



 agir ensemble

Rapport Charges et Produits MSA 2023

■ Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement
sur l'évolution des charges et des produits au titre de 2023 (loi du 13 août 2004)



Sommaire

SOMMAIRE

Synthèse	6
Liste des propositions de la MSA pour 2023	13
AXE « PREVENTION, PROMOTION DE LA SANTE ET EDUCATION A LA SANTE »	13
AXE « PREVENTION DU MAL-ETRE ».....	13
AXE « STRUCTURATION DE L'OFFRE DE SOINS SUR LES TERRITOIRES »	13
AXE « QUALITE DES PRATIQUES, PERTINENCE DES SOINS ET DES PRESCRIPTIONS D'ARRET DE TRAVAIL »	13
AXE « CONTROLE ET LUTTE CONTRE LA FRAUDE »	13
AXE « ENJEUX NUMERIQUES, SCIENCE DE LA DONNEE ET RECHERCHE EN SANTE »	13
Partie 1 : Le suivi de l'ONDAM au régime agricole	14
1.1. LES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE AU REGIME AGRICOLE EN 2021	15
1.1.1. L'évolution des soins de ville	16
1.1.2. L'évolution des dépenses au titre des établissements sanitaires et médico-sociaux	17
1.2. LES PERSPECTIVES 2022-2023 POUR L'ENVELOPPE DES SOINS DE VILLE	17
1.2.1. Les prévisions 2022	17
1.2.2. Les évolutions tendanciennes 2023 en soins de ville	20
1.3. LA CRISE SANITAIRE LIEE A LA COVID-19 ET SES IMPACTS.....	21
1.3.1. L'impact de la crise sanitaire sur les dépenses de santé	21
1.3.1.1. Les remboursements de soins de ville en 2021.....	21
1.3.1.2. L'impact des tests Covid sur les dépenses du régime agricole	29
1.3.1.3. L'impact de la vaccination contre la Covid sur les dépenses du régime agricole.....	30
1.3.1.4. L'impact des indemnités journalières Covid sur les dépenses du régime agricole.....	31
1.3.1.5. L'impact des autres actes Covid sur les dépenses du régime agricole	32
1.3.1.6. Le recours aux téléconsultations pendant la crise sanitaire	33
1.3.2. L'impact de la crise sanitaire sur le dépistage du cancer du sein et les coloscopies.....	37
1.3.2.1. L'impact de la crise sanitaire sur le dépistage et la thérapeutique du cancer du sein	37
1.3.2.2. L'impact de la crise sanitaire sur les coloscopies	41
Partie 2 : Les caractéristiques de la population agricole	42
2.1. LES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DES PERSONNES PROTEGEES EN MALADIE AU REGIME AGRICOLE	43
2.2. LES CARACTERISTIQUES SANITAIRES DES PERSONNES PROTEGEES EN MALADIE AU REGIME AGRICOLE	50
2.2.1. La cartographie des pathologies au régime agricole.....	50
2.2.2. La structure par pathologie de la dépense ONDAM au régime agricole en 2020	61
2.2.3. Evolution et comparaison des grands groupes de dépenses avec l'ensemble des régimes	68
2.2.4. Les patients en ALD au régime agricole.....	73
2.2.4.1. La prévalence des ALD au régime agricole.....	73
2.2.4.2. L'incidence des ALD au régime agricole	77
2.2.5. Les facteurs de risque de mortalité par suicide des assurés du régime agricole	81

Partie 3 : Les propositions de la MSA pour contribuer aux politiques publiques de santé	88
3.1. ACCOMPAGNER LES ASSURES PAR LA PREVENTION, LA PROMOTION DE LA SANTE ET L'EDUCATION A LA SANTE, EN PRIVILEGIANT UNE APPROCHE GLOBALE DES BESOINS DE LA PERSONNE	90
3.1.1. Une offre de prévention ciblée, en lien avec l'ensemble des acteurs de santé.....	90
3.1.2. L'accompagnement des personnes dans l'accès aux droits : le Rendez-vous Prestations MSA	102
3.2. LA PREVENTION DU MAL-ETRE ET LA LUTTE CONTRE L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL ET L'AIDE AU REPIT	104
3.2.1. La prévention du mal-être du monde agricole et rural	104
3.2.2. La lutte contre l'épuisement professionnel et l'aide au répit.....	111
3.3. POURSUIVRE L'IMPLICATION DE LA MSA DANS L'ORGANISATION DES SOINS SUR LES TERRITOIRES	114
3.4. RENFORCER LA QUALITE DES PRATIQUES ET LA PERTINENCE DES SOINS	119
3.4.1. Les actions du plan national GDR 2021 de la MSA	119
3.4.2. Les nouvelles études et propositions.....	120
3.4.2.1. Pertinence et efficience des produits de santé	120
3.4.2.2. Pertinence et qualité des actes et des parcours de soins	127
3.4.2.3. Pertinence et efficience des prescriptions d'arrêt de travail : la prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien en emploi	130
3.5. POURSUIVRE LE CONTROLE ET LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE	134
3.5.1. Le bilan de la lutte contre la fraude 2021 de la MSA dans le domaine santé	134
3.5.2. Les actions de contrôles LCF/GDR sur les centres de santé ophtalmologiques et dentaires.....	137
3.5.3. Contrôler les avulsions de racines dentaires incluses	137
3.6. REpondre AUX ENJEUX NUMERIQUES, DEVELOPPER LA SCIENCE DE LA DONNEE ET PROMOUVOIR LA RECHERCHE EN SANTE.....	140
3.6.1. Contribuer au développement du numérique en santé.....	140
3.6.2. Développer des travaux de recherche en partenariat	141
Annexes	145
Annexe 1 : Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2022	146
1.1. AXE « PREVENTION, PROMOTION DE LA SANTE ET EDUCATION A LA SANTE »	146
1.2. AXE « STRUCTURATION DE L'OFFRE DE SOINS SUR LES TERRITOIRES »	149
1.3. AXE « QUALITE DES PRATIQUES ET PERTINENCE DES SOINS ».....	150
1.4. AXE « CONTROLE ET LUTTE CONTRE LA FRAUDE ».....	150
1.5. AXE « ENJEUX NUMERIQUES, SCIENCE DE LA DONNEE ET RECHERCHE EN SANTE »	151
Annexe 2 : La cartographie des pathologies au régime agricole	154
Annexe 3 : Définitions et algorithmes des groupes de pathologies qui composent la dépense estimée.....	156
Annexe 4 : Les effectifs et taux de prévalence et d'incidence bruts des patients en ALD au régime agricole	158
4.1. EFFECTIFS ET TAUX DE PREVALENCE	158
4.2. EFFECTIFS ET TAUX D'INCIDENCE	159
Annexe 5 : Les actions du plan national GDR maladie 2021	160

