

MSA

Rapport Charges et Produits MSA 2027

**Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement
sur l'évolution des charges et des produits au titre de 2027 (loi du 13 août 2004)**

msa.fr



L'essentiel & plus encore

Sommaire

Liste des propositions de la MSA pour 2027	5
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 » et « Responsabilité sociétale et environnementale »	6
Axe « Accès aux soins sur les territoires »	6
Axe « Qualité des pratiques et pertinence des soins »	7
Axe « Contrôle, lutte contre la fraude et systèmes d'information »	7
Axe « Enjeux numériques et recherche en santé ».....	7
Partie 1 : Les charges et les produits du régime agricole et le suivi de l'Ondam.....	12
1.1. Les charges et les produits du régime agricole	13
1.2. Le suivi de l'Ondam au régime agricole en 2025.....	17
1.2.1. L'évolution des soins de ville	18
1.2.2. L'évolution des dépenses au titre des établissements sanitaires	19
1.3. Les perspectives 2026-2027 pour l'enveloppe des soins de ville	19
1.3.1. Les prévisions 2026	19
1.3.2. Les évolutions tendanciennes 2027 en soins de ville	21
Partie 2 : Les caractéristiques de la population agricole	22
2.1. Les caractéristiques démographiques des personnes protégées en maladie au régime agricole ...	23
2.2. Les caractéristiques sanitaires des patients du régime agricole	28
2.2.1. La cartographie des pathologies au régime agricole en 2024	28
2.2.2. La structure par pathologie de la dépense Ondam au régime agricole en 2024.....	36
2.2.3. La mortalité par suicide et les hospitalisations pour gestes auto-infligés chez les patients du régime agricole	44
2.2.3.1. La mortalité par suicide au régime agricole en 2023 et sur la période 2018-2023	44
2.2.3.2. Les hospitalisations pour gestes auto-infligés chez les patients du régime agricole	62
2.2.4. La santé des femmes au régime agricole	70
2.3. Les caractéristiques territoriales des patients du régime agricole en lien avec l'offre de soins.....	73
2.3.1. L'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes pour les patients du régime agricole versus population générale en 2023	73
2.3.2. Le diagnostic territorial santé des 151 zones rouges	77
2.3.3. L'analyse des densités de gynécologues et de sages-femmes libéraux et le recours aux actes gynécologiques au régime agricole en 2024	84
2.3.3.1. Les densités de gynécologues médicaux et obstétriques libéraux et les densités de sages-femmes libérales en 2024	84
2.3.3.2. Le recours aux actes gynécologiques au régime agricole en 2024	92
Partie 3 : Les propositions de la MSA pour contribuer aux politiques publiques de santé	100
3.1. Axe « Prévention, promotion et éducation pour la santé »	102
3.1.1. Une offre au service d'une stratégie préventive renforcée et accélérée	102
3.1.2. L'accompagnement des personnes dans l'accès aux droits : le Rendez-vous Prestations MSA	114
3.1.3. Les mesures et actions proposées dans le cadre de la santé et la sécurité au travail.....	116

3.1.3.1. Le développement des actions spécifiques pour améliorer la santé et la sécurité au travail des femmes	116
3.1.3.2. 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	117
3.1.3.3. Le développement de la prévention primaire au niveau de la situation de travail en vision globale et systémique	120
3.1.4. L'extension du bénéfice du remplacement en agriculture aux personnes bénéficiaires de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) ou de l'allocation journalière pour proche aidant (AJPA)	122
3.2. Axe « Prévention du mal-être et promotion de la santé mentale »	124
3.3. Axe « Une seule santé » et « Responsabilité sociétale et environnementale »	137
3.3.1. Axe « Une seule santé »	137
3.3.1.1. La vaccination antigrippale au bénéfice des professionnels des secteurs porcins et aviaires assurés MSA	138
3.3.1.2. Le partenariat avec le Green Data for Health (GD4H)	141
3.3.2. Axe « Responsabilité sociétale et environnementale » : la stratégie MSA alimentation nutrition 2026-2030	142
3.4. Axe « Accès aux soins sur les territoires »	153
3.5. Axe « Qualité des pratiques et pertinence des soins »	158
3.5.1. Les actions du plan national GDR maladie 2025 de la MSA	158
3.5.2. Les nouvelles études et propositions	158
3.5.2.1. Pertinence et efficacité des produits de santé	158
3.5.2.2. Pertinence et qualité des actes	170
3.5.2.3. Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêt de travail	171
3.6. Axe « Contrôle, lutte contre la fraude et systèmes d'information »	177
3.6.1. Bilan de la lutte contre la fraude 2025 de la MSA dans le domaine santé	177
3.6.2. Contrôle des praticiens réalisant des actes bucco-dentaires dans le respect réglementaire et/ou des bonnes pratiques	180
3.6.2.1. Contrôle de l'acte HBF010 « Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage »	180
3.6.2.2. Contrôle de la facturation de l'acte dentaire « bilan paro-DSR »	181
3.6.2.3. Contrôle du respect des indications et de la pertinence de traitements endodontiques lors de la réalisation d'actes d'obturations canalaires multiples pour un même patient	183
3.6.3. Le déploiement des actions de lutte contre la fraude à enjeux de la cellule nationale de contrôle externe	184
3.6.4. La détection des fraudes des bénéficiaires du SASPA	186
3.6.5. Améliorer la maîtrise des dépenses de santé grâce à la data science et à la technologie du moteur de règles santé de la MSA	187
3.6.6. Contrôler les modalités de prise en charge des fauteuils roulants	188
3.6.7. Améliorer le rapprochement des pièces justificatives sur les frais de santé grâce à SCOR	191
3.7. Axe « Enjeux numériques et recherche en santé »	192
3.7.1. Développer les services numériques en santé pour les assurés et les professionnels de santé	192
3.7.2. Développer des travaux de recherche en partenariat	193
Annexes	197
Annexe 1 : Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2026	198
1.1. Axe « Prévention, promotion et éducation pour la santé »	198
1.2. Axe « Prévention du mal-être et promotion de la santé mentale »	198

Sommaire

1.3. Axe « Une seule santé »	199
1.4. Axe « Structuration de l'offre de soins sur les territoires »	199
1.5. Axe « Qualité des pratiques, pertinence des soins et parcours de soins »	199
1.6. Axe « Contrôle et lutte contre la fraude »	200
1.7. Axe « Enjeux numériques, systèmes d'information, data et recherche en santé »	201
Annexe 2 : La cartographie des pathologies au régime agricole	202
Annexe 3 : Facteurs de risque du suicide, méthode des modèles de Cox	218
Annexe 4 : Méthodologie de l'étude sur le recours aux actes gynécologiques au régime agricole en 2024	219
Annexe 5 : Les actions du plan national GDR maladie 2025	220
5.1. Prévention	221
5.2. Structuration de l'offre de soins	221
5.3. Pertinence et efficacité des produits de santé	221
5.4. Pertinence et qualité des actes	225
5.5. Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports	226
5.6. Contrôle et lutte contre la fraude	228
5.7. Autres actions locales	233

Liste des propositions de la MSA pour 2027

Axe « Prévention, promotion et éducation pour la santé »

Proposition 1 : Faire évoluer le dispositif Instants santé afin de renforcer son efficacité

Proposition 2 : Mettre en œuvre un schéma de captation personnalisé prenant en compte les déterminants environnementaux dans le cadre des Instants santé

Proposition 3 : Adapter le parcours des aidants et prendre en compte les enseignements des dispositifs d'évaluation

Proposition 4 : Mettre en place un nouveau dispositif d'aller-vers/ramener-vers concernant les dépistages organisés des cancers

Proposition 5 : Développer des actions spécifiques pour améliorer la santé et la sécurité au travail des femmes

Proposition 6 : Poursuivre l'accompagnement des entreprises agricoles sur la prévention des risques liés à l'exposition aux agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction hors pesticides

Proposition 7 : Développer la prévention primaire au niveau de la situation de travail en vision globale et systémique

Proposition 8 : Étendre le bénéfice de remplacement en agriculture aux aidants bénéficiaires de l'allocation de présence parentale ou de l'allocation pour proche aidant

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

Proposition 9 : Expérimenter la médiation au service de la prévention du mal-être agricole

Proposition 10 : Animer le réseau des acteurs de la détection et aller vers plus de ciblage

Proposition 11 : Structurer le parcours d'aide au répit à l'échelle du guichet unique

Proposition 12 : Faire de la santé mentale un axe structurant de l'action MSA

Axe « Une seule santé » et « Responsabilité sociétale et environnementale »

Proposition 13 : Développer les canaux d'information et de sensibilisation vers les professionnels des filières aviaires et porcines dans le cadre de la vaccination antigrippale

Proposition 14 : Intégrer le Green Data for Health (GD4H) afin de favoriser l'accès et la valorisation des données environnementales au service de la santé

Proposition 15 : Renforcer la sécurité alimentaire des populations agricoles et rurales

Proposition 16 : Proposer un continuum d'actions d'information et de prévention sur la thématique « alimentation/ nutrition » tout au long de la vie

Proposition 17 : Contribuer à la coordination de politiques alimentaires territorialisées articulant santé publique, transition agricole et inclusion

Axe « Accès aux soins sur les territoires »

Proposition 18 : Renforcer l'accès aux soins dans les territoires ruraux par des actions innovantes : le modèle de l'association Médecins Solidaires

Proposition 19 : Promouvoir l'exercice coordonné en milieu rural

Proposition 20 : Contribuer à la labellisation France Santé

Proposition 21 : Améliorer les parcours des patients atteints de maladies chroniques

Axe « Qualité des pratiques et pertinence des soins »

Proposition 22 : Appliquer la suppression du délai de carence en cas d'arrêt de travail prescrits aux femmes atteintes de dysménorrhées d'endométriose

Axe « Contrôle, lutte contre la fraude et systèmes d'information »

Proposition 23 : Contrôler les praticiens réalisant des actes bucco-dentaires pour veiller au respect réglementaire et/ou aux bonnes pratiques

Proposition 24 : Renforcer la collaboration entre la cellule nationale de contrôle externe de la MSA, le Parquet et les Pôles Interrégionaux d'Enquêteurs Judiciaires dans un objectif de traitement rapide des fraudes et de récupération des préjudices via les saisies

Proposition 25 : Renforcer les contrôles a priori sur les atypies de consommation pour certains médicaments et produits et prestations de la LPP

Proposition 26 : Contrôler les modalités de prise en charge des fauteuils roulants

Proposition 27 : Développer et systématiser le rapprochement des pièces justificatives pour les frais de santé, en particulier sur les flux dégradés, afin de garantir la conformité des paiements aux facturations et aux actes

Axe « Enjeux numériques et recherche en santé »

Proposition 28 : Poursuivre la promotion des outils numériques en santé et développer en inter-régime de nouveaux services au bénéfice des professionnels de santé pour fluidifier leurs relations avec la MSA

Proposition 29 : Développer les travaux de recherche sur plusieurs thématiques : d'une part le mal-être, les troubles psychiatriques, les addictions et le risque suicidaire chez les assurés agricoles seniors, d'autre part les populations rurales et les conditions d'accès aux soins et aux droits et enfin les mécanismes d'action des pesticides et les marqueurs d'effets sur la santé

Avec 5,3 millions de bénéficiaires et 3,0 millions d'entre eux protégés en maladie, la Mutualité sociale agricole (MSA) est la sécurité sociale du monde agricole. Elle protège et accompagne ses adhérents à tous les âges et toutes les étapes de la vie : santé, famille, logement, retraite,... Présente sur tout le territoire français, c'est le seul organisme à proposer un point d'accès unique à toutes les prestations sociales. Elle réalise ses missions d'assurance maladie obligatoire, auprès des non-salariés et salariés agricoles. Elle contribue à l'amélioration de la performance de l'assurance maladie et au respect de l'Ondam par son plan de gestion du risque et œuvre à permettre un meilleur accès aux soins dans les territoires ruraux par son plan d'accès aux soins. Ses services de santé-sécurité au travail lui permettent d'agir dans le milieu professionnel pour prévenir les risques professionnels et déployer la médecine du travail. Par son expertise et ses actions, la MSA identifie et répond aux besoins des territoires ruraux et du monde agricole. Par son guichet unique, la MSA met ses métiers au service de la santé du monde agricole et rural :

- la prévention ;
- la santé-sécurité au travail ;
- l'organisation des soins ;
- l'action sanitaire et sociale ;
- l'offre de services sur les territoires ;
- la gestion du risque et la lutte contre la fraude ;
- le contrôle médical ;
- le recouvrement et les services aux professionnels ;
- le numérique et la recherche en santé.

La MSA est également le seul organisme de sécurité sociale avec un fonctionnement démocratique : les adhérents votent tous les 5 ans pour choisir leurs délégués au sein de 3 collèges : exploitants, salariés et employeurs agricoles, partout en France. Maillons essentiels, ils font remonter les besoins des adhérents, tissent du lien social en ruralité et jouent le rôle de relais entre la MSA et les territoires.

Cette organisation singulière permet à la MSA de participer à la mise en œuvre de la politique de santé auprès des populations agricoles et des territoires ruraux. Dans ces derniers, l'action de la MSA est d'autant plus légitime qu'elle est inscrite dans le code rural, à travers la contribution de la Caisse Centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) à la définition « des orientations de la politique de gestion du risque et des objectifs pour sa mise en œuvre ; des principes régissant les actions de contrôle, de prévention et de lutte contre les abus et les fraudes ; des objectifs poursuivis pour améliorer la qualité des services rendus à l'utilisateur »¹. Les 35 caisses de MSA sont également légitimées dans leurs actions par la possibilité « d'accompagner toutes actions visant à favoriser la coordination et l'offre de soins en milieu rural »² et de « contribuer au développement sanitaire et social des territoires ruraux »³.

Dans un environnement économique et international incertain et évolutif pour le monde agricole et rural, l'ambition stratégique de la MSA sur la période 2026-2030 est triple :

- accompagner les transformations de l'agriculture et les effets des transitions agricoles ;
- développer un accompagnement essentiel au service des populations agricoles et rurales ;
- faire entendre la voix des territoires ruraux et/ou fragiles et apporter des réponses à leurs besoins et ainsi contribuer au projet agricole français, à la souveraineté alimentaire, et à la cohésion des territoires.

¹ Article L723-12-1 du Code rural et de la pêche maritime.

² Article L.723-2 du Code rural et de la pêche maritime.

³ Article L.723-3 du Code rural et de la pêche maritime.

Identifiée comme une des conditions de vie essentielles pour que les salariés et non-salariés agricoles et leurs familles puissent vivre et exercer leurs métiers sur les territoires, la préservation de la santé constitue une orientation majeure, tant pour prévenir et accompagner les transformations agricoles que pour améliorer l'espérance de vie en bonne santé des populations. La MSA s'est donnée l'objectif de favoriser l'accès aux soins et à la santé en favorisant les initiatives partenariales et l'innovation. Elle a retenu l'approche « une seule santé » pour faire face aux risques émergents et contribuer à la réduction des inégalités territoriales en santé.

La stratégie santé MSA permet d'inscrire l'action en santé dans ces ambitions pour la période 2026-2030. Elle constitue le cadre de l'institution sur le champ des politiques de santé et permet d'organiser l'action de la MSA de façon synergique autour d'objectifs communs pour en améliorer la pertinence et l'efficacité.

Construite en cohérence avec la Stratégie nationale de santé et les grands plans de santé publique, particulièrement le Plan National Santé Environnement, elle affirme la volonté de la MSA de poursuivre son action dans le déploiement des politiques publiques de santé auprès de la population agricole et dans les territoires ruraux. Déclinée par le réseau des caisses de MSA, elle favorise les liens partenariaux avec les acteurs de santé des territoires (ARS, organismes de protection sociale, collectivités territoriales, organismes professionnels agricoles, tissu associatif, professionnels de santé...).

La période 2026-2030 est également celle sur laquelle s'inscrit la Convention d'Objectif et de Gestion (COG) de la MSA. De nombreux engagements pris par la MSA dans cette COG participeront à la mise en œuvre des objectifs de la stratégie santé, permettant de clarifier l'articulation entre les ambitions stratégiques de l'institution et leur mise en opérationnalité par les métiers de la MSA sur la période 2026-2030.

Afin d'assurer la prise en compte de ces articulations et des interactions métiers nécessaires à sa mise en œuvre, la stratégie santé MSA 2026-2030 a été construite par un groupe de travail pluriprofessionnel regroupant des membres des différents directions de la CCMSA et du réseau des 35 caisses de MSA. Ses objectifs et orientations ont été validés dans les instances de l'institution en charge des politiques de santé et par les administrateurs de la CCMSA. Cette gouvernance assurera le suivi et l'évaluation de la stratégie santé sur la période 2026-2030.

La stratégie santé 2026-2030 met en évidence les missions de la MSA auprès de la population agricole d'une part, et des territoires ruraux d'autre part. Ainsi, les deux enjeux de la stratégie MSA 2026-2030 visent à développer l'approche populationnelle et territoriale de la MSA :

- Permettre à la population agricole de vivre plus longtemps en bonne santé, en prenant en compte ses spécificités et dans un contexte de transformations fortes,
- Faire des territoires ruraux des environnements favorables à la santé.

Permettre à la population agricole de vivre plus longtemps en bonne santé, en prenant en compte ses spécificités et dans un contexte de transformations fortes

La population agricole présente des besoins de santé singuliers, marqués par la combinaison de déterminants professionnels, environnementaux, sociaux et territoriaux spécifiques : pénibilité physique, exposition aux risques chimiques et biologiques, isolement géographique, fortes variations économiques, vieillissement de la population, diversification des modèles d'exploitation et mutations profondes des modes de travail. Ces transformations⁴ - technologiques, économiques, démographiques, environnementales et sociétales — bouleversent les repères traditionnels du monde agricole et peuvent accroître les vulnérabilités sanitaires et psychosociales des exploitants comme des salariés. Elles seront particulièrement significatives au cours de la période 2026-2030, compte tenu des enjeux du renouvellement des générations.

⁴ Les transformations concernent les relations de travail (collaboration avec des employés, des associés ou des prestataires) et le choix du statut sociétaire, l'évolution des machines agricoles et le recours aux outils numériques, les pratiques culturelles pour obtenir un rendement, les incertitudes de rentabilité économique, les enjeux d'adaptation face aux risques climatiques, la récurrence des crises sanitaires et zoonoses, la place du monde agricole dans la société et les représentations associées (cf Plan stratégique MSA 2030, page 7).

Dans ce contexte, la MSA entend jouer pleinement son rôle d'organisme de protection sociale et d'organisation professionnelle agricole afin de permettre à la population agricole de vivre plus longtemps en bonne santé. Elle met ses métiers au service de la population agricole pour protéger et promouvoir sa santé, prévenir les risques et les effets des transitions agricoles, accompagner les individus comme les entreprises face aux évolutions et aux étapes de la vie et contribuer, par son action, à la durabilité des agricultures et au bien-être de celles et ceux qui les font vivre. Cette approche intégrée et globale, mobilisant l'approche « une seule santé », constitue le socle de l'action portée au sein de cet enjeu stratégique.

Faire des territoires ruraux des environnements favorables à la santé

Les spécificités des territoires ruraux - vieillissement marqué, fragilités sociales persistantes, précarité accrue, isolement, difficultés de mobilité, recul des services publics et désertification médicale - créent des inégalités territoriales de santé et de recours aux droits plus prononcées qu'en milieu urbain. Deux tiers des assurés du régime agricole résident dans ces territoires ruraux, où s'expriment fortement les besoins en accompagnement social, en accès aux soins et en prévention. Forte de son ancrage historique, de son maillage de proximité et de sa mission d'action sanitaire et sociale inscrite au Code rural, la MSA dispose d'une connaissance fine et objectivée des réalités rurales, appuyée sur ses diagnostics territoriaux notamment à partir de son outil cartographique GéoMSA (<https://geomsa.msa.fr/>), ses élus et ses équipes présents sur le terrain. Cette expertise lui permet de saisir la grande diversité des situations rurales et de construire des réponses adaptées aux besoins locaux. Cet enjeu participe à l'accompagnement des territoires ruraux et fragiles et contribue à leur attractivité en garantissant des conditions de vie essentielles. En faisant de la santé, de la prévention, de l'accès aux droits et de la cohésion territoriale des leviers de développement, la MSA entend mobiliser son approche globale pour transformer les territoires ruraux en milieux de vie favorables à la santé, capables de maintenir et d'attirer des populations, des professionnels, des services et de l'activité.

Ces deux enjeux sont déclinés en objectifs stratégiques, eux-mêmes détaillés en objectifs spécifiques, correspondant aux thématiques prioritaires de la MSA en matière de santé.

**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

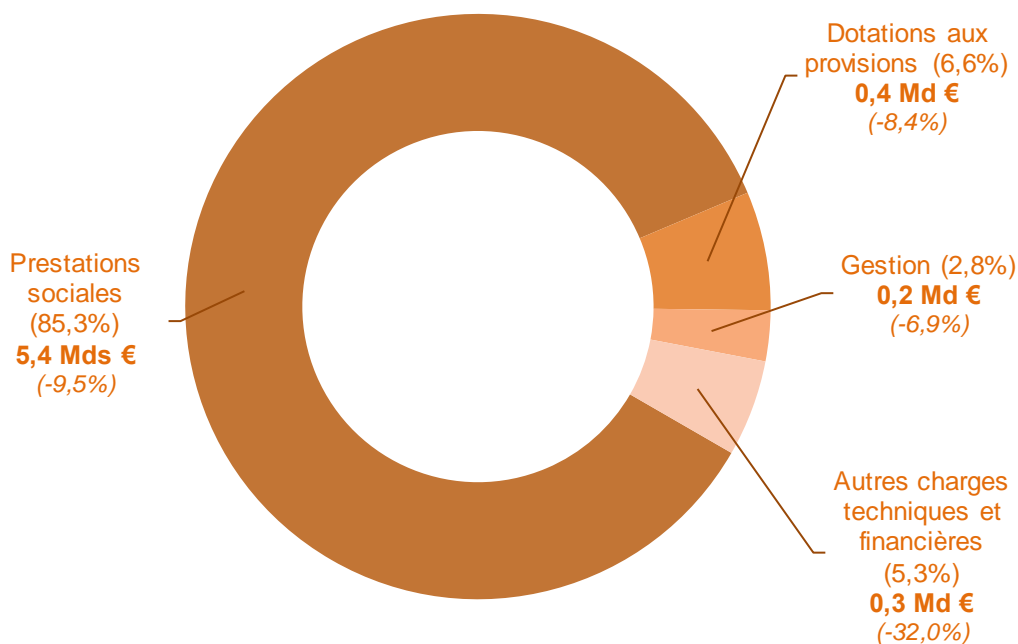
Pour la branche maladie, le total des charges au régime des **non-salariés agricoles** s'élève à plus de 6,3 milliards d'euros au titre de l'année 2025. Les prestations sociales maladie représentent 85,3 % des dépenses du régime, soit près de 5,4 milliards d'euros (**Tableau 1, Graphique 1**).

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 2025

Branche Maladie	CHARGES NSA 2025		Evol sur 5 ans	
	Montants	%		
Prestations sociales	5 395,5	85,3%		-9,5%
Dotations aux provisions	415,0	6,6%		-8,4%
Gestion	177,4	2,8%		-6,9%
Autres charges techniques et financières	337,1	5,3%		-32,0%
Total	6 325,0	100,0%		-11,0%

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



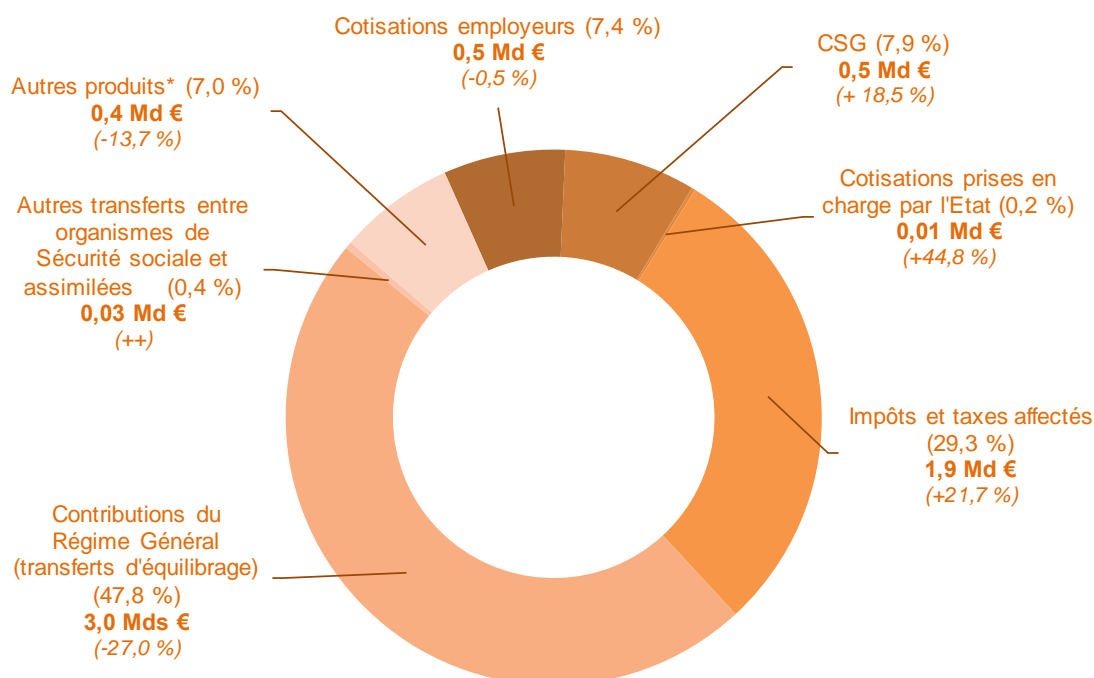
Source : MSA

Concernant les produits, le financement professionnel, composé des cotisations employeurs et de la Contribution sociale généralisée (CSG), d'un montant total de près de 1,0 milliard d'euros, constitue 15,3 % des recettes totales en 2025. Les autres sources de financement proviennent des transferts du régime général qui équilibrent le solde de la branche maladie (plus de 3,0 milliards d'euros, soit 47,8 % des recettes), et des impôts et taxes affectés (ITAF, plus de 1,8 milliard d'euros) (**Tableau 2, Graphique 2**).

Tableau 2 :
Les produits pour la branche maladie au régime des non-salariés agricoles (en millions d'euros) en 2025

Branche Maladie	PRODUITS NSA 2025	Montants	%	Evol sur 5 ans
	Cotisations employeurs		465,2	7,4%
CSG		502,0	7,9%	18,5%
Cotisations prises en charge par l'Etat		13,4	0,2%	44,8%
ITAF		1 852,9	29,3%	21,7%
Contributions du Régime Général (transferts d'équilibrage)		3 021,0	47,8%	-27,0%
Autres transferts entre organismes de Sécurité sociale et assimilées		27,4	0,4%	469,6%
Autres produits*		443,1	7,0%	-13,7%
Total		6 325,0	100,0%	-11,0%

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



Source : MSA

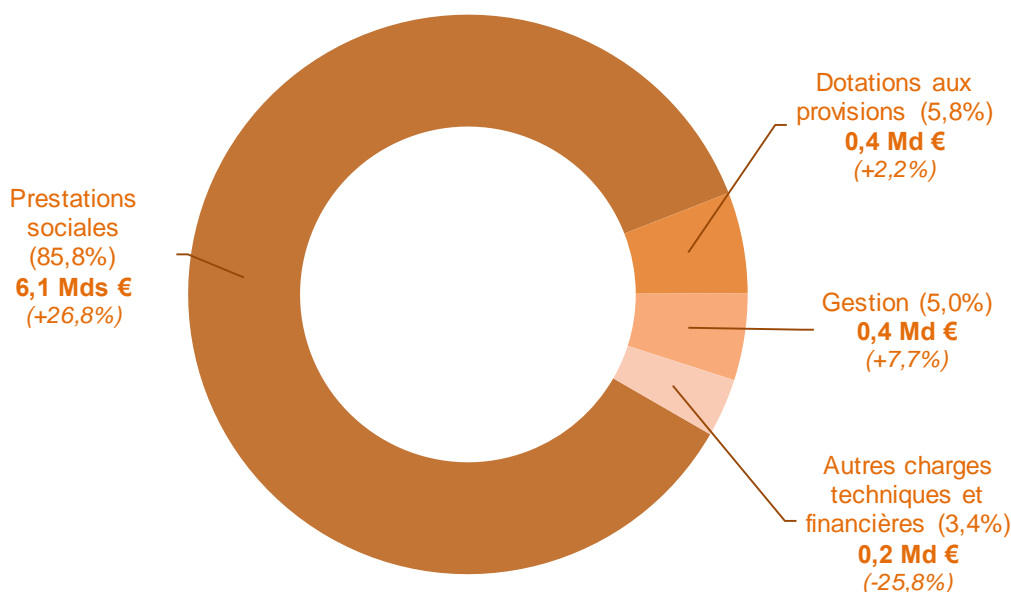
* Produits financiers et exceptionnels, reprises sur provisions.

Pour la branche maladie, le total des charges au régime des **salariés agricoles** s'élève à plus de 7,1 milliards d'euros au titre de l'année 2025. Les dépenses de prestations sociales (prestations légales et extra-légales), de plus de 6,1 milliards d'euros, sont le principal poste de dépenses. Elles représentent 85,8 % des dépenses du régime des salariés agricoles (**Tableau 3, Graphique 3**).

Tableau 3 :
Les charges pour la branche maladie au régime des salariés agricoles (en millions d'euros) en 2025

Branche Maladie	CHARGES SA 2025	Montants	%	Evol sur 5 ans
	Prestations sociales	6 106,9	85,8%	26,8%
Dotations aux provisions	415,8	5,8%	2,2%	
Gestion	358,1	5,0%	7,7%	
Autres charges techniques et financières	240,4	3,4%	-25,8%	
Total	7 121,2	100,0%	21,1%	

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



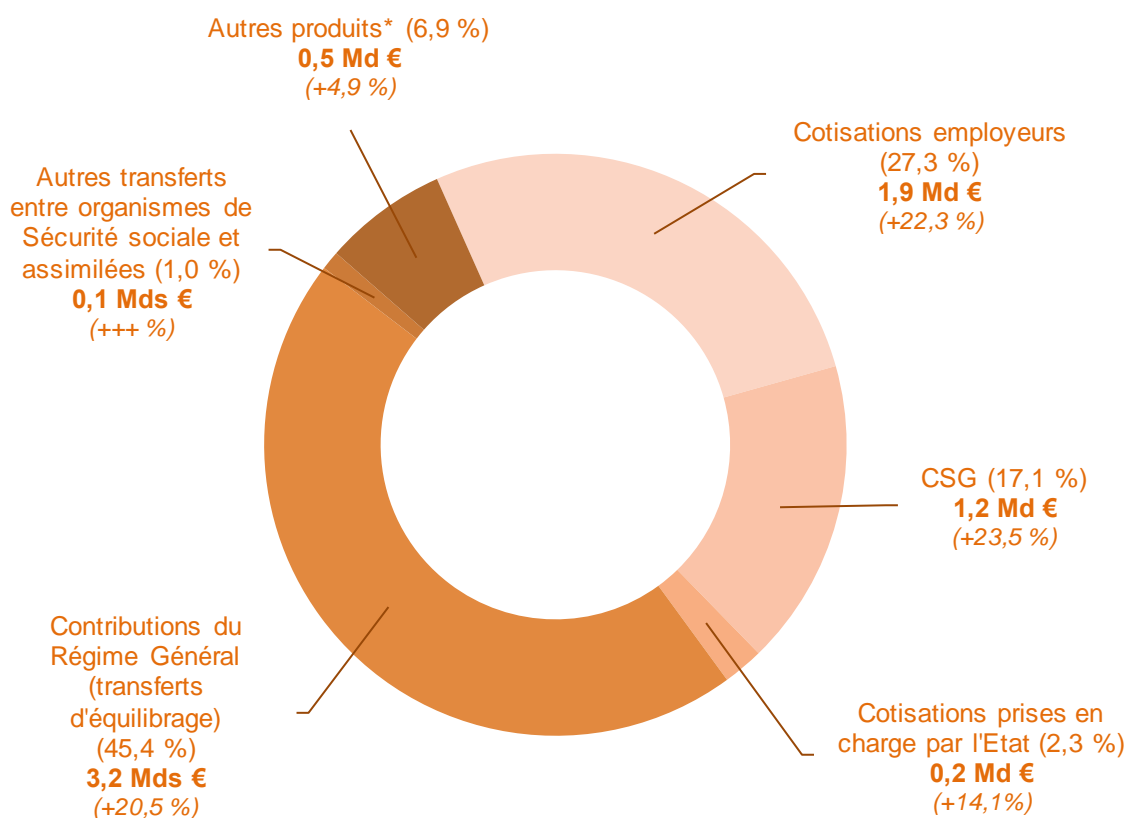
Source : MSA

Concernant les produits, le financement professionnel, composé des cotisations employeurs et de la Contribution sociale généralisée (CSG), d'un montant total de près de 3,2 milliards d'euros, constitue 44,4 % des recettes totales. Les transferts du régime général équilibrent le solde de la branche maladie (plus de 3,2 milliards d'euros, soit 45,4 % des recettes) (**Tableau 4, Graphique 4**).

Tableau 4 :
Les produits pour la branche maladie au régime des salariés agricoles (en millions d'euros) en 2025

Branche Maladie	PRODUITS SA 2025	Montants	%	Evol sur 5 ans
	Cotisations employeurs	1 944,4	27,3%	22,3%
CSG	1 215,7	17,1%	23,5%	
Cotisations prises en charge par l'Etat	160,6	2,3%	14,1%	
ITAF	0,0	0,0%	0,0%	
Contributions du Régime Général (transferts d'équilibrage)	3 235,2	45,4%	20,5%	
Autres transferts entre organismes de Sécurité sociale et assimilées	74,6	1,0%	594,6%	
Autres produits*	490,7	6,9%	4,9%	
Total	7 121,2	100,0%	21,1%	

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 2025

Le Comité d'alerte du 20 avril 2026 rappelle que la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2025 a fixé l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) à 265,9 milliards d'euros, soit une progression de 3,6 % par rapport à l'année 2024. Après avis du comité d'alerte de juin 2025, en raison d'un risque de dépassement de l'Ondam, plusieurs mesures de maîtrise des dépenses ont été mises en œuvre afin de contenir l'évolution des dépenses dans le respect de l'objectif fixé. Le montant constaté des dépenses relevant de l'Ondam au titre de l'année 2025 s'élève finalement à 265,4 milliards d'euros, en progression de 3,4 % par rapport à 2024. L'exécution apparaît ainsi inférieure de 452 M€ à l'objectif retenu par la LFSS.

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 11,89 milliards d'euros en 2025, en hausse de + 3,9 % par rapport à 2024 (Tableau 5).

Cette évolution des dépenses résulte d'une hausse de 5,9 % des dépenses exécutées en établissements de santé, atténuée par une progression, plus modérée, des dépenses de soins de ville (+ 2,3 %).

Les prestations exécutées en établissement de santé et en ville représentent respectivement 47,5 % et 48,9 % des dépenses du régime agricole suivant le champ de l'Ondam en 2025.

Tableau 5 :
Prestations champ Ondam en 2025 (en millions d'euros) - Régime Agricole

	Régime Agricole		Non-salariés		Salariés	
	Montants	Evolution	Montants	Evolution	Montants	Evolution
Honoraires médicaux et dentaires	1 144,9	+4,6%	468,9	+0,0%	667,0	+6,6%
dont honoraires des médecins généralistes	296,9	+3,0%	128,7	-0,2%	168,2	+5,6%
dont honoraires des médecins spécialistes	658,6	+5,3%	281,9	+3,0%	376,7	+7,0%
dont honoraires des dentistes	174,6	+4,6%	65,0	+1,7%	109,6	+6,4%
Honoraires paramédicaux	1 029,2	-1,1%	617,5	-3,4%	411,8	+2,6%
dont honoraires des infirmiers	723,7	-1,9%	469,2	-3,8%	254,5	+1,8%
dont honoraires des masseurs-kinésithérapeutes	245,5	+0,1%	128,7	-2,6%	116,9	+3,3%
Biologie	138,3	-5,6%	60,9	-9,1%	77,5	-2,7%
Transports	350,1	-1,1%	177,9	-3,6%	172,2	+1,7%
Produits de santé	2 112,1	+3,7%	1 068,4	+2,0%	1 043,7	+5,6%
dont produits de la LPP	489,7	+1,5%	256,4	-1,2%	233,3	+4,6%
dont médicaments	1 622,3	+4,4%	812,0	+3,0%	810,4	+5,9%
Autres prestations (*)	155,0	+11,6%	87,5	+10,9%	67,6	+12,5%
Autres charges (**)	160,5	+5,6%	92,6	+6,4%	67,9	+4,4%
TOTAL hors indemnités journalières	5 075,3	+2,5%	2 580,2	+0,3%	2 495,1	+4,9%
Indemnités journalières	732,6	+0,8%	119,0	+1,5%	613,6	+0,6%
TOTAL SOINS DE VILLE	5 807,9	+2,3%	2 699,2	+0,4%	3 108,7	+4,1%
Etablissements publics	4 752,4	+6,7%	2 320,2	-12,1%	2 432,2	+34,2%
Etablissements privés	895,3	+1,6%	451,3	+0,0%	444,0	+3,2%
TOTAL ETABLISSEMENT	5 647,8	+5,9%	2 771,6	-10,4%	2 876,2	+28,3%
Autres prises en charges et FIR/FMIS	431,3	+0,1%	239,4	-5,2%	191,9	+7,6%
TOTAL CHARGES Ondam	11 887,0	+3,9%	5 710,2	-5,4%	6 176,8	+14,2%

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.

La population des non-salariés agricoles (un tiers des assurés) a baissé de 3 % en 2025. Les dépenses suivant le champ de l'Ondam concentrent 48 % des dépenses du régime agricole, soit 5,71 milliards d'euros et sont en baisse de 5,4 % en 2025. Elles se répartissent entre les prestations exécutées en établissement et les soins de ville (49 % pour chacun des postes). La baisse de 10,4 % enregistrée sur les établissements est en partie compensée par la légère hausse de 0,4 % pour les soins de ville.

La population des salariés agricoles (deux-tiers des assurés du régime) a très faiblement évolué en 2025 : - 0,3 %. Les dépenses suivant le champ de l'Ondam pour ce régime qui concentrent 52 % des dépenses du régime agricole augmentent de 14,2 % par rapport à 2024, pour un montant total de 6,18 milliards d'euros. La part des remboursements de soins de ville (50 %) des salariés agricoles est légèrement supérieure à ceux des prestations exécutées en établissements de santé (46,6 %), en hausse respective de 4,1 % et 28,3 %.

1.2.1. L'évolution des soins de ville

Les dépenses de soins de ville du régime agricole suivant le champ de l'Ondam s'élèvent à 5,8 milliards d'euros et augmentent de 2,3 % en 2025, contre 3,5 % en 2024. Deux postes contribuent particulièrement à cette hausse : les remboursements de médicaments et les honoraires médicaux et dentaires.

Les remboursements d'honoraires des médecins généralistes augmentent de 3,0 % après - 0,3 % en 2024. Cette dynamique repose sur l'augmentation des montants remboursés des consultations et visites liée aux évolutions conventionnelles de fin décembre 2024 dont la hausse de 3,50 € du tarif de la consultation.

L'évolution des remboursements d'honoraires des médecins spécialistes demeure soutenue en 2025 (+ 5,3 % après + 3,3 %), portée également par des mesures conventionnelles.

Après un recul observé les années précédentes, les montants versés pour le remboursement des honoraires des dentistes augmentent de 4,6 % en 2025 en raison de la modification du taux de remboursement et des nouvelles modalités du dispositif M'T Dents qui invite désormais chaque année les moins de 24 ans à une consultation de prévention.

Concernant les honoraires paramédicaux, les dépenses du régime agricole diminuent de 1,1 % en 2025 sous l'effet du recul des remboursements des soins infirmiers (- 1,9 %) et des soins des masseurs-kinésithérapeutes qui sont quasi stables (+ 0,1 %).

Les remboursements d'analyses médicales en laboratoire poursuivent leur baisse en 2025 (- 5,6 %), dans un contexte de normalisation post-Covid et de poursuite des mesures d'économies sur le secteur.

Les remboursements de transports diminuent légèrement (- 1,1 %) en lien entre autres, avec la diminution des tarifs des véhicules non certifiés.

Les remboursements de médicaments demeurent dynamiques (+ 4,4 %), soutenus par l'innovation thérapeutique et les traitements coûteux, tandis que les produits de la liste des produits et prestations (LPP) augmentent plus modérément (+ 1,5 %).

Les versements d'indemnités journalières progressent faiblement en 2025 (+ 0,8 %).

Au régime des non-salariés agricoles, les dépenses de soins de ville augmentent de 0,4 % en 2025. Les médicaments et les honoraires des médecins spécialistes contribuent principalement à cette hausse (avec respectivement + 0,9 point et + 0,3 point de contribution à la croissance). A l'inverse, les remboursements des honoraires des infirmiers et des analyses médicales sont les postes qui contribuent le plus à la baisse, avec respectivement - 0,7 point et - 0,2 point.

Au régime des salariés agricoles, les dépenses de soins de ville augmentent de 4,1 % en 2025. Tous les postes sont en croissance sauf la biologie. Les médicaments, les honoraires des médecins spécialistes et les honoraires des généralistes contribuent le plus à cette progression (avec respectivement + 1,5 point, + 0,8 point et + 0,3 point).

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

Les dépenses du régime agricole au titre des établissements sanitaires augmentent de 5,9 % en 2025 (+ 28,3 % pour le régime des salariés et - 10,4 % pour le régime des non-salariés), contre - 6,7 % en 2024.

Les dépenses au titre des établissements publics de santé croissent de 6,7 % en 2025 ; la hausse conséquente dans le régime des salariés (+ 34,2 %) est atténuée par la baisse observée dans le régime des non-salariés (- 12,1 %). Ces évolutions résultent d'un impact technique. En effet, elles traduisent principalement la variation des coefficients de répartition des contributions entre les régimes d'assurance maladie aux différents forfaits et dotations versés aux établissements de santé dont le mode de calcul a été revu par la Direction de la Sécurité sociale (DSS) pour l'année 2025.

Les remboursements de soins en établissements privés de santé augmentent de 1,6 %, avec une croissance de 3,2 % pour le régime des salariés atténuée par une stabilisation pour le régime des non-salariés.

1.3. Les perspectives 2026-2027 pour l'enveloppe des soins de ville

1.3.1. Les prévisions 2026

Pour 2026, la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) retient un montant de 274,4 milliards d'euros pour l'ensemble des dépenses tous régimes. Cela correspond à une évolution prévisionnelle de + 3,1 % par rapport à 2025, à champ constant. S'agissant de l'enveloppe soins de ville, l'évolution prévisionnelle pour 2026 est fixée à + 3,2 %.

Pour l'ensemble du régime agricole, les prévisions relatives aux dépenses de soins de ville sur le champ de l'Ondam 2026, à savoir les remboursements de soins de santé liés à la maladie, à la maternité et aux accidents du travail⁵, s'élèveraient à 5,9 milliards d'euros, soit une hausse de 2,3 % (**Tableau 6**).

Sur le champ des soins de ville hors indemnités journalières, les dépenses augmenteraient de 2,4 % après la croissance de 2,5 % en 2025.

En 2026, les versements d'indemnités journalières augmenteraient de 1,7 % après la légère hausse de 0,8 % en 2025 et celle plus conséquente de 2024 (+ 4,1 %) en partie liée à la revalorisation du SMIC.

⁵ hors indemnités journalières (IJ) maternité et rentes accidents du travail.

Tableau 6 :
Prévisions 2026 du champ Ondam, enveloppe des soins de ville pour le régime agricole
(taux d'évolution)

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

Source : MSA

(*) Autres prestations : forfait patientèle médecin traitant (FPMT), Dotation Numérique (DONUM), cures thermales, autres honoraires, etc.

(**) Autres charges : prise en charge de cotisations des Praticiens et Auxiliaires Médicaux (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 2026 s'élèveraient à 2,7 milliards d'euros, en légère évolution (+ 0,5 %) après + 0,4 % en 2025. Cette prévision tient compte de mesures d'économies venant minorer l'évolution pour un impact attendu de - 1,8 point.

En 2026, les honoraires médicaux et dentaires augmenteraient de 0,6 %. Cette évolution tient compte de mesures de revalorisation à hauteur de 1,9 point. Conjointement à cela, les honoraires d'auxiliaires médicaux s'atténueraient légèrement de 0,3 % (après - 3,4 % en 2025), en intégrant les mesures tarifaires (0,5 point).

Les remboursements de biologie médicale chuteraient de 6,7 % en 2026 après - 9,1 % en 2025.

Après une croissance de 2,0 % en 2025, les remboursements de produits de santé augmenteraient de 1,7 % en 2026.

Concernant les indemnités journalières, les versements seraient stables après une croissance de 1,5 % en 2025.

Pour le régime des salariés agricoles, les prévisions relatives aux dépenses de soins de ville sur le champ de l'Ondam 2026 s'élèveraient à 3,2 milliards d'euros, en hausse de 3,9 % (après + 4,1 % en 2025). Les mesures d'économies prévues joueraient à la baisse sur l'évolution des remboursements pour 1,6 point.

Les honoraires médicaux et dentaires augmenteraient de 4,2 %, après + 6,6 % en 2025. S'agissant des soins d'auxiliaires médicaux, leur croissance s'accroîtrait à 4,9 % en 2026 après une augmentation de 2,6 % en 2025. La hausse reposerait en partie sur l'évolution des honoraires des masseurs-kinésithérapeutes (+ 7,8 %).

Les remboursements d'analyses de biologie médicale diminueraient de 0,8 % après une année 2025 en baisse à - 2,7 %.

Pour les produits de santé, la hausse des remboursements (+ 5,3 %) serait contenue par l'effet des mesures (- 3,7 points).

Les versements d'indemnités journalières augmenteraient de 2,0 % après + 0,6 % en 2025.

1.3.2. Les évolutions tendancielles 2027 en soins de ville

Pour l'ensemble du régime agricole, les prévisions tendanciennes relatives aux dépenses de soins de ville sur le champ de l'Ondam s'établiraient à 6,14 milliards d'euros en 2027, en hausse de 3,3 % par rapport aux montants prévisionnels de 2026.

Pour le régime des non-salariés agricoles, les remboursements de soins de ville atteindraient 2,76 milliards d'euros, correspondant à une augmentation tendancielle de 1,6 %. Pour le régime des salariés agricoles, le montant s'élèverait à 3,39 milliards d'euros, pour une évolution tendancielle de + 4,8 % (**Tableau 7**).

Tableau 7 :
Prévisions tendanciennes 2027 du champ Ondam, enveloppe des soins de ville
pour le régime agricole (taux d'évolution)

Évolution tendancielle 2027	Régime Agricole	Non-salariés	Salariés
Honoraires médicaux et dentaires	+2,0%	-0,1%	+3,5%
dont honoraires des médecins généralistes	-1,4%	-4,0%	+0,4%
dont honoraires des médecins spécialistes	+3,1%	+1,4%	+4,3%
dont honoraires des dentistes	+3,0%	+0,1%	+4,7%
Honoraires paramédicaux	+1,1%	-1,0%	+4,0%
dont honoraires des infirmiers	+0,5%	-1,1%	+3,0%
dont honoraires des masseurs kinésithérapeutes	+1,6%	-1,4%	+4,6%
Biologie	-0,1%	-3,5%	+2,3%
Transports	+2,1%	-0,6%	+4,7%
Produits de santé	+5,7%	+4,1%	+7,3%
dont produits de la LPP	+6,3%	+3,3%	+9,3%
dont médicaments	+5,6%	+4,3%	+6,8%
Autres prestations (*)	+7,7%	+9,6%	+10,8%
Autres charges (**)	+0,4%	+0,0%	+0,9%
TOTAL hors indemnités journalières	+3,5%	+1,7%	+5,4%
Indemnités journalières	+2,2%	+0,7%	+2,5%
TOTAL SOINS DE VILLE	+3,3%	+1,6%	+4,8%

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.

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 2025, le régime agricole recense près de 3,0 millions de personnes protégées au titre du risque maladie, un effectif représentant 4,5 % de la population totale en France métropolitaine.

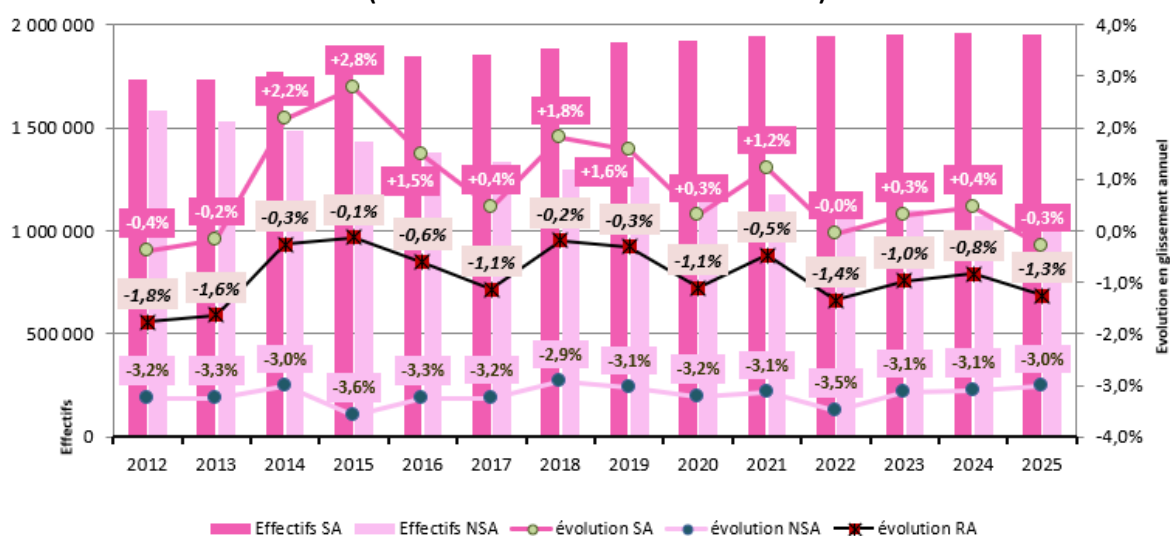
Près de 2,0 millions de personnes relèvent du régime des salariés agricoles pour leur assurance maladie obligatoire (65,3 % de l'effectif total). Les effectifs au régime des salariés agricoles diminuent modérément de 0,3 % sur un an après une hausse de 0,4 % l'année précédente (**Graphique 5**).

Au régime des non-salariés agricoles, plus de 1,0 million de personnes sont protégées (34,7 % de l'effectif total). La baisse des effectifs se poursuit en 2025 avec - 3,0 % (- 3,1 % en 2024). 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 2025, la baisse modérée de la population salariée et la poursuite du recul 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 2025)



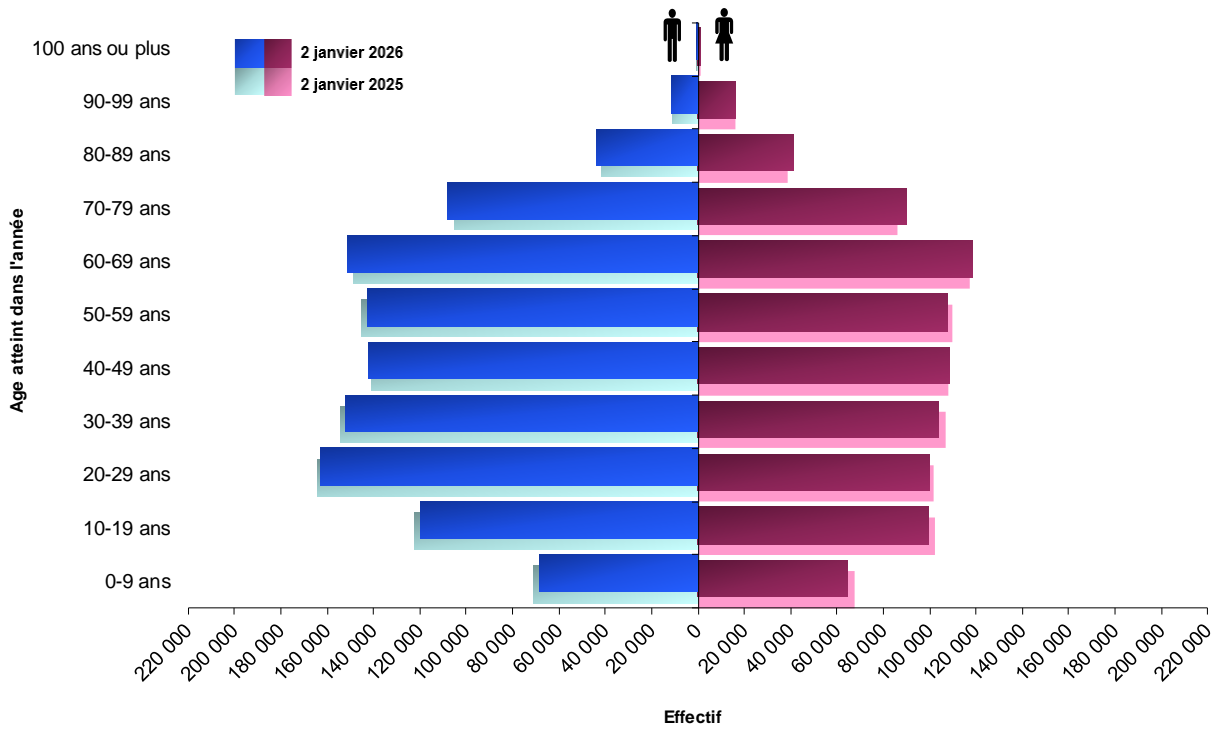
Sources : CNAV, MSA

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.

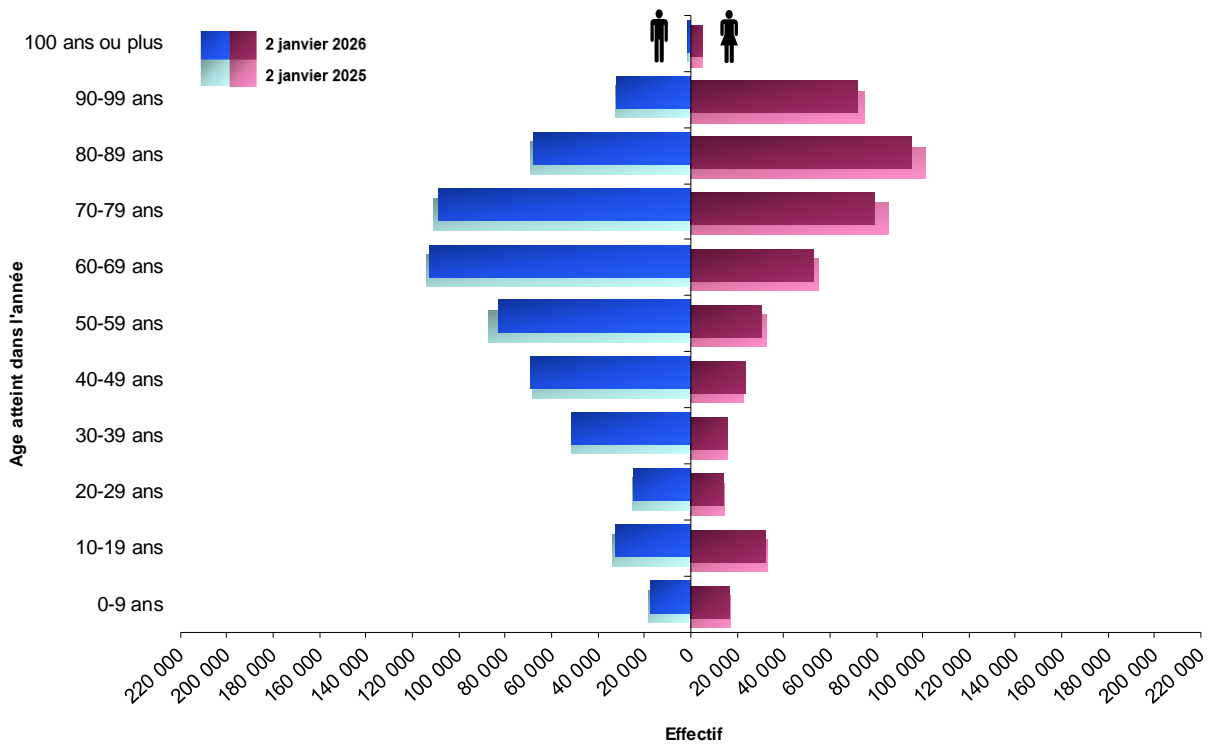
Au régime des salariés agricoles, la pyramide des âges est comparable à celle de la population française métropolitaine. Les personnes en âge de travailler (20 à 59 ans) représentent 52,2 % des effectifs, les moins de 20 ans, 18,0 %, et les 60 ans et plus, 29,8 % (**Tableau 8**).

Le régime des non-salariés agricoles présente la spécificité d'avoir une forte proportion de personnes âgées. En effet, 60,4 % des effectifs sont âgés de 60 ans et plus, alors que seuls 9,5 % ont moins de 20 ans (**Tableau 9**).

Graphique 6 :
Pyramide des âges au régime des salariés agricoles



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



Sources : CNAV, MSA

Les caractéristiques de la population agricole

La baisse de la population protégée en maladie au régime des salariés agricoles est modérée en 2025 (**Tableau 8**). Les effectifs des populations âgées de moins de 20 ans, et ceux des populations âgées de 20 à 59 ans sont en baisse. Les populations des 60 - 79 ans (+ 2,4 % ; 23,9 % des effectifs) et celles âgées de 80 ans et plus (+ 4,6 % ; 5,9 % de la population) 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 8 :
Répartition et évolution de la population protégée en maladie au régime des salariés agricoles

	Répartition des effectifs par tranches d'âge en 2025	Évolution des effectifs 2025/2024	Évolution des effectifs 2024/2023
Moins de 20 ans	18,0 %	- 3,3 %	- 1,7 %
<i>dont moins de 18 ans</i>	15,2 %	- 3,6 %	- 2,5 %
<i>dont 18-19 ans</i>	2,8 %	- 1,5 %	+ 2,9 %
De 20 à 39 ans	26,6 %	- 1,4 %	+ 0,2 %
De 40 à 59 ans	25,6 %	- 0,5 %	- 0,1 %
De 60 à 79 ans	23,9 %	+ 2,4 %	+ 2,9 %
80 ans et plus	5,9 %	+ 4,6 %	+ 1,3 %
TOTAL	100,0 %	- 0,3 %	+ 0,4 %

Sources : CNAV, MSA

Au régime des non-salariés agricoles, toutes les tranches d'âge sont affectées par le recul (**Tableau 9**). Avec un nombre de décès supérieur au nombre d'entrées dans le régime (actifs ou ayants droit) et un âge élevé de ses ressortissants (60,4 % 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 9 :
Répartition et évolution de la population protégée en maladie au régime des non-salariés agricoles

	Répartition des effectifs par tranches d'âge en 2025	Évolution des effectifs 2025/2024	Évolution des effectifs 2024/2023
Moins de 20 ans	9,5 %	- 3,5 %	- 3,8 %
<i>dont moins de 18 ans</i>	8,4 %	- 3,5 %	- 3,5 %
<i>dont 18-19 ans</i>	1,2 %	- 3,2 %	- 5,9 %
De 20 à 39 ans	10,3 %	- 0,7 %	- 0,5 %
De 40 à 59 ans	19,8 %	- 2,9 %	- 3,3 %
De 60 à 79 ans	34,1 %	- 3,1 %	- 1,2 %
80 ans et plus	26,3 %	- 3,7 %	- 6,0 %
TOTAL	100,0 %	- 3,0 %	- 3,1 %

Sources : CNAV, MSA

Le rythme de croissance des effectifs protégés en maladie au régime des salariés agricoles serait de + 0,1 % sur l'année 2026, malgré des prévisions de l'emploi salarié agricole marquées par la baisse modérée du nombre d'actifs, (**Tableau 10**). Au régime des non-salariés agricoles, la baisse de la population devrait se poursuivre selon un rythme baissier de 3,3 % en 2026. Ainsi, les effectifs du régime agricole (salariés et non-salariés agricoles) devraient connaître une baisse de 1,2 % en 2026.

Tableau 10 :
Prévisions* d'évolution de la population protégée en maladie au régime agricole

Régime des salariés agricoles	Évolution 2026/2025
Assurés ouvrants droit	+ 0,9 %
actifs (en emploi ou non)	- 0,4 %
retraités	+ 3,8 %
invalides	+ 0,2 %
Ayants droit	- 3,4 %
enfants	- 2,5 %
conjointes et autres personnes couvertes	- 9,1 %
Total	+ 0,1 %
Régime des non-salariés agricoles	Évolution 2026/2025
Assurés ouvrants droit	- 2,8 %
en activité	- 1,4 %
retraités	- 4,0 %
invalides	- 1,4 %
Ayants droit	- 6,1 %
collaborateurs d'exploitation (conjointes et membres de la famille)	- 11,3 %
enfants	- 3,6 %
autres personnes couvertes	- 10,3 %
Total	- 3,3 %
Ensemble des régimes agricoles	Évolution 2026/2025
Total	- 1,2 %

Source : MSA

Données pour la Commission des comptes de la sécurité sociale – Prévisions avril 2026

* Prévisions basées sur des effectifs annuels moyens

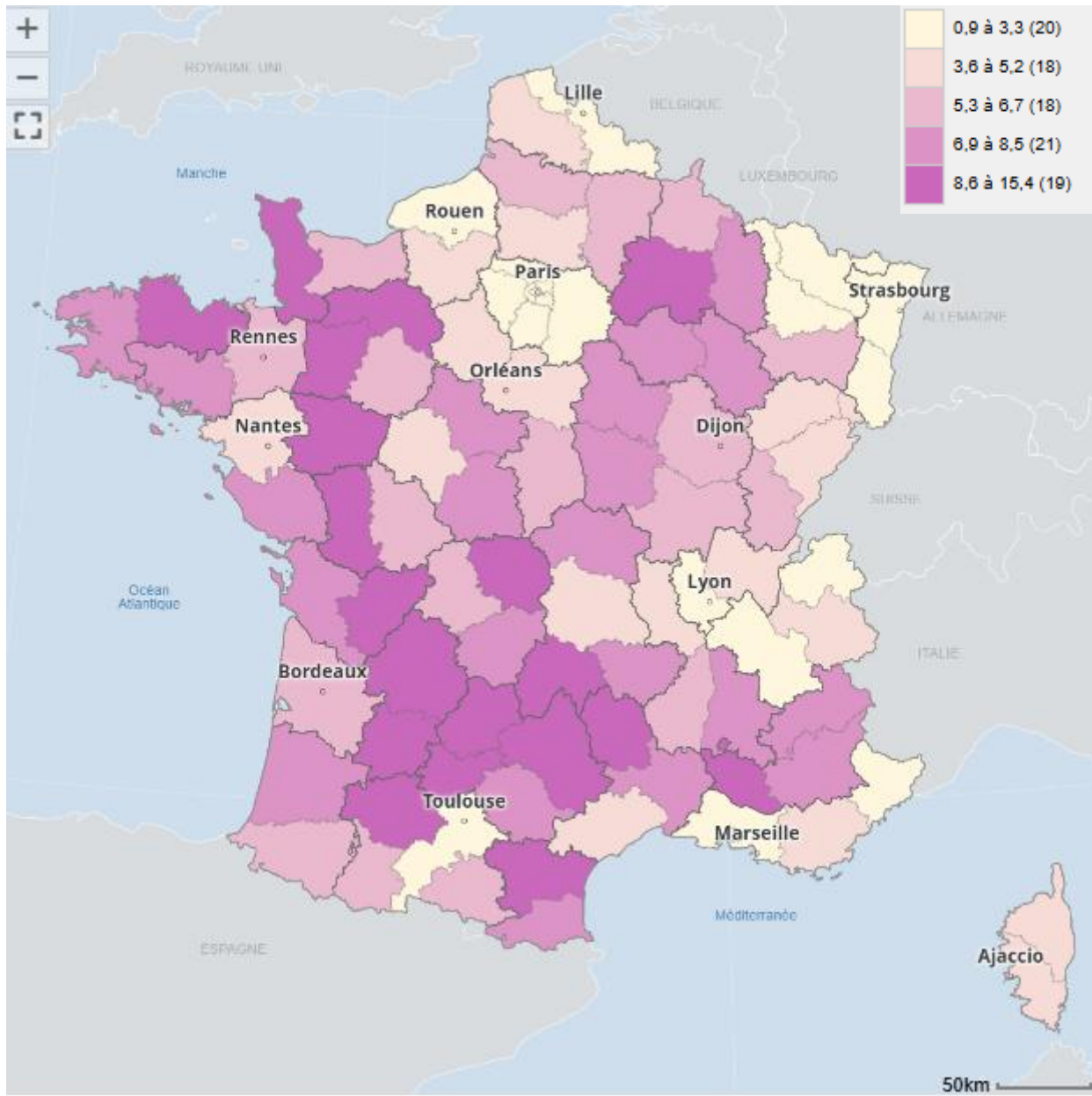
Géographiquement, le régime agricole est présent sur tout le territoire (**Carte 1**).

Ainsi, le taux de présence du régime agricole - exprimé comme le rapport des personnes protégées en maladie relevant du régime agricole à la population française⁶ - est de 4,5 % en 2025.

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

⁶ Estimation INSEE au 1^{er} janvier 2026.

Carte 1 :
Taux de présence du régime agricole par département en 2025



© MSA - IGN ADMIN EXPRESS 2025

2.2. Les caractéristiques sanitaires des patients du régime agricole

2.2.1. La cartographie des pathologies au régime agricole en 2024

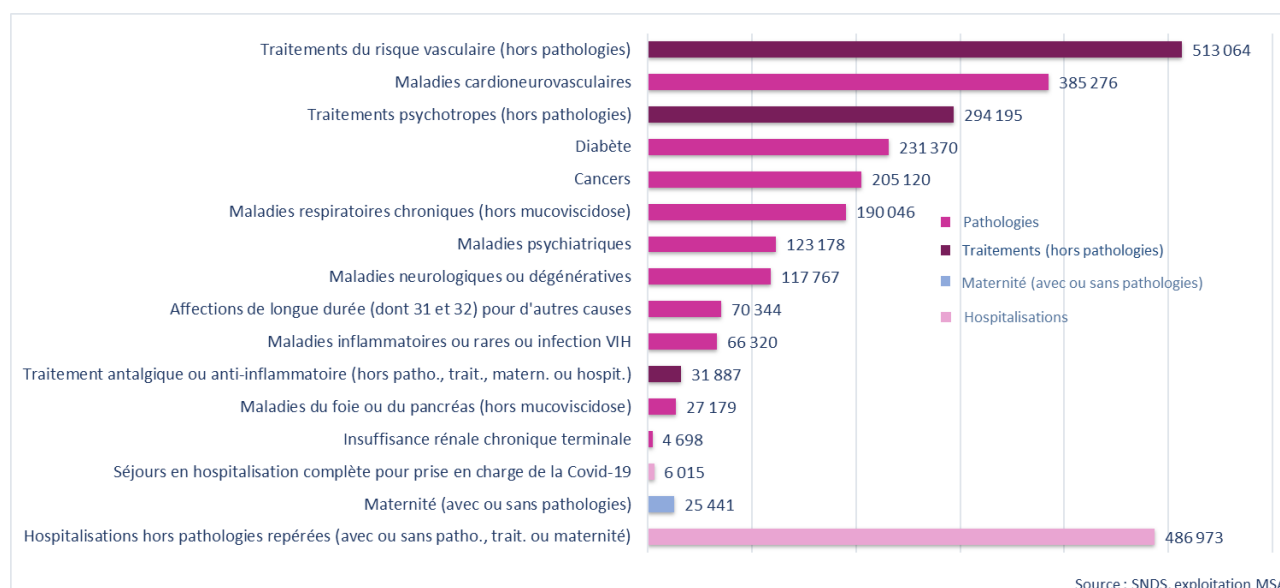
Les études, présentées ci-après, ont été menées sur la dernière version (G13) de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'ensemble des régimes, réalisée par la Cnam. La méthode de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie est détaillée sur le site de la Cnam⁷.

Les principales pathologies ou les événements de santé repérés en 2024 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 patients 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 2024, parmi les 2,8 millions de patients du régime agricole, un patient sur trois souffre d'au moins une pathologie (34 %) identifiée par les algorithmes de la cartographie. Les pathologies affectant le plus de patients du régime agricole sont les maladies cardiovasculaires (385 276 patients), le diabète (231 370 patients) et les cancers (205 120 patients). Par ailleurs, les traitements chroniques (hors pathologie) les plus fréquents concernent le risque vasculaire (513 064 patients) et les traitements par psychotropes (294 195 patients) (**Graphique 8**).

Graphique 8 :
Nombre de consommateurs du régime agricole affectés par une pathologie ou un épisode de soins en 2024



⁷ <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>

Les caractéristiques de la population agricole

En 2024, 1 289 937 patients du régime agricole (soit près d'un patient 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 (+ 8,2 %), notamment les hommes non-salariés agricoles (+ 9,9 %) (**Tableau 11 et Annexe 2**).

Au régime agricole, 25 441 **maternités** sont dénombrées en 2024. Les maternités sont moins fréquentes au régime agricole que dans l'ensemble des régimes (- 7,9 %), en particulier pour les non-salariées (- 15,7 %).

Les hospitalisations sans lien avec les pathologies repérées (chez les patients sans pathologie, traitement chronique, maternité, traitement antalgique ou anti-inflammatoire) sont légèrement sur-représentées (+ 2,5 %) 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 % par rapport à l'ensemble des patients 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)⁸.

Tableau 11 :

Catégories d'épisode de soins - Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, en 2024

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	signif.	nombre de consommateurs	indice comparatif	signif.
Au moins une pathologie	941 434	96,0	***	454 964	92,8	***	486 470	99,2	***
Au moins une pathologie ou traitement	1 291 684	97,4	***	617 612	95,8	***	674 072	98,9	***
Maternité (avec ou sans pathologies)	25 441	92,1	***	2 965	84,3	***	22 476	93,3	***
Au moins une pathologie, traitement ou maternité	1 313 833	97,3	***	620 239	95,7	***	693 594	98,8	***
Hospitalisations sans lien avec les pathologies repérées (hors pathologies, traitements ou maternité)	152 302	102,5	***	45 492	105,1	***	106 810	101,4	***
Hospitalisations sans lien avec les pathologies repérées (avec ou sans pathologies, traitements ou maternité)	486 973	96,8	***	214 861	94,9	***	272 112	98,3	***
Au moins une pathologie, traitement, maternité ou hospitalisation	1 466 135	97,8	***	665 731	96,3	***	800 404	99,1	***
Pas de pathologie repérée, traitement, maternité, hospitalisation ou traitement antalgique ou anti-inflammatoire	1 289 937	102,9	***	364 060	108,2	***	925 877	101,0	***
Total consommateurs régime agricole	2 787 959			1 038 409			1 749 550		

Source : SNDS, exploitation MSA

L'ensemble des patients 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.

⁸ 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 cardionévrosvasculaires chez les patients du régime agricole

Concernant les pathologies cardionévrosvasculaires, 385 276 patients du régime agricole 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 12**).

Cependant, certaines **pathologies cardionévrosvasculaires** affectent plus fréquemment les patients 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 une sur-représentation plus marquée chez les femmes :

- la **maladie valvulaire** (+ 19,3 % au régime agricole et plus spécifiquement + 28,2 % chez les femmes NSA et + 27,1 % chez les hommes NSA),
- l'**insuffisance cardiaque** (+ 16,3 % au régime agricole et plus spécifiquement + 21,9 % chez les femmes NSA et + 18,2 % chez les hommes NSA),
- les **troubles du rythme ou de la conduction cardiaque** (+ 10,5 % au régime agricole et plus spécifiquement + 15,7 % chez les femmes NSA et + 12,8 % chez les hommes NSA),
- les **autres types d'affections cardiovasculaires** (+ 17,4 % au régime agricole et plus spécifiquement + 33,0 % chez les femmes NSA et + 14,8 % chez les hommes NSA).

À l'inverse, d'autres pathologies comme la maladie coronaire sont moins fréquentes chez les patients agricoles, tous statuts confondus (**Tableau 12** et **Annexe 2**).

Tableau 12 :
Pathologies cardionévrosvasculaires - Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, en 2024

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	signif.	nombre de consommateurs	indice comparatif	signif.
Syndrome coronaire aigu	5 972	96,6	***	3 218	95,6	**	2 754	97,7	NS
Maladie coronaire chronique	135 483	89,1	***	74 528	86,7	***	60 955	92,2	***
Maladie coronaire	141 455	89,4	***	77 746	87,0	***	63 709	92,4	***
Accident vasculaire cérébral aigu	8 338	100,9	NS	5 037	100,1	NS	3 301	102,2	NS
Séquelle d'accident vasculaire cérébral	57 115	98,7	***	34 210	98,5	***	22 905	98,9	*
Accident vasculaire cérébral	65 453	99,0	***	39 247	98,7	**	26 206	99,3	NS
Insuffisance cardiaque aiguë	16 723	112,8	***	11 785	116,9	***	4 938	104,2	***
Insuffisance cardiaque chronique	60 697	117,2	***	40 852	121,2	***	19 845	109,9	***
Insuffisance cardiaque	77 420	116,3	***	52 637	120,2	***	24 783	108,8	***
Artériopathie périphérique	43 554	86,2	***	22 225	76,4	***	21 329	99,5	NS
Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque	167 766	110,5	***	108 727	114,2	***	59 039	104,4	***
Maladie valvulaire	43 067	119,3	***	28 801	127,6	***	14 266	105,5	***
Embolie pulmonaire	3 178	104,9	***	1 944	111,4	***	1 234	96,1	NS
Autres affections cardiovasculaires	29 913	117,4	***	16 836	122,0	***	13 077	112,0	***
Maladies cardionévrosvasculaires aiguës	33 160	106,0	***	21 277	108,7	***	11 883	101,5	*
Maladies cardionévrosvasculaires chroniques	376 855	100,4	**	223 507	101,2	***	153 348	99,1	***
Maladies cardionévrosvasculaires	385 276	100,3	**	228 164	101,2	***	157 112	99,1	***

Source : SNDS, exploitation MSA

Traitements du risque vasculaire chez les assurés du régime agricole

Au régime agricole, 823 147 patients présentent une **pathologie cardionévrosvasculaire** et/ou suivent un **traitement contre le risque cardionévrosvasculaire** ce qui représente un peu moins d'un tiers des consommateurs de soins du régime (**Tableau 13, 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 13 :

Traitements du risque vasculaire - Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, en 2024

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	signif.	nombre de consommateurs	indice comparatif	signif.
Traitements antihypertenseurs (avec ou sans pathologies)	770 719	100,1	NS	420 985	100,2	*	349 734	100,0	NS
Traitements hypolipémiants (avec ou sans pathologies)	466 934	94,1	***	238 159	90,6	***	228 775	98,1	***
Traitements du risque vasculaire (avec ou sans pathologies)	881 321	99,2	***	470 815	98,9	***	410 506	99,6	***
Maladies cardiovasculaires et traitements du risque cardiovasculaire	823 147	101,1	***	451 717	102,3	***	371 430	99,6	***

Source : SNDS, exploitation MSA

Le diabète chez les patients du régime agricole

Le diabète touche 8,3 % des patients du régime agricole (10,3 % des non-salariés agricoles et 7,1 % des salariés agricoles), ce qui représente 231 370 personnes (**Tableau 14, Annexe 2**).

Tableau 14 :

Diabète - Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, en 2024

	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	signif.	nombre de consommateurs	indice comparatif	signif.
Diabète insulino-traité	47 892	91,3	***	21 443	80,1	***	26 449	103,0	***
Diabète	231 370	90,7	***	106 754	80,6	***	124 616	101,6	***

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 (- 19,4 %).

Maladies psychiatriques chez les patients du régime agricole

Au régime agricole, 417 373 patients sont pris en charge pour une **pathologie psychiatrique et/ou ont eu recours à un traitement psychotrope** au cours de l'année 2024 (soit 15 % des consommateurs de soins du régime) (**Annexe 2**).

Les personnes prises en charge pour une **maladie psychiatrique** sont sous-représentées dans le régime des **non-salariés** (- 26,9 %) par rapport à l'ensemble des patients tous régimes, à âge et sexe identique : déficience mentale (- 58,2 %), troubles addictifs (- 50 %), troubles psychotiques (- 38,1 %), troubles psychiatriques débutant dans l'enfance (- 38 %) et troubles névrotiques et de l'humeur (- 13,5 %) (**Tableau 15**).

Tableau 15 :
Maladies psychiatriques - Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, en 2024

	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	signif.	nombre de consommateurs	indice comparatif	signif.
Troubles psychotiques	17 971	82,2	***	5 281	61,9	***	12 690	95,1	***
Troubles névrotiques et de l'humeur:	67 562	94,7	***	28 678	86,5	***	38 884	101,8	***
- dont troubles maniaques et bipolaires	12 354	92,9	***	4 689	88,1	***	7 665	96,1	***
- dont dépression et troubles de l'humeur autres que bipolaires	38 108	96,0	***	15 541	85,3	***	22 567	105,1	***
- dont troubles névrotiques liés au stress et somatoformes	26 744	92,5	***	12 227	85,8	***	14 517	99,0	NS
Déficience mentale	5 675	97,6	*	789	41,8	***	4 886	124,3	***
Troubles addictifs:	31 427	86,9	***	6 875	50,0	***	24 552	109,6	***
- dont troubles addictifs liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives que l'alcool, le tabac et le cannabis	3 256	108,1	***	289	30,8	***	2 967	143,0	***
- dont troubles addictifs liés à l'utilisation d'alcool	13 180	101,4	NS	2 702	53,5	***	10 478	131,9	***
- dont troubles addictifs liés à l'utilisation de dérivés du cannabis	1 511	85,7	***	106	22,0	***	1 405	109,7	***
- dont troubles addictifs liés à l'utilisation du tabac	19 217	78,3	***	4 482	47,8	***	14 735	97,2	***
Troubles psychiatriques débutant dans l'enfance	7 832	83,9	***	1 315	62,0	***	6 517	90,4	***
Autres troubles psychiatriques	13 930	71,5	***	5 069	58,2	***	8 861	82,2	***
Maladies psychiatriques	123 178	88,8	***	43 218	73,1	***	79 960	100,4	NS

Source : SNDS, exploitation MSA

En revanche, chez les **hommes salariés agricoles**, il existe une sur-représentation des patients pris en charge pour des **troubles addictifs** (+ 17,5 %) par rapport à la population tous régimes.

L'**addiction aux substances psychoactives autres que l'alcool, le cannabis ou le tabac**⁹ est sur-représentée chez les salariés agricoles (+ 43 %) ainsi que l'**addiction à la consommation d'alcool** (+ 31,9 %). Les hommes salariés agricoles sont également sur-représentés parmi les personnes prises en charge pour **troubles liés à la consommation de dérivés du cannabis** (+ 12,7 %) et du **tabac** (+ 3 %).

On observe une sur-représentation des hommes salariés agricoles parmi les **déficiences mentales** (+ 37,3 %), les **dépansions et troubles de l'humeur** (+ 13,6 %) ainsi que les **troubles névrotiques et de l'humeur** (+ 9,8 %) (**Annexe 2**).

Consommation de psychotropes chez les patients du régime agricole

Parmi les consommateurs de psychotropes sans pathologie psychiatrique¹⁰, les patients du régime agricole sont sous-représentés, comparativement aux patients tous régimes (**Tableau 16**), à l'exception des hommes salariés agricoles pour lesquels il existe une légère sur-représentation dans la **délivrance de neuroleptiques** (+ 5,6 %).

Les non-salariés agricoles sont sous-représentés dans la délivrance d'hypnotiques (- 14,8 %), d'antidépresseurs ou thymorégulateurs (- 6,9 %), de neuroleptiques (- 4,6 %), et d'anxiolytiques (- 5,4 %), en comparaison à l'ensemble des consommateurs tous régimes.

⁹ 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.

¹⁰ 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).

Les caractéristiques de la population agricole

Les salariés agricoles sont sous-représentés dans la délivrance de psychotropes par rapport à l'ensemble des patients tous régimes notamment pour les **hypnotiques** (- 8,5 %), les **antidépresseurs ou thymorégulateurs** (- 6,8 %) et les **anxiolytiques** (- 3,3 %).

A contrario, en ce qui concerne les traitements **neuroleptiques**, les hommes salariés agricoles sont sur-représentés (+ 5,6 %) en comparaison à l'ensemble des hommes consommateurs tous régimes (**Annexe 2**).

Tableau 16 :
Traitements psychotropes (hors pathologies psychiatriques) - Dénombrement et indice comparatif des consommateurs du régime agricole comparativement aux consommateurs tous régimes, en 2024

	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	signif.	nombre de consommateurs	indice comparatif	signif.
Traitements antidépresseurs ou thymorégulateurs (hors pathologies)	167 593	93,2	***	82 259	93,1	***	85 334	93,2	***
Traitements neuroleptiques (hors pathologies)	19 432	97,6	***	10 247	95,4	***	9 185	100,1	NS
Traitements anxiolytiques (hors pathologies)	157 270	95,6	***	81 988	94,6	***	75 282	96,7	***
Traitements hypnotiques (hors pathologies)	55 173	88,0	***	29 444	85,2	***	25 729	91,5	***
Traitements psychotropes (hors pathologies)	294 195	94,2	***	150 018	93,2	***	144 177	95,2	***

Source : SNDS, exploitation MSA

Cancer chez les patients du régime agricole

Toutes localisations cancéreuses confondues, 95 606 patients du régime agricole sont traités pour un cancer actif¹¹ (3,4 % des patients) et 113 649 ont un cancer en phase de surveillance (4,1 % des patients) (**Annexe 2**).

Sous-représentations prédominantes 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 (- 7,1 %), tant parmi les salariés que les non-salariés (**Annexe 2**).

Cette sous-représentation est particulièrement marquée pour les localisations cancéreuses suivantes :

- bronchopulmonaire (- 25,7 %)
- vessie (- 24,7 %)
- col de l'utérus (- 17,8 %)
- foie ou voies biliaires (- 16,2 %)
- sein, pour la femme (- 14,4 %)

Pour ces cinq cancers, la sous-représentation est particulièrement prononcée chez les non-salariés agricoles en comparaison à l'ensemble des patients tous régimes confondus (- 47,1 % pour le cancer bronchopulmonaire, - 33,9 % pour le cancer de la vessie, - 38 % pour le cancer du col de l'utérus, - 26,7 % pour le cancer du foie ou des voies biliaires, - 21,3 % pour le cancer du sein de la femme).

Autres sous-représentations dans les cancers

D'autres localisations cancéreuses présentent également des sous-représentations dans des proportions plus faibles dans le régime agricole chez les salariés et les non-salariés. Il s'agit notamment de la leucémie myéloïde, chronique ou non précisé, du lymphome non hodgkinien, de la maladie myéloproliférative et syndrome myélodysplasique, du cancer du pancréas, du cancer de la thyroïde, du cancer des tissus mous, des cancers non classés ailleurs.

¹¹ 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).

Sur-représentation agricole pour quelques cancers

Cependant, il existe une sur-représentation des patients du régime agricole en comparaison à l'ensemble des bénéficiaires de soins pour certains cancers : la leucémie lymphoïde, chronique ou non précisée, le mélanome de la peau chez les non-salariés agricoles, le cancer des organes génitaux masculins sans précision sous surveillance chez les salariés agricoles, le cancer hématologique sans précision actif chez les non-salariés agricoles.

Maladies neurologiques

Parmi les **maladies neurologiques ou dégénératives** qui affectent 117 767 patients, les patients du régime agricole sont sous-représentés (- 5,1 %) par rapport aux consommateurs tous régimes. Cependant, les situations varient en fonction de la pathologie et du régime professionnel (**Annexe 2**).

Les non-salariés, tant les hommes (+ 7 %) que les femmes (+ 5,9 %), sont sur-représentés (+ 6,5 %), pour la **maladie de Parkinson**.

