

Contacts Presse CCMSA :

Delphine Marie : 01.41.63.72.41

Laura Kolski : 01.41.63.71.25

Valérie Elhejraoui (secrétariat) : 01.41.63.72.04

Mail : nom.prénom@ccmsa.msa.fr

CCMSA

Conférence de presse de rentrée

Press Club de France

Dossier de presse

Ce dossier comprend :

- **Fiche 1 -** **Offre de soins sur les territoires : une urgence de demain à régler aujourd'hui**
- **Fiche 2 -** **Prévention : le parti pris d'avant-garde de la MSA**
- **Fiche 3 -** **Environnement des travailleurs agricoles : un enjeu de santé publique prioritaire pour la MSA**
- **Fiche 4 -** **FFIPSA : Point de situation**
- **Fiche 5 -** **Restructuration et gouvernance du réseau MSA : un objectif et des moyens**
- **Fiche 6 -** **Développer l'offre de services sur les territoires avec MSA Services**

- **Annexes :** **Fiche d'identité MSA ; Maisons de santé rurales ; Réseaux gérontologiques ; BIMSA**

OFFRE DE SOINS SUR LES TERRITOIRES : UNE URGENCE DE DEMAIN A REGLER DES AUJOURD'HUI

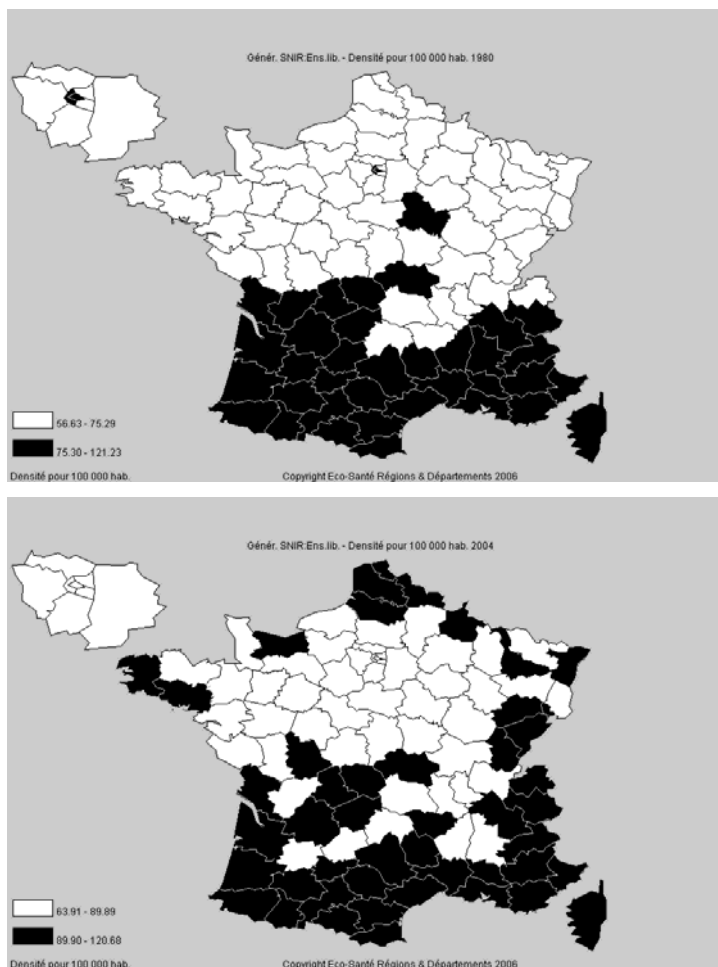
L'offre et l'accès aux soins en milieu rural sont une priorité pour la MSA. Forte de sa connaissance du terrain et habituée à travailler avec les professionnels de santé, la MSA propose des solutions viables sur le long terme visant à favoriser l'installation et le maintien des médecins dans les territoires. Elle insiste particulièrement sur le travail en réseau, la coordination des soins et vise tout particulièrement les étudiants en médecine.

➤ **Etat des lieux : une inquiétante répartition de l'offre de soins sur les territoires**

Le Nord de la France moins bien doté que le Sud

La mauvaise répartition de l'offre de soins sur les territoires est un phénomène récurrent de notre système de santé. Si l'on s'en tient à l'offre libérale, au début des années 70, l'écart des densités départementales de médecins libéraux était de 1 à 3,1 entre le Pas de Calais (densité médicale de 52,3 médecins pour 100 000 habitants en 1971) et les Alpes-Maritimes (densité médicale de 162,9). Aujourd'hui l'amplitude est identique à celle de 1971 et, pour nous en tenir aux seuls départements métropolitains, Paris a, en 2005, une densité médicale 3,1 fois supérieure à celle de l'Eure (367,6 médecins pour 100 000 habitants à Paris contre 117,5 dans l'Eure), alors même que le nombre de médecins libéraux a plus que doublé sur la période (50 000 en 1971 ; 115 000 en 2005). Pour les autres professions de santé, l'offre sanitaire apparaît avec une dispersion encore plus marquée même si les évolutions au cours du temps sont plus contrastées (écarts de densité des infirmiers libéraux : de 1 à 8,5 en 1980 ; de 1 à 7,9 en 2005. Ecart de densité des kinésithérapeutes libéraux : de 1 à 7,1 en 1980 ; de 1 à 3,8 en 2005).

La coupure territoriale entre le Nord et le Sud est toujours visible comme le montrent les deux cartes ci-après dans lesquelles les départements sont classés selon une densité médicale (généralistes libéraux) inférieure ou supérieure à la densité nationale moyenne.



Les perspectives démographiques des professionnels de santé¹ ne sont pas très optimistes et, si rien n'est fait, les problèmes de répartition de l'offre de soins vont s'aggraver fortement dans les années à venir, particulièrement en milieu rural.

Enjeux pour demain : l'installation et le maintien des professionnels de santé

Nous sommes confrontés à deux problèmes tout aussi importants et compliqués à résoudre :

- l'installation des professionnels de santé sur les territoires ruraux. Les professionnels de santé sont réticents à s'installer à la campagne pour des raisons multiples telles que l'environnement (travail du/de la conjoint/e, scolarisation des enfants, loisirs...), l'isolement tant géographique que professionnel (difficulté à trouver un remplaçant de manière ponctuelle ou à transmettre son cabinet en cas de cessation d'activité).
- le maintien des professionnels de santé sur les territoires ruraux. Signalons à ce propos que lorsqu'un professionnel de santé part à la retraite, la charge de travail de ses confrères s'accroît et les incite à quitter également le territoire rural.