5.1. PREVENTION	160
5.2. STRUCTURATION DE L'OFFRE DE SOINS.....	160
5.2.1. Mise sous accord préalable des établissements-chirurgie ambulatoire.....	160
5.2.2. PRADO.....	160
5.2.2.1. Maternité.....	161
5.2.2.2. Chirurgie-orthopédie	162
5.2.2.3. Insuffisance cardiaque (IC)	162
5.2.2.4. Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO).....	162
5.2.2.5. Accident Vasculaire Cérébral et Accident Ischémique Transitoire (AVC/AIT).....	162
5.2.2.6. Personnes âgées	163
5.2.3. Action d'accompagnement du parcours de santé en milieu rural : accompagnement des structures d'exercice coordonné.....	163
5.3. PERTINENCE ET EFFICIENCE DES PRODUITS DE SANTE	163
5.3.1. Liste des Produits et Prestations	163
5.3.1.1. Contrôle systématique des demandes d'accord préalable de grand appareillage orthopédique 163	163
5.3.2. Sensibilisation aux associations de médicaments contre-indiqués (AMCI)	164
5.4. PERTINENCE ET QUALITE DES ACTES.....	165
5.4.1. Gestion des demandes d'accord préalable (DAP).....	165
5.4.2. Actes dentaires : accompagnement des professionnels de santé en odontologie au bilan parodontal chez les assurés en ALD 8.....	166
5.4.3. Actes dentaires : vérification des bonnes pratiques avec la réalisation de radiographie lors du traitement radiculaire en endodontie	166
5.4.4. Actes dentaires : vérification du non cumul d'une consultation avec un acte CCAM ou un bilan bucco-dentaire dans la même séance.....	166
5.5. PERTINENCE ET EFFICIENCE DES PRESCRIPTIONS D'ARRETS DE TRAVAIL ET DE TRANSPORTS.....	167
5.5.1. Contrôle des arrêts de travail répétitifs	167
5.5.2. Ciblage des pathologies lombaires et psychiatriques dans le cadre du contrôle des arrêts de travail	168
5.6. LE CONTROLE ET LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE.....	168
5.6.1. Arrêts de travail	168
5.6.1.1. Contrôle du respect du délai d'envoi.....	168
5.6.1.2. Contrôle de la qualité du prescripteur en cas de prolongation.....	169
5.6.2. Transports : action GDR-LCF	169
5.6.3. Actes infirmiers.....	170
5.6.3.1. Contrôle du respect de la règle de non cumul des AIS3.....	170
5.6.3.2. Contrôle de la justification médicale des majorations de nuit facturées.....	170
5.6.4. Actes dentaires : contrôle d'un acte CCAM au choix de la caisse	171
5.6.5. Tarification à l'activité (T2A) – programme de contrôle	172
5.6.6. Contrôle des EHPAD.....	172
5.6.6.1. Programme de contrôle des EHPAD.....	172

5.6.6.2. Programme de contrôle EHPAD LPP	172
5.6.7. Contrôle du respect des règles de facturation par les infirmiers libéraux (ou centres de santé) intervenant auprès des assurés pris en charge par les SSIAD.....	172
5.6.8. Hospitalisation à domicile (HAD)	173
5.6.9. Signalements et actions locales de LCF.....	173
5.7. AUTRES ACTIONS LOCALES	174
5.8. MUTUALISATION DU RECOURS CONTRE TIERS.....	174

Synthèse

Synthèse

Aux termes de l'article 39 de la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, codifié à l'article L111-11 du Code de la sécurité sociale, « *l'Union nationale des caisses d'assurance maladie transmet avant le 15 juin de chaque année au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement des propositions relatives à l'évolution des charges et des produits de la Caisse nationale de l'assurance maladie et de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. Ces propositions tiennent compte des objectifs de santé publique.* ».

Chaque année, le rapport « Charges et Produits » de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) est soumis à l'approbation du Conseil central. S'il est adopté, il est présenté à l'UNCAM puis adressé au Gouvernement et au Parlement, en même temps que le rapport de la CNAM.

Le rapport de la MSA pour 2023 présente les propositions de la MSA pour contribuer aux politiques publiques de santé. Ces propositions cherchent à accroître l'efficacité du système de santé au bénéfice des ressortissants agricoles et s'inscrivent dans un cadrage financier contraint par l'objectif national des dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM). Ces propositions visent également à conforter le rôle de la MSA en tant qu'acteur du monde rural ainsi que son approche globale de la santé pour apporter une réponse adaptée aux besoins de la personne et à son territoire de vie.

Le rapport Charges et Produits de la MSA pour 2023 comporte trois parties :

- Le suivi de l'ONDAM et l'impact de la crise sanitaire liée à la Covid-19 sur les dépenses de santé, ainsi que sur le dépistage du cancer du sein et les actes diagnostiques,
- Les caractéristiques démographiques et sanitaires de la population agricole,
- Les propositions de la MSA pour contribuer aux politiques publiques de santé structurées selon les axes de la stratégie nationale de santé 2018-2022, du PNGDRESS 2021-2022 et du plan ONDAM 2018-2022.

En **Annexe 1** du rapport est présenté un suivi des propositions formulées dans le rapport Charges et Produits de la MSA pour 2022.

Les propositions du rapport 2023 feront également l'objet d'un suivi spécifique.

1. La première partie du rapport présente le suivi de l'ONDAM et l'impact de la crise sanitaire liée à la Covid-19 sur les dépenses de santé, le dépistage du cancer du sein et les actes diagnostiques

Les dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM se sont élevées à 239,5 milliards d'euros en 2021 (+ 8,4 % après + 9,4 % en 2020), en dépassement de 14,1 milliards d'euros par rapport à l'objectif initial de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2021, dont 13,7 milliards d'euros correspondant aux mesures exceptionnelles liées à la crise sanitaire.

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 11,52 milliards d'euros en 2021. Elles sont en baisse de 9,2 % par rapport aux dépenses de 2020.

Ce recul des dépenses provient essentiellement du transfert d'une grande partie du champ médico-social vers la 5^{ème} branche de la Sécurité sociale dédiée à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Les prestations exécutées en établissement de santé baissent de 22,3 %, les prestations exécutées en ville, quant à elles, augmentent de 8,0 %. Ce rebond s'explique principalement par un faible recours aux soins de ville en 2020, une année marquée par le début de la crise sanitaire de la Covid-19 et les différentes mesures de confinement.

Les prestations exécutées en établissement de santé et en ville représentent respectivement 47,3 % et 47,4 % des dépenses du régime agricole suivant le champ de l'ONDAM en 2021.

La LFSS pour 2022 fixe l'ONDAM pour les quatre années à venir et retient une évolution annuelle de **- 1,0 % pour 2022**, du fait de moindres surcoûts liés à la crise sanitaire. Pour les années suivantes, les évolutions prévisionnelles s'établissent à + 2,4 % en 2023, puis + 2,3 % en 2024 et 2025. S'agissant des soins de ville, l'évolution est fixée à - 2,3 % en 2022.