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

Autres maladies chez les patients du régime agricole

Les **maladies respiratoires chroniques** touchent 190 167 patients du régime agricole, soit 6,8 % des consommateurs de soins. Ces pathologies sont globalement sous-représentées parmi les patients agricoles, avec un écart de - 5,8 % par rapport à l'ensemble des régimes.

Plus de 53 500 patients agricoles (1,9 %) sont atteints de **maladies inflammatoires chroniques**. Dans l'ensemble, les consommateurs agricoles atteints par ces pathologies sont également sous-représentés (- 6,0 %), 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 (+ 10,1 %), mais aussi chez les hommes : + 18,4 % pour les non-salariés et + 8,1 % 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** (- 59,3 %), la **mucoviscidose** (- 18,6 %) ou les **maladies du foie ou du pancréas** (- 16,2 %).

Une sous-représentation est également observée pour **l'hémophilie ou troubles de l'hémostase graves** (- 23,2 %).

En revanche, les **maladies métaboliques héréditaires ou amylose** sont sur-représentées chez les hommes non-salariés agricoles (+ 17,8 %) ainsi que chez les hommes salariés agricoles (+ 5 %).

Enfin, **l'insuffisance rénale chronique terminale** est sous-représentée parmi les patients agricoles (- 16,7 %).

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

En 2024, 31 887 patients 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 patients agricoles présentent une sous-représentation de - 11,3 % pour ces traitements.

Toutefois, en ce qui concerne uniquement les **traitements anti-inflammatoires** (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations), seuls les hommes et femmes salariés agricoles présentent une sur-représentation (+ 11,4 %).

Traitements corticoïdes chez les patients du régime agricole

Les hommes et femmes non-salariés agricoles sont sur-représentés (+ 26,6 %) concernant les délivrances de **traitements corticoïdes** (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations).

Obésité chez les patients du régime agricole

Au régime agricole, les personnes prises en charge pour obésité avec séjour hospitalier sont sur-représentées (+ 2,1 %) en comparaison à la population tous régimes :

- femmes non-salariées : + 1,6 %
- hommes non-salariés : + 8,2 % ; hommes salariés : + 5 %

Hospitalisations selon le Domaine d'Activité (DA) chez les patients du régime agricole

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.

Des sur-représentations marquées pour les pathologies ostéo-articulaires et traumatiques

Les patients du régime agricole présentent des sur-représentations importantes pour de nombreuses hospitalisations liées à des pathologies ostéo-articulaires et aux traumatismes, témoignant notamment de la pénibilité du travail et des gestes répétitifs :

- **Arthroscopies, biopsies ostéo-articulaires** (+ 10,8 % chez les hommes et + 19,0 % chez les femmes)
- **Arthrose de la hanche ou coxarthrose** (+ 34,5 % chez les hommes, avec une très forte sur-représentation chez les hommes non-salariés agricoles : + 55,7 %)
- **Arthrose du genou ou gonarthrose** (+ 26,4 % chez les hommes et + 11,7 % chez les femmes), particulièrement marquée chez les non-salariés agricoles
- **Syndrome du canal carpien** (+ 25,4 % chez les hommes et + 19,6 % chez les femmes)
- **Fractures** (membre inférieur, supérieur, rachis), avec des niveaux plus élevés chez les hommes, notamment salariés agricoles
- **Polytraumatisme** (+ 46,9 % chez les hommes), avec une sur-représentation très élevée chez les hommes non-salariés agricoles (+ 69,3 %)

Des différences selon le statut pour certaines hospitalisations

Les hospitalisations pour **varices des membres inférieurs** sont significativement plus fréquentes chez les non-salariés agricoles (hommes et femmes : + 13,0 % et + 35,8 %).

Concernant les hospitalisations pour **appendicite**, une sur-représentation est observée chez les hommes non-salariés (+ 19,9 %), sans différence significative chez les femmes.

Les salariés agricoles (hommes et femmes) sont sur-représentés dans les hospitalisations pour **pathologies ou traitements dentaires** (+ 11,8 % et + 10,2 %).

Par ailleurs, certains signaux plus spécifiques sont observés, comme une sur-représentation des hospitalisations pour **endocardite** chez les femmes non-salariées agricoles (+ 20,1 %).

Des sous-représentations pour plusieurs hospitalisations

À l'inverse, plusieurs hospitalisations apparaissent sous-représentées chez les patients agricoles :

- Circoncision (- 27,7 %)
- Hémorroïdes (- 15,5 %)
- Endoscopie digestive (- 14,4 %)
- Glaucome (- 8,3 % chez les hommes et - 14,3 % chez les femmes)
- Ulcère gastroduodéal (- 12,5 %)

2.2.2. La structure par pathologie de la dépense Ondam au régime agricole en 2024

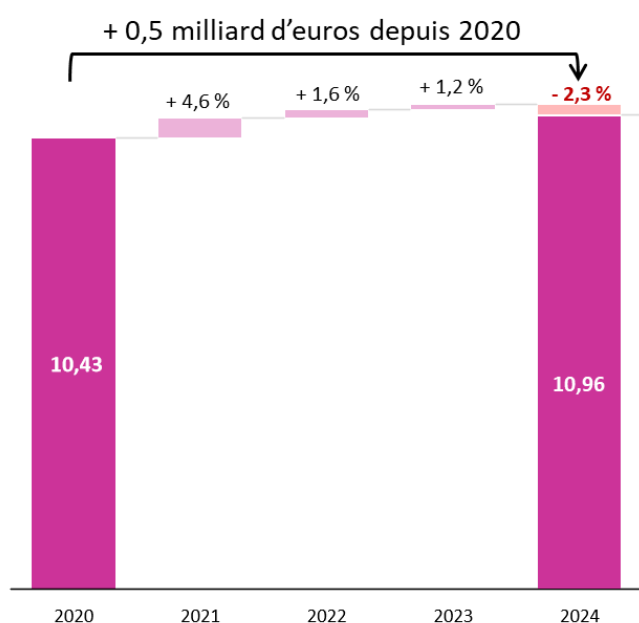
Régime agricole : 10,96 milliards d'euros remboursés au titre de l'Ondam en 2024¹²

En 2024, près de 3 millions de personnes affiliées au régime agricole ont bénéficié de soins médicaux. Leur prise en charge a représenté un montant total de remboursements de 10,96 milliards d'euros, soit une baisse de 2,3 % par rapport à l'année précédente, soit près de 260 millions d'euros.

Première baisse depuis 2020 : - 260 millions d'euros entre 2023 et 2024

Après une croissance moyenne annuelle de 2,5 % entre 2020 et 2023, déjà marquée par un net ralentissement (+ 4,6 % à + 1,2 %), les remboursements au titre de l'Ondam connaissent leur première baisse en 2024. Ils passent de 11,22 milliards d'euros en 2023 à 10,96 milliards d'euros en 2024. Ainsi, on se rapproche du niveau de prise en charge de 2020 (année pourtant marquée par la crise sanitaire liée à la Covid-19) (**Graphique 9**).

Graphique 9 :
Evolution de la dépense totale du régime agricole au titre de l'Ondam entre 2020 et 2024 (en milliard d'euros)



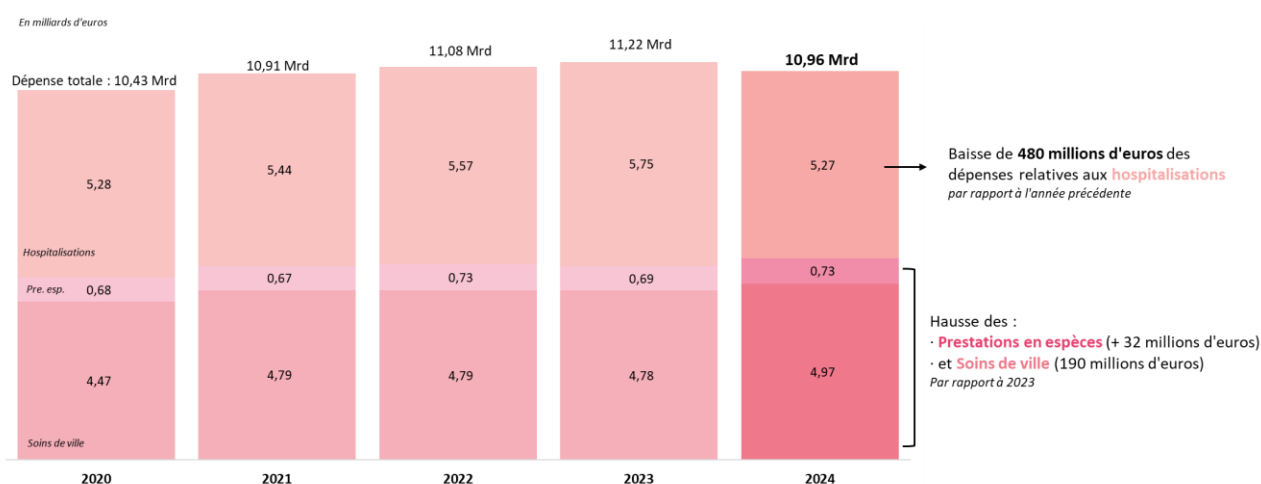
Source : SNDS – Exploitation MSA

La diminution des dépenses observée en 2024 s'explique exclusivement par la baisse de 480 millions d'euros des prises en charge liées aux hospitalisations. Celles-ci atteignent 5,27 milliards d'euros en 2024, soit un niveau inférieur de 16 millions d'euros à celui observé en 2020.

À l'inverse, les prestations en espèces et les soins de ville augmentent respectivement de 32 et 190 millions d'euros (**Graphique 10**).

¹² 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 10 :
Montant des dépenses par poste et année**



Source : ONDAM - Exploitation MSA

Les hospitalisations demeurent toutefois le principal poste de dépense : en 2024, elles représentent 48 % du montant total pris en charge. Les soins de ville arrivent en deuxième position, avec 45 % des dépenses. Enfin, les prestations en espèces restent le poste minoritaire, avec une part de 7 %.

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 »¹³ et du nombre d'assurés MSA, puis elle est ajustée au montant de l'Ondam du régime agricole.

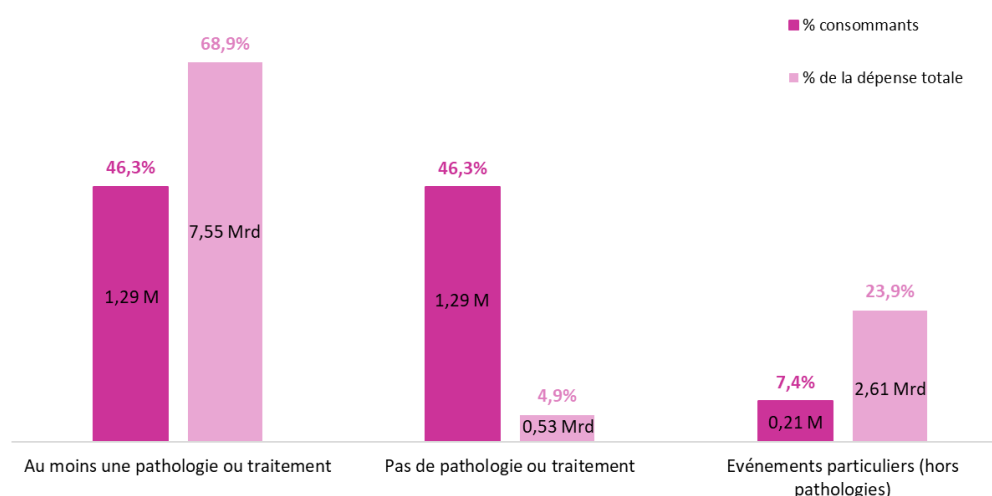
Les 10,96 milliards d'euros remboursés en 2024 pour les 2,8 millions de patients se répartissent entre différents types d'événements de soins repérés par cette cartographie :

- les personnes atteintes d'une pathologie identifiée, ou bénéficiant d'un traitement spécifique, qui concentrent plus de deux-tiers du montant global, soit près de 8 milliards d'euros. Cette population représente 1,3 million d'assurés, soit 46,3 % de la population totale ayant consommée des soins (**Graphique 11**).
- les assurés ayant eu recours à des soins mais ne présentant aucune des pathologies ou événements de soins repérés par cette cartographie (46,3 %).
- les 7,4 % restants qui concernent des événements particuliers (hors pathologie) : maternité, hospitalisations ponctuelles, ainsi que traitements antalgiques ou anti-inflammatoires.

¹³ La dépense moyenne « tous régime » est estimée sur la base de la méthodologie de la CNAM sur la composition des dépenses de la cartographie (version G13) :

https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2024_composition-postes-depenses_cartographie.pdf

**Graphique 11 :
Répartition des effectifs et des dépenses par événements de soins en 2024**



*Nota bene : Pour aboutir au total des 10,96 Mrd d'euros, rajouter les dépenses liées aux soins courants ; qui ne sont pas affectées à des pathologies spécifiques.
Montant associé : 0,26 Mrd - soit 2,3 % de la dépense totale.*

Source : SNDS - Exploitation MSA

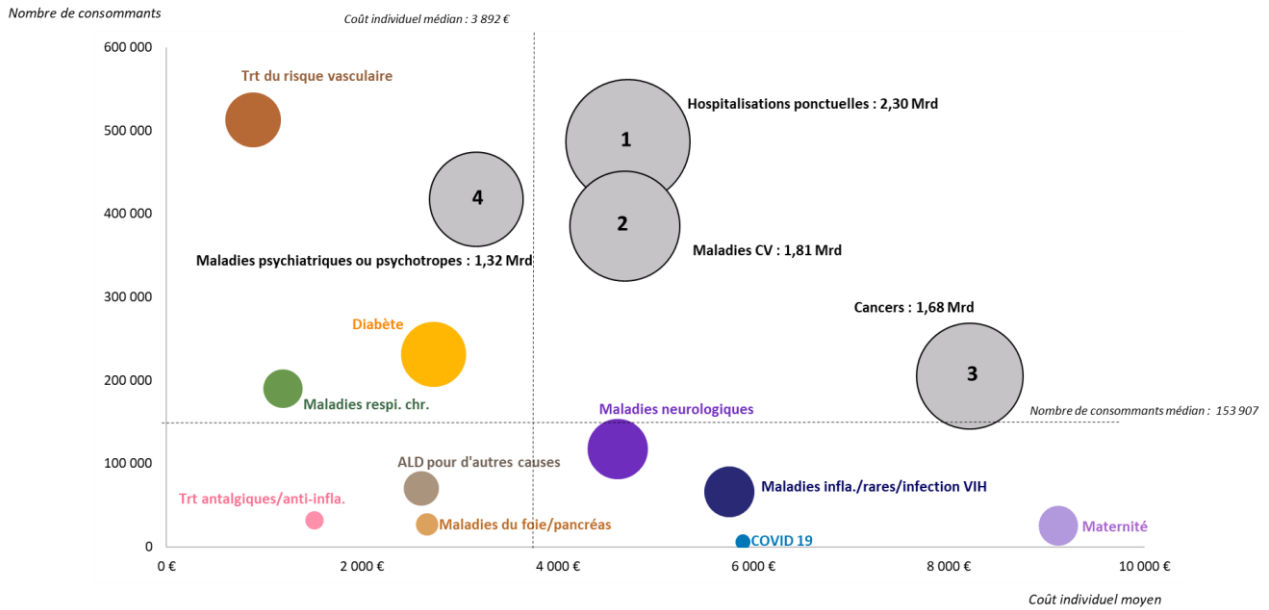
Parmi les 17 événements de soins identifiés dans la cartographie des dépenses, quatre postes concentrent à eux seuls plus de deux-tiers de la dépense totale remboursée par le régime agricole, soit 7,11 milliards d'euros (**Graphique 12**).

1. Les **hospitalisations ponctuelles**, qui représentent à elles seules 21 % de la dépense totale du régime agricole, soit 2,30 milliards d'euros, pour près de 500 000 bénéficiaires avec un coût individuel moyen de 4 720 euros ;
2. Les maladies **cardioneurovasculaires**, qui concentrent 16,5 % de cette dépense avec 1,81 milliard d'euros, pour 390 000 consommateurs de soins avec un coût individuel moyen de 4 688 euros ;
3. Les **cancers**, 15,4 % de la dépense globale, pour un total de 1,68 milliard d'euros, pour 205 000 bénéficiaires avec un coût individuel moyen de 8 211 euros ;
4. Les **maladies psychiatriques ou traitements psychotropes**, 12,1 % des dépenses, pour un total de 1,32 milliard d'euros, pour 417 000 bénéficiaires avec un coût individuel moyen de 3 168 euros.

Les dépenses de santé présentent 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 12 :
Répartition des dépenses de l'Ondam au régime agricole en 2024 par pathologie selon le nombre de consommateurs et le coût moyen par personne



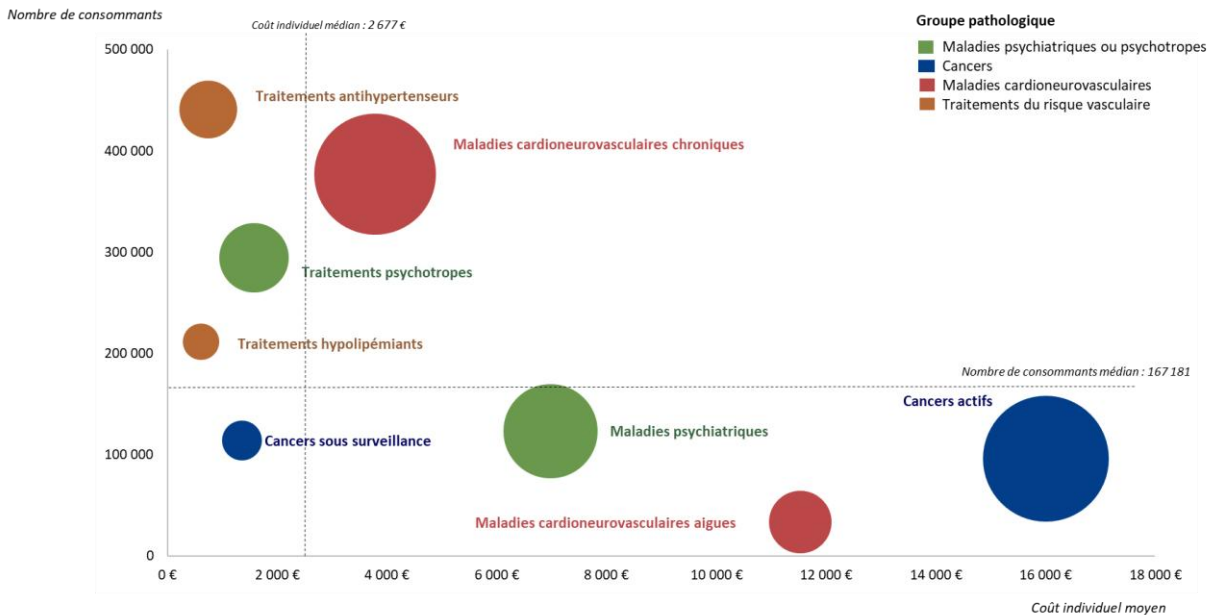
Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle au montant des dépenses remboursées.
Trt : Traitements, CV : Cardioneuvasculaire, Respi : Respiratoire, Chr : Chronique, Infla : Inflammatoire

Source : SNDS - Exploitation MSA

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 13).

Graphique 13 :
Dépenses de l'Ondam au régime agricole par catégorie affinée de pathologies, effectif de bénéficiaires et coût moyen par personne, en 2024



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

Source : SNDS - Exploitation MSA

Parmi les quatre principaux postes de dépenses, trois postes enregistrent une baisse en 2024

Après une hausse continue depuis 2020 des dépenses des quatre principaux postes de dépenses, à savoir les hospitalisations ponctuelles, les maladies cardiovasculaires, les cancers et les maladies psychiatriques ou traitements psychotropes, seuls les cancers poursuivent cette hausse en 2024.

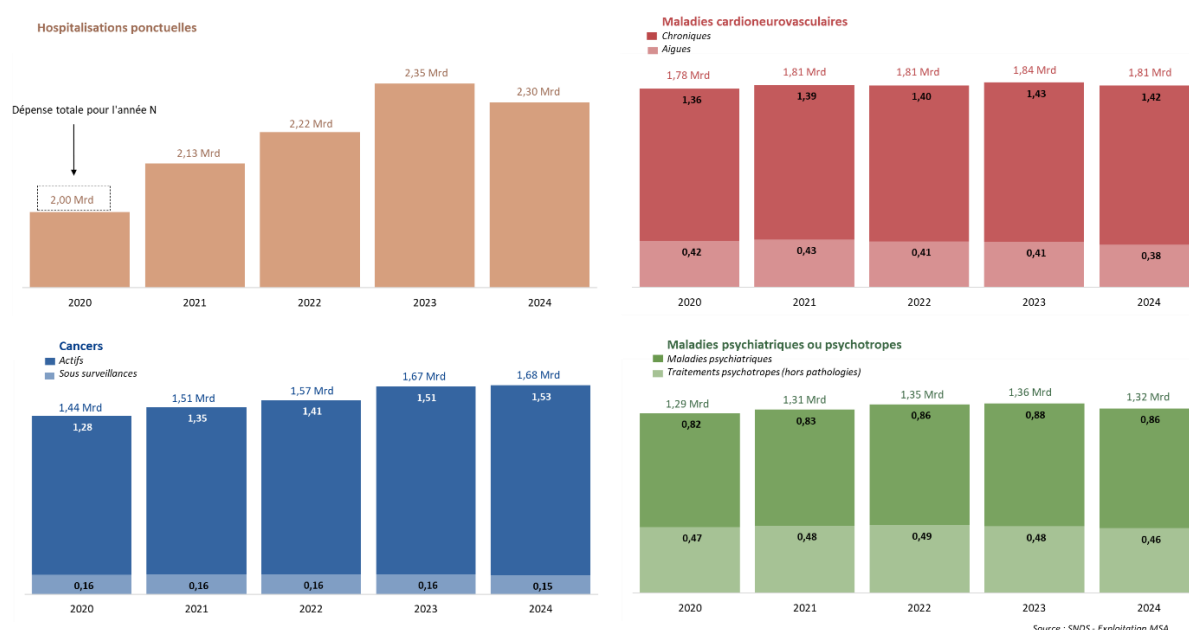
Sur les quatre dernières années, leur progression est la suivante (**Graphique 14**) :

- Hospitalisations ponctuelles : + 14,8 %, passant de 2 milliards d'euros en 2020 à 2,30 milliards en 2024 ;
- Maladies cardiovasculaires : + 1,6 %, de 1,78 milliard à 1,81 milliard ;
- Cancers : + 17,2 %, de 1,44 milliard à 1,68 milliard ;
- Maladies psychiatriques ou traitements psychotropes : + 2,7 %, de 1,29 milliard à 1,32 milliard.

Sur la dernière année observée, seule la dépense pour les cancers augmente (+ 0,6 %), une hausse qui concerne uniquement les cancers actifs (+ 1,1 %). Pour les trois autres postes, la dynamique s'inverse. Ainsi, la dépense en maladies psychiatriques diminue de 2,6 %, les hospitalisations ponctuelles de 2,1 % et les maladies cardiovasculaires de 1,6 %.

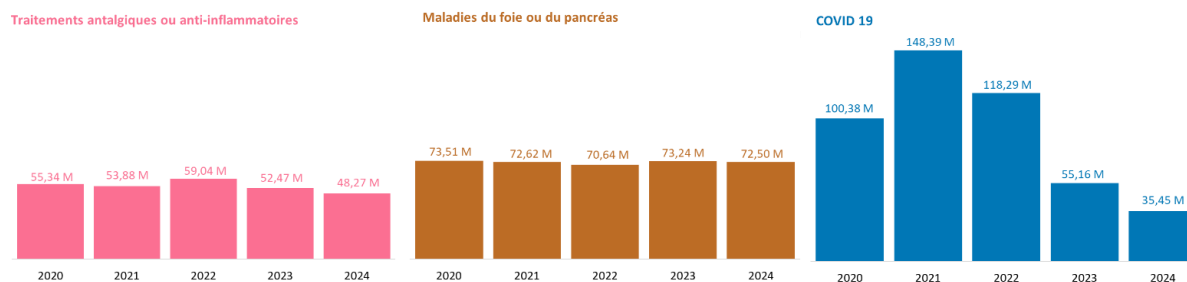
L'évolution des autres groupes de pathologies est présentée dans les pages suivantes. On y observe une baisse des dépenses en 2024 pour la quasi-totalité des postes, à l'exception des maladies respiratoires chroniques ainsi que des maladies inflammatoires, rares, ou infection VIH (**Graphique 15**).

Graphique 14 :
Les quatre principaux postes de dépenses de 2020 à 2024

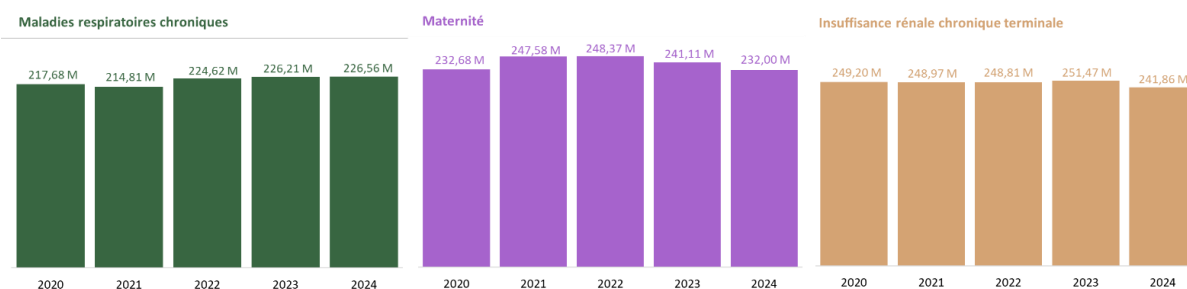


Graphique 15 :
Evolution en millions d'euros des autres postes de dépenses entre 2020 et 2024
Hors « ALD » et « Pas de pathologie »

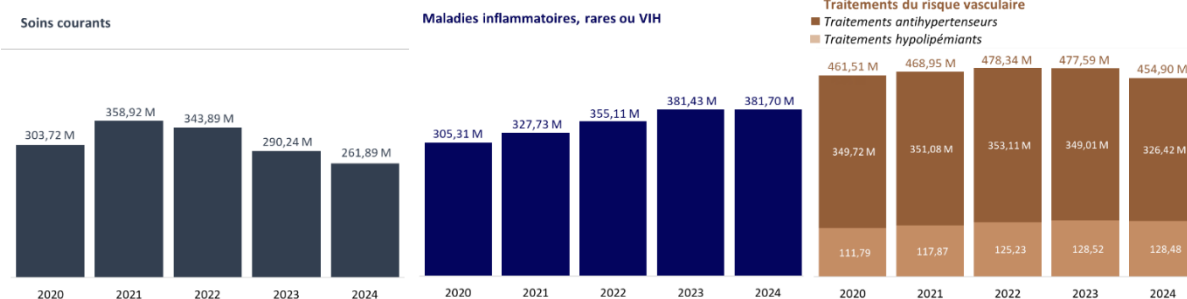
Dépenses inférieures à 150 M



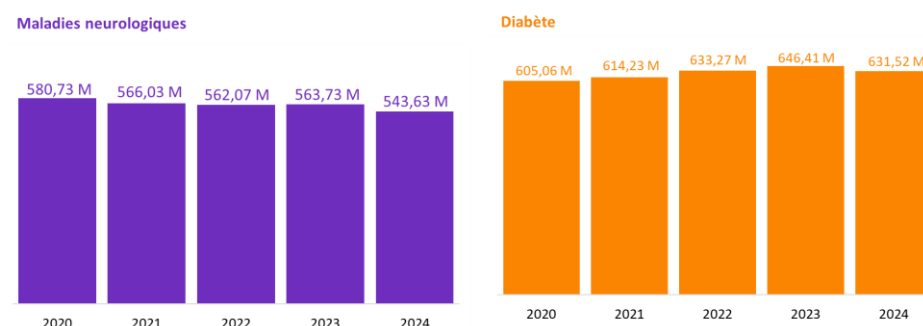
Dépenses comprises entre 200 M et 255 M



Dépenses comprises entre 260 M et 480 M



Dépenses supérieures à 500 M



Source : SNDS - Exploitation MSA

Hausse du coût individuel moyen malgré une baisse des effectifs

Entre 2020 et 2024, la quasi-totalité des évènements de soins ont connu une hausse du coût individuel moyen. En revanche, l'évolution du nombre de patients est plus contrastée : près de la moitié des évènements de soins enregistre une baisse des effectifs, tandis que l'autre moitié présente une progression du nombre de patients.

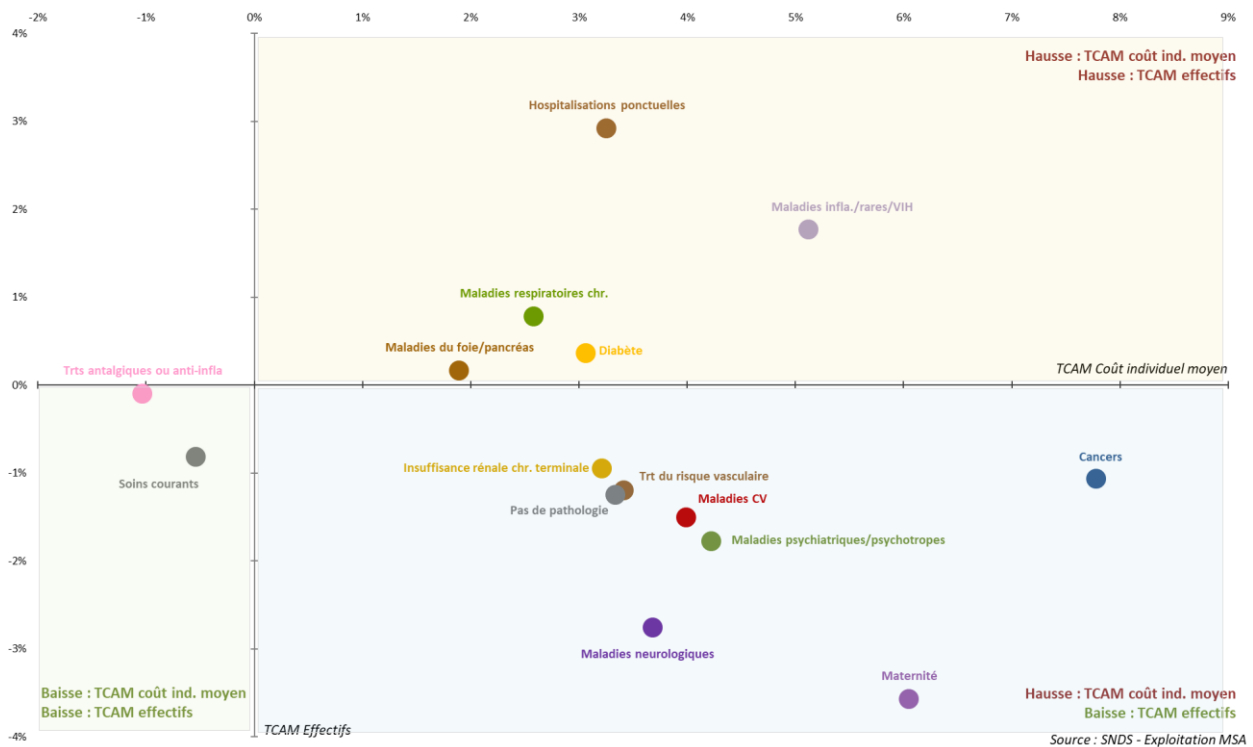
Cette conclusion, observable sur le **graphique 16**, se caractérise par :

- des coûts individuels moyens en hausse malgré une baisse des effectifs pour 8 évènements de soins (sur 15) ;
- des coûts individuels moyens augmentant conjointement aux effectifs pour 5 évènements ;
- une baisse ou quasi-stabilité des deux indicateurs uniquement pour les traitements antalgiques et anti-inflammatoires (coût individuel moyen : - 1,0 % ; effectifs : - 0,1 %) ainsi que les soins courants (coût individuel moyen : - 0,5 % ; effectifs : - 0,8 %).

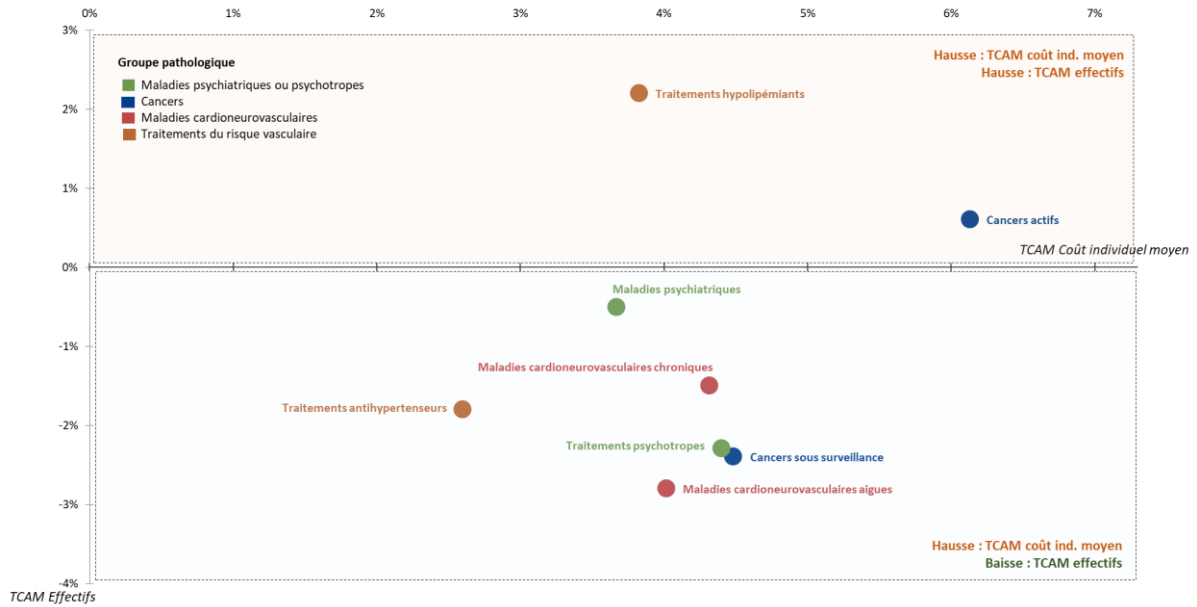
Les cancers sont les pathologies pour lesquelles la croissance du coût individuel moyen est la plus marquée (+ 7,8 %), qu'il s'agisse des cancers actifs ou des cancers sous surveillance (respectivement + 6,1 % et + 4,5 %) (**Graphique 17**).

Enfin, les effectifs restent relativement stables (ou en légère variation), pour les traitements antalgiques et anti-inflammatoires (- 0,1 %), les maladies du foie ou du pancréas (+ 0,2 %) et le diabète (+ 0,4 %).

Graphique 16 :
Taux de croissance annuel moyen du nombre de patients et du coût individuel moyen (2020-2024)
Hors « Covid 19 » et « ALD »



Graphique 17 :
Taux de croissance annuel moyen du nombre de consommateurs et du coût individuel moyen par sous-catégories pathologiques (2020-2024)



2.2.3. La mortalité par suicide et les hospitalisations pour gestes auto-infligés chez les patients du régime agricole

2.2.3.1. La mortalité par suicide au régime agricole en 2023 et sur la période 2018-2023

Principaux résultats

Un sur-risque de suicide pour la population agricole (2023) :

- 66,2 % quel que soit la tranche d'âge et le régime d'affiliation (non-salarié ou salarié).
- 114,5 % chez les non-salariés agricoles (15-64 ans) et 80 % pour les 65 ans et plus.
- 41,5 % chez les salariés agricoles (15-64 ans) et 42,0 % pour les 65 ans et plus.
- Le sur-risque concerne les hommes affiliés à la MSA. Les femmes ont un risque comparable au tous régimes.

Un sur-risque de suicide en hausse sur la période 2018-2023 :

- + 16 points chez les 15-64 ans.
- + 9 points chez les 65 ans et plus.
- Ces augmentations s'observent davantage chez les non-salariés. Les salariés maintiennent un risque important sur la période.

Facteurs de risque (2023) :

- L'âge, le sexe, le régime, les troubles psychiatriques et les antécédents suicidaires sont des facteurs qui augmentent le risque.
- Chez les 15-64 ans, un sur-risque de suicide est observé chez les assurés ayant eu au moins 30 jours d'arrêt de travail (arrêt maladie ou ATMP). Seules des densités élevées de psychologues atténuent légèrement ce risque.
- Chez les 65 ans et plus : résider dans un établissement médico-social (EPHAD ou USLD) protège du suicide de même qu'une accessibilité facilitée à des psychologues.

Maladies psychiatriques :

- Troubles addictifs : l'alcoolisme représente pour tout individu un facteur aggravant ; le tabagisme et la consommation de substances psychoactives (hors cannabis) aussi, surtout chez les 15-64 ans.
- Maladies psychiatriques : les troubles névrotiques et de l'humeur sont les pathologies mentales les plus impactantes. Les troubles psychotiques et les autres troubles psychiatriques ont aussi des effets néfastes, tout âge. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, les troubles débutant dans l'enfance constituent un facteur important.

Traitements psychotropes :

- Quelle que soit la tranche d'âge, la prise d'un traitement psychotrope (à l'exception des neuroleptiques), en dehors de toute maladie psychiatrique, constitue un facteur de risque supplémentaire.

Statut matrimonial et lieu de décès :

- Les personnes vivant seules sont majoritaires parmi les décès par suicide.
- Dans deux cas sur trois, les décès par suicide surviennent au domicile.

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.

Point de vigilance sur l'interprétation des évolutions

Les évolutions 2018-2023 sont à interpréter avec précaution en raison de la forte variabilité annuelle des sur-risques.

Introduction

Le suicide, phénomène d'ampleur mondiale et multifactoriel, constitue un enjeu majeur de santé publique ([OMS, 2024](#)).

En France, 8 868 décès par suicide ont été recensés en 2023¹⁴ ([Inserm, CépiDc, 2025](#)), dont une large majorité concerne les hommes (76,1 %). Le taux standardisé s'élève à 13 décès pour 100 000 habitants, un niveau globalement stable au cours des six dernières années.

Dans le cadre de ses missions de santé publique, la MSA publie chaque année dans son rapport institutionnel « Charges et Produits », l'actualisation des résultats sur le risque suicidaire auquel la population agricole est particulièrement exposée.

En raison de l'impossibilité de recenser de manière exhaustive les suicides au sein du régime agricole, une méthodologie comparative a été mise en place afin d'estimer les écarts de risque de la population du régime agricole avec celle de l'ensemble des régimes d'assurance maladie¹⁵.

Les données mobilisées sont issues du Système National des Données de Santé (SNDS). Ce dernier contient les informations sur les circonstances et la cause 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 populations, un **Indice Comparatif (IC)** est 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.

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 à compter de 2023, la 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 la 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 la SSI.

¹⁴ Dernières données disponibles au moment de l'exploitation.

¹⁵ [Méthode d'étude des suicides à travers les données du SNDS](#), MSA, 2025.

Un sur-risque avéré pour les patients du régime agricole

En 2023, le risque de suicide au sein de la population agricole est supérieur à celui observé dans la population générale, quel que soit le type d'affiliation (salariés ou non-salariés agricoles).

Parmi les patients du régime agricole âgés de 15 à 64 ans, ce sur-risque atteint 66,2 %. Il est particulièrement élevé chez les non-salariés agricoles (114,5 %), contre 41,5 % chez les salariés agricoles.

Chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, le sur-risque est également élevé (66,2 %). Il reste toujours plus marqué chez les non-salariés agricoles (80 %), contre 42 % chez les salariés agricoles (**Tableau 17**).

Tableau 17 :
Indice comparatif du suicide chez les 15-64 ans et les 65 ans et plus selon le régime en 2023

15-64 ans	Nombre de consommateurs	Indice comparatif	Significativité
Ensemble des régimes	40 050 053	100	-
Régime agricole	1 562 059	166,2	***
· Salariés agricoles	1 125 904	141,5	***
· Non-salariés agricoles	436 155	214,5	***

65 ans et plus	Nombre de consommateurs	Indice comparatif	Significativité
Ensemble des régimes	13 448 444	100	-
Régime agricole	957 752	166,2	***
· Salariés agricoles	377 907	142,0	***
· Non-salariés agricoles	579 845	180,0	***

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 66% de surrisque 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 166 au régime agricole (180 pour les seuls non-salariés agricoles).

Un risque spécifiquement masculin

De nombreuses études et rapports ont déjà montré que le suicide est plus fréquent chez les hommes ([Hazo J.B et al.](#), 2026 ; [Plavsic A.](#), 2024 ; [Bennett S. et al](#), 2023).

Les hommes du régime agricole présentent un sur-risque notable par rapport à la population masculine générale. Il est estimé à 75,9 % chez les 15-64 ans et à 80 % chez les 65 ans et plus. Ce sur-risque est d'autant plus important chez les non-salariés agricoles : 130,6 % chez les 15-64 ans et 101,4 % chez les 65 ans et plus (**Tableau 18**).

En revanche, pour les femmes, quel que soit la classe d'âge (15-64 ans ou 65 ans et plus), l'indice comparatif n'étant pas statistiquement significatif, on ne peut en conclure de sur-risque notable.

Tableau 18 :
Indice comparatif du suicide par sexe et tranche d'âge selon le régime en 2023

15-64 ans	Hommes			Femmes		
	Nombre de consommateurs	Indice comparatif	Significativité	Nombre de consommateurs	Indice comparatif	Significativité
Ensemble des régimes	20 095 791	100	-	19 954 418	100	-
Régime agricole	938 662	175,9	***	623 398	136,7	NS
· Salariés agricoles	633 435	143,2	***	492 470	137,0	NS
· Non-salariés agricoles	305 228	230,6	***	130 927	135,8	NS

65 ans et plus	Hommes			Femmes		
	Nombre de consommateurs	Indice comparatif	Significativité	Nombre de consommateurs	Indice comparatif	Significativité
Ensemble des régimes	5 944 729	100	-	7 503 716	100	-
Régime agricole	464 231	180,0	***	493 521	119,6	NS
· Salariés agricoles	198 068	145,0	***	179 839	129,9	NS
· Non-salariés agricoles	266 163	201,4	***	313 682	114,9	NS

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

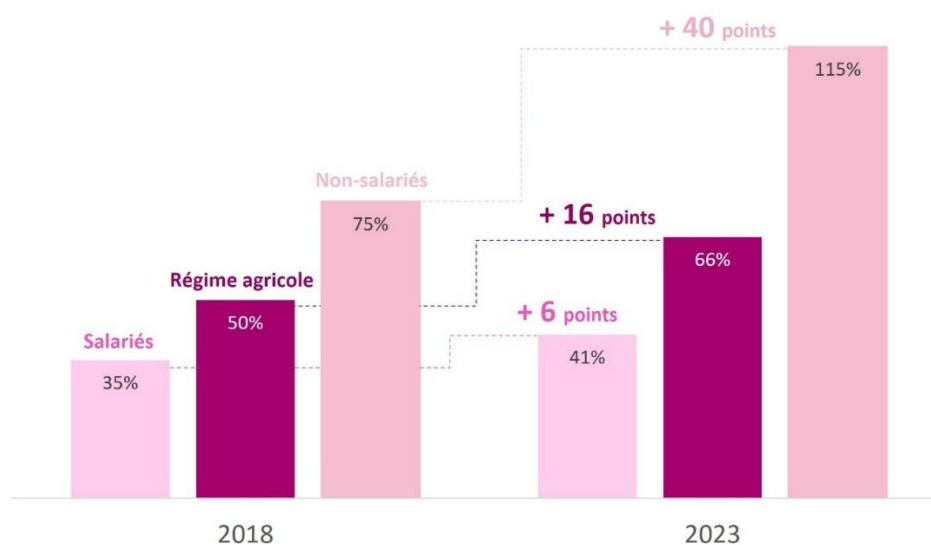
Source : SNDS - Exploitation MSA
Données sur les consommateurs métropolitains

Une évolution du sur-risque en forte progression chez les actifs, et toujours conséquente chez les plus âgés

Entre 2018 et 2023, la situation au régime agricole s'est dégradée.

Chez les personnes âgées de 15 à 64 ans, le sur-risque, déjà observé en 2018, s'accroît en 2023, quel que soit le type d'affiliation. Cette progression est nettement marquée pour les non-salariés agricoles (+ 40 points), tandis que l'évolution chez les salariés est plus faible (+ 6 points) (**Graphique 18**).

Graphique 18 :
Evolution de l'indice comparatif du suicide au régime agricole entre 2018 et 2023 chez les 15-64 ans



Source : SNDS – Exploitation MSA

Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, l'évolution du sur-risque est plus modérée. Il progresse chez les non-salariés agricoles (+ 20 points), tandis qu'il décroît chez les salariés (- 7 points).

Au sein de cette population assimilée aux retraités, le sur-risque s'accroît (+ 9 points) (**Graphique 19**).

Graphique 19 :
Evolution de l'indice comparatif du suicide au régime agricole entre 2018 et 2023 chez les 65 ans et plus



Source : SNDS – Exploitation MSA

Le risque de suicide au sein de la population agricole demeure donc bien supérieur à celui de la population générale.

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, gestes auto-infligés, etc.) indépendamment les uns des autres (cf. méthode en **Annexe 3**). Il est réalisé sur les consommateurs de l'ensemble des régimes en 2023 afin de faire ressortir la particularité d'être issu du régime agricole, en comparaison à l'ensemble des régimes.

Chez les 15-64 ans

À l'instar des analyses précédentes, le modèle de Cox appliqué aux données de 2023 met en évidence plusieurs constats (**Graphique 20**) :

1. Un risque croissant avec l'âge : comparativement aux 15-19 ans, il est multiplié par 2 chez les 30-39 ans et par 3,4 chez les 60-64 ans.
2. Un effet marqué du sexe : les hommes présentent un risque 2,2 fois plus élevé que les femmes.
3. Un sur-risque chez les affiliés à la MSA : il est multiplié par 1,3 chez les salariés agricoles et par 2,9 chez les non-salariés agricoles, par rapport à l'ensemble des régimes.
4. Un impact majeur des troubles psychiatriques : les maladies psychiatriques multiplient le risque par 16. La délivrance d'un traitement psychotrope régulier est également associée à un risque accru ($\times 5,7$).
5. Les gestes auto-infligés (GAI) comme facteur d'alerte : une hospitalisation pour GAI au cours des cinq dernières années est associée à un risque multiplié par 8 de décès par suicide.

Trois nouveaux indicateurs ont été intégrés au modèle :

- Le nombre de jours ayant fait l'objet d'une indemnité journalière (maladie, accident du travail ou maladie professionnelle),
- la densité de psychiatres¹⁶,
- la densité de psychologues¹⁷.

Ces deux derniers indicateurs reflètent l'accessibilité aux soins de nature psychiatrique ou psychologique.

Parmi ces indicateurs, un risque accru de suicide est observé chez les personnes ayant cumulé (pas nécessairement de façon consécutive) au moins 30 jours d'arrêt de travail ($\times 1,8$ entre 30 et 119 jours et $\times 1,7$ entre 120 et 180 jours).

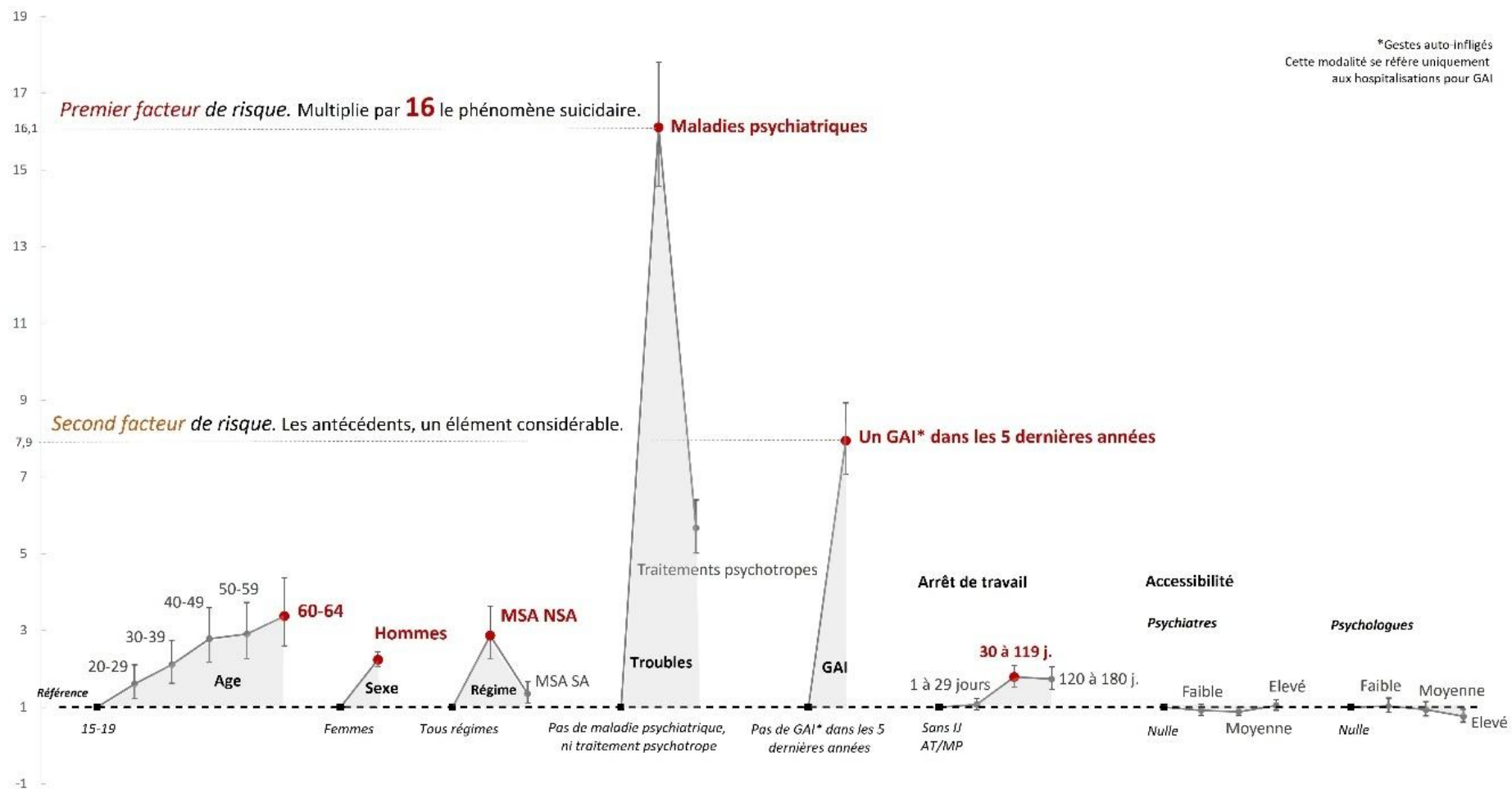
La densité de psychiatres et de psychologues apparaît, en revanche, faiblement associée à une diminution du risque. Seules des densités élevées de psychologues atténuent légèrement ce risque.

¹⁶ Seuils psychiatres : « nulle » correspondant à 0 psychiatre pour 100 000 habitants, « faible » correspondant à l'intervalle]0 - 3,7[, « moyenne » [3,7 - 13,3[, « élevé » à 13,3.

¹⁷ Seuils psychologues : « nulle » correspondant à 0 psychologue pour 100 000 habitants, « faible » correspondant à l'intervalle]0 - 28,4[, « moyenne » [28,4 - 48[, « élevé » à 48.

Les caractéristiques de la population agricole

Graphique 20 :
Facteurs de risque de suicide, 15-64 ans, ensemble des régimes, 2023 (modèle de Cox)



Source : SNDS - Exploitation MSA

Chez les 65 ans et plus

Les assurés âgés de 65 ans et plus du régime agricole présentent des risques élevés de décès par suicide, variables selon les caractéristiques étudiées (**Graphique 21**).

L'âge reste un facteur déterminant : le risque de décès par suicide augmente avec celui-ci, multiplié jusqu'à 2,5 fois chez les 80 ans et plus.

Comparativement aux femmes, les hommes sont nettement plus impactés ($\times 4,9$).

Les affiliés au régime agricole présentent toujours un sur-risque par rapport à l'ensemble des régimes : il est multiplié par 1,9 chez les non-salariés agricoles et par 1,5 chez les salariés agricoles.

Les troubles psychiatriques et les traitements psychotropes sont des facteurs majeurs (respectivement $\times 8$ et $\times 3,4$), bien que leur impact soit moindre que chez les 15-64 ans.

Les hospitalisations pour gestes auto-infligés apparaissent comme le facteur majeur : leur survenue est associée à un risque multiplié par 13.

La densité de psychiatres ne montre pas d'effet significatif, tandis qu'une densité au moins moyenne de psychologues est associée à une très légère diminution du risque.

Pour cette tranche d'âge, l'indicateur relatif aux indemnités journalières n'a pas été retenu, la majorité des individus étant retraités. Le choix s'est plutôt porté sur un indicateur permettant de mesurer un éventuel lien avec le fait d'être pris en charge dans une structure médico-sociale. Ainsi, le risque de suicide a été mesuré si le patient réside en EHPAD ou en USLD, comparativement à quelqu'un ne résidant pas dans ces structures.

Il apparaît que le fait de résider en EHPAD ou en USLD réduit légèrement le risque de suicide. Ce résultat s'inscrit dans les hypothèses avancées par Chauliac ([2019](#)), selon lesquelles la résidence en structure médico-sociale pourrait constituer un environnement favorable à une réduction du risque suicidaire chez les personnes âgées.

Point d'attention

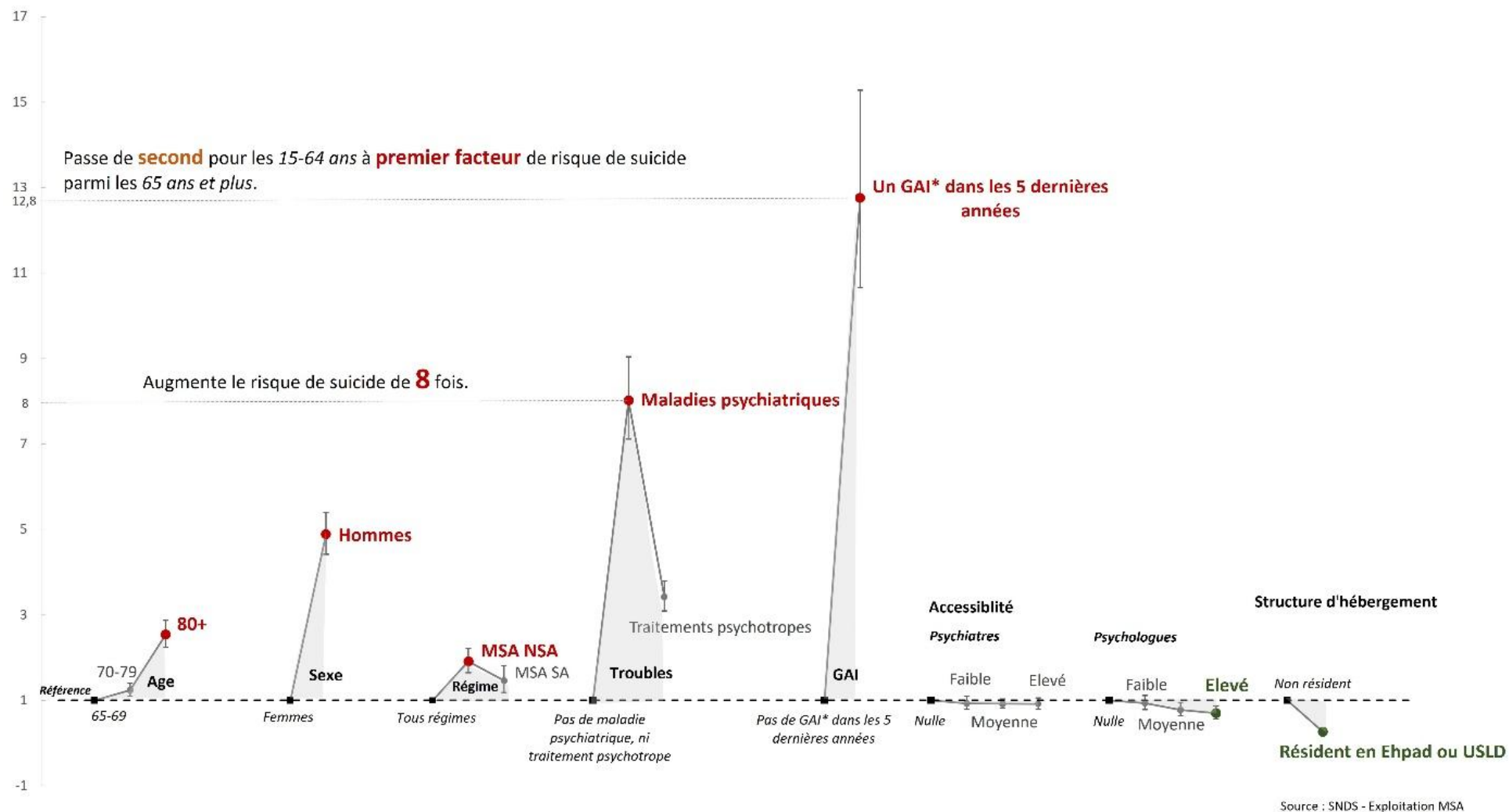
Les facteurs issus du modèle de Cox ont un effet multiplicatif.

À titre d'exemple, pour un homme âgé de 80 ans ou plus, affilié au régime agricole en tant que salarié et résidant en EHPAD ou en USLD, le risque de suicide peut être estimé de la manière suivante :

Risque de référence (1) $\times 2,5$ (80 ans et plus) $\times 4,9$ (hommes) $\times 1,5$ (salariés) $\times 0,2$ (résidence en EHPAD ou USLD), soit un risque multiplié par 3,7.

Les caractéristiques de la population agricole

Graphique 21 :
Facteurs de risque de suicide, 65 ans et plus, ensemble des régimes, 2023 (modèle de Cox)



Maladies psychiatriques et traitements psychotropes

De nombreuses études ont mis en évidence l'impact des maladies psychiatriques et des traitements psychotropes sur le risque de suicide ([Docherty Anna R. et al, 2021](#) ; [Yingcheng E. Xu et al., 2023](#)).

Afin d'approfondir cette analyse, des travaux complémentaires ont été menés pour caractériser l'influence de ces facteurs. L'objectif est d'évaluer de manière plus fine, l'impact de pathologies psychiatriques spécifiques et des différents types de traitements psychotropes sur le risque suicidaire.

Pour ce faire, l'analyse a été conduite au sein du seul régime agricole, selon deux tranches d'âge (15-64 ans et 65 ans et plus), en distinguant deux approches :

1. Mesurer l'impact des différentes maladies psychiatriques ;
2. Mesurer l'impact de chaque type de traitement psychotrope (anxiolytiques, etc.) sur le suicide pour les assurés sans maladie psychiatrique identifiée dans la cartographie.

L'analyse porte sur la période 2018-2023, soit 6 années d'observation, afin d'obtenir un nombre d'observations suffisant.

Précision méthodologique / Modèles de Cox

Les modalités de référence relatives aux traitements psychotropes, et aux maladies psychiatriques, correspondent aux personnes non affectées et ne bénéficiant pas de traitement, en comparaison aux patients affectés par une de ces pathologies ou suivant un traitement.

Les indicateurs présentés doivent être interprétés comme des signaux d'alerte ou de mal-être, et non comme des relations de causalité directe.

Par exemple, le fait d'être pris en charge pour une addiction au tabac peut être interprété comme un marqueur de vulnérabilité ou un mode de gestion d'une situation difficile.

Les maladies psychiatriques

Dans le prolongement de l'approche précédente, certaines pathologies psychiatriques apparaissent corrélées au risque de suicide.

Chez les 15-64 ans (**Graphique 22**), la prise en charge des troubles addictifs liés à la consommation d'alcool, de tabac et d'autres substances psychoactives¹⁸ constituent des signaux d'alerte (respectivement $\times 2,2$, $\times 1,4$ et $\times 1,8$). En revanche, aucune augmentation du risque n'est observée pour les personnes prises en charge pour une addiction au cannabis. Toutefois, seules les addictions faisant l'objet d'une prise en charge peuvent être repérées dans le SNDS ; il n'est donc pas possible ici de mesurer le lien entre une addiction non soignée et le risque de suicide.

Les autres pathologies psychiatriques se distinguent des addictions par leur niveau d'impact entre autres, plus élevé. Ainsi, les troubles névrotiques et de l'humeur¹⁹ apparaissent comme les plus fortement associés au risque de suicide ($\times 15,6$). Les troubles psychotiques²⁰ et les autres troubles psychiatriques (e.g. troubles de l'alimentation, du sommeil, de l'identité sexuelle...) s'apparentent également à des facteurs aggravants (respectivement $\times 2,3$ et $\times 2$).

¹⁸ Drogues de synthèse (cocaïne, LSD, etc.), médicaments (opiacés), etc.

¹⁹ Bipolarité, etc.

²⁰ Schizophrénie, psychose, etc.

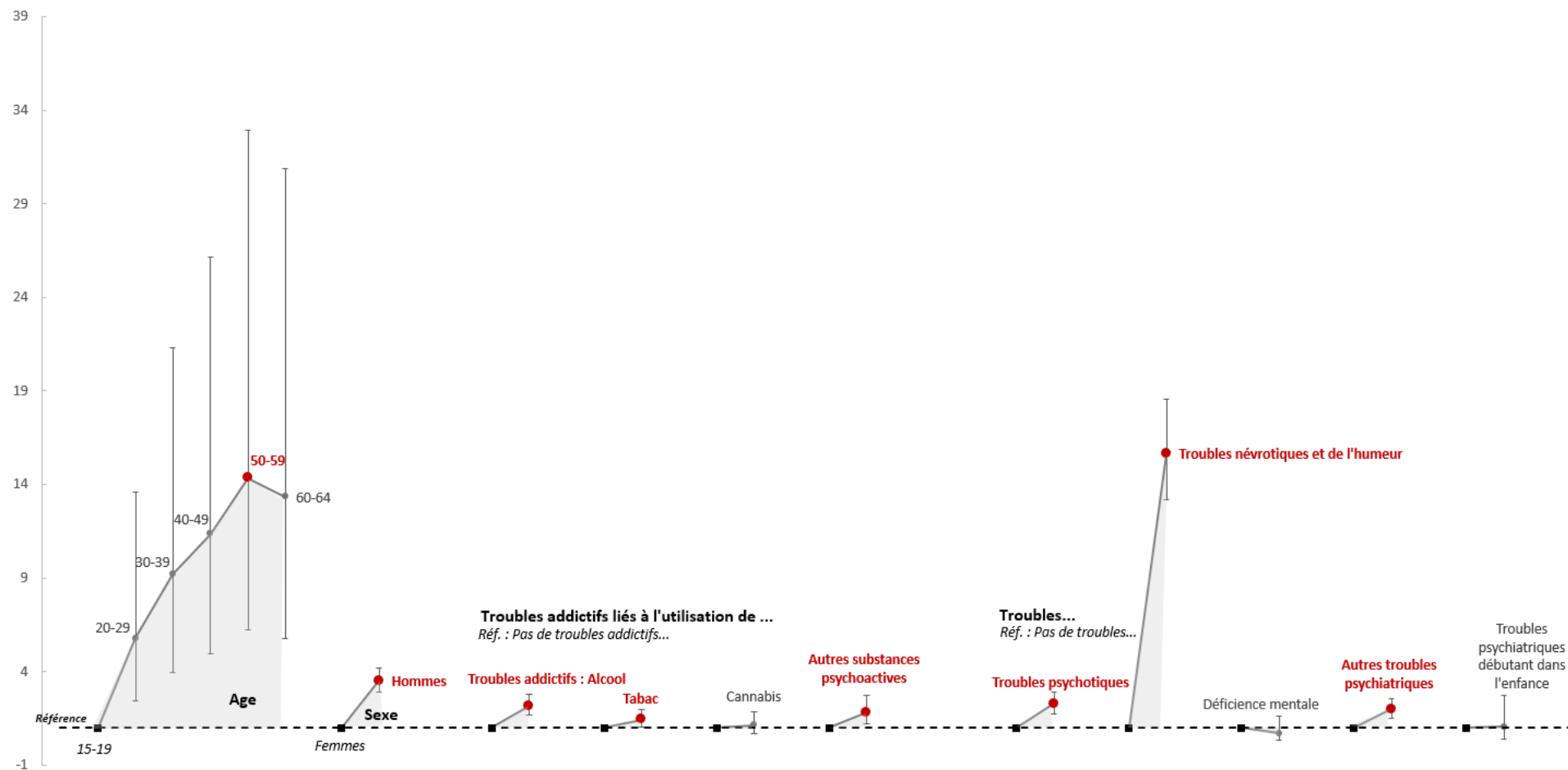
Alors que chez les 15-64 ans, la prise en charge pour une addiction au cannabis n'apparaît pas comme un facteur aggravant, la situation diffère chez les personnes âgées de 65 ans et plus (**Graphique 23**). Les assurés pris en charge pour une addiction au cannabis ont un risque de suicide plus important ($\times 6,5$), au même titre que le fait d'être affecté par des troubles névrotiques et de l'humeur ($\times 7,1$) ou par des troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance²¹ ($\times 5,4$).

L'alcoolisme, les troubles psychotiques et les autres troubles psychiatriques demeurent également des marqueurs de mal-être à prendre en compte dans l'analyse du risque de suicide au sein du régime agricole.

²¹ Troubles du développement moteur, de la parole, etc.

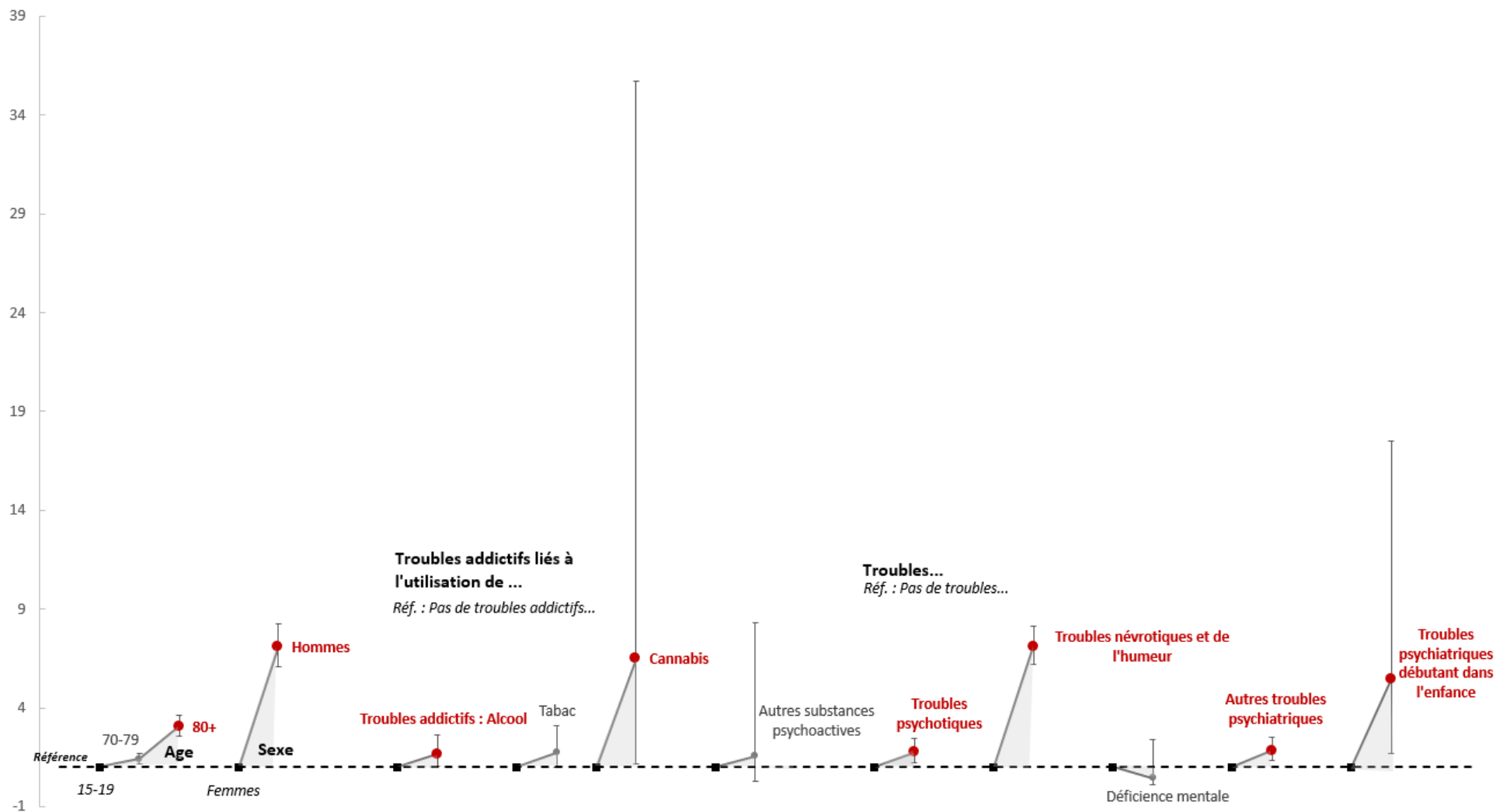
Les caractéristiques de la population agricole

Graphique 22 :
Facteurs de risque de suicide, 15-64 ans, au régime agricole, 2018-2023, maladies psychiatriques



Source : SNDS - Exploitation MSA

Graphique 23 :
Facteurs de risque de suicide, 65 ans et plus, au régime agricole, 2018-2023, maladies psychiatriques



Source : SNDS - Exploitation MSA

Les traitements psychotropes

Au-delà des effets de l'âge et du sexe déjà présentés, les traitements psychotropes (à l'exception des neuroleptiques) apparaissent, quelle que soit la tranche d'âge, associés à une augmentation du risque suicidaire.

Chez les 15-64 ans, comparativement aux personnes sans traitement, le risque de suicide peut être multiplié par 3, dès lors que le patient suit un traitement anxiolytique²², 2,4 s'il suit un traitement antidépresseur ou régulateur de l'humeur, et 2,3 s'il suit un traitement hypnotique²³ (**Graphique 24**).

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, le risque est également multiplié, mais dans des proportions plus limitées. Il est multiplié par 2,5 pour les traitements anxiolytiques, 1,6 pour les antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, et 1,7 pour les hypnotiques (**Graphique 25**).

Conclusion

L'analyse détaillée des maladies psychiatriques met en évidence l'ampleur de leur lien avec le suicide. Les troubles addictifs présentent des effets variables selon la tranche d'âge ([Zinchuk M. et al, 2024](#)).

Les troubles névrotiques et de l'humeur apparaissent comme déterminants, et dans une moindre mesure, les troubles psychotiques et les autres troubles psychiatriques.

Parmi les patients du régime agricole sans pathologie psychiatrique (identifiée dans le cadre de la cartographie des pathologies) qui se sont vus délivrer un traitement psychotrope, il existe un risque accru de suicide.

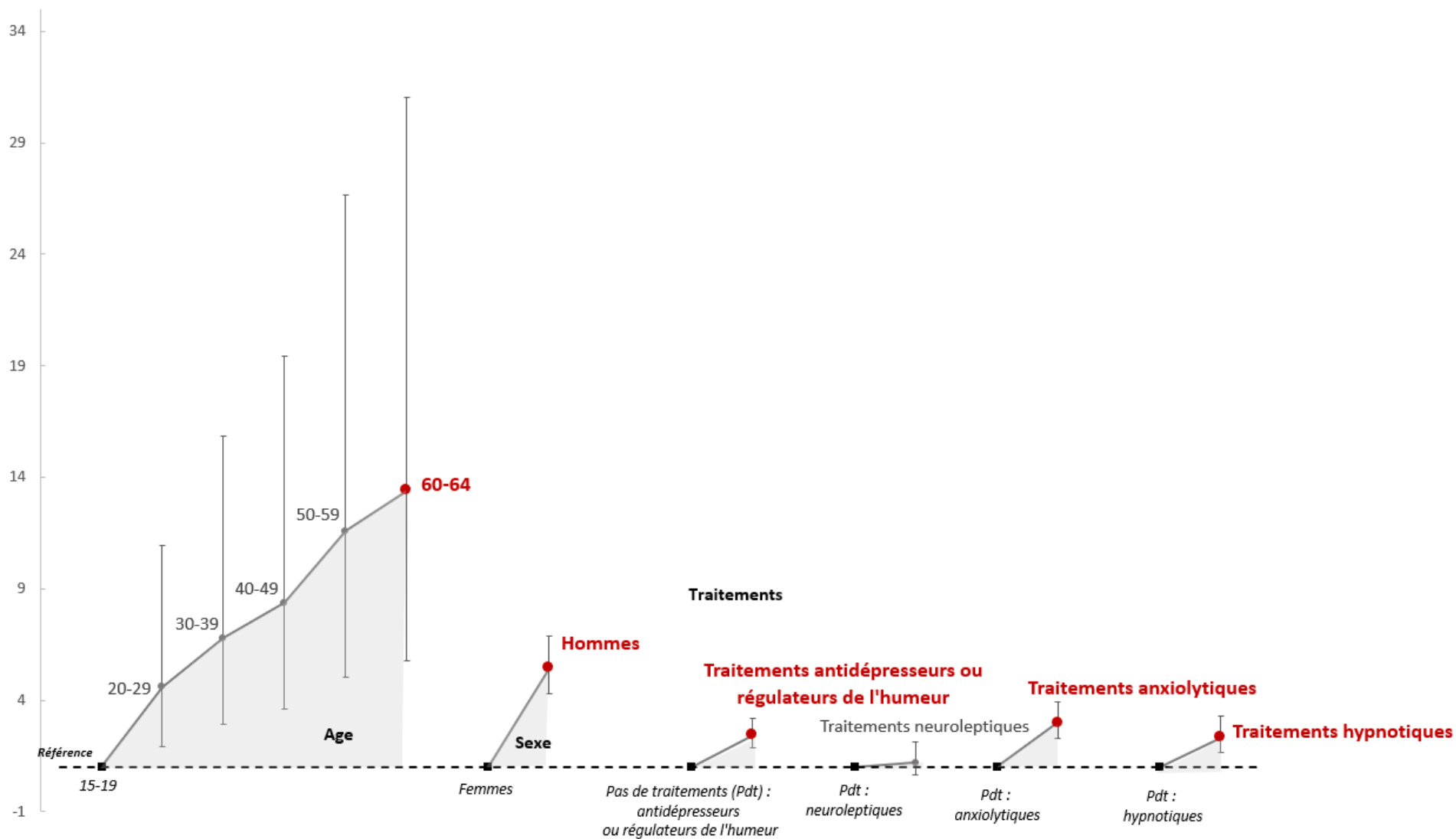
Bien que ces risques soient multifactoriels (environnement, parcours de vie, événements traumatiques, etc.), ils relèvent pleinement d'un enjeu de santé publique nécessitant des dispositifs de soins et d'accompagnement adaptés.

²² Visant à traiter les troubles anxieux.

²³ Liés aux troubles du sommeil.

Les caractéristiques de la population agricole

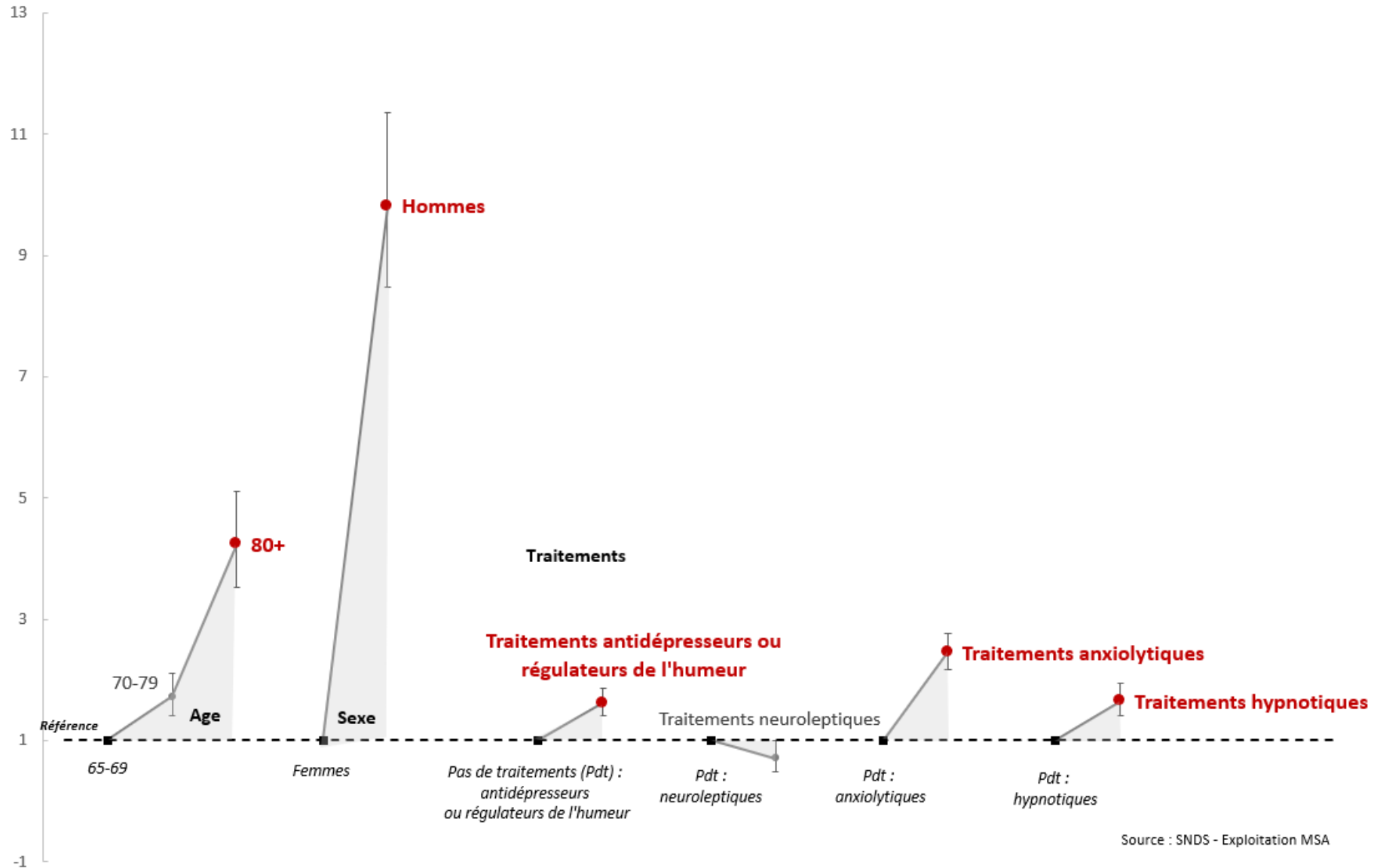
Graphique 24 :
Facteurs de risque de suicide, 15-64 ans, au régime agricole, 2018-2023, traitements psychotropes



Source : SNDS - Exploitation MSA

Les caractéristiques de la population agricole

Graphique 25 :
Facteurs de risque de suicide, 65 ans et plus, au régime agricole, 2018-2023, traitement psychotropes



Autres caractéristiques des suicides

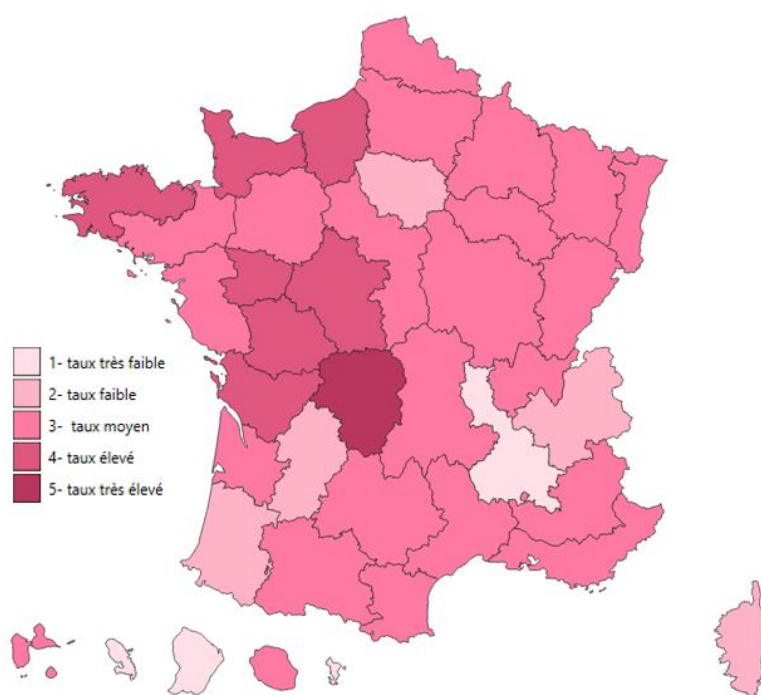
- **Inégalité des territoires face au risque suicidaire**

Le risque de suicide au sein de la population affiliée à la MSA présente quelques disparités territoriales (**Carte 2**) :

- des niveaux de risque plus élevés au Centre et dans le Nord-Ouest ;
- un risque plus faible en Ardèche Drôme Loire, en Île-de-France, Sud-Aquitaine et Dordogne Lot-et-Garonne ainsi que dans certains territoires ultramarins.

Ces résultats sont cohérents avec les connaissances existantes, mettant en évidence un risque plus élevé dans les zones rurales ou faiblement peuplées, souvent caractérisées par un vieillissement démographique plus marqué ([Casant J. et Helbich M., 2022](#)).

Carte 2 :
Répartition des classes de taux de suicide par caisse de MSA en 2023



Source : SNDS - Exploitation MSA

- **Répartition des suicides selon les statuts matrimoniaux**

Le certificat de décès recense le statut matrimonial. Cette variable alimente le CépiDC et le SNDS. Sur la base de l'échantillon de l'étude, les personnes du régime agricole vivant seules représentent la majorité des décès par suicide (53,2 % - **Tableau 19**).

La littérature présente toutefois des résultats contrastés : certaines études observent une majorité de suicide chez les personnes mariées ([Yasir A.S.M. et al, 2023](#)), tandis que d'autres la constatent chez les personnes célibataires ([Choi M. et al, 2022](#)). Ces divergences illustrent bien la complexité à établir des constats universels.

Au sein du régime agricole, notamment chez les non-salariés, près d'un décès par suicide sur deux concerne une personne mariée (47 %), une proportion supérieure à celle observée tous régimes confondus (38,2 %).

Par ailleurs, si les salariés agricoles présentent un profil généralement proche de celui observé tous régimes, les personnes pacsées ou en union libre apparaissent proportionnellement plus représentées dans le régime agricole (respectivement 3,6 % et 2,9 %, contre 1,7 % et 0,7 % tous régimes).

Tableau 19 :
Répartition (en %) des suicides par statut matrimonial en 2023

Statut matrimonial	Régime agricole	NSA	SA	Tous régimes
· Seul (célibataire, veuf, divorcé, etc.)	53,2	51,5	55,8	59,3
· Marié	43,2	47,0	37,7	38,2
· Pacsé	2,4	1,5	3,6	1,7
· En concubinage ou union libre	1,2	0,0	2,9	0,7

Source : SNDS - Exploitation MSA

- **Le lieu du décès**

Alors que les publications sur les facteurs de risque de suicide se multiplient, les lieux de survenue restent peu documentés.

Bien que les résultats présentés ne relèvent pas d'une analyse corrélative, ils permettent d'apporter un éclairage descriptif sur les principaux lieux de décès par suicide en France métropolitaine en 2023 (**Tableau 20**).

Au sein de la population du régime agricole, deux-tiers des décès par suicide ont lieu à domicile. Près de 14 % des décès ont lieu dans un établissement de santé ; cela ne signifie pas que la personne a mis fin à ses jours au sein même d'un hôpital, mais qu'elle y est plus vraisemblablement décédée des suites de ses blessures. Cette part est plus faible que dans l'ensemble des régimes, ce qui pourrait témoigner de modalités de passage à l'acte plus violentes dans la population agricole.