¹ Voir les travaux de l'ONDPS (Observatoire national de la démographie des professions de santé, créé en juin 2003) et de la DREES (Direction de la recherche et des études statistiques du ministère de la santé).

C'est pourquoi inciter de nouveaux professionnels de santé à venir s'installer en zone rurale réclame, compte tenu des multiples paramètres qui interviennent dans la décision de s'installer, la collaboration de tous les acteurs (Assurance Maladie, Etat, Collectivités territoriales, etc.) et la coordination de leurs actions.

➤ **Pour une nouvelle organisation de l'offre de soins**

La recherche de solutions efficaces et durables nécessitera la définition de nouvelles modalités d'organisation de l'offre sanitaire en milieu rural. La « crise » démographique n'est pas tant une crise quantitative du nombre de professionnels qui diminuerait sensiblement qu'une question de répartition territoriale qui, faute d'avoir été résolue les décennies passées, s'impose à nous de manière criante aujourd'hui.

La MSA, un opérateur en matière d'ingénierie de projets et de coordination des soins en milieu rural

Consciente de ces problèmes, la MSA s'est engagée depuis plusieurs années dans une réflexion portant sur l'exercice des professionnels de santé en milieu rural et sur l'accès aux soins des personnes isolées. Sa légitimité a été réaffirmée par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie qui, dans son article 59, complète le code rural en précisant que les caisses de MSA peuvent « *accompagner toutes actions visant à favoriser la coordination et l'offre de soins en milieu rural* ».

La MSA est ainsi reconnue, grâce à son fonctionnement mutualiste et son réseau d'élus, par sa connaissance et son maillage des territoires ruraux, comme un opérateur privilégié en matière d'ingénierie de projets de santé et de coordination des soins en milieu rural.

Son action s'est traduite par l'élaboration de propositions concrètes et l'expérimentation de nouvelles formes d'organisations sanitaires : réseaux gérontologiques, maisons de santé pluridisciplinaires, prise en charge des urgences graves ou vitales en zones d'isolement sanitaire, élaboration de contrats de bonne pratique pour l'exercice en milieu rural, etc.

La MSA souhaite « passer à la vitesse supérieure »

A l'heure où de nombreux acteurs se mobilisent sur ces questions (récent accord conventionnel entre l'assurance maladie et les infirmiers libéraux, PLFSS pour 2008), la MSA pense qu'il est nécessaire de « passer à la vitesse supérieure » et développe une réflexion d'ensemble sur l'offre de soins et l'accès aux soins en milieu rural.

La mission confiée à Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, au préfet Philippe Ritter sur la création des agences régionales de santé et à laquelle la MSA participe, permettra de définir le cadre institutionnel dans lequel toutes ces actions devront se situer.

Une fois ce cadre précisé, la MSA présentera son plan d'actions sur l'offre de soins et l'accès aux soins en milieu rural.

➤ Les propositions de la MSA

D'ores et déjà, nous pouvons évoquer un certain nombre de pistes de réflexion et faire le point sur deux actions importantes :

1) Promouvoir et mieux faire connaître la fonction de médecin généraliste exerçant en milieu rural

La crise de la démographie médicale en milieu rural se double d'une crise de la médecine générale. Parmi les motifs de désaffection des étudiants pour cette spécialité, un motif est souvent mis en avant : la méconnaissance de ce qu'est réellement la médecine générale, discipline dont le futur médecin n'entend pratiquement pas parler avant le troisième cycle de ses études, même si un stage en deuxième cycle est prévu dans le cursus de formation. Il est donc indispensable de mieux faire connaître la fonction du médecin généraliste d'une part et la spécificité de cette fonction en milieu rural d'autre part. Pour cela, différentes pistes, non exclusives et non exhaustives, existent comme :

- Inciter les médecins généralistes à devenir *maîtres de stage* en allégeant le cahier des charges, en les formant à l'accueil de stagiaires, en les soulageant des tâches administratives y afférentes et en réévaluant leurs indemnités.
- Développer les stages chez les médecins ruraux. La nouvelle maquette des études médicales prévoit pour la spécialité « médecine générale » un 6^{ème} semestre de stage selon le projet professionnel de l'interne, soit en médecine ambulatoire, soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel. A partir de ce semestre, les étudiants peuvent remplacer en cabinet libéral. Il serait donc intéressant de développer les stages chez les médecins ruraux. Cela permettrait aux étudiants de connaître l'exercice en milieu rural et de remplacer, voire de succéder, au praticien.

La possibilité qu'auraient ainsi les médecins ruraux d'être remplacés pourrait être une très forte incitation. En ce qui concerne l'incitation des étudiants, il conviendrait de faciliter leurs déplacements : rémunération des déplacements (non prévus statutairement), mise à disposition d'un logement (ces lieux de stage étant par définition éloignés des CHU).

- « Universitariser » les maisons médicales rurales en particulier celles qui sont installées dans les hôpitaux locaux ou hôpitaux de proximité ; cela permettrait notamment de disposer de lieux de stage agréés et de proposer aux médecins un panachage des statuts (salariés, libéraux...).

2) Développer le travail en réseau

Les maisons de santé pluridisciplinaires en milieu rural

Les incitations financières à l'installation ou au maintien de professionnels de santé en milieu rural sont de portée limitée dans la mesure où l'activité (et donc la rémunération) des professionnels sur ces territoires est plutôt forte et en tout cas supérieure à celle des professionnels de même âge installés en ville ou dans des zones de démographie professionnelle plus élevée. Ce que recherche le professionnel de santé exerçant en milieu rural est une meilleure gestion de son temps et non pas nécessairement un revenu supplémentaire. Il convient donc de trouver des solutions qui proposent aux professionnels de santé de meilleures conditions d'exercice.

La MSA a développé de nouvelles formes d'organisation du travail des professionnels de santé en milieu rural. L'un de ces nouveaux modes est *la maison de santé pluridisciplinaire rurale*. (Cf. annexe 1)

Ce sont des cabinets de groupe pluridisciplinaires qui peuvent émerger soit par regroupement dans les gros bourgs, soit par regroupement fonctionnel, avec partage de secrétariat, télémédecine et dossier médical partagé pour assurer le suivi médical du patient. Ces modes d'organisation doivent tenir compte du transport des patients et de l'implantation des pharmacies et être à l'initiative des acteurs locaux tenant compte ainsi des spécificités locales. Ils constituent une piste de solution mais l'effort financier des financeurs (Conseil régionaux, Assurance maladie) doit être essentiellement fléché vers les territoires ruraux où les professionnels n'ont pas la capacité d'investir à titre personnel. Actuellement les caisses de MSA appuient une quinzaine de projets de Maisons de santé rurales (MSR).