Pour l'ensemble du régime agricole, les prévisions relatives aux dépenses de **soins de ville** sur le champ de l'ONDAM 2022, à savoir les remboursements de soins de santé liés à la maladie, à la maternité et aux accidents du travail, hors indemnités journalières maternité et rentes accidents du travail, s'élèveraient à 5,5 milliards d'euros, en **baisse de 0,2 %**.

Depuis le début de la crise sanitaire en mars 2020 et jusqu'au mois de février 2022, le régime agricole a remboursé 275 millions d'euros pour la réalisation de tests de dépistages ou sérologiques en ville. Cela représente 2,8 % des montants remboursés de soins de ville sur l'ensemble de la période. L'impact des tests Covid s'élève à + 2,1 points sur l'évolution des remboursements de soins de ville sur douze mois glissants (février 2021-février 2022).

Au régime agricole, le taux de vaccination contre la Covid-19 (hors doses de rappel) est estimé à 79,1 % selon les données arrêtées au 6 mars 2022 (84,4 % chez les non-salariés et 75,7 % chez les salariés). En population générale, ce taux est de 79,2 %. Le coût pour le régime agricole de la vaccination de ses ressortissants contre la Covid-19 est de 63,4 millions d'euros en 2021.

Par ailleurs, fin février 2022, le nombre d'actes de téléconsultations remboursés par le régime agricole est de 323 528 sur douze mois glissants, soit un nombre deux fois moins élevé que celui observé sur la même période de l'année précédente.

Pendant la crise sanitaire en 2020, en raison de la fermeture des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers, les démarches de **dépistage des cancers** ont été ralenties. Les trois programmes nationaux de dépistage (cancers colorectaux, de l'utérus et du sein) ont été suspendus.

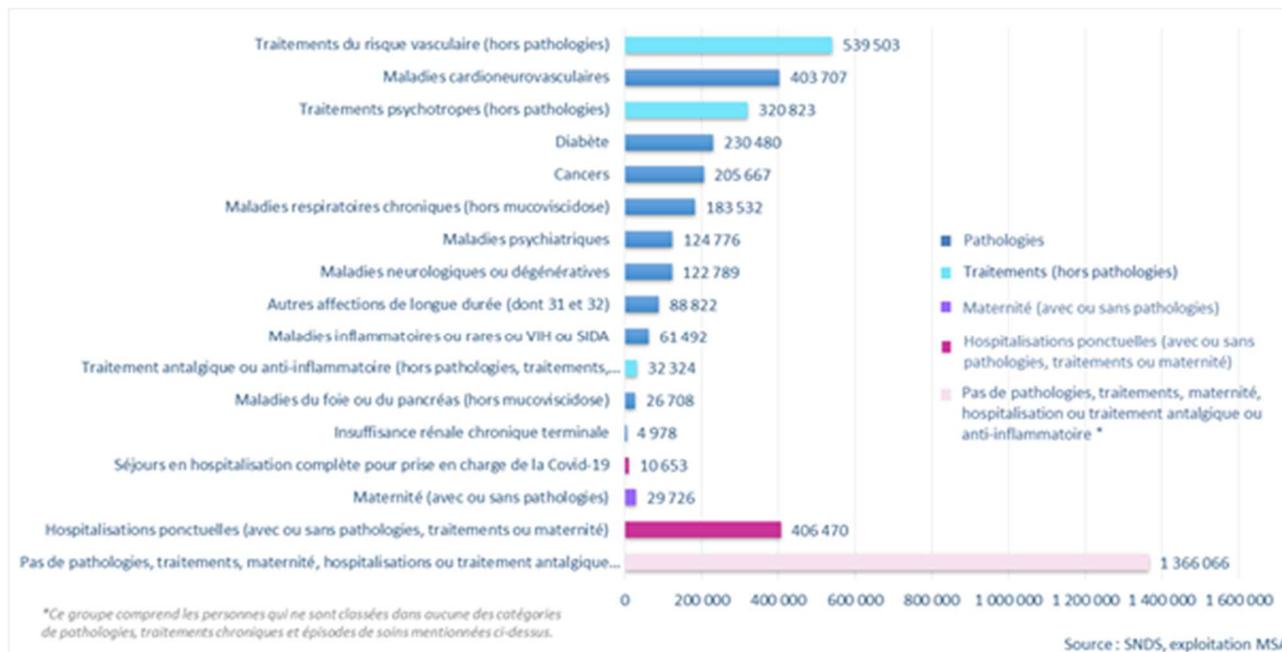
Entre 2017 et 2019, en moyenne annuelle 103 700 femmes du régime agricole bénéficient de **mammographie de dépistage**. Elles ne sont que 87 000 en 2020 et 103 100 en 2021.

Enfin, près de 31 000 personnes du régime agricole ont bénéficié d'une coloscopie en 2020, un effectif en baisse de 19 % sur un an.

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

Une première étude expose la cartographie actualisée des pathologies dont sont atteints les patients du régime agricole. En 2020, parmi les 2,9 millions de personnes du régime agricole consommant des soins, un assuré sur trois souffre d'au moins une pathologie (33 %). Les pathologies affectant le plus d'assurés du régime sont les maladies cardionéurovasculaires, le diabète et les cancers. Par ailleurs, les traitements chroniques (hors pathologies) les plus fréquents concernent le risque vasculaire (539 503 assurés) et le traitement psychotrope (320 823 assurés) (**Graphique 1**).

Graphique 1 :
Nombre de consommateurs du régime agricole affectés par une pathologie ou un épisode de soins



Une deuxième étude analyse la **structure par pathologie des dépenses relevant de l'ONDAM au régime agricole**. En 2020, 10,43 milliards d'euros ont été remboursés par le régime agricole pour la prise en charge des dépenses de santé de 2,89 millions de personnes assurées au régime agricole et consommant des soins. Certaines pathologies représentent une proportion particulièrement importante des dépenses de santé au régime agricole¹.

Le premier poste le plus important en termes de dépenses concerne les **hospitalisations ponctuelles** qui représentent à elles seules 18,7 % de la dépense en 2020, soit 2 milliards d'euros pour la prise en charge de plus de 406 000 assurés. Les **maladies cardiovasculaires** constituent le second poste de dépenses pour lesquelles 1,75 milliard d'euros a été pris en charge par le régime agricole pour 403 000 assurés. Les **cancers** représentent près de 13,8 % des dépenses (1,44 milliard d'euros), notamment les cancers actifs (12,4 % des dépenses) pour lesquels 90 000 personnes ont été prises en charge. Les **maladies psychiatriques et les traitements psychotropes** représentent 12,3 % des dépenses, soit 1,28 milliard d'euros remboursés pour près de 446 000 personnes.

Entre 2016 et 2020, la dépense totale suivant le champ de l'ONDAM a augmenté de 0,1 % en moyenne chaque année entre 2016 et 2019 et de 8 % entre 2019 et 2020. Sur une période de 5 ans, la hausse des dépenses s'établit à 780 millions d'euros, passant de 9,65 milliards d'euros en 2016 à 10,43 milliards d'euros pris en charge en 2020. Cette hausse concerne la quasi-totalité des groupes de pathologies.

