

MSA

Rapport Charges et Produits MSA 2026

**Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement
sur l'évolution des charges et des produits au titre de 2026 (loi du 13 août 2004)**

msa.fr



L'essentiel & plus encore

Sommaire

SOMMAIRE

Liste des propositions de la MSA pour 2026	6
Axe « Prévention, promotion et éducation pour la santé »	6
Axe « Prévention du mal-être et promotion de la santé mentale »	6
Axe « Une seule santé »	6
Axe « Structuration de l’offre de soins sur les territoires »	6
Axe « Qualité des pratiques, pertinence des soins et parcours de soins ».....	6
Axe « Contrôle et lutte contre la fraude »	6
Axe « Enjeux numériques, systèmes d’information, data et recherche en santé »	7
Partie 1 : Les charges et les produits du régime agricole et le suivi de l’Ondam	8
1.1. Les charges et les produits du régime agricole	9
1.2. Le suivi de l’Ondam au régime agricole en 2024.....	13
1.2.1. L’évolution des soins de ville.....	14
1.2.2. L’évolution des dépenses au titre des établissements sanitaires	15
1.3. Les perspectives 2025-2026 pour l’enveloppe des soins de ville	15
1.3.1. Les prévisions 2025	15
1.3.2. Les évolutions tendanciellees 2026 en soins de ville	17
Partie 2 : Les caractéristiques de la population agricole	18
2.1. Les caractéristiques démographiques des personnes protégées en maladie au régime agricole ...	19
2.2. Les caractéristiques sanitaires des patients du régime agricole	24
2.2.1. La cartographie des pathologies au régime agricole en 2023.....	24
2.2.2. La structure par pathologie de la dépense Ondam au régime agricole en 2023	35
2.2.3. La mortalité par suicide et les tentatives de suicide au régime agricole	43
2.2.3.1. La mortalité par suicide au régime agricole en 2022 et sur la période 2019-2022.....	43
2.2.3.2. Les tentatives de suicide suivies d’hospitalisation au régime agricole	57
2.3. Les caractéristiques territoriales des patients du régime agricole en lien avec l’offre de soins	64
2.3.1. Caractérisation de la population agricole par rapport à la typologie communale de l’accessibilité aux soins de premier recours	64
2.3.2. Analyse de la densité de psychologues et de psychiatres libéraux par territoire de vie en 2023.....	68
Partie 3 : Les propositions de la MSA pour contribuer aux politiques publiques de santé	73
3.1. Axe « Prévention, promotion et éducation pour la santé »	75
3.1.1. Une offre de prévention ciblée en lien avec l’ensemble des acteurs de santé.....	75
3.1.2. L’accompagnement des personnes dans l’accès aux droits : le Rendez-vous Prestations MSA	90
3.1.3. L’accompagnement des entreprises agricoles sur la prévention des risques liés à l’exposition aux agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) hors pesticides	94
3.2. Axe « Prévention du mal-être et promotion de la santé mentale ».....	98
3.3. Axe « Une seule santé ».....	114
3.3.1. « Une seule santé », une approche globale et interconnectée de la santé	114
3.3.2. Les singularités de la MSA comme leviers de promotion de l’approche « Une seule santé »	115

3.3.3. Développer l'approche « Une seule santé » à la MSA	115
3.4. Axe « Structuration de l'offre de soins sur les territoires »	117
3.5. Axe « Qualité des pratiques, pertinence des soins et parcours de soins »	119
3.5.1. Les actions du plan national GDR 2024 de la MSA	119
3.5.2. Les nouvelles études et propositions	119
3.5.2.1. Pertinence et efficacité des produits de santé	119
3.5.2.2. Pertinence et qualité des actes et des parcours de soins	131
3.5.2.3. Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêt de travail	143
3.6. Axe « Contrôle et lutte contre la fraude »	146
3.6.1. Bilan de la lutte contre la fraude 2024 de la MSA dans le domaine santé	146
3.6.2. La lutte contre la fraude des transporteurs de type taxis	149
3.6.2.1. Les dépenses de transports	149
3.6.2.2. La lutte contre la fraude des transporteurs de type taxis	156
3.6.3. La lutte contre la fraude des audio-prothésistes	156
3.6.4. Contrôle des praticiens réalisant des actes bucco-dentaires dans le respect réglementaire et/ou des bonnes pratiques	157
3.6.4.1. Contrôle du respect réglementaire et des bonnes pratiques de la facturation des codes LBFA023, LBFA030 et LBFA002	157
3.6.4.2. Contrôle du respect réglementaire de la déclinaison numérique lors de la facturation des codes actes de chirurgie bucco-dentaires	158
3.6.5. La création de la cellule nationale de contrôle externe et de la cellule nationale de lutte contre la fraude	160
3.6.6. La détection des fraudes des bénéficiaires du SASPA	160
3.7. Axe « Enjeux numériques, systèmes d'information, data et recherche en santé »	162
3.7.1. Poursuivre le développement du numérique en santé	162
3.7.2. Prendre en compte les nouvelles modalités de facturation de type « Parcours coordonnés »	162
3.7.3. La poursuite du programme METEORe	163
3.7.4. Développer des travaux de recherche en partenariat	163
3.7.5. Renforcer la stratégie du régime agricole en matière d' <i>open data</i> en santé	166
Annexes	167
Annexe 1 : Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2025	168
1.1. Axe « Prévention, promotion et éducation pour la santé »	168
1.2. Axe « Prévention et lutte contre le mal-être »	168
1.3. Axe « Une seule santé »	170
1.4. Axe « Structuration de l'offre de soins sur les territoires »	170
1.5. Axe « Qualité des pratiques, pertinence des soins et parcours de soins »	170
1.6. Axe « Contrôle et lutte contre la fraude »	171
1.7. Axe « Enjeux numériques et recherche en santé »	172
Annexe 2 : La cartographie des pathologies au régime agricole	173
Annexe 3 : Facteurs de risque du suicide, méthode du modèle de Cox	189

Annexe 4 : Les actions du plan national GDR maladie 2024	190
4.1. Prévention	190
4.2. Structuration de l'offre de soins	190
4.3. Pertinence et efficacité des produits de santé.....	190
4.4. Pertinence et qualité des actes : gestion des demandes d'accord préalable (DAP)	194
4.5. Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail.....	195
4.6. Contrôle et lutte contre la fraude	195
4.7. Autres actions locales	201

Précisions sur les données de mortalité par suicide au régime agricole

La MSA ne dispose pas des données relatives aux causes de décès. Seul le CepiDc (Inserm) est habilité à collecter ces informations d'ordre médical. De ce fait, la MSA n'est pas en mesure de suivre l'évolution du phénomène suicidaire agricole ; le suivi exhaustif des suicides n'entre pas dans ses prérogatives. En revanche, la MSA mène, à partir des données anonymisées accessibles dans le Système National des Données de Santé (SNDS), des analyses pour identifier les facteurs de risque suicidaire des patients agricoles.

**Liste des propositions de la MSA
pour 2026**

Liste des propositions de la MSA pour 2026

Axe « Prévention, promotion et éducation pour la santé »

Proposition 1 : Mettre en œuvre un dispositif pour accompagner les aidants vers leur réintégration dans un parcours de santé

Proposition 2 : Faciliter le repérage et l'accompagnement des personnes nécessitant un accompagnement santé/social dans les actions d'allers-vers/ramener-vers

Proposition 3 : Aller-vers/ramener-vers les populations professionnelles agricoles concernées par la réalisation de la vaccination antigrippale afin d'améliorer le taux de vaccination

Proposition 4 : Accompagner les entreprises agricoles sur la prévention des risques liés à l'exposition aux agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) hors pesticides

Axe « Prévention du mal-être et promotion de la santé mentale »

Proposition 5 : Pérenniser l'aide au répit administratif

Proposition 6 : Aller-vers pour mieux prévenir : une stratégie intégrée au service du monde agricole

Proposition 7 : Développer les coopérations pour favoriser une meilleure détection

Proposition 8 : Valoriser et faire connaître l'action de la MSA sur la prévention du mal-être

Axe « Une seule santé »

Proposition 9 : Développer l'approche « Une seule santé » autour de thématiques transversales prioritaires (alimentation, transition agro-écologique, santé des animaux d'élevage et exposome)

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

Proposition 10 : Améliorer l'accès à la santé dans les territoires ruraux

Proposition 11 : Développer le partenariat avec l'association « Médecins Solidaires » pour renforcer l'accès aux soins de premier recours

Axe « Qualité des pratiques, pertinence des soins et parcours de soins »

Proposition 12 : Généraliser l'action d'initiative locale de contrôle du respect des conditions de facturation du médicament Slenyto®

Proposition 13 : Contrôler les facturations des laboratoires de biologie médicale

Proposition 14 : Améliorer les parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques : l'exemple du parcours insuffisance cardiaque et perspectives d'extension

Proposition 15 : Instaurer une délégation de compétences des praticiens-conseils envers les auxiliaires médicaux afin de renforcer l'efficacité du service du contrôle médical des caisses de MSA

Proposition 16 : Prévenir le risque de désinsertion professionnelle en agissant précocement auprès de personnes ciblées comme étant à risque de situation complexe

Axe « Contrôle et lutte contre la fraude »

Proposition 17 : Réviser la stratégie de ciblage pour optimiser la lutte contre la fraude des transporteurs de type taxis

Proposition 18 : Renforcer la lutte contre la fraude des audioprothésistes en ciblant le code prestation « Processeur pour Implant Ostéo-intégré »

Proposition 19 : Contrôler les praticiens réalisant des actes bucco-dentaires pour veiller au respect réglementaire et/ou aux bonnes pratiques

Proposition 20 : Déployer des actions de lutte contre la fraude à enjeux de la Cellule Nationale de Contrôle Externe (CNCE)

Proposition 21 : Collaborer de manière renforcée à la détection des fraudes au SASPA pour identifier les préjudices subis, également pour la branche maladie

Axe « Enjeux numériques, systèmes d'information, data et recherche en santé »

Proposition 22 : Intégrer de nouveaux services liés au numérique en santé pour les assurés et les professionnels de santé

Proposition 23 : Prendre en compte les nouvelles modalités de facturation de type « Parcours coordonnés »

Proposition 24 : Poursuivre le partenariat METEORe sur les filières soins de ville et la détection des atypies

Proposition 25 : Développer des travaux de recherche sur les thématiques en lien avec la prévention et l'évaluation des risques psychosociaux (RPS) et du mal-être en agriculture, les produits phytopharmaceutiques et marqueurs d'effets sur la santé et enfin les relations Homme/Animal et leur impact sur la santé professionnelle

Proposition 26 : Enrichir le portail de datavisualisation des données de santé de la MSA avec de nouveaux récits

Partie 1 : Les charges et les produits du régime agricole et le suivi de l'Ondam

1.1. Les charges et les produits du régime agricole

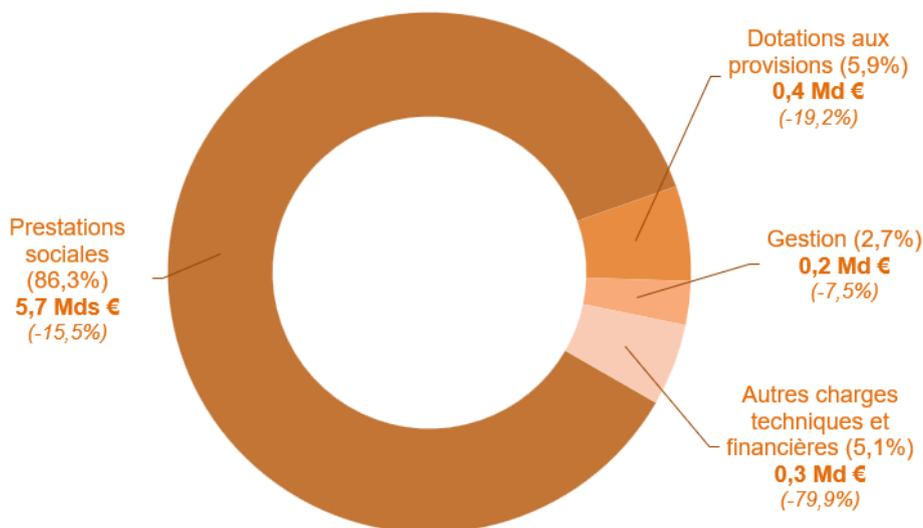
Pour la branche maladie, le total des charges au régime des **non-salariés agricoles** s'élève à plus de 6,6 milliards d'euros au titre de l'année 2024. Les prestations sociales maladie représentent 86,3 % des dépenses du régime, soit plus de 5,7 milliards d'euros (**Tableau 1, Graphique 1**).

Depuis 2020, la baisse des charges s'explique par une diminution des dépenses de prestations sociales (prestations légales et extra-légales), le principal poste de dépenses. Par ailleurs, le fort recul des charges techniques, notamment sous l'effet de la création de la cinquième branche de la Sécurité sociale et la fin des transferts financiers associés, accentue ce mouvement de baisse.

Tableau 1 :
Les charges pour la branche maladie au régime des non-salariés agricoles (en millions d'euros) en 2024

Branche Maladie	CHARGES NSA 2024	Montants	%	Evol sur 5 ans
	Prestations sociales	5 724,0	86,3%	-15,5%
Dotations aux provisions	391,7	5,9%	-19,2%	
Gestion	180,3	2,7%	-7,5%	
Autres charges techniques et financières	337,9	5,1%	-79,9%	
Total	6 633,8	100,0%	-27,4%	

Graphique 1 :
Les charges par nature au régime des non-salariés agricoles



Source : MSA

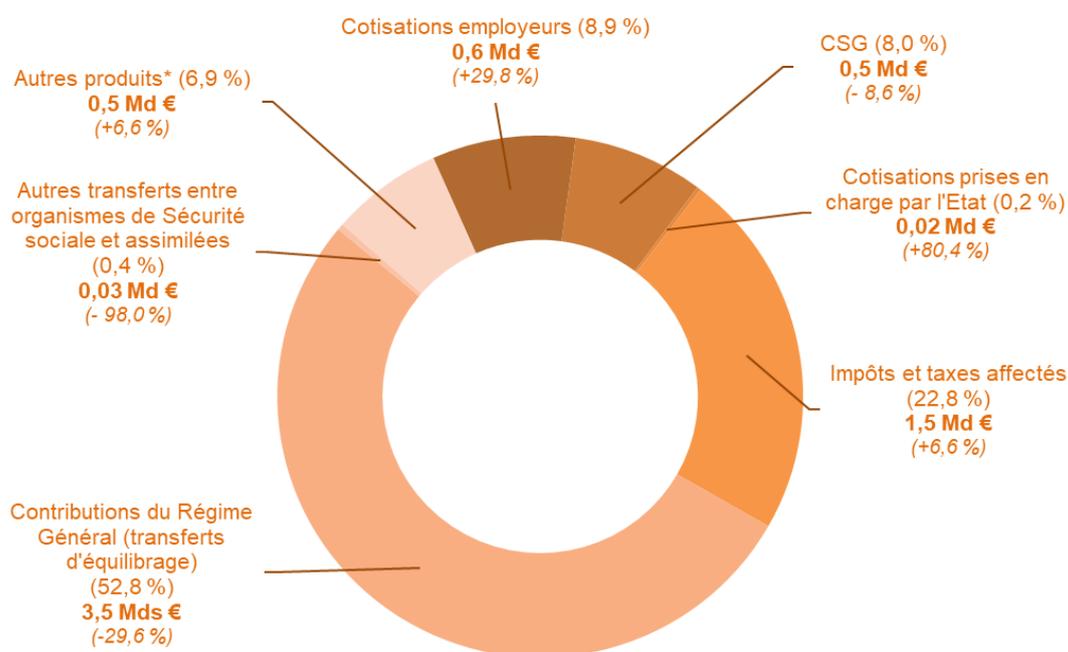
Concernant les produits, le financement professionnel, composé des cotisations employeurs et de la Contribution sociale généralisée (CSG), d'un montant total de plus de 1,1 milliard d'euros, constitue 16,9 % des recettes totales en 2024. Les autres sources de financement proviennent des transferts du régime général qui équilibrent le solde de la branche maladie (plus de 3,5 milliards d'euros, soit 52,8 % des recettes), et des impôts et taxes affectés (ITAF, plus de 1,5 milliard d'euros) (**Tableau 2, Graphique 2**).

La diminution des produits depuis 2020 s'explique principalement par la quasi-disparition des transferts entre organismes de Sécurité sociale (hors transferts d'équilibrage) suite à la création de la branche autonomie.

Tableau 2 :

Les produits pour la branche maladie au régime des non-salariés agricoles (en millions d'euros) en 2024

Branche Maladie	PRODUITS NSA 2024	Montants	%	Evol sur 5 ans
	Cotisations employeurs		585,8	8,9%
CSG		533,6	8,0%	-8,6%
Cotisations prises en charge par l'Etat		15,4	0,2%	80,4%
ITAF		1 515,1	22,8%	6,6%
Contributions du Régime Général (transferts d'équilibrage)		3 501,8	52,8%	-29,6%
Autres transferts entre organismes de Sécurité sociale et assimilées		25,7	0,4%	-98,0%
Autres produits*		456,4	6,9%	6,6%
Total		6 633,8	100,0%	-27,4%

Graphique 2 :
Les produits par nature au régime des non-salariés agricoles

Source : MSA

* Produits financiers et exceptionnels, reprises sur provisions.

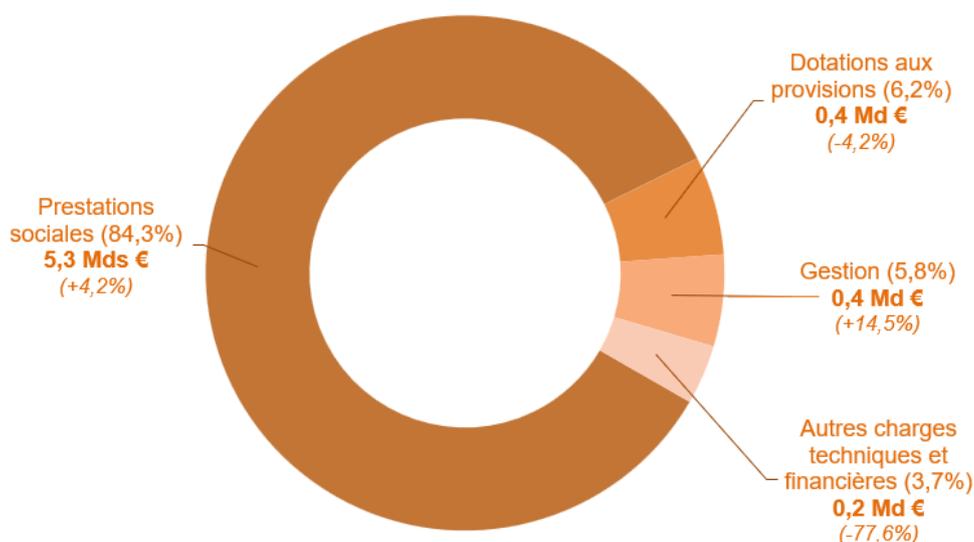
Pour la branche maladie, le total des charges au régime des **salariés agricoles** s'élève à près de 6,3 milliards d'euros au titre de l'année 2024. Les dépenses de prestations sociales (prestations légales et extra-légales), de plus de 5,3 milliards d'euros, sont le principal poste de dépenses, elles représentent 84,3 % des dépenses du régime des salariés agricoles (**Tableau 3, Graphique 3**).

Le fort recul des charges techniques depuis 2020 s'explique notamment par la création de la cinquième branche de la Sécurité sociale et la fin des transferts financiers associés.

Tableau 3 :
Les charges pour la branche maladie au régime des salariés agricoles (en millions d'euros) en 2024

Branche Maladie	CHARGES SA 2024		Montants	%	Evol sur 5 ans
		Prestations sociales	5 306,8	84,3%	4,2%
	Dotations aux provisions	389,4	6,2%	-4,2%	
	Gestion	363,3	5,8%	14,5%	
	Autres charges techniques et financières	234,2	3,7%	-77,6%	
	Total	6 293,7	100,0%	-8,3%	

Graphique 3 :
Les charges par nature au régime des salariés agricoles



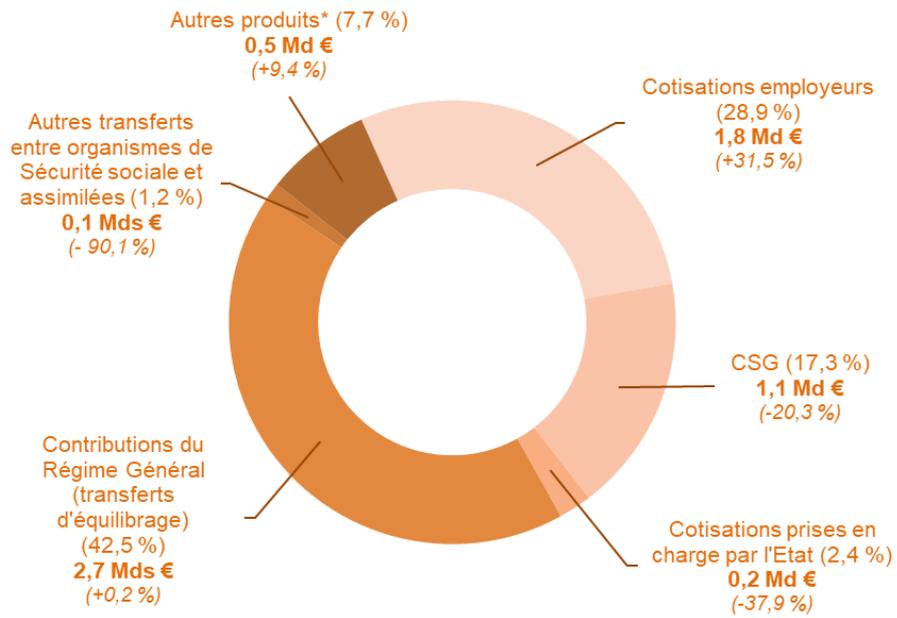
Source : MSA

Concernant les produits, le financement professionnel, composé des cotisations employeurs et de la Contribution sociale généralisée (CSG), d'un montant total de plus de 2,9 milliards d'euros, constitue 46,2 % des recettes totales. Les transferts du régime général équilibrent le solde de la branche maladie (près de 2,7 milliards d'euros, soit 42,5 % des recettes) (**Tableau 4, Graphique 4**).

Tableau 4 :
Les produits pour la branche maladie au régime des salariés agricoles (en millions d'euros) en 2024

Branche Maladie	PRODUITS SA 2024		Montants	%	Evol sur 5 ans
		Cotisations employeurs	1 816,5	28,9%	31,5%
	CSG	1 091,6	17,3%	-20,3%	
	Cotisations prises en charge par l'Etat	150,6	2,4%	-37,9%	
	ITAF	0,0	0,0%	0,0%	
	Contributions du Régime Général (transferts d'équilibrage)	2 677,5	42,5%	0,2%	
	Autres transferts entre organismes de Sécurité sociale et assimilées	74,6	1,2%	-90,1%	
	Autres produits*	482,8	7,7%	9,4%	
	Total	6 293,7	100,0%	-8,3%	

Graphique 4 :
Les produits par nature au régime des salariés agricoles



Source : MSA

* Produits financiers et exceptionnels, reprises sur provisions.

1.2. Le suivi de l'Ondam au régime agricole en 2024

Le Comité d'alerte du 15 octobre 2024 rappelle que la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2024 avait fixé l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) de l'exercice 2024 à 254,9 milliards d'euros, en hausse de 2,9 % par rapport à 2023. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 a relevé le montant de cet objectif à 256,9 milliards d'euros, ce qui correspond désormais à une évolution de 3,6 % par rapport à 2023. Le montant constaté des dépenses relevant de l'Ondam au titre de l'année 2024 s'élève à 256,4 milliards d'euros, en progression de 3,3 % par rapport à 2023. Il est inférieur de 0,5 milliard d'euros au dernier objectif.

Les prestations suivant le champ de l'Ondam prises en charge par les régimes des salariés agricoles et des non-salariés agricoles s'élèvent à 11,39 milliards d'euros en 2024, en baisse de 1,7 % par rapport aux dépenses de 2023 (**Tableau 5**).

Cette évolution des dépenses résulte d'une baisse de 6,7 % des dépenses en établissements de santé atténuée par une hausse de 3,5 % des dépenses de soins de ville.

Les prestations exécutées en établissement de santé et en ville représentent respectivement 46,2 % et 50,0 % des dépenses du régime agricole suivant le champ de l'Ondam en 2024.

Tableau 5 :
Prestations champ Ondam en 2024 - Montants en millions d'euros

	Régime Agricole		Non-salariés		Salariés	
	Montants	Evolution	Montants	Evolution	Montants	Evolution
Honoraires médicaux et dentaires	1 097,7	+0,9%	480,4	+0,0%	627,1	+3,2%
dont honoraires des médecins généralistes	288,2	-0,3%	128,9	-3,6%	159,2	+2,6%
dont honoraires des médecins spécialistes	625,8	+3,3%	273,8	+0,4%	352,0	+5,7%
dont honoraires des dentistes	169,9	-6,2%	65,6	-9,0%	104,3	-4,3%
Honoraires paramédicaux	1 040,4	+1,6%	639,0	-0,8%	401,4	+5,8%
dont honoraires des infirmiers	738,0	+0,8%	487,9	-1,3%	250,1	+5,3%
dont honoraires des masseurs-kinésithérapeutes	245,1	+2,4%	132,0	-0,3%	113,1	+5,7%
Biologie	146,8	-10,1%	67,1	-13,3%	79,7	-7,2%
Transports	355,0	+1,5%	185,0	-0,5%	170,0	+3,8%
Produits de santé	2 036,4	+8,6%	1 047,4	+5,9%	989,0	+11,8%
dont produits de la LPP	482,0	+2,4%	259,5	-0,6%	222,5	+6,1%
dont médicaments	1 554,4	+10,7%	787,9	+8,2%	766,5	+13,5%
Autres prestations (*)	148,9	-2,9%	84,7	-3,7%	64,1	-1,9%
Autres charges (**)	156,7	-4,0%	89,8	-4,1%	67,0	-3,9%
TOTAL hors indemnités journalières	4 968,0	+3,4%	2 581,3	+0,9%	2 386,7	+6,3%
Indemnités journalières	726,5	+4,1%	116,7	+4,9%	609,8	+3,9%
TOTAL SOINS DE VILLE	5 694,5	+3,5%	2 698,0	+1,1%	2 996,5	+5,8%
Etablissements publics	4 352,3	-7,7%	2 624,5	-12,0%	1 727,8	-0,2%
Cliniques privées	913,2	-2,1%	469,6	-4,6%	443,5	+0,7%
TOTAL ETABLISSEMENT	5 265,5	-6,7%	3 094,1	-10,9%	2 171,3	-0,0%
Autres prises en charges et FIR/FMIS	429,0	-2,9%	251,7	-4,1%	177,3	-1,2%
TOTAL CHARGES Ondam	11 389,0	-1,7%	6 043,8	-5,6%	5 345,1	+3,1%

Source : MSA

(*) Autres prestations : forfait patientèle médecin traitant (FPMT), Rémunérations sur objectifs de santé publique (Rosp), cures thermales, autres honoraires, etc.

(**) Autres charges : prise en charge de cotisations des PAM, financement d'actions de coordination des soins, aide à la télétransmission, vaccination COVID-19, Fonds d'indemnisation des victimes de pesticides.

Les dépenses suivant le champ de l’Ondam pour le régime des **non-salariés agricoles** s’élèvent à 6,04 milliards d’euros en 2024, en baisse de 5,6 % sur un an. Les dépenses de soins de ville (45 % des dépenses totales de ce régime) augmentent de 1,1 % tandis que les dépenses des prestations exécutées en établissements des non-salariés agricoles (51 % des dépenses) chutent de 10,9 %.

Les dépenses suivant le champ de l’Ondam pour le régime des **salariés agricoles** enregistrent une hausse de 3,1 % par rapport à 2023, pour un montant total de 5,35 milliards d’euros. Les remboursements de soins de ville (56 % des dépenses) des salariés agricoles croissent de 5,8 % en 2024. Les dépenses en établissements (41 % des dépenses totales de ce régime) sont stables (- 0,01 %).

1.2.1. L’évolution des soins de ville

Les dépenses de soins de ville du régime agricole suivant le champ de l’Ondam augmentent de 3,5 % en 2024 après une baisse de 0,5 % en 2023. Deux postes contribuent particulièrement à cette hausse : les remboursements de médicaments et les versements d’indemnités journalières.

Les remboursements d’honoraires des médecins généralistes diminuent mais moins qu’en 2023 (- 0,3 % après - 2,0 %) en raison principalement de la hausse de 1,5 euros du tarif de la consultation. Le doublement de la participation forfaitaire (PF), intervenue en mai, vient minorer l’évolution 2024.

L’évolution des remboursements d’honoraires des médecins spécialistes reste soutenue en 2024 mais à un rythme moins important qu’en 2023, + 3,3 % après + 6,4 %.

La baisse du ticket modérateur en novembre 2023 fait chuter de 6,2 % les honoraires des dentistes sur toute l’année 2024 alors que la tendance de ce poste était haussière en 2023 (+ 3,1 %).

Concernant les honoraires paramédicaux, ils sont en hausse aussi bien pour les infirmiers que pour les masseurs-kinésithérapeutes avec respectivement + 0,8 % et + 2,4 %.

Les remboursements d’analyses médicales en laboratoire diminuent de 10,1 % en 2024 d’une part, parce que l’activité liée aux tests Covid a été beaucoup moins importante, et d’autre part, du fait du doublement de la PF.

Les remboursements de transports progressent de 1,5 %, stimulés par les revalorisations tarifaires de l’avenant 11 intervenues en fin d’année 2023.

Les produits de la LPP augmentent de 2,4 %, soit 2,1 points de plus que l’année dernière.

Pour les médicaments, l’évolution est plus que soutenue avec + 10,7 % en 2024, c’est 8,8 points de plus qu’en 2023. L’accélération de la hausse résulte cependant pour moitié d’une correction d’affectation comptable des médicaments issus de la rétrocession. L’innovation thérapeutique onéreuse et l’extension d’indication dopent également la croissance des remboursements de médicaments.

Les versements d’indemnités journalières (IJ) progressent de 4,1 % en 2024, hausse en partie liée à la revalorisation du SMIC.

Au régime des **non-salariés agricoles**, les dépenses de soins de ville augmentent de 1,1 % en 2024. Un poste en particulier contribue principalement à la hausse : les médicaments (2,2 points de contribution à l’évolution). A l’inverse, les remboursements d’analyses médicales en laboratoires contribuent le plus à la baisse avec - 0,4 point.

Au régime des **salariés agricoles**, les dépenses de soins de ville croissent de 5,8 % en 2024. Les médicaments contribuent également le plus à la hausse des dépenses pour 3,2 points, mais sont cette fois accompagnés des indemnités journalières et des honoraires des médecins spécialistes avec des contributions respectives de 0,8 point et 0,7 point. Seuls deux postes contribuent à la baisse et dans une faible mesure : les laboratoires et les dentistes avec pour tous deux des contributions de - 0,2 point.

1.2.2. L'évolution des dépenses au titre des établissements sanitaires

Les dépenses du régime agricole au titre des établissements diminuent de 6,7 % en 2024, avec une baisse de 10,9 % pour le régime des non-salariés agricoles et une stabilisation des dépenses pour le régime des salariés agricoles (**Tableau 6**).

Tableau 6 :
Évolution des dépenses par type d'établissements en 2024

	Total	Établissements publics de santé	Établissements privés de santé
Régime agricole	- 6,7 %	- 7,7 %	- 2,1 %
Non-salariés	- 10,9 %	- 12,0 %	- 4,6 %
Salariés	0,0 %	- 0,2 %	+ 0,7 %

Source : MSA

Les dépenses au titre des **établissements publics de santé** décroissent de 7,7 % en 2024. Cette forte baisse résulte de la modification des clés de répartition de ces dépenses entre les régimes d'assurance maladie qui génère une baisse de 12 % des dépenses pour le régime des non-salariés agricoles. Pour le régime des salariés, l'évolution est de - 0,2 %.

Les remboursements de soins en **établissements privés de santé** diminuent de 2,1 %, avec une baisse de 4,6 % pour le régime des non-salariés atténuée par une croissance de 0,7 % pour celui des salariés.

1.3. Les perspectives 2025-2026 pour l'enveloppe des soins de ville

1.3.1. Les prévisions 2025

Le Comité d'alerte du 15 mai 2025 rappelle que la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2025 fixe l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour les quatre années à venir et retient pour 2025 un montant de 265,9 milliards d'euros. Cela correspond à une **évolution** prévisionnelle de **3,4 %** par rapport à 2024 à champ constant. Pour les années suivantes, les évolutions retenues en LFSS, hors Covid, s'établissent à + 2,9 % pour 2026, 2027 et 2028. S'agissant de l'enveloppe **soins de ville**, l'évolution prévisionnelle pour 2025 est fixée à **+ 2,8 %**.

Pour l'**ensemble du régime agricole**, les prévisions relatives aux dépenses de **soins de ville** sur le champ de l'Ondam 2025, à savoir les remboursements de soins de santé liés à la maladie, à la maternité et aux accidents du travail, hors indemnités journalières (IJ) maternité et rentes accidents du travail, s'élèveraient à **5,8 milliards d'euros**, en **hausse de 1,7 %** (**Tableau 7**).

Sur le champ des **soins de santé** hors IJ, les dépenses augmenteraient de **1,6 %**, après la forte croissance de 2024 (+ 3,4 %).

En 2025, les versements d'**indemnités journalières** augmenteraient de **1,9 %** après + 4,1 % en 2024. L'évolution en 2024 était en partie liée à la revalorisation du SMIC. En 2025, l'évolution serait plus contenue au regard des mesures d'économies prévues pour ce poste.

Ces évolutions prévisionnelles n'intègrent désormais plus l'impact de la crise sanitaire.

Tableau 7 :
Prévisions 2025 du champ Ondam, enveloppe des soins de ville pour le régime agricole,
le régime des non-salariés et celui des salariés (taux d'évolution)

Évolution prévisionnelle 2025	Régime Agricole	Non-salariés	Salariés
Honoraires médicaux et dentaires	+1,4%	-0,2%	+2,6%
dont honoraires des médecins généralistes	+6,4%	+2,9%	+9,2%
dont honoraires des médecins spécialistes	-1,1%	-2,0%	-0,4%
dont honoraires des dentistes	+1,8%	+0,7%	+2,6%
Honoraires paramédicaux	+0,0%	-2,7%	+4,3%
dont honoraires des infirmiers	-1,2%	-3,7%	+3,4%
dont honoraires des masseurs-kinésithérapeutes	+2,0%	-0,2%	+4,5%
Biologie	-3,2%	-7,3%	+0,3%
Transports	-1,1%	-4,6%	+2,6%
Produits de santé	+2,2%	+0,7%	+3,8%
dont produits de la LPP	-0,4%	-2,3%	+1,8%
dont médicaments	+3,0%	+1,8%	+4,4%
Autres prestations (*)	+10,9%	+12,1%	+12,8%
Autres charges (**)	+7,1%	+12,4%	+0,0%
TOTAL hors indemnités journalières	+1,6%	-0,1%	+3,5%
Indemnités journalières	+1,9%	+1,1%	+2,0%
TOTAL SOINS DE VILLE	+1,7%	-0,0%	+3,2%

Source : MSA

(*) Autres prestations : forfait patientèle médecin traitant (FPMT), Rémunérations sur objectifs de santé publique (Rosp), cures thermales, autres honoraires, etc.

(**) Autres charges : prise en charge de cotisations des PAM, financement d'actions de coordination des soins, aide à la télétransmission, vaccination COVID-19, Fonds d'indemnisation des victimes de pesticides.

Pour le **régime des non-salariés agricoles**, les prévisions relatives aux dépenses de **soins de ville** du champ de l'Ondam 2025 s'élèveraient à **2,7 milliards** d'euros, en stagnation (+ 0,0 %), après + 1,1 % en 2024. Cette prévision tient compte de mesures d'économies venant minorer l'évolution pour un impact attendu de - 2,2 points.

En 2025, les **honoraires médicaux et dentaires** diminueraient de **0,2 %**. Cette évolution tient compte du doublement de la participation forfaitaire intervenu en mai 2024 ainsi que de mesures d'économies à hauteur de - 0,4 point. Conjointement à cela, les honoraires d'**auxiliaires médicaux** s'atténueraient plus nettement avec - 2,7 % (après - 0,8 % en 2024), en comptabilisant l'impact du doublement de la franchise et des mesures qui jouent à la baisse sur les remboursements de ces professionnels de santé (l'effet des mesures serait de - 1,2 point).

Les remboursements de **biologie médicale** chuteraient de 7,3 % en 2025 après - 13,3 %. En 2024, la chute résultait de la crise sanitaire. En 2025, le doublement de la participation forfaitaire et les mesures d'économies affecteraient à la baisse ce poste.

Après une croissance de 5,9 % en 2024, les remboursements de **produits de santé augmenteraient de 0,7 %** en 2025.

Concernant les **indemnités journalières**, les versements reviendraient à un rythme d'évolution plus calme avec + 1,1 %, après + 4,9 % en 2024.

Pour le **régime des salariés agricoles**, les prévisions relatives aux dépenses de **soins de ville** sur le champ de l'Ondam 2025 s'élèveraient à **3,1 milliards** d'euros, en **hausse de 3,2 %** (après + 5,8 % en 2024). Les **mesures d'économies** prévues joueraient à la baisse sur l'évolution des remboursements pour 2,2 points.

Les **honoraires médicaux et dentaires** augmenteraient de 2,6 %, après + 3,2 % en 2024. Cette moindre hausse résulterait, entre autres, de l'impact du doublement de la participation forfaitaire et des mesures d'économies affectant ce poste (- 0,2 point). S'agissant des soins d'**auxiliaires médicaux**, leur croissance continuerait avec 4,3 % en 2025 après une augmentation déjà forte en 2024 (+ 5,8 %). La hausse reposerait en partie sur l'évolution des honoraires des **masseurs-kinésithérapeutes** (+ 4,5 %).

Les remboursements d'analyses de **biologie médicales** se stabiliseraient (+ 0,3 %) après deux années en baisse. Pour les **produits de santé**, la hausse des remboursements (+ 3,8 %) serait contenue par l'effet des mesures (- 3,3 points). Les versements d'**indemnités journalières** augmenteraient de **2,0 %** après + 3,9 % en 2024.

1.3.2. Les évolutions tendancielle 2026 en soins de ville

Pour l'**ensemble du régime agricole**, les **prévisions tendancielle**¹ relatives aux dépenses de soins de ville sur le champ de l'Ondam s'établissent à **5,9 milliards** d'euros pour 2026, en hausse de **2,6 %** par rapport aux montants prévisionnels 2025.

Pour le **régime des non-salariés agricoles**, les remboursements de soins de ville atteindraient 2,7 milliards d'euros, correspondant à une augmentation tendancielle de **0,4 %** ; pour le **régime des salariés agricoles**, le montant s'élèverait à 3,2 milliards d'euros, pour une évolution tendancielle de **+ 4,4 %** (Tableau 8).

Tableau 8 :
Prévisions tendancielle 2026 du champ Ondam, enveloppe des soins de ville pour le régime agricole, le régime des non-salariés et celui des salariés (taux d'évolution)

Évolution tendancielle 2026	Régime Agricole	Non-salariés	Salariés
Honoraires médicaux et dentaires	+2,4%	+0,9%	+3,6%
dont honoraires des médecins généralistes	-0,8%	-3,8%	+1,4%
dont honoraires des médecins spécialistes	+3,7%	+2,8%	+4,4%
dont honoraires des dentistes	+3,1%	+1,9%	+3,9%
Honoraires paramédicaux	+1,8%	-1,1%	+6,0%
dont honoraires des infirmiers	+0,5%	-2,2%	+5,0%
dont honoraires des masseurs kinésithérapeutes	+3,7%	+1,3%	+6,4%
Biologie	+1,2%	-2,7%	+4,2%
Transports	+4,9%	+1,7%	+7,9%
Produits de santé	+2,0%	+0,4%	+3,7%
dont produits de la LPP	+4,1%	+2,0%	+6,4%
dont médicaments	+1,4%	-0,2%	+2,9%
Autres prestations (*)	+6,3%	+7,3%	+7,5%
Autres charges (**)	+1,6%	+2,6%	+0,0%
TOTAL hors indemnités journalières	+2,4%	+0,5%	+4,4%
Indemnités journalières	+4,0%	+0,2%	+4,7%
TOTAL SOINS DE VILLE	+2,6%	+0,4%	+4,4%

Source : MSA

(*) Autres prestations : forfait patientèle médecin traitant (FPMT), Rémunérations sur objectifs de santé publique (Rosp), cures thermales, autres honoraires, etc.

(**) Autres charges : prise en charge de cotisations des PAM, financement d'actions de coordination des soins, aide à la télétransmission, vaccination COVID-19, Fonds d'indemnisation des victimes des pesticides.

¹ Il s'agit des prévisions de remboursements de soins de ville hors nouvelles mesures d'économies.

Partie 2 :
Les caractéristiques de la population agricole

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

A la fin de l'année 2024, le régime agricole recense plus de 3,0 millions de personnes protégées au titre du risque maladie, un effectif représentant 4,6 % de la population totale en France métropolitaine.

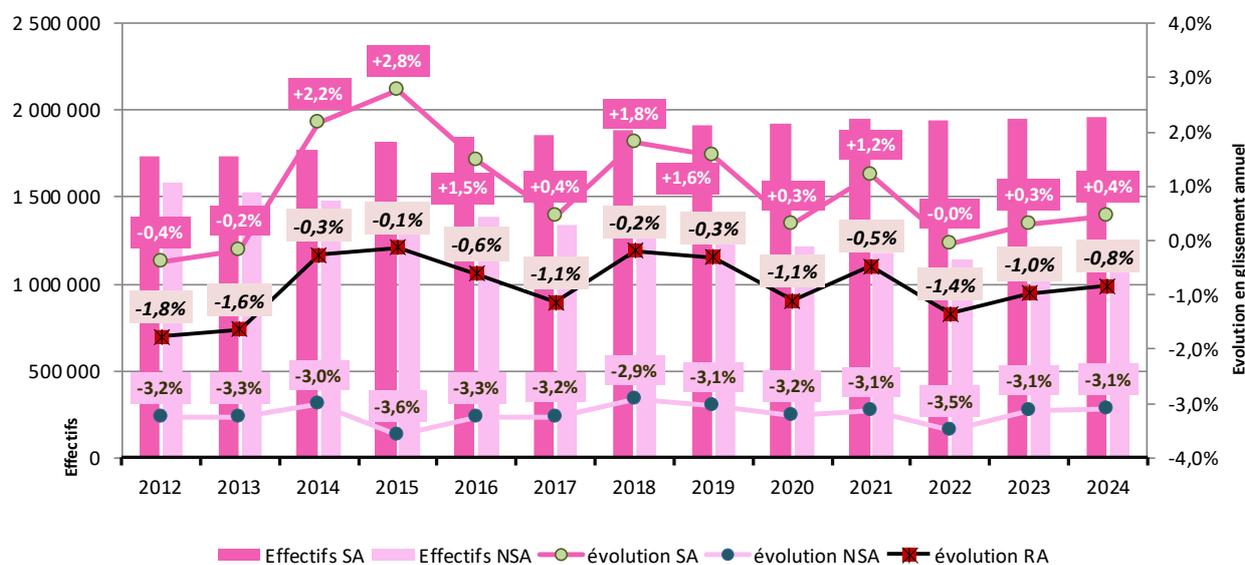
Près de 2,0 millions de personnes relèvent du régime des salariés agricoles pour leur assurance maladie obligatoire (64,7 % de l'effectif total). Les effectifs au régime des salariés agricoles augmentent modérément de 0,4 % sur un an après une hausse de + 0,3 % l'année précédente (**Graphique 5**).

Au régime des non-salariés agricoles, près de 1,1 million de personnes sont protégées (35,3 % de l'effectif total). La baisse des effectifs se poursuit en 2024 avec - 3,1 % comme l'année précédente. Ce recul pèse sur l'évolution globale de la population protégée par le régime agricole.

Avec la baisse régulière des effectifs au régime des non-salariés, la tendance globale du régime est fixée par les fluctuations du régime des salariés. En 2014/2015 et 2018/2019, la démographie du régime agricole avait connu une période de stabilisation de ses effectifs. Cette évolution favorable trouvait principalement son origine dans l'accroissement marqué des effectifs de personnes protégées au régime des salariés. En 2017, 2020 et 2022, le recul global a été plus marqué en raison de la moindre progression des effectifs au régime des salariés.

En 2024, la croissance modérée de la population salariée et la poursuite de la baisse des effectifs au régime des non-salariés conduisent la population totale protégée au régime agricole à prolonger le mouvement de baisse.

Graphique 5 :
Effectif et évolution annuelle de la population protégée en maladie des régimes agricoles
(situation au 4^e trimestre de 2012 à 2024)



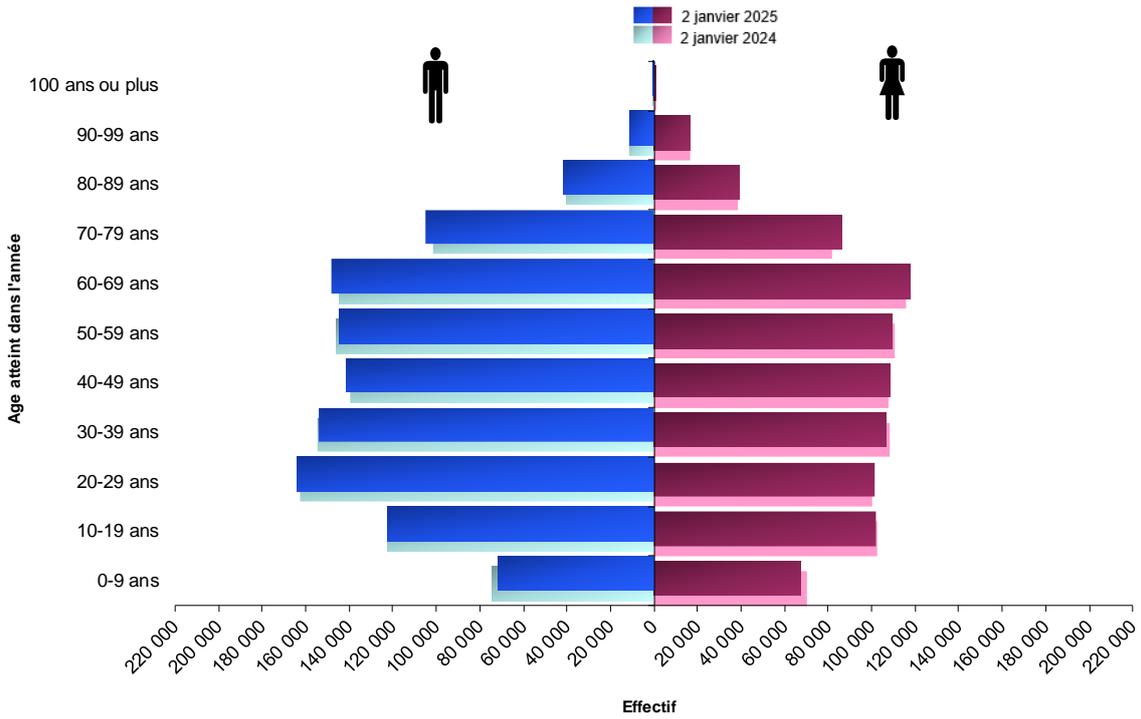
Sources : CNAV, MSA

Les deux régimes agricoles présentent une structure démographique très différente avec une pyramide des âges qui leur est propre (**Graphiques 6 et 7**). Ces caractéristiques populationnelles expliquent en partie les évolutions des effectifs de chacun des régimes.

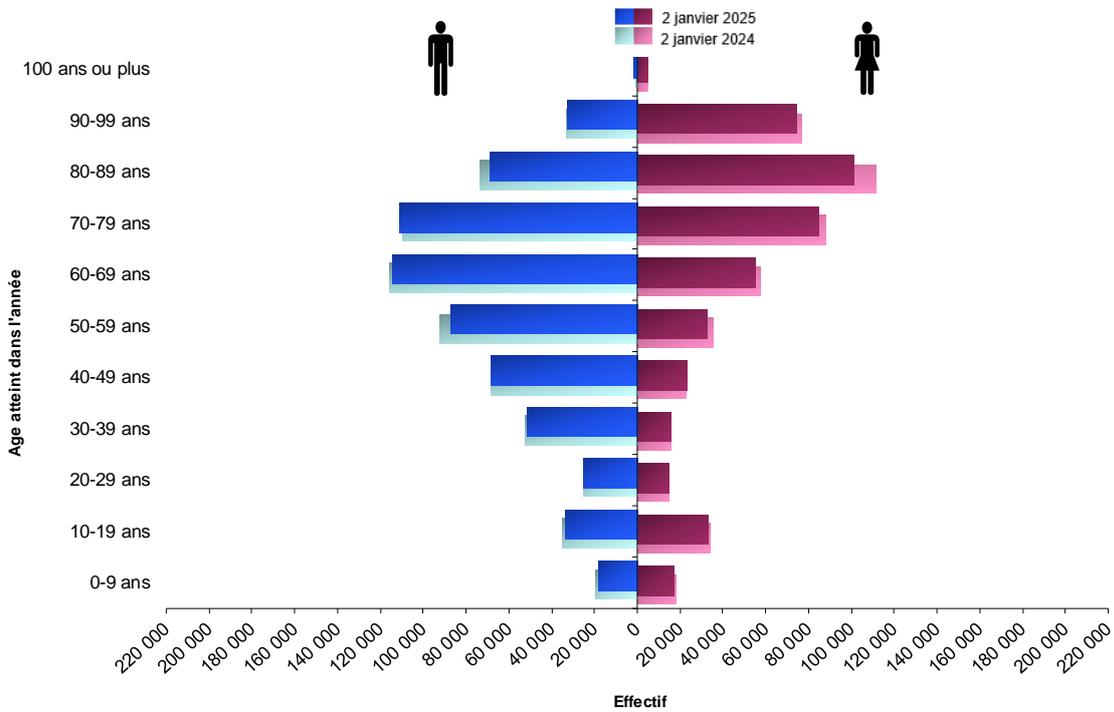
Au régime des salariés agricoles, la pyramide des âges est comparable à celle de la population française métropolitaine. Les personnes en âge de travailler représentent 52,6 % des effectifs, les moins de 20 ans, 18,5 %, et les 60 ans et plus, 28,9 % (**Tableau 9**).

Le régime des non-salariés agricoles présente la spécificité d'avoir une forte proportion de personnes âgées. En effet, 60,6 % des effectifs sont âgés de 60 ans et plus, alors que seuls 9,6 % ont moins de 20 ans (**Tableau 10**).

**Graphique 6 :
Pyramide des âges au régime des salariés agricoles**



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



Sources : CNAV, MSA

La croissance de la population protégée en maladie au régime des salariés est modérée en 2024 comme en 2023 (**Tableau 9**). Les populations âgées de 20 à 39 ans (+ 0,2 % ; 26,9 % des effectifs), celles âgées de 60 à 79 ans (+ 2,9 % ; 23,3 % des effectifs) et celles âgées de 80 ans et plus (+ 1,3 % ; 5,6 % des effectifs) contribuent positivement à la dynamique annuelle de l'effectif total du régime des salariés. Les générations du baby-boom soutiennent en effet les effectifs de cette tranche d'âge.

Tableau 9 :
Répartition et évolution de la population protégée en maladie au régime des salariés agricoles

	Répartition des effectifs par tranches d'âge en 2024	Évolution des effectifs 2024/2023	Évolution des effectifs 2023/2022
Moins de 20 ans	18,5 %	- 1,7 %	- 1,4 %
<i>dont moins de 18 ans</i>	15,7 %	- 2,5 %	- 2,2 %
<i>dont 18-19 ans</i>	2,9 %	+ 2,9 %	+ 3,4 %
De 20 à 39 ans	26,9 %	+ 0,2 %	- 0,5 %
De 40 à 59 ans	25,7 %	- 0,1 %	- 0,5 %
De 60 à 79 ans	23,3 %	+ 2,9 %	+ 3,6 %
80 ans et plus	5,6 %	+ 1,3 %	+ 0,8 %
TOTAL	100,0 %	+ 0,4 %	+ 0,3 %

Sources : CNAV, MSA

Au régime des non-salariés agricoles, toutes les tranches d'âge sont affectées par le recul (**Tableau 10**). Avec un nombre de décès supérieur au nombre d'entrées dans le régime (actifs ou ayants droit) et un âge élevé de ses ressortissants (60,6 % d'entre eux étant âgés de 60 ans et plus), la structure démographique est vieillissante (**Graphique 7**), ce qui explique principalement la baisse tendancielle de la population couverte en maladie.

Dans une moindre mesure, la baisse des effectifs du régime des non-salariés s'explique également par le recul démographique des chefs d'exploitation et par le développement de l'activité professionnelle des conjoints hors du monde agricole, qui conduit à une affiliation dans un autre régime.

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

	Répartition des effectifs par tranches d'âge en 2024	Évolution des effectifs 2024/2023	Évolution des effectifs 2023/2022
Moins de 20 ans	9,6 %	- 3,8 %	- 3,6 %
<i>dont moins de 18 ans</i>	8,4 %	- 3,5 %	- 3,3 %
<i>dont 18-19 ans</i>	1,2 %	- 5,9 %	- 5,7 %
De 20 à 39 ans	10,0 %	- 0,5 %	- 0,6 %
De 40 à 59 ans	19,8 %	- 3,3 %	- 3,6 %
De 60 à 79 ans	34,2 %	- 1,2 %	- 1,0 %
80 ans et plus	26,4 %	- 6,0 %	- 5,9 %
TOTAL	100,0 %	- 3,1 %	- 3,1 %

Sources : CNAV, MSA

Compte tenu des premiers constats observés sur le 1^{er} trimestre 2025 et des prévisions de l'emploi salarié agricole marquées par la hausse modérée du nombre d'actifs, le rythme de croissance des effectifs protégés en maladie au régime des salariés serait de + 0,4 % sur l'année 2025 (**Tableau 11**). Au régime des non-salariés, la baisse de la population devrait se poursuivre selon un rythme supérieur à 2024 (- 3,4 % en 2025). Ainsi, les effectifs du régime agricole (salariés et non-salariés agricoles) devraient connaître une baisse modérée de 0,7 % en 2025.

Tableau 11 :
Prévisions* d'évolution de la population protégée en maladie au régime agricole

Régime des salariés agricoles	Évolution 2025/2024
Assurés ouvrants droit	+ 1,2%
actifs (en emploi ou non)	+ 0,1 %
retraités	+ 3,8 %
invalides	- 0,6 %
Ayants droit	- 3,0 %
enfants	- 1,9 %
conjointes et autres personnes couvertes	- 9,1 %
Total	+ 0,4 %
Régime des non-salariés agricoles	Évolution 2025/2024
Assurés ouvrants droit	- 2,9 %
en activité	- 1,9 %
retraités	- 3,7 %
invalides	- 3,1 %
Ayants droit	- 6,2 %
collaborateurs d'exploitation (conjointes et membres de la famille)	- 7,7 %
enfants	- 3,7 %
autres personnes couvertes	- 11,0 %
Total	- 3,4 %
Ensemble des régimes agricoles	Évolution 2025/2024
Total	- 0,7 %

Source : MSA

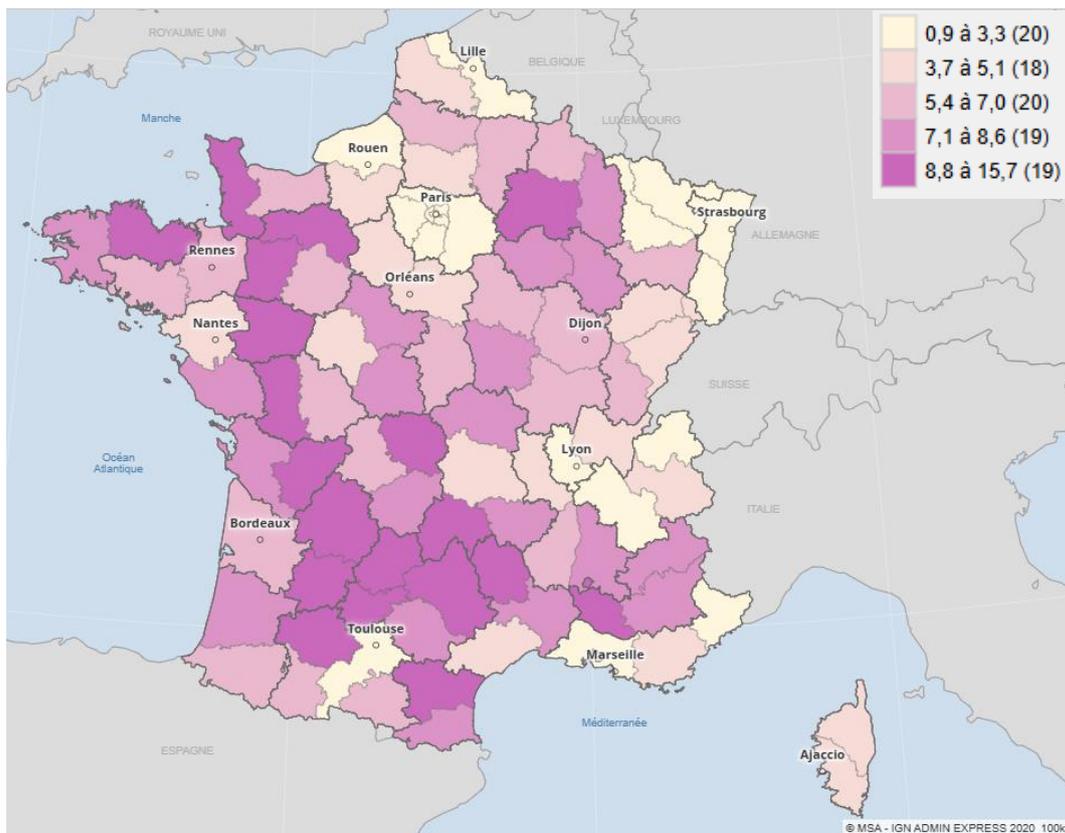
Données pour la Commission des comptes de la sécurité sociale – Prévisions avril 2025
** Prévisions basées sur des effectifs annuels moyens*

Géographiquement, le régime agricole est présent sur tout le territoire (**Carte 1**).

Ainsi, le taux de présence du régime agricole - exprimé comme le rapport de la population des patients (personnes ayant eu au moins un remboursement de soins dans l'année) relevant du régime agricole à la population française (année 2024) - est de 4,6 % en 2024.

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

Carte 1 :
Taux de présence du régime agricole par département en 2024



2.2. Les caractéristiques sanitaires des patients du régime agricole

2.2.1. La cartographie des pathologies au régime agricole en 2023

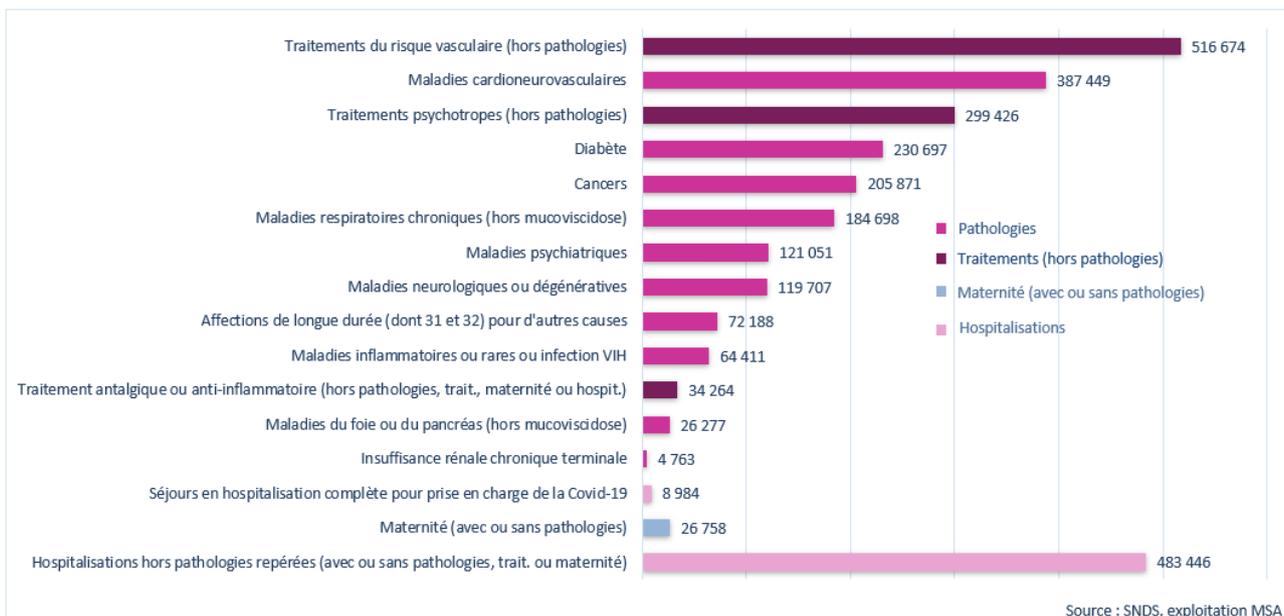
Les études, présentées ci-après, ont été menées sur la dernière version (G12) de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'ensemble des régimes, réalisée par la Cnam. La méthode de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie est détaillée sur le site de la Cnam².

Les principales pathologies ou les événements de santé repérés en 2023 par les algorithmes sont affectés aux assurés des différents régimes d'assurance maladie obligatoire (AMO) de France métropolitaine ayant consommé des soins.

La fréquence de ces pathologies dans la population du régime agricole est comparée, à âge et sexe égal, à celle de l'ensemble des consommateurs de soins tous régimes confondus. L'indice comparatif mesure ces différences ; il indique une sur-représentation de la pathologie lorsqu'il est supérieur à 100 et une sous-représentation lorsqu'il est inférieur à 100. La significativité de l'indice est mesurée et matérialisée dans les tableaux aux seuils de : 1 % (***) , 5 % (**), 10 % (*) (**Annexe 2**).

En 2023, parmi les 2,8 millions d'assurés du régime agricole consommant des soins, un assuré sur trois souffre d'au moins une pathologie (33 %). Les pathologies affectant le plus d'assurés du régime sont les maladies cardiovasculaires (387 449 assurés), le diabète (230 697 assurés) et les cancers (205 871 assurés). Par ailleurs, les traitements chroniques (hors pathologie) les plus fréquents concernent le risque vasculaire (516 674 assurés) et les traitements par psychotropes (299 426 assurés) (**Graphique 8**).

Graphique 8 :
Nombre de consommateurs du régime agricole affectés par une pathologie ou un épisode de soins en 2023



² <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie>

Plus de détails sont disponibles dans l'article suivant :

Rachas A. et al., *The Economic Burden of Disease in France From the National Health Insurance Perspective: The Healthcare Expenditures and Conditions Mapping Used to Prepare the French Social Security Funding Act and the Public Health Act, Medical Care*, 60, n°9 (1^{er} septembre 2022), 655-64. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001745>

En 2023, 1 309 593 consommateurs de soins du régime agricole (soit près d'un consommant sur deux) n'ont eu **aucune pathologie, hospitalisation ou traitements référencés** dans la cartographie. Les non-salariés sont légèrement sur-représentés dans cette catégorie de population (+ 7,8 %), notamment les hommes non-salariés agricoles (+ 9,6 %) (**Tableau 12 et Annexe 2**).

Au régime agricole, 26 758 **grossesses** sont dénombrées en 2023. Les maternités sont moins fréquentes au régime agricole que dans l'ensemble des régimes (- 6,5 %), en particulier pour les non-salariées (- 16,9 %).

Les hospitalisations sans lien avec les pathologies repérées (chez les assurés sans pathologie, traitement chronique, maternité, traitement antalgique ou anti-inflammatoire) sont légèrement sur-représentées (+ 1,6 %) au régime agricole par rapport à l'ensemble des régimes. Néanmoins, chez les non-salariés agricoles (NSA), en particulier les hommes, ces hospitalisations sont nettement sur-représentées, avec un écart de + 10,2 % par rapport à l'ensemble des assurés tous régimes (**Annexe 2**).

Ce constat peut refléter un moindre recours aux soins primaires, en particulier chez les hommes NSA, qui consulteraient trop tardivement, augmentant ainsi le risque d'hospitalisation. A cet égard, la Drees souligne que les agriculteurs exploitants font partie des catégories les plus exposées aux hospitalisations potentiellement évitables (HPE)³.

Tableau 12 :
Catégories d'épisode de soins - Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, en 2023

Grand groupe de pathologie, épisode de soins,...	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité
Au moins une pathologie	938 528	95,9	***	467 003	92,8	***	471 525	99,2	***
Au moins une pathologie ou traitement*	1 292 724	97,5	***	637 011	96,0	***	655 713	99,1	***
Maternité (avec ou sans pathologies)	26 758	93,5	***	2 989	83,1	***	23 769	94,9	***
Au moins une pathologie, traitement* ou maternité	1 316 190	97,5	***	639 695	96,0	***	676 495	99,0	***
Hospitalisations sans lien avec les pathologies repérées (pour les assurés qui n'ont pas de pathologies, traitements* ou maternité)	150 586	101,6	***	46 220	104,6	***	104 366	100,3	non-significatif
Hospitalisations sans lien avec les pathologies repérées (pour les assurés avec ou sans pathologies, traitements* ou maternité)	483 446	96,2	***	219 851	94,7	***	263 595	97,6	***
Au moins une pathologie, traitement*, maternité ou hospitalisation	1 466 776	97,9	***	685 915	96,5	***	780 861	99,2	***
Pas de pathologie repérée, traitement*, maternité, hospitalisation ou traitement antalgique ou anti-inflammatoire	1 309 593	102,8	***	375 331	107,8	***	934 262	100,9	***
Total consommateurs régime agricole	2 810 633			1 070 723			1 739 910		

* traitements chroniques vasculaires, psychotropes

Source : SNDS, exploitation MSA

L'ensemble des assurés du régime agricole sont globalement sous-représentés dans les grands groupes de pathologies ou de traitements. Toutefois, selon qu'il s'agit de salariés ou de non-salariés, ils peuvent être sur-représentés pour certaines pathologies.

³ Drees, Études et Résultats n° 1262, avril 2023, « Ces hospitalisations auraient pu être évitées par une meilleure prise en charge en ville. Près de la moitié des HPE avaient pour motif une insuffisance cardiaque. Les agriculteurs exploitants et les ouvriers sont les catégories socioprofessionnelles les plus exposées. ».

Pathologies cardiovasculaires chez les assurés du régime agricole

Concernant les pathologies cardiovasculaires, 387 449 assurés agricoles en sont atteints, soit 14 % des consommateurs de soins du régime. En comparaison avec l'ensemble des consommateurs de soins de tous les régimes, ils ont un risque quasi équivalent d'être affectés par une de ces pathologies (**Tableau 13**).

Cependant, certaines **pathologies cardiovasculaires** affectent plus fréquemment les assurés du régime agricole, et plus particulièrement les non-salariés. Chez ces derniers, 4 pathologies sont nettement plus fréquentes que dans l'ensemble de la population, avec un sur-risque légèrement plus marqué chez les femmes :

- la **maladie valvulaire** (+ 19,7 % au régime agricole et plus spécifiquement + 28,6 % chez les femmes NSA et + 27 % chez les hommes NSA),
- l'**insuffisance cardiaque** (+ 16,6 % au régime agricole et plus spécifiquement + 22,4 % chez les femmes NSA ; + 18,1 % chez les hommes NSA),
- les **troubles du rythme ou de la conduction cardiaque** (+ 10,5 % au régime agricole et plus spécifiquement + 15,5 % chez les femmes NSA et + 12,5 % chez les hommes NSA),
- **les autres types d'affections cardiovasculaires** (+ 17,7 % au régime agricole, avec un sur-risque pour les femmes NSA de 33,1 % et 14,9 % pour les hommes NSA).

À l'inverse, d'autres pathologies comme l'accident vasculaire cérébral ou la maladie coronaire sont moins fréquentes chez les assurés agricoles, tous statuts confondus (**Tableau 13** et **Annexe 2**).

Tableau 13 :
Pathologies cardiovasculaires - Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, en 2023

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité
Syndrome coronaire aigu	6 192	97,4	**	3 476	98,4	NS	2 716	96,3	**
Maladie coronaire chronique	135 739	89,3	***	76 666	87,0	***	59 073	92,5	***
Maladie coronaire	141 931	89,6	***	80 142	87,4	***	61 789	92,6	***
Accident vasculaire cérébral aigu	8 365	98,5	NS	5 240	99,1	NS	3 125	97,5	NS
Séquelle d'accident vasculaire cérébral	58 206	99,3	*	35 904	99,9	NS	22 302	98,4	**
Accident vasculaire cérébral	66 571	99,2	**	41 144	99,8	NS	25 427	98,3	***
Insuffisance cardiaque aiguë	17 091	113,5	***	12 247	117,5	***	4 844	104,5	***
Insuffisance cardiaque chronique	61 716	117,5	***	42 405	121,3	***	19 311	109,9	***
Insuffisance cardiaque	78 807	116,6	***	54 652	120,4	***	24 155	108,8	***
Artériopathie périphérique	44 004	85,6	***	23 230	76,7	***	20 774	98,4	**
Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque	169 598	110,5	***	112 181	113,9	***	57 417	104,3	***
Maladie valvulaire	43 353	119,7	***	29 576	127,8	***	13 777	105,5	***
Embolie pulmonaire	3 150	102,4	NS	1 970	108,7	***	1 180	93,3	**
Autres affections cardiovasculaires	30 344	117,7	***	17 537	122,2	***	12 807	112,1	***
Maladies cardiovasculaires aiguës	33 636	105,4	***	22 117	108,6	***	11 519	99,6	NS
Maladies cardiovasculaires chroniques	379 103	100,4	**	230 288	101,3	***	148 815	99,0	***
Maladies cardiovasculaires	387 449	100,3	*	235 057	101,2	***	152 392	98,9	***

Source : SNDS, exploitation MSA

Traitements du risque vasculaire chez les assurés du régime agricole

Au régime agricole, 828 996 personnes présentent une **pathologie cardiovasculaire** et/ou suivent un **traitement contre le risque cardiovasculaire** ce qui représente un peu moins d'un tiers des consommateurs de soins du régime (**Tableau 14, Annexe 2**).

S'agissant plus spécifiquement des traitements du risque vasculaire (avec ou sans pathologie identifiée), aucune différence marquée n'est observée pour le régime agricole.

Tableau 14 :
Traitements du risque vasculaire - Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, en 2023

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité
Traitements antihypertenseurs (avec ou sans pathologies)	780 849	100,6	***	437 836	100,6	***	343 013	100,5	***
Traitements hypolipémiants (avec ou sans pathologies)	451 547	94,5	***	236 880	91,1	***	214 667	98,6	***
Traitements du risque vasculaire (avec ou sans pathologies)	885 108	99,7	***	486 118	99,4	***	398 990	100,1	non-significatif
Maladies cardiovasculaires et traitements du risque cardiovasculaire	828 996	101,5	***	467 424	102,7	***	361 572	100,0	non-significatif

Source : SNDS, exploitation MSA

Le diabète chez les assurés du régime agricole

Le diabète touche 8,2 % des assurés du régime agricole (10 % des non-salariés et 7 % des salariés agricoles), ce qui représente 230 697 personnes (**Tableau 15, Annexe 2**).

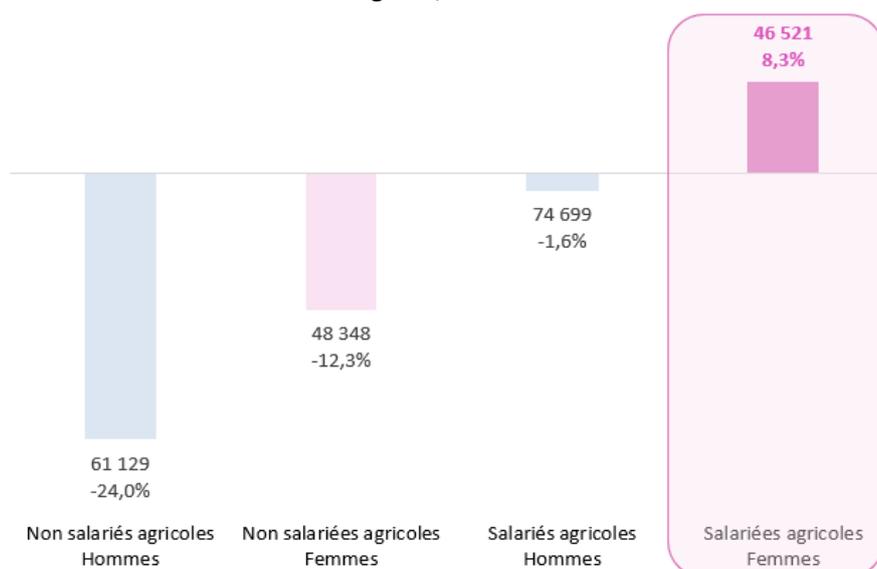
Tableau 15 :
Diabète - Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, en 2023

	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité
Diabète insulino-traité	48 290	91,7	***	22 289	80,7	***	26 001	103,8	***
Diabète	230 697	90,7	***	109 477	80,8	***	121 220	102,0	***

Source : SNDS, exploitation MSA

Par rapport à l'ensemble des consommateurs de soins tous régimes confondus, la prise en charge du diabète par l'AMO est moins fréquente chez les non-salariés agricoles (- 19,2 %). Cependant, on observe une sur-représentation des femmes salariées parmi les diabétiques, insulino traité ou non, de + 8,3 % par rapport à l'ensemble des femmes assurées tous régimes (**Annexe 2 et Graphique 9**).

Graphique 9 :
Diabète - Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, en 2023



Source : SNDS, exploitation MSA

Maladies psychiatriques chez les assurés du régime agricole

Au régime agricole, 420 477 assurés souffrent d'une **pathologie psychiatrique et/ou ont eu recours à un traitement psychotrope** au cours de l'année 2023 (soit 15 % des consommateurs de soins) (**Annexe 2**).

Les personnes atteintes de **maladies psychiatriques** sont sous-représentées dans le régime des **non-salariés** (- 26,2 %) par rapport à l'ensemble des assurés tous régimes, à âge et sexe identique : déficience mentale (- 58,4 %), troubles addictifs (- 50,9 %), troubles psychotiques (- 37,5 %), troubles psychiatriques débutant dans l'enfance (- 36,7 %) et troubles névrotiques et de l'humeur (- 13,1 %) (**Tableau 16**).

Tableau 16 :
Maladies psychiatriques - Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, en 2023

	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité
Troubles psychotiques	17 862	81,1	***	5 484	62,5	***	12 378	93,5	***
Troubles névrotiques et de l'humeur:	67 909	94,9	***	29 806	86,9	***	38 103	102,3	***
- dont troubles maniaques et bipolaires	12 234	93,4	***	4 860	89,9	***	7 374	95,9	***
- dont dépression et troubles de l'humeur autres que bipolaires	38 895	96,4	***	16 403	85,5	***	22 492	106,2	***
- dont troubles névrotiques liés au stress et somatoformes	26 235	92,4	***	12 429	86,2	***	13 806	98,8	NS
Déficience mentale	5 401	93,8	***	794	41,6	***	4 607	119,6	***
Troubles addictifs:	29 405	85,9	***	6 491	49,1	***	22 914	109,1	***
- dont troubles addictifs liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives que l'alcool, le tabac et le cannabis	3 100	109,0	***	279	31,0	***	2 821	145,1	***
- dont troubles addictifs liés à l'utilisation d'alcool	12 810	99,3	NS	2 680	52,6	***	10 130	129,8	***
- dont troubles addictifs liés à l'utilisation de dérivés du cannabis	1 340	82,8	***	104	23,5	***	1 236	105,2	*
- dont troubles addictifs liés à l'utilisation du tabac	17 311	77,2	***	4 073	46,8	***	13 238	96,5	***
Troubles psychiatriques débutant dans l'enfance	7 176	83,7	***	1 264	63,3	***	5 912	89,9	***
Autres troubles psychiatriques	13 912	71,6	***	5 203	58,7	***	8 709	82,4	***
Maladies psychiatriques	121 051	88,5	***	44 209	73,8	***	76 842	100,1	NS

Source : SNDS, exploitation MSA

En revanche, chez les hommes salariés agricoles, il existe une sur-représentation des patients atteints de **troubles addictifs** (+ 17,9%), par rapport à la population tous régimes. Les femmes salariées agricoles sont sur-représentées uniquement pour les troubles addictifs liés à l'alcool (+ 3,7 %) et aux autres substances psychoactives (+ 27,7 %).

L'addiction aux substances psychoactives autres que l'alcool, le cannabis ou le tabac⁴ est sur-représentée chez les salariés agricoles (+ 45,1 % et notamment + 51,2 % pour les hommes et + 27,7 % pour les femmes) ainsi que l'addiction à la consommation d'alcool (+ 38,5 % pour les hommes et + 3,7 % pour les femmes). Par ailleurs, les hommes salariés agricoles présentent une sur-représentation parmi les personnes prises en charge pour troubles liés à la consommation de dérivés du cannabis (+ 9,7 %) et du tabac (+ 3,5 %).

Par ailleurs, on observe une sur-représentation des hommes salariés agricoles parmi les déficiences mentales (+ 32,2 %), les dépressions et troubles de l'humeur (+ 14,6 %) ainsi que les troubles névrotiques et de l'humeur (+ 10,3 %) (**Annexe 2**).

⁴ Il s'agit plus précisément des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation :

- d'opiacés,
- de sédatifs ou d'hypnotiques,
- de cocaïne,
- d'autres stimulants, y compris la caféine,
- d'hallucinogènes,
- de solvants volatils,
- de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives.

Consommation de psychotropes chez les assurés du régime agricole

Parmi les consommateurs de psychotropes sans pathologie psychiatrique⁵, les assurés du régime agricole sont sous-représentés, comparativement aux assurés tous régimes (**Tableau 17**), à l'exception des salariés agricoles pour lesquels il existe une légère sur-représentation dans la délivrance de neuroleptiques (+ 2,9 %).

Les non-salariés agricoles sont sous-représentés dans la délivrance d'hypnotiques (- 13,8 %), d'antidépresseurs ou thymorégulateurs (- 7,0 %), de neuroleptiques (- 3,7 %), et d'anxiolytiques (- 4,8 %), en comparaison à l'ensemble des consommateurs tous régimes.

Les salariés agricoles sont sous-représentés dans la délivrance de psychotropes par rapport à l'ensemble des assurés tous régimes notamment pour les **hypnotiques** (- 6,6 %), les **antidépresseurs ou thymorégulateurs** (- 6,6 %) et les **anxiolytiques** (- 2,4 %).

A contrario, en ce qui concerne les traitements **neuroleptiques**, les hommes salariés agricoles sont sur-représentés (+ 7,9 %) en comparaison à l'ensemble des hommes consommateurs tous régimes (**Annexe 2**) alors que ce n'est pas le cas pour les hommes non-salariés agricoles ni les femmes salariées et non-salariées.

Tableau 17 :
Traitements psychotropes (hors pathologies psychiatriques) - Dénombrement et indice comparatif des consommateurs du régime agricole comparativement aux consommateurs tous régimes, en 2023

	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité
Traitements antidépresseurs ou thymorégulateurs (hors pathologies)	165 309	93,2	***	83 633	93,0	***	81 676	93,4	***
Traitements neuroleptiques (hors pathologies)	19 954	99,2	non-significatif	10 783	96,3	***	9 171	102,9	***
Traitements anxiolytiques (hors pathologies)	162 977	96,3	***	87 333	95,2	***	75 644	97,6	***
Traitements hypnotiques (hors pathologies)	59 101	89,3	***	32 366	86,2	***	26 735	93,4	***
Traitements psychotropes (hors pathologies)	299 426	94,6	***	157 286	93,5	***	142 140	95,8	***

Source : SNDS, exploitation MSA

Cancer chez les assurés du régime agricole

Toutes localisations cancéreuses confondues, 94 335 assurés du régime agricole sont traités pour un cancer actif⁶ (3,4 % des consommateurs de soins) et 115 848 ont un cancer en phase de surveillance (4,1 % des consommateurs) (**Annexe 2**).

Sous-risques prédominants pour de nombreux cancers

En comparaison aux bénéficiaires de soins tous régimes, ceux du régime agricole présentant un cancer actif ou sous surveillance sont sous-représentés (- 7,5 %), tant parmi les salariés que les non-salariés (**Annexe 2**).

Cette sous-représentation est particulièrement marquée pour ces localisations cancéreuses :

- bronchopulmonaire (- 27,1 %)
- vessie (- 26,1 %)
- col de l'utérus (- 20,5 %)
- foie ou voies biliaires (- 19,2 %)
- sein, pour la femme (- 15,3 %)

⁵ Identifiée par les algorithmes (personnes ayant reçu au moins 3 délivrances de psychotropes à différentes dates, et qui n'ont pas de pathologie psychiatrique retrouvée).

⁶ Les cancers en phase active de traitement (dits « actifs ») et les cancers en surveillance sont distingués. Une même personne ne peut pas avoir un cancer actif et un cancer en surveillance pour la même localisation. Les cancers (actifs ou en surveillance) et les cancers actifs sont repérés dans un premier temps, puis les cancers en surveillance sont déduits des deux premiers (pour plus de précisions, voir méthodologie repérage des pathologies sur le site Ameli).

Pour ces cinq cancers, le sous-risque est particulièrement prononcé chez les non-salariés agricoles en comparaison à l'ensemble des assurés tous régimes confondus (- 47,1 % pour le cancer bronchopulmonaire, - 34,2 % pour le cancer de la vessie, - 41,8 % pour le cancer du col de l'utérus, - 27,4 % pour le cancer du foie ou des voies biliaires, - 21,9 % pour le cancer du sein de la femme).

Autres sous-représentations dans les cancers

D'autres localisations cancéreuses présentent également des sous-risques dans des proportions plus faibles dans le régime agricole chez les salariés et les non-salariés. Il s'agit notamment du cancer colorectal, du cancer de l'os, du lymphome non hodgkinien, de la maladie myéloproliférative et syndrome myélodysplasique, du cancer du pancréas, du cancer de la thyroïde, des cancers non classés ailleurs.

Sur-représentation agricole pour quelques cancers

Cependant, pour certains cancers, il existe une sur-représentation des assurés du régime agricole en comparaison à l'ensemble des bénéficiaires de soins :

- **Leucémie lymphoïde, chronique ou non précisée, sous surveillance** chez les hommes non-salariés agricoles (+ 21,1 %) et chez les femmes non-salariées agricoles (+ 6,0 %)
- **Mélanome de la peau** uniquement chez les femmes : + 14,3 % chez les non-salariées agricoles et + 3,9 % chez les salariées agricoles.

Sur-représentation exclusivement chez les hommes

- Salariés agricoles :
 - **Cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) actif** : + 11,4 %
 - **Cancer de l'appareil respiratoire/thorax sans précision sous surveillance** : + 27 %
- Non-salariés agricoles :
 - **Cancer hématologique sans précision actif** : + 28 %

Maladies dégénératives ou neurologiques chez les assurés du régime agricole

Parmi les **maladies dégénératives ou neurologiques** qui affectent 119 707 assurés, les assurés du régime sont sous-représentés (- 5 %) par rapport aux consommateurs tous régimes. Cependant, les situations varient en fonction de la pathologie et du régime professionnel (**voir Annexe 2**).

