taux de prévalence des patients en ALD de 216,5 ‰ rapporté à la population prise en charge par le régime agricole.
L'ALD 23 – affections psychiatriques de longue durée- comptabilise 60 525 patients au 31/12/2012, soit une prévalence de 18,2 ‰. Il s'agit de la 6ème ALD (ALD liste) par ordre de fréquence après l'ALD n° 13 (Maladie coronaire).

Graphique 1 : taux de prévalence brut, pour 1000, des 6 principales ALD au 31/12/2012



Source : MSA

Au cours de l'année 2012, 8 286 patients ont bénéficié d'une nouvelle exonération du ticket modérateur pour une ALD 23, ce qui correspond à une incidence de 2,5 ‰. L'attribution de l'ALD est le signe marqueur d'entrée (ou de reconnaissance) dans la pathologie. En 2012, il s'agit de la 6ème ALD la plus fréquente en termes de cas incidents (ALD liste), juste après l'ALD n°15 – Maladie d'Alzheimer- (11 582 patients). Toutefois, bien que ces deux affections relèvent des désordres mentaux, les caractéristiques de ces populations sont très différentes.

Une ALD déclarée relativement jeune et pour longtemps

L'âge moyen des patients admis en ALD 23, en 2012, est de 57,4 ans, ce qui est un âge relativement peu élevé par rapport à l'âge moyen de l'ensemble des personnes ayant bénéficié d'une nouvelle exonération toutes ALD confondues (73,16 ans). La différence d'âge moyen lors de l'attribution de l'ALD entre les personnes relevant du régime des salariés et celles relevant du régime des exploitants est de 24,1 ans, (âge moyen des nouveaux cas chez les salariés : 46,8 ans vs 70,9 ans chez les exploitants).

Au 31/12/2012, les patients en ALD 23 sont exonérés du ticket modérateur au titre de ce groupe de pathologies depuis 9,5 ans en moyenne. Seuls les patients relevant des ALD 25 (sclérose en plaques) et ALD 20 (paraplégie) présentent une ancienneté d'exonération légèrement supérieure. L'ancienneté d'exonération toutes causes confondues est de 6,6 ans.

Les femmes plus touchées que les hommes

L'ALD 23 concerne davantage les femmes que les hommes. Elles sont en moyenne plus âgées de 13,1 ans, ce qui est dû pour une part à la structure de la population féminine, elles sont surreprésentées dans les classes d'âge les plus âgées. Les taux standardisés montrent aussi des taux plus importants pour les femmes (21,1 ‰ vs 14,8 ‰ pour les hommes).

Tableau 1 : effectifs et taux de prévalence bruts et standardisés des patients pris en charge au titre d'une ALD 23 au 31/12/2012

Sexe	Effectifs	Répartition	Age-moyen	Ecart-type	Taux de prévalence pour 1000	Taux standardisé
Femmes	34 542	57%	68,2	19,0	22,6	21,1
Hommes	25 983	43%	55,1	21,6	14,5	14,8
Ensemble	60 525	100%	62,6	21,2	18,2	.

Source : MSA

Les patients du régime agricole moins touchés que ceux du régime général

Pour comparer la prévalence de l'ALD 23 observée au régime agricole avec celle mesurée au régime général, en neutralisant les effets de structure de la population, le taux MSA a été standardisé par âge et par sexe avec comme population de référence la population française.
Toutes choses égales par ailleurs, la prévalence de l'ALD 23 au sein de la population du régime agricole est plus faible que celle du régime général (15,0 ‰ vs 19,7 ‰). Toutefois, l'écart se réduit lorsque la comparaison est menée entre les régimes des salariés. Et la population du régime des non-salariés agricoles apparaît ainsi comme atypique avec un taux standardisé bien plus bas que ce qui est observé dans les autres régimes (12,7 ‰).