Deux constats se dégagent pour le régime agricole :

1. Si le domicile représente le principal lieu dans tous les régimes (53,5 %), il est plus fréquemment observé au sein du régime agricole (67,4 %) ;
2. Les décès par suicide en établissement de santé, public ou privé, y sont nettement moins fréquents (environ 2 fois moins).

Ces observations sont cohérentes avec certaines publications selon lesquelles le domicile constitue le principal lieu de passage à l'acte ([Deisenhammer E. A. et al, 2025](#)).

Le choix du lieu peut être influencé par plusieurs facteurs sociodémographiques ([Shin S. et al, 2024](#)).

Tableau 20 :
Répartition (en %) des suicides par lieu de décès en 2023

Lieu du décès	Régime agricole	NSA	SA	Tous régimes
· Au domicile	67,4	70,8	62,3	53,5
· Etablissement de santé (public ou privé)	14,1	12,4	16,7	26,4
· Voie publique	8,5	6,9	10,9	9,8
· Autre lieu ou indéterminé	6,8	5,9	8,0	6,0
· EHPAD, maison de retraite	1,8	2,5	0,7	1,4
· Non précisé	1,5	1,5	1,4	3,0

Source : SNDS - Exploitation MSA

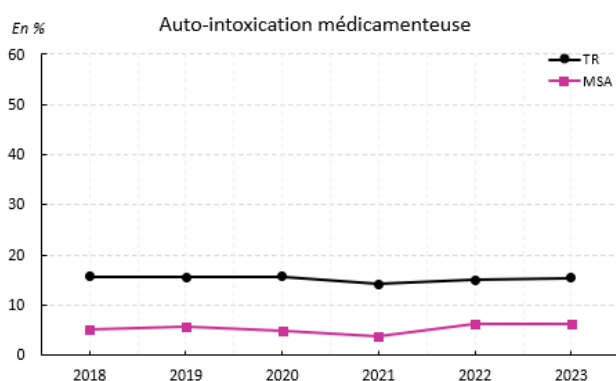
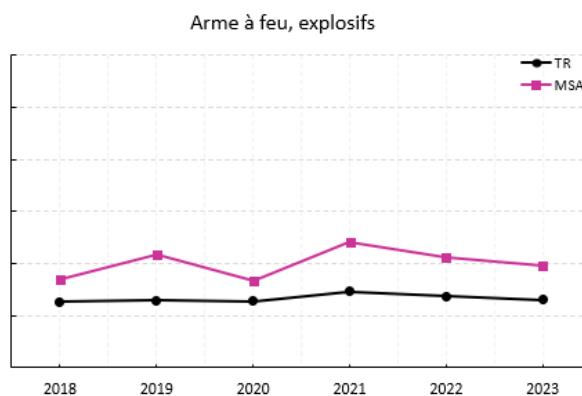
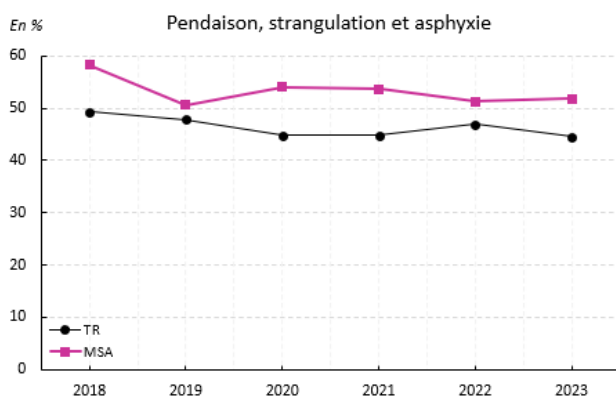
Les modes opératoires du suicide

Les données couvrant la période 2018-2023 font l'objet d'une analyse comparative des modes de suicide afin d'identifier d'éventuelles différences entre le régime agricole et l'ensemble des régimes.

Les résultats confirment une relative stabilité des modes opératoires. La pendaison est le moyen le plus fréquent, représentant près de la moitié des cas (**Graphiques 26**).

Une spécificité ressort pour le régime agricole concernant le deuxième mode de recours : les armes à feu qui occupent une place plus importante (20 % des cas), tandis que, tous régimes confondus, l'auto-intoxication médicamenteuse constitue le deuxième mode le plus fréquent (15 % des cas).

**Graphiques 26 :
Evolution de la part des modes de suicide (en %) entre 2018 et 2023**



Sont présentés ici, les 3 principaux modes de suicide quel que soit le régime.

Légende
TR : Tous régimes
MSA : Mutualité Sociale Agricole

Source : SNDS – Exploitation MSA

2.2.3.2. Les hospitalisations pour gestes auto-infligés chez les patients du régime agricole

En France, les gestes auto-infligés demeurent un sujet majeur en matière de santé mentale. Pour prévenir le risque suicidaire (suicides et tentatives de suicide), décideurs politiques et acteurs de la santé multiplient les initiatives afin de mettre en place des politiques publiques de santé et des stratégies de prévention efficaces. La santé mentale est d'ailleurs désignée Grande Cause Nationale en 2025 et 2026.

Ainsi, dans le cadre du Programme de prévention du mal-être agricole (PMEA), afin de mettre en place des dispositifs de surveillance et de prévention, la MSA assure depuis plusieurs années un suivi des hospitalisations de ses assurés pour gestes auto-infligés.

Pour des raisons de disponibilité et d'accessibilité aux données, le sujet des gestes auto-infligés est donc abordé de façon partielle : ne sont prises en compte que les hospitalisations²⁴ pour gestes auto-infligés (GAI), c'est-à-dire automutilations et auto-intoxications, pour les patients âgés de 10 ans et plus. Or, un nombre important de tentatives de suicide ne font pas l'objet d'hospitalisation. Une enquête du Baromètre Santé 2021 de Santé publique France²⁵ estime à seulement 58 %, le nombre de tentatives de suicide qui ferait l'objet d'un passage aux urgences.

²⁴ en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO).

²⁵ Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du baromètre santé 2021.

Les hospitalisations pour gestes auto-infligés en France entre 2020 et 2024

En 2024, dans l'ensemble de la population française, près de 80 300 personnes ont été hospitalisées au moins une fois pour un GAI, soit un taux de prévalence de 13,1 pour 10 000 patients (**Tableau 21**).

Ces événements sont en hausse de 5,4 % par rapport à l'année 2023 (+ 4,1 % pour les hommes et + 6,1 % pour les femmes)

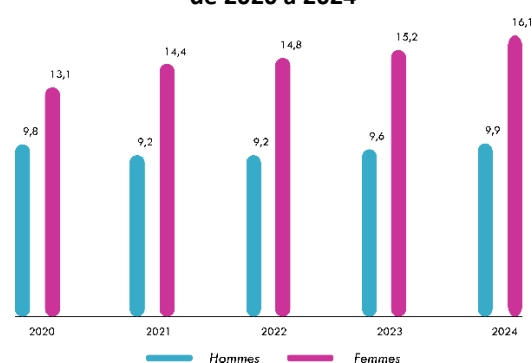
Les femmes sont davantage touchées (**Graphique 27**). On observe une hausse continue du taux de prévalence chez ces dernières depuis 2020 passant ainsi de 13,1 (pour 10 000) à 16,1 en 2024. Même si les cas sont moins fréquents chez les hommes, le taux de prévalence augmente régulièrement depuis 2022 et atteint désormais 9,9 pour 10 000 assurés en 2024.

Tableau 21 :
Assurés hospitalisés pour GAI, tous régimes, en France de 2020 à 2024

	Taux pour 10 000	Nombre d'assurés hospitalisés pour GAI			Évolution du nombre d'assurés hospitalisés pour GAI		
		Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
2018	13,4	29 700	45 846	75 546	1,9%	0,6%	1,1%
2019	12,8	29 876	45 579	75 455	0,6%	-0,6%	-0,1%
2020	11,6	27 510	40 782	68 292	-7,9%	-10,5%	-9,5%
2021	11,9	27 581	46 087	73 668	0,3%	13,0%	7,9%
2022	12,1	27 158	47 279	74 437	-1,5%	2,6%	1,0%
2023	12,5	27 634	48 551	76 185	1,8%	2,7%	2,3%
2024	13,1	28 754	51 515	80 269	4,1%	6,1%	5,4%

Source : SNDS - exploitation MSA

Graphique 27 :
Taux de prévalence (pour 10 000 assurés) des hospitalisations pour GAI, tous régimes, par sexe de 2020 à 2024

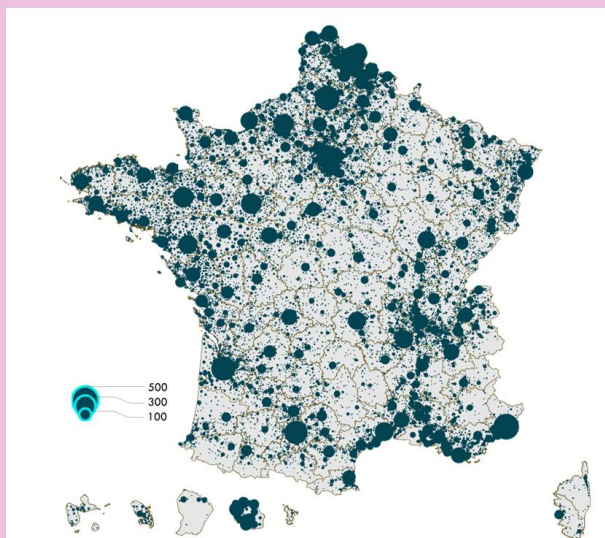


Encadré 1 :

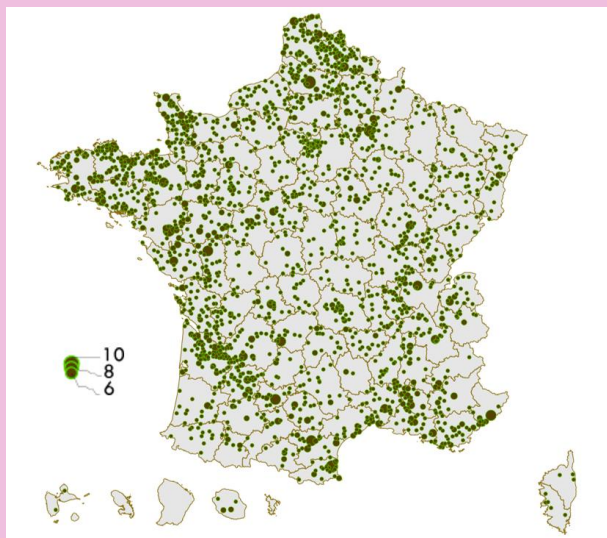
Répartition géographique des hospitalisations pour gestes auto-infligés

Sur le plan géographique, le motif d'hospitalisation pour gestes auto-infligés est inégalement réparti sur le territoire et se concentre essentiellement dans les grandes métropoles et villes moyennes des Hauts-de-France, de la façade atlantique, du Lyonnais et de la pointe ouest. Avec près de 500 cas d'hospitalisations pour gestes auto-infligés chacune, Nice, Amiens et Bordeaux sont les agglomérations les plus touchées (**Carte 3**).

Carte 3 :
Répartition territoriale des hospitalisations pour GAI en France en 2024



Carte 4 :
Répartition territoriale des hospitalisations pour GAI au régime agricole en 2024



Source : SNDS, exploitation MSA

Les hospitalisations pour GAI chez les patients du régime agricole

En 2024, 3,2 % de l'ensemble des hospitalisations pour gestes auto-infligés concernent des patients du régime agricole.

A l'exception de 2022, le taux de prévalence croît depuis 2021 pour atteindre le cap symbolique de 10 cas pour 10 000 patients agricoles (**Graphique 28**).

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

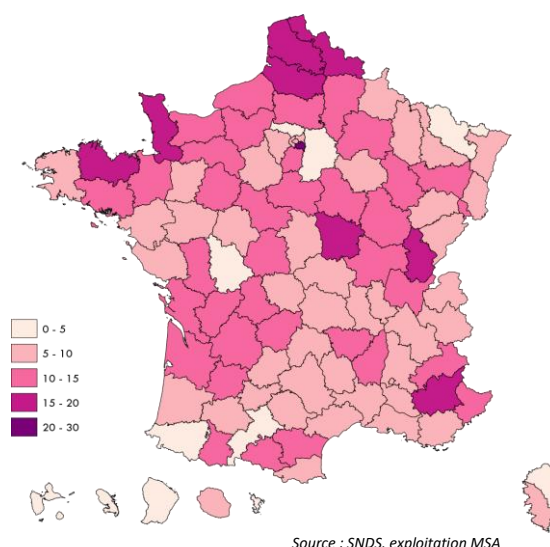
Sur le plan géographique, le taux d'hospitalisation pour GAI n'est pas homogène. Les territoires les plus touchés se trouvent sur un axe allant de la Bretagne à la région Hauts-de-France, les départements au nord de la Nouvelle-Aquitaine, les Alpes du sud et dans le Jura (**Carte 4 et Carte 5**). Les taux les plus élevés s'observent dans la Val-de-Marne (29,1 pour 10 000), la Somme (19,2 pour 10 000) et le Pas-de-Calais (18,9 pour 10 000).

En revanche, les départements situés au nord de la Loire, de l'arc méditerranéen et de l'outre-mer demeurent moins touchés par les gestes auto-infligés (taux de TS majoritairement inférieurs à 10 pour 10 000). Toutefois, ces taux doivent être nuancés dans certains territoires, car ils sont très fortement influencés par un nombre faible d'assurés du régime agricole (**Carte 4**).

Graphique 28 :
Prévalence (volume et taux) des hospitalisations pour GAI chez les patients du régime agricole de 2020 à 2024



Carte 5 :
Taux standardisé (pour 10 000) des hospitalisations pour GAI au régime agricole en 2024



Un phénomène plus accentué chez les femmes, en particulier les jeunes

En France, les tentatives de suicide sont marquées par des disparités importantes qui sont souvent liées à l'âge et au sexe. Ces mêmes disparités sont observées au sein de la population du régime agricole. En effet, ce sont les femmes, en particulier les jeunes femmes qui sont les plus touchées. Comparées aux femmes tous régimes, les femmes du régime agricole sont globalement moins touchées avec un taux de 11,9 pour 10 000 contre 16,1 pour 10 000 pour les femmes tous régimes. Le taux de prévalence des hospitalisations pour GAI des 15-19 ans est de 53,2 pour 10 000 pour les femmes salariées agricoles contre 42,4 pour 10 000 pour les femmes non-salariées agricoles (**Graphique 29**). Ces taux bruts par âge pour les femmes agricoles sont plus faibles comparativement à ceux des femmes tous régimes, à l'exception :

- des salariées de 30-39 ans, 50-59 ans, 65-69 ans et 95 ans et plus ;
- des non-salariées agricoles de 25-29 ans.

Graphique 29 :
Taux d'hospitalisation pour GAI (pour 10 000) des femmes du régime agricole versus tous régimes, par âge et régime, en 2024



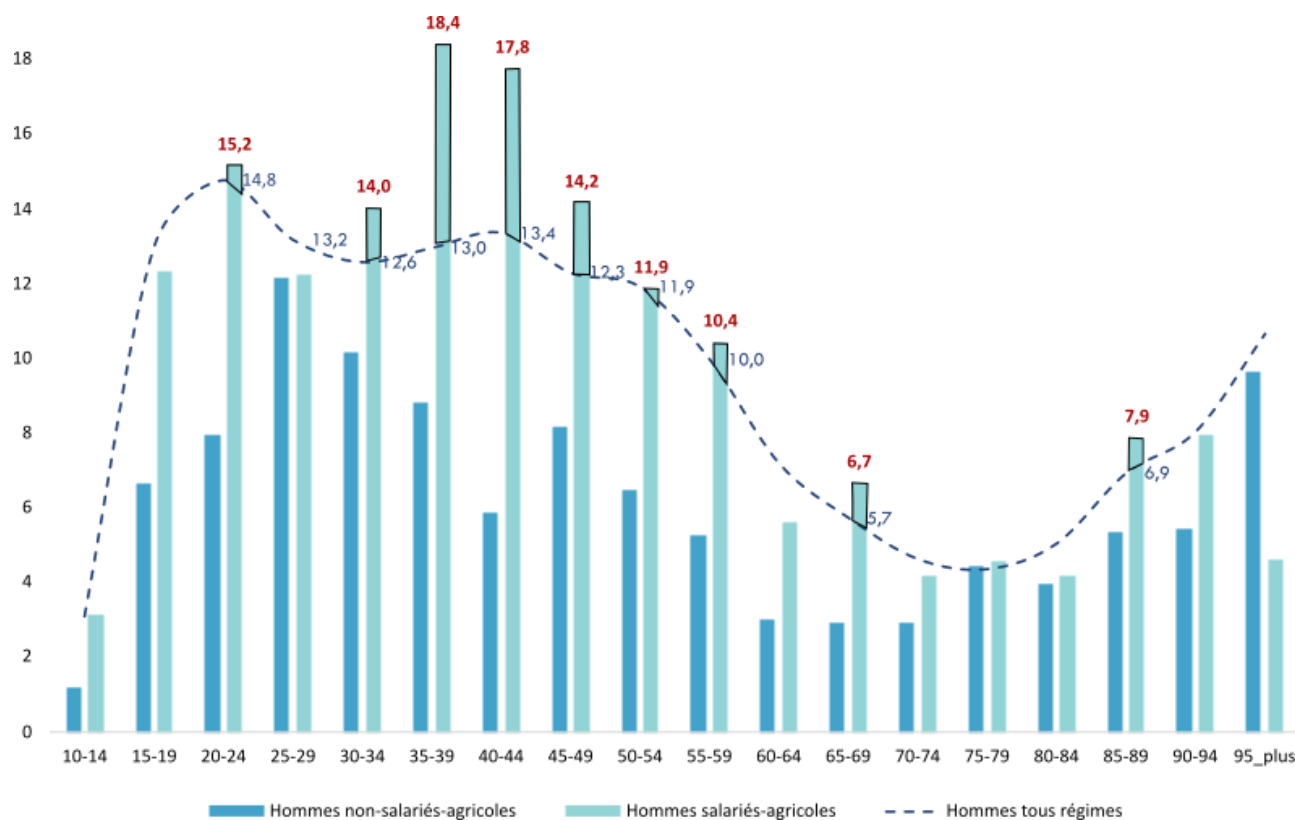
Source : SNDS, exploitation MSA

Sur-représentation des hommes salariés agricoles en âge d'activité comparativement aux hommes de l'ensemble des régimes

Comparés aux hommes tous régimes, les hommes du régime agricole sont globalement moins touchés avec un taux de 8,4 pour 10 000 contre 9,9 pour 10 000 pour les hommes tous régimes. Cependant, si on observe une tendance générale assez similaire entre ces deux populations, les hommes salariés agricoles ont des taux d'hospitalisation pour GAI plus élevés que les hommes tous régimes dans de nombreuses classes d'âge, avec des écarts significatifs chez les 35-49 ans et les 65-69 ans. En revanche, les non-salariés agricoles ont des taux nettement inférieurs aux hommes tous régimes sur toutes les classes d'âge (**Graphique 30**).

Graphique 30 :

Taux d'hospitalisation pour GAI (pour 10 000) des hommes du régime agricole et tous régimes, par âge et régime, en 2024



Source : SNDS, exploitation MSA

Indices comparatifs et significativité

Comparés à l'ensemble de la population tous régimes, les assurés du régime agricole sont sous-représentés (- 14 %) parmi les personnes hospitalisées pour GAI (**Tableau 22**).

Toutefois, des disparités subsistent, d'une part entre les salariés agricoles et les non-salariés agricoles, et d'autre part entre sexe : chez les non-salariés cette sous-représentation atteint 38 % alors que chez les salariés, les différences ne sont pas significatives.

Tableau 22 :

Indice comparatif du risque d'hospitalisation pour GAI pour les assurés du régime agricole par rapport à l'ensemble des régimes

Régimes	Nombre de consommant (population soumise au risque)	Tentatives de suicide	Indice comparatif	Significativité
Ensemble des régimes	61 125 247	80 269	100	
Régime agricole	2 567 387	2 565	86	***
Dont régime des salariés	1 543 424	1 951	98	non significatif
Dont régime des non-salariés	1 023 963	614	62	***

Source : SNDS, exploitation MSA

Chez les femmes du régime agricole, cette sous-représentation par rapport à l'ensemble des femmes tous régimes est de - 17 %. Elle atteint - 38 % pour les femmes non-salariées agricoles contre - 8 % pour les femmes salariées agricoles (**Tableau 23**).

Les caractéristiques de la population agricole

Tableau 23 :

Indice comparatif du risque d'hospitalisation pour GAI pour les femmes du régime agricole par rapport à l'ensemble des femmes

Femmes	Nombre de consommateurs (population soumise au risque)	Nombre de patientes hospitalisées pour GAI	Indice comparatif	Significativité
Ensemble des femmes	32 052 679	51 515	100	-
Femmes Régime agricole	1 163 592	1 380	83	***
Dont femmes salariées agricoles	711 155	1 064	92	***
Dont femmes non-salariées agricoles	452 437	316	62	***

Source : SNDS, exploitation MSA

Quant aux hommes, le régime agricole présente un sous-risque de - 9 % comparativement aux hommes de l'ensemble des régimes. Cette sous-représentation est essentiellement due aux non-salariés (- 37 %) alors que les salariés agricoles sont légèrement sur-représentés (+ 7 %) (**Tableau 24**).

Tableau 24 :

Indice comparatif du risque d'hospitalisation pour GAI pour les hommes du régime agricole par rapport à l'ensemble des hommes

Hommes	Nombre de consommateurs (population soumise au risque)	Nombre de patients hospitalisés pour GAI	Indice comparatif	Significativité
Ensemble des hommes	29 072 568	28 754	100	non significatif
Hommes Régime agricole	1 403 795	1 185	91	***
Dont hommes salariées agricoles	832 269	887	107	**
Dont hommes non-salariées agricoles	571 526	298	63	***

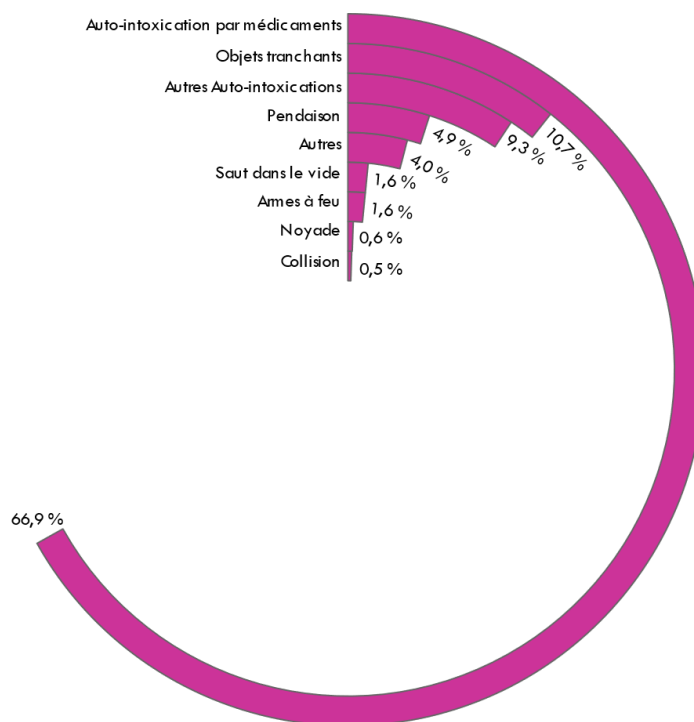
Source : SNDS, exploitation MSA

Les motifs d'hospitalisations pour GAI au régime agricole en 2024

Les motifs les plus fréquents²⁶ au régime agricole sont les auto-intoxications par médicaments avec près de 67 % des cas (58,5 % pour les hommes contre 73,9 % pour les femmes), l'utilisation d'objet tranchants (10,7 % des cas) et les autres auto-intoxications²⁷ (9,3 %) (**Graphique 31**)²⁸.

En considérant l'ensemble des modes opératoires liés aux hospitalisations pour GAI, il n'existe pas de différences significatives entre la population des assurés du régime agricole et celle de l'ensemble des régimes.

Graphique 31 :
Répartition des motifs d'hospitalisation pour GAI au régime agricole en 2024



Source : SNDS, exploitation MSA

La classe d'âge de 10 à 24 ans concentre 30,6 % des hospitalisations pour GAI (dont les trois-quarts sont des femmes).

Parmi cette population, comme pour le reste de la population, l'auto-intoxication par médicament est le motif d'hospitalisation le plus courant : 67,3 % (70,3 % chez les femmes et 58,8 % chez les hommes). En revanche, la part de l'utilisation d'objets tranchants est supérieure de 6,1 points à celle de la population MSA tous âges confondus. Les hommes ont tendance à recourir aux modes les plus violents, tels que la pendaison, le recours à l'auto-intoxication par gaz ou produits chimiques, ou la collision (**Tableau 25**).

²⁶ Identifiés à partir des diagnostics lors de l'hospitalisation (CIM-10 : X61 à X84)

²⁷ gaz, produits chimiques, etc.

²⁸ Ce graphique reprend une méthodologie de regroupements des cim-10 de l'observatoire national du Suicide (ONS).

Tableau 25 :
Répartition des motifs d'hospitalisation pour gestes-auto-infligés des 10-24 ans au régime agricole en 2024

Modes opératoires	Hommes	Femmes	Répartition Totale
Auto-intoxication par médicaments	58,8%	70,3%	67,3%
Objets tranchants	12,8%	18,1%	16,8%
Autres Auto-intoxications	13,2%	4,4%	6,7%
Pendaison	3,7%	1,6%	2,1%
Saut dans le vide	1,2%	1,6%	1,5%
Collision	1,2%	0,3%	0,5%
Noyade	0,4%	0,1%	0,2%
Armes à feu	0,8%	0,0%	0,2%
Autres	7,8%	3,6%	4,7%

Source : SNDS, exploitation MSA

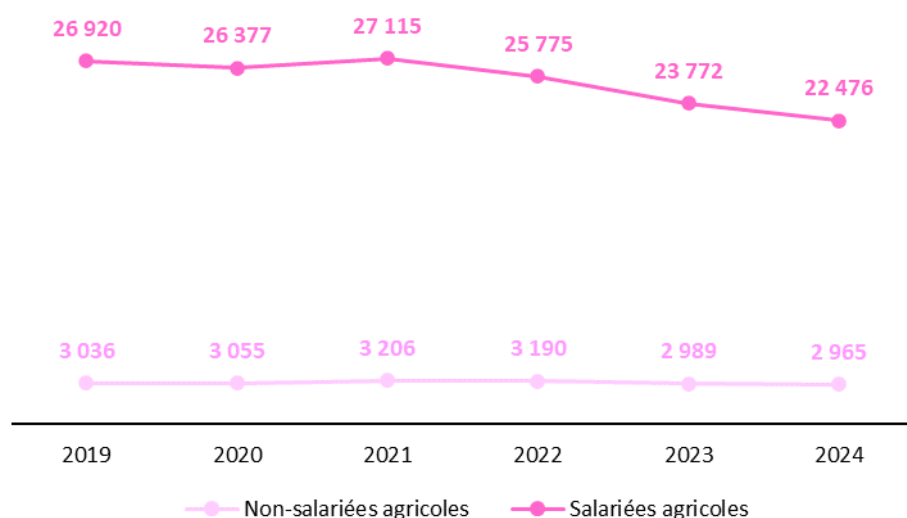
2.2.4. La santé des femmes au régime agricole

Une diminution du nombre de grossesses depuis 2021

En 2024, près de 25 500 femmes du régime agricole ont été prises en charge pour une maternité²⁹, soit une baisse de 5 % par rapport à l'année précédente, contre - 3 % pour l'ensemble des régimes. Cette diminution n'affecte toutefois pas toutes les assurées de la même manière : chez les non-salariées agricoles, la baisse reste limitée à 0,8 % et chez les salariées, la baisse atteint 5,4 % (**Graphique 32**).

Graphique 32 :

Evolution du nombre de femmes (salariées et non-salariées) du régime agricole prises en charge pour une maternité depuis 2019



Source : SNDS, exploitation MSA

Les catégories de pathologies les plus fréquentes chez les femmes du régime agricole

Les quatre catégories de pathologies les plus fréquentes affectant les femmes³⁰ du régime agricole sont :

- les maladies cardiovasculaires (154 750 femmes, soit 12,3 % des femmes),
- le diabète (93 877 femmes, soit 7,5 % des femmes),
- les cancers (89 202 femmes, soit 7,1 % des femmes),
- les maladies respiratoires (81 877 femmes, soit 6,5 % des femmes).

Au régime agricole, 45 % des femmes n'ont pas de pathologies, de traitements chroniques ou d'hospitalisations référencées dans la cartographie des pathologies³¹.

²⁹ Dernières données disponibles (millésime 2024) produites dans le cadre de la cartographie des pathologies. Maternité : femmes de 15 à 49 ans, prises en charge dans l'année *n* pour le risque maternité, ou femmes ayant eu une hospitalisation en MCO l'année *n* avec une racine de groupe homogène de malade (GHM) d'accouchement ou césarienne.

³⁰ Femmes ayant consommé des soins de santé dans l'année.

³¹ Cartographie des pathologies - Rachas, Antoine, Christelle Gastaldi-Ménager, Pierre Denis, Pauline Barthélémy, Panayotis Constantinou, Jérôme Drouin, Dimitri Lastier, 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, no 9 (1 septembre 2022): 655-64. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001745>.

Une meilleure santé apparente pour les femmes du régime agricole

Comparativement aux femmes de l'ensemble des régimes d'assurance maladie du même âge³², les femmes du régime agricole semblent globalement en meilleure santé : elles sont moins touchées, à âge identique, par les pathologies suivantes :

- le VIH ou SIDA (sous-représentation de - 61 %),
- les maladies du foie (- 19 %) ou hépatite C (sous-représentation de - 42 %),
- certains cancers : bronchopulmonaire (- 27 %), appareil respiratoire/thorax sans précision (- 20 %), col de l'utérus (- 18 %), vessie (- 17 %), sein (- 14 %), leucémie myéloïde, chronique ou non précisé (- 15 %), voies aérodigestives supérieures (- 11 %),
- l'hémophilie ou troubles de l'hémostase graves (- 28 %),
- les maladies inflammatoires chroniques intestinales (- 15 %),
- l'insuffisance rénale chronique terminale (- 15 %),
- les maladies psychiatriques (- 12 %).

Cette sous-représentation peut toutefois être le reflet de difficulté d'accès aux soins ou de prise en charge.

Les femmes affiliées au régime agricole sont néanmoins sur-représentées pour certaines pathologies

En comparaison à l'ensemble des femmes tous régimes confondus, à âge égal, les femmes du régime agricole - notamment les non-salariées - souffrent toutefois plus fréquemment de maladies cardiovasculaires, notamment les maladies valvulaires (sur-représentation de + 21 % et + 28 % pour les non-salariées agricoles) et l'insuffisance cardiaque (+ 18 % et + 22 % pour les non-salariées agricoles).

Les non-salariées sont par ailleurs plus nombreuses que les femmes de l'ensemble des régimes, à âge égal, à être prises en charge pour un cancer de la peau de type mélanome (+ 16 %).

Parmi les maladies neurologiques, les femmes non-salariées sont légèrement sur-représentées chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson (+ 6 %).

Les hospitalisations pour syndrome du canal carpien sont également sur-représentées de + 26 % chez les non-salariées et de + 14 % chez les salariées. Il en est de même pour les hospitalisations pour arthroscopies, biopsies ostéoarticulaires (+ 22 % chez les non-salariées agricoles et + 18 % chez les salariées agricoles).

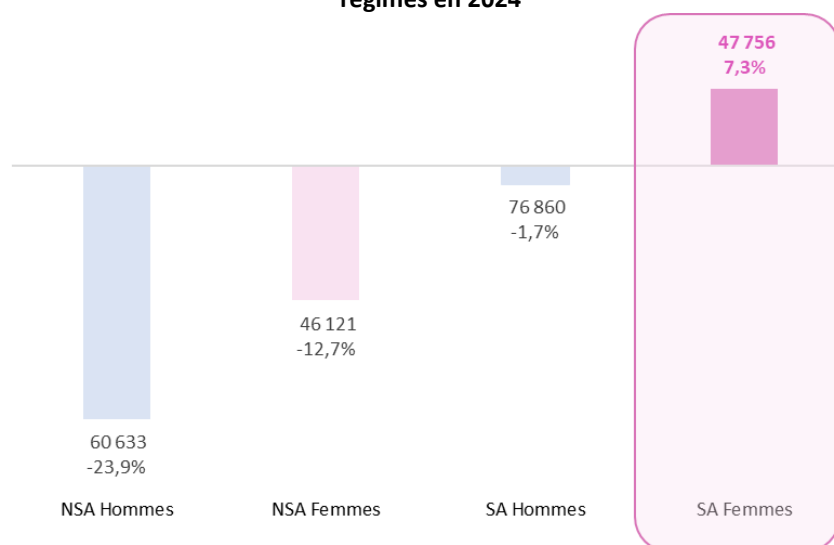
³² Les données présentées ci-après traitent des sous-représentations et sur-représentations au régime agricole comparativement aux femmes de l'ensemble des régimes d'assurance maladie du même âge.

Des profils opposés entre salariées et non-salariées pour certaines pathologies

Les salariées et les non-salariées agricoles présentent des risques divergents pour certaines pathologies. Si les sur-représentations ou sous-représentations constatées chez les femmes du régime agricole sont généralement plus marquées chez les non-salariées, certaines pathologies font exception.

Ainsi, alors que le diabète est sous-représenté chez les non-salariées agricoles (- 12,7 %) par rapport aux femmes tous régimes, il est sur-représenté chez les salariées agricoles : + 7,3 % par rapport à l'ensemble des femmes tous régimes (**Graphique 33**).

Graphique 33 :
Diabète - Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes en 2024



Source : SNDS, exploitation MSA

Une tendance similaire est observée pour la prise en charge des troubles addictifs liés à l'usage de substances psychoactives (opiacés, sédatifs, cocaïne, caféine, hallucinogènes ou solvants volatils) : une sur-représentation de + 25 % chez les salariées agricoles contre une sous-représentation de - 57 % chez les non-salariées agricoles.

Bien que les femmes du régime agricole soient globalement moins touchées par les maladies inflammatoires chroniques, la polyarthrite rhumatoïde et les pathologies apparentées sont, en revanche, sur-représentées chez les non-salariées (+ 10 %).

Alors qu'il n'y a pas de sur-représentation notable chez les salariées, certaines hospitalisations sont également sur-représentées chez les non-salariées pour les motifs suivants : l'arthrose du genou (gonarthrose) ou de la hanche (coxarthrose) (respectivement + 19 % et + 9 %) ; les varices des membres inférieurs (+ 36 %) ainsi que l'endocardite (+ 20 %). Cette sur-représentation semble témoigner de la pénibilité (gestes répétitifs, postures, charges lourdes...) du travail auquel les NSA sont confrontées.

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

2.3.1. L'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes pour les patients du régime agricole versus population générale en 2023

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été développé par la DREES et l'IRDES pour mesurer l'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital) à l'échelle communale. L'APL tient compte du niveau d'activité des professionnels de santé en exercice ainsi que des besoins relatifs de soins de la population locale, sur la base des consommations de soins moyennes observées par tranche d'âge³³.

Sont pris en compte les omnipraticiens libéraux, certains médecins libéraux à exercice particulier (homéopathes, acupuncteurs, gériatres, médecine physique) et salariés en centre de santé.

L'activité de chaque médecin généraliste est calculée en nombre de consultations, visites et téléconsultations effectuées dans l'année³⁴.

En 2023, pour la France entière (hors Mayotte), l'accessibilité moyenne aux médecins généralistes s'établit à 3,3 consultations par an et par habitant. Elle était de 3,4 en 2021 et de 3,6 en 2017.

L'accessibilité moyenne aux médecins généralistes continue de se dégrader en 2023 (- 1,4 % sur un an) et résulte à la fois de la baisse du nombre de médecins généralistes libéraux et de leur activité moyenne, mais également de la croissance de la population. Le rythme de cette dégradation est toutefois atténué sous l'effet de l'augmentation de l'offre de soins en centre de santé qui a plus que doublé en l'espace de six ans³⁵.

Est considérée comme une commune sous-dense, celle dont les habitants ont accès à moins de 2,5 consultations (et visites) par an³⁶.

Au régime agricole, 23 % des patients³⁷ ont une accessibilité aux médecins généralistes inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant en 2023. Cette proportion s'établit à 15 % dans la population générale, soit 8 points de moins que dans la population agricole.

La part de patients au régime agricole bénéficiant d'une accessibilité aux médecins généralistes égale ou supérieure à 3,1 consultations par an et par habitant s'établit à 58 % en 2023, contre 68 % dans la population générale, soit 10 points de plus.

Sur les 6 dernières années, la proportion des effectifs ayant une accessibilité inférieure à 2,5 consultations par an est en progression de 8 points au régime agricole et de 6 points dans la population générale (**Graphiques 34 et 35**).

En d'autres termes, les déserts médicaux touchent d'une part davantage la population agricole et s'aggrave d'autre part davantage dans le temps pour la population agricole.

³³ Le poids d'une tranche d'âge est calculé comme la consommation moyenne en soins de médecine générale de la tranche d'âge, rapportée à la consommation moyenne nationale.

³⁴ Exceptions : Pour les médecins libéraux n'ayant pas exercé d'activité libérale l'année précédente, une offre de 5 400 consultations ou visites est imputée ; pour les centres de santé, les bornes d'activité ne sont pas appliquées.

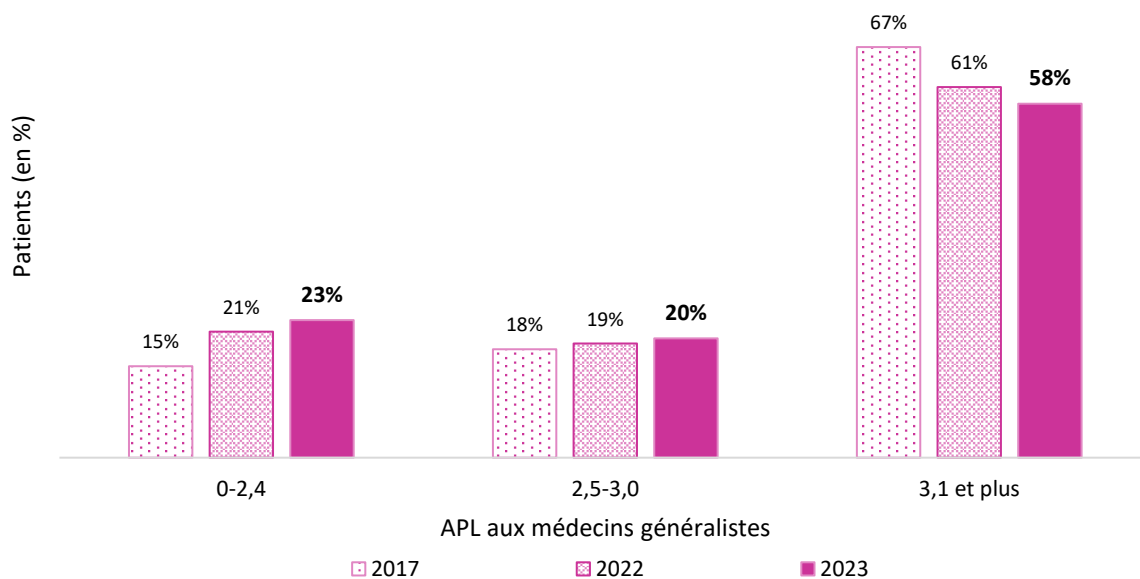
Sources : Activité des médecins généralistes libéraux et salariés en centre de santé : SNIIR-AM 2023, consommations de soins par tranche d'âge : SNIIR-AM 2021, Cnam ; distancier Metric, Insee ; traitements Drees.

³⁵ DREES, Accessibilité aux soins de premier recours : augmentation des inégalités d'accessibilité aux chirurgiens-dentistes et aux médecins généralistes en 2022, paru le 14 novembre 2023, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>

³⁶ DREES, Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?, Les dossiers de la DREES N°17, paru en mai 2017 ; <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd17.pdf>

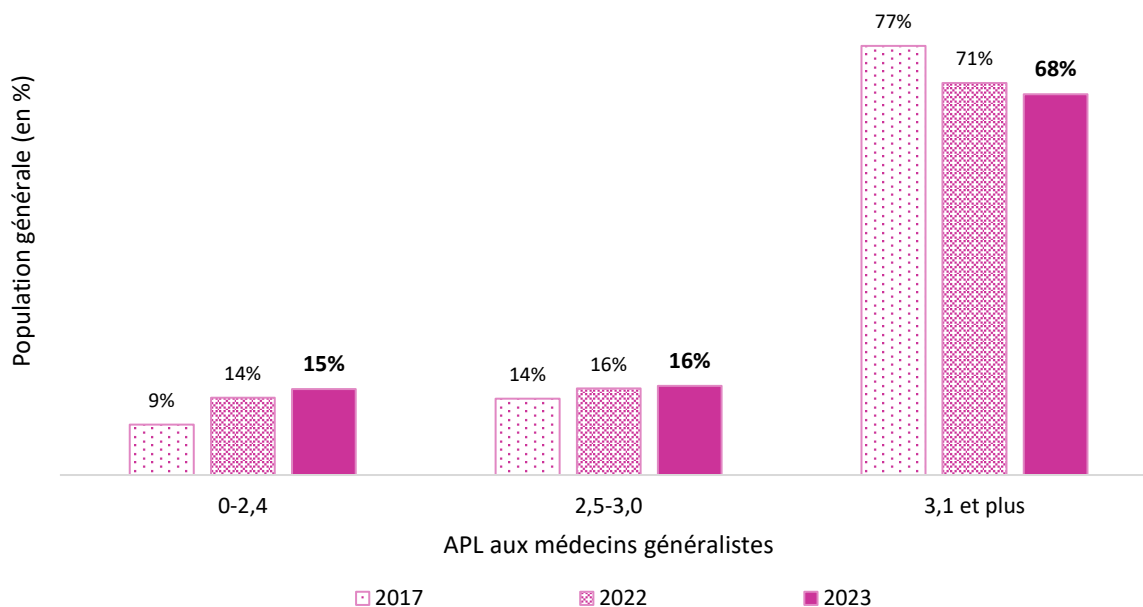
³⁷ Nombre d'assurés affiliés au régime agricole ayant eu au moins un remboursement de soins dans l'année ; période de remboursement : du 01/01/2023 au 31/12/2023. Sources : SNDS DCIR exploitation MSA.

Graphique 34 :
Accessibilité potentielle localisée (APL) 2017, 2022 et 2023 aux médecins généralistes
pour les patients du régime agricole



Sources : SNDS DCIR, DREES

Graphique 35 :
Accessibilité potentielle localisée (APL) 2017, 2022 et 2023 aux médecins généralistes
pour la population générale

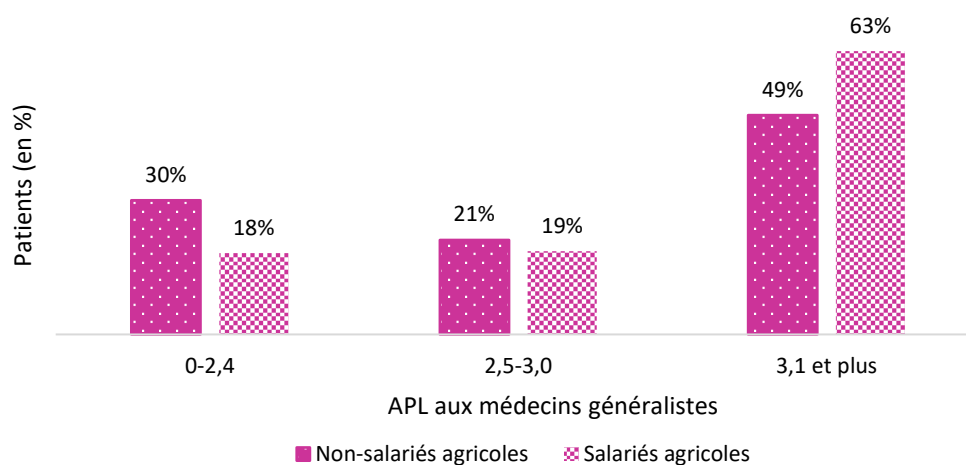


Sources : DREES, INSEE

Les caractéristiques de la population agricole

L'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes est hétérogène selon le régime d'affiliation agricole. Les patients du régime des non-salariés agricoles sont plus exposés à une faible accessibilité à ces professionnels de santé. En 2023, 30 % des patients non-salariés agricoles, contre 18 % des salariés agricoles, ont une accessibilité aux médecins généralistes inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant (**Graphique 36**).

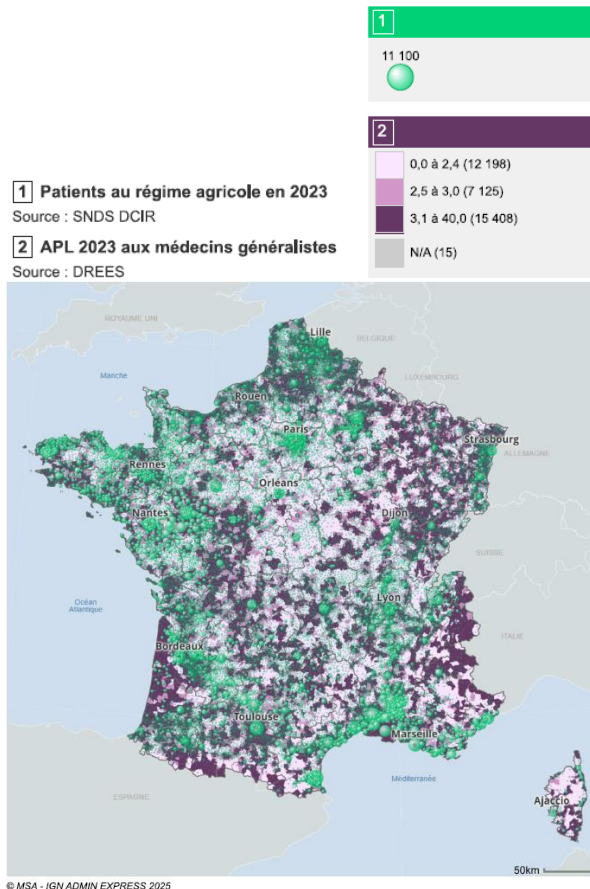
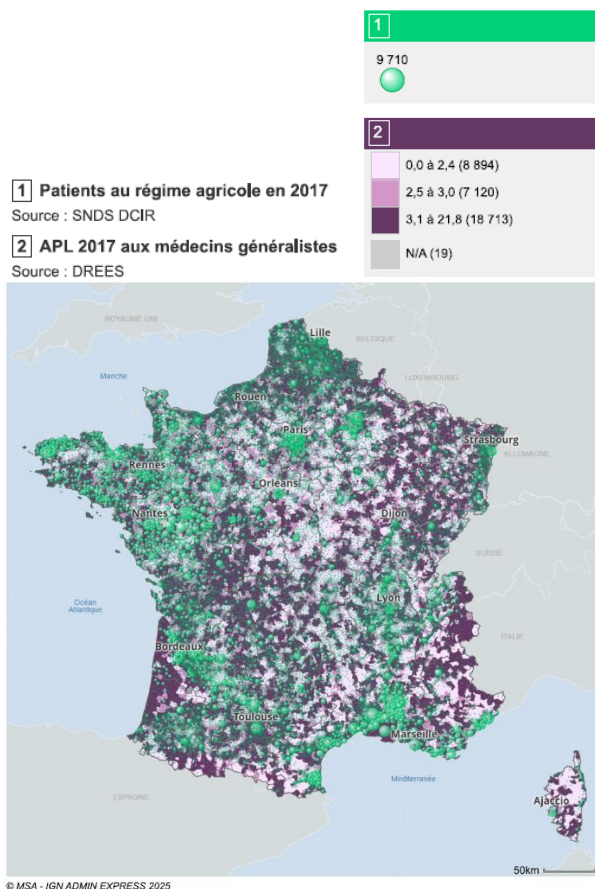
Graphique 36 :
Accessibilité potentielle localisée (APL) 2023 aux médecins généralistes selon le régime d'affiliation agricole



Sources : SNDS DCIR, DREES

L'APL moyenne présente des disparités territoriales en matière d'accès aux soins dispensés par les médecins généralistes. En Île-de-France et dans la plupart des régions limitrophes, l'accessibilité est inférieure à la moyenne pour cette profession. Il est également plus difficile de consulter un médecin généraliste dans le Centre Val de Loire et en Corse. À l'inverse, l'accessibilité est globalement supérieure à la moyenne dans le Grand Est, les Hauts-de-France, le long du littoral atlantique et méditerranéen (**Cartes 6 et 7**).

Cartes 6 et 7 :
Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes par commune et répartition des patients en 2017 (à gauche) et en 2023 (à droite)



2.3.2. Le diagnostic territorial santé des 151 zones rouges

Dans le cadre du pacte de lutte contre les déserts médicaux annoncé par le Premier ministre le 25 avril 2025, le ministère chargé de la Santé et de l'Accès aux soins a publié, le 27 juin 2025, la cartographie des 151 zones prioritaires qui avaient pour objectif d'accueillir, à partir de septembre 2025, les médecins volontaires dans le cadre de la mission de solidarité territoriale.

Cette cartographie repose d'une part sur un indice de vulnérabilité élaboré par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), intégrant les indicateurs suivants :

- l'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes,
- le ratio entre l'APL et l'APL restreint aux médecins généralistes de moins de 65 ans,
- la proportion d'affections de longue durée (ALD) dans la population,
- le temps d'accès routier au service d'urgence le plus proche,
- le niveau de vie (revenu disponible du ménage en fonction de sa composition).

D'autre part, la cartographie a été affinée à partir des concertations menées par les agences régionales de santé (ARS) auprès des élus locaux, et en lien avec les préfets.

Les zones identifiées à l'échelle de l'intercommunalité, qualifiées de « zones rouges », correspondent à des territoires marqués par une offre de soins très insuffisante.

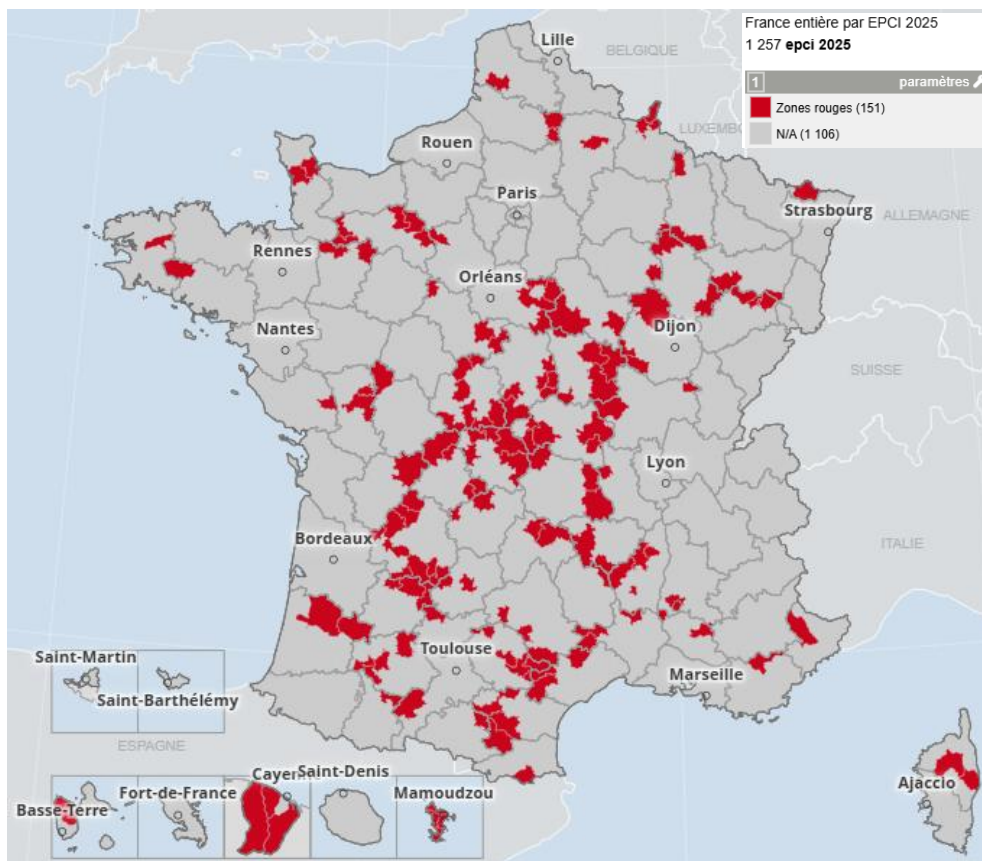
La MSA a donc intégré ces zones rouges dans son outil GéoMSA (<https://geomsa.msa.fr>) afin d'aider ses caisses de MSA à mieux connaître ces territoires et par la suite à faciliter l'identification des structures potentiellement labellissables France Santé (Cf partie 3.4.) en lien avec l'ARS et ses partenaires.

L'étude ci-après synthétise les principales caractéristiques de ces territoires en comparaison avec les données nationales. Ces résultats sont disponibles en open data dans l'outil GéoMSA pour chaque zone rouge à partir de son module de diagnostic territorial santé.

Les caractéristiques de la population agricole

La carte des 151 zones rouges est reproduite ci-après (**Carte 8**). Elles sont principalement localisées sur la diagonale allant de Strasbourg à Bordeaux. Les régions les plus concernées sont la Nouvelle-Aquitaine (29 zones rouges), l'Occitanie (28), le Centre-Val de Loire (21), l'Auvergne-Rhône-Alpes (17), la Bourgogne-Franche-Comté (14) et le Grand Est (10).

Carte 8 :
Zones rouges



Sources : DREES, ARS

Les caractéristiques de la population agricole

Ces 151 intercommunalités représentent plus de 2,2 millions d'habitants selon les derniers chiffres de l'Insee Recensement de la Population 2023. La répartition de la population de ces zones rouges indique une population plutôt vieillissante (**Tableau 26**), comme le confirme l'indice de vieillissement (rapport de la population des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans) de 143,9 (83,8 pour la France). Un indice autour de 100 indique que les 65 ans et plus et les moins de 20 ans sont présents dans à peu près les mêmes proportions sur le territoire.

Tableau 26 :
Répartition de la population française par tranche d'âge

Tranche d'âge	Zones rouges (%)	France (%)
0 à 14 ans	15,7 %	17,3 %
15 à 29 ans	13,2 %	17,5 %
30 à 44 ans	15,3 %	18,6 %
45 à 59 ans	20,3 %	19,6 %
60 à 74 ans	22,2 %	17,2 %
75 ans et plus	13,3 %	9,8 %
Total	100 %	100 %

Sources : Insee RP 2022

Au sein de ces 151 intercommunalités, les patients du régime agricole au nombre de 222 688 représentent 10 % de la population Insee (contre 4,4 % au niveau national). Parmi eux, 54 % sont des non-salariés agricoles (contre 36 % au niveau national). L'indice de vieillissement au régime agricole s'élève à 265 (contre 180 pour la France).

Les indicateurs de prévalence pour les principales ALD au régime agricole sont significativement plus élevés au sein de ces territoires en comparaison des chiffres nationaux, comme le montrent les chiffres du **tableau 27** ci-après.

Tableau 27 :
Prévalence en ALD au régime agricole

Prévalence en ALD au régime agricole	Zones rouges (%)	France (%)
Taux de prévalence en ALD	26,6 %	23,0 %
Taux de prévalence en ALD cancer 45 ans et plus	7,6 %	7,3 %
Taux de prévalence en ALD cardiovasculaire 45 ans et plus	17,7 %	16,1 %
Taux de prévalence en ALD diabète 45 ans et plus	11,2 %	10,3 %
Taux de prévalence en ALD affections psychiatriques 45 ans et plus	2,6 %	2,5 %
Taux de prévalence en ALD cardio-diabète-cancer 45 ans et plus	31,3 %	29,1 %

Source : MSA 2023

Les caractéristiques de la population agricole

Les indicateurs relatifs à l'offre ambulatoire de médecins généralistes montrent une situation plus dégradée pour les 151 intercommunalités par rapport aux chiffres nationaux : une densité de médecins généralistes libéraux actifs significativement inférieure de quasiment 20 points à la moyenne nationale, une activité moyenne³⁸ significativement supérieure à la moyenne nationale, une perte de 281 médecins généralistes libéraux sur les 5 dernières années (soit 23 % du nombre de médecins généralistes libéraux actifs en 2024) et une part très élevée (plus de 12 points par rapport à la moyenne nationale) de ces médecins généralistes âgés de 60 ans et plus (**Tableau 28**).

Tableau 28 :
Offre ambulatoire médecins généralistes libéraux - Zones rouges versus France

Offre ambulatoire médecins généralistes libéraux	Zones rouges	France
Nombre de médecins généralistes libéraux actifs	1 209	49 793
Densité de médecins généralistes libéraux actifs (pour 100 000 hab.)	54,6	73,5
Activité moyenne des médecins généralistes libéraux	4 716,6	4 344,9
Part des médecins généralistes libéraux de plus de 60 ans (en %)	43,2	31,1
Evolution du nombre de médecins généralistes libéraux sur 5 ans	- 281	- 3 333

Sources : CartoSanté, FNPS, 2024

Au sein de ces zones rouges, la part des patients sans médecin traitant au régime agricole est significativement supérieure à la moyenne nationale, que ce soit pour les 16 ans et plus ou les 75 ans et plus (**Tableau 29**).

Tableau 29 :
Patients sans médecin traitant au régime agricole - Zones rouges versus France

Patients sans médecin traitant au régime agricole	Zones rouges	France
Effectifs de patients de 16 ans et plus sans médecin traitant	24 407	260 395
Part des patients de 16 ans et plus sans médecin traitant (%)	12,7	10,5
Effectifs de patients de 75 ans et plus sans médecin traitant	3 466	26 527
Part des patients de 75 ans et plus sans médecin traitant (%)	6,8	4,9

Sources : SNDS, DCIR, exploitation MSA, 2024

En revanche, la densité de pharmacie est légèrement supérieure à la moyenne nationale dans ces zones (**Tableau 30**).

Tableau 30 :
Offre ambulatoire pharmacies - Zones rouges versus France

Offre ambulatoire pharmacies	Zones rouges	France
Nombre de pharmacies	773	20 457
Densité de pharmacies (pour 100 000 hab.)	34,9	30,2

Sources : CartoSanté, SNDS, FNPS, 2024

³⁸ Rapport entre la quantité d'actes (consultations, visites et téléconsultations) réalisés par les médecins généralistes libéraux et le nombre de médecins généralistes libéraux exécutant ces actes.

Les caractéristiques de la population agricole

Concernant les autres professionnels de santé, les zones rouges affichent des indicateurs plus défavorables comparativement à la moyenne nationale pour les chirurgiens-dentistes libéraux (**Tableau 33**), les masseurs-kinésithérapeutes libéraux (avec toutefois une évolution positive de leur nombre sur les 5 dernières années) (**Tableau 32**), les sages-femmes libérales en terme de densité (et non en terme d'évolution sur les 5 dernières années) (**Tableau 34**) et plus favorables pour les infirmiers libéraux (**Tableau 31**).

Tableau 31 :
Offre ambulatoire infirmiers libéraux - Zones rouges versus France

Offre ambulatoire infirmiers libéraux	Zones rouges	France
Nombre d'infirmiers libéraux actifs	3 983	92 457
Densité d'infirmiers libéraux actifs (pour 100 000 hab.)	178,8	152,5
Part des infirmiers libéraux de plus de 60 ans (en %)	9,2	8,5
Evolution du nombre d'infirmiers libéraux sur 5 ans	320	4 796

Sources : CartoSanté, SNDS, FNPS, 2024

Tableau 32 :
Offre ambulatoire masseurs-kinésithérapeutes libéraux - Zones rouges versus France

Offre ambulatoire masseurs-kinésithérapeutes libéraux	Zones rouges	France
Nombre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux actifs	1 403	62 473
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux actifs (pour 100 000 hab.)	83,9	125,0
Part des masseurs-kinésithérapeutes libéraux de plus de 60 ans (en %)	10,3	8,3
Evolution du nombre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux sur 5 ans	299	13 680

Sources : CartoSanté, SNDS, FNPS, 2024

Tableau 33 :
Offre ambulatoire chirurgiens-dentistes libéraux - Zones rouges versus France

Offre ambulatoire chirurgiens-dentistes libéraux	Zones rouges	France
Nombre de chirurgiens-dentistes libéraux actifs	649	32 462
Densité de chirurgiens-dentistes libéraux actifs (pour 100 000 hab.)	31,9	56,0
Part des chirurgiens-dentistes libéraux de plus de 60 ans (en %)	22,5	18,6
Evolution du nombre de chirurgiens-dentistes libéraux sur 5 ans	- 46	2 728

Sources : CartoSanté, SNDS, FNPS, 2024

Tableau 34 :
Offre ambulatoire sages-femmes libérales - Zones rouges versus France

Offre ambulatoire sages-femmes libérales	Zones rouges	France
Nombre de sages-femmes libérales actives	211	8 187
Densité de sages-femmes libérales actives (pour 100 000 hab.)	9,9	12,3
Part des sages-femmes libérales de plus de 60 ans (en %)	4,1	7,0
Evolution du nombre de sages-femmes libérales sur 5 ans	48	1 832

Sources : CartoSanté, SNDS, FNPS, 2024

En 2025, ces zones rouges comptabilisent 203 maisons de santé pluriprofessionnelles³⁹ contre 199 en 2024.

En matière d'hospitalisations, la part d'hospitalisations non programmées, définie comme le rapport entre le nombre de séjours effectués et non programmés à l'hôpital des assurés et le nombre total de séjours effectués à l'hôpital par les assurés, est significativement plus élevée (31,9 %) au régime agricole que dans les autres régimes (27,0 %), et également plus élevée au sein de ces zones rouges par rapport au niveau national, quel que soit le régime d'affiliation de l'assuré (écart de + 2,3 points) (**Tableau 35**).

Ces chiffres sont à mettre en relief avec les résultats issus d'une étude de la Drees⁴⁰ 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. L'insuffisance cardiaque est une caractéristique spécifique de la population agricole (Cf partie 2.2.1.). 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.

Tableau 35 :
Hospitalisations non programmées au régime agricole versus autres régimes

Hospitalisations non programmées	Régime agricole		Autres régimes	
	Zones rouges	France	Zones rouges	France
Nombre d'hospitalisations non programmées	25 970	288 314	173 602	4 893 852
Part d'hospitalisations non programmées (en %)	34,2	31,9	29,3	27,0

Sources : SNDS, PMSI, exploitation CCMSA, 2023

En matière d'urgences, le taux de recours aux urgences non suivis d'hospitalisations, ratio entre le nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation et le nombre de patients pour le régime agricole (population pour le tous régimes), apparaît moins élevé au régime agricole et dans les zones rouges (**Tableau 36**).

Tableau 36 :
Recours aux urgences non suivis d'hospitalisation au régime agricole versus tous régimes

Recours aux urgences non suivis d'hospitalisation	Régime agricole		Tous régimes	
	Zones rouges	France	Zones rouges	France
Nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation	41 879	547 739	454 279	15 126 294
Taux de recours aux urgences non suivis d'hospitalisation (pour 1 000)	185,2	187,2	202,2	219,1

Sources : SNDS, DCIR, PMSI, Insee, exploitation CCMSA, 2023

³⁹ Source : CartoSanté, FINESS, 2024-2025.

⁴⁰ A. Bergonzoni et al., Les hospitalisations potentiellement évitables touchent davantage les ouvriers et les agriculteurs, Drees, Etudes et Résultats, avril 2023, n°1262.

Les caractéristiques de la population agricole

Concernant l'offre médico-sociale, les zones rouges apparaissent mieux dotées qu'au niveau national : les taux d'équipement en lits en EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) et en places de SSIAD (Services de Soins Infirmiers A Domicile) sont significativement supérieurs à la moyenne nationale (**Tableau 37**).

Tableau 37 :
Offre médico-sociale Zones rouges versus France

Offre médico-sociale	Zones rouges	France
Equipement en lits en EHPAD	34 411	597 734
Taux d'équipement en lits en EHPAD (%)	23,9	14,0
Equipement en places de SSIAD	7 746	120 249
Taux d'équipement en places de SSIAD (%)	10,5	4,3

Source : Finess, 2023

En conclusion, les indicateurs sanitaires et relatifs à l'offre ambulatoire apparaissent globalement plus défavorables pour ces 151 intercommunalités rassemblant une forte présence d'assurés agricoles en comparaison aux données nationales.

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 zones rouges (Cf partie 3.4.). Le diagnostic de ces territoires en lien avec les caractéristiques de la population agricole peut être réalisé à partir de l'outil cartographique GéoMSA (<https://geomsa.msa.fr/>) et son module de diagnostic territorial santé.

2.3.3. L'analyse des densités de gynécologues et de sages-femmes libéraux et le recours aux actes gynécologiques au régime agricole en 2024

2.3.3.1. Les densités de gynécologues médicaux et obstétriques libéraux et les densités de sages-femmes libérales en 2024

Les densités de gynécologues médicaux et obstétriques libéraux

Le gynécologue est un médecin spécialiste de la santé de la femme, son rôle est essentiel pour assurer le suivi médical. Il prend en charge la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des pathologies gynécologiques. Il mène également des actions de sensibilisation à la contraception et à la santé sexuelle. En obstétrique, le gynécologue assure le suivi des femmes enceintes, de la consultation prénatale à l'accouchement.

Le nombre de gynécologues médicaux et obstétriques libéraux a amorcé une forte baisse, passant de 5 770 en 2000 à 4 358 en 2024 (soit - 1,2 % par an en moyenne). Près de deux gynécologues sur cinq ont 60 ans ou plus. Les spécialistes libéraux exercent en grande majorité en libéral exclusif (70 %) tandis qu'environ un sur huit exerce en libéral et hôpital⁴¹.

En 2024, la densité moyenne de gynécologues libéraux est de 16,9 pour 100 000 femmes en France entière⁴². Entre 2000 et 2024, la densité de gynécologues médicaux et obstétriques a diminué de près de 34 %. Cette forte baisse s'explique par la suppression, entre 1987 et 2003, de la filière de formation de la gynécologie médicale.

La répartition géographique de la densité des gynécologues libéraux montre de fortes disparités (**Carte 9**). Les grandes agglomérations comme Paris (57 gynécologues pour 100 000 femmes âgées de 15 ans et plus), Lyon (46/100 000), et Marseille (43/100 000) bénéficient d'une plus grande densité de gynécologues. A l'inverse, les zones rurales et certains départements souffrent d'une pénurie de ces spécialistes. Les densités de gynécologues les plus faibles sont observées dans les Ardennes et le Jura (2/100 000), l'Aveyron (4/100 000) ou encore le Gers (5/100 000).

En Outre-Mer, la densité de gynécologues libéraux est nettement supérieure à la moyenne nationale en Guyane (32/100 000), à La Réunion (23/100 000) et en Guadeloupe (21/100 000).

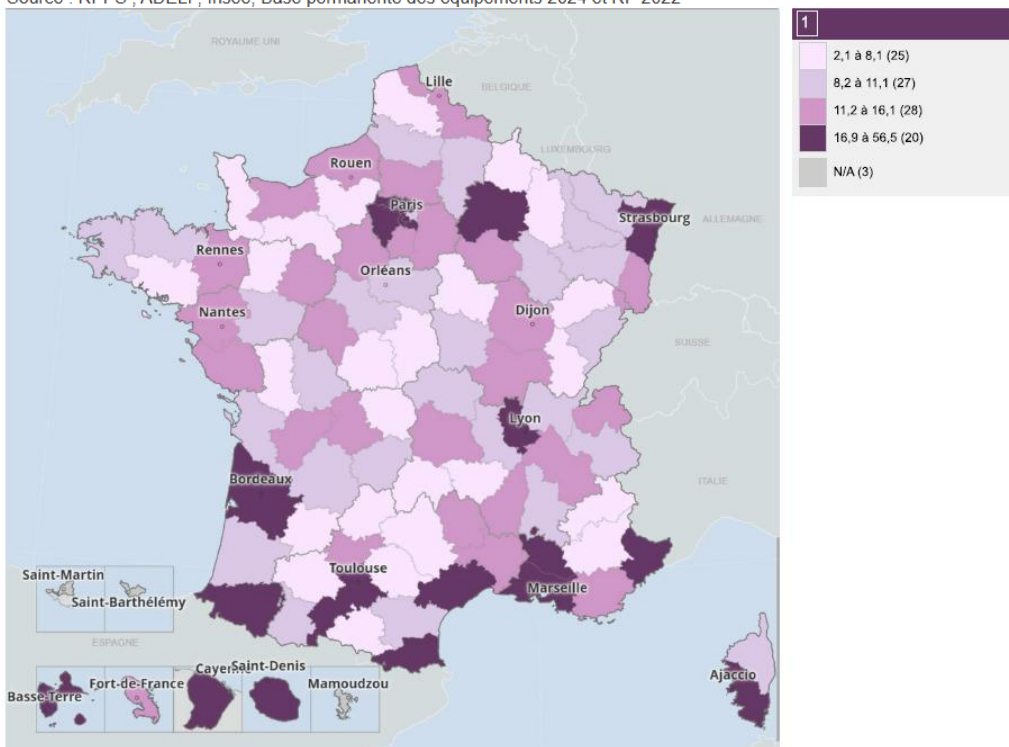
⁴¹ L'Assurance maladie. Zoom sur les gynécologues médicaux et obstétriques libéraux. 15 décembre 2025. Disponible sur : <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/zoom-ps-gynecologues-medicaux-et-obstetriques-liberaux>

⁴² Source : RPPS (Répertoire partagé des professionnels de santé) ; ADELI (Automatisation des listes) ; Insee, Base permanente des équipements 2024 et RP 2022 ; ANCT. La densité des gynécologues est le rapport entre le nombre de gynécologues et la population des femmes de 15 ans et plus. Elle est exprimée pour 100 000 habitantes estimées par l'Insee au 1^{er} janvier 2022.

Carte 9 :
Densité de gynécologues libéraux par département en 2024

1 Densité de gynécologues libéraux en 2024

Source : RPPS ; ADELI ; Insee, Base permanente des équipements 2024 et RP 2022



Une analyse plus fine par EPCI⁴³ montre que plus de la moitié des territoires n'ont pas de gynécologues libéraux. Ces spécialistes ont une répartition davantage urbaine et une évolution de l'offre plus défavorable dans les espaces ruraux⁴⁴ (**Carte 10**).

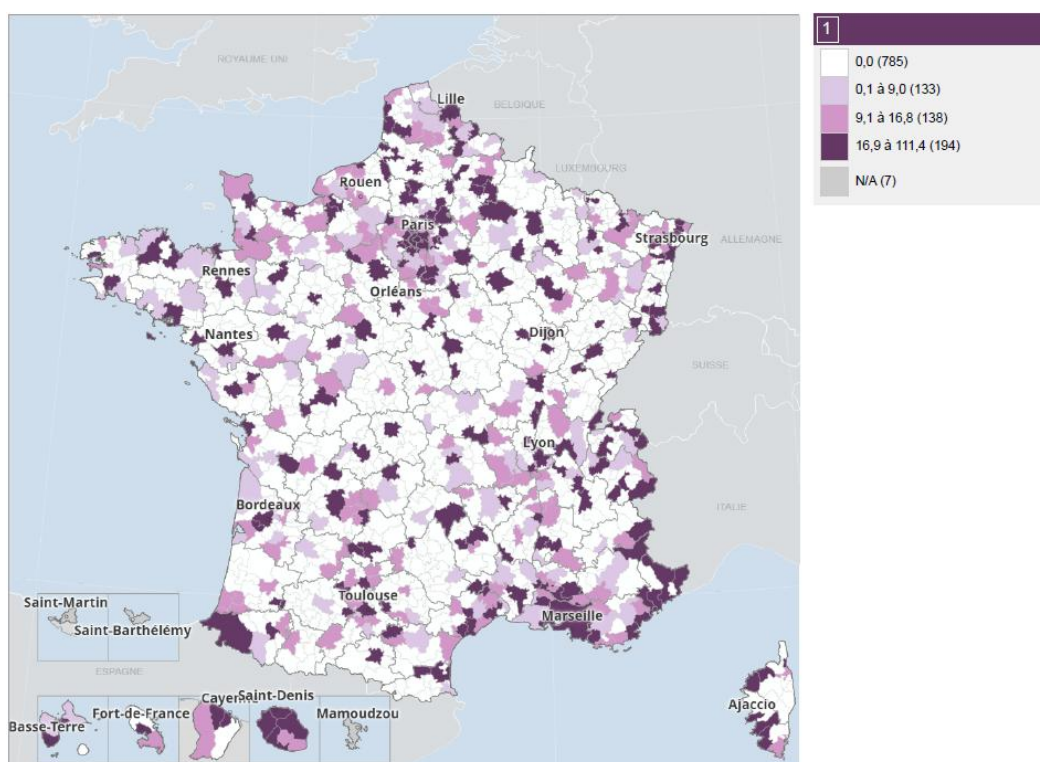
⁴³ EPCI : établissements publics de coopération intercommunale. Les différentes catégories d'EPCI sont les suivantes : les syndicats de communes, les communautés de communes, les communautés urbaines, les communautés d'agglomération, les métropoles.

⁴⁴ Vergier, N. (2016). Accessibilité aux professionnels de santé libéraux : des disparités géographiques variables selon les conditions tarifaires. Etudes et Résultats, 970. DREES.

Carte 10 :
Densité de gynécologues libéraux par EPCI en 2024

1 Densité de gynécologues libéraux en 2024

Source : RPPS ; ADELI ; Insee, Base permanente des équipements 2024 et RP 2022



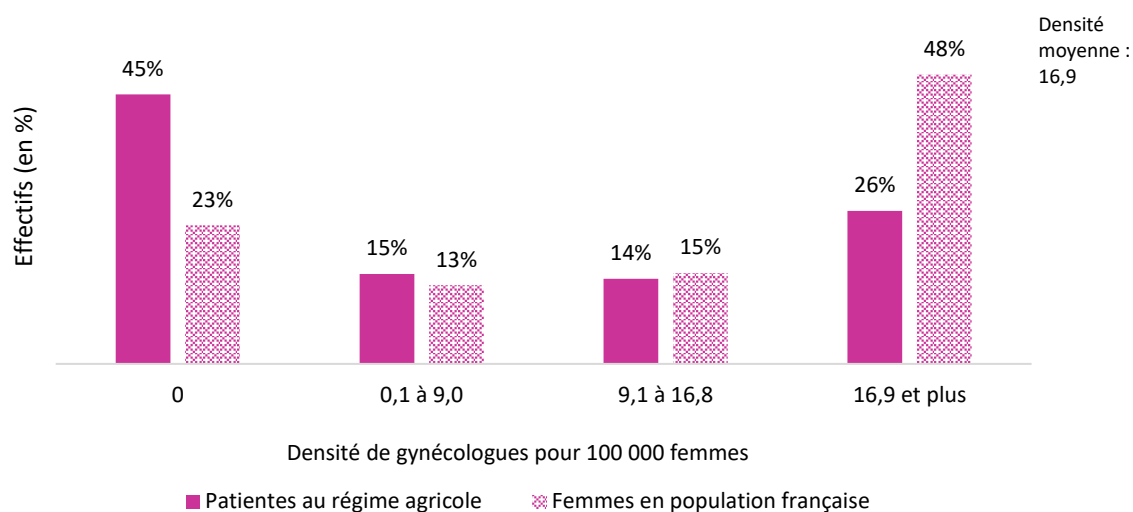
© MSA - IGN ADMIN EXPRESS 2025

Le **graphique 37** présente la répartition des patientes du régime agricole⁴⁵ et des femmes en population française âgées de 15 ans et plus en fonction des différentes classes de densité de gynécologues libéraux.

En 2024, 45 % des patientes du régime agricole, contre 23 % des femmes en population française, résident dans des EPCI caractérisés par l'absence de gynécologues libéraux. Inversement, la part des patientes du régime agricole situées dans des EPCI ayant une densité de gynécologues libéraux dans la moyenne (16,9 gynécologues pour 100 000 femmes âgées de 15 ans et plus) ou élevée (au sens de bien supérieure à la moyenne) s'élève à 26 % contre 48 % des femmes en population française.

⁴⁵ Patientes ayant eu au moins un remboursement de soins en 2025 (en date de remboursement) âgés de 15 ans et plus.

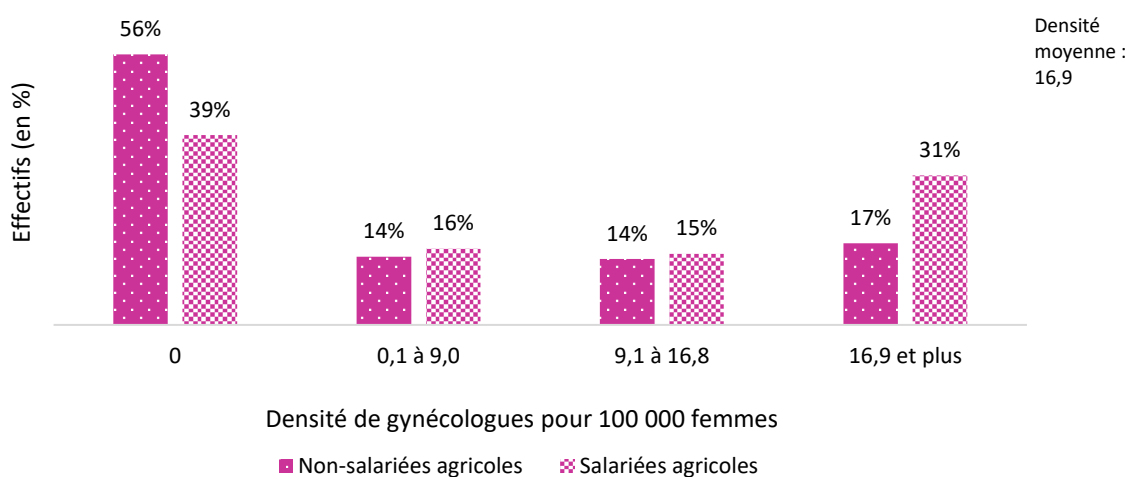
Graphique 37 :
Densité de gynécologues libéraux en 2024 et répartition des patientes du régime agricole versus population française âgées de 15 ans et plus



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

La densité de gynécologues libéraux est hétérogène selon le régime d'affiliation agricole (**Graphique 38**). Les patientes non-salariées agricoles sont beaucoup plus exposées à une absence de ces professionnels de santé. En 2024, 56 % des patientes non-salariées, contre 39 % des salariées agricoles, résident dans des EPCI caractérisés par l'absence de gynécologues libéraux.

Graphique 38 :
Densité de gynécologues libéraux en 2024 selon le régime d'affiliation agricole des patientes âgées de 15 ans et plus



Sources : RPPS, ADELI, Insee ; MSA

Les densités de sages-femmes libérales en 2024

La sage-femme, en tant que profession médicale de premier recours, participe activement aux politiques de santé sexuelle et reproductive. Elle intervient dans le cadre de la prévention, assurant un rôle important dans la prévention des addictions notamment. La sage-femme peut également pratiquer les actes d'échographies obstétricales systématiques ou de dépistage et assurer, en toute autonomie, le suivi médical de la grossesse, la surveillance du travail et de l'accouchement. L'extension récente du champ d'action et des compétences des sages-femmes, en matière de vaccination ou de prescription, leur permet de devenir un acteur pivot du système de santé et de rester au plus près de la santé des femmes⁴⁶.

La démographie des sages-femmes libérales se caractérise par une forte augmentation, passant de 1 720 en 2000 à 8 190 en 2024 (soit + 6,7 % par an en moyenne). Cette hausse est due en grande partie à un niveau élevé de numerus clausus à partir du milieu des années 2000 jusqu'en 2020 et à l'entrée de sages-femmes diplômées à l'étranger⁴⁷. Une sage-femme sur dix a 60 ans ou plus. Les sages-femmes libérales exercent en grande majorité en libéral exclusif (82 %) tandis qu'environ une sur sept exerce en libéral et salarié⁴⁸.

En 2024, la densité moyenne de sages-femmes libérales est de 32,8 pour 100 000 femmes en France entière⁴⁹. Entre 2000 et 2024, la densité de sages-femmes a fortement augmenté (+ 390 %).

Les effectifs de sages-femmes sont répartis de manière hétérogène sur le territoire national et ces disparités ont eu tendance à s'accroître ces dernières années (**Carte 11**). En métropole, l'offre est la plus importante dans l'est, le sud et le sud-est de la France avec des densités nettement supérieures à la moyenne. À l'inverse, les densités sont plus faibles que la moyenne sur une diagonale allant du Nord au Poitou-Charentes en passant par l'Île-de-France et la région Centre Val de Loire.

En Outre-Mer, la densité de sages-femmes libérales est nettement supérieure à la moyenne nationale à La Réunion (51 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 ans et plus), en Guyane (50/100 000) et en Martinique (47/100 000).

⁴⁶ Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Les compétences des sages-femmes et Données démographiques & histoire de la profession [en ligne]. 6 mai 2026. Disponible sur : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/>

⁴⁷ DREES. Début 2025, les effectifs de pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pédicures-podologues continuent d'augmenter [en ligne]. Paru le 28/07/2025. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/jeux-de-donnees/DATA_250728-demographie-pharmaciens-chirurgiens-dentistes-sages-femmes

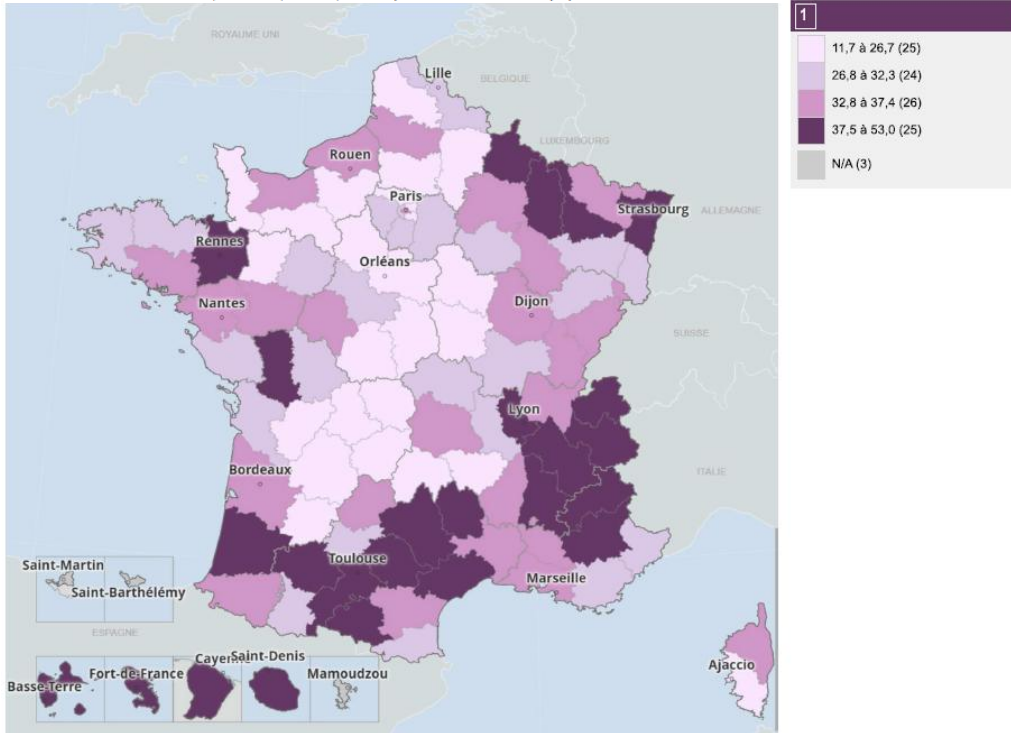
⁴⁸ L'Assurance maladie. Zoom sur les sages-femmes libérales. 15 décembre 2025. Disponible sur : https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2024_fiche_sages-femmes-liberales.pdf

⁴⁹ Source : RPPS (Répertoire partagé des professionnels de santé) ; ADELI (Automatisation des listes) ; Insee, Base permanente des équipements 2024 et RP 2022 ; ANCT. La densité des sages-femmes est le rapport entre le nombre de sages-femmes et la population des femmes de 15 ans et plus. Elle est exprimée pour 100 000 habitantes estimées par l'Insee au 1er janvier 2022.