Une troisième étude s'intéresse à l'évolution des grands groupes de dépenses et compare ces grands groupes avec l'ensemble des régimes. Les postes les plus importants en termes de dépenses sont identiques à ceux de l'ensemble des régimes mais l'ordre de classement n'est pas le même.

¹ Les dépenses correspondent aux prestations prises en charge par le régime agricole relevant du champ de l'ONDAM. La dépense du régime agricole affectée à chaque pathologie et groupe de pathologies est calculée sur la base du montant moyen par assuré de la dépense « Tous régimes » et du nombre d'assurés MSA, puis ajustée au montant de l'ONDAM pour la MSA.

Une quatrième étude traite des **affections de longue durée (ALD)**. Avec près de 689 000 personnes exonérées du ticket modérateur au titre d'au moins une ALD, le taux de prévalence brut atteint 22,0 % au régime agricole à fin 2021. Les ALD les plus fréquentes sont le diabète (5,8 %), l'insuffisance cardiaque grave (4,6 %), les cancers (4,3 %), la maladie coronaire (3,1 %) et les affections psychiatriques de longue durée (1,9 %). Ainsi, 60 % des patients en ALD sont concernés par l'une des trois principales ALD.

Enfin, une étude analyse les facteurs de risque de mortalité par suicide des assurés agricoles sur la période 2016-2017. Sur la période 2015-2017, on dénombre 522 décès par suicide en moyenne par an au régime agricole. À partir d'un modèle de Cox permettant d'évaluer toutes choses égales par ailleurs les éventuels sur-risques de mortalité par suicide, l'étude montre que certaines caractéristiques individuelles (âge, sexe, région de résidence, régime, secteur d'activité dominant de la commune, pathologies, hospitalisation, arrêts de travail, rentes AT/MP et pensions d'invalidité) ont un impact significatif.

3. La troisième partie du rapport rassemble les propositions de la MSA pour contribuer aux politiques publiques de santé

Seize propositions viennent conforter les lignes directrices de la stratégie en matière de santé de la MSA et s'inscrivent dans six axes en lien avec les thématiques de la stratégie de l'État.

En matière de prévention, promotion de la santé et d'éducation à la santé, la MSA entend continuer à renforcer ses programmes nationaux de prévention santé. De nouvelles actions seront conçues ou conduites, telles l'action pour les aidants intitulée « Instants aidants », le développement et l'évaluation d'actions de lutte contre les addictions, la promotion des dépistages organisés des cancers auprès des assurés en complémentarité des actions régionales et la promotion de la vaccination antigrippale par la réalisation d'entretiens motivationnels ciblés vers les femmes primo-vaccinantes. L'accompagnement sur les territoires des porteurs de projets de la société civile et du groupe MSA dans le montage d'actions de prévention et d'éducation sanitaire et sociale fait aussi partie des propositions de mise en œuvre.

Sur l'axe prévention du mal-être, la MSA contribuera au plan interministériel pour la prévention du mal-être et l'accompagnement des agriculteurs et salariés agricoles. Elle optimisera ses dispositifs institutionnels et leur pilotage en matière de prévention du mal-être et d'accompagnement des populations agricoles. Enfin, elle améliorera le dispositif de lutte contre l'épuisement professionnel et l'aide au répit avec le lancement du parcours d'accompagnement renforcé pour les actifs non-salariés et salariés agricoles.

Dans la structuration de l'offre de soins sur les territoires, la MSA poursuivra l'accompagnement du développement des structures d'exercice coordonné, qu'il s'agisse de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, d'équipes de soins primaires ou de centres de santé. En complément, elle propose de développer l'accompagnement, par les caisses de MSA, des hôpitaux de proximité et des CPTS des territoires ruraux pour favoriser les relations entre les deux types de structures et fluidifier les parcours de santé.

La MSA développe également des actions de gestion du risque. En termes de qualité des pratiques, de pertinence des soins et des prescriptions d'arrêt de travail, elle propose de renforcer l'accompagnement des praticiens réalisant des actes bucco-dentaires dans l'application des bonnes pratiques, de contribuer au déploiement du parcours insuffisance cardiaque mené par l'Assurance Maladie et d'accompagner les assurés du régime agricole dans le cadre du parcours global pour la prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien en emploi.

En matière de lutte contre la fraude, elle contrôlera d'une part, dans le cadre de l'inter-régime les centres de santé ophtalmologiques et dentaires et d'autre part, les avulsions de racines dentaires incluses.

Enfin, pour répondre aux **enjeux numériques et soutenir la recherche en santé**, la MSA contribuera à la mise en place de la feuille de route du numérique en santé dans le cadre de l'inter-régime et développera des travaux de recherche sur les thématiques sanitaires en lien avec le mal-être, l'environnement et les pratiques professionnelles.

Liste des propositions de la MSA pour 2023

Liste des propositions de la MSA pour 2023

Axe « Prévention, promotion de la santé et éducation à la santé »

Proposition 1 : Concevoir la nouvelle action pour les aidants intitulée « Instants aidants »

Proposition 2 : Développer l'offre et évaluer l'impact de l'existant en termes d'actions de lutte contre les addictions menées par la MSA (entretien motivationnel à l'arrêt du tabac ; nouvelle action collective seniors sur la prévention des conduites addictives)

Proposition 3 : Promouvoir les dépistages organisés des cancers auprès des assurés en complémentarité des actions régionales menées par les Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC)

Proposition 4 : Accompagner sur les territoires les porteurs de projets de la société civile et du groupe MSA dans le montage d'action de prévention et d'éducation sanitaire et sociale

Proposition 5 : Promouvoir la vaccination antigrippale par la réalisation d'entretiens motivationnels ciblés vers les femmes primo-vaccinantes

Axe « Prévention du mal-être »

Proposition 6 : Contribuer au plan interministériel pour la prévention du mal-être et l'accompagnement des agriculteurs et salariés agricoles

Proposition 7 : Optimiser les dispositifs institutionnels et leur pilotage en matière de prévention et d'accompagnement du mal-être des populations agricoles

Proposition 8 : Améliorer le dispositif de lutte contre l'épuisement professionnel et l'aide au répit avec le lancement du parcours d'accompagnement renforcé pour les actifs non-salariés et salariés agricoles

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

Proposition 9 : Développer l'accompagnement par les caisses de MSA des hôpitaux de proximité et des communautés professionnelles de santé (CPTS) des territoires ruraux pour potentialiser les relations entre les deux types de structures et fluidifier les parcours de santé

Axe « Qualité des pratiques, pertinence des soins et des prescriptions d'arrêt de travail »

Proposition 10 : Renforcer l'accompagnement des praticiens réalisant des actes bucco-dentaires dans l'application des bonnes pratiques

Proposition 11 : Contribuer au déploiement du parcours insuffisance cardiaque

Proposition 12 : Accompagner les assurés du régime agricole dans le cadre du parcours global pour la prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien en emploi

Axe « Contrôle et lutte contre la fraude »

Proposition 13 : Contrôler les Centres de santé ophtalmologiques et dentaires dans le cadre de l'inter-régime

Proposition 14 : Contrôler les avulsions de racines dentaires incluses

Axe « Enjeux numériques, science de la donnée et recherche en santé »

Proposition 15 : Contribuer à la mise en place de la feuille de route du numérique en santé dans le cadre de l'inter-régime

Proposition 16 : Développer des travaux de recherche sur les thématiques sanitaires en lien avec le mal-être, l'environnement et les pratiques professionnelles

Partie 1 :

Le suivi de l'ONDAM au régime agricole

1.1. Les prestations prises en charge au régime agricole en 2021

La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2021 avait fixé l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'exercice 2021 à 225,4 milliards d'euros. Du fait de la crise sanitaire, l'objectif a été porté à 238,8 milliards d'euros en LFSS 2022.