Tableau 2 : taux de prévalence pour 1 000 de l'ALD 23, au 31/12/2012, comparaison régime agricole / régime général

	MSA Taux de prévalence standardisé pour 1000 (1)
Non-salariés agricoles	12,7
Salariés agricoles	16,9
Ensemble	15,0

(1) Population de référence : population française métropolitaine au 01/01/2013 (source : Insee)

Taux de prévalence de l'ALD 23, pour 1000, des patients relevant du régime général, au 31/12/2012

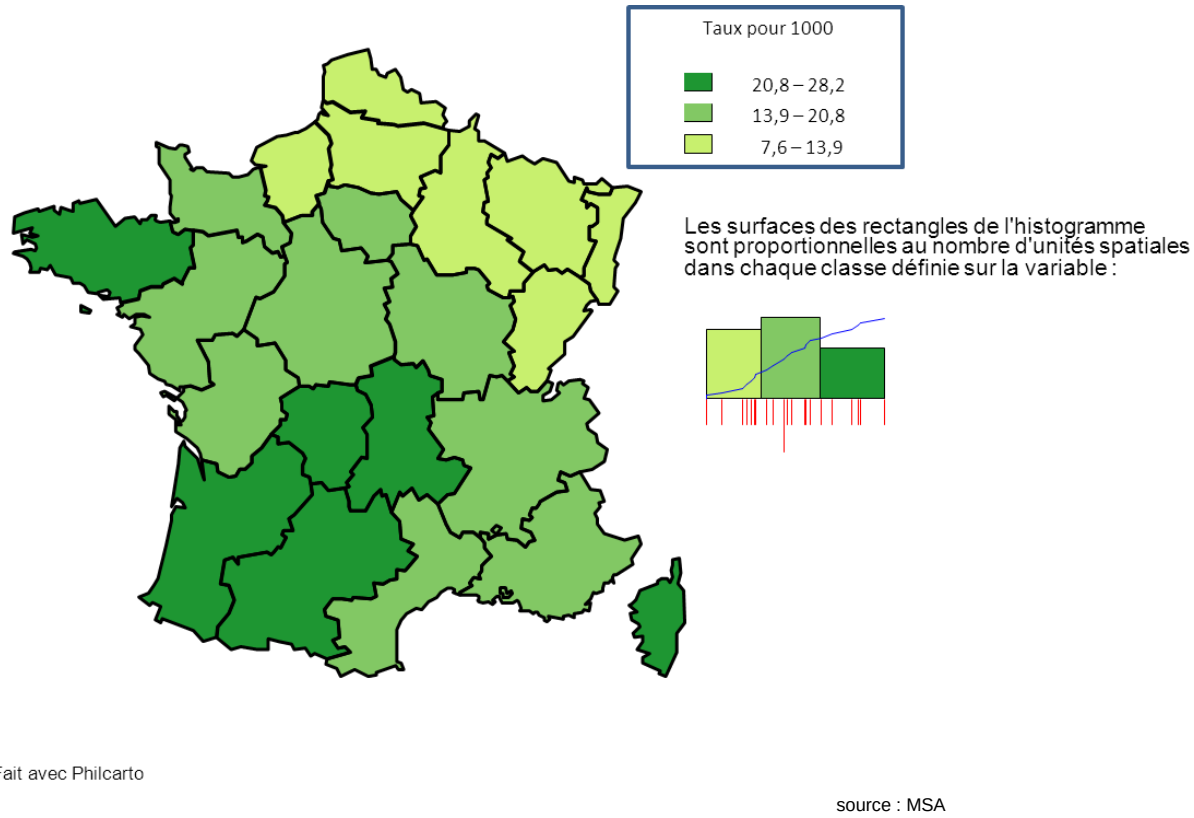
ALD 23 Régime général	19,7

Source : Ameli.fr

Une répartition régionale marquée

La cartographie régionale des taux de prévalence standardisés par âge et sexe de l'ALD 23 montre un gradient Nord/Sud avec des taux plus élevés dans le Sud-Ouest et des taux plus faibles dans le Nord-Est. La Bretagne fait exception à la configuration générale avec un taux de prévalence plus élevé que celui des régions qui lui sont limitrophes, elle présente le deuxième taux par ordre décroissant après le Limousin (respectivement 25,4‰ et 28,1‰).

Carte 1 : taux de prévalence standardisé par âge et sexe, par région, de l'ALD 23 au 31/12/2012