Carte 11 :
Densité de sages-femmes libérales par département en 2024

1 Densité de sages-femmes libérales en 2024

Source : Source : RPPS ; ADELI ; Insee, Base permanente des équipements 2024 et RP 2022

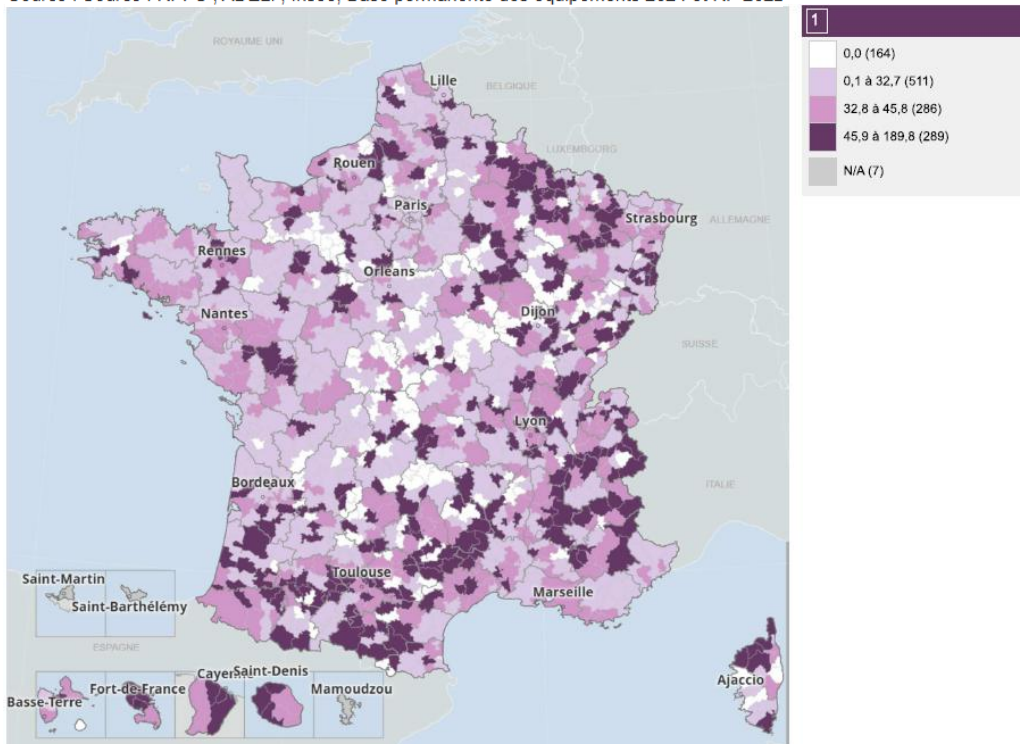


Une analyse par EPCI montre que plus de la moitié des territoires sont caractérisés par une densité nulle ou très faible de sages-femmes libérales (de 0 à 32,7/100 000) (Carte 12).

Carte 12 :
Densité de sages-femmes libérales par EPCI en 2024

1 Densité de sages-femmes libérales en 2024

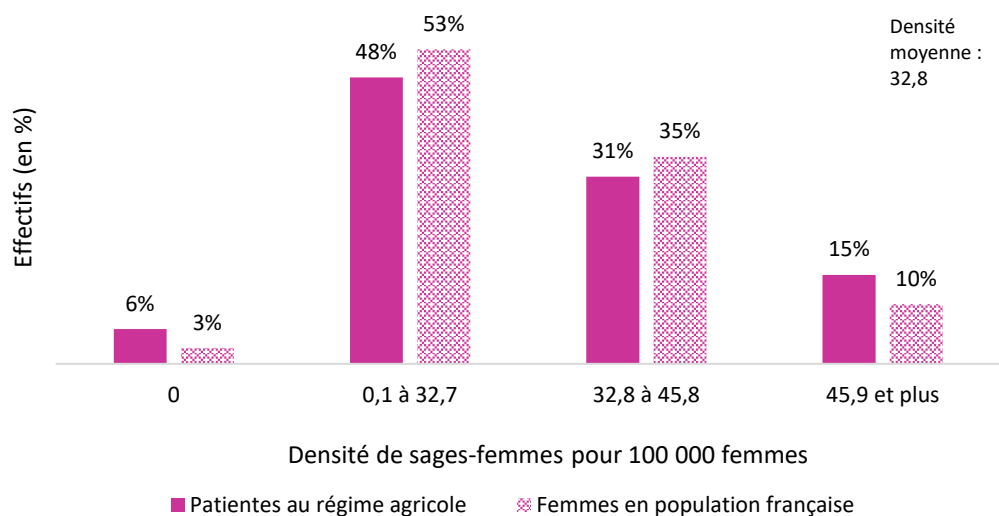
Source : Source : RPPS ; ADELI ; Insee, Base permanente des équipements 2024 et RP 2022



Le **graphique 39** présente la répartition des patientes du régime agricole et des femmes en population française âgées de 15 ans et plus en fonction des différentes classes de densité de sages-femmes libérales.

En 2024, 6 % des patientes du régime agricole, contre 3 % des femmes en population française, résident dans des EPCI caractérisés par l'absence de sages-femmes libérales. La part de patientes du régime agricole situées dans des EPCI caractérisés par une faible densité de sages-femmes (de 0,1 à 32,7 pour 100 000 femmes âgées de 15 ans et plus) s'élève à 48 % contre 53 % des femmes en population française.

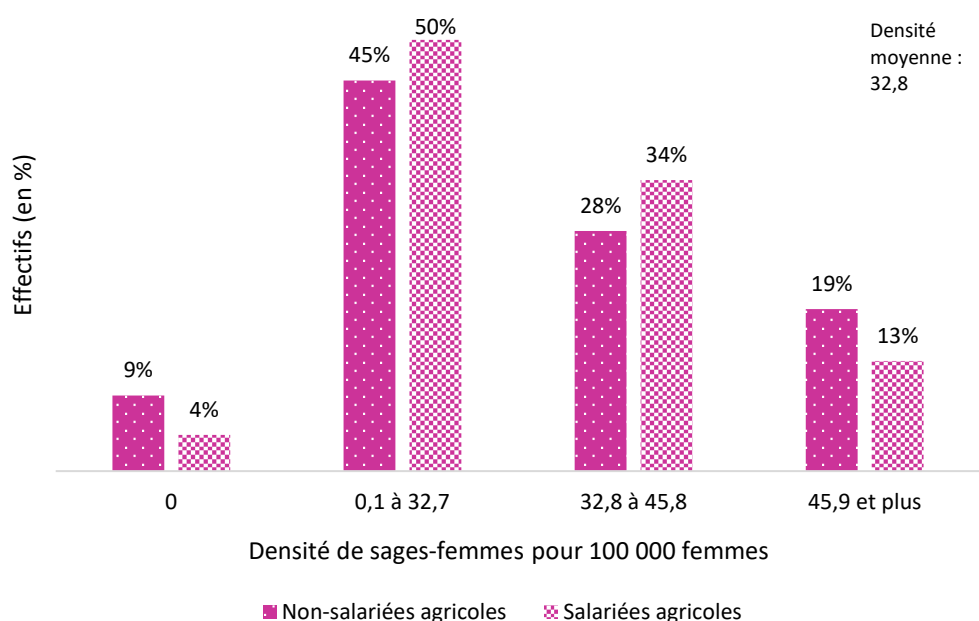
Graphique 39 :
Densité de sages-femmes libérales en 2024 et répartition des patientes du régime agricole versus population française âgées de 15 ans et plus



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

La densité de sages-femmes libérales est hétérogène selon le régime d'affiliation agricole (**Graphique 40**). Les patientes non-salariées agricoles sont plus exposées à une faible densité de ces professionnels de santé. En 2024, 9 % des patientes non-salariées agricoles, contre 4 % des patientes salariées agricoles, résident dans des EPCI caractérisés par l'absence de sages-femmes libérales. La part de patientes non-salariées exposées à une faible densité de sages-femmes (de 0,1 à 32,7 pour 100 000 femmes âgées de 15 ans et plus) s'élève à 45 % contre 50 % des patientes salariées agricoles.

Graphique 40 :
Densité de sages-femmes libérales en 2024 selon le régime d'affiliation agricole des patientes âgées de 15 ans et plus



Sources : RPPS, ADELI, Insee ; MSA

En conclusion, les résultats de cette étude montrent :

- que la densité de gynécologues et de sages-femmes libéraux présente de fortes disparités géographiques ;
- qu'une proportion plus forte de patientes du régime agricole réside dans des EPCI caractérisés par une densité nulle ou très faible de gynécologues et de sages-femmes libéraux comparativement à la population féminine française ;
- que les patientes du régime des non-salariées agricoles sont nettement plus exposées à une faible densité de gynécologues et sages-femmes libéraux comparativement aux salariées agricoles.

2.3.3.2. Le recours aux actes gynécologiques au régime agricole en 2024

Contexte :

Les éléments de contexte présentés ci-dessous sont issus de l'étude de Thomas Karnycheff, Guillaume Chevillard, Sandrine Voillequin et Quitterie Roquebert, *Les professionnels de santé assurant le suivi gynécologique en France : différents profils d'activité*⁵⁰.

« En France le suivi gynécologique est assuré par trois types de professionnels de santé : les gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes [...] En France, en 2009, la loi Hôpital Patients Santé Territoire⁵¹ a élargi les compétences des sages-femmes en généralisant leur pratique du suivi gynécologique en dehors de la grossesse et du post-partum, en l'absence de pathologie [...] Elles peuvent ainsi assurer les actions de prévention des cancers féminins et le suivi de contraception [...] En parallèle, depuis une vingtaine d'années, le rôle des médecins généralistes s'est réaffirmé dans le suivi gynécologique [...] »

Ces évolutions amènent à considérer trois professionnels de santé pour un panier de soins qu'est le suivi gynécologique, en dehors de toute pathologie, incluant notamment la prévention et la contraception [...] Or, ces trois acteurs présentent des caractéristiques différenciées. La démographie des médecins, gynécologues ou généralistes, est en déclin depuis une quinzaine d'années tandis que celle des sages-femmes est particulièrement dynamique. Ces dynamiques démographiques posent la question du devenir de l'accès global aux soins de suivi gynécologique : la raréfaction de l'offre de gynécologues et de généralistes peut-elle être compensée par la croissance des effectifs de sages-femmes et l'extension de leurs compétences ? Cette question se pose avec plus d'acuité sachant que ces professionnels de santé sont répartis de manière inégale sur le territoire. Certains territoires, le plus souvent ruraux, manquent de soignants et le lieu d'installation des médecins ne fait pas l'objet de mesures restrictives tandis que celui des sages-femmes est limité dans les zones définies comme surdotées ».

Evolution depuis 2021 des recours aux actes gynécologiques

En 2024, parmi les 1,1 million de patientes âgées de 15 ans et plus du régime agricole, 10,1 % ont eu recours à au moins un des actes gynécologiques étudiés (contraception ou frottis) (**Annexe 4** pour la méthodologie de l'étude). Ce taux⁵² est en diminution constante depuis 2021 (-1 point sur la période). Cette tendance est également observée pour l'ensemble des régimes mais de façon un peu plus marquée car le taux de recours baisse de 2 points sur la période (de 15,3 % à 13,1 %) (**Tableau 38**).

⁵⁰ Santé Publique 2025/2 vol. 37, pages 127 à 144, Editions S.F.S.P.

⁵¹ En 2009, cette loi autorise les sages-femmes à réaliser les « consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique. » (Article L4151-1, Code de la Santé publique). Cet article sera modifié en 2011 pour autoriser les sages-femmes à participer aux activités d'assistance médicale à la procréation, puis en 2016 pour leur permettre de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse.

⁵² Le taux de recours correspond à la part de femmes ayant eu au moins un acte gynécologique dans l'année parmi l'ensemble des femmes âgées de 15 ans et plus. Le dénominateur correspond à la population de référence issue de la cartographie des pathologies (version G13, Cnam), définie comme les femmes « patientes », c'est-à-dire ayant bénéficié d'au moins un remboursement sur l'année.

Les caractéristiques de la population agricole

Cet écart s'explique par le fait que le nombre de femme ayant recours à ces actes baisse en tous régimes (- 13,6 %) et au régime agricole (- 14,4 %) alors que la population de référence (les femmes de 15 ans et plus) augmente au tous régimes (+ 0,7 %), alors qu'en MSA la population de référence diminue (- 5,7 %).

En revanche, parmi les femmes ayant eu recours à ces actes, le nombre moyen d'actes réalisés reste stable au cours de la période, autour de 1,1 acte par femme et par an.

Tableau 38 :
Evolution du nombre d'actes contraceptifs et des frottis et du taux de recours entre 2021 et 2024 en MSA et tous régimes

Année	Population/Patientes 15 ans et plus	Femmes avec ≥ 1 acte gynécologique	Nombre moyen d'actes par femme	Taux de recours (%)
Régime agricole				
2021	1 174 287	130 128	1,11	11,1 %
2022	1 152 643	126 167	1,10	10,9 %
2023	1 120 446	118 464	1,11	10,6 %
2024	1 107 931	111 353	1,11	10,1 %
Tous régimes				
2021	28 588 192	4 373 228	1,12	15,3 %
2022	28 762 256	4 239 889	1,11	14,7 %
2023	28 599 975	4 045 034	1,12	14,1 %
2024	28 797 293	3 777 206	1,12	13,1 %

Source : SNDS, exploitation MSA

Le taux de recours des salariées agricoles est proche de celui observé en tous régimes, avec un taux passant de 14,4 % en 2021 à 12,6 % en 2024, contre 15,3 % à 13,1 % tous régimes (**Graphique 41**).

Après standardisation par âge, le taux de recours standardisé des salariées agricoles demeure stable à 12,6 %, du fait d'une structure par âge quasi identique.

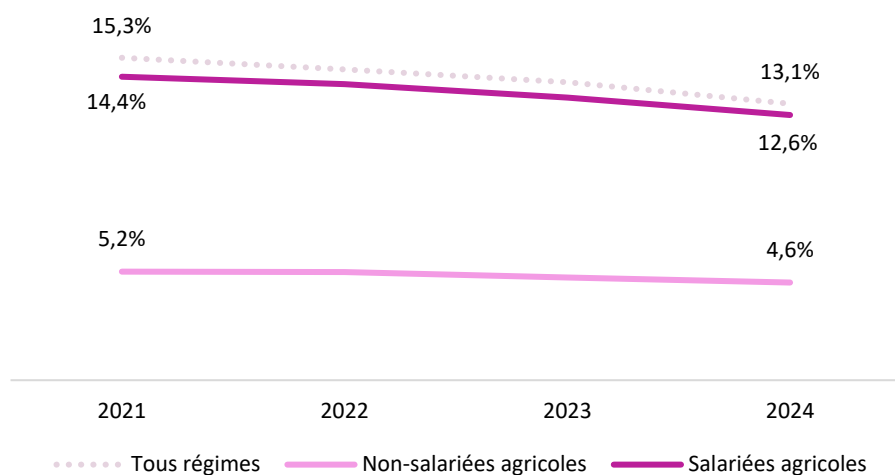
À l'inverse, les non-salariées agricoles se distinguent par un taux de recours brut nettement plus faible de 5 % en moyenne sur l'ensemble de la période. Toutefois, après standardisation, ce taux atteint 12,0 %, soit un niveau plus proche de celui observé en tous régimes.

La population des non-salariées agricoles présente en effet une structure d'âge très spécifique : seules 15 % des femmes ont moins de 50 ans, contre près de la moitié dans l'ensemble des régimes et parmi les salariées agricoles.

Cette structure d'âge contribue fortement à l'écart observé en taux brut, dans la mesure où les actes étudiés concernent principalement les femmes les plus jeunes.

Ainsi, à structure d'âge comparable, les écarts de recours entre non-salariées agricoles et tous régimes apparaissent limités. Toutefois, cet effet doit être interprété avec prudence, car il dépend des types d'actes retenus dans l'analyse.

Graphique 41 :
Evolution du taux de recours brut aux actes gynécologiques de 2021 à 2024



Source : SNDS, exploitation MSA

Évolution de la répartition des actes gynécologiques selon le professionnel de santé

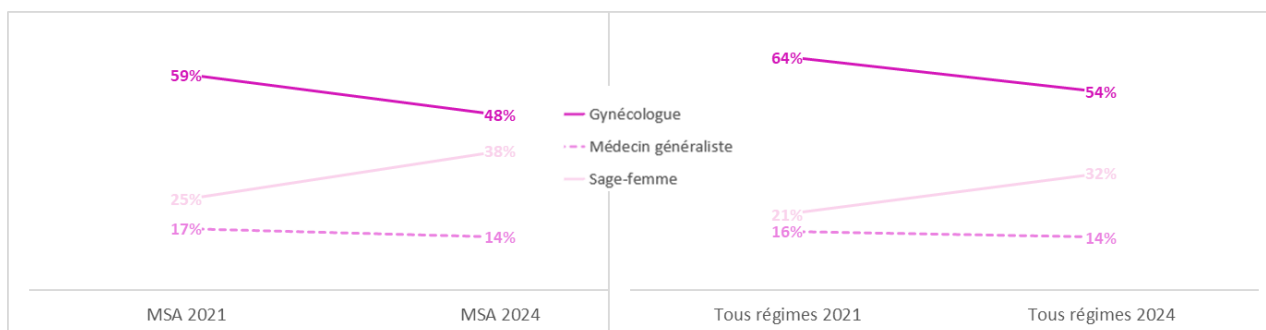
Entre 2021 et 2024, la répartition des actes gynécologiques de type frottis et contraceptifs réalisés par les gynécologues, les médecins généralistes ou les sages-femmes évolue nettement (**Graphique 42**). La part des actes réalisés par les gynécologues diminue dans tous les régimes. Elle recule d'environ 10 points, aussi bien au régime agricole (de 59 % à 48 %) que tous régimes confondus (de 64 % à 54 %).

A l'inverse, la part des actes réalisés par les sages-femmes augmente sur la période. Elle passe de 25 % à 38 % en MSA, et de 21 % à 32 % tous régimes confondus.

La part des actes réalisés par les médecins généralistes reste globalement stable et minoritaire, représentant entre 14 % et 17 % des actes selon les années.

Ces évolutions marquent bien la répartition des actes entre professionnels de santé, avec une part croissante des actes réalisés par les sages-femmes et une diminution de celle des gynécologues. Cette tendance est observée dans l'ensemble des régimes et apparaît légèrement plus marquée au régime agricole.

Graphique 42 :
Répartition des actes gynécologiques selon le professionnel de santé en 2021 et 2024, au régime agricole et en tous régimes



Source : SNDS, exploitation MSA

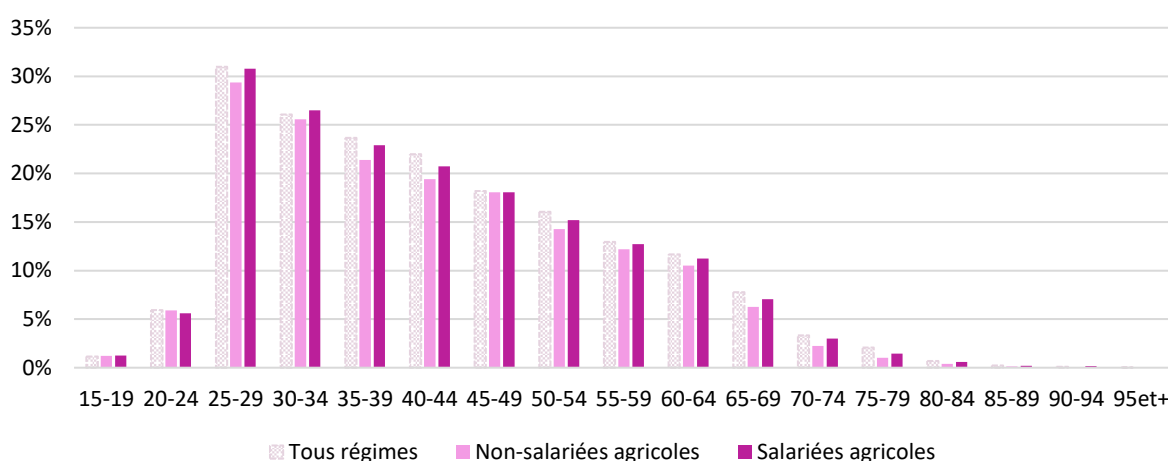
Taux de recours aux actes gynécologiques selon l'âge en 2024

En 2024, le recours aux actes gynécologiques étudiés présente un profil très marqué par l'âge. Ce sont les femmes de 25 à 29 ans qui ont le plus recours à ces actes gynécologiques de prévention et de contraception avec un taux de recours de 31 % qui diminue progressivement avec l'âge.

Ce profil est très similaire à celui de l'ensemble des régimes, suggérant des comportements de recours comparables à âge égal (**Graphique 43**).

Les non-salariées agricoles présentent toutefois des niveaux de recours légèrement inférieurs à ceux des salariées agricoles pour la plupart des classes d'âge.

Graphique 43 :
Taux de recours aux actes gynécologiques par âge et par régime



Source : SNDS, exploitation MSA

Répartition des actes gynécologiques selon le secteur de prise en charge

Le secteur de réalisation des actes gynécologiques reste globalement stable sur la période étudiée, avec une prise en charge majoritairement réalisée en médecine de ville (cabinets libéraux, maison de santé, ...) ou en établissement privé, tandis que les actes réalisés en consultation externe à l'hôpital public demeurent minoritaires (**Graphique 44**).

Parmi les femmes du régime agricole, environ 85 % des actes gynécologiques sont réalisés en médecine de ville ou en établissement privé entre 2021 et 2024. Les actes et consultations externes à l'hôpital public représentent une part plus faible, autour de 15 %, en légère diminution sur la période.

La répartition observée pour l'ensemble des régimes est proche, avec une part des actes réalisés en médecine de ville ou dans le secteur privé légèrement plus élevée, atteignant 87 % en 2024.

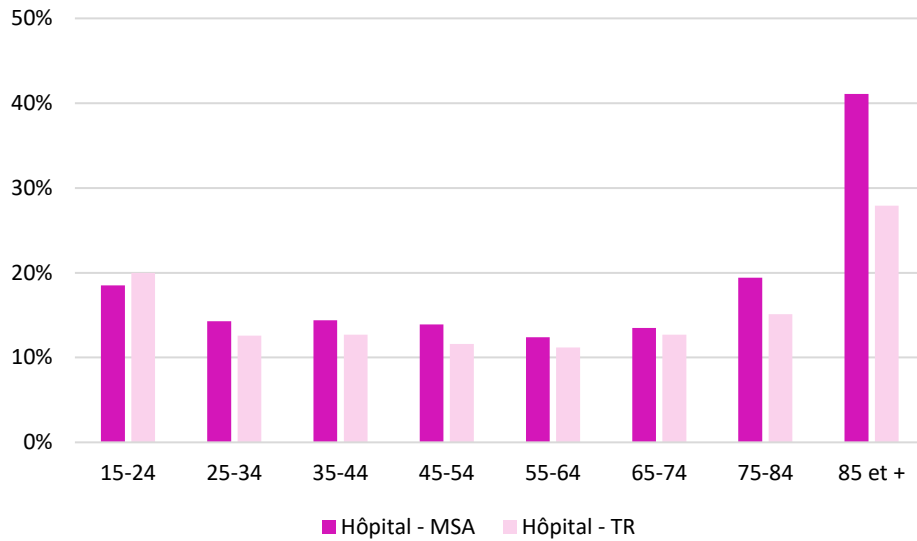
Répartition des recours aux actes gynécologiques entre ville et hôpital selon l'âge

Le recours aux actes gynécologiques s'effectue très majoritairement en médecine de ville ou en secteur privé, quelle que soit la tranche d'âge (**Graphique 44**). En 2024, cette part est comprise entre 81 % et 88 % au régime agricole, et entre 80 % et 89 % tous régimes confondus.

La répartition entre médecine de ville et hôpital est similaire pour les femmes du régime agricole et l'ensemble des régimes. Toutefois, la part des assurées ayant eu au moins recours à l'hôpital public est légèrement plus élevée dans le régime agricole, en particulier à partir de 25 ans. Cet écart reste modéré mais tend à s'accroître dès 75 ans.

Graphique 44 :

Part des assurées ayant eu au moins un acte gynécologique (contraception et frottis) en hôpital public selon l'âge - MSA et tous régimes (2024)



Source : SNDS, exploitation MSA

Répartition des actes gynécologiques selon l'âge et le professionnel de santé

Chez les femmes de moins de 35 ans, un acte de suivi gynécologique sur deux est exécuté par une sage-femme (aux alentours de 45 % tous régimes confondus). Les gynécologues réalisent 35 % des actes des assurées MSA (versus 41 % des assurées tous régimes) (Graphiques 45 et 46).

En revanche, à partir de 35 ans, les gynécologues deviennent majoritaires. Leur part devient très largement dominante à partir de 45 ans, aussi bien dans le régime agricole que tous régimes confondus.

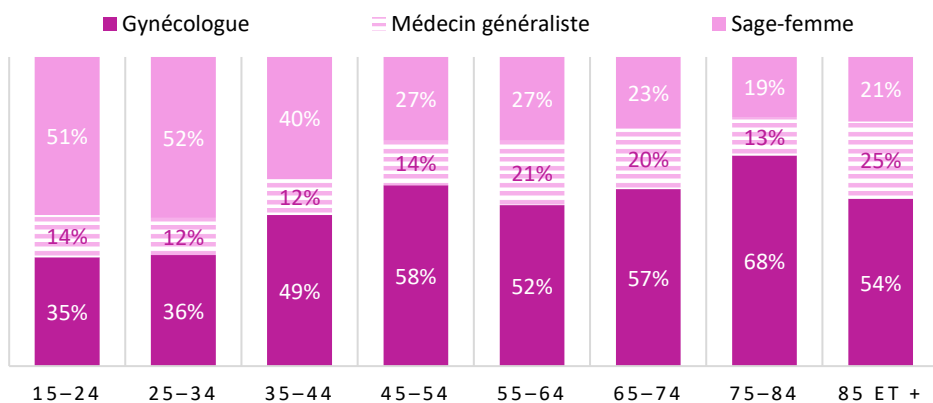
En parallèle, la part des sages-femmes dans la réalisation des actes diminue nettement avec l'âge, passant d'une part majoritaire chez les plus jeunes à une place plus secondaire à partir de 45 ans.

Les médecins généralistes restent minoritaires à tous les âges. Leur part varie entre 12 % et 25 % en MSA, avec une présence un peu plus élevée aux âges avancés.

Globalement, le régime agricole se caractérise par un recours plus fréquent aux sages-femmes pour les 15-34 ans et un recours plus fréquent aux gynécologues pour les 35 ans et plus.

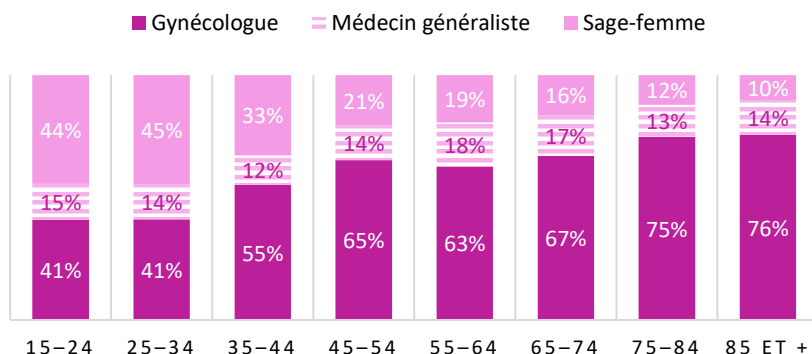
Graphique 45 :

Répartition des actes gynécologiques par type de professionnel selon l'âge - Régime agricole, 2024



Source : SNDS, exploitation MSA

Graphique 46 :
Répartition des actes gynécologiques par type de professionnel selon l'âge - Tous régimes, 2024



Source : SNDS, exploitation MSA

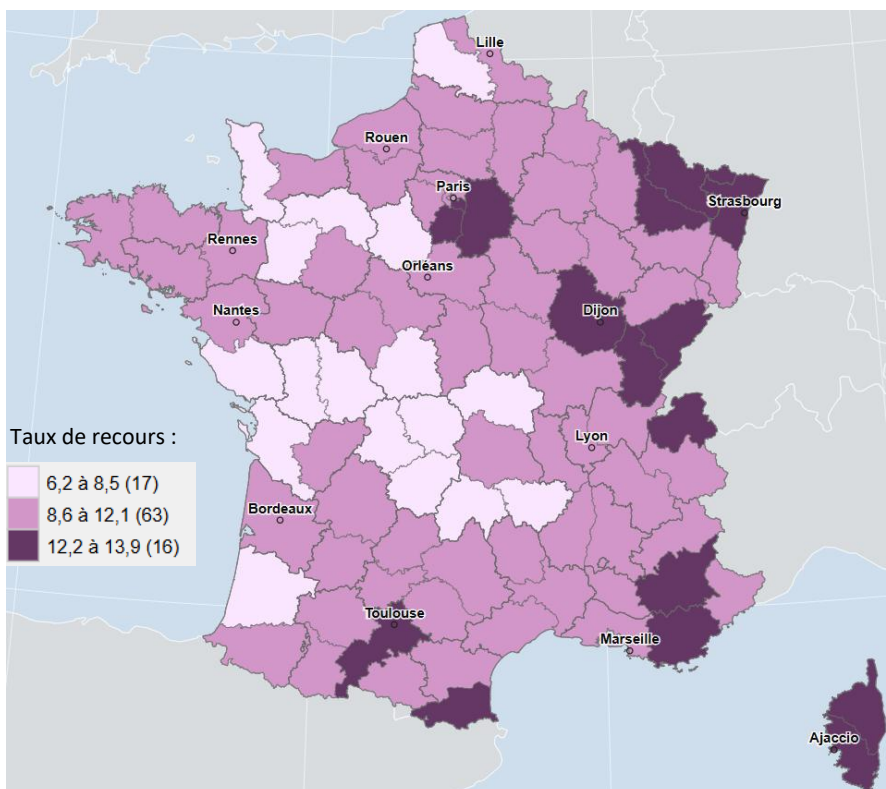
Taux de recours aux actes gynécologiques selon les départements en 2024

En 2024, le taux de recours aux actes gynécologiques étudiés varie sensiblement selon les départements au régime agricole (**Carte 13**). Les taux observés s'échelonnent de 6 % à 14 %, traduisant des disparités territoriales marquées.

Les taux les plus faibles sont observés dans plusieurs départements ruraux, comme la Creuse (6,2 %), le Cantal (7,7 %) ou encore la Mayenne (7,0 %). À l'inverse, les taux les plus élevés sont relevés dans des départements comme le Var (13,9 %), la Haute-Garonne (12,9 %) ou le Bas-Rhin (12,8 %).

Dans l'ensemble des départements, le taux de recours du régime agricole reste inférieur à celui observé tous régimes confondus, avec un écart souvent compris entre 2 et 4 points. Cette situation traduit un recours globalement plus faible aux actes gynécologiques parmi les femmes affiliées au régime agricole.

Carte 13 :
Taux de recours aux actes gynécologiques par département en 2024 au régime agricole



Source : SNDS, exploitation MSA

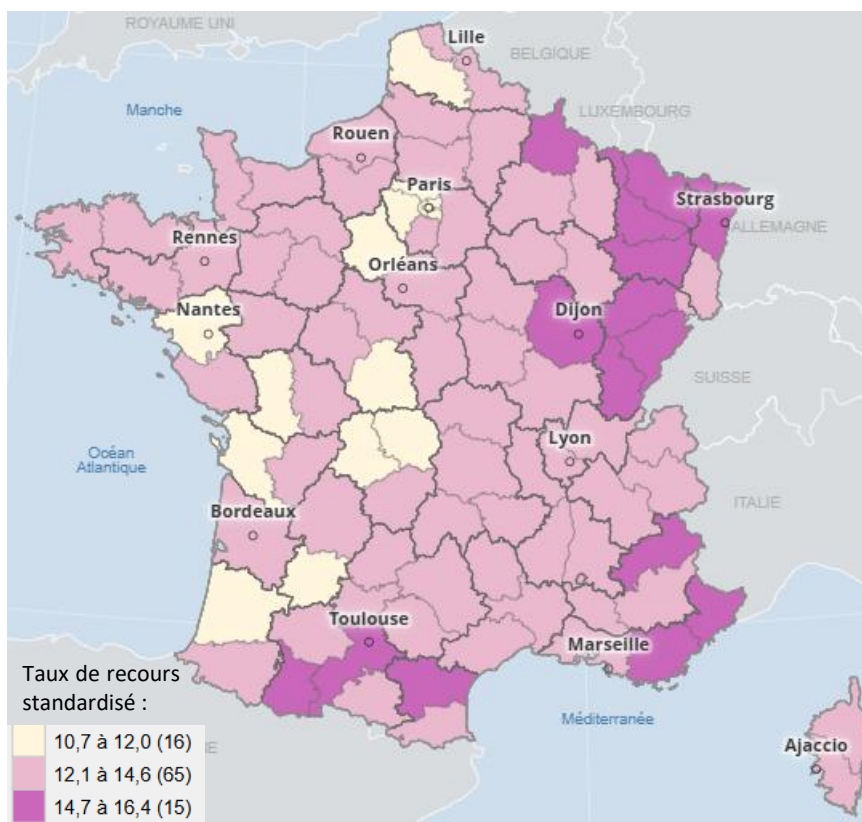
Les caractéristiques de la population agricole

Après standardisation sur l'âge, les écarts départementaux se réduisent et les taux du régime agricole augmentent dans la majorité des départements. Les taux standardisés se situent globalement entre 11 % et 16 %. Certains départements initialement parmi les plus faibles en taux bruts se rapprochent alors des niveaux observés ailleurs, comme la Creuse (11,2 % après standardisation contre 6,2 % en brut), le Cantal (12,6 % contre 7,7 %) ou la Mayenne (12,5 % contre 7,0 %) (**Carte 14**).

Après standardisation sur l'âge, une part importante des faibles taux observés dans certains territoires apparaît liée à la structure démographique des assurées agricoles, notamment à une population plus âgée. Toutefois, des disparités territoriales persistent après standardisation, ce qui pourrait refléter d'autres facteurs, tels que l'offre de soins gynécologiques, la densité de professionnels de santé ou encore l'accessibilité géographique aux soins.

Carte 14 :

Taux de recours aux actes gynécologiques par département standardisés par âge en 2024 au régime agricole



Source : SNDS, exploitation MSA

Recommandations nationales du dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin

La HAS recommande :

- entre 25 et 29 ans : le test de dépistage est réalisé par examen cytologique tous les 3 ans, après deux premiers tests réalisés à 1 an d'intervalle et dont les résultats sont normaux ;
- entre 30 et 65 ans : le test HPV-HR est réalisé 3 ans après le dernier examen cytologique dont le résultat est normal. Un nouveau test est refait tous les 5 ans, jusqu'à l'âge de 65 ans, dès lors que le résultat du test est négatif.

Conclusion

La forte représentation des femmes de 25 à 39 ans ayant recours à des soins gynécologiques apparaît cohérente avec les âges ciblés par les recommandations nationales, période de vie où se concentrent à la fois les besoins contraceptifs et l'entrée dans le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.

Le faible recours aux soins observé chez les non-salariées agricoles pourrait s'expliquer par plusieurs mécanismes décrits dans la littérature, d'ordre géographique, socioculturel et liés à un défaut d'accès à l'information et à l'éducation pour la santé. En effet, les femmes résidant en milieu rural sont davantage confrontées à des difficultés d'accès aux professionnels de santé, notamment aux gynécologues, en raison de la répartition inégale de l'offre de soins sur le territoire⁵³. De plus, une méconnaissance persistante des compétences des sages-femmes en matière de santé sexuelle et reproductive a notamment été observée, tout comme une certaine appréhension vis-à-vis du dépistage des cancers féminins^{54,55}.

Au regard de ces constats, et en cohérence avec les recommandations de la délégation sénatoriale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, la MSA renforcera ses actions d'information et de sensibilisation relatives aux soins gynécologiques, afin de lever les freins au recours aux soins des femmes agricultrices et plus largement des femmes vivant en territoire rural⁵⁶.

⁵³ Kuhlmann, M. « La santé des femmes en milieu rural : enjeux d'accès aux soins gynécologiques ». *Revue française des sciences sociales*, disponible sur : <https://journals.openedition.org/rfst/2322>

⁵⁴ Godefroy, A. *Les ressources mobilisées par les femmes rurales face aux difficultés d'accès aux soins gynécologiques*. Mémoire de sage-femme, Université de Caen Normandie, 2024. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04643949v1/document>

⁵⁵ Duranthon, A. *Le suivi gynécologique des femmes vivant en milieu rural : représentations, parcours de soins et recours aux professionnels de santé*. Mémoire de sage-femme, 2020. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03176475v1/file/2020-MSF-DURANTHON-A.pdf>

⁵⁶ Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes. *Femmes et ruralités : en finir avec les zones blanches de l'égalité*. Rapport d'information du Sénat n° 60 (2021-2022), Sénat, 2021. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r21-060-1/r21-060-128.html>

**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 29 propositions de la MSA pour 2027 s'articulent autour des axes suivants :

- Prévention, promotion et éducation pour la santé,
- Prévention du mal-être et promotion de la santé mentale,
- « Une seule santé » et « Responsabilité sociétale et environnementale »,
- Accès aux soins sur les territoires,
- Qualité des pratiques et pertinence des soins,
- Contrôle, lutte contre la fraude et systèmes d'information,
- Enjeux numériques et recherche en santé.

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

3.1.1. Une offre au service d'une stratégie préventive renforcée et accélérée

La stratégie prévention MSA est conçue pour répondre aux enjeux nationaux de santé pour les populations agricoles et rurales. Elle regroupe l'ensemble des objectifs devant être atteints par ses politiques sanitaires et sociales dans le respect de la Stratégie nationale de santé 2023-2033.

La MSA poursuit sa contribution en déclinant les priorités définies par les pouvoirs publics et en mettant en œuvre les actions réalisées dans tous les milieux et tout au long de la vie fondées sur :

- **la concentration des moyens** sur l'atteinte des objectifs pour les dépistages organisés des cancers, les vaccinations, la lutte contre les addictions, les bilans de santé et le mal-être en agriculture. Elle participe à faire de la prévention un nouveau levier de soutenabilité financière du système de santé (éloignement du parcours de santé, contexte de vieillissement de la population, hausse des maladies chroniques, aggravation des inégalités sociales et territoriales de santé...),
- **l'exigence de création de valeur probante**. Le volet évaluatif est renforcé notamment sur le plan macroéconomique. L'ensemble fait l'objet d'un pilotage national et local basé sur les résultats,
- **le renforcement des dynamiques et des politiques locales** d'intervention en prévention. Dotées d'un socle national, les caisses de MSA développent des parcours de prévention attentionnés et coordonnés, en lien étroit avec les ARS, le régime général (CPAM, CARSAT, CAF) et les complémentaires santé,
- **la finalisation et la performance de son système d'information prévention** pour faire jouer pleinement la consolidation et l'exploitation des données de l'ensemble des assurés (en adhérence et en alimentation avec Mon espace santé), l'utilisation de l'Analytics et de l'IA pour adapter/renforcer la pertinence des ciblage.

Dans ce cadre, la MSA est engagée pour :

- renforcer l'efficacité et la valeur ajoutée des dispositifs aujourd'hui mis en œuvre dans une démarche de gestion optimisée des fonds publics,
- coordonner les parcours mis en œuvre dans une approche « globale » et personnalisée de la santé et de la prévention des individus,
- bâtir de nouveaux programmes et dispositifs probants répondant aux nouveaux enjeux populationnels,
- s'investir plus fortement dans la dimension d'un système d'information en prévention.

En 2026, la MSA renforce son rôle de précurseur dans le domaine de la prévention dans l'écosystème français :

- en améliorant la scalabilité des programmes étatiques qu'elle pilote,
- en renforçant la coordination à l'échelle nationale et territoriale de ces derniers,
- en accompagnant ses assurés à devenir acteurs de leur santé, dans une démarche d'intervention et d'accompagnement global tant sur le volet sanitaire et social.

La proposition de valeur d'intervention MSA en prévention répond à trois grands objectifs complémentaires au service de la santé des populations et de l'efficacité de l'action commune :

1) Contribuer à réduire le risque maladie pour les populations, permettant in fine à des économies d'échelles dans les dépenses de santé

Cette contribution passe par l'amélioration de la participation des populations agricoles aux grands dispositifs de santé publique (dépistage du cancer, vaccination, bilans prévention, etc.), notamment grâce à des approches motivationnelles adaptées aux spécificités des populations. D'autre part, notre proposition met en œuvre des dispositifs adaptés aux spécificités des populations agricoles (entretiens motivationnels, communication adaptée, simplicité des démarches, etc.), renforçant ainsi l'adhésion des populations aux programmes nationaux.

2) Mettre à disposition des services adaptés aux spécificités du monde agricole et de la ruralité

Au travers d'une offre de services pensée spécifiquement aux besoins de la ruralité, notre proposition répond aux enjeux de ces populations parfois insuffisamment couvertes par les politiques publiques nationales. Elle vient notamment en réponse à des demandes fortes en matière de santé mentale, d'amélioration des modes de vie ou encore de prise en compte des besoins des jeunes populations rurales.

3) Soutenir une efficacité renforcée de l'action de la MSA en reposant sur des leviers digitaux adaptés, permettant une scalabilité et une modularité nouvelle

L'offre de valeur repose sur une approche intégrée d'un programme de prévention soutenu nativement par des solutions digitales. En mettant en œuvre des infrastructures technologiques (à l'exemple d'un entrepôt de données), des solutions renouvelées et à l'état de l'art (chaîne éditique et applications patient) et des processus nativement digitalisés : elle permet une efficacité nouvelle dans la conception et l'opération des programmes de prévention. Cette démarche contribue à des gains d'efficacité notables, ainsi qu'à une réduction des besoins en personnels pour opérer de futurs dispositifs (dans un contexte d'élargissement continu du périmètre des dispositifs).

A ce stade, l'ensemble des dispositifs de prévention de la MSA bénéficie d'un bilan annuel et d'une évaluation organisationnelle (environ tous les deux ans) permettant de corriger et d'adapter en continu la performance des actions conduites.

Les évaluations à valeur d'impact sont réservées aux actions nationales d'ampleur dont les Instants santé et les entretiens motivationnels thématiques.

Des exemples d'indicateurs suivis pour l'évaluation d'impact Instants santé (2023-2024) sont :

- taux de contact,
- participation brute,
- cartographies : modèles spatiaux, classification,
- déterminants de participation individuelle,
- consommations de soins ciblés post dispositif,
- déterminants du recours aux soins,
- réintégration à court terme dans le parcours de soins,
- etc.

La trajectoire MSA 2026-2030 intègre un renforcement des moyens et des compétences pour mener des études sur le retour sur investissement (ROI) des différents dispositifs. Le périmètre d'analyse prévu permettra d'instruire les variations selon que l'on inclut les coûts directs de soins uniquement, ou aussi les coûts indirects (productivité, qualité de vie, coûts sociaux), le point de vue adopté pouvant modifier les interprétations et conclusions.

Le recours à des cadres d'évaluation reconnus et adaptés à la complexité des interventions de prévention, notamment le modèle RE-AIM (portée, efficacité, adoption, mise en œuvre, pérennité) et le cadre du Medical Research Council (MRC), qui intègre l'analyse des interactions entre intervention et contexte. Cette matrice MSA de l'évaluation en prévention santé va se structurer en trois niveaux complémentaires :

- un niveau minimal, systématique et obligatoire, permettant de tracer pour chaque action les publics cibles, les modalités d'intervention, les taux de participation, la réalisation effective des actes et l'expérience des assurés ;
- un niveau standard, prioritaire pour les actions stratégiques, intégrant des indicateurs de résultats (dépistages, vaccinations, orientation, réduction du non-recours) ainsi que des indicateurs d'équité (gradient social, ruralité, accessibilité) ;
- un niveau approfondi, mobilisé de manière sélective, reposant sur des méthodes d'évaluation robustes (approches quasi-expérimentales ou expérimentales) et intégrant une analyse économique (coût/efficacité, retour sur investissement, impact budgétaire).

Les interventions verticales seront privilégiées (vaccinations, dépistages, lutte contre les addictions santé mentale) car elles ont des retours sur investissement plus lisibles (les effets sont mesurables à moyen terme), les programmes globaux d'éducation à la santé ou de transformation systémique ayant des bénéfices plus diffus et sur des horizons plus longs.

La stratégie prévention santé de la MSA s'inscrit dans les problématiques identifiées par la stratégie globale MSA 2030 notamment en lien avec les transformations du monde agricole qui ont connu des crises successives, l'accompagnement des territoires ruraux pour compenser les surcoûts de la ruralité qui rend souvent l'accès aux soins plus difficile ainsi que le soutien à l'innovation sociale pour préparer la protection sociale de demain. Cette stratégie est déclinée sur le volet santé par une « stratégie santé MSA 2030 » qui reprend les principaux enjeux en matière de prévention détaillés ci-après.

Par ailleurs, un document de cadrage « Accélération Prévention 2030 » sera publié en octobre 2026 pour compléter cette architecture afin de rendre la politique de prévention santé MSA plus lisible. Le terme d'accélération insiste sur le nécessaire passage à l'échelle du déploiement des dispositifs de prévention sur la période 2026-2030. Il vient aussi rappeler la dichotomie national / local en matière de prévention santé.

Au niveau national, l'enjeu est d'industrialiser les dispositifs permettant de contacter les assurés et de les inscrire dans des parcours de prévention adaptés à leur âge, à leur sexe ou à leur activité professionnelle. Au niveau local, il s'agit désormais de concentrer davantage l'action sur la territorialisation des dispositifs, dans une logique de subsidiarité maîtrisée, en développant des réponses adaptées aux freins culturels aux dépistages ou à la vaccination, ainsi qu'aux difficultés concrètes d'accès aux solutions de santé.

En ce qui concerne le cadre de formalisation des priorités au sein de cette stratégie « Accélération Prévention 2030 », celui-ci consiste à articuler :

- des événements lourds et évitables / retardables entraînant des coûts importants pour le système de santé, identifiés par la Stratégie nationale de santé 2023-2033 : maladies chroniques, cancers, santé mentale, addictions, maladies contagieuses pouvant être prévenues par vaccin, perte d'autonomie,
- des critères d'équité : universalisme proportionné à destination des territoires ruraux les plus éloignés des parcours traditionnels de prévention et des ressortissants agricoles fragiles,
- une faisabilité et une capacité d'impact à horizon fin de COG lorsque l'ambition est de changer d'échelle pour pouvoir mesurer la chaîne de résultats.

A ce titre, les indicateurs sont de trois niveaux :

- indicateurs COG imposés et contrôlés par les tutelles : nombre de bénéficiaires des dispositifs Instants santé (adultes/jeunes), taux de participation aux dépistages organisés des cancers (sein, colorectal, col de l'utérus) et taux de vaccination antigrippale pour une population professionnelle ciblée,
- indicateurs « chaîne de conversion » indispensables pour piloter l'aller-vers/ramener-vers : invitations envoyées, taux de joignabilité, taux d'accord, appels aboutis/non aboutis, durée moyenne, taux de contact ; participation effective aux entretiens et, surtout, actes réellement réalisés ensuite (dépistage fait, vaccination faite, consultation de prévention effectuée), avec mesure du rebond (orientation vers actions de suite) ; indicateurs d'équité : gradient social, ruralité/accessibilité, fragilités (ex. absence de médecin traitant, absence de complémentaire, éloignement du soin),
- indicateurs d'efficience et de soutenabilité : coût unitaire par acte d'aller-vers (ex. coût par appel abouti) et coût par entretien motivationnel, puis comparaison aux gains attendus (couverture, dépistage, rattrapage, non-recours) - approches retour sur investissement / retour social sur investissement qui nécessitent d'utiliser un grand jeu de données, ce dont la MSA dispose en matière de prévention santé.

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 29,06 millions d'euros en 2025.

a. Mon bilan prévention (dispositif Etat)

En 2025, 7 604 assurés MSA ont participé à Mon bilan prévention. Bien que le taux de participation reste inférieur à 5 % à fin 2025, le nombre de participants a augmenté de 72,3 % entre le premier et second semestre. C'est au cours du 4^{ème} trimestre que le nombre de participants a plus que doublé par rapport au premier trimestre 2025.

Des actions complémentaires nationales et régionales sont prévues en 2026 pour augmenter le nombre de participants tous régimes confondus (groupes de travail et portage territorial, accompagnement de professionnels de santé, communication nationale).

b. Instants santé

En 2025, 271 268 assurés MSA ont été invités aux Instants santé. Le nombre d'assurés invités a augmenté de 32 % par rapport à 2024 notamment par l'entrée dans le ciblage du dispositif de rattrapage de Mon bilan prévention (assurés non participant à l'invitation du bilan en médecine de ville et répondant à des critères de fragilité) pour les assurés âgés de 25 ans, 45-50 ans, 60-65 ans et 70-75 ans.

57 608 personnes se sont inscrites au dispositif, ce qui représente une augmentation de 24,8 % par rapport à 2024.

Sur les 46 550 personnes ayant effectivement participé aux Instants santé, 68,2 % des participants étaient des hommes et 31,8 % des femmes. 14,5 % avaient entre 25 et 44 ans, 49 % entre 45 et 65 ans et 36,5 % plus de 65 ans. 47 % des participants étaient salariés et 53 % exploitants.

Pour accompagner la montée en charge du dispositif, plusieurs travaux ont été conduits :

- les critères de fragilité sanitaire et sociale permettant l'inclusion d'assurés ont été harmonisés avec les critères de Mon bilan prévention en approche ciblée,
- des évolutions informatiques, notamment via un travail sur la requête initiale et la cartographie des assurés sous-consommateurs de soins, ont permis de maintenir la proposition de lieux des séances à moins de 30 minutes du domicile des assurés ciblés, facilitant ainsi leur déplacement et leur présence,
- les infirmiers diplômés d'Etat réalisant les entretiens motivationnels ont été accompagnés et formés au moment du recrutement et en continu sur les différentes techniques d'intervention brèves.

En complément, 2 146 assurés MSA fumeurs et/ou consommateurs d'alcool ont bénéficié d'un entretien motivationnel à l'arrêt du tabac et/ou à la réduction de la consommation d'alcool. Le nombre de ces entretiens a augmenté de 37,7 % par rapport à 2024.

Des évolutions ont également été intégrées au contenu du dispositif :

- sensibilisation à réaliser l'auto-évaluation Icope auprès des 60 ans et plus via l'application Icope monitor (step 1 du programme), permettant de dépister les signes de fragilité des seniors,
- évolution de l'animation nutritionnelle avec de nouveaux outils d'animation.

L'évaluation, menée au 4^e trimestre 2025 sur les données de 2024, montre un taux de participation aux Instants santé de 24 % parmi les assurés contactés et une participation marquée par des disparités territoriales et des situations individuelles spécifiques. Le taux de contact est de 40,2 %.

La probabilité de participer au dispositif augmente si l'assuré a un médecin traitant ou encore s'il vit dans une commune agricole et moyennement vulnérable. Être plus âgé et être un homme sont également des facteurs favorisants.

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

Parmi les participants aux Instants santé sans recours à une consultation médicale dans les 6 mois précédents leur participation, 46,2 % ont une consultation dans les 6 mois suivant la séance Instants santé, attestant d'un impact réel du dispositif.

Proposition 1 : Faire évoluer le dispositif Instants santé afin de renforcer son efficacité

Le dispositif de prévention Instants santé est identifié comme un levier de contribution à la réduction des coûts de santé.

Des travaux d'évolution du contenu seront engagés dès 2026 pour un déploiement en 2027 en vue d'améliorer le retour sur investissement du dispositif tout en maintenant les actions de prévention primaire sur les thématiques à plus forte valeur ajoutée et en élargissant les actions de prévention médicalisée au sein du dispositif.

Le dispositif, avec notamment l'intégration d'un troisième infirmier diplômé d'Etat, sera réorganisé pour proposer un parcours au plus près des besoins des populations les plus fragiles et éloignées du parcours de santé.

Proposition 2 : Mettre en œuvre un schéma de captation personnalisé prenant en compte les déterminants environnementaux dans le cadre des Instants santé

L'objectif premier est d'augmenter le taux de participation et le nombre de retour vers le parcours de santé. Plusieurs leviers seront activés de manière concomitante :

- une communication ciblée permettant de mieux valoriser et faire connaître le dispositif auprès des personnes invitées,
- la mise en œuvre de solutions réduisant le taux d'injoignabilité des assurés,
- une évolution du schéma de captation adaptée aux critères et déterminants environnementaux des assurés qui s'appuie sur les enseignements de l'évaluation 2024.

c. Instants santé jeunes

À la suite de la refonte des Instants santé jeunes déployé en décembre 2024, plus de 150 000 courriers d'invitation ont été adressés aux assurés MSA de 16 à 24 ans. Cette mobilisation a permis la réalisation de plus de 1 800 entretiens, avec une répartition globalement homogène entre les différents territoires. On observe par ailleurs une participation légèrement plus élevée des femmes par rapport aux hommes.

Les entretiens ont principalement porté sur trois thématiques majeures : l'alimentation, l'activité physique, ainsi que la santé mentale et le bien-être. Ces sujets reflètent les préoccupations prioritaires des bénéficiaires en matière de prévention et de santé globale. À l'issue des échanges, les actions de suite institutionnelles les plus fréquemment recommandées ont été les dispositifs Nutri Déclic et Agri'écoute, témoignant de la réponse adaptée de la MSA au regard des besoins identifiés.

L'analyse des questionnaires complétés en amont des entretiens met en évidence un enseignement notable : les personnes déclarant n'avoir « aucun thème à aborder » sont souvent celles qui évaluent leur état de santé comme étant mauvais.

Par ailleurs, les coachs santé accordent davantage de temps aux bénéficiaires dont l'état de santé est perçu comme négatif, traduisant une adaptation des accompagnements aux situations les plus fragiles.

Enfin, les retours post-entretien montrent que plus de 95 % des jeunes ayant bénéficié de recommandations déclarent avoir l'intention de les mettre en œuvre à l'issue du rendez-vous. De manière plus globale, près de 90 % des assurés indiquent que leur motivation à prendre en charge leur santé a été renforcée grâce à cet accompagnement.

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

Une campagne de communication digitale a été déployée du 15 septembre au 5 octobre 2025 pour promouvoir le dispositif auprès de jeunes assurés MSA de 16 à 24 ans et positionner la MSA comme un acteur majeur en matière de santé mentale (Grande Cause Nationale).

Cette campagne intégrant des créations et témoignages incarnés de jeunes et parents, a généré un trafic conséquent sur le site Instants santé jeunes (132 000 clics vers le site) (<https://isjeunes.msa.fr/>) et une mise en avant du dispositif sur des chaînes You tube très consultées par la cible 16-24 ans (Visuel 1).

Visuel 1 :

Campagne Instants santé jeunes, exemples de témoignages incarnés par les jeunes

INSTANTS SANTÉ JEUNES

“
En soirée, je n'osais jamais dire non à un verre.
Grâce aux équipes instants santé jeunes
j'ai osé poser des limites et maintenant je passe de meilleures soirées.
Anais, 19 ans

INSTANTS SANTÉ JEUNES

“
Avant d'aller dormir je scrollais des heures. J'étais épuisé tout le temps.
Grâce aux équipes instants santé jeunes
j'ai réussi à poser des limites, petit à petit.
Lucas, 24 ans

INSTANTS SANTÉ JEUNES

“
Je pensais être la seule ...
Avant les examens, je n'arrivais plus à dormir. Je stressais toute la nuit.
Grâce aux équipes instants santé jeunes
j'ai appris à mieux gérer mon stress et à retrouver le sommeil.
Clara, 18 ans

INSTANTS SANTÉ JEUNES

“
Je n'arrêtais pas de me comparer aux autres, me voir dans le miroir était insupportable.
Grâce aux équipes instants santé jeunes
j'ai repris confiance en moi et je suis plus douce avec moi-même.
Julie, 16 ans

INSTANTS SANTÉ JEUNES

“
Je pensais être le seul ...
À la salle de sport, je m'entraînais tous les jours et je suivais un régime très strict, mais je n'avais pas l'impression de progresser.
Grâce aux équipes instants santé jeunes
j'ai pu établir un programme qui donne des résultats tout en prenant du plaisir.
Adrien, 20 ans

INSTANTS SANTÉ JEUNES

“
Je dis à tout le monde que tout va bien. Mais en vrai, j'étais seul du matin au soir.
Grâce aux équipes instants santé jeunes
j'ai osé me confier et je me sens soutenu.
Louis, 20 ans

INSTANTS SANTÉ JEUNES

“
Je pensais être le seul ...
Je passais des heures à jouer en ligne, sans réussir à m'arrêter. J'étais souvent épuisé.
Grâce aux équipes instants santé jeunes
j'ai réussi à poser des limites.
Romain, 24 ans

INSTANTS SANTÉ JEUNES

“
Je pensais être la seule ...
Je soulais des repas toute la journée et le soir je culpabilisais de trop manger.
Grâce aux équipes instants santé jeunes
j'ai appris à retrouver un rapport plus simple avec la nourriture
Emma, 21 ans

d. Décliv

En 2025, une évaluation a été conduite auprès des bénéficiaires de l'accompagnement santé/social de la MSA. Cette enquête, menée auprès de 100 adhérents, a permis de montrer que 88 % d'entre eux avaient mis en place les solutions proposées par le travailleur social. Leur situation personnelle s'est améliorée pour 83 % d'entre eux concernant leurs difficultés administratives, 70 % d'entre eux pour leurs difficultés financières et 60 % concernant les difficultés liées à la santé. Six bénéficiaires sur 10 n'auraient pas solutionné leurs problèmes sans la MSA. Enfin, 86 % d'entre eux ont pu plus facilement faire face aux situations du quotidien grâce à cet accompagnement et les trois-quarts se sentent plus à l'aise pour expliquer leurs difficultés à des professionnels (médecins, agents de la MSA).

e. Instants aidants

En 2025, 256 aidants ont pu bénéficier de l'accompagnement Instants aidants depuis son lancement. 182 personnes sont toujours en suivi ce qui montre une demande forte des aidants sur plusieurs mois, souvent à un rythme d'accompagnement mensuel. 50 % des aidants accompagnés ont bénéficié du RDV santé (proposé dans le parcours depuis juin 2025). 60 % des aidants accompagnés sont des assurés MSA.

Depuis le lancement du dispositif, 5 points majeurs sont identifiés :

- 1) la santé mentale est le marqueur de l'accompagnement Instants aidants. Le mal-être des aidants est au cœur du discours des nouveaux inscrits qui évoquent épuisement et isolement de manière majeure, avec des proches aidés en situation complexe. Exemple : décharge émotionnelle forte lors du 1^{er} RDV : colère, découragement, impuissance,
- 2) une santé « négligée » d'où l'intérêt de sensibiliser par l'approche motivationnelle les dispositifs de prévention de droit commun : dépistages organisés des cancers, Mon Bilan Prévention, vaccinations,...
- 3) l'accompagnement pour l'aidant en début de suivi, porte en priorité sur l'aide à fournir à son proche. Les aidants s'autorisent ensuite à demander des conseils et du soutien pour eux, une fois rassurés sur l'optimisation du parcours de « leur » aidé,
- 4) les RDV santé « aidants » interviennent en général après 3 à 4 RDV de suivi, quand la relation de confiance avec le référent infirmier est suffisamment établie pour libérer la parole,
- 5) les RDV de suivi initialement prévus à un rythme trimestriel se déroulent plutôt à une fréquence mensuelle, à la demande des aidants. A ce jour, les parcours s'étalent de 4 mois à 1 an.

Proposition 3 :

Adapter le parcours des aidants et prendre en compte les enseignements des dispositifs d'évaluation

Le développement d'une plateforme digitale est en cours (mise en fonction prévisionnelle pour octobre 2026). Elle permettra d'offrir une modalité complémentaire à l'accompagnement par téléphone et visio-conférence pour une gestion en autonomie par l'aidant de ses RDV et la réalisation du RDV par différentes modalités souhaitées.

En complément, l'accompagnement continuera d'évoluer pour s'adapter aux spécificités de l'aidant (durée d'accompagnement, rupture puis reprise de l'accompagnement, intégration dans le dispositif pour le rendez-vous santé...).

f. Vaccinations

- **Vaccination antigrippale saisonnière**

La campagne nationale de vaccination 2025-2026 contre la grippe s'est déroulée du 14 octobre 2025 au 28 février 2026. 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 24 affections de longue durée (ALD) ciblées.

Par ailleurs, une population dite en « extension » - les personnes atteintes de maladies respiratoires chroniques (asthme, bronchite chronique obstructive...), les personnes immunodéprimées et les femmes enceintes - est également concernée par cette campagne.

Au régime agricole, la couverture vaccinale antigrippale saisonnière a augmenté en 2025-2026 pour la première fois depuis la pandémie de la Covid-19 et s'élève à 57,1 %. On observe un gain de 2 points pour les personnes de 65 ans et plus et un gain de près de 9 points chez les personnes en ALD, immunodéprimées ou présentant certaines affections respiratoires. Au total, un gain de 4 points est observé pour la population totale ciblée (**Tableau 39**).

Tableau 39 :
Taux de couverture vaccinale contre la grippe au régime agricole

Taux de couverture vaccinale (en %)			
Campagne	Personnes de 65 ans et plus	Personnes en ALD et extensions	Population ciblée (totale)
2020-2021	61,9	68,7	62,4
2021-2022	59,4	58,8	59,3
2022-2023	59,1	59,0	59,1
2023-2024	55,4	35,4	52,9
2024-2025	55,4	37,4	53,1
2025-2026	57,4	46,2	57,1

Source : MSA

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

Cf partie 3.3.1.1.

g. Dépistages organisés des cancers

La MSA accompagne des publics aux caractéristiques spécifiques : forte dispersion géographique, contraintes professionnelles importantes, vieillissement de la population, exposition accrue à certains facteurs de risque et, parfois, moindre recours aux dispositifs de prévention.

L'implication de la MSA s'inscrit dans les objectifs de la stratégie décennale, en particulier en matière de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. En cohérence avec la feuille de route 2026-2030, la MSA partage l'objectif de renforcer l'impact de la lutte contre les cancers au bénéfice de tous. Par ces actions d'aller-vers, elle s'inscrit dans les axes suivants :

- la prévention affirmée comme un levier majeur, à travers des actions ciblant les facteurs de risque évitables, notamment ceux liés aux modes de vie ainsi qu'aux expositions professionnelles et environnementales, avec une attention particulière portée aux populations agricoles et rurales,
- la consolidation du dépistage organisé et le diagnostic précoce, en développant des modalités d'intervention adaptées aux contraintes spécifiques des publics concernés, notamment par des actions de proximité et des démarches d'aller-vers/ramener-vers pour favoriser un meilleur recours aux dispositifs de prévention,
- la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, reposant sur l'adaptation des actions aux réalités locales, le développement de partenariats territoriaux et la mobilisation des données et expertises des acteurs de la protection sociale afin de garantir des interventions ciblées, cohérentes et efficaces.

Pour le dépistage organisé du cancer du sein, 108 102 mammographies ont été réalisées en MSA dans le cadre du dépistage organisé et individuel en 2024. Le taux de participation est de 52,1 % (période 2023-2024).

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

Pour le dépistage organisé du cancer colorectal, 119 614 tests de dépistage ont été réalisés en MSA en 2024. Le taux de participation est de 23,9 % (période 2023-2024).

Pour le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, le taux de participation est de 63,1 % (période 2023-2024).

Proposition 4 : Mettre en place un nouveau dispositif d'aller-vers/ramener-vers concernant les dépistages organisés des cancers

Dans la perspective d'améliorer durablement la participation de ses assurés aux dépistages organisés des cancers, la MSA a mis en œuvre depuis le 1^{er} avril 2026, le renforcement de sa stratégie d'aller-vers/ramener-vers reposant sur un dispositif structuré d'accompagnement téléphonique des assurés.

Les entretiens motivationnels par téléphone réalisés par des infirmiers diplômés d'État, reposent sur une approche d'entretien motivationnel destinée à accompagner plus spécifiquement les assurés identifiés comme fragiles ou éloignés du système de prévention.

Sur plus de 28 000 personnes contactées dans le cadre de la campagne liée au dépistage organisé du cancer colorectal en 2025, 8 228 personnes ont accepté l'entretien. Plus de 75 % d'entre elles déclarent vouloir se faire dépister à l'issue de l'entretien et 896 ont été dépistées ; 314 dépistages supplémentaires sont directement attribuables à cette action.

Forts de ces enseignements, les entretiens par téléphone, réalisés par des téléopérateurs spécialement formés, visent à contacter les personnes éligibles aux dépistages organisés afin de les informer sur les dispositifs existants, de rappeler l'importance du dépistage et de favoriser leur engagement dans la démarche préventive. Ces échanges courts permettent de sensibiliser un large volume d'assurés et d'identifier, le cas échéant, les freins à la participation.

La trajectoire prévoit une montée en charge progressive de ces dispositifs, avec un volume accru d'entretiens par téléphone permettant d'augmenter significativement les taux de participation aux dépistages organisés.

Cette stratégie vise à renforcer l'efficacité des actions de prévention portées par la MSA, à améliorer l'accès aux dépistages pour les publics les plus éloignés et à contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé⁵⁷.

En complément de ces actions et pour répondre aux attentes des pouvoirs publics visant à renforcer la stratégie d'aller-vers/ramener-vers les personnes les plus éloignées, le volet « dépistage organisé des cancers » de Coup de pouce prévention joue un rôle essentiel.

Ce dispositif contribue significativement à l'amélioration des taux de participation au dépistage organisé des cancers en soutenant des projets portés par les territoires.

Au total, en 2025, ce sont 7 projets qui ont été accompagnés de façon méthodologique et 15 financièrement pour déployer des actions complémentaires d'aller-vers pour sensibiliser aux dépistages des cancers directement dans les territoires. 13 230 personnes ont été ciblées par ces actions sur cette thématique.

⁵⁷ Voir partie 2.3.3. L'analyse des densités de gynécologues et de sages-femmes libéraux et le recours aux actes gynécologiques au régime agricole en 2024.

h. Prévention bucco-dentaire

• **Prévention bucco-dentaire dans le cadre du dispositif conventionnel**

En 2025, plus de 38 400 enfants et jeunes ont bénéficié d'un examen de prévention bucco-dentaire dans le cadre du dispositif « M'T dents » et plus de 63 500 dans le cadre du dispositif « M'T dents tous les ans ».

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 2025, ce dispositif a permis à 38 412 enfants et jeunes du régime agricole de bénéficier d'un examen de prévention bucco-dentaire. Le taux de participation national est de 20,4 % (contre 24,9 % en 2024) (**Tableau 40**).

Tableau 40 :
Dispositif conventionnel de prévention bucco-dentaire M'T dents : nombre d'invités, examens réalisés et taux de participation en 2025

	3 ans	6 ans	9 ans	12 ans	15 ans	18 ans	21 ans	24 ans	Total
Nombre d'invités	16 497	18 490	20 414	22 841	24 659	29 399	28 256	27 294	187 850
Nombre d'examens de prévention réalisés	5 077	6 117	5 954	5 558	4 832	4 553	3 832	2 489	38 412
Taux de participation	30,8 %	33,1 %	29,2 %	24,3 %	19,6 %	15,5 %	13,6 %	9,1 %	20,4 %

Source : MSA

Depuis 2016, le dispositif M'T dents était renforcé par l'action d'accompagnement du dispositif M'T dents auprès des jeunes non-consommant de soins dentaires. Il s'agissait 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 comprenait également un système de relances adressées à l'ouvrant droit dans les quatre mois qui suivent le mois d'invitation.

Entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2025, 1 604 jeunes du régime agricole ont pu bénéficier d'un examen bucco-dentaire intégralement pris en charge. Le taux de participation national est de 19,1 %.

L'action s'est arrêtée le 31 mars 2025, avec le déploiement du dispositif piloté par l'Etat « M'T dents tous les ans ! » à compter du 1^{er} avril 2025.

Depuis le 1^{er} avril 2025, le dispositif « M'T dents » a évolué pour devenir « M'T dents tous les ans ! ». L'objectif est similaire mais dans le cadre du nouveau dispositif, les enfants et jeunes sont invités tous les ans entre 3 et 24 ans compris. Ils peuvent ainsi bénéficier d'un examen bucco-dentaire par année civile.

En 2025, ce dispositif a permis à 63 522 enfants et jeunes du régime agricole de bénéficier d'un examen de prévention bucco-dentaire. Le taux de participation au dispositif conventionnel « M'T dents tous les ans ! » s'élève à 14,8 % (**Tableau 41**).

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap, la convention de 2023 prévoit la possibilité pour le chirurgien-dentiste de facturer un supplément de 23 euros cumulable à la rémunération de l'examen bucco-dentaire.

Tableau 41 :
Dispositif conventionnel « M'T dents tous les ans ! » : nombre d'invités, examens bucco-dentaires réalisés et taux de participation (tous âges confondus) en 2025

Nombre d'invités	Nombre d'examens bucco-dentaires réalisés	Taux de participation
428 024	63 522	14,8 %

Source : MSA

- **Prévention bucco-dentaire dans le cadre du dispositif institutionnel**

Prévention de la carie de la petite enfance

Dans le cadre du renforcement de ses actions de prévention, la MSA a déployé en 2026 une nouvelle action dédiée à la prévention de la carie de la petite enfance. Cette initiative s'inscrit dans la continuité de la convention dentaire 2023-2028, qui met l'accent sur l'intervention précoce, dès le plus jeune âge, face à un enjeu majeur de santé publique.

Aussi, cette action contribue à développer une culture de la prévention en sensibilisant les parents dès le premier anniversaire de l'enfant, tout en renforçant l'accompagnement des publics potentiellement vulnérables.

Concrètement, l'action repose sur l'envoi d'un courrier d'information accompagné d'un dépliant pédagogique et d'une brosse à dents, afin d'encourager l'adoption de bonnes pratiques dès les premières années de vie.

Par cette démarche, la MSA vise à réduire durablement la prévalence des caries et à favoriser une meilleure santé bucco-dentaire des générations futures.

Tout Sourire !

Tout Sourire ! est une action de prévention en santé bucco-dentaire qui s'adresse aux adultes en situation de handicap accueillis dans les entreprises adaptées, les Établissements et services d'accompagnement par le travail (Esat), les Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les foyers d'hébergement.

En 2025, le nombre d'interventions a doublé comparé à 2024, avec un nombre proportionnel de participants : 36 interventions ont permis de sensibiliser 749 personnes en situation de handicap et 201 professionnels encadrants dans 32 établissements.

Depuis 2022 (année de l'expérimentation) :

- 17 caisses de MSA ont formé des animateurs, en majorité issus des Associations Santé Education et Prévention sur les Territoires (ASEPT) et des MSA Services. Seule une région a recours à une association spécialisée en santé orale auprès des personnes en situation de handicap, membre du réseau Santé Orale Soins Spécifiques (SOSS) ;
- 441 professionnels et 1 397 personnes en situation de handicap ont été sensibilisés ;
- 258 ateliers ont eu lieu dans 67 établissements.

i. Actions de prévention et de lutte contre les addictions

En 2025, 2 169 adhérents ont bénéficié d'un entretien motivationnel à l'arrêt du tabac et/ou à la réduction de la consommation d'alcool (EMATRA) lors des bilans de santé Instants santé, soit 53 % des personnes ayant déclaré être fumeurs et/ou avoir des consommations d'alcool hors repères : 1 569 concernaient le tabac (72 %), 474 entretiens étaient en lien avec l'alcool (22 %) et 126 sur le tabac et l'alcool en même temps (6 %).

En 2025, 10 caisses de MSA ont déployé Déclic Stop Tabac dans 36 établissements : 21 maisons familiales rurales (MFR), 8 lycées professionnels agricoles, 3 centres de formation des apprentis en agriculture et 4 en structures d'insertion par l'activité économique (SIAE).

Au total, 97 ateliers collectifs de sensibilisation ont rassemblé 1 908 participants.

j. Les P'tits ateliers nutritifs

En 2025, 584 parents ont participé à au moins l'un des 91 P'tits ateliers nutritifs proposés. Deux-tiers sont des assurés MSA.

1 620 inscriptions (une même personne peut s'inscrire à plusieurs ateliers) ont été recensées pour 989 participations (une même personne peut participer à plusieurs ateliers), soit un taux de participation de 61 %.

17 % des participants ont suivi le parcours dans sa globalité (ateliers 1, 2 et 3) et 37 % ont participé à au moins 2 ateliers.

En 2025, la communication s'est concentrée sur un achat d'espace sur une plateforme de santé (bannière présente pendant 3 semaines). Un bouton « Call to action » renvoyait vers la page MSA dédiée et l'inscription sur la plateforme digitale auprès des parents prenant un rendez-vous médical pour leur enfant de moins de 3 ans. L'action a permis de générer 710 inscriptions, soit 44 % des inscriptions de 2025.

En parallèle, l'envoi trimestriel d'e-mails aux assurés MSA reste le canal de captation le plus important.

k. Actions collectives seniors

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

En 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 au programme du 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.

l. Coup de pouce prévention

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.

En 2025, 106 projets ont pu bénéficier d'un accompagnement méthodologique (diagnostic territorial, évaluation, gestion de projet...) proposé par la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA). 26 webinaires thématiques ont été réalisés et 299 séances individuelles ont été proposées aux porteurs de projets.

À l'issue des commissions de sélection, 191 projets (dont 90 projets reconduits) ont reçu une participation à financement. Parmi ces projets :

- 52 relèvent d'une intervention dans le champ des addictions (27,2 % des projets) ;
- 15 projets dans le champ des dépistages organisés des cancers (7,9 %) ;
- 124 projets relèvent de territoires d'intervention prioritaire (64,9 %).

Au total, 448 505 personnes ont été ciblées par les actions auxquelles la CCMSA a contribué au financement et à l'accompagnement.

Les résultats du bilan 2025 montre que les publics ciblés par les projets soutenus dans le cadre de Coup de pouce prévention correspondent aux publics désignés comme prioritaires dans le cadre des objectifs de santé publique :

- 13,0 % des projets ciblent spécifiquement des personnes atteintes de maladies chroniques ;
- 29,3 % des projets ciblent spécifiquement des personnes en situation de précarité ;
- 17,2 % des projets ciblent spécifiquement des personnes en situation de handicap.

m. Information en prévention

Dans le cadre des actions d'information en santé et contribution à la lutte contre la désinformation en santé, 184 actions ont été réalisées et financées au titre de l'année 2025. Parmi elles, 124 actions sont de nouvelles initiatives et 60 actions correspondent à des reconductions, en continuité des interventions engagées les années précédentes.

Au total, 120 603 personnes ont été ciblées par les différentes actions. Les actions menées ont couvert une diversité de thématiques et se sont adressées à un public varié :

- 15,2 % des actions ont ciblé spécifiquement les femmes,
- 13,6 % des actions ont ciblé des jeunes,
- 8,2 % des actions ont ciblé des parents,
- 3,8 % des actions ont ciblé des personnes en affection de longue durée (ALD).

Parmi ces actions, 31 % ont porté sur la prévention et les dépistages organisés des cancers, 21,2 % sur la santé mentale.

Les actions réalisées ont pris des formes diversifiées : stands d'information, conférences, colloques, journées de prévention, débats-théâtre et création de supports de communication :

- 23,4 % des projets ont mis en œuvre des ateliers collectifs,
- 21,2 % des projets ont mis en œuvre des stands d'information,
- 11,4 % des projets ont mis en œuvre des conférences.

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 2025

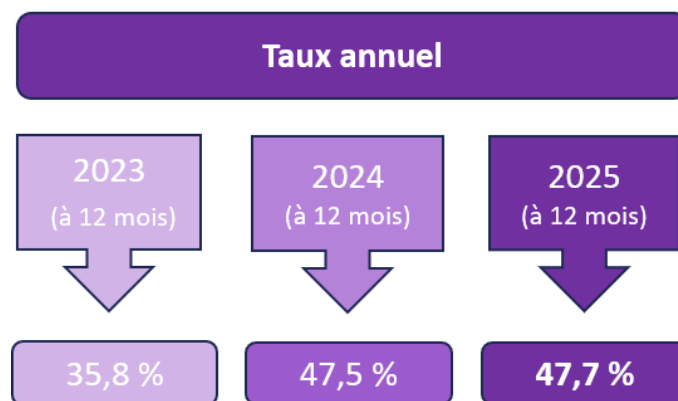
Depuis l'année 2023, l'objectif suivi dans la COG est le taux de Rendez-vous Prestations ayant permis d'ouvrir au moins un droit (il s'agissait jusqu'alors du nombre de Rendez-vous Prestations réalisés). En 2023, la cible 2024 avait été fixée à 30 %, et pour l'année 2025, la cible a été fixée à 40 %.

- Réalisation du Rendez-vous Prestations

Attachée à maintenir une relation de proximité avec ses adhérents, la MSA continue sa mobilisation en réalisant 24 427 Rendez-vous Prestations en 2025 (après 23 594 Rendez-vous Prestations en 2024).

Entre 2023 et 2025, le taux des Rendez-vous Prestations ouvrant au moins un droit progresse de près de 12 points (**Schéma 1 et Graphique 47**).

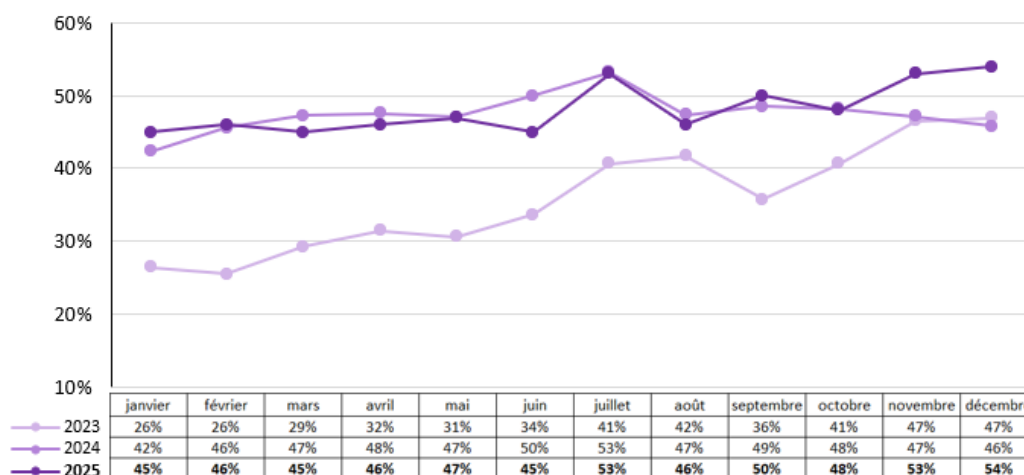
Schéma 1 :
Evolution du taux annuel des Rendez-vous Prestations ouvrant au moins un droit de 2023 à 2025



Source : MSA

Graphique 47 :

Evolution mensuelle du taux de Rendez-vous Prestations réalisés ouvrant au moins un droit entre 2023 et 2025



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. Les mesures et actions proposées dans le cadre de la santé et la sécurité au travail

3.1.3.1. Le développement des actions spécifiques pour améliorer la santé et la sécurité au travail des femmes

Proposition 5 :

Développer des actions spécifiques pour améliorer la santé et la sécurité au travail des femmes

Cette proposition a été intégrée dans le Plan Santé Sécurité au Travail (PSST) 2026-2030, notamment suite aux constats suivants :

- l’étude Vérián/MSA, publiée en février 2024, révèle que 66 % des femmes estiment qu’il est plus difficile pour une femme d’exercer dans l’agriculture que pour un homme,
- la loi n°2014-873 du 4 août 2014 pour l’égalité réelle entre les femmes et les hommes prévoit que l’évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, réalisée par l’employeur, doit tenir compte de l’impact différencié de l’exposition au risque en fonction du sexe.

Dans l’approche par les situations de travail portée par le plan précédent et reprise dans le PSST 2026-2030, l’opérateur constitue une des trois composantes majeures de ladite situation de travail, au même titre que l’entreprise et la tâche. Par conséquent, les différentes caractéristiques (physiques, cognitives, psychiques, sociales) d’un individu, ici situé comme opérateur, interagissent avec la tâche et l’entreprise pour composer une situation de travail en partie spécifique à chaque opérateur. Cela aboutit à une réalisation singulière de l’activité de travail entrant en interaction avec la question des risques professionnels et les effets sur la santé. Ainsi, des caractéristiques spécifiques d’un individu ou partagées à l’échelle d’une population influencent l’exposition aux risques professionnels et la santé de ces populations :

- Ainsi, par exemple, les femmes sont confrontées à des difficultés lors de l’utilisation de certains matériels agricoles conçus sans tenir compte de la morphologie, ou dans la manutention manuelle. Beaucoup de tracteurs possèdent des sièges réglables mais pas suffisamment bas pour certaines personnes de plus petite taille (majoritairement les femmes), qui rencontrent des difficultés à atteindre confortablement les pédales et les commandes.

- Dans les champs ou sur chantier, il est plus difficile pour une femme d'accéder aux toilettes, il arrive qu'elles limitent la boisson pour pouvoir gérer. Ce problème est majoré lors des règles avec parfois impossibilité de se changer.

Le ciblage de certaines populations reste cohérent avec la démarche générale et habituelle de la prévention (différents niveaux de prévention, approche par l'activité de travail). En effet, les actions de prévention menées auprès de certaines populations profitent à l'ensemble des opérateurs et participent à la dynamique de prévention.

L'objectif de la MSA, à travers cette proposition, est d'accompagner les entreprises à la prise en compte de la vulnérabilité de certaines populations, ici les femmes, afin de promouvoir la prévention pour l'ensemble des travailleurs.

La MSA place les femmes au cœur de son PSST 2026-2030 en développant des actions spécifiques pour améliorer leur santé et sécurité au travail :

- Analyse ciblée des accidents graves et mortels chez les femmes, avec des mesures de prévention adaptées.
- Prévention des troubles musculosquelettiques (TMS) et psychosociaux (TPS), via des analyses de situations de travail dans une vision globale et personnalisée en tenant compte des différences de genre.
- Information des entreprises, des employeurs sur la législation concernant les femmes enceintes, allaitantes, en âge de procréer et sur l'obligation d'évaluation sexuée dans le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP).
- Actions collectives d'éducation et d'information en matière de santé publique dans le but de favoriser et développer la prévention globale : sommeil, alimentation, hygiène de vie, addictions, maintien en condition physique.

Le 24 avril 2026, la Caisse centrale de la MSA (CCMSA) et la caisse de MSA des Charentes ont proposé un webinaire « Le travail, une ressource pour la santé des femmes ? » [\(disponible en replay sur MSA TV\)](#)

Au cours de ce webinaire, la CCMSA et la caisse de MSA des Charentes partagent leurs analyses et des exemples concrets d'actions menées sur le terrain. L'objectif est de construire un environnement de travail qui soutient la santé de tous, en particulier celle des femmes agricultrices.

3.1.3.2. 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 pluriannuelle proposée 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 cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (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'amiantes : le risque est présent sur l'ensemble du territoire en raison notamment du vieillissement du bâti agricole (la présence de l'amiantes 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.

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

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 cancérogènes. 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 2026-2030, 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 6 :

Poursuivre l'accompagnement des entreprises agricoles sur la prévention des risques liés à l'exposition aux agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction hors pesticides

Encadré 2 :

Zoom sur les expositions aux poussières de bois et de silice cristalline

La silice cristalline (poussière d'origine minérale) et les poussières de bois sont considérées comme dangereuses pour la santé (classées cancérigènes du groupe 1 par le CIRC). Aussi, les travaux exposant à la poussière silice cristalline alvéolaire ainsi que ceux exposant aux poussières de bois sont considérés comme procédés de travail cancérigènes au sens du code du travail.