Sur un tel dossier, la MSA n'intervient pas directement comme opérateur mais étudie les facteurs de réussite et d'accompagnement local des MSR notamment à l'aide de guides et d'outils méthodologiques élaborés spécialement. C'est son savoir faire d'ingénierie de projet sanitaire qu'elle met à disposition des acteurs locaux. Une telle expertise permet d'éviter les écueils trop fréquemment rencontrés de projets « clés en main » qui une fois acquis ne répondent pas aux besoins locaux.

Les modes de relations entre professionnels de santé au sein des maisons de santé pluridisciplinaires peuvent être innovants et ces maisons pourraient être le terreau d'expériences de délégation de tâches entre professionnels de santé.

Les réseaux gérontologiques

Le milieu rural combine bien souvent une offre de soins rare (qu'elle soit ambulatoire ou hospitalière) et une demande de soins qui émane d'une population vieillissante. On rappellera que la proportion de personnes en ALD est de 22% au régime agricole contre moins de 13% pour l'ensemble des régimes obligatoires, ce pourcentage dépassant les 30% pour les exploitants agricoles.

La MSA a donc étudié depuis plusieurs années une réponse sanitaire adaptée qui permet de maintenir les populations âgées dépendantes à domicile dans de bonnes conditions : le réseau gérontologique (voir Annexe 2).



Cette solution valorise la coopération entre les professionnels de santé (notamment le médecin généraliste qui joue un rôle central dans ce type de réseau) et les acteurs du champ médico-social et constitue une véritable alternative à l'hospitalisation des personnes âgées dépendantes. Issue de l'expérimentation des réseaux Soubie, et seul type de réseau encouragé par le récent rapport de l'IGAS, les réseaux gérontologiques sont en phase « d'industrialisation » au sein de la MSA.

Annexe 1 : Maisons de santé rurales

Une maison de santé rurale pluridisciplinaire est avant tout un lieu physique de regroupement, en milieu rural, pour des professionnels de santé issus de disciplines différentes (médicales, paramédicales voire sociales) offrant des soins courants, en journée, à la population.

Ses caractéristiques principales sont :

- l'implantation en milieu rural dans des zones non encore désertifiées,
- la pluridisciplinarité des intervenants à partir d'une dominante médicale,
- l'ouverture à tous types de publics selon un projet de soins précisé,
- une dimension professionnelle et évolutive du concept bénéficiant des meilleurs apports (ingénierie des organisations, NTIC...).

Il convient en effet que le projet de regroupement soit inspiré par un souci d'optimisation des ressources professionnelles, une volonté de coopération et une intention de développement (en préparant l'arrivée de nouveaux professionnels tels que des étudiants). Il est envisagé également de prévoir une articulation avec le dispositif de la permanence des soins et une perspective de mise en réseau avec d'autres acteurs du territoire (hôpitaux locaux, services de soins à domicile, services de secours) pour permettre une mise en œuvre optimale du projet de soins.

Un double bénéfice est attendu, à travers la mise en place de maisons de santé rurales pluridisciplinaires : pour les professionnels, une amélioration des conditions d'exercice et, pour les habitants, la possibilité d'accéder en un lieu unique à une offre de soins diversifiée.

Les élus locaux ont un rôle à jouer dans l'identification des besoins sur leur circonscription et dans l'anticipation des réponses, et ce en partenariat avec les professionnels de santé, les organismes d'assurance maladie, les collectivités territoriales et l'Etat.

L'implication de la MSA dans les projets

Dans ce contexte, les caisses de MSA accompagnent des projets de montage de maisons de santé rurales. La MSA apporte aux professionnels de santé et élus un appui logistique, médical (montage du projet de soins), technique (juridique, financier, immobilier), le tout en partenariat avec les collectivités territoriales (Conseils régionaux, communautés de communes, communes), les autres organismes d'assurance maladie (URCAM) et les établissements de santé.

Point de situation (septembre 2007)

- 9 projets expérimentaux accompagnés depuis 2005 dans 6 régions (Aquitaine, Auvergne, Lorraine, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire, Poitou-Charentes). Ces projets sont situés en zone rurale isolée (avec une population âgée dominante) et en zone semi rurale (qui connaissent un essor démographique du fait de l'arrivée de nouvelles populations)
- 30 autres projets impliquant des caisses de MSA, situés en zone déficitaire en offre de soins ou en zone fragile
- Environ 30 pré projets repérés (des secteurs identifiés, des sollicitations ou des études en cours)

ANNEXE 2 : LA MSA ET L'ACCOMPAGNEMENT DU DEVELOPPEMENT DES RESEAUX GERONTOLOGIQUES

La MSA a entrepris dès 2000 l'expérimentation de réseaux gérontologiques. Ces réseaux, développés dans le cadre dit « réseaux Soubie » ont montré leur utilité sociale et leur efficacité économique.

En 2006, l'IGAS a reconnu et valorisé le travail effectué par la MSA tout au long de l'expérimentation « Organisation d'un réseau gérontologique » qu'elle a menée entre 2000 et 2004.

UNE POLITIQUE VOLONTARISTE

Forte de cette expérimentation concluante réalisée sur 19 sites dans 12 régions et de la transformation réussie, en 2005, en 17 réseaux de santé, la MSA a décidé d'inscrire dans son Plan d'Action Stratégique (PAS) et dans la Convention d'Objectifs et de la Gestion (COG) 2006/2010 signée avec l'Etat, l'engagement à soutenir le développement des réseaux gérontologiques sur l'ensemble du territoire.

LES RESEAUX GERONTOLOGIQUES : UNE REPOSE ADAPTEE

Pour la MSA, le maintien à domicile, illustré par la mise en place de réseaux gérontologiques, véritables réseaux de santé « personnes âgées », est une réponse adaptée aux besoins des personnes âgées, tout particulièrement en milieu rural.

Le dispositif soutenu par la MSA organise autour de la personne âgée une prise en charge globale coordonnée par son médecin généraliste traitant, articulant le sanitaire et le social, et basée sur une coopération ville/hôpital laissant ainsi à l'hôpital son vrai rôle.

Depuis 2000, près de 6000 personnes âgées ont été prises en charge par les 19 réseaux gérontologiques soutenus par la MSA (17 issus de l'expérimentation et 2 supplémentaires en 2006) et près de 700 médecins y ont adhéré.

UN DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT MSA EFFICACE TANT AU NIVEAU NATIONAL QUE LOCAL

La MSA a mis en place, début 2006, un dispositif de soutien : au niveau national, la Cellule Accompagnement des réseaux gérontologiques, au sein de la CCMSA, et, au niveau local, des référents administratifs et médicaux désignés au sein de chaque caisse et association régionale de MSA.