Fait avec Philcarto

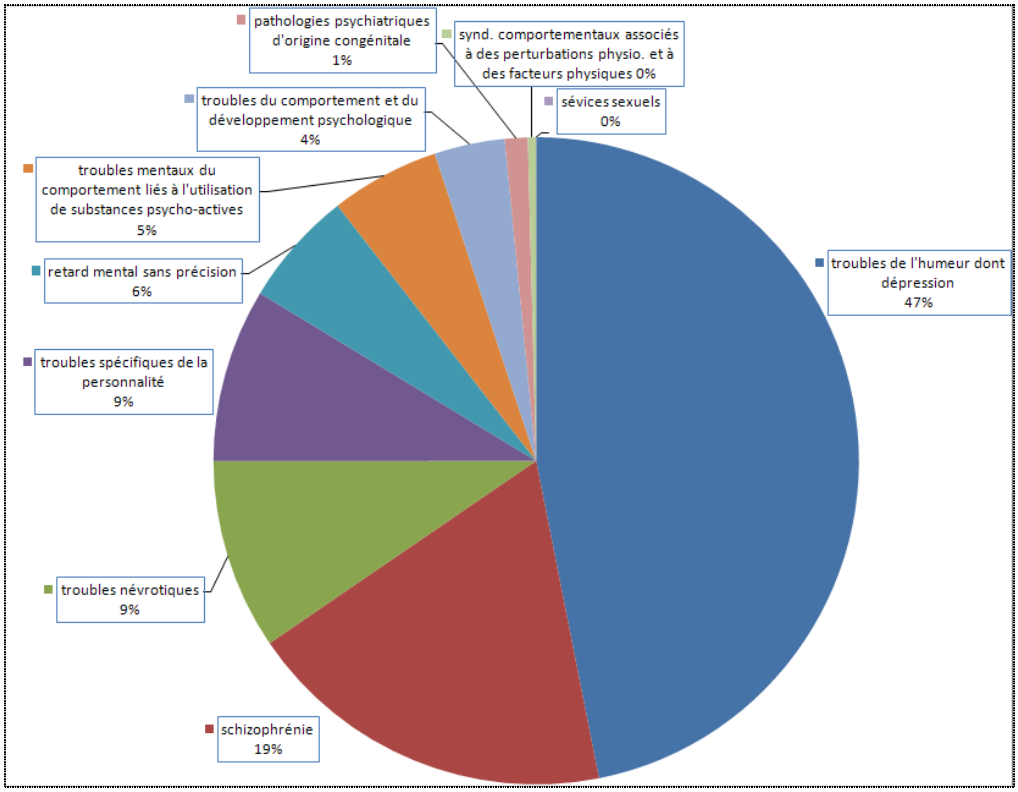
source : MSA

Taux brut national de prévalence : 18,2 ‰.

Les troubles de l'humeur, pathologie la plus fréquente, touche essentiellement les femmes et les salariés

Les trois pathologies les plus fréquentes sont les troubles de l'humeur dont la dépression (28 793 patients), la schizophrénie (11 417 patients) et les troubles névrotiques (5 840 patients).

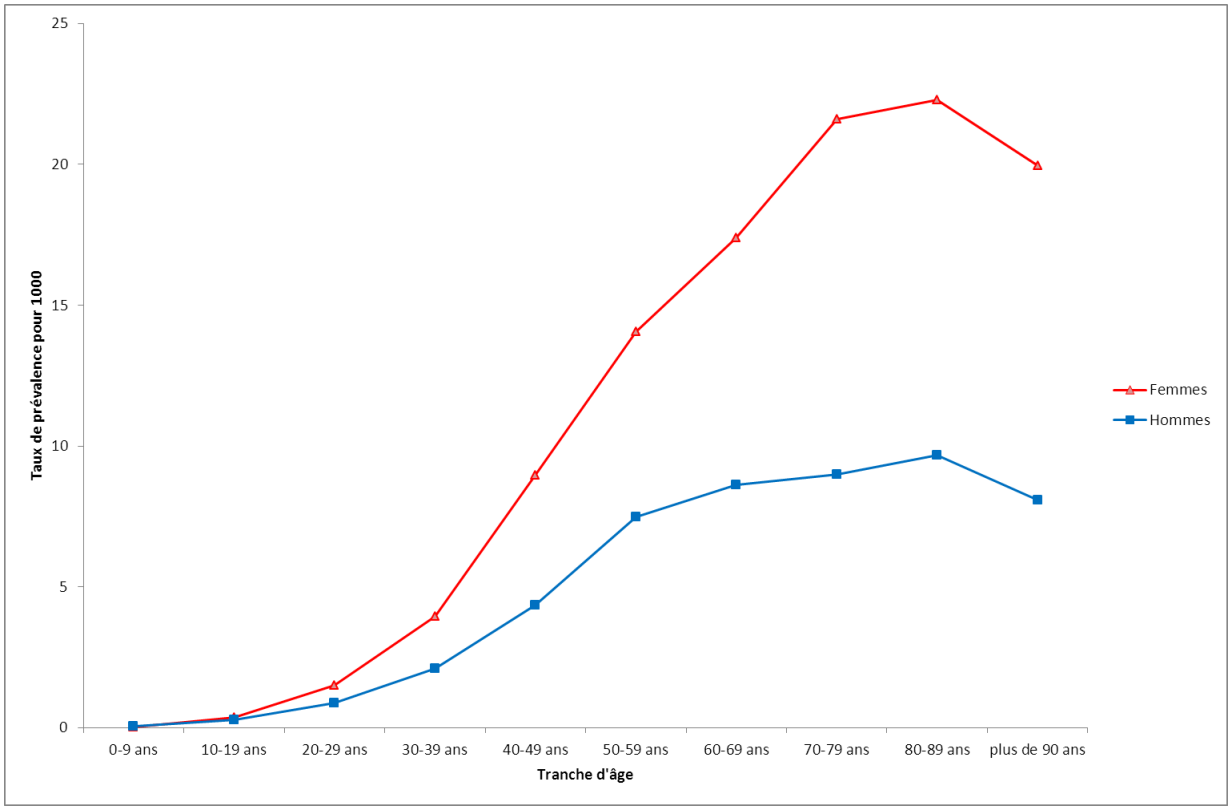
Graphique 2 : répartition des patients en ALD 23 au 31/12/2012, selon leur pathologie