Les non-salariés, tant les hommes (+ 7 %) que les femmes (+5,3 %), sont sur-représentés pour la **maladie de Parkinson** (+ 6,2 %).

Seuls les hommes salariés sont sur-représentés pour l'épilepsie (+ 17,7 %).

Autres maladies chez les assurés du régime agricole

Les **maladies respiratoires chroniques** touchent 184 817 assurés du régime agricole, soit 6,6 % des consommateurs de soins. Ces pathologies sont globalement sous-représentées parmi les assurés agricoles, avec un écart de - 5,5 % par rapport à l'ensemble des régimes.

Plus de 52 000 assurés agricoles (1,9 %) sont atteints de **maladies inflammatoires chroniques**. Dans l'ensemble, les consommateurs agricoles atteints par ces pathologies sont également sous-représentés (- 5,8 %), bien que certaines formes soient plus fréquentes. C'est notamment le cas de la **polyarthrite rhumatoïde**, avec une sur-représentation chez les femmes non-salariées agricoles (+ 9,8 %), mais aussi chez les hommes : + 18,8 % pour les non-salariés et + 8,3 % pour les salariés.

Comparativement à l'ensemble des consommateurs de soins tous régimes, ceux du régime agricole sont moins représentés parmi les personnes atteintes de certaines pathologies, comme **l'infection par le VIH** (- 60,6 %), la **mucoviscidose** (- 17,2 %) ou les **maladies du foie et du pancréas** (- 17,7 %).

Une sous-représentation est également observée pour l'**hémophilie ou troubles de l'hémostase graves** (- 23,0 %).

En revanche, les **maladies métaboliques héréditaires** sont sur-représentées chez les hommes non-salariés agricoles (+ 14,7 %) ainsi que chez les hommes salariés agricoles (+ 5,3 %).

Enfin, l'insuffisance rénale chronique terminale est moins fréquemment observée parmi les assurés agricoles (- 16,3 %).

Hospitalisations liées à la Covid-19

Les assurés du régime agricole présentent un niveau **d'hospitalisations liées à la Covid-19** globalement équivalent à celui observé dans l'ensemble des régimes. En revanche, ils sont sous-représentés parmi **celles qui ont lieu en soins intensifs** (- 19,2 %).

Traitements antalgiques ou anti-inflammatoires chez les assurés du régime agricole

En 2023, 34 264 assurés du régime agricole ont reçu un **traitement antalgique ou anti-inflammatoire** (en dehors des prises en charge liées à une pathologie identifiée, à un traitement spécifique, à une maternité ou à une hospitalisation). Par rapport à l'ensemble des régimes d'assurance maladie, les assurés agricoles présentent une sous-représentation de 10,3 % pour ces traitements.

Toutefois, en ce qui concerne uniquement les **traitements anti-inflammatoires** (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations), seuls les hommes salariés agricoles présentent une sur-représentation (+ 14,5 %).

Traitements corticoïdes

Les hommes non-salariés agricoles sont sur-représentés concernant les délivrances de **traitements corticoïdes** (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations) : + 31,5 % par rapport aux hommes de l'ensemble des régimes.

Obésité

Au régime agricole, les personnes prises en charge pour obésité avec séjour hospitalier sont sur-représentées (+ 1,6 %) en comparaison à la population tous régimes :

- femmes non-salariées : + 1,8 %
- hommes non-salariés : + 6,8 % ; hommes salariés : + 4,2 %

Hospitalisations selon le Domaine d'Activité (DA)

Concernant les hospitalisations par domaine d'activité, on observe des différences selon le sexe au sein du régime agricole comparativement à l'ensemble des régimes.

Les non-salariés agricoles sont sur-représentés dans les hospitalisations pour **endocardite** (+ 19,4 %), aussi bien pour les femmes (+ 24,3 %) que pour les hommes (+ 17,3 %).

Les hospitalisations pour **varices des membres inférieurs** sont significativement plus fréquemment observées chez les hommes et les femmes non-salariés agricoles : respectivement + 8,9 % et + 36,5 % par rapport aux consommateurs de l'ensemble des régimes.

Concernant les hospitalisations pour **appendicite**, les hommes non-salariés présentent une sur-représentation notable (+ 17,0 %), et plus modéré chez les salariés agricoles (+ 6,2 % pour les hommes et + 8,5 % pour les femmes).

Les salariés agricoles (hommes et femmes) sont sur-représentés dans les hospitalisations pour **pathologies ou traitements dentaires** comparativement à l'ensemble des régimes (respectivement + 11,6 % et + 6,6 %).

Les assurés du régime agricole en comparaison à l'ensemble des régimes sont également sur-représentés dans les hospitalisations pour :

- **Arthroscopies, biopsies ostéo-articulaires** (+ 13,7 %)
- **Arthrose de la hanche** (+ 21,1 %) avec une très grande sur-représentation de + 57,6 % chez les hommes non-salariés agricoles
- **Fracture du membre inférieur** (+ 3,6 %), sur-représentation plus importante chez les hommes salariés agricoles (+ 10,5 %)
- **Fracture du membre supérieur** (+ 6,3 %), sur-représentation plus élevée chez les hommes salariés agricoles (+ 15,6 %)
- **Arthrose du genou** (+ 19,8 %), une très grande sur-représentation de + 42,7 % chez les hommes non-salariés agricoles et + 20,9 % chez les femmes non-salariées agricoles
- **Polytraumatisme** (+ 27,9 %), sur-représentation de + 42,1 % chez les hommes non-salariés et + 39,7 % chez les hommes salariés agricoles
- **Syndrome du canal carpien** (+ 19,8 %)
- **Fracture du rachis** (+ 8,3 %), les hommes salariés et non-salariés ont une sur-représentation de + 23,6 % comparé aux hommes de l'ensemble des régimes
- **Compression des racines et des plexus nerveux**, sur-représentation pour les hommes salariés agricoles (+ 20,8 %)
- **Discopathie**, sur-représentation chez les hommes et les femmes salariés (+ 14,6 % et + 9,3 %)

On observe par ailleurs des sous-représentations notables chez les assurés agricoles comparativement à l'ensemble des assurés des régimes d'assurance maladie pour de nombreuses hospitalisations :

- Circoncision (- 31,8 %)
- Naissance vivante (- 19,0 %)
- Hémorroïdes (- 17,6 %)
- Endoscopie digestive (- 14,5 %)
- Glaucome (- 11,7 %)
- Ulcère gastroduodénal (- 10,5 %)

Évolution des pathologies

En 2023, le nombre de personnes ayant eu recours à des soins pris en charge par l'AMO a légèrement diminué par rapport à 2022 et 2021 et se situe désormais à un niveau inférieur à celui de 2020. Il convient de rappeler que cette population avait connu une augmentation notable en 2021 en raison de la prise en charge de soins liés à la Covid pour une partie de la population qui n'avait jusqu'alors pas recours aux soins. Cette hausse avait alors eu un effet à la baisse sur les taux de prévalence des pathologies observés cette année-là.

C'est pourquoi, afin de neutraliser les effets des variations de population associées à la crise sanitaire, les taux de prévalence des grands groupes de pathologies ont également été calculés à partir de la population protégée sur l'ensemble de l'année (c'est-à-dire population consommante et non consommante), et ce pour les cinq années d'observation (**Graphique 10 - partie droite**).

La proportion de personnes atteintes par une **maladie cardiovasculaire** en 2023 continue à décroître depuis 2020, le taux de croissance annuel moyen (TCAM) est de - 0,9 % en 5 ans. En revanche, le taux de prévalence de personnes sans pathologies cardiovasculaires mais traitées pour ce risque, qui baissait depuis 2018, augmente pour la première fois en 2023 (**Graphique 10 - partie droite**).

Les assurés agricoles atteints par des **maladies neurologiques ou dégénératives** sont en constante diminution depuis 2018 (- 2,3 % en 2023).

En revanche, les **maladies respiratoires chroniques** dont la prévalence diminuait régulièrement dans la population agricole depuis 2017 connaît un rebond depuis 2022 (+ 1,3 % en 2023). Il en est de même pour **les maladies psychiatriques** qui diminuaient depuis 2021 et qui voient leur taux de prévalence augmenter légèrement en 2023 (+ 1,2 %).

Par ailleurs, la proportion de patients **diabétiques** progresse lentement chaque année depuis 2020.

Il en est de même pour les **maladies inflammatoires ou rares ou infection VIH** (+ 3,4 %) depuis 2019.

Le taux de prévalence **des cancers** reste plutôt stable ces dernières années avec une augmentation moyenne annuelle en 5 ans de + 0,1 %.

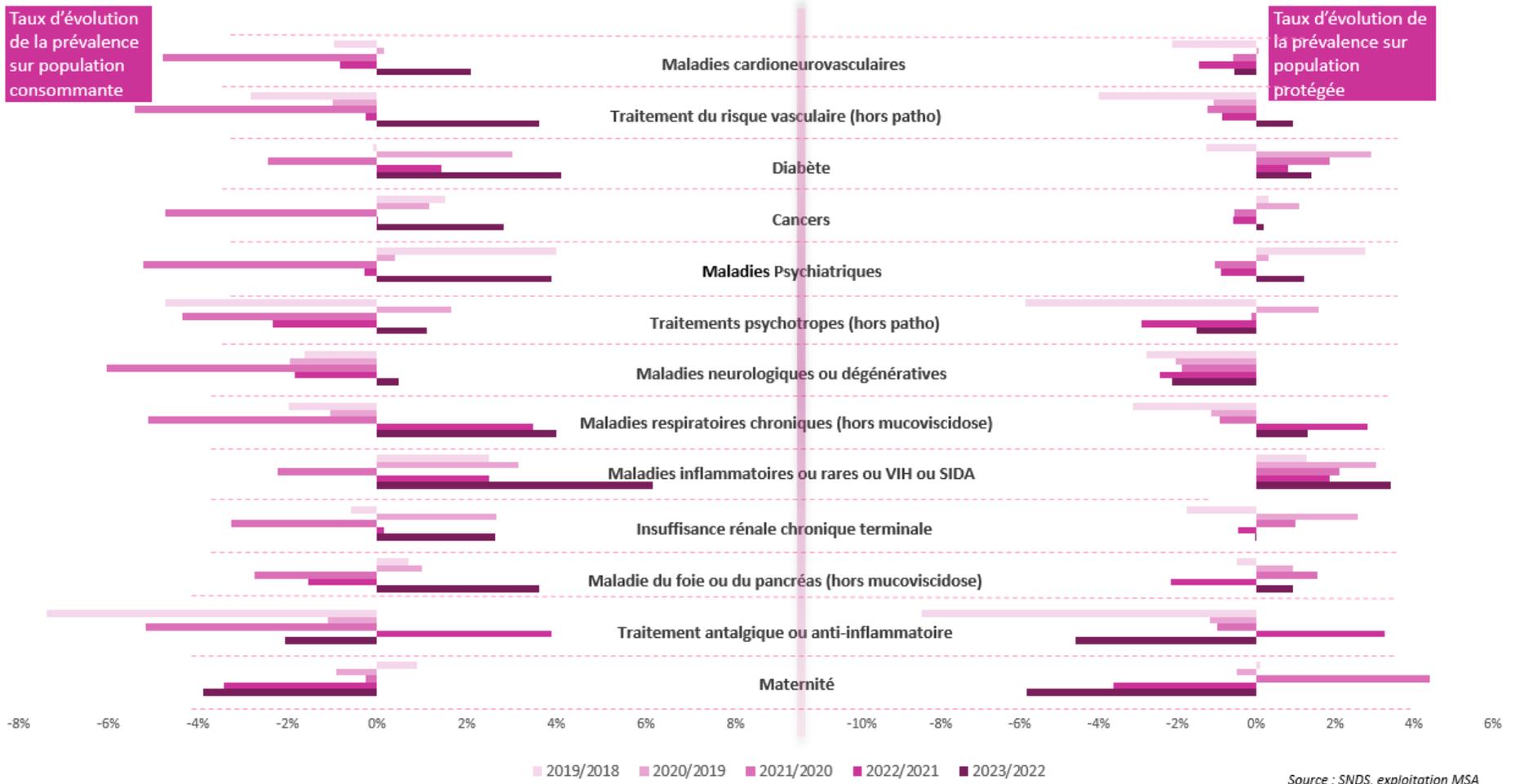
Le taux de maternité enregistre une nouvelle baisse (- 5,8 % par rapport à 2022), poursuivant la tendance observée en 2021 (- 3,2 %).

Certaines pathologies présentent une baisse marquée de leur taux de prévalence :

- Hospitalisation pour covid-19 : - 45,5 %
- Hépatite C chronique ou guérie : - 14,8 %
- Hospitalisation pour bronchiolite : - 10,2 %
- Cancer des organes génitaux masculins sans précisions : - 9,7 %
- Maladie d'Alzheimer : - 8,6 %
- L'embolie pulmonaire : - 7,0 %
- Lymphome hodgkinien : - 6,8 %
- Traitements hypnotiques : - 5,1 %
- Cancer de l'appareil digestif : - 4,0 %

Graphique 10 :

Evolution des taux de prévalence des grands agrégats depuis 2018 rapportés à la population consommante de soins ou rapportés à la population protégée



En 2023, le taux de recours aux hospitalisations hors pathologies, repérées dans le cadre de la cartographie Cnam, a augmenté (+ 4,4 %). L'année 2021 était une année de forte croissance de ce type d'hospitalisation (+ 11,1 %), notamment en raison du report d'hospitalisations déprogrammées pendant la crise sanitaire de 2020.

2.2.2. La structure par pathologie de la dépense Ondam au régime agricole en 2023

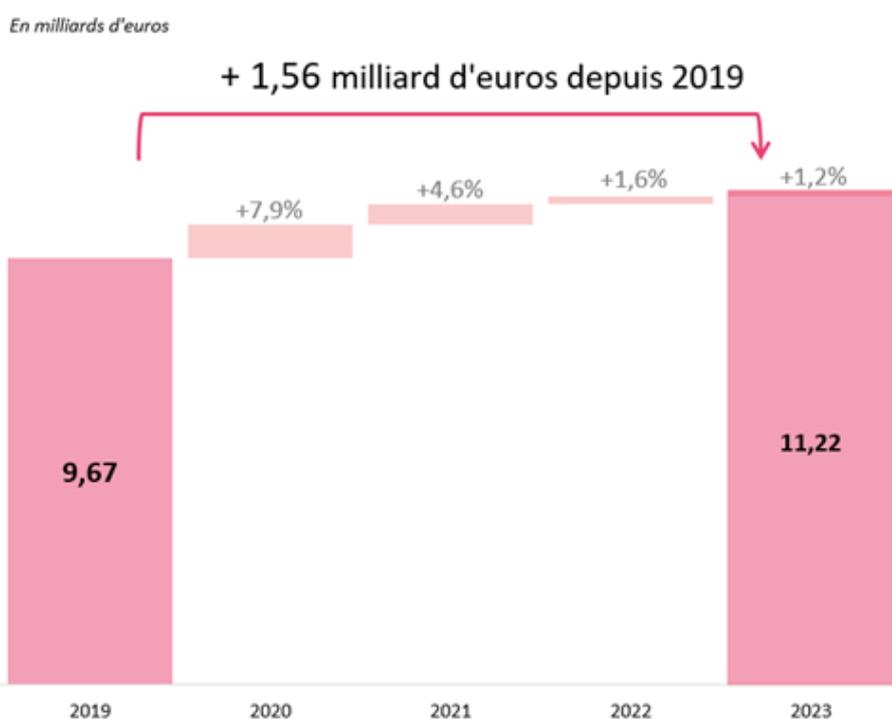
En 2023, 2,8 millions de personnes affiliées au régime agricole ont bénéficié de soins médicaux. Leur prise en charge a représenté un montant total de remboursements de 11,22 milliards d'euros⁷, soit une hausse limitée de 1,2 % par rapport à l'année précédente (soit près de 140 millions d'euros supplémentaires) (**Graphique 11**).

Une augmentation des dépenses sur ces 4 dernières années : + 1,56 milliard d'euros

Sur la période 2019-2023, les dépenses totales liées aux remboursements des assurés agricoles sont passées de 9,67 milliards d'euros en 2019 à 11,22 milliards d'euros en 2023.

Si l'on observe une progression continue des dépenses sur l'ensemble de la période, la dynamique de croissance annuelle tend, elle, à ralentir au fil des années (de + 7,9 % à + 1,2 %). Cette modération progressive témoigne d'un retour à l'équilibre rattaché notamment à l'absorption des effets post-Covid.

Graphique 11 :
Evolution de la dépense totale (basée sur l'Ondam) au régime agricole entre 2019 et 2023



Source : SNDS - Exploitation MSA

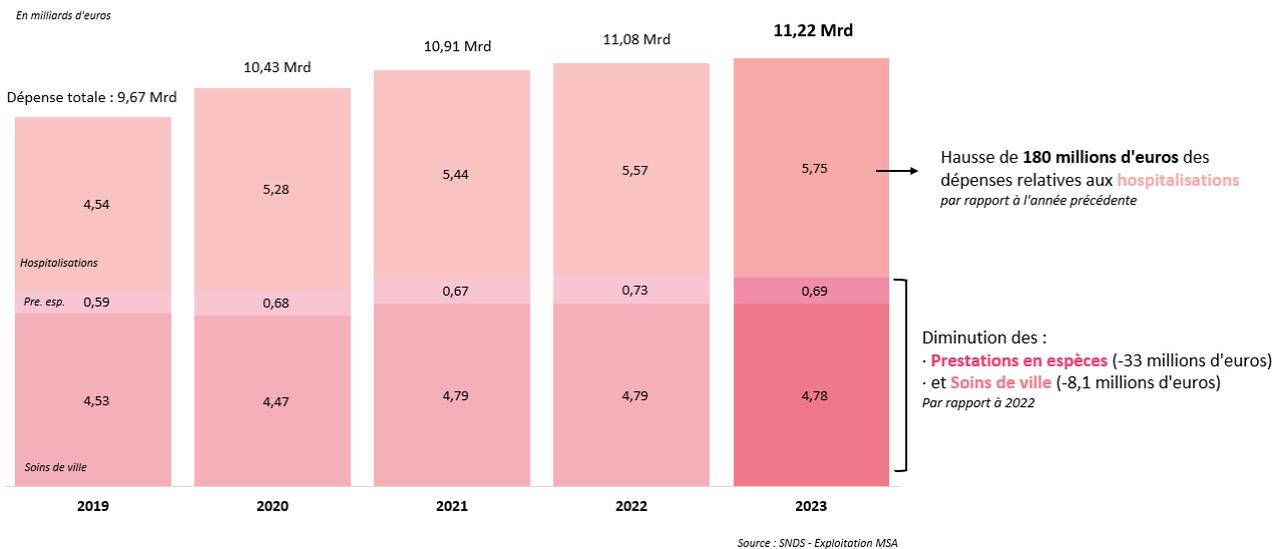
L'augmentation des dépenses observée en 2023 s'explique principalement par la progression des dépenses liées aux hospitalisations, en hausse de 180 millions d'euros. À l'inverse, les prestations en espèces et les soins de ville reculent respectivement de 33 et 8,1 millions d'euros (**Graphique 12**).

Sur la période 2019-2023, une tendance générale à la hausse est constatée pour l'ensemble des postes de dépenses. Toutefois, depuis 2020, la répartition entre ces postes reste stable.

Les hospitalisations continuent ainsi de représenter la part la plus importante des dépenses (50 % en moyenne), suivies par les soins de ville (44 %) et les prestations en espèces (6 %).

⁷ Hors poste non individualisable : Secteur médico-social, Fonds d'intervention régional (FIR), Fonds de modernisation et de l'investissement en santé (FMIS), Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), etc.

Graphique 12 :
Montant des dépenses par poste et année



La structure par pathologie des dépenses de l'Ondam au régime agricole

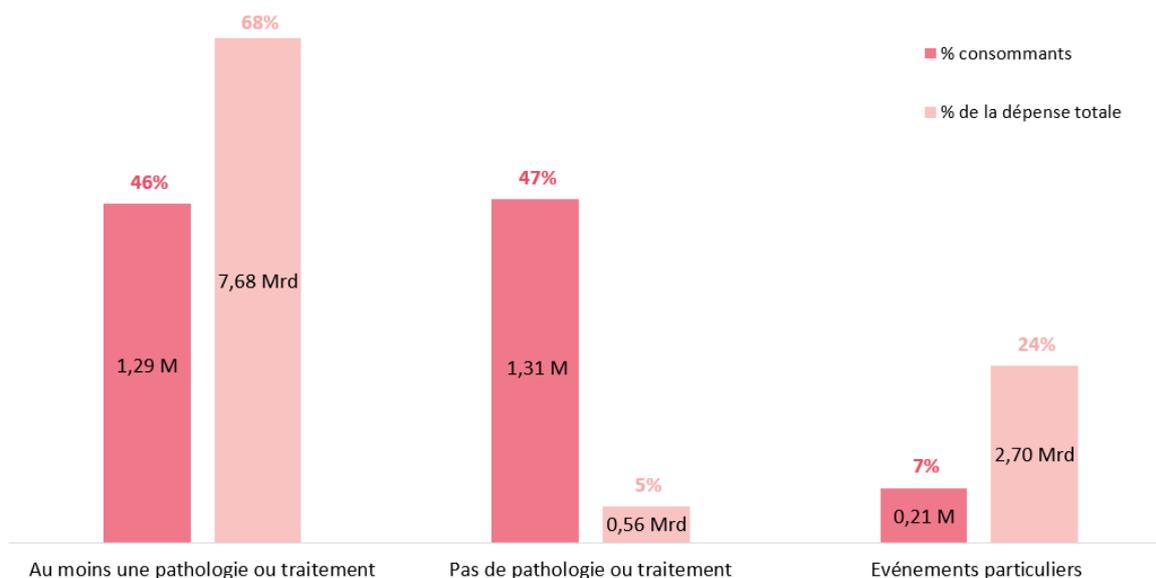
La dépense du régime agricole pour chaque pathologie ou épisode de soins est calculée sur la base du montant moyen par assuré de la dépense « tous régimes » et du nombre d'assurés MSA, puis elle est ajustée au montant de l'Ondam du régime agricole⁸.

Ainsi, les 11,22 milliards d'euros remboursés en 2023 auprès des 2,8 millions d'assurés se répartissent entre différents types d'événements de soins :

- d'une part, les personnes atteintes d'une pathologie identifiée ou bénéficiant d'un traitement spécifique, qui concentrent les deux-tiers du montant global, soit près de 8 milliards d'euros. Cette population représente 1,3 million d'assurés, soit 46 % de la population totale ayant consommé des soins (**Graphique 13**).
- 47 % des assurés ayant eu recours à des soins ne présentent aucune des pathologies ou événements de soins repérés par cette cartographie.
- les 7 % restants des assurés concernent des événements particuliers : hospitalisations liées à la Covid-19, maternité, hospitalisations ponctuelles, ainsi que traitements antalgiques ou anti-inflammatoires.

⁸ Estimation réalisée sur la base de la méthodologie de la Cnam sur la composition des dépenses de la cartographie (version G12) : https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2024_composition-postes-depenses_cartographie.pdf

Graphique 13 :
Répartition des effectifs et des dépenses par événements de soins en 2023



*Nota bene : Pour aboutir au total des 11,22 Mrd d'euros, rajouter les dépenses liées aux soins courants ; qui ne sont pas affectées à des pathologies spécifiques.
Montant associé : 0,29 Mrd - soit 3% de la dépense totale.*

Source : SNDS - Exploitation MSA

Parmi les 17 événements de soins identifiés dans la cartographie des dépenses, quatre postes concentrent à eux seuls les deux-tiers de la dépense totale remboursée par le régime agricole, soit 7,22 milliards d'euros (**Graphique 14**).

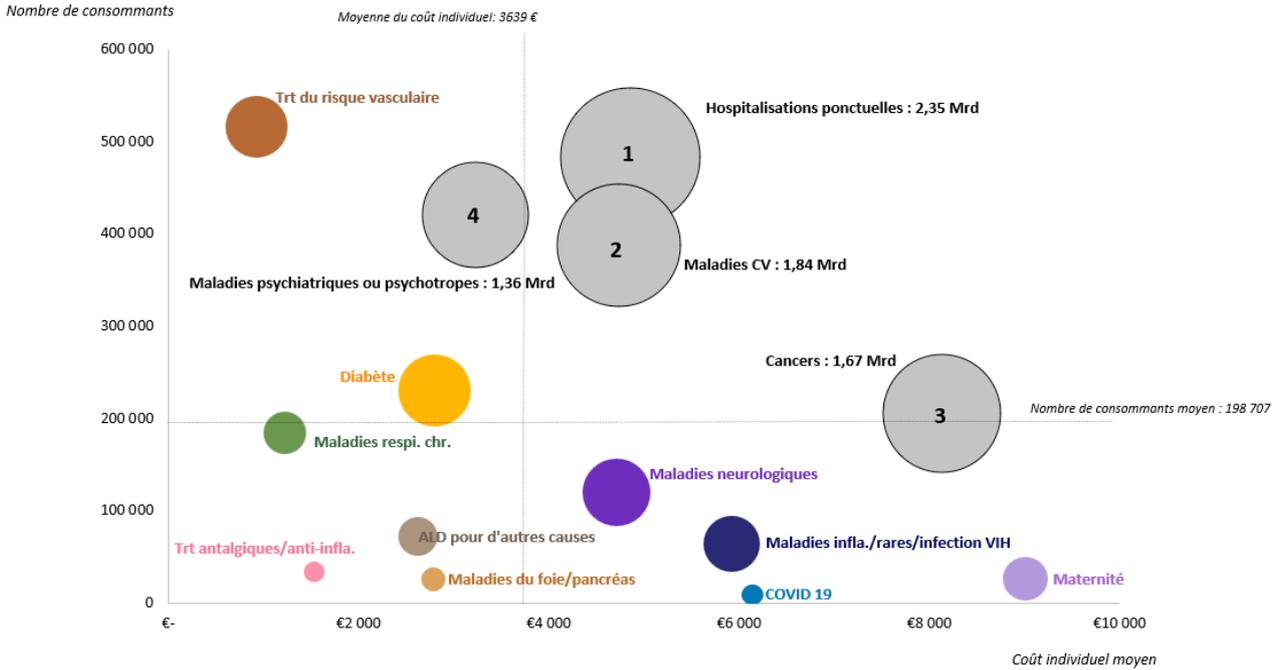
1. Les **hospitalisations ponctuelles**, qui représentent à elles seules 20,9 % de la dépense totale du régime agricole, soit 2,35 milliards d'euros, pour près de 500 000 bénéficiaires avec un coût individuel moyen de 4 859 euros ;
2. Les maladies **cardioneurovasculaires**, qui concentrent 16,4 % de cette dépense avec 1,84 milliard d'euros, pour 390 000 consommateurs de soins avec un coût individuel moyen de 4 737 euros ;
3. Les **cancers**, 14,9 % de la dépense globale, pour un total de 1,67 milliard d'euros, pour 206 000 bénéficiaires avec un coût individuel moyen de 8 133 euros ;
4. Les **maladies psychiatriques ou traitements psychotropes**, 12,1 % des dépenses, pour un total de 1,36 milliard d'euros, pour 420 500 bénéficiaires avec un coût individuel moyen de 3 228 euros.

Les dépenses de santé présentent ainsi des caractéristiques hétérogènes selon les types d'évènements de soins, qui peuvent être regroupés en deux grandes catégories :

- d'une part, les évènements de soins fréquents, impliquant un grand nombre de bénéficiaires mais associés à des coûts de prise en charge unitaires relativement faibles ;
- d'autre part, les évènements plus rares, concernant une faible proportion d'assurés, mais générant des dépenses moyennes par individu particulièrement élevées.

Graphique 14 :
Répartition des dépenses de l'Ondam au régime agricole en 2023 par pathologie
selon le nombre de consommateurs et le coût moyen par personne

(hors « soins courants », « insuffisance rénale chronique terminale » et « pas de pathologie ou traitement repéré »)



Cette disparité est d'autant plus marquée pour les catégories affinées de pathologies (**Graphique 15**).

Hausse continue des quatre principaux postes de dépenses de 2019 à 2023

L'ensemble des quatre principaux postes de dépenses, à savoir les hospitalisations ponctuelles, les maladies cardionéurovasculaires, les cancers et les maladies psychiatriques ou traitements psychotropes, enregistrent une hausse continue des dépenses depuis 2019 (à l'exception des hospitalisations ponctuelles en 2020).

Sur les quatre dernières années, leur progression est la suivante (**Graphique 15**) :

- Hospitalisations ponctuelles : + 14,1 %, passant de 2,06 milliards d'euros en 2019 à 2,35 milliards en 2023 ;
- Maladies cardionéurovasculaires : + 8,4 %, de 1,69 milliard à 1,84 milliard ;
- Cancers : + 31,6 %, de 1,27 milliard à 1,67 milliard ;
- Maladies psychiatriques ou traitements psychotropes : + 18 %, de 1,15 milliard à 1,36 milliard.

Sur la dernière année observée, la dynamique reste haussière, en particulier pour les hospitalisations ponctuelles (+ 5,9 %) et les cancers (+ 6,9 %). La croissance des deux autres postes est plus modérée : + 1,5 % pour les maladies cardionéurovasculaires et + 0,4 % pour les maladies psychiatriques ou psychotropes.

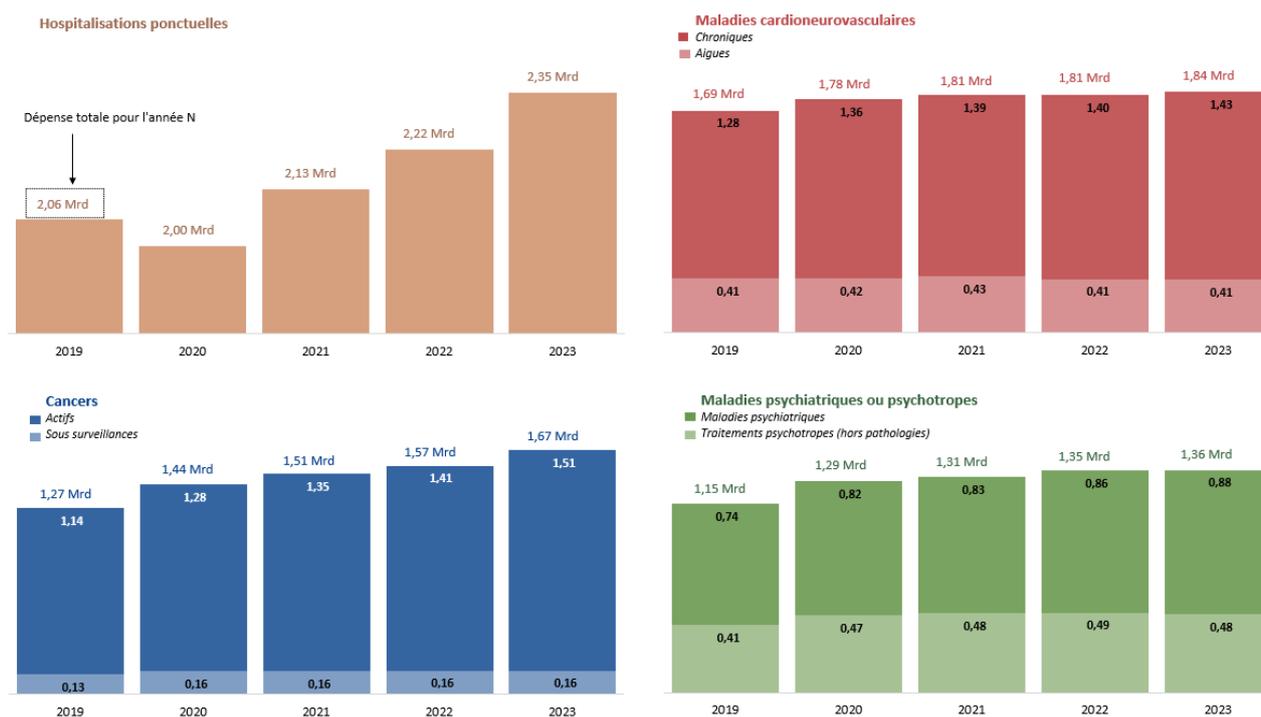
Les tendances constatées sont principalement portées par les maladies cardionéurovasculaires chroniques, les cancers actifs ainsi que les maladies psychiatriques.

En revanche, au sein même de ces groupes de pathologies, la dépense reste stable sur cette période pour :

- les maladies cardiovasculaires aiguës,
- les cancers sous surveillances,
- les traitements psychotropes.

L'évolution des autres groupes de pathologies est présentée dans les pages suivantes (**Graphique 18**). Parmi ces derniers, une attention particulière doit être portée aux « maladies inflammatoires, rares ou VIH », ainsi qu'au diabète, dont les taux de croissance annuels moyens depuis 2019 s'élèvent respectivement à 9,0 % et 4,9 %.

Graphique 15 :
Les quatre principaux postes de dépenses de 2019 à 2023



Source : SNDS - Exploitation MSA

Hausse du coût individuel moyen malgré une baisse des effectifs

Entre 2019 et 2023, la plupart des événements de soins présentent une augmentation du coût individuel moyen et une diminution du nombre de consommateurs affectés par la pathologie.

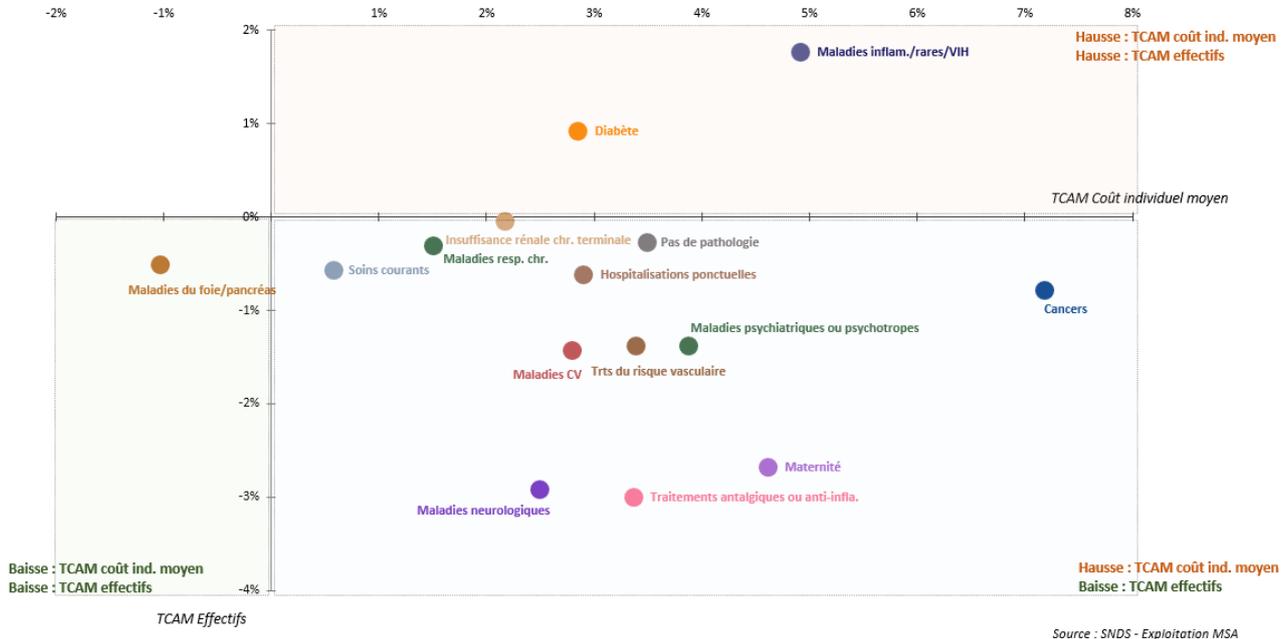
Cette conclusion, observable sur le **graphique 16**, se caractérise par :

- des coûts individuels moyens en hausse malgré une baisse des effectifs pour 12 événements de soins (sur 15) ;
- des coûts individuels moyens augmentant conjointement aux effectifs pour 2 pathologies :
 - diabète (coût individuel moyen de + 2,8 % par an et effectifs de + 0,9 %),
 - maladies inflammatoires, rares ou infections à VIH (coût individuel moyen de + 4,9 % par an et effectifs de + 1,8 %),
- une baisse simultanée des deux indicateurs uniquement pour les maladies du foie ou du pancréas (coût individuel moyen de - 1,0 % et effectifs de - 0,5 %).

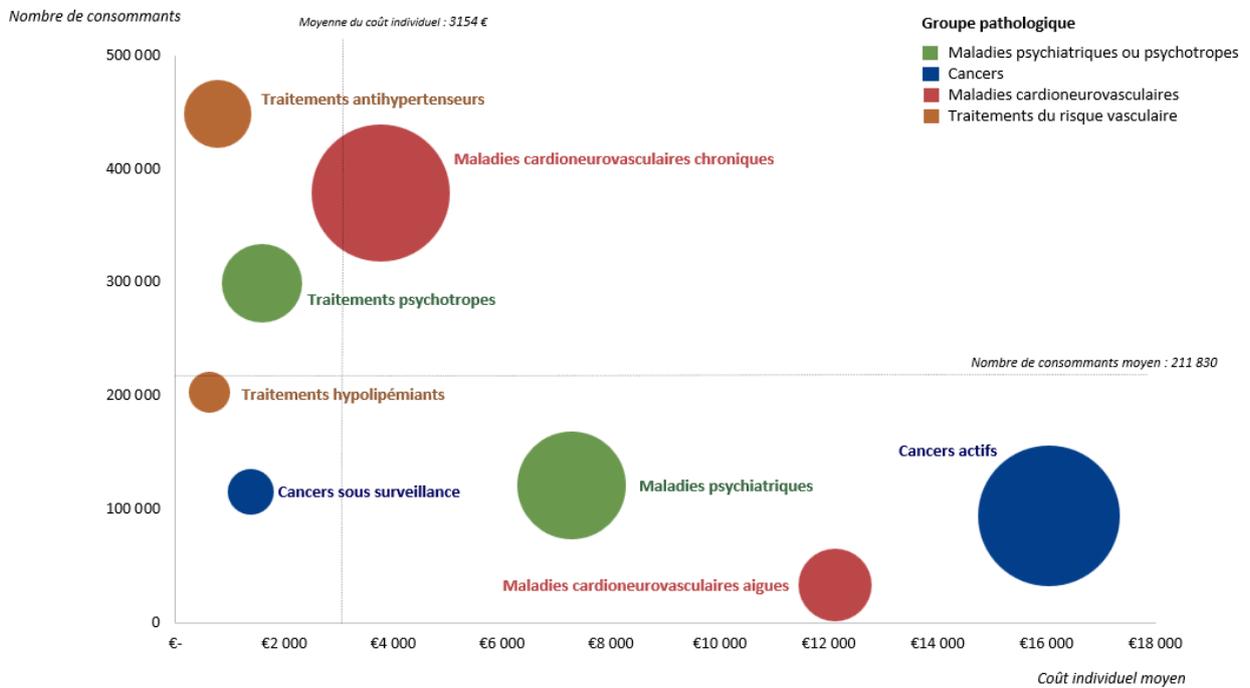
Ce sont les cancers qui ont la croissance du coût individuel moyen la plus importante (+ 7,2 %), qu'ils soient actifs et sous surveillances (respectivement + 6,7 % et + 4,5 %) (**Graphique 17**). Cela témoigne de l'augmentation des coûts des traitements car le nombre d'assurés concernés par ces cancers a baissé.

Enfin, les effectifs restent relativement stables (ou en légère baisse), pour les soins courants (- 0,6 %), les maladies respiratoires chroniques (- 0,3 %), les hospitalisations ponctuelles (- 0,6 %) ou encore les consommateurs sans pathologie repérées dans la cartographie⁹ (- 0,3 %).

Graphique 16 :
Taux de croissance annuel moyen du nombre de personnes concernées et du coût individuel moyen (2019-2023)
 (hors « Covid 19 » et « ALD »)



Graphique 17 :
Dépenses de l’Ondam au régime agricole par groupe affiné de pathologies, effectif de bénéficiaires et coût moyen par personne, en 2023



Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle au montant des dépenses totales remboursées.

Source : SNDS - Exploitation MSA

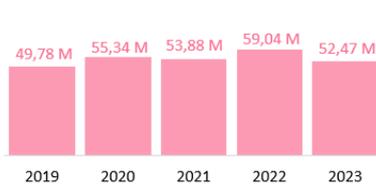
⁹ « Pas de pathologie » dans le Graphique 16.

Graphique 18 :

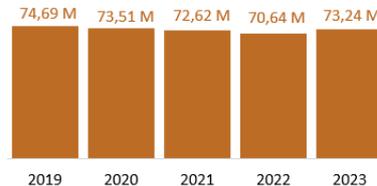
Evolution en millions d'euros des postes de dépenses entre 2019 et 2023 (hors « ALD » et « Pas de pathologie »)

Dépenses inférieures à 150 M

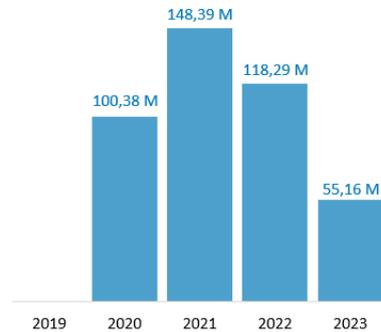
Traitements antalgiques ou anti-inflammatoires



Maladies du foie ou du pancréas

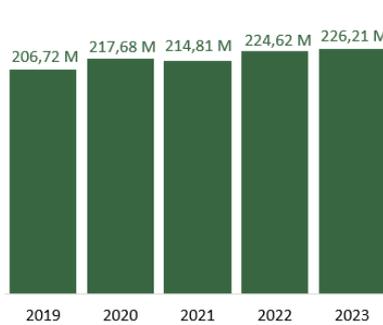


COVID 19

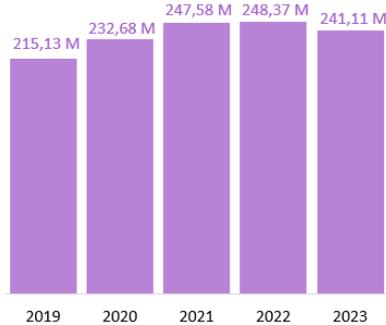


Dépenses comprises entre 200 M et 255 M

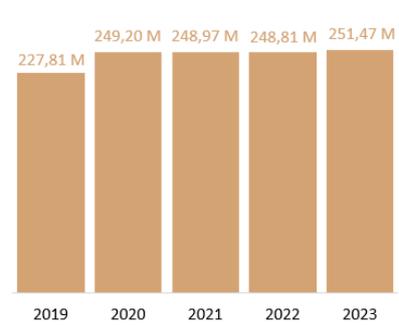
Maladies respiratoires chroniques



Maternité

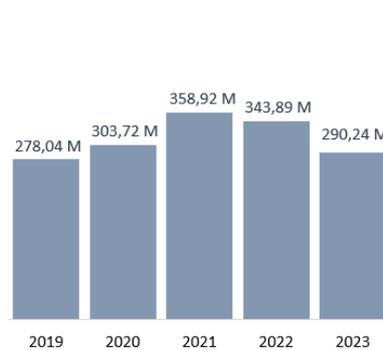


Insuffisance rénale chronique terminale

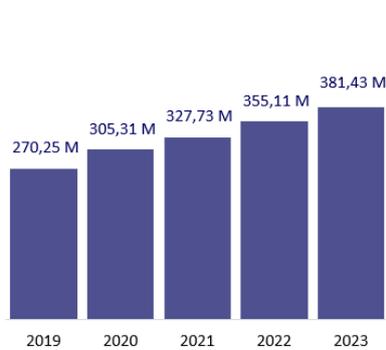


Dépenses comprises entre 260 M et 480 M

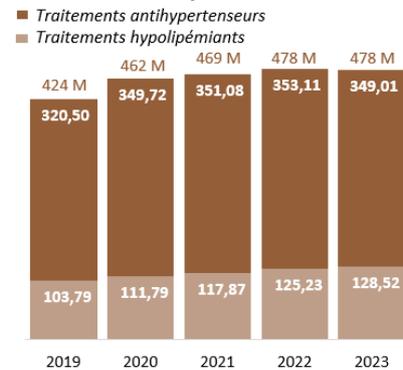
Soins courants



Maladies inflammatoires, rares ou VIH

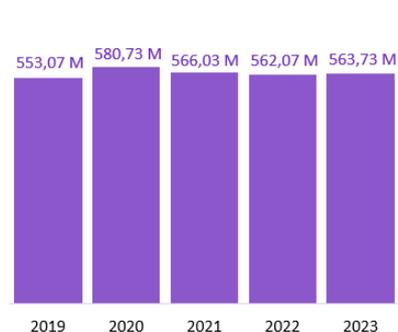


Traitements du risque vasculaire

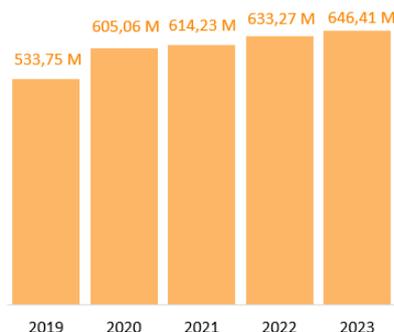


Dépenses supérieures à 500 M

Maladies neurologiques

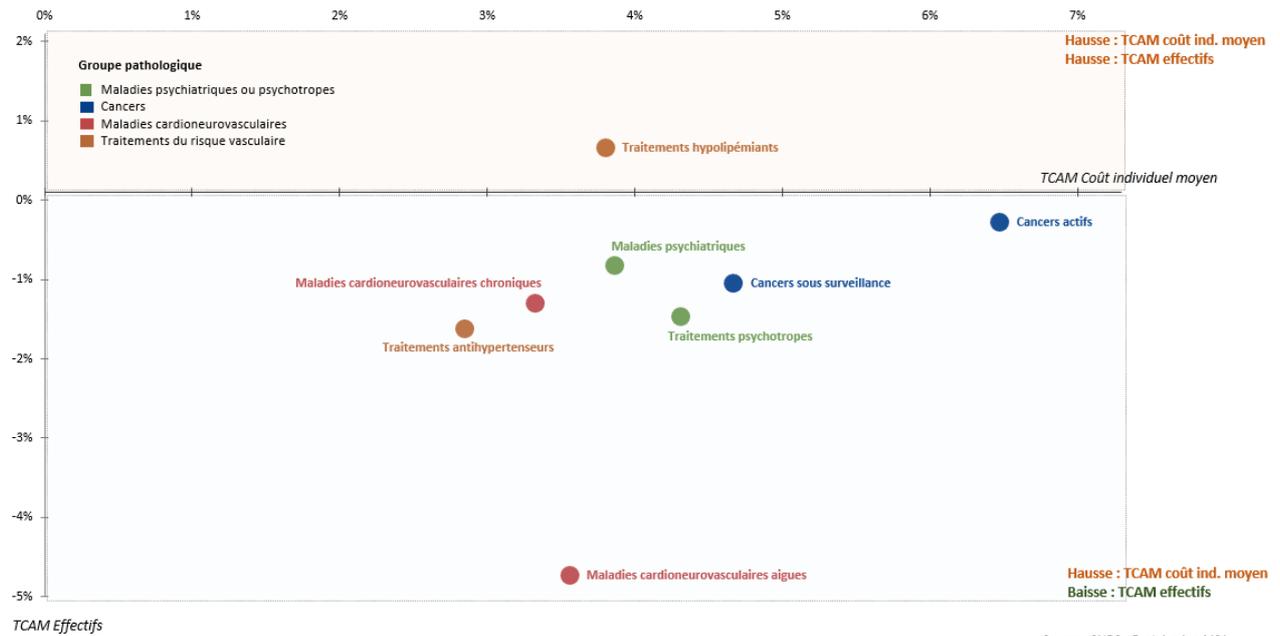


Diabète



Source : SNDS - Exploitation MSA

Graphique 19 :
Taux de croissance annuel moyen du nombre de consommateurs et du coût individuel moyen par sous-catégories pathologiques (2019-2023)



2.2.3. La mortalité par suicide et les tentatives de suicide au régime agricole

2.2.3.1. La mortalité par suicide au régime agricole en 2022 et sur la période 2019-2022

Principaux résultats

Quel que soit le régime d'affiliation au régime agricole (salarié agricole-SA- ou non-salarié agricole-NSA-), il existe un **sur-risque du phénomène suicidaire comparativement à l'ensemble des régimes (Tableau XX)**.

En 2022, les assurés¹⁰ agricoles ont un **sur-risque de suicide (Tableau 18)** :

- chez les 15-64 ans : sur-risque de **46 % (40 % pour les salariés et 57 % les non-salariés)**.
- chez les 65 ans et plus : sur-risque de **52 % (dont 77 % pour les non-salariés)**.

Pour les assurés MSA, un **risque de plus en plus marqué chez les actifs et toujours très élevé chez les non-salariés âgés** sur la période 2019-2022 :

- chez les 15-64 ans : **+ 10 points** sur l'ensemble du régime (**+ 8 points** pour les SA et **+ 13 points** pour les NSA).
- chez les 65 ans et plus : stabilité chez les NSA (-1 point).

Facteurs de risque liés au suicide – Etude sur l'ensemble des régimes en 2022.

Pour les **15-64 ans (Graphique 22)**,

1. Une augmentation du risque avec l'âge.
2. Une influence du sexe : les hommes ont quasiment 3 fois plus de risque que les femmes.
3. Les assurés agricoles (aussi bien non-salariés que salariés) sont des populations à haut risque de suicide comparativement aux autres régimes.
4. Les troubles mentaux sont étroitement liés au suicide, constituant le premier facteur de risque.
5. Les tentatives de suicide (TS) amplifient le phénomène suicidaire.
6. Les arrêts de travail pour maladie ou accident du travail accentuent le risque de suicide.

Pour les **65 ans et plus (Graphique 23)** : constats identiques avec quelques particularités.

1. Le sur-risque est le plus élevé pour les personnes de 80 ans et plus.
2. Le risque chez les hommes est 5 fois plus important que chez les femmes.
3. Les tentatives de suicide constituent le facteur de risque le plus important pour cette tranche d'âge.
4. Une offre suffisante en médecins généralistes apparaît corrélée à une diminution de ce risque.

L'analyse des **parcours de soins** dans l'année précédant le suicide a permis de mettre en évidence :

- Chez les **15-64 ans**

Un parcours-type (qui concentre plus des trois-quarts des cas de suicide) est constitué de personnes ayant un faible recours aux soins. Les deux autres parcours sont caractérisés d'une part, par un suivi médical associé à un traitement psychotrope et d'autre part, par des arrêts maladie prolongés.

- Parmi les **65 ans et plus**, les cas de suicides se répartissent en 3 parcours-types principaux :

- Un suivi médical du traitement par psychotrope (un tiers des cas de suicide),
- un moindre recours aux soins (un tiers des cas),

¹⁰ Il est ici question des assurés du régime agricole identifiés dans le Système national des données de santé, c'est-à-dire ayant bénéficié d'au moins un soin remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

- un suivi médical régulier (un quart des cas).

Dans une bien moindre mesure (4% des cas de suicide), se distingue un parcours de soins caractérisé par des hospitalisations répétées ou de longue durée.

Modes opératoires

Les méthodes les plus employées sont :

1. « La **pendaison**, strangulation et asphyxie » (plus de 50 % des cas) quel que soit le régime d'affiliation ;
2. « L'usage **d'arme à feu** » chez les assurés affiliés à la **MSA** (21 % des cas) ; et « **l'auto-intoxication médicamenteuse** » dans la **population générale** (15 %).

Précisions sur les données de mortalité par suicide au régime agricole

La MSA ne dispose pas des données relatives aux causes de décès. Seul le CépiDc (Inserm) est habilité à collecter ces informations d'ordre médical. De ce fait, la MSA n'est pas en mesure de suivre l'évolution du phénomène suicidaire agricole ; le suivi exhaustif des suicides n'entre pas dans ses prérogatives. En revanche, la MSA mène, à partir des données anonymisées accessibles dans le Système National des Données de Santé (SNDS), des analyses pour identifier les facteurs de risque suicidaire des patients agricoles.

Introduction

Chaque année, des milliers de personnes mettent fin à leurs jours ou tentent de le faire. En France, près de 9 200 décès par suicide ont été recensés en 2022 (Inserm CépiDc, 2024), soit un taux de décès par suicide de 14,2 pour 100 000 habitants, en hausse de 0,4 point par rapport à 2021. Les suicides représentent ainsi 20,5 % des causes externes de décès¹¹ (Anne Fouillet et al., 2024) et touchent majoritairement les hommes, avec un taux de 22,1 pour 100 000 habitants, contre 6,4 pour les femmes au niveau national.

Préoccupée par cette problématique de santé publique, la MSA a mis en place depuis 2011 un plan de prévention du suicide destiné aux assurés du monde agricole. Par ailleurs, un suivi annuel du risque suicidaire est réalisé au travers d'études, permettant de dresser un état des lieux du sur-risque auquel la population agricole est confrontée, et d'identifier les principaux facteurs de risque.

Pour ce faire, et du fait de l'impossibilité de dénombrer de façon exhaustive le nombre de suicides au sein du régime agricole, une méthodologie comparative a été mise en place afin d'estimer de manière normalisée, les différences entre les groupes de populations du régime agricole et ceux des autres régimes¹².

Les données mobilisées ont été extraites et traitées dans le Système National des Données de Santé (SNDS). Ce dernier contient les informations sur les circonstances et la cause initiale du décès, via une base mise à disposition par le Centre d'Epidémiologie sur les Causes médicales de Décès (CépiDc, Inserm).

Pour assurer une homogénéisation des résultats et permettre une analyse comparative des groupes, un **Indice Comparatif** (IC) a été calculé. Cet indicateur permet d'identifier - à âges et sexes identiques - les variations du risque de suicide dans les populations affiliées au régime agricole par rapport à la population de l'ensemble des régimes.

¹¹ Les causes externes désignent l'ensemble des événements indépendants de maladies internes pouvant entraîner des blessures ou le décès. Elles incluent les accidents (transports, chutes, intoxications, noyades, etc.) ainsi que les actes volontaires tels que les suicides et les homicides.

¹² MSA, 2025. Méthode d'étude des suicides à travers les données du SNDS (<https://statistiques.msa.fr/publication/methode-detude-des-suicides-a-travers-les-donnees-du-snds/>).

Encadré méthodologique :
Intégration de la Sécurité Sociale des Indépendants dans l'échantillon d'étude

Jusqu'à présent, les études du risque suicidaire des assurés MSA n'intégraient pas la Sécurité sociale des indépendants (SSI, ex-RSI) dans les comparatifs inter-régimes.

Depuis la reprise de ce régime en 2018 par le régime général et l'évolution des systèmes d'information, le SSI répond désormais aux mêmes normes techniques que les autres régimes, ce qui permet le recours aux méthodes d'appariement.

Les résultats présentés incluent donc désormais le SSI dans les comparatifs inter-régimes. Par souci de conformité, les analyses ont été menées avec et sans SSI afin de mesurer l'impact de son intégration. Les résultats étant similaires, nous avons choisi de présenter les résultats et analyses intégrant le SSI.

Un risque quasi omniprésent pour les consommateurs du régime agricole

En 2022¹³, le risque de suicide dans la population agricole est supérieur à celui de la population générale, quel que soit le type d'affiliation (salarié agricole ou non-salarié agricole).

Parmi les consommateurs du régime agricole, âgés de 15 à 64 ans, ce sur-risque atteint 45,7 %, avec une exposition particulièrement élevée chez les non-salariés agricoles de 56,7 %, contre 39,8 % pour les salariés agricoles (**Tableau 18**).

Tableau 18 :
Indice comparatif du suicide chez les 15-64 ans selon le régime en 2022

15-64 ans	Nombre de consommateurs	Indice comparatif	Significativité
Ensemble des régimes	40 142 543	100	-
Régime agricole	1 592 497	145,7	***
· Salariés agricoles	1 141 424	139,8	***
· Non-salariés agricoles	451 073	156,7	***

Significativité : *10%, **5%, ***1%
NS : Non significatif

Source : SNDS - Exploitation MSA
Données sur les consommateurs métropolitains

Clé de lecture : Au régime agricole et au sein de la tranche d'âge 15-64 ans, il y a 45,7 % de sur-risque de suicide par rapport à l'ensemble des consommateurs tous régimes de la même tranche d'âge.

Ex. : Si l'on constatait 100 suicides dans l'ensemble des régimes, on en constaterait 146 au régime agricole (157 pour les seuls non-salariés agricoles).

Chez les 65 ans et plus, ce sur-suicide est encore un peu plus marqué, avec un sur-risque de 52 %, et notamment pour les non-salariés agricoles dont le sur-risque atteint 76,8 %. En revanche, ce sur-risque n'est pas avéré en 2022 pour les assurés du régime des salariés agricoles de cette tranche d'âge (**Tableau 19**).

¹³ Dernières données disponibles au moment de l'exploitation.

Tableau 19 :
Indice comparatif du suicide au sein des 65 ans et plus selon le régime en 2022

65 ans et plus	Nombre de consommateurs	Indice comparatif	Significativité
Ensemble des régimes	13 237 040	100	-
Régime agricole	970 583	152,0	***
· Salariés agricoles	366 661	107,0	NS
· Non-salariés agricoles	603 922	176,8	***

Significativité : *10%, **5%, ***1%
NS : Non significatif

Source : SNDS - Exploitation MSA
Données sur les consommateurs métropolitains

Clé de lecture : Au régime agricole et au sein de la tranche d'âge 65 ans et plus, il y a 52 % de sur-risque de suicide par rapport à l'ensemble des consommateurs tous régimes de la même tranche d'âge.

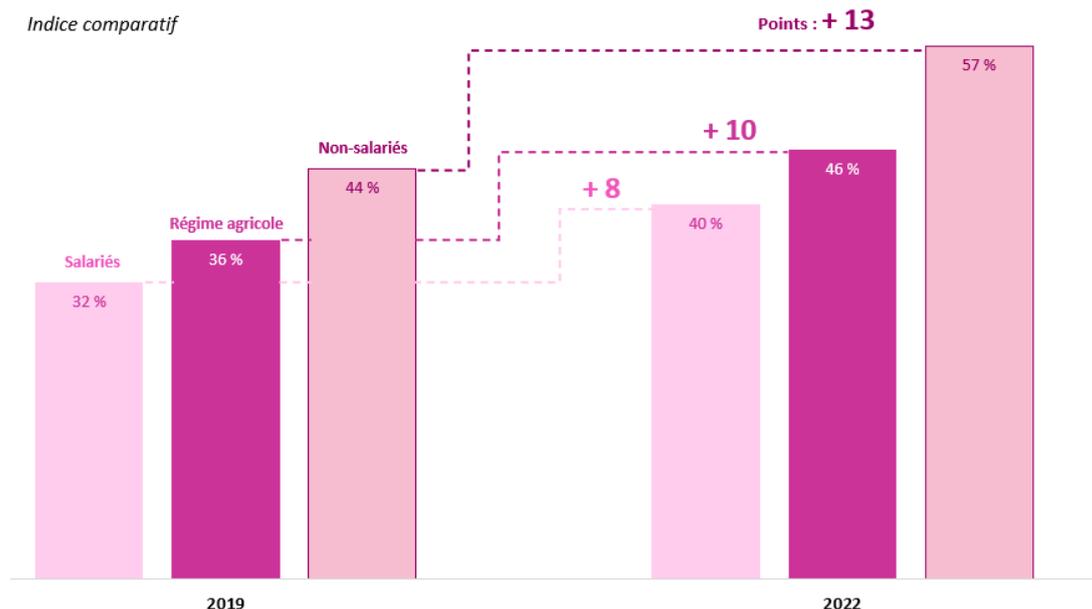
Ex. : Si l'on constatait 100 suicides dans l'ensemble des régimes, on en constaterait 152 au régime agricole (177 pour les seuls non-salariés agricoles).

Un risque de plus en plus marqué chez les actifs et toujours très élevé chez les non-salariés âgés

Entre 2019 et 2022, l'évolution de l'indice comparatif du suicide présente des variations notables.

Chez les 15-64 ans, le sur-risque de suicide au régime agricole a augmenté de 10 points, dans des proportions similaires pour les salariés (+ 8 points) et les non-salariés (+ 13 points) (**Graphique 20**).

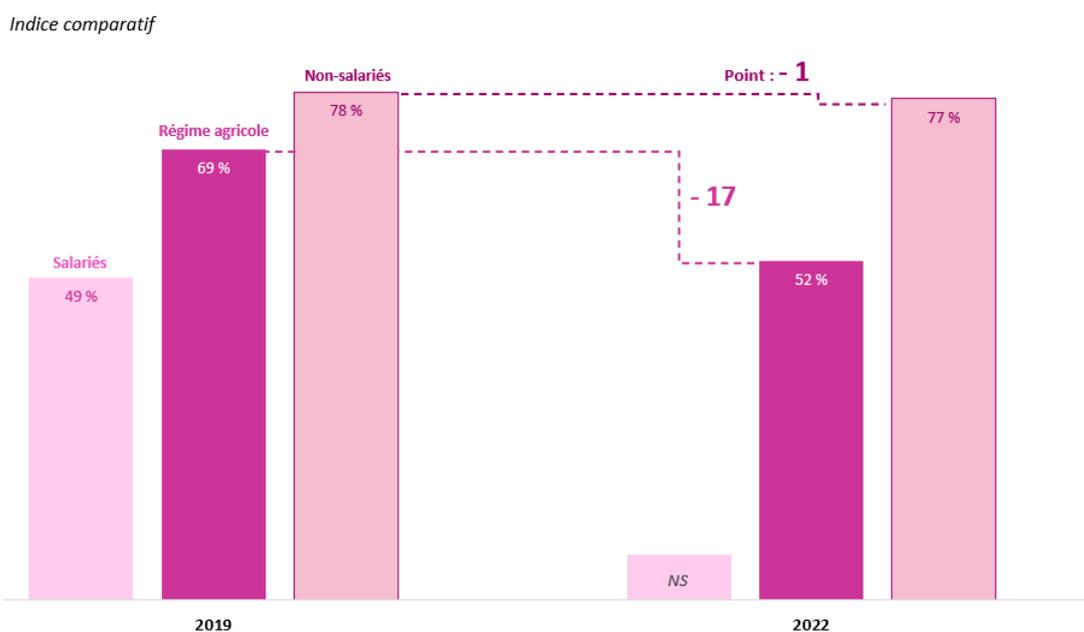
Graphique 20 :
Evolution de l'indice comparatif du suicide au régime agricole entre 2019 et 2022 chez les 15-64 ans



Source : SNDS - Exploitation MSA

Chez les 65 ans et plus, la tendance globale enregistre une baisse de 17 points du risque suicidaire au régime agricole, portée par les salariés agricoles, bien que l'indice comparatif ne soit plus significatif par rapport à la population tous régimes en 2022. Le sur-risque demeure toutefois très élevé chez les non-salariés agricoles, malgré une légère baisse entre 2019 à 2022 (- 1 point) (**Graphique 21**).

Graphique 21 :
Evolution de l'indice comparatif du suicide au régime agricole entre 2019 et 2022 chez les 65 ans et plus



Source : SNDS - Exploitation MSA

Bien que le risque s'accroisse pour les 15-64 ans et régresse pour les 65 ans et plus, il est important de noter, qu'il reste tout de même nettement supérieur à celui observé dans l'ensemble des régimes (voir partie précédente).

Identification des facteurs de risque

Le modèle de Cox permet d'évaluer le risque de suicide supplémentaire engendré par chaque facteur (e.g. âge, sexe, régime, pathologies, tentatives de suicide) indépendamment les uns des autres (cf. méthode en **Annexe 3**). Il est réalisé sur les consommateurs de l'ensemble des régimes en 2022.

Chez les 15-64 ans

À l'instar des résultats présentés dans le rapport « Charges et Produits MSA » pour 2025, le modèle de Cox appliqué aux données de 2022 met en exergue des tendances similaires à celles observées sur la période 2018-2021 (**Graphique 22**) :

1. Un risque croissant avec l'âge : comparativement aux 15-19 ans, le risque est multiplié par 2 pour les 20-29 ans et par 5 pour les 60-64 ans.
2. Un effet marqué du sexe : les hommes présentent un risque 2,8 fois plus élevé que les femmes.
3. Un sur-risque chez les affiliés à la MSA : pour les salariés (risque multiplié par 1,5) et les non-salariés (x 2,2) comparativement aux assurés tous régimes.
4. Un rôle central des maladies psychiatriques : les personnes concernées présentent un risque de 14 fois supérieur. Les assurés sous traitement psychotrope sont par ailleurs 5,6 fois plus exposés.
5. Un antécédent de tentative de suicide dans les cinq années précédant le passage à l'acte est associé à un risque 7,5 fois plus élevé.

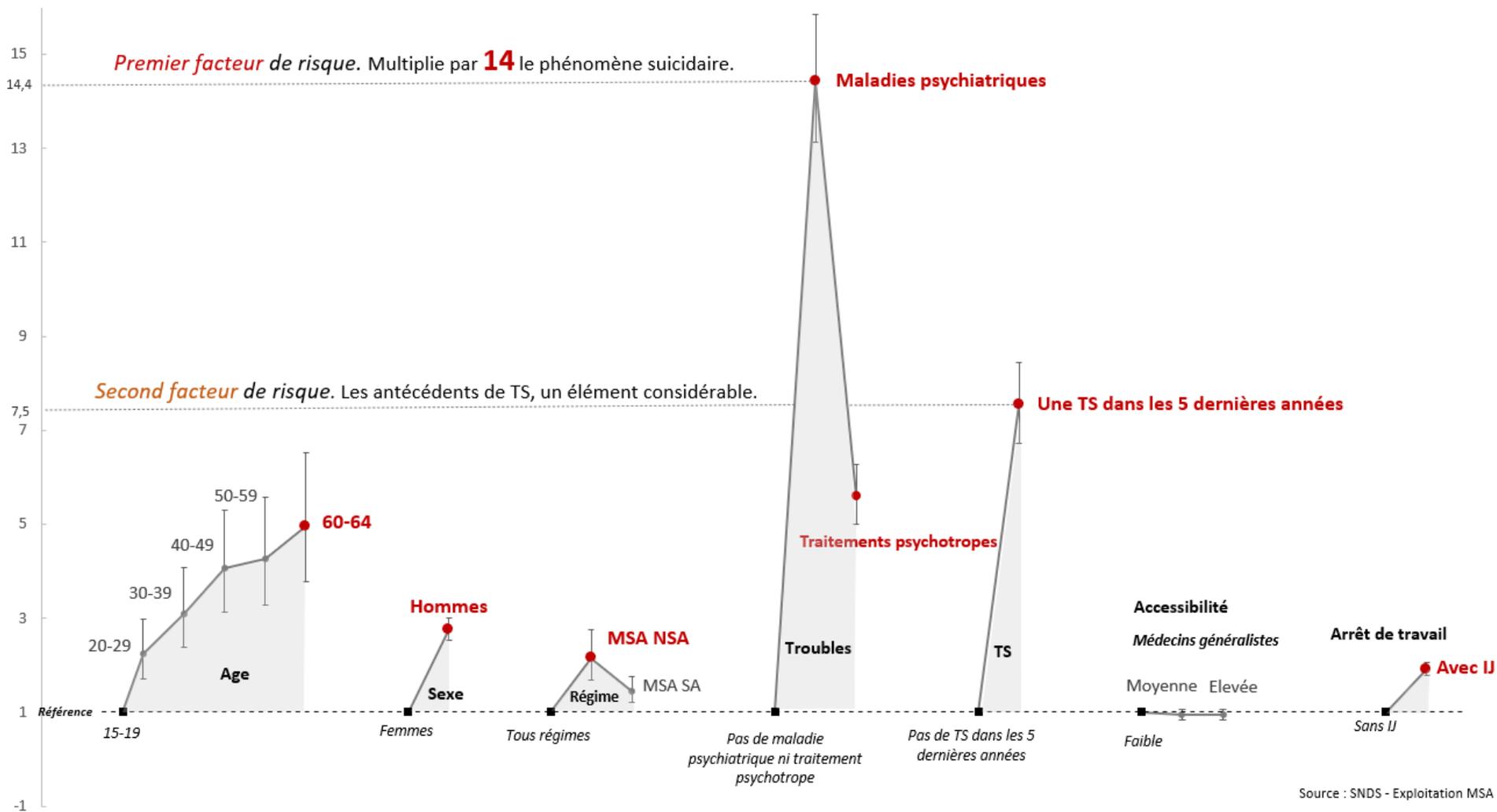
Deux indicateurs supplémentaires ont été intégrés à ce modèle à savoir :

- L'accessibilité potentielle localisée (APL) pour les médecins généralistes, qui reflète l'accessibilité aux soins de premier recours. Plus cet indicateur est élevé, plus l'offre de soins de proximité est jugée favorable¹⁴.
- La perception d'indemnités journalières au 1^{er} janvier 2022 en lien avec un arrêt de travail pour une maladie, un accident du travail ou une maladie professionnelle.

Parmi ces deux indicateurs, seul l'arrêt de travail entraîne un sur-risque significatif (multiplié par 2) dans cette tranche d'âge.

¹⁴ Seuils issus de l'INSEE, 2024. « Etude : Dans le rural, l'accès à un médecin généraliste est difficile pour un habitant sur trois. »
Seuils médecins généralistes : « faible » correspondant à l'intervalle [0 - 2,5 consultations [par an et par personne, « moyenne » [2,5 - 4[, et « forte » [4 - Max[.

Graphique 22 :
Facteurs de risque de suicide, 15-64 ans, ensemble des régimes, 2022 à partir du modèle de Cox



Chez les 65 ans et plus

Les assurés plus âgés du régime agricole présentent également des risques supplémentaires à la population tous régimes, différents selon la variable considérée (**Graphique 23**).

Comme pour la population précédente (15-64 ans), le risque de décès par suicide s'accroît avec l'âge (x 2,3 chez les 80 ans et plus). Ce risque est davantage présent chez les hommes (x 5,4).

Le sur-risque est significatif chez les non-salariés, où il est 2 fois plus important comparativement à la population tous régimes, toutes choses égales par ailleurs.

Bien que les maladies psychiatriques et les traitements par psychotropes restent des facteurs de risque élevés, leur impact est moins marqué chez les personnes âgées : le risque de mortalité par suicide est respectivement multiplié par 6,7 et par 3.

En revanche, un antécédent de tentative de suicide dans les cinq dernières années constitue - *au sein de cette tranche d'âge* - le facteur de risque le plus conséquent, associé à un risque 12 fois plus élevé.

Les indicateurs nouvellement intégrés¹⁵ révèlent que le risque suicidaire apparaît légèrement moins élevé pour les assurés qui résident dans des communes où l'accessibilité à un médecin généraliste est élevée.

Encadré méthodologique : Typologie sur l'accessibilité aux soins primaires (Irdes)

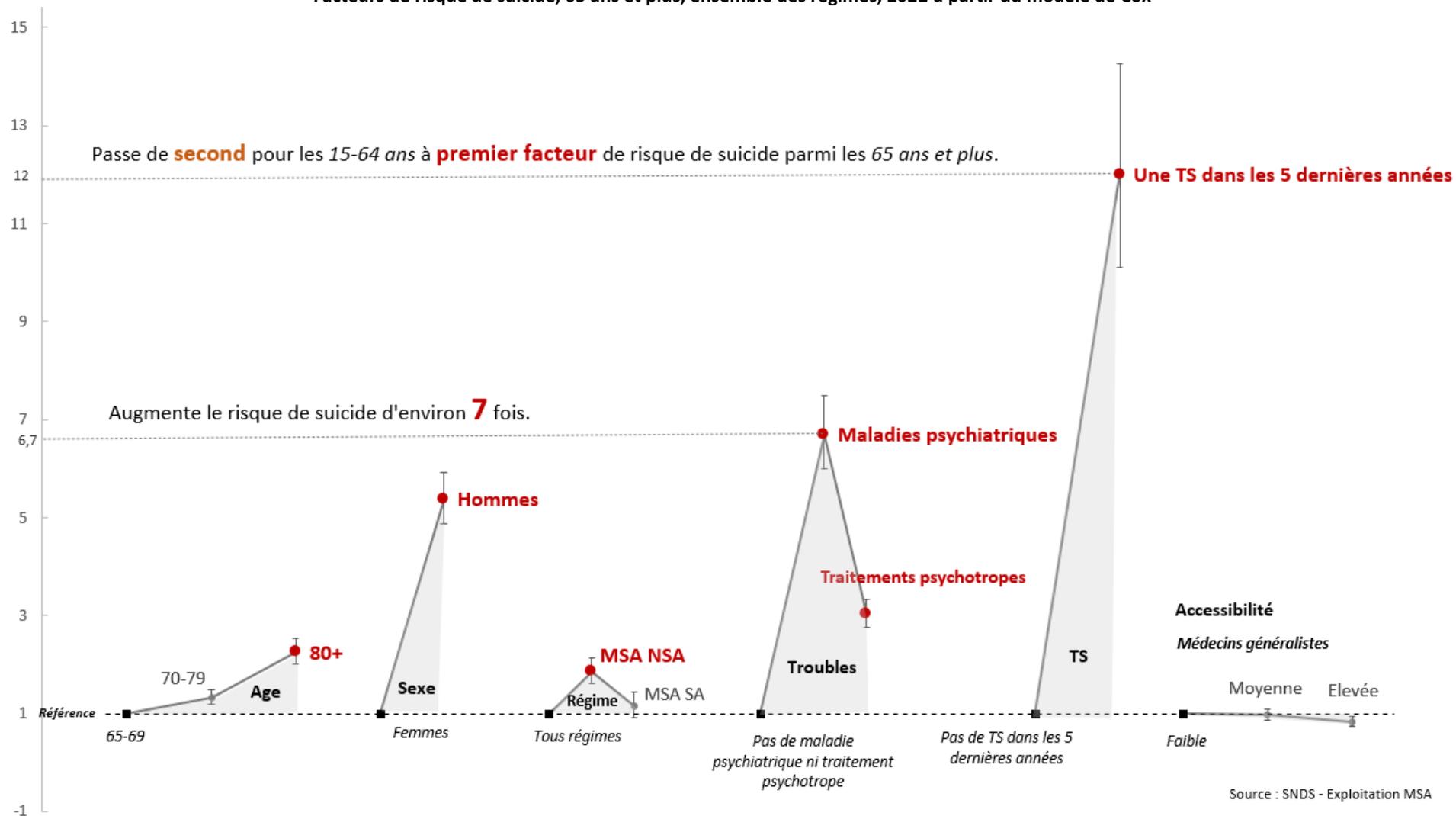
Il convient également de mentionner que des analyses ont été menées à partir de la typologie communale développée par l'Irdes, qui représente l'accessibilité aux soins de premiers recours en France.

Contrairement aux résultats obtenus avec la grille communale de densité de l'Insee (rapport Charges et Produits MSA 2025) et notamment, des risques liés aux zones rurales, les analyses sur la typologie de l'Irdes n'ont mis en évidence aucune relation notable entre l'accessibilité aux soins primaires¹⁶ (mesurée via un indicateur composite) et l'acte suicidaire. Ainsi, peu de liens peuvent être faits entre suicide et une offre globale de soins primaires.

¹⁵ L'indicateur concernant les indemnités journalières dans le cadre des arrêts maladie n'a pas été retenu pour cette tranche d'âge ; la grande majorité des individus étant certainement retraités.

¹⁶ Approche pluriprofessionnelle tenant compte du médecin généraliste, de ses partenaires du quotidien (infirmiers, kinésithérapeutes, pharmacies), de ceux servant d'appui au diagnostic (laboratoires et radiologues) et des services d'urgence.

Graphique 23 :
Facteurs de risque de suicide, 65 ans et plus, ensemble des régimes, 2022 à partir du modèle de Cox



Le parcours de soins dans l'année qui précède le suicide

Étudier le parcours de soins des assurés du régime agricole, décédés par suicide, peut permettre d'identifier d'éventuelles opportunités d'intervention au sein du système de santé, pour prévenir le passage à l'acte.

S'interroger sur le suivi médical préalable peut révéler, par exemple, certains signaux d'alerte, mais aussi permettre d'évaluer l'accessibilité aux soins prodigués.

L'objectif est ici double :

- Mieux comprendre les facteurs de risque,
- Orienter les actions de prévention, en ciblant plus efficacement les populations vulnérables.

Pour ce faire, nous avons étudié les affiliés à la MSA sans pathologie psychiatrique¹⁷, s'étant suicidés entre 2018 et 2022 et ce, sur un parcours de soins pendant les 12 mois précédant le décès.

Méthodologiquement, l'approche est articulée en deux étapes :

1. Une répartition des épisodes de soins (ou leur absence)¹⁸, selon des règles de priorisation, sur l'année précédant le suicide,
2. Un regroupement des personnes aux caractéristiques similaires.

Dans la population des 15-64 ans

Au sein de cette tranche d'âge, une seule des sept catégories¹⁹ d'épisodes de soins définies ci-dessous sera affectée à chacun des 12 mois précédant le suicide selon la règle suivante de priorisation :

- i. Avoir un arrêt maladie et avoir reçu un traitement psychotrope ;
- ii. Avoir un arrêt maladie ;
- iii. Avoir eu une consultation médicale (médecin généraliste, psychiatre, spécialiste ou psychologue dans le cadre du dispositif « mon soutien Psy ») et avoir eu une délivrance de psychotropes le même mois que l'une de ces consultations ;
- iv. Avoir consulté un psychiatre, ou psychologue dans le cadre du dispositif « mon soutien Psy » ;
- v. Avoir consulté un médecin généraliste ou spécialiste ;
- vi. Avoir eu une délivrance de psychotropes ;
- vii. N'avoir eu aucun de ces épisodes de soins.

Trois parcours ont été mis en évidence au sein de cette population en fonction de la nature et de la répétition des épisodes de soins :

- « Faible recours aux soins » (79 % des cas de suicide) : Individus n'ayant reçu aucun des soins présentés ci-dessus sur plus de la moitié de l'année.
- « Psychotropes » (13 %) : Individus avec traitements psychotropes.
- « Arrêt maladie » (8 %) : Individus en arrêt maladie une grande partie de l'année (environ 10 mois) avec délivrance d'un traitement psychotrope dans les 3 mois précédant le décès.

Par ailleurs, des analyses complémentaires ont démontré que les hommes appartiennent davantage au parcours « Faible recours aux soins ».

¹⁷ Les assurés avec une pathologie psychiatrique (repérée dans la cartographie des pathologies du Système nationale des données de santé de la Cnam) sont exclus de cette analyse en raison de leur profil particulier avec une prise en charge spécifique.

¹⁸ Episode de soins : prise en charge d'un événement de santé.

¹⁹ Méthodologie inspirée de : Larmarange.github.io : « Analyse de séquences », « Trajectoires de soins : un exemple de données longitudinales ».

Dans la population des 65 ans et plus

Au sein de cette tranche d'âge, 8 catégories d'épisodes de soins ont été utilisés pour caractériser l'année précédant le suicide selon la règle de priorisation suivante :

- i. Avoir été hospitalisé dans un établissement psychiatrique ;
- ii. Avoir été hospitalisé dans un établissement MCO, HAD ou SSR²⁰ ;
- iii. Avoir eu une consultation médicale (médecin généraliste, psychiatre, spécialiste ou psychologue dans le cadre du dispositif « mon soutien Psy »), ou avec un infirmier et avoir eu une délivrance de psychotropes le même mois que l'une de ces consultations ;
- iv. Avoir consulté un psychiatre ou psychologue dans le cadre du dispositif « mon soutien Psy » ;
- v. Avoir consulté un médecin généraliste ou un spécialiste ;
- vi. Avoir consulté un infirmier ;
- vii. Avoir eu une délivrance de psychotropes ;
- viii. N'avoir eu aucun des épisodes de soins précédemment cités.

Quatre parcours sont identifiés au regard de la nature et de la répétition des épisodes de soins :

- « Psychotropes » (36 % des cas de suicide) : individus ayant eu une délivrance de psychotropes.
- « Moindre recours » (34 %) : individus n'ayant eu aucun soin, à l'exception de consultations médicales auprès de généralistes ou spécialistes deux mois avant le décès.
- « Suivi régulier » (26 %) : consultations régulières auprès de médecins généralistes, spécialistes, psychiatres ou infirmiers.
- « Hospitalisation » (4 %) : individus hospitalisés en moyenne 8 mois dans l'année en MCO, SSR ou HAD.

Les analyses complémentaires ont révélé une fréquence plus élevée de femmes dans le groupe « psychotropes », et un lien entre les personnes du groupe « hospitalisation » et une faible accessibilité aux soins dans la commune de résidence²¹.

Inégalité des territoires face au risque suicidaire

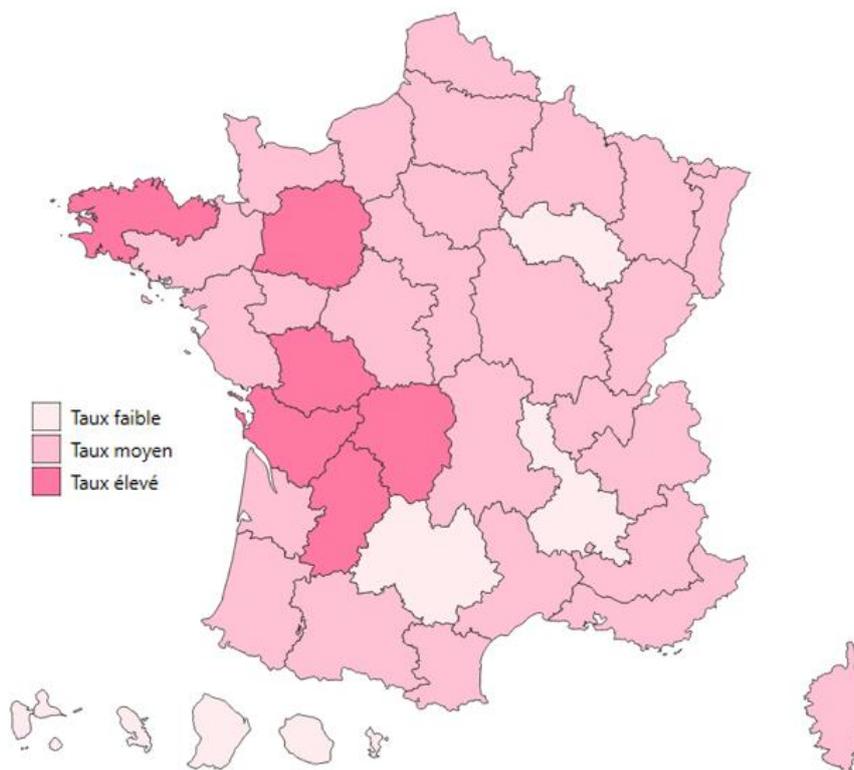
Le risque de suicide des assurés MSA est sensiblement identique sur l'ensemble du territoire de la France entière (**Carte 2**). Cependant, certaines disparités se dégagent selon les territoires :

- Des taux plus élevés que la moyenne nationale dans les territoires ruraux et semi-ruraux à l'ouest (Armorique, Dordogne Lot-et-Garonne, Poitou, Mayenne Orne Sarthe, Limousin, Charentes).
- Des taux plus faibles que la moyenne en Sud-Champagne, Ardèche-Drôme-Loire et Midi-Pyrénées Nord), ainsi que pour les départements d'outre-mer.