Deux objectifs majeurs pour cet accompagnement :

- Soutenir les 19 réseaux existants en les aidant à développer leur assise territoriale et leurs champs d'activité, évolution voulue par les financeurs régionaux et les pouvoirs publics.
- Contribuer à la création de nouveaux réseaux gérontologiques, comme cela a été le cas pour le réseau lorrain REGESA créé et financé en 2006 grâce à l'implication de la MSA Lorraine soutenue par la Cellule Accompagnement des réseaux gérontologiques

D'ici à 2010, une trentaine de projets de réseaux gérontologiques sont inscrits dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Gestion (CPOG) et 10 projets d'ores et déjà bien avancés sont en cours d'accompagnement.

En outre, la MSA fait bénéficier les réseaux adhérents à la fois de son expertise et des services à la personne qu'elle développe (Pac Eureka, ateliers seniors, programmes de prévention), ainsi que de ceux de ses partenaires (Présence verte, Fourmi verte).

UN APPUI POLITIQUE FORT : LA FEDERATION NATIONALE DES RESEAUX GERONTOLOGIQUES

La Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques (FNRG), partenaire de la MSA, apporte un appui politique à cet accompagnement et se veut garante de la qualité et de l'efficacité du travail des réseaux auprès des pouvoirs publics et des partenaires locaux.

Dans ce cadre, MSA et la Fédération invitent les réseaux qu'elles accompagnent à adhérer à une Charte d'engagement élaborée conjointement, gage du respect du dispositif qu'elles soutiennent.

Cette adhésion est d'autant plus importante que le dispositif est tout à fait conforme au référentiel d'organisation des réseaux Personnes âgées publié par une circulaire DHOS/CNAMTS du 15 mai 2007.

PREVENTION : LE PARTI PRIS D'AVANT-GARDE DE LA MSA

A l'heure où s'engagent des débats essentiels pour l'avenir de la protection sociale en France, c'est avec une politique de prévention ambitieuse et des actions expérimentales novatrices que la MSA doit se positionner sur la scène politique et sociale.

➤ La santé publique, moteur d'une politique de prévention pour tous

2008 : lancement des Instants Santé

Le 1^{er} janvier 2008, la MSA lance ses nouveaux examens de santé avec notamment l'élargissement de la cible à deux nouvelles tranches d'âges : 25-34 ans et 65-74 ans. A cette occasion, une nouvelle identité verra le jour pour remplacer l'appellation examen de santé : **les Instants Santé MSA**.

Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports a remercié la MSA de se situer délibérément et résolument dans une démarche de prévention. « *Nous ne faisons pas assez de ces démarches de prévention dans notre pays. Ces **Instants Santé MSA** qui vont prendre place en 2008, c'est une excellente démarche* ».

Rappelons que cela fait 10 ans que la MSA propose à ses adhérents des examens de santé à différentes périodes de leur vie (16/24 ans ; 35/44 ans ; 45/54 ans et 55/65 ans) pour permettre un dépistage précoce de certaines pathologies sur ces tranches d'âge et les facteurs de risques qui leur sont liés.

2006 : Un plan dentaire à tous les âges clés

Lancé au printemps 2006 et opérationnel dans la majorité des MSA depuis décembre 2006, le plan dentaire institutionnel prévoit l'accompagnement des assurés à tous les âges clés de la santé dentaire. Il permet ainsi de prévenir les 3 principaux risques : la maladie carieuse chez l'enfant, les maladies parodontales chez les adultes et les risques bucco-dentaires spécifiques liés au vieillissement chez les seniors.

La MSA veut attirer l'attention sur l'importance et l'efficacité de la prévention. Prévenir, c'est diminuer les risques dentaires (caries, maladies parodontales, etc.), contourner l'inconfort des soins et aussi éviter des frais parfois coûteux.

A travers son action, la MSA s'inscrit dans un nouveau concept de prise en charge de la santé globale : prendre soin de ses dents, c'est prendre soin de sa santé d'une manière beaucoup plus générale.

➤ **L'Éducation sanitaire : des actions innovantes déployées dans toute la France**

L'éducation thérapeutique du patient : de l'expérimentation à la généralisation

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à « aider le patient et sa famille à comprendre sa maladie, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer sa qualité de vie. C'est un processus continu, intégré aux soins et centré sur le patient. L'éducation thérapeutique permet aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale avec leur maladie ».

L'action d'éducation thérapeutique de la MSA s'intègre dans le Plan ministériel pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Diffusé en avril 2007 jusqu'en **2011**.

Les Affections Longue Durée (ALD) constituent un enjeu majeur dans la régulation médicalisée. Le poids économique des patients en ALD est devenu une véritable préoccupation dans l'équilibre des finances sociales. A la MSA **22 % des affiliés sont en ALD**. Parmi eux 60 % des patients souffrent d'affections cardiovasculaires ou de diabète, soit environ 430 000 personnes.

Loin de considérer le problème d'une manière purement comptable, la MSA a mis en place une politique d'accompagnement des patients en ALD.

En 2005, la MSA lançait sur 17 sites répartis dans 9 régions une expérimentation d'éducation thérapeutique destinée à des patients atteints de maladies cardiovasculaires. Les résultats de cette action traduisent des modifications de comportements sur l'alimentation, l'activité physique, l'auto surveillance, les connaissances sur les traitements par le patient.

L'éducation thérapeutique diminue ainsi les complications liées à la maladie chronique avec un bénéfice économique potentiel sur le long terme.

MODIFICATION DES COMPORTEMENTS DES PATIENTS	Pré Test (%)	Post-test (%)	Différences (%)
Alimentation			
Ajout de sel à table	30	23	- 7
Cuisson au beurre	20	11	- 9
Poisson deux fois et plus par semaine	44	53	+9
Activité physique			
Randonnée à vélo (une fois par semaine)	20	31	+11
Jardinage	45	68	+23
15 à 30 minutes de marche rapide par jour	15	30	+15
Compétences techniques			
Mesurent leur pression artérielle	15	28	+13
Évaluent leurs oedèmes aux chevilles et aux pieds	20	30	+10
Apprécient leur rythme cardiaque et les troubles éventuels	30	40	+10
Repèrent la réapparition de douleurs d'origine cardiaque	43	57	+14
Les distinguent d'autres douleurs	52	64	+12
Les Médicaments et l'Observance			
Expliquent le but de ces médicaments	65	75	+10
Savent quoi faire s'ils oublient un jour de prendre leur traitement anticoagulant (uniquement pour les patients sous AVK)	71	79	+8

(Source Le Concours Médical 2006)

Aujourd'hui ce sont l'ensemble des assurés MSA de moins de 75 ans qui se voient proposer un programme d'éducation thérapeutique lors de leur demande de mise en affection de longue durée (ALD) pour les affections suivantes : hypertension artérielle, insuffisance cardiaque et maladie coronaire. Le dispositif concerne ainsi environ 12 000 personnes par an.