source : MSA

Le taux de prévalence au 31/12/2012 concernant les patients atteints de troubles de l'humeur dont la dépression s'établit à 8,7 ‰. Au sein de ce groupe de pathologies, 68,1 % des patients sont des femmes, leur âge moyen est de 71,4 ans (64 ans pour les hommes). La standardisation par âge, sur la base de la population couverte en maladie au régime agricole au 1er janvier 2013, se traduit également par des taux plus élevés chez les femmes que chez les hommes (11,8 ‰ vs 5,5 ‰).

Graphique 3 : taux de prévalence par sexe et tranche d'âge des patients en ALD 23 pour troubles de l'humeur dont la dépression au 31/12/2012



source : MSA

Le taux de prévalence brut chez les personnes relevant du régime des non-salariés agricoles est supérieur à celui des personnes relevant du régime des salariés agricoles. L'ordre est inversé pour les taux standardisés par âge et sexe. Les salariés bénéficient davantage d'une prise en charge en ALD que les non-salariés agricoles toutes choses égales par ailleurs (9,1 ‰ vs 8,0 ‰).

Tableau 3 : taux de prévalence bruts et standardisés par âge et sexe, par régime, des patients pris en charge au titre d'une ALD 23 pour des troubles de l'humeur dont la dépression au 31/12/2012

	Population RNIAM - 01/01/2012	Nombre de patients en ALD	Répartition	Age moyen	Taux de prévalence brut pour 1000	Taux de prévalence standardisé pour 1000 (1)	risques relatifs		
Non-salariés	1 580 551	17 231	60%	74,9	10,9	8,0	RR SA / NSA	IC 95% RR	
Salariés	1 736 447	11 546	40%	60,2	6,6	9,1	1,14	1,11	1,17
CMU	/	16	0%	61,1	.	.			
Total	3 316 998	28 793	100%	69,0	8,7	.			