Les actions réalisées et à mener sont listées ci-après :

- Webinaire « Journée du REPRAN (REseau Pathologies Respiratoires Agricoles National) » prévue le 15 décembre 2026.

La thématique de ce webinaire est la silice cristalline et les poussières de bois. Son objectif principal est l'apport de connaissances pour le réseau SST MSA (médecin du travail, infirmier en santé au travail et conseillers en prévention) sur les risques respiratoires en lien avec les activités agricoles.

Le déroulé s'articule en deux grandes parties :

- La matinée, consacrée à un apport théorique, sous la forme de 2 conférences thématiques (avec questions et échanges)
- L'après-midi, plus centré sur les aspects opérationnels « métiers » : l'approche ergo-toxicologique avec la métrologie, la prévention par la ventilation des locaux, et les EPI respiratoires qui restent incontournables dans de nombreuses situations.
- Intégration de la poussière de bois dans le nouveau PSST 2026-2030 avec 2 objectifs opérationnels :
 - Evaluer : accompagner les employeurs à l'évaluation du risque (mesures réglementaires et traçabilité des expositions).
 - Gérer : accompagner la mise en place d'actions de réduction de l'exposition en donnant la priorité à la protection collective (9 principes généraux de prévention) lorsque c'est possible.
- Intégration de la silice cristalline dans le nouveau PSST 2026-2030 avec 2 objectifs opérationnels :
 - Evaluer : accompagner les employeurs à l'évaluation du risque (mesures réglementaires et traçabilité des expositions).
 - Gérer : accompagner la mise en place d'actions de réduction de l'exposition en donnant la priorité à la protection collective (9 principes généraux de prévention) lorsque c'est possible.
- Exemples d'actions qui seront menées par certaines caisses de MSA sur la durée du PSST 2026-2030 :
 - Approche ergo-toxicologique de la silice cristalline ciblée sur la filière maraichage (MSA Beauce Cœur de Loire).

La silice cristalline est un agent chimique classé cancérigène pour l'homme par le CIRC. Cette substance a été très peu investiguée dans le monde professionnel agricole jusqu'à maintenant. La présence de silice cristalline dans la croûte terrestre et sa toxicité questionne et soulève la problématique de l'exposition des opérateurs agricoles à cette substance. Ainsi, une investigation de cette thématique sera menée sous l'angle de l'ergo-toxicologie de manière à identifier si exposition à la silice il y a et lors de quelle(s) phase(s) de travail.

- Enquêtes dans la filière équine sur les matériaux utilisés dans les carrières et dans les boxes (MSA Alpes Vaucluse).

Concernant les centres équestres, des questions se posent sur l'exposition à la silice dans les carrières, mais également aux poussières de bois avec les nouvelles litières utilisées dans les boxes lors du nettoyage de ces derniers. Dans un deuxième temps, un accompagnement est prévu pour les entreprises qui utilisent ces matériaux en carrières et boxes, pour étudier les expositions des travailleurs et évaluer les risques, selon leurs pratiques, la durée de travail au sol des moniteurs, le nombre de chevaux et le types d'activités réalisées lors des cours mais également de la configuration de l'espace de travail (ventilé ou non) et le temps de nettoyage des boxes, avec un accompagnement dans l'évaluation de ces risques.

3.1.3.3. Le développement de la prévention primaire au niveau de la situation de travail en vision globale et systémique

Proposition 7 :

Développer la prévention primaire au niveau de la situation de travail en vision globale et systémique

L'action proposée, dans la continuité du précédent Plan Santé Sécurité au Travail (PSST), s'inscrit dans le PSST 2026-2030. En effet, la prévention primaire est l'une des quatre orientations transverses qui constitue un cadre structurant de ce plan, un fil conducteur indispensable pour garantir une approche cohérente et globale de la prévention.

Le développement de la prévention primaire est également mis en avant dans l'Axe 1 de ce plan : « Accompagner les entreprises à agir sur les situations de travail par une approche pluridisciplinaire systémique en prévention primaire pour préserver la santé ».

La prévention primaire permet aux entreprises d'adopter une approche proactive et flexible qui ajuste constamment les paramètres déterminant les conditions de réalisation du travail.

Elle devient une approche stratégique pour agir directement à la source des problématiques de santé et de performances dans les entreprises en anticipant les dangers pour prévenir les situations de travail à risques et concevoir des environnements de travail permettant aux individus d'agir.

La prévention primaire consiste donc à intégrer dans l'accompagnement des entreprises les enjeux du travail et les facteurs de santé pour supprimer ou éviter les situations de travail dangereuses, quelles que soient les thématiques accompagnées :

- Renforcement des démarches d'évaluation des risques professionnels,
- Création des dispositifs de formation,
- Développement de normes et de spécifications techniques,
- Conception des équipements, des lieux de travail, d'organisations,
- Prévention des risques liés non seulement aux mutations sociétales, environnementales et économiques mais aussi à l'introduction des nouvelles technologies et des nouvelles organisations de travail.

La prévention efficace et durable nécessite de prendre en compte le travail réel comme élément de diagnostic et de ressource. Il convient d'observer et d'analyser les situations de travail et de prendre en compte les évolutions de la société. La prise en compte du travail réel est un élément central dans l'efficacité des actions et nécessite la mobilisation et l'acculturation de tous les acteurs des équipes SST de la MSA et des entreprises.

Ainsi, l'approche par l'activité se substitue à l'approche par risque en passant par l'analyse des situations de travail. L'action sur les différentes composantes de la situation de travail (prescription, entreprise et opérateur) est privilégiée. La notion de diagnostic est modifiée. Il ne s'agit pas uniquement de poser un diagnostic des niveaux de risque mais principalement de repérer les déterminants à l'origine d'un possible déséquilibre du système. Le mal-être professionnel, les conduites addictives en milieu du travail, les troubles musculo-squelettiques (TMS) et les troubles psycho-sociaux (TPS) partagent dans les situations de travail, des déterminants (causes) communs.

Dans le cas des addictions, au lieu de les traiter directement, il faut prendre en compte les situations de travail. En effet, des situations de travail délétères peuvent entraîner des addictions (pas seulement consommation de substances, mais également des addictions aux réseaux sociaux...).

En résumé, l'objectif de la MSA est donc d'accompagner les entreprises à :

- développer la prévention primaire basée sur la prise en compte du travail réel ;
- regarder au-delà de la situation individuelle à risque, en agissant sur la conception, le process de production... voire le système de création de valeur en place dans l'entreprise et sur le territoire à risque ;
- accompagner les transformations des situations de travail pour promouvoir la santé, source de performance de l'entreprise selon les modalités propres à la relation de service SST personnalisée.

Lors d'une sollicitation par une entreprise, l'objectif ne sera pas d'apporter une simple réponse à cette demande, mais bien de travailler cette demande avec l'entreprise et la sensibiliser pour travailler la prévention primaire sur les déterminants identifiés qui nourrissent des difficultés. Il s'agira d'inscrire l'entreprise dans une démarche plus longue et de développer son autonomie sur les questions de la santé sécurité au travail. La réponse apportée par la MSA ne sera pas une solution sur catalogue mais bien une relation de service personnalisée construite avec l'entreprise.

Quelle que soit la nature de la demande de l'entreprise, la réponse sera un accompagnement en prévention primaire systémique et global.

Pour permettre la mise en place de cette démarche, en interne, l'approche par les situations de travail a été intégrée ou est en cours d'intégration dans les cycles de formation des professionnels de la SST (médecins du travail, infirmiers de santé travail, conseillers en prévention...).

Dans le cadre du PSST 2026-2030, les caisses de MSA ont enclenché des projets sur le sujet :

- Mise en place d'un programme d'accompagnement et de prévention à destination de la filière ovine pour voir la réalité du travail et définir l'accompagnement sur différents sujets (construction de bâtiments...);
- Organisation de temps collectifs (plusieurs entreprises) et individuels (une seule entreprise) pour les sensibiliser à travailler dans la durée et à transformer leur vision de la prévention.

3.1.4. L'extension du bénéfice du remplacement en agriculture aux personnes bénéficiaires de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) ou de l'allocation journalière pour proche aidant (AJPA)

La mesure proposée vise à améliorer de manière significative la situation des non-salariés agricoles confrontés à des situations familiales complexes, telles que la maladie grave, le handicap ou l'accident d'un enfant, ou la dépendance d'un proche. Elle permettrait à ces assurés, bénéficiaires de l'AJPP ou de l'AJPA, d'accéder au **dispositif de remplacement agricole**, actuellement réservé à d'autres événements familiaux (maternité, paternité, adoption, décès d'un enfant ou d'une personne à charge de moins de 20 ans).

- **Présentation de la mesure**

Le remplacement en agriculture permet aux non-salariés agricoles de maintenir la continuité de leur exploitation lorsqu'un événement majeur de la vie (maternité, paternité, adoption, hospitalisation ou décès d'un enfant) les contraint à interrompre temporairement leur activité. Ce dispositif repose sur des conventions annuelles, établies entre chaque caisse de MSA et le ou les groupements d'employeurs, conformément à l'article R. 732-22 du Code rural et de la pêche maritime (CRPM). Ces conventions doivent être conformes à une convention-type nationale conclue entre la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) et le Service Remplacement France (SRF), et approuvée par arrêté du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé du budget. Chaque convention locale doit en outre recueillir l'agrément de l'autorité de tutelle régionale.

La MSA, deuxième régime de protection sociale en France, est l'interlocuteur unique de ses ressortissants pour l'ensemble de leurs prestations sociales (santé, famille, retraite, accident du travail et maladie professionnelle), elle assure également le recouvrement des cotisations et contributions sociales.

La CCMSA pilote le réseau et contribue à la mise en œuvre de la politique sociale agricole. Elle représente aussi la MSA au niveau national auprès des ministères et partenaires institutionnels. SRF fédère quant à lui les services de remplacement sous forme associative, assurant ainsi la continuité des exploitations.

Actuellement l'accès aux services de remplacement est encadré par une convention-type nationale et son avenant datant de 2019, qui permet aux non-salariés agricoles de bénéficier d'une allocation de remplacement en cas de congé de maternité, de paternité, d'adoption, de décès d'un enfant et en cas de congé supplémentaire de naissance conformément aux articles L. 732-10 à L. 732-13 du CRPM, R. 732-17 à R. 732-29-5 et L. 732-12-1-1 du même code.

Toutefois, les dispositions légales susmentionnées autorisant le remplacement ne prennent pas en compte toutes les catégories d'évènements importants de la vie entraînant un arrêt d'activité de l'agriculteur ou de l'agricultrice.

Cette proposition législative vise à étendre le bénéfice du remplacement en agriculture aux assurés percevant l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) ou l'allocation journalière pour proche aidant (AJPA), lorsqu'ils doivent interrompre leur activité pour s'occuper d'un enfant malade, handicapé ou d'un proche en situation de dépendance.

Actuellement, le code rural et de la pêche maritime ne prévoit pas cette possibilité, laissant les assurés non-salariés agricoles dans l'impossibilité de bénéficier d'un remplacement lorsqu'ils doivent arrêter leur activité pour prendre soin de leur enfant ou d'un proche. Cette absence de dispositif peut fragiliser leur équilibre professionnel et compromettre la pérennité de leur exploitation.

Cette mesure répond à un besoin clairement identifié au sein de la MSA, où de nombreux assurés doivent interrompre leur activité pour des raisons familiales sans possibilité de se faire remplacer. Elle offrirait ainsi aux parents et proches aidants la possibilité de concilier responsabilités familiales et professionnelles. L'extension de ce droit renforcerait la reconnaissance du travail des proches aidants et améliorerait les conditions de vie des familles, elle favoriserait également une plus grande égalité et une meilleure prise en charge des situations familiales complexes.

- **Une mesure ayant des enjeux politiques**

La mesure d'extension du bénéfice du remplacement en agriculture aux assurés percevant l'AJPP ou l'AJPA présente une portée politique significative, à la fois sociale, territoriale et symbolique. Elle répond à une attente clairement identifiée du monde agricole, en particulier des exploitants confrontés à une contrainte structurelle majeure : l'impossibilité de suspendre leur activité sans mettre en péril la continuité de leur exploitation. En ce sens, elle s'inscrit dans une logique de justice sociale, en corrigeant une inégalité manifeste entre les agriculteurs et les autres catégories de travailleurs, notamment les salariés, qui bénéficient de dispositifs plus protecteurs face aux aléas familiaux. Cette convergence des droits constitue un argument politique fort, en cohérence avec les objectifs de simplification et d'unification du système de protection sociale.

La mesure s'inscrit également dans les priorités transversales de l'action publique, en particulier le soutien aux proches aidants, la protection de l'enfance et la prévention de l'épuisement professionnel. Elle présente, à ce titre, un potentiel de consensus élevé, tant sur le plan interministériel que parlementaire. Sa lisibilité constitue un atout : elle apporte une réponse concrète à des situations humaines particulièrement sensibles (enfant gravement malade, proche dépendant), tout en garantissant la continuité de l'activité économique. Elle permet ainsi de concilier des objectifs sociaux et économiques, ce qui renforce sa robustesse dans un cadre d'arbitrage.

Par ailleurs, cette mesure revêt une dimension politique spécifique en matière d'égalité entre les femmes et les hommes. Les données disponibles montrent que les bénéficiaires de l'AJPP et de l'AJPA sont majoritairement des femmes, ce qui traduit une répartition inégalitaire des charges familiales. En facilitant l'accès effectif au remplacement, la mesure contribue à sécuriser les trajectoires professionnelles des exploitantes agricoles, à limiter les interruptions d'activité subies et à prévenir les situations de retrait du marché du travail. Elle s'inscrit ainsi dans les engagements gouvernementaux en matière d'égalité professionnelle et de reconnaissance du rôle des aidants, avec un effet d'image positif.

En outre, dans un contexte marqué par les difficultés de renouvellement des générations en agriculture, la mesure constitue un levier d'attractivité du métier. Elle participe à l'amélioration des conditions d'exercice en intégrant une dimension de protection face aux aléas de la vie familiale, aujourd'hui insuffisamment couverte. Cet argument est central pour le ministère chargé de l'agriculture, dans une logique de maintien du tissu agricole et de souveraineté alimentaire.

- **Une mesure ayant des enjeux économiques**

La mesure appelle une vigilance particulière sur le plan budgétaire. Bien que son coût demeure modéré à ce stade, il présente un caractère potentiellement dynamique en raison de l'effet incitatif sur le recours à l'AJPP et à l'AJPA. Dans un contexte de contrainte des finances publiques, le ministère chargé du budget pourrait exprimer des réserves, notamment en l'absence de mécanismes de régulation (plafonnement, limitation dans le temps, montée en charge progressive). Le projet de décret pourra lever ces réserves en encadrant précisément les conditions d'ouverture de droit et de mise en œuvre de cette nouvelle allocation afin de maîtriser les coûts financiers.

Par ailleurs, la création de ce droit pourrait susciter des demandes d'extension à d'autres catégories d'indépendants ou à d'autres situations familiales, au nom du principe d'égalité. Il conviendra, dans l'argumentaire politique, de justifier clairement le périmètre retenu en mettant en avant la spécificité du travail agricole, caractérisé par une faible substituabilité et une dépendance directe à la présence de l'exploitant.

Proposition 8 :

Etendre le bénéfice de remplacement en agriculture aux aidants bénéficiaires de l'allocation de présence parentale ou de l'allocation pour proche aidant

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

Depuis le pacte de consolidation et de refinancement de l'agriculture (4 octobre 2016), la MSA est désignée par les pouvoirs publics comme point d'entrée privilégié pour faciliter les démarches des agriculteurs en difficulté et identifier les dispositifs adaptés à leurs besoins. Elle intervient notamment auprès de ses adhérents en situation de mal-être (physique ou mental), résultant de difficultés multifactorielles (professionnelles, personnelles, économiques, sociales), pouvant aller jusqu'au suicide.

Missionnée pour piloter les plans de prévention du suicide des agriculteurs depuis 2011, la MSA a développé plusieurs dispositifs. En 2020, la CCMSA a élaboré un programme national de prévention et d'accompagnement des ressortissants agricoles en situation de mal-être, s'adressant à tous ses adhérents (actifs et inactifs). Ce programme s'articule avec la feuille de route du plan interministériel de prévention du mal-être (novembre 2021) et l'instruction interministérielle de début 2022, où la MSA joue un rôle central grâce à son expertise historique et à son fonctionnement en guichet unique. La CCMSA soutient les 35 caisses de MSA et CGSS pour déployer ce programme et participer au plan national, en animant le réseau des responsables, en outillant les comités départementaux et en coordonnant la participation de la MSA aux groupes de travail.

La MSA renforce son rôle de guichet unique à travers un « programme de prévention du mal-être », visant une approche globale et un parcours personnalisé pour les assurés. Depuis 2022, ce programme bénéficie d'une gouvernance pérenne et d'un reporting dédié, consolidé en 2024 par la création d'un pôle prévention du mal-être agricole (PMEA) à la Caisse centrale, doté de deux équivalents temps plein. Le déploiement du programme vise à améliorer la prise en charge des assurés, en capitalisant sur l'approche multidisciplinaire de la MSA et en favorisant le partage de bonnes pratiques entre les caisses. L'annonce de la Grande Cause Nationale 2025 « Santé Mentale » (octobre 2024) offre une nouvelle dynamique au programme et aux partenariats.

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 du prestataire Empreinte Humaine (depuis 2021), partenaire privé d'écouterants professionnels psychologues cliniciens. Ce sont ainsi jusqu'à 30 psychologues formés aux spécificités de la population agricole qui peuvent proposer jusqu'à 5 rendez-vous téléphoniques, ainsi qu'une plateforme de discussion en ligne (tchat, mail et visio-consultation) permettant la prise de rendez-vous et la consultation de fiches thématiques d'aide⁵⁸. Agri'écoute représente une ressource 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 effectuer un signalement auprès de la MSA si l'adhérent en est d'accord, mais également orienter vers un médecin et un parcours de soins, ou, en cas de crise, saisir la police ou le SAMU. En 2025, Agri'écoute a été sollicité en moyenne plus de 352 fois/mois pour des appels qualifiés. Des éléments complémentaires de l'année 2025 sont disponibles dans l'**encadré 3**.

⁵⁸ Par exemple : Transmettre son exploitation sereinement, Abattage du cheptel : quels impacts psychologiques ?

Encadré 3 :

Principaux éléments du bilan Agri'écoute 2025

Volumétrie d'appels 2025

L'année 2025 connaît une fois de plus une augmentation du nombre d'appels à Agri'écoute, notamment les appels qualifiés, à savoir sans les appels dits d'erreur. Le nombre d'appels qualifiés est de 4 230 en 2025 (3 454 en 2024), représentant une hausse de 22 %, en lien direct avec les 2 campagnes de valorisation réalisées. Ces dernières ont évolué pour s'adapter au public, en se digitalisant sur les réseaux sociaux pour un ciblage plus fin des assurés MSA. A titre d'exemple, cette personnalisation a permis de toucher plus de 1,6 million de personnes sur la campagne décembre 2025-janvier 2026 et plus de 10 millions de vues de la campagne sur les réseaux.

Majoritairement, les appelants contactent une fois Agri'écoute et, pour 11 % d'entre eux, ils bénéficient d'un suivi sur plusieurs séances.

Profil des appelants

Concernant le profil des appelants, quelques éléments majeurs peuvent être constatés, notamment grâce à une meilleure exhaustivité des indicateurs remontés et lorsque l'appelant accepte de partager ces informations (pour rappel, l'appel est anonyme donc les psychologues ne recueillent les données qu'à partir du moment où l'appelant les indique) :

- plus de la moitié des appelants (environ 53 %) ont entre 41 et 60 ans,
- les hommes représentent cette même proportion (54 %),
- une grande partie des appelants sont des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole,
- les appelants appartiennent très largement au secteur d'activité agricole « élevage » (Cf **Encadré 4** où certaines filières agricoles sont caractérisées par des sur-risques de dépression)
- la part des retraités est en légère hausse,
- 2 fois plus de proches et conjoints ont contacté Agri'écoute par rapport à 2024, 3 fois plus d'acteurs des cellules pluridisciplinaires de prévention du mal-être (CPP), 7 fois plus d'acteurs de la détection dont les sentinelles pour elles-mêmes ou pour accompagner des personnes en situation de mal-être.

L'appel à plusieurs peut permettre de « passer le cap », de parler à un psychologue, de mettre en confiance l'appelant pour lui éviter un appel seul pouvant générer aussi de l'anxiété et le tiers peut aussi donner des éléments de contexte complémentaires.

Facteurs de risque et de protection de la santé mentale

Les facteurs personnels semblent être plus présents dans les causes du mal-être, même si les dimensions professionnelles et personnelles sont très imbriquées pour certains. Parmi les sujets d'ordre personnel, sont régulièrement évoqués l'aidance, la parentalité, les addictions, le mal-être des jeunes et parmi les facteurs professionnels, le travail sous toutes ses formes est source de mal-être : pression économique, surcharge de travail, contraintes économiques...

Les appelants sont généralement bien entourés et indiquent souvent des ressources comme leur entourage proche (famille, amis...) pour être épaulés.

Parmi les troubles psychologiques observés, ceux qui sont en forte augmentation sont les troubles anxieux et dépressifs. Néanmoins, le niveau de risque psychologique estimé lors des appels est identique à 2024 :

- Niveau de risque faible : 48 %,
- Niveau de risque modéré : 47 %,
- Niveau de risque élevé : 5 %.

Les psychologues conseillent les appelants en s'appuyant sur leur expertise en psychologie clinique mais aussi sur des techniques complémentaires comme la régulation émotionnelle, la gestion du stress, la réassurance...

Leur connaissance du terrain, via notamment la réalisation de supervisions d'acteurs de la détection, la veille spécifique et des échanges réguliers avec la CCMSA permettent une meilleure connaissance et sensibilisation du monde agricole afin de conseiller au mieux les assurés.

Parmi les orientations, 273 ont été réalisées vers les CPP des MSA qui ont pu mettre en place l'accompagnement nécessaire en interne et orienter vers des partenaires, si besoin en complément.

Un outil clé de prévention et d'accompagnement

Agri'écoute s'impose comme une porte d'entrée essentielle pour détecter précocement les situations de mal-être au sein de la population agricole. Il permet d'offrir une écoute et un soutien psychologique immédiats, même lorsque des obstacles persistent pour les assurés, qu'ils soient :

- d'ordre pratique (difficulté à trouver un psychologue disponible rapidement sur leur territoire, au moment où le besoin se fait sentir)⁵⁹ ;
- d'ordre émotionnel (réticence à évoquer leur mal-être avec un professionnel).

L'augmentation du nombre d'appels et la répartition des niveaux de risque confirment le rôle central d'Agri'écoute en matière de prévention. Le dispositif est de plus en plus sollicité par les agriculteurs, ce qui témoigne de son utilité et de sa pertinence.

L'orientation vers la MSA n'intervient que si un accompagnement complémentaire est identifié comme nécessaire et souhaité par l'assuré. En 2026, cette collaboration est encore simplifiée grâce à :

- l'amélioration des outils partagés entre les psychologues et les équipes MSA ;
- une sensibilisation accrue des équipes MSA au fonctionnement du dispositif.

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

Encadré 4 : Résultats du projet STOP

Le projet STOP⁶⁰ pour Suicides chez les Travailleurs agricoles : Observer et comprendre les facteurs de risques pour agir en Prévention, est un projet de recherche de P. Petit et V. Bonnetterre qui a été financé par la MSA dans le cadre de son Conseil scientifique.

Il avait pour objectif de croiser des données de bases cotisants MSA avec des bases médico-administratives d'ALD, de maladies professionnelles et de dépenses de santé afin de mettre en évidence de potentielles associations statistiques dénotant un risque accru de dépression, associé à certaines activités agricoles, chez les salariés agricoles (SA) et non-salariés agricoles (NSA).

Les résultats des analyses et modélisations ont été publiés en 2023. Ils sont disponibles pour 26 activités professionnelles chez les NSA et 22 chez les SA. Des disparités en fonction du sexe et des activités ont été observées concernant les risques de dépression. Chez les NSA, des risques accrus de dépression ont été observés dans les élevages bovins-viande, bovins-lait, volailles, lapins chez les femmes et chez les hommes. Chez les SA, les cultures et élevage non spécialisés, les élevages spécialisés de gros et de petits animaux, de petits animaux, les cultures spécialisées, la viticulture, que les activités administratives présentaient des sur-risques de dépression.

- 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.

⁵⁹ Dans le rapport Charges et Produits MSA 2026, une étude montrait :

- 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.

⁶⁰ <https://www.msa.fr/lfp/documents/98830/422413429/Suicides+chez+les+Travailleurs+agricoles+-+observer+et+comprendre+les+facteurs+de+risques+pour+agir+en+Pr%C3%A9vention.pdf>

- Réception et traitement des signalements :

Les signalements émanent de l'ensemble des acteurs du monde agricole et également de ceux qui lui sont proches : assurés ou leurs proches, travailleurs sociaux, conseillers en santé-sécurité au travail de la MSA, élus locaux et de la MSA, sentinelles, partenaires (Chambres d'agriculture, associations du secteur agricole), ainsi que les services de l'État, entre autres.

Les CPP assurent la coordination du traitement et du suivi de ces signalements, en lien avec les services compétents, notamment l'action sanitaire et sociale, la santé et sécurité au travail, la relation de service et le responsable local du programme PMEA.

En 2025, plus de 50 % des signalements proviennent des services internes de la MSA, dont près de 10 % des élus des caisses locales. Les signalements d'origine externe représentent environ 33 %, dont 10 % issus du service Agri'écoute. Le réseau des acteurs de la détection est à l'origine de 17 % des signalements.

Ces données confirment la pertinence de l'organisation mutualiste et transversale du régime agricole, l'efficacité du réseau des acteurs de la détection déployé dans le cadre du programme PMEA, ainsi que la nécessité de diversifier les canaux de repérage afin, d'une part, d'assurer un maillage territorial fin et, d'autre part, de proposer des modalités de contact variées (élus, guichet MSA, Agri'écoute, partenaires, acteurs de la détection).

Au total, le réseau MSA a enregistré plus de 8 190 signalements en 2025, soit une augmentation de plus de 40 % par rapport à 2024. Cette progression est supérieure de 10 points à celle observée entre 2023 et 2024 (+ 31 %).

- 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 ou au renfort 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).

Sur l'aide au répit, le domaine d'activité le plus représenté est l'élevage (viande et lait) pour les exploitants, et le tertiaire pour les salariés.

Le profil des adhérents accompagnés est majoritairement :

- Des hommes non-salariés
- Agés de 41 à 60 ans
- En couple avec enfants
- Issus de l'élevage laitier ou de l'élevage viande

La part des salariés agricoles bénéficiant du dispositif d'accompagnement vers le répit continue de progresser en lien avec le déploiement du PMEA, notamment via les consultations psychologiques et les séjours collectifs. On observe par ailleurs, que la part des personnes isolées est moins importante que celle des couples.

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

Les principales prestations mobilisées sont :

- l'aide au remplacement pour les non-salariés agricoles : 2 709 exploitants en 2025, soit + 52 % depuis 2023, dont 64 % de primo-demandeurs en 2025 ;
- les consultations psychologiques (aide au répit hors Mon soutien psy) : 2 061 salariés et non-salariés agricoles (dont 35 % de salariés agricoles) ont bénéficié de 8 521 consultations en 2025, soit en moyenne 4 consultations par personne. On constate une hausse de 18 % du nombre de bénéficiaires en 2025 et une baisse du nombre moyen de consultations, passant de 5 à 4 ;
- les séjours de répit : en 2025, 1 099 assurés (1 771 personnes en incluant les ayants-droits) ont bénéficié du financement d'un séjour de répit, dont 20 % de salariés agricoles ;
- aide au répit pour 564 exploitants, soit + 50 % par rapport à 2024. Suite à son expérimentation, le dispositif est pérennisé.

Un travail est en cours sur 2026 pour cadrer les dispositifs de l'aide au répit, et proposer un parcours renforcé aux bénéficiaires.

- Dispositif Mon soutien psy

Le dispositif *Mon soutien psy* permet l'accès à jusqu'à 12 séances d'accompagnement psychologique auprès d'un psychologue partenaire. Les consultations sont prises en charge à 100 % (60 % par l'assurance maladie et le reste par la complémentaire santé), ou totalement et sans avance de frais pour les bénéficiaires de la CSS, en ALD, au 6^{ème} mois de grossesse ou en cas de soins en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle (AT-MP).

Il s'adresse à toute personne à partir de 3 ans présentant une souffrance psychique légère à modérée.

Ce dispositif n'est en revanche pas adapté aux situations nécessitant une prise en charge spécialisée ou déjà suivies en psychiatrie, notamment en cas de troubles sévères (risque suicidaire, dépression ou anxiété graves, troubles graves du comportement alimentaire, addictions, troubles du neurodéveloppement), ni pour les patients en ALD psychiatrique ou ayant des antécédents psychiatriques récents et sévères.

Depuis avril 2022, 33 082 adhérents MSA (dont 19 064 pour 2025) ont bénéficié du dispositif, pour un total de 172 151 séances remboursées, dont moins de 2 % réalisées à distance. La montée en charge est progressive, avec une augmentation constante du nombre de bénéficiaires et de consultations (**Tableau 42**).

Le profil des bénéficiaires met en évidence une majorité de femmes (deux-tiers), une part significative de jeunes de moins de 18 ans (20 %), et une représentation plus faible des plus de 66 ans (moins de 10 %). Les salariés agricoles représentent 80 % des bénéficiaires.

Tableau 42 :
L'adhésion des assurés du régime agricole à « Mon soutien psy »

	Nombre de consultations prises en charge par la MSA	Nombre d'adhérents MSA ayant bénéficié du dispositif	Part adhérents MSA parmi l'ensemble des adhérents au dispositif	Nombre moyen de consultations par adhérent agricole
2023	23 298	5 416	2,5 %	4,3
2024	39 313	9 488	2,6 %	4,1
2025	84 104	19 064	2,7 %	4,4
T1 2026*	25 436	9 984	2,8 %	2,5

* données provisoires

Source : SNDS, exploitation MSA

- Santé/sécurité au travail

En corrélation avec la feuille de route interministérielle de « Prévention du mal-être et accompagnement des agriculteurs en difficulté » (novembre 2021) qui prévoyait l'augmentation de la prise en charge des investissements des entreprises ou exploitations agricoles jusqu'alors bénéficiaires d'« Aides Financières Simplifiées » (AFSA ou AFSE) des services de Santé-Sécurité au Travail de la MSA, a été créé et déployé en 2023 pour expérimentation (2023-2025) puis prolongé en 2026, un dispositif exceptionnel d'« accompagnement vers le mieux-être au travail en agriculture ».

Ce dispositif est destiné aux salariés d'entreprises de moins de 10 ETP (individus ou collectifs de travail) et aux non-salariés agricoles (exploitants, indépendants) repérés par les MSA comme potentiellement ou effectivement en situation de mal-être au travail via leurs canaux (Agri'écoute, Sentinelles, démarche « ESOP », dispositif « Répit », responsables locaux du PMEA, élus ou collaborateurs MSA, Cellules pluridisciplinaires de maintien en emploi (CPME), accompagnements à la prévention des TMS (troubles musculo-squelettiques)/TPS (troubles psycho-sociaux).

Les actions potentiellement prises en charge par ce dispositif ad hoc sont des diagnostics de l'entreprise/exploitation (ergonomie, psychologie du travail...), des accompagnements méthodologiques (ou « coachings » ...) ou des aménagements matériels et/ou organisationnels (tournés vers l'amélioration des conditions de travail).

- Réseau des acteurs de la détection

Le réseau des acteurs de la détection constitue un levier essentiel de la politique de prévention du mal-être agricole portée par la MSA. Présent sur l'ensemble du territoire national, il a pour mission principale de repérer, d'orienter et d'accompagner les assurés présentant des signes de fragilité psychologique, notamment dans les situations de crise suicidaire.

Ce réseau est composé de bénévoles et de professionnels volontaires en contact direct avec le monde agricole : collaborateurs de la MSA, élus MSA ou de collectivités, vétérinaires, salariés d'organisations professionnelles agricoles, ainsi que d'autres acteurs de proximité intervenant dans les territoires ruraux. Tous ont en commun d'avoir suivi une formation spécifique à la santé mentale et à la détection des situations de mal-être.

Historiquement structuré autour du dispositif Sentinelle agricole, le réseau s'est progressivement diversifié afin de mieux répondre aux besoins des publics et aux réalités territoriales. Il intègre désormais des personnes formées aux Premiers secours en santé mentale (PSSM), ainsi que des personnes sensibilisées aux modules de sensibilisation développés par la MSA, tels que Phar'Andole ou le module national de sensibilisation au mal-être agricole du programme PMEA. Cette ouverture permet de proposer des réponses plus adaptées aux différents contextes de vie des assurés, tout en élargissant le nombre d'acteurs mobilisables sur le terrain.

En 2025, le réseau des acteurs de la détection compte ainsi plus de 14 000 personnes formées à la détection du mal-être agricole sur l'ensemble du territoire, dont plus de 10 500 sentinelles et 910 personnes formées aux Premiers secours en santé mentale.

Au cours de l'année 2025, la MSA a poursuivi sa mobilisation en faveur du développement de ce réseau. Elle a maintenu son engagement dans le déploiement des formations Sentinelles, tant par la coordination nationale du dispositif que par l'organisation de ses propres sessions de formation. En parallèle, elle a assuré, en lien avec le Groupement d'Études et de Prévention du Suicide (GEPS), la formation de près de 30 facilitateurs agricoles.

L'effort des caisses de MSA en matière d'animation du réseau des acteurs de la détection se poursuit également. Près de 25 % d'entre eux bénéficient chaque année d'actions d'animation et de soutien, telles que des supervisions psychologiques, des temps de partage d'expériences ou des actions de mise en réseau, afin de consolider leurs pratiques et de prévenir leur isolement.

- Mobilisation sur la santé mentale

En 2025, la désignation de la santé mentale comme Grande Cause Nationale a conduit la MSA à mobiliser rapidement son guichet unique afin de relayer cette priorité auprès de ses assurés et, plus largement, dans les territoires ruraux. Cette réactivité s'appuie sur une expertise reconnue en matière de prévention du suicide et de santé mentale, développée notamment depuis 2011 dans le cadre des plans dédiés au monde agricole.

Dès avril 2025, la MSA a déployé une 5^e campagne nationale de communication autour du dispositif Agri'écoute, figurant parmi les premières initiatives labellisées « Parlons Santé Mentale ». Cette dynamique a été prolongée par des campagnes dédiées aux sentinelles agricoles et aux Instants Santé MSA, assurant une visibilité cohérente des dispositifs de prévention. À elle seule, la campagne Agri'écoute a généré plus de 10,7 millions d'impressions et touché directement plus de 1,6 million de personnes, contribuant à une diffusion large des messages de prévention.

Parallèlement, le réseau des caisses a déployé une soixantaine de nouvelles actions locales. Sur les 35 caisses, 25 ont initié au moins une action spécifique et l'ensemble du réseau a participé à cette dynamique par des actions de communication et de valorisation, mobilisant plus de 8 500 participants. Ces initiatives ont été majoritairement conduites en zones rurales ou isolées (75 %) et orientées en priorité vers la prévention et le repérage précoce (60 %), notamment autour des thématiques « bien-être mental » (48 %) et « santé mentale au travail » (28 %).

La programmation des actions MSA « Parlons Santé Mentale » se distingue par la diversité des formats proposés :

- 37 % d'actions de sensibilisation et conférences,
- 30 % de formats culturels (théâtre, ciné-débats, spectacles),
- 28 % d'ateliers et groupes de parole, complétés par des outils numériques et autres formats plus ponctuels.

Ces actions s'inscrivent en complément des dispositifs existants, en particulier ceux portés dans le cadre du programme PMEA depuis 2021.

L'année 2025 marque également un engagement renforcé du réseau MSA dans les Semaines d'information sur la santé mentale (SISM), avec un nombre d'actions doublé par rapport à 2024. L'ensemble des initiatives menées dans ce cadre a bénéficié d'une double labellisation « SISM » et « Parlons Santé Mentale ».

Les actions conduites ont permis de toucher un public élargi, au-delà des seuls assurés agricoles, en cohérence avec la mission de la MSA en matière de développement des territoires ruraux et avec une approche de santé publique globale fondée sur le principe d'« Une seule santé ». Si le grand public constitue la première cible, les jeunes représentent un public prioritaire (24 % des actions), afin de renforcer la prévention en milieu rural. Les autres publics se répartissent entre publics spécifiques (18 %), professionnels et partenaires (12 %) et non-salariés agricoles (12 %).

Cette dynamique repose largement sur des partenariats : près de 80 % des actions ont été conduites avec au moins un partenaire, issus à la fois du monde agricole (chambres d'agriculture, enseignement, acteurs économiques et associatifs) et du secteur sanitaire et social (structures de coordination, établissements de santé, dispositifs de prévention).

L'engagement financier consacré à la Grande Cause Nationale s'élève à près de 500 000 euros, dont environ 75 % financés par la MSA. Dans 40 % des actions, les partenaires ont contribué à hauteur d'environ la moitié des coûts. Cet investissement a produit un effet levier significatif, favorisant la mobilisation conjointe des acteurs locaux et renforçant l'ancrage territorial des actions en santé mentale.

- La stratégie partenariale du programme PMEa

En 2025, les partenariats sur la prévention du mal-être ont été très fortement renforcés grâce à la Grande Cause Nationale santé mentale. Ainsi, cela a été l'occasion de toucher des partenaires du monde agricole et rural mais aussi de tisser un maillage partenarial dans le domaine de la santé mentale.

Les partenariats déjà en cours ont été poursuivis et accentués :

- AGRICA co-finance l'appel à projets PMEa et les formations/sensibilisations à la prévention du mal-être pour la deuxième année. L'année 2026 a été aussi l'occasion de prolonger cette coopération par la signature d'un avenant au SIA 2026, ouvrant également le soutien financier aux actions d'animation du réseau des acteurs de la détection.
- d'autres partenaires du monde agricole, comme le Centre National Interprofessionnel de l'Économie Laitière (CNIEL), le Groupement Technique Vétérinaire, ont permis de favoriser la sensibilisation et la formation d'acteurs de la détection dans leurs réseaux avec des actions prometteuses sur certains territoires et au national pour toujours mieux informer les professionnels de terrain.

Des liens se consolident avec la Fédération Nationale des Entrepreneurs des Territoires (FNEDT) ou l'Union Nationale des Entreprises du Paysage (UNEP) pour mieux connaître les attentes de ces publics et adapter les actions en conséquence.

L'évolution majeure de 2025 a porté sur les relations créées avec des partenaires du monde de la santé mentale comme Psycom, centre national de ressources en santé mentale, l'Alliance pour la santé mentale, chef de file des acteurs sur la Grande Cause et Premiers Secours en Santé mentale France (PSSM) qui sont intervenus dans nos instances et événements respectifs afin de faire connaître le programme PMEa à l'externe et favoriser la déstigmatisation de la santé mentale en interne MSA. Cette ouverture sur ce champ s'est aussi concrétisée au niveau local par des liens plus solides avec les conseils locaux en santé mentale (CLSM) et projets territoriaux en santé mentale (PTSM) et au niveau national avec la Direction Générale de la Santé (DGS), la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Délégation Ministérielle à la Santé Mentale et à la Psychiatrie (DMSMP).

Début 2026, un webinaire de sensibilisation sur la prévention du mal-être a été organisé et a bénéficié à plus de 500 conseillers France Services, et une convention a été signée au SIA 2026 avec la CNAOC–Maison des vigneron afin de repérer au plus tôt les personnes en situation de mal-être et de se mettre en lien avec les MSA.

Le virage gouvernemental sur la santé mentale à l'occasion de la Grande Cause, qui se poursuit en 2026, constitue une opportunité dont la MSA se saisit pour rendre visibles les actions de prévention du mal-être ainsi que les actions de santé mentale des MSA. Les partenaires sont des acteurs phares en matière de relais des différentes campagnes de communication réalisées en 2025 (Agri'écoute, Sentinelles, aide au répit administratif, etc.).

En 2026, le programme PMEa entre dans son 2^{ème} acte⁶¹.

Ainsi, le réseau des responsables de programme des 35 CMSA et CGSS est renforcé par la création d'un réseau des sponsors du programme, animé par la CCMSA. Il s'est également doté d'une stratégie institutionnelle ambitieuse sur la période 2026-2030, portant sur les points suivants, articulée autour des étapes d'intervention de la MSA :

1. Renforcer la prévention primaire par une approche territorialisée adaptée aux publics agricoles
 - Prévenir les troubles psycho-sociaux en milieu de travail en cohérence avec le plan santé-sécurité au travail en agriculture 2026-2030
 - Inscrire dans la durée la dynamique de grande cause santé mentale dans les territoires ruraux

⁶¹ Le 1^{er} acte sur la période 2020-2025 correspond à la création, au lancement et au développement du programme PMEa.

2. Organiser le repérage précoce des situations et animer le réseau des acteurs de la détection

- Consolider les dispositifs de formation, de qualification et d'animation du réseau des acteurs de la détection
- Renforcer l'aller-vers de façon encore plus ciblée pour repérer les individus les plus à risque le plus en amont possible

3. Structurer et outiller un parcours d'accompagnement pluridisciplinaire

- Renforcer l'outillage et la coopération des acteurs autour de l'accompagnement global des situations
- Poursuivre la montée en charge et la diversification des différents dispositifs d'aide au répit

4. Soutenir la sortie de l'accompagnement et prévenir les ruptures sur le temps long

- Garantir l'articulation avec le système de santé de droit commun en cohérence avec la stratégie santé de la MSA
- Faire de la prévention des rechutes vers le mal-être une priorité de l'acte II du programme PMEA

Proposition 9 :

Expérimenter la médiation au service de la prévention du mal-être agricole

Un levier structuré au service des priorités institutionnelles

Dans le cadre des plans institutionnels Prévention-Santé et PMEA 2026-2030, la MSA renforcera ses actions de prévention primaire, de repérage précoce et d'accompagnement des situations de fragilité, tant auprès des jeunes en formation agricole que des exploitants et salariés agricoles.

Dans cette perspective, la médiation constitue un levier opérationnel complémentaire aux dispositifs existants. Elle permet d'agir en amont des situations de rupture, en intervenant sur les déterminants relationnels du mal-être : conflits, isolement, non-recours aux droits.

La médiation, et notamment la médiation sociale, s'inscrit dans un mouvement de professionnalisation reconnu au niveau national et appelé à se renforcer à moyen terme, notamment dans les territoires ruraux. Dans ce contexte, un positionnement anticipé de la MSA permettrait d'intégrer dès à présent ces standards émergents.

Apports de la médiation en matière de prévention et d'accompagnement

La médiation repose sur l'intervention d'un tiers impartial et indépendant, dans un cadre formalisé, via des pratiques certifiées (par exemple la norme Afnor pour la médiation sociale), visant la restauration du lien social et la résolution de tensions du quotidien. Elle intervient en amont des situations de rupture et se distingue des approches cliniques par son rôle d'interface et d'orientation.

À ce titre, elle présente plusieurs apports opérationnels pour la MSA :

- amélioration du repérage des situations de fragilité grâce à une approche de proximité et d'écoute active ;
- prévention et désamorçage des conflits (familiaux, professionnels, territoriaux), souvent à l'origine de situations de mal-être ;
- facilitation de l'accès aux droits et orientation vers les dispositifs adaptés, y compris de soins ;
- contribution à une amélioration durable du bien-être par le traitement des dimensions relationnelles et des non-dits.

Les évaluations disponibles confirment l'efficacité de ces interventions, tant en termes d'impact sur les situations individuelles (réduction des tensions, amélioration de la santé mentale) que d'efficience économique, avec des coûts évités significatifs pour la collectivité.

Présentation de l'expérimentation et des modalités de mise en œuvre

Il est proposé de mettre en œuvre une expérimentation territoriale sur trois territoires pilotes présentant des profils différenciés.

Cette expérimentation poursuivrait les objectifs suivants :

- tester l'apport de la médiation sociale dans la prévention et la gestion des situations de mal-être ;
- renforcer les capacités de repérage et d'orientation des publics ;
- accompagner des situations à enjeu relationnel (transmissions, conflits, crises) ;
- objectiver les effets et les coûts évités en vue d'une éventuelle généralisation.

Les interventions pourraient concerner notamment les situations de transmission d'exploitation, les conflits de voisinage ou d'usage, ainsi que les situations de mal-être liées à des tensions relationnelles.

L'expérimentation reposerait sur un cadre méthodologique structuré, incluant :

- le recours à des médiateurs certifiés, avec une articulation avec les autres formes de médiation lorsque nécessaire (notamment familiale) ;
- l'élaboration d'un cahier des charges national précisant les modalités de déploiement, de suivi et d'évaluation.

Bénéfices attendus et perspectives

L'expérimentation vise à renforcer les capacités d'intervention de la MSA en matière de prévention du mal-être, en intégrant un outil centré sur les déterminants relationnels. Elle doit permettre d'améliorer le repérage précoce, de prévenir les situations de crise et de faciliter l'accès aux droits et aux soins.

Au-delà des effets qualitatifs attendus, l'expérimentation permettra de documenter les impacts et les coûts évités, dans une logique d'aide à la décision. Elle offre ainsi des perspectives de généralisation, tout en positionnant la MSA comme un acteur innovant et proactif dans le champ de la prévention et de la cohésion sociale en milieu rural.

Proposition 10 :

Animer le réseau des acteurs de la détection et aller vers plus de ciblage

Déployé depuis 2021, le programme de prévention du mal-être agricole a atteint une maturité reconnue. Il s'appuie sur :

- une organisation solide ;
- des modalités d'intervention éprouvées ;
- un réseau territorial ancré, mobilisant plus de 14 000 acteurs, preuve d'une dynamique collective durable.

Pour garantir la pérennité et l'efficacité du programme, la MSA adapte son positionnement pour aller vers encore plus d'efficacité et de coordination. Ses missions historiques, fixées dans la feuille de route du plan interministériel, sont de coordonner le déploiement des formations Sentinelle dans le monde agricole et animer le réseau des sentinelles.

Sur ce sujet, l'Acte I a permis de lancer la dynamique de formation et d'initier de nouvelles organisations. L'Acte II vise à renforcer le partage de pratiques et la capitalisation des savoir-faire, mutualiser les compétences, industrialiser de manière raisonnée et avec des appuis externes les actions de formation et d'animation pour un déploiement maîtrisé et qualitatif.

Cette évolution permettra à la MSA de se recentrer sur son rôle de pilotage, d'impulsion et de garant du cadre, tout en favorisant complémentarité entre les partenaires et montée en compétence des acteurs de la détection.

Le réseau de détection est déjà bien développé, et ce maillage territorial sera consolidé grâce à :

- une coopération inter-OPA pour mieux repérer les situations, renforcer les complémentarités et fluidifier les signalements ;
- un ciblage élargi des partenaires (vétérinaires, experts-comptables, conseillers France Services, etc.), afin de couvrir les zones et filières encore peu représentées, en s'appuyant sur des cartographies et des expérimentations locales.

Proposition 11 : Structurer le parcours d'aide au répit à l'échelle du guichet unique

Les salariés et exploitants agricoles sont exposés à des contraintes fortes (charge de travail élevée, isolement, aléas économiques et climatiques). L'aide au répit permet d'accompagner les salariés et non-salariés agricoles en situation d'épuisement professionnel et aussi d'agir en prévention, avant que le mal-être n'évolue en épuisement professionnel ou en rupture professionnelle. En offrant un temps de répit, le dispositif contribue à réduire la fatigue, le stress chronique et les risques psychosociaux. Il favorise le maintien de la santé mentale et physique, élément indispensable à la poursuite de l'activité professionnelle.

L'aide au répit permet aux bénéficiaires de ne pas rester seuls face à leurs difficultés. Elle facilite l'orientation vers des prestations adaptées, individuelles ou collectives, et favorise l'expression des difficultés dans un cadre sécurisé (ex : groupe de parole).

En permettant de se dégager ponctuellement de l'activité professionnelle, l'aide au répit contribue à restaurer un équilibre de vie, souvent fragilisé dans le monde agricole, et à améliorer la qualité de vie globale des personnes concernées.

L'aide au répit ne se limite pas à une réponse ponctuelle : elle s'inscrit dans une logique de parcours, en favorisant l'accompagnement et l'adaptation des situations de travail.

L'aide au répit constitue un levier essentiel pour aller vers un accompagnement adapté des personnes en situation de mal-être ou de risque d'épuisement professionnel. Elle permet d'instaurer un premier temps d'écoute, de soutien et de prise de recul, favorisant l'identification des besoins et l'orientation vers des dispositifs d'accompagnement appropriés.

Dès lors que le travailleur social constate chez la personne des signes manifestes d'épuisement professionnel, il convient de l'orienter vers le Service de Santé au Travail. Il est en effet recommandé de veiller à une articulation étroite entre les interventions du service de l'action sanitaire et sociale (ASS) et celles du service de santé et sécurité au travail (SST), en particulier dans le cadre des accompagnements liés à l'aide au répit. L'objectif est de prévenir les reprises d'activité dans des conditions de travail inchangées, susceptibles d'exposer l'assuré aux mêmes facteurs de risque et de compromettre l'amélioration de sa situation.

Chaque intervenant agit alors dans le respect de son champ de compétences, ceci afin de renforcer la coordination du guichet unique et de garantir une approche globale ainsi qu'un accompagnement concerté des assurés.

En 2025, 6 075 adhérents MSA ont été accompagnés dans le cadre du dispositif d'aide au répit, en bénéficiant d'au moins un dispositif (6 326 assurés en 2024). Le nombre de bénéficiaires de l'aide au répit a plus que doublé depuis 2021 (**Tableau 43**). Même si on observe une très légère baisse entre 2024 et 2025 (- 4 %), le nombre de salariés est en progression de 26 % par rapport à 2024.

Tableau 43 :
Nombre de bénéficiaires de l'aide au répit de 2021 à 2025

	Nombre de bénéficiaires de l'aide au répit
2021	2 686
2022	3 911
2023	4 585
2024	6 326
2025	6 075

Source : MSA

Cette dynamique tendancielle illustre à la fois l'ampleur des besoins sur les territoires et la capacité du réseau MSA à mobiliser le dispositif.

En 2025, près de 9 millions d'euros ont été mobilisés pour financer ces actions, illustrant l'investissement constant de la MSA en faveur de la prévention de l'épuisement professionnel.

Proposition 12 :
Faire de la santé mentale un axe structurant de l'action MSA

Un changement de paradigme engagé et légitime

Forte de plus de quinze ans d'engagement dans la prévention du suicide et de plus de cinq années de déploiement du programme de prévention du mal-être agricole (PMEA), la MSA a progressivement structuré une politique ambitieuse de prévention et d'accompagnement des situations de fragilité. En 2021, le choix du vocable de « mal-être » a permis d'aborder une réalité sensible en évitant les effets de stigmatisation, tout en intégrant la dimension multifactorielle des difficultés rencontrées par les populations agricoles (sociale, économique, physique, environnementale...). Et surtout, il a permis de ne pas se limiter à la crise suicidaire, mais à repositionner l'action de la MSA sur la prévention le plus en amont possible.

Toutefois, cette approche, si elle a favorisé l'adhésion des publics concernés, a également limité la capacité à aborder frontalement les enjeux de santé mentale et à contribuer pleinement à leur déstigmatisation. La désignation de la santé mentale comme Grande Cause Nationale en 2025 et 2026 a constitué, à cet égard, une opportunité stratégique pour faire évoluer le positionnement de la MSA.

Une mobilisation forte dans le cadre de la Grande Cause Nationale

Dès 2025, la MSA a fait le choix d'intégrer explicitement la notion de « santé mentale » dans sa communication, marquant un tournant dans son approche. Cet engagement s'est traduit par :

- une participation active aux travaux et événements nationaux (colloques, journées nationales, tables rondes) ;
- un rapprochement avec le collectif de la Grande Cause et la labellisation de ses actions par la délégation interministérielle à la santé mentale ;
- le déploiement de campagnes de communication d'ampleur, notamment autour du dispositif Agri'écoute.

Les résultats observés attestent de la pertinence de cette évolution. La campagne nationale Agri'écoute 2025, centrée sur la prévention en amont et la déstigmatisation du recours à l'accompagnement psychologique, a généré plus de 10 millions d'impressions et touché directement plus de 1,6 million de personnes. Plus largement, près de 70 actions territoriales ont été déployées, mobilisant plus de 8 500 participants, avec une forte implication des partenaires et des élus locaux.

Cette dynamique a permis d'installer un discours renouvelé, fondé sur le principe selon lequel « nous avons tous une santé mentale », contribuant à banaliser le recours à l'aide et à favoriser une prise de parole plus précoce. Les indicateurs disponibles confirment cette évolution, notamment à travers les données du dispositif Agri'écoute, qui témoignent d'un recours plus en amont des situations de crise.

Une réception positive et des effets structurants

Le recours explicite au vocable de santé mentale a été bien accueilli par les assurés et les partenaires, traduisant une évolution des représentations, une plus grande maturité collective sur ces enjeux, ainsi qu'un important travail de pédagogie mené par la MSA pour favoriser l'appropriation et la compréhension de ces notions. La mobilisation du réseau MSA, appuyée sur son organisation en guichet unique et sur ses 13 000 élus, a permis une diffusion large et cohérente des messages de prévention, y compris dans les territoires ruraux les plus isolés.

Par ailleurs, cette évolution a accompagné une transformation plus structurelle des dispositifs de la MSA, désormais inscrits dans une approche globale de préservation de la santé mentale, intégrant les dimensions professionnelles, sociales et familiales. Elle a également renforcé les dynamiques partenariales, en particulier avec les acteurs de santé, dont les acteurs de santé mentale, ainsi qu'avec les filières agricoles et les collectivités.

Proposition d'inscrire durablement la santé mentale au cœur des métiers de la MSA

Au regard de ces éléments, il est proposé de franchir une étape supplémentaire en faisant de la santé mentale un axe majeur et structurant des dispositifs de la MSA.

Cette orientation vise à :

- consolider les acquis de la Grande Cause Nationale en pérennisant l'usage explicite du vocable « santé mentale » ;
- poursuivre les efforts de déstigmatisation et de sensibilisation, en favorisant une approche positive et universelle ;
- renforcer la cohérence entre les messages portés et l'évolution des dispositifs de la MSA en intégrant systématiquement la dimension de santé mentale ;
- affirmer le positionnement de la MSA comme acteur de référence en matière de prévention en santé mentale en milieu rural.

Sa mise en œuvre pourra s'appuyer sur les leviers déjà mobilisés (campagnes nationales, actions territoriales, implication des élus, partenariats), tout en renforçant la visibilité et la lisibilité des actions engagées.

Bénéfices attendus

L'inscription durable de la santé mentale dans l'action MSA doit permettre d'amplifier la dynamique engagée, avec des effets attendus à plusieurs niveaux.

Elle doit en premier lieu favoriser une augmentation des signalements et des orientations, en contribuant à lever les freins liés à la stigmatisation et en encourageant une prise de parole plus précoce des assurés comme de leur entourage. Cette évolution est essentielle pour renforcer l'efficacité des dispositifs de prévention et d'accompagnement.

Elle doit également accompagner la montée en puissance du programme de prévention du mal-être agricole (PMEA), en améliorant la visibilité des actions et en facilitant leur appropriation par les publics. Dans cette perspective, elle s'inscrit pleinement dans le déploiement de l'acte II du programme, en renforçant ses axes relatifs au repérage précoce, à l'orientation et à la prévention primaire.

Enfin, elle contribuera à une réduction des situations de crise, en favorisant des interventions en amont, ainsi qu'à une consolidation du positionnement de la MSA comme acteur central et innovant en matière de santé mentale en milieu rural.

3.3. Axe « Une seule santé » et « Responsabilité sociétale et environnementale »

3.3.1. Axe « Une seule santé »

L'approche « une seule santé » est le socle méthodologique choisi pour la stratégie santé de la MSA. En choisissant cette méthodologie commune, la MSA mobilise la collaboration, la communication, la coordination et la formation⁶² pour agir de façon synergique autour des problématiques prioritaires identifiées. Mobiliser l'approche « une seule santé » permet de mieux fédérer, fortifier les articulations et rendre plus efficiente l'action de la MSA pour améliorer la santé des populations agricoles et rurales en prenant en compte ses interactions avec la santé animale et la santé environnementale.

Mobiliser l'approche « une seule santé » permet également à la MSA de s'impliquer dans des projets innovants au service des politiques publiques en santé, environnement et agriculture. La MSA souhaite s'investir particulièrement sur 4 thématiques prioritaires transversales sur lesquelles elle mobilise son expertise et son expérience :

- **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 agroécologique**⁶³ : la MSA fait de l'accompagnement des transitions en agriculture un axe principal de sa stratégie institutionnelle MSA 2030. Le focus sur les transitions agroécologiques 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 santé animale et environnementale.
- **La santé des éleveurs et de leurs animaux** : 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**⁶⁴ : 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.

L'identification des actions particulièrement transversales et devant répondre à cette méthodologie d'action est faite au niveau national et local.

⁶² Selon la définition de l'approche « une seule santé » par le consortium OMS - OMSA (ex-OIE) - FAO - PNUE : Le concept « une seule santé » (USS) est une approche intégrée et unificatrice qui vise à équilibrer et à optimiser durablement la santé des personnes, des animaux et des écosystèmes. La santé des humains, des animaux domestiques et sauvages, des plantes et de l'environnement au sens large (y compris les écosystèmes) sont donc étroitement liées et interdépendantes. Tout changement intervenant dans ces liens peut augmenter le risque d'apparition et de propagation de nouvelles maladies humaines et animales. Ces liens étroits entre la santé humaine, la santé animale et la santé de l'environnement, impliquent une collaboration, une communication et une coordination étroites entre les secteurs concernés.

⁶³ La transition agroécologique désigne l'ensemble des transformations des systèmes agricoles visant à réduire la pression sur les ressources naturelles, préserver la biodiversité, renforcer la résilience des exploitations et améliorer la qualité des productions, tout en assurant la viabilité économique des agriculteurs. Elle s'appuie sur des pratiques fondées sur les processus écologiques (diversification des cultures, réduction des intrants chimiques, gestion durable des sols et de l'eau, agroforesterie, bien-être animal, etc.) pour construire des modèles agricoles plus durables.

⁶⁴ L'exposome désigne l'ensemble des expositions - environnementales, professionnelles, sociales, comportementales et biologiques - auxquelles une personne est soumise tout au long de sa vie, depuis la période prénatale jusqu'à la fin de vie.

Encadré 5 :

Une action « Une seule santé » : prévenir la grippe à l'interface Homme-Animal

La Caisse de MSA Portes de Bretagne a déployé la campagne de vaccination 2024-2025 contre la grippe saisonnière au bénéfice des professionnels des secteurs porcins et aviaires assurés MSA. Cette action vise à réduire les risques de transmission des virus grippaux entre l'Homme et le porc, illustrant concrètement l'approche « Une seule santé ». En associant prévention, sensibilisation et vaccination des professionnels exposés, cette initiative contribue à protéger à la fois la santé humaine, la santé animale et la sécurité sanitaire des élevages. L'EHESP (École des Hautes Études en Santé Publique) a conduit une étude sur les déterminants de la vaccination antigrippale auprès des éleveurs porcins bretons dans le cadre de la campagne 2024-2025. L'étude a montré une progression de la couverture et a identifié plusieurs facteurs favorisant la vaccination (Cf partie 3.3.1.1.). Ces résultats confirment l'intérêt de s'appuyer sur les filières professionnelles pour renforcer les actions de prévention à l'interface entre santé humaine, santé animale et santé publique.

Encadré 6 :

Une action « Une seule santé » : un accompagnement global des éleveurs face à la Dermatose Nodulaire Contagieuse Bovine (DNCB)

Face à l'émergence de la DNCB, la caisse de MSA Alpes du Nord (ADN) a déployé un accompagnement renforcé auprès des exploitations touchées. Au total, 60 exploitations, 65 exploitants, 20 salariés et 10 apprentis ont bénéficié d'un suivi adapté aux conséquences de cette crise sanitaire.

Cette action répond pleinement aux critères de l'approche « Une seule santé » par son impact systémique sur l'ensemble de l'écosystème agricole, ainsi que par la diversité des accompagnements proposés. Sur le plan psychologique, la caisse de MSA est intervenue à chaque étape de la gestion de crise, de la suspicion à l'abattage des animaux, avec 29 accompagnements individuels et 7 accompagnements collectifs. Sur le plan social, un suivi spécifique a été assuré après les abattages, complété par des visites à domicile et 15 séjours de répit. Sur le plan économique, les conseillers en entreprise ont réalisé des démarches proactives auprès des éleveurs, permettant notamment le dépôt de 58 demandes de prise en charge de cotisations et de 30 demandes de RSA dérogatoire.

Cette mobilisation s'est inscrite dans une gouvernance collective associant les principaux acteurs du territoire. La caisse de MSA ADN s'est appuyée sur la structure REAGIR, co-pilotée avec la Chambre d'agriculture et sur une coordination étroite avec la DDPP et la Préfecture, pilote de la gestion de crise.

Par son approche globale, prenant en compte simultanément la santé animale, la santé mentale des éleveurs, la santé au travail des salariés et la pérennité économique des exploitations, cette intervention constitue une illustration concrète de la démarche « Une seule santé ».

3.3.1.1. La 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 porcins⁶⁵. Cette vaccination est inscrite dans le calendrier vaccinal depuis 2023.

⁶⁵ 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 ».

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

Comme les années précédentes, en 2025, la MSA a mis en œuvre, en parallèle de la campagne nationale de la grippe saisonnière 2025-2026 ciblant les personnes fragiles, une seconde campagne de vaccination ciblée envers les professionnels exposés aux virus influenza porcins et aviaires.

Cette campagne de vaccination menée par la MSA est concomitante à celle menée auprès des personnes fragiles et utilise les mêmes vaccins.

Ciblage

En 2025-2026, la CCMSA a lancé une 4^{ème} campagne auprès des professionnels afin de :

- réduire le risque d'attraper la grippe saisonnière chez les personnes en contact avec les porcs ou les volailles,
- limiter la transmission du virus de la grippe saisonnière vers les animaux,
- et ainsi prévenir l'émergence de nouveaux virus adaptés à l'être humain qui pourrait donner lieu à une pandémie.

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 porcin ou aviaire,
 - Vétérinaires,
 - Intervenants pour le ramassage, l'abattage, les transports des porcs et des oiseaux,
 - Personnels d'entreprises de transformation de viande de porc ou de volaille
 - Personnels exerçant des activités de soutien aux productions animales ou aux cultures
 - Professionnels exerçant des activités de commerce de gros animaux vivants,
 - Travailleurs en ESAT
 - Personnels des zoos ou animaleries en contact avec des porcs et des oiseaux,
 - Enseignants des établissements d'enseignement agricole
- 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 ciblant les personnes fragiles 2025-2026.

Résultats

Lors de la campagne 2025-2026, le taux de couverture vaccinale des professionnels des filières aviaires et porcines a augmenté de 2,2 points, passant de 8,2 % à 10,4 % de professionnels vaccinés. 2 500 personnes supplémentaires ont été vaccinées par rapport à la campagne précédente (**Tableau 44**).

Tableau 44 :
Population vaccinée et taux de couverture vaccinal au régime agricole

Campagne	Population invitée	Population vaccinée	Taux de couverture vaccinale
2023-2024	27 534	1 569	5,7 %
2024-2025	74 708	6 155	8,2 %
2025-2026	80 931	8 417	10,4 %

Source : MSA

Une convention de partenariat entre la CCMSA et l'École des hautes études en santé publique (EHESP) a été signée en 2025 afin de financer une étude permettant de mieux connaître les déterminants de la vaccination dans cette cible.

Cette étude a permis d'interroger 477 éleveurs dont 25 % d'entre eux ont déclaré être vaccinés, soit une augmentation de 11 points par rapport à l'année dernière. La réception du bon de prise en charge de la MSA a été citée par 70 % des éleveurs, en forte hausse par rapport à l'année passée (31 %). Enfin, 75 % des éleveurs étaient satisfaits de la communication reçue lors de cette campagne. Les déterminants de la vaccination pour cette cible sont le niveau d'étude, la vaccination de l'entourage, le fait d'avoir des problèmes de santé, la connaissance de la recommandation, la réception du bon de vaccination MSA et enfin le fait que l'élevage ait contracté la grippe. L'étude a également interrogé les vétérinaires et la quasi-totalité d'entre eux a manifesté leur souhait d'être davantage impliqués dans la campagne et d'être un relais de sensibilisation auprès des éleveurs.

Ces résultats, même sur un échantillon restreint, confirment la nécessité de s'appuyer sur les filières pour relayer cette campagne de vaccination, ainsi que sur les vétérinaires qui assurent un relais de cette campagne auprès des éleveurs.

Ainsi, en complément de la campagne d'invitation, des actions de portage de la campagne ont été menées en collaboration avec les organismes représentant les filières :

- une campagne d'emailing ciblant les éleveurs et les vétérinaires de la filière porcine via la base de contact de l'Interprofession nationale porcine (INAPORC), notamment 10 000 éleveurs ciblés lors du lancement de la campagne,
- un relais de la campagne auprès des éleveurs par les vétérinaires,
- des conférences de presse de la MSA Armorique et Portes de Bretagne associant les CPAM de la région Bretagne, l'Organisation Sanitaire Porc Bretagne, Santé publique France et l'EHESP,
- l'intégration du dépliant MSA dans les envois de kits de prélèvement adressés aux éleveurs par le REseau national de SurveillAncé des Virus Influenza chez le Porc (RESAVIP) pour l'identification virale en cas de suspicion de grippe porcine,
- la 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),
- la promotion de la campagne via différents médias : newsletter de l'INAPORC, de la Société Nationale des Groupements Techniques Vétérinaires (SNGTV) et de la Coopération agricole et relais via les réseaux sociaux de l'INAPORC, de la Coopération agricole et l'Institut Technique de l'Aviculture, Pisciculture et Cuniculture (ITAVI) (au lancement et au moment de l'envoi des courriers de relance en décembre) ou lors de rencontres ou de formations professionnelles.

Proposition 13 :

Développer les canaux d'information et de sensibilisation vers les professionnels des filières aviaires et porcines dans le cadre de la vaccination antigrippale

Pour 2027, les actions ci-dessous seront conduites :

- mise en place d'un plan de communication dédié aux salariés agricoles, qui sont moins enclins à se faire vacciner,
- portage de la campagne auprès des enseignants des établissements d'enseignement agricole qui sont également ciblés par cette campagne,
- mise en place d'entretiens de courte durée par téléphone pour informer les professionnels des filières les moins adhérentes à la vaccination.

3.3.1.2. Le partenariat avec le Green Data for Health (GD4H)

Présentation du GD4H

L'environnement constitue un déterminant majeur de la santé. Toutefois, son impact est souvent multiple, complexe et parfois indirect, ce qui rend essentielle une meilleure connaissance des facteurs de risque et des facteurs protecteurs environnementaux afin d'optimiser la gestion des expositions et leurs effets sur la santé des populations.

Partant du constat d'une sous-utilisation des données environnementales au service de la recherche et de l'expertise en santé-environnement, le Green Data for Health (GD4H), action n°18 du 4e Plan national santé-environnement (PNSE4), a été créé pour favoriser la mobilisation, l'accès et la valorisation des données environnementales au service de la santé-environnement. Son objectif est de faire progresser les connaissances sur les liens entre environnement et santé, et de faire émerger des solutions innovantes et des actions santé-environnement fondées sur les données.

Depuis son lancement en 2020, le GD4H s'appuie sur une gouvernance partagée réunissant plusieurs organismes publics. Il facilite le repérage et l'accès aux données environnementales utiles à la santé, développe des outils favorisant leur exploitation et contribue aux travaux d'interopérabilité entre données environnementales et données de santé. Le GD4H accompagne également l'émergence de projets de recherche et d'action publique permettant de mieux comprendre les effets de l'environnement sur la santé et d'éclairer les décisions publiques par la preuve scientifique.

Le GD4H promeut les principes d'open data, d'open science et d'open source afin de favoriser le partage, la réutilisation et la diffusion des données et des connaissances produites. Il contribue également à la montée en compétences des acteurs de la santé-environnement grâce à des actions de sensibilisation et à la co-conception de modules de formation adaptés aux différents publics. Enfin, il anime la Communauté de la donnée en santé-environnement, favorisant les synergies entre chercheurs, acteurs publics, professionnels de santé, collectivités, entreprises, associations et citoyens engagés sur ces enjeux.

Projet de partenariat avec la CCMSA

Dans le cadre de son projet de partenariat avec la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA), le GD4H développera des collaborations scientifiques et opérationnelles autour des enjeux de santé-environnement touchant les populations agricoles et rurales. En intégrant le GD4H, la MSA participera à renforcer la mobilisation des données santé-environnement au service de la prévention, de la recherche et de l'évaluation des politiques publiques. De plus, la MSA participera à la dynamique collective portée par le GD4H et bénéficiera d'un écosystème national réunissant les principaux acteurs de la recherche, de l'expertise et de l'innovation en santé-environnement. Cette collaboration se traduira notamment par l'intégration du GD4H au sein du Conseil scientifique de la MSA, favorisant les échanges d'expertise, l'identification de thématiques de recherche prioritaires et le développement de projets communs autour des déterminants environnementaux de la santé.

Proposition 14 :

Intégrer le Green Data for Health (GD4H) afin de favoriser l'accès et la valorisation des données environnementales au service de la santé

3.3.2. Axe « Responsabilité sociétale et environnementale » : la stratégie MSA alimentation nutrition 2026-2030

La responsabilité sociétale et environnementale est désormais placée au cœur de la gouvernance de la MSA. Le fait qu'elle soit directement rattachée à la Direction générale – via la direction de cabinet – témoigne de l'importance stratégique qui lui est accordée.

La gouvernance de la MSA s'organise autour d'instances dédiées, qui associent étroitement le réseau et les directions de la Caisse centrale. Cette structuration collégiale permet de piloter la démarche RSE de manière transversale et concertée. L'articulation entre une vision nationale et des initiatives locales garantit à la fois la cohésion et l'efficacité de notre stratégie RSE.

Notre démarche s'appuie sur un cadre de référence solide, partagé avec l'ensemble de la Sécurité sociale : le référentiel inter-régimes, fondé sur les 17 Objectifs de développement durable des Nations Unies et les principes de la norme ISO 26000. En 2024, la révision de ce référentiel a permis d'intégrer plus étroitement les attentes sociétales émergentes ainsi que les évolutions législatives, renforçant la pertinence et l'ambition de nos engagements. Cette dynamique d'amélioration continue nous assure de rester en phase avec les enjeux de demain, tout en consolidant notre rôle d'acteur clé de la protection sociale.

Notre démarche RSE est structurée autour de cinq engagements majeurs qui couvrent l'ensemble de nos responsabilités envers nos parties prenantes. Ces engagements consistent à :

- Renforcer une gouvernance responsable ;
- Porter une politique sociale interne exemplaire en faveur de nos salariés ;
- Réduire notre impact environnemental ;
- Intégrer des pratiques d'achats responsables ;
- Développer notre implication sociétale dans les territoires.

Chacun de ces engagements se décline en enjeux opérationnels concrets et en objectifs mesurables, qui font l'objet d'un suivi régulier au moyen de notre outil inter-régime de reporting PERL'S. Cette structuration par engagements nous offre une feuille de route à la fois claire et partagée : elle fédère l'ensemble du réseau autour de priorités communes, tout en permettant à chaque caisse de s'approprier la démarche en fonction de ses réalités locales.

Plus que jamais, l'ancrage local et le rôle de nos élus ainsi que de nos partenaires sont au centre de la réussite de notre démarche. La MSA a la singularité de pouvoir s'appuyer sur 13 000 délégués élus du monde agricole et rural, qui sont de véritables relais de nos valeurs sur le terrain. Leur engagement quotidien aux côtés de nos salariés représente un atout majeur pour impulser et accompagner les transformations et les transitions.

Qu'il s'agisse de promouvoir des pratiques agricoles durables et particulièrement en alimentation, de lutter contre l'isolement en milieu rural ou de développer des services innovants avec nos partenaires, nos élus jouent un rôle de premier plan et de proximité notamment en impulsant des dynamiques locales respectueuses des spécificités de chaque territoire.

La stratégie MSA alimentation nutrition 2026-2030

1) Un enjeu fort pour les populations agricoles et rurales : économique, de souveraineté alimentaire et de santé

Pour le monde agricole et les territoires ruraux, l'alimentation est à la fois une ressource, un levier de santé publique et un facteur d'attractivité territoriale. Les exploitants agricoles, comme les familles rurales, sont exposés à des fragilités économiques, sociales ou de santé qui nécessitent une prévention adaptée. Améliorer les pratiques alimentaires, soutenir les filières locales, limiter la précarité alimentaire et renforcer le lien entre santé, production, environnement et cohésion sociale constituent autant d'enjeux systémiques : il s'agit de renforcer la vitalité rurale tout en agissant en amont sur la santé.

Pour une vision structurée, lisible et porteuse d'impact

La transformation rapide des modes de vie, l'augmentation des maladies chroniques liées à l'alimentation, la perte de repères nutritionnels et les inégalités d'accès à une alimentation de qualité rendent nécessaire une approche cohérente et anticipatrice. À cela s'ajoutent les tensions environnementales et économiques sur le système alimentaire : inflation, fragilisation du pouvoir d'achat, question de la souveraineté alimentaire, pression sur les filières agricoles.

Alignement avec les orientations MSA 2030

Cette stratégie s'inscrit pleinement dans les priorités MSA 2030 : agir sur la prévention, réduire les inégalités sociales de santé, soutenir les transitions agricoles, renforcer la cohésion des territoires et promouvoir une approche globale du « One Health ». Elle offre un cadre d'intervention lisible, fédérateur et transversal, permettant à la CCMSA de mobiliser ses réseaux, ses partenaires institutionnels et ses caisses locales autour d'une feuille de route partagée au service des populations rurales et agricoles.

Une stratégie MSA alimentation nutrition qui s'inscrit dans la Stratégie Nationale pour l'Alimentation, la Nutrition et le Climat (SNANC), publiée le 11 février 2026

La SNANC est une stratégie nationale conciliant agriculture, santé et environnement. C'est un plan public qui fixe les grandes orientations de la politique française pour rendre l'alimentation à la fois plus saine, plus durable (sur le plan environnemental) et plus équitable. Il a été voulu dans la Loi Climat et Résilience de 2021.

Les objectifs de la SNANC sont :

- Promouvoir une alimentation favorable à la santé.
- Promouvoir une alimentation respectueuse de l'environnement.
- Favoriser la justice sociale.
- Promouvoir la souveraineté alimentaire en renforçant l'autonomie des systèmes alimentaires, et l'ancrage territorial de l'alimentation.
- Assurer une rémunération équitable des producteurs et des travailleurs du système alimentaire.

Une stratégie MSA alimentation nutrition qui s'inscrit aussi dans le Plan national nutrition santé (PNNS) 5 2026-2030, publié le 8 avril 2026 à l'occasion du One Health Summit.

Le PNNS 5 décline de manière opérationnelle la SNANC.

Il s'inscrit dans une ambition forte à l'horizon 2030 : mieux prévenir les maladies chroniques, améliorer l'accès de tous à une alimentation saine, durable et de qualité et accompagner la transformation durable du système alimentaire, tout en réduisant les inégalités sociales et territoriales en nutrition.

Les 3 axes structurants du PNNS 5 sont :

1. Garantir à tous l'accès à des environnements nutritionnels durables favorables à la santé.
2. Encourager des comportements nutritionnels sains et durables.
3. Faire des milieux de vie des espaces promoteurs de santé.

La MSA, un partenaire clé de la SNANC

La MSA apporte son ancrage territorial, son expertise santé et son rôle auprès des populations agricoles et rurales ainsi que son approche « Une seule santé » qui structure sa contribution : elle relie alimentation, transition agroécologique, santé animale et exposition environnementale, autant de sujets au cœur de la SNANC.

La MSA agit ainsi sur les quatre axes nationaux :

- 1) Elle appuie la gouvernance territoriale en lien avec collectivités, ARS et chambres d'agriculture.
- 2) Elle renforce l'accès universel à une alimentation durable via ses dispositifs d'aide et d'inclusion alimentaire.

- 3) Elle conduit des actions de prévention et d'éducation nutritionnelle auprès des familles, des jeunes parents ou des assurés fragiles.
- 4) Elle soutient des travaux de recherche sur la santé des agriculteurs, les risques phytosanitaires ou les transitions agricoles.

2) Une articulation des actions de la MSA à renforcer

Un panorama des actions existantes à la MSA est dressé ci-après (**Tableau 45**)

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

Tableau 45 :
Panorama des actions existantes à la MSA

Axes	Type d'action	Nom de l'action	Cibles	Objectifs	Action MSA
1. Aide alimentaire	Partenariat (convention)	Solaal	Personnes démunies bénéficiant de dons alimentaires via les initiatives solidaires	Faciliter les dons agricoles au profit des associations d'aide alimentaire	Subvention annuelle de 40 K€ de la CCMSA pour mise en œuvre des actions + communication (+10 000 € exceptionnel pour la refonte de la plateforme)
	Partenariat (convention)	Bouge ton coq	Les foyers en précarité alimentaire, les jeunes, les seniors isolés ou en perte d'autonomie, ainsi que les collectivités locales porteuses de projets	Création d'épiceries participatives, de dispositifs sociaux innovants et d'initiatives locales de santé ou d'entraide	Subvention annuelle de 30 000 € de la CCMSA pour mise en œuvre des actions
	Partenariat (convention)	ANDES	Les personnes en situation de précarité, ménages urbains modestes, familles, seniors ou résidents de territoires ruraux encore peu dotés en solutions d'aide alimentaire	Programme visant à accompagner la création d'au moins 4 épiceries solidaires fixes, chacune destinée à accueillir à terme environ 1 600 bénéficiaires	Subvention annuelle de 28 125 € de la CCMSA pour mise en œuvre des actions
	Partenariat (convention)	Réseau Cocagne	Les bénéficiaires sont d'abord les salariés en insertion, accompagnés dans les Jardins de Cocagne + les habitants des territoires	Développer l'insertion, soutenir des initiatives locales, structurer la coopération sur l'emploi agricole et consolider les métiers des Jardins de Cocagne.	Subvention annuelle de 56 000 € de la CCMSA pour mise en œuvre des actions
	AMI (Appel à manifestation d'intérêt)	Solidarités Alimentaires 2024	Les personnes en situation de précarité, ménages urbains modestes, familles, seniors ou résidents de territoires ruraux encore peu dotés en solutions d'aide alimentaire	Soutenir les caisses locales qui souhaitent porter des projets ayant pour objectif de favoriser l'accès à une alimentation saine et durable aux publics en situation de précarité et mobiliser les producteurs locaux.	189 000 € pour 22 lauréats

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

2. Expérimentation Alimentation solidaire et durable	Partenariat avec la CNAF et AGRICA		12 territoires lauréats	L'expérimentation vise à démontrer qu'un modèle reposant sur un préfinancement de produits agricoles peut garantir à la fois un revenu sécurisé pour les producteurs et un accès abordable à une alimentation de qualité et locale pour les familles.	Expérimentation 2025-2027
3. Prévention santé	Ateliers collectifs d'information, en distanciel	Les P'tits ateliers nutritifs	Parents d'enfants de moins de 3 ans, tous régimes d'assurance maladie	Améliorer les connaissances et les compétences des parents sur l'alimentation du petit enfant	Gratuit, 3 ateliers collectifs d'1h, en distanciel, animés par un diététicien
	Consultation individuelle d'éducation nutritionnelle	Nutri Déclic (action de suite d'un bilan de prévention Instants santé)	Assuré MSA de 16 à 75 ans, bénéficiant d'un bilan de prévention MSA et éligible (sous critères d'inclusion)	Améliorer ses pratiques et habitudes en termes d'alimentation	3 consultations individuelles par un diététicien libéral, gratuites et sans avance de frais
	Animation collective sur les bénéfices d'une alimentation variée et équilibrée	Animation nutritionnelle pendant les bilans de préventions santé MSA (Instants santé, Mon Bilan Prévention, Déclic)	Assuré MSA de 25 à 75 ans bénéficiant d'un bilan de prévention MSA	Améliorer ses connaissances en termes d'alimentation	Animation collective de 20 mn par un diététicien, dans la salle d'attente des bilans de prévention
	Projets de territoire portés par la société civile, d'information, de prévention, d'éducation pour la santé	Projets variés financés dans le cadre de Coup de pouce prévention (CDPP)			
	Ateliers collectifs du Bien Vieillir	Nutri Activ (supprimée en 2026, remplacée par un cycle équivalent labellisé CNSA)	Assuré > 60 ans	Améliorer ses connaissances et ses pratiques en termes d'alimentation	Gratuit, dans le cadre des ateliers collectifs inter régimes du Bien Vieillir
	Consultation et orientation	Instants santé jeunes	Assuré MSA de 16 à 24 ans	Améliorer ses connaissances en termes d'alimentation	Gratuit, dans le cadre d'un entretien motivationnel « santé globale » avec un coach santé

Constats

Axe 1 « Aide alimentaire »

À travers ses partenariats avec SOLAAL, Bouge ton Coq, ANDES et le Réseau Cocagne, ainsi que via l'Appel à manifestation d'intérêt (AMI) « Solidarités alimentaires » lancé en 2024, la CCMSA apparaît aujourd'hui comme un acteur structurant de l'aide alimentaire, mais avec une approche singulière : elle ne se limite pas à financer des distributions, elle cherche à transformer les modèles territoriaux. Les alliances soutenues couvrent différentes fonctions de la chaîne alimentaire comme le don agricole, la dignité des bénéficiaires via l'épicerie sociale, l'insertion par l'agriculture, la revitalisation rurale et innovation sociale. Cela montre une volonté de relier solidarité, santé publique, ancrage rural et économie agricole.

Cet engagement reste toutefois fragmenté et parfois peu lisible : chaque dispositif répond à une logique propre, sans narration commune.

L'état des lieux de ce premier axe suggère donc une dynamique réelle et reconnue, mais aussi la nécessité d'une stratégie intégrée permettant de clarifier le rôle de la CCMSA dans la sécurité alimentaire, d'articuler aide d'urgence, transition écologique, soutien aux filières agricoles, et de capitaliser sur les expérimentations.

Axe 2 « Accès à une alimentation solidaire et durable »

L'expérimentation « alimentation solidaire et durable » positionne la CCMSA non seulement comme acteur de l'aide alimentaire mais comme laboratoire de politiques alimentaires territoriales, articulant transition agricole, inclusion sociale et santé publique. Les approches testées (cotisation alimentaire, solvabilisation de la demande, circuits courts solidaires, activation des producteurs) interrogent les modèles existants et ouvrent des horizons nouveaux : implications des bénéficiaires, contractualisation avec les filières, dispositifs reproductibles, économie sociale de l'alimentation. Cette dynamique est prometteuse mais encore en phase d'apprentissage : les modèles sont hétérogènes, les cadres juridiques et financiers restent à consolider, et la question de l'échelle (locale, départementale, nationale) demeure ouverte.

Dans la perspective 2026-2030, l'enjeu est de tirer les enseignements structurants de l'expérimentation (ce qui fonctionne, ce qui doit évoluer, ce qui est transférable) et de clarifier comment ces solutions peuvent nourrir une vision cohérente de politique alimentaire MSA, reliant solidarité, santé, souveraineté territoriale et transition écologique.

Axe 3 « Prévention santé »

L'alimentation est un facteur majeur de protection de la santé, démontré à travers de nombreuses études scientifiques : croissance/développement des enfants, prévention des maladies chroniques (diabète de type 2, maladies cardio-vasculaires, obésité), réduction du risque de cancer, bien-être, résistance du système immunitaire,...

Adopter de bonnes habitudes alimentaires dès l'adolescence permet :

- de rester en bonne santé aujourd'hui,
- de prévenir les maladies à long terme,
- d'améliorer la qualité de vie.

La MSA propose des sessions collectives d'information/sensibilisation à la thématique alimentation/nutrition pour tous les âges de la vie.