Il comprend trois séances de groupe de trois heures distantes d'une à deux semaines. Les séances ont lieu dans des locaux non médicaux à proximité du domicile des patients et sont animés par des médecins ou des infirmières.

En 2007, l'objectif est d'atteindre un taux de participation de 30% en touchant ainsi environ 3500 personnes. L'action est entièrement financée sur le fonds de prévention de la MSA. A travers ce déploiement, la MSA s'inscrit dans sa volonté de promouvoir l'éducation du patient en respectant l'accessibilité géographique, gage du principe d'équité.

Les Ateliers du Bien vieillir de la MSA intégrés au plan national « Bien Vieillir 2007-2009 »

La MSA propose, sur de nombreux territoires, les Ateliers du Bien Vieillir qui mobilisent 200 à 300 animateurs : personnels MSA (médecins, assistantes sociales) et extérieurs. Ouvert à tous (personnes de plus de 55 ans, assurés MSA ou non), ce programme permet aux seniors **d'appréhender les éléments clés d'un vieillissement réussi**. Organisé en six séances de 3 heures, les Ateliers du Bien Vieillir sont menés de manière pédagogique en alternant les phases théoriques et participatives.

Le programme Bien Vieillir se décline en 6 ateliers de 3 heures : « Bien dans son corps, bien dans sa tête », « Pas de retraite pour la fourchette, bouger c'est bon pour la santé », « Les cinq sens en éveil, gardez l'équilibre », « Faites de vieux os », « Dormir quand on a plus 20 ans », « Le médicament, un produit pas comme les autres ». Les ateliers se déroulent dans des structures de proximité (salles municipales par exemple) et s'appuient sur une méthode interactive.

Au-delà de la satisfaction unanime des participants, une évaluation faite auprès de 350 seniors a mis en évidence des changements de comportement significatifs au terme des ateliers, ainsi et à titre d'exemple :

- 74% des seniors consomment 1 à 1,5 litres d'eau par jour après les ateliers contre 49% avant
- 58% des seniors consomment au moins trois fruits/légumes par jour après les ateliers contre 31% avant
- 50% des seniors marchent plus de 30 minutes par jour après les ateliers contre 25% avant
- La consommation moyenne de calcium par jour a augmenté de 15,2% après les ateliers

Menés dans un premier temps de manière expérimentale, les Ateliers ont rencontré un tel succès auprès de leur population cible, qu'ils ont été intégrés au plan national « Bien vieillir 2007-2009 » mis en œuvre par les pouvoirs publics.

Forte de cette reconnaissance, la MSA les déploie partout en France à travers la mise en place d'Associations de Santé, d'Education et de Prévention sur les Territoires (ASEPT) regroupant, sous son égide, les partenaires désireux de diffuser l'action : associations de retraités, régimes d'Assurance Maladie, organismes complémentaires, collectivités locales, Comités Régionaux d'Education à la Santé...

Objectif fixé par la MSA pour 2010 : atteindre les 50 000 seniors participants par an grâce à un panel d'environ 1500 animateurs formés.

La MSA, engagée dans la maîtrise médicalisée des dépenses, participe activement à la réduction du déficit de la sécurité sociale. Parallèlement au renforcement des contrôles et des mesures de déremboursements nécessaires pour améliorer les comptes, la MSA insiste et mise sur la prévention. Elle prône des changements de mentalité et de comportements des assurés qui, sur le long terme, amélioreront leur santé et par là même celle de la sécurité sociale.

ENVIRONNEMENT DES TRAVAILLEURS AGRICOLES : UN ENJEU DE SANTE PUBLIC PRIORITAIRE POUR LA MSA

La MSA est particulièrement attentive à l'environnement de travail et de vie de ses assurés. Elle développe des dispositifs de veille sanitaire et propose des actions de prévention sur l'ensemble du territoire. Elle insiste tout particulièrement sur les zoonoses avec son réseau de « zoonosurveillance » et sur les risques liés aux pesticides avec Phyt'Attitude.

➤ **Zoonoses : la MSA en alerte**

Le réseau de zoonosurveillance de la MSA

Un réseau de zoonosurveillance en agriculture a été créé en 2000 par la MSA. Il s'agit d'un réseau multi partenarial de surveillance et de prévention des zoonoses (maladies transmises des animaux à l'homme) dont les objectifs sont :

- d'améliorer la connaissance sur les zoonoses (non alimentaires) dans le monde agricole et rural,
- d'améliorer l'alerte des cas de pathologies animales ou humaines,
- de définir des stratégies de prévention adaptées pour les populations exposées afin de réduire les risques biologiques liés au contact des animaux dans les professions agricoles.

Le réseau de zoonosurveillance s'articule autour de 2 types de structures :

- un Conseil scientifique
- des groupes de travail

Le réseau de zoonosurveillance comprend de très nombreux interlocuteurs et permet de rassembler des informations et de favoriser les échanges qui sont enrichis et relayés grâce à un partenariat large : réseau MSA, professionnels de santé humaine, animale, fédérations professionnelles (Fédération Nationale des Coopératives Bétail et Viande), offices (Office National des Forêts, Office National de la Chasse et de la Faune Sauvage, Conseil Supérieur de la Pêche), groupements...

Enquêtes de la MSA

Dans le cadre du réseau de zoonosurveillance, des enquêtes ont été menées en multi partenariats via le réseau de médecins du travail de la MSA :

- Zoonoses liées aux tiques

En 2002-2003, une enquête sérologique a été menée auprès des travailleurs forestiers sur la **borréliose de Lyme** et l'**encéphalite à tiques** en Alsace, Lorraine, Champagne-Ardenne, Franche-Comté et Bourgogne. Le recueil des données a duré un an, de décembre 2002 à décembre 2003. Plus de 3000 sujets ont été prélevés et interrogés par les médecins du travail de la MSA. Les résultats sont en cours de publication : plus de 14 % des travailleurs forestiers sont positifs pour la borréliose de Lyme et 3,4 % pour l'encéphalite à tiques. Les taux sont plus élevés dans les massifs forestiers d'Alsace et de Lorraine, ainsi que chez les bûcherons. L'analyse des moyens de prévention a permis de définir des groupes pour lesquels l'information sur les risques doit être encore renforcée. Une sérothèque, constituée lors de cette étude, permettra d'apprécier la transmission d'autres agents pathogènes transmis par les tiques ou par la faune sauvage.