Les dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM se sont élevées à 239,5 milliards d'euros en 2021 (+ 8,4 % après + 9,4 % en 2020), en dépassement de 14,1 milliards d'euros par rapport à l'objectif initial de la LFSS pour 2021, dont 13,7 milliards d'euros correspondant aux mesures exceptionnelles liées à la crise sanitaire.

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 11,52 milliards d'euros en 2021. Elles sont en baisse (- 9,2 %) par rapport aux dépenses de 2020 (**Tableau 1**).

Ce recul des dépenses provient essentiellement du transfert d'une grande partie du champ médico-social vers la 5^{ème} branche de la Sécurité sociale dédiée à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Les prestations exécutées en établissement de santé totalisent 5,45 milliards d'euros en 2021 soit une diminution de 22,3 % par rapport à 2020. Les prestations exécutées en ville s'élèvent à 5,46 milliards d'euros en 2021, en hausse de 8,0 %.

Les prestations exécutées en établissement de santé et en ville représentent respectivement 47,3 % et 47,4 % des dépenses du régime agricole suivant le champ de l'ONDAM en 2021.

Tableau 1 :
Prestations champ ONDAM en 2021 - Montants en millions d'euros

	Régime Agricole		Non-salariés		Salariés	
	Montants	Evolution	Montants	Evolution	Montants	Evolution
Honoraires des médecins généralistes	302,6	2,9%	148,4	-0,3%	154,2	6,3%
Honoraires des médecins spécialistes	566,4	9,8%	263,3	6,9%	303,1	12,4%
Honoraires des dentistes	170,5	20,1%	69,3	17,2%	101,3	22,1%
Honoraires paramédicaux	1 043,1	3,8%	677,2	0,6%	365,9	10,0%
dont honoraires des infirmiers	769,1	0,6%	531,0	-1,9%	238,0	6,4%
dont honoraires des masseurs kinésithérapeutes	227,3	13,0%	130,1	10,0%	97,2	17,2%
Biologie	290,7	30,7%	134,0	23,7%	156,7	37,3%
Transports	317,5	16,5%	178,1	13,3%	139,5	21,0%
Produits de santé	1 760,3	8,1%	956,5	4,9%	803,8	12,2%
dont produits de la LPP	470,0	6,1%	274,5	3,7%	195,5	9,5%
dont médicaments	1 290,3	8,9%	682,0	5,4%	608,2	13,1%
Autres prestations (autres honoraires, cures thermales...)	106,0	-5,2%	64,5	-4,1%	41,5	-6,8%
Autres charges (*)	233,2	38,4%	138,1	37,3%	95,1	40,0%
TOTAL SOINS DE VILLE hors Indemnités Journalières	4 790,3	9,9%	2 629,3	6,4%	2 161,1	14,4%
Indemnités journalières	673,8	-3,9%	108,1	-6,4%	565,7	-3,4%
TOTAL SOINS DE VILLE	5 464,2	8,0%	2 737,4	5,8%	2 726,8	10,2%
Etablissements hors médico-sociaux (y compris FMESPP)	5 443,8	8,7%	3 381,5	7,8%	2 062,2	10,0%
Etablissements médico-sociaux	1,9	-99,9%	0,7	-99,9%	1,2	-99,8%
dont Etablissements pour personnes âgées	-	-100,0%	-	-100,0%	-	-100,0%
dont Etablissements pour personnes handicapées	1,9	-99,6%	0,7	-98,9%	1,2	-99,7%
TOTAL PRESTATIONS EXECUTEES EN ETABLISSEMENT	5 445,7	-22,3%	3 382,2	-23,0%	2 063,5	-21,3%
Autres prises en charges et FIR (dont participation ANSP)	614,5	0,5%	369,9	-0,3%	244,7	1,6%
TOTAL CHARGES ONDAM	11 524,4	-9,2%	6 489,4	-11,7%	5 034,9	-5,7%

Source : MSA

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

Les dépenses suivant le champ de l'ONDAM pour le régime des **non-salariés agricoles** s'élèvent à 6,49 milliards d'euros en 2021, en baisse de 11,7 % sur un an.

Les dépenses des prestations exécutées en établissements des non-salariés agricoles (52,1 % des dépenses) reculent de 23,0 % du fait du transfert d'une grande partie du champ médico-social vers la 5^{ème} branche. A l'inverse, les dépenses de soins de ville des non-salariés agricoles progressent de 5,8 %, en raison d'une année 2020 atypiquement faible du fait des prestations non réalisées pendant la crise, notamment pendant les épisodes de confinement.

Les dépenses suivant le champ de l'ONDAM pour le régime des **salariés agricoles** enregistrent une baisse de 5,7 % par rapport à 2020, pour un montant total de 5,03 milliards d'euros.

Les dépenses en établissements (41,0 % des dépenses totales de ce régime) baissent de 21,3 % en un an, avec la bascule de certaines dépenses des établissements médico-sociaux vers la 5^{ème} branche de la Sécurité sociale. Les remboursements de soins de ville des salariés agricoles, qui représentent 54,2 % de la dépense totale, augmentent de 10,2 % en 2021 du fait de l'année 2020 atypiquement basse.

1.1.1. L'évolution des soins de ville

Les dépenses de soins de ville du régime agricole suivant le champ de l'ONDAM évoluent de 8,0 % en 2021 après + 0,7 % l'année précédente. Ce rebond s'explique principalement par un faible recours aux soins de ville en 2020, une année marquée par le début de la crise sanitaire de la Covid-19 et les différentes mesures de confinement.

En 2021, à l'exception des versements d'indemnités journalières (IJ), l'ensemble des postes de dépenses de soins de ville enregistrent des évolutions plus fortes que celles observées en 2020.