²⁰ MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique, HAD : Hospitalisation à domicile, SSR : Soins de suite et de réadaptation.

²¹ Typologie Irdes en 7 classes. Accessibilité aux soins de premier recours en France.

Carte 2 :
Répartition des classes de taux de suicide par caisse de MSA en 2022



Source : SNDS - Exploitation MSA

Les modes opératoires du suicide : un cas sur deux est réalisé par pendaison, strangulation et asphyxie

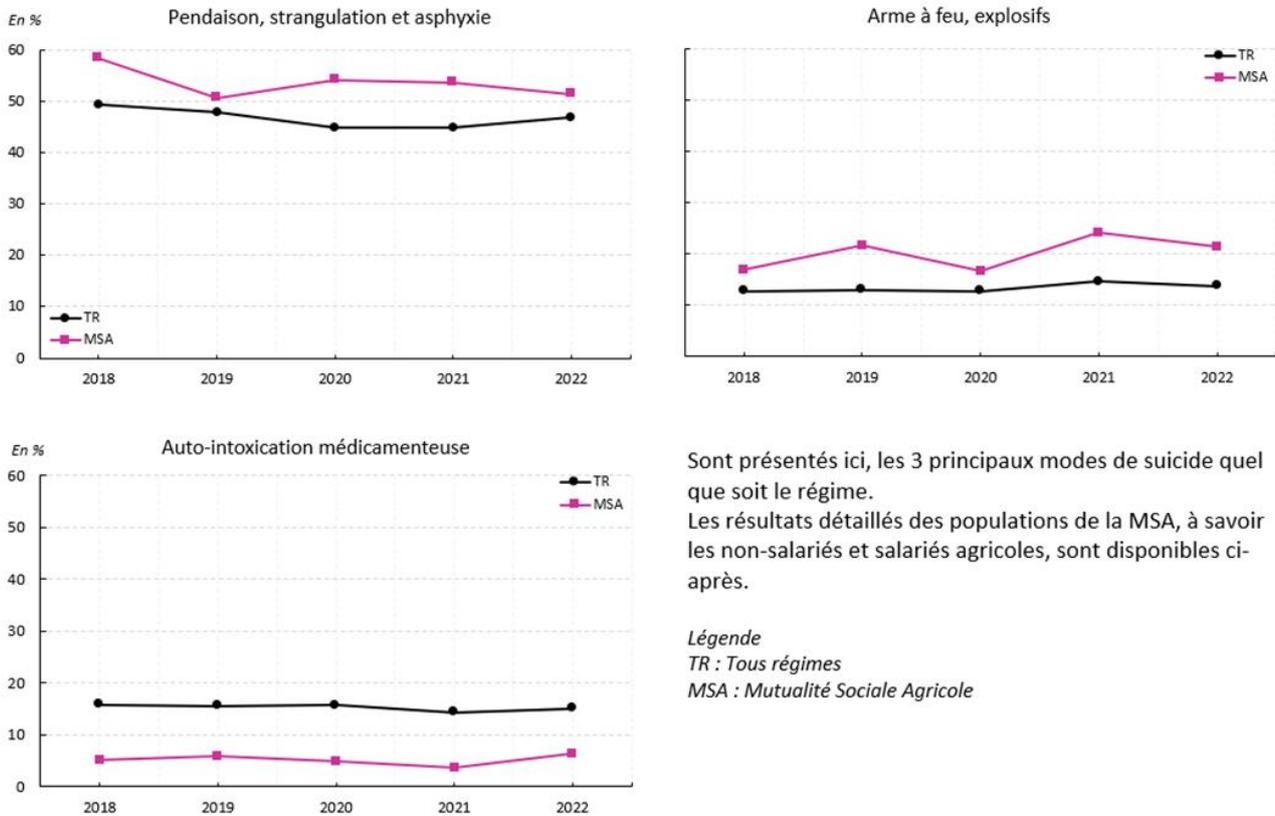
Les données sur la période 2018-2022 ont été étudiées afin d'établir un comparatif des modes opératoires et d'évaluer les potentielles différences selon les régimes.

Les résultats révèlent une stabilité des modes opératoires au fil du temps, avec la pendaison comme moyen le plus fréquemment utilisé dans près de 50 % des cas (**Graphique 24 et Tableau 21**).

Toutefois, le régime agricole se distingue pour le deuxième mode employé, à savoir l'arme à feu (20 % des cas) alors qu'il s'agit de l'auto-intoxication médicamenteuse pour les assurés de l'ensemble des régimes (15 % des cas).

Ainsi, ces observations mettent en évidence quelques spécificités propres au régime agricole, qui pourraient être le reflet de plusieurs facteurs comme des aspects socio-professionnels, culturels ou encore de leur environnement.

Graphique 24 :
Evolution de la part des modes de suicide entre 2018 et 2022



Sont présentés ici, les 3 principaux modes de suicide quel que soit le régime.
Les résultats détaillés des populations de la MSA, à savoir les non-salariés et salariés agricoles, sont disponibles ci-après.

Légende
TR : Tous régimes
MSA : Mutualité Sociale Agricole

Source : SNDS - Exploitation MSA

Tableau 21 :
Répartition en pourcentage des modes de suicide en 2022 par régime

Mode de suicide	Régime agricole	NSA	SA	Tous régimes
· Pendaison, strangulation et suffocation (LAI)	51,3	48,8	55,1	46,9
· Armes à feu (LAI)	20,2	22,3	16,9	13,2
· Médicaments et substances biologiques (AI)	5,5	3,3	8,8	12,6
· Moyen non précisé (LAI)	11,0	12,3	8,8	9,7
· Saut dans le vide (LAI)	3,2	2,4	4,4	5,9
· Noyade et submersion (LAI)	3,7	4,7	2,2	3,3
· Anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes (AI)	0,9	0,9	0,7	1,6
· Produits chimiques et substances nocives (AI)	0,3	0,5		1,3
· Sautant ou en se couchant devant un objet en mouvement (LAI)				1,1
· Objet tranchant (LAI)	0,3	0,5		1,1
· Fusil et d'arme de plus grande taille (LAI)	1,2	1,4	0,7	0,6
· Exposition à la fumée, au feu et aux flammes (LAI)	0,9	0,9	0,7	0,6
· Autres moyens précisés (LAI)	0,3		0,7	0,6
· Narcotiques et hallucinogènes (AI)				0,4
· Monoxyde de carbone et d'autres gaz (AI)	0,9	0,9	0,7	0,3
· Analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux non opiacés (AI)				0,2
· Autres substances pharmacologiques agissant sur le système nerveux autonome (AI)				0,2
· Séquelles d'une lésion auto-infligée (LAI)	0,3	0,5		0,1
· Ingestion de pesticides (AI)	0,3	0,5		0,1
· Collision d'un véhicule à moteur (LAI)				0,1
· Solvants organiques et des hydrocarbures halogénés (AI)				0,1
· Ingestion d'alcool (AI)				0,1

LAI : Lésion Auto-Infligée
AI : Auto-Intoxication

Source : SNDS - Exploitation MSA

Encadré 1 :**L'ingestion intentionnelle de pesticides, responsable de 15 à 20 % des suicides dans le monde**

Chaque année, entre 110 000 et 168 000 suicides par auto-intoxication aux pesticides sont recensés à l'échelle mondiale (Mew et al., 2017). Certaines études menées en Asie estiment que les pesticides sont responsables de plus de 60 % des suicides (Maniam, 1988 ; Somasundaram et al., 1995 ; Hutchinson et al., 1999), notamment en zones rurales (Phillips et al., 2002).

Ce mode opératoire est si répandu que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) l'a désigné comme la méthode de suicide la plus courante dans le monde (Gunnell et al., 2007 ; Bertolote et al., 2006).

En France, toutefois, la situation apparaît plus contrastée. En 2022, seuls 0,08 % des suicides tous régimes confondus ont été attribués à ce procédé, contre 0,29 % au sein du régime agricole. Bien que cela représente une part marginale des suicides, les personnes du monde agricole (particulièrement les NSA, annexe XX) y ont recours près de quatre fois plus que la population générale, notamment du fait d'une accessibilité facilitée à ces produits.

À ce jour, la recherche indique que la restriction de l'accès aux pesticides permettrait de prévenir un nombre significatif de suicides et ainsi de sauver des vies (OMS-FAO, 2019).

De fait, ces résultats soulèvent des questions importantes en matière de prévention, pouvant mener à des réflexions sur l'accès aux produits phytosanitaires, leur encadrement, ainsi que sur la santé mentale des agriculteurs, aujourd'hui jugées comme des sujets prioritaires.

2.2.3.2. Les tentatives de suicide suivies d'hospitalisation au régime agricole

Les tentatives de suicide touchent l'ensemble de la population. L'Observatoire National du Suicide²² a notamment souligné le fait qu'elles constituent l'une des manifestations les plus graves des problèmes de santé mentale, désignée grande cause nationale en 2025.

Ainsi, dans le cadre du Programme de prévention du mal-être agricole (PMEA), afin de mettre en place des dispositifs de prévention efficaces, la MSA assure depuis plusieurs années un suivi des tentatives de suicide pour mieux appréhender ce signal d'alerte évident de détresse mais également de passage éventuel à l'acte suicidaire.

Les données de cette étude ne sont pas exhaustives car ne sont prises en compte que les tentatives de suicide suivies d'une hospitalisation en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) pour les assurés âgés de 10 ans et plus, en France.

Dans la suite de l'étude, le terme « tentatives de suicide » ou TS, correspondra à cette définition.

Les tentatives de suicide en France entre 2019 et 2023

En 2023, dans l'ensemble de la population française, près de 76 200 personnes ont tenté de se suicider au moins une fois, soit un taux de prévalence de 12,5 pour 10 000 consommateurs de soins (**Tableau 22**). Ce nombre total de tentatives de suicide est en hausse de 2,3 % par rapport à l'année 2022, avec + 1,8 % pour les hommes et + 2,7 % pour les femmes.

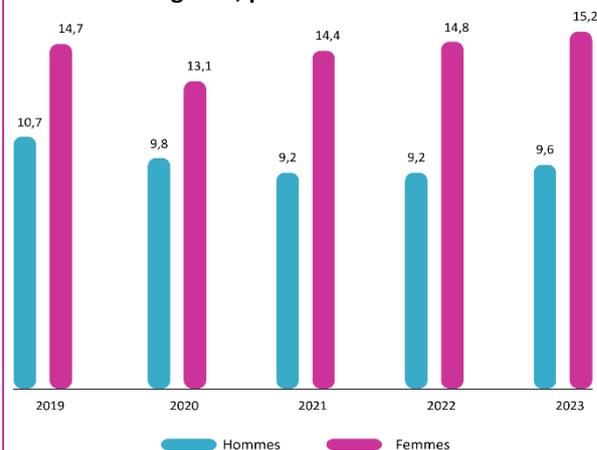
Les femmes sont davantage touchées par les tentatives de suicide. On observe une hausse continue du taux de prévalence chez ces dernières depuis 2020 pour atteindre 15,2 pour 10 000 en 2023 (**Graphique 25**). Pour les hommes, l'évolution du taux de prévalence est plus stable. Après une baisse continue entre 2019 et 2021, il se stabilise en 2022, avant d'augmenter en 2023.

Tableau 22 :
Les assurés ayant réalisé une tentative de suicide, tous régimes, en France de 2019 à 2023

	Taux de tentatives de suicide pour 10 000	Nombre d'assurés ayant tenté de se suicider		
		Hommes	Femmes	Total
2019	12,8	29 876	45 579	75 455
2020	11,6	27 510	40 782	68 292
2021	11,9	27 581	46 087	73 668
2022	12,1	27 158	47 279	74 437
2023	12,5	27 634	48 551	76 185

Source : SNDS-exploitation MSA

Graphique 25 :
Taux d'assurés ayant réalisé une TS (pour 10 000), tous régimes, par sexe de 2019 à 2023



Source : SNDS-exploitation MSA

²² 6^e rapport ONS Suicide, Mal-être croissant des jeunes femmes et fin de vie : Penser les conduites suicidaires aux prismes de l'âge et du genre - Février 2025.

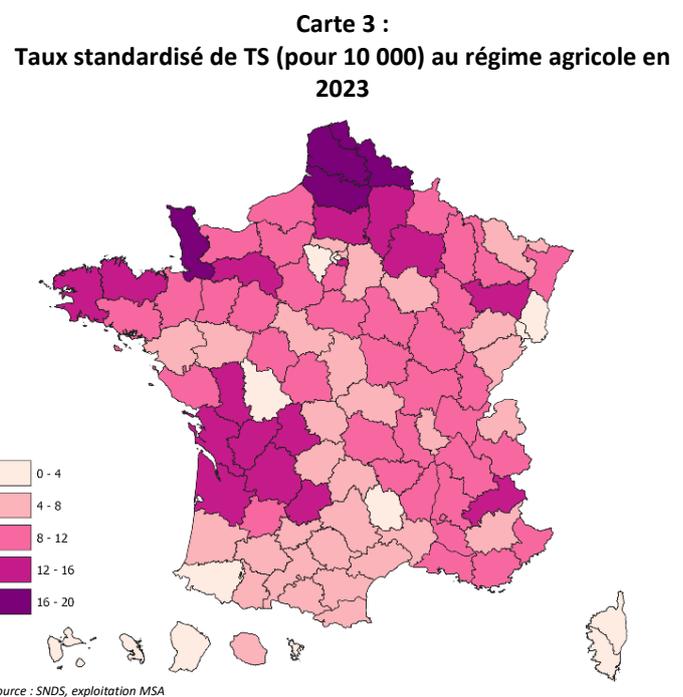
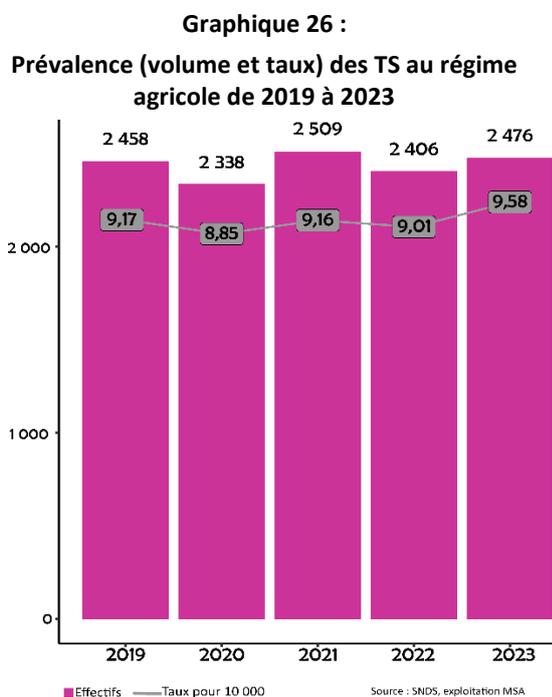
Les tentatives de suicide au régime agricole

Contrairement à l'année 2022, où une légère baisse du nombre de tentatives de suicide était observée au régime agricole, celui-ci est en hausse de 2,9 % en 2023. Le taux brut de tentatives de suicide au régime agricole atteint 9,6 tentatives de suicide pour 10 000 usagers de soins contre 9,0 en 2022 (**Graphique 26**). Toutefois, cette hausse de prévalence au régime agricole est à relativiser en raison d'une baisse de la population consommante de soins en 2023²³.

Les classes d'âges les plus contributives à cette augmentation sont les assurés de 40 à 44 ans ainsi que les 20-24 ans, en particulier les femmes.

Sur le plan géographique, les territoires les plus touchés se trouvent sur un axe allant de la Bretagne à la région Hauts-de-France et les départements au nord de la Nouvelle-Aquitaine (**Carte 3**). Les taux de tentative de suicide les plus élevés s'observent dans la Somme (18,9 pour 10 000 consommateurs), le département du Nord (18,0 pour 10 000) et le Pas-de-Calais (17,6 pour 10 000).

En revanche, les départements situés au sud de la Garonne, du pourtour méditerranéen et de l'outre-mer demeurent moins touchés par les tentatives de suicide (taux de TS inférieur à 8 pour 10 000).



Un phénomène moins accentué chez les non-salariés agricoles

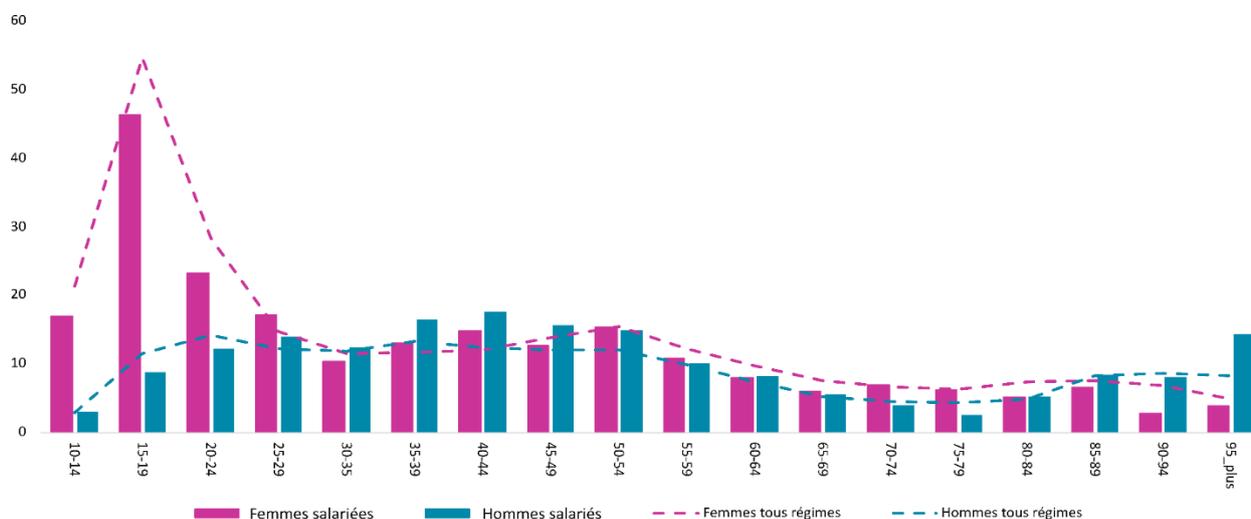
En France, les tentatives de suicide sont marquées par des disparités importantes liées, entre autres, à l'âge, au sexe et au territoire. On retrouve ces mêmes disparités au sein de la population du régime agricole : ce sont les femmes et en particulier les jeunes femmes qui sont les plus touchées. Le taux de tentative de suicide des 15-19 ans est de 46 pour 10 000 pour les femmes salariées agricoles contre 9 pour 10 000 pour les hommes (**Graphique 27**). Chez les non-salariés agricoles, le taux de tentative de suicide pour cette même classe d'âge est de 40 pour 10 000 pour les femmes et 8 pour 10 000 pour les hommes (**Graphique 28**).

Les tentatives de suicides sont particulièrement fréquentes pour les femmes de moins de 20 ans, aussi bien les salariées agricoles que les non-salariées agricoles, contrairement aux hommes pour lesquels les taux les plus importants s'observent entre 35 et 54 ans chez les salariés agricoles ainsi que chez les personnes très

²³ En 2023, la population consommante de soins au régime agricole a baissé de 3,2 % par rapport à 2022 (- 3,6 % pour les hommes et -2,7 % pour les femmes).

âgées (95 ans et plus) chez les salariés et les non-salariés agricoles (**Graphique 27**). Les taux de TS au régime agricole sont plus élevés chez les femmes âgées de 35 à 44 ans et chez les hommes âgés de 25 à 54 ans et de 95 ans et plus comparativement aux taux tous régimes.

Graphique 27 :
Taux de tentatives de suicide pour 10 000 des salariés agricoles, par âge et sexe, en 2023



Source : SNDS, exploitation MSA

Comparés aux assurés tous régimes, les taux sont plus faibles pour les non-salariés agricoles. Les seules classes d'âge qui ont des taux de tentatives de suicide supérieurs aux taux tous régimes sont les femmes âgées de 30-35 ans et les hommes de 95 ans et plus (**Graphique 28**).

Graphique 28 :
Taux de tentatives de suicide pour 10 000 des non-salariés agricoles, par âge et sexe, en 2023



Source : SNDS, exploitation MSA

Comparés à l'ensemble de la population tous régimes, les assurés du régime agricole sont sous-représentés (- 14 %) parmi les personnes ayant réalisé une tentative de suicide suivie d'hospitalisation (**Tableau 23**).

Toutefois, des disparités subsistent :

- d'une part entre les salariés agricoles et les exploitants agricoles : chez les non-salariés, cette sous-représentation atteint 39 % et l'indice est non significatif au régime des salariés (**Tableau 23**) ;
- et d'autre part entre sexe : chez les femmes du régime agricole, cette sous-représentation par rapport à l'ensemble des femmes tous régimes est de 17 % ; elle atteint 34 % pour des femmes non-salariées agricoles contre 9 % pour les femmes salariées agricoles (**Tableau 24**).

Tableau 23 :

Indice comparatif du risque de tentative de suicide pour les assurés du régime agricole par rapport à l'ensemble des régimes en 2023

Régimes	Nombre de consommant (population soumise au risque)	Tentatives de suicide	Indice comparatif	Significativité
Ensemble des régimes	60 732 625	76 185	100	-
Régime agricole	2 584 753	2 476	86	***
Dont régime des salariés	1 527 500	1 853	98	non significatif
Dont régime des non-salariés	1 053 788	597	61	***

Source : SNDS, exploitation MSA

Tableau 24 :

Indice comparatif du risque de tentative de suicide pour les femmes assurées agricoles par rapport à l'ensemble des femmes tous régimes en 2023

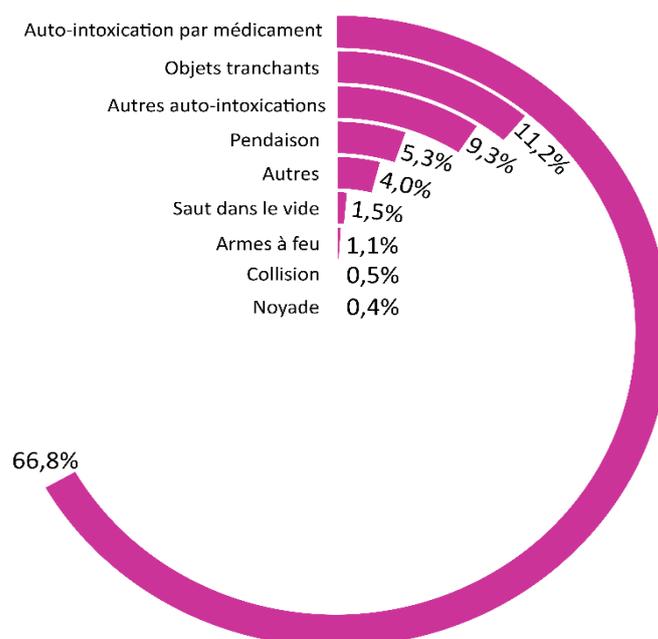
Femmes Tous Régimes	Nombre de consommateurs (population soumise au risque)	Tentatives de suicide	Indice comparatif	Significativité
Ensembles des femmes	31 852 082	48 551	100	-
Femmes Régime agricole	1 176 960	1 325	83	***
Dont femmes salariées agricoles	703 255	993	91	***
Dont femmes non-salariées agricoles	473 705	332	66	***

Source : SNDS, exploitation MSA

Quels modes opératoires pour les tentatives de suicide au régime agricole en 2023 ?

Les modes de TS les plus répandus²⁴ au régime agricole sont les auto-intoxications par médicaments avec près de 67 % des cas, l'utilisation d'objet tranchants (11,2 %), les autres auto-intoxications : gaz, produits chimiques, etc. (9,3 % - **Graphique 29**)²⁵. Toutefois, en considérant l'ensemble des modes opératoires liés aux hospitalisations pour tentatives de suicide, on n'observe pas de différence significative entre la population des assurés du régime agricole et celle de l'ensemble des régimes (**Tableau 25**).

Graphique 29 :
Répartition des modes opératoires des tentatives de suicide suivies d'une hospitalisation au régime agricole en 2023



Toutefois, on note des disparités par âge et sexe : pour les femmes, près de 3 tentatives sur 4 sont dues à des intoxications par médicament (contre 1 sur 2 pour les hommes), 13 % sont dues à l'utilisation d'objets tranchants (contre 9 % pour les hommes) et 2 % à des pendaisons (contre 9 % pour les hommes).

Dans la population âgée de 10 à 24 ans, au-delà de l'auto-intoxication par médicament qui est le principal moyen utilisé par les femmes (68,4 % des TS) et les hommes (61 %), les femmes ont plus recours à des objets tranchants : 21,9 % des TS chez les filles contre 11,8 % chez les garçons qui ont également recours à d'autres types d'auto-intoxications ou la pendaison (**Tableau 26**).

²⁴ Identifiés à partir des diagnostics lors de l'hospitalisation (CIM-10 : X61 à X84).

²⁵ Ce graphique reprend une méthodologie de regroupements des CIM-10 de l'Observatoire national du suicide (ONS).

**Tableau 25 :
Modes opératoires des hospitalisations pour tentative de suicide en France en 2023²⁶**

Modes opératoires des tentatives de suicides suivies d'hospitalisation	Régime agricole	Tous Régimes
AI par des anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes et exposition à ces produits, non classés ailleurs	42,0%	42,7%
AI par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux non opiacés et exposition à ces produits	14,0%	15,0%
LAI par utilisation d'objet tranchant	9,7%	10,4%
AI par des médicaments et substances biologiques et exposition à ces produits, autres et sans précision	9,2%	9,8%
LAI par pendaison, strangulation et suffocation	4,8%	3,0%
AI par l'alcool et exposition à l'alcool	4,4%	4,5%
AI par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes] et exposition à ces produits, non classés ailleurs	3,7%	4,4%
AI par des produits chimiques et substances nocives et exposition à ces produits, autres et sans précision	2,9%	2,0%
LAI par un moyen non précisé	2,7%	2,4%
LAI par saut dans le vide	1,3%	1,4%
AI par d'autres substances pharmacologiques agissant sur le système nerveux autonome et exposition à ces produits	1,1%	1,4%
LAI par d'autres moyens précisés	0,9%	0,8%
LAI par décharge d'armes à feu, autres et sans précision	0,7%	0,3%
AI par des pesticides et exposition à ces produits	0,5%	0,2%
AI par d'autres gaz et émanations et exposition à ces produits	0,4%	0,4%
LAI par noyade et submersion	0,4%	0,2%
LAI par décharge de fusil, de carabine et d'arme de plus grande taille	0,4%	0,1%
LAI par collision d'un véhicule à moteur	0,3%	0,2%
AI par des solvants organiques et des hydrocarbures halogénés et leurs émanations et exposition à ces produits	0,2%	0,2%
LAI par utilisation d'objet contondant	0,2%	0,2%
LAI en sautant ou en se couchant devant un objet en mouvement	0,1%	0,1%
LAI par décharge d'une arme de poing	0,1%	0,0%
LAI par exposition à la vapeur d'eau, à des gaz et objets brûlants	0,0%	0,0%
LAI par utilisation de matériel explosif	0,0%	0,0%

Source : SNDS exploitation MSA

²⁶ En rose foncé, sont représentées les auto-intoxications (AI) et en rose clair les lésions auto-infligées (LAI).

Tableau 26 :
Répartition des modes opératoires des tentatives de suicide suivies d'hospitalisation pour les assurés du régime agricole âgés de 10 à 24 ans, en 2023

	Femmes	Hommes	Total
Auto-intoxication par médicaments	68,4 %	61,0 %	66,8 %
Objets tranchants	21,9 %	11,8 %	11,2 %
Autres auto-intoxications	3,7 %	10,2 %	9,3 %
Pendaison	1,3 %	7,0 %	5,3 %
Saut dans le vide	0,7 %	3,7 %	1,5 %
Noyade	0,0 %	0,0 %	0,4 %
Armes à feu	0,0 %	0,0 %	1,1 %
Collision	0,0 %	1,6 %	0,5 %
Autres	4,0 %	4,8 %	4,0 %

Source : SNDS exploitation MSA

2.3. Les caractéristiques territoriales des patients du régime agricole en lien avec l'offre de soins

Dans ses deux derniers rapports Charges et Produits MSA 2024 et 2025, la MSA a réalisé des études sur les disparités d'accès aux professionnels de santé à l'aide de deux indicateurs :

- la densité, qui rapporte le niveau d'offre de professionnels de santé d'un territoire à la population concernée,
- l'accessibilité potentielle localisée (APL), indicateur qui permet de mesurer à la fois la proximité et la disponibilité des professionnels de santé et qui est donc plus fin que les indicateurs usuels de densité ou de temps d'accès.

Concernant les médecins généralistes, les études ont montré que :

- **Les déserts médicaux touchent davantage les patients du régime agricole.**
En effet, au régime agricole, **20,7 % des patients** ont une **accessibilité aux médecins généralistes inférieure à 2,5 consultations (seuil en-dessous duquel on parle de désert médical)** en 2022. Cette proportion s'élève à 14,1 % dans la population générale (soit 6,6 points de moins qu'au régime agricole).
- **Les déserts médicaux se sont accrus entre 2017 et 2022 et de façon plus importante pour les patients du régime agricole.**
En effet, sur les 5 dernières années entre 2017 et 2022, la part de patients ayant une accessibilité inférieure à 2,5 consultations par an est **en progression de 5,7 points au régime agricole contre 5 points en population générale.**

Cette année, la MSA propose de compléter ces études en appliquant la nouvelle typologie de l'Irdes sur l'approche multiprofessionnelle de l'accessibilité aux soins de premier recours²⁷.

2.3.1. Caractérisation de la population agricole par rapport à la typologie communale de l'accessibilité aux soins de premier recours

L'Irdes a créé et publié en mars 2025 une nouvelle approche multiprofessionnelle de l'accessibilité aux soins de premier recours. L'objectif est de « *renouveler la description de l'accessibilité aux soins de premier recours à partir d'une approche pluriprofessionnelle tenant compte du médecin généraliste, de ses partenaires du quotidien (infirmiers, kinésithérapeutes, pharmacies), de ceux servant d'appui au diagnostic (laboratoires et radiologues) et des services d'urgence.* ».

En termes de méthode, l'Irdes a procédé en 3 étapes afin de classer les communes françaises selon leur niveau, évolution et besoins en matière d'accessibilité aux soins. Dans une première étape, des scores ont été créés par groupes de professionnels de santé et par grandes dimensions. Dans une deuxième étape, une analyse en composantes principales (ACP) a été effectuée sur ces scores. Dans une troisième et dernière étape, une classification ascendante hiérarchique (CAH) sur ces scores a été appliquée.

²⁷ Une approche multiprofessionnelle de l'accessibilité aux soins de premier recours : des configurations territoriales très diverses, Irdes, Document de travail n°93, Mars 2025.

Le résultat final propose ainsi un classement des communes françaises en 3 grandes branches et 7 classes (**Carte 4**) :

- Accessibilité moindre tous services confondus :
 - Classe 1 : Communes avec la moins bonne accessibilité aux soins tous services confondus
 - Classe 2 : Communes avec une faible accessibilité aux soins, en désertification médicale et avec de forts besoins
- Accessibilité meilleure pour certains services seulement :
 - Classe 3 : Communes avec une faible accessibilité aux soins de proximité et favorisées aux plans socio-économique et sanitaire
 - Classe 4 : Communes maintenant une bonne accessibilité aux médecins généralistes mais avec une faible accessibilité aux autres soins
- Accessibilité meilleure pour tous les services :
 - Classe 5 : Communes avec une accessibilité aux soins relativement bonne qui se raréfie et avec de forts besoins
 - Classe 6 : Communes favorisées sur le plan socio-sanitaire avec une relativement bonne accessibilité aux soins
 - Classe 7 : Communes avec l'accessibilité aux soins la plus élevée pour tous les types de soins

Carte 4 :
Typologie communale de l'accessibilité aux soins de premier recours en France de l'Irdes

TYPLOGIE COMMUNALE DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS DE PREMIER RECOURS EN FRANCE

Accessibilité moindre tous services confondus

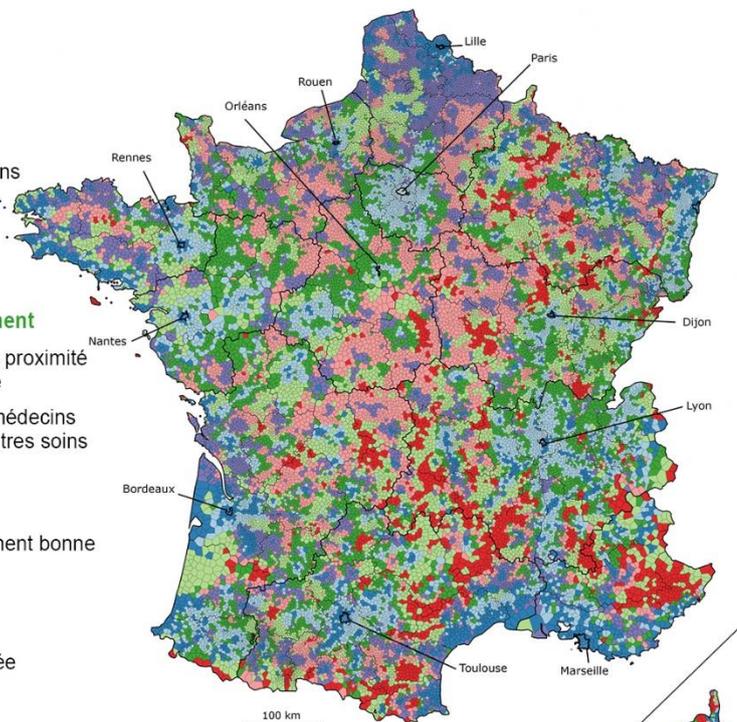
- 1** Communes avec la moins bonne accessibilité aux soins tous services confondus
- 2** Communes avec une faible accessibilité aux soins, en désertification médicale et avec de forts besoins

Accessibilité meilleure pour certains services seulement

- 3** Communes avec une faible accessibilité aux soins de proximité et favorisées aux plans socio-économique et sanitaire
- 4** Communes maintenant une bonne accessibilité aux médecins généralistes mais avec une faible accessibilité aux autres soins

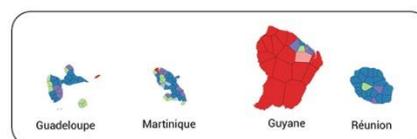
Accessibilité meilleure pour tous les services

- 5** Communes avec une accessibilité aux soins relativement bonne qui se raréfie et avec de forts besoins
- 6** Communes favorisées sur le plan socio-sanitaire avec une bonne accessibilité aux soins
- 7** Communes avec l'accessibilité aux soins la plus élevée pour tous les types de soins



	Classes						
	1	2	3	4	5	6	7
Part de la population (%)	1	4	7	6	16	29	37
Part des communes (%)	6	17	18	16	18	16	9

Source : Insee, RP 2019.



Modèle cartographique : UAR-RIATE, 2022. Fond de carte : IGN, 2022. @ Irdes 2024

L'étude dans ce rapport Charges et Produits va s'intéresser plus spécifiquement aux classes 1 et 2.

Selon l'Irdes, « ces deux classes, en rouge et rose, sont composées de communes rurales très peu peuplées. Elles se caractérisent par l'accumulation d'une faible accessibilité à l'ensemble des professionnels et services de santé et par un niveau important de désavantage socio-sanitaire. Les communes de la classe 1 sont plus difficiles d'accès et sont souvent situées dans des zones montagneuses (Alpes du Sud, Corse), sur des îles ou dans certains départements français d'outre-mer (Guyane). En effet, la classe 1 regroupe des cas extrêmes où l'accessibilité à l'ensemble des services de santé est la plus faible, alors que les besoins sont plus élevés que la moyenne, accentués par une forte proportion de personnes âgées. Peu de communes (6 %) et d'habitants (1 %) appartiennent à cette classe. La classe 2, quant à elle, se concentre dans la moitié nord de la France, plus particulièrement dans les régions Centre-Val de Loire, Bourgogne et au sud de la Normandie. Elle se distingue de la classe 1 par son processus de désertification. Ainsi, outre une plus faible accessibilité, en particulier pour l'offre locale, et des besoins plus importants (...), c'est dans ce groupe que la perte d'accessibilité aux médecins généralistes est la plus importante. Cette raréfaction s'explique en partie par des départs de médecins (retraite, changement de lieu d'exercice, cessation d'activité). Ainsi, cette classe est celle qui présente les taux globaux les plus élevés de médecins généralistes sortants, à la fois avec et hors retraités, ce qui signifie qu'une partie élevée des médecins ayant exercé sur ce territoire depuis 2016 en sont partis ou ont arrêté leur exercice. Cette situation est accentuée par une dynamique moins favorable qu'ailleurs concernant l'accessibilité aux infirmiers et aux kinésithérapeutes. Au total, en additionnant les classes 1 et 2, près d'un quart des communes sont vraiment dans des territoires où la situation est « critique » mais elles ne comptent que 5 % des habitants. »

L'application de la typologie communale de l'accessibilité aux soins de premier recours de l'Irdes aux effectifs de patients du régime agricole montre que la population du régime agricole est sur-représentée par rapport à la population générale dans ces classes 1 et 2 : 2 % contre 1 % en classe 1 et 10 % contre 4 % en classe 2 (**Tableau 27**).

A l'opposé, la population du régime agricole est fortement sous-représentée par rapport à la population générale dans les classes les plus favorisées, à savoir les classes 6 et 7 : 20 % contre 31 % en classe 6 et 24 % contre 37 % en classe 7 (**Tableau 27**).

Tableau 27 :
Typologie communale de l'accessibilité aux soins de premier recours (Irdes) et effectifs de la population agricole versus population générale

Typologie communale de l'accessibilité aux soins de premier recours (Irdes)	Effectif de la population française 2022	%	Patients au régime agricole 2023	%
Classe 1 - Communes avec la moins bonne accessibilité aux soins tous services confondus	530 956	1 %	64 331	2 %
Classe 2 - Communes avec une faible accessibilité aux soins, en désertification médicale et avec de forts besoins	2 687 741	4 %	289 290	10 %
Classe 3 - Communes avec une faible accessibilité aux soins de proximité et favorisées aux plans socio-économique et sanitaire	4 337 323	6 %	371 539	12 %
Classe 4 - Communes maintenant une bonne accessibilité aux médecins généralistes mais avec une faible accessibilité aux autres soins	3 662 683	5 %	392 440	13 %
Classe 5 - Communes avec une accessibilité aux soins relativement bonne qui se raréfie et avec de forts besoins	10 359 836	15 %	566 113	19 %
Classe 6 - Communes favorisées sur le plan socio-sanitaire avec une bonne accessibilité aux soins	21 196 467	31 %	619 813	20 %
Classe 7 - Communes avec l'accessibilité aux soins la plus élevée pour tous les types de soins	24 985 567	37 %	729 671	24 %
Total	67 760 573	100 %	3 033 197	100 %

Sources : Insee, MSA

La situation est beaucoup plus défavorable pour les patients non-salariés agricoles avec des taux respectifs de 4 % pour la classe 1 et 13 % pour la classe 2 alors que les patients salariés agricoles, résidant davantage en zone urbaine, affichent des taux plus proches des taux de la population générale (1 % pour la classe 1 et 7 % pour la classe 2) (**Tableau 28**).

A l’opposé, la population non-salariée agricole est fortement sous-représentée par rapport à la population générale dans les classes les plus favorisées : 18 % contre 31 % en classe 6 et 14 % contre 37 % en classe 7 (**Tableau 28**).

Tableau 28 :
Typologie communale de l’accessibilité aux soins de premier recours (Irdes) et effectifs de la population agricole (non-salariés agricoles versus salariés agricoles)

Typologie communale de l’accessibilité aux soins de premier recours (Irdes)	Patients non-salariés agricoles 2023	%	Patients salariés agricoles 2023	%
Classe 1 - Communes avec la moins bonne accessibilité aux soins tous services confondus	43 339	4 %	20 992	1 %
Classe 2 - Communes avec une faible accessibilité aux soins, en désertification médicale et avec de forts besoins	151 204	13 %	138 086	7 %
Classe 3 - Communes avec une faible accessibilité aux soins de proximité et favorisées aux plans socio-économique et sanitaire	186 388	16 %	185 151	10 %
Classe 4 - Communes maintenant une bonne accessibilité aux médecins généralistes mais avec une faible accessibilité aux autres soins	195 336	17 %	197 104	10 %
Classe 5 - Communes avec une accessibilité aux soins relativement bonne qui se raréfie et avec de forts besoins	198 404	17 %	367 709	19 %
Classe 6 - Communes favorisées sur le plan socio-sanitaire avec une bonne accessibilité aux soins	202 341	18 %	417 472	22 %
Classe 7 - Communes avec l’accessibilité aux soins la plus élevée pour tous les types de soins	163 672	14 %	565 999	30 %
Total	1 140 684	100 %	1 892 513	100 %

Sources : Insee, MSA

C’est dans ce contexte que la MSA propose de renforcer son action pour améliorer l’accès à la santé dans les territoires ruraux situés notamment dans ces classes 1 et 2 (Cf partie 3.4.). Le diagnostic de ces territoires en lien avec les caractéristiques de la population agricole pourra être réalisée à partir de l’outil cartographique GéoMSA (<https://geomsa.msa.fr/>) et son module de diagnostic territorial santé.

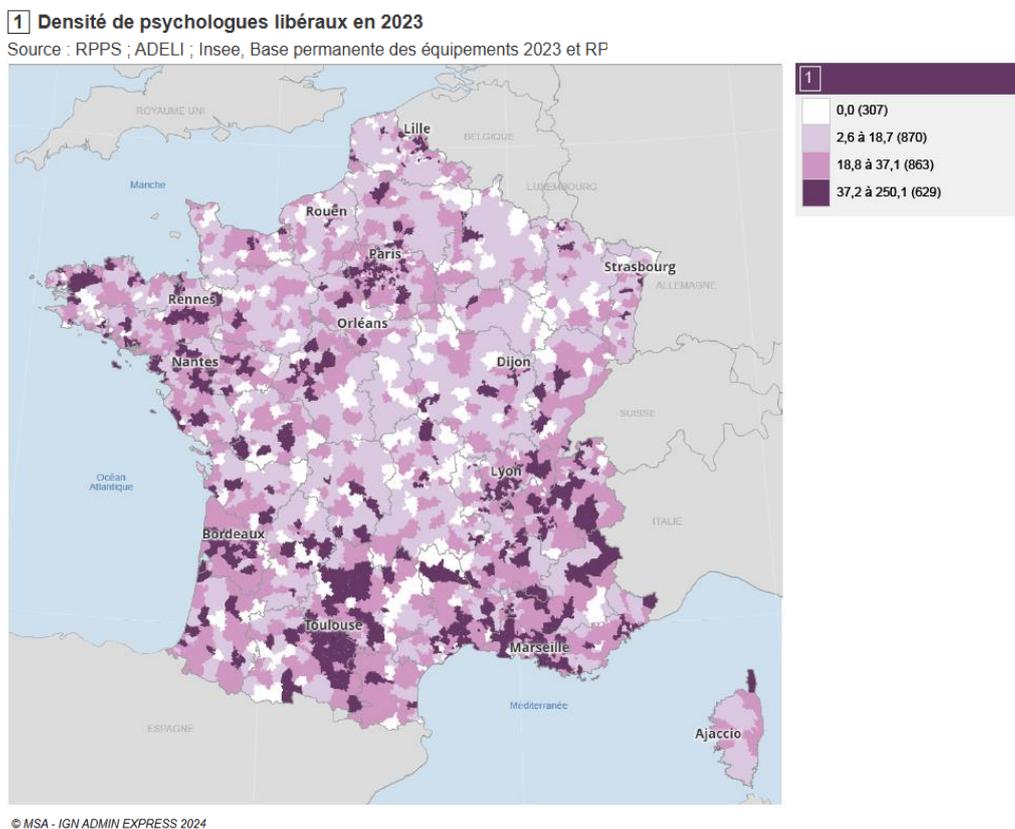
2.3.2. Analyse de la densité de psychologues et de psychiatres libéraux par territoire de vie en 2023

La démocratisation de l'accompagnement psychologique est en plein essor depuis plusieurs années. Selon la Drees, le nombre de psychologues de moins de 62 ans en 2012 en France s'élevait à 38 128. Au 1^{er} janvier 2023, on dénombre 74 195 psychologues exerçant dans le public ou le privé²⁸. Le nombre de psychologues a donc été multiplié par deux en 10 ans.

En 2023, la densité moyenne de psychologues libéraux est de 37,2 pour 100 000 habitants en France entière²⁹.

La répartition géographique des psychologues libéraux montre des disparités³⁰ (**Carte 5**). Certains territoires de vie disposent d'une plus grande densité de psychologues (Paris : densité de 137/100 000 habitants, Toulouse : 129/100 000, Rennes et Bordeaux : 119/100 000), tandis que d'autres territoires peuvent souffrir d'un manque de ces professionnels (Saint-Denis : 17/100 000, Charleville-Mézières : 12/100 000, Argenteuil : 11/100 000).

Carte 5 :
Densité de psychologues libéraux par territoire de vie en 2023



Le **graphique 30** présente la répartition des effectifs de la population du régime agricole (représentée par ses patients) et de la population française en fonction des différentes classes de densité de psychologues libéraux.

²⁸ Source : ASIP-Santé RPPS, traitements Drees - données au 1^{er} janvier 2023.

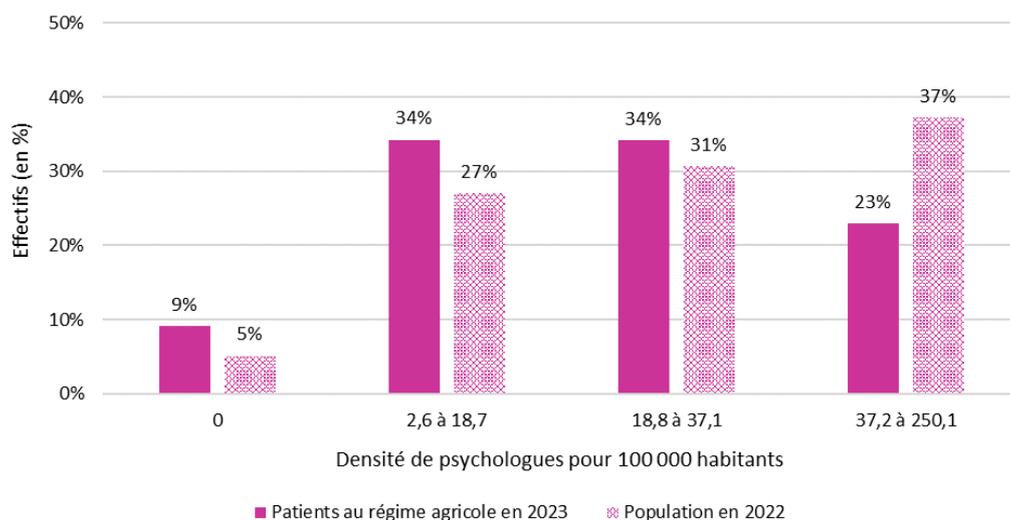
²⁹ Sources : RPPS (Répertoire partagé des professionnels de santé) ; ADELI (Automatisation des listes) ; Insee, Base permanente des équipements 2023 et RP. La densité est le rapport entre le nombre de psychologues libéraux recensés et le nombre d'habitants sur un territoire donné (au dernier recensement). Elle est exprimée pour 100 000 habitants estimés par l'Insee au 1^{er} janvier 2022.

³⁰ Les psychologues exerçant en libéral représentent approximativement un tiers de l'effectif professionnel total. Cette étude ne comprend pas les psychologues salariés hospitaliers et les « autres salariés ».

En 2023, 9 % des patients du régime agricole, contre 5 % pour la population française, résident dans des territoires de vie caractérisés par l'absence de psychologues libéraux. La part de patients du régime agricole situés dans des territoires de vie ayant une très faible densité de psychologues (2,6 à 18,7 pour 100 000 habitants) s'élève à 34 % contre 27 % pour la population française. Inversement, seulement 23 % des patients du régime agricole, contre 37 % pour la population française, résident dans des territoires de vie caractérisés par une densité dans la moyenne ou élevée (au sens de bien supérieure à la moyenne) de psychologues libéraux.

Graphique 30 :

Densité de psychologues libéraux en 2023 et répartition des patients du régime agricole versus population française

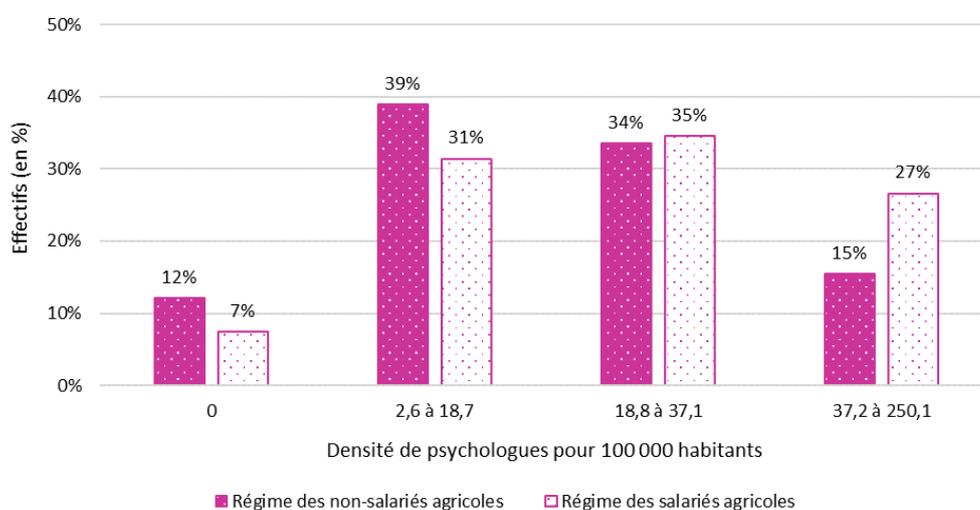


Sources : RPPS, ADELI, Insee ; MSA
Population française 2022 (source : Insee RP)

La densité de psychologues libéraux est hétérogène selon le régime agricole d'affiliation (**Graphique 31**). Les patients du régime des non-salariés agricoles sont plus exposés à une faible densité de ces professionnels de santé. En 2023, 51 % des patients non-salariés agricoles, contre 38 % des salariés agricoles, résident dans des territoires de vie caractérisés par l'absence de psychologues libéraux ou par une densité très faible (2,6 à 18,7 pour 100 000 habitants).

Graphique 31 :

Densité de psychologues libéraux selon le régime d'affiliation des patients agricoles en 2023



Sources : RPPS, ADELI, Insee ; MSA

En 2023, près de 6 600 psychiatres libéraux sont dénombrés en France³¹. Ils exercent en grande majorité en libéral exclusif (66 %) tandis que 20 % exerce en libéral et salarié et 14 % en libéral et hospitalier.

La démographie des psychiatres se caractérise par un fort vieillissement de la profession dont le renouvellement n'est pas assuré par l'arrivée des jeunes générations, ce qui entraîne des difficultés avérées d'accessibilité aux soins³². En 2022, 47 % des psychiatres libéraux ont 60 ans ou plus³³.

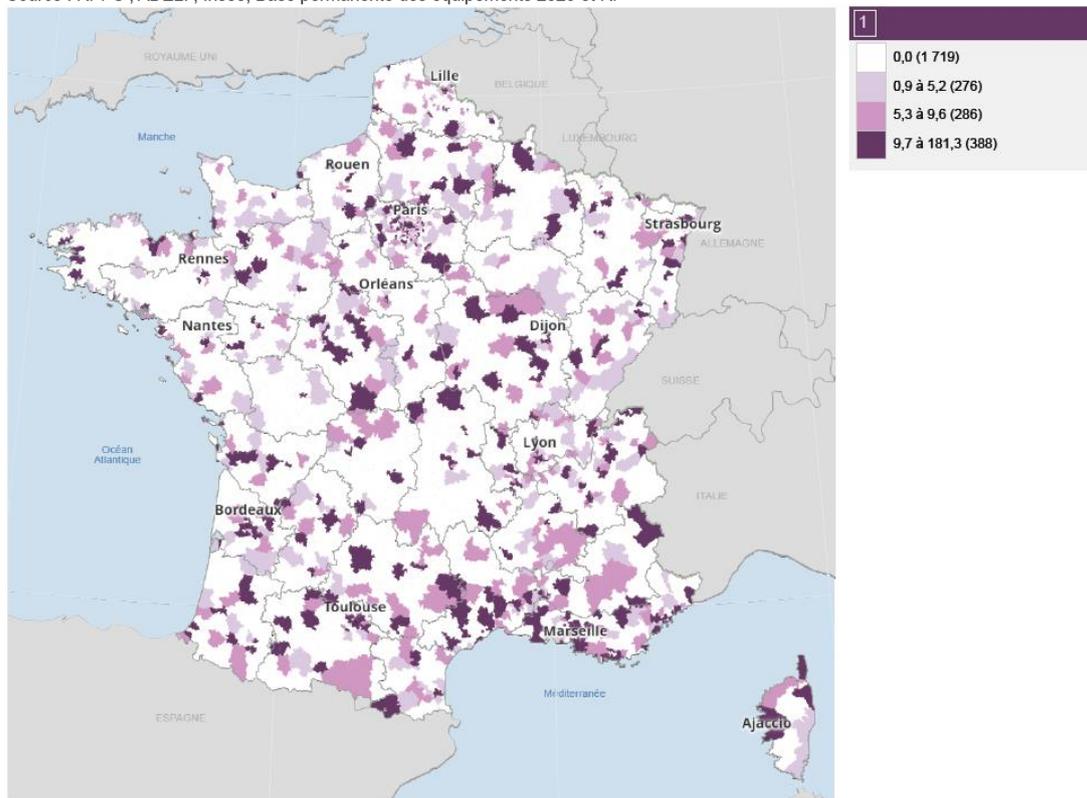
En 2023, la densité moyenne de psychiatres libéraux est de 9,7 pour 100 000 habitants en France entière³⁴.

Les densités de psychiatres libéraux sont géographiquement hétérogènes (**Carte 6**). La densité de spécialistes pour 100 000 habitants est plus importante à Bordeaux (68/100 000), Paris (62/100 000) ainsi qu'à Bayonne (51/100 000). A l'inverse, la densité est plus faible à Villeurbanne (7/100 000), Montreuil (5/100 000), Niort (4/100 000) ou encore à Saint-Denis (1/100 000).

Carte 6 :
Densité de psychiatres libéraux par territoire de vie en 2023

1 Densité de psychiatres libéraux en 2023

Source : RPPS ; ADELI ; Insee, Base permanente des équipements 2023 et RP



³¹ Les données recensent les praticiens exerçant leur activité principale en libéral (en cabinet individuel ou de groupe ou de société). Les médecins fonctionnaires et les médecins salariés exerçant en établissement sanitaire par exemple ne sont donc pas comptabilisés.

³² Assemblée nationale, Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la prise en charge des urgences psychiatriques, n° 714, déposé le mercredi 11 décembre 2024.

³³ Système National des Données de Santé (SNDS), Professionnels de santé libéraux conventionnés ayant au moins un remboursement de soins dans l'année et présents au 31 décembre 2022, France entière.

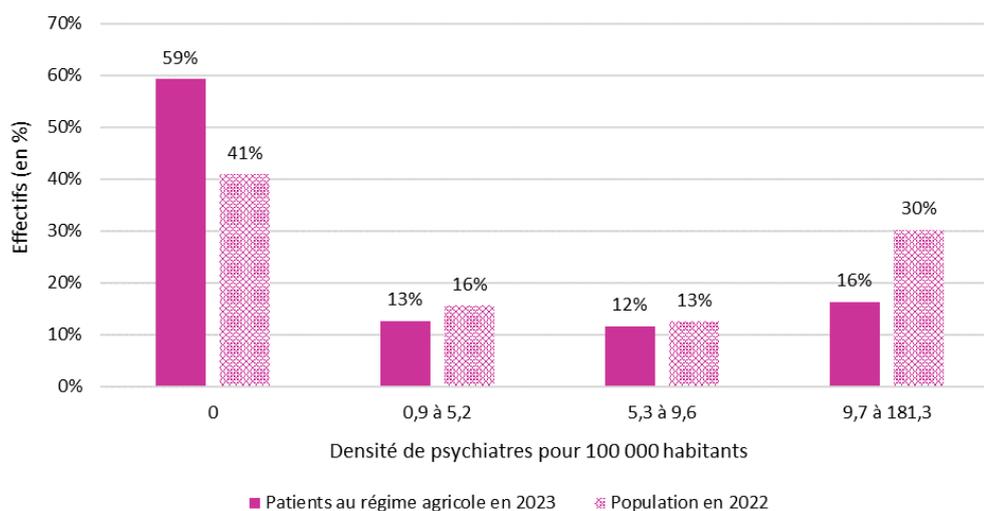
³⁴ Sources : RPPS (Répertoire partagé des professionnels de santé) ; ADELI (Automatisation des listes) ; Insee, Base permanente des équipements 2023 et RP. La densité est le rapport entre le nombre de psychiatres libéraux recensés et le nombre d'habitants sur un territoire donné (au dernier recensement). Elle est exprimée pour 100 000 habitants estimés par l'Insee au 1^{er} janvier 2022.

Le **graphique 32** présente la répartition des effectifs de la population du régime agricole (représentée par ses patients) et de la population française en fonction des différentes classes de densité de psychiatres libéraux.

En 2023, 59 % des patients du régime agricole, contre 41 % pour la population française, résident dans des territoires de vie caractérisés par l'absence de psychiatres libéraux. La part de patients du régime agricole situés dans des territoires de vie caractérisés par une très faible densité de psychiatres (0,9 à 5,2 pour 100 000 habitants) s'élève à 13 % contre 16 % pour la population française. A contrario, 16 % des patients du régime agricole, contre 30 % pour la population française, résident dans des territoires de vie dont la densité de psychiatres libéraux est dans la moyenne ou élevée (au sens de bien supérieure à la moyenne).

Graphique 32 :

Densité de psychiatres libéraux en 2023 et répartition des patients du régime agricole versus population française

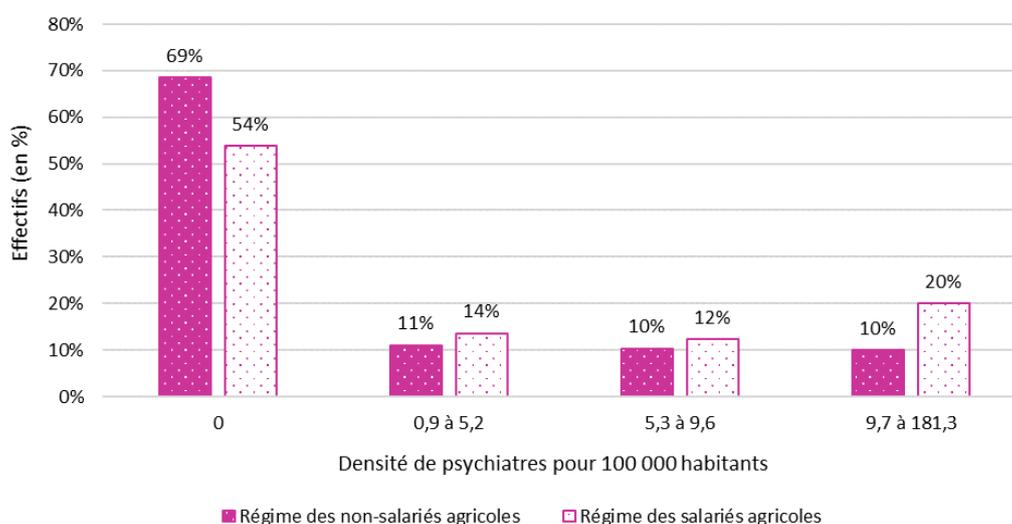


Sources : RPPS, ADELI, Insee ; MSA
Population française 2022 (source : Insee RP)

La densité de psychiatres libéraux présente une forte hétérogénéité selon le régime agricole d'affiliation (**Graphique 33**). En 2023, 69 % des patients non-salariés agricoles, contre 54 % des patients salariés agricoles, résident dans des territoires de vie caractérisés par l'absence de psychiatres libéraux.

Graphique 33 :

Densité de psychiatres libéraux selon le régime d'affiliation des patients en 2023



Sources : RPPS, ADELI, Insee ; MSA

Si l'on croise la densité de psychiatres libéraux à la population agricole en affection psychiatrique de longue durée, un certain nombre de territoires de vie regroupant un volume élevé d'assurés en ALD psychiatrique présente des densités médicales très faibles voire nulles (**Carte 7**).

Plus de la moitié des assurés en ALD psychiatrique au régime agricole (58 %) résident dans des territoires de vie caractérisés par l'absence de psychiatres libéraux.

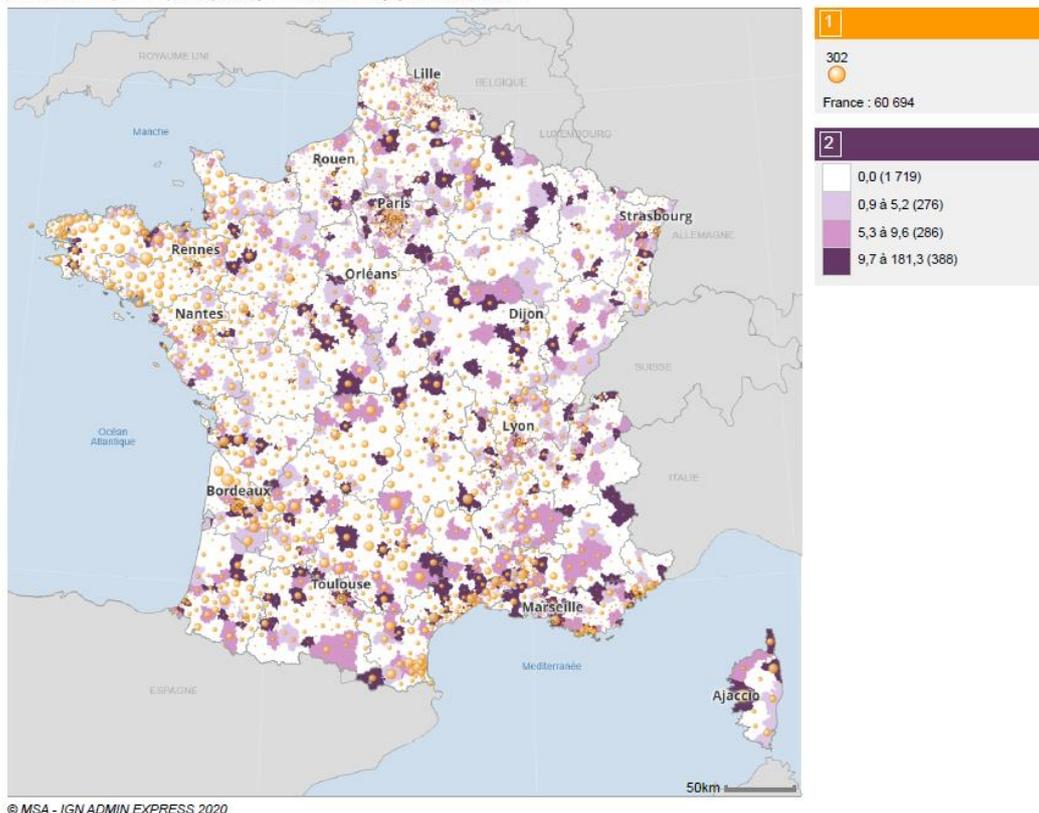
Par ailleurs, la proportion d'assurés en ALD psychiatrique situés dans un territoire de vie ayant une densité de psychiatres libéraux inférieure à la moyenne nationale (9,7/100 000) s'élève à 82 %.

A titre d'exemple, les territoires de vie d'Aurillac (Cantal), Loudéac (Côtes-d'Armor), Pauillac et Bazas (Gironde) et Ussel (Corrèze) se caractérisent par une densité très faible voire l'absence de psychiatres libéraux (de 0 à 5 pour 100 000 habitants) avec un total de près de 1 000 assurés agricoles en ALD psychiatrique.

Carte 7 :
Densité de psychiatres libéraux par territoire de vie et répartition des assurés du régime agricole en ALD psychiatrique en 2023

1 Nombre d'assurés prévalents en affection psychiatrique de longue durée au régime agricole, 2023
Source : PATO - Pathologies des bénéficiaires du régime agricole

2 Densité de psychiatres libéraux en 2023
Source : RPPS ; ADELI ; Insee, Base permanente des équipements 2023 et RP



En conclusion, les résultats de cette étude montrent :

- que les patients du régime agricole sont davantage exposés à une densité nulle ou très faible de psychologues et psychiatres libéraux comparativement à la population française ;
- que la situation est plus dégradée pour les non-salariés agricoles ;
- qu'un certain nombre de territoires de vie regroupant un effectif élevé d'assurés du régime agricole en affection psychiatrique de longue durée présente des densités de psychiatres libéraux très faibles voire nulles.

Partie 3 :
**Les propositions de la MSA pour contribuer
aux politiques publiques de santé**

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

- **son implantation privilégiée dans les territoires ruraux, près des professionnels de santé de premier recours,**
- **sa population assurée à titre professionnel : le secteur agricole,**
- **son organisation en guichet unique,**
- **son appartenance à l'Uncam en tant que membre,**
- **sa collaboration contractualisée avec chaque ARS.**

Pour répondre aux besoins de santé de la population agricole et rurale, la MSA porte une stratégie santé qui s'articule avec la stratégie nationale de santé. La future stratégie santé de la MSA pour 2026-2030 enrichira celle de 2021-2025. Elle s'inscrira davantage dans une vision globale, intégrant l'approche « une seule santé », pour améliorer la santé des populations agricoles et rurales. Elle repose sur deux enjeux principaux :

- permettre à la population agricole de vivre plus longtemps en bonne santé, en prenant en compte ses spécificités professionnelles, démographiques et territoriales
- faire des territoires ruraux des environnements favorables à la santé en mobilisant les acteurs locaux et en développant des solutions adaptées.

Ces enjeux seront déclinés en objectifs spécifiques reprenant les priorités de la MSA et les propositions inscrites dans les rapports Charges et Produits dans le cadre d'une approche pluri-annuelle.

Le guichet unique de la MSA est un atout primordial pour lui permettre d'aborder ces différents angles, avec l'approche en termes de risque maladie, avec en particulier son contrôle médical et dentaire et ses services de prévention, l'approche en termes de santé-sécurité au travail alliant tant les compétences médicales et paramédicales de la santé-travail, que la prévention des risques professionnels, ainsi que l'approche du point de vue social avec ses travailleurs sociaux, rouages importants également des services administratifs. Toutes ces compétences travaillent, au niveau des territoires et au plus près des personnes, en parfaite intelligence avec les 13 000 délégués cantonaux de son réseau déployés sur l'ensemble du territoire. Ces derniers constituent des relais naturels des problématiques réellement vécues par les habitants sur leur territoire.

Les 26 propositions de la MSA pour 2026 s'articulent autour des axes suivants :

- Prévention, promotion et éducation pour la santé,
- Prévention du mal-être et promotion de la santé mentale,
- Approche « Une seule santé »,
- Structuration de l'offre de soins sur les territoires,
- Qualité des pratiques, pertinence des soins et parcours de soins,
- Contrôle et lutte contre la fraude,
- Enjeux numériques, systèmes d'information, data et recherche en santé.

3.1. Axe « Prévention, promotion et éducation pour la santé »

3.1.1. Une offre de prévention ciblée en lien avec l'ensemble des acteurs de santé

La prévention et l'éducation sanitaire et sociale est l'un des axes forts portés par la stratégie institutionnelle dont la stratégie santé.

La stratégie nationale de santé (SNS), pour 2023-2033, tient compte des enseignements tirés de la crise sanitaire et de l'impact qu'elle a eu sur l'état de santé de la population. Parmi ces enseignements, la nécessité de faire une place particulièrement importante à la santé publique et à la prévention dans les politiques de santé.

Un texte a été rédigé sur la base de l'analyse menée par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) sur l'état de santé de la population et ses déterminants. Il rappelle les valeurs et les principes qui doivent guider les politiques de santé, et propose les orientations de la nouvelle SNS autour de trois grands objectifs :

- permettre à tous de vivre plus longtemps en bonne santé, par la prévention, la promotion de la santé et l'accompagnement à tous les âges de la vie ;
- répondre aux besoins de santé de chacun, sur tout le territoire, avec une offre de santé adaptée ;
- rendre notre système de santé plus résilient et mieux préparé face aux défis écologiques et aux crises.

Dans le cadre de ses programmes nationaux de prévention, la MSA contribue à la mise en œuvre des programmes et actions réalisées dans tous les milieux et tout au long de la vie déclinant les priorités définies par les pouvoirs publics en :

- accompagnant les assurés, par la prévention et l'éducation à la santé, au plus près de leurs besoins par la mise en place d'actions ciblées et individualisées au plus près des territoires et s'inscrivant dans le plan priorité prévention (1 000 premiers jours de la vie, enfants, jeunes, 25/65 ans, Bien vieillir, sous-consommateurs de soins, publics fragiles) : examens bucco-dentaires, Instants santé jeunes, Instants santé, les petits ateliers nutritifs, Cap bien-être, Mon bilan prévention,
- adaptant son offre avec des nouveaux services innovants comme LANTICHUTE (outil numérique proposé aux personnels des EHPAD et des résidences autonomie) et le Mémo Santé Enfant, une offre prévention santé pour les parents d'enfants de 0 à 16 ans,
- déployant des méthodologies d'intervention pour rendre les assurés acteurs de leur santé comme par exemple l'entretien motivationnel,
- créant et développant le parcours d'accompagnement en santé des personnes en situation de précarité, pour soutenir la personne dans la globalité de son parcours de vie (sanitaires, sociaux, médico-sociaux),
- renforçant le rôle du médecin traitant et des équipes de soins primaires (vaccinations, dépistages organisés des cancers...),
- intégrant des stratégies de prévention innovantes et multi-canales dans son offre en s'appuyant fortement sur son guichet unique,
- s'impliquant dans la mise en place d'actions d'éducation à la santé dans les structures d'exercices coordonnés (ateliers d'éducation thérapeutique, forfait pour les diététiciens et les psychologues),
- prenant en compte les contrats territoriaux de santé pilotés par les Agences Régionales de Santé (ARS) dans les projets d'actions d'initiative locale.

Le programme national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires des professions agricoles est financé par le Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaires des Professions Agricoles (FNPEISA) qui s'est élevé à 26,09 millions d'euros en 2024.

a. Instants santé

En 2024, 26 106 personnes sous-consommantes de soins ont participé à un entretien motivationnel dans le cadre des Instants santé (IS), avec un infirmier en présentiel ou par téléphone (**Encadré 2**).

Personnalisés, complets et gratuits, les Instants santé réintègrent les personnes éloignées des soins de ville dans le parcours de santé. Le dispositif se déroule en trois étapes :

- **le premier rendez-vous** comprend un entretien motivationnel avec un infirmier. Celui-ci consiste à repérer les besoins de santé de l'assuré pour l'orienter ensuite vers des actions adaptées. Un diététicien est présent pour réaliser une animation nutritionnelle et délivrer des informations sur la thématique. Cet entretien peut également se réaliser par téléphone, permettant à l'assuré ne pouvant se déplacer en séance de profiter du dispositif Instants santé. En présentiel, un entretien motivationnel spécifique peut être proposé aux assurés qui souhaitent s'engager dans une démarche d'arrêt du tabac et/ou, depuis avril 2024, dans une démarche de réduction de la consommation d'alcool,
- **la consultation de prévention** - avec le médecin traitant de l'assuré ou un médecin généraliste de son choix - permet à l'assuré de faire le point sur les sujets de santé qui le préoccupent,
- **des actions de prévention adaptées** sont proposées à l'adhérent lors du premier rendez-vous ou prescrites par le médecin généraliste (bilan bucco-dentaire, parcours nutrition santé, actions collectives seniors,...).

Encadré 2 : Résultats d'évaluation des Instants santé

Dans son numéro de février 2023, la Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique évaluait le programme des Instants santé (IS) de la MSA en direction des adhérents sous-consommants en santé*. Les résultats de cette étude attestaient de l'utilité du dispositif.

En 2024, une évaluation a été réalisée sur les données de participation de 2022, soit 106 165 individus. Les résultats montrent que parmi la population s'étant rendue au 1^{er} rendez-vous, au moins un besoin a été identifié chez plus de 90 % des invités. La mise à jour d'un dispositif de prévention (vaccinations et dépistages) étant le besoin le plus fréquent (67 %), suivi du risque cardiovasculaire (42 %) et d'un bilan bucco-dentaire (28 %).

Les besoins cardiovasculaires, de mal-être et bucco-dentaires sont plus importants chez les invités résidant dans les communes les plus défavorisées.

Le taux de participation à la consultation de prévention parmi les invités qui se sont rendus au 1^{er} RDV en 2022 était de 64,9 % alors que le taux de participation des invités qui ne s'étaient pas rendus au 1^{er} RDV en 2022 était de 1,2°%.

Parmi les invités aux IS s'étant rendus au 1^{er} RDV, 1 291 (5,3 %) se sont vu prescrire le Parcours Nutrition Santé. Par ailleurs, pour 739 d'entre eux (3 %), un recours au service d'action sociale MSA leur a été recommandé et pour 467 d'entre eux (1,9 %), une mise en contact avec le médecin du travail.

Les assurés qui réalisent le 1^{er} RDV comptabilisent davantage de nouvelles prises en charge que ceux qui ne l'ont pas réalisé. Parmi les participants au 1^{er} RDV, 36 % pour qui un besoin a été identifié ont bénéficié d'une nouvelle prise en charge.

Les participants chez qui un besoin a été identifié par l'infirmier durant le 1^{er} RDV initient davantage de nouvelles prises en charge et ce, majoritairement en lien avec le besoin repéré.

* Michel M., Souaré M.A., Dindorf C., Danguy V., Chevreul K., Bilans de santé pour la population agricole sous-consommante française : évaluation pilote du programme des Instants santé de la MSA. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, Volume 71, n°1, Février 2023, article 101420.

2024, année de lancement du dispositif Mon Bilan Prévention : près de 12 000 assurés MSA âgés de 60 à 65 ans présentant un ou plusieurs critères de fragilité ont bénéficié d'un entretien motivationnel

Dès le second semestre 2024, la MSA a mis en place le dispositif Mon Bilan Prévention. Celui-ci concerne les tranches d'âge suivantes : 18-25 ans, 45-50 ans, 60-65 ans et 70-75 ans.

L'**approche populationnelle** permet d'inviter l'ensemble des adhérents de ces âges « clés » de la vie. Ils reçoivent une invitation par courrier pour réaliser un bilan de prévention avec un médecin, pharmacien, infirmier ou une sage-femme. En 2024 (septembre à décembre), 995 696 courriers d'invitation ont été envoyés et 2 388 assurés ont réalisé un bilan de prévention en médecine de ville.

En complément, la MSA a mis en place une **approche ciblée** via les Instants santé pour les personnes présentant au moins l'un des 4 critères de fragilité sanitaire et sociale suivants :

- absence de complémentaire santé,
- absence de déclaration de médecin traitant,
- absence de consommation de consultation de médecine générale en ambulatoire dans les 12 mois qui précèdent (une spécificité pour les 18-25 et 45-50 ans, l'absence de ces critères n'est à remonter qu'en cas de présence d'une affection de longue durée (ALD)),
- bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS).

Ces assurés sont invités à participer à un entretien motivationnel en présentiel ou par téléphone ainsi qu'à réaliser une consultation de prévention avec leur médecin traitant ou un médecin généraliste de leur choix. Ils peuvent, dans le cadre de l'entretien motivationnel et/ou de la consultation de prévention, se voir recommander des actions de prévention et/ou être orientés vers des services de la MSA répondant à leurs besoins.

Au second semestre 2024, dans le cadre du déploiement progressif de l'approche ciblée de Mon Bilan Prévention, la MSA a invité 81 672 assurés âgés de 60 à 65 ans présentant un ou plusieurs critères de fragilité sanitaire et sociale à bénéficier d'un entretien motivationnel avec un infirmier puis d'une consultation de prévention avec un médecin généraliste. En tout, 11 956 assurés ont réalisé un entretien motivationnel en 2024.

Jusqu'en juillet 2024, pour les jeunes de 16 à 24 ans, une consultation de prévention chez un médecin généraliste était proposée avec au préalable un questionnaire à renseigner sur le site Instants santé jeunes. Ces jeunes recevaient ensuite un chéquier sport d'une valeur de 30 euros. De janvier à juillet 2024, près de 4 500 jeunes invités en ont bénéficié.

Fin 2024, un nouveau dispositif Instants santé jeunes a été déployé. Il concerne tous les jeunes affiliés à la MSA âgés de 16-17 ans et les jeunes affiliés à la MSA de 18-24 ans qui n'ont pas participé à Mon bilan Prévention et qui présentent au moins un critère de fragilité. Les objectifs sont multiples :

- offrir aux jeunes un espace d'écoute individuel sans jugement autour de leur santé,
- les sensibiliser sur certains risques pour leur santé en fonction de leurs habitudes de vie et sur les comportements protecteurs,
- renforcer leur motivation en valorisant notamment les prises d'initiatives pour créer un changement d'habitudes.

Six thématiques de santé prioritaires ont été identifiées :

- **santé mentale et bien-être ;**
- **alimentation et activité physique ;**
- **vie affective et sexuelle ;**
- **alcool, tabac et autres substances ;**
- **audition ;**
- **sécurité routière.**

Les jeunes sont invités à prendre rendez-vous avec un coach santé pour réaliser un entretien motivationnel de prévention, en visioconférence. En amont de cet entretien, les jeunes remplissent un auto-questionnaire en ligne qui permet aux coachs santé de pouvoir identifier les besoins et attentes prioritaires des jeunes et ainsi d'orienter l'entretien. A l'issue des entretiens, les coachs santé fixent conjointement avec les jeunes des

objectifs à atteindre et orientent les jeunes vers les offres de soins, de prévention et d'accompagnement adaptées à leurs objectifs et leurs besoins. En complément, les jeunes accèdent à divers contenus et informations sur le site des Instants santé jeunes (<https://isjeunes.msa.fr/>) qui a été entièrement refondu.

Les premiers assurés ont été invités à partir de décembre 2024.

Encadré 3 :

Développer l'approche motivationnelle dans les dispositifs de prévention à tous les âges de la vie

L'approche motivationnelle est au cœur de l'ensemble des actions proposées par la MSA. En complément des dispositifs déjà mis en place et encouragés par l'Etat, la MSA a développé l'approche motivationnelle en continuant la formation des effecteurs de ses programmes de prévention, notamment à travers :

- le renforcement de l'approche motivationnelle auprès des jeunes parents dans le cadre de l'action MSA Les P'tits Ateliers Nutritifs, ateliers animés par une diététicienne qui vise à guider les parents pour favoriser les bons choix dans la nutrition du jeune enfant. A ce titre, l'intégralité de l'équipe de diététiciens animant les P'tits Ateliers Nutritifs a été formée à l'approche motivationnelle en ateliers collectifs lors d'une formation de 2 jours associant théorie et mises en situation, jeux de rôle et assurée par un expert qualifié expérimenté ;
- la formation de nouveaux intervenants en approche motivationnelle auprès du public prioritaire jeune. Pour mener à bien le dispositif *Instants santé jeunes*, 16 coachs santé ont été recrutés en 2024. La grande majorité d'entre eux disposait déjà d'une formation en entretien motivationnel, qu'ils appliquaient régulièrement dans leur pratique professionnelle (critère de recrutement). Cette compétence a été renforcée par une formation spécifique dispensée lors d'un séminaire dédié, portant sur les outils de l'entretien motivationnel et la méthode FRAMES. Afin de garantir la qualité des entretiens avant le déploiement officiel auprès des jeunes, de nombreux cas simulés ont été réalisés de manière fictive, permettant ainsi de tester, ajuster et valider les pratiques des coachs santé ;
- le renforcement des pratiques de l'entretien motivationnel des travailleurs sociaux de la MSA. Depuis 2021, la MSA repère, par le biais des différents services de son guichet unique et de ses partenaires (autres acteurs publics, associations, etc.), les adhérents présentant à la fois une fragilité sociale (difficultés économiques, ruptures de vie, etc.) et une problématique de santé. L'objectif est de leur proposer un accompagnement global, par un travailleur social formé à l'approche motivationnelle, permettant d'améliorer leurs déterminants de santé, sur une durée maximum de 2 ans. Pour cela, la MSA a identifié des superviseurs de ce programme au sein des 35 caisses de MSA, pilotes du programme au niveau local, et déployé une ingénierie d'intervention comprenant une formation à l'entretien motivationnel auprès de 500 travailleurs sociaux.

Proposition 1 :

Mettre en œuvre un dispositif pour accompagner les aidants vers leur réintégration dans un parcours de santé

La MSA lance en 2025 un dispositif conçu comme un accompagnement progressif, personnalisé et durable des aidants, visant à répondre à leurs besoins multiples tout en leur donnant accès à l'offre de service MSA dédiée et aux dispositifs de droit commun. Ce parcours repose sur une alternance entre des temps d'écoute, d'évaluation, d'orientation vers les structures et dispositifs locaux, de suivi, dans une logique de soutien global à la situation d'aidance pour épauler l'individu dans son rôle d'aidant et prévenir l'impact sur sa santé. L'aidant pourra notamment bénéficier d'un entretien motivationnel dédié à sa santé. Cet entretien est réalisé par un infirmier. Le dispositif lui permet également de bénéficier d'une consultation médicale de prévention santé auprès de son médecin traitant (ou à défaut un médecin généraliste de son choix).

Proposition 2 :**Faciliter le repérage et l'accompagnement des personnes nécessitant un accompagnement santé/social dans les actions d'allers-vers/ramener-vers**

La MSA déploie depuis 2021 un programme d'accompagnement santé/social permettant aux plus fragiles de disposer de ressources adaptées pour améliorer leurs déterminants sociaux de santé. Pour y répondre, la MSA s'est fixée plusieurs orientations :

- proposer une solution couvrant à la fois les champs de la santé et du social en coordonnant les interventions de la MSA et de ses partenaires ;
- proposer une logique de programme individualisé « sur mesure » afin d'augmenter l'efficacité du service rendu en y associant l'approche motivationnelle ;
- s'appuyer sur les offres existantes pour construire les programmes d'actions de suite favorisant la réintégration des assurés dans le parcours de prise en charge.

Pour cela, la MSA renforcera la mobilisation :

- des différents acteurs de son guichet unique (agents d'accueil, médecins, infirmiers, etc.) pour repérer les personnes fragiles,
- des dispositifs de prévention (ex : Instants santé, Mon Bilan Prévention, Instants aidants) au cours desquels les professionnels de santé (IDE, coachs santé) peuvent renseigner une fiche de liaison sociale permettant d'orienter l'adhérent vers un accompagnement social de la MSA et/ou une fiche de signalement des situations de mal-être permettant d'orienter l'adhérent vers les cellules « mal-être » de la MSA,
- de ses élus et de ses partenaires (autres acteurs publics, associations, etc.).

Depuis son lancement, le dispositif Instants santé jeunes s'inscrit dans une logique d'« aller-vers »/« ramener vers » pour sensibiliser les jeunes, les écouter et les orienter selon leurs besoins. La santé mentale, en particulier, fait partie des thématiques les plus fréquemment abordées par les coachs santé lors des entretiens. Ces derniers, déjà formés à la santé mentale, sont en première ligne pour détecter les signaux faibles et proposer un accompagnement adapté. Dans cette continuité, le renforcement de cette thématique est prévu pour les prochaines éditions, afin d'outiller encore davantage les coachs santé et d'élargir les capacités d'écoute et d'orientation vers les dispositifs de soutien en santé mentale.