- Zoonose liée aux rongeurs

Il s'agit d'une enquête cas-témoins sur les facteurs de risque de la **leptospirose** en France métropolitaine, coordonnée par l'InVS et réalisée par l'INMA, de juillet 1999 à février 2000. Objectif : identifier les facteurs de risques par rapport à l'activité, l'environnement et l'hôte. Cette étude a notamment mis en évidence la place prise par certaines activités de loisirs en eau douce (canoë-kayak par exemple) comme facteurs de risque de la leptospirose. A l'issue de cette étude, le Ministère de la santé a réactualisé les recommandations relatives à la prévention du risque chez les personnes exposées et tout particulièrement la place de la vaccination.

- Zoonose liée aux oiseaux

Il s'agit d'une enquête de séroprévalence de la **psittacose** en Bretagne et Pays de Loire en 2001 auprès de 162 professionnels de la filière avicole. Elle a permis de montrer que 43,8% des sujets étaient positifs et que le travail en contact avec le canard est particulièrement exposant.

- Antibiorésistance bactérienne chez les porchers

La MSA, en partenariat avec l'INSERM, l'InVS et la FNCBV, a étudié l'**impact de l'utilisation des antibiotiques dans les élevages de porcs** sur la santé des porchers. L'étude a été réalisée dans 7 départements producteurs de viande porcine. 228 sujets ont été inclus entre novembre 2000 et juin 2001. Les résultats ont montré une augmentation significative du portage de bactéries commensales résistantes à certains antibiotiques dans le nez, la gorge et les selles des porchers par rapport aux sujets sans contact avec les porcs. En revanche, il n'a pas été mis en évidence d'augmentation significative de la prévalence du portage de bactéries pathogènes.

- **Autres actions de la MSA**

Les derniers points d'actualité sur les zoonoses abordés par le Conseil scientifique ont porté sur la trichinose, les zoonoses liées aux nouveaux animaux de compagnie et les mycobactérioses (tuberculose des cervidés, paratuberculose et maladie de Crohn), la fièvre Q et la psittacose.

D'autre part, La MSA a participé, de façon étroite avec les Ministères de l'agriculture et de la santé, à l'élaboration de mesures de prévention des travailleurs vis-à-vis de **l'influenza aviaire**. Elle étudie également, avec l'AFSSET, le risque lié au virus influenza dans l'eau.

Assistance, information et formation sont également ses missions pérennes.

La MSA contribue à l'élaboration de fiches d'information sur les zoonoses. Plus de renseignements sur www.msa.fr

➤ **Pesticides : la prévention progresse, la toxicité demeure, le combat de la MSA continue**

La MSA a placé au cœur de ses préoccupations la prévention des risques professionnels liés aux pesticides.

A partir des études qu'elle conduit, des données de ses observatoires, des outils et actions de communication qu'elle met en place, la MSA poursuit son recensement, son analyse et sa validation des informations sur les intoxications en lien avec les pesticides.

D'ores et déjà, des résultats probants ont été obtenus. Le numéro vert Phyt'Attitude figure désormais sur tous les nouveaux emballages de produits phytos ; il s'agit d'une avancée majeure.

Les signalements spontanés progressent témoignant d'une prise de conscience des opérateurs. Une cohorte, Agrican, composée de plus de 120.000 personnes doit mettre en lumière les effets des pesticides à long terme. C'est la cohorte la plus importante jamais constituée pour ce type d'étude.

Néanmoins beaucoup reste à faire et la MSA engage aujourd'hui l'ensemble des acteurs, des relais et des partenaires à prendre conscience de la dangerosité des produits et à prendre leurs responsabilités dans la lutte engagée pour en prévenir les effets sur la santé.

Une synergie d'experts à la MSA

L'expertise de la MSA et la qualité de ses actions reposent essentiellement sur ses 330 médecins du travail et ses 250 conseillers en prévention. Véritables experts de la santé de l'homme au travail, ils mettent en commun leurs compétences pour prévenir les risques et améliorer les conditions d'exercice des travailleurs agricoles sur l'ensemble du territoire.

FFIPSA : POINT DE SITUATION

➤ Octobre 2007 : Des déclarations mais pas de solutions de fond

Le PLFSS 2008 ne prévoit aucune mesure susceptible d'améliorer la situation du FFIPSA dont l'endettement croissant nécessite de porter l'autorisation de découvert à 50% des prestations en 2008.

Toutefois, le ministre du Budget des comptes publics et de la Fonction publique, Monsieur Eric Woerth a annoncé le remboursement du solde dû par l'Etat au titre du BAPSA pour un montant de 619 Md'€ prévu dans la loi de finances rectificative pour 2007. Cette reprise vient donc en complément de celle de 2,5 Md'€ intervenue dans le cadre de la loi de finances rectificative pour 2005.

Par ailleurs, Eric Woerth et Michel Barnier, ministre de l'Agriculture ont fait part conjointement de l'engagement des pouvoirs publics d'étudier les différentes modalités pour équilibrer le FFIPSA et de traiter le stock dans le cadre de la réflexion sur le financement de la Sécurité sociale pour dégager en 2008 un schéma de financement pérenne de la protection sociale des exploitants agricoles dans le respect des particularités du régime et dans le cadre d'un effort partagé.

La MSA, au travers de l'avis rendu sur le PLFSS 2008 par son conseil central d'administration (*pièce jointe*), souligne que cette recherche ne peut être dissociée de la réflexion plus large engagée sur le financement de la protection sociale et rappelle à cet égard sa proposition, justifiée autant par des motifs de transparence que d'équité, de créer un fonds de financement des prestations en nature de l'assurance maladie commun à l'ensemble des régimes.

➤ Un besoin de financement non résolu entraînant chaque année une augmentation de l'autorisation de recours à l'emprunt

En l'absence de mesure de financement pérenne, le FFIPSA a enregistré un manque de financement de 1,4 Md€ en 2005, de 1,3 Md€ en 2006. Il devrait s'établir à 2,3 Md€ en 2007 et 2,7 Md€ en 2008 selon les prévisions pluriannuelles inscrites dans le PLFSS pour 2008.

Pour faire face à ces déséquilibres cumulés et pour garantir le versement des prestations maladie et les pensions de retraite, le plafond de recours à l'emprunt autorisé au FFIPSA s'élève à 8,4 Md€ pour 2008 contre 7,1 Md€ en 2007.