Source : MSA

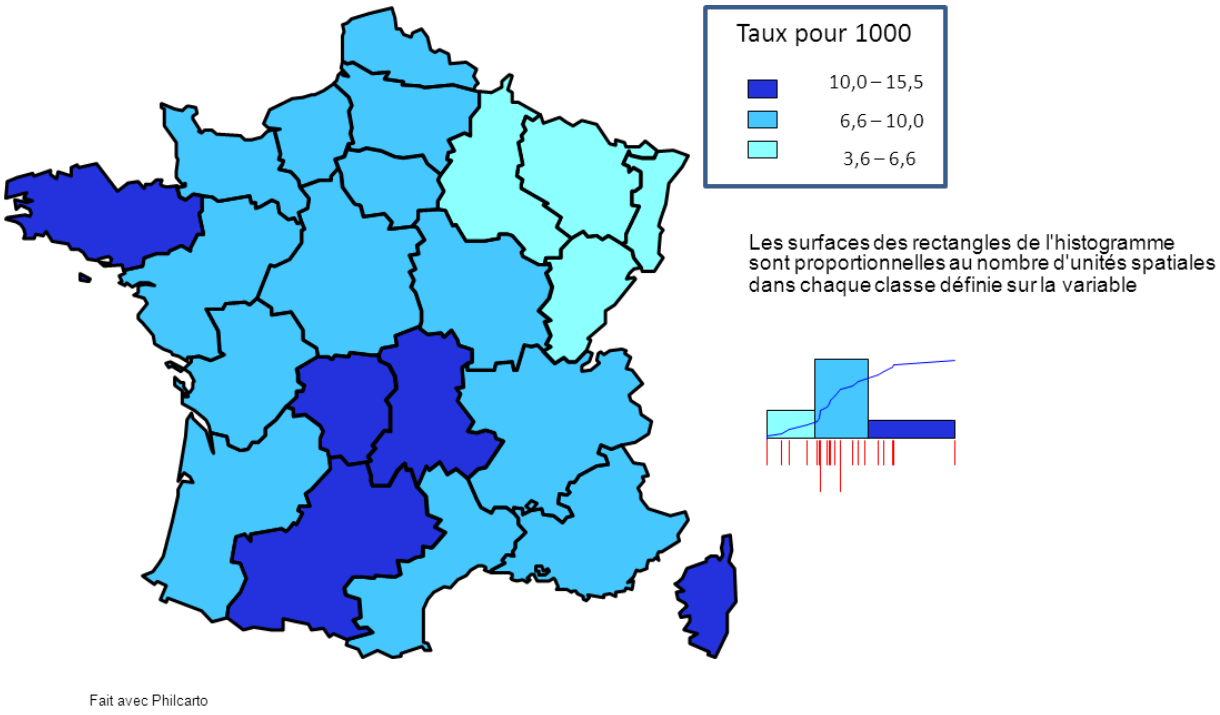
(1) population de référence : population couverte en maladie au régime agricole au 01/01/2013 (source : RNIAM)

Lorsque le taux de prévalence est standardisé avec une structure par âge et sexe identique à celle de la population française métropolitaine au 01/01/2013 (source : Insee), il permet de mettre en évidence une prévalence égale de ces maladies mentales au régime agricole (6,5 ‰) et au régime général (6,4 ‰).

Une répartition régionale hétérogène des troubles de l'humeur

Les taux standardisés par âge et sexe pour les troubles de l'humeur dont la dépression font apparaître des disparités de grande amplitude. Les taux les plus faibles sont observé dans le Nord-Est et plus particulièrement en Lorraine (taux de prévalence 3,6 ‰). A l'opposé le Limousin présente un taux de prévalence standardisé des troubles de l'humeur de 15,5 ‰.

Carte 2 : taux de prévalence standardisés par âge et sexe, par région, des patients en ALD 23 au 31/12/2012 pour des troubles de l'humeur dont la dépression



Source : MSA

Taux brut national de prévalence : 8,7 ‰

La schizophrénie, une pathologie qui touche les hommes jeunes et les salariés

La schizophrénie est la deuxième pathologie la plus fréquente après les troubles de l'humeur dont la dépression donnant lieu à une reconnaissance en ALD 23.