Les honoraires des médecins généralistes, des médecins spécialistes, des dentistes ainsi que les honoraires paramédicaux du régime agricole connaissent des évolutions supérieures à celles de l'année précédente, de respectivement + 10,1 points, + 19,1 points, + 28,7 points et + 4,6 points. Cette dynamique des dépenses s'explique par une reprise après les fortes baisses observées en 2020 en raison des annulations et/ou reports des soins ou de la fermeture de certains cabinets. Toujours largement majorés par les dépistages massifs de la Covid-19, les remboursements d'actes de biologie ont encore accentué leur fort rythme de progression en 2021 : + 30,7 % après + 27,3 % en 2020. Les produits de la LPP et les médicaments connaissent également des évolutions supérieures à celles de l'année précédente, de respectivement + 6,9 points et + 6,3 points. Pour la LPP, plutôt que des conséquences de la crise sanitaire, cette progression est à rapprocher de l'impact de la réforme du 100 % Santé.

A contrario, les versements d'indemnités journalières diminuent de 3,9 %, évolution qui perd 18,9 points par rapport à 2020, année fortement majorée par la mise en place des indemnités journalières dérogatoires dans le cadre de la pandémie de la Covid-19. Ces IJ dérogatoires, en particulier celles concernant les gardes d'enfants, ont été moins fréquemment utilisées en 2021, les écoles étant en général restées ouvertes.

Les dépenses de soins de ville pour les **non-salariés agricoles** enregistrent une hausse de 5,8 % en 2021. Les postes dont l'évolution des remboursements s'accroît le plus en 2021 sont les honoraires des dentistes avec une évolution qui gagne 27 points par rapport à 2020 et les honoraires des masseurs-kinésithérapeutes (+ 24,6 points). A l'inverse, l'évolution des honoraires des infirmiers perd 4,5 points en un an et celle des indemnités journalières, 13,3 points.

Pour le régime des **salariés agricoles**, les dépenses de soins de ville progressent en 2021 de 10,2 %. Les postes contribuant le plus à la dynamique des dépenses de soins de ville sont les remboursements des médicaments (dynamique en grande partie liée aux remboursements de masques et des tests antigéniques dans le cadre de la crise sanitaire) et les remboursements d'actes de biologie avec des contributions respectives de 2,8 points et 1,7 point.

1.1.2. L'évolution des dépenses au titre des établissements sanitaires et médico-sociaux

Les dépenses du régime agricole au titre des établissements baissent de 22,3 % en 2021, avec un recul de 23,0 % pour le régime des non-salariés agricoles et de 21,3 % pour le régime des salariés agricoles (**Tableau 2**). Cette forte diminution résulte du transfert d'une grande partie des dépenses du médico-social vers la 5^{ème} branche.

Tableau 2 :
Évolution des dépenses par type d'établissements en 2021

	Total (y compris FMESPP)	Établissements publics de santé (hors FMESPP)	Établissements privés de santé (hors FMESPP)	Établissements médico-sociaux
Régime agricole	-22,3%	8,5%	5,6%	-99,9%
Non-salariés	-23,0%	8,2%	1,9%	-99,9%
Salariés	-21,3%	9,1%	10,5%	-99,8%

Source : MSA

Les dépenses au titre des établissements publics de santé progressent de 8,5 % en 2021 après + 22,8 % en 2020. Ce niveau, encore en hausse après la forte augmentation de 2021, résulte, comme l'année dernière, principalement des mesures liées à la Covid-19 et s'observe aussi bien dans le régime des non-salariés (8,2 %) que dans le régime des salariés (9,1 %).

Les remboursements de soins en établissements privés de santé augmentent de 5,6 % avec 1,9 % pour le régime des non-salariés et 10,5 % pour celui des salariés, évolutions également à rapprocher de la crise sanitaire.

Les dépenses au titre des établissements médico-sociaux baissent de 99,9 % du fait du transfert d'une grande partie des dépenses vers la 5^{ème} branche.

1.2. Les perspectives 2022-2023 pour l'enveloppe des soins de ville

1.2.1. Les prévisions 2022

La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2022 fixe l'Objectif national des dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) pour les quatre années à venir et retient pour 2022 un montant de 236,8 milliards d'euros, soit un **repli** prévisionnel de **1,0 %** par rapport à 2021 à champ constant, du fait de moindres surcoûts liés à la crise sanitaire. Pour les années suivantes, les évolutions retenues en LFSS s'établissent à + 2,4 % en 2023, puis + 2,3 % en 2024 et 2025.

S'agissant de l'enveloppe **soins de ville**, l'évolution prévisionnelle pour 2022 est fixée à **- 2,3 %**.

Pour l'**ensemble du régime agricole**, les prévisions relatives aux dépenses de **soins de ville** sur le champ de l'ONDAM 2022, à savoir les remboursements de soins de santé liés à la maladie, à la maternité et aux accidents du travail, hors indemnités journalières maternité et rentes accidents du travail, s'élèveraient à **5,5 milliards d'euros**, soit une **baisse de 0,2 %** (Tableau 3).

Sur le champ des **soins de santé** hors indemnités journalières (IJ), la diminution des dépenses s'établirait à **- 0,9 %**, sous l'hypothèse d'un rebond pandémique en fin d'année d'ampleur similaire à celui de l'année dernière et d'un retour à des niveaux de remboursements de soins hors Covid comparables à la tendance avant le déclenchement de la crise sanitaire. Cette évolution prévisionnelle prend en compte un impact de 3,8 points des surcoûts liés à la lutte contre la pandémie (tests, vaccins).

À l'inverse, les versements d'**indemnités journalières** renoueraient avec la croissance en 2022 (+ **4,1 %**), après une baisse en 2021 en contrecoup des montants 2020 fortement majorés par le recours aux indemnités dérogatoires pendant le 1^{er} confinement (fermeture des écoles). La progression prévisionnelle des IJ en 2022 tient compte d'un impact Covid de + 4,4 points.

Tableau 3 :
Prévisions 2022 du champ ONDAM, enveloppe des soins de ville pour le régime agricole, le régime des non-salariés et celui des salariés (taux d'évolution)

Évolution prévisionnelle 2022	Régime Agricole	Non-salariés	Salariés
Honoraires des médecins généralistes	-1,8%	-4,9%	+1,1%
Honoraires des médecins spécialistes	+0,7%	-1,2%	+2,4%
Honoraires des dentistes	+3,7%	+2,5%	+4,5%
Honoraires paramédicaux	+0,4%	-0,4%	+1,9%
dont honoraires des infirmiers	+0,2%	-0,4%	+1,6%
dont honoraires des masseurs kinésithérapeutes	+0,6%	-0,5%	+2,0%
Biologie	-12,3%	-12,8%	-11,8%
Transports	+1,5%	-1,8%	+5,7%
Produits de santé	-1,0%	-1,3%	+5,3%
dont produits de la LPP	-1,2%	-1,8%	-0,3%
dont pharmacie	-0,9%	-2,8%	+1,2%
Autres prestations (*)	+4,3%	+3,2%	+6,1%
Autres charges (**)	-2,6%	-3,4%	-1,5%
TOTAL hors indemnités journalières	-0,9%	-2,2%	+0,8%
Indemnités journalières	+4,1%	+2,6%	+4,4%
TOTAL SOINS DE VILLE	-0,2%	-2,0%	+1,6%

Source : MSA

(*) Autres prestations : forfait patientèle médecin traitant (FPMT), 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, pesticides.