Rappel : Du Bapsa au Ffipsa

Jusqu'en 2004, le financement du régime de protection sociale des exploitants agricoles était garanti par le versement d'une subvention d'équilibre dans le cadre du BAPSA (Budget annexe de prestations sociales agricoles).

Mais les nouveaux principes budgétaires, liés à la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001, ont imposé la suppression du BAPSA. Il a été remplacé, à compter du 1^{er} janvier 2005, par le FFIPSA (Fonds de financement des prestations sociales agricoles), établissement public national à caractère administratif placé sous la tutelle des ministres chargés de l'Agriculture, de la Sécurité Sociale et du Budget.

La réforme du financement réalisée l'année précédant le passage du BAPSA au FFIPSA a substitué des taxes affectées diversifiées et dynamiques telles que la TVA et la C3S par une seule et unique taxe affectée : celle des droits sur la consommation des tabacs au rendement plus incertain. Le principe de la subvention d'équilibre n'était plus garanti.

**Extrait Du RELEVÉ DES DÉLIBÉRATIONS DE LA RÉUNION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DU 27 SEPTEMBRE 2007 :**

■ **Avis sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008**

Vu l'article L. 723-12 du code rural,

Vu la lettre de saisine du directeur de la sécurité sociale en date du 25 septembre 2007

Le conseil d'administration, ayant pris connaissance du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2008,

- constate que l'objectif de réduction des déficits sociaux affiché dans le PLFSS repose sur un effort de régulation essentiellement ciblé sur la branche maladie et suppose la réalisation effective de l'objectif de croissance économique prévu pour 2008,
- regrette profondément que cet effort de régulation ait recours à une mesure d'extension des franchises qui, en l'absence de toute analyse approfondie sur la portée et les conséquences d'une telle évolution, s'apparente à une mesure de déremboursement
- relève toutefois avec satisfaction qu'un certain nombre de dispositions relatives à l'assurance maladie sont porteuses d'évolutions plus structurelles, notamment en matière d'organisation des soins
- souhaite dès lors qu'une réflexion de fond soit engagée sur le périmètre des biens et services de santé remboursables, la répartition territoriale de l'offre de soins et sur les modes de rémunération des professionnels de santé libéraux,
- rappelle enfin l'engagement des caisses de la mutualité sociale agricole pour garantir un accès à des soins de qualité en milieu rural, lequel justifie qu'elles soient associées aux expérimentations prévues à l'article 31.

Le conseil d'administration,

- constate également que le PLFSS ne comprend aucune mesure susceptible d'améliorer la situation du FFIPSA dont l'endettement croissant nécessite de porter l'autorisation de découvert à 50% des prestations en 2008,
- prend acte des annonces faites par le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, lors de la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale, à savoir :
 - d'une part le remboursement du solde dû par l'Etat au titre du BAPSA (0,619Md€) qui sera prévu dans la loi de finances rectificative pour 2007,
 - d'autre part l'engagement des pouvoirs publics de rechercher en 2008 un schéma de financement pérenne de la protection sociale des exploitants agricoles qui sera soumis à concertation,
- souligne que cette recherche ne peut être dissociée de la réflexion plus large engagée sur le financement de la protection sociale et rappelle à cet égard sa proposition, justifiée autant par des motifs de transparence que d'équité, de créer un fonds de financement des prestations en nature de l'assurance maladie commun à l'ensemble des régimes.

RESTRUCTURATION ET GOUVERNANCE DU RESEAU MSA : UN OBJECTIF ET DES MOYENS

La MSA procède à la restructuration de son réseau pour l'adapter aux évolutions démographiques des professions agricoles. Elle vise l'objectif d'améliorer la qualité du service rendu aux adhérents et les performances économiques des caisses. Pour Gérard Pelhate, son Président, il y a désormais urgence à agir.

➤ **Le Plan d'action stratégique 2006/2010 : un cadre pour l'action**

Le Plan d'Action Stratégique de la MSA dans son volet consacré à la gouvernance, prévoit un réseau resserré à **35 caisses en 2010** contre 78 en 2002. Actuellement, on en compte 49.

Un an après son adoption, la MSA accélère le pas en empruntant la voie législative. Après s'être prononcée en juin dernier sur la configuration définitive du réseau en 2010, l'assemblée générale demande par la voix de son conseil central que la loi l'autorise à fixer définitivement les périmètres des caisses.

Des mesures législatives et réglementaires garantissant ce pouvoir sont d'ores et déjà annoncées et prévoiront également le renforcement des pouvoirs de la Caisse centrale comme tête de réseau.

Cette démarche vise à lever les derniers blocages dans le réseau et à confier à la Caisse centrale un pilotage institutionnel plus centralisé. Elle répond ainsi aux attentes des pouvoirs publics d'étendre les prérogatives de la Caisse centrale sur son réseau pour en renforcer l'efficacité.

➤ **Les mesures inscrites à la loi de Financement de la sécurité sociale pour 2008**

Impact sur la fusion des caisses :

En 2007 un décret doit permettre que chaque projet de fusion de caisses soit soumis à avis favorable du conseil central.

Dès 2008, le conseil central d'administration pourra décider d'autorité sur proposition de l'assemblée générale, la fusion de deux ou plusieurs MSA.

Les fusions ainsi décidées devront intervenir au 1^{er} janvier 2010 ou au 1^{er} avril 2010 au plus tard.

Le conseil central pourra décider de constituer en son sein une commission chargée de la fusion en lieu et place des conseils d'administration des caisses concernées. Les décisions de la commission s'imposeront aux directeurs des caisses qui devront les exécuter.

Impact sur les pouvoirs de la Caisse centrale

La Caisse centrale sera dotée des pouvoirs nécessaires et suffisants pour assurer le pilotage et le contrôle des caisses et en garantir l'efficacité.

Cette disposition lui accordera notamment la faculté de contrôler la régularité des opérations de liquidation des cotisations et des prestations de sécurité sociale par les MSA.

Elle pourra également confier à une ou plusieurs caisses des missions communes dans l'intérêt de toutes.