Encadré 4 :**Déclic, un dispositif d'accompagnement santé/social**

Depuis 2021, la MSA repère, par le biais des différents services de son guichet unique et de ses partenaires (autres acteurs publics, associations, etc.), les adhérents présentant à la fois une fragilité sociale (difficultés économiques, ruptures de vie, etc.) et une problématique de santé. L'objectif est de leur proposer un accompagnement global, par un travailleur social formé à l'approche motivationnelle, permettant d'améliorer leurs déterminants de santé, sur une durée maximum de 2 ans. Pour cela, la MSA a identifié des superviseurs de ce programme au sein des 35 caisses de MSA, pilotes du programme au niveau local, et déployé une ingénierie d'intervention comprenant une formation à l'entretien motivationnel auprès de 500 travailleurs sociaux et différents outils permettant de structurer l'accompagnement (livret de suivi formalisant les objectifs de l'accompagnement, annuaire sur l'offre sanitaire et sociale, etc.).

Depuis 2021, près de 6 000 bénéficiaires ont été intégrés dans le programme. Une première enquête qualitative auprès de 100 assurés accompagnés vise à démontrer les effets perçus sur l'amélioration de leur situation (problématiques de santé, économiques, logement, mobilité, etc.), la prise d'initiative concernant leurs démarches quotidiennes et leur connaissance du système de santé. Les résultats seront connus à l'été 2025.

b. Vaccinations

- **Vaccination antigrippale porcine et aviaire : lancement d'une nouvelle campagne de vaccination antigrippale au bénéfice des professionnels des secteurs porcins et aviaires assurés MSA**

Contexte

Les années 2021 et 2022 ont été marquées par une épizootie d'influenza aviaire dans l'ouest de la France et le diagnostic de cas humains de grippe porcine chez des professionnels.

Dans ce contexte, et depuis juin 2022, la vaccination antigrippale saisonnière est recommandée aux professionnels (notamment salariés et non-salariés agricoles) exposés aux virus influenza aviaires et porcins³⁵.

Comme les années précédentes, en 2024, les pouvoirs publics ont demandé à la MSA de mettre en œuvre, en parallèle de la campagne nationale de la grippe saisonnière 2024-2025, une seconde campagne de vaccination ciblée envers les professionnels exposés aux virus influenza porcins et aviaires.

Cette campagne de vaccination exceptionnelle menée par la MSA est concomitante à celle menée au niveau national et utilise les mêmes vaccins, recommandés par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Ciblage

En 2024-2025, la CCMSA a lancé une 3^{ème} campagne auprès des professionnels afin de limiter le risque de recombinaison entre virus humain et animal chez un même organisme. La campagne de vaccination à l'attention des professionnels s'établit selon les **critères cumulatifs suivants** :

- Professionnels appartenant à l'une des catégories suivantes :
 - Elevage dans les secteurs porcine ou aviaire,
 - Vétérinaires en charge des porcs et des oiseaux,
 - Intervenants pour le ramassage et l'abattage des porcs et des oiseaux,
 - Personnels des zoos en contact avec des porcs et des oiseaux,
- Salariés ou non-salariés agricoles,
- Assurés ayant des droits ouverts à la MSA à la date de lancement de la campagne exceptionnelle,
- Assurés non invités lors de la campagne nationale antigrippale 2023-2024.

Financement

Les vaccins contre la grippe saisonnière sont délivrés aux bénéficiaires sans avance de frais et sont remboursés à 100 % au pharmacien par la caisse d'affiliation du bénéficiaire, sur le risque maladie concernant cette campagne exceptionnelle. La présentation de l'attestation de prise en charge au pharmacien est nécessaire pour obtenir la délivrance du vaccin.

A l'instar de la campagne annuelle de vaccination antigrippale, la période de validité de la prise en charge a été fixée du 15 octobre 2024 au 28 mars 2025.

Au regard du faible taux de couverture égale à 6 % au niveau national pour les professionnels des filières aviaire et porcines lors de la campagne 2023-2024, un renforcement de la qualité de la requête, un courrier de relance en complément au courrier d'invitation, l'envoi d'un sms incitant les adhérents à aller retirer leur vaccin en pharmacie et un relai de la campagne par les organismes représentant ces filières ont été mis en œuvre pour la campagne 2024-2025.

³⁵ Recommandations vaccinales professionnelles extraites des pages 7, 17 et 65 du calendrier vaccinal (juin 2022) : « La vaccination contre la grippe saisonnière est désormais recommandée chez les professionnels exposés aux virus porcins et aviaires dans le cadre professionnel. Cette vaccination est à considérer comme une mesure de protection collective visant à éviter la transmission du virus aux animaux et non pas comme une mesure de protection individuelle contre les virus zoonotiques porcins ou aviaires ».

Résultat

Pour la campagne 2024-2025, sur les 74 708 assurés invités en décembre 2024, 6 155 personnes se sont fait vacciner, soit 8,2 % des professionnels invités (le taux de couverture vaccinale était de 6 % sur la campagne 2023-2024).

Proposition 3 :

Aller-vers / ramener-vers les populations professionnelles agricoles concernées par la réalisation de la vaccination antigrippale afin d'améliorer le taux de vaccination

La large circulation mondiale depuis quelques années du virus influenza aviaire hautement pathogène (IAHP) fait craindre une possible adaptation du virus à l'homme et ont amené les autorités sanitaires à renforcer leur anticipation à ce risque. Depuis 2022, la vaccination antigrippale saisonnière est recommandée aux professionnels (notamment salariés et non-salariés agricoles) exposés aux virus influenza aviaires et porcins.

Pour la 3^{ème} année consécutive, la MSA a lancé une campagne de vaccination à l'attention des professionnels travaillant au contact des porcs et des oiseaux (ex : éleveurs dans les secteurs porcin ou aviaire, vétérinaires en charge des porcs et des oiseaux, intervenants pour le ramassage et l'abattage des porcs et des oiseaux, personnels des zoos en contact avec des porcs et des oiseaux, salariés de coopératives agricoles, etc.).

Comme les personnes fragiles, ces assurés reçoivent un courrier et un bon de prise en charge leur permettant de se faire vacciner auprès du professionnel de santé de leur choix.

Pour 2026, la MSA portera des actions d'aller-vers auprès des organismes représentant ces filières telles que :

- campagne d'emailing ciblant les éleveurs et les vétérinaires ;
- intégration d'une information dans les envois de kits de prélèvement adressés aux éleveurs pour l'identification virale en cas de suspicion de grippe porcine ;
- promotion de la campagne auprès des assurés de la filière lors des bilans de santé MSA (entretiens motivationnels infirmiers Instants santé et Mon Bilan Prévention) ;
- promotion lors d'événements tels que le sommet de l'élevage et le SPACE (salon international de l'élevage) ;
- promotion de la campagne via différents médias des organismes ou lors de rencontres ou de formations professionnelles ;
- des actions complémentaires pourront être identifiées suite à l'enquête menée auprès de 1 400 éleveurs sur les déterminants de la vaccination par l'EHESP, avec laquelle la MSA est partenaire.

- **Vaccination antigrippale saisonnière**

La campagne nationale de vaccination 2024-2025 contre la grippe s'est déroulée du 15 octobre 2024 au 28 février 2025. Elle permet de sensibiliser les personnes fragiles à l'importance de se faire vacciner, en leur proposant une prise en charge gratuite du vaccin. Les personnes pour lesquelles la vaccination est recommandée sont les personnes âgées de 65 ans et plus et les personnes atteintes de l'une des 22 affections de longue durée (ALD) ciblées. Par ailleurs, une population dite en « extension » - les personnes atteintes de maladies respiratoires chroniques (asthme, bronchite chronique obstructive...) et les femmes enceintes - est également concernée par cette campagne.

Sur la campagne 2024-2025, le taux de couverture vaccinale contre la grippe atteint 53,1 % au régime agricole, en légère hausse par rapport à la campagne 2023-2024 (52,9 %) (**Tableau 29**).

Au regard des résultats de la campagne 2023-2024 (baisse du taux de couverture vaccinale MSA chez les assurés de 65 ans et plus (- 3,7 points) et chez les assurés malades chroniques (- 23 points)), un plan d'actions renforcé a été déployé pour la campagne 2024-2025 :

- une campagne de SMS a été réalisée pour renforcer la visibilité des courriers d'invitation et de relance et inciter l'assuré à récupérer son vaccin en pharmacie ;
- la campagne d'aller-vers des entretiens motivationnels téléphoniques a été élargie aux hommes de 65 ans (âge d'entrée dans la vaccination) (**Encadré 5**).

Tableau 29 :
Taux de couverture vaccinale contre la grippe au régime agricole

	Campagne 2023-2024	Campagne 2024-2025
Taux de couverture vaccinale des 65 ans et plus	55,4 %	55,4 %
Taux de couverture vaccinale des assurés en ALD	35,4 %	37,4 %
Taux de couverture vaccinale total	52,9 %	53,1 %

Source : MSA

Encadré 5 :

Promouvoir la vaccination antigrippale par la réalisation d'entretiens motivationnels qui ciblent les femmes et les hommes primo-vaccinants de 65 ans

Pour la 5^{ème} année consécutive, la MSA a reconduit les entretiens motivationnels par téléphone de sensibilisation à la vaccination contre la grippe. Dans un contexte de baisse marquée du taux de couverture vaccinale chez les 65 ans et plus (près de 4 points) et d'un écart important de taux entre l'âge de 65 ans et 66 ans chez les hommes et chez les femmes (avec notamment un écart de 6 points chez les hommes et de 4 points chez les femmes), la MSA a décidé d'étendre les entretiens motivationnels aux hommes de 65 ans, en plus des femmes de 65 ans ciblées les années précédentes.

Ce dispositif vient renforcer la campagne de vaccination antigrippale avec l'intervention d'infirmières préalablement formées. Les assurés au régime agricole de 65 ans, qui n'ont pas bénéficié d'une vaccination antigrippale dans les 3 années précédant la campagne, sont contactés par téléphone. L'entretien est fondé sur un accompagnement empathique et bienveillant de la personne visant à faire émerger un discours puis une action de changement en renforçant le sentiment de liberté et d'efficacité de la personne.

L'objectif pour la MSA est d'augmenter le taux de couverture vaccinale pour ces personnes entrant dans la tranche d'âge de la vaccination.

Ce dispositif est évalué via une étude cas/témoins qui permet de comparer la population exposée aux entretiens à un « lot témoin » afin d'évaluer l'impact des Entretiens Personnalisés par Téléphone (EPT) sur le taux de vaccination sans facteur de confusion. Ce groupe témoin ressemble au groupe expérimental de sorte que les différences systématiques puissent être attribuées aux effets des EPT.

Lors de la campagne 2023-2024, 11 914 femmes ont été ciblées et 5 345 entretiens ont été réalisés. Le taux de couverture vaccinale chez les femmes ayant bénéficié d'un entretien était de 24 % versus 20 % pour les femmes du groupe témoin, qui n'ont bénéficié d'aucun contact. Le dispositif a donc permis un gain de 4 points sur le taux de couverture vaccinale.

Pour la campagne 2024-2025, 6 507 entretiens ont été menés entre le 4 novembre et 21 décembre 2024 auprès des femmes et des hommes de 65 ans primo-vaccinants sur un total de 27 000 personnes ciblées.

- **Vaccination ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole)**

En 2024, le taux de couverture vaccinale des enfants âgés de 24 mois (nés en 2022) est de 73,3 % : 18 174 enfants âgés de 24 mois relevant du régime agricole sur une cible totale de 24 804³⁶ ont reçu au moins une dose de vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (**Tableau 30**). Ce taux est toutefois sous-évalué dans la mesure où ces chiffres ne prennent pas en compte les vaccinations effectuées dans le cadre scolaire et dans le cadre de la protection maternelle et infantile (PMI).

Tableau 30 :
Nombre d'enfants vaccinés et taux de couverture vaccinale ROR au régime agricole

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre d'enfants	27 089	26 796	26 446	26 275	24 000	25 247	25 746	24 804
Nombre d'enfants vaccinés	19 906	19 743	19 513	19 424	19 128	18 860	18 826	18 174
Taux de couverture vaccinale	73,5 %	73,7 %	73,8 %	73,9 %	79,7 %	74,7 %	73,1 %	73,3 %

Source : MSA

c. Dépistages organisés des cancers

Dans le cadre de l'arrêté du 16 janvier 2024 relatif aux programmes de dépistages organisés des cancers, la MSA a poursuivi les travaux nécessaires au transfert du pilotage des invitations/relances à participer aux dépistages organisés des cancers qui avaient été amorcés en 2023 (action dont la gestion était auparavant à la main des Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers). Cette reprise des invitations s'est accompagnée de travaux informatiques et éditiques conséquents.

- **Dépistage organisé du cancer du sein**

Le programme de dépistage organisé du cancer du sein consiste à inviter tous les deux ans les femmes âgées de 50 à 74 ans à réaliser un examen clinique des seins et une mammographie. Elles recevaient jusqu'en 2023 un courrier d'invitation de la part des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC). Depuis le 1^{er} janvier 2024, la gestion des courriers d'invitation est assurée par la MSA.

En 2024, 108 102 mammographies ont été réalisées en MSA dans le cadre du dépistage organisé et individuel. Le nombre total de femmes invitées n'étant pas consolidé à ce jour, le taux de participation reste à publier (**Tableau 31**).

Tableau 31 :
Nombre de femmes invitées au dépistage organisé du cancer du sein, nombre de femmes dépistées et taux de participation

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de femmes invitées	201 243	197 312	201 582	192 467	215 519	213 241	208 137	-
Nombre de femmes dépistées	105 147	104 655	101 679	87 562	129 056	115 818	123 247	108 102
Taux de participation	52,2 %	53,0 %	50,4 %	45,5 %	59,9 %	54,3 %	59,2 %	-

Sources : Santé publique France, MSA

* A partir de 2021, sont comptabilisés dans le nombre de femmes dépistées, à la fois les dépistages organisés et individuels.

³⁶ Cette cible totale correspond au nombre d'enfants nés en 2022 qui ont eu au moins un remboursement de soins entre janvier 2022 et décembre 2023.

- **Dépistage organisé du cancer colorectal**

En 2024, 119 614 tests de dépistage ont été réalisés en MSA dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal. Le nombre total de personnes invitées n'étant pas consolidé à ce jour, le taux de participation reste à publier.

- **Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus**

Pour lutter contre ce cancer évitable, l'objectif de ce programme est d'amener en 10 ans 80 % des femmes âgées de 25 à 65 ans à se faire dépister. Compte tenu du délai de chargement des données pour ce programme, les données 2024 ne sont pas disponibles à date.

Encadré 6 :

Evaluation des actions d'aller-vers pour les dépistages organisés des cancers

- Entretien motivationnel aux dépistages organisés des cancers

Dans le cadre de la refonte des dépistages organisés des cancers, le Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles a annoncé une organisation rénovée des dépistages organisés des cancers qui passe notamment par la mobilisation systématique d'opérations « d'aller-vers » par les régimes d'assurance maladie, notamment vers les publics précaires, fragiles et éloignés des systèmes de santé. Dans ce cadre, la MSA a déployé des entretiens motivationnels par téléphone pour sensibiliser au dépistage organisé du cancer colorectal pour renforcer son rôle dans l'incitation aux dépistages des cancers. L'objectif est d'observer, à l'issue de chaque campagne, une augmentation du taux de participation au dépistage organisé de la population bénéficiaire des entretiens. Ces entretiens, d'une durée d'environ 15 minutes, sont menés par des infirmiers diplômés d'Etat qui sont rompus à la technique de l'entretien motivationnel. Deux campagnes d'appels téléphoniques, pour sensibiliser au dépistage du cancer colorectal et inciter les assurés à se faire dépister, ont eu lieu en 2024. 8 233 entretiens aboutis ont été réalisés lors de la première campagne et 8 066 entretiens lors de la seconde campagne. En comparaison avec le groupe « témoin », on estime que les entretiens motivationnels ont permis un gain de 4 points de pourcentage lors de la première campagne. Les résultats de la seconde campagne ne sont pas encore disponibles. Cette initiative est reconduite en 2025 avec deux nouvelles campagnes.

- L'appel à projet Coup de Pouce prévention, lancé en 2021, vise à soutenir les projets issus des territoires portés par les acteurs de la société civile ou les caisses de MSA.

En 2023, la MSA a intégré un volet « dépistages organisés des cancers » au sein de l'appel à projet. Au total, en 2024, ce sont 13 projets qui ont été accompagnés de façon méthodologique et 19 financièrement pour déployer des actions complémentaires d'aller-vers directement dans les territoires.

d. Prévention bucco-dentaire

En 2024, plus de 53 000 enfants et jeunes ont bénéficié d'un examen de prévention bucco-dentaire dans le cadre du dispositif « M'T dents »

Le dispositif M'T dents est une action qui porte sur les âges les plus vulnérables aux risques carieux (3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans). Elle consiste en la prise en charge intégrale d'un examen de prévention bucco-dentaire et des éventuels soins consécutifs.

En 2024, ce dispositif a permis à 53 752 enfants et jeunes du régime agricole de bénéficier d'un examen de prévention bucco-dentaire. Le taux de participation national est de 24,9 % (25,7 % en 2023) (**Tableau 32**).

Tableau 32 :
Dispositif conventionnel de prévention bucco-dentaire M'T dents : nombre d'invités, examens réalisés et taux de participation en 2024

	3 ans	6 ans	9 ans	12 ans	15 ans	18 ans	21 ans	24 ans	Total
Nombre d'invités	19 578	21 298	24 253	26 425	28 109	33 292	31 746	31 508	216 209
Nombre d'examens de prévention réalisés	7 401	8 569	8 303	7 951	6 263	6 029	5 068	4 168	53 752
Taux de participation	37,8 %	40,2 %	34,2 %	30,1 %	22,3 %	18,1 %	16,0 %	13,2 %	24,9 %

Source : MSA

Depuis 2016, ce dispositif a été renforcé par l'action d'accompagnement du dispositif M'T dents auprès des jeunes non-consommateurs de soins dentaires. Il s'agit d'une action de relance destinée aux jeunes de 4, 7, 10 et 13 ans invités dans le cadre du dispositif M'T dents et n'ayant bénéficié d'aucun acte bucco-dentaire dans l'année de leurs 3, 6, 9 et 12 ans. Cette action comprend également un système de relances adressées à l'ouvrant droit dans les 4 mois qui suivent le mois d'invitation.

En 2024, 7 004 jeunes du régime agricole ont pu bénéficier d'un examen bucco-dentaire intégralement pris en charge. Le taux de participation national est de 15,2 % contre 16,3 % en 2023 (**Tableau 33**).

Tableau 33 :
Action d'accompagnement du dispositif M'T dents : nombre d'invités, taux de relance, nombre d'examens réalisés, taux de participation en 2024

	4 ans	7 ans	10 ans	13 ans	Total
Nombre d'invités	11 153	12 016	11 702	11 157	46 028
Nombre d'examens bucco-dentaires réalisés	2 344	1 925	1 579	1 156	7 004
Taux de participation	21,0 %	16,0 %	13,5 %	10,4 %	15,2 %

Source : MSA

Nouvelle stratégie préventive dentaire, intégrant le plan Génération Sans Carie pour répondre aux besoins spécifiques de la population agricole et rurale

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus de 3,5 milliards de personnes souffraient, en 2017, de maladies bucco-dentaires. Pourtant, la majorité de ces affections peuvent être évitées grâce à une hygiène bucco-dentaire rigoureuse, une alimentation équilibrée, l'utilisation de fluor local, des consultations régulières chez le dentiste et une éducation à la santé orale.

La prévention dès le plus jeune âge constitue un levier essentiel pour favoriser l'émergence de « générations sans caries ». Certaines populations, plus vulnérables, nécessitent une attention particulière : femmes en période pré et post-natale, personnes en situation de précarité ou de handicap, personnes âgées dépendantes, ainsi que celles atteintes de pathologies chroniques.

Pour répondre à ces enjeux, le plan dentaire de la MSA a évolué en 2024, d'une part avec l'évolution des actions de prévention dentaire pilotées par l'Etat et le lancement du programme « Génération sans carie » en avril 2025 et d'autre part, grâce à la mise à jour du plan dentaire institutionnel.

Ce nouveau plan est conçu pour répondre aux besoins spécifiques des ressortissants agricoles, en particulier en matière de schémas de captation. Il cible à la fois les enfants, les jeunes et les publics à besoins spécifiques, à travers deux volets principaux :

1. Actions de prévention dentaire pilotées par l'État :

- « M'T dents tous les ans ! » : ce dispositif permet aux enfants et jeunes de 3 à 24 ans, ressortissants agricoles, de bénéficier d'un examen bucco-dentaire (EBD) une fois par an, ainsi que des soins complémentaires éventuellement préconisés à l'issue de cet examen.
- EBD femmes enceintes : ce dispositif permet aux ressortissantes agricoles de bénéficier, entre leur 4^{ème} mois de grossesse et jusqu'à six mois après l'accouchement, d'un EBD ainsi que des soins complémentaires éventuellement préconisés à l'issue de cet examen.

2. Actions spécifiques pour les assurés MSA :

Selon les tranches d'âge :

- Bilan bucco-dentaire (BBD) à 60 ans : ce dispositif permet aux ressortissants agricoles de 60 ans de bénéficier d'un BBD s'ils n'ont pas consommé de soins dentaires au cours des 12 mois précédents.
- Prévention de la carie de la petite enfance : il s'agit d'une action d'information qui consiste à envoyer aux parents d'enfants de 1 an un courrier explicatif, un dépliant sur la carie de la petite enfance et une brosse à dents adaptée aux besoins des enfants.

Pour les publics ciblés :

- Bilan bucco-dentaire post-natal : ce dispositif permet aux ressortissantes agricoles de bénéficier d'un BBD six mois après l'accouchement, si elles n'ont pas consommé de soins dentaires au cours des 12 mois précédents.
- « Tout sourire ! » : ce dispositif s'adresse aux adultes en situation de handicap accueillis dans des établissements collectifs. Il comprend un cycle d'au moins deux ateliers en présentiel, l'un destiné aux professionnels accompagnants et l'autre (ou les autres) atelier(s) pour le public cible.

Intégration dans les dispositifs Instants santé :

- Instants santé, Mon Bilan Prévention, Instants aidants et Instants Déclit : à l'issue de ces actions de prévention MSA, les professionnels peuvent proposer un EBD à l'adhérent, en fonction de ses besoins, chez le praticien de son choix.

e. Autres actions de prévention

Actions collectives seniors : plus de 28 000 seniors ont bénéficié des actions collectives de prévention intégrées au programme de prévention MSA en 2024

La MSA mène une politique de prise en charge globale du vieillissement des personnes déclinée notamment sous la forme d'actions collectives de prévention.

En 2024, grâce à l'offre de prévention de la MSA, plus de 28 000 seniors ont participé aux actions collectives de prévention organisées par la MSA et intégrées par le programme FNPEISA (ateliers vitalité ; ateliers nutrition et Nutri Activ ; ateliers équilibre ; ateliers mémoire ; ateliers PHARE).

De plus, des actions supplémentaires sont organisées localement. Au total, ce sont plus de 67 000 seniors qui ont pu participer à une action d'éducation ou d'information autour de la prévention de la perte d'autonomie.

Plus de 68 400 seniors ont aussi pu assister à une conférence dédiée aux seniors ou portant sur une thématique spécifique en 2024.

En moyenne, 87,5 % des participants à ces actions ont une motivation modérée à forte (note égale ou supérieure à 7 sur 10) pour mettre en application les conseils fournis lors des séances.

Coup de pouce prévention : 161 projets locaux de prévention et d'éducation sanitaire et social ont été financés en 2024

Le dispositif Coup de pouce prévention répond à des besoins identifiés par les caisses de MSA sur leur territoire ainsi qu'aux objectifs des politiques de santé publique.

À l'issue des commissions de sélection, 161 projets (dont 56 projets reconduits) ont reçu une participation à financement. Parmi ces projets, 39 relèvent d'une intervention dans le champ des addictions ; 19 projets dans le champ des dépistages organisés des cancers. 103 de ces projets ont pour lieu d'intervention des territoires classés comme territoires d'intervention prioritaire.

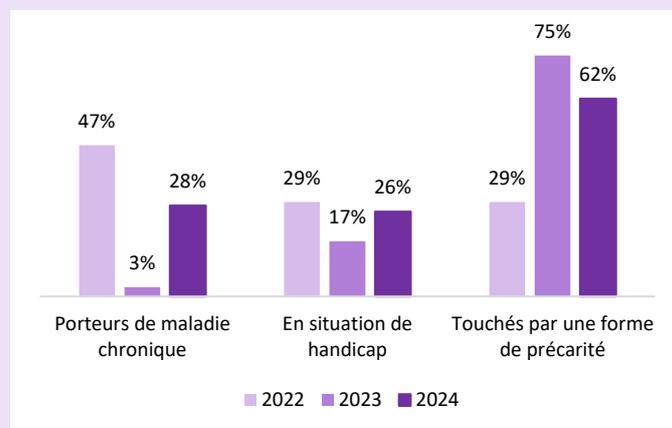
En 2024, 120 projets ont pu bénéficier d'un accompagnement méthodologique (diagnostic territorial, évaluation, gestion de projet...).

Encadré 7 :**Résultats de l'appel à projets Coup de pouce prévention depuis son lancement en 2022**

Les résultats d'une étude finalisée au 1^{er} trimestre 2025 montre que les publics ciblés par les projets soutenus dans le cadre de l'appel à projets Coup de pouce prévention correspondent aux publics désignés comme prioritaires dans le cadre des objectifs de santé publique :

- jeunes (pré-adolescents, collégiens, lycéens et étudiants) en particulier dans le cadre de la santé mentale et de la lutte contre les addictions,
- personnes en situation de handicap notamment dans les Établissement ou service d'aide par le travail (ESAT),
- femmes dans le cadre des violences sexuelles et du harcèlement,
- personnes éloignées du système de santé,
- seniors sur la problématique du « Bien vieillir ».

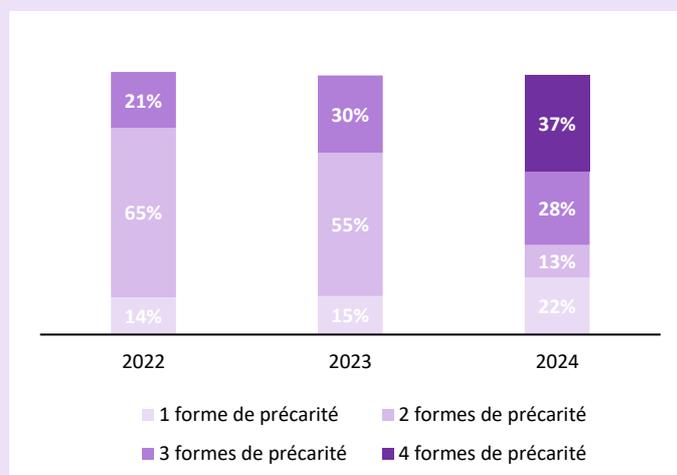
Le profil des publics cibles évolue selon les années mais présente le point commun d'être très majoritairement touché par une forme de précarité (**Graphique 34**).

Graphique 34 :**Profil des bénéficiaires du dispositif Coup de pouce prévention de 2022 à 2024**

Source : MSA

Les publics visés par les projets Coup de pouce prévention sont confrontés à une précarité croissante et multiple. Les formes de précarité les plus fréquentes sont : précarité économique, sociale, sanitaire et professionnelle.

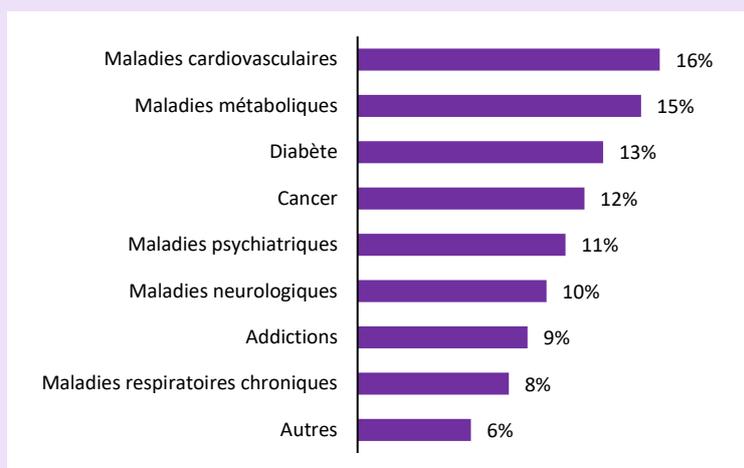
En 2024, 37 % des publics ciblés sont qualifiés comme touchés par 4 formes de précarité (sociale, économique, professionnelle et sanitaire) (**Graphique 35**).

Graphique 35 :**Profil des publics cibles concernés par une situation de précarité de 2022 à 2024**

Source : MSA

La majorité des types de maladies chroniques est représentée au sein du public cible (**Graphique 36**).

Graphique 36 :
Types de maladies chroniques des publics bénéficiaires du dispositif Coup de pouce prévention



Source : MSA

Les P'tits ateliers nutritifs MSA

Les P'tits ateliers nutritifs de la MSA sont proposés à tous les parents d'enfants de moins de 3 ans. Ces ateliers à distance sont animés par un diététicien recruté et formé par la MSA. Ils permettent aux parents de bénéficier d'échanges entre pairs et d'acquérir des connaissances validées sur l'alimentation du jeune enfant en lien avec son développement psychomoteur. Trois ateliers sont proposés avec des thématiques complémentaires :

- « Les premiers pas vers l'équilibre alimentaire »,
- « La diversification alimentaire »,
- « Le bon choix des produits ».

Les parents ont la possibilité de choisir le ou les atelier(s) selon leurs affinités. En 2024, 1 016 parents ont participé à 100 ateliers, avec un taux de participation de 68 %, en constante augmentation depuis 2022. Un tiers d'entre eux participe à deux ateliers au moins. Plus de deux tiers des participants sont des adhérents de la MSA.

Les actions de prévention et de lutte contre les addictions

L'action Déclic Stop Tabac cible les jeunes scolarisés en Maisons Familiales Rurales (MFR), les lycées agricoles et les Centres de Formation des Apprentis (CFA) mais également les personnes en situation de précarité dans des structures d'insertion par l'activité économique (SIAE), les Jardins de Cocagne et Laser Emploi.

Cette action vise à favoriser une prise de conscience sur les conséquences de la consommation de tabac en proposant un atelier de type « déclic » pour initier un starter d'engagement individuel, dans une émulation collective.

En 2024, 13 caisses de MSA ont déployé Déclic Stop Tabac dans 56 établissements : 29 maisons familiales rurales (MFR), 14 lycées professionnels, 11 structures d'insertion par l'activité économique (SIAE) et 2 structures diverses.

Au total, 97 ateliers collectifs de sensibilisation ont rassemblé 1 857 participants.

Les entretiens motivationnels à l'arrêt du tabac et à la réduction de la consommation d'alcool (EMATRA) sont proposés aux assurés MSA par un infirmier dans le cadre des Instants santé, bilan de prévention en santé ciblant les sous-consommateurs de soins. L'entretien porte sur la prise de conscience du niveau de motivation de l'utilisateur et de ses leviers à activer pour s'engager dans une diminution des consommations.

En 2024, 1 845 entretiens motivationnels à l'arrêt du tabac et à la réduction de la consommation d'alcool ont été menés auprès des participants à « Instant santé » et à Mon Bilan Prévention, approche ciblée dont 334 sur l'alcool (18 %), 95 sur le tabac et l'alcool en même temps (5 %) et 1 416 sur le tabac (77 %).

Enfin, le **programme Ateliers PHARE** est une action collective dont l'objectif est de contribuer à la prévention des conduites addictives (tabac, alcool, médicaments psychotropes...) chez les seniors de plus de 60 ans, de façon à réduire les risques et les dommages liés aux consommations.

De façon opérationnelle, l'action consiste en la réalisation d'un parcours de 3 modules collectifs, d'une durée de 2h30 chacun, dont les principaux objectifs sont d'informer et de sensibiliser les participants sur les conduites addictives et leurs impacts sur la santé, de travailler sur la dénormalisation des pratiques addictives et des idées reçues, de développer les compétences psychosociales des seniors et de renforcer leur pouvoir d'agir et enfin d'informer sur les solutions et dispositifs d'aide et structures d'accompagnement en addictologie.

En 2024, 43 ateliers PHARE ont eu lieu réunissant 279 participants.

3.1.2. L'accompagnement des personnes dans l'accès aux droits : le Rendez-vous Prestations MSA

Le dispositif Rendez-vous Prestations MSA

Le dispositif Rendez-vous Prestations MSA consiste en un entretien individuel et personnalisé, d'une durée moyenne de 40 à 45 minutes. Il est proposé par la MSA ou demandé par l'assuré lorsque sa situation rend nécessaire de faire un point complet sur l'état de ses droits sociaux. L'objectif est de permettre aux assurés agricoles (exploitants, salariés ou retraités) de faire valoir l'intégralité de leurs droits auprès de la MSA et de ses partenaires.

Ce dispositif phare du guichet unique concerne l'ensemble des prestations légales et extra-légales, de base et complémentaires, en santé, famille, retraite, invalidité, ainsi que les aides diverses et l'offre de service de la MSA. Il contribue ainsi à lutter contre le non-recours.

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

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

Les Rendez-vous Prestations, un outil pour la lutte contre le non-recours aux droits et pour le juste droit

La MSA est pleinement engagée dans la lutte contre le non-recours aux droits et pour le versement du juste droit.

Au-delà de sa participation active aux expérimentations sur les « Territoires zéro non-recours », la MSA a à cœur de poursuivre la montée en charge de son dispositif des Rendez-vous Prestations sur l'ensemble du territoire national. C'est pourquoi à travers la Convention d'Objectifs et de Gestion 2021-2025, la MSA s'est engagée à adapter le ciblage des Rendez-vous Prestations pour adresser cette offre à ses adhérents les plus fragiles.

La MSA mobilise les données disponibles permettant d'identifier de façon proactive les publics en potentielle situation de non-recours tout en renforçant l'inscription du Rendez-vous Prestations dans les parcours attentionnés qu'elle développe.

Bilan des Rendez-vous Prestations réalisés en 2024

Depuis l'année 2023, l'objectif suivi dans la COG est le taux de Rendez-vous Prestations ayant permis d'ouvrir au moins un droit (il s'agissait jusqu'alors du nombre de Rendez-vous Prestations réalisés). Comme en 2023, la cible 2024 est fixée à 30 %.

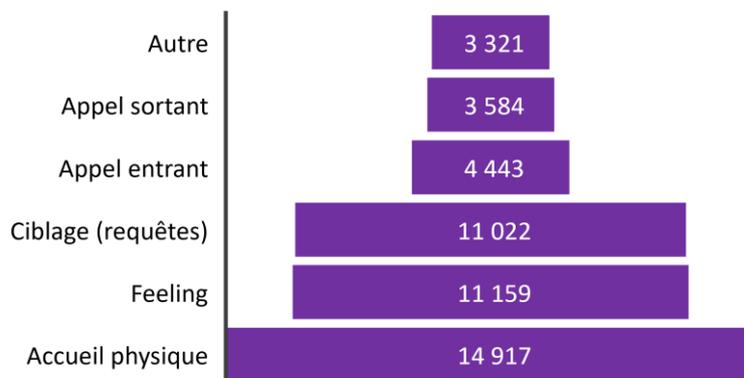
- Détection et proposition de Rendez-vous Prestations

Près de 48 500 assurés ont été identifiés comme éligibles à un Rendez-vous Prestations en 2024.

Les contextes de détection sont divers (**Graphique 37**) :

- 30,8 % lors d'un Rendez-vous en accueil physique,
- 23,0 % « au feeling » lors d'un contact en accueil physique,
- 22,8 % par ciblage (requêtes),
- 9,2 % lors d'un appel entrant,
- 7,4 % lors d'appel sortant.

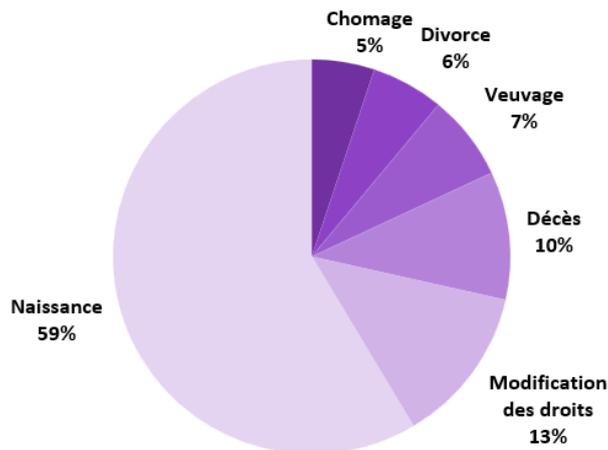
Graphique 37 :
Répartition du nombre de dossiers détectés pour un Rendez-vous Prestations par mode de détection



Source : MSA

Les Rendez-vous Prestations ont pu être proposés lors d'événement de vie. D'après la qualification de ces origines, 59 % des RDV ont été proposés à l'occasion d'une naissance (**Graphique 38**).

Graphique 38 :
Type d'événement déclencheur de la proposition de RDV Prestations



Source : MSA

- Réalisation du Rendez-vous Prestations

Attachée à maintenir une relation de proximité avec ses adhérents, la MSA maintient sa mobilisation en réalisant **23 594 Rendez-vous Prestations en 2024**.

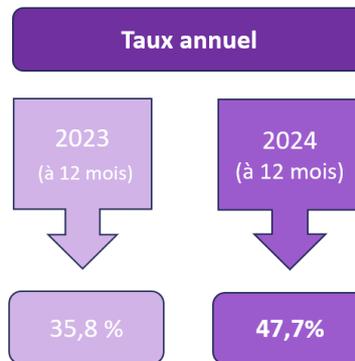
La diminution du nombre global (- 36 % sur un an) peut s'expliquer par une mobilisation du réseau en front office dans la réalisation de Rendez-vous pro-actifs vers les adhérents, notamment lors de deux campagnes de Rendez-vous d'information à la préparation de la retraite (plus de 9 500 Rendez-vous réalisés en 2024) au côté du régime général.

73,5 % des Rendez-vous Prestations réalisés en 2024 ont permis d'ouvrir ou réviser des droits (après 62,3 % en 2023).

L'utilisation des données disponibles pour le ciblage, l'inscription des Rendez-vous Prestations dans les parcours attentionnés, les campagnes pro-actives ainsi que la formation des collaborateurs attentifs aux événements de vie des adhérents, ont permis de rendre efficiente la mobilisation du réseau.

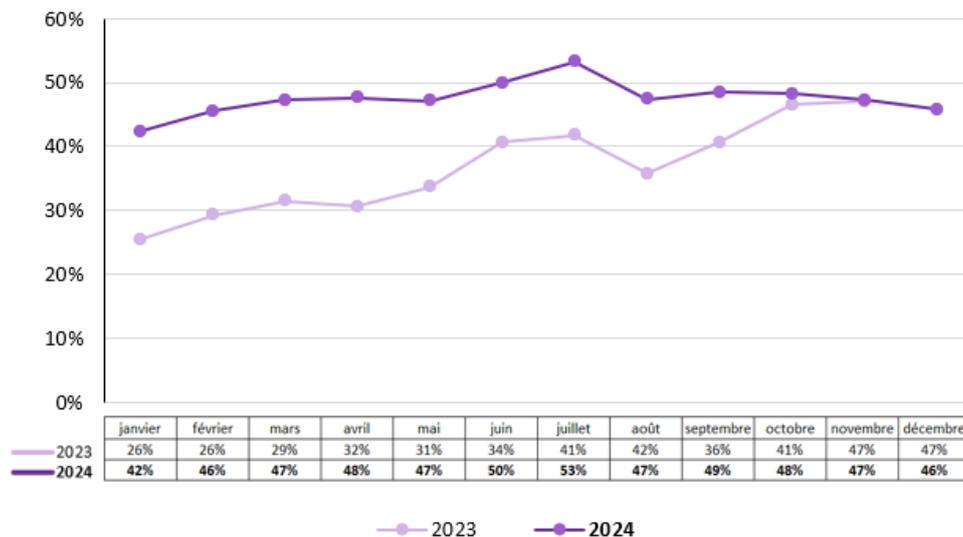
Ainsi, on observe une **augmentation de 11,9 points du taux des Rendez-vous Prestations ouvrant au moins un droit** entre 2023 et 2024 (Schéma 1 et Graphique 39).

Schéma 1 :
Evolution du taux annuel des Rendez-vous Prestations ouvrant au moins un droit



Source : MSA

Graphique 39 :
Evolution mensuelle du taux de Rendez-vous Prestations réalisés ouvrant au moins un droit entre 2023 et 2024



Source : MSA

- Focus sur les Rendez-vous Prestations du domaine santé

Dans le domaine de la santé, les Rendez-vous Prestations permettent de régulariser des situations ou d'assurer les ouvertures de droits et le versement du juste droit.

Ainsi, **8 532 Rendez-vous Prestations** ont été réalisés en 2024 dans le cadre de la réglementation santé, soit 36,2 % du nombre total de RDV Prestations réalisés en 2024. Parmi ces 8 532 RDV, 6 435 ont fait l'objet d'une ouverture ou d'une révision d'au moins un droit, soit 27,3 % de l'ensemble des Rendez-vous Prestations réalisés en 2024.

Les domaines impactés par prestations sont présentés dans le **tableau 34** :

Tableau 34 :
Nombre de RDV Prestations du domaine santé par type de prestations

Prestation	Nombre Rdv P avec impact /droits
Prestations nature	3 271
C2S	1 844
Carte vitale	902
Capital décès	103
IJ maladie ASA	88
IJ maternité ASA	69
IJ AMEXA	33
Allocation de remplacement de maternité (AMEXA)	31
IJ AT/MP salarié	30
Allocation de remplacement de paternité (AMEXA)	28
IJ paternité ASA	21
IJ ATEXA	11
Rente AT/MP salarié	3
Rente ATEXA	1

Source : MSA

Dans un contexte où le non-recours aux droits reste une problématique majeure, il est impératif de renforcer les mécanismes de communication et de ciblage des publics concernés.

La MSA a à cœur de renforcer ses actions d'aller-vers par des campagnes pro-actives, un partage de requêtes de ciblage appuyé dans le réseau et le développement des parcours attentionnés dans une coordination transversale des différents acteurs renforcée.

3.1.3. L'accompagnement des entreprises agricoles sur la prévention des risques liés à l'exposition aux agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) hors pesticides

L'action proposée pluriannuelle s'inscrit dans la continuité du travail déjà engagé depuis le plan Santé-sécurité au travail (PSST) 2016-2020 (accompagnement des entreprises agricoles à l'évaluation du risque chimique) et du PSST 2021-2025 (ciblage sur la réduction/suppression des produits chimiques les plus dangereux, notamment ceux classés CMR 1A/1B).

L'action sera spécifiquement orientée vers 4 cibles (hors pesticides) identifiées comme prioritaires au regard des enjeux de préservation de la santé humaine :

1. Prévenir l'exposition aux fibres d'amiante : le risque est présent sur l'ensemble du territoire en raison notamment du vieillissement du bâti agricole (la présence de l'amiante est documentée dans la majorité des éléments de construction des bâtiments agricoles dont le permis de construire est antérieur au 01/07/1997).
2. Prévenir l'exposition à la silice cristalline : depuis le 01/01/2021, les travaux exposant à la poussière de silice cristalline alvéolaire issue de procédés de travail sont inscrits sur la liste des procédés cancérigènes. Au-delà du risque de cancers, l'exposition à des poussières peut également entraîner des insuffisances respiratoires invalidantes.
3. Prévenir l'exposition aux poussières de bois : les travaux exposants aux poussières de bois inhalables sont également inscrits sur la liste des procédés de travail cancérigènes. La moitié des cancers des fosses nasales seraient attribuables à une exposition professionnelle à des poussières de bois, et sont donc par définition des cancers évitables.
4. Evolutions réglementaires liées à la démarche de prévention du risque radon provenant du sol et émis dans l'air des locaux de travail. Le radon serait la 2^{ème} cause de cancer du poumon après le tabac.

Cette proposition va au-delà du simple accompagnement à l'évaluation des risques par les entreprises agricoles (obligation réglementaire).

Elle vise à obtenir une réduction effective de l'exposition de nos adhérents (salariés agricoles, non-salariés agricoles et leurs familles) aux agents classés CMR 1 cités précédemment, et au radon.

Elle s'inscrit dans une démarche de prévention primaire portée par le PSST actuel, et celui à venir, et qui vise à agir le plus en amont possible sur les situations de travail, afin de prévenir toute altération de la santé du fait des travaux agricoles.

Pour chaque cible, la proposition peut être détaillée de la manière suivante :

- Amiante : réduire l'exposition potentielle à l'amiante en cas d'intervention sur les bâtis agricoles (travaux programmés de rénovation et/ou de mise aux normes et travaux d'urgence, comme par exemple les interventions sur toitures grêlées),
- Silice cristalline : réduire l'exposition potentielle à la silice cristalline alvéolaire dans certaines filières identifiées comme étant à risque (jardins et espaces verts, teillage de lin, pommes de terre,...),
- Poussières de bois inhalables : réduire l'exposition potentielle aux poussières de bois inhalables dans les filières identifiées comme étant à risque (filière bois et scieries),
- Radon : accompagnement à l'évaluation et à la gestion du risque (en cas de présence avérée) dans les zones géographiques à risque (zones 2 et 3).

Proposition 4 :

Accompagner les entreprises agricoles sur la prévention des risques liés à l'exposition aux agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) hors pesticides

Encadré 8 : Zoom sur le radon

Les évolutions réglementaires

1- Le Plan national d'action radon (PNAR)

- Coordination par les ministères de tutelle et l'Autorité de Sûreté Nucléaire et de Radioprotection (ASNR)
- S'inscrit dans la directive 2013/59/Euratom qui définit les normes de base en radioprotection
 - Impose aux Etats membres de l'UE de mettre en place des mesures de prévention du risque radon (évaluation et gestion du risque)
 - Met en place des évolutions réglementaires jugées nécessaires
- 4^{ème} plan national d'action 2020-2024 pour la gestion du risque lié au radon (PNAR 4) : 3 axes d'actions
 - Axe 1 : Information et sensibilisation sur les risques liés au radon et les évolutions réglementaires
 - Axe 2 : Amélioration et actualisation des connaissances de l'exposition des populations
 - Nouvelle cartographie radon 2018 avec 3 zones
 - Des campagnes de mesurage du radon
 - Axe 3 : Radon et bâtiment
 - Concerne les professionnels du BTP et de la construction

2- Les textes

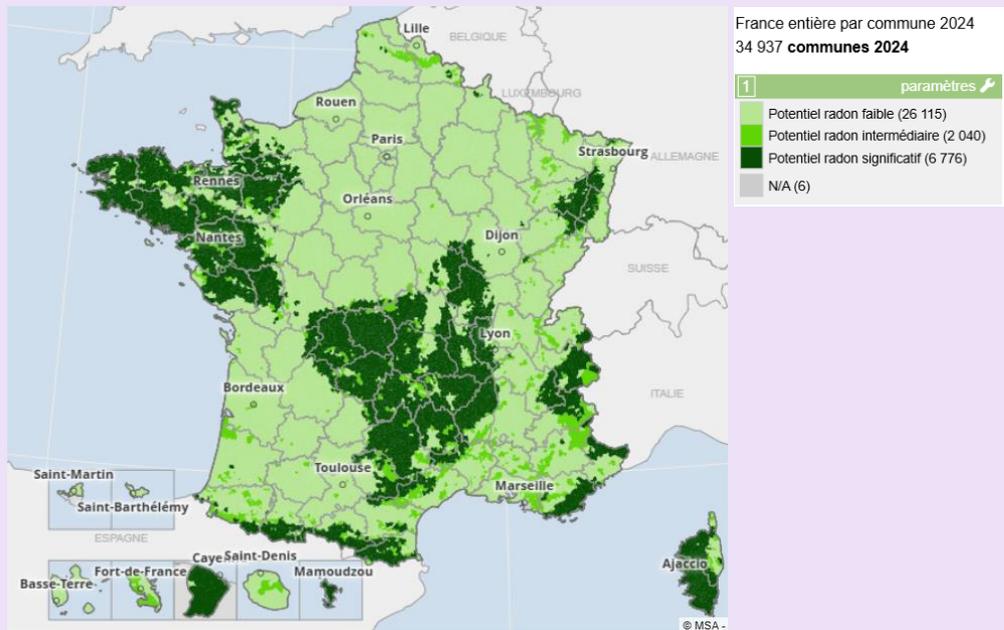
- Décret n°2023-489 du 21 juin 2023
 - Modification des dispositions réglementaires relatives à la prévention des risques d'exposition aux rayonnements ionisants
 - Dispositions transitoires et finales
- Article R.4451-85 du code du travail
 - Concerne le suivi des salariés exposés aux rayonnements ionisants
 - Formation spécifique préalable de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail (radioprotection et utilisations des dispositifs dosimétriques individuels)
- Article R.4451-86 du code du travail
 - Agrément complémentaire des services SST délivré par l'autorité compétente (DREETS)
 - Durée de l'agrément : périodicité de 5 ans renouvelable
 - Conditions requises : répondre aux critères de l'Art R.4451-85
- Arrêté du 6 août 2024, un arrêté conjoint des ministres chargés du travail et de l'agriculture précise :
 - Le contenu de la formation mentionnée au I en fonction des professionnels de santé au travail concernés et du type d'exposition, ainsi que les modalités de son renouvellement ;
 - Les modalités de reconnaissance des connaissances, des compétences et de l'expérience du professionnel de santé au travail comme valant satisfaction de l'obligation de formation prévue au I ;
 - Les conditions pour qu'un organisme de formation puisse dispenser cette formation.

Actions réalisées et à mener

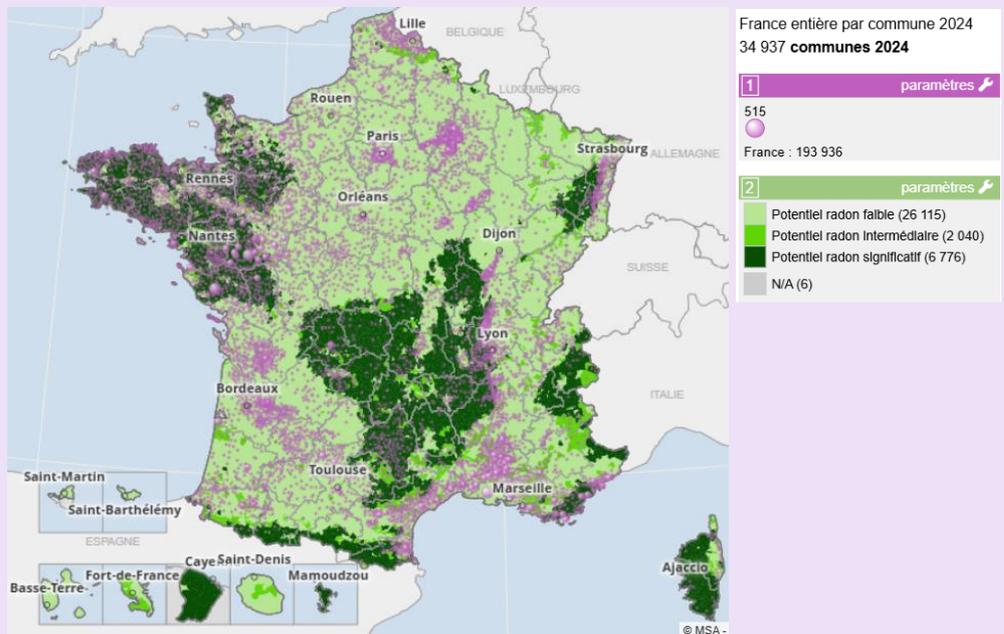
- Webinaire réalisé auprès des 35 caisses de MSA concernant les « Travailleurs susceptibles d'être exposés aux rayonnements ionisants » le 19 mai 2025
- Mise en place d'une formation à la radioprotection à destination des professionnels de santé (médecins du travail et infirmiers en santé au travail) de la MSA dispensée par l'INMA : 1^{ère} session en octobre et novembre 2025
- Intégration du radon dans le futur PSST 2026-2030 avec 2 objectifs opérationnels :
 - Evaluer : accompagner les entreprises, dans le nouveau cadre réglementaire, à l'évaluation du risque radon dans les zones géographiques identifiées comme à risque
 - Gérer : accompagner à la mise en place, le cas échéant, d'un plan d'action de réduction du risque si cela s'avère nécessaire (gestion du risque)
- Intégration de la cartographie radon dans l'outil GéoMSA disponible en *open data* (geomsa.msa.fr)
L'indicateur du potentiel radon dans les communes issu de l'IRSN (Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire) a été intégré dans GéoMSA (**Carte 8**) au sein des thématiques ATMP et RSSE/Environnement. Cet indicateur peut être croisé avec de nombreux indicateurs, comme par exemple le nombre d'établissements employeurs de salariés au régime agricole (**Carte 9**), le nombre de salariés agricoles (**Carte 10**) ou encore le nombre de salariés agricoles en ETP dans le secteur tertiaire (**Carte 11**).

Cette cartographie du radon croisée aux indicateurs de la MSA permettra de réaliser des diagnostics territoriaux afin de répondre aux 2 objectifs opérationnels du futur PSST 2026-2030.

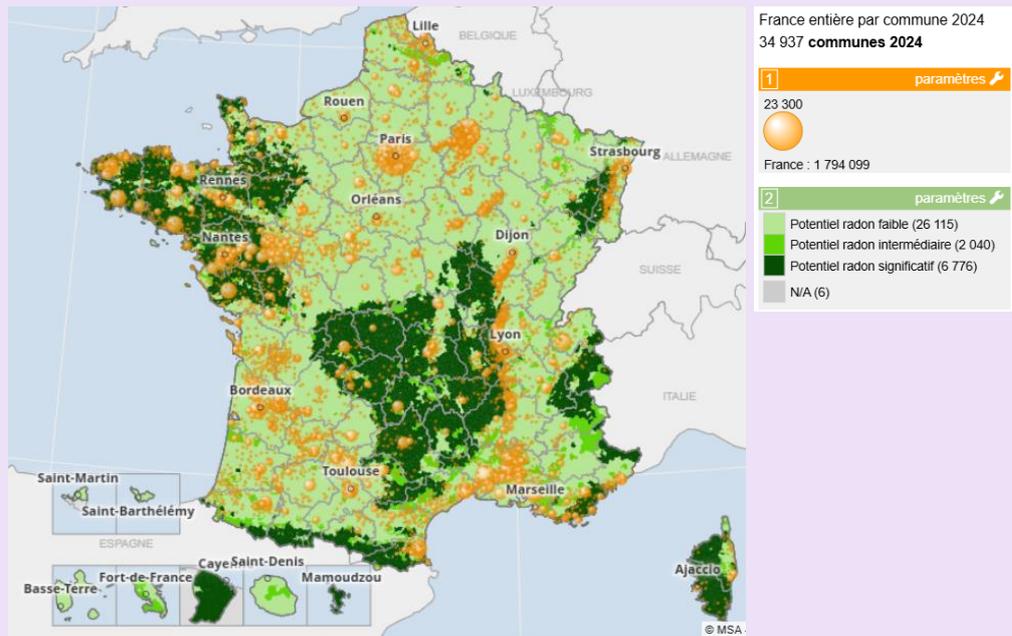
Carte 8 :
Potentiel radon dans les communes (source : IRSN)



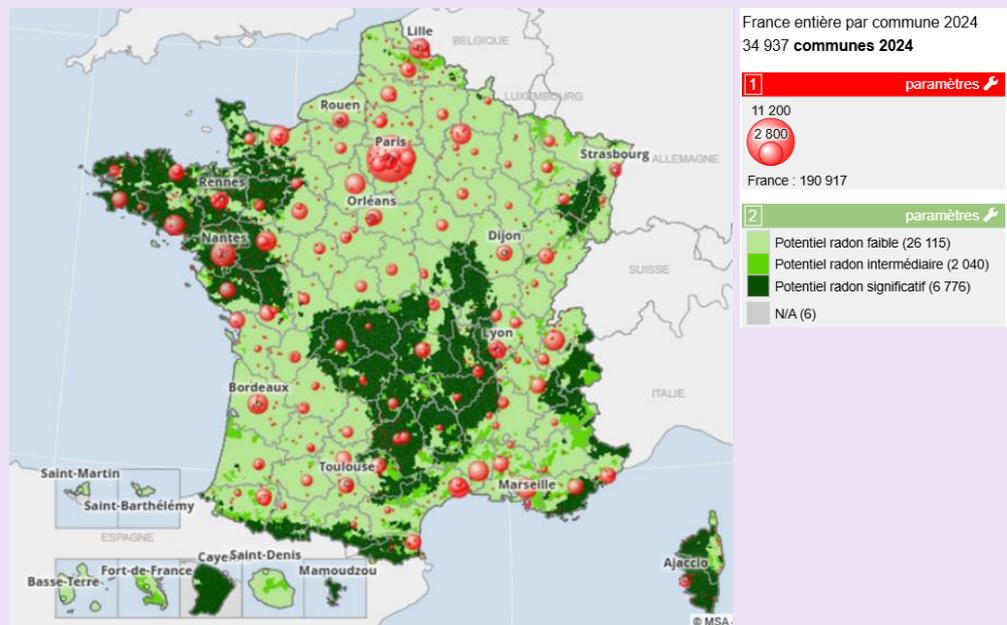
Carte 9 :
Potentiel radon dans les communes et nombre d'établissements employeurs de salariés au régime agricole
(sources : IRSN, MSA)



Carte 10 :
Potentiel radon dans les communes et nombre de salariés agricoles (sources : IRSN, MSA)



Carte 11 :
Potentiel radon dans les communes et nombre de salariés agricoles en ETP dans le secteur tertiaire
 (sources : IRSN, MSA)



3.2. Axe « Prévention du mal-être et promotion de la santé mentale »

Présentation du programme de prévention du mal-être agricole (PMEA) de la MSA

Depuis la mise en œuvre du pacte de consolidation et de refinancement de l'agriculture (4 octobre 2016), **la MSA est positionnée par les pouvoirs publics comme point d'entrée privilégié pour « faciliter les démarches des agriculteurs en difficultés et identifier les dispositifs les plus appropriés pour répondre à leurs besoins »**. A ce titre, elle intervient auprès de ses adhérents qui se trouvent en situation de mal-être, *i.e.* en état physique ou mental dégradé, issu de difficultés multifactorielles : professionnelles, personnelles, économiques ou encore sociales ; difficultés qui peuvent conduire jusqu'au suicide.

Missionnée pour piloter les plans de prévention du suicide des agriculteurs depuis 2011, la MSA a développé plusieurs dispositifs au fil des ans. Dès 2020, dans un souci d'optimisation de ses actions et de capitalisation sur son savoir-faire, la CCMSA a élaboré un **programme national de prévention et d'accompagnement des ressortissants agricoles en situation de mal-être qui s'adresse à l'ensemble de ses adhérents (actifs et inactifs)**.

Ce programme est déployé en articulation avec la feuille de route du « plan interministériel de prévention du mal-être et d'accompagnement des agriculteurs et salariés de la production » de novembre 2021 et l'instruction interministérielle début 2022. **La MSA y occupe une place prépondérante en raison de son expertise, de son engagement historique dans ce domaine et de la structuration de ses activités en guichet unique réunissant les différentes branches de la sécurité sociale.**

Elle est un des référents clés du comité technique départemental du plan interministériel, aux côtés de la direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS), de l'ARS et de la Préfecture³⁷. Elle endosse donc **un rôle de cheville ouvrière du plan au niveau local**. De nombreuses caisses de MSA se voient confier par les préfets le pilotage des comités techniques et des comités pléniers. Ainsi, au 30 juin 2024, la MSA pilote le comité technique dans 74 départements, dont 36 en co-pilotage majoritairement avec les services de l'État (DDT/DDTM). Par ailleurs, les caisses de MSA pilotent ou co-pilotent 39 comités pléniers à l'échelle nationale.

La CCMSA apporte un soutien aux 35 caisses de MSA et aux CGSS pour déployer le Programme MSA et pour participer au plan national interministériel de prévention du mal-être agricole. Elle anime le réseau des responsables du programme de prévention du mal-être en caisses de MSA et CGSS, apporte un outillage indispensable au fonctionnement des comités départementaux, organise le suivi à l'échelle nationale et coordonne la participation de la MSA à des groupes de travail.

La MSA s'est donnée l'ambition d'asseoir son rôle de guichet unique en articulant ses actions à destination de ses adhérents, au-delà même du plan suicide dont elle a la charge depuis 2011, dans un « programme de prévention du mal-être ». Ce programme a pour vocation de **renforcer la capacité de la MSA à assurer une approche globale en proposant une logique de parcours aux assurés ainsi qu'une démarche de pilotage et d'évaluation commune**. Depuis 2022, le programme bénéficie d'une gouvernance pérenne et d'un reporting dédié, renforcé en 2024 par la création d'un pôle prévention du mal-être agricole (PMEA), permettant de pérenniser deux ETP à temps plein dédiés au programme, en complément du soutien apporté par les directions métiers, chacune sur leur champ de compétence et dans le respect du principe du guichet unique.

Le déploiement et l'ajustement ad hoc de ce programme visent à améliorer la qualité de prise en charge des assurés de la MSA, notamment en développant les synergies liées à son approche multidisciplinaire de la protection sociale grâce à son fonctionnement en guichet unique. Ainsi, la CCMSA veille à encourager et faciliter les échanges de bonnes pratiques et le partage d'outils entre les caisses du réseau MSA. La constitution d'une communauté d'acteurs autour de la prévention du mal-être (notamment des responsables du programme en caisses) permet de mutualiser les expériences tout en prenant en compte

³⁷ Il s'agit d'une commission des services de la préfecture qui s'occupe des agriculteurs en difficulté économique. Le dispositif a changé de nom depuis 2019, il s'intitulait AREA.

les spécificités des contextes locaux. L'annonce en octobre 2024 de la Grande Cause Nationale 2025 Santé Mentale permet d'impulser une nouvelle dynamique pour le programme et les liens partenariaux.

Les dispositifs développés jusqu'à ce jour sont réorganisés dans une logique de parcours, autour des différentes étapes où la MSA intervient auprès de ses bénéficiaires : prévention, repérage, accompagnement et prise en charge, suivi.

Ces actions de la MSA en faveur de la prévention du mal-être s'inscrivent en complément de la stratégie interministérielle et regroupent un large éventail d'outils, programmes et dispositifs portés par la MSA, qui continuent à être développés et adaptés :

- Agri'écoute,

Le dispositif Agri'écoute est un numéro de téléphone unique (**09 69 39 29 19**) à disposition des assurés MSA en grande détresse et joignable 24h/24, 7 jours/7.

Lancé en 2018, le service Agri'écoute fonctionne avec la collaboration d'un prestataire, Empreinte Humaine (depuis 2021), partenaire privé d'écouterants professionnels psychologues cliniciens. Ce prestataire mobilise jusqu'à 30 psychologues formés aux spécificités de la population agricole. Agri'écoute peut ainsi proposer jusqu'à 5 rendez-vous téléphoniques avec un même psychologue dédié, ainsi qu'une plateforme de discussion en ligne (tchat, mail et visio-consultation) permettant la prise de rendez-vous. Agri'écoute représente une ressource disponible 24h/24 et 7 jours/7 pour tous ceux qui ont besoin d'être écoutés (adhérents en situation de mal-être, proches qui s'inquiètent et qui cherchent des solutions, recours et supervision pour les sentinelles). Les psychologues peuvent orienter vers la cellule pluridisciplinaire de prévention (CPP) ou effectuer un signalement auprès de la MSA, mais également orienter vers un médecin et un parcours de soins, ou, en cas de crise, saisir la police ou le SAMU. En 2024, Agri'écoute a été sollicité en moyenne plus de 367 fois/mois. Le bilan du dispositif sur l'exercice 2024 est disponible dans l'**encadré 9**.

Encadré 9 : Synthèse du bilan Agri'écoute 2024

Volumétrie d'appels 2024

En 2024, 4 408 appels ont été traités, correspondant à 3 815 appelants, soit une moyenne mensuelle d'environ 367 appels. Le niveau de service annuel s'élève à 96,5 %, correspondant à un taux d'accessibilité moyen mesuré par une prise en charge en moins de cinq sonneries, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Parmi ces appels, et après déduction des appels dits d'erreur, 3 454 ont donné lieu à un appui psychologique (renseignement ou entretien) en 2024, contre 2 318 en 2023, soit une hausse de 49 % du nombre d'appels qualifiés.

Par ailleurs, on observe une baisse de près de 38 % du nombre d'appels d'erreur. Cette diminution s'explique notamment par les efforts significatifs menés par les caisses de MSA pour améliorer la qualité de l'accueil de premier niveau en MSA, ainsi que par une meilleure pédagogie autour du dispositif, en lien avec les partenaires.

On comptabilise 3 815 appelants ; 8 % d'entre eux se sont inscrits dans un accompagnement personnalisé sur plusieurs entretiens avec un même psychologue, ce qui permet d'aller plus loin dans le travail de renforcement des ressources personnelles et environnementales en faveur d'un rééquilibrage émotionnel.

Il convient également de souligner la progression des canaux de contact autres que le téléphone depuis l'ouverture, en 2021, de la plateforme internet Empreinte Humaine. En 2024, 104 sollicitations ont été reçues par courriel (contre 78 en 2023), 140 via le chat (contre 141 en 2023), et 2 en visioconsultation (contre 6 en 2023). Cela représente une augmentation globale de près de 10 % des sollicitations par des moyens autres que le téléphone.

Informations sociodémographiques ; facteurs de risque et de protection de la santé mentale

Ce dispositif parvient globalement à capter des bénéficiaires de tout âge.

Les chefs d'exploitations agricoles sont ceux qui sollicitent le plus le dispositif et les appelants appartiennent très largement au secteur d'activité agricole « élevage ».

Parmi les appels traités, les problématiques évoquées en première intention relèvent de facteurs de risque personnels à hauteur de 73 % (75 % en 2023, 72 % en 2022) contre 27 % (25 % en 2023, 28 % en 2022) de facteurs

de risque professionnels. Toutefois, il faut noter que l'objectivation de la situation par le psychologue révèle que les préoccupations personnelles et professionnelles restent dans une large mesure imbriquées.

Parmi les facteurs professionnels de risque, la pression économique apparaît être la première source de risque (278 situations) devant la surcharge de travail (200 situations) et les contraintes administratives (191 situations).

Le niveau de risque psychologique estimé lors des appels se répartit ainsi :

- Niveau de risque faible : 48 % (identique à 2023),
- Niveau de risque modéré : 47 % (+ 2,5 points par rapport à 2023),
- Niveau de risque élevé : 5 % (- 2,5 points par rapport à 2023).

Ces résultats confirment la tendance observée en 2022 d'identification du dispositif comme un espace de prévention psychologique dont il est utile de se saisir en amont de l'apparition du mal-être.

Intérêt du dispositif Agri'écoute

Agri'écoute permet aux bénéficiaires de se sentir écoutés, entendus, et d'activer des pistes de solution pour améliorer leur situation et par là même, de réguler le niveau de détresse psychologique.

En 2024, 433 orientations ont été réalisées en direction d'un psychologue externe et 334 en direction du médecin traitant de l'utilisateur, soit des augmentations respectives de 64 % et 26 % par rapport à 2023. Aussi, 213 personnes ont également été redirigées vers le service social de la MSA (164 en 2023). Le nombre de redirection vers les Cellules Pluridisciplinaires de Prévention (CPP) a été de 274 en 2024 contre 172 en 2023 et 155 en 2022.

Enfin, Agri'écoute permet de prévenir et désamorcer des situations de crise suicidaire. En 2024, 9 déclenchements du SAMU pour risques suicidaires élevés ont été réalisés (contre 5 en 2023 et 10 en 2022), ainsi que 2 déclenchements de la Police, à l'image de 2023. Lors d'un déclenchement secours, le psychologue maintient l'appelant en ligne jusqu'à la confirmation de l'arrivée des secours et la garantie de la bonne prise de relai par les services compétents.

Il est possible d'égrener les chiffres témoignant de la progression du dispositif, lesquels ne font que confirmer une tendance plus large, déjà observée à travers l'ensemble des actions du Programme de prévention du mal-être agricole (PMEA) : celle d'une détresse croissante des ressortissants agricoles, confrontés aux crises économiques, climatiques, sanitaires et géopolitiques.

Face à cette manifestation évidente du besoin d'accompagnement des hommes et des femmes du monde agricole, il apparaît indispensable de maintenir, voire de renforcer, les moyens alloués à ces dispositifs, afin qu'ils puissent continuer à proposer des réponses individualisées à chaque assuré.

Enfin, il convient de rappeler que des solutions existent, et que des voies d'amélioration, à l'échelle individuelle, sont possibles.

NB : ces chiffres de tendance sont établis sur la base des appelants qui acceptent de lever l'anonymat (près de la moitié).

- Coordination multidisciplinaire (cellules de prévention du suicide et du mal-être),

Les caisses de MSA sont dotées de **cellules pluridisciplinaires de prévention (CPP)** qui réunissent plusieurs métiers dont l'action sanitaire et sociale, le contrôle médical et la santé sécurité au travail. Les CPP coordonnent l'accompagnement des assurés MSA en grande détresse qui leur sont signalés, en rassemblant des acteurs sociaux et santé en contact direct avec les usagers, ainsi que les services cotisations et recouvrement. Les CPP peuvent gérer des dossiers individuels, rediriger vers des acteurs compétents en interne et en externe et également proposer un outillage au personnel des caisses de MSA sur la gestion de situations de mal-être agricole.

- Réception et traitement des signalements,

L'année 2024 a permis de suivre et de comptabiliser l'ensemble des signalements reçus et traités par le réseau des caisses de MSA.

Les signalements relatifs au mal-être et au risque suicidaire sont réceptionnés et traités depuis le premier plan suicide de la MSA lancé en 2011. Cependant, jusqu'à présent, ils n'avaient jamais fait l'objet d'une comptabilisation nationale, ce qui n'avait pas permis de mesurer pleinement l'ampleur du travail effectué par les caisses de MSA.

La création du pôle PMEa à la Caisse centrale, ainsi que le renforcement du rôle des responsables de programme au sein des caisses, tel qu'expliqué ci-après dans l'objet n°1 des axes 2020-2024, ont permis la mise en place de campagnes de reporting nationales.

Ces campagnes de reporting, qui seront progressivement affinées et renforcées conformément aux objectifs 2025-2030 du programme, ont montré l'importance de suivre cette variable de manière semestrielle.

Les signalements proviennent de divers acteurs du monde agricole : les assurés eux-mêmes ou leurs proches, les travailleurs sociaux, les conseillers santé-sécurité au travail de la MSA, les élus locaux et de la MSA, les sentinelles, les partenaires comme les Chambres d'Agriculture ou les associations de l'environnement agricole, ainsi que les services de l'État, entre autres.

Les CPP coordonnent le traitement et le suivi de ces signalements, en lien avec les services concernés, notamment l'action sanitaire et sociale, la Santé-Sécurité au Travail (SST) et le responsable PMEa.

En 2023, les caisses de MSA ont traité 4 448 signalements de mal-être, et en 2024, ce chiffre a dépassé les 5 830, soit une augmentation de 31 % en un an. Cette hausse s'explique en partie par une meilleure identification de la MSA et une meilleure coordination de la détection par les partenaires agricoles (cf. partie ci-après concernant les partenaires dans le bilan des axes majeurs des travaux 2020-2024).

En 2024, 56 % des signalements proviennent des services internes de la MSA, et près de 40 % proviennent de l'externe, dont 66 % par des partenaires, en hausse de 10 points par rapport à 2023. Ces statistiques témoignent de l'efficacité du guichet unique de la MSA pour détecter les premiers signes de mal-être, ainsi que de l'importante coopération partenariale mise en œuvre par les responsables du programme au sein des caisses et par la Caisse centrale.

Enfin, en 2024, les sentinelles ont joué un rôle clé dans la détection des situations à risque, avec une augmentation de 165 % du nombre de signalements issus de leur vigilance. Ce résultat est le fruit du travail soutenu mené par l'ensemble de l'institution dans le déploiement des sensibilisations à la prévention du mal-être, des formations sentinelles et de l'animation du réseau.

- Accompagnement vers le répit

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

Mobilisant les 3 fonds FNASS, FNPEISA et FNPR³⁸, ce dispositif est en place depuis 2017. En 2023, il a permis d'accompagner 4 585 assurés MSA (+ 17 % par rapport à 2022 avec 3 911 assurés accompagnés) sur l'ensemble des actions possibles. Sur l'aide au répit, le domaine d'activité le plus représenté pour les exploitants est l'élevage (viande et lait), et le tertiaire pour les salariés.

En 2023, 1 780 exploitants ont bénéficié de l'aide au remplacement, dont 1 397 primo-demandeurs, soit une augmentation de 27 % par rapport au nombre de bénéficiaires depuis 2022 (1 387). Au total, ce sont 13 750 jours qui ont été financés en 2023, contre 11 681 en 2022 (+ 18 %).

Le pilotage ainsi que l'enveloppe budgétaire du dispositif d'aide au répit ont été renforcés en 2021/2022 (enveloppe moyenne de 5 millions d'euros par an dans le cadre de la COG 2021-2025). Le dispositif d'aide au répit s'articule avec celui du **maintien en emploi et de lutte contre la désinsertion professionnelle**, qui intervient dans des situations de handicap et/ou maladie, et propose un accompagnement pluridisciplinaire de moyen/long terme.

³⁸ FNASS (Fonds national d'action sanitaire et social), FNPEISA (Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires des professions agricoles), FNPR (Fonds national de prévention des risques professionnels).

En 2024, la MSA a dédié 1 million d'euros à la mise en place d'une expérimentation sur l'aide au répit administratif, en réponse à la crise agricole. 30 caisses de MSA ont effectivement déployé le dispositif pour un montant total de financement demandé de plus de 800 000 €.

Un bilan quantitatif et qualitatif a été réalisé début 2025 sur les accompagnements mis en place dès le 2^{ème} semestre 2024. Le calendrier budgétaire n'a en effet permis le déploiement de ce dispositif qu'à partir de l'été 2024. Aussi, sur la courte période effective en 2024, 372 exploitants ont bénéficié du dispositif d'aide au répit administratif. L'expérimentation financée par les reports 2024 du FNASS a pris fin le 31 décembre 2024.

Le bilan de l'expérimentation confirme la pertinence du dispositif pour l'ensemble des parties prenantes dans le cadre de l'accompagnement social global des assurés (cf Encadré 10).

Encadré 10 :

Bilan de l'expérimentation de l'aide au répit administratif¹

Le bilan visait à évaluer l'adéquation de l'aide au répit administratif avec les besoins d'accompagnement social des actifs en situation de fragilité ou de risque d'épuisement professionnel. Il s'agissait également d'apprécier la pertinence de la méthodologie d'intervention et son impact sur l'amélioration de la situation des assurés.

Objectif de la prestation

L'aide au répit administratif a pour objectif d'accompagner les exploitants dans la gestion de leurs démarches administratives, en leur apportant un soutien concret visant à prévenir l'épuisement professionnel, grâce à l'intervention d'un assistant administratif directement sur le lieu d'exploitation.

Les prestations sont délivrées à la suite d'un diagnostic social de la MSA indiquant un risque avéré d'épuisement professionnel lié à la surcharge administrative et une nécessité d'apurement administratif. Elles sont à caractère unique et exceptionnel, dans la limite de six demi-journées, n'ayant pas vocation à se substituer à des activités de secrétariat pérenne.

Enseignements des premiers mois d'expérimentation

L'analyse qualitative des premiers mois d'expérimentation établit un bilan positif du dispositif pour l'ensemble des parties prenantes, et fait ressortir trois enseignements majeurs :

- 1- Des bénéfices immédiats et tangibles : l'intervention sur site facilite une approche personnalisée favorisant une reprise en main progressive, en encourageant l'autonomisation administrative grâce à la transmission d'outils et méthodes de gestion, et en facilitant le recours à une prestation administrative.
- 2- Une réponse innovante à une source de mal-être professionnel : la surcharge administrative est identifiée comme un facteur majeur de mal-être chez les exploitants. Le dispositif constitue une réponse concrète, structurée et complémentaire aux dispositifs d'accompagnement social existants. Les professionnels de la MSA soulignent son utilité comme levier opérationnel d'intervention sociale.
- 3- Un cadre rassurant d'intervention : la force du dispositif repose sur une relation tripartite entre le bénéficiaire, le travailleur social chargé de l'accompagnement et un prestataire tiers, contractuellement lié à la MSA, qui assure l'accompagnement administratif. Cette articulation permet une prise en charge globale, coordonnée et réactive, en associant expertise sociale et appui technique.

Ainsi, pour les travailleurs sociaux, l'aide au répit administratif constitue un outil complémentaire qui renforce l'accompagnement social global des assurés. La relation tripartite offre un cadre sécurisant, à la fois pour l'assuré, qui peut exprimer ses difficultés administratives auprès d'un tiers neutre, pour le prestataire, qui peut se concentrer pleinement sur la mise en œuvre de son expertise technique et pour le travailleur social de la MSA qui se concentre sur l'accompagnement social de l'assuré.

Enfin, et c'est là l'essentiel, les assurés retirent de ce dispositif des bénéfices nets. Tous témoignent d'une amélioration immédiate de leur situation, souvent durable. Certains vont même jusqu'à financer par leurs propres moyens l'intervention d'un assistant administratif afin de prolonger les effets positifs de l'accompagnement.

Pistes d'amélioration

À l'issue du bilan, quatre axes d'amélioration ont été identifiés :

- 1- Prévoir un accompagnement de sortie progressif, notamment pour les situations administratives complexes.
- 2- Renforcer le repérage précoce des publics cibles pour accompagner les agriculteurs en amont des premiers signes de risque d'épuisement professionnel.
- 3- Former les prestataires indépendants afin de garantir un niveau homogène de qualité de prestation, notamment sur le volet de la réglementation agricole.
- 4- Ajuster plus précisément la durée des interventions, en particulier pour les situations complexes nécessitant un accompagnement prolongé.

Conclusion

Le bilan de l'expérimentation confirme la pertinence du dispositif pour l'ensemble des parties prenantes dans l'accompagnement social global des assurés et identifie des axes d'amélioration pleinement intégrés par la Caisse centrale pour 2025. L'expérimentation se poursuit en 2025 grâce aux reports de crédits 2024. La pérennisation du dispositif dépend des financements attribués par les tutelles dans le cadre de la COG 2026-2030.

**Proposition 5 :
Pérenniser l'aide au répit administratif**

Un dispositif fondé sur des constats objectivés et une réponse à un besoin clairement exprimé

Depuis plus de dix ans, la littérature scientifique établit sans équivoque que la surcharge administrative constitue un facteur explicatif majeur de l'épuisement professionnel chez les non-salariés agricoles³⁹. Ces constats sont régulièrement corroborés par les bilans successifs du dispositif Agri'écoute, qui identifie les contraintes administratives comme le troisième facteur de risque professionnel dans la population agricole (cf Encadré 9).

La crise agricole de 2024 a amplifié cette alerte. Elle a mis en lumière, à travers les prises de parole des exploitants⁴⁰, une demande forte d'intervention attendue des pouvoirs publics face à ce risque professionnel clairement identifié par l'ensemble des acteurs de terrain.

Dans une logique d'innovation et d'amélioration continue, et en réponse directe à ce besoin clairement identifié et exprimé qui est un facteur de risque mesuré, la MSA a enrichi son offre d'accompagnement social en lançant, début 2024, l'expérimentation d'aide au répit administratif visant à soutenir les assurés confrontés à des difficultés administratives, en complément des dispositifs existants. Face aux résultats positifs, 26 caisses sur 30 ont choisi de mobiliser des financements sur leurs fonds propres afin de poursuivre l'aide au répit administratif en 2025, en complément de la dotation versée par la Caisse centrale.

³⁹ Nicolas Deffontaines, « La souffrance sociale chez les agriculteurs. Quelques jalons pour une compréhension du suicide », Études rurales, 2014, n°193, 13-24.

Dominique Jacques-Jouvenot, « Une hypothèse inattendue à propos du suicide des éleveurs : leur rapport aux savoirs professionnels », Études Rurales, 2014, n°193, 45-60.

Blandine Mesnel, « Les agriculteurs face à la paperasse : Policy feedbacks et bureaucratisation de la politique agricole commune », Gouvernement et action publique, 2017, p. 33-60.

⁴⁰ Camille Descroix, « Colère des agriculteurs : pourquoi les normes se sont-elles retrouvées au cœur de la contestation ? », Ouest France, 25 février 2024.

Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles (FNSEA), Synthèse des revendications « Retrouver une liberté d'entreprendre », en ligne [https://www.fnsea.fr/actualite/C3%A9s/onmarchesurlatete-synthese-des-revendications-fnsea-ja-24-janvier-2024/], 25 janvier 2024.

Cette aide s'inscrit pleinement dans la mission de guichet unique assurée par la MSA. Elle renforce l'accompagnement global des assurés en intégrant les dimensions professionnelle, personnelle et administrative, avec une intervention de proximité réalisée directement sur le lieu d'exploitation.

Elle constitue également une réponse concrète aux situations d'épuisement professionnel, amplifiées par la complexité administrative. En parallèle, la MSA poursuit ses efforts de simplification interne et a formulé plusieurs propositions d'allègement auprès de l'État.

Une volonté de pérennisation inscrite dans une logique de service public renforcé

Forte de cette expérimentation concluante (cf Encadré 10), la MSA propose à ses partenaires institutionnels, et notamment aux tutelles, de pérenniser l'aide au répit administratif à travers un financement dédié dans le cadre de la prochaine Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) 2026-2030.

Pérenniser l'aide au répit administratif permettrait d'apporter une réponse concrète aux besoins exprimés par les agriculteurs, au moyen d'une prestation ayant démontré son efficacité sur le terrain. Il s'agit également de consolider une action publique efficiente, mise en œuvre par des acteurs de la MSA expérimentés, qui ont déjà su atteindre les objectifs fixés par l'État dans le cadre de la feuille de route interministérielle de prévention du mal-être agricole, notamment à travers le déploiement du réseau de sentinelles⁴¹.

L'aide au renfort

Dans le cadre de l'accompagnement vers le répit, la MSA propose également l'aide au renfort. La MSA donne la possibilité d'utiliser la prestation d'aide au renfort, qui permet de mobiliser le service de remplacement alors même que l'exploitant reste présent sur l'exploitation. Elle est soumise à une surcharge exceptionnelle liée à l'impact d'une crise sanitaire, avec un risque avéré d'épuisement professionnel. Le déclenchement du financement de la prestation est conditionné par l'évaluation de cette situation exceptionnelle par un travailleur social. Cette prestation doit s'inscrire dans un principe de prévention et répondre à l'urgence créée par une crise sanitaire. Elle doit rester exceptionnelle et limitée dans le temps.

- Le dispositif « Et Si On Parlait du Travail ? » (ESOPT)

La prévention primaire des Risques Psychosociaux (RPS) s'inscrit dans la durée pour être efficace et durable. La démarche ESOPT utilisée depuis 2016 par le réseau Santé et Sécurité au Travail (SST) MSA en témoigne. En effet, depuis quelque temps, la phase 2 de la démarche, à savoir la formation « cultiver son bien-être au travail » est de plus en plus mise en œuvre. C'est le fruit de nombreuses réunions débats organisées sur le territoire (phase 1 de la démarche) qui permet de sensibiliser et recruter des adhérents pour intégrer les formations. C'est véritablement via cette formation que se transforment durablement les situations de travail pour prévenir les troubles psychosociaux et le mal-être d'origine professionnelle.