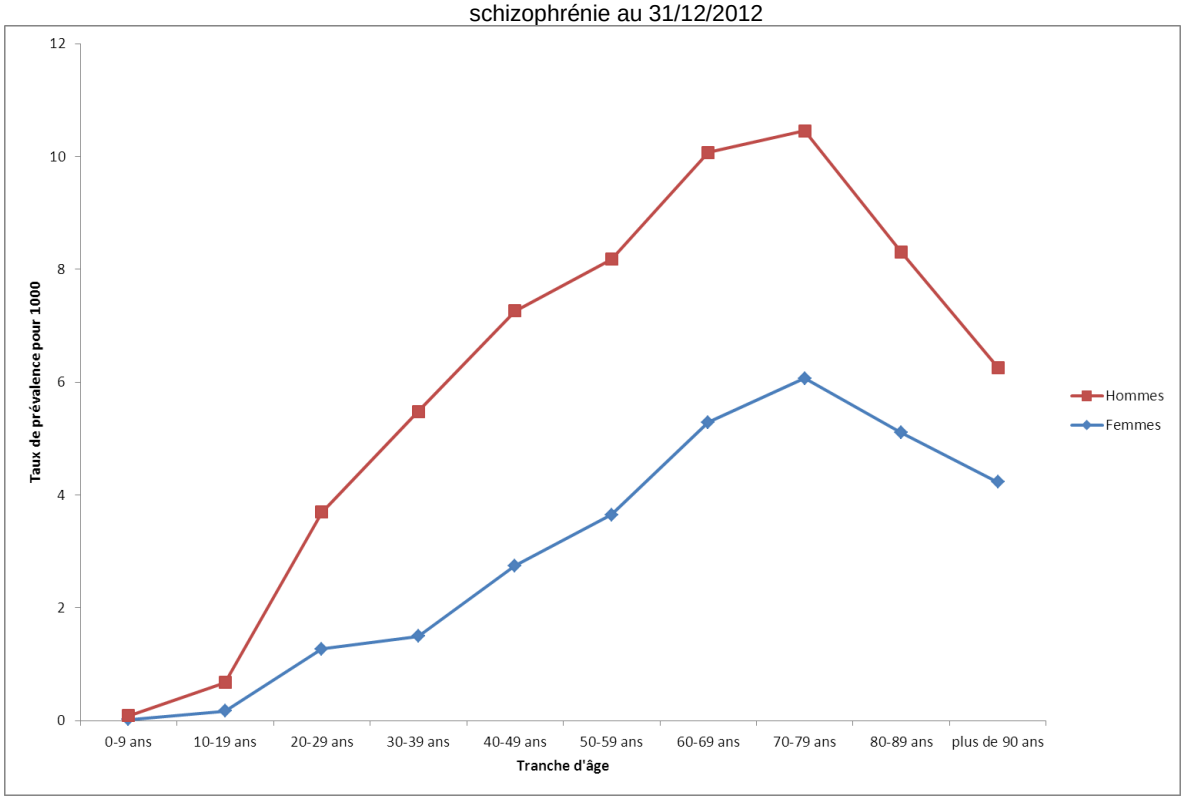
Tableau 4 : effectifs et taux de prévalence bruts et standardisés des patients pris en charge au titre d'une ALD 23 pour une schizophrénie au 31/12/2012

Sexe	Nbre de patients	Répartition	Age moyen	Ecart-type	Taux de prévalence pour 1000	Taux stand. Pour 1000
Femmes	5 301	46%	68,9	16,5	3,5	3,3
Hommes	6 116	54%	55,0	17,8	3,4	3,4
Total	11 417	100%	61,5	18,6	3,4	/

Source : MSA

La schizophrénie est une pathologie qui concerne autant les hommes que les femmes ; le taux de prévalence standardisé par âge et sexe est ainsi équivalent pour les deux sexes : 3,4 ‰ pour les hommes et 3,3 ‰ pour les femmes. Néanmoins, les hommes concernés sont plus jeunes que les femmes.

Graphique 3 : taux de prévalence, pour 1000, par sexe et tranche d'âge des patients pris en charge en ALD 23 pour une schizophrénie au 31/12/2012



Source : MSA

Le taux de prévalence brut de la schizophrénie chez les personnes relevant du régime des non-salariés agricoles est plus élevé que chez les personnes relevant du régime des salariés agricoles (3,6 ‰ vs 3,3 ‰). Toutefois, cette supériorité n'est qu'apparente et reflète les particularités démographiques de ces deux régimes, puisque la relation s'inverse pour les taux standardisés. (3,9 ‰ pour les salariés agricoles vs 3,0 ‰ pour les non-salariés agricoles). Les salariés agricoles bénéficient ainsi davantage d'une prise en charge en ALD 23 pour schizophrénie que les non-salariés agricoles toutes choses égales par ailleurs.

Tableau 5 : taux de prévalence bruts et standardisés par âge et sexe, par régime, des patients pris en charge au titre d'une ALD 23 pour une schizophrénie au 31/12/2012

	Population RNIAM - 01/01/2013	Nombre de patients en ALD	Répartition	Age moyen	Taux de prévalence brut pour 1000	Taux de prévalence standardisé pour 1000 (1)	risques relatifs		
Non-salariés	1 580 551	5 738	50%	69,3	3,6	3,0	RR SA / NSA	IC 95% RR	
Salariés	1 736 447	5 656	50%	53,5	3,3	3,9	1,29	1,24	1,35
CMU	/	23	0%	59,2	.	.			
Total	3 316 998	11 417	100%	61,5	3,4	.			