Pour le **régime des non-salariés agricoles**, les prévisions relatives aux dépenses de **soins de ville** du champ de l'ONDAM 2022 s'élèveraient à 2,7 milliards d'euros, en baisse de **2,0 %**, après + 5,8 % en 2021.

Les **mesures d'économies** prises en compte sur les soins de ville atteindraient **53,1 millions** d'euros, pour un impact attendu de - 1,9 point sur l'évolution prévisionnelle du régime. Elles seraient toutefois contrebalancées par des **surcoûts** évalués à **81,0 millions** d'euros (lutte contre la Covid-19, revalorisations tarifaires pour les professionnels de santé, etc.), avec un impact de + 3,0 points. La combinaison de ces deux effets conduit à une contribution nette à l'évolution des soins de ville de + 1,0 point.

S'agissant des **médicaments et des dispositifs médicaux**, les mesures d'économies escomptées, sous forme de baisses de prix et des mesures de maîtrise des dépenses, atteindraient 37,5 millions d'euros, tandis que les surcoûts attendus s'établiraient à 14,2 millions d'euros, conduisant à un impact net de - 2,4 points. Ainsi, les remboursements de produits de santé **se réduiraient de 1,3 %** en 2022, après une croissance de 4,9 % en 2021.

Après un rebond en 2021, les **honoraires médicaux et dentaires** diminueraient de 1,8 % en 2022, revenant sur une tendance hors Covid sensiblement orientée à la baisse. Parallèlement, les honoraires d'**auxiliaires médicaux** reculeraient de nouveau (- 0,4 %), après une croissance de 0,6 % en 2021, en contrecoup de l'année précédente marquée par les fermetures de cabinets paramédicaux.

Concernant la **biologie** médicale, massivement majorée par les tests de dépistage de la Covid en 2020 et 2021, les remboursements désenfleraient en 2022, passant de + 23,7 % à **- 12,8 %**. Les montants remboursés ne seraient pas pour autant bas, demeurant largement supérieurs au niveau d'avant crise sanitaire, sous l'hypothèse d'un rebond pandémique en fin d'année.

En progression de 2,6 %, les versements d'**indemnités journalières** resteraient majorés par les IJ liées à la Covid, à hauteur de 1,8 point.

Pour le **régime des salariés agricoles**, les prévisions relatives aux dépenses de **soins de ville** sur le champ de l'ONDAM 2022 s'élèveraient à **2,8 milliards** d'euros, en progression de **1,6 %** (après + 10,2 % en 2021).

Les **mesures d'économies** prévues atteignent **49,7 millions** d'euros, jouant à la baisse sur l'évolution des remboursements 2022 pour 1,8 point. Les **surcoûts** prévisionnels s'établiraient à **142,3 millions** d'euros, portant l'impact net de ces effets sur l'évolution des dépenses du régime à + 3,4 points.

Sur le champ des **produits de santé**, les surcoûts prévisionnels (41,3 millions d'euros) dépasseraient les économies escomptées (32,9 millions d'euros). La progression des remboursements serait ainsi majorée de 1,0 point, atteignant + **5,3 %** (après + 12,2 % en 2021).

Après des évolutions contrastées en 2020 et 2021 en lien avec la crise sanitaire, les **honoraires médicaux et dentaires** reviendraient sur une dynamique plus comparable à leur tendance avant Covid, avec une progression de **2,4 %**. S'agissant des soins d'**auxiliaires médicaux**, leur croissance décélérerait fortement (+ **1,9 %** après + 10,0 %), le contrecoup des fermetures de cabinets en 2020 ne jouant plus à la hausse sur l'évolution 2022.

S'agissant des analyses de **biologie médicale**, les remboursements, exceptionnellement hauts en 2020 et 2021 en lien avec les tests Covid, **diminueraient de 11,8 %** en 2022 ; ils n'en resteraient pas moins très élevés au regard des montants remboursés avant crise sanitaire.

Après la baisse exceptionnelle de 2021 (- 3,4 %) en contrecoup de la croissance hors norme de 2020, les **indemnités journalières** renoueraient avec la croissance en 2022 (+ 4,4 %).

1.2.2. Les évolutions tendanciennes 2023 en soins de ville

Pour l'ensemble du régime agricole, les prévisions tendanciennes² relatives aux dépenses de soins de ville sur le champ de l'ONDAM s'établissent à **6,5 milliards** d'euros pour 2023, en hausse très contenue (+ **0,1 %**) par rapport aux montants prévisionnels 2022 (**Tableau 4**), sous l'hypothèse de surcoûts Covid légèrement inférieurs à ceux de 2022 (187 M€ contre 212 M€).

Pour le régime des non-salariés agricoles, les remboursements de soins de ville atteindraient 3,1 milliards d'euros, correspondant à une baisse tendancielle de **1,3 %** ; pour le régime des salariés agricoles, le montant s'élèverait à 3,4 milliards d'euros, pour une évolution tendancielle de + **1,3 %**.

Tableau 4 :
Prévisions tendanciennes 2023 du champ ONDAM, enveloppe des soins de ville pour le régime agricole, le régime des non-salariés et celui des salariés (taux d'évolution)

Évolution tendancielle 2023	Régime Agricole	Non-salariés	Salariés
Honoraires des médecins généralistes	-2,3%	-2,6%	-2,1%
Honoraires des médecins spécialistes	+3,1%	-0,6%	+6,2%
Honoraires des dentistes	+0,8%	-2,3%	+2,8%
Honoraires paramédicaux	+1,1%	-0,1%	+3,3%
dont honoraires des infirmiers	+1,1%	+0,5%	+2,5%
dont honoraires des masseurs kinésithérapeutes	+0,5%	-2,8%	+4,8%
Biologie	-7,2%	-7,2%	-7,2%
Transports	-0,8%	-2,8%	+1,5%
Produits de santé	+0,9%	+0,4%	+1,4%
dont produits de la LPP	+0,6%	+0,1%	+1,1%
dont pharmacie	-0,9%	-1,4%	-0,4%
Autres prestations (*)	-4,6%	-5,1%	-4,0%
Autres charges (**)	-6,1%	-3,3%	-10,1%
TOTAL hors Indemnités journalières	+0,6%	-0,8%	+2,0%
Indemnités journalières	+1,6%	+1,3%	+1,6%
TOTAL SOINS DE VILLE	+0,1%	-1,3%	+1,3%

Source : MSA

(*) Autres prestations : forfait patientèle médecin traitant (FPMT), 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, COVID-19, pesticides.

² Il s'agit des prévisions de remboursements de soins de ville y compris surcoûts liés à la lutte contre la pandémie de Covid-19 mais hors nouvelles mesures d'économies.