- Réseau Sentinelles

Ce réseau est composé de bénévoles et de professionnels volontaires, en contact avec le monde agricole (collaborateurs MSA, élus MSA ou de collectivité, vétérinaires, salariés d'Organismes Professionnels Agricoles, etc.) ayant suivi une formation à la détection des personnes en situation de mal-être et plus spécifiquement à risque suicidaire. Cette formation est animée par un binôme de professionnels, selon l'ingénierie déployée par l'ARS dans le cadre de la stratégie nationale de prévention du suicide. Le **réseau des sentinelles**, présent sur l'ensemble du territoire national, a pour principale mission de repérer et orienter les agriculteurs et travailleurs agricoles en risque de crise suicidaire vers des dispositifs d'accompagnement.

En 2023, les efforts des MSA se sont concentrés sur l'animation du réseau, avec 21 caisses ayant engagé cette dynamique. En 2024, l'ensemble des 35 caisses a organisé au moins une session d'animation du réseau des

⁴¹ Le programme de prévention du mal-être agricole (PMEA) porté par la MSA a atteint avec succès l'objectif des 5 000 sentinelles dès le début de l'année 2024. À la fin de l'année 2024, plus de 8 000 sentinelles agricoles avaient été formées sur l'ensemble du territoire.

sentinelles. Cette même année, le dispositif a également été renforcé dans les territoires ultramarins, avec pour objectif de former des sentinelles dans l'ensemble des CGSS déployant le programme de prévention du mal-être agricole⁴² d'ici avril 2025.

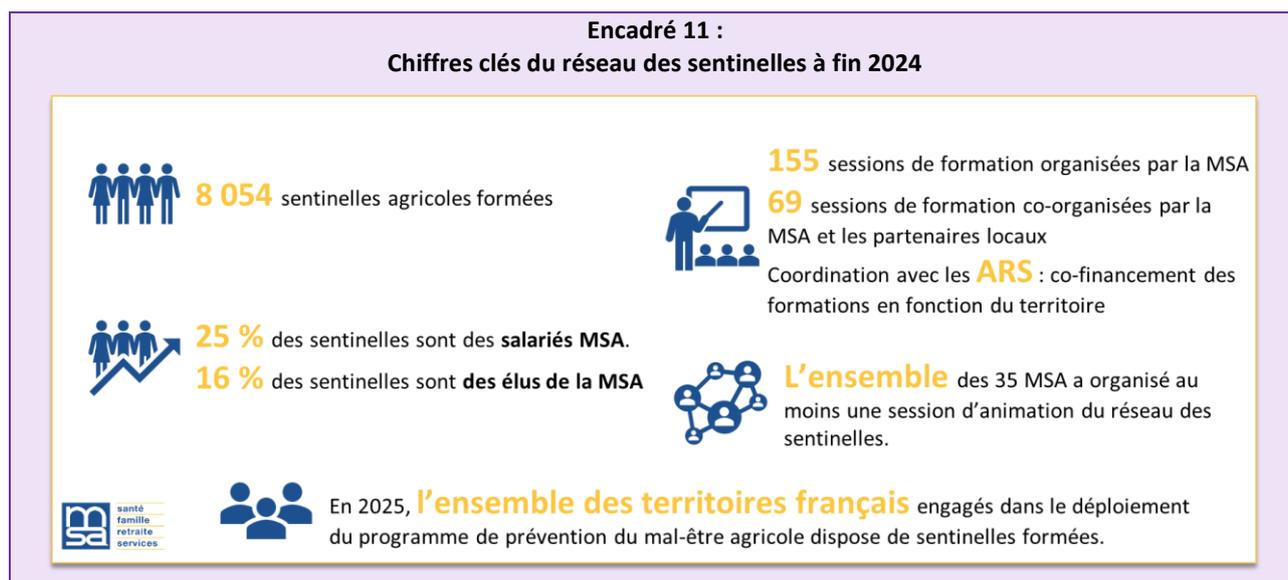
Parallèlement, la MSA continue de dépasser son rôle de coordination du déploiement des formations. Elle assure en propre l'organisation des sessions (notamment via ses formateurs régionaux), et participe activement au maillage territorial. En 2025, la MSA formera au sein de son réseau ses premiers formateurs facilitateurs Sentinelle. Experts du monde agricole, ces facilitateurs auront pour mission de co-animer des formations Sentinelle agricole avec un formateur régional clinicien.

En 2024, 155 sessions de formation ont été organisées par les caisses de MSA (contre 122 en 2023), auxquelles s'ajoutent 69 sessions co-organisées avec des partenaires (**Encadré 11**).

La capacité des caisses de MSA à former des sentinelles se confirme : après avoir atteint l'objectif de 5 000 sentinelles fin 2023, leur nombre a progressé de 23 % en 2024, atteignant 8 054 sentinelles agricoles formées au 31 décembre. Parmi elles, 25 % sont des salariés MSA, 16 % des élus MSA, et 90 % sont en activité.

Cette dynamique collective portée par l'ensemble du réseau MSA dans le déploiement et l'animation des sentinelles agricoles se poursuit en 2025 et s'ouvre à un cercle élargi d'acteurs de la détection. Avec le soutien financier et méthodologique de la Caisse centrale – notamment du pôle PMEA – les caisses de MSA élargissent progressivement leur réseau en déployant de nouvelles formations (Premiers Secours en Santé Mentale, modules de sensibilisation au mal-être agricole), afin de toucher de nouveaux publics.

Les caisses de MSA se mobilisent également dans un comité éditorial pour la création et la diffusion d'une newsletter nationale à destination des acteurs de la détection (3 publications/an).



L'année 2024 ouvre un nouveau chapitre du programme PMEA, avec pour objectif l'achèvement de son déploiement sur l'ensemble du territoire national et l'introduction des premières évolutions, tirées de l'expérience acquise depuis 2020.

Le réseau des responsables de programme a été significativement renforcé, notamment par la mise en place d'une tête de réseau pérenne à la Caisse centrale, via la création du pôle PMEA.

Au-delà de sa contribution active au plan interministériel (déploiement massif des formations Sentinelles, accompagnement à l'élaboration des diagnostics locaux partagés et des plans d'action), la MSA a poursuivi le renforcement des trois axes majeurs de ses travaux, rappelés ci-après, et s'est engagée dans la définition de **sa nouvelle feuille de route pour 2025-2030**.

⁴² CGSS Martinique, Réunion, Guyane, Guadeloupe.

Bilan des trois axes majeurs des travaux 2020-2024

1. Développer la coopération et l'entraide inter-caisses pour asseoir le programme et favoriser une dynamique de réseau

La coopération et l'entraide inter-caisses sont entrées dans une phase de routine, devenant constitutives des valeurs du programme au sein de l'institution. Pour accompagner cette dynamique, la CCMSA a mis en place plusieurs outils de mutualisation et de partage de pratiques :

- **Organisation d'une dizaine de réunions d'échanges** autour d'actions probantes développées en caisse et d'une rencontre annuelle en présentiel de l'ensemble des responsables de programme ;
- **Renforcement du dispositif d'essaimage**, avec un cahier des charges adapté aux réalités calendaires du réseau MSA ;
- **Soutien financier aux innovations**, pouvant aller jusqu'à trois ans via l'appel à projets du programme et le dispositif d'essaimage.

L'appel à projets 2024 a révélé une forte capacité d'innovation des caisses, en lien étroit avec les acteurs locaux des territoires. Plusieurs actions ont été saluées et cofinancées par des partenaires nationaux et locaux.

Enfin, le SharePoint PMEa, le plus consulté de l'institution MSA, constitue un outil clé de diffusion des pratiques et des informations, avec de nombreuses initiatives mises à disposition du réseau par les caisses.

2. Accroître le réseau des partenaires du programme et développer une stratégie partenariale

Un partenariat renforcé avec AGRICA a permis, en 2024, de soutenir financièrement les actions de prévention du mal-être destinées aux salariés agricoles, grâce à ses fonds propres, dans le cadre de l'appel à projets PMEa et du financement des formations des acteurs de la détection.

Un accord a également été signé au Salon international de l'agriculture (SIA) en février 2025 avec le Centre National Interprofessionnel de l'Économie Laitière (CNIEL), favorisant la mise en lien du réseau MSA avec celui des Centres Régionaux Interprofessionnels de l'Économie Laitière (CRIEL).

En parallèle, les relations avec la Fédération Nationale des Entrepreneurs des Territoires (FNEDT) et l'Association des Maires Ruraux de France (AMRF) ont été consolidées via la signature d'une convention au SIA.

Des expérimentations partenariales ont aussi vu le jour avec le Groupement Technique Vétérinaire (GTV) pour sensibiliser ces acteurs à la prévention du mal-être.

Plus généralement, la CCMSA et les caisses de MSA ont pris une approche pro-active dans leurs démarches partenariales, mettant en valeur leurs actions et organisant la promotion des initiatives de la MSA tant sur le territoire qu'au niveau national.

La stratégie partenariale de la MSA, détaillée dans la proposition 7, vise à créer un maillage territorial complet avec les partenaires afin de renforcer constamment la détection des situations de mal-être.

3. Développer la prévention chez les seniors, les jeunes et les publics en transition

Identifiées comme des populations spécifiquement à risque, les seniors, les jeunes et les publics en transition (professionnelle, personnelle ou agro-écologique) ont fait l'objet d'une attention particulière dans le cadre du programme de prévention du mal-être agricole pour les années 2023 et 2024.

Que ce soit à travers l'appel à projets, les Instants santé jeunes, des réunions d'information ou des échanges de pratiques inter-caisses, les populations particulièrement vulnérables au mal-être ont été ciblées de manière spécifique. Plusieurs actions innovantes ont ainsi bénéficié du soutien financier de la Caisse centrale, notamment via l'appel à projets du programme, avec un système d'évaluation incitatif pour les initiatives visant ces publics.

Cela a concrètement permis de faire émerger des solutions innovantes, partagées à l'ensemble du réseau. Certaines de ces initiatives feront l'objet d'un essaimage pour accroître leur déploiement sur l'ensemble du territoire.

Nouvelle feuille de route 2025-2030

La feuille de route 2025-2030 du programme de prévention du mal-être agricole permet de faire rentrer le programme dans sa phase de maturité et de faire du programme une politique publique ambitieuse, structurante et pérenne au sein de l'institution MSA.

Cette feuille de route se décline en 3 grands objectifs :

Objectif n°1 – Mieux connaître et détecter

- Contribuer à la construction d'un observatoire des mortalités agricoles
- Disposer d'une structuration toujours plus réactive et fluide du signalement
- Disposer d'un réseau d'acteurs variés et pertinents, formés à la détection du mal-être

Objectif n°2 – Prévenir et accompagner de manière plus ciblée

- Affiner et évaluer les critères de requêtage pour favoriser les actions d'aller-vers
- Poursuivre toutes les mesures de simplification des démarches
- Proposer un parcours de prévention du mal-être à destination de l'ensemble des assurés agricoles avec des jalons aux grands temps de la vie
- Permettre le répit du réseau des responsables du programme dans les caisses de MSA

Objectif n°3 – Valoriser et évaluer

- Evaluer la pertinence et l'intérêt du travail en guichet unique sur le programme PMEA
- Evaluer et valoriser 10 ans de programme PMEA et 20 ans d'implication sur la prévention du suicide

Les trois grands objectifs du programme seront déclinés de manière concrète et opérationnelle en plusieurs sous-objectifs annuels, permettant de mesurer l'avancement du programme.

Ces grands objectifs ont été présentés lors du Comité National Plénier du plan interministériel le 19 février 2025.

Disposer d'un observatoire des mortalités agricoles permettra à la MSA d'approfondir ses études à partir de l'ensemble des données disponibles (toutes branches) et ainsi d'améliorer ses connaissances concernant les facteurs de risque et les signaux faibles dans les situations de suicide.

Une première réunion pour initier les travaux de création de l'observatoire des mortalités agricoles a eu lieu en avril 2025, sous l'égide du coordinateur interministériel du plan, Olivier Damaisin.

La connaissance plus fine des causes de mortalités, notamment des suicides, est indispensable pour adapter les dispositifs de prévention. Cela nécessite d'avoir accès aux données externes de l'Inserm (CepiDc). En effet, la MSA ne dispose pas des données exhaustives relatives aux suicides. A ce jour, la MSA accède aux données médicales relatives aux causes de mortalités collectées par le CepiDc (Inserm), seule entité habilitée, via le Système national des données de santé (SNDS). Ces données anonymisées ne sont mises à disposition dans le SNDS qu'après le travail de codification opéré par le CepiDc et la Cnam pour tous les régimes et après traitement statistique de la MSA pour garantir la fiabilité des indices comparatifs.

L'accès aux données relatives aux causes de mortalités permettra à la MSA de mieux comprendre les facteurs de risque de suicide afin d'intervenir au plus tôt.

Proposition 6 :

Aller-vers pour mieux prévenir : une stratégie intégrée au service du monde agricole

Depuis sa formalisation en 2020, le programme de prévention du mal-être agricole repose sur quatre piliers structurants : la prévention, la détection, l'accompagnement et l'orientation.

Chacun de ces piliers implique une démarche pro-active d'« aller-vers », tant à l'égard des assurés que des partenaires institutionnels et de terrain.

Forte de l'expérience acquise, la MSA propose, à horizon 2025, de renforcer sa capacité de détection, d'aller-vers et de sensibilisation, conformément aux orientations fixées pour la période 2025-2030 dans le cadre du programme PMEA.

Cette proposition se décline en trois grandes ambitions interdépendantes visant à renforcer les démarches d'aller-vers par la sensibilisation d'un nombre croissant d'acteurs du monde agricole et par l'ouverture du réseau des acteurs de la détection de la MSA.

1. Renforcer les démarches d'aller-vers

Pour renforcer les démarches d'aller-vers dans le cadre de la prévention du mal-être, le régime agricole s'appuie sur son organisation en guichet unique

Grâce à sa capacité à intervenir sur l'ensemble des branches de la sécurité sociale, les caisses de MSA mènent des expérimentations visant à identifier les signaux faibles du mal-être à partir de critères de requêtage appliqués aux données des assurés. L'expérience acquise dans la mise en œuvre des dispositifs constitutifs du programme PMEA a permis de faire émerger des critères individuels récurrents, présents dans une large majorité des situations de mal-être. Ces dernières années, la MSA a engagé un travail continu pour affiner sa connaissance des caractéristiques de la population agricole, rendant aujourd'hui possible le développement ciblé de démarches d'aller-vers.

Cette meilleure connaissance des caractéristiques vient notamment de nouvelles études statistiques actualisées régulièrement, par la MSA, sur le risque de mortalité par suicide des assurés agricoles, pour suivre les évolutions. Sur la période 2018-2021, celles-ci confirment non seulement l'existence d'un sur-risque du phénomène suicidaire au régime agricole par rapport à l'ensemble des autres régimes, mais également l'accroissement de ce sur-risque. Une approche complémentaire de classification a, en outre, été développée et a permis d'identifier des groupes (clusters) particulièrement exposés à ce risque suicidaire. Les hommes affiliés au régime agricole, en situation précaire et/ou d'isolement géographique, ou âgés de 80 ans et plus sont les plus à risque. Les dernières études sont disponibles dans la partie 2.2.3. (la mortalité par suicide et les tentatives de suicide au régime agricole).

Ainsi, certaines caisses de MSA ont mis en œuvre des actions de repérage des situations potentiellement à risque, en mobilisant les données dont elles disposent, telles que l'absence de médecin traitant déclaré, une situation de recouvrement des cotisations défailante ou encore la présence de droits potentiels non mobilisés. Ces critères peuvent être enrichis avec l'appui de partenaires institutionnels, comme les services de contrôle de l'État. À ce titre, la littérature scientifique met en évidence des corrélations régulières entre situations de maltraitance animale et mal-être chez les agriculteurs. À titre d'exemple opérationnel, la MSA propose que toute situation qualifiée de maltraitance animale, identifiée par les services de l'État, fasse systématiquement l'objet d'un signalement auprès de la caisse locale de MSA. Ce lien de transmission, déjà mis en œuvre dans certains territoires, mériterait d'être étendu à l'ensemble du territoire national afin de renforcer les capacités de détection précoce et d'engager des démarches d'aller-vers au plus tôt.

Les expérimentations de ciblage et de requêtage conduites par certaines caisses de MSA font apparaître des résultats encourageants quant à l'efficacité de ces approches. En ce sens, la MSA propose de promouvoir le déploiement de ces actions à l'échelle nationale, notamment par un soutien financier à l'essaimage et un accompagnement technique et méthodologique apporté par la Caisse centrale aux caisses de MSA qui souhaitent s'engager dans cette voie d'« allers-vers » ciblé.

2. Sensibiliser toujours plus d'acteurs au mal-être agricole

La stratégie d'« aller-vers » ciblé ne peut porter ses fruits sans un effort concomitant de sensibilisation de l'ensemble des acteurs du monde agricole, et notamment des futurs assurés agricoles. Forte de son expertise en matière de formation et de sensibilisation au mal-être et au risque suicidaire dans le monde agricole, la MSA propose pour 2025 de renforcer encore ses actions, en sensibilisant à la fois plus tôt et plus largement.

Si les jeunes agriculteurs et les nouveaux installés sont aujourd'hui sous-représentés dans les dispositifs du programme PMEA – lesquels témoignent d'une sur-représentation d'hommes de plus de 45 ans – ils constituent toutefois une cible prioritaire de prévention. L'enjeu est d'outiller ces jeunes publics dès leur entrée dans le monde agricole, voire en amont, afin de favoriser une approche préventive dès les premières années d'activité.

À ce titre, la MSA souhaite renforcer ses partenariats avec les établissements d'enseignement agricole afin d'y proposer, dès la formation initiale, des actions de sensibilisation au mal-être agricole et à la prévention du suicide. La littérature scientifique est unanime sur ce point : parler du suicide n'en accroît pas le risque, mais contribue au contraire à en prévenir l'émergence.

Concrètement, cette proposition vise à consolider les partenariats nationaux entre la MSA et les acteurs de l'enseignement agricole et à soutenir financièrement les initiatives menées localement par les caisses à destination des jeunes publics. Plusieurs actions innovantes, portées par certaines caisses de MSA, devront ainsi pouvoir bénéficier d'un appui financier et technique de la Caisse centrale en 2025.

Parallèlement, cette stratégie de sensibilisation s'adresse également aux générations actuellement en activité dans les métiers agricoles. Il s'agira de développer et de diffuser des modules de sensibilisation de premier niveau, conçus pour toucher un public large ne disposant pas nécessairement du temps requis pour suivre une formation complète. Cette approche repose sur un principe fondateur de l'action de la MSA : face à un niveau de sur-risque suicidaire élevé dans la population agricole, il est impératif d'activer tous les leviers possibles pour renforcer la prévention.

L'année 2025 devra ainsi permettre la construction d'un module national de sensibilisation, déployable rapidement par les caisses de MSA, et dispensable en moins d'une demi-journée. Ce module visera des publics variés, tels que les agents des Maisons France Services, les contrôleurs du monde agricole ou tout autre acteur institutionnel en lien avec les populations agricoles.

La MSA, grâce à son réseau de responsables de programme, ses collaborateurs impliqués notamment en Action sanitaire et sociale (ASS) et SST et à son ancrage territorial, dispose d'une capacité éprouvée à déployer ces actions de prévention. De surcroît, plusieurs caisses ont déjà élaboré des modules spécifiques de sensibilisation ; les plus innovants bénéficieront, en 2025, d'un soutien à l'essaimage assuré par la Caisse centrale.

3. Elargir le réseau des acteurs de la détection

L'ambition de sensibilisation et de détection portée par la MSA nécessite une ouverture progressive et structurée de son réseau d'acteurs engagés dans la détection du mal-être.

À la fin de l'année 2024, le réseau des acteurs de la détection rassemble désormais 10 000 personnes, dont plus de 8 000 sentinelles réparties sur l'ensemble du territoire national. L'année 2025 devra permettre d'achever la structuration de ce réseau, notamment par la formation de sentinelles sur les derniers territoires encore dépourvus de ce dispositif, au premier rang desquels figurent certains territoires ultra-marins.

En partenariat avec le Groupement d'études et de prévention du suicide (Geps), la MSA organisera en 2025 la première formation de facilitateurs Sentinelle issus du monde agricole. Ces experts auront pour mission de co-animer, aux côtés d'un formateur clinicien régional, des formations Sentinelle adaptées au secteur agricole. Leur présence permettra d'apporter un éclairage précieux sur les réalités du terrain et de renforcer la pertinence des actions de prévention. Cette formation expérimentale pourrait par la suite être déployée au sein d'autres réseaux Sentinelle, dans des secteurs professionnels non agricoles.

Dans cette perspective de finalisation et de montée en puissance du réseau, la MSA propose pour 2025 une ambition forte : ouvrir plus largement son réseau à l'ensemble des acteurs susceptibles de détecter des situations de mal-être, en intégrant progressivement les acteurs sensibilisés et formés à des degrés divers à la dynamique d'animation déjà mise en œuvre auprès des sentinelles. Il ne s'agit pas d'effacer la distinction nécessaire entre une sentinelle formée selon un référentiel spécifique et un acteur simplement sensibilisé, mais bien de proposer un accompagnement adapté au niveau d'implication et de compétence de chacun.

Ainsi, la MSA envisage, dès 2025, de renforcer l'accompagnement des sentinelles via des dispositifs de supervision psychologique et d'analyse des pratiques, tout en offrant un premier niveau d'animation et de soutien aux autres acteurs du réseau de détection. Cette démarche pourra notamment s'appuyer sur les travaux liés à la publication d'une newsletter nationale dédiée, sur le développement de capacités supplémentaires de supervision psychologique dans les caisses rencontrant des difficultés à déployer ce service, ainsi que sur un soutien financier ciblé, permettant aux caisses de MSA de mettre en œuvre des actions de formation ou de sensibilisation jugées pertinentes sur leur territoire.

Par cette stratégie, la MSA entend valoriser l'expertise acquise dans l'animation de réseaux de prévention, tout en consolidant un maillage territorial étendu et cohérent, à la hauteur des enjeux liés à la prévention du mal-être et du risque suicidaire dans le monde agricole.

Proposition 7 : Développer les coopérations pour favoriser une meilleure détection

Pour renforcer le nombre d'acteurs de la détection, la MSA a ouvert ses portes aux acteurs du monde agricole et rural depuis de nombreuses années, avec une volonté spécifique de densifier le réseau de partenaires en 2025, année de la Grande Cause Nationale Santé Mentale.

L'objectif est en effet de renforcer la capacité à s'appuyer sur un réseau pluri-thématiques maillant le territoire pour couvrir un maximum d'interactions avec les assurés MSA. Ces derniers ont des contacts privilégiés avec certains acteurs, comme les vétérinaires, les coopératives, les organisations syndicales et/ou professionnelles, le monde associatif, le monde médical... Aussi, la MSA fait connaître son programme de prévention du mal-être par toutes les voies/voix possibles.

Selon les acteurs, la MSA choisit de conventionner avec certains comme AGRICA, le CNIEL, la FNEDT, l'AMRF en février 2025, à l'occasion du Salon International de l'Agriculture. Ce cadrage juridique facilite entre autres :

- l'engagement des deux parties à relayer des informations,
- la mise en relation avec les interlocuteurs locaux en transmettant les coordonnées des responsables de programme de prévention du mal-être,
- l'implication et l'incitation des deux parties à aller rencontrer l'autre.

Renforcer les liens avec nos partenaires passe également par des présentations croisées aux réseaux respectifs, ainsi qu'une invitation à rejoindre des formations Sentinelles ou PSSM afin d'acter le rapprochement. La transmission de fichiers de contact permet également à des actions locales de voir le jour, et de renforcer tant les liens que le maillage territorial.

L'ouverture aux partenaires des formations et sensibilisations au mal-être agricole permet d'outiller les publics exposés à la détresse agricole, et leur donne également des pistes pour identifier leurs propres facteurs de risques et mettre en place au plus tôt des actions de prévention et d'accompagnement. Les dispositifs MSA évoluent également en conséquence, ainsi, Agri'écoute, initialement conçu pour accompagner les exploitants en difficulté s'ouvre aux proches, à l'entourage professionnel, ainsi qu'aux Sentinelles qui peuvent bénéficier de supervision par les psychologues. Ainsi, c'est tout un écosystème qui est accompagné, dans une logique communautaire. Les partenaires de la MSA sont une composante importante de ce système, et la MSA a comme ambition de mailler le territoire et de sensibiliser autant que possible les acteurs en contact avec le public agricole, ou eux-mêmes concernés.

Au regard de l'année Grande Cause Santé Mentale, l'approche se fait aussi en articulation avec les professionnels de santé, voire de santé mentale via les dispositifs idoines (CLSM, CLS, PTSM, etc.). Des liens ont été noués avec PSYCOM, centre de ressources en santé mentale au niveau national, Premiers Secours en

Santé Mentale, le collectif de la Grande Cause Santé Mentale, et enfin les différents ministères dont le délégué interministériel à la santé mentale.

Pour poursuivre, mettre en œuvre et optimiser ces partenariats, la MSA souhaite s'engager dans l'élaboration d'une stratégie partenariale plus structurée. Cette stratégie permettra de mieux cibler les rencontres avec les partenaires prioritaires au regard des moyens disponibles, définir les acteurs avec lesquels une convention est à privilégier, garantir le suivi nécessaire avec chacun pour les tenir informés des actualités, leur transmettre les outils de manière adaptée.

En interne, le programme PMEAS s'associe aux travaux sur la stratégie santé « Une Seule Santé », approche pluridisciplinaire visant une meilleure articulation entre les différents systèmes (santé, agriculture et environnement). Dans ce cadre, la santé mentale des agriculteurs est un sujet de préoccupation spécifique, notamment afin de mieux articuler les parcours de soins en santé mentale, et également de renforcer l'intégration et l'implication des caisses de MSA dans les CLSM, PTSM, et autres schémas territoriaux concernant la santé mentale.

Cette meilleure articulation des parcours de soins en santé mentale est d'autant plus importante, que les patients du régime agricole sont davantage exposés à une densité nulle ou très faible de psychologues et psychiatres libéraux comparativement à la population française, avec une situation encore plus dégradée pour les non-salariés agricoles (Cf partie 2.3.2.).

Un travail pluridisciplinaire sur l'harmonisation des offres de soutien psychologique est en cours, visant à clarifier le principe de subsidiarité des prises en charge par la MSA des séances auprès de psychologues par rapport au droit commun (« Mon Soutien Psy »). Ce travail inclura également des recommandations concernant les schémas territoriaux de santé, les modalités d'orientation, ainsi qu'une clarification de l'orientation possible.

Proposition 8 :

Valoriser et faire connaître l'action de la MSA sur la prévention du mal-être

Forte de plus de 4 ans d'expérience sur le programme de prévention du mal-être agricole et le plan interministériel, ainsi que plus de 10 ans sur la prévention du suicide, la MSA dispose de nombreuses preuves de l'efficacité de sa mobilisation. En 2025, elle se saisit de l'opportunité que représente la Grande Cause Nationale Santé Mentale afin de valoriser ses dispositifs. De fait, dès le début de l'année 2025, elle a choisi de faire évoluer sa communication afin d'aborder la question de la santé mentale, termes qui jusqu'ici n'avaient pas été utilisés dans le monde agricole.

Lors de la conférence de presse dédiée au Salon International de l'Agriculture, le Président de la MSA Jean-François Fruttero a annoncé que la MSA s'allierait au collectif en charge de la Grande Cause Santé Mentale, afin de sensibiliser et déstigmatiser sur ce sujet sensible. Les termes de santé mentale avaient jusqu'ici été volontairement évités, avec le choix de parler du mal-être, dans une volonté d'éviter de stigmatiser une population agricole très sensible à son image.

L'intérêt de la terminologie « mal-être » est de mettre un nom sur une souffrance réelle illustrée notamment par la prévalence du suicide dans le milieu agricole, mais également d'embarquer l'aspect multifactoriel des difficultés rencontrées par le public agricole. On peut ainsi justifier des actions de prévention sur des sujets divers (répit, lutte contre l'isolement, etc.), et légitimer une action la plus en amont possible, car, de fait, la MSA n'a pas à se supplanter aux professionnels de santé et n'a pas à agir uniquement dans le soin. Toutefois, le choix des termes de mal-être implique de ne pas parler frontalement de santé mentale, et donc de ne pas travailler ouvertement à la déstigmatisation sur les problématiques telles que les maladies psychiques.

Après 3 ans de mobilisation intense sur le programme de prévention du mal-être, et des efforts qui portent leurs fruits (exemple : les appels Agri'écoute montrent que les assurés appellent plus en amont des situations de crise, avec, en 2024, 48 % d'appels indiquant un risque faible, 46 % un risque modéré, 5 % un risque élevé, en baisse par rapport à 2022 où 8 % des appels représentaient un risque élevé), la MSA a décidé de s'impliquer fortement dans la Grande Cause 2025 Santé Mentale, et de communiquer sur la santé mentale auprès de ses adhérents.

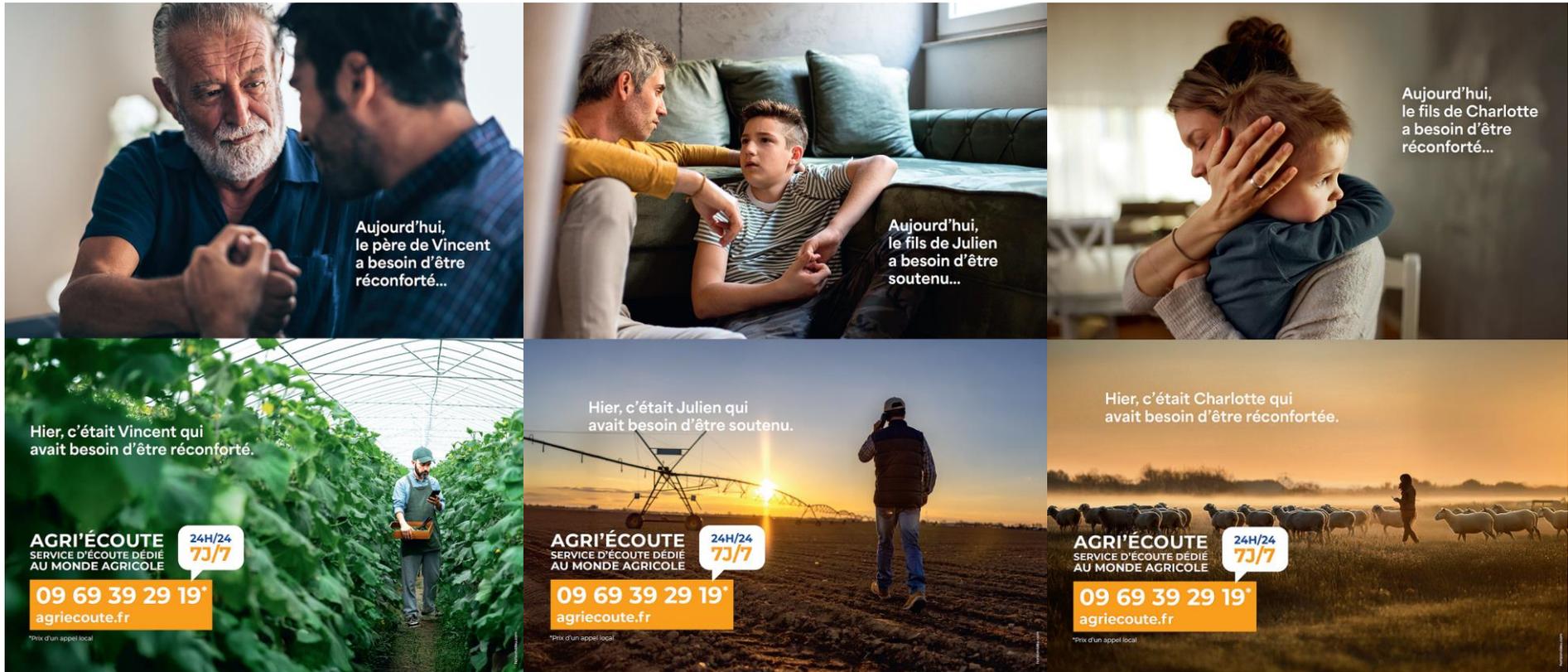
Ce message a été très bien reçu, et la MSA a participé à plusieurs tables rondes depuis l'annonce de la Santé Mentale comme Grande Cause 2025 (entre janvier et avril 2025) : lors de la Journée Nationale de la Prévention du Suicide, à l'Assemblée Nationale lors d'un colloque sur la santé mentale des agriculteurs et agricultrices, et à la Journée des Oubliés de la Santé du Secours Populaire. Par ailleurs, les élus centraux de la CCMSA ont choisi de dédier leur comité commun annuel à la santé mentale, avec une intervention d'Aude Caria, Directrice de PSYCOM.

La MSA s'est également rapprochée du comité de pilotage de la Grande Cause, afin de s'associer officiellement aux actions menées sur l'année 2025. En plus de faire labelliser ses actions sous le label « Grande Cause 2025 Santé Mentale » à l'instar de la campagne de communication Agri'écoute d'avril 2025 (cf paragraphe ci-dessous), la MSA propose de relayer les temps forts de l'année, participant ainsi aux actions en lien avec la jeunesse, les collectivités locales, la recherche, l'emploi, ainsi que les rencontres parlementaires et citoyennes.

L'année 2025 sera également un temps fort pour la MSA de par les élections des délégués et leur renouvellement qui nécessitera une sensibilisation des nouveaux élus à la prévention du mal-être. Dans ce cadre, la MSA a prévu fin 2025 une campagne de communication sur les Sentinelles et la formation à la détection afin d'encourager la participation des nouveaux délégués.

Enfin, 2025 est l'occasion d'une refonte de la communication sur le dispositif Agri'écoute. Les précédentes campagnes de communication portaient un message de prévention du suicide. Pour la campagne 2025 (**Visuel 1**), le choix a été fait d'axer la communication autour de la prévention du mal-être en amont, avec le message « On a tous besoin d'être soutenus un jour ou l'autre ». Ainsi, ces nouveaux visuels montrent l'impact du soutien psychologique, qui permet ensuite aux assurés agricoles de reprendre pied et de soutenir leurs proches ainsi que de vivre mieux leur travail. Cette évolution dans la communication rejoint les points précédents sur la maturité du programme et la capacité de la MSA à porter des messages de prévention et de déstigmatisation concernant la santé mentale. De fait, cette nouvelle campagne Agri'écoute a pour but, au-delà de repositionner le dispositif sur de la prévention en amont et plus uniquement en cas de crise suicidaire, de déstigmatiser le recours à une aide professionnelle et psychologique. C'est pourquoi la campagne montre des situations familiales et professionnelles « normales » et apaisées, afin de faire passer le message que tout un chacun peut bénéficier d'un accompagnement psychologique. Replacer l'assuré dans la normalité contribue également à un discours de déstigmatisation.

Visuel 1 : Campagne de communication 2025 du dispositif Agri'écoute



Parce que le mal-être peut toucher tout le monde, Agri'écoute est là pour vous dès les premières difficultés. Des psychologues échangent avec vous à tout moment, en préservant votre anonymat. On a tous besoin d'être soutenu un jour ou l'autre.



Parce que le mal-être peut toucher tout le monde, Agri'écoute est là pour vous dès les premières difficultés. Des psychologues échangent avec vous à tout moment, en préservant votre anonymat. On a tous besoin d'être soutenu un jour ou l'autre.



Parce que le mal-être peut toucher tout le monde, Agri'écoute est là pour vous dès les premières difficultés. Des psychologues échangent avec vous à tout moment, en préservant votre anonymat. On a tous besoin d'être soutenu un jour ou l'autre.



3.3. Axe « Une seule santé »

L'approche « une seule santé » consiste à développer une approche intégrée et unificatrice dans les actions de santé publique de la MSA afin d'améliorer la santé de la population agricole et des territoires ruraux.

3.3.1. « Une seule santé », une approche globale et interconnectée de la santé

Le concept One Health, « Une seule santé », a été défini au début des années 2000 par un collectif d'experts pluridisciplinaire au sein de l'ONU.

“Le principe « Une seule santé » consiste en une approche intégrée et unificatrice qui vise à équilibrer et à optimiser durablement la santé des personnes, des animaux et des écosystèmes. Il reconnaît que la santé des humains, des animaux domestiques et sauvages, des plantes et de l'environnement en général (y compris des écosystèmes) est étroitement liée et interdépendante.”, OMS, FAO, OMS-animale, PNUE.

Il implique :

- de prendre en compte l'interconnexion entre santé humaine, santé animale et santé de l'environnement : les maladies et leurs facteurs de risque peuvent interagir entre les trois secteurs,
- d'encourager l'approche pluridisciplinaire et collaborative afin d'impliquer l'ensemble des parties prenantes à tous les niveaux : décideurs, chercheurs et acteurs de la santé humaine, animale et de l'environnement,
- d'assurer la surveillance, la prévention et la gestion des maladies se diffusant d'un secteur à l'autre, en abordant leurs déterminants de manière globale, notamment en assurant le maintien de la santé des écosystèmes (**Schéma 2**).

Schéma 2 :
Définition de *One Health* selon l'Alliance quadripartite OMS, FAO, OMSA et PNUE



Source : d'après OHLEP, 2021

3.3.2. Les singularités de la MSA comme leviers de promotion de l'approche « Une seule santé »

Afin de promouvoir l'approche « Une seule santé », la MSA s'appuie sur les particularités de son organisation qui lui permettent de développer une approche intégrée et unificatrice des problématiques de santé touchant les trois secteurs :

- Protégeant les populations agricoles, la MSA est au carrefour des santés humaine, animale et des écosystèmes
- Par son réseau d'élus, la MSA fait vivre la démocratie sanitaire et rend ses adhérents acteurs des politiques publiques de santé
- Par son guichet unique, la MSA met en valeur l'approche pluridisciplinaire et transversale centrée sur l'assuré
- Par son action territoriale, la MSA favorise la collaboration intersectorielle dans les territoires ruraux
- Par ses services de SST, intégrés au régime agricole, la MSA est au plus près de la prévention des risques professionnels là où les métiers agricoles mettent l'homme à l'interface avec les écosystèmes et le monde animal.

Ces leviers sont intégrés dans le cadre opérationnel permettant à la MSA de répondre aux enjeux de sa stratégie de santé, selon quatre principes d'action :

- Développer la capacité de diagnostic et de recherche en santé de la MSA sur les territoires ruraux ainsi que la détection de besoins spécifiques, via l'utilisation et la valorisation des données
- Être un assembleur de solutions au niveau local dans tous les milieux
- Développer un service global, personnalisé et attentionné en s'appuyant sur le guichet unique
- Proposer des solutions innovantes en matière de santé, dans une logique de laboratoire des politiques publiques

Ce cadre entre dans l'optique de développer l'action de la MSA de façon synergique dans une approche « Une seule santé ».

3.3.3. Développer l'approche « Une seule santé » à la MSA

Afin de développer une approche intégrée et unificatrice dans ses actions de santé publique, la MSA construit sa future stratégie santé en mobilisant l'approche « Une seule santé ».

La future stratégie santé de la MSA, dont la construction mobilise les différents métiers et représentants du réseau des caisses de MSA, s'étendra de 2026 à 2030. L'identification des enjeux et objectifs de la stratégie santé MSA mobilise l'approche « Une seule santé » en intégrant l'ensemble des parties prenantes et prenant en compte les différentes politiques publiques se rapportant à la santé humaine, mais aussi la santé animale et de l'environnement.

La MSA fait de l'approche « Une seule santé » un principe d'action principal pour sa future stratégie santé. Ayant acculturé son réseau à l'approche « Une seule santé », la MSA mobilisera cette méthodologie de travail, participative et collaborative, pour la mise en œuvre des objectifs qu'elle se fixe en matière de santé.

La MSA mobilise l'approche « Une seule santé » dans différents champs d'action :

- Elle accompagne les transitions agricoles, et parmi elles, les évolutions dues au changement climatique ;
- Elle suit les impacts de l'utilisation des produits phytopharmaceutiques sur la population qu'elle couvre et agit pour prévenir les risques induits par l'exposition professionnelle à ces produits ;
- Elle met en lien la santé des éleveurs avec la question du bien-être animal ;
- Elle s'attache à intégrer les producteurs agricoles dans ses actions de solidarités alimentaires auprès des publics précaires.

Pour sa future stratégie santé, la MSA souhaite aller plus loin et identifie quatre thématiques prioritaires transversales sur lesquelles elle peut apporter son expertise et son expérience et potentialiser son action en mobilisant l'approche « Une seule santé » :

- L'alimentation : au cœur de notre rôle d'organisme de protection sociale et professionnel agricole, l'alimentation est un sujet transverse qui doit mobiliser la prévention et promotion de la santé, le développement social et la production agricole.
- La transition agro-écologique : la MSA fait de l'accompagnement des transitions en agriculture un axe principal de sa stratégie institutionnelle « MSA 2030 ». Le focus sur les transitions agro-écologiques dans la stratégie santé de la MSA permet d'associer l'ensemble des parties prenantes dans cet accompagnement pour une amélioration de la santé de nos assurés, prenant en compte les santés animale et environnementale.
- La santé des animaux d'élevage : mettant en œuvre plusieurs actions spécifiques auprès des éleveurs (vaccination contre la grippe, actions d'accompagnement dans le cadre des crises agricoles dues aux épizooties, bien-être animal,...), la MSA peut les accompagner en prenant en compte les liens spécifiques entre la santé humaine et la santé animale.
- L'exposome : en mobilisant son guichet unique, la MSA peut avoir une vision plus élargie des expositions qui touchent la population qu'elle couvre. Elle peut également agir de façon plus globale sur l'ensemble de ces déterminants, notamment en mobilisant des programmes probants de prévention et de promotion de la santé ciblés.

Proposition 9 :

Développer l'approche « Une seule santé » autour de thématiques transversales prioritaires (alimentation, transition agro-écologique, santé des animaux d'élevage et exposome)

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

Proposition 10 : Améliorer l'accès à la santé dans les territoires ruraux

La MSA propose de poursuivre et renforcer son action pour améliorer l'accès à la santé dans les territoires ruraux, particulièrement dans les zones les plus isolées.

Le bilan synthétique des actions réalisées est disponible dans l'**encadré 12**.

Forte de son expertise établie dans ce domaine, la MSA s'engage à améliorer l'accès à la santé dans les zones rurales particulièrement isolées. Cet objectif englobe non seulement l'accès physique aux soins, mais aussi l'accès aux droits et prestations de santé, garantissant une prise en charge adéquate. L'institution investit dans le soutien au développement de la coopération entre les professionnels de santé des soins primaires, les spécialistes, les établissements de santé et les acteurs sociaux.

En partenariat avec l'écosystème local, la MSA participe aux côtés des professionnels de santé aux travaux préparatoires et aux propositions de l'offre dédiée à l'accompagnement du parcours de santé en milieu rural. En complément, la MSA entreprend régulièrement des initiatives locales, au service du développement des territoires.

Cette initiative visant l'accès aux soins est particulièrement pertinente dans les zones rurales, les plus en difficulté, que la MSA connaît bien. La MSA contribue à la mise en œuvre sur les territoires des programmes et actions définis par les pouvoirs publics, comme l'accompagnement à l'émergence de CPTS, tout en concevant et réalisant de nombreuses actions pour promouvoir l'installation des professionnels de santé et faciliter l'accès aux soins en milieu rural.

Les actions proposées dans le cadre de l'amélioration de l'accès à la santé dans les territoires ruraux sont :

- 1. Accompagner le développement de nouvelles structures d'exercice coordonné**
 - a. Poursuivre l'appui à la création des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), Centres de Santé Pluriprofessionnels et Équipes de Soins Primaires
 - b. Apporter une expertise en ingénierie de projet et dans l'élaboration des projets de santé, en concertation avec l'ARS, l'Assurance Maladie et AVEC Santé
- 2. Favoriser la coordination des acteurs de santé autour du lien ville-hôpital**
 - a. Encourager la coordination des acteurs de santé autour du lien ville-hôpital pour faciliter les parcours de santé des patients
 - b. Accompagner des actions pour favoriser une bonne coopération entre l'ambulatoire et les établissements de santé afin de fluidifier les parcours de soins
- 3. Soutenir les actions de prévention au sein des MSP ou centres de santé**
 - a. Contribuer à l'accompagnement du parcours de santé des patients en milieu rural à travers la mise en œuvre d'actions de prévention
 - b. Développer l'Éducation Thérapeutique du Patient pour patients polyopathologiques (ET3P) en offre de proximité ambulatoire
- 4. Promouvoir l'exercice coordonné en milieu rural**
 - a. Poursuivre le programme Educ'Tour destiné aux étudiants en santé et social
 - b. Organiser des séminaires interprofessionnels permettant aux étudiants de différentes filières de mieux appréhender leur pratique professionnelle de manière coordonnée
 - c. Contribuer à l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé en favorisant l'acculturation des futurs professionnels à l'exercice coordonné en zone rurale

Encadré 12 :
Bilan des actions réalisées

Depuis 2020, grâce à son ingénierie territoriale, la MSA a soutenu la création de 385 projets de santé d'organisations d'exercice coordonné, soit 258 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, 105 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, 9 Centres de Santé Pluriprofessionnels et 13 Équipes de Soins Primaires.

Pour renforcer le lien ville-hôpital, un projet est déployé dans 13 régions en 2024, visant à améliorer la coordination entre structures ambulatoires et hôpitaux de proximité.

La MSA développe également des actions de prévention importantes, notamment l'Éducation thérapeutique du patient (ET3P) avec 92 équipes formées depuis 2021.

Pour promouvoir l'exercice coordonné en milieu rural, la MSA a créé le programme Educ'Tour, avec 9 séminaires organisés en 2024. Ce programme vise à former les étudiants en santé à la pratique de l'exercice coordonné en milieu rural.

Proposition 11 :
Développer le partenariat avec l'association « Médecins Solidaires » pour renforcer l'accès aux soins de premier recours

Dans le cadre de son engagement pour le développement d'une offre de soins dans tous les territoires ruraux, la MSA propose de renforcer son partenariat avec l'association « Médecins Solidaires » pour améliorer l'accès aux soins de premier recours dans les zones les plus en difficulté.

Présentation du dispositif « Médecins Solidaires »

L'association « Médecins Solidaires » regroupe un collectif de médecins généralistes volontaires mobilisés pour redonner un accès aux soins dans les territoires les plus en souffrance. Née d'une réaction collective et spontanée face à l'accroissement des inégalités d'accès aux soins primaires, cette association crée et gère des centres de santé dans les zones les plus sinistrées.

Le mode d'exercice proposé est particulièrement innovant, basé sur le concept de « temps partagé solidaire » : chaque médecin s'engage à dédier au minimum une semaine par an au fonctionnement d'un centre de santé solidaire. Cette approche permet de mutualiser l'engagement de nombreux praticiens pour assurer une présence médicale continue dans des territoires délaissés.

Depuis novembre 2022, l'association a déjà ouvert 8 centres de santé et bénéficie du soutien de deux caisses de MSA (Beauce Cœur de Loire et Berry-Touraine).

Les objectifs sont :

- Encourager l'implication d'autres caisses de MSA dans le soutien à l'ouverture de nouveaux centres de santé en 2025
- Formaliser les modalités de partenariat par des conventions adaptées aux contextes locaux
- Développer une coordination nationale pour faciliter l'échange d'expériences et la diffusion du modèle

Cette proposition s'inscrit dans la continuité des actions déjà engagées par la MSA pour soutenir des projets innovants facilitant l'accès aux soins de proximité et à la prévention dans les territoires ruraux. Elle viendra compléter les dispositifs d'accompagnement existants pour le développement des MSP et des CPTS.

Ce dispositif innovant permettra de proposer une réponse concrète et immédiate au manque d'accès aux soins dans certains territoires ruraux, tout en s'inscrivant dans une démarche plus globale d'amélioration de l'offre de soins portée par la MSA.

3.5. Axe « Qualité des pratiques, pertinence des soins et parcours de soins »

La MSA renforcera les actions de gestion du risque 2025 en lien avec la qualité des pratiques, la pertinence des soins et des parcours de soins et accompagnera les offreurs de soins dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses.

Au sein de son plan national de gestion du risque maladie annuel, la MSA porte des actions autour des thématiques suivantes :

- **Pertinence et efficacité des produits de santé** pour permettre un accès pour tous aux produits innovants,
- **Pertinence, qualité des actes** pour réduire les recours inutiles ou redondants **et des parcours de soins**,
- **Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail** pour maîtriser les dépenses.

3.5.1. Les actions du plan national GDR 2024 de la MSA

Le plan national de gestion du risque (GDR) 2024 de la MSA comportait 27 actions. Le bilan de ces actions du plan GDR 2024 de la MSA est annexé à ce rapport (**Annexe 4**).

Le plan national GDR MSA 2025 comprend les actions pérennes du plan 2024 et des nouvelles actions présentées en partie dans le rapport Charges et Produits MSA 2025.

3.5.2. Les nouvelles études et propositions

3.5.2.1. Pertinence et efficacité des produits de santé

Dans le cadre de la pertinence et l'efficacité des produits de santé, la MSA propose de nouvelles études concernant :

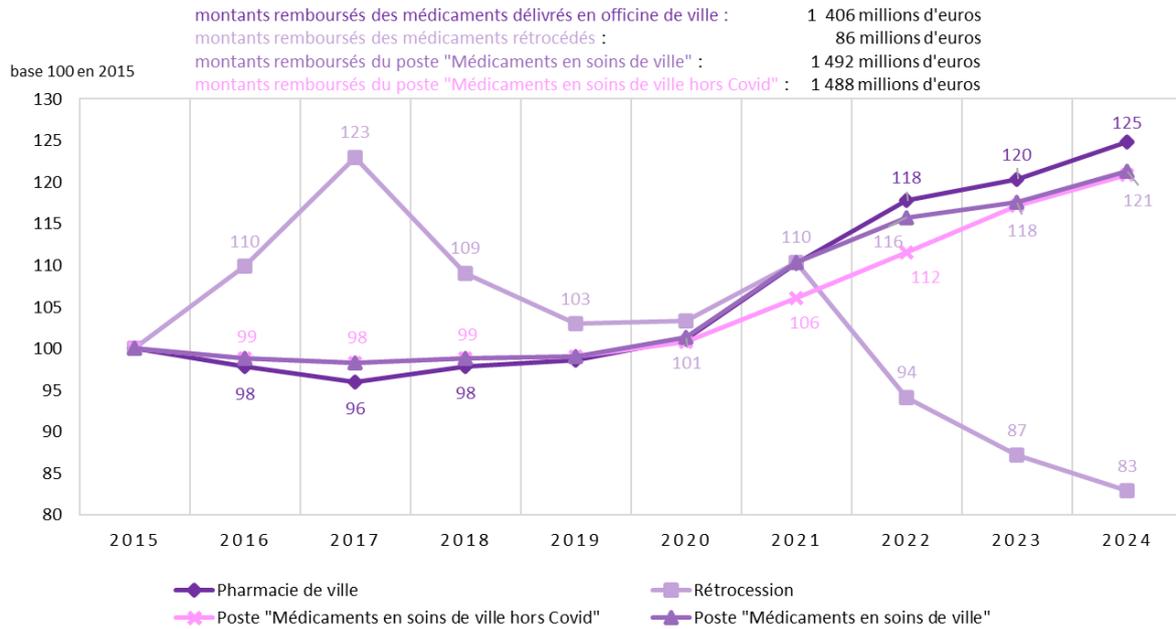
- les médicaments,
- la liste des produits et prestations (LPP).

a. Les médicaments

a.1. Les montants remboursés

En 2024, les montants remboursés pour le poste « Médicaments en soins de ville » (délivrance en officine de ville et rétrocession) représentent 28,7 % des dépenses de soins de ville du régime agricole, pour un montant de **1 492 millions d'euros**. Stables sur la période 2015-2019, ils progressent ensuite les années suivantes, de 4,1 % en moyenne annuelle de 2019 à 2024, avec 3,2 % en 2024 (**Graphique 40**).

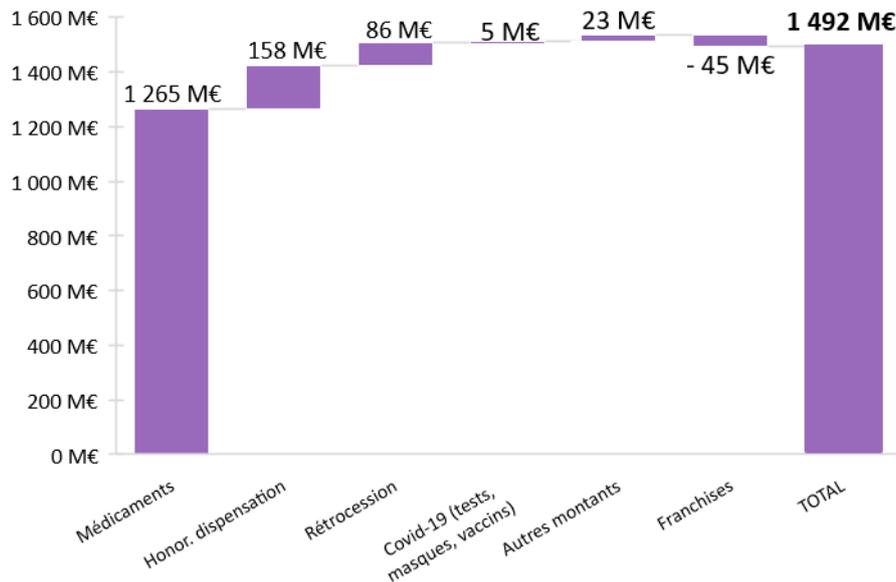
Graphique 40 :
Evolution indiciaire des montants remboursés du poste « Médicaments en soins de ville »



Source : MSA

Le montant remboursé global pour le poste « Médicaments en soins de ville » en 2024 (**1 492 millions d'euros**) se répartit en différents regroupements de dépenses (**Graphique 41**).

Graphique 41 :
Décomposition des montants remboursés du poste « Médicaments en soins de ville » en 2024 (en millions d'euros)



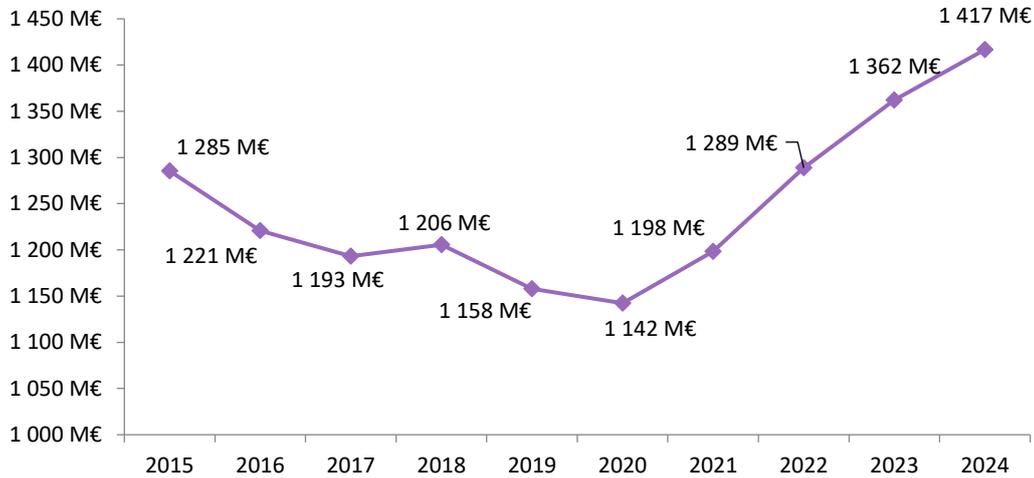
Source : MSA

Les médicaments délivrés en ville représentent la majorité du poste : **1 265 millions d'euros**, soit 84,8 %, suivi des honoraires de dispensation (10,6 %) et de la rétrocession (5,8 %). Les dépenses liées à la Covid-19 (vaccins, tests antigéniques, masques) ne représentent plus en 2024 que 0,3 % du montant global du poste « Médicaments en soins de ville ».

a.2. Les médicaments délivrés en officine

Les montants présentés au remboursement s'élevèrent à **1 417 millions d'euros** (hors honoraires de dispensation à la boîte), en hausse de **4,0 %** (après + 5,7 % en 2023). La tendance à la hausse, observée depuis 2021, se confirme en 2024 (**Graphique 42**). Cette progression s'explique en partie par une forte progression de l'effet prix qui ne se trouve plus compensé par un effet volume négatif.

Graphique 42 :
Evolution du montant remboursable pour les médicaments délivrés en ville (en millions d'euros)



Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

En 2024, le régime agricole a remboursé **112 millions de boîtes de médicaments** délivrées en officine de ville ; ainsi, la tendance est toujours à la baisse (- 2,9 %) (**Graphique 43**).

Graphique 43 :
Evolution du nombre de boîtes délivrées en ville (en milliers)



Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

Les produits les plus délivrés restent, comme en 2023, les antalgiques à base de paracétamol seul (DOLIPRANE®, DAFALGAN®) et l'ensemble des produits génériques à base de paracétamol. Ils représentent à eux seuls 19,2 % des boîtes délivrées en 2024 (- 2 points par rapport à 2023).

Le prix moyen des médicaments poursuit sa hausse (**Graphique 44**).

Graphique 44 :
Evolution du prix moyen des médicaments



Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

L'évolution des montants remboursés (+ 4,6 %) s'explique en partie par l'usage progressif, depuis le début de leur commercialisation, de médicaments innovants et onéreux, et par l'extension d'indication.

Ainsi, **trois médicaments agissant contre des pathologies cardiovasculaires** poursuivent leur tendance à la hausse depuis leur commercialisation et contribuent fortement à la croissance des montants remboursés :

- **Vyndaqel®**, un traitement ayant obtenu une extension d'indication en mai 2021 contre l'amylose cardiaque dont le prix, pour un dosage à 61 mg est de 7 261 €, impacte l'évolution des médicaments délivrés en officine à hauteur de 2,2 points.
- **Forxiga®** et **Entresto®**, deux traitements contre l'insuffisance cardiaque chronique, commercialisés respectivement en avril 2020 et octobre 2018, ont ensemble un impact de 0,7 point.

Ensuite, parmi les médicaments qui contribuent le plus à la croissance se trouvent des traitements contre le cancer de la prostate, dont la tendance à la hausse se poursuit également depuis leur commercialisation : **Erleada®** et **Nubeqa®**, commercialisés respectivement en avril 2020 et mars 2021, impactent ensemble l'évolution des remboursements de 0,6 point.

Enfin, parmi les médicaments plus récents et qui contribuent le plus à la croissance se trouve un traitement contre la leucémie, **Calquence®**, commercialisé en avril 2023 et qui impacte l'évolution des remboursements de 0,3 point (**Tableau 35**).

**Tableau 35 :
Principaux médicaments contributeurs à la croissance des montants remboursés en 2024**

Nom du produit	Indication	Montant remboursé 2024*	Evolution ACM	Croissance (par rapport à 2023)	Contribution à la croissance
VYNDAQEL [®]	Traitement de l'amylose cardiaque	113,9 M€	31,2 %	27,1 M€	2,2
VABYSMO [®]	Traitement de la dégénérescence maculaire humide	8,6 M€	>999,9 %	8,3 M€	0,7
FORXIGA [®]	Antidiabétique, insuffisance cardiaque, rénale	17,4 M€	57,8 %	6,4 M€	0,5
ERLEADA [®]	Anticancéreux	19,9 M€	33,0 %	4,9 M€	0,4
ELIQUIS [®]	Anticoagulant oral direct	63,4 M€	8,2 %	4,8 M€	0,4
RIVAROXABAN	Anticoagulant oral direct	4,2 M€	-	4,2 M€	0,3
HEMLIBRA [®]	Prévenir ou réduire les saignements chez les patients atteints d'hémophilie A	10,2 M€	57,3 %	3,7 M€	0,3
CALQUENCE [®]	Traitement de lymphomes	8,1 M€	81,3 %	3,6 M€	0,3
JARDIANCE [®]	Traitement du diabète et de l'insuffisance cardiaque chronique	5,9 M€	107,2 %	3,1 M€	0,3
DUPIXENT [®]	Traitement de la dermatite atopique	11,7 M€	32,5 %	2,9 M€	0,2
NUBEQA [®]	Anticancéreux	6,3 M€	77,1 %	2,7 M€	0,2
BRUKINSA [®]	Anticancéreux	2,5 M€	-	2,5 M€	0,2
ENTRESTO [®]	Traitement de l'insuffisance cardiaque	19,8 M€	-	2,2 M€	0,2
TOTAL MEDICAMENTS DELIVRES EN VILLE		1 265,0 M€	4,6 %	+ 55,1 M€	

*hors honoraire de dispensation à la boîte

Source : SNDS – exploitation MSA

a.3. La décomposition des dépenses par groupes anatomiques selon le système de classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC)

La croissance des montants remboursables des médicaments délivrés en ville (+ 4,0 %) résulte d'une dynamique qui recouvre des réalités très différentes selon les classes étudiées (**Tableau 36**).

Les cinq premières classes concentrent près des trois quarts des montants présentés au remboursement (74,1 %). La classe L « Agents antinéoplasiques et immunomodulateurs » est la classe la plus importante en montants présentés au remboursement (25,9 %), suivie de la classe N du « Système nerveux central » (16,8 %), de la classe B « Sang et organe hématopoïétiques » (11,3 %), de la classe A « Voies digestives et métabolisme » (10,3 %) et de la classe C du « Système cardiovasculaire » (9,8 %).

Au sein de la classe N du « Système nerveux central » figure en particulier le médicament **SLENYTO®** (mélatonine) (**Encadré 13**).

Tableau 36 :
Classement des classes ATC (niveau 1) selon les montants présentés au remboursement en 2024

Rang 2024	Rang 2023	Code de la classe	Nom de la classe	Montants présentés au remboursement en 2024 en milliers d'euros	Evolution 2024/2023 (en %)	Part dans le total des montants présentés	Montants remboursés en 2024 en milliers d'euros	Taux moyen remboursement en 2024 (en %)	Boîtes prescrites en 2024 en milliers
1	1	L	Antinéoplasiques, immunomodulateurs	366 735	+ 7,9 %	25,9 %	360 234	98,2 %	966
2	2	N	Système nerveux central	237 995	+ 12,6 %	16,8 %	213 445	89,7 %	41 010
3	3	B	Sang et organe hématopoïétiques	160 644	- 2,9 %	11,3 %	151 020	94,0 %	7 307
4	4	A	Voies digestives et métabolisme	146 417	+ 3,6 %	10,3 %	127 967	87,4 %	19 756
5	5	C	Système cardiovasculaire	139 067	+ 4,1 %	9,8 %	123 872	89,1 %	14 914
6	6	R	Système respiratoire	91 619	- 2,6 %	6,5 %	69 721	76,1 %	5 884
7	7	J	Antiinfectieux généraux systémiques	86 056	+ 3,6 %	6,1 %	67 119	78,0 %	6 262
8	8	S	Organes des sens	77 196	- 3,7 %	5,4 %	70 453	91,3 %	3 558
9	11	D	Médicaments dermatologiques	27 012	+ 19,0 %	1,9 %	18 762	69,5 %	2 921
10	9	H	Préparations hormonales systémiques	26 579	+ 2,9 %	1,9 %	24 053	90,5 %	2 690
11	10	G	Système génito-urinaire et hormones	24 680	+ 0,7 %	1,7 %	13 367	54,2 %	2 622
12	12	M	Système musculaire et squelettique	22 317	+ 6,8 %	1,6 %	17 788	79,7 %	3 721
13	13	V+X	Divers	8 429	- 52,6 %	0,6 %	5 530	65,6 %	213
14	14	P	Antiparasitaires	1 960	+ 4,9 %	0,1 %	1 685	86,0 %	171
			Total des 14 classes	1 416 704	+ 4,0 %	100,0 %	1 265 016	89,3 %	111 996

Source : SNDS – exploitation MSA

Encadré 13 :**Consommation de SLENYTO® au régime agricole : respect des conditions de prise en charge****1. Modalités de prise en charge de SLENYTO®**

Le médicament SLENYTO® (mélatonine) est remboursable par l'assurance maladie uniquement dans les indications suivantes :

- **au titre de son autorisation de mise sur le marché (AMM)** : « traitement de l'insomnie chez les **enfants et les adolescents de 2 à 18 ans**, présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et/ou un symptôme de Smith-Magenis, lorsque les mesures d'hygiène du sommeil ont été insuffisantes » ;
- **au titre d'un accès compassionnel** : « traitement des **enfants âgés de 2 à 18 ans**, présentant un trouble du rythme veille-sommeil associé à des troubles développementaux et des maladies neurogénétiques comme le syndrome de Rett, le syndrome d'Angelman ou la sclérose tubéreuse ».

Les spécialités pharmaceutiques à base de mélatonine ne sont pas admises au remboursement chez l'adulte, quelles qu'en soient les indications.

Les prescriptions et dispensations hors AMM de SLENYTO® sont possibles dans certains cas :

- en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée ;
- lorsque le prescripteur juge que SLENYTO® est indispensable pour améliorer ou stabiliser l'état du patient.

Dans ces cas, ces prescriptions ne peuvent pas faire l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

2. Respect des indications remboursables des facturations de SLENYTO® au régime agricole

En 2024, les prises en charge de SLENYTO® pour des assurés MSA correspondant à des indications non remboursables concernent 9,2 % d'assurés de 19 ans et plus et 0,2 % d'enfants de moins de 2 ans. Ensuite seulement 39,9 % des enfants de 2 à 18 ans ont une ALD correspondant aux indications de prise en charge (ALD 23). Ainsi, **deux tiers des prescriptions** de SLENYTO® présentées au remboursement correspondent à des indications non remboursables.

Tableau 37 :**Taux de mésusage pour la consommation de SLENYTO® en 2024**

	Bénéficiaires ayant eu une délivrance de médicaments	Prescriptions*	Prescriptions ne respectant pas le critère (1)	Prescriptions ne respectant pas le critère (2)	Taux de mésusage
Tous régimes	145 468	582 358	72 834	338 586	70,6 %
Régime agricole	2 984	11 676	1 097	6 360	63,9 %
Part du régime agricole	2,1 %	2,0 %	1,5 %	1,9 %	

Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

* nombre de prescriptions = nombre de date de délivrances

(1) Pour des assurés âgés de moins de 2 ans, ou de 19 ans et plus

(2) Pour des assurés âgés de 2 à 18 ans sans ALD 23

3. Dépenses correspondant à une facturation hors indications remboursables

SLENYTO® est remboursable à 65 % et est disponible sous deux présentations :

- SLENYTO® 1 mg boîte de 60, au prix de 39,07 €,
- SLENYTO® 5 mg boîte de 30 au prix de 99,93 €.

Le **tableau 38** présente les montants remboursés par le régime agricole pour SLENYTO® depuis 2021, par classe d'âge et statut ALD.

Tableau 38 :

Dépenses associées à SLENYTO® au régime agricole de 2021 à 2024 selon la classe d'âge et le statut en ALD 23 du bénéficiaire

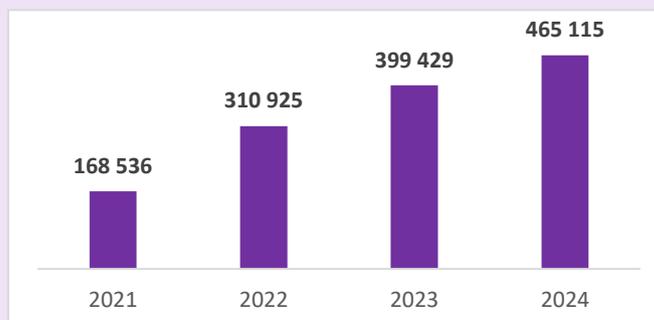
Année	Classes d'âge (en années)	ALD 23	Nombre de boîtes	Montant remboursable (en euros)	Montant remboursé (en euros)	% Nombre de boîtes	% Montant remboursable	% Montant remboursé
2021	<2		9	412	268	0%	0%	0%
	2-18	oui	2 034	135 040	119 396	37%	38%	41%
		non	2 700	167 013	128 272	49%	48%	45%
	>18		744	49 003	39 996	14%	14%	14%
	Total		5 487	351 469	287 932	100%	100%	100%
2022	<2		51	3 271	2 927	1%	1%	1%
	2-18	oui	3 114	226 031	198 977	35%	36%	39%
		non	4 447	293 224	220 352	49%	47%	43%
	>18		1 395	104 019	87 646	15%	17%	17%
	Total		9 007	626 545	509 903	100%	100%	100%
2023	<2		44	3 301	2 593	0%	0%	0%
	2-18	oui	4 349	323 518	284 804	36%	38%	42%
		non	6 413	420 084	312 533	53%	50%	46%
	>18		1 402	100 711	84 303	11%	12%	12%
	Total		12 208	847 614	684 233	100%	100%	100%
2024	<2		24	1 242	862	0%	0%	0%
	2-18	oui	5 687	436 342	380 521	38%	41%	45%
		non	7 990	526 701	390 702	53%	50%	46%
	>18		1 249	88 000	73 551	8%	8%	9%
	Total		14 950	1 052 284	845 636	100%	100%	100%

Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

Les montants remboursés par le régime agricole correspondant à des facturations de SLENYTO® en dehors des indications remboursables représentent 465 115 € en 2024, en progression constante depuis 2021 (**Graphique 45**).

Graphique 45 :

Evolution des montants remboursés par le régime agricole associés à SLENYTO en dehors des indications remboursables de 2021 à 2024 (en euros)



4. Proposition d'action

En 2024, deux caisses de MSA (MSA Armorique et MSA Portes de Bretagne) ont mis en œuvre une action d'initiative locale de contrôle du respect des conditions de facturation du médicament SLENYTO® (mélatonine), suite au constat d'une augmentation des volumes remboursés pour ce médicament.

Cette action a permis de détecter **15 789 €** d'indus émis par 56 pharmacies d'officines (non-respect du critère d'âge). Compte tenu du taux de mésusage constaté sur l'ensemble des caisses du régime agricole, il est proposé de généraliser cette action d'initiative locale à l'ensemble des caisses de MSA, via son inscription au plan national de gestion du risque maladie de la MSA pour 2026.

Proposition 12 :

Généraliser l'action d'initiative locale de contrôle du respect des conditions de facturation du médicament SLENYTO®

b. La liste des produits et prestations (LPP)

Le montant total facturé aux assurés du régime agricole lié aux produits de la LPP (dépenses totales, dépassements compris) s'élève à 1 milliard d'euros en 2024, contre 989,1 millions d'euros en 2023. Cela représente une augmentation de 1,8 % entre 2023 et 2024 (+ 18,2 millions d'euros).

Cette hausse concerne tous les titres, à l'exception des produits implantables (titre III, - 1,7 %).

L'augmentation de 2024 est principalement portée par les deux postes qui concentrent 92,2 % de la dépense : le maintien à domicile (titre I, + 3,0 %) et les orthèses, appareils de soutien et prothèses externes (titre II, + 1,3 %).

Enfin, les dispositifs médicaux invasifs (titre V) enregistrent une forte augmentation de 13,4 %, mais leur poids dans la dépense totale reste limité.

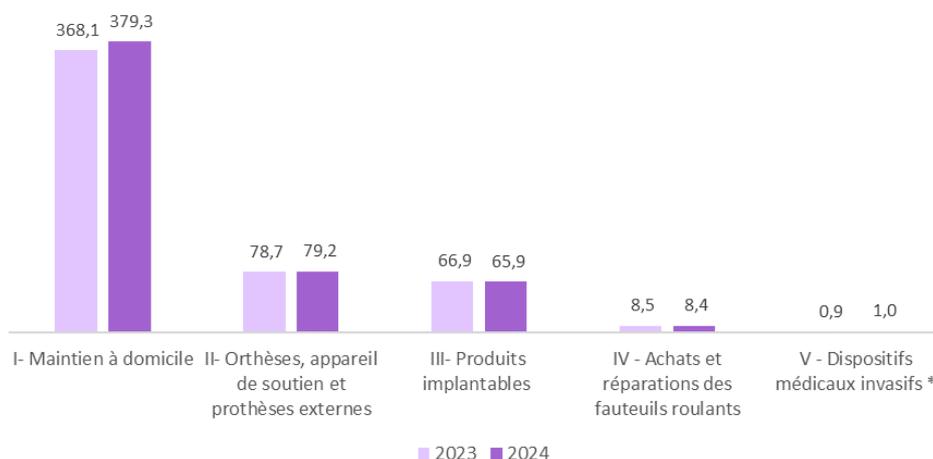
Le montant global remboursé par le régime agricole s'élève à 534,3 millions d'euros en 2024, contre 524,0 millions en 2023, soit une hausse de 2,0 % (+ 10,3 millions d'euros).

Cette augmentation est portée par le maintien à domicile (titre I, + 3,0 % soit + 11,2 millions d'euros) et, dans une moindre mesure, par les dispositifs médicaux invasifs (titre V, + 13,4 % soit + 0,1 million d'euros).

En revanche, le montant total remboursé liés aux produits implantables (titre III, - 1,6 %, soit - 1,1 million d'euros) ainsi qu'aux achats et réparations de fauteuils roulants (titre IV, - 1,3 %, soit - 0,1 million d'euros) baisse.

Les remboursements des orthèses, appareils de soutien et prothèses externes (titre II) augmentent légèrement de + 0,7 % (+ 0,5 million d'euros) (**Graphique 46**).

Graphique 46 :
Evolution des remboursements par grand titre de la LPP (en millions d'euros)



Source : MSA

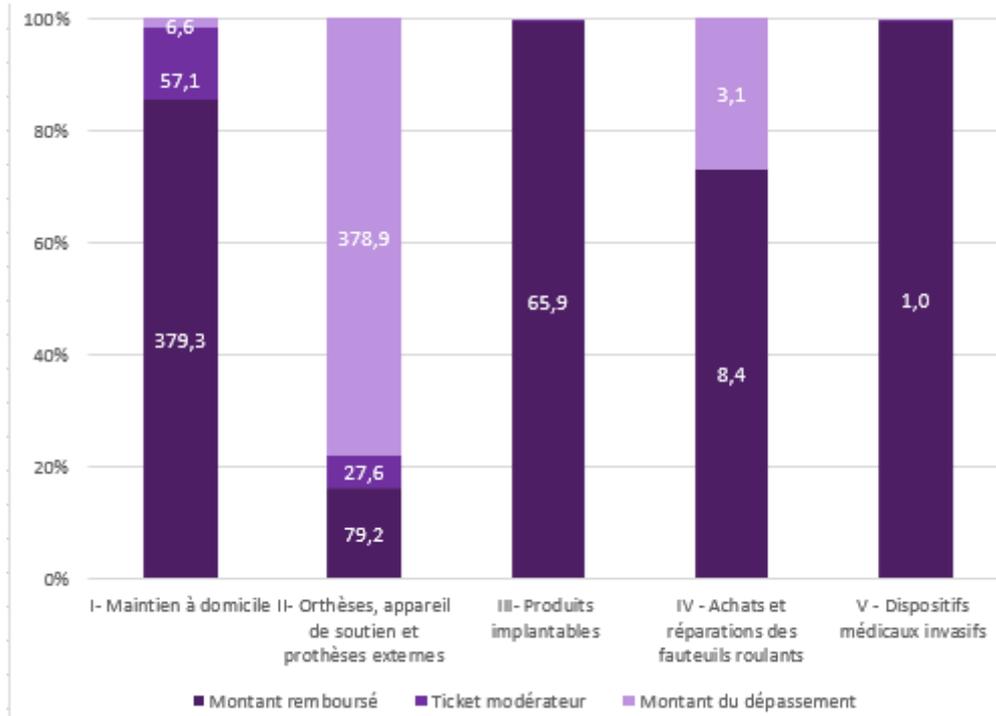
* Dispositifs médicaux invasifs (excluant les prises en charge dérogatoires exceptionnelles).

La prise en charge est très inégale entre les différents titres. Pour certains produits, il existe un différentiel entre le tarif de responsabilité et le prix limite de vente (PLV), à charge du patient et/ou d'un organisme complémentaire :

- Le titre IV, correspondant aux fauteuils roulants, est pris en charge à 100 % du montant remboursable, mais les dispositifs inscrits sur ce titre n'ont pas systématiquement de PLV. Ainsi, des dépassements peuvent rester à la charge des assurés en fonction des prix pratiqués par les distributeurs : ils représentent 3,1 millions d'euros, soit 27 % de la dépense (**Graphique 47**).
- Les titres III et V, correspondant à la liste en sus, sont pris en charge à 100 % pour les assurés (l'article L.165-7 du CSS dispose qu'un PLV est systématiquement fixé au niveau du tarif de responsabilité pour la liste en sus).

- Le titre I, d'un montant total de 442,97 millions d'euros, est remboursé à hauteur de 86 %, soit 379,3 millions d'euros, avec un ticket modérateur de 57,1 millions d'euros. Le dépassement est de 6,6 millions d'euros.
- Le titre II, avec 485,7 millions d'euros, n'est remboursé qu'à hauteur de 16 % (16 % en 2023 et 17 % en 2022), soit 79,2 millions d'euros, laissant un dépassement de 378,9 millions d'euros à la charge des assurés du régime agricole et de leur complémentaire santé.

Graphique 47 :
Répartition de la dépense, par grand titre de la LPP (en millions d'euros)



Source : MSA

La réforme du 100 % santé en France

Le dispositif 100 % santé, ou réforme du reste à charge zéro, a été mis en place progressivement depuis le 1^{er} janvier 2019 et est totalement actif depuis le 1^{er} janvier 2021. Cette réforme a pour but de permettre à tous les français d'accéder aux soins prothétiques dentaires ainsi qu'aux équipements en audioprothèse et en optique.

Les dépenses liées aux soins et équipements du panier de soins 100 % santé sont intégralement prises en charge par les caisses d'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires, sans reste à charge pour les patients bénéficiant des garanties d'un contrat responsable.

Le 100 % santé en audiologie

Le dispositif 100 % santé en audiologie concerne certains appareils auditifs, dits de classe I pour lesquels des prix limite de vente (PLV) ont été fixés (contrairement aux aides auditives de classe II dont les prix sont libres).

Depuis le 1^{er} janvier 2021, pour les aides auditives de la classe I :

- le prix limite de vente est fixé à 950 € TTC pour les adultes et à 1 400 € TTC pour les moins de 20 ans ;
- le tarif de remboursement des aides auditives de classe I est fixé à 400 € TTC pour les adultes et 1 400 € TTC pour les moins de 20 ans ;
- la prise en charge est intégrale par les caisses d'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires, sans reste à charge pour les patients disposant des garanties d'un contrat responsable.

En cas de non-respect des PLV, les organismes d'assurance maladie peuvent verser à l'assuré la différence entre le prix réellement facturé et le prix limite de vente, et mettre en demeure le distributeur de lui rembourser cette somme. En cas de non-exécution de la mise en demeure, l'organisme d'assurance maladie peut prononcer une pénalité financière (article L.165-3-1 du CSS).

Un processus de contrôle des PLV en plusieurs étapes a ainsi été implémenté dans le système d'information de la MSA depuis le 1^{er} janvier 2019, afin que les factures contenant des actes ne respectant pas le PLV soient transmises aux agents pour intervention (cf Rapport Charges et Produits MSA 2021).

En 2021, le nombre de bénéficiaires d'audioprothèses de classe I (liée au 100 % santé) et les remboursements associés étaient en forte hausse (respectivement 6 fois plus de bénéficiaires et 8 fois plus de remboursements) (**Tableau 39**). Cette variation était attribuable au retard d'appareillage dû à la crise sanitaire de 2020 ainsi qu'à l'effet d'attente lié à la réforme 100 % santé (entrée pleinement en vigueur début 2021). Pour autant, les bénéficiaires d'audioprothèses hors panier 100 % santé et leurs remboursements ne diminuent pas drastiquement (**Tableau 39**). Le nombre de bénéficiaires augmente même de 23 %.

Depuis 2021, le nombre de bénéficiaires d'audioprothèses de classe I dans le cadre du 100 % santé baisse : - 6,2 % en 2022, - 18 % en 2023 et - 14,2 % en 2024. De même, les remboursements diminuent de 5 % en 2022, 17 % en 2023 et 14,6 % en 2024 pour atteindre 6,1 millions d'euros.

Concernant les bénéficiaires hors panier 100 % santé, leur nombre augmente, très légèrement, pour la première fois depuis 2021 (+ 1,3 % en 2024). Les remboursements suivent une dynamique similaire, avec une diminution de 2 % en 2022, de 3 % en 2023, et une hausse de 1 % en 2024 pour atteindre 15,5 millions d'euros (**Graphique 48**).

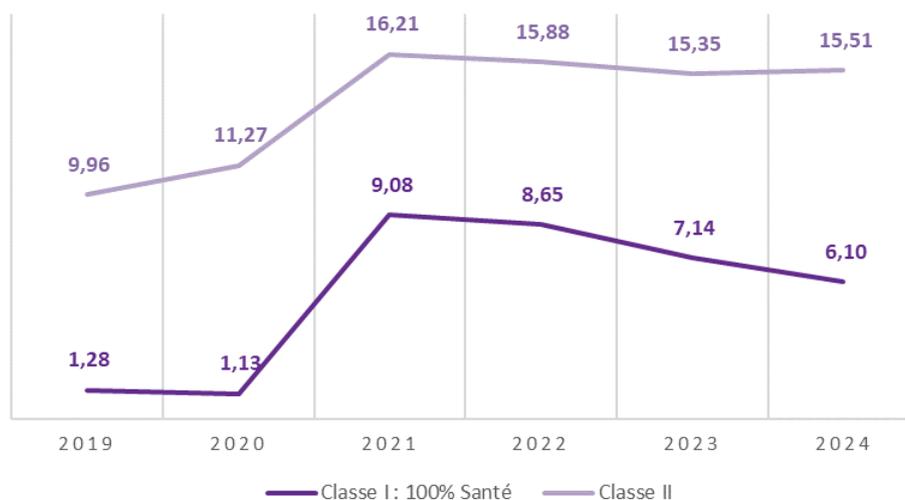
Tableau 39 :

Volumes et montants (en millions d'euros) des remboursements des classes I et II au régime agricole entre 2019 et 2024

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
CLASSE I : RESTE A CHARGE ZERO						
Nombre de bénéficiaires	3 851	2 882	18 677	17 517	14 417	12 367
Nombre d'audioprothèses remboursées	6 506	5 014	35 426	33 610	27 764	23 753
Montant total de la dépense facturée	7,00	4,71	33,41	31,66	26,15	22,38
Montant total des remboursements	1,28	1,13	9,08	8,65	7,14	6,10
CLASSE II : AVEC RESTE A CHARGE						
Nombre de bénéficiaires	28 136	26 501	32 598	31 356	30 218	30 602
Nombre d'audioprothèses remboursées	49 432	48 620	61 761	59 896	58 070	58 730
Montant total de la dépense facturée	77,80	75,14	92,84	90,07	88,44	90,52
Montant total des remboursements	9,96	11,27	16,21	15,88	15,35	15,51

Source : MSA

Graphique 48 :
Evolution du montant remboursé des audioprothèses par la MSA entre 2019 et 2024 (en millions d'euros)



Source : MSA

La réalisation des entretiens de suivi

La prise en charge des aides auditives inclut la réalisation d'une prestation de suivi par l'audioprothésiste, ayant pour objectif l'amélioration continue des réglages de l'aide auditive et l'optimisation de l'observance. La fréquence minimale recommandée du suivi est biannuelle, après la première année. Les prestations de suivi sont enregistrées via télétransmission (code LPP : 2305927).