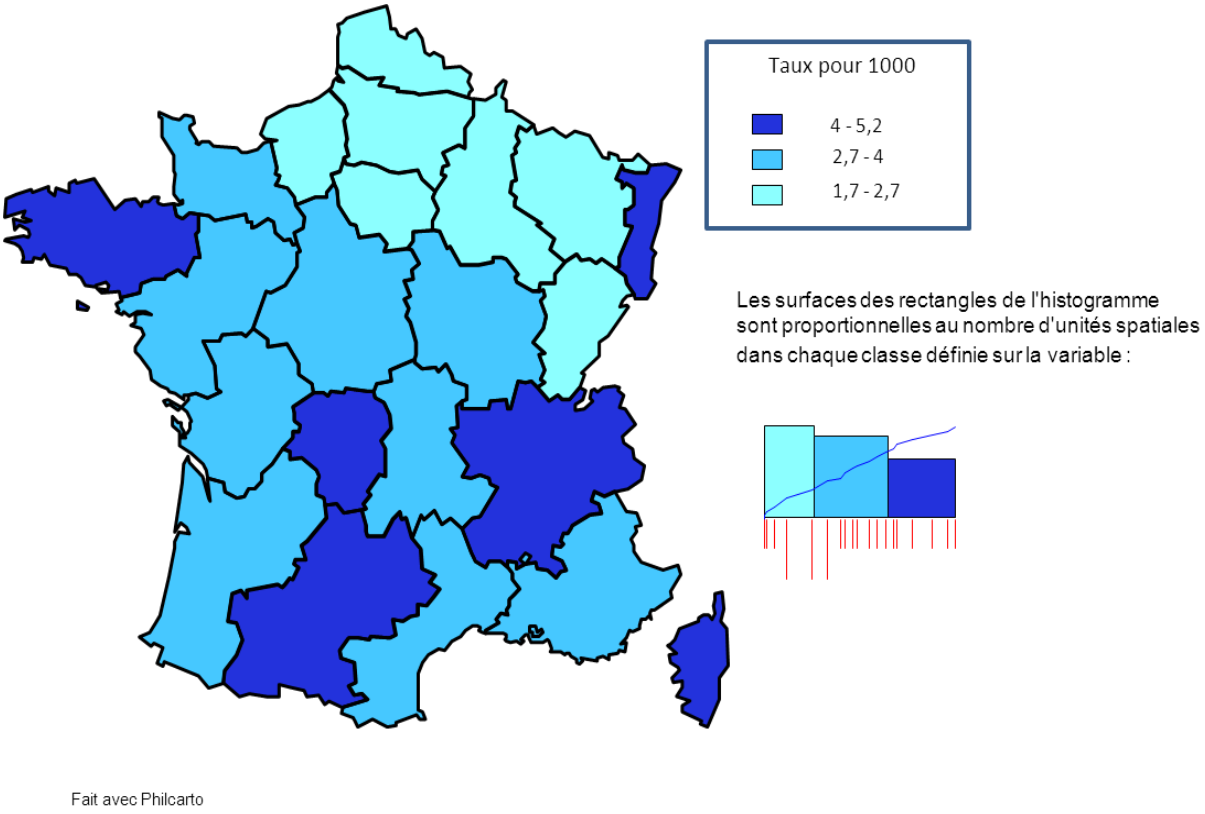
Source : MSA

(1) population de référence : population couverte en maladie au régime agricole au 01/01/2013 (source : RNIAM)

Une prévalence plus faible de la schizophrénie dans le Nord/Nord-Est

Le taux de prévalence standardisé par âge et sexe des patients en ALD 23 pour une schizophrénie est moins important dans le Nord/Nord-Est (à l'exception de l'Alsace), alors que des taux plus importants sont observés en Midi-Pyrénées, Limousin, Rhône Alpes et Corse. La Bretagne fait exception dans la partie Nord-Ouest.

Carte 3 : taux de prévalence standardisés par âge et sexe, par région, des patients en ALD 23 pour une schizophrénie au 31/12/2012



Source : MSA

Taux brut national de prévalence : 3,4 ‰

Définitions

Les ALD
Selon l'article L. 322-3 du Code de la Sécurité Sociale, « les affections de longue durée sont des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, ouvrant droit, pour ceux qui en sont atteints, à l'exonération du ticket modérateur, c'est-à-dire à une prise en charge intégrale de leurs frais de traitement, dans la limite du périmètre remboursable ».
Pour accorder une prise en charge en ALD, le médecin conseil appuie sa décision, d'une part sur les critères médicaux d'admission définis, soit par le haut comité médical de la sécurité sociale, soit par la HAS et, d'autre part, sur son expertise technique.