Plan d'action stratégique de la MSA : contenu et ambition

La MSA adapte ses ambitions et ses objectifs pour les inscrire dans une démarche stratégique globale. Le Plan d'Action Stratégique (PAS) 2006-2010 **détermine 4 axes autour desquels s'articulent les actions à venir**. Le PAS réaffirme la volonté de la MSA d'agir pour une protection sociale globale, adaptée et proche des assurés. **Il a également pour objectif de la positionner comme acteur des innovations sociales sur les territoires de vie.**

Le mutualisme demain

La gouvernance de la MSA (incluant le regroupement des caisses)

L'offre de protection sociale de la MSA

Les services et partenariats sur les territoires

Développer l'offre de Service sur les Territoires avec MSA SERVICES

La MSA lance 35 « MSA Services » et une MSA Service nationale qui seront progressivement opérationnelles sur l'ensemble du territoire pour 2010. Objectif de cette nouvelle structure fédérale : créer de nouveaux services avec des partenaires locaux répondant aux besoins des populations et n'appartenant pas au champ de la protection sociale légale.

➤ **« MSA Services », une émanation du Plan d'Action Stratégique**

Le Plan d'Action Stratégique de la MSA, adopté en 2006, prévoit le développement de l'offre de services sur les territoires (OST). Dans ce cadre, et en accord avec les orientations du Plan Borloo, la MSA lance une MSA Service nationale et 35 MSA Services visant à compléter l'offre des 35 caisses MSA à l'orée 2010.

➤ **Des services hors « services publics » mais conformes aux valeurs de la MSA**

L'offre de service sur les territoires (OST) s'inscrit dans le prolongement des politiques sanitaires et sociales de la MSA mais sur des activités qui, ne relevant pas de la protection sociale, impliquent la création d'une structure juridiquement et financièrement autonome. Cette structure fédérale est baptisée MSA Services.

Les MSA développent déjà deux types d'offre de services :

- Dans le cadre du service public de protection social agricole :

Chaque caisse met en place un ensemble d'actions qui vise à répondre aux besoins sanitaires et sociaux de ses ressortissants : informations, conseils aux assurés et aux entreprises, versement de prestations légales ou extralégales, actions individuelles ou collectives réalisées par les services de prévention, médicaux ou sociaux.

- En périphérie du service public de protection sociale agricole :

De nombreuses caisses ont créé des services dans le champ sanitaire et social qui ne relèvent pas des métiers de la protection sociale. Ces services s'adressent à l'ensemble de la population (et pas seulement aux adhérents MSA) et sont gérés par des structures distinctes de la caisse, qui doivent assurer leur autonomie financière. Ces services figurent en-dehors du monopole du service public –et donc dans le champ des activités ouvertes à la concurrence d'opérateurs à statut associatif ou privé.

Beaucoup de caisses développent déjà ces services « en périphérie » du service public de protection sociale agricole. Avec MSA Services, il s'agit de coordonner et de généraliser le mouvement tout en lui offrant une cohérence nationale.

➤ **Offre de services sur les territoires : l'expérience de la MSA**

La MSA bénéficie de l'expérience de nombreuses caisses déjà engagées dans le développement de l'offre de services sur les territoires. MSA Services a pour objectif de fédérer ces actions dans un cadre partenarial.

Quelques exemples de services :

- Services à la personne,
- Portage de repas,
- Garde d'enfants,
- Etablissements médico-sociaux à caractère innovant,
- Structures d'insertion par l'activité économique,
- Structures de vacances et de loisirs,
- Services de téléassistance.

Quelques exemples de réalisations :

- Les Maisons d'accueil rurales pour personnes âgées,
- Les Sinopies et autres hébergements pour personnes âgées,
- Solidel pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés,
- Laser Insertion pour l'insertion professionnelle des demandeurs d'emploi,
- Les villages vacances AVMA,
- La téléassistance Présence Verte.

Zoom sur trois services :

- *Fourmi Verte : développer l'économie sociale*

Dans le cadre du plan de cohésion sociale de Jean-Louis Borloo, la MSA a lancé l'enseigne Fourmi Verte en partenariat avec Familles Rurales et Groupama. Le principe : à partir d'une plate-forme téléphonique (0811 88 66 44), il s'agit de promouvoir, recevoir et orienter les demandes de services vers des prestataires référencés selon des critères de qualité. On compte près de 1500 opérateurs locaux pour 3000 appels par mois. Les demandes concernent essentiellement les gardes d'enfants, l'entretien de la maison, les petits travaux et le jardinage.

- *Présence Verte Services : un vivier économique dans l'Hérault*

L'association Présence Verte Services, créée par la MSA de l'Hérault, propose de l'aide à domicile (portages de repas, aides ménagères, soins infirmiers). Avec 34 millions d'euros de chiffre d'affaire et 2300 emplois créés, elle illustre la capacité, pour la MSA, de créer de l'emploi et d'impulser l'activité économique dans les territoires.

- *Présence Verte : premier service de téléassistance en France*

Objectif du dispositif : permettre aux personnes âgées seules de continuer à vivre chez elles, en sécurité, grâce à un système de téléassistance. Avec plus de 63 000 abonnés et 84 départements couverts, Présence Verte est aujourd'hui le premier service de téléassistance en France.

➤ Stratégie de MSA Services : encore plus de proximité et de nouveaux partenariats

La proximité

La stratégie de développement de l'Offre de services sur les territoires (OST) est fondée sur la capacité de chaque caisse à identifier les besoins des territoires de vie et à y construire des réponses adaptées, en tenant compte de la diversité démographique et sociologique.

C'est pourquoi il n'est pas prévu d'adopter une gamme de services qui serait déclinée de manière descendante de la MSA Services nationale aux MSA Services locales.

Ce choix de stratégie de développement est en phase avec l'organisation décentralisée du régime agricole. Il s'agit de s'appuyer sur les atouts spécifiques de la MSA, qui dispose, grâce à son réseau d'élus et de techniciens de terrain, d'un outil exceptionnel de compréhension des modes de vie et des besoins émergents.

Les partenariats

Les MSA ont des savoirs et savoir-faire qui permettent d'identifier les acteurs pertinents du milieu rural susceptibles de s'associer au développement de nouveaux services.

La stratégie de développement de l'OST fait ainsi une large place aux partenariats mais selon une approche différente de celle mise en œuvre dans le cadre du service public : il s'agit de s'associer avec des partenaires pour constituer des structures opératrices et non pas de positionner les MSA comme de simples promoteurs ou financeurs.

Aujourd'hui, à la ville comme à la campagne, les changements de modes de vie font apparaître de nouveaux besoins. La création de 35 MSA Services et d'une MSA Services nationale en 2010 entend y répondre.

Ces nouvelles structures bénéficieront de l'expérience (expérimentation, évaluation, mutualisation) et des atouts (maillage du territoire, connaissance du terrain) des caisses de MSA.

Le développement de l'offre de services sur les territoires implique un véritable changement culturel pour la MSA qui se positionne désormais sur des champs faisant appel à l'esprit d'entreprise des acteurs du monde agricole.