Entre janvier 2019 et fin décembre 2024, 230 831 assurés distincts ont été appareillés (Classes 1 et 2 confondues) ; dont 43 % ont réalisé un entretien de suivi post-appareillage.

Depuis 2019, le nombre d'assurés réalisant un suivi augmente considérablement : il passe de 592 assurés en 2019 à près de 99 000 assurés pour plus de 168 000 entretiens de suivi en 2024, soit une moyenne de 1,7 entretien par an par assuré (**Tableau 40**). Cette moyenne augmente chaque année depuis 2021.

Tableau 40 :
Volumétrie des entretiens de suivi post-appareillage au régime agricole entre 2019 et 2024

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre d'assurés	592	1 167	23 888	51 152	90 852	98 807
Nombre d'entretiens	870	1 700	32 429	78 589	152 613	168 371
Nombre moyen d'entretien par assuré	1,47	1,46	1,36	1,54	1,68	1,70

Source : MSA

Concernant uniquement les suivis réalisés un an après l'appareillage, on observe bien une augmentation. Alors que seuls 16 % des appareillés en 2020 avaient réalisé leur entretien de suivi au cours de l'année consécutive à leur équipement, ce taux atteint 49 % pour les appareillés de 2022 et 52 % pour ceux de 2023.

3.5.2.2. Pertinence et qualité des actes et des parcours de soins

a. Pertinence et qualité des actes

Dans le cadre de la pertinence et la qualité des actes, la MSA propose :

- de contrôler les facturations des laboratoires de biologie médicale et de sensibiliser les laboratoires aux bonnes pratiques de facturation des actes inscrits à la NABM,
- d'accompagner les praticiens réalisant des actes bucco-dentaires dans l'application des bonnes pratiques,
- de poursuivre sa stratégie de gestion des demandes d'accord préalable.

a.1. Dépenses d'actes de biologie médicale au régime agricole

Contexte

Le secteur de la biologie médicale en France se répartit principalement entre laboratoires indépendants installés en ville et laboratoires hospitaliers intégrés dans des établissements de soins.

Les actes de biologie médicale réalisés en soins de ville correspondent aux actes facturés par les laboratoires privés d'analyses de biologie médicale aussi bien pour leur activité en ambulatoire qu'en établissement de santé privé.

Pour le régime agricole, les montants remboursables des actes s'élevaient à 274,6 millions d'euros en 2022, en baisse de 12,6 % par rapport à 2021.

Les actes de biologie médicale remboursés par le régime agricole en 2022 sont de 217,4 M€.

En moyenne, un assuré du régime agricole consomme 17 actes de biologie par an, bénéficie d'un remboursement de 72,5 euros par l'assurance maladie, ce qui correspond à un taux de remboursement moyen de 84,5 %.

Respect des conditions de facturation du forfait de prise en charge pré-analytique (acte 9005)

Le forfait de prise en charge pré-analytique du patient comprend :

- Le recueil des données administratives du patient,
- Le recueil des renseignements nécessaires à la bonne exécution des analyses,
- La vérification de la conformité des échantillons biologiques.

Ce forfait s'applique uniquement au laboratoire qui prend en charge le patient. Il ne peut être facturé qu'un seul forfait par patient et par jour, quel que soit le nombre de prescripteurs, de prescriptions, d'échantillons biologiques et de laboratoires exécutants.

Pour la période de janvier 2022 à juin 2024 en date de soins, 0,2 % des facturations présentées au remboursement du régime agricole présentent plusieurs facturations du code acte 9005 pour une même date de soins (**Tableau 41**).

Tableau 41 :
Répartition du nombre de situations selon le nombre de dates de soins identiques pour le code acte 9005 et un bénéficiaire donné

Nombre de dates de soins identiques pour le code acte 9005 et un bénéficiaire donné	Nombre de situations	%
1	15 189 672	99,8 %
2	36 641	0,2 %
3	484	0,0 %
4	20	0,0 %
5	4	0,0 %
6	1	0,0 %
7	3	0,0 %
8	1	0,0 %
9	1	0,0 %
10	1	0,0 %
11	1	0,0 %
Total	15 226 829	100,0 %

Source : MSA

Proposition 13 : Contrôler les facturations des laboratoires de biologie médicale

Dans ce contexte, il est proposé de mettre en place une action de contrôle a posteriori visant à s'assurer de la justification administrative de la facturation des codes actes 9005 au tableau de la Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) et à sensibiliser les laboratoires aux bonnes pratiques de facturation des actes inscrits à la NABM.

En fonction de l'importance du cumul irrégulier observé, l'action s'orientera vers la gestion du risque ou vers la lutte contre la fraude, les facturations injustifiées donneront systématiquement lieu à une récupération d'indus et un courrier de mise en garde sera adressé.

a.2. Respect des conditions de facturation du supplément d'acte YYYY614

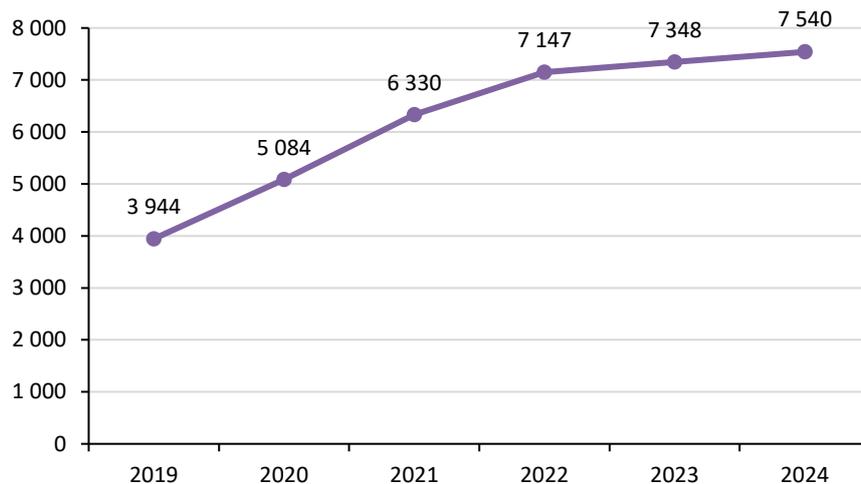
En 2018, la convention dentaire⁴³ a introduit dans son article 13 de nouveaux actes CCAM dont le supplément d'acte YYYY614 pour soins chirurgicaux dentaires pour un patient en ALD et traité par anticoagulants oraux directs (AOD) ou par antivitamine K (AVK). La codification YYYY614 doit obligatoirement accompagner un code d'acte chirurgical figurant sur la liste dédiée, et n'est facturable que pour un assuré bénéficiant d'une ALD, et une seule fois par séance.

De 2019 à 2021, la quantité d'actes YYYY614 remboursés par la MSA est en forte croissance, passant de 3 900 actes à plus de 6 300 actes. Sur cette période, l'évolution annuelle moyenne est de 27 %, ce qui correspond à la montée en charge observée habituellement lors de la création d'un nouvel acte. A partir de 2022 jusqu'en 2024, il y a un ralentissement de la croissance du nombre d'actes remboursés avec une évolution annuelle moyenne de 3 %.

Au total, de 2019 à 2024, 37 400 suppléments d'acte YYYY614 ont été remboursés par la MSA pour un montant de 585 000 euros (**Graphique 49**).

⁴³ Parue au JO du 25/08/2018.

Graphique 49 :
Evolution du nombre de suppléments d'acte YYYY614 remboursés au régime agricole



Source : SNDS-exploitation MSA

Compte tenu de l'importante évolution des remboursements de ce supplément d'acte, la MSA avait décidé d'inscrire à son plan national de gestion du risque maladie 2023 une nouvelle action consistant à vérifier le respect de la réglementation par les chirurgiens-dentistes lors de la facturation du supplément d'acte YYYY614.

Cette action d'accompagnement ne prévoyait pas de récupération d'indus, l'objectif étant d'informer les professionnels de santé des anomalies détectées et de procéder à un rappel de la réglementation, de façon à obtenir une modification de leur pratique, et leur notifier pour information le montant des actes en anomalie.

Plus de 3 300 praticiens ont été étudiés⁴⁴ par les caisses de MSA lors de l'action menée en 2023. Parmi eux, 28 % ont fait l'objet d'une détection d'anomalie et ont donc reçu un courrier de rappel réglementaire de la part des services du contrôle dentaire. Ces détections concernent plus de 1 200 assurés agricoles (soit un quart des assurés pour lesquels cet acte a été facturé) et près de 1 500 suppléments d'acte YYYY614. Le montant total de ces anomalies constatées s'élève à plus de 23 000 euros.

Cette action avait été bien accueillie par les professionnels de santé, et leur a permis de compléter leurs connaissances des classes pharmacologiques de certains médicaments (anticoagulants), ainsi que de mieux appréhender les conditions d'attribution du supplément YYYY614.

Cette action d'accompagnement du respect des conditions de facturation du supplément d'acte YYYY614 sera reconduite au sein du plan national de gestion du risque maladie 2026.

⁴⁴ Sur les remboursements de soins du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022.

a.3. Contrôle des demandes d'accord préalable à fort enjeu

Pour 2026, la MSA poursuivra, dans le cadre de son plan national de contrôle médical et de sa stratégie de gestion des demandes d'accord préalable, le contrôle des demandes d'accord préalable (DAP) à fort enjeu (coût au regard de la prise en charge par l'assurance maladie, pratiques observées chez les professionnels de santé,...) suivantes :

- assistance respiratoire,
- traitements d'orthopédie dento-faciale (ODF),
- grand appareillage orthopédique,
- actes inscrits à la CCAM,
- médicaments.

Cette stratégie s'appuie également sur l'automatisation des contrôles des feuilles de soins vis-à-vis des décisions médicales prises sur les demandes d'accord préalable au sein du système de tarification @tom (rapprochement avec les avis rendus par les contrôles médicaux et notification d'indus le cas échéant).

La mise en œuvre de ces actions de contrôle contribue au plan national de gestion du risque de la MSA, dont le bilan 2024 est présenté en **Annexe 4**.

Le contrôle des DAP à fort enjeu a conduit les contrôles médicaux à examiner plus de 86 700 demandes en 2024 contre 80 300 en 2023. Le taux de refus moyen est de 10 % (**Tableau 42**).

Tableau 42 :
Nombre de demandes d'accord préalable à fort enjeux et nature des avis rendus en 2024

	Accords		Refus médical		Refus administratif		Refus partiel		Total Refus	
DAP cat.1 relatifs aux produits de santé										
Assistance respiratoire	18 407	83 %	186	1 %	2 678	12 %	1 011	5 %	3 875	17 %
Grand Appareillage	16 685	89 %	64	0 %	1 492	8 %	482	3 %	2 038	11 %
Médicaments	1 734	97 %	14	1 %	38	2 %		0 %	52	3 %
DAP cat.1 relatifs aux actes médicaux										
Dentaire (ODF)	35 223	95 %	116	0 %	1 902	5 %		0 %	2 018	5 %
Soins (CCAM)	6 372	95 %	54	1 %	285	4 %	30	0 %	369	5 %
	78 421	90 %	420	0,5 %	6 357	7 %	1 523	2 %	8 300	10 %

Source : MSA

Au total, le contrôle des DAP de catégorie 1, aura permis d'économiser 5 353 101 € en 2024 ; économie à laquelle peuvent être ajoutées les dépenses évitées grâce au contrôle des DAP de catégorie 2 (219 574 €), soit une dépense évitée globale de 5 572 675 € (**Annexe 4**).

b. Pertinence des parcours de soins

b.1. Le parcours de soins des insuffisants cardiaques

Le parcours de soins

L'amélioration du parcours de soins des patients atteints d'insuffisance cardiaque (IC) constitue une priorité partagée entre les régimes d'assurance maladie. Cette pathologie touche particulièrement la population agricole, plus âgée, avec des taux de ré-hospitalisation et de mortalité supérieurs à la moyenne nationale.

L'outil de diagnostic territorial de l'insuffisance cardiaque développé par l'Assurance Maladie a été appliqué aux données nationales et régionales du régime agricole.

Les assurés du régime agricole en insuffisance cardiaque (aiguë ou chronique) au nombre de 89 717 en 2020 représentent 14,5 % des patients en IC tous régimes alors que le régime agricole ne représente que 4,5 % des patients tous régimes. Parmi ces 89 717 patients, 74 % sont des non-salariés agricoles et 26 % des salariés agricoles. Cette population est âgée en moyenne de 84 ans et est composée de 52 % de femmes (**Encadré 14**).

Parmi les assurés agricoles affectés par cette pathologie, 13 % ont été hospitalisés au moins une fois pour insuffisance cardiaque au cours des deux années suivantes (2021 ou 2022) (16,4 % pour les patients tous régimes). Il s'agit de personnes très âgées (âge moyen de 85 ans contre 79 ans pour les patients tous régimes) et à majorité de femmes (51 % contre 49 % pour les patients tous régimes).

Durant cette période de deux ans, il s'avère que les patients en IC du régime agricole ont eu un faible recours au cardiologue : 49 % d'entre eux n'y ont pas eu recours (23 % ont eu 1 contact, 19 % ont eu 2 ou 3 contacts et 9 % ont eu 4 contacts et plus).

Les taux de réhospitalisation pour IC sont légèrement plus élevés pour les patients du régime agricole :

- 7,6 % à 30 jours au régime agricole contre 7,4 % pour les patients tous régimes,
- 18,7 % à 3 mois au régime agricole contre 17,6 % pour les patients tous régimes,
- 27,5 % à 6 mois au régime agricole contre 26,1 % pour les patients tous régimes.

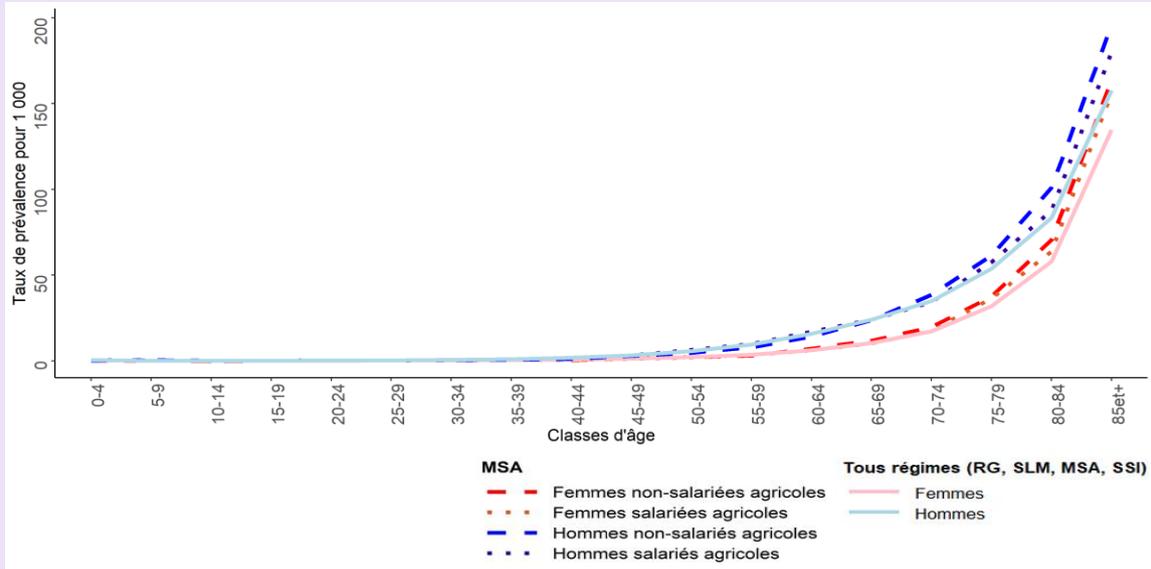
Enfin, le taux de mortalité global à fin 2022 s'établit à 28,6 % pour les patients en IC du régime agricole contre 24,2 % pour les patients en IC tous régimes.

Ces données sont à mettre en relief avec les résultats issus d'une étude de la Drees⁴⁵ parue en avril 2023 s'intitulant « *Les hospitalisations potentiellement évitables touchent davantage les ouvriers et les agriculteurs* ». Cette étude montre que 51 % des hospitalisations potentiellement évitables ont pour motif une insuffisance cardiaque en 2017. Elle montre aussi que la probabilité d'être hospitalisé de manière évitable dépend de la catégorie socioprofessionnelle, à caractéristiques données. Ainsi, par rapport aux employés, les agriculteurs exploitants âgés de 65 à 85 ans ont un risque plus élevé de 38 % d'être hospitalisés de manière évitable.

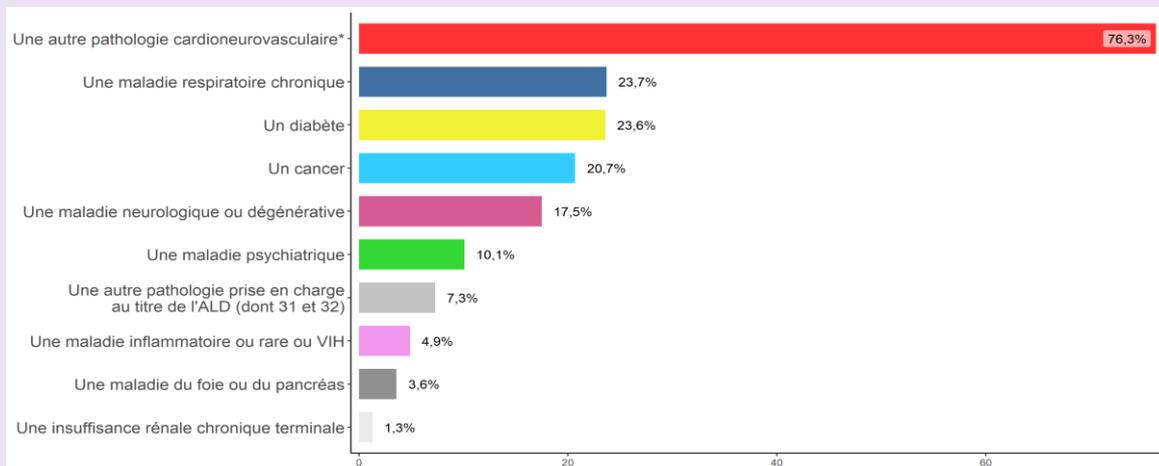
⁴⁵ A. Bergonzoni et al., Les hospitalisations potentiellement évitables touchent davantage les ouvriers et les agriculteurs, Drees, Etudes et Résultats, avril 2023, n°1262.

Encadré 14 :**Les caractéristiques des patients en insuffisance cardiaque (IC) au régime agricole en 2020**

A partir de 65 ans, le taux de prévalence en insuffisance cardiaque est plus élevé au régime agricole, que ce soit pour les hommes ou les femmes, que dans la population tous régimes (Graphique 50).

Graphique 50 :**Taux de prévalence en IC (pour 1 000) par âge, par sexe et par régime en 2020**

92,5 % des assurés agricoles pris en charge pour insuffisance cardiaque sont atteints principalement d'au moins une de ces pathologies (**Graphique 51**) : une autre pathologie cardiovasculaire, une maladie respiratoire chronique, un diabète, un cancer.

Graphique 51 :**Part des assurés agricoles pris en charge pour la pathologie IC et affectés par une autre pathologie en 2020**

Note: une personne peut être atteinte par plusieurs pathologies (prévalences non sommables)

Source : SNDS

*dont :

- 53,8 % pour Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque ;
- 27,1 % pour Maladie coronaire chronique ;
- 18,1 % pour Maladie valvulaire ;
- 9,8 % pour Séquelle d'accident vasculaire cérébral ;
- 9,7 % pour Artériopathie oblitérante du membre inférieur ;
- 6,4 % pour Autres affections cardiovasculaires ;
- 2,6 % pour Syndrome coronaire aigu ;
- 1,9 % pour Accident vasculaire cérébral aigu ;
- 0,7 % pour Embolie pulmonaire aiguë.

Les actions proposées dans le cadre du parcours insuffisance cardiaque (PIC) sont :

1. Participer activement à la coordination territoriale
 - a. Poursuivre la participation de la MSA aux comités de pilotage régionaux PIC et aux groupes de travail IC de l'Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS)
 - b. Contribuer aux partenariats avec les CPTS, MSP et établissements hospitaliers dans le cadre des actions inter-régimes
 - c. Mobiliser les caisses de MSA pour relayer et adapter les actions communes sur le parcours IC dans les territoires ruraux

2. Contribuer aux actions de prévention et d'éducation thérapeutique
 - a. Poursuivre le déploiement du programme d'Éducation Thérapeutique du Patient Polypathologique (ET3P) en coordination avec les autres acteurs de santé par le conventionnement entre les caisses de MSA, des MSP-SISA ou des centres de santé pluriprofessionnels
 - b. Former des équipes éducatives à l'ET3P en MSP ou en centre de santé pluriprofessionnel
 - c. Poursuivre la rémunération forfaitaire à l'équipe pluriprofessionnelle dans le cadre de ce programme

Perspectives d'extension : une approche globale des facteurs de risque cardiovasculaire

La MSA propose d'étendre sa contribution aux actions du parcours maladies cardiovasculaires et associées (MCVA) porté par la Cnam.

En s'inscrivant pleinement dans cette dynamique de coopération inter-régime, la MSA souhaite contribuer efficacement à une approche préventive globale des pathologies cardiovasculaires, en agissant en amont sur les facteurs de risque modifiables, particulièrement auprès des populations agricoles les plus exposées ou éloignées du système de soins.

Proposition 14 :

Améliorer les parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques : l'exemple du parcours insuffisance cardiaque et perspectives d'extension

Analyse des densités de cardiologues libéraux par territoire de vie en 2023

Après un déficit constaté ces dernières années, la profession de cardiologue a enregistré en 2023 un nombre d'entrants légèrement supérieur à celui des sortants grâce notamment à l'apport des médecins à diplôme étranger et à la présence de cardiologues retraités actifs recensés par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (Cnom) en 2021.

La cardiologie devrait revenir à la densité médicale qu'elle a connue dans les années 2000 aux alentours de 2035. Toutefois, la croissance des effectifs ne suffira pas à répondre aux besoins de soins en cardiologie qui devraient s'accroître de 3 % par an avec le vieillissement de la population⁴⁶.

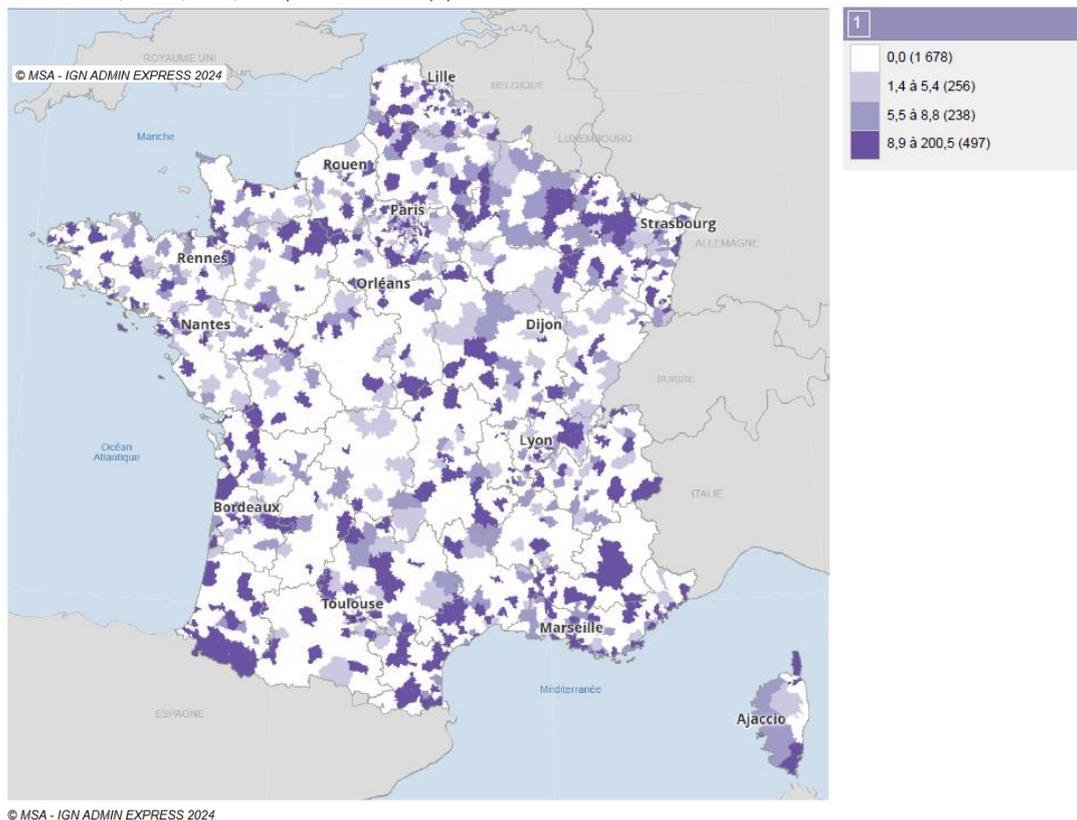
En 2023, la densité moyenne de cardiologues libéraux est de 8,9 pour 100 000 habitants en France entière⁴⁷.

Le retour à la hausse des effectifs ne doit cependant pas cacher l'hétérogénéité géographique de la densité de la spécialité (**Carte 12**). En effet, les cardiologues libéraux sont très inégalement répartis sur le territoire avec davantage de praticiens sur le territoire de vie de Bayonne (densité de 151/100 000 habitants), Neuilly-sur-Seine (117/100 000) ou Massy (111/100 000) que sur le territoire d'Orléans (6/100 000), d'Angers (5/100 000) ou encore d'Argenteuil (3/100 000).

Carte 12 :
Densité de cardiologues libéraux par territoire de vie en 2023

1 Densité de cardiologues libéraux en 2023

Source : RPPS ; ADELI ; Insee, Base permanente des équipements 2023 et RP



⁴⁶ Démographie des cardiologues : quelles perspectives ?, Medscape, 4 février 2025.

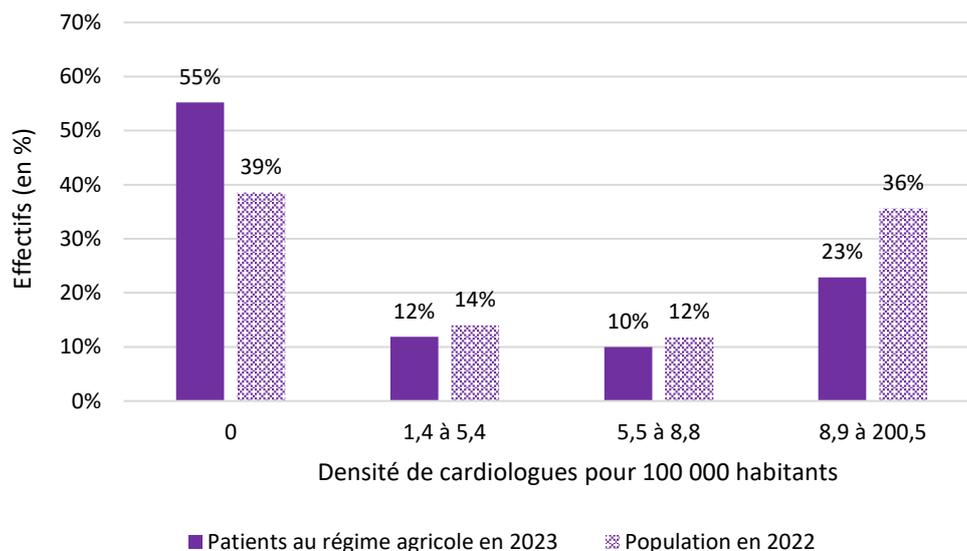
⁴⁷ Sources : RPPS (Répertoire partagé des professionnels de santé) ; ADELI (Automatisation des listes) ; Insee, Base permanente des équipements 2023 et RP. La densité est le rapport entre le nombre de cardiologues libéraux recensés et le nombre d'habitants sur un territoire donné (au dernier recensement). Elle est exprimée pour 100 000 habitants estimés par l'Insee au 1^{er} janvier 2022.

Le **graphique 52** présente la répartition des effectifs de la population du régime agricole (représentée par ses patients) et de la population française en fonction des différentes classes de densité de cardiologues libéraux.

En 2023, la part de patients du régime agricole situés dans des territoires de vie caractérisés par l'absence de cardiologues libéraux s'élève à 55 % contre 39 % pour la population française. A l'inverse, seulement 23 % des patients du régime agricole, contre 36 % pour la population française, résident dans des territoires de vie dont la densité de cardiologues libéraux se situe dans la moyenne ou est élevée (au sens de bien supérieure à la moyenne).

Graphique 52 :

Densité de cardiologues libéraux en 2023 et répartition des patients du régime agricole versus population française



Sources : Insee, MSA

* Population française 2022 (source : Insee RP)

La population vivant avec une maladie cardiovasculaire augmente avec le vieillissement de la population et la meilleure survie des personnes atteintes. L'avancée en âge, surtout après 35 ans, contribue au risque de maladie cardiovasculaire⁴⁸.

Si l'on croise la densité de cardiologues libéraux à la population agricole de 45 ans et plus en affection cardiovasculaire de longue durée, on constate qu'un grand nombre de territoires de vie regroupant un volume élevé de patients en ALD cardiovasculaire présente des densités médicales très faibles (**Carte 13**).

Les territoires de vie ne comptant pas de cardiologues libéraux regroupent 59 % des patients âgés de 45 ans et plus en ALD cardiovasculaire au régime agricole en 2023.

La proportion de patients âgés de 45 ans et plus en ALD cardiovasculaire situés dans un territoire de vie ayant une densité de cardiologues libéraux inférieure à la moyenne nationale (8,9/100 000) s'élève à 80 %.

A titre d'exemple, les territoires de vie d'Aurillac (Cantal), Loudéac (Côtes-d'Armor), Lézignan-Corbières (Aude), Vire (Calvados), Castelsarrasin (Tarn-et-Garonne) et La Roche-sur-Yon (Vendée) se caractérisent par une densité très faible voire l'absence de cardiologues libéraux (de 0 à 6 pour 100 000 habitants) avec près de 4 200 patients âgés de 45 ans et plus en ALD cardiovasculaire.

⁴⁸ Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles, Maladies cardiovasculaires, mise à jour le 9 octobre 2024, <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires-et-avc/article/maladies-cardiovasculaires>

Carte 13 :

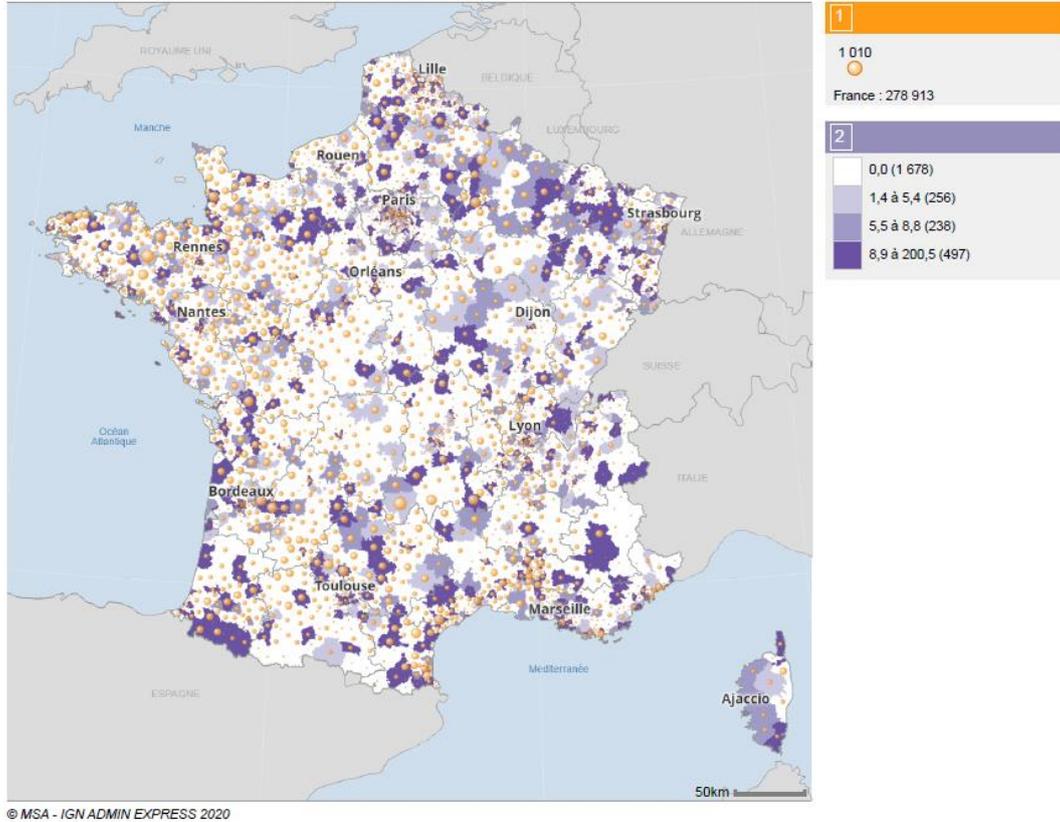
Densité de cardiologues libéraux par territoire de vie et répartition des patients du régime agricole âgés de 45 ans et plus en ALD cardiovasculaire en 2023

1 Effectifs de patients âgés de 45 ans et plus en ALD cardiovasculaire au régime agricole, 2023

Source : CCMSA-PATO (CMCD)

2 Densité de cardiologues libéraux en 2023

Source : RPPS ; ADELI ; Insee, Base permanente des équipements 2023 et RP



En conclusion, les résultats de cette étude montrent :

- que les patients du régime agricole sont davantage exposés à une densité nulle ou très faible de cardiologues libéraux comparativement à la population française ;
- qu'un certain nombre de territoires de vie regroupant un effectif élevé de patients du régime agricole en affection cardiovasculaire de longue durée présente des densités de cardiologues libéraux très faibles voire nulles.

b.2. Délégation de tâches aux auxiliaires médicaux du service du contrôle médical des caisses de MSA

Cette mesure, portée initialement par la MSA, n'a pas été retenue dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2025. Elle est repositionnée pour examen dans le cadre du PLFSS 2026.

La MSA est confrontée à une pyramide des âges des médecins-conseils et des chirurgiens-dentistes conseils défavorable avec des recrutements de nouveaux praticiens réduits par la démographie médicale. Cette situation fragilise le fonctionnement des services du contrôle médical et serait susceptible de nuire à la qualité du service rendu aux assurés.

L'évaluation de l'expérimentation en MSA du métier d'infirmier au sein du service du contrôle médical, sur la période de septembre 2019 à septembre 2020, a démontré l'intérêt de la création de ce nouveau métier dans un contexte de forte tension sur les ressources de médecins-conseils. Ces résultats vont dans le sens d'un déploiement progressif de ce métier et d'une délégation de tâches des praticiens-conseils aux infirmiers.

Dans le cadre du Plan National du Contrôle Médical, qui vise une harmonisation, rationalisation et sécurisation des processus, une revue de l'ensemble des processus métier a été réalisée en 2022 afin de définir les tâches pouvant être confiées aux infirmiers du service du contrôle médical (55 procédures). Ainsi, il a été défini des tâches usuellement réalisées par les collaborateurs administratifs ou les praticiens-conseils des services du contrôle médical pouvant être confiées aux infirmiers (sous réserve de formation et de supervision d'un médecin-conseil), à l'exclusion de tout avis conduisant à un refus de demande ou de prolongation de prestations ainsi que des examens cliniques.

Dans ce cadre, des protocoles écrits sont déjà mis en place en conformité aux champs de compétences et missions prévues par les textes en vigueur.

L'article 63 de la LFSS pour 2024 a ouvert la possibilité aux praticiens-conseils du régime général de déléguer certains actes et activités au personnel du contrôle médical disposant de la qualification nécessaire, et plus particulièrement aux auxiliaires médicaux.

La mesure portée dans le cadre du PLFSS 2026 propose d'étendre cette disposition aux praticiens-conseils du régime agricole et ainsi mettre en place une délégation de compétences des praticiens-conseils envers les auxiliaires médicaux dont les infirmiers.

Les activités qui pourraient être déléguées sont centrées sur l'expertise médico-sociale individuelle dans le cadre de la gestion du parcours de soins et/ou d'arrêt de travail des assurés. D'autres missions peuvent être affectées aux infirmiers par le médecin-conseil chef de service, en fonction de l'organisation propre de chaque service du contrôle médical des caisses de MSA : gestion du risque, prévention, organisation des soins.

L'extension de la délégation aux régimes agricoles auprès des auxiliaires médicaux (infirmiers des services du contrôle médical - ISCM) des services du contrôle médical, permettra d'optimiser les ressources médicales existantes et de renforcer l'efficacité du système. En libérant du temps pour les praticiens-conseils et en accélérant le traitement des dossiers, cette mesure contribue également à une meilleure maîtrise des dépenses de santé et à la réduction des coûts évitables. Elle s'inscrit pleinement dans les objectifs de la LFSS en améliorant l'efficacité des dispositifs de contrôle, de prévention et d'accompagnement des assurés.

Etendre la délégation aux régimes agricoles est une nécessité pour une meilleure efficacité. Cette extension permettra d'améliorer l'efficacité du système et de garantir un meilleur service aux assurés.

Dans ce cadre, l'auxiliaire médical du service du contrôle médical aura pour mission d'optimiser la ressource médicale actuelle, de renforcer la capacité d'action du service du contrôle médical, de faciliter l'évolution du métier de médecin-conseil et de contribuer à la gestion des assurés à risque de perte d'emploi en lien avec l'action sanitaire et sociale, et la santé sécurité au travail. Il pourra également gérer sans intervention de praticien-conseil les avis sur prestations individuelles.

Cette évolution permettrait le déploiement significatif de nouvelles actions de gestion du risque maladie ainsi qu'un renforcement des contrôles dans le cadre du plan national du contrôle médical. A titre d'exemples, la délégation de certaines tâches aux auxiliaires médicaux permettrait d'étendre la typologie des Demandes

d'accord préalable contrôlées, augmentant ainsi le volume des dépenses évitées. Celles-ci sont estimées à 5,5 millions d'euros en 2024.

L'auxiliaire médical du service du contrôle médical travaillera en étroite collaboration avec les médecins-conseils. Son activité s'inscrit dans une logique de complémentarité et d'appui technique.

L'objectif est d'améliorer l'efficacité du système et particulièrement la maîtrise des dépenses de santé et de contribuer aux missions des caisses sur les volets prévention et organisation des soins.

Proposition 15 :

Instaurer une délégation de compétences des praticiens-conseils envers les auxiliaires médicaux afin de renforcer l'efficacité du service du contrôle médical des caisses de MSA

3.5.2.3. Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêt de travail

a. Action indemnités journalières Grands comptes

Cette action de gestion du risque a été proposée dans le rapport Charges et Produits MSA 2025 et s'inscrit dans une offre de service à destination des entreprises employeurs d'au moins 50 salariés affiliés au régime agricole. Son déploiement est prévu en 2 étapes.

La première étape de l'action⁴⁹ pour 2025 se traduira par un webinaire d'information et de communication à destination des entreprises à partir du mois de juin 2025. Ce webinaire sera animé par le médecin-conseil chef ou un praticien-conseil du service du contrôle médical, en lien avec le référent entreprise de chaque caisse. L'objectif du webinaire est de sensibiliser les entreprises sur la cartographie nationale des arrêts de travail (nature, nombre, fréquence, durée, filières...) de leurs salariés, sur la période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2023.

En effet, sur cette période, 55 601 salariés employés d'entreprises d'au moins 50 salariés ont bénéficié d'au moins un arrêt de travail, maladie ou accident du travail/maladie professionnelle ; ce qui représente 75 973 arrêts de travail pour 128,4 millions d'euros indemnisés par la MSA.

En 2026, la deuxième étape de l'action se traduira par un accompagnement personnalisé des grandes entreprises les plus en atypie (sur la base de l'indice de fréquence qui se calcule en rapportant le nombre d'arrêts au nombre de salariés) sur le périmètre géographique de chaque caisse de MSA.

Des éléments de bilan sur les différentes propositions du rapport Charges et Produits MSA 2025 pour cette action sont disponibles en **Annexe 1**.

b. L'approche globale de la prévention de la désinsertion professionnelle et du maintien en emploi en MSA

Le vieillissement de la population active, l'allongement des carrières et l'augmentation des maladies chroniques font de la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) et du maintien en emploi (MEE) un enjeu majeur des politiques publiques. Les facteurs de risque étant multiples, la PDP et le MEE nécessitent d'accompagner les individus concernés en pluridisciplinarité.

Cette problématique se situe au croisement de multiples champs de l'action publique, en mobilisant non seulement des mesures spécifiques en faveur de l'emploi des personnes en situation de handicap, mais aussi des dispositifs relevant des politiques du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle, de la santé et de la protection sociale.

Fort de cette pluridisciplinarité, la MSA poursuit ses engagements pour accompagner les actifs agricoles en fragilité ou en situation de handicap de manière à proposer une action coordonnée entre les différents services des caisses de MSA et les partenaires externes, acteurs de la remobilisation professionnelle.

La Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) 2021-2025 qui vise à garantir un socle de qualité, performant et homogène sur tous les territoires, ambitionnait d'adapter la relation de service par une approche personnalisée des situations de PDP-MEE accompagnées par les caisses de MSA. Elle posait pour cela un indicateur de PDP : + 2,5 % par an du nombre d'assurés en arrêt bénéficiant d'un parcours d'accompagnement individualisé au maintien en emploi. Le nombre d'assurés concernés par l'indicateur COG PDP a été de :

- 17 851 en 2022,
- 24 326 en 2023 (taux d'évolution 2023/2022 de 36,3 %),
- 23 939 en 2024 (taux d'évolution 2024/2022 de 34,1 %).

⁴⁹ Renforcer l'offre de service auprès des grands comptes (entreprises de plus de 50 salariés agricoles) avec une sensibilisation par la diffusion d'une cartographie nationale des arrêts de travail pour maladie et accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) associée à une information générale sur la réglementation des arrêts de travail ainsi que sur la prévention.

Dès 2022, la MSA propose un nouveau parcours d'accompagnement qui engage l'ensemble des services du guichet unique, principalement la Santé-Sécurité au Travail (SST), l'Action Sanitaire et Sociale (ASS) et le Contrôle Médical (CM), dans une nouvelle approche de prévention.

Il s'agit de renforcer le travail en pluridisciplinarité déjà existant par la création d'une Cellule Pluridisciplinaire Opérationnelle (CPO). L'objectif de cette cellule est notamment d'analyser de manière concertée les situations individuelles exposées au risque de désinsertion professionnelle les plus complexes⁵⁰.

Les caractéristiques des 1 934 assurés qui ont été présentés en CPO en 2023 :

- Homme : 86 %
- CAP/BEP : 48 %
- Agé de 41 à 55 ans : 90 %
- Salarié : 63 %
- En CDI : 75 %
- Secteur maraichage-horticulture : 33 %
- En arrêt maladie : 51 %
- De plus de 3 mois : 89 %

Un groupe de travail PDP lancé en 2024 a permis :

- de consolider des procédures communes aux trois services,
- de définir l'offre de services PDP en MSA,
- d'adapter la grille d'évaluation des situations,
- de définir en commun la codification de l'activité PDP,
- d'identifier des partenaires opportuns avec qui conventionner et réaliser des actions en commun,
- d'identifier les besoins pour la création d'un espace numérique.

Par ailleurs, des travaux consistant à développer les trois outils métier (@toutprév, DOSOC -DOSSier SOCIAL-, AIL CPME -Applicatif Informatique Local Cellules Pluridisciplinaire Maintien en Emploi-) ont été lancés afin de permettre une traçabilité coordonnée entre les différents services du guichet unique et d'éviter les doubles saisies.

Une collaboration renforcée s'est mise en place en Caisse centrale par la tenue de Cotech mensuel et Copil PDP-MEE bimensuel afin de piloter le dispositif et de répondre aux exigences de la certification SST.

Pour 2025, les caisses de MSA ont exprimé les besoins suivants :

- l'évolution des outils de reporting et la complétude d'un bilan d'activité annuel automatisé,
- un guide de codification et des formations à l'outil AIL CPME,
- la mise à disposition d'une documentation professionnelle : formulaires, procédures,...
- le renforcement des actions de prévention et pro-actives, notamment en direction des non-salariés agricoles,
- une formation PDP pour les collaborateurs du réseau.

Les perspectives 2026-2030 de la PDP et du maintien en emploi peuvent d'ores et déjà mentionner les éléments ci-après.

Les publics accompagnés en pluridisciplinarité (ASS, CM, SST) par les caisses de MSA dans le cadre de la PDP et le maintien en emploi seront les salariés ou non-salariés agricoles en situation de handicap, maladie ou accident, étant en risque de désinsertion professionnelle, du fait de leur état de santé.

La situation du bénéficiaire étant dans une situation complexe, du fait d'un point de blocage identifié par l'un des acteurs, nécessitera un renforcement de cet accompagnement pluridisciplinaire, impliquant la mise en place d'un plan d'action concerté. La Cellule Pluridisciplinaire Opérationnelle (CPO), qui est l'instance qui se réunit lorsque la situation du bénéficiaire est considérée comme complexe (classifiée en T3 dans la grille

⁵⁰ Les situations complexes correspondent à des situations où l'un des acteurs identifie un point de blocage dans l'accompagnement de la PDP et lorsqu'un besoin de définir un plan d'action concerté est nécessaire.

d'analyse (**Tableau 43**) réunira différents acteurs de la caisse de MSA dont les services ASS, SST et CM. L'assuré pourra également, sur demande, y assister de même que les partenaires externes de la remobilisation, tel Cap emploi.

Tableau 43 :
Grille d'analyse des situations individuelles et risque de désinsertion professionnelle

Niveau de risque	Approche d'intervention
T0	<p>Action de prévention primaire ciblée</p> <p>Approche collective d'information et de sensibilisation sur les risques liés à la désinsertion professionnelle, auprès d'une population ou d'un secteur d'activité ciblé (<i>réunions, communication, appels pro-actifs, actions en entreprise...</i>)</p> <p>→ Saisie @toutprév, DOSOC</p>
T1	<p>Premiers signaux (individuels) d'alerte :</p> <p>Entretiens ponctuels d'information, conseil et/ou orientation (dont visite de pré-reprise, mi-carrière) à visée de PDP</p> <p>→ Hors CPO → Saisie @toutprév, DOSOC</p>
T2	<p>Risque avéré de désinsertion professionnelle :</p> <p>Mesures d'accompagnement PDP et de maintien en emploi (dont aménagement de poste, reclassement) non complexe, pouvant être pluridisciplinaire mais ne nécessitant pas de passage en CPO</p> <p>→ Hors CPO → Saisie @toutprév, DOSOC</p>
T3	<p>Accompagnement concerté : Cellule pluridisciplinaire opérationnelle (CPO) :</p> <p>La situation complexe du bénéficiaire (SA/NSA) nécessite l'élaboration d'un plan d'action concerté entre les collaborateurs des services SST, ASS et CM dans le cadre de la CPO avec une codification dans l'AIL CPME</p> <p>→ CPO → Saisie AIL CPME (+ @toutprév)</p>

L'objectif de la CPO sera :

- d'étudier des situations complexes nécessitant une coordination des différents intervenants,
- de favoriser le maintien en emploi et le travail en concertation en proposant des actions de sensibilisation et de remobilisation,
- d'établir un plan d'action concerté pour les situations présentées et proposer des mesures individuelles de remobilisation (adaptation du poste de travail, actions de remobilisation,...).

La valorisation de l'activité réalisée en CPO s'appuiera sur un outil unique qui est l'Applicatif Informatique Local Cellules Pluridisciplinaire Maintien en Emploi (AIL CPME), pensé dans une logique collaborative. Les trois services (SST, ASS, CM) sont habilités à renseigner cet outil avec des données médico-administratives permettant d'évaluer la situation de l'assuré qui sera présentée en CPO.

Les actions proposées ci-dessous s'inscrivent dans la poursuite des actions précédentes ayant donné lieu à un renforcement et une amélioration du parcours PDP en MSA avec une refonte de la grille d'analyse et particulièrement des critères justifiant d'un passage en T3 pour les situations complexes.

De 2026 à 2030, il s'agira d'établir le bilan annuel de l'ensemble de ces situations qui auront justifiées un passage en CPO afin de produire la matière nécessaire pour contribuer à identifier les profils des personnes orientées en CPO et renforcer les capacités de pouvoir agir plus précocement auprès de ces profils à risque.

Proposition 16 :

Prévenir le risque de désinsertion professionnelle en agissant précocement auprès de personnes ciblées comme étant à risque de situation complexe

3.6. Axe « Contrôle et lutte contre la fraude »

3.6.1. Bilan de la lutte contre la fraude 2024 de la MSA dans le domaine santé

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

En 2024, le montant du préjudice constaté (subi et évité) au titre des fraudes dans le domaine de la santé, s'élève à 8,3 millions d'euros, soit une augmentation de 21 % par rapport à 2023 (**Tableau 44**).

Cette hausse provient essentiellement des assurés suite à la détection de fraudes documentaires identitaires (préjudice évité) (**Tableau 44**). En effet, dans le cadre de la convention signée avec la Mission interministérielle de coordination anti-fraude (MICAF), la Police et la gendarmerie, une liste de faux documents est transmise tous les mois à la MSA. A cela, s'ajoutent les signalements de fraudes documentaires dans le cadre de la procédure NIA.

Tableau 44 :
Montant des fraudes et fautes constatées entre 2020 et 2024 au régime agricole

Total des fraudes et fautes constatées (préjudice subi et évité)	2020	2021	2022	2023	2024	Evolution 2024-2023
Professionnels de santé	1,5 M €	4,2 M €	4,4 M €	3,4 M €	3,5 M €	+ 2 %
Etablissements de santé	0,4 M €	0,1 M €	0,3 M €	0,8 M €	0,9 M €	+ 15 %
Assurés/ayants droit	0,9 M €	0,6 M €	1,2 M €	2,6 M €	3,9 M €	+ 49 %
Total	2,8 M €	5,0 M €	5,9 M €	6,8 M €	8,3 M €	+ 21 %

Source : Bilan LCTI MSA 2024

En 2024, les montants de fraudes/fautes détectées des professionnels de santé (PS) concernent essentiellement les professions suivantes :

- les infirmiers pour 1,3 M€ (contre 887 K€ en 2023), soit 38 % de la fraude des PS,
- les transporteurs sanitaires pour 1,1 M€ (contre 1,6 M€ en 2023), soit 31 % de la fraude des PS,
- les masseurs-kinésithérapeutes pour 251 K€, soit 7 % de la fraude des PS,
- les centres d'audioprothèses pour 223 K€, soit 6 % de la fraude des PS,
- les médecins généralistes pour 216 K€, soit 6 % de la fraude.

Pour les professionnels de santé, il est à noter la forte augmentation en 2024 des fraudes/fautes détectées concernant les infirmiers (+ 47 %) qui peut être mise en relation avec la mobilisation du réseau sur l'action du plan national GDR des actes infirmiers.

Les transporteurs sanitaires enregistrent une légère baisse des fraudes/fautes détectées en 2024 après une année précédente caractérisée par deux dossiers avec préjudice élevé.

En matière de typologies de fraudes ou fautes détectées en **montant** pour tous types d'acteurs, sept typologies concentrent près de 85 % du montant total (**Tableau 45**) :

- la fraude documentaire identitaire (21,6 %),
- la fraude à la tarification et à la facturation des professionnels de santé (15,3 %),
- la fraude à l'identité (14,4 %),
- la sur-cotation ou le non-respect de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et de la réglementation (13,1 %),
- la fraude à la tarification et à la facturation des établissements (7,4 %),
- la fraude aux actes ou services fictifs, produits non délivrés, facturation non-conforme à la prescription (7,1 %),
- la fraude sur la qualité du PS : exercice sans qualification, avec une interdiction, à l'agrément, aux véhicules, au personnel,... (5,9 %).

**Tableau 45 :
Ventilation par typologie de fraudes et fautes en montant en 2024**

Typologie	% Montant
Fraude documentaire identitaire	21,6 %
Fraude à la tarification et à la facturation des PS	15,3 %
Fraude à l'identité	14,4 %
Sur-cotation, non-respect de la NGAP et de la réglementation	13,1 %
Fraude à la tarification et à la facturation des établissements	7,4 %
Actes ou services fictifs, produits non délivrés, facturation non-conforme à la prescription	7,1 %
Fraude sur la qualité du PS : exercice sans qualification, avec une interdiction, à l'agrément, aux véhicules, au personnel...	5,9 %
Fraude documentaire non identitaire	3,6 %
Dissimulation d'une activité rémunérée	2,5 %
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	2,2 %
Fraude à la nationalité	1,5 %
Fraude à la constitution des droits (activité)	1,2 %
Fraude aux ressources (minorations)	1,0 %
Fraude à l'état de santé	0,6 %
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les IJ	0,6 %
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	0,4 %
Fraude à la composition familiale	0,4 %
Fraude à la résidence en France	0,3 %
Fraude à l'utilisation de la carte Vitale ou de l'attestation de droits	0,3 %
Fausse déclaration CSS de base et complémentaire (ressources)	0,1 %
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de rentes AT	0,1 %
Fraude aux actes ou services	0,1 %
Absence au domicile lors du passage du contrôleur	0,1%
Fraude à la résidence hors de France	0,1 %
Non déclaration ou fausse déclaration concernant le décès	0,04 %
Nomadisme et surconsommation de prestations santé	0,03 %
Trafic de médicament	0,00 %

Source : MSA

En matière de typologies de fraudes ou fautes détectées en **nombre** pour tous types d'acteurs, cinq typologies concentrent près de 87 % du montant total (**Tableau 46**) :

- la fraude à la sur-cotation et le non-respect de la NGAP et de la réglementation (30,7 %),
- la fraude documentaire identitaire (20,3 %),
- la fraude à la tarification et à la facturation des établissements (17 %),
- la fraude à l'identité (13,6 %),
- la fraude à la tarification et à la facturation des PS (5,3 %).

Tableau 46 :
Ventilation par typologie de fraudes et fautes en nombre en 2024

Typologie	% Nombre
Sur-cotation, non-respect de la NGAP et de la réglementation	30,7 %
Fraude documentaire identitaire	20,3 %
Fraude à la tarification et à la facturation des Etablissements	17,0 %
Fraude à l'identité	13,6 %
Fraude à la tarification et à la facturation des PS	5,3 %
Actes ou services fictifs, produits non délivrés, facturation non-conforme à la prescription	3,5 %
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	1,6 %
Fraude à la nationalité	1,4 %
Fraude à l'état de santé	1,1 %
Dissimulation d'une activité rémunérée	1,0 %
Fraude documentaire non identitaire	0,8 %
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les IJ	0,7 %
Absence au domicile lors du passage du contrôleur	0,5 %
Fraude sur la qualité du PS : exercice sans qualification, avec une interdiction, à l'agrément, aux véhicules, au personnel, ...	0,5 %
Fraude à la constitution des droits (activité)	0,5 %
Fraude à l'utilisation de la carte Vitale ou de l'attestation de droits	0,3 %
Fraude aux ressources (minorations)	0,2 %
Fraude à la résidence en France	0,2 %
Fausse déclaration CSS de base et complémentaire (ressources)	0,2 %
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	0,1 %
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de rentes AT	0,1 %
Fraude à la résidence hors de France	0,1 %
Fraude à la composition familiale	0,1 %
Fraude aux actes ou services	0,1 %
Nomadisme et surconsommation de prestations santé	0,1 %
Non déclaration ou fausse déclaration concernant le décès	0,04 %
Trafic de médicament	0,04 %

Source : MSA

3.6.2. La lutte contre la fraude des transporteurs de type taxis

3.6.2.1. Les dépenses de transports

a. Les dépenses de transports des assurés du régime agricole

Une accélération des dépenses liées aux transports de patients en taxi est observable entre 2021 et 2023, par rapport aux évolutions avant Covid-19. L'année 2024 semble marquer un retour aux évolutions d'avant la crise sanitaire (Tableaux 47 et 48, Graphiques 53 et 54).

Tableau 47 :
Montant des dépenses pour les assurés du régime agricole depuis 2015 selon le mode de transport (en millions d'euros)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
VSL	63,9	64,3	63,5	63,2	61,4	52,0	60,8	63,3	63,1	66,5
Taxi	123,6	128,9	131,6	138,0	137,8	124,5	143,3	156,3	169,4	176,6
Ambulance	115,4	112,9	113,8	112,3	99,1	94,6	106,7	107,7	107,9	110,1
Autres véhicules	5,9	5,2	5,1	4,8	4,7	3,5	3,6	4,1	4,5	4,9
Ensemble	308,7	311,3	314,1	318,3	303,0	274,6	314,4	331,4	344,8	358,0

Champ : Métropole

Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

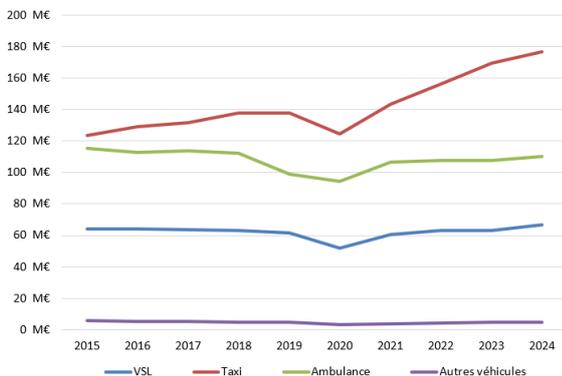
Tableau 48 :
Evolutions des dépenses pour les assurés du régime agricole depuis 2015 selon le mode de transport

	2015/2016	2016/2017	2017/2018	2018/2019	2019/2020	2020/2021	2021/2022	2022/2023	2023/2024
VSL	+ 0,6 %	- 1,2 %	- 0,5 %	- 2,8 %	- 15,2 %	+ 16,8 %	+ 4,1 %	- 0,3 %	+ 5,4 %
Taxi	+ 4,4 %	+ 2,1 %	+ 4,8 %	- 0,1 %	- 9,7 %	+ 15,1 %	+ 9,1 %	+ 8,4 %	+ 4,2 %
Ambulance	- 2,1 %	+ 0,8 %	- 1,3 %	- 11,7 %	- 4,6 %	+ 12,8 %	+ 1,0 %	+ 0,1 %	+ 2,0 %
Autres véhicules	- 11,4 %	- 1,2 %	- 6,2 %	- 2,1 %	- 26,6 %	+ 3,2 %	+ 15,3 %	+ 8,3 %	+ 8,7 %
Ensemble	+ 0,9 %	+ 0,9 %	+ 1,3 %	- 4,8 %	- 9,4 %	+ 14,5 %	+ 5,4 %	+ 4,1 %	+ 3,8 %

Champ : Métropole

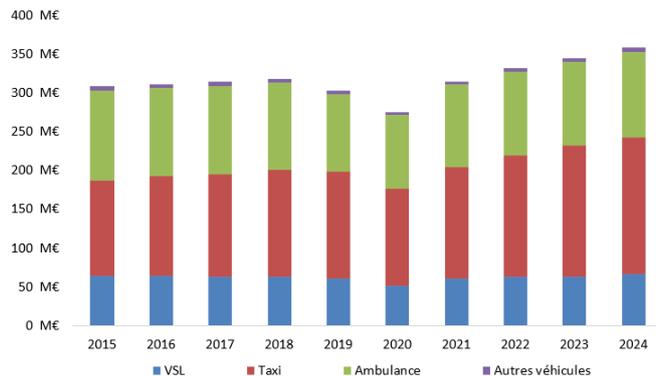
Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

Graphique 53 :
Evolution de la dépense pour les assurés du régime agricole par mode de transport entre 2015 et 2024



Champ : Métropole

Graphique 54 :
Répartition de la dépense pour les assurés du régime agricole par mode de transport entre 2015 et 2024



Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

Les taxis représentent une part toujours plus importante des dépenses (49 % en 2024, soit 9 points de plus qu'en 2015).

La part des dépenses liées à une ALD dans les dépenses de transport est stable depuis 2019, à hauteur de 85% (Tableau 49).

Tableau 49 :
Part des dépenses liées à une ALD* dans les dépenses de transport des assurés agricoles depuis 2015

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
VSL	88 %	87 %	87 %	88 %	88 %	88 %	87 %	88 %	88 %	88 %
Taxi	86 %	86 %	86 %	86 %	87 %	87 %	86 %	86 %	86 %	87 %
Ambulance	77 %	77 %	78 %	79 %	81 %	81 %	81 %	82 %	82 %	82 %
Autres véhicules	75 %	76 %	78 %	78 %	80 %	81 %	81 %	79 %	79 %	79 %
Ensemble	83 %	83 %	83 %	84 %	85 %					

*tous types ALD (liste, hors liste, polyopathie) exonérantes ou non
Champ : Métropole

Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

b. Les dépenses des assurés des autres régimes

Un même constat sur la forte évolution des taxis est observé pour les autres régimes (Tableaux 50 et 51, Graphiques 55 et 56).

Tableau 50 :
Montant des dépenses pour les assurés des autres régimes depuis 2018 selon le mode de transport (en millions d'euros)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
VSL	813	807	686	816	853	866	938
Taxi	1 929	1 978	1 780	2 200	2 443	2 710	2 897
Ambulance	1 688	1 593	1 546	1 820	1 961	2 084	2 185
Autres véhicules	152	150	111	116	125	135	131
Ensemble	4 582	4 528	4 124	4 952	5 382	5 796	6 152

Champ : Métropole et DROM

Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

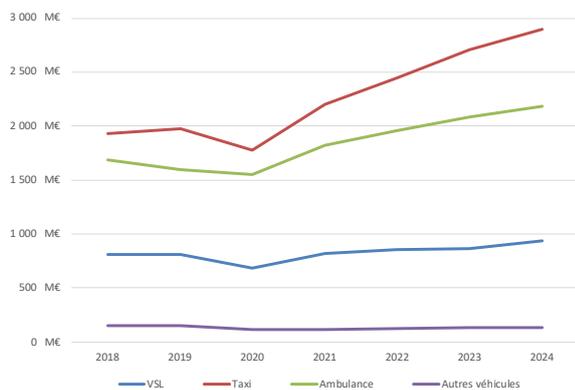
Tableau 51 :
Evolutions des dépenses pour les assurés des autres régimes depuis 2018 selon le mode de transport

	2018/2019	2019/2020	2020/2021	2021/2022	2022/2023	2023/2024
VSL	- 0,8 %	- 14,9 %	+ 18,9 %	+ 4,5 %	+ 1,6 %	+ 8,3 %
Taxi	+ 2,5 %	- 10,0 %	+ 23,6 %	+ 11,0 %	+ 10,9 %	+ 6,9 %
Ambulance	- 5,6 %	- 2,9 %	+ 17,7 %	+ 7,8 %	+ 6,3 %	+ 4,8 %
Autres véhicules	- 0,9 %	- 26,4 %	+ 5,1 %	+ 7,7 %	+ 8,1 %	- 3,1 %
Ensemble	- 1,2 %	- 8,9 %	+ 20,1 %	+ 8,7 %	+ 7,7 %	+ 6,1 %

Champ : Métropole et DROM

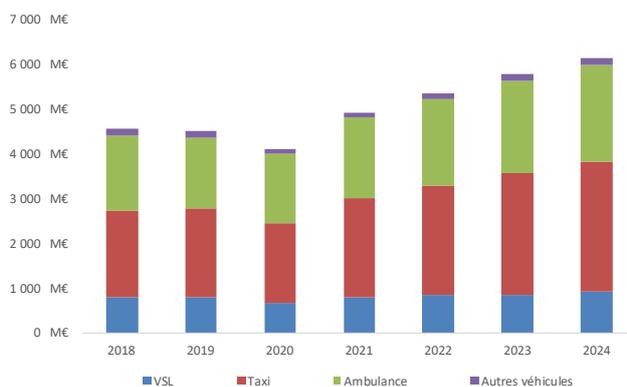
Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

Graphique 55 :
Evolution de la dépense pour les assurés des autres régimes par mode de transport entre 2018 et 2024



Champ : Métropole

Graphique 56 :
Répartition de la dépense pour les assurés des autres régimes par mode de transport entre 2018 et 2024



Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

La part des dépenses liées aux taxis augmente pour atteindre 47 % des montants (versus 49 % au régime agricole).

La part des dépenses liées à une ALD pour les transports se stabilise à hauteur de 81 %, soit 4 points de moins qu'au régime agricole (**Tableau 52**).

Tableau 52 :
Part des dépenses liées à une ALD* dans les dépenses de transport des assurés des autres régimes depuis 2018

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
VSL	86 %	86 %	87 %	85 %	85 %	85 %	85 %
Taxi	85 %	86 %	87 %	86 %	86 %	85 %	86 %
Ambulance	74 %	75 %	75 %	74 %	74 %	74 %	74 %
Autres véhicules	76 %	76 %	77 %	79 %	78 %	78 %	79 %
Ensemble	81 %	82 %	82 %	81 %	81 %	81 %	81 %

*tous types ALD (liste, hors liste, polypathologie) exonérantes ou non
Champ : Métropole et DROM

Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

c. Les montants remboursés par le régime agricole

En montants remboursés, le constat sur les taxis est identique à celui notifié sur les dépenses des assurés. La part des montants remboursés liés aux taxis augmente pour atteindre 52 % (+ 4 points par rapport à 2019) (**Tableaux 53 et 54, Graphiques 57 et 58**).

Tableau 53 :
Montants remboursés par le régime agricole depuis 2015 selon le mode de transport (en millions d'euros)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
VSL	61,0	61,6	61,0	59,3	55,4	45,9	53,6	55,2	54,2	57,6
Taxi	119,5	124,7	127,3	133,5	133,4	120,6	138,5	150,9	163,1	168,8
Ambulance	103,8	102,7	104,0	100,8	86,7	81,8	91,8	91,6	94,1	96,1
Autres véhicules	5,4	4,9	4,8	4,5	4,4	3,3	3,3	3,9	4,2	4,5
Ensemble	289,6	293,8	297,1	298,1	280,0	251,5	287,2	301,7	315,6	327,0

Champ : Métropole

Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

Tableau 54 :
Evolutions des montants remboursés par le régime agricole depuis 2015 selon le mode de transport

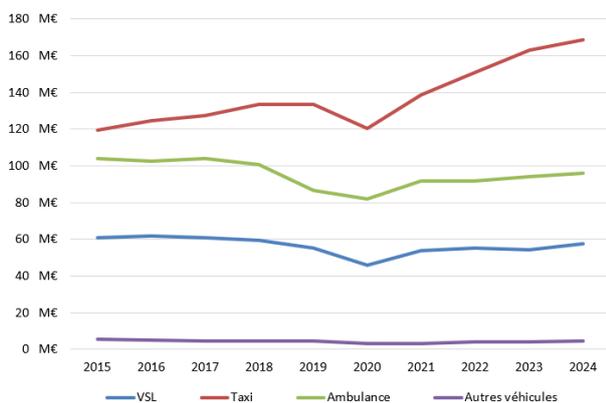
	2015/2016	2016/2017	2017/2018	2018/2019	2019/2020	2020/2021	2021/2022	2022/2023	2023/2024
VSL	+ 1,1 %	- 0,9 %	- 2,9 %	- 6,6 %	- 17,2 %	+ 16,9 %	+ 3,0 %	- 1,8 %	+ 6,2 %
Taxi	+ 4,3 %	+ 2,2 %	+ 4,8 %	- 0,1 %	- 9,6 %	+ 14,9 %	+ 9,0 %	+ 8,0 %	+ 3,5 %
Ambulance	- 1,1 %	+ 1,3 %	- 3,1 %	- 14,0 %	- 5,7 %	+ 12,3 %	- 0,3 %	+ 2,8 %	+ 2,1 %
Autres véhicules	- 9,9 %	- 1,6 %	- 5,5 %	- 1,5 %	- 26,0 %	+ 0,1 %	+ 19,1 %	+ 6,7 %	+ 7,9 %
Ensemble	+ 1,4 %	+ 1,1 %	+ 0,3 %	- 6,1 %	- 10,2 %	+ 14,2 %	+ 5,0 %	+ 4,6 %	+ 3,6 %

Champ : Métropole

Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

Graphique 57 :

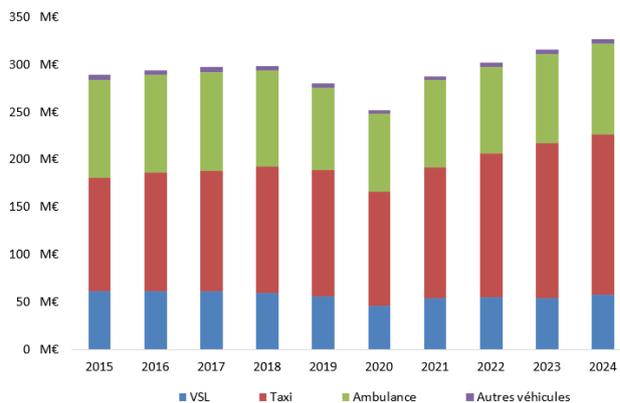
Evolution des montants remboursés par le régime agricole par mode de transport entre 2015 et 2024



Champ : Métropole

Graphique 58 :

Répartition des montants remboursés par le régime agricole par mode de transport entre 2015 et 2024



Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

La part des montants remboursés liés à une ALD progresse en 2024 à hauteur de 88 % (Tableau 55).

Tableau 55 :

Part des montants remboursés liés à une ALD* par le régime agricole depuis 2015

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
VSL	89 %	89 %	89 %	89 %	89 %	90 %	89 %	89 %	90 %	90 %
Taxi	88 %	88 %	88 %	88 %	89 %	89 %	88 %	88 %	89 %	89 %
Ambulance	80 %	80 %	81 %	81 %	84 %	84 %	84 %	84 %	84 %	84 %
Autres véhicules	78 %	78 %	81 %	81 %	82 %	84 %	82 %	81 %	82 %	82 %
Ensemble	85 %	85 %	86 %	86 %	87 %	88 %	87 %	87 %	87 %	88 %

*tous types ALD (liste, hors liste, polyopathie) exonérantes ou non

Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

Champ : Métropole

d. Les montants remboursés par les autres régimes

La part des montants remboursés liés aux taxis augmente pour atteindre 47 % (4 points de plus qu'en 2018) (Tableaux 56 et 57, Graphiques 59 et 60).

Tableau 56 :

Montants remboursés par les autres régimes depuis 2018 selon le mode de transport (en millions d'euros)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
VSL	786	779	664	787	821	831	893
Taxi	1 861	1 906	1 718	2 119	2 352	2 599	2 759
Ambulance	1 560	1 470	1 424	1 676	1 800	1 958	2 038
Autres véhicules	136	136	101	107	116	126	122
Ensemble	4 343	4 291	3 906	4 688	5 088	5 514	5 813

Champ : Métropole et DROM

Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

Tableau 57 :

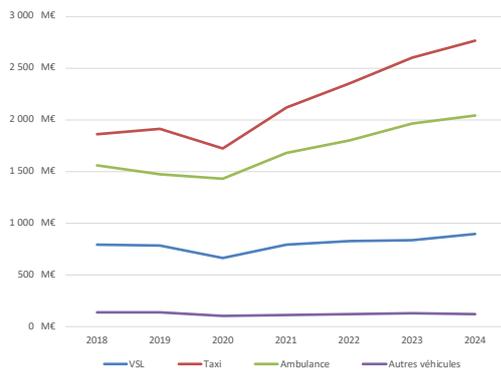
Evolutions des montants remboursés par les autres régimes depuis 2018 selon le mode de transport

	2018/2019	2019/2020	2020/2021	2021/2022	2022/2023	2023/2024
VSL	- 1,0 %	- 14,8 %	+ 18,5 %	+ 4,3 %	+ 1,2 %	+ 7,5 %
Taxi	+ 2,5 %	- 9,9 %	+ 23,3 %	+ 11,0 %	+ 10,5 %	+ 6,2 %
Ambulance	- 5,8 %	- 3,2 %	+ 17,7 %	+ 7,4 %	+ 8,8 %	+ 4,1 %
Autres véhicules	- 0,1 %	- 25,4 %	+ 5,7 %	+ 8,4 %	+ 8,7 %	- 3,0 %
Ensemble	- 1,2 %	- 9,0 %	+ 20,0 %	+ 8,5 %	+ 8,4 %	+ 5,4 %

Champ : Métropole et DROM

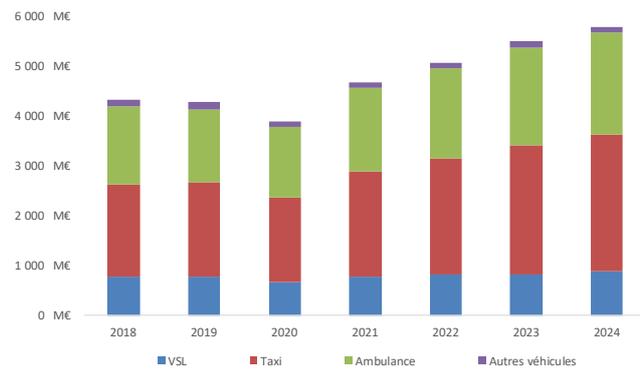
Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

Graphique 59 :
Evolution des montants remboursés par les autres régimes par mode de transport entre 2018 et 2024



Champ : Métropole

Graphique 60 :
Répartition des montants remboursés par les autres régimes par mode de transport entre 2018 et 2024



Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

La part des montants remboursés liés à une ALD progresse en 2024 pour atteindre 85 % (Tableau 58).

Tableau 58 :
Part des montants remboursés liés à une ALD* par les autres régimes depuis 2015

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
VSL	88 %	88 %	89 %	88 %	88 %	88 %	88 %
Taxi	88 %	88 %	89 %	88 %	88 %	88 %	89 %
Ambulance	79 %	80 %	80 %	79 %	79 %	78 %	79 %
Autres véhicules	80 %	80 %	82 %	82 %	81 %	81 %	82 %
Ensemble	84 %	85 %	85 %	85 %	85 %	84 %	85 %

*tous types ALD (liste, hors liste, polypathologie) exonérantes ou non

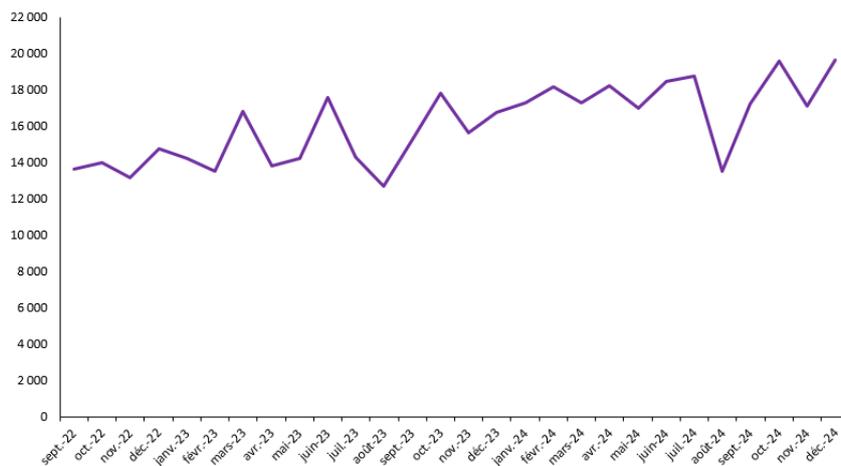
Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

Champ : Métropole et DROM

e. Les transports partagés en VSL pour les assurés du régime agricole

Les courses partagées en VSL progressent de 1,4 % en moyenne mensuelle depuis septembre 2022 (date de début d'identification par la MSA de ce type de transport) (Graphique 61, Tableau 59).

Graphique 61 :
Nombre de courses partagées en VSL pour les assurés du régime agricole à partir de septembre 2022



Champ : Métropole

Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

La part des transports partagés dans l'ensemble des courses en VSL augmente progressivement pour atteindre 17 % en fin d'année 2023, puis se stabilise à ce niveau (Tableau 59).

Tableau 59 :
Evolution de la part des transports partagés dans l'ensemble des courses en VSL au régime agricole depuis septembre 2022

	Total des transports en VSL		Transports partagés en VSL		Part des transports partagés
	Nombre de courses	Part ALD*	Nombre de courses	Part ALD*	
sept.-2022	96 288	90 %	13 650	89 %	14 %
oct.-2022	98 857	89 %	13 967	88 %	14 %
nov.-2022	91 661	89 %	13 158	88 %	14 %
déc.-2022	104 492	88 %	14 780	87 %	14 %
janv.-2023	97 050	89 %	14 230	88 %	15 %
févr.-2023	93 026	88 %	13 509	88 %	15 %
mars-2023	110 021	88 %	16 820	88 %	15 %
avr.-2023	91 354	88 %	13 811	88 %	15 %
mai-2023	93 789	89 %	14 251	88 %	15 %
juin-2023	109 338	89 %	17 557	89 %	16 %
juil.-2023	89 536	89 %	14 283	89 %	16 %
août-2023	88 540	90 %	12 677	89 %	14 %
sept.-2023	97 102	90 %	15 264	89 %	16 %
oct.-2023	109 976	90 %	17 797	89 %	16 %
nov.-2023	99 709	89 %	15 630	89 %	16 %
déc.-2023	100 801	88 %	16 743	88 %	17 %
janv.-2024	101 061	89 %	17 292	88 %	17 %
févr.-2024	107 174	88 %	18 191	88 %	17 %
mars-2024	102 997	89 %	17 267	88 %	17 %
avr.-2024	107 123	88 %	18 235	88 %	17 %
mai-2024	95 124	89 %	16 986	88 %	18 %
juin-2024	106 084	88 %	18 440	88 %	17 %
juil.-2024	114 226	89 %	18 758	88 %	16 %
août-2024	89 367	90 %	13 535	90 %	15 %
sept.-2024	102 445	90 %	17 228	90 %	17 %
oct.-2024	116 553	89 %	19 568	89 %	17 %
nov.-2024	102 167	89 %	17 085	88 %	17 %
déc.-2024	112 749	88 %	19 639	88 %	17 %
évolution moy. mensuelle	0,6 %		1,4 %		

Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

*tous types ALD (liste, hors liste, polypathologie) exonérantes ou non

Champ : Métropole

Ce sont les bénéficiaires présentant une des ALD suivantes : « Suites de transplantation d'organe », « Sclérose en plaques », « Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et infection par le VIH » qui utilisent le plus souvent un transport partagé (**Tableau 60**).

Tableau 60 :
Répartition des transports en VSL selon l'ALD des assurés du régime agricole, entre août 2022 et décembre 2024

N°ALD	Libellé	Nombre de personnes en ALD* ayant utilisé un transport VSL		
		Total des transports	Transports partagés	Part des transports partagés
28	Suites de transplantation d'organe	821	239	29,1 %
25	Sclérose en plaques	1 587	450	28,4 %
7	Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et infection par le VIH	657	182	27,7 %
30	Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	112 996	30 649	27,1 %
24	Maladie de Crohn et Rectocolite hémorragique évolutives	2 245	602	26,8 %
6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	4 016	1 071	26,7 %
29	Tuberculose active et lèpre	133	35	26,3 %
26	Scoliose idiopathique structurale évolutive	595	156	26,2 %
99	Affections hors liste ou ALD non ventilées	26 681	6 897	25,8 %
27	Spondylarthrite grave	2 324	593	25,5 %
19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	13 087	3 218	24,6 %
21	Vascularites, Lupus érythémateux systémique, Sclérodémie systémique	4 507	1 093	24,3 %
17	Maladies métaboliques héréditaires (MMH) nécessitant un traitement prolongé spécialisé	1 378	333	24,2 %
22	Polyarthrite rhumatoïde évolutive	8 226	1 947	23,7 %
11	Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	822	192	23,4 %
23	Affections psychiatriques de longue durée	33 396	7 625	22,8 %
9	Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont Myopathie), Epilepsie grave	10 208	2 309	22,6 %
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2	89 161	19 989	22,4 %
2	Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	2 146	476	22,2 %
20	Paraplégie	845	177	20,9 %
18	Mucoviscidose	96	20	20,8 %
1	Accident vasculaire cérébral invalidant	24 950	5 133	20,6 %
10	Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles, acquises sévères	187	38	20,3 %
13	Maladie coronaire	61 611	12 262	19,9 %
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	29 026	5 757	19,8 %
16	Maladie de Parkinson	10 560	2 029	19,2 %
5	Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves	102 248	18 878	18,5 %
14	Insuffisance respiratoire chronique grave	13 591	2 427	17,9 %
12	Hypertension artérielle sévère	9 421	1 401	14,9 %
15	Maladie d'Alzheimer et autres démences	31 593	3 046	9,6 %

*tous types ALD (liste, hors liste, polypathologie) exonérantes ou non
 Champ : Métropole

Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

3.6.2.2. La lutte contre la fraude des transporteurs de type taxis

L'action de contrôle des transporteurs de type taxi, inscrite chaque année depuis 2020 au plan national de gestion du risque maladie de la MSA, consiste à détecter les atypies de facturation chez des transporteurs taxis à partir de fichiers fournis par la CCMSA.

Le fichier habituel des transporteurs comprend les données de tous les transporteurs pour chaque caisse de MSA, un top 5 des taxis ayant les montants remboursables moyens par bénéficiaire les plus élevés et enfin le classement décroissant de tous les taxis par montant remboursable moyen par bénéficiaire.

Le contrôle étant basé sur la détection d'atypies portant sur les montants présentés au remboursement par chaque transporteur rattaché, via son numéro de transporteur, au territoire d'une caisse de MSA (en comparaison aux autres taxis du même territoire), les fichiers transmis présentent l'intégralité de leur activité.

La nouveauté apportée par un nouveau requêtage permet dorénavant d'intégrer des facturations effectuées par ces taxis pour des transports d'assurés affiliés à d'autres caisses de MSA.

Proposition 17 :

Réviser la stratégie de ciblage pour optimiser la lutte contre la fraude des transporteurs de type taxis

3.6.3. La lutte contre la fraude des audio-prothésistes

La mise en place du 100 % Santé a permis à un grand nombre d'assurés de pouvoir acquérir plus facilement du matériel auditif. Cependant, il est constaté des pratiques fautives ou frauduleuses de la part de certaines sociétés d'audioprothèses.

Sur plus de 6 700 sociétés d'audioprothèses, 1 500 ont été créées entre 2020 et 2022.

En 2024, la MSA a pris en charge 21,6 millions d'euros de dépenses d'audioprothèses sur un montant total facturé de près de 113 millions d'euros (cf partie 3.5.2.1. b.).

Au regard de l'enjeu financier que représentent les facturations d'appareils auditifs, des anomalies repérées et du nombre d'acteurs concernés (sociétés d'audioprothèses, prescripteurs et assurés), un plan national de lutte contre la fraude portant sur les facturations des matériels d'audioprothèse a été mis en œuvre en MSA dès 2024.

Une action LCF complémentaire est prévue en 2025 dans le cadre de la coopération avec l'Office Central de Lutte contre le Travail Illégal (OCLTI) et la Cnam concernant les prothèses ostéo-intégrées qui sont la nouvelle cible des fraudeurs compte tenu de leur coût élevé (environ 3 000 € l'unité).