Ces actions s'adressent :

- aux assurés MSA de 25 à 75 ans cumulant des facteurs de fragilités et participant aux bilans de prévention santé MSA (animation nutritionnelle pendant les bilans de prévention santé MSA) ;
- à tous les assurés parents d'enfants de moins de 3 ans, sur l'alimentation de leurs jeunes enfants (P'tits ateliers nutritifs) ;
- à tous les assurés de plus de 60 ans, dans le cadre des ateliers du Bien Vieillir déployés en inter régimes.

En plus des sessions collectives, la MSA peut orienter les assurés éligibles vers un parcours de 3 consultations individuelles d'éducation nutritionnelle assurées par un diététicien libéral choisi par l'assuré et prises en charge par la MSA (Nutri Déclic), selon leurs besoins repérés par les infirmiers MSA :

- Les assurés MSA de 16 à 75 ans éligibles participant aux bilans de prévention santé MSA (Déclic, Instants santé/Mon Bilan Prévention, Instants santé jeunes) ;
- Tout assuré aidant éligible participant aux Instants aidants.

A ce jour, le portefeuille d'actions de prévention sur la thématique « alimentation » permet aux assurés MSA de 16 à 75 ans participant aux bilans de prévention MSA d'être sensibilisés par des sessions d'informations collectives et, si des besoins sont repérés par les infirmiers diplômés d'Etat, de bénéficier d'un accompagnement personnalisé lors de consultations individuelles de diététique offertes par la MSA (Nutri Déclic).

3) Une stratégie MSA « alimentation et nutrition » pour améliorer la santé globale des populations agricoles et rurales

La MSA souhaite aller vers :

- **une lisibilité accrue** : la MSA passe d'un ensemble d'actions ponctuelles à une stratégie cohérente alimentation/nutrition ;
- **une influence renforcée dans la SNANC** : la MSA devient un opérateur attendu sur plusieurs volets (sécurité alimentaire, prévention, transition agricole) ;
- **un alignement MSA 2030** : justice sociale, prévention, transition écologique, souveraineté alimentaire, soutien des filières ;
- **une montée en puissance territoriale** : appui aux caisses, ingénierie, cadres juridiques, évaluation, reproduction.

Pour ce faire, la stratégie MSA « alimentation et nutrition » s'appuiera sur les 3 axes ci-dessous :

1. Renforcer la sécurité alimentaire des populations agricoles et rurales (axe 1),
2. Proposer un continuum d'actions d'information et de prévention sur la thématique « alimentation/nutrition » tout au long de la vie (axe 2),
3. Contribuer à la coordination de politiques alimentaires territorialisées articulant santé publique, transition agricole et inclusion (axe 3).

La stratégie MSA « Alimentation et nutrition » sera articulée à la stratégie santé MSA 2026-2030 et son approche « Une seule santé » en contribuant à la réalisation des enjeux ci-dessous :

- **Enjeu 1** : Permettre à la population agricole de vivre plus longtemps en bonne santé, en prenant en compte ses spécificités.
 - **Objectif stratégique 1.1** : Répondre aux besoins de santé de la population agricole.
 - 1.1.3. Agir sur les déterminants sociaux de la santé et promouvoir des comportements favorables à la santé.
 - **Objectif stratégique 1.2** : Mobiliser les acteurs pour améliorer la santé de la population agricole.
 - 1.2.1. Engager les délégués MSA en tant qu'acteurs clés de la santé, contribuant aux orientations de la stratégie santé MSA.
- **Enjeu 2** : Faire des territoires ruraux des environnements favorables à la santé.
 - 2.2.3. Décliner au plus près de populations ciblées les dispositifs de prévention et d'éducation à la santé en milieu rural.

Par ailleurs, l'approche « Une seule santé » constitue le socle méthodologique pour décliner, au sein des caisses de MSA, la stratégie santé MSA 2026-2030. Elle vise à renforcer la cohérence et l'efficacité de l'action de la MSA en faveur de la santé des populations agricoles et rurales, en prenant en compte les interactions entre santé humaine, animale et environnementale.

Dans ce cadre, la MSA a identifié quatre thématiques prioritaires transversales mobilisant son expertise, dont l'alimentation. La stratégie MSA « Alimentation et nutrition » constitue ainsi une opportunité d'identifier et de valoriser les actions « Une seule santé » menées autour de cette thématique.

Axe 1 : Renforcer la sécurité alimentaire des populations agricoles et rurales

Finalité stratégique

Passer d'une mosaïque d'actions (aide alimentaire, dons agricoles, épiceries solidaires, expérimentations CAF/MSA) à une approche systémique de la sécurité alimentaire, dépassant la seule logique d'aide alimentaire et visant à lutter durablement contre la précarité alimentaire des populations agricoles et rurales, tout en contribuant à la relocalisation des systèmes alimentaires, à la souveraineté alimentaire des territoires et à la sécurisation de la production agricole.

Cette politique intégrée vise à garantir un accès pérenne à une alimentation de qualité, soutenir l'activité et l'emploi agricoles, et articuler enjeux sociaux, économiques et productifs, dans une logique de développement territorial.

Objectifs 2026/2030

1. Structurer une offre MSA cohérente et lisible de sécurité alimentaire des populations agricoles et rurales, en dépassant la seule aide alimentaire au profit d'une approche globale de lutte contre la précarité alimentaire, mobilisant l'ensemble des leviers territoriaux (production, accès, transformation, distribution).
2. Réduire les inégalités d'accès à une alimentation saine et de qualité, en renforçant l'autonomie des ménages, l'implication des bénéficiaires, tout en sécurisant les revenus des producteurs locaux (expérimentation Alimentation solidaire et durable).
3. Reconnaître l'alimentation comme un levier de développement économique, d'emploi et d'insertion, notamment via l'insertion par l'activité économique, les circuits courts solidaires et les projets territoriaux associant publics précaires et acteurs agricoles. À titre d'exemple, le programme Inclusion et Ruralité 2, porté par la MSA, vise à soutenir sur trois ans l'accompagnement, la consolidation et le développement de 35 structures d'insertion par l'activité économique (SIAE), contribuant ainsi à la résilience alimentaire, économique et sociale des territoires ruraux.

Objectifs opérationnels/perspectives

- Mettre en œuvre et évaluer l'expérimentation Alimentation solidaire et durable, en tant que dispositif structurant de la sécurité alimentaire territoriale, articulant accès à l'alimentation, soutien à la production locale et retombées économiques.
- Construire un référentiel de « sécurité alimentaire territoriale », dépassant la notion d'aide alimentaire, intégrant :
 - un tronc commun de principes (accès digne, qualité nutritionnelle, circuits courts, juste rémunération des producteurs),
 - des outils partagés,
 - une mesure d'impact sociale, économique et territoriale,
 - un appui méthodologique aux caisses, à partir notamment de l'étude d'impact menée par le cabinet Improve dans le cadre de l'expérimentation Alimentation solidaire et durable.
- Prioriser les subventions CCMSA vers des partenaires et projets contribuant à une approche systémique de la sécurité alimentaire, intégrant lutte contre la précarité alimentaire, relocalisation des filières, soutien à l'emploi agricole et dynamiques d'insertion.

Proposition 15 :

Renforcer la sécurité alimentaire des populations agricoles et rurales

Axe 2 : Proposer un continuum d'actions d'information et de prévention sur la thématique « alimentation/nutrition » tout au long de la vie.

Finalité stratégique

Adapter les actions aux réalités et contraintes agricoles (horaires atypiques, isolement, métiers à risque) et aux plus fragiles.

Objectifs 2026 2030

1. Renforcer la prévention sur l'alimentation/nutrition auprès des publics les plus fragiles et prioritaires (jeunes, jeunes parents, familles précaires, travailleurs précaires, aidants).
2. Intégrer la prévention sur l'alimentation/nutrition dans les offres de parcours santé MSA (programme de désinsertion professionnelle (PDP), santé mentale dans le cadre du PMEA, santé au travail).

Objectifs opérationnels/perspectives

Déjà mis en œuvre, à poursuivre :

- Garantir l'accès à l'éducation nutritionnelle préventive individuelle (Nutri Déclic) à tous les assurés éligibles participant aux bilans de prévention MSA (Déclic, Instants santé/Mon Bilan Prévention, Instants santé jeunes, Instants aidants).
- Réaliser des sessions d'information/prévention sur la thématique alimentation/nutrition auprès des assurés MSA participant aux bilans de prévention MSA (Déclic, Instants santé/Mon Bilan Prévention, Instants santé jeunes, Instants aidants).

Non mis en œuvre, à développer :

- Elargir l'accès à l'éducation nutritionnelle préventive individuelle (Nutri Déclic) aux assurés MSA éligibles repérés dans le cadre d'autres actions MSA telles que celles de la SST, du PMEA, du PDP.
- Contribuer à l'information/prévention sur la thématique alimentation/nutrition des familles bénéficiaires de l'expérimentation « alimentation solidaire et durable », via les subventions CDDP accordées aux porteurs de projets sélectionnés.

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

- Déployer sur les territoires les ateliers du bien vieillir inter-régimes de sensibilisation à la thématique Alimentation/Nutrition auprès des publics seniors, dans le nouveau format conforme au référentiel de la CNSA.
- Renforcer sur les territoires la sensibilisation à l'alimentation/nutrition/activité physique par le financement d'actions dédiées à cette thématique dans le cadre de Coup de pouce prévention.

Proposition 16 :
Proposer un continuum d'actions d'information et de prévention sur la thématique
« alimentation/nutrition » tout au long de la vie

Axe 3 Contribuer à la coordination de politiques alimentaires territorialisées articulant santé publique, transition agricole et inclusion

Finalité stratégique

Renforcer la place et l'implication du régime agricole dans les gouvernances des politiques alimentaires territoriales, aux côtés des acteurs institutionnels et locaux déjà en responsabilité et en contribuant activement aux dynamiques existantes.

Objectifs 2026-2030

1. Capitaliser sur l'expérimentation « alimentation solidaire et durable » (2025-2027) pour formuler des repères et orientations MSA, utiles aux territoires et aux partenaires pour venir en appui aux politiques alimentaires locales.
2. Contribuer, aux côtés des collectivités et des services de l'État, au développement de projets alimentaires territoriaux (PAT) et d'initiatives locales conciliant santé publique, souveraineté alimentaire, transition agricole et inclusion sociale.
3. Renforcer l'implication de la MSA dans les instances de gouvernance alimentaire territoriale existantes, notamment les comités régionaux de l'alimentation (CRALIM), aux côtés des directions régionales de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF), des directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS), des collectivités, des chambres d'agriculture, des CAF, des ARS et des associations, dans une logique de contribution et de complémentarité.
4. Positionner progressivement la MSA comme un acteur ressource reconnu, en capacité d'apporter une lecture croisée santé - agriculture - inclusion sociale, sans se substituer aux instances de pilotage existantes (ex. CRALIM, Comité national de coordination de la lutte contre la précarité alimentaire (COCOLUPA)).

Objectifs opérationnels/perspectives

- Contribuer à l'élaboration et à la consolidation de modèles économiques territoriaux permettant de sécuriser, dans certains projets, le financement des familles et des producteurs, en lien avec les collectivités et les dispositifs existants, afin de favoriser la pérennité des actions.
- Encourager et faciliter la participation des caisses de MSA aux instances de coordination territoriale existantes (CRALIM, gouvernances de PAT, COCOLUPA), lorsque cela est pertinent et en cohérence avec les priorités locales.
- Appuyer l'émergence et le déploiement de projets alimentaires territoriaux, en apportant l'expertise MSA sur les publics agricoles et ruraux, la prévention santé et les enjeux de précarité alimentaire.
- Contribuer à un plaidoyer partenarial, aux niveaux régional et national, en faveur de politiques alimentaires territoriales intégrant davantage les enjeux agricoles, sociaux et de santé, sans revendiquer un rôle de pilotage, mais en renforçant la visibilité et la contribution du régime agricole.

Proposition 17 :

Contribuer à la coordination de politiques alimentaires territorialisées articulant santé publique, transition agricole et inclusion

3.4. Axe « Accès aux soins sur les territoires »

Le Plan National d'Accès aux Soins (PNAS) 2026-2030 constitue une des déclinaisons opérationnelles de la Stratégie Santé de la MSA, fondée sur l'approche « Une seule santé » qui articule prévention, accès aux soins et accompagnement social. Il répond à une crise structurelle particulièrement marquée en milieu rural - 23 % des patients du régime agricole résident dans un désert médical contre 15 % en population générale -, aggravée par le vieillissement de la population agricole.

Le plan s'organise autour de trois axes opérationnels :

- structurer l'accès aux soins de proximité (axe A),
- développer l'exercice coordonné et renforcer l'attractivité des territoires ruraux (axe B),
- garantir des parcours de soins sans rupture (axe C).

Le plan s'appuie sur l'ingénierie territoriale et sa mise en œuvre repose sur un partenariat structuré avec les ARS, la Cnam, les collectivités territoriales, AVEC Santé, la Fédération des CPTS et les Dispositifs d'Appui à la Coordination.

Proposition 18 :

Renforcer l'accès aux soins dans les territoires ruraux par des actions innovantes : le modèle de l'association Médecins Solidaires

Un constat partagé : la désertification médicale fragilise les territoires ruraux

L'accès aux soins de premier recours constitue un enjeu majeur de cohésion sociale et territoriale, particulièrement dans les zones rurales. La raréfaction de l'offre médicale dans ces territoires, où 67 % des patients du régime agricole résident, appelle des réponses innovantes, complémentaires des dispositifs conventionnels d'installation. C'est dans ce cadre que la MSA a engagé, depuis 2025, des partenariats locaux avec l'association Médecins Solidaires, dont le modèle repose sur une logique de temps médical partagé inédite en France.

Un modèle innovant fondé sur la solidarité entre praticiens

Médecins Solidaires propose un modèle organisationnel original : dans chaque centre de santé, un médecin généraliste différent vient assurer les consultations une semaine par an, dans un cadre salarié et coordonné. Cette mutualisation du temps médical permet de garantir une continuité de présence dans des communes où l'installation pérenne d'un praticien n'est plus envisageable à court terme. À fin février 2026, le collectif rassemble 990 médecins engagés, avec un objectif de franchir le seuil des 1 000 praticiens en 2026. Le réseau compte aujourd'hui 12 centres de santé répartis sur le territoire national, dont plusieurs ont bénéficié directement du soutien financier de la MSA.

Un partenariat MSA – Médecins Solidaires aux résultats tangibles

Le soutien de la MSA a permis l'ouverture de plusieurs centres en territoires ruraux : Bû (Eure-et-Loir) en juillet 2025, Corbeilles (Loiret) en janvier 2026, et le Brusquet (Alpes-de-Haute-Provence) prévu pour novembre 2026. La MSA a également contribué au déploiement des centres de Charenton-du-Cher (Cher) et de Reuilly (Indre).

Les données d'activité au 31 décembre 2025 témoignent de l'utilité du dispositif :

- **Charenton-du-Cher** : 12 075 consultations réalisées, 2 321 patients suivis en médecin traitant dont 751 en affection de longue durée (ALD), 125 semaines médicales assurées depuis l'ouverture, 3 emplois locaux créés ;
- **Reuilly** : 5 166 consultations, 1 344 patients suivis en médecin traitant dont 337 en ALD, 2 emplois locaux créés ;

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

- **Bû** : 2 399 consultations, 1 241 patients suivis en médecin traitant dont 246 en ALD, et l'installation pérenne d'un médecin généraliste permanent à mi-temps en CDI, illustrant la capacité du modèle à favoriser, à terme, des installations durables.

La patientèle accompagnée témoigne d'une forte présence de publics fragiles : entre 62 % et 90 % de patients retraités selon les centres, profil spécifique des territoires ruraux.

Un partenariat élargi à la prévention en santé

Au-delà du soin curatif, le partenariat s'inscrit dans une logique de prévention. Le Tour Prévention organisé les 8, 9 et 10 septembre 2025 dans les centres de Charenton-du-Cher, Bellegarde-en-Marche et Ajain a réuni 345 personnes - 95 enfants et 250 adultes - autour d'ateliers thématiques (hygiène bucco-dentaire, fresque de la santé) en milieu scolaire et de soirées prévention tout public. Les taux de satisfaction sont élevés : 78 % des enfants déclarent avoir « beaucoup aimé » et 97,6 % des adultes se déclarent satisfaits ou très satisfaits.

Perspectives 2026 : poursuivre et amplifier le déploiement

Pour 2026, l'objectif est d'atteindre 17 centres de santé en activité (contre 11 fin 2025), dont 7 dotés d'une seconde ligne médicale. De nouveaux centres sont prévus en Loir-et-Cher, Nouvelle-Aquitaine (accompagnés par l'ARS à 100 %) et Indre-et-Loire. La modernisation des outils numériques - refonte de l'Espace médecins et du module de réservation en ligne - viendra par ailleurs renforcer la planification et la coordination des missions. La MSA, par son maillage territorial et sa connaissance des publics agricoles et ruraux, demeure un partenaire stratégique pour étendre la portée de ce modèle aux territoires les plus fragiles.

Proposition 19 : Promouvoir l'exercice coordonné en milieu rural

Le développement de l'exercice coordonné constitue le deuxième axe stratégique du PNAS 2026-2030 et un levier majeur pour renforcer l'attractivité des territoires ruraux auprès des professionnels de santé. Convaincue que l'avenir des soins primaires en milieu rural passe par des formes d'exercice collectives et structurées - plus attractives pour les jeunes professionnels et plus efficaces pour les patients -, la MSA accompagne depuis de nombreuses années le développement des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), des Centres de Santé Pluriprofessionnels (CSP), des Équipes de Soins Primaires (ESP) et des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

Accompagner la création et le développement des structures d'exercice coordonné

La MSA poursuit son soutien au développement des MSP en lien avec le plan national « 4 000 MSP » et mobilise son ingénierie territoriale pour accompagner les porteurs de projets à chaque étape : diagnostic territorial, rédaction du projet de santé, mise en réseau avec les financeurs et partenaires. Cet appui peut intervenir aussi bien en phase de création - avant validation du projet de santé par l'ARS - qu'en phase de consolidation, ou encore au bénéfice de structures en difficulté nécessitant un appui renforcé. L'objectif fixé est d'accompagner, par caisse, au moins deux structures d'exercice coordonné à l'horizon 2028, la participation à la labellisation d'une structure France Santé pouvant être valorisée dans ce cadre.

Accompagner la structuration et le déploiement des CPTS

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé constituent un échelon essentiel de l'organisation des soins à l'échelle d'un bassin de vie : elles permettent de coordonner l'action des structures et professionnels, d'organiser des réponses collectives aux besoins de la population et de structurer les parcours. La MSA contribue à l'animation des réunions, à la réalisation des diagnostics territoriaux partagés et à la rédaction des projets de santé territoriaux, avec pour ambition une couverture intégrale du territoire rural à l'horizon 2030. Un effort particulier est consacré aux zones sous-denses et aux territoires en tension, en activant l'ensemble des leviers : appui méthodologique, ingénierie de projet, mise en réseau avec les financeurs.

Contribuer activement à la gouvernance territoriale en santé

L'amélioration de l'accès aux soins en milieu rural suppose une présence active de la MSA dans les instances de coordination territoriale : comités de pilotage ARS, instances CPAM dédiées à l'exercice coordonné, comités techniques CPTS et MSP, réunions avec les fédérations professionnelles (URPS, FCPTS, AVEC Santé) et instances départementales ou régionales de santé. Au-delà de la présence, il s'agit d'apporter l'expertise MSA sur les enjeux ruraux et de faciliter l'articulation entre les différents dispositifs territoriaux en milieu rural.

Susciter des vocations d'installation : le programme Educ'Tour

Né en Bourgogne-Franche-Comté il y a une dizaine d'années et désormais déployé à l'échelle nationale, le programme Educ'Tour repose sur une idée simple : immerger les étudiants en santé - médecine, pharmacie, soins infirmiers, kinésithérapie, maïeutique, travail social - dans la réalité de l'exercice coordonné en milieu rural, dès leur formation, pour orienter leurs choix d'installation. Au terme de la COG 2021-2025, 22 caisses sur 35 ont organisé au moins un séminaire interprofessionnel, en partenariat avec des universités, des instituts de formation et des écoles du travail social, certaines caisses de MSA - Bourgogne, Franche-Comté, Côtes Normandes notamment - se distinguant par une dynamique particulièrement ancrée. Les séminaires conformes au cahier des charges national peuvent être labellisés « Educ'Tour » et bénéficient de l'appui méthodologique d'un groupe national ressource.

Le séminaire organisé les 12 et 13 mars 2026 à Signy-le-Petit (Ardennes), réunissant une quarantaine d'étudiants autour de la MSP locale - porté par la MSA Marne Ardennes Meuse en partenariat avec la CPAM des Ardennes et l'ARS Grand Est - en illustre concrètement l'esprit. Pendant deux jours, les futurs soignants ont travaillé ensemble sur des cas cliniques complexes (parcours d'une femme enceinte, isolée, diabétique et en difficulté sociale) et imaginé des organisations de soins adaptées au territoire : dépistage du cancer, sport adapté, lutte contre les addictions, bus santé. Un atelier intitulé « La MSP n'est pas un long fleuve tranquille » a abordé sans détour les tensions inhérentes au collectif - divergences de pratiques, désaccords organisationnels, partage des revenus et des charges -, dans un souci de réalisme salué par les participants. Plusieurs étudiants ont témoigné d'un repositionnement concret de leurs choix d'installation à l'issue du séminaire.

Pour la COG 2026-2030, des formats plus souples seront déployés, organisés directement en MSP, afin de généraliser une culture du travail en équipe désormais essentielle pour répondre aux défis de l'accès aux soins. L'extension d'Éduc'Tour viendra ainsi en appui d'une stratégie d'ensemble - MSP, CPTS, gouvernance territoriale - qui fait de la MSA un acteur structurant de la promotion de l'exercice coordonné en milieu rural.

Proposition 20 : Contribuer à la labellisation France Santé

Le réseau MSA se mobilise au service de l'accès aux soins dans les territoires ruraux.

Le réseau France Santé, institué par l'article 63 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026, vise à garantir à chaque assuré un accès aux soins de proximité, à moins de 30 minutes de son domicile et avec un rendez-vous médical sous 48 heures, sans dépassement d'honoraires. Le dispositif prévoit la labellisation de 2 000 structures à l'été 2026, puis de 5 000 d'ici fin 2027 avec 151 intercommunalités prioritaires identifiées comme « zones rouges »⁶⁶, représentant 2,5 millions d'habitants majoritairement ruraux.

La MSA se positionne comme un acteur légitime et engagé dans la mise en œuvre de ce dispositif. Cette légitimité tient d'abord à la situation des assurés agricoles, proportionnellement plus exposés aux difficultés d'accès aux soins (Cf partie 2.3.1.) et largement concentrés dans les zones identifiées comme prioritaires (Cf partie 2.3.2). Elle découle également de la conviction portée par l'institution selon laquelle l'accès aux soins en milieu rural constitue un enjeu d'égalité républicaine et de cohésion territoriale, et ne peut se construire qu'avec les territoires plutôt qu'à côté d'eux.

La MSA entend apporter une contribution opérationnelle structurée autour de trois axes :

- la connaissance fine des territoires, par un diagnostic structuré, l'identification des structures potentiellement labellisables et l'intégration des zones rouges dans l'outil GéoMSA (<https://geomsa.msa.fr/>) ;
- l'animation partenariale, par la mise en relation des hôpitaux de proximité, des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), des MSP et des élus locaux, ainsi que la participation aux comités de pilotage territoriaux ;
- l'accompagnement des élus et porteurs de projets dans la structuration de réponses adaptées aux réalités locales. Ce positionnement s'appuie sur des atouts distinctifs : un maillage de 700 points de contact, 35 caisses et 13 000 élus locaux, une expertise éprouvée de la labellisation acquise auprès de 2 716 espaces France Services, un rôle de caisse pivot pour une majorité d'hôpitaux de proximité, et une approche intégrée articulant santé, prévention, action sociale et santé au travail.

La CCMSA met à disposition de son réseau un kit diagnostic territorial, une fiche de positionnement et des supports de présentation interne et externe. La deuxième vague de labellisation, plus exigeante en ingénierie territoriale, constitue l'horizon d'action prioritaire de la MSA en 2026 et 2027.

Proposition 21 : Améliorer les parcours des patients atteints de maladies chroniques

L'accès aux soins en milieu rural repose sur une organisation cohérente et coordonnée des parcours de soins, garantissant une prise en charge fluide tout au long du parcours du patient. Cette exigence est particulièrement marquée pour les patients atteints de maladies chroniques, qui nécessitent un suivi médical régulier et une coordination étroite entre l'ensemble des professionnels intervenant à leurs côtés. Pour répondre à cet enjeu, la MSA inscrit dans son Plan National d'Accès aux Soins (PNAS) 2026-2030 une action structurée visant à développer des parcours adaptés aux spécificités des territoires ruraux et à mobiliser les leviers opérationnels existants, en articulation avec l'axe 3 de la Stratégie Établissements de la MSA. S'appuyant sur les acquis de la COG 2021-2025, la MSA renforce ainsi sa capacité à garantir des parcours sans rupture, dans une logique de complémentarité entre prévention, accompagnement social et le lien ville hôpital.

⁶⁶ Voir Diagnostic territorial santé des 151 zones rouges réalisé dans ce rapport (partie 2.3.2.).

La structuration de ces parcours porte en priorité sur cinq pathologies particulièrement prévalentes dans les populations agricoles et rurales : insuffisance cardiaque, maladie coronarienne, maladies rénales chroniques, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et diabète.

Un des leviers d'amélioration des parcours des patients présentant une maladie chronique est l'éducation thérapeutique.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP), définie en 1996 par l'Organisation mondiale de la santé⁶⁷, désigne un processus continu visant à aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences nécessaires pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. La Haute Autorité de Santé, dans ses recommandations de 2007⁶⁸, en précise les deux finalités complémentaires : l'acquisition et le maintien de compétences d'autosoins - surveillance des symptômes, adaptation du traitement, prévention des complications, gestes techniques - et le développement de compétences d'adaptation, qui permettent au patient de vivre avec sa maladie et de maintenir une vie sociale, familiale et professionnelle satisfaisante. Inscrite dans le parcours de soins du patient par l'article 84 de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009 (articles L. 1161-1 à L. 1161-6 du Code de la santé publique), l'ETP fait partie intégrante de la prise en charge et n'est pas opposable au malade⁶⁹. Elle est mise en œuvre par des équipes pluriprofessionnelles formées, dans le cadre de programmes personnalisés déclarés auprès des ARS - depuis le 1^{er} janvier 2021, le régime de déclaration a remplacé le régime d'autorisation préalable. Les évaluations conduites notamment par la HAS (2018)⁷⁰ et l'Inserm⁷¹ soulignent les bénéfices de l'ETP lorsqu'elle est associée à une stratégie thérapeutique partagée et à un suivi médical régulier : amélioration de l'observance et de la qualité de vie, autonomisation du patient dans la gestion de sa maladie, et réduction des hospitalisations évitables. Ces effets en font un levier reconnu de la consolidation des parcours de soins en maladie chronique, particulièrement pertinent pour les patients polypathologiques et pour les territoires ruraux où la coordination ville-hôpital constitue un enjeu central.

Le programme d'éducation thérapeutique des patients polypathologiques (ET3P), développé par la MSA au niveau national, en constitue une déclinaison spécifiquement conçue pour les patients atteints de plusieurs pathologies chroniques, particulièrement représentés dans les territoires ruraux. Son déploiement au sein des structures d'exercice coordonné - MSP et centres de santé - répond à un enjeu identifié de longue date : l'offre d'ETP demeure aujourd'hui majoritairement hospitalière (de l'ordre de 75 à 85 % des programmes), alors que son intégration en ambulatoire constitue la condition d'un accès effectif des patients chroniques en milieu rural. L'extension du dispositif passe par la constitution et la formation de nouvelles équipes éducatives, la coordination avec les ARS et les CPAM, et le respect du cahier des charges national.

⁶⁷ Organisation mondiale de la santé, Therapeutic Patient Education, rapport de l'OMS-Europe, 1996.

⁶⁸ Haute Autorité de Santé, Éducation thérapeutique du patient : définitions, finalités et organisation, recommandations, juin 2007.

⁶⁹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 84 ; Code de la santé publique, articles L. 1161-1 à L. 1161-6.

⁷⁰ Haute Autorité de Santé, Éducation thérapeutique du patient - Évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques, mai 2018.

⁷¹ Inserm, Éducation thérapeutique - Concepts et enjeux, synthèse et recommandations, 2014.

3.5. Axe « Qualité des pratiques et pertinence des soins »

La MSA renforcera les actions de gestion du risque 2026 en lien avec la qualité des pratiques et la pertinence des 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,
- **Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail** pour maîtriser les dépenses.

3.5.1. Les actions du plan national GDR maladie 2025 de la MSA

Le plan national de gestion du risque (GDR) maladie 2025 de la MSA comportait 30 actions déclinées autour de 6 axes :

Le plan national de gestion du risque (GDR) maladie 2025 de la MSA 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 (2 actions)
- Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports (4 actions)
- Contrôle et lutte contre la fraude (11 actions)

Le bilan de ces actions est disponible en **Annexe 5** de ce rapport.

Le plan national GDR maladie 2026 de la MSA comprend les actions pérennes du plan 2025 et des nouvelles actions présentées en partie dans le rapport Charges et Produits MSA 2026.

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 :

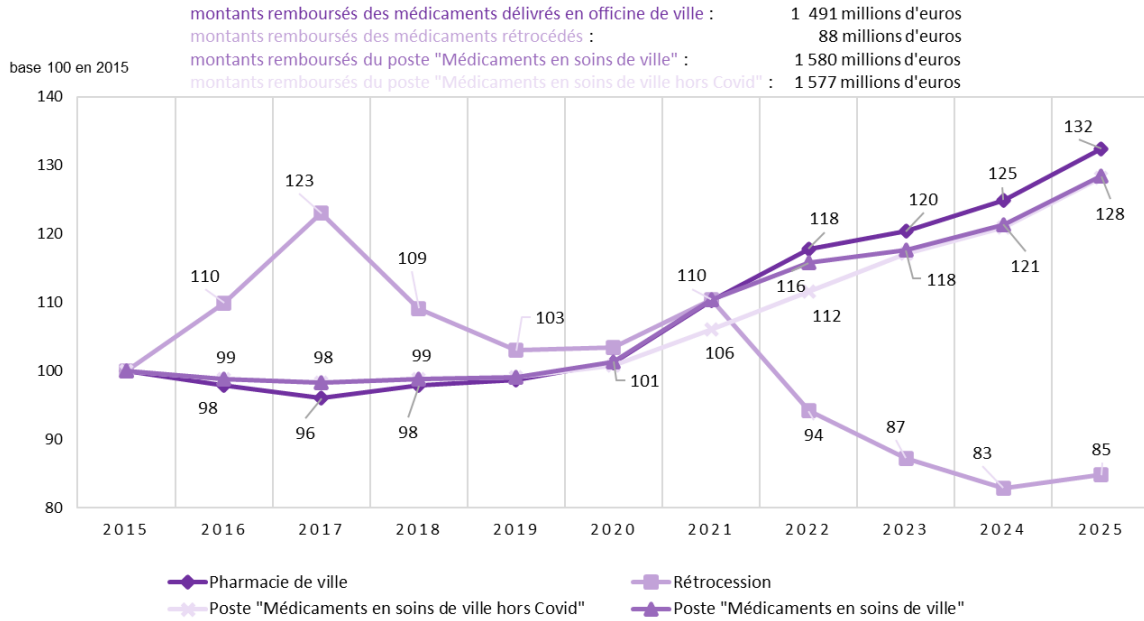
- les médicaments,
- la liste des produits et prestations (LPP).

a. Les médicaments

a.1. Les montants remboursés

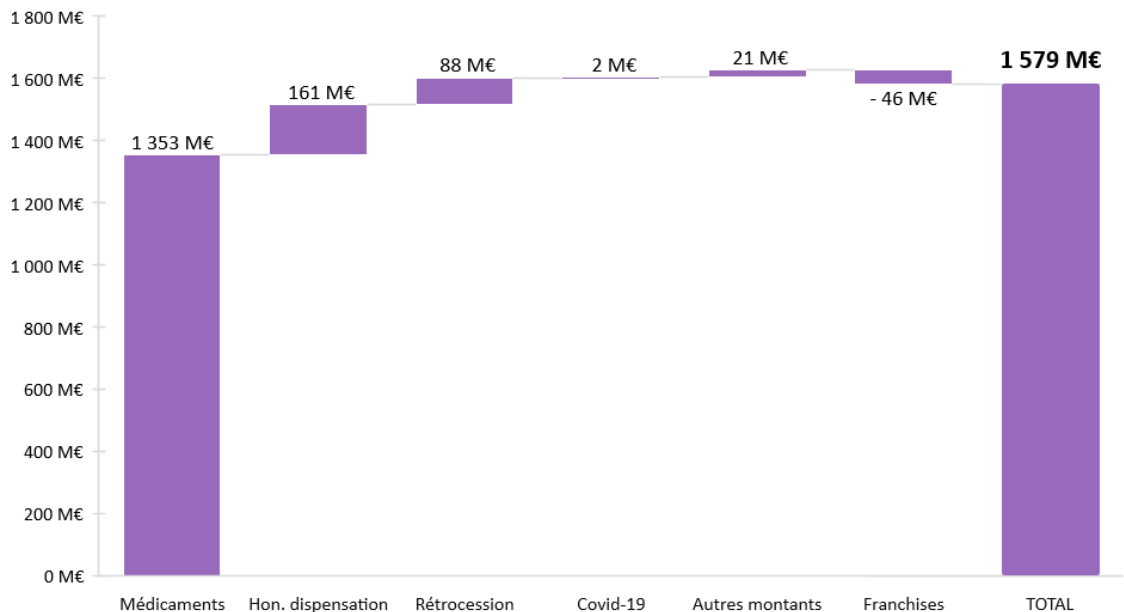
En 2025, les montants remboursés pour le poste « Médicaments en soins de ville » (délivrance en officine de ville et rétrocession) représentent 29,5 % des dépenses de soins de ville du régime agricole, pour un montant de 1 580 millions d'euros. Stables sur la période 2015-2019, ils progressent ensuite les années suivantes, de 4,4 % en moyenne annuelle de 2019 à 2025, avec 5,8 % en 2025 (**Graphique 48**).

Graphique 48 :
Evolution indiciaire des montants remboursés du poste « Médicaments en soins de ville »



Le montant remboursé global pour le poste « Médicaments en soins de ville » en 2025 se répartit en différents regroupements de dépenses (**Graphique 49**).

Graphique 49 :
Décomposition des montants remboursés du poste « Médicaments en soins de ville » en 2025
(en millions d'euros)

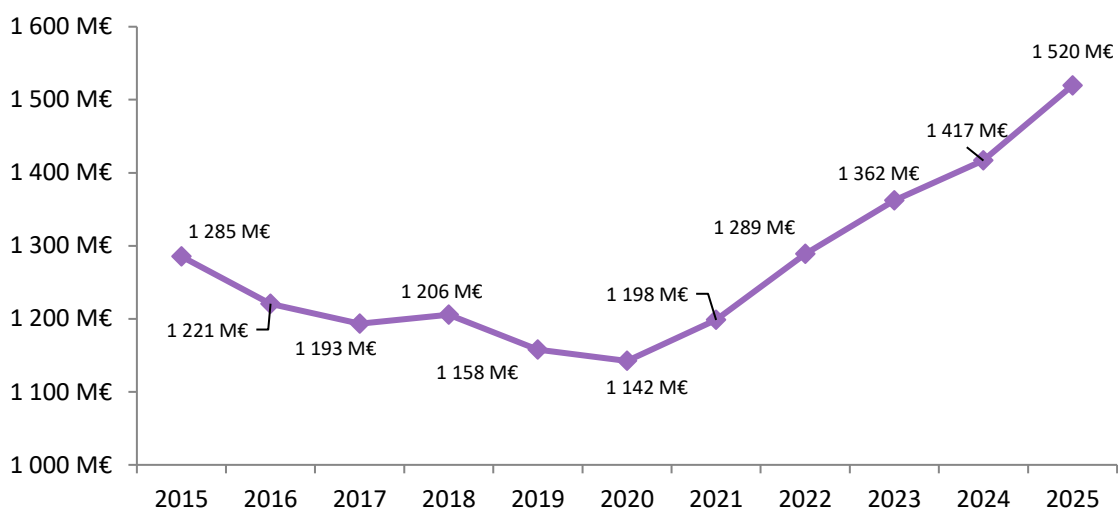


Les médicaments délivrés en ville représentent la majorité du poste : 1 353 millions d'euros (soit 85,7 %), suivi des honoraires de dispensation (10,2 %) et de la rétrocession (5,6 %). Les dépenses liées à la Covid-19 (vaccins, tests antigéniques, masques) ne représentent plus en 2025 que 0,1 % du montant global du poste « Médicaments en soins de ville ».

a.2. Les médicaments délivrés en officine

Les montants présentés au remboursement s'élevaient à 1 520 millions d'euros (hors honoraires de dispensation à la boîte), en hausse de 7,3 % (après une augmentation de 4,0 % en 2024). La tendance à la hausse, observée depuis 2021, se confirme en 2025 (**Graphique 50**). 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.

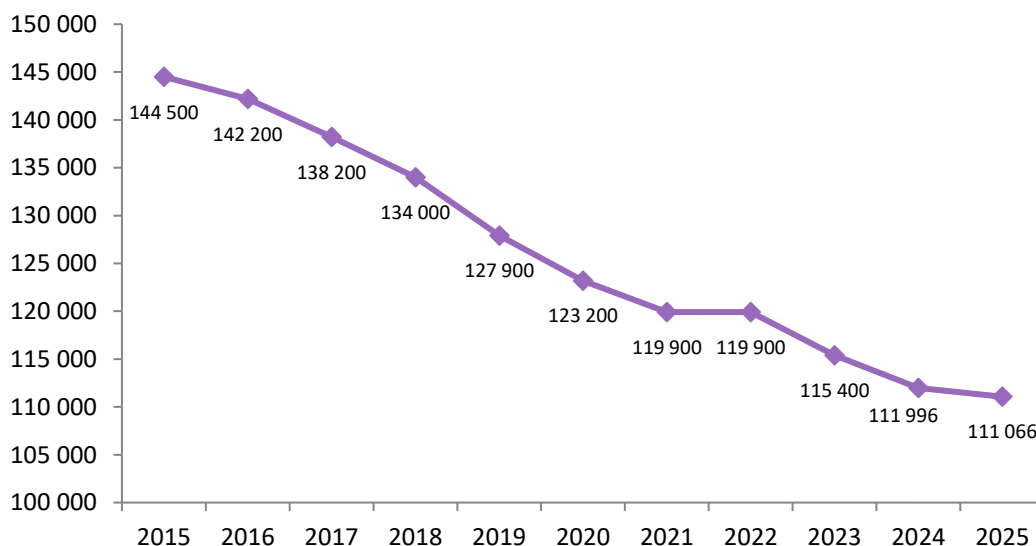
Graphique 50 :
Evolution du montant remboursable pour les médicaments délivrés en ville (en millions d'euros)



Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

En 2025, le régime agricole a remboursé 111 millions de boîtes de médicaments délivrées en officine de ville ; ainsi, la tendance est toujours à la baisse (- 0,8 %) (**Graphique 51**).

Graphique 51 :
Evolution du nombre de boîtes délivrées en ville

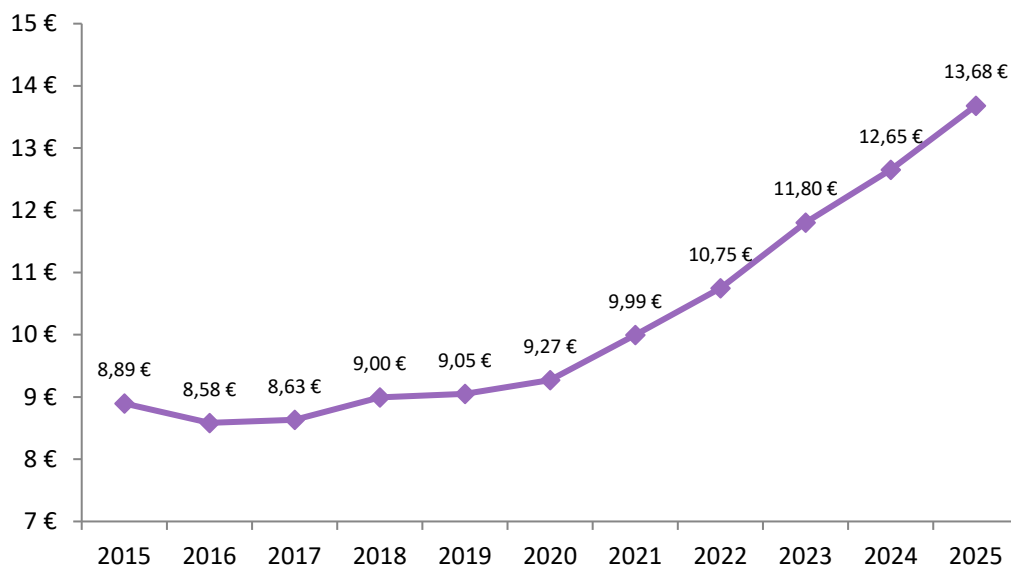


Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

Les produits les plus délivrés restent, comme en 2024, les antalgiques à base de paracétamol seul (DOLIPRANE®, DAFALGAN®) et l'ensemble des produits génériques à base de paracétamol. Ils représentent à eux seuls 20,4 % des boîtes délivrées en 2025, soit 1,2 point de plus qu'en 2024.

Le prix moyen des médicaments poursuit sa hausse (**Graphique 52**).

Graphique 52 :
Evolution du prix moyen des médicaments (en euros)



Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

L'évolution des montants remboursés (+ 7,0 %) 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, deux 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 €, qui impacte l'évolution des médicaments délivrés en officine à hauteur de 2,0 points.
- Forxiga®, un traitement contre l'insuffisance cardiaque chronique, commercialisé en avril 2020, ayant un impact de 0,4 point.

Ensuite, parmi les médicaments qui contribuent le plus à la croissance, se trouve Nubeqa®, un traitement contre le cancer de la prostate dont la tendance à la hausse se poursuit également depuis sa commercialisation en mars 2021 et qui impacte l'évolution des remboursements de 0,4 point.

Puis, parmi les médicaments plus récents et qui contribuent le plus à la croissance, se trouve un traitement contre plusieurs types de cancers hématologiques, Brukinsa®, commercialisé en janvier 2024 et qui impacte l'évolution des remboursements de 0,4 point.

Enfin, depuis le 14 décembre 2024, le vaccin contre le zona Shingrix® est remboursé à 65 % chez les personnes immunodéprimées et chez l'ensemble des personnes de 65 ans et plus. Les montants remboursés associés représentent 15,2 millions d'euros en 2025 et impactent l'évolution des remboursements de 1,2 point (**Tableau 46**).

Tableau 46 :
Principaux médicaments contributeurs à la croissance des montants remboursés en 2025

Nom du produit	Indication	Montant remboursé 2025*	Evolution ACM	Croissance (par rapport à 2024)	Contribution à la croissance
VYNDAQEL ®	Traitement de l'amylose cardiaque	139,3 M€	22,3%	25,4 M€	2,0
SHINGRIX ®	Vaccin contre le zona	15,2 M€	>999,9%	15,2 M€	1,2
EYLEA ®	Traitement de la dégénérescence maculaire humide	35,6 M€	25,3%	7,2 M€	0,6
FORXIGA ®	Antidiabétique, insuffisance cardiaque, rénale	22,9 M€	31,6%	5,5 M€	0,4
BRUKINSA ®	Anticancéreux	7,4 M€	189,9%	4,8 M€	0,4
NUBEQA ®	Anticancéreux	11,1 M€	77,1%	4,8 M€	0,4
ELIQUIS ®	Anticoagulant oral direct	68,2 M€	7,5%	4,8 M€	0,4
EZETIMIBE/ ATORVASTATINE	Traitement du cholestérol	5,7 M€	440,5%	4,7 M€	0,4
DUPIXENT ®	Traitement de la dermatite atopique	15,7 M€	34,1%	4,0 M€	0,3
JARDIANCE ®	Traitement du diabète et de l'insuffisance cardiaque chronique	8,9 M€	51,7%	3,0 M€	0,2
OZEMPIC ®	Traitement du diabète	13,6 M€	28,4%	3,0 M€	0,2
RIVAROXABAN	Anticoagulant oral direct	9,1 M€	45,3%	2,8 M€	0,2
ENTRESTO ®	Traitement de l'insuffisance cardiaque	22,6 M€	13,9%	2,7 M€	0,2
TOTAL MEDICAMENTS DELIVRES EN VILLE		1 353,0 M€	7,0%	+ 88,3 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 (+ 7,3 %) résulte d'une dynamique qui recouvre des réalités très différentes selon les classes étudiées (**Tableau 47**).

Les cinq premières classes concentrent près des trois-quarts des montants présentés au remboursement (73,6 %). La classe L « Agents antinéoplasiques et immunomodulants » est la classe la plus importante en montants présentés au remboursement (25,7 %), suivi de la classe N du « Système nerveux central » (17,8 %), de la classe A « Voies digestives et métabolisme » (10,6 %), de la classe B « Sang et organe hématopoïétiques » (10,0 %), et de la classe C du « Système cardiovasculaire » (9,5 %).

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

Tableau 47 :
Classement des classes ATC (niveau 1) selon les montants présentés au remboursement en 2025

Rang 2025	Rang 2024	Code de la classe	Nom de la classe	Montants présentés au remboursement en 2025 en milliers d'euros	Evolution 2025/2024 (en %)	Part dans le total des montants présentés au rembt	Montants remboursés en 2025 en milliers d'euros	Taux moyen remboursement en 2025 (en %)	Boîtes prescrites en 2025 en milliers
1	1	L	Antinéoplasiques, immunomodulateurs	390 017	+ 6,3 %	25,7 %	382 226	98,0 %	999
2	2	N	Système nerveux central	270 789	+ 13,8 %	17,8 %	243 673	90,0 %	40 172
3	4	A	Voies digestives et métabolisme	160 519	+ 9,6 %	10,6 %	141 036	87,9 %	20 068
4	3	B	Sang et organe hématopoïétiques	151 395	- 5,8 %	10,0 %	142 200	93,9 %	7 237
5	5	C	Système cardiovasculaire	144 359	+ 3,8 %	9,5 %	128 740	89,2 %	14 822
6	7	J	Antiinfectieux généraux systémiques	115 331	+ 34,0 %	7,6 %	87 986	76,3 %	6 333
7	6	R	Système respiratoire	94 786	+ 3,5 %	6,2 %	72 901	76,9 %	5 783
8	8	S	Organes des sens	75 494	- 2,2 %	5,0 %	68 693	91,0 %	3 500
9	9	D	Médicaments dermatologiques	34 164	+ 26,5 %	2,2 %	24 184	70,8 %	2 928
10	10	H	Préparations hormonales systémiques	25 860	- 2,7 %	1,7 %	23 384	90,4 %	2 595
11	11	G	Système génito-urinaire et hormones	24 538	- 0,6 %	1,6 %	13 264	54,1 %	2 620
12	12	M	Système musculaire et squelettique	22 396	+ 0,4 %	1,5 %	17 899	79,9 %	3 662
13	13	V+X	Divers	7 941	- 5,8 %	0,5 %	5 368	67,6 %	170
14	14	P	Antiparasitaires	2 050	+ 4,6 %	0,1 %	1 765	86,1 %	177
			Total des 14 classes	1 519 637	+ 7,3 %	100,0 %	1 353 317	89,1 %	111 066

Source : SNDS – exploitation MSA

b. La liste des produits et prestations (LPP)

En 2025, le montant total facturé aux assurés du régime agricole pour les produits de la LPP atteint 1,05 milliard d'euros, contre 1,01 milliard en 2024, soit une hausse de 4 % (+ 40,6 millions d'euros). Il s'agit de la progression la plus marquée observée depuis cinq ans (**Tableau 48**).

Dans le même temps, le nombre d'assurés ayant bénéficié d'au moins un remboursement relatif à la LPP poursuit sa baisse, mais cette diminution s'atténue progressivement.

Tableau 48 :
Evolution de la dépense, de la base de remboursement, des remboursements (en millions d'euros) et du nombre d'assurés entre 2021 et 2025

	2021	2022	2023	2024	2025
Montant total facturé	983,11	973,71	989,12	1 007,30	1 047,87
<i>variations de la facturation</i>		-1,0%	1,6%	1,8%	4,0%
Base de remboursement	606,73	602,71	608,13	619,13	639,90
<i>variations de la base de remb.</i>		-0,7%	0,9%	1,8%	3,4%
Remboursement	523,01	519,38	524,00	534,30	551,10
<i>variations des remboursements</i>		-0,7%	0,9%	2,0%	3,1%
Nombre d'assurés concernés	1 634 168	1 676 196	1 635 219	1 609 951	1 607 474
<i>variations des effectifs</i>		2,6%	-2,4%	-1,5%	-0,2%

Source : MSA

La hausse de la facturation concerne tous les titres⁷², mais elle est principalement portée par deux postes qui concentrent 92,2 % de la dépense : les orthèses, appareils de soutien et prothèses externes (titre II) qui subissent une hausse de plus de 5 % et le maintien à domicile (titre I) qui augmente de presque 3 %.

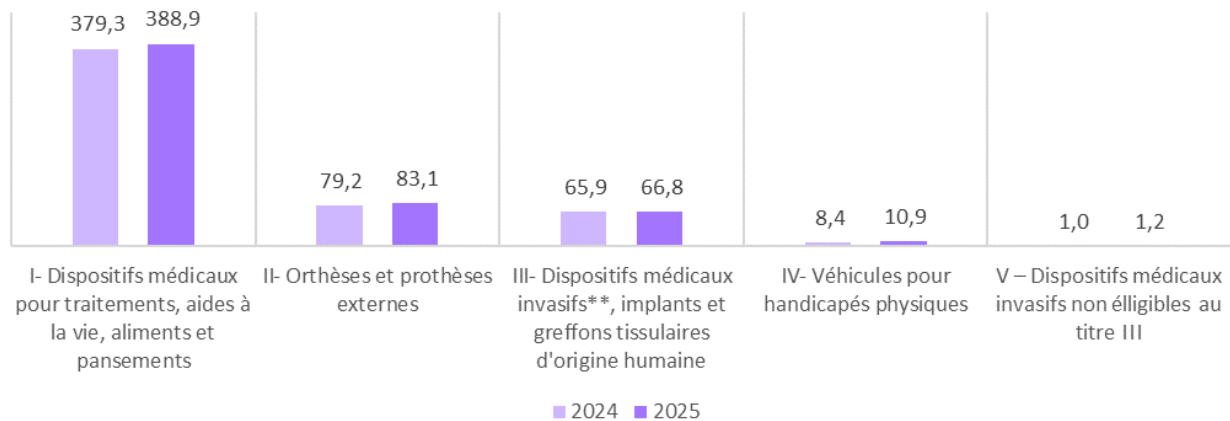
Enfin, les achats et réparations des fauteuils roulants (titre IV) et les dispositifs médicaux invasifs (titre V) augmentent d'environ 20 % chacun, leur poids dans la dépense totale restant toutefois limité.

Plus de 50 % du montant de ces facturations font l'objet de remboursements par le régime agricole. La MSA a ainsi remboursé 551 millions d'euros en 2025, contre 534 millions en 2024 (soit une hausse de 17 millions d'euros, + 3,3 %).

Cette augmentation est portée principalement par le titre I qui concentre les produits destinés au maintien à domicile (+ 2,5 %, soit + 9,6 millions d'euros) (**Graphique 53**) et, dans une moindre mesure, par le titre II - orthèses, appareils de soutien et prothèses externes (+ 5,0 %, soit + 4,0 millions d'euros). Les autres titres, bien que leur poids soit nettement moins important dans les remboursements, sont également en hausse.

⁷² Classification administrative des produits et prestations par grands titres, chapitres et sections, elle représente la structure réglementaire de la LPP.

Graphique 53 :
Evolution des remboursements entre 2024 et 2025 par titre de la LPP (en millions d'euros)*



*Hors prestations exceptionnelles sans précisions (226 000 € en 2025)

Source : MSA

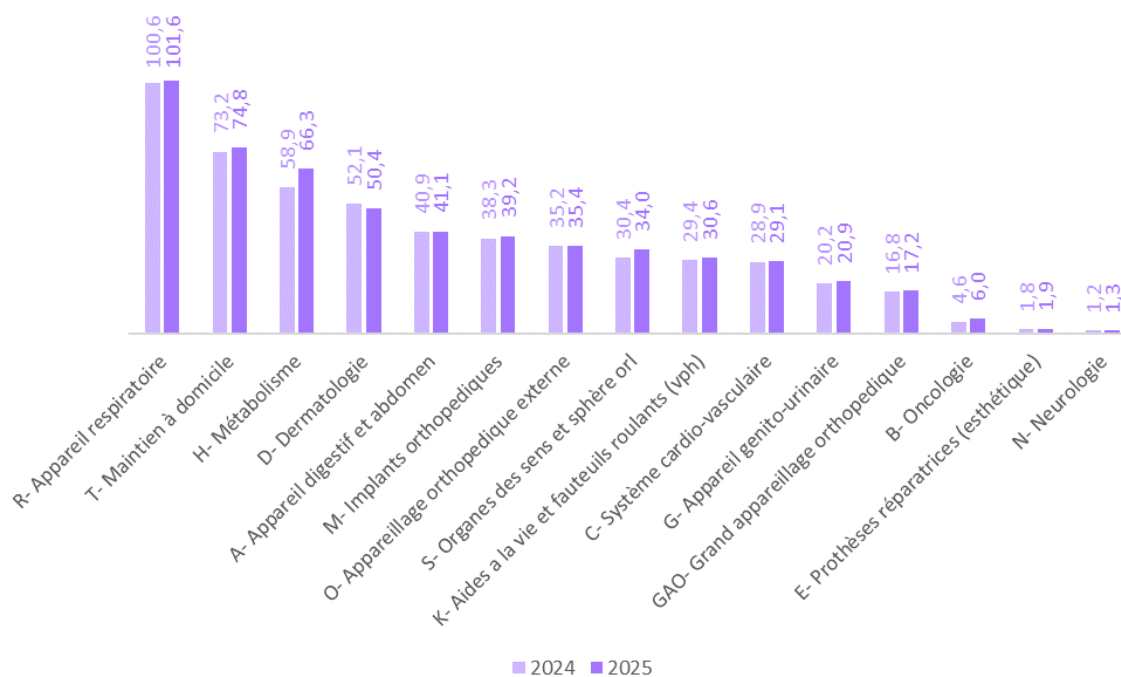
** Dispositifs médicaux invasifs (excluant les prises en charges dérogatoires exceptionnelles).

Par ailleurs, quatre classes technico-thérapeutiques⁷³ (qui font principalement partie du titre I) concentrent plus de la moitié du montant remboursé par le régime agricole (53 % soit 293 millions d'euros remboursés en 2025) (**Graphique 54**) :

- Les appareils respiratoires (classe R) : 101,6 millions d'euros remboursés, en hausse de 0,9 % par rapport à 2024,
- Le maintien à domicile (classe T) : 74,8 millions d'euros, en hausse de 2,2 %,
- Le métabolisme (classe H) : 66,3 millions d'euros, + 12,6 %, hausse liée en grande partie à la prise en charge intégrale du nouveau capteur de mesure du glucose interstitiel FreeStyle Libre 2 Plus depuis le 18 février 2025 (11 millions d'euros remboursés en 2025),
- La dermatologie (classe D) : 50,4 millions d'euros, qui diminue de 3,2 %.

⁷³ Classification médicale réalisée par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), cf. [Documentation SNDS](#)

Graphique 54 :
Evolution des remboursements entre 2024 et 2025 par classe technico-thérapeutique (en millions d'euros)



Source : MSA

Si les appareils respiratoires représentent la catégorie la plus importante en matière de remboursements, les produits liés aux organes des sens et à la sphère ORL (classe S), génèrent le reste à charge le plus élevé : 92 % des dépenses demeurent à la charge des patients et/ou de la complémentaire santé, dont 88 % correspondent à des dépassements (**Graphique 55**) : 446 € de dépassement par assurés en moyenne pour la classe S contre une moyenne de 14 € pour les autres classes. Ces dépassements concernent particulièrement les produits suivants :

- les verres multifocaux ou progressifs (classe S10B) dont le dépassement moyen individuel est de 431 € ;
- les audioprothèses destinées aux assurés de plus de 20 ans (classe S40B) dont le dépassement individuel est de 1 804 € (contre 355 € pour les audioprothèses destinés aux 20 ans et moins - classe S40A).

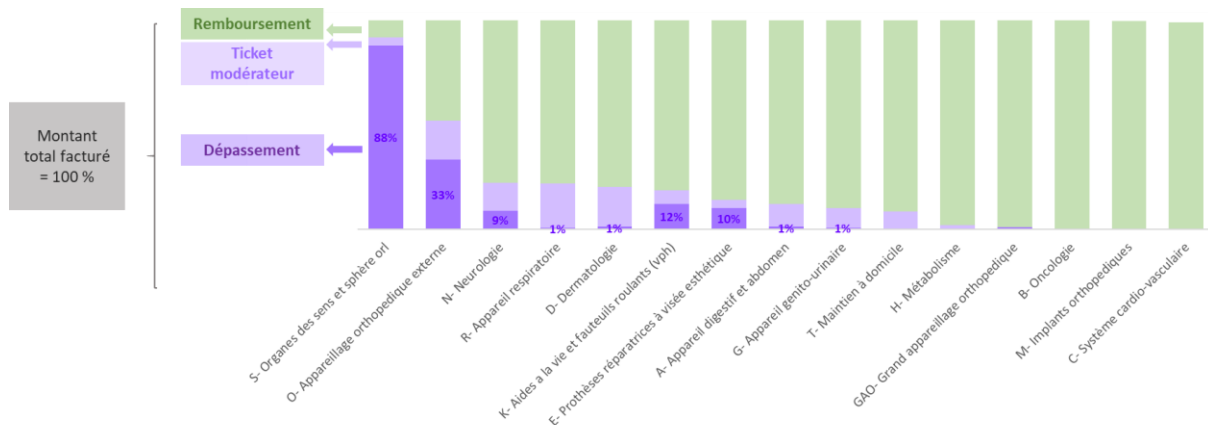
Afin de garantir aux assurés une gamme de produits à des prix abordables, le dispositif 100 % santé (également appelé réforme du reste à charge zéro) a été mis en place. Il est totalement en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2021 et concerne les soins prothétiques dentaires ainsi que les équipements d'audioprothèse et d'optique. Les dépenses relevant du panier 100 % santé sont intégralement prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires, sans reste à charge pour les patients bénéficiant d'un contrat responsable⁷⁴.

Par ailleurs, une autre réforme a été mise en place plus récemment : elle concerne la prise en charge des fauteuils roulants. Celle-ci est déployée progressivement depuis le 1^{er} décembre 2025, avec une période de transition entre l'ancienne et la nouvelle nomenclature, pour devenir pleinement effective à compter du 1^{er} décembre 2026.

En 2025, les fauteuils roulants et autres aides techniques à la vie (classe K) présentent un reste à charge (ticket modérateur et dépassement) de 19 % (**Graphique 55**), en baisse d'un point par rapport à 2024.

⁷⁴ <https://www.msa.fr/lfp/sante/100pourcent>

Graphique 55 :
Composition du montant total facturé par classe technico-thérapeutique en 2025



Source : MSA

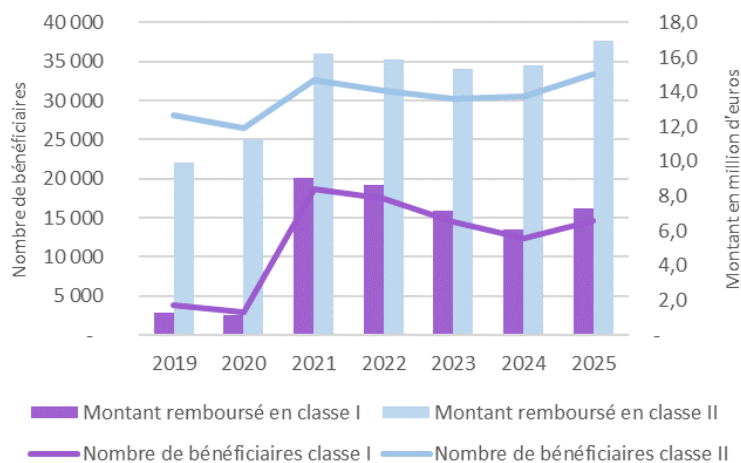
Le 100 % santé en audiologie

Entre 2021 et 2024, le dispositif 100 % santé en audiologie a connu une baisse légère et progressive en termes de montant remboursé et de bénéficiaires. En 2025, la tendance s'inverse, avec une hausse de 19 % à la fois du montant remboursé et du nombre de bénéficiaires (**Graphique 56**). Le régime agricole a ainsi pris en charge près de 7,33 millions d'euros (audioprothèses de classe I) pour environ 15 000 assurés.

Cette croissance observée en 2025 peut notamment s'expliquer par le renouvellement des audioprothèses délivrées en 2021, la réglementation prévoyant une prise en charge dans la limite d'une audioprothèse tous les 4 ans⁷⁵.

Malgré un recours important depuis 2021 aux audioprothèses de classe I, intégralement prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires et sans reste à charge pour les assurés disposant des garanties d'un contrat responsable, les remboursements pour les équipements de classe II suivent les mêmes tendances et n'ont pas fortement diminué pour autant. On peut donc supposer que les audioprothèses de classe I ont répondu à un besoin non couvert jusqu'alors.

Graphique 56 :
Evolution du nombre d'assurés bénéficiaires d'au moins une audioprothèse et du montant remboursé (en million d'euros) entre 2019 et 2025, au régime agricole



Source : MSA

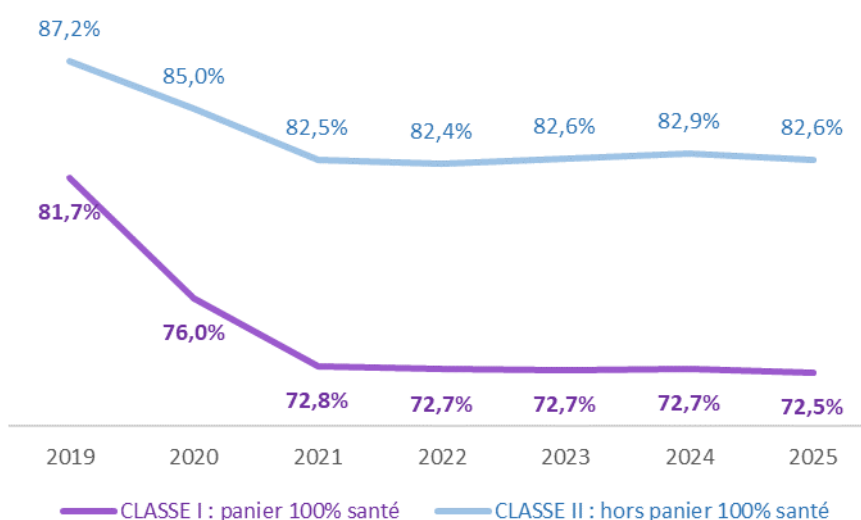
⁷⁵ https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000046003884

La part du reste à charge de la classe I baisse entre 2019 et 2021. Depuis, elle se stabilise à 73 % (soit 9 points de moins qu'en 2019) (**Graphique 57**).

Cette évolution s'explique en partie par la baisse progressive des prix limites de vente, passés de 1 300 € en 2019 à 1 100 € en 2020, puis à 950 € en 2021 pour les adultes de plus de 20 ans, tandis qu'ils ont été fixés à 1 400 € pour les moins de 20 ans. Ces plafonds n'ont pas été modifiés depuis.

Le reste à charge demeure plus élevé en classe II (hors 100 % santé), où il reste stable à 83 % en moyenne entre 2021 et 2025.

Graphique 57 :
Evolution de la part du reste à charge dans la dépense entre 2019 et 2025



Source : MSA

Le 100 % santé en optique

Depuis le 1^{er} janvier 2020, dans le cadre de l'offre du 100 % santé optique, chaque opticien est tenu de présenter :

- plusieurs modèles de montures (de classe A), enfants et adultes, avec un prix limite de vente fixé à 30 € ;
- pour des assurés avec une faible correction, des lunettes dont le prix de vente maximal est fixé à 95 € pour les verres unifocaux, ou 180 € pour des verres progressifs (verre classe A), dont 30 € de monture ;
- pour des assurés avec une très forte correction, des lunettes dont le prix de vente maximal est fixé à 265 € pour les verres unifocaux, ou 370 € pour des verres progressifs, dont 30 € de monture.

Les montures et verres de classe B, hors panier 100 % santé, restent sans plafonnement de prix de vente, avec un remboursement limité par l'assurance maladie et par la complémentaire santé (tarif de remboursement fixé à 0,05 € pour verres et montures).

Après une progression modérée entre 2022 et 2024, le montant total facturé par les opticiens, pour les montures de classe A, augmente de 28 % en 2025. Ces facturations atteignent 2 millions d'euros, dont près de 400 000 € remboursés par la MSA pour 64 000 assurés (**Tableau 49**).

A titre de comparaison, les 448 000 assurés ayant opté pour une monture de classe B n'ont généré que 14 116 € de remboursement (pour une facture totale de plus de 68 millions d'euros) (**Tableau 49**).

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

Tableau 49 :

Nombre de bénéficiaires et montants dépensés en montures adulte entre 2020 et 2025 au régime agricole

Montures adulte	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Classe A						
Nombre de bénéficiaires	40 277	47 645	47 354	48 893	50 777	64 096
Montant de la dépense	1 225 348	1 464 684	1 467 805	1 515 987	1 579 635	2 019 262
Montant remboursé	235 895	284 716	285 136	294 152	306 743	397 671
Reste à charge	989 452	1 179 967	1 182 669	1 221 835	1 272 892	1 621 590
Classe B						
Nombre de bénéficiaires	339 396	438 073	425 091	436 853	438 209	447 865
Montant de la dépense	48 832 665	63 449 240	61 972 887	65 270 888	66 360 919	68 068 287
Montant remboursé	10 819	13 964	13 362	13 835	14 116	14 116
Reste à charge	48 821 847	63 435 277	61 959 525	65 257 053	66 346 803	68 054 171

Source : MSA

La tendance est similaire chez les enfants : après une croissance régulière d'environ 5 % par an entre 2022 et 2024, l'année 2025 marque un net rebond avec + 21 % de bénéficiaires, de dépenses et de remboursements (Tableau 50).

Tableau 50 :

Nombre de bénéficiaires et montants dépensés en montures enfants entre 2020 et 2025 au régime agricole

Montures enfant	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Classe A						
Nombre de bénéficiaires	7 766	8 955	8 670	9 009	9 501	11 458
Montant de la dépense	233 539	273 297	266 244	275 272	291 689	351 898
Montant remboursé	42 256	49 636	48 447	50 041	52 888	63 927
Reste à charge	191 283	223 661	217 797	225 231	238 800	287 971
Classe B						
Nombre de bénéficiaires	48 812	58 239	56 059	57 041	58 525	58 376
Montant de la dépense	5 850 658	7 062 070	6 839 845	7 112 581	7 407 381	7 455 174
Montant remboursé	1 478	1 773	1 707	1 734	1 779	1 775
Reste à charge	5 849 180	7 060 297	6 838 138	7 110 847	7 405 602	7 453 399

Source : MSA

Les verres concentrent 85 % des remboursements de lunettes.

Les assurés MSA sont 6 fois plus nombreux à choisir des verres de classe B plutôt que des verres de classe A, malgré un reste à charge quasi intégral (Tableau 51).

Tableau 51 :

Nombre de bénéficiaires et montants dépensés en verres entre 2020 et 2025 au régime agricole

Verres	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Classe A						
Nombre de bénéficiaires	53 975	67 560	68 404	71 443	73 464	90 991
Montant de la dépense	6 545 868	8 333 486	8 515 599	8 957 761	9 276 832	11 827 515
Montant remboursé	1 261 049	1 612 774	1 651 569	1 741 954	1 808 911	2 343 577
Reste à charge	5 284 819	6 720 712	6 864 030	7 215 807	7 467 921	9 483 938
Classe B						
Nombre de bénéficiaires	445 500	525 006	508 728	522 177	525 400	532 824
Montant de la dépense	152 066 346	182 427 453	181 508 844	190 180 697	194 010 126	200 654 116
Montant remboursé	28 143	33 087	32 074	32 918	33 163	59 985
Reste à charge	152 038 203	182 394 366	181 476 770	190 147 779	193 976 962	200 594 131

Source : MSA

3.5.2.2. Pertinence et qualité des actes

Dans le cadre de la pertinence et la qualité des actes, la MSA propose de poursuivre sa stratégie de gestion des demandes d'accord préalable à fort enjeu.

Pour 2027, 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 2025 est présenté en **Annexe 5**.

Le contrôle des DAP de catégorie 1, à fort enjeu, a conduit les services du contrôle médical à examiner 101 553 demandes en 2025, soit 17 % de plus qu'en 2024. La prestation a été accordée dans 92 % des cas et a fait l'objet d'un refus dans 8 % des cas (**Tableau 52**).

**Tableau 52 :
Nombre de demandes d'accord préalable à fort enjeu et nature des avis rendus en 2025**

	Accords		Refus Médical		Refus administratif		Refus Partiel		Total Refus	
DAP cat.1 relatifs aux produits de santé										
Assistance respiratoire	31 997	92 %	166	0,5 %	2 214	6 %	430	1 %	2 810	8 %
Grand Appareillage	16 439	88 %	81	0,4 %	1 550	8 %	620	3 %	2 251	12 %
Médicaments	2 962	97 %	29	1,0 %	58	2 %	2	0 %	89	3 %
DAP cat.1 relatifs aux actes médicaux										
Soins (CCAM)	6 627	94 %	81	1,1 %	318	5 %	33	0 %	432	6 %
Dentaire (ODF)	35 733	94 %	103	0,3 %	2 110	6 %		0 %	2 213	6 %
	93 758	92 %	460	1,0 %	6 250	6 %	1 085	1 %	7 795	8 %

Source : DCMGOS-CCMSA

Au total, le contrôle des DAP de catégorie 1, aura permis d'économiser 7 819 295 € en 2025 ; économie à laquelle peuvent être ajoutées les économies réalisées grâce au contrôle des DAP de catégorie 2 (176 561 €), soit une économie réalisée globale de 7 995 856 €.

3.5.2.3. Pertinence et efficience des prescriptions d'arrêt de travail

a. Action indemnités journalières Grands comptes

Cette action vise à maîtriser les dépenses d'indemnités journalières sur les risques maladie et AT/MP, en repérant les grands comptes (entreprises de plus de 50 salariés agricoles) présentant une volumétrie atypique d'arrêts de travail afin de les accompagner.

La mise en œuvre d'une première étape de l'action en 2025, a consisté localement en l'animation d'un webinaire à destination des grands comptes, présentant la cartographie nationale (et par filière) des arrêts de travail, associée à une information générale sur la réglementation ainsi que la prévention de ces arrêts de travail.

Ces webinaraires, animés par le médecin-conseil chef / praticien-conseil du service du contrôle médical en lien avec le référent entreprise et les services SST de chaque caisse ont permis de sensibiliser 800 entreprises.

Les réponses obtenues suite au questionnaire de satisfaction transmis par les caisses à l'issue des webinaraires ont permis d'évaluer la satisfaction des entreprises (**Encadré 7**).

Encadré 7 :

Résultats du questionnaire de satisfaction des participants aux webinaraires

Le nombre de répondants au questionnaire de satisfaction a été transmis par les caisses. Les résultats sont affichés sur la base de 100 réponses.

Satisfaction globale

- Note moyenne : 4,45 / 5
- Correspondance aux attentes : soit un taux de satisfaction globale de 89 %
 - Niveau 5/5 : 58 %
 - Niveau 4/5 : 31 %
 - Niveau 3/5 : 10 %
 - Niveau 2/5 : 0 %
 - Niveau 1/5 : 1 % (1 seule personne, ayant indiqué qu'elle aurait préféré un autre format que le distanciel (l'insatisfaction vient donc plus du format que du contenu)

Pertinence et clarté du contenu

Critère	Très satisfait	Satisfait en partie	Non satisfait
Pertinence des sujets	71 %	28 %	1 %

Critère	Très satisfait	Satisfait mais quelques points restent flous
Contenu clair et compréhensible	91 %	9 %

Axes de la présentation jugés les plus utiles

- Leviers pour maintien/retour dans l'emploi : 36 %
- Cartographie nationale des AT : 16 %
- Actualités / résultats par secteur : 18 %
- Illustrations et exemples pratiques : 12 %

Globalement, les retours des entreprises participantes mettent en évidence une très forte satisfaction.

L'action est perçue comme utile, pertinente et à forte valeur ajoutée, tant pour la qualité des informations transmises que pour les échanges entre professionnels et avec les équipes de la MSA. Les axes d'amélioration exprimés portent principalement sur l'approfondissement de certaines thématiques, le développement de cas pratiques et l'augmentation du temps dédié aux échanges.

Ces retours confirment l'intérêt de poursuivre et de développer ce type d'action, qui contribuent au renforcement du lien entre la MSA et les entreprises, au développement de la transversalité entre les services concernés de la MSA et à la maîtrise des dépenses d'indemnités journalières.

Une deuxième étape de l'action, prévoit en 2026 un accompagnement pour les entreprises présentant un recours atypique aux arrêts de travail par rapport à la moyenne de leur secteur d'activité. Une réflexion sera menée avec elles afin de leur proposer un accompagnement personnalisé.

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 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 d'évolution (par rapport à 2022) : plus de 10 % 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 %),
- 25 090 en 2025 (taux d'évolution 2025/2022 de 40,6 %).

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 complexes⁷⁶.

⁷⁶ 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.

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

A partir de 2024, 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.

Pour 2026, la caisse centrale envisage de développer les projets suivants :

- l'évolution des outils de reporting et la complétude d'un bilan d'activité annuel automatisé,
- Un module de formation 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 d'analyse (**Tableau 53**)) 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 53 :

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, ...).

De 2026 à 2030, l'indicateur COG prévoit de calculer le taux de maintien en emploi des assurés en désinsertion professionnelle accompagnés par les caisses de MSA.

c. L'exonération du délai de carence appliqué pour le paiement des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour dysménorrhée d'endométriose

- **Présentation de la mesure**

En France, environ 15,5 millions de personnes âgées de 13 à 50 ans sont concernées par les menstruations. Les douleurs menstruelles (dysménorrhées) touchent une femme sur deux, et 20 % des femmes concernées déclarent souffrir de règles particulièrement douloureuses. Ces douleurs, qui peuvent s'accompagner de fatigue, de nausées ou de maux de tête, ont des répercussions importantes sur la vie professionnelle.

Dans certains cas, les dysménorrhées sont liées à l'endométriose, une maladie gynécologique chronique caractérisée par le développement de tissus semblables à l'endomètre en dehors de l'utérus. Cette pathologie toucherait entre 1,5 et 2,5 millions de femmes en France, soit environ une femme sur dix en âge de procréer. Elle provoque des douleurs menstruelles sévères, de la fatigue chronique, des troubles digestifs ou urinaires et peut affecter la fertilité.

L'impact de ces troubles sur l'activité professionnelle est significatif : 35 % des salariées estiment que leurs règles nuisent à leur travail et 65 % ont déjà rencontré des difficultés professionnelles liées à leurs menstruations. Concernant l'endométriose, 65 % des femmes déclarent une dégradation de leur bien-être au travail et 60 % une baisse de leur concentration. Malgré cela, 36 % continuent à travailler malgré des symptômes invalidants, souvent pour des raisons économiques.

Actuellement, les femmes atteintes d'endométriose doivent obtenir un arrêt de travail pour être indemnisées, mais les indemnités journalières sont soumises à un délai de carence de trois jours dès lors que cette pathologie n'a pas été reconnue comme affection longue durée (ALD). Or, les crises douloureuses liées à l'endométriose durent généralement de un à trois jours, ce qui prive souvent les intéressées de toute indemnisation et peut les inciter à travailler malgré la douleur.

Afin de mieux prendre en compte cette réalité et améliorer la santé publique, la présente mesure vise à permettre à toutes les femmes s'étant vues prescrire un arrêt de travail pour cause de dysménorrhées liées à l'endométriose de bénéficier d'un arrêt de travail exonéré du délai de carence habituellement appliqué pour le paiement des indemnités journalières, que cette pathologie ait été ou non reconnue comme une ALD par le service du contrôle médical de la caisse.

La proposition s'inscrit dans la continuité des évolutions législatives récentes ayant déjà supprimé le délai de carence pour les arrêts liés aux interruptions involontaires ou médicales de grossesse. Elle prévoit de modifier les articles L. 323-1-2 du code de la sécurité sociale ainsi que les articles L. 732-4 et L. 781-21 du code rural et de la pêche maritime afin d'étendre cette exonération aux incapacités de travail résultant de l'endométriose.

- **Une mesure préventive**

La suppression du délai de carence pour les arrêts de travail liés aux dysménorrhées d'endométriose constitue une mesure de santé publique à forte valeur préventive.

La mesure proposée participe d'abord à une logique de prévention des aggravations. En supprimant la pénalisation financière liée au délai de carence, elle permet aux femmes concernées de prendre le repos médicalement nécessaire lors des épisodes douloureux. À l'inverse, le maintien au travail malgré des symptômes sévères favorise l'épuisement physique, l'aggravation de la maladie, le recours ultérieur à des soins plus lourds ainsi que la multiplication des arrêts de travail de longue durée. La mesure contribue ainsi à prévenir la dégradation de l'état de santé et à limiter les complications associées à l'endométriose.

Elle favorise également le recours aux soins et le diagnostic précoce. En conditionnant l'absence de carence à la constatation médicale de l'incapacité de travail, le dispositif incite les femmes à consulter davantage les professionnels de santé. Cette orientation vers le système de soins est susceptible de favoriser un repérage plus précoce de la maladie, une meilleure prise en charge thérapeutique et une réduction du retard diagnostique, aujourd'hui particulièrement important.

- **Une mesure ayant des enjeux économiques**

La mesure proposée est susceptible de générer des économies pour l'assurance maladie en favorisant la prise d'arrêts de travail courts lors des épisodes les plus invalidants de l'endométriose. En supprimant la pénalisation financière liée au délai de carence, elle permet aux femmes concernées de prendre le repos médicalement nécessaire avant que leur état de santé ne se dégrade. Cette prévention des aggravations peut contribuer à réduire la fréquence et la durée des arrêts de travail, dont le coût est significativement plus élevé que celui d'arrêts ponctuels de quelques jours.

La mesure favorise également un recours plus précoce aux soins. Cette orientation vers le système de soins est susceptible de réduire l'errance diagnostique caractéristique de l'endométriose et de permettre une prise en charge plus rapide et plus adaptée. Une meilleure maîtrise de la maladie peut ainsi limiter la multiplication des consultations, examens et suivis médicaux liés à une prise en charge tardive ou insuffisante.

Enfin, en contribuant à stabiliser l'état de santé des patientes, la mesure est susceptible de diminuer le recours à des soins plus lourds et plus coûteux, tels que certaines hospitalisations, interventions chirurgicales ou traitements complexes rendus nécessaires par l'aggravation de la pathologie. Les dépenses supplémentaires résultant de la suppression du délai de carence pourraient ainsi être partiellement compensées par la réduction des coûts liés aux indemnités journalières de longue durée et à la prise en charge des formes les plus sévères de la maladie.

- **Une mesure ayant des enjeux de santé publique**

La mesure est également porteuse d'un gain en matière d'égalité d'accès à la santé. Aujourd'hui, seules les femmes ayant obtenu une reconnaissance en ALD peuvent bénéficier, dans certaines situations, d'une exonération du délai de carence. Or cette reconnaissance demeure limitée et ne concerne qu'une partie des personnes atteintes. L'extension du dispositif à l'ensemble des femmes souffrant de dysménorrhées liées à l'endométriose permet une prise en charge plus équitable et mieux adaptée à la réalité médicale de cette pathologie.

Enfin, cette mesure s'inscrit pleinement dans les objectifs nationaux de prévention et d'amélioration de la santé des femmes. En effet, une mission parlementaire coordonnée par les députées Prisca Thevenot et Sandrine Rousseau a été lancée mercredi 1^{er} avril 2026 sur la santé des femmes à tous les âges de la vie. Cette mesure s'inscrit dans cette volonté d'améliorer la santé des femmes et mieux reconnaître les réalités auxquelles elles sont confrontées.

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

En reconnaissant les conséquences sanitaires, sociales et professionnelles de l'endométriose, cette mesure contribue à améliorer la qualité de vie des patientes, à réduire les inégalités de santé et à promouvoir une approche plus précoce et plus efficace de la prise en charge. Les coûts immédiats liés à la suppression du délai de carence doivent ainsi être mis en perspective avec les bénéfices attendus en matière de prévention, de maintien dans l'emploi, de réduction des complications médicales et d'économies pour le système de santé et de protection sociale.

Proposition 22 :

Appliquer la suppression du délai de carence en cas d'arrêt de travail prescrits aux femmes atteintes de dysménorrhées d'endométriose

3.6. Axe « Contrôle, lutte contre la fraude et systèmes d'information »

3.6.1. Bilan de la lutte contre la fraude 2025 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 2025, le montant du préjudice constaté (subi et évité) au titre des fraudes dans le domaine de la santé, s'élève à 10,8 millions d'euros, soit une augmentation de 30 % par rapport à 2024 (**Tableau 54**).

Cette hausse provient essentiellement des assurés suite à la détection de fraudes à l'identité (préjudice évité) (**Tableau 55**). 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 54 :
Montant des fraudes et fautes constatées entre 2020 et 2025 au régime agricole

Total des fraudes et fautes constatées (préjudice subi et évité)	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Evolution 2024-2025
Professionnels de santé et Etablissements de santé	1,9 M €	4,3 M €	4,7 M €	4,2 M €	4,4 M €	4,5 M €	+ 2 %
Assurés/ayants droit	0,9 M €	0,6 M €	1,2 M €	2,6 M €	3,9 M €	6,3 M €	+ 61 %
Total	2,8 M €	5,0 M €	5,9 M €	6,8 M €	8,3 M €	10,8 M €	+ 30 %

Source : Bilan LCFTI MSA 2025

En 2025, les montants de fraudes/fautes détectées des professionnels de santé (PS) concernent essentiellement les professions suivantes :

- les infirmiers pour 1,1 M€ (contre 1,3 M€ en 2024), soit 34% de la fraude des PS,
- les transporteurs sanitaires pour 0,9 M€ (contre 1,1 M€ en 2024), soit 26 % de la fraude des PS,
- les masseurs-kinésithérapeutes pour 0,7 M€ (0,3 M€ en 2024), soit 21 % de la fraude des PS,
- les centres de santé pour 145 K€, soit 4 % de la fraude des PS,

En matière de typologies de fraudes ou fautes détectées en montant pour tous types d'acteurs, sept typologies concentrent près de 86 % du montant total (**Tableau 55**) :

- la fraude à l'identité (33,3 %),
- la fraude documentaire identitaire (17,6 %),
- la sur-cotation ou le non-respect de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et de la réglementation (10 %),
- la fraude à la tarification et à la facturation des établissements (9,6 %),
- la fraude aux actes ou services fictifs, produits non délivrés, facturation non-conforme à la prescription (9,5 %),
- la fraude à la tarification et à la facturation des professionnels de santé (5,7 %),

**Tableau 55 :
Ventilation par typologie de fraudes et fautes en montant en 2025**

Typologie	% Montant
Fraude à l'identité	33,32 %
Fraude documentaire identitaire	17,60 %
Sur-cotation, non-respect de la NGAP et de la réglementation	9,97 %
Fraude à la tarification et à la facturation des Etablissements	9,60 %
Actes ou services fictifs, produits non délivrés, facturation non-conforme à la prescription	9,45 %
Fraude à la tarification et à la facturation des PS	5,74 %
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	5,09 %
Dissimulation d'une activité rémunérée	2,99 %
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	1,11 %
Fraude documentaire non identitaire (ordonnances, feuilles de soins, bordereaux de facturation, ...)	0,92 %
Fraude à l'état de santé	0,77 %
Fraude à la nationalité	0,59 %
Fraude aux ressources (minorations)	0,54 %
Fraude à la résidence en France	0,49 %
Fraude sur la qualité du PS : exercice sans qualification, avec une interdiction, à l'agrément, aux véhicules, au personnel, ...	0,33 %
Fraude documentaire non identitaire	0,32 %
Fraude aux actes ou services	0,31 %
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les IJ	0,24 %
Absence au domicile lors du passage du contrôleur	0,20 %
Fraude à la composition familiale	0,14 %
Fraude à la constitution des droits (activité)	0,13 %
Fraude à l'utilisation de la carte Vitale ou de l'attestation de droits	0,07 %
Fraude à la résidence hors de France	0,04 %
Non déclaration ou fausse déclaration concernant le décès	0,02 %
Fausse déclaration CSS de base et complémentaire (ressources)	0,01 %
Nomadisme et surconsommation de prestations santé	0,01 %

Source : MSA

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

En matière de typologies de fraudes ou fautes détectées en nombre pour tous types d'acteurs, cinq typologies concentrent près de 89 % du montant total (**Tableau 56**) :

- la fraude à l'identité (27,3 %),
- la fraude à la sur-cotation et le non-respect de la NGAP et de la réglementation (27,1 %),
- la fraude à la tarification et à la facturation des établissements (20 %),
- la fraude documentaire identitaire (14,5 %).