Les principales pathologies identifiées par les codes CIM10 pris en charge dans le cadre de l'ALD 23 sont les suivantes :
- codes CIM10 F10, F11, F12, F13, F14, F15, F16, F18, F19 : troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives
- codes CIM10 F20, F21 F22, F23, F25, F28, F29 : schizophrénie
- codes CIM10 F31, F32 : troubles de l'humeur dont dépression
- codes CIM10 F40, F41, F42, F44 : troubles névrotiques
- codes CIM10 F50, F53 : syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
- codes CIM10 F60 : troubles spécifiques de la personnalité
- codes CIM10 F79 : retard mental sans précision
- codes CIM10 F84, F92 : troubles du comportement et du développement psychologique
- codes CIM10 Q04,Q90,Q99 : pathologies psychiatriques d'origine congénitale
- code CIM10 T742 : sévices sexuels

Source des données

Les données étudiées sont issues de requêtes sur l'infocentre CMCD (Système informatique des contrôles médicaux de chaque caisse de MSA) et portent sur les dates de début et de fin d'ALD, sur les pathologies, l'état des droits, le régime, et des données socio-démographiques.
Ces données recueillies ainsi que leur traitement ont fait l'objet d'une déclaration CNIL n°1158580.

Indicateurs

Population protégée : la population protégée en maladie du régime agricole, dont il est question ici, regroupe l'ensemble des assurés et leurs ayants droit pour lesquels le régime agricole est susceptible de servir une prestation de l'assurance maladie que les assurés soient affiliés à la MSA ou à APRIA.
La population de référence utilisée est issue du RNIAM, population couverte en maladie au 01/01/2013.

Taux d'incidence brut : nombre de nouveaux cas survenus sur une période donnée, rapporté à la population susceptible d'être touchée sur la même période.

Taux d'incidence standardisé par âge et sexe : c'est le taux de nouveaux cas attendus dans la population observée si celle-ci avait la même structure par âge et sexe qu'une population de référence (par exemple : population du RNIAM au 1er janvier 2013, population française INSEE…). Ces taux varient en fonction de la population de référence utilisée pour la standardisation.

Taux de prévalence brut : nombre de cas recensés à une date donnée rapporté au nombre de patients susceptibles d'être touchés par la maladie.

Taux de prévalence standardisé par l'âge et le sexe : c'est le taux de cas attendus dans la population observée si celle-ci avait la même structure par âge et sexe qu'une population de référence (par exemple : population du RNIAM au 1er janvier 2009, population française INSEE…). Ces taux varient en fonction de la population de référence utilisée pour la standardisation.

Le risque relatif (RR) : mesure le risque de survenue d'un évènement (ici incidence ou prévalence) entre 2 populations, il s'agit du rapport des taux observés. Le risque est augmenté pour la population au dénominateur si le RR >1, à l'inverse un RR <1 signifie un risque moindre.

L'Intervalle de confiance du CMF (Comparative Morbidity ou Mortality figure) est calculé pour les RR de taux standardisés. Si 1 est compris dans cet intervalle de confiance le risque relatif n'est pas significatif, on ne peut donc pas conclure à un risque plus élevé ou plus faible pour une des deux populations.

Sigles cités :

ALD : Affection de Longue Durée
CIM10 : Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes, 10e Révision
RNIAM : Répertoire National Inter-régimes de l'Assurance Maladie

Vos interlocuteurs :

- Bénédicte FEUILLEUX
  feuilleux.benedicte@ccmsa.msa.fr
- Yannick SEVESTRE
  sevestre.yannick@ccmsa.msa.fr

Crédit photo : Téo Lannié ; G. Durand ; AMStock Nature Athors Image/CCMSA Image - juillet 2014

MSA Caisse Centrale
Les Mercuriales
40, rue Jean Jaurès
93547 Bagnolet Cedex
Tél. : 01 41 63 77 77

Direction Déléguée aux Politiques Sociales
Direction des Politiques Publiques
Direction du Développement Sanitaire et Social
Direction des Études, des Répertoires et des Statistiques
Direction Comptable et Financière

msa
santé
famille
retraite
services

L'essentiel & plus encore