Proposition 18 :

Renforcer la lutte contre la fraude des audioprothésistes en ciblant le code prestation « Processeur pour Implant Ostéo-intégré »

3.6.4. Contrôle des praticiens réalisant des actes bucco-dentaires dans le respect réglementaire et/ou des bonnes pratiques

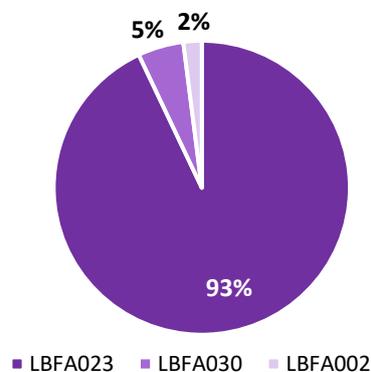
3.6.4.1. Contrôle du respect réglementaire et des bonnes pratiques de la facturation des codes LBFA023, LBFA030 et LBFA002

Les codes actes LBFA023⁵¹, LBFA030⁵² et LBFA002⁵³ correspondent à l'exérèse de lésions osseuses du corps basal de l'os maxillaire et de l'os mandibulaire, nécessitant l'abord de la lésion par un volet osseux.

Parmi les exérèses de lésions osseuses du corps basal de l'os maxillaire et de la mandibule, le code acte LBFA023 représente 93 % des remboursements pour un montant de 208 000 euros avec plus de 6 800 actes remboursés en 2024.

Les codes actes LBFA030 et LBFA002 représentent respectivement 5 % et 2 % des remboursements, avec 150 actes LBFA030 et 400 actes LBFA002 remboursés. Le montant remboursé cumulé pour ces deux actes en 2024 pour le régime agricole est de 35 000 euros (**Graphique 62**).

Graphique 62 :
Répartition des montants remboursés des actes LBFA023, LBFA030 et LBFA002 au régime agricole en 2024



Source : SNDS-exploitation MSA

La MSA intégrera à son plan national de gestion du risque maladie 2026 une action de contrôle sur le respect réglementaire de la facturation des codes LBFA023 - LBFA030 - LBFA002 avec récupération des sommes indues. Cette action sera menée selon deux axes de contrôle :

- vérifier la codification correcte de l'exérèse d'une lésion intra-osseuse basale : radiographies, comptes rendus opératoires, analyses biologiques... L'anomalie consiste en l'utilisation erronée de ces codes pour l'exérèse d'une lésion radiculo-dentaire n'intéressant que l'os alvéolaire et faisant partie de l'acte global « avulsion dentaire ».
- rechercher les facturations conjointes d'une avulsion dentaire et de l'exérèse d'une lésion intra-osseuse basale sur la même localisation anatomique : si la facturation de l'un des codes LBFA est justifiée, l'avulsion dentaire est comprise dans sa réalisation selon la note en CCAM des codes : « Avec ou sans : avulsion dentaire ».

⁵¹ Exérèse de lésion de l'os maxillaire et/ou du corps de la mandibule de moins de 2 cm de grand axe, par abord intrabuccal.

⁵² Exérèse de lésion de l'os maxillaire et/ou du corps de la mandibule de 2 cm à 4 cm de grand axe, par abord intrabuccal.

⁵³ Exérèse de lésion de l'os maxillaire et/ou du corps de la mandibule de plus de 4 cm de grand axe, par abord intrabuccal.

3.6.4.2. Contrôle du respect réglementaire de la déclinaison numérique lors de la facturation des codes actes de chirurgie bucco-dentaires

La CCAM intègre dans ses codes et libellés pour les avulsions dentaires la déclinaison numérique définissant la répétition du même acte, le même jour, par le même praticien, ainsi que la réduction du tarif conventionnel correspondant. Les codes étudiés sont issus de l'ensemble des actes d'avulsions dentaires.

Deux axes de contrôle ont été identifiés.

- a. *Premier axe de contrôle : contrôle de la multiplicité du même code-acte, le même jour, par le même praticien pour le même assuré.*

La répétition d'actes s'accompagne d'une décote du tarif de l'acte initial. Par exemple : l'avulsion sans alvéolectomie est codée HBGD036 (39€) pour 1 dent et HBGD043 (57€) pour 2 dents (et non 2 actes HBGD036, soit 78€). Une anomalie de répétition de ce type génère un surplus de rémunération indue.

Au sein de la CCAM, la déclinaison numérique des avulsions dentaires représente plus de 130 codes actes.

En 2023, plus de 295 000 de ces codes actes ont été remboursés par le régime agricole, soit plus de 13 millions d'euros (**Tableau 61**). Parmi ces actes, 1 % a été identifié en anomalie (soit plus de 2 700 actes), ce qui représente une surfacturation de plus de 123 000 euros⁵⁴.

Les 3 codes actes affichant le plus grand nombre d'anomalies (soit 70 % des anomalies à eux seuls) sont :

- HBGD036 (avulsion d'une dent permanente sur arcade sans alvéolectomie),
- HBGD022 (avulsion d'une dent permanente sur arcade avec alvéolectomie),
- HBGD016 (avulsion d'une racine incluse).

Tableau 61 :
Volumétrie des actes d'avulsions dentaires remboursés en 2023 par le régime agricole

Nombre d'actes remboursés	Montants remboursés	Nombre d'actes en anomalies	Montant des actes surfacturés*
295 062	13 011 656 €	2 717	123 625 €

* Le montant des actes surfacturés correspond au montant des actes en anomalie ; il ne correspond pas au montant des indus qui pourraient être notifiés en fonction de la requalification retenue.

Source : SNDS-exploitation MSA

- b. *Deuxième axe de contrôle : contrôle de la facturation le même jour, par le même praticien, pour le même assuré, de deux codes répertoriés dans le même chapitre de la CCAM (libellé principal identique).*

Cette anomalie de fragmentation en plusieurs codes d'un même acte technique à la place du code correspondant en CCAM par rapport au nombre d'avulsions réalisées génère un surplus de rémunération indue. A titre d'exemple, la double facturation du code correspondant à 3 avulsions est plus rémunératrice que la facturation du code correspondant à 6 avulsions.

Lorsque la facturation des actes est contrôlée par chapitre, le nombre d'anomalie s'élève à plus de 3 300 actes dont la facturation s'élève à plus de 168 000 euros (**Tableau 62**).

⁵⁴ Le montant des actes surfacturés correspond au montant des actes en anomalie ; il ne correspond pas au montant des indus qui pourraient être notifiés en fonction de la requalification retenue.

Deux chapitres concentrent près des deux-tiers des montants d'actes surfacturés :

- les « avulsions permanentes sans alvéolectomie » sont les actes les plus remboursés avec plus de 185 000 actes ; 1 % est en anomalie avec un montant de plus de 80 000 euros.
- les « avulsions racine incluse », moins fréquentes (5 100 actes remboursés), semblent plus sujettes aux anomalies de facturation liée à la codification de l'acte (5,7 %) pour un montant de plus de 27 000 euros.

Tableau 62 :

Volumétrie des actes d'avulsions dentaires par chapitre CCAM remboursés en 2023 par le régime agricole

Chapitre CCAM	Actes remboursés		Actes en anomalie		
	Nombre d'actes remboursés	Montant remboursé	Nombre d'actes en anomalie	Montant des actes surfacturés*	Pourcentage d'actes en anomalie
Avulsion permanente sans alvéolectomie	185 317	6 764 183 €	1 905	80 543 €	1,0%
Avulsion permanente avec séparation racine	32 057	1 044 199 €	191	7 282 €	0,6%
Avulsion permanente avec alvéolectomie	30 316	1 061 791 €	434	18 966 €	1,4%
Avulsion temporaire	20 478	416 876 €	254	4 827 €	1,2%
Avulsion troisième molaire	17 336	2 973 545 €	166	21 653 €	1,0%
Avulsion racine incluse	5 131	482 011 €	295	27 558 €	5,7%
Dent ankylosée	1 249	45 352 €	10	404 €	0,8%
Avulsion dent à couronne sousmuqueuse	1 205	43 609 €	55	2 027 €	4,6%
Avulsion odontoïde inclus	481	38 920 €	7	544 €	1,5%
Dégagement	377	41 361 €	11	1 202 €	2,9%
Avulsion dent désinclusion	271	28 015 €	4	418 €	1,5%
Avulsion temporaire séparation racine	240	17 518 €	9	803 €	3,8%
Avulsion première ou deuxième molaire	220	18 559 €	10	933 €	4,5%
Avulsion prémolaire	204	18 852 €	7	669 €	3,4%
Avulsion canine	150	14 653 €	3	293 €	2,0%
Avulsion incisive	30	2 213 €	2	142 €	6,7%
Ensemble	295 062	13 011 656 €	3 363	168 263 €	1,1%

* Le montant des actes surfacturés correspond au montant des actes en anomalie ; il ne correspond pas au montant des indus qui pourraient être notifiés en fonction de la requalification retenue.

Source : SNDS-exploitation MSA

Proposition 19 :

Contrôler les praticiens réalisant des actes bucco-dentaires pour veiller au respect réglementaire et/ou aux bonnes pratiques

3.6.5. La création de la cellule nationale de contrôle externe et de la cellule nationale de lutte contre la fraude

Le Comité National de Maîtrise des Risques a validé en 2024 la constitution d'une Cellule Nationale de Contrôle Externe (CNCE), composée de 5 agents de contrôle agréés assermentés et commissionnés à temps plein à compter du 1^{er} janvier 2025, en charge des fraudes dites à enjeux (fraudes aux prestations et cotisations d'ampleur, complexes, en bande organisée, concernant plusieurs caisses de MSA, lutte contre le travail illégal). Les domaines santé, famille, retraite et travail dissimulé sont couverts par ces cyber-enquêtes.

La CNCE aura le rôle suivant :

- pilotage des actions nationales LCF (inscrites au Plan LCFTI) et coordination des actions conduites par les équipes de contrôle du réseau,
- accompagnement en expertise du réseau,
- formalisation de documentation/modes opératoires (actions nationales fraudes à enjeux),
- contribution aux groupes inter-régimes,
- participation aux instances, partenariats.

Proposition 20 :

Déployer des actions de lutte contre la fraude à enjeux de la Cellule Nationale de Contrôle Externe (CNCE)

Afin de disposer d'une véritable politique institutionnelle de lutte contre la fraude, en suite des plans portés par les Pouvoirs publics (Plan Fraudes du Ministère des Comptes Publics/Plan National de Lutte contre le Travail Illégal du Ministère du Travail), et en lien avec les évolutions réglementaires récentes (création d'agents de contrôle dits commissionnés, dotés de pouvoir de police judiciaire sur l'ensemble du périmètre Prestations/Cotisations), le Comité National de Maîtrise des Risques a validé en 2024 la création de la Cellule Nationale de Lutte contre la Fraude, pilotée par la DCF MR, associant l'ensemble des directions de la Caisse centrale de la MSA concernées (et le responsable Sécurité des Systèmes d'Information), pour partager sur les fraudes détectées, préparer les actions du Plan national LCFTI (Travail Illégal et Dissimulé), et améliorer la prévention et la détection de la fraude.

Le rôle de la Cellule Nationale de Lutte contre la Fraude est :

- de contribuer à la définition du Plan LCFTI (actions de prévention, détection, contrôle, contentieux, recouvrement),
- de réaliser une veille sur les fraudes émergentes,
- de partager sur les actions en cours/le suivi des résultats,
- d'identifier des pratiques métier pour prévenir et détecter les fraudes,
- d'échanger sur les partenariats en inter-régime.

3.6.6. La détection des fraudes des bénéficiaires du SASPA

Depuis le 1^{er} janvier 2020, la CCMSA a repris la gestion du Service de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées (SASPA), en lieu et place de la Caisse des dépôts et consignations, suite à la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017.

Une convention nationale de mutualisation de la gestion du SASPA a été signée en novembre 2019. Elle fixe le cadre juridique de ce dispositif et le schéma d'organisation choisi :

- chaque binôme-trinôme prend en charge cette gestion en tenant compte de la répartition atypique des dossiers sur le territoire : 16,7 ETP sont ainsi attribués pour les binômes-trinômes présentant un écart positif ;
- la MSA Lorraine devient la caisse unique pour la gestion centralisée de la réception des courriers, la numérisation et la gestion des archives papiers avec l'attribution d'un ETP ;

- la MSA Sud Champagne a été désignée pour gérer l'action sociale pour les bénéficiaires du SASPA, elle devra donc avoir accès aux 35 SI des caisses ;
- enfin, l'activité de pilotage du réseau en lien avec les exigences de la DSS sera assurée par la Direction Métier Retraite de la CCMMSA avec un ETP dédié.

La prise en charge de ce dispositif par la MSA s'accompagne de modalités de maîtrise des risques garantissant :

- l'ouverture correcte des droits,
- l'exactitude des données détenues par la MSA, tout au long de la vie du dossier au sein du régime agricole,
- la couverture du risque de fraude ou de fausse déclaration.

Un référentiel de sécurisation SASPA, articulant l'intervention des ordonnateurs retraite (sur le plan des vérifications métier) avec celle des agents en charge du contrôle ou de la LCF, a fait l'objet d'une diffusion au réseau.

En 2024, le SASPA continue d'être la première prestation fraudée de la branche retraite (**Tableau 63**), soit 70 % des fraudes détectées (5,8 M€ pour 8,3 M€ de fraudes détectées en retraite).

Tableau 63 :
Montants du préjudice subi et évité de la prestation SASPA en 2024

Prestation	Nombre de prestations	% Nombre	Préjudice subi	Préjudice évité	Préjudice subi et évité	% Montant
Service de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées	140	51,5 %	2 540 439 €	3 253 633 €	5 794 073 €	69,6 %

Source : MSA

Le contrôle du SASPA est une action prioritaire de contrôle en 2025. C'est un risque majeur de la cartographie des risques de la MSA. Sachant que les prestations santé sont versées par les CPAM et le SASPA par les caisses de MSA, une action renforcée entre la Cnam et la Caisse centrale de la MSA est prévue en 2025 dans le cadre de la lutte contre la fraude.

Proposition 21 :

Collaborer de manière renforcée à la détection des fraudes au SASPA pour identifier les préjudices subis, également pour la branche maladie

3.7. Axe « Enjeux numériques, systèmes d'information, data et recherche en santé »

3.7.1. Poursuivre le développement du numérique en santé

Le développement du numérique en santé s'organise en un ensemble cohérent et dynamique de services et d'outils permettant d'une part, de rendre un meilleur service aux assurés du régime agricole et aux professionnels de santé, et d'autre part, de renforcer l'efficacité de la gestion des prestations servies.

A cette fin, le régime agricole poursuivra en 2026 la prise en compte et l'intégration des nouveaux téléservices numériques en santé, en lien avec le régime général. Deux outils feront l'objet d'une attention particulière :

- il s'agit de la prise en compte des ordonnances électroniques pharmaceutiques, qui permet de fiabiliser le circuit de délivrance des médicaments et produits de santé, et d'alimenter l'informationnel de données permettant de mieux cibler des atypies de comportements ;
- la généralisation des avis d'arrêt de travail électronique (AATe) et l'incitation à son usage auprès des prescripteurs, pour améliorer les délais de traitement en caisse et lutter contre la fraude, les fausses prescriptions et l'usurpation d'identité des professionnels de santé.

Par ailleurs, le régime agricole poursuivra en 2026 ses actions d'accompagnement au déploiement de l'application carte Vitale, dont la généralisation a été initiée au 2^{ème} trimestre 2025, tant auprès des assurés pour qu'ils l'activent, qu'auprès des professionnels de santé, en collaboration avec le régime général, pour qu'ils sécurisent leur facturation par son usage.

Au regard du déploiement rapide et dynamique des nouveaux outils liés au numérique en santé, le régime agricole s'engage résolument dans une plus grande intégration dans son SI des services permettant de sécuriser la prise en charge de son public : ordonnance électronique et avis d'arrêt de travail électronique.

Proposition 22 :

Intégrer de nouveaux services liés au numérique en santé pour les assurés et les professionnels de santé

3.7.2. Prendre en compte les nouvelles modalités de facturation de type « Parcours coordonnés »

Dans un contexte de transformation du système de santé, les plateformes de coordination émergent comme des dispositifs clés pour renforcer les parcours de soins. Elles visent à structurer une réponse adaptée aux besoins des patients en facilitant le diagnostic précoce (plateforme de coordination pour les enfants atteints de troubles du neurodéveloppement) et/ou en optimisant la prise en charge des patients dans le cadre de parcours spécifiques (parcours coordonné renforcé -PCR- pour 6 thématiques de prise en charge dont l'obésité, certaines pathologies cardiaques, HPV pour la vaccination contre le papillomavirus, etc.) grâce à une approche pluridisciplinaire et coordonnée.

Ces plateformes assurent une gestion centralisée et mutualisée de la facturation des professionnels de santé, contribuant ainsi à une meilleure fluidité des échanges et à une simplification des circuits de financement. Elles permettent également la reconnaissance et la valorisation des interventions de professionnels non conventionnés (éducateurs en activité physique adaptée, psychologues, diététiciens, ergothérapeutes, coordonnateurs, assistants sociaux).

En favorisant une approche inter-régime, ces plateformes s'inscrivent dans une logique d'amélioration continue de la qualité des soins et de structuration du système de santé plus inclusif, efficient et réactif aux enjeux de santé publique.

Contrairement aux dispositifs classiques reposant sur Sésame Vitale, le modèle déployé prévoit une facturation hors télétransmission, nécessitant une organisation spécifique pour le versement des rémunérations aux professionnels de santé (PS) et intervenants non conventionnés.

En 2026, avec le déploiement des thématiques PCR notamment, le régime agricole s'inscrira dans une démarche de prise en compte de ces nouvelles modalités de facturation avec la volonté de les outiller et automatiser le plus possible.

Le développement et les premiers déploiements de dispositifs de prise en charge de type « parcours coordonnés » entraîne la nécessaire co-construction de nouvelles briques organisationnelles et informatiques avec le régime général dans une stratégie d'automatisation de la gestion de ses nouveaux flux de facturation.

Proposition 23 :

Prendre en compte les nouvelles modalités de facturation de type « Parcours coordonnés »

3.7.3. La poursuite du programme METEORe

Au cours de l'année 2025, l'ensemble des caisses du régime général et de ses partenaires ont basculé dans @tom pour la gestion des feuilles de soins pharmaceutiques. Un seul outil est donc aujourd'hui utilisé par tous les régimes obligatoires sur ce périmètre et il est porté par la MSA dans le cadre du programme METEORe.

En 2026, les échanges vont se poursuivre pour étendre la couverture des périmètres de facturation aux soins de ville.

Par ailleurs, et dans la continuité des échanges initiés en 2024/2025 sur la mise en place de stratégies communes Cnam/MSA de contrôle des prestations et de contrôles comptables et financiers sur le périmètre METEORe, il est prévu de mettre en œuvre une solution de détection des atypies de consommation sur le périmètre des frais de santé pharmaceutiques. L'objectif est de prévenir les sur-consommations médicamenteuses ou de dispositifs paramédicaux et de lutter contre la fraude. Le bilan de cette action devra mettre en lumière les gains financiers en préjudices évités ou redressés.

Il s'agira en 2026 d'inscrire concrètement la détection des atypies de consommation dans le cadre du partenariat METEORe.

Proposition 24 :

Poursuivre le partenariat METEORe sur les filières soins de ville et la détection des atypies

3.7.4. Développer des travaux de recherche en partenariat

❖ Les actions issues du processus Appels à Projets scientifiques

Afin d'enrichir et appuyer scientifiquement sa connaissance des populations et territoires ruraux, de porter de manière documentée et respectueuse de la rigueur méthodologique de construction de ses actions en direction de l'ensemble des ressortissants du régime agricole, la MSA mettait en place en 2018 son Conseil Scientifique (CS).

En 2020, un premier Appel à Projets scientifiques (AAP) MSA 2020 lancé sur la base d'axes de recherche définis par le Comité d'Orientation Scientifique (COS) de la MSA, avait permis de retenir 7 projets de recherche, donnant lieu à autant de conventions de subvention, signées pour une durée maximale de 2 ans, entre les équipes lauréates et la CCMSA.

L'Appel à projets scientifiques est depuis reconduit annuellement, contribuant fortement à l'enrichissement des relations partenariales avec les nombreuses équipes de recherches issues du milieu académique et

institutionnel, ainsi qu'à une meilleure connaissance à la fois au profit du réseau MSA, et du milieu de la recherche, des problématiques rencontrées en milieu agricole.

L'édition 2024 s'est articulée autour des 5 axes ci-après :

- **Axe 1** : Mal-être / bien-être en agriculture
- **Axe 2** : Qualité de vie au travail de la main-d'œuvre agricole
- **Axe 3** : Risques et facteurs de santé dans les transitions agro-écologiques
- **Axe 4** : Exercice coordonné en milieu rural et impact sur la prise en charge sanitaire
- **Axe 5** : Outils et évaluation pour la réduction des expositions aux produits phytopharmaceutiques

Au terme du processus de sélection mené dans le cadre du Conseil scientifique, et après validation finale du Conseil d'Orientation Scientifique en septembre 2024, 5 projets scientifiques ont été retenus.

Les 5 lauréats de l'AAP sont actuellement financés par la MSA pour une durée maximale de 2 ans :

• *Dans le cadre de l'axe 1 : Mal-être / bien-être en agriculture :*

- ★ **Projet AGIR** : AGRiculteurs en transition : vers un accompagnement Renforcé, étude menée en partenariat avec l'Université de Technologie de Troyes, pour une durée de 24 mois.

L'objectif du projet est d'« étudier les profils d'agriculteurs engagés dans des transitions agricoles, leurs motivations en lien avec la question du mal-être et les nouvelles modalités de gouvernance mises en place afin de mieux les accompagner ».

- ★ **Projet TRAME-PO** : Le Travail à l'épreuve des Regards en Agriculture : le cas des « petits » Maraîchers et Éleveurs des Pyrénées-Orientales, étude menée en partenariat avec l'Université de Perpignan, pour une durée de 24 mois.

Le projet TRAME-PO vise « à interroger la façon dont les « petits » maraîchers et éleveurs des Pyrénées-Orientales construisent et vivent leurs rapports au travail ».

• *Dans le cadre de l'axe 2 : Qualité de vie au travail de la main-d'œuvre agricole*

- ★ **Projet EQUITEXPO** : Caractérisation des bioaérosols fongiques en milieu équin et évaluation de leurs impacts sanitaires, étude menée en partenariat avec l'Université de Caen, pour une durée de 24 mois.

Il s'agit dans ce projet d'« étudier l'exposition des travailleurs du secteur équin aux bioaérosols fongiques et évaluation de leur impact sanitaire ».

- ★ **Projet QUALITRAV IA** : Qualité de vie au travail dans l'installation agricole : nouveaux travailleurs, travail non rémunéré et exploration de dispositifs de mise en marché, étude menée en partenariat avec l'INRAE, pour une durée de 12 mois.

Le projet propose ici d'étudier la question de l'installation en agriculture : « L'installation en agriculture repose sur du travail peu ou non rémunéré (agriculteurs, proches parents, WWOOFeurs, stagiaires, etc.) et sur l'expérimentation de diverses modalités de mise en marché qui conditionnent la qualité de vie au travail ».

• *Dans le cadre de l'axe 5 : Outils et évaluation pour la réduction des expositions aux produits phytopharmaceutiques*

- ★ **Projet TRANSFON** : Etude de l'interaction des fongicides avec les transporteurs membranaires de xénobiotiques et de molécules endogènes, étude menée en partenariat avec l'Université de Rennes, pour une durée de 24 mois.

L'objectif de ce projet est « d'évaluer si des pesticides de la famille des fongicides peuvent interagir avec des transporteurs membranaires aussi bien de xénobiotiques que de molécules endogènes entraînant ainsi des modifications de leur biodisponibilité dans l'organisme ».

Ce projet est disponible sur le lien <https://www.msa.fr/lfp/recherche-innovation> dans le document « Projets financés, édition 2024 ».

Proposition 25 :

Développer des travaux de recherche sur les thématiques en lien avec la prévention et l'évaluation des risques psychosociaux (RPS) et du mal-être en agriculture, les produits phytopharmaceutiques et marqueurs d'effets sur la santé et enfin les relations Homme/Animal et leur impact sur la santé professionnelle

L'Édition 2025, lancée en octobre 2024 et actuellement en cours, s'appuie sur 5 thématiques, ci-dessous rappelées :

- **Axe 1** : Outils d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux (RPS) et du mal-être en agriculture
- **Axe 2** : Mécanismes d'action des produits Phytopharmaceutiques et marqueurs d'effets sur la santé
- **Axe 3** : Relations Homme / Animal et impact sur la santé professionnelle
- **Axe 4** : Organisations sociales et économiques des entreprises agricoles et impacts sur les conditions de travail des salariés et non-salariés agricoles
- **Axe 5** : Intelligence Artificielle et protection sociale agricole

Les résultats de l'AAP MSA 2025 seront connus fin septembre 2025.

❖ Les résultats produits par les équipes de recherche

La MSA dispose progressivement des résultats de projets produits dans le cadre des AAP précédents. En plus de ceux mentionnés à l'occasion du dernier Rapport Charges et Produits MSA 2025, de nouveaux résultats sont aujourd'hui disponibles.

En complément, des résultats d'au moins 3 projets de recherche lancés par l'AAP 2020, réalisés entre 2020 et 2022, et relatifs à des questions de **santé mentale** ont été présentés dans le rapport Charges et Produits MSA 2024 :

- **MENTAGRO** pour *Santé mentale des agriculteurs en transition agro-écologique*,
- **MOSA** pour *Les motifs du suicide en agriculture : entre socialisation anticipatrice et absence de succession familiale*,
- et **STOP** pour *Suicides chez les Travailleurs agricoles : Observer et comprendre les facteurs de risques pour agir en Prévention*.

L'étude TRASAD : « Du Travail Soutenable en Agriculture durable : quelles transformations des conditions de travail dans les exploitations entamant une transition agro-écologique », issue de l'AAP MSA 2020 et mobilisant le laboratoire CED - Centre Emile DURKHEIM - CNRS / Sciences Po Bordeaux / Université de Bordeaux a pu aboutir à son tour en mars 2024.

L'équipe de recherche pilotée par Delphine THIVET, sociologue, maîtresse de conférence et porteur du projet, a en effet produit ses résultats, venant enrichir d'une part les connaissances relatives aux conditions de travail et d'emploi en situation de transition agro-écologique, et au-delà en éclairant la question peu traitée de la soutenabilité sociale de ce modèle productif. Ce travail a été mené en secteur viticole à partir d'une comparaison entre trois régions : la Nouvelle Aquitaine, l'Occitanie et le Grand Est.

La capitalisation progressive des connaissances de la MSA sur les questions du mal-être dans diverses approches a par ailleurs permis la mise en visibilité des résultats des projets finalisés sur notre site msa.fr à partir du lien suivant : <https://www.msa.fr/lfp/recherche-innovation>.

3.7.5. Renforcer la stratégie du régime agricole en matière d'*open data* en santé

Afin de renforcer encore la stratégie d'*open data* de la MSA et valoriser les données de santé du régime agricole, la MSA souhaite enrichir ses solutions de *data visualisation*.

Un nouveau portail a été déployé au début de l'année 2025 : <https://dataviz.msa.fr/>.

Il comporte actuellement deux récits et sera complété d'ici à 2026 par les réalisations suivantes :

- Développement d'une version mobile pour les 2 récits déjà existants (*Portraits de santé et principales pathologies* et *Les territoires et l'accessibilité aux soins*).
- Elaboration de 2 nouveaux récits (incluant leur version mobile) :
 - un récit sur la santé mentale des assurés du régime agricole,
 - un récit sur les accidents du travail et maladies professionnelles au régime agricole.

Proposition 26 :
Enrichir le portail de *datavisualisation* des données de santé de la MSA avec de nouveaux récits
(*data storytelling*)

Annexes

Annexe 1 : Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2025

1.1. Axe « Prévention, promotion et éducation pour la santé »

Proposition	Etat d'avancement
1. Développer l'approche motivationnelle dans les dispositifs de prévention à tous les âges de la vie	Action engagée. Cf Encadré 3 dans la partie 3.1.1.
2. Impulser une nouvelle stratégie préventive dentaire, intégrant le plan Génération Sans Carie, à destination des besoins spécifiques de la population agricole et rurale	Action engagée. Cf d. Prévention bucco-dentaire dans la partie 3.1.1.
3. Améliorer l'impact des dispositifs d'aller-vers MSA suite aux résultats d'évaluation d'impact produits	Action engagée. Cf Encadré 6 dans la partie 3.1.1.
4. Mettre à disposition des acteurs concernés un outil de diagnostic territorial dédié à la Santé Sécurité au Travail (SST) à partir de GéoMSA	Action engagée. La CCMSA a réalisé et mis à disposition du réseau MSA deux rapports par caisse (un rapport sur les salariés agricoles et un rapport sur les non-salariés agricoles) et deux rapports nationaux (salariés et non-salariés) concernant la sinistralité ATMP et les données de population, soit 72 rapports au total. Chaque rapport comprend plus de 200 indicateurs. L'intégration dans GéoMSA est à réaliser.

1.2. Axe « Prévention et lutte contre le mal-être »

Proposition	Etat d'avancement
5. Former le plus grand nombre à la détection du mal-être	<p>Action engagée. Plus de 8 000 sentinelles ont été recensées au 31 décembre 2024 et plus de 10 000 acteurs de la détection plus globalement. En effet, au-delà de la formation Sentinelles, incontournable de la feuille de route santé mentale et du plan interministériel de prévention du mal-être, les caisses de MSA déploient aussi d'autres formations à la détection du mal-être et des modules de sensibilisation. Cela permet de s'adapter aux différents besoins ou capacités des partenaires et acteurs souhaitant s'engager dans la prévention du mal-être. Fin 2024, la MSA a proposé à l'Etat un premier niveau de sensibilisation des contrôleurs dans le cadre de la circulaire Matignon sur le contrôle unique : la circulaire impose la formation à la prévention du mal-être et la MSA, forte de son expertise et de son positionnement dans le monde agricole, souhaite contribuer à cet enjeu de montée en compétence.</p> <p>Cette démarche de sensibilisation et formation est appuyée depuis 2024 par AGRICA qui apporte un soutien financier aux caisses de MSA pour former des salariés, actifs ou inactifs, du secteur agricole.</p> <p>Pour renforcer la formation Sentinelles, la MSA co-élabore une convention avec le GEPS pour définir le rôle de chacun et les modalités de déploiement au niveau national et local. Dans ce cadre, ils expérimentent une formation de facilitateur agricole en mai 2025 pour appuyer le psychologue clinicien lors de la formation et accompagner le groupe à l'acculturation du sujet de la crise suicidaire dans le monde agricole.</p>

6. Améliorer la visibilité des ressources locales et nationales pour une orientation plus pertinente

Action engagée. La CCMSA a poursuivi l'important travail de reporting en actualisant les données chaque semestre notamment sur les sentinelles, appels Agri'écoute et pour la première fois, sur le nombre de signalements reçus et traités en MSA. Ces données sont consolidées au niveau national et partagées avec le réseau, en mettant à disposition des cartographies dédiées, à l'échelle la plus pertinente possible, régionale ou MSA. Ainsi, les caisses de MSA peuvent partager ces données lors des comités départementaux pour alimenter les diagnostics et les réflexions. Au niveau national, ces données sont transmises à la cellule interministérielle, au Ministère de l'Agriculture et de la Souveraineté alimentaire et présentées lors des instances du plan interministériel.

Les caisses de MSA ont largement contribué encore cette année à organiser, alimenter, animer les comités départementaux : elles ont réalisé ou mis à jour les diagnostics locaux et surtout ont diffusé très largement les annuaires référençant les offres locales identifiées, émanant de ces diagnostics. Le plus souvent cet annuaire est remis lors des sensibilisations et formations à la détection du mal-être afin d'outiller les acteurs concernés avec les ressources locales.

Le portail numérique national de la prévention du mal-être n'a pas été mis en place par les acteurs nationaux du plan interministériel. La MSA continue à enrichir et actualiser les données de GéoMSA mal-être (geomsa.msa.fr).

7. Cibler les publics moins adressés et touchés par le mal-être, en particulier le public senior ou les populations à risque requérant une expertise particulière

Action engagée. Pour renforcer toujours plus l'adressage de certains publics (seniors, femmes, nouveaux installés, jeunes), la MSA a poursuivi son engagement volontariste en 2025 dans sa politique de prévention du mal-être.

Le cahier des charges de l'appel à projets a été modifié pour favoriser les actions ciblant les publics sous-représentés. Cette évolution s'est traduite par une diversification effective des bénéficiaires : en 2025, 60 % des projets intègrent au moins un des publics les moins adressés, à savoir les jeunes, les femmes, les seniors, les salariés agricoles. La prise en compte de ce dernier public a été renforcée par un partenariat avec AGRICA.

Des crédits complémentaires ont été attribués aux caisses pour développer des actions ciblées, et des temps de mutualisation ont été mis en place pour capitaliser sur les initiatives efficaces au sein du réseau.

En termes d'actions d'aller-vers, les caisses de MSA déploient de plus en plus des campagnes d'appels ou de courriers sortants ciblées afin d'identifier précocement les situations de fragilité. Elles s'appuient notamment sur la connaissance des bases et réalisent des requêtes, par exemple sur le non-paiement des cotisations ou d'autres indicateurs de fragilité.

Les caisses de MSA expérimentent aussi des nouvelles approches afin d'atteindre des publics traditionnellement peu connectés aux dispositifs de prévention. Il peut être cité la mise en place d'un réseau d'infirmiers assurant le repérage du mal-être en zone rurale seniorisée ou d'une démarche communautaire sur le lieu de vie visant à former l'ensemble des acteurs d'un village à la détection des signes de mal-être.

Sur les initiatives locales, lorsqu'un public est difficile à atteindre directement, la MSA mobilise les relais locaux pour repérer et orienter les personnes en souffrance.

1.3. Axe « Une seule santé »

Proposition	Etat d'avancement
8. Promouvoir l'approche « Une seule santé » en développant une approche intégrée et unificatrice des actions de santé publique de la MSA	Action engagée. En 2025, plusieurs ateliers de sensibilisation à l'approche « une seule santé » ont eu lieu auprès de référents métiers de la CCMSA et des directeurs des caisses de MSA. La MSA s'appuie sur ces référents pour co-construire sa future stratégie santé 2026-2030 et y intégrer davantage l'approche « une seule santé ».

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

Proposition	Etat d'avancement
9. Poursuivre et amplifier le rôle de facilitateur de la MSA dans l'organisation en santé en milieu rural notamment par l'accompagnement au développement de nouvelles structures d'exercice coordonné (MSP, CPTS) et à leur portage d'actions de santé publique ainsi qu'aux relations entre CPTS et hôpitaux de proximité pour favoriser les parcours de soins et répondre aux besoins de la population locale	<p>Action terminée. La MSA s'engage à améliorer l'accès aux soins et aux droits de santé dans les zones rurales isolées. Elle développe la coopération entre professionnels de santé, spécialistes et acteurs sociaux dans les territoires ruraux. Depuis 2020, grâce à son ingénierie territoriale, la MSA a soutenu la création de 385 projets de santé d'organisations d'exercice coordonné, soit 258 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, 105 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, 9 Centres de Santé Pluriprofessionnels et 13 Équipes de Soins Primaires.</p> <p>Pour renforcer le lien ville-hôpital, un projet est déployé dans 13 régions en 2024, visant à améliorer la coordination entre structures ambulatoires et hôpitaux de proximité. La MSA développe également des actions de prévention importantes, notamment l'Éducation thérapeutique du patient (ET3P) avec 92 équipes formées depuis 2021. L'Éducation à la santé familiale (ESF) est déployée dans 3 régions : Bourgogne Franche-Comté, Grand Est et Normandie.</p> <p>Pour promouvoir l'exercice coordonné en milieu rural, la MSA a créé le programme Educ'Tour, avec 9 séminaires organisés en 2024. Ce programme vise à former les étudiants en santé à la pratique de l'exercice coordonné en milieu rural.</p>

1.5. Axe « Qualité des pratiques, pertinence des soins et parcours de soins »

Proposition	Etat d'avancement
10. Sensibiliser les assurés agricoles aux règles de prise en charge des bandelettes d'autosurveillance de la glycémie	Action reportée. Action inscrite au Plan National de Gestion du Risque maladie de la MSA pour 2025.
11. Accompagner les professionnels de santé réalisant des actes bucco-dentaires au respect des bonnes pratiques pour l'acte Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage direct	<p>Action engagée. Action inscrite au Plan National de Gestion du Risque maladie de la MSA pour 2025</p> <p>Il s'agit de vérifier la conformité de la facturation, sur la période du 01/01/23 au 31/12/23, de l'acte Hbfd010 « Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage direct », ainsi que l'application des recommandations de bonnes pratiques.</p>
12. Instaurer une délégation de compétences des praticiens-conseils envers les auxiliaires médicaux du service du contrôle médical des caisses de MSA	<p>Action neutralisée : La mesure portée par la MSA n'a pas été retenue dans la LFSS pour 2025. Elle est repositionnée pour examen dans le cadre du PLFSS 2026.</p> <p>L'extension de la délégation aux régimes agricoles auprès des auxiliaires médicaux (infirmiers des services du contrôle médical - ISCM) des services du contrôle médical, permettra d'optimiser les ressources médicales</p>

existantes et de renforcer l'efficacité du système. En libérant du temps pour les praticiens-conseils et en accélérant le traitement des dossiers, cette mesure contribue à une meilleure maîtrise des dépenses de santé et à la réduction des coûts évitables. Elle s'inscrit pleinement dans les objectifs de la loi de financement de la sécurité sociale en améliorant l'efficacité des dispositifs de contrôle, de prévention et d'accompagnement des assurés.

<p>13. Renforcer l'offre de service auprès des grands comptes (entreprises de plus de 50 salariés agricoles) avec une sensibilisation par la diffusion d'une cartographie nationale des arrêts de travail pour maladie et accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) associée à une information générale sur la réglementation des arrêts de travail ainsi que sur la prévention</p>	<p>Action engagée. Cette première étape est livrée au réseau. Une information a été réalisée en Comité technique GDR, au réseau des référents entreprises, ainsi que sous forme de webinaire de présentation. Le déploiement sera réalisé à compter de fin juin 2025 par un webinaire d'information et de communication à destination des entreprises. Cf 3.5.2.3.</p>
<p>14. S'articuler avec ces entreprises sur la base du volontariat dans l'objectif de leur présenter leur cartographie, recueillir leurs remarques, les informer sur la réglementation des indemnités journalières et leur proposer des actions de prévention ciblées à déployer</p>	<p>Action non engagée. Il s'agira de la 2^{ème} étape de l'action prévue en déploiement en 2026. Le premier groupe de travail dans cet objectif est prévu fin juin 2025.</p>
<p>15. Evaluer dans l'objectif de généraliser l'action à destination des grands comptes</p>	<p>Action engagée. Pour la première étape une évaluation est prévue et formalisée et sera analysée à l'issue du déploiement des webinaraires. Pour la deuxième étape l'action n'est pas engagée et sera bien sûr menée à bien en 2026 avec à l'issue une agrégation des deux évaluations.</p>
<p>16. Maîtriser les dépenses d'indemnités journalières sur les risques maladie et AT/MP, en repérant les entreprises qui présentent une volumétrie atypique d'arrêts de travail et en les accompagnant</p>	<p>Action non engagée. Cette étape sera la 2^{ème} étape de cette action et sera déployée en 2026, le premier groupe de travail est prévu fin juin 2025.</p>

1.6. Axe « Contrôle et lutte contre la fraude »

Proposition	Etat d'avancement
<p>17. Lutter contre la fraude des audio-prothésistes</p>	<p>Action engagée. Cf Annexe 4.</p>
<p>18. Faciliter les échanges en matière de lutte contre la fraude en mutualisant le repérage des cas de fraudes entre la CCMSA et la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel Ferroviaire (CPRPF)</p>	<p>Action engagée. La CCMSA a initié en 2024 une réunion avec la CPRPF sur le thème de la lutte contre la fraude pour échanger sur les pratiques et les dossiers. Les échanges vont continuer en 2025.</p>

1.7. Axe « Enjeux numériques et recherche en santé »

Proposition	Etat d'avancement
19. Moderniser et améliorer la gestion des indemnités journalières	Action engagée. Le processus rénové de liquidation des indemnités journalières a été présenté au réseau des caisses de MSA mi-mai 2025, pour une mise en œuvre au 1 ^{er} septembre 2025. Par ailleurs, l'offre de service aux employeurs a été étoffée par la mise en production du dépôt des DAT au format EDI. La dématérialisation du bordereau de paiement des indemnités journalières subrogées a été testée avec succès, son déploiement industriel interviendra en 2026. Enfin, les travaux pour améliorer l'intégration des AATe et des DSN, dont les DSN Reprise à Temps Partiel pour Motif Thérapeutique se poursuivent.
20. Développer des travaux de recherche sur les thématiques en lien avec le mal-être/bien-être, les transitions agro-écologiques, l'exercice coordonné en milieu rural et l'exposition aux produits phytopharmaceutiques	Action engagée. Cf partie 3.7.5.
21. Déployer un site de datavisualisation des données de santé du régime agricole	Action terminée. Dans le contexte de sa stratégie d'ouverture de ses données, la MSA enrichit la connaissance sur le monde agricole en proposant un parcours des données du régime sous forme de récits via un nouvel outil. Une plateforme de data visualisation « Dataviz MSA » a été mise en ligne avec deux récits en janvier 2025 (https://dataviz.msa.fr/) et a vocation à s'enrichir progressivement : <ul style="list-style-type: none"> - Portraits de santé et principales pathologies des ressortissants agricoles, - Les territoires et l'accessibilité aux soins.

Annexe 2 : La cartographie des pathologies au régime agricole

Tableau 64 :
Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, par pathologie, en 2023

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles			
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	
Maladies cardiovasculaires	Syndrome coronaire aigu	6 192	97,4	**	3 476	98,4	non-significatif	2 716	96,3	**
	Maladie coronaire chronique	135 739	89,3	***	76 666	87,0	***	59 073	92,5	***
	Maladie coronaire	141 931	89,6	***	80 142	87,4	***	61 789	92,6	***
	Accident vasculaire cérébral aigu	8 365	98,5	non-significatif	5 240	99,1	non-significatif	3 125	97,5	non-significatif
	Séquelle d'accident vasculaire cérébral	58 206	99,3	*	35 904	99,9	non-significatif	22 302	98,4	**
	Accident vasculaire cérébral	66 571	99,2	**	41 144	99,8	non-significatif	25 427	98,3	***
	Insuffisance cardiaque aiguë	17 091	113,5	***	12 247	117,5	***	4 844	104,5	***
	Insuffisance cardiaque chronique	61 716	117,5	***	42 405	121,3	***	19 311	109,9	***
	Insuffisance cardiaque	78 807	116,6	***	54 652	120,4	***	24 155	108,8	***
	Artériopathie périphérique	44 004	85,6	***	23 230	76,7	***	20 774	98,4	**
	Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque	169 598	110,5	***	112 181	113,9	***	57 417	104,3	***
	Maladie valvulaire	43 353	119,7	***	29 576	127,8	***	13 777	105,5	***
	Embolie pulmonaire	3 150	102,4	non-significatif	1 970	108,7	***	1 180	93,3	**
	Autres affections cardiovasculaires	30 344	117,7	***	17 537	122,2	***	12 807	112,1	***
	Maladies cardiovasculaires aiguës	33 636	105,4	***	22 117	108,6	***	11 519	99,6	non-significatif
	Maladies cardiovasculaires chroniques	379 103	100,4	**	230 288	101,3	***	148 815	99,0	***
Maladies cardiovasculaires	387 449	100,3	*	235 057	101,2	***	152 392	98,9	***	
Traitements du risque vasculaire	Traitements antihypertenseurs (hors pathologies)	448 423	105,1	***	250 004	108,2	***	198 419	101,4	***
	Traitements hypolipémiants (hors pathologies)	202 825	102,0	***	108 273	102,6	***	94 552	101,3	***
	Traitements du risque vasculaire (hors pathologies)	516 674	104,2	***	282 535	107,0	***	234 139	101,1	***
	Traitements antihypertenseurs (avec ou sans pathologies)	780 849	100,6	***	437 836	100,6	***	343 013	100,5	***
	Traitements hypolipémiants (avec ou sans pathologies)	451 547	94,5	***	236 880	91,1	***	214 667	98,6	***
	Traitements du risque vasculaire (avec ou sans pathologies)	885 108	99,7	***	486 118	99,4	***	398 990	100,1	non-significatif
Maladies cardiovasculaires et traitements du risque cardiovasculaire	828 996	101,5	***	467 424	102,7	***	361 572	100,0	non-significatif	
Diabète	Diabète insulino-traité	48 290	91,7	***	22 289	80,7	***	26 001	103,8	***
	Diabète	230 697	90,7	***	109 477	80,8	***	121 220	102,0	***

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité
Cancer du sein de la femme actif	10 479	89,9	***	4 701	81,6	***	5 778	98,0	non-significatif
Cancer du sein de la femme sous surveillance	21 542	82,4	***	11 891	76,8	***	9 651	90,4	***
Cancer du sein de la femme	32 021	84,7	***	16 592	78,1	***	15 429	93,1	***
Cancer colorectal actif	9 093	93,7	***	4 930	90,9	***	4 163	97,2	*
Cancer colorectal sous surveillance	14 342	95,3	***	8 672	93,0	***	5 670	99,2	non-significatif
Cancer colorectal	23 435	94,7	***	13 602	92,2	***	9 833	98,3	*
Cancer bronchopulmonaire actif	5 139	74,7	***	1 865	53,2	***	3 274	97,1	*
Cancer bronchopulmonaire sous surveillance	2 600	69,7	***	1 073	52,3	***	1 527	90,8	***
Cancer bronchopulmonaire	7 739	72,9	***	2 938	52,9	***	4 801	95,0	***
Cancer de la prostate actif	18 747	99,7	non-significatif	10 958	103,8	***	7 789	94,5	***
Cancer de la prostate sous surveillance	23 815	96,7	***	14 254	97,0	***	9 561	96,2	***
Cancer de la prostate	42 562	98,0	***	25 212	99,8	non-significatif	17 350	95,4	***
Autres cancers actifs	56 917	92,3	***	30 638	89,1	***	26 279	96,4	***
Autres cancers sous surveillance	59 760	92,9	***	34 282	91,4	***	25 478	95,1	***
Autres cancers	116 677	92,6	***	64 920	90,3	***	51 757	95,8	***
Cancer du foie ou des voies biliaires actif	1 810	80,0	***	893	72,2	***	917	89,4	***
Cancer du foie ou des voies biliaires sous surveillance	982	82,4	***	498	73,3	***	484	94,5	non-significatif
Cancer du foie ou des voies biliaires	2 792	80,8	***	1 391	72,6	***	1 401	91,1	***
Cancer de l'os actif	395	94,6	non-significatif	170	84,3	**	225	104,3	non-significatif
Cancer de l'os sous surveillance	529	89,8	**	252	89,7	*	277	90,0	*
Cancer de l'os	924	91,8	***	422	87,4	***	502	95,9	non-significatif
Cancer du col de l'utérus actif	922	85,8	***	211	62,5	***	711	96,4	non-significatif
Cancer du col de l'utérus sous surveillance	1 315	75,7	***	368	56,0	***	947	87,7	***
Cancer du col de l'utérus	2 237	79,5	***	579	58,2	***	1 658	91,2	***
Cancer du corps de l'utérus actif	1 241	99,9	non-significatif	688	100,7	non-significatif	553	98,9	non-significatif
Cancer du corps de l'utérus sous surveillance	2 118	100,8	non-significatif	1 338	99,6	non-significatif	780	102,9	non-significatif
Cancer du corps de l'utérus	3 359	100,5	non-significatif	2 026	99,9	non-significatif	1 333	101,2	non-significatif
Cancer de l'estomac actif	1 229	89,9	***	616	82,6	***	613	98,5	non-significatif
Cancer de l'estomac sous surveillance	1 395	94,9	*	787	88,5	***	608	104,7	non-significatif
Cancer de l'estomac	2 624	92,5	***	1 403	85,8	***	1 221	101,5	non-significatif
Leucémie lymphoïde, chronique ou non précisée, active	1 912	99,8	non-significatif	1 074	100,0	non-significatif	838	99,5	non-significatif
Leucémie lymphoïde, chronique ou non précisée, sous surveillance	3 221	109,9	***	2 048	114,0	***	1 173	103,5	non-significatif
Leucémie lymphoïde, chronique ou non précisée	5 133	105,9	***	3 122	108,7	***	2 011	101,8	non-significatif
Leucémie myéloïde aigüe active	678	92,4	**	375	94,3	non-significatif	303	90,1	*
Leucémie myéloïde aigüe sous surveillance	214	95,0	non-significatif	94	85,9	non-significatif	120	103,4	non-significatif
Leucémie myéloïde aigüe	892	93,0	**	469	92,5	*	423	93,5	non-significatif
Leucémie myéloïde, chronique ou non précisée active	1 128	91,5	***	578	90,0	**	550	93,0	*
Leucémie myéloïde, chronique ou non précisée sous surveillance	574	97,7	non-significatif	292	91,8	non-significatif	282	104,8	non-significatif
Leucémie myéloïde, chronique ou non précisée	1 702	93,5	***	870	90,6	***	832	96,7	non-significatif
Lymphome hodgkinien actif	401	96,7	non-significatif	162	98,4	non-significatif	239	95,6	non-significatif
Lymphome hodgkinien sous surveillance	696	96,3	non-significatif	276	95,2	non-significatif	420	97,0	non-significatif
Lymphome hodgkinien	1 097	96,4	non-significatif	438	96,4	non-significatif	659	96,5	non-significatif
Lymphome non hodgkinien actif	3 487	95,1	***	1 885	94,2	***	1 602	96,1	non-significatif
Lymphome non hodgkinien sous surveillance	4 102	94,1	***	2 412	94,8	***	1 690	93,3	***
Lymphome non hodgkinien	7 589	94,6	***	4 297	94,5	***	3 292	94,6	***

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité
Maladie myéloproliférative et syndrome myélodysplasique actifs	4 182	90,6	***	2 474	88,1	***	1 708	94,5	**
Maladie myéloproliférative et syndrome myélodysplasique sous surveillance	6 259	91,9	***	3 826	89,4	***	2 433	96,0	**
Maladie myéloproliférative et syndrome myélodysplasique	10 441	91,4	***	6 300	88,9	***	4 141	95,4	***
Myélome multiple et tumeur maligne à plasmocytes actives	2 183	96,1	*	1 241	95,3	*	942	97,1	non-significatif
Myélome multiple et tumeur maligne à plasmocytes sous surveillance	1 053	106,1	*	642	105,9	non-significatif	411	106,5	non-significatif
Myélome multiple et tumeur maligne à plasmocytes	3 236	99,1	non-significatif	1 883	98,7	non-significatif	1 353	99,8	non-significatif
Mélanome de la peau actif	4 199	99,5	non-significatif	2 439	102,1	non-significatif	1 760	96,1	*
Mélanome de la peau sous surveillance	5 991	97,7	*	3 608	98,5	non-significatif	2 383	96,6	*
Mélanome de la peau	10 190	98,5	non-significatif	6 047	99,9	non-significatif	4 143	96,4	**
Cancer de l'oesophage actif	976	97,1	non-significatif	482	91,1	**	494	103,8	non-significatif
Cancer de l'oesophage sous surveillance	566	90,0	**	285	81,4	***	281	100,7	non-significatif
Cancer de l'oesophage	1 542	94,4	**	767	87,2	***	775	102,7	non-significatif
Cancer de l'ovaire actif	1 165	99,8	non-significatif	599	99,5	non-significatif	566	100,2	non-significatif
Cancer de l'ovaire sous surveillance	941	95,5	non-significatif	539	96,9	non-significatif	402	93,6	non-significatif
Cancer de l'ovaire	2 106	97,8	non-significatif	1 138	98,3	non-significatif	968	97,3	non-significatif
Cancer du pancréas actif	2 093	91,8	***	1 098	86,8	***	995	98,0	non-significatif
Cancer du pancréas sous surveillance	858	84,3	***	475	80,3	***	383	89,8	**
Cancer du pancréas	2 951	89,5	***	1 573	84,7	***	1 378	95,5	*
Cancer de la peau (hors mélanome) actif	14512	96,5	***	9 232	97,2	***	5280	95,2	***
Cancer de la peau (hors mélanome) sous surveillance	16120	100,5	non-significatif	10 454	101,2	non-significatif	5666	99,1	non-significatif
Cancer de la peau (hors mélanome)	30632	98,5	***	19 686	99,3	non-significatif	10946	97,1	***
Cancer du rein actif	2824	99,5	non-significatif	1 506	100,8	non-significatif	1318	98,0	non-significatif
Cancer du rein sous surveillance	4 110	95,3	***	2 428	97,4	non-significatif	1682	92,6	***
Cancer du rein	6 934	97,0	**	3 934	98,6	non-significatif	3 000	94,9	***
Cancer du système nerveux actif	1 356	101,8	non-significatif	608	101,3	non-significatif	748	102,2	non-significatif
Cancer du système nerveux sous surveillance	1 496	101,9	non-significatif	676	100,7	non-significatif	820	103,0	non-significatif
Cancer du système nerveux	2 852	101,9	non-significatif	1 284	101,0	non-significatif	1 568	102,6	non-significatif
Cancer de la thyroïde actif	1 033	90,5	***	388	82,0	***	645	96,6	non-significatif
Cancer de la thyroïde sous surveillance	3 645	91,2	***	1 682	87,4	***	1963	94,7	**
Cancer de la thyroïde	4 678	91,0	***	2 070	86,3	***	2 608	95,1	**
Cancer des tissus mous actif	575	91,7	**	270	85,9	**	305	97,7	non-significatif
Cancer des tissus mous sous surveillance	619	86,3	***	314	83,1	***	305	89,9	*
Cancer des tissus mous	1 194	88,8	***	584	84,4	***	610	93,6	non-significatif
Cancer des voies aérodigestives supérieures actif (VADS)	3017	87,4	***	1 150	65,3	***	1867	110,5	***
Cancer des voies aérodigestives supérieures sous surveillance (VADS)	3453	82,9	***	1 614	70,9	***	1839	97,5	non-significatif
Cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS)	6470	85,0	***	2 764	68,4	***	3706	103,6	**
Cancer de la vessie actif	5 077	74,5	***	2 560	65,4	***	2517	86,7	***
Cancer de la vessie sous surveillance	5697	73,4	***	3 138	66,1	***	2559	84,8	***
Cancer de la vessie	10 774	73,9	***	5 698	65,8	***	5076	85,7	***
Cancer de l'appareil digestif sans précision actif	45	71,7	**	22	65,1	**	23	79,5	non-significatif
Cancer de l'appareil digestif sans précision sous surveillance	80	94,8	non-significatif	43	85,7	non-significatif	37	108,2	non-significatif
Cancer de l'appareil digestif sans précision	125	85,0	*	65	77,4	**	60	95,1	non-significatif

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...		Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
		nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité
Cancers	Cancer des organes génitaux féminins sans précision actif	100	86,7	non-significatif	56	92,0	non-significatif	44	80,9	non-significatif
	Cancer des organes génitaux féminins sans précision sous surveillance	419	98,4	non-significatif	250	96,3	non-significatif	169	101,7	non-significatif
	Cancer des organes génitaux féminins sans précision	519	95,9	non-significatif	306	95,5	non-significatif	213	96,6	non-significatif
	Cancer des organes génitaux masculins sans précision actif	33	67,1	**	14	63,2	*	19	70,2	non-significatif
	Cancer des organes génitaux masculins sans précision sous surveillance	112	114,4	non-significatif	48	114,0	non-significatif	64	114,7	non-significatif
	Cancer des organes génitaux masculins sans précision	145	98,6	non-significatif	62	96,5	non-significatif	83	100,2	non-significatif
	Cancer d'une glande endocrine sans précision actif	171	91,2	non-significatif	91	111,2	non-significatif	80	75,7	**
	Cancer d'une glande endocrine sans précision	222	88,9	*	111	97,9	non-significatif	111	81,4	**
	Cancer d'une glande endocrine sans précision sous surveillance	393	89,9	**	202	103,4	non-significatif	191	78,9	***
	Cancer hématologique sans précision actif	250	113,4	**	133	117,6	*	117	108,9	non-significatif
	Cancer hématologique sans précision	240	84,0	***	121	85,9	*	119	82,1	**
	Cancer hématologique sans précision sous surveillance	490	96,8	non-significatif	254	100,0	non-significatif	236	93,5	non-significatif
	Leucémie lymphoïde aigüe active	197	106,6	non-significatif	74	109,6	non-significatif	123	104,8	non-significatif
	Leucémie lymphoïde aigüe sous surveillance	102	100,9	non-significatif	36	113,1	non-significatif	66	95,3	non-significatif
	Leucémie lymphoïde aigüe	299	104,6	non-significatif	110	110,7	non-significatif	189	101,3	non-significatif
	Cancer de l'appareil respiratoire/thorax sans précision active	342	87,9	**	155	80,2	***	187	95,6	non-significatif
	Cancer de l'appareil respiratoire/thorax sans précision sous surveillance	329	92,3	non-significatif	141	76,2	***	188	109,7	non-significatif
	Cancer de l'appareil respiratoire/thorax sans précision	671	90,0	***	296	78,2	***	375	102,2	non-significatif
	Cancer de l'appareil urinaire sans précision active	36	70,3	**	17	58,8	**	19	85,4	non-significatif
	Cancer de l'appareil urinaire sans précision sous surveillance	106	81,3	**	53	67,1	***	53	103,1	non-significatif
	Cancer de l'appareil urinaire sans précision	142	78,2	***	70	64,9	***	72	97,7	non-significatif
	Cancers non classés ailleurs actifs	5147	90,5	***	2 625	86,5	***	2522	95,0	***
	Cancers non classés ailleurs sous surveillance	5685	89,2	***	2 966	84,8	***	2719	94,6	***
	Cancers non classés ailleurs	10832	89,8	***	5 591	85,6	***	5241	94,8	***
	Cancers actifs	94335	93,0	***	49 822	89,8	***	44513	96,8	***
	Cancers sous surveillance	115 848	91,8	***	66 444	89,6	***	49404	94,9	***
	Cancers	205 871	92,5	***	113 815	90,0	***	92 056	95,9	***

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...		Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
		nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité
Maladies psychiatriques	Troubles psychotiques	17 862	81,1	***	5 484	62,5	***	12 378	93,5	***
	Troubles névrotiques et de l'humeur:	67 909	94,9	***	29 806	86,9	***	38 103	102,3	***
	- dont troubles maniaques et bipolaires	12 234	93,4	***	4 860	89,9	***	7 374	95,9	***
	- dont dépression et troubles de l'humeur autres que bipolaires	38 895	96,4	***	16 403	85,5	***	22 492	106,2	***
	- dont troubles névrotiques liés au stress et somatoformes	26 235	92,4	***	12 429	86,2	***	13 806	98,8	non-significatif
	Déficience mentale	5 401	93,8	***	794	41,6	***	4 607	119,6	***
	Troubles addictifs:	29 405	85,9	***	6 491	49,1	***	22 914	109,1	***
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives que l'alcool, le tabac et le cannabis	3 100	109,0	***	279	31,0	***	2 821	145,1	***
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation d'alcool	12 810	99,3	non-significatif	2 680	52,6	***	10 130	129,8	***
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation de dérivés du cannabis	1 340	82,8	***	104	23,5	***	1 236	105,2	*
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation du tabac	17 311	77,2	***	4 073	46,8	***	13 238	96,5	***
	Troubles psychiatriques débutant dans l'enfance	7 176	83,7	***	1 264	63,3	***	5 912	89,9	***
	Autres troubles psychiatriques	13 912	71,6	***	5 203	58,7	***	8 709	82,4	***
Maladies psychiatriques	121 051	88,5	***	44 209	73,8	***	76 842	100,1	non-significatif	
Traitements psychotropes (hors pathologies)	Traitements antidépresseurs ou thymorégulateurs (hors pathologies)	165 309	93,2	***	83 633	93,0	***	81 676	93,4	***
	Traitements neuroleptiques (hors pathologies)	19 954	99,2	non-significatif	10 783	96,3	***	9 171	102,9	***
	Traitements anxiolytiques (hors pathologies)	162 977	96,3	***	87 333	95,2	***	75 644	97,6	***
	Traitements hypnotiques (hors pathologies)	59 101	89,3	***	32 366	86,2	***	26 735	93,4	***
	Traitements psychotropes (hors pathologies)	299 426	94,6	***	157 286	93,5	***	142 140	95,8	***
Traitements psychotropes (avec ou sans pathologies)	Traitements antidépresseurs ou thymorégulateurs	228 065	92,8	***	111 431	90,6	***	116 634	95,0	***
	Traitements neuroleptiques	52 028	92,6	***	21 681	84,0	***	30 347	99,9	non-significatif
	Traitements anxiolytiques	210 279	94,7	***	106 629	91,5	***	103 650	98,2	***
	Traitements hypnotiques	76 946	87,7	***	39 442	82,6	***	37 504	93,8	***
	Traitements psychotropes	380 893	93,4	***	190 674	90,4	***	190 219	96,6	***
Maladies psychiatriques ou psychotropes	Maladies psychiatriques ou psychotropes	420 477	92,8	***	201 495	88,3	***	218 982	97,3	***
Maladies neurologiques	Démences (dont maladie d'Alzheimer):	60 600	93,1	***	44 127	92,0	***	16 473	96,4	***
	- dont maladie d'Alzheimer	28 974	89,5	***	21 231	88,5	***	7 743	92,5	***
	- dont autres démences	31 626	96,7	***	22 896	95,5	***	8 730	100,1	non-significatif
	Maladie de Parkinson	21 127	104,3	***	13 600	106,2	***	7 527	100,9	non-significatif
	Sclérose en plaques	4 404	84,9	***	1 446	78,5	***	2 958	88,4	***
	Lésion médullaire	4 281	89,6	***	1 703	80,2	***	2 578	97,0	non-significatif
	- dont spina bifida	170	61,5	***	34	40,3	***	136	70,8	***
	- dont paraplégie spastique héréditaire	112	79,8	**	42	72,1	**	70	85,2	non-significatif
	Myopathie ou myasthénie	2 064	78,7	***	851	73,6	***	1 213	82,7	***
	Épilepsie	26 631	101,2	**	11 146	91,0	***	15 485	110,1	***
	Autres affections neurologiques	8 255	80,3	***	3 373	71,8	***	4 882	87,5	***
Maladies neurologiques ou dégénératives	119 707	95,0	***	71 459	92,3	***	48 248	99,3	non-significatif	
Maladies respiratoires chroniques	Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	184 698	94,6	***	82 519	90,6	***	102 179	98,1	***
	Maladies respiratoires chroniques (avec ou sans mucoviscidose)	184 817	94,5	***	82 549	90,5	***	102 268	98,1	***

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles			
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	
Maladies inflammatoires ou rares ou infection VIH	Maladies inflammatoires chroniques intestinales	11 268	81,5	***	3 778	71,7	***	7 490	87,5	***
	Polyarthrite rhumatoïde ou maladies apparentées	19 745	107,8	***	11 044	112,9	***	8 701	102,1	*
	Spondylarthrite ankylosante ou maladies apparentées	11 151	88,6	***	4 475	85,8	***	6 676	90,5	***
	Autres maladies inflammatoires chroniques	12 499	93,3	***	6 869	95,7	***	5 630	90,5	***
	Maladies inflammatoires chroniques	52 152	94,2	***	24 959	95,5	***	27 193	93,0	***
	Maladies métaboliques héréditaires ou amylose	7 087	105,9	***	3 571	109,8	***	3 516	102,2	non-significatif
	Mucoviscidose	289	82,8	***	77	79,7	**	212	84,0	***
	Hémophilie ou troubles de l'hémostase graves	2 441	77,0	***	1 016	71,4	***	1 425	81,6	***
	- dont hémophilie	402	100,9	non-significatif	144	99,1	non-significatif	258	102,0	non-significatif
	- dont troubles de l'hémostase graves	2 039	73,5	***	872	68,2	***	1 167	78,1	***
	Maladies rares	9 802	96,2	***	4 654	97,7	non-significatif	5 148	94,9	***
	Infection par le VIH	2 868	39,4	***	587	21,5	***	2 281	50,1	***
	Maladies inflammatoires ou rares ou infection VIH	64 411	89,1	***	30 013	90,0	***	34 398	88,4	***
Insuffisance rénale chronique terminale	Dialyse chronique:	2 877	82,2	***	1 439	72,9	***	1 438	94,3	**
	- dont dialyse courte	272	79,8	***	132	71,0	***	140	90,4	non-significatif
	- dont hémodialyse chronique	2 681	82,1	***	1 336	72,5	***	1 345	94,6	**
	- dont dialyse péritonéale chronique	196	83,1	***	103	77,8	**	93	90,0	non-significatif
	Transplantation rénale	134	85,8	*	55	88,9	non-significatif	79	83,8	non-significatif
	Suivi de transplantation rénale	1 752	86,2	***	650	75,8	***	1 102	93,7	**
	Insuffisance rénale chronique terminale	4 763	83,7	***	2 144	74,1	***	2 619	93,7	***
Maladies du foie ou du pancréas	Hépatite C chronique ou guérie	1 731	57,3	***	467	32,4	***	1 264	79,9	***
	- dont hépatite C chronique	353	65,1	***	77	34,0	***	276	87,5	**
	Maladies du foie (hors mucoviscidose)	17 719	78,1	***	6 637	61,9	***	11 082	92,7	***
	Maladies du pancréas (hors mucoviscidose)	9 359	91,9	***	4 129	81,8	***	5 230	101,8	non-significatif
	Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose)	26 277	82,3	***	10 483	68,4	***	15 794	95,2	***
	Maladies du foie ou du pancréas (avec ou sans mucoviscidose)	26 306	82,3	***	10 491	68,4	***	15 815	95,2	***
Autres affections de longue durée	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)-d'origine non précisée (sans code CIM-10 dans le système d'information)_ALD<31 sauf ALD 2, 4, 23, 25, 29, 30, 10 et 19	27 678	122,2	***	10 697	90,9	***	16 981	155,9	***
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)- insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	2 278	94,7	***	1 337	92,3	***	941	98,4	non-significatif
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)-bilharziose compliquée			non calculable			non calculable			non calculable
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)-hémoglobinopathies, hémolyses chroniques, constitutionnelles et acquises graves (ALD n°10, dont la drépanocytose	433	48,5	***	142	53,3	***	291	46,4	***
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)-néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	1 915	101,5	non-significatif	733	95,9	non-significatif	1 182	105,3	*
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)- anomalies chromosomiques, séquelles d'encéphalites virales (de l'ALD n°23, dont le syndrome de Down	1 204	76,1	***	212	51,7	***	992	84,7	***
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)-scoliose structurelle évolutive	1 971	86,6	***	694	77,8	***	1 277	92,4	***
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)-o tuberculose active, lèpre	310	58,3	***	65	30,5	***	245	77,0	***
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)-ALD n°30 tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue	3 161	78,7	***	1 696	75,6	***	1 465	82,5	***
	ALD n°31 dites hors liste	30 097	74,0	***	13 402	63,1	***	16 695	86,0	***
	ALD n°32 correspondant aux polyopathologies	6 055	79,8	***	4 342	76,6	***	1 713	89,4	***
	Trisomie 21	742	61,7	***	128	39,1	***	614	70,2	***
	Affections de longue durée (dont 31 et 32) pour d'autres causes	72 188	88,4	***	31 662	73,1	***	40 526	105,5	***
Covid-19	Hospitalisation pour Covid-19	8 984	100,7	non-significatif	6 052	101,7	non-significatif	2 932	98,7	non-significatif
	Hospitalisation pour Covid-19, en soins intensifs	417	80,8	***	247	83,9	***	170	76,7	***

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité
Au moins une pathologie	938 528	95,9	***	467 003	92,8	***	471 525	99,2	***
Au moins une pathologie ou traitement*	1 292 724	97,5	***	637 011	96,0	***	655 713	99,1	***
Maternité	Maternité (avec ou sans pathologies)	26 758	93,5	***	2 989	83,1	23 769	94,9	***
	Maternité (hors pathologies et traitements*)	23 466	95,8	***	2 684	87,9	20 782	96,9	***
Au moins une pathologie, traitement* ou maternité	1 316 190	97,5	***	639 695	96,0	***	676 495	99,0	***
Hospitalisations sans lien avec les pathologies repérées (pour les assurés qui n'ont pas de pathologies, traitements* ou maternité)	Hospitalisations sans lien avec les pathologies repérées (pour les assurés qui n'ont pas de pathologies, traitements* ou maternité)	150 586	101,6	***	46 220	104,6	104 366	100,3	non-significatif
	Hospitalisations sans lien avec les pathologies repérées (avec ou sans pathologies, traitements* ou maternité)	483 446	96,2	***	219 851	94,7	263 595	97,6	***
Au moins une pathologie, traitement*, maternité ou hospitalisation	1 466 776	97,9	***	685 915	96,5	***	780 861	99,2	***
Traitement antalgique ou anti-inflammatoire	Traitements antalgiques (hors pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	31 233	88,3	***	8 299	76,9	22 934	93,3	***
	Traitements antalgiques (avec ou sans pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	391 451	100,8	***	208 166	100,6	183 285	101,0	***
	Traitements AINS (hors pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	4 813	100,0	non-significatif	1 476	96,5	3 337	101,7	non-significatif
	Traitements AINS (avec ou sans pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	30 541	97,6	***	12 381	95,2	18 160	99,3	non-significatif
	Traitements antalgiques ou anti-inflammatoires (hors pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	34 264	89,7	***	9 477	80,5	24 787	93,8	***
	Traitements antalgiques ou anti-inflammatoires (avec ou sans pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	416 308	100,7	***	220 369	100,7	195 939	100,6	***
Traitement corticoïde	Traitements corticoïdes (hors pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	1 306	107,1	**	578	119,8	728	98,8	non-significatif
	Traitements corticoïdes (avec ou sans pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	29 324	100,1	non-significatif	16 391	105,1	12 933	94,5	***
Pas de pathologies, traitements*, maternité, hospitalisations ou traitement antalgique ou anti-inflammatoire	1 309 593	102,8	***	375 331	107,8	***	934 262	100,9	***
Pas de pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations	1 343 857	102,4	***	384 808	106,9	***	959 049	100,7	***
Total consommateurs régime agricole	2 810 633	NA		1 070 723	NA		1 739 910	NA	

*Traitements chroniques vasculaires et psychotropes

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles			
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	
Obésité	Obésité avec séjour hospitalier	106 201	101,6	***	49 916	104,4	***	56 285	99,3	*
Paraplégie	Paraplégie	4 145	85,4	***	1 683	80,4	***	2 462	89,2	***
	Hospitalisation : Endocardite	527	112,3	***	328	119,4	***	199	102,2	non-significatif
Hospitalisations DA	Hospitalisation : Varices des membres inférieurs	5 980	110,9	***	2 758	122,6	***	3 222	102,5	non-significatif
	Hospitalisation : Appendicite	2 686	108,4	***	838	111,2	***	1 848	107,1	***
Hospitalisations DA	Hospitalisation : Maladies de la vésicule biliaire et des voies biliaires	7 957	94,1	***	3 779	91,2	***	4 178	96,9	**
	Hospitalisation : Diverticulose de l'intestin	7 088	91,7	***	3 394	90,3	***	3 694	93,1	***
Hospitalisations DA	Hospitalisation : Endoscopie digestive	67 388	85,5	***	27 035	80,9	***	40 353	89,0	***
	Hospitalisation : Hernies	14 804	98,9	non-significatif	7 142	100,9	non-significatif	7 662	97,1	***
Hospitalisations DA	Hospitalisation : Hémorroïdes	2 710	82,4	***	981	76,2	***	1 729	86,4	***
	Hospitalisation : Ulcère gastroduodénal	3 716	89,5	***	2 047	86,1	***	1 669	94,0	**
Hospitalisations DA	Hospitalisation : Naissance vivante	12 310	81,0	***	1 946	59,7	***	10 364	86,9	***
	Hospitalisation : Cataracte sénile	40 062	95,1	***	22 671	93,6	***	17 391	97,1	***
Hospitalisations DA	Hospitalisation : Glaucome	820	88,3	***	436	86,5	***	384	90,5	**
	Hospitalisation : Pathologies ou traitements dentaires	11 690	105,4	***	2 603	94,2	***	9 087	109,2	***
Hospitalisations DA	Hospitalisation : Maladies infectieuses ORL	6 952	101,4	non-significatif	1 799	100,1	non-significatif	5 153	101,9	non-significatif
	Hospitalisation : Arthroscopies, biopsies ostéo-articulaires	10 918	113,7	***	3 838	115,5	***	7 080	112,7	***
Hospitalisations DA	Hospitalisation : Coxarthrose	9 067	121,1	***	5 495	133,3	***	3 572	106,2	***
	Hospitalisation : Fracture du membre inférieur	13 896	103,6	***	8 960	102,9	***	4 936	104,8	***
Hospitalisations DA	Hospitalisation : Fracture du membre supérieur	8 840	106,3	***	3 886	100,1	non-significatif	4 954	111,7	***
	Hospitalisation : Gonarthrose	9 340	119,8	***	5 450	131,3	***	3 890	106,8	***
Hospitalisations DA	Hospitalisation : Polytraumatisme	731	127,9	***	333	121,2	***	398	134,2	***
	Hospitalisation : Syndrome du canal carpien	9 661	119,8	***	4 763	127,9	***	4 898	112,9	***
Hospitalisations DA	Hospitalisation : Bronchiolite	1 030	90,5	***	194	66,8	***	836	98,7	non-significatif
	Hospitalisation : Grippe	1 502	102,7	non-significatif	844	102,1	non-significatif	658	103,4	non-significatif
Hospitalisations DA	Hospitalisation : Pneumopathie (hors grippe)	11 978	99,5	non-significatif	7 390	99,0	non-significatif	4 588	100,3	non-significatif
	Hospitalisation : Compression des racines et des plexus nerveux	876	103,0	non-significatif	358	92,4	non-significatif	518	111,7	**
Hospitalisations DA	Hospitalisation : Discopathie	2 497	103,8	*	832	90,0	***	1 665	112,3	***
	Hospitalisation : Fracture du rachis	4 340	108,3	***	2 731	105,6	***	1 609	113,1	***
Hospitalisations DA	Hospitalisation : Migraine	1 766	96,7	non-significatif	558	90,5	**	1 208	99,8	non-significatif
	Hospitalisation : Traumatisme crânien	5 930	98,2	non-significatif	3 340	91,9	***	2 590	107,6	***
Hospitalisations DA	Hospitalisation : Biopsie prostatique	2 096	99,5	non-significatif	1 112	105,2	*	984	93,6	**
	Hospitalisation : Circoncision	2 116	68,2	***	598	66,9	***	1 518	68,8	***
Hospitalisations DA	Hospitalisation : Hypertrophie bénigne de la prostate	5 591	97,0	**	3 085	100,0	non-significatif	2 506	93,6	***
	Hospitalisation : Infection urologique	9574	94,4	***	5 690	92,9	***	3 884	96,7	**
Hospitalisations DA	Hospitalisation : Lithiase urinaire	6 087	95,3	***	2 618	96,2	**	3 469	94,7	***

Tableau 65 :
Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, par pathologie et par sexe, en 2023

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...	Femmes									Hommes								
	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariées agricoles			Salariées agricoles			Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.
Maladies cardiovasculaires	Syndrome coronaire aigu	1 995	107,6 ***		1 283	107,8 ***		712	107,3 *		4 197	93,2 ***		2 193	93,5 ***		2 004	92,9 ***
	Maladie coronaire chronique	40 614	97,7 ***		26 875	97,5 ***		13 739	97,9 **		95 125	86,1 ***		49 791	82,2 ***		45 334	90,9 ***
	Maladie coronaire	42 609	98,1 ***		28 158	97,9 ***		14 451	98,4 **		99 322	86,4 ***		51 984	82,6 ***		47 338	91,0 ***
	Accident vasculaire cérébral aigu	3 862	99,5 NS		2 723	101,3 NS		1 139	95,4 NS		4 503	97,6 *		2 517	96,7 *		1 986	98,7 NS
	Séquelle d'accident vasculaire cérébral	27 668	103,1 ***		19 009	105,4 ***		8 659	98,3 NS		30 538	96,1 ***		16 895	94,3 ***		13 643	98,4 *
	Accident vasculaire cérébral	31 530	102,6 ***		21 732	104,9 ***		9 798	98,0 **		35 041	96,3 ***		19 412	94,6 ***		15 629	98,5 *
	Insuffisance cardiaque aiguë	8 605	115,5 ***		6 727	119,0 ***		1 878	104,5 *		8 486	111,6 ***		5 520	115,8 ***		2 966	104,5 **
	Insuffisance cardiaque chronique	30 279	119,8 ***		23 057	123,5 ***		7 222	109,5 ***		31 437	115,3 ***		19 348	118,8 ***		12 089	110,2 ***
	Insuffisance cardiaque	38 884	118,8 ***		29 784	122,4 ***		9 100	108,4 ***		39 923	114,5 ***		24 868	118,1 ***		15 055	109,0 ***
	Artériopathie périphérique	15 316	94,7 ***		10 246	94,4 ***		5 070	95,3 ***		28 688	81,4 ***		12 984	66,8 ***		15 704	99,5 NS
	Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque	73 904	111,8 ***		54 274	115,5 ***		19 630	102,8 ***		95 694	109,5 ***		57 907	112,5 ***		37 787	105,1 ***
	Maladie valvulaire	19 244	121,5 ***		14 420	128,6 ***		4 824	104,1 ***		24 109	118,4 ***		15 156	127,0 ***		8 953	106,2 ***
	Embolie pulmonaire	1 523	100,6 NS		1 036	105,3 *		487	91,9 *		1 627	104,2 *		934	112,8 ***		693	94,4 NS
	Autres affections cardiovasculaires	11 849	124,0 ***		7 678	133,1 ***		4 171	110,0 ***		18 495	114,1 ***		9 859	114,9 ***		8 636	113,2 ***
	Maladies cardiovasculaires aiguës	15 447	108,5 ***		11 346	111,5 ***		4 101	101,0 NS		18 189	102,9 ***		10 771	105,8 ***		7 418	98,9 NS
	Maladies cardiovasculaires chroniques	154 759	105,9 ***		107 535	108,7 ***		47 224	100,0 NS		224 344	96,9 ***		122 753	95,5 ***		101 591	98,6 ***
Maladies cardiovasculaires	158 509	105,7 ***		109 935	108,4 ***		48 574	99,9 NS		228 940	96,8 ***		125 122	95,5 ***		103 818	98,5 ***	
Traitements du risque vasculaire	Traitements antihypertenseurs (hors pathologies)	239 775	104,8 ***		141 339	108,1 ***		98 436	100,5 NS		208 648	105,3 ***		108 665	108,2 ***		99 983	102,4 ***
	Traitements hypolipémiants (hors pathologies)	102 026	101,7 ***		57 485	103,3 ***		44 541	99,6 NS		100 799	102,4 ***		50 788	101,9 ***		50 011	102,8 ***
	Traitements du risque vasculaire (hors pathologies)	272 400	103,6 ***		156 659	106,5 ***		115 741	99,9 NS		244 274	104,9 ***		125 876	107,6 ***		118 398	102,2 ***
	Traitements antihypertenseurs (avec ou sans pathologies)	377 685	103,6 ***		228 763	104,9 ***		148 922	101,8 ***		403 164	97,8 ***		209 073	96,4 ***		194 091	99,5 ***
	Traitements hypolipémiants (avec ou sans pathologies)	188 929	98,7 ***		107 152	97,1 ***		81 777	100,8 **		262 618	91,7 ***		129 728	86,7 ***		132 890	97,3 ***
	Traitements du risque vasculaire (avec ou sans pathologies)	421 873	102,5 ***		249 145	103,4 ***		172 728	101,2 ***		463 235	97,4 ***		236 973	95,6 ***		226 262	99,3 ***
Maladies cardiovasculaires et traitements du risque cardiovasculaire	395 500	103,7 ***		240 621	106,2 ***		154 879	100,0 NS		433 496	99,6 ***		226 803	99,2 ***		206 693	100,0 NS	
Diabète	Diabète insulino-traité	20 069	95,5 ***		9 980	85,3 ***		10 089	108,3 ***		28 221	89,2 ***		12 309	77,4 ***		15 912	101,1 NS
	Diabète	94 869	96,7 ***		48 348	87,7 ***		46 521	108,3 ***		135 828	86,9 ***		61 129	76,0 ***		74 699	98,4 ***