Tableau 56 :
Ventilation par typologie de fraudes et fautes en nombre en 2025

Typologie	% Nombre
Fraude à l'identité	27,25 %
Sur-cotation, non-respect de la NGAP et de la réglementation	27,07 %
Fraude à la tarification et à la facturation des Etablissements	19,94 %
Fraude documentaire identitaire	14,46 %
Fraude à la tarification et à la facturation des PS	3,08 %
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les IJ	1,75 %
Actes ou services fictifs, produits non délivrés, facturation non-conforme à la prescription	1,33 %
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	0,93 %
Dissimulation d'une activité rémunérée	0,74 %
Absence au domicile lors du passage du contrôleur	0,56 %
Fraude à la nationalité	0,48 %
Fraude à la résidence en France	0,45 %
Fraude à l'état de santé	0,43 %
Fraude documentaire non identitaire	0,32 %
Fraude aux actes ou services	0,24 %
Fraude aux ressources (minorations)	0,21 %
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	0,13 %
Fraude sur la qualité du PS : exercice sans qualification, avec une interdiction, à l'agrément, aux véhicules, au personnel, ...	0,13 %
Fraude à la constitution des droits (activité)	0,13 %
Fraude documentaire non identitaire (ordonnances, feuilles de soins, bordereaux de facturation, ...)	0,11 %
Fausse déclaration CSS de base et complémentaire (ressources)	0,05 %
Fraude à la résidence hors de France	0,05 %
Fraude à l'utilisation de la carte Vitale ou de l'attestation de droits	0,05 %
Fraude à la composition familiale	0,03 %
Nomadisme et surconsommation de prestations santé	0,03 %
Non déclaration ou fausse déclaration concernant le décès	0,03 %

Source : MSA

3.6.2. Contrôle des praticiens réalisant des actes bucco-dentaires dans le respect réglementaire et/ou des bonnes pratiques

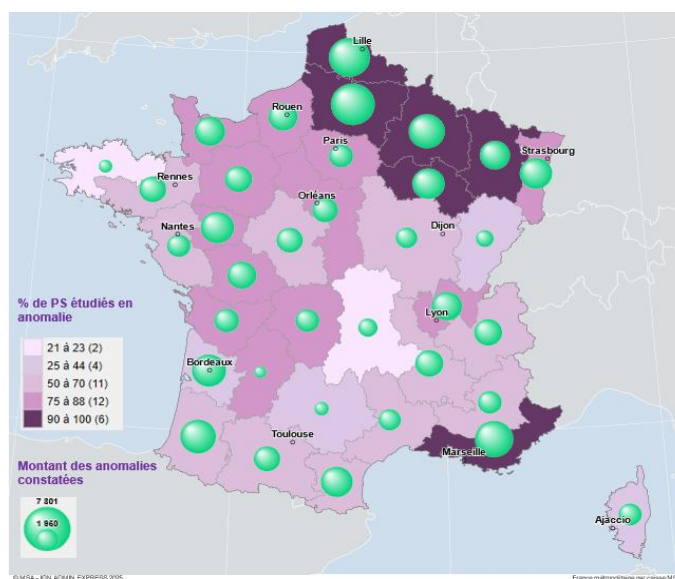
3.6.2.1. Contrôle de l'acte HBFD010 « Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage »

La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) pour les actes dentaires est entrée en vigueur le 1^{er} juin 2014. Depuis cette date, de nouveaux actes dentaires ont été introduits à la CCAM dont l'acte codifié HBFD010.

Le nombre d'actes HBFD010 ayant plus que doublé entre avril 2019 (date de prise en charge de l'acte à la CCAM) et 2023, le contrôle dentaire a estimé pertinent de vérifier le respect des critères de facturation et de bonnes pratiques cliniques de ce code CCAM en 2025 dans le cadre d'une action d'accompagnement.

Les données nationales de l'action font apparaître sur les 1 100 chirurgiens-dentistes étudiés un taux d'anomalies de 69 %, ainsi qu'un taux d'absence de retours aux demandes de renseignements de 9 % ayant donné lieu à indus (**Carte 15**). Cette action a permis de détecter 126 000 € d'anomalies en indus potentiels sur la période de contrôle de facturation allant du 01/01/2023 au 31/12/2023.

Carte 15 :
Contrôle de l'acte HBFD010 « Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage »



Source : MSA

Cet important taux d'anomalies incite le contrôle dentaire à poursuivre la vérification des conditions de facturation du code HBFD010, dans le cadre d'une action de contrôle et de lutte contre la fraude en 2027 avec récupération des sommes indues.

Les services du contrôle dentaire des caisses de MSA vont rechercher les codes actes HBFD010 facturés du 01/01/2026 au 31/12/2026 ainsi que les radiographies associées à cet acte (radiographies rétroalvéolaires, panoramiques dentaires, CBCT ...).

Le contrôle concerne les actes facturés sur l'année 2026 par les praticiens et permet de vérifier :

- le respect des bonnes pratiques : présence d'une radiographie préopératoire,
- le respect des conditions de prise en charge : coiffage direct de la pulpe dentaire effractée.

L'action permet d'informer les professionnels de santé des anomalies détectées en faisant un rappel à la réglementation avec récupération des sommes indues, de façon à obtenir une modification des pratiques.

3.6.2.2. 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 ».

A partir de 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), facturables à l'assurance maladie uniquement pour les assurés diabétiques (bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD 08).

Depuis le 25/02/2024, ces actes sont également facturables pour les assurés bénéficiant des ALD suivantes, reconnues à la date de facturation de l'acte :

- Insuffisance cardiaque, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires congénitales graves : ALD 5
- Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH : ALD 7
- Maladie coronaire : ALD 13
- Polyarthrite rhumatoïde : ALD 22
- Spondylarthrite grave : ALD 27

En 2025, le contrôle du respect des conditions de facturation des bilans parodontaux et des actes de DSR est donc étendu aux assurés bénéficiant des ALD 5, 7, 8, 13, 22 ou 27.

Depuis la mise en œuvre de l'action en 2022, le nombre de professionnels de santé étudiés a augmenté progressivement de 2022 à 2024 pour atteindre un pic en 2025. Ce pic est dû à l'élargissement des conditions de facturation des ALD (**Graphique 58**).

Le nombre de professionnels de santé en anomalie a doublé de 2022 à 2025 passant de 250 à 500. Le taux de professionnels de santé en anomalie gravite autour de 33 % de 2022 à 2024.

Du 1^{er} mars 2024 au 30 août 2025, 2 257 praticiens ayant réalisé ces actes ont été étudiés. Suite à l'analyse des services du contrôle dentaire des caisses de MSA, 22 % de ces praticiens se sont avérés être en anomalie.

Plus de 900 anomalies ont été détectés sur l'ensemble des actes étudiés, près de la moitié des anomalies sont liées à l'absence d'ALD.

Parmi les 2 200 codes actes HBQD001 facturés au régime agricole, sur la période de la mise en œuvre du contrôle, 16 % ont été identifiés en anomalie.

Sur l'ensemble des anomalies détectées à l'issue de l'action, le code acte HBQD001 concentre 38 % des anomalies.

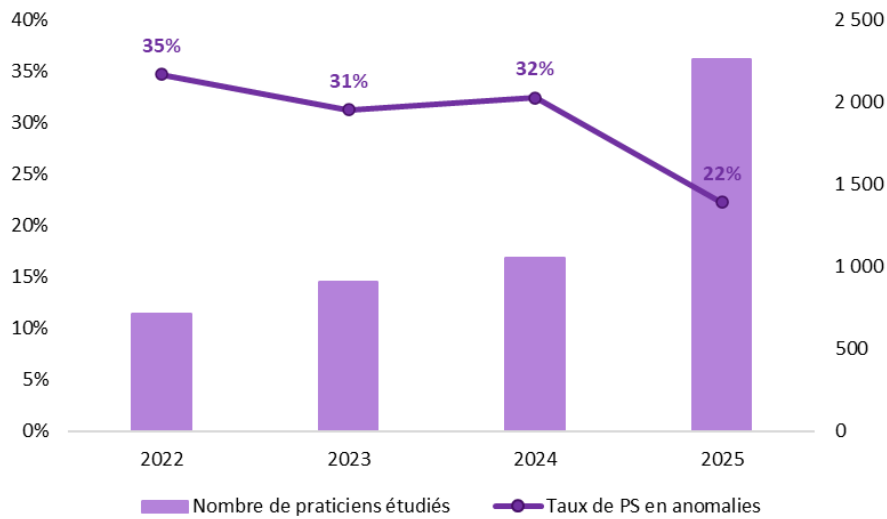
Cette action a permis de détecter 59 852 euros d'anomalies sur la part obligatoire (**Graphique 59**).

Les résultats de l'action 2025 montrent des taux d'anomalies élevés ; le contrôle dentaire décide de reprendre l'action en 2027.

L'action a pour objectifs :

- de contrôler le respect de l'application des référentiels en vigueur pour le codage et la facturation des actes soumis à des notes de facturation : ALD 5, 7, 8, 13, 22 ou 27 ;
- de contrôler la réalisation et la matérialité du bilan parodontal (code HBQD001) ainsi que sa conformité à la note de facturation ;
- d'informer les professionnels de santé des anomalies détectées en faisant un rappel à la réglementation avec récupération des sommes indues, de façon à obtenir une modification des pratiques.

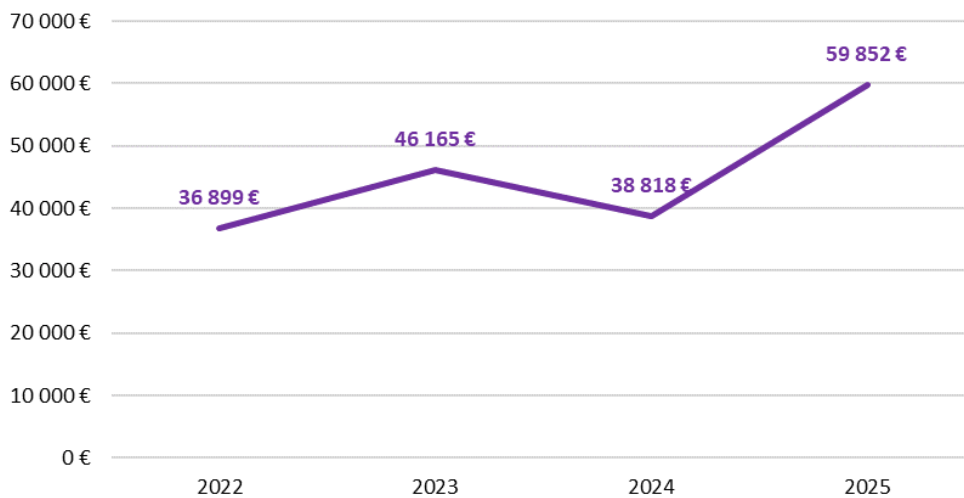
Graphique 58 :
Evolution du nombre de praticiens étudiés et du taux de professionnels de santé en anomalie 2022 à 2025



Source : MSA

Le montant des anomalies est en forte hausse de 2022 en 2025 (+ 62 %) (Graphique 59).

Graphique 59 :
Evolution du montant des anomalies de 2022 à 2025



Source : MSA

3.6.2.3. Contrôle du respect des indications et de la pertinence de traitements endodontiques lors de la réalisation d'actes d'obturations canalaires multiples pour un même patient

Cette action relative au contrôle du respect des indications et de la pertinence des traitement endodontiques lors de la réalisation d'actes d'obturations canalaires multiples pour un même patient est une nouvelle action dentaire inscrite au plan national GDR 2027.

Les indications des traitements endodontiques correspondent à des critères médicaux précis et ne sont pas subordonnées à des travaux prothétiques, fonctionnels ou esthétiques⁷⁷ :

« 1- Pulpite irréversible ou pulpe nécrosée avec ou sans signes cliniques et/ou radiographiques de parodontite apicale ;
2- Pulpe vivante dans les situations cliniques suivantes : pronostic défavorable de la vitalité pulpaire, probabilité élevée d'exposition pulpaire au cours de la restauration coronaire n'autorisant pas le coiffage direct, amputation radiculaire ou hémisection. »

La réalisation de traitements endodontiques ne respectant pas les indications est un grief récurrent lors de contentieux entre les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé.

Des actions d'initiative locale réalisées en 2025 sur ce thème dans plusieurs caisses régionales (Bourgogne-Franche-Comté, Occitanie) mettent en évidence un nombre non négligeable de réalisation de traitements endodontiques non justifiés par l'état clinique des dents concernées, quel que soit le plan de traitement poursuivi (exemples de taux d'anomalies : Bourgogne : 29 % - Franche-Comté : 22 %).

Le contrôle dentaire décide donc d'inscrire l'action au plan GDR national 2027.

A partir des codes des traitements endodontiques répertoriés en CCAM⁷⁸, l'action requête les praticiens ayant réalisé un nombre élevé de traitements endodontiques (4 et plus) pour un même patient sur la période du 01/10/2025 au 31/12/2026, ainsi que les actes radiologiques attenants.

L'action permet de vérifier le respect de l'indication de chaque traitement endodontique facturé lors de réalisations multiples pour un même patient.

L'étude menée⁷⁹ met en évidence 7 628 assurés présentant 4 traitements endodontiques et plus (jusqu'à 23 actes pour 32 dents en cas de dentition complète) (**Tableau 57**). Selon ces résultats, il est intéressant de procéder au contrôle des actes endodontiques facturés pour les assurés en présentant le plus grand nombre.

Tableau 57 :
Nombre de traitements endodontiques réalisés par assuré

Nombre de traitements endodontiques	Nombre d'assurés
1	134 420
2	28 400
3	8 092
4 et plus	7 628
Total	178 540

⁷⁷ Référentiel HAS : bon usage des technologies de santé : traitement endodontique. Rapport d'évaluation technologique 2008.

⁷⁸ Codes : Hbfd001, Hbfd003, Hbfd008, Hbfd021, Hbfd024, Hbfd033, Hbfd035, Hbfd150, Hbfd297, Hbfd326, Hbfd395, Hbfd458, HbBD003, HbBD234, HbBD001, HbBD002

⁷⁹ Recherche des couples chirurgien-dentiste/assuré pour lesquels plus de 4 traitements endodontiques ont été réalisés sur 15 mois, du 01/10/2024 au 31/12/2025.

Cette action permet pour chaque traitement endodontique :

- de contrôler le respect des indications en fonction de la pathologie décrite ou supposée,
- de contrôler le respect réglementaire et la qualité des clichés radiographiques associés,
- de contrôler la qualité des traitements endodontiques réalisés,
- de contrôler la correspondance de l'acte facturé relativement à la cotation CCAM utilisée,
- de contrôler la matérialité de l'acte (objectivation du traitement endodontique facturé),
- d'améliorer globalement les bonnes pratiques concernant les actes d'endodontie,
- d'informer les professionnels de santé des anomalies détectées en faisant un rappel à la réglementation avec récupération des sommes indues, de façon à obtenir une modification des pratiques.

Proposition 23 :

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

3.6.3. Le déploiement des actions de lutte contre la fraude à enjeux de la cellule nationale de contrôle externe

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 (Travail Illégal et Dissimulé)) 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.

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 Direction Comptable et Financière et de la Maîtrise des Risques (DCFMR), 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, 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.

La CNCE avec ses 5 contrôleurs commissionnés est un acteur essentiel de la lutte contre la fraude en MSA. Ses actions prioritaires en 2025 ont été les suivantes :

1) Travail dissimulé

- Dans le cadre du Groupe Opérationnel National Anti Fraude (GONAF) TID, la CNCE a participé à la rédaction de la fiche FOCUS MICAF (Mission Interministérielle de Coordination Anti-Fraude) sur la lutte contre la fraude aux Entreprises de Travaux Agricoles (ETA) qui a été diffusée à l'ensemble des Comité Opérationnel Départemental Anti Fraude (CODAF) sur le territoire. Ce mode opératoire a été rendu possible grâce aux travaux d'un groupe de travail national avec les partenaires (MICAF, Office central de lutte contre le travail illégal (OCLTI), Direction générale du travail (DGT)/Inspection du Travail, Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP)) et à un contrôle test dans les Bouches-du-Rhône conduit avec l'ensemble des partenaires pour identifier les stratégies d'actions concertées en matière de lutte contre la fraude des ETA.
- La CNCE a accompagné le déploiement de cette nouvelle méthodologie de contrôle dans le réseau MSA qui a lancé plus de 200 contrôles d'ETA en 2025 à partir du fichier des ETA à risques mis à disposition par la CCMSA à son réseau. Cette liste avait par ailleurs été transmise aux partenaires du Groupe de travail national dans le cadre du GONAF TID.
- Un renforcement des échanges entre la CNCE et le service TRACFIN (traitement du renseignement et action contre les circuits financiers clandestins) a été mis en place. La CNCE a pu ainsi faire une journée en immersion chez TRACFIN.
- Une convention est en cours de signature avec l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) du Maroc et l'OFII de Tunisie dans le cadre de la lutte contre la fraude liée à l'introduction de main d'œuvre étrangère saisonnière. La CNCE a par ailleurs rédigé une procédure de contrôle des saisonniers OFII qui a été transmise au GONAF TID pour un partage avec les partenaires.
- Lancement du tour de France des rencontres de la CNCE avec les CODAF et les parquets.

2) Professionnels de santé

- Suite à un signalement d'une caisse de MSA concernant un transporteur sanitaire, une opération de contrôle d'envergure a été menée par le Parquet de Troyes, la Gendarmerie, deux contrôleurs de la CNCE et le Pôle Inter régional d'Enquêteurs Judiciaires (PIEJ) de Lille (co-saisine). Suite à cette opération, 1,7 million d'euros ont été saisi et 6 individus déférés devant le procureur. Ils seront jugés courant 2026. Un communiqué de presse de la gendarmerie a été relayé dans les médias, à l'initiative du procureur.
- D'autres opérations conjointes nationales avec les autres PIEJ de la CNAM ont été lancées.
- Exploitation des signalements de fraudes aux professionnels de santé transmis par la CNAM (85 signalements reçus en 2025).
- Réunions trimestrielles avec la CNAM dans le cadre de la lutte contre la fraude.

3) SASPA/Prestations familiales

- Signature d'une convention avec le Service National de Lutte contre la Fraude à Enjeux (SNLFE) de la CNAF pour renforcer la collaboration entre la CNCE et le SNLFE.
- Réunions trimestrielles entre la CNCE et le SNLFE avec échanges de fichiers.
- Accompagnement du réseau MSA sur les contrôles à enjeux concernant le SASPA et rédaction d'une procédure de contrôle du SASPA à l'attention du réseau MSA et des partenaires.
- Ciblage des dossiers de SASPA à risque pour le réseau.
- Travail avec la Direction des Statistiques et de la Science des Données de la CCMSA pour le ciblage datamining des fraudes aux prestations familiales et identifier les 400 dossiers les plus à risque au niveau national.

Proposition 24 :

Renforcer la collaboration entre la cellule nationale de contrôle externe de la MSA, le Parquet et les Pôles Interrégionaux d'Enquêteurs Judiciaires dans un objectif de traitement rapide des fraudes et de récupération des préjudices via les saisies

3.6.4. 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 systèmes d'information 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 CCMSA 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 2025, le SASPA continue d'être la première prestation fraudée de la branche retraite (**Tableau 58**), soit 72 % des fraudes détectées (8,6 M€ pour 11,8 M€ de fraudes détectées en retraite).

**Tableau 58 :
Montants du préjudice subi et évité de la prestation SASPA en 2025**

Prestation	Nombre de prestations	% Nombre	Préjudice subi	Préjudice évité	Préjudice subi et évité	% Montant
Service de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées	144	49,5 %	2 543 667 €	6 022 607 €	8 566 274 €	72,3 %

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 2026 dans le cadre de la lutte contre la fraude sur le modèle de la convention qui a été signée avec la CNAF.

3.6.5. Améliorer la maîtrise des dépenses de santé grâce à la data science et à la technologie du moteur de règles santé de la MSA

Face aux enjeux croissants de gestion du risque et de lutte contre la fraude, la MSA a porté la volonté d'instruire la construction d'un dispositif de contrôle d'atypies de facturation permettant une couverture globale du risque maladie sur deux axes de détection :

- **Détection des atypies de consommation avant délivrance des médicaments en pharmacie, en partenariat avec la CNAM et en s'appuyant sur le portail pharmacien « Aide à la détection d'atypies de consommation » (ADAC).** L'objectif est de pouvoir permettre un système d'alerte auprès du professionnel lors de l'atteinte de certains seuils de consommation sur des produits onéreux ou faisant l'objet d'abus récurrents. Les premiers déploiements auront lieu fin 2026, pour une restitution des résultats et une extension du périmètre en 2027.
- **Positionnement de la gestion du risque en amont du paiement au moment de la tarification, par du contrôle a priori sur les facturations de certaines prestations de la liste des produits et prestations (LPP) remboursables soumises à tarifs dégressifs prioritairement (locations de fauteuils roulants et soulève-malades).** Ce contrôle a été confirmé opportun suite à une analyse associant les données disponibles sur des contrôles a posteriori de campagnes antérieures, confirmés ensuite par tests en simulation confirmant la pertinence de leur implantation en amont de la tarification donc avant paiement. **Sur les facturations de prestations de la LPP soumises à tarifs dégressifs, les dépenses évitées seraient estimées à hauteur de 300 000 € / an** (estimation réalisée à partir des anomalies de facturation détectées dans le cadre de l'action nationale de gestion du risque maladie réalisée en 2024 : 900 000 € d'anomalies de facturation détectées sur la période de contrôle de 3 ans (cf. Rapport Charges et Produits de la MSA pour 2026). Cette méthode sera étendue à d'autres cibles de contrôle pour 2027, en cours d'étude.

Ces études et actions sont conduites dans le cadre partenarial METEORE entre la CNAM et la MSA, visant à mutualiser des briques du système d'information et à harmoniser les processus de traitement et de contrôle, prioritairement sur les frais de santé à partir du moteur de règles @tom développé par la MSA. Les technologies et la stratégie associées permettront à terme de mieux maîtriser les dépenses de santé, en poursuivant les initiatives et recherches à partir de cas de risques d'indus ou de fraudes avérés.

Proposition 25 :
Renforcer les contrôles a priori sur les atypies de consommation pour certains médicaments et produits et prestations de la LPP

3.6.6. Contrôler les modalités de prise en charge des fauteuils roulants

Lors de la Conférence nationale du Handicap, en avril 2023, le Président de la République a annoncé la prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire des fauteuils roulants.

La nouvelle nomenclature de prise en charge, publiée par arrêté du 6 février 2025 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) modifié par les arrêtés du 31 mars, du 10 octobre et du 20 novembre, est entrée en vigueur le 1^{er} décembre 2025.

Cette réforme vise à simplifier l'ensemble du parcours d'accès à un fauteuil roulant, met fin aux restes à charge et garantit un accès équitable aux fauteuils roulants sur tout le territoire. Elle concerne l'ensemble des assurés ayant besoin d'un VPH, manuel ou électrique, que leur usage soit temporaire ou permanent. La prise en charge par l'assurance maladie des VPH et de leurs prestations associées est subordonnée à l'accord préalable du service du contrôle médical (SCM) des caisses d'assurance maladie dans certaines situations.

Le déploiement de cette réforme par la MSA s'accompagne d'un suivi des dépenses et de la mise en œuvre de contrôles permettant d'en garantir la soutenabilité financière.

Suivi des dépenses 2025 et début 2026

En 2025, le montant total facturé aux assurés du régime agricole pour les fauteuils roulants, incluant le forfait annuel de livraison, atteint 26 millions d'euros (contre 24 millions en 2024), soit une hausse de 6 %. Il est constaté une forte hausse de la dépense à la fin de l'année 2025.

La part de la location diminue progressivement au profit de l'achat. Elle passe de 54 % en 2023 à 46 % en 2025, et poursuit sa baisse début 2026.

Le nombre de bénéficiaires de location recule légèrement en 2025 (- 4 %), tandis que les achats progressent fortement (+ 27 %) (**Tableau 59**). Au total, près de 32 000 assurés ont été remboursés pour une location (pour un montant total de remboursement de 10,5 millions d'euros), contre environ 16 000 pour un achat (10,9 millions d'euros remboursés).

Tableau 59 :
Montants facturés, remboursés et nombre de bénéficiaires de fauteuils roulants entre 2023 et 2025 (années entières) et début 2026 au régime agricole

	Location				Achats			
	2023	2024	2025	2026 (janv fév)	2023	2024	2025	2026 (janv fév)
Nombre de patients bénéficiaires	33 822	33 349	31 888	9167	13 140	12 559	16 004	2 431
<i>variation</i>		-1%	-4%			-4%	27%	
Montant total facturé	13 189 835 €	12 719 145 €	11 825 791 €	827 645 €	11 228 850 €	11 588 261 €	13 879 340 €	1 873 746 €
<i>variation</i>		-4%	-7%			3%	20%	
Montant remboursé	11 774 184 €	11 393 312 €	10 534 025 €	660 270 €	8 623 002 €	8 549 877 €	10 928 397 €	1 640 124 €
<i>variation</i>		-3%	-8%			-1%	28%	

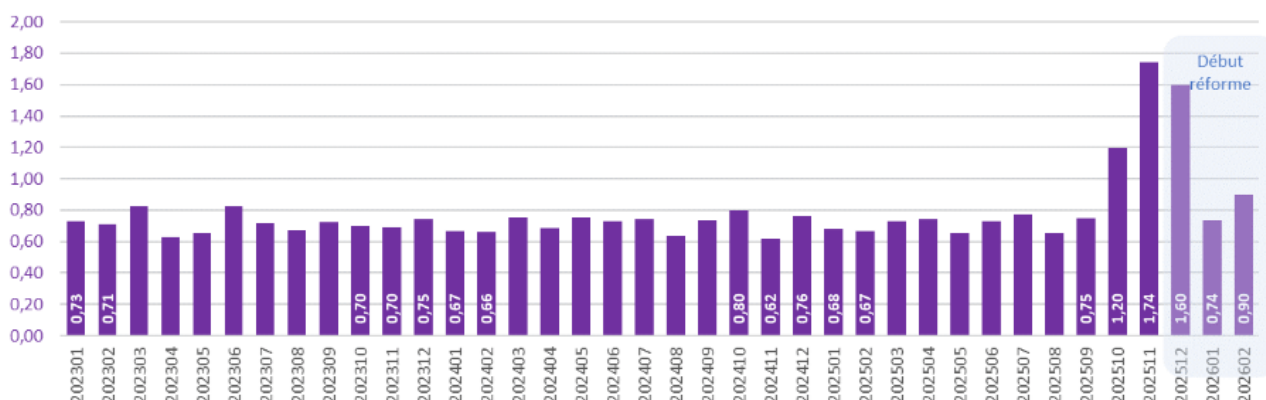
Source : MSA

- Achats

La montée des achats se concentre sur la fin de l'année 2025 : dès octobre, les remboursements bondissent d'environ 60 % par rapport au niveau habituel, puis restent élevés en novembre-décembre. Cet effet ralentit ensuite, et les niveaux observés en janvier-février 2026 se rapprochent de ceux d'avant le quatrième trimestre 2025 (**Graphique 60**).

Alors que le taux moyen de reste à charge était de 32 % en février 2025, il chute à 6 % en février 2026, signe d'un allègement très marqué pour les bénéficiaires acquérant un fauteuil.

Graphique 60 :
Montants remboursés (en M €) entre janvier 2023 et février 2026 pour les achats de fauteuils roulants

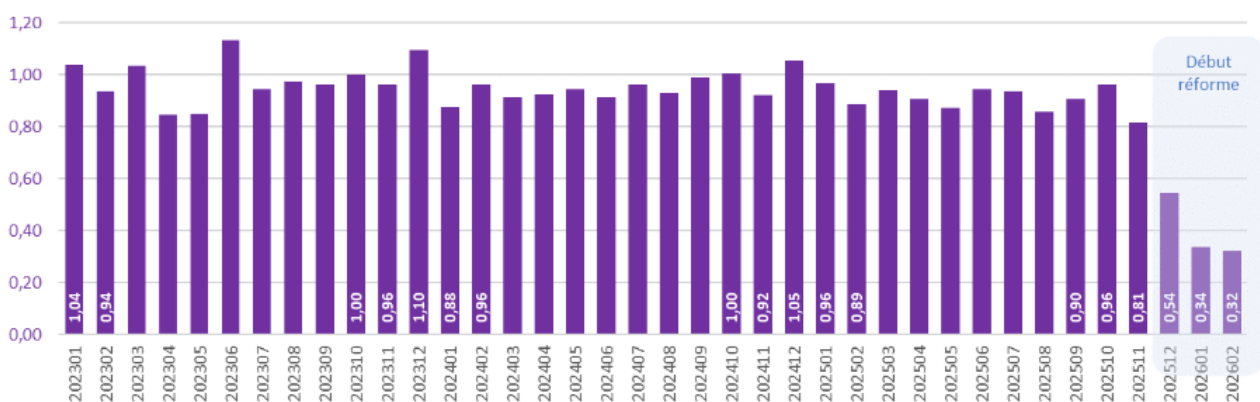


Source : MSA

▪ Locations

Pour les locations, dès novembre 2025, les montants remboursés commencent à reculer, avant de décrocher nettement les mois suivants : - 33 % en décembre, - 38 % en janvier 2026, puis - 4 % en février 2026 (**Graphique 61**). Dans le même temps, le reste à charge s'envole dès l'entrée en vigueur de la réforme : après une stagnation à 11 % entre janvier 2023 et novembre 2025 (soit quasiment 3 ans), la part du reste à charge passe à 13 % en décembre 2025, puis à 19 % et 22 % les mois suivants.

Graphique 61 :
Montants remboursés (en M €) entre janvier 2023 et février 2026 pour les locations de fauteuils roulants



Source : MSA

Contrôle des demandes d'accord préalable

Jusqu'à l'entrée en vigueur de la réforme, la procédure de l'accord préalable ne concernait que les achats de certains fauteuils roulants, ainsi que le forfait annuel de réparation des composants électriques. Les prises en charge de location et d'achat de fauteuils roulants manuels n'étaient pas soumises à l'accord préalable du SCM.

La réforme de la prise en charge des VPH entrée en vigueur au 1^{er} décembre 2025 :

- crée de nouvelles catégories de VPH remboursables et soumises à accord préalable ;
- augmente le volume de demandes d'accord préalable (DAP) soumises à l'avis du SCM, en lien avec l'augmentation du nombre de catégories de fauteuils soumises à DAP (achat, location courte durée et location longue durée) ;
- instaure des demandes dites « sur devis » pour certaines adjonctions, avec un délai de traitement de l'accord préalable spécifique (2 mois) ;
- supprime la formalité de la DAP pour la prise en charge des réparations de VPH.

Dans l'attente de l'ouverture du téléservice permettant la dématérialisation de la transmission des DAP aux SCM, les demandes sont transmises aux caisses de MSA selon les modalités habituelles.

En application du plan national de contrôle médical et de la stratégie institutionnelle de gestion des DAP, les SCM des caisses de MSA traitent systématiquement toutes les DAP de VPH et saisissent les avis rendus dans l'outil métier, afin de permettre le rapprochement entre ces avis et les factures reçues par les services santé lors de la liquidation.

Les SCM des caisses de MSA émettent un avis médical sur le bien-fondé des DAP VPH en considérant :

- la cohérence entre le fauteuil proposé, la prescription médicale, la fiche d'évaluation des besoins, la fiche de préconisation et le certificat de validation de l'essai ;
- la pertinence du VPH et du mode de prise en charge proposé (achat, location courte durée, location longue durée), au regard des besoins de la personne et des modalités de mise à disposition ;
- la fréquence de renouvellement du VPH ;
- les indications remboursables du VPH ;
- les qualifications du prescripteur du VPH ;
- les éventuelles incompatibilités (règles de non-cumul).

Par ailleurs, les décisions prises par les SCM concernant les suppléments sur devis sont transmises à la CCMSA pour l'établissement du rapport semestriel adressé par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) aux ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.

Cette stratégie institutionnelle s'appuie également sur l'automatisation des contrôles des feuilles de soins vis-à-vis des décisions médicales prises sur les DAP au sein du système de tarification @tom. Le système d'information effectue un rapprochement lors de la liquidation de la feuille de soins avec l'avis rendu par le SCM (recherche de l'existence d'une DAP dès lors que le code LPP considéré est soumis à DAP).

Ces actions, qui contribuent au plan national de gestion du risque de la MSA, ont été mises en œuvre en 2026 et seront poursuivies en 2027 dans le cadre du plan national de contrôle médical et de la stratégie de gestion des demandes d'accord préalable de la MSA.

Contrôle des facturations

Afin de s'assurer de la bonne application de la réforme de prise en charge des VPH, des contrôles des facturations, *a priori* et *a posteriori*, sont mis en place par les caisses de MSA dès 2026 et contribuent au plan national de gestion du risque de la MSA.

Ces contrôles administratifs visent à s'assurer du respect des conditions de facturation des VPH, notamment via le :

- contrôle du respect du prix limite de vente pour les locations de courte ou longue durée,
- contrôle de l'exhaustivité des pièces-jointes,
- contrôle des facturations d'actes incompatibles.

La mise en œuvre de ces contrôles conduit à des rejets de facture ou à des notifications d'indus aux fournisseurs selon la nature des contrôles réalisés (*a priori* ou *a posteriori*). Par ailleurs, toutes les situations présentant un caractère susceptible d'être frauduleux sont transmises aux comités de lutte contre la fraude des caisses pour examen.

En 2027, la MSA poursuivra le contrôle des facturations de VPH mis en œuvre en 2026. Il sera notamment procédé à l'analyse des situations de facturations atypiques identifiées dans le cadre du contrôle *a posteriori* afin d'envisager leur automatisation via l'intégration de contrôles embarqués dans le système d'information. Le cas échéant, ces règles de contrôle pourront être partagées avec la CNAM dans le cadre du partenariat METEORe.

3.6.7. Améliorer le rapprochement des pièces justificatives sur les frais de santé grâce à SCOR

Le téléservice SCOR permet au professionnel de santé de dématérialiser l'envoi des pièces justificatives (PJ) papiers aux régimes d'assurance maladie obligatoires. C'est un gain de temps et de gestion, permettant en outre la traçabilité des pièces justificatives dans le dossier du patient.

En MSA, les flux non sécurisés ou « dégradés » représentent environ 25 % des transmissions pour paiement par les professionnels de santé ; outre qu'ils doivent régresser au profit de la norme Vitale sécurisée, ils demandent une politique de contrôle adaptée pour encadrer leur recours. Conformément au cadre conventionnel avec les professionnels de santé et afin de mieux maîtriser les dépenses de santé, la MSA a renforcé sa stratégie de contrôle avant paiement pour les flux non sécurisés : les pièces justificatives envoyées par SCOR sont rapprochées automatiquement des facturations, aussi en l'absence de PJ, le paiement est suspendu pendant 20 jours, avant rejet. Dès réception de la PJ attendue, le paiement est émis.

La montée en charge s'est faite progressivement par filière entre 2022 et 2025, pour les cliniques privées, les fournisseurs, les transporteurs, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthoptistes, les orthophonistes, les pédicures-podologues, les pharmacies et les centres de santé.

En 2025, 8 028 584 factures ont été contrôlées automatiquement, parmi lesquelles 38 138 ont été rejetées (0,5 %) pour un montant total de près de **14,6 millions d'euros**. Cela signifie que les professionnels communiquent presque systématiquement les pièces justificatives lorsqu'ils sont équipés de SCOR, et que le contrôle est efficace pour prévenir les paiements à tort. L'enjeu est à présent de poursuivre la montée en charge sur SCOR et sur les filières en 2027, en continuant à améliorer les pratiques afin de sécuriser la facturation et les paiements des frais de santé.

Proposition 27 :

Développer et systématiser le rapprochement des pièces justificatives pour les frais de santé, en particulier sur les flux dégradés, afin de garantir la conformité des paiements aux facturations et aux actes

3.7. Axe « Enjeux numériques et recherche en santé »

3.7.1. Développer les services numériques en santé pour les assurés et les professionnels de santé

Les assurés et professionnels de santé sont principalement identifiés par le régime agricole pour bénéficier de nouveaux services numériques en santé. Ces derniers se développent rapidement dans un contexte d'accélération technologique et d'échanges de données, au bénéfice de l'accès aux droits ou de la libération de temps de travail médical.

Pour les assurés en particulier en 2027, le régime agricole continuera à mettre l'accent sur la promotion :

- de l'usage de l'application Carte Vitale, généralisée depuis fin 2025, pour laquelle les professionnels de santé continuent de s'équiper et les services et flux vont se développer, notamment pour véhiculer les informations des complémentaires santé. Les assurés pourront prendre l'habitude de l'utiliser pour leur prise en charge des soins, plus rapide et plus sécurisé (52 476 applications activées fin 2025).
- de la consultation de Mon Espace Santé, permettant le stockage des documents médicaux, la planification des actions de prévention et l'historicisation de ses soins, utile à tout moment de la vie et pour avoir une vision complète de sa santé dans le temps (25,8 % d'espaces activés fin 2025).

Les professionnels de santé font l'objet d'une attention particulière, pour simplifier leurs relations avec les caisses de MSA :

- avec la mise en circulation des Cerfas sécurisés pour les prescriptions d'arrêt de travail en 2025, la tendance est à la généralisation des avis d'arrêt de travail électronique (AATe via AmeliPro) 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.
- après sa montée en charge au sein des CPAM en 2025, les professionnels de santé pourront aussi utiliser le service en ligne « RECLA PS » en 2027 pour interagir avec leur caisse de MSA sur des questions ou réclamations relatives à la facturation des frais de santé, avec un point d'entrée unique sur AmeliPro permettant d'orienter les flux vers le bon régime et la caisse compétente.
- la MSA contribuera en outre à l'alimentation de « RESTI PS », outil de calcul des rémunérations conventionnelles des médecins généralistes, basé sur l'implication de leur patientèle dans des dispositifs de prévention prévus par la convention médicale, et d'affichage du suivi de la participation des patients aux dispositifs de prévention au sein de « AmeliPro ». Cela constitue une priorité stratégique pour l'Assurance Maladie, avec une première version attendue au premier semestre 2026, et un développement continu en 2027.

Proposition 28 :

Poursuivre la promotion des outils numériques en santé et développer en inter-régime de nouveaux services au bénéfice des professionnels de santé pour fluidifier leurs relations avec la MSA

3.7.2. 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 2025 s'est articulée autour des 5 axes ci-après :

- **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

Au terme du processus de sélection mené dans le cadre du Conseil scientifique, et après validation finale du Conseil d'Orientation Scientifique en septembre 2025, 5 projets scientifiques ont été retenus.

Les 5 lauréats de l'AAP, actuellement financés par la MSA pour une durée maximale de 2 ans, sont :

- **Dans le cadre de l'axe 2** :
 - **Projet AnPyNeuroVasc** : Impact d'une exposition chronique aux pesticides sur le développement cérébro-vasculaire.

L'objectif de ce projet est de caractériser des effets des fongicides de la famille des anilinopyrimidines sur le développement de l'interface cérébro-vasculaire.

- **Projet EXPERT-GLIO** : EXposition aux PEsticides et impact dans la Résistance aux Traitements des GLIOblastomes.

Il s'agit d'évaluer l'effet de l'exposition aux pesticides dans la réponse aux traitements dans les glioblastomes et en identifier les marqueurs et les mécanismes impliqués.

- **Projet GLY FREE** : Les dérivés du 7-désoxysédoheptulose (7dSh) en tant qu'alternatives bio-inspirées au glyphosate : acceptabilité sociale et effets toxiques potentiels.

Ce projet vise à proposer des composés bio-inspirés du 7dSh comme alternatives au glyphosate, à documenter leur innocuité vis-à-vis de l'environnement et de la santé humaine et à développer un réseau pour proposer l'intégration de ces innovations par les acteurs de terrain.

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

- **Projet PESTIPEDIA France** : Étude nationale sur les pesticides et pathologies pédiatriques.

PESTIPEDIA France vise à déployer à l'échelle nationale la première consultation dédiée aux liens entre expositions professionnelles aux pesticides et pathologies pédiatriques, en combinant accompagnement des familles, sensibilisation des acteurs de santé et recherche épidémiologique et sociologique.

- Dans le cadre de l'axe 4 :

- **Projet DTSA** : Délégation du travail et santé en agriculture : nouvelles organisations, nouveaux risques ?

Ce projet s'intéresse aux conditions de travail au sein des structures de la sous-traitance agricole, avec une focale sur les entreprises de travaux agricoles (ETA).

L'ensemble des résultats de ces études sont attendus en 2028.

Proposition 29 :

Développer les travaux de recherche sur plusieurs thématiques : d'une part le mal-être, les troubles psychiatriques, les addictions et le risque suicidaire chez les assurés agricoles seniors, d'autre part les populations rurales et les conditions d'accès aux soins et aux droits et enfin les mécanismes d'action des pesticides et les marqueurs d'effets sur la santé

L'Édition 2026, lancée en octobre 2025 et actuellement en cours, s'appuie sur 6 thématiques, ci-dessous rappelées :

- **Axe 1** : Évolution des métiers de l'agriculture, santé et protection sociale
- **Axe 2** : Mécanismes d'action des pesticides et marqueurs d'effets sur la santé
- **Axe 3** : Mal-être, troubles psychiatriques, addictions, risque suicidaire chez les assurés agricoles seniors
- **Axe 4** : Le renouvellement des générations dans les métiers de l'agriculture : quels leviers activer ?
- **Axe 5** : Populations rurales et conditions d'accès aux soins et aux droits ?
- **Axe 6** : Le rôle de l'IA dans la gestion des données des assurés sociaux du régime agricole de protection sociale

Les différentes étapes du processus de sélection étant en cours, les projets lauréats de cette 8^{ème} édition de l'AAP scientifique MSA seront connus fin septembre 2026.

Les résultats produits par les équipes de recherche

Projets finalisés dans le cadre de l'AAP 2023 :

- **Octasam « Organisation collective du travail agricole et santé mentale » (Sociologie)**

Le projet Octasam explore « sous quelles conditions les formes d'organisation collective du travail agricole contribuent à améliorer la santé psychique des agriculteurs ? ». La santé psychique est définie comme une capacité normative : créer son milieu pour vivre, et non seulement s'y adapter, ce qui engage la créativité au travail. L'organisation collective du travail agricole est étudiée dans une approche clinique du travail, distinguant règles prescrites, vécu subjectif, travail collectif et collectif de travail (genre professionnel).

Ce collectif de travail, soutenant l'organisation, se construit à partir du travail collectif. La démarche qualitative et clinique complète l'approche épidémiologique. Elle s'appuie sur deux phases : une exploratoire (classification des formes d'organisation en agriculture de groupe et fermes collectives) et une enquête auprès de quatre organisations agricoles (trois coopératives, une association), mobilisant la recherche-intervention et des ateliers collectifs avec une trentaine d'agriculteurs sur six mois.

L'analyse des résultats permet de montrer que la construction de la santé psychique peut s'appréhender via le passage du travail collectif au collectif de travail. Le développement d'un collectif de travail suppose différentes conditions, notamment la mise en place de temps collectifs de réflexivité sur le travail. Ces espaces de discussion ont un double enjeu : reconnaître non seulement la contribution de chaque adhérent à la production (intégrant la direction et la gestion de l'organisation) mais aussi « au débat sur les normes et les valeurs » (Caroly, 2019).

D'autres conditions ressortent des résultats : des compétences de leadership à incarner pour les dirigeants, la (re)-définition de la finalité commune de l'organisation collective, la formalisation du travail prescrit et du règlement intérieur, l'équité entre les adhérents, la confiance et la convivialité entre les membres. Cela demande de pouvoir réfléchir aux conditions d'accueil, de formation, mais aussi de sanction voire d'exclusion des membres. Toutefois, les résultats ne permettent pas d'établir une relation univoque entre santé psychique et organisation collective. L'expérience de la coopération entre agriculteurs semble ambivalente.

L'organisation collective du travail agricole peut à la fois soutenir et fragiliser la santé psychique des agriculteurs membres de ces organisations. Pour parvenir à des organisations plus soutenantes pour la santé psychique, des soutiens extérieurs semblent nécessaires. La méthodologie d'accompagnement de ces organisations est discutée en fin de rapport, envisageant l'intervention comme une expérience de dialogue différente.

Les résultats de l'étude ont fait l'objet d'une présentation en CCMSA par l'équipe de recherche, principalement en direction de nos référents mal-être MSA, de la SST, mais également de tout collaborateur intéressé.

Le rapport final complet est disponible en ligne sur le site msa.fr : <https://www.msa.fr/lfp/recherche-innovation>

- **P-Pluriver « Pratiques PLURIproufessionnelles de santé et Interventions sur les modes de Vie dans les Espaces Ruraux »**

L'objectif du projet est de proposer une enquête à propos des conditions d'une pluriprofessionnalité en milieu rural dans l'organisation des pratiques de prévention secondaire et tertiaire.

D'abord, il s'agit d'étudier les dynamiques de structuration des dispositifs et de la coopération pluriprofessionnelle en milieu rural. L'étude porte sur la manière dont les acteurs et leurs soutiens appréhendent la pluralité et la diversification des dispositifs actuels.

Dans un second temps, il s'agit d'interroger les logiques concrètes de coopération interprofessionnelle. Le questionnement se porte sur la manière dont se construit et se formalise de façon officielle et plus officieuse l'accompagnement pluriprofessionnel des populations malades chroniques en milieu rural en observant l'organisation, mais aussi le travail d'accompagnement des différents professionnels. À ce niveau, certains métiers de la prévention secondaire et tertiaire pourront être particulièrement étudiés (infirmières Asalée, infirmières en pratiques avancées, kinésithérapeutes, enseignants en activité physique adaptée (APA)). Il est donc aussi question d'étudier la reconnaissance des différents professionnels au sein de l'action publique et des dispositifs de prévention.

Le projet prend appui sur un travail mené depuis 2019 autour de la prescription d'activité physique et qui est venu interroger de façon plus vaste l'organisation de la prévention en santé et le poids des dynamiques spatiales dans cette organisation.

L'enquête a fait apparaître les nouvelles formes de contractualisation entre les administrations et les professionnels de santé impulsées par les dispositifs de coordination tels que les Contrats locaux de santé (CLS) et les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). L'enquête montre également une fracture générationnelle importante au sein de la profession médicale entre les médecins plus âgés, « médecins de campagne », et les nouvelles générations, plus avides d'exercice coordonné, mais également décrites comme « plus éloignées des patients », notamment par les infirmières.

Annexes

Annexe 1 : Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2026

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

Proposition	Etat d'avancement
1. Mettre en œuvre un dispositif pour accompagner les aidants vers leur réintégration dans un parcours de santé	Action engagée. Cf partie 3.1.1.
2. Faciliter le repérage et l'accompagnement des personnes nécessitant un accompagnement santé/social dans les actions d'allers-vers/ramener-vers	Action engagée. Cf partie 3.1.1.
3. Aller-vers/ramener-vers les populations professionnelles agricoles concernées par la réalisation de la vaccination antigrippale afin d'améliorer le taux de vaccination	Action engagée. Cf partie 3.1.1.
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	Action engagée. Cf partie 3.1.3.2.

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

Proposition	Etat d'avancement
5. Pérenniser l'aide au répit administratif	Action engagée. Cf partie 3.2.
6. Aller-vers pour mieux prévenir : une stratégie intégrée au service du monde agricole	Action engagée. Cf partie 3.2.
7. Développer les coopérations pour favoriser une meilleure détection	Action engagée. Cf partie 3.2.
8. Valoriser et faire connaître l'action de la MSA sur la prévention du mal-être	Action engagée. Cf partie 3.2.

1.3. Axe « Une seule santé »

Proposition	Etat d'avancement
9. Développer l'approche « Une seule santé » autour de thématiques transversales prioritaires (alimentation, transition agro-écologique, santé des animaux d'élevage et exposome)	Action engagée. Caisse de MSA Portes de Bretagne : campagne de vaccination antigrippale ciblant les bénéficiaires de la filière porcine et aviaire ; Caisse de MSA Alpes Vaucluse : journée prévention dédiée aux femmes en agriculture (exploitantes « bergères »). Cf partie 3.3.1.

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

Proposition	Etat d'avancement
10. Améliorer l'accès à la santé dans les territoires ruraux	<p>En 2025, la MSA a renforcé son action en faveur de l'accès à la santé dans les territoires ruraux à travers plusieurs leviers complémentaires.</p> <p>13 caisses (1 caisse désignée par région ARCMSA) ont accompagné un hôpital de proximité à s'intégrer dans les dynamiques territoriales. L'implication de la MSA s'est concrétisée par des actions permettant la coopération entre un hôpital de proximité et les professionnels de santé de l'ambulatoire via une ou plusieurs CPTS du territoire.</p> <p>En fin de COG 2021-2025, 22 caisses sur 35 ont organisé au moins un séminaire interprofessionnel EDUC'TOUR en partenariat avec une faculté de médecine, d'odontologie ou de pharmacie ; des instituts de formation en santé (IFSI, masseur-kinésithérapie, sage-femme, pédicure-podologue, orthophoniste) et des écoles du travail social.</p> <p>218 CLS ont été signés sur la période, dont 48 en 2025. La typologie des actions dans lesquelles les caisses sont engagées concernent 4 axes : offrir des soins de premier recours, améliorer les parcours de santé tout au long de la vie, développer une dynamique en faveur de la santé mentale et initier des actions autour de la santé environnementale.</p> <p>La MSA a par ailleurs poursuivi sa participation active aux instances territoriales et engagé la préparation de son positionnement dans la dynamique de labellisation France Santé instituée par l'article 63 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026.</p>
11. Développer le partenariat avec l'association « Médecins Solidaires » pour renforcer l'accès aux soins de premier recours	<p>En 2025, la MSA a renforcé son partenariat avec l'association Médecins Solidaires afin de soutenir l'accès aux soins de premier recours dans les territoires ruraux. Ce soutien a permis l'ouverture du centre de santé de Bû (Eure-et-Loir) en juillet 2025.</p> <p>Le partenariat s'est également traduit par le Tour Prévention de septembre 2025 (345 participants), confirmant l'inscription de ce dispositif dans une approche globale alliant soin et prévention.</p>

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

Proposition	Etat d'avancement
12. Généraliser l'action d'initiative locale de contrôle du respect des conditions de facturation du médicament Slenyto®	Action engagée. Action intégrée au PNGDR MSA 2026 diffusé au réseau MSA début janvier 2026.

Annexes

13. Contrôler les facturations des laboratoires de biologie médicale	Action engagée. Action intégrée au PNGDR MSA 2026 diffusé au réseau MSA début janvier 2026.
14. Améliorer les parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques : l'exemple du parcours insuffisance cardiaque et perspectives d'extension	<p>Les actions proposées dans le cadre du parcours insuffisance cardiaque (PIC) se sont poursuivies en participant activement à la coordination nationale et territoriale avec le régime général d'assurance maladie et en poursuivant 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.</p> <p>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.</p> <p>Cette démarche est aujourd'hui élargie au dispositif MCVA (maladies cardio- vasculaires et associées) piloté par la CNAM.</p>
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	<p>Action engagée.</p> <p>L'article 70 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026 a créé un nouvel article L.723-43-1 du Code rural et de la pêche maritime, permettant la mise en place de délégations de certaines missions des praticiens-conseils vers les auxiliaires médicaux.</p> <p>Dans le cadre de la feuille de route métier, en articulation avec les objectifs définis avec les médecins coordonnateurs régionaux, les travaux préparatoires ont été engagés afin d'accompagner la mise en œuvre de ce dispositif. Ils portent notamment sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la rédaction d'un protocole général de référence de délégation ; • la mise à jour des procédures et référentiels métiers (« Essentiel »). <p>La poursuite de ces travaux s'effectuera parallèlement à l'élaboration des textes réglementaires, l'article L.723-43-1 prévoyant que les conditions d'application du dispositif soient définies par voie réglementaire.</p>
16. Prévenir le risque de désinsertion professionnelle en agissant précocement auprès de personnes ciblées comme étant à risque de situation complexe	Action engagée. Il y a une montée en charge du dispositif et de la mise en œuvre des actions de prévention au niveau du réseau.

1.6. Axe « Contrôle et lutte contre la fraude »

Proposition	Etat d'avancement
17. Réviser la stratégie de ciblage pour optimiser la lutte contre la fraude des transporteurs de type taxis	Action terminée. Envoi d'une LTC DCMGOS-2026-264 du 21 mai 2026 avec la méthodologie et les outils.
18. Renforcer la lutte contre la fraude des audioprothésistes en ciblant le code prestation « Processeur pour Implant Ostéo-intégré »	Action terminée.

Annexes

19. Contrôler les praticiens réalisant des actes bucco-dentaires pour veiller au respect réglementaire et/ou aux bonnes pratiques	Action engagée. Actions intégrées au PNGDR 2026.
20. Déployer des actions de lutte contre la fraude à enjeux de la Cellule Nationale de Contrôle Externe (CNCE)	Action engagée. Cf partie 3.6.3.
21. Collaborer de manière renforcée à la détection des fraudes au SASPA pour identifier les préjudices subis, également pour la branche maladie	Action engagée. Cf partie 3.6.4.

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

Proposition	Etat d'avancement
22. Intégrer de nouveaux services liés au numérique en santé pour les assurés et les professionnels de santé	Action engagée. Cf partie 3.7.1.
23. Prendre en compte les nouvelles modalités de facturation de type « Parcours coordonnés »	Action engagée.
24. Poursuivre le partenariat METEORE sur les filières soins de ville et la détection des atypies	Action engagée. Cf partie 3.6.5.
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	Action engagée.
26. Enrichir le portail de datavisualisation des données de santé de la MSA avec de nouveaux récits	<p>Action terminée. La MSA a déployé début 2025 un portail de data storytelling. Elle met à disposition en accès libre ses données et propose dorénavant de les parcourir sous forme de récits, dans une volonté d'ouverture de ses données et d'enrichissement de la connaissance sur le monde agricole. Déployée depuis début 2025, la plateforme de data visualisation de la MSA (« Dataviz MSA ») intègre actuellement quatre récits (https://dataviz.msa.fr/) dont deux nouveaux depuis la fin 2025 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accidents du travail et maladies professionnelles, - Risque suicidaire au régime agricole.

Annexes

Annexe 2 : La cartographie des pathologies au régime agricole

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	5 972	96,6	***	3 218	95,6	**	2 754	97,7	non-significatif
	Maladie coronaire chronique	135 483	89,1	***	74 528	86,7	***	60 955	92,2	***
	Maladie coronaire	141 455	89,4	***	77 746	87,0	***	63 709	92,4	***
	Accident vasculaire cérébral aigu	8 338	100,9	non-significatif	5 037	100,1	non-significatif	3 301	102,2	non-significatif
	Séquelle d'accident vasculaire cérébral	57 115	98,7	***	34 210	98,5	***	22 905	98,9	*
	Accident vasculaire cérébral	65 453	99,0	***	39 247	98,7	**	26 206	99,3	non-significatif
	Insuffisance cardiaque aiguë	16 723	112,8	***	11 785	116,9	***	4 938	104,2	***
	Insuffisance cardiaque chronique	60 697	117,2	***	40 852	121,2	***	19 845	109,9	***
	Insuffisance cardiaque	77 420	116,3	***	52 637	120,2	***	24 783	108,8	***
	Artériopathie périphérique	43 554	86,2	***	22 225	76,4	***	21 329	99,5	non-significatif
	Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque	167 766	110,5	***	108 727	114,2	***	59 039	104,4	***
	Maladie valvulaire	43 067	119,3	***	28 801	127,6	***	14 266	105,5	***
	Embolie pulmonaire	3 178	104,9	***	1 944	111,4	***	1 234	96,1	non-significatif
	Autres affections cardiovasculaires	29 913	117,4	***	16 836	122,0	***	13 077	112,0	***
	Maladies cardiovasculaires aiguës	33 160	106,0	***	21 277	108,7	***	11 883	101,5	*
	Maladies cardiovasculaires chroniques	376 855	100,4	**	223 507	101,2	***	153 348	99,1	***
	Maladies cardiovasculaires	385 276	100,3	**	228 164	101,2	***	157 112	99,1	***
Traitements du risque vasculaire	Traitements antihypertenseurs (hors pathologies)	440 916	104,4	***	239 388	107,7	***	201 528	100,8	***
	Traitements hypolipémiants (hors pathologies)	211 183	101,0	***	109 369	101,8	***	101 814	100,3	non-significatif
	Traitements du risque vasculaire (hors pathologies)	513 064	103,5	***	272 691	106,4	***	240 373	100,4	**
	Traitements antihypertenseurs (avec ou sans pathologies)	770 719	100,1	non-significatif	420 985	100,2	*	349 734	100,0	non-significatif
	Traitements hypolipémiants (avec ou sans pathologies)	466 934	94,1	***	238 159	90,6	***	228 775	98,1	***
	Traitements du risque vasculaire (avec ou sans pathologies)	881 321	99,2	***	470 815	98,9	***	410 506	99,6	***
Maladies cardiovasculaires et traitements du risque cardiovasculaire	823 147	101,1	***	451 717	102,3	***	371 430	99,6	***	
Diabète	Diabète insulino-traité	47 892	91,3	***	21 443	80,1	***	26 449	103,0	***
	Diabète	231 370	90,7	***	106 754	80,6	***	124 616	101,6	***

Annexes

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	10 583	90,1	***	4 608	82,1	***	5 975	97,5	**
Cancer du sein de la femme sous surveillance	21 118	83,5	***	11 369	77,4	***	9 749	91,9	***
Cancer du sein de la femme	31 701	85,6	***	15 977	78,7	***	15 724	93,9	***
Cancer colorectal actif	9 045	94,4	***	4 820	92,3	***	4 225	97,0	**
Cancer colorectal sous surveillance	13 806	96,0	***	8 210	93,7	***	5 596	99,6	non-significatif
Cancer colorectal	22 851	95,4	***	13 030	93,2	***	9 821	98,4	non-significatif
Cancer bronchopulmonaire actif	5 551	76,9	***	1 934	53,8	***	3 617	99,7	non-significatif
Cancer bronchopulmonaire sous surveillance	2 665	69,5	***	1 057	51,2	***	1 608	90,8	***
Cancer bronchopulmonaire	8 216	74,3	***	2 991	52,9	***	5 225	96,7	**
Cancer de la prostate actif	19 445	98,9	non-significatif	11 103	102,8	***	8 342	94,1	***
Cancer de la prostate sous surveillance	23 387	97,4	***	13 874	98,4	*	9 513	96,1	***
Cancer de la prostate	42 832	98,1	***	24 977	100,3	non-significatif	17 855	95,2	***
Autres cancers actifs	57 272	92,2	***	30 089	88,8	***	27 183	96,4	***
Autres cancers sous surveillance	58 681	93,7	***	33 059	92,1	***	25 622	95,8	***
Autres cancers	115 953	93,0	***	63 148	90,5	***	52 805	96,1	***
Cancer du foie ou des voies biliaires actif	1 919	83,8	***	876	71,6	***	1 043	97,7	non-significatif
Cancer du foie ou des voies biliaires sous surveillance	978	83,9	***	499	76,4	***	479	93,5	non-significatif
Cancer du foie ou des voies biliaires	2 897	83,8	***	1 375	73,3	***	1 522	96,3	non-significatif
Cancer de l'os actif	429	99,7	non-significatif	183	90,6	non-significatif	246	107,7	non-significatif
Cancer de l'os sous surveillance	520	90,4	**	240	88,8	*	280	91,9	non-significatif
Cancer de l'os	949	94,4	*	423	89,6	**	526	98,7	non-significatif
Cancer du col de l'utérus actif	929	87,3	***	220	66,8	***	709	96,4	non-significatif
Cancer du col de l'utérus sous surveillance	1 343	79,0	***	368	59,5	***	975	90,3	***
Cancer du col de l'utérus	2 272	82,2	***	588	62,0	***	1 684	92,8	***
Cancer du corps de l'utérus actif	1 267	100,9	non-significatif	663	99,2	non-significatif	604	102,8	non-significatif
Cancer du corps de l'utérus sous surveillance	2 025	101,1	non-significatif	1 294	102,9	non-significatif	731	98,2	non-significatif
Cancer du corps de l'utérus	3 292	101,0	non-significatif	1 957	101,6	non-significatif	1 335	100,2	non-significatif
Cancer de l'estomac actif	1 203	88,6	***	558	77,4	***	645	101,1	non-significatif
Cancer de l'estomac sous surveillance	1 277	91,8	***	715	86,8	***	562	99,0	non-significatif
Cancer de l'estomac	2 480	90,2	***	1 273	82,4	***	1 207	100,1	non-significatif
Leucémie lymphoïde, chronique ou non précisée, active	2 014	104,7	**	1 127	106,7	**	887	102,2	non-significatif
Leucémie lymphoïde, chronique ou non précisée, sous surveillance	3 040	107,1	***	1 912	111,6	***	1 128	100,2	non-significatif
Leucémie lymphoïde, chronique ou non précisée	5 054	106,1	***	3 039	109,7	***	2 015	101,1	non-significatif
Leucémie myéloïde aigüe active	673	90,0	***	347	87,6	**	326	92,8	non-significatif
Leucémie myéloïde aigüe sous surveillance	218	95,6	non-significatif	100	91,4	non-significatif	118	99,6	non-significatif
Leucémie myéloïde aigüe	891	91,3	***	447	88,4	***	444	94,5	non-significatif
Leucémie myéloïde, chronique ou non précisé active	1 106	89,7	***	551	87,9	***	555	91,6	**
Leucémie myéloïde, chronique ou non précisé sous surveillance	573	97,7	non-significatif	300	95,9	non-significatif	273	99,8	non-significatif
Leucémie myéloïde, chronique ou non précisé	1 679	92,3	***	851	90,5	***	828	94,1	*
Lymphome hodgkinien actif	401	94,9	non-significatif	157	96,1	non-significatif	244	94,2	non-significatif
Lymphome hodgkinien sous surveillance	648	94,3	non-significatif	262	96,8	non-significatif	386	92,8	non-significatif
Lymphome hodgkinien	1 049	94,6	*	419	96,5	non-significatif	630	93,3	*
Lymphome non hodgkinien actif	3 472	94,9	***	1 833	93,9	***	1 639	96,0	*
Lymphome non hodgkinien sous surveillance	3 965	92,6	***	2 314	94,2	***	1 651	90,5	***
Lymphome non hodgkinien	7 437	93,6	***	4 147	94,1	***	3 290	93,1	***

Annexes

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	Maladie myéloproliférative et syndrome myélodysplasique actifs	4 196	90,8	***	2 443	89,1	***	1 753	93,3	***
	Maladie myéloproliférative et syndrome myélodysplasique sous surveillance	6 217	93,5	***	3 684	90,2	***	2 533	98,7	non-significatif
	Maladie myéloproliférative et syndrome myélodysplasique	10 413	92,4	***	6 127	89,8	***	4 286	96,4	**
	Myélome multiple et tumeur maligne à plasmocytes actives	2 263	96,5	*	1 271	97,1	non-significatif	992	95,8	non-significatif
	Myélome multiple et tumeur maligne à plasmocytes sous surveillance	1 037	106,1	*	613	104,4	non-significatif	424	108,6	*
	Myélome multiple et tumeur maligne à plasmocytes	3 300	99,3	non-significatif	1 884	99,4	non-significatif	1 416	99,3	non-significatif
	Mélanome de la peau actif	4 467	100,7	non-significatif	2 581	104,9	**	1 886	95,6	**
	Mélanome de la peau sous surveillance	6 318	99,6	non-significatif	3 762	100,4	non-significatif	2 556	98,6	non-significatif
	Mélanome de la peau	10 785	100,1	non-significatif	6 343	102,2	*	4 442	97,3	*
	Cancer de l'oesophage actif	957	93,8	**	431	81,7	***	526	106,7	non-significatif
	Cancer de l'oesophage sous surveillance	561	91,7	**	278	83,1	***	283	102,1	non-significatif
	Cancer de l'oesophage	1 518	93,0	***	709	82,2	***	809	105,1	non-significatif
	Cancer de l'ovaire actif	1 174	101,3	non-significatif	588	101,7	non-significatif	586	100,9	non-significatif
	Cancer de l'ovaire sous surveillance	888	94,7	non-significatif	507	98,0	non-significatif	381	90,6	*
	Cancer de l'ovaire	2 062	98,3	non-significatif	1 095	99,9	non-significatif	967	96,5	non-significatif
	Cancer du pancréas actif	2 142	91,6	***	1 135	89,5	***	1 007	94,0	**
	Cancer du pancréas sous surveillance	862	85,7	***	455	79,8	***	407	93,5	non-significatif
	Cancer du pancréas	3 004	89,8	***	1 590	86,5	***	1 414	93,8	**
	Cancer de la peau (hors mélanome) actif	14 604	95,3	***	9 080	95,9	***	5 524	94,3	***
	Cancer de la peau (hors mélanome) sous surveillance	15 675	100,6	non-significatif	10 018	101,8	*	5 657	98,5	non-significatif
	Cancer de la peau (hors mélanome)	30 279	98,0	***	19 098	98,9	non-significatif	11 181	96,3	***
	Cancer du rein actif	2 942	100,1	non-significatif	1 541	101,9	non-significatif	1 401	98,2	non-significatif
	Cancer du rein sous surveillance	4 072	97,5	*	2 384	100,3	non-significatif	1 688	93,6	***
	Cancer du rein	7 014	98,6	non-significatif	3 925	101,0	non-significatif	3 089	95,7	**
	Cancer du système nerveux actif	1 304	97,3	non-significatif	554	94,2	non-significatif	750	99,8	non-significatif
	Cancer du système nerveux sous surveillance	1 511	102,7	non-significatif	668	101,5	non-significatif	843	103,7	non-significatif
	Cancer du système nerveux	2 815	100,1	non-significatif	1 222	98,1	non-significatif	1 593	101,8	non-significatif
	Cancer de la thyroïde actif	1 000	85,9	***	360	76,2	***	640	92,6	*
	Cancer de la thyroïde sous surveillance	3 480	90,8	***	1 570	86,6	***	1 910	94,6	**
	Cancer de la thyroïde	4 480	89,7	***	1 930	84,5	***	2 550	94,1	***
	Cancer des tissus mous actif	572	90,7	**	270	87,0	**	302	94,3	non-significatif
	Cancer des tissus mous sous surveillance	598	85,5	***	284	78,7	***	314	92,9	non-significatif
	Cancer des tissus mous	1 170	88,0	***	554	82,5	***	616	93,6	*
Cancer des voies aérodigestives supérieures actif (VADS)	3 035	88,6	***	1 167	68,0	***	1 868	109,3	***	
Cancer des voies aérodigestives supérieures sous surveillance (VADS)	3 310	82,6	***	1 527	70,9	***	1 783	96,3	non-significatif	
Cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS)	6 345	85,4	***	2 694	69,6	***	3 651	102,5	non-significatif	
Cancer de la vessie actif	5 176	74,8	***	2 512	64,5	***	2 664	88,1	***	
Cancer de la vessie sous surveillance	5 664	75,7	***	3 043	67,6	***	2 621	87,9	***	
Cancer de la vessie	10 840	75,3	***	5 555	66,1	***	5 285	88,0	***	
Cancer de l'appareil digestif sans précision actif	63	92,5	non-significatif	30	83,9	non-significatif	33	102,0	non-significatif	
Cancer de l'appareil digestif sans précision sous surveillance	66	81,3	*	34	71,7	*	32	94,8	non-significatif	
Cancer de l'appareil digestif sans précision	129	86,4	*	64	76,9	**	65	98,3	non-significatif	

Annexes

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 des organes génitaux féminins sans précision actif	80	75,2	**	43	79,3	non-significatif	37	70,9	**
Cancer des organes génitaux féminins sans précision sous surveillance	427	101,9	non-significatif	254	100,9	non-significatif	173	103,3	non-significatif
Cancer des organes génitaux féminins sans précision	507	96,5	non-significatif	297	97,1	non-significatif	210	95,6	non-significatif
Cancer des organes génitaux masculins sans précision actif	30	75,0	non-significatif			non calculable	21	95,4	non-significatif
Cancer des organes génitaux masculins sans précision sous surveillance	113	117,1	*	45	109,2	non-significatif	68	122,9	*
Cancer des organes génitaux masculins sans précision	143	104,7	non-significatif	54	91,2	non-significatif	89	115,1	non-significatif
Cancer d'une glande endocrine sans précision actif	193	99,4	non-significatif	86	104,4	non-significatif	107	95,7	non-significatif
Cancer d'une glande endocrine sans précision	217	86,6	**	105	94,2	non-significatif	112	80,5	**
Cancer d'une glande endocrine sans précision sous surveillance	410	92,2	non-significatif	191	98,6	non-significatif	219	87,3	**
Cancer hématologique sans précision actif	261	114,9	**	136	120,6	**	125	109,2	non-significatif
Cancer hématologique sans précision	252	86,0	**	124	86,8	non-significatif	128	85,2	*
Cancer hématologique sans précision sous surveillance	513	98,6	non-significatif	260	101,7	non-significatif	253	95,6	non-significatif
Leucémie lymphoïde aigüe active	189	105,5	non-significatif	68	106,5	non-significatif	121	105,0	non-significatif
Leucémie lymphoïde aigüe sous surveillance	118	117,1	*	39	125,1	non-significatif	79	113,6	non-significatif
Leucémie lymphoïde aigüe	307	109,7	non-significatif	107	112,6	non-significatif	200	108,2	non-significatif
Cancer de l'appareil respiratoire/thorax sans précision active	215	80,1	***	88	67,1	***	127	92,4	non-significatif
Cancer de l'appareil respiratoire/thorax sans précision sous surveillance	274	91,2	non-significatif	133	85,9	*	141	96,8	non-significatif
Cancer de l'appareil respiratoire/thorax sans précision	489	85,9	***	221	77,3	***	268	94,7	non-significatif
Cancer de l'appareil urinaire sans précision active	38	71,3	**	19	64,0	**	19	80,4	non-significatif
Cancer de l'appareil urinaire sans précision sous surveillance	105	85,9	non-significatif	58	79,9	*	47	94,7	non-significatif
Cancer de l'appareil urinaire sans précision	143	81,4	**	77	75,3	**	66	90,1	non-significatif
Cancers non classés ailleurs actifs	15 366	92,8	***	7 470	86,8	***	7 896	99,2	non-significatif
Cancers non classés ailleurs sous surveillance	6 188	89,5	***	3 249	85,9	***	2 939	93,8	***
Cancers non classés ailleurs	21 554	91,8	***	10 719	86,5	***	10 835	97,7	**
Cancers actifs	95 606	92,9	***	49 206	89,6	***	46 400	96,7	***
Cancers sous surveillance	113 649	92,5	***	63 963	90,3	***	49 686	95,6	***
Cancers	205 120	92,9	***	110 863	90,3	***	94 257	96,2	***

Annexes

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	17 971	82,2	***	5 281	61,9	***	12 690	95,1	***	
	Troubles névrotiques et de l'humeur:	67 562	94,7	***	28 678	86,5	***	38 884	101,8	***	
	- dont troubles maniaques et bipolaires	12 354	92,9	***	4 689	88,1	***	7 665	96,1	***	
	- dont dépression et troubles de l'humeur autres que bipolaires	38 108	96,0	***	15 541	85,3	***	22 567	105,1	***	
	- dont troubles névrotiques liés au stress et somatoformes	26 744	92,5	***	12 227	85,8	***	14 517	99,0	non-significatif	
	Déficience mentale	5 675	97,6	*	789	41,8	***	4 886	124,3	***	
	Troubles addictifs:	31 427	86,9	***	6 875	50,0	***	24 552	109,6	***	
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives que l'alcool, le tabac et le cannabis	3 256	108,1	***	289	30,8	***	2 967	143,0	***	
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation d'alcool	13 180	101,4	non-significatif	2 702	53,5	***	10 478	131,9	***	
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation de dérivés du cannabis	1 511	85,7	***	106	22,0	***	1 405	109,7	***	
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation du tabac	19 217	78,3	***	4 482	47,8	***	14 735	97,2	***	
	Troubles psychiatriques débutant dans l'enfance	7 832	83,9	***	1 315	62,0	***	6 517	90,4	***	
	Autres troubles psychiatriques	13 930	71,5	***	5 069	58,2	***	8 861	82,2	***	
	Maladies psychiatriques		123 178	88,8	***	43 218	73,1	***	79 960	100,4	non-significatif
Traitements psychotropes (hors pathologies)	Traitements antidépresseurs ou thymorégulateurs (hors pathologies)	167 593	93,2	***	82 259	93,1	***	85 334	93,2	***	
	Traitements neuroleptiques (hors pathologies)	19 432	97,6	***	10 247	95,4	***	9 185	100,1	non-significatif	
	Traitements anxiolytiques (hors pathologies)	157 270	95,6	***	81 988	94,6	***	75 282	96,7	***	
	Traitements hypnotiques (hors pathologies)	55 173	88,0	***	29 444	85,2	***	25 729	91,5	***	
	Traitements psychotropes (hors pathologies)	294 195	94,2	***	150 018	93,2	***	144 177	95,2	***	
Traitements psychotropes (avec ou sans pathologies)	Traitements antidépresseurs ou thymorégulateurs	230 866	92,7	***	109 291	90,5	***	121 575	94,8	***	
	Traitements neuroleptiques	51 715	91,9	***	20 758	82,9	***	30 957	99,1	*	
	Traitements anxiolytiques	204 080	94,1	***	100 276	90,7	***	103 804	97,6	***	
	Traitements hypnotiques	72 381	86,6	***	36 010	81,6	***	36 371	92,1	***	
	Traitements psychotropes	376 111	93,1	***	182 362	90,1	***	193 749	96,1	***	
Maladies psychiatriques ou psychotropes		417 373	92,5	***	193 236	87,8	***	224 137	97,0	***	
Maladies neurologiques	Démences (dont maladie d'Alzheimer):	58 560	92,9	***	42 042	91,9	***	16 518	95,4	***	
	- dont maladie d'Alzheimer	26 936	89,2	***	19 460	88,4	***	7 476	91,2	***	
	- dont autres démences	31 624	96,3	***	22 582	95,2	***	9 042	99,2	non-significatif	
	Maladie de Parkinson	20 588	104,0	***	12 998	106,5	***	7 590	100,1	non-significatif	
	Sclérose en plaques	4 480	84,7	***	1 448	78,8	***	3 032	87,9	***	
	Lésion médullaire	4 293	90,1	***	1 667	81,0	***	2 626	97,1	non-significatif	
	- dont spina bifida	179	64,2	***	33	39,1	***	146	75,1	***	
	- dont paralysie spastique héréditaire	119	83,6	**	42	73,1	**	77	90,6	non-significatif	
	Myopathie ou myasthénie	2 110	78,9	***	851	73,9	***	1 259	82,8	***	
	Épilepsie	26 621	101,2	*	10 717	90,0	***	15 904	110,4	***	
	Autres affections neurologiques	8 484	81,2	***	3 382	72,4	***	5 102	88,2	***	
	Maladies neurologiques ou dégénératives		117 767	94,9	***	68 642	92,3	***	49 125	98,9	**
	Maladies respiratoires chroniques	bronchopneumopathie chronique obstructive ou BPCO	133 782	96,2	***	61 604	92,9	***	72 178	99,3	**
Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)		190 046	94,2	***	82 038	90,3	***	108 008	97,5	***	
Maladies respiratoires chroniques (avec ou sans mucoviscidose)		190 167	94,2	***	82 070	90,2	***	108 097	97,5	***	

Annexes

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	11 707	82,0	***	3 820	71,8	***	7 887	88,1	***
	Polyarthrite rhumatoïde ou maladies apparentées	20 094	107,8	***	10 942	113,0	***	9 152	102,3	**
	Spondylarthrite ankylosante ou maladies apparentées	11 730	89,0	***	4 619	86,5	***	7 111	90,6	***
	Autres maladies inflammatoires chroniques	12 585	92,1	***	6 683	94,1	***	5 902	90,0	***
	Maladies inflammatoires chroniques	53 520	94,0	***	24 863	95,2	***	28 657	93,1	***
	Maladies métaboliques héréditaires ou amylose	7 322	107,6	***	3 684	112,5	***	3 638	103,0	*
	Mucoviscidose	288	81,4	***	76	78,4	**	212	82,6	***
	Hémophilie ou troubles de l'hémostase graves	2 508	76,8	***	1 025	71,7	***	1 483	80,8	***
	- dont hémophilie	406	98,7	non-significatif	145	98,0	non-significatif	261	99,0	non-significatif
	- dont troubles de l'hémostase graves	2 102	73,7	***	880	68,7	***	1 222	77,8	***
	Maladies rares	10 106	97,1	***	4 777	99,7	non-significatif	5 329	95,0	***
	Infection par le VIH	3 137	40,7	***	644	22,8	***	2 493	51,0	***
	Maladies inflammatoires ou rares ou infection VIH	66 320	89,2	***	30 080	89,9	***	36 240	88,6	***
Insuffisance rénale chronique terminale	Dialyse chronique:	2 790	81,7	***	1 345	71,8	***	1 445	93,8	**
	- dont dialyse courte	275	87,4	**	130	77,2	***	145	99,1	non-significatif
	- dont hémodialyse chronique	2 614	81,9	***	1 248	71,3	***	1 366	94,9	*
	- dont dialyse péritonéale chronique	176	78,5	***	97	78,9	**	79	78,1	**
	Transplantation rénale	151	92,9	non-significatif	60	95,0	non-significatif	91	91,5	non-significatif
	Suivi de transplantation rénale	1 757	85,2	***	646	75,7	***	1 111	92,0	***
	Insuffisance rénale chronique terminale	4 698	83,3	***	2 051	73,5	***	2 647	92,9	***
Maladies du foie ou du pancréas	Hépatite C chronique ou guérie	1 556	56,5	***	422	32,4	***	1 134	78,2	***
	- dont hépatite C chronique	317	62,4	***	70	33,6	***	247	82,4	***
	Maladies du foie (hors mucoviscidose)	18 738	80,7	***	6 982	64,6	***	11 756	94,7	***
	Maladies du pancréas (hors mucoviscidose)	9 339	91,6	***	3 973	80,8	***	5 366	101,7	non-significatif
	Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose)	27 179	83,8	***	10 676	69,9	***	16 503	96,2	***
	Maladies du foie ou du pancréas (avec ou sans mucoviscidose)	27 219	83,8	***	10 683	69,9	***	16 536	96,2	***
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	26 535	121,6	***	9 940	89,9	***	16 595	154,0	***
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)- insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	2 287	94,4	***	1 294	91,3	***	993	98,8	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)	465	49,5	***	135	49,5	***	330	49,5	***
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)-néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	1 948	100,7	non-significatif	726	95,0	non-significatif	1 222	104,4	non-significatif
	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	1 272	78,5	***	230	55,5	***	1 042	86,5	***
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)-scoliose structurelle évolutive	1 978	86,6	***	706	80,1	***	1 272	90,6	***
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)-o tuberculose active, lèpre	295	57,2	***	63	31,2	***	232	74,0	***
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)-ALD n°30 tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue	3 002	77,9	***	1 584	75,1	***	1 418	81,2	***
	ALD n°31 dites hors liste	29 299	73,7	***	12 567	62,5	***	16 732	85,2	***
	ALD n°32 correspondant aux polyopathologies	6 058	82,5	***	4 317	79,6	***	1 741	90,7	***
	Trisomie 21	745	62,0	***	133	41,0	***	612	69,7	***
	Affections de longue durée (dont 31 et 32) pour d'autres causes	70 344	88,0	***	30 069	73,0	***	40 275	104,0	***
Covid-19	Hospitalisation pour Covid-19	6 015	101,6	non-significatif	3 978	102,4	non-significatif	2 037	100,0	non-significatif
	Hospitalisation pour Covid-19, en soins intensifs	248	80,0	***	121	70,6	***	127	91,6	non-significatif

Annexes

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	941 434	96,0	***	454 964	92,8	***	486 470	99,2	***
Au moins une pathologie ou traitement*	1 291 684	97,4	***	617 612	95,8	***	674 072	98,9	***
Maternité	Maternité (avec ou sans pathologies)	25 441	92,1	***	2 965	84,3	22 476	93,3	***
	Maternité (hors pathologies et traitements*)	22 149	94,7	***	2 627	88,9	19 522	95,5	***
Au moins une pathologie, traitement* ou maternité	1 313 833	97,3	***	620 239	95,7	***	693 594	98,8	***
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)	152 302	102,5	***	45 492	105,1	106 810	101,4	***
	Hospitalisations sans lien avec les pathologies repérées (avec ou sans pathologies, traitements* ou maternité)	486 973	96,8	***	214 861	94,9	272 112	98,3	***
Au moins une pathologie, traitement*, maternité ou hospitalisation	1 466 135	97,8	***	665 731	96,3	***	800 404	99,1	***
Traitement antalgique ou anti-inflammatoire	Traitements antalgiques (hors pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	28 970	87,6	***	7 597	76,8	21 373	92,2	***
	Traitements antalgiques (avec ou sans pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	372 518	100,2	non-significatif	194 734	100,7	177 784	99,7	non-significatif
	Traitements AINS (hors pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	4 630	97,2	**	1 332	90,1	3 298	100,3	non-significatif
	Traitements AINS (avec ou sans pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	30 007	96,0	***	11 692	93,3	18 315	97,8	***
	Traitements antalgiques ou anti-inflammatoires (hors pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	31 887	88,7	***	8 618	79,4	23 269	92,7	***
	Traitements antalgiques ou anti-inflammatoires (avec ou sans pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	397 611	100,1	non-significatif	206 589	100,8	191 022	99,3	***
Traitement corticoïde	Traitements corticoïdes (hors pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	1 264	102,4	non-significatif	549	117,4	715	93,2	*
	Traitements corticoïdes (avec ou sans pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	29 154	99,4	non-significatif	15 908	105,3	13 246	93,1	***
Pas de pathologies, traitements*, maternité, hospitalisations ou traitement antalgique ou anti-inflammatoire	1 289 937	102,9	***	364 060	108,2	***	925 877	101,0	***
Pas de pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations	1 321 824	102,5	***	372 678	107,3	***	949 146	100,7	***
Total consommateurs régime agricole	2 787 959			1 038 409			1 749 550		