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...	Femmes									Hommes									
	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariées agricoles			Salariées agricoles			Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles			
	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	
Cancers	Cancer du sein de la femme actif	10 479	89,9	***	4 701	81,6	***	5 778	98,0	NS	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
	Cancer du sein de la femme sous surveillance	21 542	82,4	***	11 891	76,8	***	9 651	90,4	***	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
	Cancer du sein de la femme	32 021	84,7	***	16 592	78,1	***	15 429	93,1	***	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
	Cancer colorectal actif	3 406	91,2	***	1 952	89,0	***	1 454	94,5	**	5 687	95,2	***	2 978	92,2	***	2 709	98,8	NS
	Cancer colorectal sous surveillance	6 590	96,3	***	4 258	93,4	***	2 332	102,3	NS	7 752	94,5	***	4 414	92,6	***	3 338	97,1	*
	Cancer colorectal	9 996	94,5	***	6 210	91,9	***	3 786	99,2	NS	13 439	94,8	***	7 392	92,5	***	6 047	97,8	*
	Cancer bronchopulmonaire actif	1 616	73,0	***	624	55,9	***	992	90,4	***	3 523	75,5	***	1 241	51,9	***	2 282	100,4	NS
	Cancer bronchopulmonaire sous surveillance	878	67,0	***	380	51,6	***	498	86,8	***	1 722	71,1	***	693	52,7	***	1 029	92,8	**
	Cancer bronchopulmonaire	2 494	70,8	***	1 004	54,2	***	1 490	89,2	***	5 245	74,0	***	1 934	52,2	***	3 311	97,9	NS
	Cancer de la prostate actif	NA	NA		NA	NA		NA	NA		18 747	99,7	NS	10 958	103,8	***	7 789	94,5	***
	Cancer de la prostate sous surveillance	NA	NA		NA	NA		NA	NA		23 815	96,7	***	14 254	97,0	***	9 561	96,2	***
	Cancer de la prostate	NA	NA		NA	NA		NA	NA		42 562	98,0	***	25 212	99,8	NS	17 350	95,4	***
	Autres cancers actifs	23 014	95,7	***	13 024	94,0	***	9 990	97,9	**	33 903	90,2	***	17 614	85,8	***	16 289	95,6	***
	Autres cancers sous surveillance	28 614	96,3	***	17 391	96,3	***	11 223	96,4	***	31 146	90,1	***	16 891	86,9	***	14 255	94,2	***
	Autres cancers	51 628	96,0	***	30 415	95,3	***	21 213	97,1	***	65 049	90,1	***	34 505	86,3	***	30 544	94,9	***
	Cancer du foie ou des voies biliaires actif	504	89,8	**	267	80,5	***	237	103,4	NS	1 306	76,7	***	626	69,2	***	680	85,3	***
	Cancer du foie ou des voies biliaires sous surveillance	347	91,0	*	204	85,9	**	143	99,4	NS	635	78,3	***	294	66,5	***	341	92,5	NS
	Cancer du foie ou des voies biliaires	851	90,3	***	471	82,7	***	380	101,8	NS	1 941	77,3	***	920	68,3	***	1 021	87,6	***
	Cancer de l'os actif	156	98,3	NS	71	90,6	NS	85	105,7	NS	239	92,4	NS	99	80,3	**	140	103,4	NS
	Cancer de l'os sous surveillance	225	90,2	NS	120	98,0	NS	105	82,8	*	304	89,5	*	132	83,3	**	172	95,0	NS
	Cancer de l'os	381	93,4	NS	191	95,1	NS	190	91,7	NS	543	90,8	**	231	82,0	***	312	98,6	NS
	Cancer du col de l'utérus actif	922	85,8	***	211	62,5	***	711	96,4	NS	NA	NA		NA	NA		NA	NA	
	Cancer du col de l'utérus sous surveillance	1 315	75,7	***	368	56,0	***	947	87,7	***	NA	NA		NA	NA		NA	NA	
	Cancer du col de l'utérus	2 237	79,5	***	579	58,2	***	1 658	91,2	***	NA	NA		NA	NA		NA	NA	
	Cancer du corps de l'utérus actif	1 241	99,9	NS	688	100,7	NS	553	98,9	NS	NA	NA		NA	NA		NA	NA	
	Cancer du corps de l'utérus sous surveillance	2 118	100,8	NS	1 338	99,6	NS	780	102,9	NS	NA	NA		NA	NA		NA	NA	
	Cancer du corps de l'utérus	3 359	100,5	NS	2 026	99,9	NS	1 333	101,2	NS	NA	NA		NA	NA		NA	NA	
	Cancer de l'estomac actif	398	97,4	NS	215	91,2	NS	183	105,9	NS	831	86,6	***	401	78,7	***	430	95,7	NS
	Cancer de l'estomac sous surveillance	584	101,4	NS	362	95,8	NS	222	111,9	*	811	90,8	***	425	83,1	***	386	101,0	NS
	Cancer de l'estomac	982	99,7	NS	577	94,0	NS	405	109,1	*	1 642	88,6	***	826	80,9	***	816	98,2	NS
	Leucémie lymphoïde, chronique ou non précisée, active	686	98,4	NS	404	95,9	NS	282	102,3	NS	1 226	100,6	NS	670	102,6	NS	556	98,2	NS
	Leucémie lymphoïde, chronique ou non précisée, sous surveillance	1 313	104,0	NS	897	106,0	*	416	99,9	NS	1 908	114,4	***	1 151	121,1	***	757	105,6	NS
	Leucémie lymphoïde, chronique ou non précisée	1 999	102,0	NS	1 301	102,7	NS	698	100,8	NS	3 134	108,6	***	1 821	113,5	***	1 313	102,3	NS
	Leucémie myéloïde aigüe active	249	86,7	**	152	93,6	NS	97	77,7	**	429	96,1	NS	223	94,8	NS	206	97,4	NS
	Leucémie myéloïde aigüe sous surveillance	93	98,1	NS	38	81,8	NS	55	113,8	NS	121	92,7	NS	56	89,0	NS	65	96,1	NS
	Leucémie myéloïde aigüe	342	89,5	**	190	91,0	NS	152	87,7	NS	550	95,3	NS	279	93,6	NS	271	97,1	NS
	Leucémie myéloïde, chronique ou non précisée active	385	81,2	***	203	79,1	***	182	83,8	**	743	97,9	NS	375	97,3	NS	368	98,4	NS
	Leucémie myéloïde, chronique ou non précisée sous surveillance	247	94,2	NS	136	91,9	NS	111	97,3	NS	327	100,6	NS	156	91,7	NS	171	110,3	NS
	Leucémie myéloïde, chronique ou non précisée	632	85,9	***	339	83,8	***	293	88,4	**	1 070	98,7	NS	531	95,6	NS	539	101,9	NS
	Lymphome hodgkinien actif	136	91,6	NS	51	91,9	NS	85	91,4	NS	265	99,6	NS	111	101,7	NS	154	98,1	NS
Lymphome hodgkinien sous surveillance	260	93,2	NS	107	101,6	NS	153	88,1	NS	436	98,3	NS	169	91,6	NS	267	103,0	NS	
Lymphome hodgkinien	396	92,6	NS	158	98,2	NS	238	89,2	*	701	98,8	NS	280	95,4	NS	421	101,1	NS	
Lymphome non hodgkinien actif	1 292	92,9	***	700	87,7	***	592	99,8	NS	2 195	96,4	*	1 185	98,5	NS	1 010	94,0	**	
Lymphome non hodgkinien sous surveillance	1 758	91,0	***	1 114	91,6	***	644	90,0	***	2 344	96,6	*	1 298	97,6	NS	1 046	95,4	NS	
Lymphome non hodgkinien	3 050	91,8	***	1 814	90,1	***	1 236	94,5	**	4 539	96,5	**	2 483	98,1	NS	2 056	94,7	**	

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...	Femmes									Hommes								
	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariées agricoles			Salariées agricoles			Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.
Maladie myéloproliférative et syndrome myélodysplasique actifs	1 761	87,1	***	1 131	85,1	***	630	91,0	**	2 421	93,4	***	1 343	90,9	***	1 078	96,7	NS
Maladie myéloproliférative et syndrome myélodysplasique sous surveillance	2 763	90,0	***	1 891	89,8	***	872	90,5	***	3 496	93,4	***	1 935	89,1	***	1 561	99,3	NS
Maladie myéloproliférative et syndrome myélodysplasique	4 524	88,9	***	3 022	88,0	***	1 502	90,7	***	5 917	93,4	***	3 278	89,8	***	2 639	98,2	NS
Myélome multiple et tumeur maligne à plasmocytes actives	850	89,9	***	490	85,0	***	360	97,6	NS	1 333	100,5	NS	751	103,6	NS	582	96,8	NS
Myélome multiple et tumeur maligne à plasmocytes sous surveillance	483	104,2	NS	333	109,2	NS	150	94,8	NS	570	107,7	*	309	102,5	NS	261	114,6	**
Myélome multiple et tumeur maligne à plasmocytes	1 333	94,6	**	823	93,4	**	510	96,7	NS	1 903	102,6	NS	1 060	103,3	NS	843	101,7	NS
Mélanome de la peau actif	1 914	111,4	***	1 186	119,3	***	728	100,6	NS	2 285	91,3	***	1 253	89,9	***	1 032	93,1	**
Mélanome de la peau sous surveillance	3 181	109,5	***	2 012	111,6	***	1 169	106,2	**	2 810	87,1	***	1 596	85,8	***	1 214	88,9	***
Mélanome de la peau	5 095	110,2	***	3 198	114,3	***	1 897	103,9	*	5 095	89,0	***	2 849	87,6	***	2 246	90,8	***
Cancer de l'oesophage actif	174	89,8	NS	93	85,0	NS	81	96,2	NS	802	98,8	NS	389	92,7	NS	413	105,5	NS
Cancer de l'oesophage sous surveillance	145	104,5	NS	84	99,6	NS	61	112,2	NS	421	85,9	***	201	75,7	***	220	97,9	NS
Cancer de l'oesophage	319	96,0	NS	177	91,3	NS	142	102,5	NS	1 223	94,0	**	590	86,1	***	633	102,7	NS
Cancer de l'ovaire actif	1 165	99,8	NS	599	99,5	NS	566	100,2	NS	NA	NA		NA	NA		NA	NA	
Cancer de l'ovaire sous surveillance	941	95,5	NS	539	96,9	NS	402	93,6	NS	NA	NA		NA	NA		NA	NA	
Cancer de l'ovaire	2 106	97,8	NS	1 138	98,3	NS	968	97,3	NS	NA	NA		NA	NA		NA	NA	
Cancer du pancréas actif	904	91,8	***	478	82,8	***	426	104,6	NS	1 189	91,8	***	620	90,2	**	569	93,5	NS
Cancer du pancréas sous surveillance	394	83,8	***	242	83,6	***	152	84,1	**	464	84,7	***	233	77,2	***	231	94,0	NS
Cancer du pancréas	1 298	89,2	***	720	83,0	***	578	98,3	NS	1 653	89,7	***	853	86,2	***	800	93,7	*
Cancer de la peau (hors mélanome) actif	5 959	100,5	NS	4 088	102,8	*	1 871	95,9	*	8 553	93,8	***	5 144	93,2	***	3 409	94,8	***
Cancer de la peau (hors mélanome) sous surveillance	7 707	105,9	***	5 288	105,9	***	2 419	105,7	***	8 413	96,0	***	5 166	96,8	**	3 247	94,6	***
Cancer de la peau (hors mélanome)	13 666	103,5	***	9 376	104,6	***	4 290	101,2	NS	16 966	94,9	***	10 310	95,0	***	6 656	94,7	***
Cancer du rein actif	743	104,2	NS	410	104,5	NS	333	103,9	NS	2 081	97,9	NS	1 096	99,4	NS	985	96,2	NS
Cancer du rein sous surveillance	1 344	97,2	NS	881	101,2	NS	463	90,5	**	2 766	94,4	***	1 547	95,3	*	1 219	93,4	**
Cancer du rein	2 087	99,6	NS	1 291	102,2	NS	796	95,7	NS	4 847	95,9	***	2 643	97,0	NS	2 204	94,6	***
Cancer du système nerveux actif	594	103,6	NS	261	102,8	NS	333	104,2	NS	762	100,4	NS	347	100,2	NS	415	100,7	NS
Cancer du système nerveux sous surveillance	776	100,7	NS	376	103,7	NS	400	98,1	NS	720	103,3	NS	300	97,3	NS	420	108,1	NS
Cancer du système nerveux	1 370	101,9	NS	637	103,3	NS	733	100,8	NS	1 482	101,8	NS	647	98,8	NS	835	104,3	NS
Cancer de la thyroïde actif	671	95,7	NS	237	88,3	*	434	100,4	NS	362	82,2	***	151	73,8	***	211	89,6	NS
Cancer de la thyroïde sous surveillance	2 673	93,5	***	1 214	89,0	***	1 459	97,7	NS	972	85,3	***	468	83,6	***	504	86,8	***
Cancer de la thyroïde	3 344	94,0	***	1 451	88,9	***	1 893	98,3	NS	1 334	84,4	***	619	81,0	***	715	87,6	***
Cancer des tissus mous actif	248	99,1	NS	107	85,5	NS	141	112,8	NS	327	86,8	**	163	86,1	*	164	87,6	*
Cancer des tissus mous sous surveillance	286	90,8	NS	148	87,2	*	138	95,1	NS	333	82,8	**	166	79,8	***	167	86,0	*
Cancer des tissus mous	534	94,5	NS	255	86,5	**	279	103,3	NS	660	84,7	***	329	82,8	***	331	86,8	***
Cancer des voies aérodigestives supérieures actif (VADS)	706	91,6	**	315	77,5	***	391	107,2	NS	2 311	86,2	***	835	61,6	***	1 476	111,4	***
Cancer des voies aérodigestives supérieures sous surveillance (VADS)	933	86,7	***	511	81,8	***	422	93,5	NS	2 520	81,6	***	1 103	66,8	***	1 417	98,7	NS
Cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS)	1 639	88,7	***	826	80,1	***	813	99,6	NS	4 831	83,7	***	1 938	64,4	***	2 893	104,8	**
Cancer de la vessie actif	851	80,7	***	482	74,4	***	369	90,6	*	4 226	73,3	***	2 078	63,6	***	2 148	86,1	***
Cancer de la vessie sous surveillance	1 159	83,6	***	763	81,3	***	396	88,3	**	4 538	71,1	***	2 375	62,4	***	2 163	84,2	***
Cancer de la vessie	2 010	82,3	***	1 245	78,5	***	765	89,4	**	8 764	72,2	***	4 453	62,9	***	4 311	85,1	***
Cancer de l'appareil digestif sans précision actif	18	64,0	*	11	70,3	NS	7	56,1	calculab	27	78,0	NS	11	60,6	*	16	97,3	NS
Cancer de l'appareil digestif sans précision sous surveillance	47	112,5	NS	24	91,3	NS	23	148,2	*	33	77,5	NS	19	79,5	NS	14	74,9	NS
Cancer de l'appareil digestif sans précision	65	93,0	NS	35	83,5	NS	30	107,2	NS	60	77,7	*	30	71,3	*	30	85,4	NS



Grand groupe de pathologie, épisode de soins...		Femmes									Hommes								
		Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariées agricoles			Salariées agricoles			Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
		nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.
Cancers	Cancer des organes génitaux féminins sans précision actif	100	86,7	NS	56	92,0	NS	44	80,9	NS	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
	Cancer des organes génitaux féminins sans précision sous surveillance	419	98,4	NS	250	96,3	NS	169	101,7	NS	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
	Cancer des organes génitaux féminins sans précision	519	95,9	NS	306	95,5	NS	213	96,6	NS	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
	Cancer des organes génitaux masculins sans précision actif	NA	NA		NA	NA		NA	NA		33	67,1	**	14	63,2	*	19	70,2	NS
	Cancer des organes génitaux masculins sans précision sous surveillance	NA	NA		NA	NA		NA	NA		112	114,4	NS	48	114,0	NS	64	114,7	NS
	Cancer des organes génitaux masculins sans précision	NA	NA		NA	NA		NA	NA		145	98,6	NS	62	96,5	NS	83	100,2	NS
	Cancer d'une glande endocrine sans précision actif	75	92,4	NS	38	110,9	NS	37	79,0	NS	96	90,2	NS	53	111,4	NS	43	73,1	**
	Cancer d'une glande endocrine sans précision	93	79,7	**	51	96,0	NS	42	66,0	***	129	96,9	NS	60	99,5	NS	69	94,8	NS
	Cancer d'une glande endocrine sans précision sous surveillance	168	84,9	**	89	101,9	NS	79	71,5	***	225	93,9	NS	113	104,7	NS	112	85,1	*
	Cancer hématologique sans précision actif	118	112,1	NS	60	107,1	NS	58	117,7	NS	132	114,5	NS	73	128,0	**	59	101,4	NS
	Cancer hématologique sans précision	112	82,0	**	62	88,8	NS	50	74,9	**	128	85,7	*	59	82,9	NS	69	88,3	NS
	Cancer hématologique sans précision sous surveillance	230	95,1	NS	122	97,0	NS	108	93,1	NS	260	98,3	NS	132	103,0	NS	128	93,9	NS
	Leucémie lymphoïde aigüe active	70	99,4	NS	25	96,4	NS	45	101,1	NS	127	111,0	NS	49	117,8	NS	78	107,1	NS
	Leucémie lymphoïde aigüe sous surveillance	44	117,6	NS	15	123,2	NS	29	114,9	NS	58	91,1	NS	21	106,9	NS	37	84,0	NS
	Leucémie lymphoïde aigüe	114	105,7	NS	40	105,0	NS	74	106,1	NS	185	103,9	NS	70	114,3	NS	115	98,4	NS
	Cancer de l'appareil respiratoire/thorax sans précision active	104	75,1	***	47	69,0	**	57	80,9	NS	238	95,0	NS	108	86,2	NS	130	103,9	NS
	Cancer de l'appareil respiratoire/thorax sans précision sous surveillance	114	80,8	**	61	80,2	*	53	81,5	NS	215	99,8	NS	80	73,3	***	135	127,0	***
	Cancer de l'appareil respiratoire/thorax sans précision	218	77,9	***	108	74,9	***	110	81,2	**	453	97,2	NS	188	80,2	***	265	114,5	**
	Cancer de l'appareil urinaire sans précision active	7	48,1	calculable		non calculable			non calculable		29	79,2	NS	14	69,8	NS	15	90,6	NS
	Cancer de l'appareil urinaire sans précision sous surveillance	36	82,6	NS	24	83,4	NS	12	81,1	NS	70	80,7	*	29	57,8	***	41	111,9	NS
	Cancer de l'appareil urinaire sans précision	43	74,0	**	27	71,7	*	16	78,1	NS	99	80,2	**	43	61,2	***	56	105,3	NS
	Cancers non classés ailleurs actifs	1 976	87,2	***	1 076	85,0	***	900	89,9	***	3 171	92,6	***	1 549	87,6	***	1 622	98,0	NS
	Cancers non classés ailleurs sous surveillance	2 210	84,0	***	1 262	80,1	***	948	89,8	***	3 475	92,9	***	1 704	88,6	***	1 771	97,4	NS
Cancers non classés ailleurs	4 186	85,5	***	2 338	82,3	***	1 848	89,9	***	6 646	92,8	***	3 253	88,1	***	3 393	97,7	NS	
Cancers actifs	36 722	93,2	***	19 373	89,5	***	17 349	97,6	***	57 613	92,9	***	30 449	90,1	***	27 164	96,3	***	
Cancers sous surveillance	55 074	90,5	***	32 315	88,0	***	22 759	94,4	***	60 774	92,9	***	34 129	91,1	***	26 645	95,3	***	
Cancers	90 269	91,8	***	50 771	88,8	***	39 498	95,8	***	115 602	93,1	***	63 044	90,9	***	52 558	95,9	***	

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...		Femmes									Hommes								
		Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariées agricoles			Salariées agricoles			Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
		nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.
Maladies psychiatriques	Troubles psychotiques	6 704	80,0	***	2 811	79,4	***	3 893	80,4	***	11 158	81,8	***	2 673	51,0	***	8 485	101,0	NS
	Troubles névrotiques et de l'humeur:	41 311	93,7	***	19 975	90,5	***	21 336	96,8	***	26 598	97,0	***	9 831	80,3	***	16 767	110,3	***
	- dont troubles maniaques et bipolaires	6 781	92,8	***	2 841	96,4	*	3 940	90,4	***	5 453	94,1	***	2 019	82,2	***	3 434	103,0	*
	- dont dépression et troubles de l'humeur autres que bipolaires	24 181	95,1	***	11 116	89,1	***	13 065	100,8	NS	14 714	98,5	*	5 287	78,7	***	9 427	114,6	***
	- dont troubles névrotiques liés au stress et somatoformes	16 244	90,4	***	8 658	88,7	***	7 586	92,4	***	9 991	95,8	***	3 771	80,9	***	6 220	107,9	***
	Déficience mentale	1 755	84,5	***	319	51,3	***	1 436	98,7	NS	3 646	99,0	NS	475	37,0	***	3 171	132,2	***
	Troubles addictifs:	7 767	74,8	***	1 435	41,7	***	6 332	91,1	***	21 638	90,8	***	5 056	51,7	***	16 582	117,9	***
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives que l'alcool, le tabac et le cannabis	723	105,9	NS	75	42,8	***	648	127,7	***	2 377	110,0	***	204	28,2	***	2 173	151,2	***
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation d'alcool	2 557	84,8	***	525	49,7	***	2 032	103,7	*	10 253	103,7	***	2 155	53,3	***	8 098	138,5	***
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation de dérivés du cannabis	247	78,1	***	16	27,9	***	231	89,3	*	1 093	83,9	***	88	22,8	***	1 005	109,7	***
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation du tabac	5 192	69,4	***	926	38,0	***	4 266	84,5	***	12 119	81,1	***	3 147	50,2	***	8 972	103,5	***
	Troubles psychiatriques débutant dans l'enfance	1 967	82,3	***	369	64,6	***	1 598	87,8	***	5 209	84,3	***	895	62,8	***	4 314	90,7	***
Autres troubles psychiatriques	7 121	69,9	***	2 972	62,2	***	4 149	76,6	***	6 791	73,5	***	2 231	54,6	***	4 560	88,5	***	
Maladies psychiatriques	58 240	87,5	***	25 508	82,1	***	32 732	92,2	***	62 811	89,5	***	18 701	64,8	***	44 110	106,8	***	
Traitements psychotropes (hors pathologies)	Traitements antidépresseurs ou thymorégulateurs (hors pathologies)	104 028	92,7	***	53 816	93,0	***	50 212	92,3	***	61 281	94,1	***	29 817	93,0	***	31 464	95,2	***
	Traitements neuroleptiques (hors pathologies)	10 371	98,0	**	6 441	98,7	NS	3 930	96,9	**	9 583	100,6	NS	4 342	93,0	***	5 241	107,9	***
	Traitements anxiolytiques (hors pathologies)	99 855	96,2	***	56 810	97,0	***	43 045	95,0	***	63 122	96,6	***	30 523	92,1	***	32 599	101,3	**
	Traitements hypnotiques (hors pathologies)	35 226	91,0	***	20 576	89,4	***	14 650	93,3	***	23 875	86,8	***	11 790	81,0	***	12 085	93,4	***
Traitements psychotropes (hors pathologies)	181 408	94,5	***	99 658	94,8	***	81 750	94,2	***	118 018	94,6	***	57 628	91,3	***	60 390	98,0	***	
Traitements psychotropes (avec ou sans pathologies)	Traitements antidépresseurs ou thymorégulateurs	141 004	92,1	***	72 072	91,8	***	68 932	92,4	***	87 061	93,9	***	39 359	88,4	***	47 702	99,1	**
	Traitements neuroleptiques	24 473	91,5	***	12 404	93,2	***	12 069	89,8	***	27 555	93,6	***	9 277	74,2	***	18 278	107,9	***
	Traitements anxiolytiques	126 259	94,4	***	69 420	94,7	***	56 839	94,0	***	84 020	95,1	***	37 209	86,1	***	46 811	103,7	***
	Traitements hypnotiques	45 405	89,1	***	25 199	86,9	***	20 206	92,1	***	31 541	85,8	***	14 243	76,1	***	17 298	95,8	***
Traitements psychotropes	225 427	93,3	***	120 651	93,0	***	104 776	93,6	***	155 466	93,6	***	70 023	86,4	***	85 443	100,5	NS	
Maladies psychiatriques ou psychotropes	Maladies psychiatriques ou psychotropes	239 648	92,7	***	125 166	91,9	***	114 482	93,7	***	180 829	92,8	***	76 329	83,0	***	104 500	101,6	***
Maladies neurologiques	Démences (dont maladie d'Alzheimer):	41 053	93,7	***	31 714	93,3	***	9 339	95,0	***	19 547	92,1	***	12 413	88,9	***	7 134	98,2	NS
	- dont maladie d'Alzheimer	20 881	91,3	***	16 139	91,1	***	4 742	92,1	***	8 093	85,1	***	5 092	81,0	***	3 001	93,1	***
	- dont autres démences	20 172	96,2	***	15 575	95,6	***	4 597	98,2	NS	11 454	97,7	**	7 321	95,3	***	4 133	102,3	NS
	Maladie de Parkinson	9 244	103,2	***	6 437	105,3	***	2 807	98,6	NS	11 883	105,1	***	7 163	107,0	***	4 720	102,4	NS
	Sclérose en plaques	2 906	89,0	***	889	84,0	***	2 017	91,4	***	1 498	77,9	***	557	71,0	***	941	82,6	***
	Lésion médullaire	1 549	85,9	***	652	80,2	***	897	90,7	***	2 732	91,7	***	1 051	80,3	***	1 681	100,8	NS
	- dont spina bifida	83	65,7	***	17	50,7	***	66	71,1	***	87	58,0	***	17	33,4	***	70	70,5	***
	- dont paraplégié spastique héréditaire	46	85,9	NS	20	92,7	NS	26	81,2	NS	66	76,0	***	22	59,9	**	44	87,8	NS
	Myopathie ou myasthénie	875	77,9	***	370	74,4	***	505	80,7	***	1 189	79,3	***	481	73,0	***	708	84,2	***
	Épilepsie	10 886	98,3	*	5 275	97,7	*	5 611	98,8	NS	15 745	103,3	***	5 871	85,7	***	9 874	117,7	***
	Autres affections neurologiques	3 408	77,3	***	1 507	72,4	***	1 901	81,8	***	4 847	82,5	***	1 866	71,3	***	2 981	91,6	***
	Maladies neurologiques ou dégénératives	66 040	94,2	***	44 197	94,1	***	21 843	94,3	***	53 667	96,0	***	27 262	89,5	***	26 405	103,8	***
Maladies respiratoires chroniques	Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	79 653	90,1	***	36 299	87,0	***	43 354	93,0	***	105 045	98,2	***	46 220	93,6	***	58 825	102,2	***
	Maladies respiratoires chroniques (avec ou sans mucoviscidose)	79 701	90,1	***	36 311	87,0	***	43 390	93,0	***	105 116	98,2	***	46 238	93,6	***	58 878	102,2	***

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...		Femmes									Hommes								
		Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariées agricoles			Salariées agricoles			Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
		nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.
Maladies inflammatoires ou rares ou infection VIH	Maladies inflammatoires chroniques intestinales	5 003	84,1	***	1 528	74,6	***	3 475	89,1	***	6 265	79,5	***	2 250	69,9	***	4 015	86,1	***
	Polyarthrite rhumatoïde ou maladies apparentées	12 521	104,7	***	7 118	109,8	***	5 403	98,7	NS	7 224	113,7	***	3 926	118,8	***	3 298	108,3	***
	Spondylarthrite ankylosante ou maladies apparentées	4 761	87,7	***	1 699	83,6	***	3 062	90,2	***	6 390	89,2	***	2 776	87,2	***	3 614	90,8	***
	Autres maladies inflammatoires chroniques	7 991	90,2	***	4 406	92,2	***	3 585	87,9	***	4 508	99,3	NS	2 463	102,6	NS	2 045	95,6	**
	Maladies inflammatoires chroniques	28 806	94,3	***	14 047	96,5	***	14 759	92,4	***	23 346	94,0	***	10 912	94,2	***	12 434	93,8	***
	Maladies métaboliques héréditaires ou amylose	2 599	99,7	NS	1 295	102,1	NS	1 304	97,4	NS	4 488	109,9	***	2 276	114,7	***	2 212	105,3	**
	Mucoviscidose	121	85,3	*	27	74,3	NS	94	89,1	NS	168	81,1	***	50	83,0	NS	118	80,3	**
	Hémophilie ou troubles de l'hémostase graves	1 020	71,5	***	429	66,5	***	591	75,6	***	1 421	81,5	***	587	75,4	***	834	86,4	***
	- dont hémophilie	49	116,0	NS	24	137,6	NS	25	100,8	NS	353	99,1	NS	120	93,8	NS	233	102,1	NS
	- dont troubles de l'hémostase graves	971	70,1	***	405	64,5	***	566	74,7	***	1 068	77,0	***	467	71,8	***	601	81,6	***
	Maladies rares	3 732	89,6	***	1 746	89,7	***	1 986	89,4	***	6 070	100,8	NS	2 908	103,2	*	3 162	98,7	NS
	Infection par le VIH	658	37,9	***	100	20,9	***	558	44,3	***	2 210	39,8	***	487	21,6	***	1 723	52,3	***
	Maladies inflammatoires ou rares ou infection VIH	32 999	91,2	***	15 804	93,7	***	17 195	89,0	***	31 412	87,1	***	14 209	86,2	***	17 203	87,9	***
	Insuffisance rénale chronique terminale	Dialyse chronique:	909	84,3	***	445	69,7	***	464	105,5	NS	1 968	81,3	***	994	74,4	***	974	89,7
- dont dialyse courte		80	80,2	***	43	74,8	*	37	87,5	NS	192	79,7	***	89	69,3	***	103	91,5	NS
- dont hémodialyse chronique		843	84,0	***	413	69,4	***	430	105,3	NS	1 838	81,3	***	923	74,0	***	915	90,3	***
- dont dialyse péritonéale chronique		66	88,1	NS	32	73,1	*	34	109,2	NS	130	80,8	**	71	80,1	*	59	81,7	NS
Transplantation rénale		37	86,6	NS	10		NC	27	94,0	NS	97	85,5	NS	45	94,0	NS	52	79,4	*
Suivi de transplantation rénale		515	86,4	***	181	81,2	***	334	89,5	**	1 237	86,1	***	469	73,9	***	768	95,7	NS
Insuffisance rénale chronique terminale		1 461	85,1	***	636	72,6	***	825	98,0	NS	3 302	83,1	***	1 508	74,7	***	1 794	91,8	***
Maladies du foie ou du pancréas	Hépatite C chronique ou guérie	675	59,5	***	237	40,4	***	438	79,9	***	1 056	56,0	***	230	26,9	***	826	79,9	***
	- dont hépatite C chronique	119	74,2	***	27	40,5	***	92	98,1	NS	234	61,3	***	50	31,3	***	184	83,1	**
	Maladies du foie (hors mucoviscidose)	6 296	78,3	***	2 569	66,3	***	3 727	89,4	***	11 423	78,1	***	4 068	59,4	***	7 355	94,5	***
	Maladies du pancréas (hors mucoviscidose)	3 726	92,6	***	1 863	89,4	***	1 863	96,0	*	5 633	91,5	***	2 266	76,5	***	3 367	105,4	***
	Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose)	9 811	83,1	***	4 343	74,5	***	5 468	91,5	***	16 466	81,9	***	6 140	64,6	***	10 326	97,3	***
Maladies du foie ou du pancréas (avec ou sans mucoviscidose)	9 823	83,1	***	4 346	74,5	***	5 477	91,5	***	16 483	81,8	***	6 145	64,6	***	10 338	97,2	***	
Autres affections de longue durée	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)- d'origine non précisée (sans code CIM-10 dans le système d'information) _ALD>31 sauf ALD 2, 4, 23, 25, 29, 30, 10 et 19	12 689	115,8	***	5 244	87,3	***	7 445	150,3	***	14 989	128,2	***	5 453	94,7	***	9 536	160,6	***
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)- insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	1 213	97,6	NS	764	96,1	NS	449	100,2	NS	1 065	91,6	***	573	87,6	***	492	96,8	NS
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)- bilharziose compliquée			NC			NC			NC		NC			NC				NC
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)- hémoglobinopathies, hémolyse chroniques, constitutionnelles et acquises graves (ALD n°10, dont la drépanocytose)	210	47,4	***	73	55,7	***	137	44,0	***	223	49,5	***	69	50,9	***	154	48,9	***
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)- néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	783	104,5	NS	276	93,9	NS	507	111,3	**	1 132	99,5	NS	457	97,1	NS	675	101,2	NS
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)- anomalies chromosomiques, séquelles d'encéphalites virales (de l'ALD n°23, dont le syndrome de Down)	524	82,0	***	98	71,6	***	426	84,8	***	680	72,1	***	114	41,7	***	566	84,6	***
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)- scolioses structurelles évolutives	1 569	86,1	***	584	78,1	***	985	91,6	***	402	88,9	**	110	75,8	***	292	95,1	NS
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)- o tuberculose active, lèpre	124	65,6	***	30	39,2	***	94	83,6	*	186	54,3	***	35	25,6	***	151	73,4	***
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)- ALD n°30 tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue	1 500	74,1	***	854	72,0	***	646	77,1	***	1 661	83,2	***	842	79,6	***	819	87,3	***
	ALD n°31 dites hors liste	17 444	74,2	***	8 540	64,9	***	8 904	86,0	***	12 653	73,8	***	4 862	60,1	***	7 791	86,1	***
	ALD n°32 correspondant aux polyopathologies	4 535	77,6	***	3 431	75,9	***	1 104	83,7	***	1 520	87,2	***	911	79,6	***	609	101,9	NS
	Trisomie 21	330	71,5	***	54	53,9	***	276	76,4	***	412	55,6	***	74	32,5	***	338	65,9	***
	Affections de longue durée (dont 31 et 32) pour d'autres causes	38 633	84,7	***	18 687	72,1	***	19 946	101,3	*	33 555	92,9	***	12 975	74,6	***	20 580	109,9	***
	Covid-19	Hospitalisation pour Covid-19	4 480	100,2	NS	3 272	101,7	NS	1 208	96,6	NS	4 504	101,2	NS	2 780	101,7	NS	1 724	100,3
Hospitalisation pour Covid-19, en soins intensifs		157	88,4	NS	93	86,1	NS	64	92,0	NS	260	76,8	***	154	82,7	**	106	69,7	***

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...	Femmes									Hommes									
	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariées agricoles			Salariées agricoles			Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles			
	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	
Au moins une pathologie	425 637	97,0	***	228 231	96,0	***	197 406	98,1	***	512 891	95,1	***	238 772	90,0	***	274 119	100,0	NS	
Au moins une pathologie ou traitement*	617 911	98,5	***	321 527	98,8	***	296 384	98,3	***	674 813	96,6	***	315 484	93,3	***	359 329	99,8	*	
Maternité	Maternité (avec ou sans pathologies)	26 758	93,5	***	2 989	83,1	***	23 769	94,9	***	NA	NA		NA	NA	NA	NA		
	Maternité (hors pathologies et traitements*)	23 466	95,8	***	2 684	87,9	***	20 782	96,9	***	NA	NA		NA	NA	NA	NA		
Au moins une pathologie, traitement* ou maternité	641 377	98,4	***	324 211	98,7	***	317 166	98,2	***	674 813	96,6	***	315 484	93,3	***	359 329	99,8	*	
Hospitalisations sans lien avec les pathologies repérées (pour les assurés qui n'ont pas de pathologies, traitements* ou maternité)	Hospitalisations sans lien avec les pathologies repérées (pour les assurés qui n'ont pas de pathologies, traitements* ou maternité)	63 292	97,3	***	16 742	96,0	***	46 550	97,8	***	87 294	104,9	***	29 478	110,2	***	57 816	102,4	***
	Hospitalisations sans lien avec les pathologies repérées (pour les assurés avec ou sans pathologies, traitements* ou maternité)	220 155	94,6	***	102 375	93,6	***	117 780	95,5	***	263 291	97,6	***	117 476	95,6	***	145 815	99,3	***
Au moins une pathologie, traitement*, maternité ou hospitalisation	704 669	98,3	***	340 953	98,5	***	363 716	98,2	***	762 107	97,5	***	344 962	94,6	***	417 145	100,1	NS	
Traitement antalgique ou anti-inflammatoire	Traitements antalgiques (hors pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	17 248	86,7	***	4 536	80,0	***	12 712	89,3	***	13 985	90,4	***	3 763	73,5	***	10 222	98,8	NS
	Traitements antalgiques (avec ou sans pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	220 492	99,2	***	125 471	101,9	***	95 021	95,8	***	170 959	102,8	***	82 695	98,6	***	88 264	107,2	***
	Traitements AINS (hors pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	2 661	94,0	***	707	93,4	*	1 954	94,2	***	2 152	108,7	***	769	99,5	NS	1 383	114,5	***
	Traitements AINS (avec ou sans pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	16 901	92,2	***	6 551	91,5	***	10 350	92,7	***	13 640	105,2	***	5 830	99,8	NS	7 810	109,6	***
	Traitements antalgiques ou anti-inflammatoires (hors pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	18 861	87,7	***	5 054	82,2	***	13 807	89,9	***	15 403	92,3	***	4 423	78,7	***	10 980	99,2	NS
	Traitements antalgiques ou anti-inflammatoires (avec ou sans pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	232 227	99,1	***	131 056	101,9	***	101 171	95,6	***	184 081	102,7	***	89 313	99,0	***	94 768	106,5	***
Traitement corticoïde	Traitements corticoïdes (hors pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	630	102,8	NS	252	107,4	NS	378	100,0	NS	676	111,4	***	326	131,5	***	350	97,5	NS
	Traitements corticoïdes (avec ou sans pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	14 878	100,2	NS	8 738	106,4	***	6 140	92,6	***	14 446	100,1	NS	7 653	103,7	***	6 793	96,3	***
Pas de pathologies, traitements*, maternité, hospitalisations ou traitement antalgique ou anti-inflammatoire	551 702	102,7	***	135 681	104,2	***	416 021	102,1	***	757 891	102,8	***	239 650	105,1	***	518 241	99,9	NS	
Pas de pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations	570 563	102,1	***	140 735	103,7	***	429 828	101,8	***	773 294	103,8	***	244 073	105,3	***	529 221	99,9	NS	
Total consommateurs régime agricole	1 275 232	NA		481 688	NA		793 544	NA		1 535 401	NA		589 035	NA		946 366	NA		



Grand groupe de pathologie, épisode de soins...		Femmes									Hommes								
		Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariées agricoles			Salariées agricoles			Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
		nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.
Obésité	Obésité avec séjour hospitalier	52 582	98,0	***	23 976	101,8	***	28 606	95,0	***	53 619	105,5	***	25 940	106,8	***	27 679	104,2	***
Paraplégie	Paraplégie	1 393	82,0	***	590	81,9	***	803	82,1	***	2 752	87,2	***	1 093	79,6	***	1 659	93,1	***
	Hospitalisation : Endocardite	143	113,3	NS	103	124,3	**	40	92,3	NS	384	111,9	**	225	117,3	**	159	105,0	NS
Hospitalisation : Varices des membres inférieurs	Hospitalisation : Varices des membres inférieurs	3 271	115,1	***	1 516	136,5	***	1 755	101,3	NS	2 709	106,2	***	1 242	108,9	***	1 467	104,0	NS
	Hospitalisation : Appendicite	1 001	106,3	*	271	100,7	NS	730	108,5	**	1 685	109,6	***	567	117,0	***	1 118	106,2	**
Hospitalisation : Maladies de la vésicule biliaire et des voies biliaires	Hospitalisation : Maladies de la vésicule biliaire et des voies biliaires	4 101	94,9	***	1 869	92,1	***	2 232	97,4	NS	3 856	93,3	***	1 910	90,4	***	1 946	96,4	NS
	Hospitalisation : Diverticulose de l'intestin	3 204	91,4	***	1 521	88,8	***	1 683	93,9	***	3 884	92,0	***	1 873	91,6	***	2 011	92,4	***
Hospitalisation : Endoscopie digestive	Hospitalisation : Endoscopie digestive	28 488	85,1	***	9 853	76,6	***	18 635	90,3	***	38 900	85,9	***	17 182	83,6	***	21 718	87,8	***
	Hospitalisation : Hernies	3 363	94,1	***	1 598	95,9	*	1 765	92,6	***	11 441	100,4	NS	5 544	102,4	*	5 897	98,5	NS
Hospitalisation : Hémorroïdes	Hospitalisation : Hémorroïdes	988	82,6	***	323	77,8	***	665	85,1	***	1 722	82,3	***	658	75,5	***	1 064	87,2	***
	Hospitalisation : Ulcère gastroodénal	1 554	92,8	***	985	93,8	**	569	91,1	**	2 162	87,2	***	1 062	80,0	***	1 100	95,6	NS
Hospitalisation : Naissance vivante	Hospitalisation : Naissance vivante	5 967	80,9	***	929	59,0	***	5 038	86,9	**	6 343	81,2	***	1 017	60,3	***	5 326	86,9	***
	Hospitalisation : Cataracte sénile	20 333	95,7	***	11 963	94,5	***	8 370	97,5	**	19 729	94,5	***	10 708	92,6	***	9 021	96,7	***
Hospitalisation : Glaucome	Hospitalisation : Glaucome	329	82,6	***	181	79,7	***	148	86,5	*	491	92,5	*	255	92,0	NS	236	93,1	NS
	Hospitalisation : Pathologies ou traitements dentaires	5 651	105,5	***	1 322	101,9	NS	4 329	106,6	***	6 039	105,4	***	1 281	87,4	***	4 758	111,6	***
Hospitalisation : Maladies infectieuses ORL	Hospitalisation : Maladies infectieuses ORL	2 984	101,7	NS	726	99,0	NS	2 258	102,6	***	3 968	101,2	NS	1 073	100,9	NS	2 895	101,4	NS
	Hospitalisation : Arthroscopies, biopsies ostéo-articulaires	3 658	118,7	***	1 152	123,6	***	2 506	116,6	***	7 260	111,3	***	2 686	112,3	***	4 574	110,7	***
Hospitalisation : Coxarthrose	Hospitalisation : Coxarthrose	4 035	106,1	***	2 489	112,4	***	1 546	97,2	NS	5 032	136,7	***	3 006	157,6	***	2 026	114,3	***
	Hospitalisation : Fracture du membre inférieur	9 115	101,3	NS	6 487	101,7	NS	2 628	100,2	NS	4 781	108,2	***	2 473	106,2	***	2 308	110,5	***
Hospitalisation : Fracture du membre supérieur	Hospitalisation : Fracture du membre supérieur	4 592	100,4	NS	2 438	95,3	**	2 154	107,0	***	4 248	113,4	***	1 448	109,6	***	2 800	115,6	***
	Hospitalisation : Gonarthrose	4 465	113,0	***	2 621	120,9	***	1 844	103,4	NS	4 875	126,9	***	2 829	142,7	***	2 046	110,1	***
Hospitalisation : Polytraumatisme	Hospitalisation : Polytraumatisme	212	104,7	NS	120	96,1	NS	92	118,6	NS	519	140,6	***	213	142,1	***	306	139,7	***
	Hospitalisation : Syndrome du canal carpien	4 651	116,3	***	2 196	122,2	***	2 455	111,5	***	5 010	123,4	***	2 567	133,3	***	2 443	114,4	***
Hospitalisation : Bronchiolite	Hospitalisation : Bronchiolite	439	90,5	**	82	63,5	***	357	100,3	NS	591	90,6	**	112	69,5	***	479	97,5	NS
	Hospitalisation : Grippe	767	104,5	NS	468	104,2	NS	299	105,0	NS	735	100,9	NS	376	99,6	NS	359	102,2	NS
Hospitalisation : Pneumopathie (hors grippe)	Hospitalisation : Pneumopathie (hors grippe)	5 532	100,7	NS	3 827	103,2	*	1 705	95,5	*	6 446	98,5	NS	3 563	94,8	***	2 883	103,4	*
	Hospitalisation : Compression des racines et des plexus nerveux	341	91,0	*	136	79,9	***	205	100,3	NS	535	112,4	***	222	102,3	NS	313	120,8	***
Hospitalisation : Discopathie	Hospitalisation : Discopathie	942	98,2	NS	253	76,9	***	689	109,3	**	1 555	107,4	***	579	97,2	NS	976	114,6	***
	Hospitalisation : Fracture du rachis	2 458	98,9	NS	1 712	97,2	NS	746	102,9	NS	1 882	123,6	***	1 019	123,6	***	863	123,6	***
Hospitalisation : Migraine	Hospitalisation : Migraine	1 017	93,6	**	318	92,6	NS	699	94,1	NS	749	101,1	NS	240	87,8	**	509	109,0	*
	Hospitalisation : Traumatisme crânien	2 701	94,4	***	1 750	89,4	***	951	105,2	NS	3 229	101,5	NS	1 590	94,8	**	1 639	109,1	***
Hospitalisation : Biopsie prostatique	Hospitalisation : Biopsie prostatique	NA	NA		NA	NA		NA	NA		2 096	99,5	NS	1 112	105,2	*	984	93,6	**
	Hospitalisation : Circoncision	NA	NA		NA	NA		NA	NA		2 116	68,2	***	598	66,9	***	1 518	68,8	***
Hospitalisation : Hypertrophie bénigne de la prostate	Hospitalisation : Hypertrophie bénigne de la prostate	NA	NA		NA	NA		NA	NA		5 591	97,0	**	3 085	100,0	NS	2 506	93,6	***
	Hospitalisation : Infection urologique	4 878	98,0	NS	3 092	97,1	*	1 786	99,5	NS	4 696	91,0	***	2 598	88,3	***	2 098	94,4	***
Hospitalisation : Lithiase urinaire	Hospitalisation : Lithiase urinaire	1 685	96,0	*	626	92,7	*	1 059	98,1	NS	4 402	95,0	***	1 992	97,3	NS	2 410	93,2	***

Annexe 3 : Facteurs de risque du suicide, méthode du modèle de Cox

Après avoir analysé l'effet de différentes variables ajustées par âge et sexe sur le risque de suicide, des analyses de survie multivariées ont été effectuées à l'aide de modèles de Cox. Ces analyses ont permis de calculer des « hazards ratios » (HR) ainsi que leur intervalle de confiance à 95 %, et présentent pour chacune des caractéristiques étudiées, le sur-risque (ou sous-risque) de décéder par suicide par rapport à la modalité de référence.

Différentes variables ont pu être testées dans des modèles de Cox univariés ajustés sur l'âge et le sexe. Les variables intégrées dans le modèle final l'ont été après avoir été identifiées comme expliquant significativement le risque de décès à 5 % dans les modèles univariés. Parmi les variables possiblement corrélées, un choix a été fait pour n'en conserver qu'une : la plus pertinente au niveau statistique et au niveau métier. Des regroupements ont pu être réalisés pour obtenir des effectifs suffisants dans chacune des modalités présentes dans le modèle final.

Les variables explicatives d'intérêt intégrées dans le modèle final sont les suivantes :

- Age,
- Sexe,
- Régime,
- Avoir une maladie psychiatrique ou recevoir un traitement par psychotropes,
- Avoir fait une tentative de suicide au cours des 5 dernières années,
- Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes,
- Et uniquement pour les 15-64 ans, le versement d'indemnités journalières au 01/01/2022 en lien avec une maladie, un accident du travail ou une maladie professionnelle.

Les catégories de référence ont été choisies pour faciliter la lecture et l'analyse des résultats.

L'estimation du modèle a été réalisée sur la base des suicides identifiés en 2022.

Annexe 4 : Les actions du plan national GDR maladie 2024

Le plan national GDR MSA 2024 comportait 30 actions déclinées autour de 6 axes :

- Prévention (5 actions)
- Structuration de l'offre de soins (2 actions)
- Pertinence et efficacité des produits de santé (6 actions)
- Pertinence et qualité des actes (1 action)
- Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail (2 actions)
- Contrôle et lutte contre la fraude (14 actions)

Trois actions ont été annulées pour l'année 2024 :

- Sensibiliser les professionnels de santé aux prescriptions de médicaments inappropriés chez les personnes âgées
- Sensibiliser les assurés aux règles de prise en charge des bandelettes d'autosurveillance glycémique (action inter-régime)
- Contrôler la facturation des actes de radiologie

4.1. Prévention

La thématique sur la prévention est développée dans la partie 3.1.1.

4.2. Structuration de l'offre de soins

4.2.1. Accompagnement MSA à la création de structures d'exercice coordonné (MSP, CDS, ESP, CPTS)

Le bilan de l'accompagnement MSA des structures d'exercice coordonné est développé dans la partie 3.4.

4.2.2. Action parcours de soins des insuffisants cardiaques (PIC)

Le bilan du déploiement du parcours insuffisance cardiaque est développé dans la partie 3.5.2.2.

4.3. Pertinence et efficacité des produits de santé

4.3.1. Contrôle des demandes d'accord préalable (DAP) de médicaments et dispositifs médicaux

L'instruction des demandes d'accord préalable (DAP) est une mission essentielle des services du contrôle médical. Prévue à l'article L.315-2 du Code de la Sécurité Sociale, la procédure d'accord préalable est en effet le seul dispositif permettant aux caisses d'effectuer le contrôle de certains actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie avant même leur exécution, avec pour conséquence possible un refus de prise en charge de l'acte ou de la prestation, refus basé sur des éléments d'ordre médical constatés.

Afin de parvenir à une meilleure harmonisation des pratiques des caisses, améliorer la productivité et l'efficacité des contrôles, la MSA a défini des principes directeurs métiers de gestion des DAP. Il s'agit d'inscrire la gestion des DAP au sein d'une véritable stratégie de contrôle médical de la MSA, dans le cadre global de son Plan National de Contrôle Médical (PNCM) et en application des recommandations émises par la Cour des Comptes.

La stratégie de gestion des DAP repose essentiellement sur le contrôle des produits et prestations de catégorie 1, autrement dit à fort enjeu (coût au regard de la prise en charge par l'assurance maladie, pratiques observées chez les professionnels de santé,...). Ainsi, l'instruction des DAP est obligatoire concernant les produits et prestations regroupés au sein des cinq grands thèmes suivants : LPP assistance respiratoire, traitements d'orthodontie dento-faciale (ODF), grand appareillage orthopédique (GAO), actes inscrits à la classification commune des actes médicaux (CCAM), et médicaments. En ce qui concerne les

autres DAP, appelées DAP de catégorie 2, leur instruction systématique est laissée à l'appréciation des caisses.

Parmi ces cinq thèmes de produits et prestations de catégorie 1, trois sont relatifs à des produits de santé : médicaments, grand appareillage orthopédique et assistance respiratoire. Les deux autres concernent des actes médicaux : traitements d'orthodontie dento-faciale (ODF) et actes inscrits à la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Dans cette partie, il n'est mis en relief que les DAP de catégorie 1 relatives aux médicaments et dispositifs médicaux. Les autres DAP de la catégorie 1 (relatives à des actes médicaux) et les DAP de la catégorie 2 sont exposées au niveau de la partie 4.4. de cet annexe.

DAP Grand Appareillage Orthopédique

Le grand appareillage orthopédique (GAO) est composé de fauteuils roulants, prothèses oculaires et faciales, podo-orthèses (chaussures orthopédiques et appareils podo-jambiers) et orthoprothèses (prothèses qui visent à remplacer un segment de membre ou un membre entier amputé, appareils d'orthopédie destinés à corriger une déviation, à soutenir un membre déficient ou à compenser certaines lésions fonctionnelles).

Les demandes préalables de prise en charge de grand appareillage orthopédique, ainsi que les devis des fournisseurs font systématiquement l'objet d'un avis du binôme médico-administratif du service du contrôle médical de la caisse de MSA. En 2024, plus de 18 700 demandes ont été étudiées (+ 7 % par rapport à 2023) (**Tableau 66**). Comme l'année précédente, une demande sur 10 a fait l'objet d'un refus et ces refus ont généré 2 558 000 € de dépenses évitées.

DAP Assistance respiratoire

Les prestations de pression positive continue (PPC - Forfait 9), de ventilation assistée inférieure à 12 heures (forfait 6), ainsi que certaines prestations d'oxygénothérapie, ont le taux le plus élevé de refus des DAP de catégorie 1, avec 17 % de refus de la prise en charge de la prestation (versus 11 % en 2023) et 5 % de refus partiels.

En 2024, les refus médicaux, administratifs et les refus partiels ont permis d'éviter 574 274 € de dépenses sur ce poste, soit 10 % des remboursements effectués sur les prestations de catégorie 1.

DAP Médicaments

En 2024, le périmètre du contrôle DAP médicaments s'est limité aux médicaments Repatha et Praluent (anticorps monoclonaux indiqués pour la prise en charge thérapeutique des hypercholestérolémies), dont la prise en charge est soumise à l'accord préalable du service du contrôle médical depuis décembre 2020.

En 2024, les contrôles médicaux de la MSA ont traité 1 786 DAP de médicaments, contre 1 569 en 2023, soit une augmentation de 14 % au niveau de cette catégorie de demandes. 97 % des avis donnés étaient des accords de prise en charge (versus 95 % en 2023).

Tableau 66 :
Nombre de demandes d'accord préalable à fort enjeux et nature des avis rendus en 2024

	Accords		Refus médical		Refus administratif		Refus partiel		Total refus	
DAP cat.1 relatifs aux produits de santé										
Assistance respiratoire	18 407	83 %	186	1 %	2 678	12 %	1011	5 %	3 875	17 %
Grand Appareillage	16 685	89 %	64	0 %	1 492	8 %	482	3 %	2 038	11 %
Médicaments	1 734	97 %	14	1 %	38	2 %		0 %	52	3 %
DAP cat.1 relatifs aux actes médicaux										
Dentaire (ODF)	35 223	95 %	116	0 %	1 902	5 %		0 %	2 018	5 %
Soins (CCAM)	6 372	95 %	54	1 %	285	4 %	30	0 %	369	5 %
	78 421	90 %	420	0,5 %	6 357	7 %	1 523	2 %	8 300	10 %

Source : MSA

Le contrôle des DAP de catégorie 1, à fort enjeux, a conduit les contrôles médicaux à examiner plus de 86 700 demandes en 2024, soit 8 % de plus qu'en 2023. La prestation a été accordée dans 90 % des cas et a fait l'objet d'un refus dans 8 % des cas (médical ou administratif) et d'un refus partiel dans 2 % des cas.

4.3.2. Sensibilisation aux associations de médicaments contre-indiqués (AMCI)

Cette action est construite avec un objectif de santé publique et prend la forme d'un accompagnement/d'une sensibilisation. Le principe de l'action est de détecter systématiquement les associations médicamenteuses contre-indiquées (AMCI), et d'informer les médecins et pharmaciens des anomalies repérées par l'envoi d'un courrier.

L'objectif d'une telle action est de diminuer le risque d'iatrogénie médicamenteuse pour les assurés de la MSA. Les AMCI sont détectées automatiquement sur les bases de remboursements, puis analysées par le médecin-conseil avec les données médicales du patient. Les nouvelles AMCI détectées chaque mois font l'objet de l'envoi d'un courrier (accompagné d'une reconstitution de l'ordonnance) au médecin prescripteur et au pharmacien ayant délivré les médicaments, les informant de la présence d'une AMCI et les incitant à contacter le service du contrôle médical de la caisse de MSA.

Deux mois plus tard, si une AMCI est toujours repérée, le médecin-conseil a la possibilité de convoquer l'assuré après en avoir informé le praticien par courrier au titre de l'article L.315-2-1 du Code de la Sécurité Sociale. Un délai de réponse est accordé au médecin prescripteur afin qu'il puisse prendre contact avec le service du contrôle médical. En cas de désaccord persistant après la convocation, le médecin-conseil a la possibilité de mettre en place une expertise thérapeutique.

En 2024, l'action a été menée sur la base de plus de 23 millions d'ordonnances de pharmacie liquidées par les caisses de MSA, parmi lesquelles plus de 5 100 AMCI ont été détectées, soit un taux brut d'AMCI de 22 pour 100 000 ordonnances. Près de 1 200 courriers ont ainsi été envoyés aux médecins prescripteurs, leur signalant les nouvelles AMCI détectées, ce qui représente un taux de nouvelles AMCI de 5 pour 100 000 ordonnances.

4.3.3. Sensibilisation des prescripteurs au bon usage du Fentanyl transmuqueux

Le Fentanyl transmuqueux est un antalgique opioïde dont l'indication de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) est le traitement des douleurs paroxystiques chez les patients adultes recevant déjà un traitement de fond morphinique pour des douleurs chroniques d'origine cancéreuse. Le recours au fentanyl transmuqueux peut être envisagé, hors AMM, dans la prévention des douleurs rebelles provoquées en situation palliative, dans certaines situations spécifiques identifiées par la Haute Autorité de Santé (HAS).

L'action de contrôle des prescriptions de Fentanyl transmuqueux initiée par la MSA vise à garantir que les prescriptions respectent les indications de l'AMM, face aux préoccupations croissantes liées à l'abus et au mésusage de cet opioïde puissant, tant au niveau international qu'en France.

Une analyse préliminaire à l'action a révélé que 63 % des assurés MSA traités le sont en dehors des indications approuvées par l'AMM, attestant d'un problème potentiel de conformité des prescriptions. L'objectif principal de l'action est donc de remédier à cette situation en rappelant aux prescripteurs les indications de l'AMM et en les informant de l'arrêt de la prise en charge par la MSA lorsque les prescriptions ne les respectent pas. L'objectif secondaire de l'action est de recueillir les indications hors AMM ayant conduit à la prescription de la molécule.

Le bilan 2024 révèle que 72 % des assurés agricoles sous Fentanyl transmuqueux ne remplissent pas les critères de l'AMM, et 29 % des prescripteurs ne suivaient pas les indications de l'AMM.

133 courriers de rappel réglementaire (comportant une plaquette d'information sur la prescription du fentanyl transmuqueux) ont été adressés aux professionnels de santé concernés par ces prescriptions hors AMM. Quatre mois plus tard, une mesure de l'impact des courriers est réalisée et révèle une faible proportion (5 %) de professionnels ayant poursuivi la prescription. Ces derniers justifient leurs prescriptions pour des cas de douleurs liées notamment à la rhumatologie et à la traumatologie, de douleurs rebelles et de pratiques sédatives chez les adultes en phase palliative.

Ces résultats soulignent la nécessité d'une surveillance continue et d'une sensibilisation des prescripteurs de ce médicament, pour en garantir une utilisation sûre et appropriée en conformité avec les directives de l'AMM.

4.3.4. Détecter et accompagner les assurés surconsommant des traitements substitutifs aux opiacés (TSO)

Cette action vise à repérer les consommations excessives de médicaments de substitution aux opiacés dépassant les seuils définis par l'autorisation de mise sur le marché (AMM). Elle a pour but d'identifier les situations potentiellement à risque (fraude, abus, prescriptions inappropriées) et d'y apporter une réponse adaptée, allant du rappel réglementaire à l'engagement de procédures L315-2 ou à un signalement en matière de lutte contre la fraude (LCF).

Deux seuils de consommation ont été définis :

- niveau 1 (> 24 mg/jour) : consommation très atypique avec suspicion de fraude impliquant un signalement systématique à la cellule LCF.
- niveau 2 (15 à 24 mg/jour) : consommation élevée impliquant une analyse approfondie par les services concernés (GDR, service médical, référent fraude).

Les dossiers identifiés font l'objet de relectures ciblées, de contacts avec les professionnels de santé (courriers, appels), de convocations des assurés, de protocoles de soins (L324-1), et si nécessaire, de mesures en lien avec la lutte contre la fraude (L315-2, LCF).

Concernant le niveau 1 de consommation, 77 assurés ont été identifiés, tous signalés à la cellule LCF conformément à la procédure prévue pour ce seuil.

Concernant le niveau 2 de consommation, 259 assurés ont été identifiés et ont fait l'objet d'une analyse approfondie.

Au total, 278 contacts ont été établis avec des professionnels de santé, dont 247 avec des médecins (88,8 %) et 31 avec des pharmaciens (11,2 %).

L'action a permis d'engager 107 nouveaux protocoles de soins L324-1 et 18 procédures L315-2.

4.4. Pertinence et qualité des actes : gestion des demandes d'accord préalable (DAP)

Dans cette partie, il est mis en exergue les autres demandes d'accord préalable de catégorie 1 relatives à des actes médicaux et les DAP de la catégorie 2.

4.4.1. Les DAP de catégorie 1 relatives à des actes médicaux

Orthopédie dentofaciale

Le domaine dentaire dénombre le plus grand nombre de DAP car 43 % (soit 37 241) des DAP de catégorie 1 concernent l'orthodontie. Ces demandes sont refusées dans 5 % des cas, presque exclusivement pour des motifs administratifs.

Les dépenses évitées grâce à ces refus sur les dépenses de l'année 2024 sont de 1 710 873 €, soit 32 % des remboursements effectués sur les prestations de catégorie 1.

Actes de la CCAM

Au sein de la classification commune des actes médicaux (CCAM), 79 codes sont soumis à une DAP et font l'objet d'un examen systématique par les contrôles médicaux. Le taux de refus de prise en charge de ces actes est de 5 % en 2024.

Les dépenses évitées grâce à ce contrôle s'élèvent à 509 922 €, soit 9,5 % des remboursements effectués sur les prestations de catégorie 1.

4.4.2. Gestion des DAP de catégorie 2

Pour les DAP de catégorie 2 (à contrôle non obligatoire), leur instruction systématique est laissée à l'appréciation des caisses. Ces DAP englobent les produits de la LPP (hors assistance respiratoire), les actes dentaires (hors orthodontie), les transports, les autres soins de la CCAM, les cures thermales et les hospitalisations.

En 2024, les refus médicaux, administratifs et les refus partiels ont permis d'économiser 219 574 € sur les dépenses des prestations de catégorie 2, soit 4 % des remboursements effectués sur toutes prestations confondues (catégories 1 et 2).

Au total, le contrôle des DAP de catégorie 1, aura permis d'économiser 5 353 101 € en 2024 ; économie à laquelle peuvent être ajoutées les dépenses évitées grâce au contrôle des DAP de catégorie 2 (219 574 €), soit une dépense évitée globale de 5 572 675 €.

Méthode de calcul des dépenses évitées concernant les DAP :

En 2024, les dépenses évitées correspondent aux dénombrements de factures rejetées, identifiées dans le cadre de la stratégie institutionnelle de contrôle des feuilles de soins nécessitant une DAP, et les montants ainsi évités d'une prise en charge.

4.5. Pertinence et efficience des prescriptions d'arrêts de travail

4.5.1. Déploiement d'un parcours amélioré afin de prévenir la désinsertion professionnelle

Le bilan de cette action est présenté dans la partie 3.5.2.3.

4.5.2. Contrôle des arrêts de travail répétitifs

Le principe de cette action est de repérer des situations d'arrêts de travail à répétition. L'objectif est de maîtriser les dépenses d'indemnités journalières sur les risques maladie et AT/MP, en repérant les situations potentiellement abusives d'arrêts de travail, de façon à induire un changement de comportement chez les assurés concernés. Des situations nécessitant la mise en œuvre de mesures dans le cadre de la prévention de la désinsertion professionnelle peuvent également être repérées.

Les assurés ciblés sont ceux présentant au moins 4 arrêts de travail, indemnisés dans les 9 mois qui précèdent le mois de mise en œuvre de l'action. Sont pris en compte les arrêts dont la durée est supérieure au délai de carence et dont les dates de début et de fin de l'arrêt sont comprises dans les 9 mois précédents. Sont exclus, les arrêts de travail en lien avec une ALD ou le risque maternité.

Sur les mois de novembre et décembre 2024, 680 assurés ont été ciblés, ce qui représentent 3 200 arrêts maladie (initiaux et prolongations). Après analyse de ces assurés ciblés, plus de 620 décisions (sur pièces, après échanges avec le médecin prescripteur et/ou convocations) ont été prises par le médecin-conseil ou par l'ISCM et un quart des assurés ciblés ont été mis sous surveillance.

4.6. Contrôle et lutte contre la fraude

4.6.1. Contrôle des transporteurs de type taxis

Depuis 2020, en réponse aux recommandations de la mission nationale de contrôle (MNC), une action portant exclusivement sur les taxis est déployée dans le réseau MSA.

Chaque caisse doit contrôler a minima un taxi parmi une liste de cinq taxis identifiés par la Caisse centrale, sur la base de l'écart observé entre le montant remboursable moyen par bénéficiaire pour chacun des taxis et le montant médian observé pour l'ensemble des taxis facturant les assurés de la caisse. Au-delà de ces éléments, de nombreux indicateurs concernant l'ensemble des transporteurs de chaque caisse sont transmis afin que les caisses bénéficient d'une vue d'ensemble de l'activité du taxi à contrôler (ratio de patients MSA, part des remboursements MSA dans leur chiffre d'affaires, évolution du chiffre d'affaires,...).

En 2024, 44 taxis ont ainsi été contrôlés. Parmi eux, 18 taxis ont fait l'objet d'une détection d'anomalie : absence de pièces justificatives, anomalies kilométriques, absence de soins le jour du transport, non application des remises. Le montant associé à ces anomalies est de 169 045 €.

Pour 7 d'entre eux, les anomalies ont été qualifiées en fraude, faute ou abus ; d'autres dossiers faisaient encore l'objet d'une procédure au moment de la remontée des données.

Le montant associé à ces fraudes, fautes ou abus relevées par 6 caisses s'élève à 132 361 € (pour certaines caisses, le montant de ces anomalies est calculé sur la base de 3 années d'activité).

L'action a été reconduite pour l'année 2025.

4.6.2. Contrôle des actes dentaires

4.6.2.1. Contrôle de la facturation de l'acte dentaire HBLD418

Cette nouvelle action dentaire inscrite au plan national GDR 2024 consiste à contrôler le respect de la cotation HBLD418 applicable aux couronnes unitaires implantoportées.

Cette action a pour objectifs :

- d'une part, de contrôler que la facturation d'un acte HBLD418 correspond effectivement à la réalisation d'une couronne implanto-portée unitaire, à l'exclusion de tout autre acte prothétique implanto-porté : bridge, attachement, prothèse stabilisée par des implants,... ;
- d'autre part, d'informer les professionnels de santé des anomalies détectées et de procéder à un rappel de la réglementation, de façon à obtenir une modification de leur pratique.

S'agissant d'une action de contrôle, des indus seront notifiés aux professionnels de santé ne respectant pas la réglementation ou ne répondant pas aux demandes de renseignements.

Du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2023, 1 400 praticiens ayant réalisé cet acte ont été étudiés. Suite à l'analyse des services du contrôle dentaire des caisses de MSA, 20 % de ces praticiens se sont avérés être en anomalie. Cette action a permis de détecter 54 000 € d'anomalies sur la part obligatoire.

4.6.2.2. Contrôle de la facturation de l'acte dentaire HBLD785

Cette action dentaire, réalisée en 2022 et réinscrite au plan GDR 2024, consiste à contrôler le respect de la prise en charge du bridge remplaçant une incisive cotée HBLD785.

L'action a pour objectif de contrôler le respect des conditions de prise en charge de l'acte HBLD785 et de tous les actes qui y sont éventuellement associés (piliers supplémentaires, intermédiaires supplémentaires, couronnes transitoires, inlay-core, couronne unitaire, radiographies, soins antérieurs,...) ainsi que leur bonne appartenance aux paniers de soins.

Au total, 1 150 bridges ont été étudiés⁵⁵, ces bridges ont été facturés par 950 praticiens. Suite à l'analyse des services du contrôle dentaire des caisses de MSA, un quart de ces praticiens se sont avérés être en anomalie. Cette action a permis de détecter 71 300 € d'anomalies sur la part obligatoire.

4.6.2.3. Contrôle de la facturation de l'acte dentaire « bilan paro-DSR »

En 2020 et 2021, les services des contrôles dentaires des caisses de MSA ont mis en œuvre une action d'accompagnement des professionnels de santé en odontologie. Cette action portait uniquement sur l'acte HBQD001 « bilan parodontal ».

Depuis 2022, cette action a été élargie afin de vérifier le respect des conditions de prise en charge des actes HBQD001 (bilan parodontal) mais aussi des actes HBJA003, HBJA171, HBJA634 (actes d'assainissement parodontal, dénommé : détartrage-surfaçage radiculaire -DSR-). Ces actes ne sont facturables à l'assurance maladie que pour les assurés diabétiques⁵⁶.

Cette action permet également de vérifier l'absence de facturation d'un détartrage HBJD001 dans les six mois suivant la réalisation d'un DSR. Elle a un double objectif :

- d'une part, contrôler le respect de l'application des référentiels en vigueur pour le codage et la facturation des actes soumis à des notes de facturation ;
- d'autre part, informer les professionnels de santé des anomalies détectées en faisant un rappel à la réglementation avec une récupération d'indus, de façon à obtenir une modification des pratiques.

⁵⁵ Du 01/01/2023 au 30/06/2023.

⁵⁶ Bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD 08.

Du 1^{er} janvier 2023 au 30 juin 2024, 1 055 praticiens ayant réalisé ces actes ont été étudiés. Suite à l'analyse des services du contrôle dentaire des caisses de MSA, 32 % de ces praticiens se sont avérés être en anomalie. Cette action a permis de détecter 38 800 € d'anomalies sur la part obligatoire.

4.6.3. Contrôle des centres de santé dentaire

Cette action de contrôle fait suite à l'entrée en vigueur le 21 mai 2023 de la loi Khattabi du 19 mai 2023, qui vise à améliorer l'encadrement des centres de santé (CDS) en luttant contre les dérives de certains d'entre eux. Cette nouvelle action consiste à contrôler le respect de la réglementation par les centres de santé dentaire quant à la conformité de cotations pré-identifiées et ciblées, ne pouvant prétendre à une prise en charge. Les actes suivants qui ne peuvent être codifiés le même jour pour un même assuré sont contrôlés :

- une consultation dentaire facturée avec un autre code (CCAM ou NGAP) le même jour.
- les codes de prothèse transitoire et de prothèse définitive fixes le même jour pour une localisation identique (identification par le numéro de la dent).
- les codes de prothèse transitoire et de prothèse définitive amovibles le même jour pour une localisation identique (identification par arcade).

L'action a pour objectifs :

- de s'assurer de la bonne application par les centres de santé dentaire de la NGAP et de la CCAM en contrôlant le respect du non cumul d'actes qui ne peuvent être codifiés le même jour pour un même assuré ;
- de faire un rappel réglementaire/rappel des bonnes pratiques de facturation en cas d'anomalies de facturations. Ce rappel est adressé à la direction du centre de santé dentaire par la cellule GDR de chaque caisse ;
- d'orienter des dossiers au service de lutte contre la fraude, en cas de non-respect répété de la nomenclature ou des conditions de prise en charge par un centre de santé dentaire, et si suspicion de fraude.

Du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2023, 780 centres de santé dentaire ont été contrôlés par les caisses de MSA. Parmi ces centres ayant fait l'objet d'un contrôle, 80 % présentent au moins une anomalie de facturation. Au total, 500 courriers de rappel de réglementation ont été envoyés aux CDS dentaire. Ce contrôle a permis de détecter 51 000 € d'anomalies. Aussi, un dossier a été transmis au référent LCF concernant une association systématique d'actes (cumul C + CCAM).

4.6.4. Contrôles administratifs des actes infirmiers

Cette action a pour objectif de maîtriser les dépenses de soins infirmiers en assurant le respect de la NGAP, grâce aux contrôles suivants :

- Bilan de Soins Infirmiers (BSI) initial coté DI 2.5, facturable une fois tous les 12 mois.
- Bilan de soins intermédiaire coté DI 1.2, facturable 2 fois maximum par 12 mois, en cas de situation clinique évolutive du patient.
- Forfaits de soins infirmiers journaliers cotés BSA 1 / BSB 1 / BSC 1, facturables une fois par jour, quel que soit le nombre de visites et le nombre d'infirmiers intervenant au cours d'une même journée.
- AIS 4, séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière d'une demi-heure, facturable une fois par semaine.

Le contrôle des caisses de MSA a porté sur les remboursements de soins du second semestre 2023⁵⁷. Au moins une anomalie de facturation a été constatée pour plus de 4 700 infirmiers, ce qui représente plus de 440 000 € d'anomalies. Près de trois-quarts des anomalies portent sur les forfaits de soins infirmiers journaliers cotés BSA 1 / BSB 1 / BSC 1.

⁵⁷ Pour 27 caisses. 8 caisses ont contrôlé les remboursements sur l'ensemble de l'année.

Près de la moitié des infirmiers ont été destinataires d'une notification d'indus et 4 % des infirmiers ont reçu un courrier de mise en garde.

En fonction de l'importance du cumul irrégulier observé, des dossiers sont orientés vers la lutte contre la fraude. Au total, 4 % des dossiers ont été transmis à la LCF.

4.6.5. Contrôle de facturations des actes AMK/AMC 20 et AMK/AMC 28 subordonnés à une ALD 14 (insuffisance respiratoire chronique grave de l'adulte)

Cette action, mise en œuvre pour la seconde année consécutive, a pour objectif de contrôler a posteriori des anomalies de facturation, d'accompagner les assurés pour lesquels une ALD 14 pour BPCO serait justifiée et non encore en place et de sensibiliser les masseurs-kinésithérapeutes aux règles de bonnes pratiques de facturation des actes inscrits à la NGAP.

Les actes AMK/AMC 20 et AMK/AMC 28 sont pris en charge par l'assurance maladie pour les bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO) en affection de longue durée (ALD). Pour les patients sans ALD, les masseurs-kinésithérapeutes doivent utiliser la cotation AMK 8.5 de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

Le contrôle des caisses de MSA a porté sur les remboursements de soins du 1^{er} juillet au 31 décembre 2023. Sur cette période, 725 masseurs-kinésithérapeutes ayant facturé au moins un code acte AMK/AMC coefficient 20 ou 28 ont été ciblés. Après analyse du médecin-conseil, un tiers d'entre eux présentait au moins une anomalie de facturation, ce qui représente plus de 78 000 € d'anomalies. A date du 31 janvier 2025, 71 % de ce montant était notifié.

En fonction de l'importance du cumul irrégulier observé, des dossiers sont orientés vers la lutte contre la fraude. Au total, 20 dossiers ont été transmis à la LCF et 19 courriers de mise en garde ont été envoyés.

4.6.6. Contrôle des audioprothésistes

En 2024, les montants de fraudes/fautes détectées concernant les centres d'audioprothèses s'élèvent à 223 000 €, soit 6 % de la fraude des professionnels de santé.

4.6.7. Contrôle des tarifs dégressifs de location LPP

Cette action de gestion du risque vise à contrôler le respect des règles de facturation applicables aux dispositifs médicaux en location avec tarification dégressive. Les dispositifs concernés sont principalement les fauteuils roulants et les soulèvements-malades.

L'action repose sur une requête permettant d'identifier les situations de non-respect des seuils réglementaires de durée de location. Les anomalies détectées font l'objet d'une qualification puis d'une notification d'indus auprès des fournisseurs et des pharmacies concernées. En cas de réitération ou de suspicion de manquement caractérisé, les situations peuvent être transmises à la cellule Lutte contre la fraude (LCF).

L'action a permis d'identifier 3 687 pharmaciens / fournisseurs en anomalie pour 5 851 assurés. 24 % de ces fournisseurs (soit 884) ont reçu une notification d'indus.

Le montant total des indus notifiés représente 28,6 % des anomalies financières détectées (259 193 € notifiés / 906 165 € détectés). L'action a également donné lieu à 61 transmissions de dossiers à la cellule LCF ou via HALF.

4.6.8. Programme inter-régime de contrôle administratif des facturations en sus des forfaits versés aux EHPAD

Cette action inter-régime a pour objectif de s'assurer du respect des règles de facturation par les professionnels de santé en ville, d'actes et de prestations pris en charge dans le forfait soins des EHPAD.

Pour la campagne 2024, les caisses de MSA ont contrôlé les EHPAD dont la MSA est pivot. Le montant des anomalies constatées dans ces EHPAD (quel que soit le régime d'appartenance des résidents) s'élève à plus

de 1,4 million d'euros (**Tableau 67**). A fin janvier 2025, le montant des notifications d'indus aux établissements s'élève à plus de 700 000 €.

Tableau 67 :
Montant des indus constatés et notifiés (en euros) par les caisses de MSA pivots d'EHPAD pour la campagne 2024

	Montant des anomalies constatées	Montant des anomalies notifiées
Assurés MSA	659 973 €	341 574 €
Assurés des autres régimes	772 618 €	382 006 €
Total	1 432 591 €	723 580 €

Source : MSA

Le montant des anomalies détectées par les caisses de MSA pour leurs ressortissants dans des établissements dont les CPAM sont pivots s'élève à près de 2 millions d'euros.

4.6.9. Programme inter-régime 2024 de contrôle de Tarification à l'Activité (T2A) portant sur la facturation de séjours Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO)

Après une interruption de 2020 à 2023 des contrôles T2A, d'abord due à la crise sanitaire puis aux règles dérogatoires de financement mises en place, l'assurance maladie reprend en 2024 sa mission réglementaire de contrôle externe de la production des informations médico-administratives des établissements de santé ou contrôles T2A conformément à l'article L. 162-23-13 du code de sécurité sociale.

Le contrôle externe de la tarification à l'activité vise à inciter les établissements de santé à être attentifs et vigilants quant à la qualité de l'application des règles de codage et de facturation de leur activité. Il s'agit d'un contrôle de la régularité et de la sincérité de la facturation qui ne saurait se confondre avec un audit externe sur la qualité du codage ou un contrôle de la pertinence des soins apportés par les établissements de santé à leurs patients.

Les priorités nationales de contrôle sont déterminées notamment sur la base des activités pour lesquelles il est constaté des comportements atypiques repérés à partir des analyses statistiques des bases du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et lors des campagnes de contrôle précédentes.

Pour la campagne T2A 2024 portant sur les séjours 2023, les contrôles ont un périmètre resserré, dans les limites des priorités nationales, sur les activités de MCO et des séjours en hospitalisation complète.

Les priorités nationales de contrôle retenues pour la campagne 2024, portent sur les thèmes suivants :

- les activités non prises en charge par l'assurance maladie ou ne relevant pas d'une facturation relevant de la tarification à l'activité ;
- le codage du diagnostic principal et de certains actes CCAM (classification commune des actes médicaux) classants ;
- les séjours dits « contigus » ;
- les séjours avec comorbidités ;
- les prestations inter-établissements.

Seuls les établissements ne bénéficiant pas de la sécurisation modulée à l'activité (SMA) au titre de l'année 2023 sont éligibles au contrôle.

Au niveau national, la volumétrie est de 30 000 séjours à contrôler pour cette campagne 2024, soit la moitié du nombre de séjours contrôlés en campagne 2018, dernière campagne réalisée intégralement.

L'article L.133-4 du code de la sécurité sociale donne compétence aux caisses d'assurance maladie pour recouvrer auprès des professionnels ou établissements de santé les dépenses indûment mises à la charge de l'assurance maladie, en cas d'inobservation de leur part des règles de tarification ou de facturation ou en cas de facturation d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés.

Le déploiement de la campagne inter-régime T2A sur 2024 s'est traduit par :

- la désignation d'un titulaire et d'un suppléant au sein de la Commission de contrôle ;
- la désignation du représentant du Médecin Coordonnateur Régional au sein de l'Unité de coordination Régionale (UCR) ;
- la participation au niveau de la région à la formation aux contrôles sur site (praticien-conseil et/ou infirmier du contrôle médical) ;
- la désignation d'un représentant des caisses de MSA de la région au sein des cellules de calcul des indus et du contentieux de l'UCR, à l'issue du premier contrôle d'établissement.

Cette campagne se poursuit en 2025 avec la réalisation des contrôles sur site et les formations administratives (calcul des indus T2A et contentieux T2A). De ce fait, le montant des indus notifiés par la MSA en tant que caisse pivot pour les établissements publics et ESPIC (Etablissement de santé privé d'intérêt collectif), ainsi que le montant des indus notifiés par la MSA à des établissements privés pour les ressortissants du régime agricole sur les séjours 2023 ne seront connus qu'en fin d'année 2025.

4.6.10. Programme inter-régime de contrôle administratif des facturations des établissements d'hospitalisation à domicile (HAD)

Dans le cadre de l'inter-régime, les caisses de MSA ont contrôlé les établissements HAD, quel que soit leur statut juridique, ayant présenté un GHT (Groupe Homogène de Tarif) au remboursement au cours de l'année 2023.

Les GHT sont des forfaits destinés à couvrir l'ensemble des charges supportées par l'établissement pour assurer la prise en charge globale des patients.

Les établissements HAD à vocation psychiatrique sont exclus du périmètre du programme de contrôle.

Lors de la campagne 2024, les caisses de MSA ont contrôlé plus de 180 établissements HAD, en inter-régime. A l'issue de ce contrôle, trois-quarts des établissements étudiés présentaient au moins une anomalie de facturation. Plus d'un million d'euros d'anomalies ont été détectés à l'issue de ce contrôle.

4.6.11. Programme inter-régime de contrôle administratif des facturations en sus des forfaits versés aux SSIAD

Depuis 2009, la MSA mène cette action administrative afin de s'assurer du respect des règles de facturation par les infirmiers libéraux (ou centres de santé infirmiers) intervenant auprès des personnes dépendantes prises en charge par les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Les SSIAD ont un rôle important dans la prise en charge à domicile de la dépendance et sont amenés à prendre en charge un nombre croissant d'individus vieillissants. Dans ce cadre, l'objectif principal de cette action est de contrôler la bonne application des règles de facturation par les infirmiers libéraux et de contrôler la bonne facturation du petit matériel et fournitures médicales listés dans l'arrêté du 30 mai 2008⁵⁸ et inclus dans le forfait soins des SSIAD.

Les requêtes ciblent tous les assurés agricoles ayant été pris en charge par un SSIAD sur l'année 2023 avec des facturations sur l'enveloppe de ville concomitantes à la période de leur prise en charge par le service, pour des actes infirmiers ou des dispositifs de la LPP facturés du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2023 et inclus dans la dotation globale de financement.

Le contrôle s'effectue uniquement sur les remboursements relatifs aux assurés du régime agricole dont la caisse gestionnaire de MSA de l'assuré est également la caisse pivot du SSIAD. Le régime général procède de la même façon en ne contrôlant que leurs affiliés dépendant d'une CPAM qui est à la fois caisse gestionnaire de l'assuré et caisse pivot du SSIAD. Toutefois, certaines caisses ont contrôlé des SSIAD dont la CPAM est pivot en cas d'absence ou de faible volume de SSIAD pour lesquels la MSA est pivot.

⁵⁸ Arrêté du 30 mai 2008 fixant la liste du petit matériel médical et des fournitures médicales et la liste du matériel médical amortissable compris dans le tarif journalier afférent aux soins mentionnés à l'article R. 314-161 du code de l'action sociale et des familles en application des articles L. 314-8 et R. 314-162 du même code.

Pour la campagne 2024, les caisses de MSA ont contrôlé 128 SSIAD pour lesquelles elles sont pivots. A l'issue de ce contrôle, les trois-quarts des SSIAD étudiés présentaient au moins une anomalie de facturation.

L'action a permis d'étudier plus de 360 infirmiers dont la moitié présentent une anomalie de facturation. Plus de 148 000 € d'anomalies ont été détectés à l'issue de ce contrôle.

4.7. Autres actions locales

Les 35 caisses du réseau MSA ont mené des actions de gestion du risque répondant à des problématiques locales et portant sur des thématiques variées. Les thématiques sur lesquelles portent environ deux-tiers des actions d'initiative locale (AIL) réalisées en 2024 sont :

- l'information et l'éducation à la santé,
- les actes dentaires,
- la bonne prescription des médicaments,
- les actes infirmiers.

Aussi, les cibles de ces actions locales sont multiples, dont les plus fréquentes sont les assurés (actions de prévention notamment), les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les médecins prescripteurs.

En 2024, le nombre minimum d'AIL à réaliser par caisse de MSA était de 2 (contre 1 en 2023). A ce titre, 32 caisses ont réalisé 2 actions locales, 2 caisses en ont réalisé respectivement 4 et 7 et 1 caisse n'en a réalisé qu'une. Ainsi, au total, 76 actions locales ont été réalisées en 2024.

L'axe du plan GDR ayant connu le plus grand nombre d'AIL réalisées en 2024 est relatif à la pertinence et la qualité des actes (**Tableau 68**).

Tableau 68 :
Nombre d'AIL réalisées par axe du plan national GDR 2024

Axes du plan national GDR auxquels se réfèrent les AIL proposées	Nombre d'AIL
Poursuivre et renforcer les actions de prévention	23
Améliorer la pertinence et l'efficacité des produits de santé	7
Améliorer la pertinence et la qualité des actes	30
Améliorer la pertinence et l'efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports	2
Contrôle et lutte contre la fraude	14
Total	76

Source : MSA

Sur la base des remontées des caisses, toutes actions locales confondues, en 2024 :

- Environ 1 300 femmes et hommes ont pu bénéficier de conseils et de messages de prévention en lien avec les 3 cancers (cancer du sein, cancer colorectal, cancer du col de l'utérus) et 120 dépistages ont été réalisés concernant au moins l'un des cancers ;
- Plus de 100 femmes ont été sensibilisées au cancer de la peau ;
- 124 femmes ont été sensibilisées à la mammographie et l'auto-palpation ;
- 386 kits de sensibilisation ont été envoyés dans le cadre de la sensibilisation sur la carie du biberon ;
- 150 personnes ont été sensibilisés sur des thématiques en lien avec l'alimentation et l'activité physique ;
- 165 adolescents ont été sensibilisés sur le harcèlement scolaire ;
- 1 830 courriers de rappel réglementaire ont été envoyés à des chirurgiens-dentistes sortis en anomalies dans le cadre d'actions de contrôle ;
- 732 médecins généralistes ont été sensibilisés dans le cadre des dépistages organisés des cancers ;
- 168 402 € d'indus potentiels ont été détectés (après réponse des professionnels de santé aux courriers de demande de renseignement) ;
- Environ 53 000 € ont été recouverts ;
- 17 dossiers ont été orientés en lutte contre la fraude.

msa.fr
statistiques.msa.fr
geomsa.msa.fr
dataviz.msa.fr

MSA caisse centrale
19, rue de Paris
CS 50070
93013 Bobigny cedex
Tél. : 01 41 63 77 77
www.msa.fr



L'essentiel & plus encore