*Traitements chroniques vasculaires et psychotropes

Annexes

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	106 541	102,1	***	48 583	105,1	***	57 958	99,8	non-significatif
Paraplégie	Paraplégie	4 128	85,3	***	1 616	79,2	***	2 512	89,7	***
Hospitalisations DA	Hospitalisation : Endocardite	465	100,7	non-significatif	282	106,8	non-significatif	183	92,5	non-significatif
	Hospitalisation : Varices des membres inférieurs	6 141	109,6	***	2 841	124,0	***	3 300	99,7	non-significatif
	Hospitalisation : Appendicite	2 653	105,5	***	859	114,0	***	1 794	101,9	non-significatif
	Hospitalisation : Maladies de la vésicule biliaire et des voies biliaires	7 988	94,5	***	3 709	91,9	***	4 279	96,8	**
	Hospitalisation : Diverticulose de l'intestin	6 740	91,1	***	3 154	90,1	***	3 586	92,0	***
	Hospitalisation : Endoscopie digestive	66 510	85,6	***	25 711	80,2	***	40 799	89,4	***
	Hospitalisation : Hernies	14 724	98,4	*	6 915	100,1	non-significatif	7 809	97,0	***
	Hospitalisation : Hémorroïdes	2 820	84,5	***	968	75,9	***	1 852	89,8	***
	Hospitalisation : Ulcère gastroduodénal	3 572	87,5	***	1 903	83,4	***	1 669	92,7	***
	Hospitalisation : Cataracte sénile	39 659	95,1	***	21 496	92,8	***	18 163	98,1	***
	Hospitalisation : Glaucome	875	89,2	***	462	88,8	**	413	89,6	**
	Hospitalisation : Pathologies ou traitements dentaires	12 099	108,2	***	2 693	99,4	non-significatif	9 406	111,0	***
	Hospitalisation : Maladies infectieuses ORL	7 398	100,7	non-significatif	1 858	97,5	non-significatif	5 540	101,8	non-significatif
	Hospitalisation : Arthroscopies, biopsies ostéo-articulaires	10 711	113,4	***	3 624	112,9	***	7 087	113,7	***
	Hospitalisation : Coxarthrose	8 839	118,8	***	5 211	131,1	***	3 628	104,8	***
	Hospitalisation : Fracture du membre inférieur	14 089	105,9	***	8 867	105,0	***	5 222	107,5	***
	Hospitalisation : Fracture du membre supérieur	8 585	104,9	***	3 697	99,2	non-significatif	4 888	109,7	***
	Hospitalisation : Gonarthrose	9 433	119,0	***	5 365	130,8	***	4 068	106,4	***
	Hospitalisation : Polytraumatisme	810	136,3	***	404	141,8	***	406	131,2	***
	Hospitalisation : Syndrome du canal carpien	10 333	122,6	***	4 912	129,0	***	5 421	117,2	***
	Hospitalisation : Bronchiolite	746	85,3	***	152	63,4	***	594	93,6	non-significatif
	Hospitalisation : Grippe	2 322	99,6	non-significatif	1 308	100,4	non-significatif	1 014	98,5	non-significatif
	Hospitalisation : Pneumopathie (hors grippe)	13 913	101,3	non-significatif	8 532	102,1	*	5 381	100,0	non-significatif
	Hospitalisation : Compression des racines et des plexus nerveux	798	96,5	non-significatif	330	88,1	**	468	103,5	non-significatif
	Hospitalisation : Discopathie	2 705	108,9	***	947	101,2	non-significatif	1 758	113,5	***
	Hospitalisation : Fracture du rachis	4 403	108,0	***	2 689	104,3	**	1 714	114,4	***
	Hospitalisation : Migraine	2 094	99,3	non-significatif	649	95,8	non-significatif	1 445	100,9	non-significatif
	Hospitalisation : Traumatisme crânien	6 102	102,3	*	3 405	96,5	**	2 697	110,7	***
	Hospitalisation : Biopsie prostatique	2 220	93,6	***	1 149	97,9	non-significatif	1 071	89,3	***
	Hospitalisation : Circoncision	2 166	72,3	***	598	68,0	***	1 568	74,1	***
Hospitalisation : Hypertrophie bénigne de la prostate	5 542	95,0	***	2 978	97,5	non-significatif	2 564	92,3	***	
Hospitalisation : Infection urologique	9 883	94,9	***	5 839	94,6	***	4 044	95,3	***	
Hospitalisation : Lithiase urinaire	6 080	95,5	***	2 543	95,2	**	3 537	95,8	**	

Annexes

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	1 901	106,2 ***		1 192	106,4 **		709	106,0 N-S		4 071	92,6 ***		2 026	90,2 ***		2 045	95,1 **	
	Maladie coronaire chronique	39 361	97,1 ***		25 270	97,1 ***		14 091	97,1 ***		96 122	86,2 ***		49 258	82,2 ***		46 864	90,8 ***	
	Maladie coronaire	41 262	97,5 ***		26 462	97,5 ***		14 800	97,5 ***		100 193	86,4 ***		51 284	82,5 ***		48 909	91,0 ***	
	Accident vasculaire cérébral aigu	3 911	104,7 ***		2 687	106,2 ***		1 224	101,6 N-S		4 427	97,8 N-S		2 350	94,0 ***		2 077	102,5 N-S	
	Séquelle d'accident vasculaire cérébral	26 768	101,9 ***		17 860	103,6 ***		8 908	98,7 N-S		30 347	96,0 ***		16 350	93,6 ***		13 997	99,1 N-S	
	Accident vasculaire cérébral	30 679	102,2 ***		20 547	103,9 ***		10 132	99,0 N-S		34 774	96,2 ***		18 700	93,6 ***		16 074	99,5 N-S	
	Insuffisance cardiaque aiguë	8 296	114,3 ***		6 415	118,1 ***		1 881	103,0 N-S		8 427	111,4 ***		5 370	115,4 ***		3 057	105,0 ***	
	Insuffisance cardiaque chronique	29 256	119,2 ***		21 920	123,1 ***		7 336	108,8 ***		31 441	115,5 ***		18 932	119,0 ***		12 509	110,6 ***	
	Insuffisance cardiaque	37 552	118,1 ***		28 335	121,9 ***		9 217	107,6 ***		39 868	114,6 ***		24 302	118,2 ***		15 566	109,4 ***	
	Artériopathie périphérique	14 884	94,4 ***		9 666	94,0 ***		5 218	95,3 ***		28 670	82,5 ***		12 559	66,8 ***		16 111	100,9 N-S	
	Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque	72 000	111,8 ***		51 870	115,7 ***		20 130	102,9 ***		95 766	109,6 ***		56 857	112,8 ***		38 909	105,2 ***	
	Maladie valvulaire	18 786	120,7 ***		13 819	128,2 ***		4 967	103,9 ***		24 281	118,3 ***		14 982	127,1 ***		9 299	106,3 ***	
	Embolie pulmonaire	1 553	104,9 *		1 056	112,3 ***		497	92,1 *		1 625	104,9 *		888	110,3 ***		737	99,1 N-S	
	Autres affections cardiovasculaires	11 467	123,1 ***		7 227	133,0 ***		4 240	109,3 ***		18 446	114,1 ***		9 609	114,8 ***		8 837	113,4 ***	
	Maladies cardiovasculaires aiguës	15 132	109,5 ***		10 952	112,9 ***		4 180	101,6 N-S		18 028	103,3 ***		10 325	104,6 ***		7 703	101,5 N-S	
	Maladies cardiovasculaires chroniques	151 013	105,6 ***		102 357	108,5 ***		48 656	100,0 N-S		225 842	97,1 ***		121 150	95,8 ***		104 692	98,7 ***	
	Maladies cardiovasculaires	154 750	105,4 ***		104 729	108,3 ***		50 021	99,9 N-S		230 526	97,2 ***		123 435	95,8 ***		107 091	98,7 ***	
Traitements du risque vasculaire	Traitements antihypertenseurs (hors pathologies)	232 891	104,1 ***		133 102	107,7 ***		99 789	99,7 N-S		208 025	104,8 ***		106 286	107,8 ***		101 739	101,9 ***	
	Traitements hypolipémiants (hors pathologies)	105 528	100,4 N-S		56 966	101,9 ***		48 562	98,8 ***		105 655	101,6 ***		52 403	101,6 ***		53 252	101,6 ***	
	Traitements du risque vasculaire (hors pathologies)	267 580	102,7 ***		148 629	105,8 ***		118 951	99,1 ***		245 484	104,4 ***		124 062	107,1 ***		121 422	101,7 ***	
	Traitements antihypertenseurs (avec ou sans pathologies)	367 293	103,0 ***		216 045	104,4 ***		151 248	101,0 ***		403 426	97,6 ***		204 940	96,1 ***		198 486	99,2 ***	
	Traitements hypolipémiants (avec ou sans pathologies)	193 772	97,7 ***		105 840	96,0 ***		87 932	99,7 N-S		273 162	91,7 ***		132 319	86,7 ***		140 843	97,1 ***	
	Traitements du risque vasculaire (avec ou sans pathologies)	414 263	101,7 ***		236 786	102,8 ***		177 477	100,3 N-S		467 058	97,1 ***		234 029	95,3 ***		233 029	99,0 ***	
Maladies cardiovasculaires et traitements du risque cardiovasculaire	Maladies cardiovasculaires et traitements du risque cardiovasculaire	387 274	102,9 ***		228 254	105,6 ***		159 020	99,3 ***		435 873	99,5 ***		223 463	99,2 ***		212 410	99,8 N-S	
Diabète	Diabète insulino-traité	19 569	95,0 ***		9 397	84,9 ***		10 172	106,6 ***		28 323	88,9 ***		12 046	76,7 ***		16 277	100,8 N-S	
	Diabète	93 877	96,5 ***		46 121	87,3 ***		47 756	107,3 ***		137 493	87,1 ***		60 633	76,1 ***		76 860	98,3 ***	

Annexes

		Femmes									Hommes								
		Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariées agricoles			Salariées agricoles			Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
Grand groupe de pathologie, épisode de soins...		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	10 583	90,1	***	4 608	82,0	***	5 975	97,5	**	0			0			0		
	Cancer du sein de la femme sous surveillance	21 118	83,5	***	11 369	77,4	***	9 749	91,9	***	0			0			0		
	Cancer du sein de la femme	31 701	85,6	***	15 977	78,7	***	15 724	93,9	***	0			0			0		
	Cancer colorectal actif	3 374	92,0	***	1 880	90,1	***	1 494	94,5	**	5 671	96,0	***	2 940	93,8	***	2 731	98,4	N-S
	Cancer colorectal sous surveillance	6 315	96,4	***	4 004	93,5	***	2 311	101,9	N-S	7 491	95,7	***	4 206	94,0	***	3 285	97,9	N-S
	Cancer colorectal	9 689	94,8	***	5 884	92,4	***	3 805	98,9	N-S	13 162	95,8	***	7 146	93,9	***	6 016	98,2	N-S
	Cancer bronchopulmonaire actif	1 817	76,3	***	634	54,8	***	1 183	96,7	N-S	3 734	77,1	***	1 300	53,4	***	2 434	101,2	N-S
	Cancer bronchopulmonaire sous surveillance	929	67,4	***	377	50,0	***	552	88,3	***	1 736	70,6	***	680	51,9	***	1 056	92,1	***
	Cancer bronchopulmonaire	2 746	73,0	***	1 011	52,9	***	1 735	93,8	***	5 470	74,9	***	1 980	52,8	***	3 490	98,3	N-S
	Cancer de la prostate actif	0			0			0			19 445	98,9	N-S	11 103	102,8	***	8 342	94,1	***
	Cancer de la prostate sous surveillance	0			0			0			23 387	97,4	***	13 874	98,4	*	9 513	96,1	***
	Cancer de la prostate	0			0			0			42 832	98,1	***	24 977	100,3	N-S	17 855	95,2	***
	Autres cancers actifs	22 898	95,2	***	12 657	94,0	***	10 241	96,8	***	34 374	90,3	***	17 432	85,3	***	16 942	96,1	***
	Autres cancers sous surveillance	27 928	96,6	***	16 591	96,4	***	11 337	97,0	***	30 753	91,2	***	16 468	88,2	***	14 285	94,8	***
	Autres cancers	50 826	96,0	***	29 248	95,3	***	21 578	96,9	***	65 127	90,7	***	33 900	86,7	***	31 227	95,5	***
	Cancer du foie ou des voies biliaires actif	553	98,4	N-S	278	86,5	**	275	114,4	**	1 366	79,0	***	598	66,3	***	768	92,9	**
	Cancer du foie ou des voies biliaires sous surveillance	322	87,7	**	189	84,4	**	133	92,7	N-S	656	82,1	***	310	72,1	***	346	93,8	N-S
	Cancer du foie ou des voies biliaires	875	94,2	*	467	85,6	***	408	106,3	N-S	2 022	80,0	***	908	68,2	***	1 114	93,1	**
	Cancer de l'os actif	172	104,8	N-S	76	98,2	N-S	96	110,7	N-S	257	96,6	N-S	107	86,0	N-S	150	105,9	N-S
	Cancer de l'os sous surveillance	221	91,1	N-S	116	98,8	N-S	105	83,8	*	299	90,0	*	124	81,1	**	175	97,6	N-S
	Cancer de l'os	393	96,6	N-S	192	98,6	N-S	201	94,8	N-S	556	92,9	*	231	83,3	***	325	101,2	N-S
	Cancer du col de l'utérus actif	929	87,3	***	220	66,8	***	709	96,4	N-S	0			0			0		
	Cancer du col de l'utérus sous surveillance	1 343	79,0	***	368	59,5	***	975	90,3	***	0			0			0		
	Cancer du col de l'utérus	2 272	82,2	***	588	62,0	***	1 684	92,8	***	0			0			0		
	Cancer du corps de l'utérus actif	1 267	100,9	N-S	663	99,2	N-S	604	102,8	N-S	0			0			0		
	Cancer du corps de l'utérus sous surveillance	2 025	101,1	N-S	1 294	102,9	N-S	731	98,2	N-S	0			0			0		
	Cancer du corps de l'utérus	3 292	101,0	N-S	1 957	101,6	N-S	1 335	100,2	N-S	0			0			0		
	Cancer de l'estomac actif	374	93,2	N-S	182	81,9	***	192	107,1	N-S	829	86,6	***	376	75,4	***	453	98,8	N-S
	Cancer de l'estomac sous surveillance	534	98,4	N-S	340	97,6	N-S	194	99,9	N-S	743	87,5	***	375	78,9	***	368	98,5	N-S
	Cancer de l'estomac	908	96,2	N-S	522	91,5	**	386	103,4	N-S	1 572	87,0	***	751	77,1	***	821	98,7	N-S
	Leucémie lymphoïde, chronique ou non précisée, active	696	100,3	N-S	407	100,0	N-S	289	100,8	N-S	1 318	107,2	**	720	111,0	***	598	102,9	N-S
	Leucémie lymphoïde, chronique ou non précisée, sous surveillance	1 243	100,8	N-S	840	103,2	N-S	403	96,0	N-S	1 797	111,9	***	1 072	119,2	***	725	102,7	N-S
	Leucémie lymphoïde, chronique ou non précisée	1 939	100,6	N-S	1 247	102,1	N-S	692	98,0	N-S	3 115	109,9	***	1 792	115,7	***	1 323	102,8	N-S
Leucémie myéloïde aigüe active	263	90,3	*	140	87,4	N-S	123	93,7	N-S	410	89,9	**	207	87,7	*	203	92,2	N-S	
Leucémie myéloïde aigüe sous surveillance	92	98,4	N-S	45	100,0	N-S	47	96,8	N-S	126	93,7	N-S	55	85,3	N-S	71	101,5	N-S	
Leucémie myéloïde aigüe	355	92,2	N-S	185	90,2	N-S	170	94,5	N-S	536	90,8	**	262	87,2	**	274	94,5	N-S	
Leucémie myéloïde, chronique ou non précisé active	367	77,1	***	193	77,0	***	174	77,2	***	739	97,6	N-S	358	95,1	N-S	381	100,1	N-S	
Leucémie myéloïde, chronique ou non précisé sous surveillance	258	99,1	N-S	136	94,4	N-S	122	104,9	N-S	315	96,7	N-S	164	97,2	N-S	151	96,1	N-S	
Leucémie myéloïde, chronique ou non précisé	625	84,9	***	329	83,3	***	296	86,6	**	1 054	97,3	N-S	522	95,7	N-S	532	98,9	N-S	
Lymphome hodgkinien actif	144	97,1	N-S	52	98,9	N-S	92	96,1	N-S	257	93,7	N-S	105	94,7	N-S	152	93,1	N-S	
Lymphome hodgkinien sous surveillance	248	93,2	N-S	92	93,3	N-S	156	93,1	N-S	400	95,1	N-S	170	98,8	N-S	230	92,5	N-S	
Lymphome hodgkinien	392	94,6	N-S	144	95,2	N-S	248	94,2	N-S	657	94,6	N-S	275	97,2	N-S	382	92,7	N-S	
Lymphome non hodgkinien actif	1 280	93,3	**	680	88,9	***	600	98,8	N-S	2 192	95,8	**	1 153	97,2	N-S	1 039	94,4	*	
Lymphome non hodgkinien sous surveillance	1 711	90,2	***	1 050	89,8	***	661	91,0	**	2 254	94,5	***	1 264	98,1	N-S	990	90,1	***	
Lymphome non hodgkinien	2 991	91,5	***	1 730	89,4	***	1 261	94,5	**	4 446	95,1	***	2 417	97,7	N-S	2 029	92,3	***	

Annexes

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	Maladie myéloproliférative et syndrome myélodysplasique actifs	1780	88,9	***	1111	86,8	***	669	92,5	**	2 416	92,3	***	1332	91,1	***	1084	93,7	**
	Maladie myéloproliférative et syndrome myélodysplasique sous surveillance	2645	89,7	***	1738	87,9	***	907	93,4	**	3 572	96,5	**	1946	92,4	***	1626	101,9	N-S
	Maladie myéloproliférative et syndrome myélodysplasique	4425	89,4	***	2849	87,5	***	1576	93,0	***	5 988	94,7	***	3278	91,9	***	2710	98,5	N-S
	Myélome multiple et tumeur maligne à plasmocytes actives	896	93,4	**	520	91,8	**	376	95,7	N-S	1 367	98,8	N-S	751	101,3	N-S	616	95,9	N-S
	Myélome multiple et tumeur maligne à plasmocytes sous surveillance	472	104,6	N-S	301	103,1	N-S	171	107,2	N-S	565	107,3	*	312	105,7	N-S	253	109,5	N-S
	Myélome multiple et tumeur maligne à plasmocytes	1368	96,9	N-S	821	95,6	N-S	547	99,0	N-S	1 932	101,1	N-S	1063	102,5	N-S	869	99,5	N-S
	Mélanome de la peau actif	1984	111,5	***	1191	118,7	***	793	102,3	N-S	2 483	93,5	***	1390	95,4	*	1093	91,2	***
	Mélanome de la peau sous surveillance	3333	111,2	***	2118	115,0	***	1215	105,1	*	2 985	89,3	***	1644	86,2	***	1341	93,3	**
	Mélanome de la peau	5317	111,3	***	3309	116,3	***	2008	104,0	*	5 468	91,1	***	3034	90,2	***	2434	92,4	***
	Cancer de l'oesophage actif	183	94,6	N-S	91	85,9	N-S	92	105,1	N-S	774	93,6	*	340	80,7	***	434	107,1	N-S
	Cancer de l'oesophage sous surveillance	151	110,6	N-S	86	105,3	N-S	65	118,4	N-S	410	86,3	***	192	75,9	***	218	98,1	N-S
	Cancer de l'oesophage	334	101,2	N-S	177	94,4	N-S	157	110,2	N-S	1 184	90,9	***	532	78,9	***	652	103,9	N-S
	Cancer de l'ovaire actif	1174	101,3	N-S	588	101,7	N-S	586	100,9	N-S	0			0			0		
	Cancer de l'ovaire sous surveillance	888	94,7	N-S	507	98,0	N-S	381	90,6	*	0			0			0		
	Cancer de l'ovaire	2062	98,3	N-S	1095	99,9	N-S	967	96,5	N-S	0			0			0		
	Cancer du pancréas actif	898	90,1	***	487	85,6	***	411	96,0	N-S	1 244	92,6	***	648	92,7	*	596	92,6	*
	Cancer du pancréas sous surveillance	405	87,1	***	236	85,0	**	169	90,1	N-S	457	84,6	***	219	74,9	***	238	96,0	N-S
	Cancer du pancréas	1303	89,1	***	723	85,4	***	580	94,2	N-S	1 701	90,3	***	867	87,4	***	834	93,5	*
	Cancer de la peau (hors mélanome) actif	5951	99,0	N-S	4002	101,8	N-S	1949	93,8	***	8 653	92,9	***	5078	91,8	***	3575	94,5	***
	Cancer de la peau (hors mélanome) sous surveillance	7420	105,8	***	5028	106,6	***	2392	104,0	*	8 255	96,3	***	4990	97,4	*	3265	94,8	***
	Cancer de la peau (hors mélanome)	13371	102,6	***	9030	104,4	***	4341	99,1	N-S	16 908	94,5	***	10068	94,5	***	6840	94,6	***
	Cancer du rein actif	754	103,2	N-S	423	108,9	*	331	96,6	N-S	2 188	99,1	N-S	1118	99,5	N-S	1070	98,7	N-S
	Cancer du rein sous surveillance	1354	102,2	N-S	866	105,6	N-S	488	96,5	N-S	2 718	95,3	**	1518	97,5	N-S	1200	92,5	***
	Cancer du rein	2108	102,5	N-S	1289	106,7	**	819	96,5	N-S	4 906	96,9	**	2636	98,4	N-S	2270	95,3	**
	Cancer du système nerveux actif	554	96,7	N-S	232	95,1	N-S	322	98,0	N-S	750	97,7	N-S	322	93,6	N-S	428	101,1	N-S
	Cancer du système nerveux sous surveillance	786	101,1	N-S	367	103,1	N-S	419	99,5	N-S	725	104,5	N-S	301	99,7	N-S	424	108,2	N-S
	Cancer du système nerveux	1340	99,3	N-S	599	99,8	N-S	741	98,9	N-S	1 475	100,9	N-S	623	96,4	N-S	852	104,5	N-S
	Cancer de la thyroïde actif	622	87,3	***	207	77,9	***	415	92,9	N-S	378	83,7	***	153	73,9	***	225	92,1	N-S
	Cancer de la thyroïde sous surveillance	2563	93,7	***	1135	88,6	***	1428	98,2	N-S	917	83,6	***	435	81,8	***	482	85,2	***
	Cancer de la thyroïde	3185	92,4	***	1342	86,8	***	1843	97,0	N-S	1 295	83,6	***	588	79,6	***	707	87,3	***
	Cancer des tissus mous actif	227	91,8	N-S	104	86,4	N-S	123	96,8	N-S	345	90,0	*	166	87,4	*	179	92,7	N-S
	Cancer des tissus mous sous surveillance	280	91,2	N-S	132	82,1	**	148	101,2	N-S	318	81,1	***	152	75,9	***	166	86,5	*
	Cancer des tissus mous	507	91,4	**	236	83,9	**	271	99,2	N-S	663	85,5	***	318	81,5	***	345	89,6	**
Cancer des voies aérodigestives supérieures actif (VADS)	718	94,0	*	327	83,3	***	391	105,2	N-S	2 317	87,0	***	840	63,4	***	1477	110,4	***	
Cancer des voies aérodigestives supérieures sous surveillance (VADS)	897	84,9	***	482	80,5	***	415	90,6	**	2 413	81,8	***	1045	67,2	***	1368	98,1	N-S	
Cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS)	1615	88,7	***	809	81,6	***	806	97,2	N-S	4 730	84,3	***	1885	65,5	***	2845	104,1	**	
Cancer de la vessie actif	873	82,0	***	465	73,1	***	408	95,2	N-S	4 303	73,5	***	2047	62,8	***	2256	86,9	***	
Cancer de la vessie sous surveillance	1124	83,9	***	717	80,6	***	407	90,2	**	4 540	73,9	***	2326	64,3	***	2214	87,5	***	
Cancer de la vessie	1997	83,1	***	1182	77,5	***	815	92,7	**	8 843	73,7	***	4373	63,6	***	4470	87,2	***	
Cancer de l'appareil digestif sans précision actif	34	109,2	N-S	18	105,6	N-S	16	113,5	N-S	29	78,4	N-S	12	64,1	N-S	17	93,2	N-S	
Cancer de l'appareil digestif sans précision sous surveillance	35	88,2	N-S	18	73,2	N-S	17	112,7	N-S	31	74,7	N-S	16	70,1	N-S	15	80,3	N-S	
Cancer de l'appareil digestif sans précision	69	97,4	N-S	36	86,5	N-S	33	113,1	N-S	60	76,4	**	28	67,4	**	32	86,7	N-S	

Annexes

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	80	75,2	**	43	79,3	N-S	37	70,9	**	0			0			0		
	Cancer des organes génitaux féminins sans précision sous surveillance	427	101,9	N-S	254	100,9	N-S	173	103,3	N-S	0			0			0		
	Cancer des organes génitaux féminins sans précision	507	96,5	N-S	297	97,1	N-S	210	95,6	N-S	0			0			0		
	Cancer des organes génitaux masculins sans précision actif	0			0			0			30	75,0	N-S			non calculable	21	95,3	N-S
	Cancer des organes génitaux masculins sans précision sous surveillance	0			0			0			113	117,1	*	45	109,2	N-S	68	122,9	*
	Cancer des organes génitaux masculins sans précision	0			0			0			143	104,7	N-S	54	91,2	N-S	89	115,1	N-S
	Cancer d'une glande endocrine sans précision actif	82	98,2	N-S	39	114,3	N-S	43	87,1	N-S	111	100,3	N-S	47	97,3	N-S	64	102,6	N-S
	Cancer d'une glande endocrine sans précision sous surveillance	95	82,1	*	45	87,8	N-S	50	77,6	*	122	90,5	N-S	60	99,7	N-S	62	83,1	N-S
	Cancer d'une glande endocrine sans précision	177	88,9	N-S	84	98,4	N-S	93	81,7	*	233	94,9	N-S	107	98,7	N-S	126	92,0	N-S
	Cancer hématologique sans précision actif	111	103,6	N-S	58	105,9	N-S	53	101,2	N-S	150	125,0	***	78	134,6	***	72	116,0	N-S
	Cancer hématologique sans précision sous surveillance	113	81,2	**	58	83,0	N-S	55	79,3	*	139	90,4	N-S	66	90,5	N-S	73	90,3	N-S
	Cancer hématologique sans précision	224	90,9	N-S	116	93,1	N-S	108	88,7	N-S	289	105,5	N-S	144	110,0	N-S	145	101,5	N-S
	Leucémie lymphoïde aiguë active	59	88,6	N-S	20	84,4	N-S	39	90,9	N-S	130	115,5	*	48	119,6	N-S	82	113,3	N-S
	Leucémie lymphoïde aiguë sous surveillance	48	124,4	N-S	18	146,1	N-S	30	114,2	N-S	70	112,6	N-S	21	111,3	N-S	49	113,2	N-S
	Leucémie lymphoïde aiguë	107	101,7	N-S	38	105,5	N-S	69	99,7	N-S	200	114,5	*	69	116,9	N-S	131	113,3	N-S
	Cancer de l'appareil respiratoire/thorax sans précision active	70	71,1	***	28	59,5	***	42	81,7	N-S	145	85,3	*	60	71,4	***	85	98,7	N-S
	Cancer de l'appareil respiratoire/thorax sans précision sous surveillance	107	86,5	N-S	58	87,9	N-S	49	84,9	N-S	167	94,5	N-S	75	84,4	N-S	92	104,7	N-S
	Cancer de l'appareil respiratoire/thorax sans précision	177	79,7	***	86	76,1	**	91	83,4	*	312	90,0	*	135	78,1	***	177	101,7	N-S
	Cancer de l'appareil urinaire sans précision active			non calculable			non calculable			non calculable	32	79,6	N-S	15	67,7	N-S	17	94,1	N-S
	Cancer de l'appareil urinaire sans précision sous surveillance	32	79,0	N-S	21	80,1	N-S	11	76,9	N-S	73	89,3	N-S	37	79,7	N-S	36	101,9	N-S
	Cancer de l'appareil urinaire sans précision	38	70,9	**	25	74,0	N-S	13	65,5	N-S	105	86,1	N-S	52	75,9	**	53	99,2	N-S
	Cancers non classés ailleurs actifs	6141	94,6	***	3200	91,9	***	2941	97,6	N-S	9 225	91,6	***	4270	83,3	***	4955	100,2	N-S
	Cancers non classés ailleurs sous surveillance	2577	86,6	***	1476	84,3	***	1101	89,8	***	3 611	91,7	***	1773	87,3	***	1838	96,4	N-S
	Cancers non classés ailleurs	8718	92,0	***	4676	89,4	***	4042	95,4	***	12 836	91,6	***	6043	84,4	***	6793	99,2	N-S
	Cancers actifs	36805	93,0	***	18836	89,4	***	17969	97,1	***	58 801	92,8	***	30370	89,6	***	28431	96,5	***
	Cancers sous surveillance	53797	91,1	***	30786	88,2	***	23011	95,3	***	59 852	93,8	***	33177	92,2	***	26675	95,8	***
	Cancers	89202	92,2	***	48806	89,0	***	40396	96,2	***	115 918	93,5	***	62057	91,3	***	53861	96,2	***

Annexes

		Femmes									Hommes								
		Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariées agricoles			Salariées agricoles			Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
Grand groupe de pathologie, épisode de soins...		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	6 589	80,2	***	2 639	78,9	***	3 950	81,1	***	11 382	83,4	***	2 642	51,0	***	8 740	103,2	***
	Troubles névrotiques et de l'humeur:	40 825	93,3	***	18 992	90,0	***	21 833	96,4	***	26 737	96,9	***	9 686	80,3	***	17 051	109,8	***
	- dont troubles maniaques et bipolaires	6 816	92,0	***	2 688	93,8	***	4 128	90,8	***	5 538	94,0	***	2 001	81,4	***	3 537	103,0	*
	- dont dépression et troubles de l'humeur autres que bipolaires	23 513	94,5	***	10 384	88,6	***	13 129	99,7	N-S	14 595	98,5	*	5 157	79,3	***	9 438	113,6	***
	- dont troubles névrotiques liés au stress et somatoformes	16 434	90,5	***	8 447	88,6	***	7 987	92,7	***	10 310	95,9	***	3 780	80,3	***	6 530	108,1	***
	Déficience mentale	1 826	87,6	***	304	50,3	***	1 522	102,9	N-S	3 849	103,1	*	485	37,8	***	3 364	137,3	***
	Troubles addictifs:	8 562	77,1	***	1 493	41,7	***	7 069	94,0	***	22 865	91,3	***	5 382	52,9	***	17 483	117,5	***
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives que l'alcool, le tabac et le cannabis	766	105,2	N-S	77	43,1	***	689	125,4	***	2 490	109,0	***	212	27,9	***	2 278	149,3	***
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation d'alcool	2 652	87,0	***	487	47,0	***	2 165	107,6	***	10 528	105,8	***	2 215	55,1	***	8 313	140,2	***
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation de dérivés du cannabis	307	87,2	**	20	31,4	***	287	99,4	N-S	1 204	85,3	***	86	20,5	***	1 118	112,7	***
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation du tabac	5 926	72,0	***	1021	39,0	***	4 905	87,3	***	13 291	81,5	***	3 461	51,1	***	9 830	103,0	***
	Troubles psychiatriques débutant dans l'enfance	2 176	82,1	***	388	63,0	***	1 788	87,8	***	5 656	84,6	***	927	61,6	***	4 729	91,3	***
Autres troubles psychiatriques	7 165	70,0	***	2 882	61,6	***	4 283	77,0	***	6 765	73,2	***	2 187	54,3	***	4 578	87,8	***	
Maladies psychiatriques	58 550	87,5	***	24 446	81,3	***	34 104	92,7	***	64 628	90,0	***	18 772	64,7	***	45 856	107,1	***	
Traitements psychotropes (hors pathologies)	Traitements antidépresseurs ou thymorégulateurs (hors pathologies)	104 587	92,5	***	52 310	93,1	***	52 277	91,9	***	63 006	94,3	***	29 949	93,0	***	33 057	95,4	***
	Traitements neuroleptiques (hors pathologies)	9 948	95,9	***	6 033	97,4	**	3 915	93,6	***	9 484	99,4	N-S	4 214	92,6	***	5 270	105,6	***
	Traitements anxiolytiques (hors pathologies)	95 397	95,2	***	52 678	96,2	***	42 719	93,9	***	61 873	96,3	***	29 310	91,8	***	32 563	100,8	N-S
	Traitements hypnotiques (hors pathologies)	32 442	89,5	***	18 427	88,4	***	14 015	91,0	***	22 731	86,1	***	11 017	80,5	***	11 714	92,1	***
Traitements psychotropes (hors pathologies)	176 695	93,9	***	93 891	94,5	***	82 804	93,3	***	117 500	94,5	***	56 127	91,2	***	61 373	97,7	***	
Traitements psychotropes (avec ou sans pathologies)	Traitements antidépresseurs ou thymorégulateurs	141 423	91,8	***	69 801	91,7	***	71 622	92,0	***	89 443	94,1	***	39 490	88,4	***	49 953	99,2	*
	Traitements neuroleptiques	23 983	90,2	***	11 677	92,0	***	12 306	88,6	***	27 732	93,4	***	9 081	73,6	***	18 651	107,5	***
	Traitements anxiolytiques	121 243	93,5	***	64 519	93,8	***	56 724	93,1	***	82 837	94,9	***	35 757	85,4	***	47 080	103,6	***
	Traitements hypnotiques	42 162	87,7	***	22 612	85,6	***	19 550	90,3	***	30 219	85,0	***	13 398	75,6	***	16 821	94,3	***
Traitements psychotropes	220 433	92,7	***	113 926	92,6	***	106 507	92,8	***	155 678	93,6	***	68 436	86,2	***	87 242	100,4	N-S	
Maladies psychiatriques ou psychotropes	235 245	92,3	***	118 337	91,4	***	116 908	93,1	***	182 128	92,9	***	74 899	82,7	***	107 229	101,6	***	
Maladies neurologiques	Démences (dont maladie d'Alzheimer):	39 317	93,4	***	30 055	93,3	***	9 262	93,7	***	19 243	91,8	***	11 987	88,6	***	7 256	97,6	**
	- dont maladie d'Alzheimer	19 234	91,1	***	14 676	91,0	***	4 558	91,2	***	7 702	84,7	***	4 784	81,2	***	2 918	91,2	***
	- dont autres démences	20 083	95,8	***	15 379	95,6	***	4 704	96,3	**	11 541	97,2	***	7 203	94,3	***	4 338	102,5	N-S
	Maladie de Parkinson	8 888	103,2	***	6 068	105,9	***	2 820	97,7	N-S	11 700	104,7	***	6 930	107,0	***	4 770	101,5	N-S
	Sclérose en plaques	2 955	89,0	***	872	83,5	***	2 083	91,5	***	1 525	77,5	***	576	72,6	***	949	80,9	***
	Lésion médullaire	1 519	85,2	***	616	79,9	***	903	89,2	***	2 774	93,1	***	1 051	81,6	***	1 723	101,8	N-S
	- dont spina bifida	88	68,9	***	19	56,6	**	69	73,3	***	91	60,2	***	14	27,6	***	77	76,7	**
	- dont paralysie spastique héréditaire	47	87,2	N-S	19	91,1	N-S	28	84,8	N-S	72	81,3	*	23	62,8	**	49	94,3	N-S
	Myopathie ou myasthénie	881	77,3	***	363	74,4	***	518	79,5	***	1 229	80,1	***	488	73,4	***	741	85,2	***
	Épilepsie	10 806	98,3	*	4 993	96,7	**	5 813	99,7	N-S	15 815	103,3	***	5 724	84,9	***	10 091	117,7	***
	Autres affections neurologiques	3 483	78,1	***	1 486	72,9	***	1 997	82,5	***	5 001	83,4	***	1 896	72,1	***	3 105	92,3	***
	Maladies neurologiques ou dégénératives	64 160	94,0	***	41 985	94,1	***	22 175	93,9	***	53 607	96,1	***	26 657	89,5	***	26 950	103,5	***
Maladies respiratoires chroniques	bronchopneumopathie chronique obstructive ou BPCO	55 509	90,4	***	25 740	87,9	***	29 769	92,6	***	78 273	100,9	**	35 864	96,8	***	42 409	104,6	***
	Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	81 825	89,7	***	35 775	86,8	***	46 050	92,1	***	108 221	98,0	***	46 263	93,1	***	61 958	102,0	***
	Maladies respiratoires chroniques (avec ou sans mucoviscidose)	81 877	89,7	***	35 788	86,8	***	46 089	92,1	***	108 290	98,0	***	46 282	93,1	***	62 008	101,9	***

Annexes

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	5 200	85,0	***	1 509	74,1	***	3 691	90,4	***	6 507	79,8	***	2 311	70,4	***	4 196	86,1	***
	Polyarthrite rhumatoïde ou maladies apparentées	12 649	104,8	***	6 970	110,1	***	5 679	99,0	N-S	7 445	113,3	***	3 972	118,4	***	3 473	108,1	***
	Spondylarthrite ankylosante ou maladies apparentées	5 044	88,5	***	1 761	85,4	***	3 283	90,3	***	6 686	89,3	***	2 858	87,2	***	3 828	90,9	***
	Autres maladies inflammatoires chroniques	8 005	89,1	***	4 253	90,9	***	3 752	87,2	***	4 580	97,8	N-S	2 430	100,3	N-S	2 150	95,2	**
	Maladies inflammatoires chroniques	29 361	94,2	***	13 782	96,2	***	15 579	92,6	***	24 159	93,8	***	11 081	93,9	***	13 078	93,7	***
	Maladies métaboliques héréditaires ou amylose	2 693	101,8	N-S	1 317	104,0	N-S	1 376	99,8	N-S	4 629	111,2	***	2 367	117,8	***	2 262	105,0	**
	Mucoviscidose	121	84,5	*	25	69,8	*	96	89,3	N-S	167	79,4	***	51	83,5	N-S	116	77,7	***
	Hémophilie ou troubles de l'hémostase graves	1 058	72,2	***	428	66,9	***	630	76,3	***	1 450	80,6	***	597	75,6	***	853	84,5	***
	- dont hémophilie	61	136,2	**	24	134,7	N-S	37	137,1	*	345	94,1	N-S	121	93,0	N-S	224	94,7	N-S
	- dont troubles de l'hémostase graves	997	70,2	***	404	65,0	***	593	74,3	***	1 105	77,1	***	476	72,2	***	629	81,4	***
	Maladies rares	3 867	91,1	***	1 767	91,2	***	2 100	91,1	***	6 239	101,3	N-S	3 010	105,5	***	3 229	97,7	N-S
	Infection par le VIH	737	39,0	***	113	22,3	***	624	45,1	***	2 400	41,2	***	531	22,9	***	1 869	53,4	**
	Maladies inflammatoires ou rares ou infection VIH	33 772	91,2	***	15 581	93,6	***	18 191	89,3	***	32 548	87,1	***	14 499	86,2	***	18 049	87,8	***
Insuffisance rénale chronique terminale	Dialyse chronique:	871	84,0	***	418	70,8	***	453	101,4	N-S	1 919	80,7	***	927	72,2	***	992	90,6	***
	- dont dialyse courte	73	82,6	N-S	35	70,8	**	38	97,8	N-S	202	89,3	N-S	95	79,9	**	107	99,6	N-S
	- dont hémodialyse chronique	819	84,7	***	390	70,8	***	429	103,2	N-S	1 795	80,7	***	858	71,6	***	937	91,5	***
	- dont dialyse péritonéale chronique	52	74,4	**	28	71,8	*	24	77,8	N-S	124	80,4	**	69	82,2	N-S	55	78,2	*
	Transplantation rénale	32	79,7	N-S			non calculable	24	86,2	N-S	119	97,2	N-S	52	102,3	N-S	67	93,6	N-S
	Suivi de transplantation rénale	519	85,8	***	180	82,1	***	339	87,9	**	1 238	85,0	***	466	73,5	***	772	93,9	*
Insuffisance rénale chronique terminale	1 422	84,5	***	606	73,7	***	816	94,9	N-S	3 276	82,8	***	1 445	73,4	***	1 831	92,1	***	
Maladies du foie ou du pancréas	Hépatite C chronique ou guérie	593	57,6	***	214	40,3	***	379	76,0	***	963	55,8	***	208	26,9	***	755	79,3	***
	- dont hépatite C chronique	94	65,3	***	23	39,7	***	71	82,5	N-S	223	61,3	***	47	31,3	***	176	82,4	**
	Maladies du foie (hors mucoviscidose)	6 689	81,0	***	2 748	70,5	***	3 941	90,3	***	12 049	80,5	***	4 234	61,2	***	7 815	97,1	***
	Maladies du pancréas (hors mucoviscidose)	3 658	91,6	***	1 763	88,6	***	1 895	94,5	**	5 681	91,7	***	2 210	75,5	***	3 471	106,2	***
	Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose)	10 083	84,2	***	4 409	76,7	***	5 674	91,2	***	17 096	83,6	***	6 267	65,8	***	10 829	99,1	N-S
Maladies du foie ou du pancréas (avec ou sans mucoviscidose)	10 097	84,2	***	4 409	76,6	***	5 688	91,2	***	17 122	83,6	***	6 274	65,8	***	10 848	99,0	N-S	
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	12 111	117,4	***	4 822	87,8	***	7 289	151,0	***	14 424	125,3	***	5 118	92,0	***	9 306	156,4	***
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)-insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	1 195	96,1	N-S	724	94,1	N-S	471	99,3	N-S	1 092	92,6	**	570	88,0	***	522	98,2	N-S
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)-bilharziose compliquée			non calculable			non calculable			non calculable			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)	223	48,1	***	67	50,7	***	156	47,1	***	242	50,8	***	68	48,4	***	174	51,8	***
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)-néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	782	102,1	N-S	263	91,0	N-S	519	108,8	*	1 166	99,8	N-S	463	97,5	N-S	703	101,4	N-S
	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)	563	85,3	***	103	73,8	***	460	88,4	***	709	73,9	***	127	46,2	***	582	85,0	***
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)-scoliose structurelle évolutive	1 580	86,3	***	596	80,7	***	984	90,1	***	398	87,5	***	110	76,7	***	288	92,5	N-S
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)-o tuberculose active, lèpre	109	60,5	***	26	36,8	***	83	75,8	**	186	55,4	***	37	28,1	***	149	73,0	***
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)-ALD n°30 tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue	1 416	73,4	***	778	70,5	***	638	77,4	***	1 586	82,3	***	806	80,2	***	780	84,6	***
	ALD n°31 dites hors liste	16 964	74,1	***	7 915	64,2	***	9 049	85,8	***	12 335	73,1	***	4 652	59,7	***	7 683	84,5	***
	ALD n°32 correspondant aux polyopathologies	4 503	79,5	***	3 379	77,9	***	1 124	84,9	***	1 555	92,4	***	938	86,2	***	617	103,8	N-S
	Trisomie 21	336	72,8	***	56	56,7	***	280	77,2	***	409	55,2	***	77	34,2	***	332	64,5	***
	Affections de longue durée (dont 31 et 32) pour d'autres causes	37 588	85,0	***	17 573	72,1	***	20 015	100,8	N-S	32 756	91,8	***	12 496	74,3	***	20 260	107,5	***
	Covid-19	Hospitalisation pour Covid-19	3 017	102,5	N-S	2 203	105,6	**	814	94,8	N-S	2 998	100,7	N-S	1 775	98,7	N-S	1 223	103,8
Hospitalisation pour Covid-19, en soins intensifs		77	70,7	***	43	67,8	**	34	74,6	*	171	85,0	**	78	72,2	***	93	99,9	N-S

Annexes

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	422569	95,3	***	218 781	90,1	***	203 788	100,1	N-S	518 865	95,3	***	236 183	90,1	***	282 682	100,1	N-S	
Au moins une pathologie ou traitement*	610749	96,7	***	306 145	93,3	***	304 604	99,7	**	680 935	96,7	***	311 467	93,3	***	369 468	99,7	**	
Maternité	Maternité (avec ou sans pathologies)	25 441		2 965			22 476			0			0			0			
	Maternité (hors pathologies et traitements*)	22 149		2 627			19 522			0			0			0			
Au moins une pathologie, traitement* ou maternité	632 898	96,7	***	308 772	93,3	***	324 126	99,7	**	680 935	96,7	***	311 467	93,3	***	369 468	99,7	**	
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)	64 713	105,5	***	16 610	110,0	***	48 103	103,4	***	87 589	105,5	***	28 882	110,0	***	58 707	103,4	***
	Hospitalisations sans lien avec les pathologies repérées (pour les assurés avec ou sans pathologies, traitements* ou maternité)	222 895	98,2	***	99 983	95,6	***	122 912	100,3	N-S	264 078	98,2	***	114 878	95,6	***	149 200	100,3	N-S
Au moins une pathologie, traitement*, maternité ou hospitalisation	697 611	97,6	***	325 382	94,5	***	372 229	100,2	*	768 524	97,6	***	340 349	94,5	***	428 175	100,2	*	
Traitement antalgique ou anti-inflammatoire	Traitements antalgiques (hors pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	15 941	89,9	***	4 057	74,7	***	11 884	97,3	***	13 029	89,9	***	3 540	74,7	***	9 489	97,3	***
	Traitements antalgiques (avec ou sans pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	208 020	102,7	***	115 982	99,1	***	92 038	106,3	***	164 498	102,7	***	78 752	99,1	***	85 746	106,3	***
	Traitements AINS (hors pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	2 559	106,3	***	594	98,2	N-S	1 965	111,4	***	2 071	106,3	***	738	98,2	N-S	1 333	111,4	***
	Traitements AINS (avec ou sans pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	16 688	103,2	***	6 126	97,5	*	10 562	107,7	***	13 319	103,2	***	5 566	97,5	*	7 753	107,7	***
	Traitements antalgiques ou anti-inflammatoires (hors pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	17 517	91,4	***	4 486	79,0	***	13 031	97,6	**	14 370	91,4	***	4 132	79,0	***	10 238	97,6	**
	Traitements antalgiques ou anti-inflammatoires (avec ou sans pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	219 807	102,6	***	121 298	99,5	N-S	98 509	105,6	***	177 804	102,6	***	85 291	99,5	N-S	92 513	105,6	***
Traitement corticoïde	Traitements corticoïdes (hors pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	604	106,2	N-S	235	126,6	***	369	92,6	N-S	660	106,2	N-S	314	126,6	***	346	92,6	N-S
	Traitements corticoïdes (avec ou sans pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations)	14 419	100,3	N-S	8 221	104,8	***	6 198	95,8	***	14 735	100,3	N-S	7 687	104,8	***	7 048	95,8	***
Pas de pathologies, traitements*, maternité, hospitalisations ou traitement antalgique ou anti-inflammatoire	544 514	102,8	***	131 138	109,9	***	413 376	99,9	N-S	745 423	102,8	***	232 922	109,9	***	512 501	99,9	N-S	
Pas de pathologies, traitements*, maternité ou hospitalisations	562 031	102,6	***	135 624	109,1	***	426 407	99,8	*	759 793	102,6	***	237 054	109,1	***	522 739	99,8	*	
Total consommateurs régime agricole	1 259 642	100,0	***	461 006	100,0	***	798 636	100,0	***	1 528 317	100,0	***	577 403	100,0	***	950 914	100,0	***	

*Traitements chroniques vasculaires et psychotropes

Annexes

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	52 174	97,9	***	22 719	101,6	**	29 455	95,1	***	54 367	106,5	***	25 864	108,2	***	28 503	105,0	***
Paraplégie	Paraplégie	1 364	81,0	***	550	80,0	***	814	81,7	***	2 764	87,5	***	1 066	78,8	***	1 698	94,1	**
	Hospitalisation : Endocardite	134	106,5	N-S	97	120,1	*	37	82,2	N-S	331	98,5	N-S	185	101,0	N-S	146	95,6	N-S
Hospitalisation : Varices des membres inférieurs	Hospitalisation : Varices des membres inférieurs	3 332	113,7	***	1 507	135,8	***	1 825	100,3	N-S	2 809	105,1	***	1 334	113,0	***	1 475	98,9	N-S
	Hospitalisation : Appendicite	959	101,6	N-S	270	102,9	N-S	689	101,0	N-S	1 694	107,9	***	589	119,9	***	1 105	102,5	N-S
Hospitalisation : Maladies de la vésicule biliaire et des voies biliaires	Hospitalisation : Maladies de la vésicule biliaire et des voies biliaires	4 141	95,9	***	1 831	93,1	***	2 310	98,1	N-S	3 847	93,0	***	1 878	90,8	***	1 969	95,2	**
	Hospitalisation : Diverticulose de l'intestin	3 021	90,5	***	1 338	85,2	***	1 683	95,2	**	3 719	91,5	***	1 816	94,0	***	1 903	89,3	***
Hospitalisation : Endoscopie digestive	Hospitalisation : Endoscopie digestive	28 084	84,7	***	9 249	75,8	***	18 835	89,9	***	38 426	86,3	***	16 462	82,9	***	21 964	89,0	***
	Hospitalisation : Hernies	3 390	94,9	***	1 623	101,1	N-S	1 767	89,8	***	11 334	99,5	N-S	5 292	99,7	N-S	6 042	99,4	N-S
Hospitalisation : Hémorroïdes	Hospitalisation : Hémorroïdes	1 103	90,5	***	315	77,4	***	788	97,1	N-S	1 717	81,0	***	653	75,2	***	1 064	85,1	***
	Hospitalisation : Ulcère gastroduodénal	1 434	88,4	***	888	89,5	***	546	86,6	***	2 138	86,9	***	1 015	78,7	***	1 123	95,9	N-S
Hospitalisation : Cataracte sénile	Hospitalisation : Cataracte sénile	20 126	97,1	***	11 374	96,1	***	8 752	98,3	N-S	19 533	93,2	***	10 122	89,3	***	9 411	97,9	**
	Hospitalisation : Glaucome	353	85,7	***	185	80,9	***	168	91,7	N-S	522	91,7	**	277	95,1	N-S	245	88,2	**
Hospitalisation : Pathologies ou traitements dentaires	Hospitalisation : Pathologies ou traitements dentaires	5 890	108,4	***	1 313	102,6	N-S	4 577	110,2	***	6 209	108,0	***	1 380	96,5	N-S	4 829	111,8	***
	Hospitalisation : Maladies infectieuses ORL	3 106	98,5	N-S	737	94,5	N-S	2 369	99,9	N-S	4 292	102,2	N-S	1 121	99,6	N-S	3 171	103,2	*
Hospitalisation : Arthroscopies, biopsies ostéo-articulaires	Hospitalisation : Arthroscopies, biopsies ostéo-articulaires	3 604	119,0	***	1 072	121,8	***	2 532	117,8	***	7 107	110,8	***	2 552	109,5	***	4 555	111,5	***
	Hospitalisation : Coxarthrose	3 855	103,3	**	2 281	108,9	***	1 574	96,1	N-S	4 984	134,5	***	2 930	155,7	***	2 054	112,6	***
Hospitalisation : Fracture du membre inférieur	Hospitalisation : Fracture du membre inférieur	9 160	103,8	***	6 431	105,1	***	2 729	101,1	N-S	4 929	110,0	***	2 436	104,8	**	2 493	115,6	***
	Hospitalisation : Fracture du membre supérieur	4 387	97,0	**	2 288	93,6	***	2 099	101,0	N-S	4 198	114,7	***	1 409	109,8	***	2 789	117,3	***
Hospitalisation : Gonarthrose	Hospitalisation : Gonarthrose	4 440	111,7	***	2 499	118,8	***	1 941	103,6	N-S	4 993	126,4	***	2 866	143,4	***	2 127	109,0	***
	Hospitalisation : Polytraumatisme	245	116,8	**	141	108,8	N-S	104	129,6	***	565	146,9	***	263	169,3	***	302	131,8	***
Hospitalisation : Syndrome du canal carpien	Hospitalisation : Syndrome du canal carpien	4 950	119,6	***	2 277	126,4	***	2 673	114,4	***	5 383	125,4	***	2 635	131,4	***	2 748	120,1	***
	Hospitalisation : Bronchiolite	306	82,8	***	61	56,9	***	245	93,3	N-S	440	87,2	***	91	68,7	***	349	93,8	N-S
Hospitalisation : Grippe	Hospitalisation : Grippe	1 120	100,1	N-S	669	99,5	N-S	451	100,8	N-S	1 202	99,1	N-S	639	101,3	N-S	563	96,6	N-S
	Hospitalisation : Pneumopathie (hors grippe)	6 363	99,8	N-S	4 356	103,4	**	2 007	92,8	***	7 550	102,5	**	4 176	100,7	N-S	3 374	104,8	***
Hospitalisation : Compression des racines et des plexus nerveux	Hospitalisation : Compression des racines et des plexus nerveux	334	89,1	**	140	82,4	**	194	94,6	N-S	464	102,6	N-S	190	92,8	N-S	274	110,8	*
	Hospitalisation : Discopathie	1 049	105,2	N-S	310	93,3	N-S	739	111,1	***	1 656	111,4	***	637	105,6	N-S	1 019	115,3	***
Hospitalisation : Fracture du rachis	Hospitalisation : Fracture du rachis	2 452	97,7	N-S	1 662	95,4	*	790	103,0	N-S	1 951	124,5	***	1 027	123,0	***	924	126,3	***
	Hospitalisation : Migraine	1 218	94,5	**	356	93,0	N-S	862	95,2	N-S	876	106,8	*	293	99,6	N-S	583	110,9	**
Hospitalisation : Traumatisme crânien	Hospitalisation : Traumatisme crânien	2 756	98,1	N-S	1 777	94,0	***	979	106,5	**	3 346	106,1	***	1 628	99,4	N-S	1 718	113,3	***
	Hospitalisation : Biopsie prostatique	0			0			0			2 220	93,6	***	1 149	97,9	N-S	1 071	89,3	***
Hospitalisation : Circoncision	Hospitalisation : Circoncision	0			0			0			2 166	72,3	***	598	68,0	***	1 568	74,1	***
	Hospitalisation : Hypertrophie bénigne de la prostate	0			0			0			5 542	95,0	***	2 978	97,5	N-S	2 564	92,2	***
Hospitalisation : Infection urologique	Hospitalisation : Infection urologique	4 916	97,7	*	3 131	98,9	N-S	1 785	95,6	*	4 967	92,3	***	2 708	90,0	***	2 259	95,1	**
	Hospitalisation : Lithiase urinaire	1 724	97,6	N-S	596	89,6	***	1 128	102,5	N-S	4 356	94,7	***	1 947	97,1	N-S	2 409	92,9	***

Annexe 3 : Facteurs de risque du suicide, méthode des modèles 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 psychotrope,
- Avoir fait un geste auto-infligé au cours des 5 dernières années,
- Densité de psychiatres et de psychologues sur le lieu de résidence,
- Uniquement pour les 15-64 ans, le nombre d'indemnités journalières, sur les 6 derniers mois avant la date du 1^{er} janvier 2023, en lien avec une maladie, un accident du travail ou une maladie professionnelle.
- Et uniquement pour les 65 ans et plus, résider en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou en unités de soins de longue durée (USLD).

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 2023.

Pour les modèles de Cox relatifs aux maladies psychiatriques ou traitements psychotropes, l'estimation des modèles a été réalisée sur la base des suicides au régime agricole sur la période 2018-2023.

Les variables explicatives d'intérêt intégrées sont les suivantes :

- Age,
- Sexe,
- Avoir un trouble addictif lié à l'alcool,
- Avoir un trouble addictif lié au tabac,
- Avoir un trouble addictif lié au cannabis,
- Avoir un trouble addictif lié à d'autres substances psychoactives,
- Être atteint de troubles psychotiques,
- Être atteint de troubles névrotiques et de l'humeur,
- Être atteint de déficience mentale,
- Être atteint d'autres troubles psychiatriques,
- Être atteint de troubles psychiatriques débutant dans l'enfance.

Annexe 4 : Méthodologie de l'étude sur le recours aux actes gynécologiques au régime agricole en 2024**Population étudiée**

L'étude décrit le recours aux soins gynécologiques des femmes affiliées au régime agricole en comparaison au tous régimes en France métropolitaine.

La population de référence est définie comme les femmes ayant eu au moins un soin remboursé au cours de l'année étudiée, appelées « patientes ». Cette définition correspond à la population de la cartographie des pathologies version G13 constituée par la CNAM.

Le champ d'analyse est limité aux femmes âgées de 15 ans et plus.

Sources de données

DCIR : recouvre les soins de ville (consultations et actes ambulatoires), incluant médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes.

PMSI : recouvre les actes et consultations externes en milieu hospitalier (ACE publics).

L'étude se concentre sur deux types d'actes :

1. Contraception et dispositifs intra-utérins⁸⁰
2. Frottis cervico-utérin⁸¹

Limites

La population de référence pour calculer le taux de recours inclut uniquement les patientes. Les femmes n'ayant pas consommés de soins dans l'année sont exclues.

La spécialité du professionnel exécutant dans le PMSI n'est pas disponible.

L'étude couvre le champ des actes cités en annexe et exclut les consultations sans acte.

Le recours aux actes gynécologiques étudiés présente un profil fortement lié à l'âge. Les actes (contraception et dispositifs intra utérins ; frottis cervico-utérin) analysés dans cette requête concernent majoritairement des femmes considérées comme étant en âge de procréer, généralement situées entre 15 et 49 ans. Concernant la contraception, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) s'adressent aux adolescentes, aux femmes en âge de procréer et jusqu'à la périménopause, avec un choix contraceptif adapté à l'âge, aux besoins et aux antécédents médicaux.

⁸⁰ JKLD001, JKGD004, JKGD001, JKGA001, JKGC001, JKGE001, JKKD001.

⁸¹ KQX347, JKQX261, JKQX027, JKQX147, JKQX015, JKQX426 et JKHD001.

Annexe 5 : Les actions du plan national GDR maladie 2025

Le plan national GDR maladie MSA 2025 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 (2 actions)
- Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports (4 actions)
- Contrôle et lutte contre la fraude (11 actions)

Deux actions ont été annulées pour l'année 2025 :

- Sensibiliser les assurés aux règles de prise en charge des bandelettes d'autosurveillance glycémique (action inter-régime)
- Contrôler les tarifs dégressifs de location de produits et prestations de la LPP

Les actions du plan GDR maladie 2025 de la MSA ont permis aux caisses de MSA de détecter plus de 7,4 millions d'euros d'anomalies (contre 8,8 millions d'euros en 2024), dont 52 % sont notifiés (**Tableau 60**).

Par ailleurs, le contrôle a priori des Demandes d'accord préalable (DAP) a permis d'éviter plus de 7,9 millions d'euros de dépenses injustifiées.

Tableau 60 :

Montant des anomalies détectées et notifiées, et dépenses évitées, dans le cadre du PNGDR maladie MSA 2025

	Montants des anomalies détectées	Montants notifiés	Dépenses évitées
Action dentaire : Contrôle du respect de la cotation HBFD010	126 040 €	<i>action de rappel à la réglementation</i>	
Action dentaire : acte HBLD418	50 101 €	45 974 €	
Action dentaire : bilan parodontal et actes DSR pour les assurés diabétiques	59 852 €	51 001 €	
Actes infirmiers	1 931 765 €	1 599 277 €	
Actes kinésithérapeutes	158 360 €	110 475 €	
Biologie	40 987 €	<i>action de rappel à la réglementation</i>	
Contrôle des audioprothésistes		225 604 €	
EHPAD (MSA Pivots)*	1 456 525 €	737 393 €	
EHPAD (CPAM Pivots)	1 593 277 €	511 098 €	
SSIAD (MSA Pivots)	543 579 €	224 312 €	
SSIAD (CPAM Pivots)	144 354 €	18 969 €	
HAD	1 153 966 €	401 838 €	
Transports**	227 503 €	<i>non disponible</i>	
DAP Grand Appareillage Orthopédique			3 962 899 €
Autres DAP***			4 032 957 €
TOTAL	7 486 309 €	3 925 941 €	7 995 856 €

Source : DSSD-CCMSA

* Quel que soit le régime des assurés (MSA+ tous régimes)

** Montant des anomalies détectées uniquement dans le cadre de la mise en œuvre du plan de GDR 2025

*** Comprend les autres DAP de catégorie 1 ainsi que les DAP de catégorie 2

5.1. Prévention

La thématique sur la prévention est développée dans la partie 3.1.1.

5.2. Structuration de l'offre de soins

5.2.1. Accompagnement 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.

5.2.2. Action parcours sur les pathologies chroniques

Le bilan du déploiement du parcours insuffisance cardiaque est développé dans la partie 3.4.

5.3. Pertinence et efficacité des produits de santé

5.3.1. 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. Prévues 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 cette annexe.

DAP Grand Appareillage Orthopédique

Le grand appareillage orthopédique (GAO) est composé des : 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).

Cet ensemble représente une part croissante des remboursements de la LPP, dépassant 8 % depuis 2018 (**Tableau 61**).

Après une diminution de 2,1 % entre 2021 et 2022, les remboursements évoluent à la hausse à partir de 2023, avec une progression plus marquée entre 2024 et 2025 : +5,1 % pour atteindre 45,44 millions d'euros pris en charge au titre du grand appareillage en 2025 (contre 43,25 millions d'euros en 2024).

Cette hausse est principalement portée par les véhicules pour handicapés (+ 8,4 %) ⁸², mais concerne également les autres catégories de produits.

**Tableau 61 :
Montants remboursés en millions d'euros et évolution du GAO et de la LPP au régime agricole de 2017 à 2025**

Montants en millions d'euros	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Véhicules pour handicapés	18,76	19,35	20,84	19,68	20,81	20,47	20,20	19,72	21,37
Prothèses oculaires et faciales	0,75	0,82	0,78	0,72	0,69	0,74	0,76	0,75	0,86
Chaussures orthopédiques	5,58	5,29	5,38	4,81	5,32	5,20	5,24	5,41	5,53
Orthoprothèses	14,31	14,65	14,87	13,81	15,71	15,22	16,18	17,36	17,68
Total GAO	39,40	40,11	41,86	39,03	42,53	41,62	42,38	43,25	45,44
Total LPP	498,69	490,01	498,53	485,54	523,01	519,37	524,00	534,30	551,10
Part GAO / LPP	7,9%	8,2%	8,4%	8,0%	8,1%	8,0%	8,1%	8,2%	8,1%
Evolution GAO	3,0%	1,8%	4,4%	-6,8%	9,0%	-2,1%	1,8%	2,1%	5,1%
Evolution LPP	0,9%	-1,7%	1,7%	-2,6%	7,7%	-0,7%	0,9%	2,0%	3,1%

Source : MSA

Les demandes préalables de prise en charge de grand appareillage orthopédique et de fauteuils roulants, 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 2025, 18 690 demandes ont été étudiées (**Tableau 62**). Environ une demande sur 10 a fait l'objet d'un refus et l'ensemble de ces refus a généré une économie nette de 3 962 899 €.

DAP Assistance respiratoire

En 2025, les services du contrôle médical de la MSA ont traité 34 807 DAP relatifs aux prestations de pression positive continue (PPC - Forfait 9), de ventilation assistée inférieure à 12 heures (forfait 6), ainsi qu'à certaines prestations d'oxygénothérapie, soit une augmentation de 56 % au niveau de cette catégorie de demandes.

92 % des avis donnés étaient des accords de prise en charge. Les refus médicaux et administratifs, ainsi que les refus partiels ont permis d'économiser 1 174 924 € sur ce poste, soit 15 % du total des économies réalisées dans le cadre du contrôle des DAP de catégorie 1.

DAP Médicaments

Le périmètre du contrôle DAP médicaments 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 2025, les services du contrôle médical de la MSA ont traité 3 051 DAP de médicaments, contre 1 786 en 2024, soit une augmentation de 71 % au niveau de cette catégorie de demandes. 97 % des avis donnés étaient des accords de prise en charge (**Tableau 62**).

⁸² cf. partie 3.6.6.

Tableau 62 :
Nombre de demandes d'accord préalable à fort enjeu et nature des avis rendus en 2025

	Accords		Refus Médical		Refus administratif		Refus Partiel		Total Refus	
DAP cat.1 relatifs aux produits de santé										
Assistance respiratoire	31 997	92 %	166	0,5 %	2 214	6 %	430	1 %	2 810	8 %
Grand Appareillage	16 439	88 %	81	0,4 %	1 550	8 %	620	3 %	2 251	12 %
Médicaments	2 962	97 %	29	1,0 %	58	2 %	2	0 %	89	3 %
DAP cat.1 relatifs aux actes médicaux										
Soins (CCAM)	6 627	94 %	81	1,1 %	318	5 %	33	0 %	432	6 %
Dentaire (ODF)	35 733	94 %	103	0,3 %	2 110	6 %		0 %	2 213	6 %
	93 758	92 %	460	1 %	6 250	6 %	1 085	1 %	7 795	8 %

Source : DCMGOS-CCMSA

Le contrôle des DAP de catégorie 1, à fort enjeu, a conduit les services du contrôle médical à examiner 101 553 demandes en 2025, soit 17 % de plus qu'en 2024. La prestation a été accordée dans 92 % des cas et a fait l'objet d'un refus dans 8 % des cas (**Tableau 62**).

5.3.2. Sensibilisation aux associations médicamenteuses contre-indiquées (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 donnent lieu à l'envoi d'un courrier au médecin prescripteur et au pharmacien ayant délivré les médicaments.

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 2025, 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 près de 4 600 AMCI ont été détectées, soit un taux brut d'AMCI de 20 pour 100 000 ordonnances. Plus de 1 000 courriers ont ainsi été envoyés aux médecins prescripteurs, leur signalant les nouvelles AMCI détectées, ce qui représente un taux de nouvelles AMCI de 4,5 pour 100 000 ordonnances.

5.3.3. Sensibilisation des professionnels de santé aux prescriptions de médicaments inappropriés chez les personnes âgées

Cette action vise à réduire la prescription de benzodiazépines à demi-vie longue, considérées comme inappropriées chez les personnes âgées de plus de 75 ans, en sensibilisant les médecins prescripteurs et les pharmaciens dispensateurs.

Il s'agit de la première année de déploiement de cette action. L'action a été conduite sur les trois derniers mois de l'année 2025.

L'action repose sur une procédure de ciblage mensuelle visant à identifier les situations de prescriptions à risque. Les critères de sélection des situations analysées sont les suivants :

- assurés âgés de plus de 75 ans ;
- ordonnances comportant au moins 10 médicaments (polymédication) ;
- présence d'au moins une benzodiazépine à demi-vie longue.

Chaque situation est analysée par le médecin conseil ou l'ISCM. Lorsqu'une prescription est jugée inappropriée, un courrier de sensibilisation est adressé au médecin prescripteur et au pharmacien dispensateur. Ces courriers sont accompagnés d'une plaquette pédagogique.

Chaque mois, un envoi ciblé est réalisé auprès des professionnels les plus prescripteurs :

- 10 courriers nominatifs sont adressés aux médecins identifiés comme les plus forts prescripteurs de benzodiazépines à demi-vie longue chez les patients concernés (top 10 mensuel) ;
- le classement est renouvelé mensuellement ;
- un même professionnel ne peut être recontacté avant un délai d'un an.

Au total, la requête a permis de cibler : 109 584 assurés, 45 019 médecins, 26 409 pharmaciens. Sur la période, 2 086 courriers de sensibilisation ont été envoyés : 1 102 courriers aux médecins et 984 courriers aux pharmaciens.

5.3.4. Détection et accompagnement des assurés « méga-consommateurs » de traitements substitutifs aux opiacés (TSO) et information des médecins prescripteurs

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, 87 assurés ont été identifiés, tous signalés à la cellule LCF conformément à la procédure prévue pour ce seuil.

Concernant le niveau 2 de consommation, 276 assurés ont été identifiés et ont fait l'objet d'une analyse approfondie.

Au total, 492 contacts ont été établis avec des professionnels de santé, dont 278 avec des médecins et 214 avec des pharmaciens.

L'action a permis d'engager 87 nouveaux protocoles de soins L324-1 et 16 procédures L315-2.

5.3.5. 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.

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.

En 2025, 73 % des assurés agricoles sous fentanyl transmuqueux ne remplissent pas les critères de l'AMM, et 26 % des prescripteurs ne suivaient pas les indications de l'AMM.

167 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 que 13 % de professionnels ont 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 indications de l'AMM.

5.4. Pertinence et qualité des actes

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.

5.4.1. Gestion des DAP de catégorie 1 relatives à des actes médicaux : Orthopédie dentofaciale et Actes CCAM

Orthopédie dentofaciale

Le domaine dentaire dénombre le plus grand nombre de DAP (soit 37 946) car 37 % des DAP de catégorie 1 concernent l'orthodontie (**Tableau 62**). Ces demandes sont refusées dans 6 % des cas, presque exclusivement pour des motifs administratifs.

Les économies réalisées grâce à ces refus sur les dépenses de l'année 2025 sont de 1 818 743 €, soit 23 % du total des économies réalisées dans le cadre du contrôle des DAP 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 6 % en 2025 (**Tableau 62**).

Les économies réalisées grâce à ce contrôle s'élèvent à 862 728 €, soit 11 % du total des économies réalisées dans le cadre du contrôle des DAP de catégorie 1.

5.4.2. Gestion des demandes d'accord préalable 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 2025, les refus médicaux, administratifs et les refus partiels ont permis d'économiser 176 561 € sur les dépenses des prestations de catégorie 2, soit 2 % du total des économies réalisées dans le cadre du contrôle des DAP de catégories 1 et 2.

Au total, le contrôle des DAP de catégorie 1, aura permis d'économiser 7 819 295 € en 2025 ; économie à laquelle peuvent être ajoutées les économies réalisées grâce au contrôle des DAP de catégorie 2 (176 561 €), soit une économie réalisée globale de 7 995 856 €.

Méthode de calcul des dépenses évitées concernant les DAP :

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.

La comparaison entre 2024 et 2025 est biaisée par le changement de comptabilisation des montants évités. Ces derniers sont supérieurs en 2025 car il n'est dorénavant plus pris en compte l'estimation des ressaisies, qui venaient en déduction des montants évités en 2024 et antérieurement.

5.4.3. Action d'accompagnement de la facturation de l'acte dentaire Hbfd010 « Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage »

L'action relative à la vérification du respect des conditions de facturation et de recommandation des bonnes pratiques de l'acte CCAM Hbfd010 « Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage » est une nouvelle action dentaire inscrite au plan de GDR 2025.

La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) pour les actes dentaires est entrée en vigueur le 1er juin 2014. Depuis cette date, de nouveaux actes dentaires ont été introduits à la CCAM dont l'acte codifié Hbfd010. Le nombre d'actes Hbfd010 a plus que doublé entre avril 2019 (date de prise en charge de l'acte à la CCAM) et 2023.

Au vu de la récente prise en charge et de l'augmentation en volume pour cet acte, le contrôle dentaire a estimé pertinent de vérifier le respect des critères de facturation et de bonnes pratiques cliniques de réalisation de l'acte codé Hbfd010.

Le double objectif de cette action est d'une part, de vérifier le respect des critères de facturation et de bonnes pratiques cliniques de réalisation de l'acte codé Hbfd010 et d'autre part, d'informer les professionnels de santé des anomalies détectées et procéder à un rappel de la réglementation de façon à obtenir une modification de leurs pratiques. Pour l'année 2025, il s'agit d'une action d'accompagnement.

Les services du contrôle dentaire des caisses de MSA recherchent les codes actes Hbfd010 facturés du 01/01/2023 au 31/12/2023 et les radiographies associées à cet acte (radiographies rétroalvéolaires, panoramiques dentaires, CBCT ...) facturées entre le 01/01/2022 et le 31/12/2024, ainsi que les actes consécutifs.

Dans le cadre de cette action, plus de 1 000 chirurgiens-dentistes ont été étudiés pour un total de 5 000 codes actes.

Près de 70 % des praticiens étudiés présentaient au moins une anomalie. 9 % des praticiens étudiés ont été destinataires d'un courrier d'indus pour non-réponse (soit 105 courriers).

Cette action a permis de détecter 126 000 € d'indus potentiels.

5.5. Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports

5.5.1. 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 l'année 2025, plus de 1 600 assurés ont été ciblés, ce qui représentent plus de 6 500 arrêts maladie (initiaux et prolongations). Après analyse de ces assurés ciblés, près de 1 200 décisions (sur pièces, après échanges avec le médecin prescripteur et/ou convocations) ont été prises par le médecin-conseil ou par l'ISCM et 20% des assurés ciblés ont été mis sous surveillance.

5.5.2. Déploiement d'un parcours amélioré afin de prévenir la désinsertion professionnelle et de maintenir en emploi les assurés MSA

Le bilan de cette action est présenté dans la partie 3.5.2.3.

5.5.3. Action indemnités journalières grands comptes

Le bilan de cette action est présenté dans la partie 3.5.2.3.

5.5.4. 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 2025, 55 taxis ont ainsi été contrôlés. Parmi eux, 16 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 227 502 €, réparti entre 15 caisses de MSA.

Pour 6 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 5 caisses s'élève à 235 556 € (pour certaines caisses, le montant de ces anomalies est calculé sur la base de 3 années d'activité).

5.6. Contrôle et lutte contre la fraude

5.6.1. Actions de contrôle des offreurs de soins

5.6.1.1. Contrôle de la facturation de l'acte dentaire HBLD418

Cette action dentaire inscrite au plan national GDR pour la seconde année consécutive 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 2024 au 31 décembre 2024, 1 500 praticiens ayant réalisé cet acte ont été étudiés (- 6% par rapport à 2024). Suite à l'analyse des services du contrôle dentaire des caisses de MSA, 20 % de ces praticiens se sont avérés être en anomalie (vs 18% en 2024). Cette action a permis de détecter 50 100 € d'anomalies sur la part obligatoire (soit -7% par rapport à 2024).

5.6.1.2. Contrôle de la facturation de l'acte dentaire « bilan paro-DSR »

Cf partie 3.6.2.2.

5.6.1.3. Contrôle administratif des facturations d'actes infirmiers

Cette action est mise en œuvre pour la 3^{ème} année consécutive. Elle 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.
- Pas de cumul possible du BSI avec AMI 1.2⁸³.

L'acte « Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile des patients présentant des troubles psychiatriques ou cognitifs (maladies neurodégénératives ou apparentées) avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage » est coté en AMI 1,2. Il n'est pas nécessaire que la notion de troubles psychiatriques ou troubles cognitifs soit précisée sur la prescription.

Le contrôle des caisses de MSA a porté sur les remboursements de soins de l'année 2024. Au moins une anomalie de facturation a été constatée pour plus de 10 100 infirmiers, ce qui représente plus de 1,9 million d'euros d'anomalies.

Près de la moitié des infirmiers ont été destinataires d'une notification d'indus et 3 % 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, 9 % des dossiers ont été transmis à la LCF.

⁸³ Le non-cumul du BSI avec le AMI1.2 est une nouveauté dans la méthodologie. Les AIS 4 « Séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention, par séance d'une demi-heure », sont remplacés par la facturation d'un forfait BSI hebdomadaire.

5.6.1.4. Contrôle de facturations des actes de masso-kinésithérapie 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 troisième 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} janvier au 31 décembre 2024. Sur cette période, près de 1 200 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 158 000 € d'anomalies. A date du 31 janvier 2026, 70 % 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, 59 dossiers ont été transmis à la LCF et 23 courriers de mise en garde ont été envoyés.

5.6.1.5. Contrôle a posteriori des facturations d'audioprothèses

Dans la continuité de l'action de contrôle *a priori* des facturations menée en 2024, cette action porte sur le contrôle administratif *a posteriori* des facturations d'audioprothèses, à la recherche d'anomalies de facturation.

Cette action s'inscrit dans les actions de prévention de lutte contre la fraude, les fautes et les abus et porte sur la période de contrôle allant du 01/06/2021 au 31/12/2024.

Deux axes font l'objet d'un contrôle de facturations *a posteriori* :

- Contrôle de la fréquence de renouvellement des audioprothèses,
- Contrôle de la facturation en lien avec la condition d'âge.

Contrôle de la fréquence de renouvellement des audioprothèses

La prise en charge d'une aide auditive chez un patient ayant déjà bénéficié d'une prise en charge pour une ou deux aides auditives est assurée sur prescription médicale pour l'adulte et l'enfant de plus de 6 ans, et par un ORL pour l'enfant de moins de 6 ans. Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans (glissante et pour chaque oreille indépendamment) suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Un renouvellement anticipé de la prise en charge d'aides auditives peut néanmoins être autorisé après avis du médecin-conseil au titre du R.165-24 CSS dans les conditions suivantes :

- l'aide auditive est hors d'usage et n'est pas réparable,
- l'aide auditive ne peut plus répondre au besoin de correction auditive,
- la garantie de l'aide auditive ne peut pas être mise en œuvre.

Si ces conditions sont remplies et si l'assuré détient une prescription médicale justifiant le besoin de renouvellement anticipé, l'audioprothésiste adresse une demande par simple courrier à la caisse d'affiliation de l'assuré, à charge pour celle-ci de la soumettre à l'avis du service médical placé près d'elle.

L'entreprise en audioprothèse ne peut facturer l'aide auditive à la caisse d'affiliation de l'assuré et à son organisme complémentaire qu'après avoir reçu l'accord de l'organisme. Toutefois, un silence de deux mois vaut acceptation. L'avis du médecin-conseil n'est requis que si la demande de renouvellement intervient de façon anticipée, avant l'expiration de la durée de 4 ans.

Pour cet axe de contrôle, la requête a ciblé 150 sociétés. Les montants d'indus notifiés s'élèvent à 23 240 €, soit 9 % de la fraude des professionnels de santé.

Contrôle de la facturation en lien avec la condition d'âge

Une aide auditive peut faire l'objet d'une prise en charge lorsqu'elle répond aux spécificités techniques et aux conditions décrites dans la liste des produits et prestations (LPP) remboursables.

- ✓ Chez l'adulte, la prise en charge d'une aide auditive de conduction aérienne est assurée exclusivement lorsque les conditions suivantes sont réunies :
 - une alternative médicale ou chirurgicale de correction de la surdité est impossible, inefficace ou non souhaitée par le patient ;
 - l'état clinique du patient ne contre-indique pas une adaptation audio-prothétique.
- ✓ Chez l'enfant, la prise en charge d'une aide auditive doit être complétée par celle d'un bilan orthophonique. Ce dernier peut être réalisé avant, pendant ou après l'appareillage et peut être suivi, si nécessaire, d'une prise en charge orthophonique :
 - chez l'enfant de plus d'un an et de moins de 6 ans ;
 - chez l'enfant de plus de 6 ans ayant un retard de langage, un trouble de l'articulation ou de prononciation et/ou des difficultés scolaires.

Selon les termes de la LPP, la condition d'âge est déterminée par le 20ème anniversaire.

Au total, 647 sociétés ont été ciblées par la requête, les montants des indus notifiés s'élèvent à 202 364 €, soit 3 % de la fraude des professionnels de santé.

5.6.1.6. Contrôle des facturations des laboratoires de biologie médicale

La Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) établit un cadre réglementaire de facturation des actes de biologie et décrit leurs cotations.

Cette action consiste à contrôler *a posteriori* les facturations du code acte 9005 (forfait pré-analytique) et d'envoyer un courrier de rappel des bonnes pratiques aux laboratoires pour lesquels une anomalie de facturation aura été détectée. Aucune notification d'indus n'est prévue pour l'action 2025.

L'objectif de l'action est de vérifier le bon respect des règles de cotation et de facturation du code acte 9005, par les laboratoires de biologie médicale et sensibiliser ces derniers aux bonnes pratiques de facturation.

Le forfait 9005 correspond à la prise en charge des échantillons avant analyse en laboratoire. Il ne peut être facturé qu'un forfait 9005 par patient et par jour, quel que soit le nombre de prescripteurs, de prescriptions, d'échantillons biologiques et de laboratoires exécutants.

Le contrôle a été réalisé sur les remboursements de soins des assurés du régime agricole, émis par les laboratoires sur la période du 01/01/2023 au 30/06/2025.

Au total, 687 laboratoires ont été ciblés par la requête⁸⁴ ce qui correspond à 17 % des sites implantés en France métropolitaine, pour 4 500 assurés agricoles.

Le montant des anomalies détectées s'élève à 41 000 euros et 79% des laboratoires ont été destinataires d'un courrier de rappel de la réglementation.

⁸⁴ La requête permet de faire ressortir les assurés pour lesquels a été facturé plus d'un forfait 9005 dans la même journée.

5.6.2. Actions de contrôle des établissements de santé et sociaux et médico-sociaux

5.6.2.1. 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 2025, 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 63**). A fin janvier 2026, le montant des notifications d'indus aux établissements s'élève à plus de 730 000 €.

Tableau 63 :

Montant des indus constatés et notifiés (en euros) par les caisses de MSA pivots d'EHPAD pour la campagne 2025

	Montant des anomalies constatées	Montant des anomalies notifiées
Assurés MSA	661 847 €	329 710 €
Assurés des autres régimes	794 678 €	407 683 €
Total	1 456 525 €	737 393 €

Source : MSA

Le montant des anomalies détectées pour les assurés MSA dans des établissements dont les CPAM sont pivots s'élève à près de 1,6 million d'euros.

5.6.2.2. Programme inter-régime de contrôle de Tarification à l'Activité (T2A) portant sur la facturation de séjours Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO)

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.

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 a repris 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 la sécurité sociale.

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 sur les activités de MCO 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 contrôlés pour la 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.

En janvier 2026, peu de caisses étaient en mesure de fournir le montant issu de la campagne de contrôle 2024 de l'activité 2023. Les notifications d'indus étant toujours en cours d'envoi. Trois caisses avaient notifié les indus envers des établissements publics, pour lesquels elles sont pivots, pour un montant de 92 077 €. A la même période, quatre caisses du réseau avaient notifié des indus (concernant les assurés MSA) envers des établissements privés pour un montant global de 33 848 €.

En 2025 poursuite du programme inter-régime de contrôle T2A avec démarrage de la campagne T2A 2025 sur les séjours 2024. Ce contrôle porte sur les activités de MCO des séjours en hospitalisation complète mais également sur les séjours sans nuitée de chirurgie et d'interventionnel.

Les priorités nationales de contrôle retenues pour la campagne 2025 sont identiques à celle de 2024.

Au niveau national, la volumétrie est en augmentation avec 45 000 séjours à contrôler pour la campagne 2025.

Comme en 2024 les établissements ayant bénéficié en 2024 du dispositif de sécurisation modulée à l'activité ne feront pas l'objet de contrôle pour la campagne 2025. Pour la campagne 2026, ces établissements ne seront plus exclus du contrôle T2A.

5.6.2.3. 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 2024.

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 2025, les caisses de MSA ont contrôlé 195 établissements HAD. A l'issue de ce contrôle, 72 % des établissements étudiés présentaient au moins une anomalie de facturation. Plus de 1,1 million d'euros d'anomalies sur les patients MSA ont été détectés à l'issue de ce contrôle.

5.6.2.4. Programme inter-régime de contrôle administratif des facturations en sus des forfaits versés aux SSIAD

Depuis 2009⁸⁵, 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).

⁸⁵ A l'exception des années 2020 et 2021 (période de Covid).

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 2008⁸⁶ 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 2024 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 2024 au 31 décembre 2024 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.

Pour la campagne 2025, l'action SSIAD a été réalisée par les 4 caisses de gestion chargées de la mutualisation du financement des établissements de santé. Ces dernières ont contrôlé 255 SSIAD pour lesquelles la MSA est pivot. A l'issue de ce contrôle, 78 % des SSIAD étudiés présentaient au moins une anomalie de facturation.

L'action a permis d'étudier l'activité de plus de 1 500 infirmiers dont 8 % présentent une anomalie de facturation. Près de 225 000 € d'anomalies ont été notifiés à l'issue de ce contrôle.

5.7. Autres actions locales

En 2025, le nombre minimum d'actions d'initiative locale (AIL) à réaliser était de 2 actions par caisse. A ce titre, 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. Au total, 77 actions locales ont été réalisées en 2025 (76 en 2024) (**Tableau 64**).

Tableau 64 :
Nombre d'AIL réalisées par axe du plan GDR 2025

Axes du plan GDR auxquels se réfèrent les AIL réalisées en 2025	Nombre d'AIL
Poursuivre et renforcer les actions de prévention	31
Améliorer la pertinence et la qualité des actes	31
Contrôle et lutte contre la fraude	15
Total	77

Source : MSA

⁸⁶ 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.

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