1.3. La crise sanitaire liée à la Covid-19 et ses impacts

1.3.1. L'impact de la crise sanitaire sur les dépenses de santé

1.3.1.1. Les remboursements de soins de ville en 2021

En 2021, les remboursements de **soins de ville** du régime agricole, en données en date de remboursement cvs-cjo³, progressent de **6,7 %** par rapport à 2020 (**Tableau 5**). Cette dynamique reflète en premier lieu les surcoûts liés à la lutte contre la pandémie de la Covid-19 (tests, vaccins⁴, arrêts de travail dérogatoires, etc.) estimés à 203 M€ sur l'année 2021 (119 M€ en 2020). Ces surcoûts sont essentiellement concentrés sur cinq postes, fortement majorés par la crise sanitaire : les laboratoires de biologie médicale, la pharmacie de ville, les soins infirmiers, les honoraires de généralistes ainsi que les indemnités journalières maladie. Ces dernières constituent toutefois un cas particulier, les versements d'IJ dérogatoires ayant été plus importants en 2020 qu'en 2021.

Hors actes dédiés Covid, la progression des soins de ville en 2021 est en grande partie portée par le contrecoup de l'année 2020, au cours de laquelle la consommation de soins hors Covid a chuté, en particulier pour les professionnels de santé dont les cabinets ont dû fermer pendant le premier confinement (dentistes, masseurs-kinésithérapeutes...).

La **progression moyenne** des soins de ville entre 2019 et 2021, qui permet de s'affranchir de l'année 2020 atypique, s'établit à **3,3 %**. Elle est majorée de **2,0 points** par les remboursements directement liés à la pandémie. Cet impact est sensiblement inférieur au régime des **non-salariés (+ 1,4 point)** par rapport au régime des **salariés (+ 2,6 points)**, accentuant le différentiel de croissance préexistant entre les deux régimes.

Tableau 5 :
Évolution des remboursements de soins de ville en date de remboursements cvs-cjo en 2020 et 2021

Évolution des remboursements de soins de ville en date de remboursement CVS-CJO	Ensemble du régime agricole				Non-salariés	Salariés
	Évolution 2020 / 2019	Évolution 2021 / 2020	Évolution moyenne 2021 / 2019	Évolution moyenne hors covid	Évolution moyenne 2021 / 2019	
TOTAL SOINS DE VILLE	+0,1%	+6,7%	+3,3%	+1,3%	+0,5%	+6,2%
Soins de ville hors produits de santé	-0,3%	+5,8%	+2,7%	+0,4%	-0,6%	+5,9%
Honoraires des médecins et dentistes libéraux	-8,7%	+8,3%	-0,6%	-1,5%	-3,2%	+1,8%
- Médecins généralistes	-7,5%	+3,9%	-2,0%	-5,0%	-4,2%	+0,2%
- Médecins spécialistes	-9,3%	+8,3%	-0,9%	-1,1%	-3,8%	+1,8%
- Dentistes	-9,8%	+17,5%	+3,0%	+3,0%	+1,7%	+3,9%
Soins d'auxiliaires médicaux libéraux	-1,9%	+4,5%	+1,2%	+0,5%	-0,4%	+4,3%
- Masseurs-kinésithérapeutes	-13,4%	+13,2%	-1,0%	-1,0%	-2,9%	+1,6%
- Infirmiers	+2,5%	+1,6%	+2,0%	+1,1%	+0,4%	+5,8%
Laboratoires	+23,8%	+19,4%	+21,6%	-3,5%	+12,1%	+31,5%
Frais de transports	-10,5%	+14,1%	+1,1%	+1,1%	-1,3%	+4,2%
Indemnités journalières (IJ) :	+14,9%	-3,7%	+5,2%	+3,8%	-1,3%	+6,5%
- IJ maladie	+23,4%	-7,7%	+6,7%	+4,4%	-0,6%	+8,3%
- IJ ATMP	+1,4%	+4,0%	+2,7%	+2,7%	-2,5%	+3,8%
Produits de santé (médicaments + LPP)	+0,7%	+8,2%	+4,4%	+3,0%	+2,4%	+6,8%
Médicaments :	+1,8%	+9,0%	+5,3%	+3,4%	+3,3%	+7,7%
- Médicaments délivrés en ville	+1,9%	+9,2%	+5,5%	+3,4%	+3,1%	+8,3%
- Médicaments rétrocedés	+0,6%	+6,4%	+3,5%	+3,5%	+4,7%	+2,3%
LPP	-2,3%	+5,8%	+1,7%	+1,7%	+0,3%	+3,7%

Source : MSA

³ Corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrables.

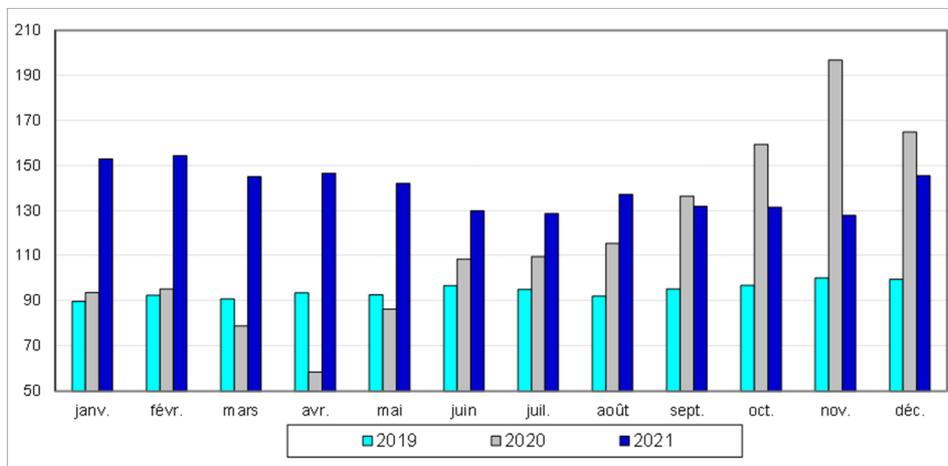
⁴ Il s'agit d'une partie seulement des vaccins réalisés, car ceux effectués en centre de vaccination ne sont pas dans le champ des statistiques de la MSA.

Les cinq postes majorés par la crise sanitaire

L'impact de la crise sanitaire le plus spectaculaire concerne les remboursements d'**analyses médicales en laboratoires**, portés par les tests PCR qui se sont envolés dès le second semestre 2020 (**Graphique 2**) (pour plus de détails, voir partie 1.3.1.2).

La progression moyenne du poste sur deux ans atteint **21,6 %**. L'impact des tests, évalué à 25,1 points, masque une baisse des remboursements d'analyses hors Covid sensiblement plus marquée qu'avant la crise sanitaire (- 3,5 % en évolution moyenne 2019/2021, pour une évolution 2018/2019 de - 1,1 %).

Graphique 2 :
Analyses médicales en laboratoires
(date de remboursements cvs-cjo, montants indicés base 100 = moyenne 2016)

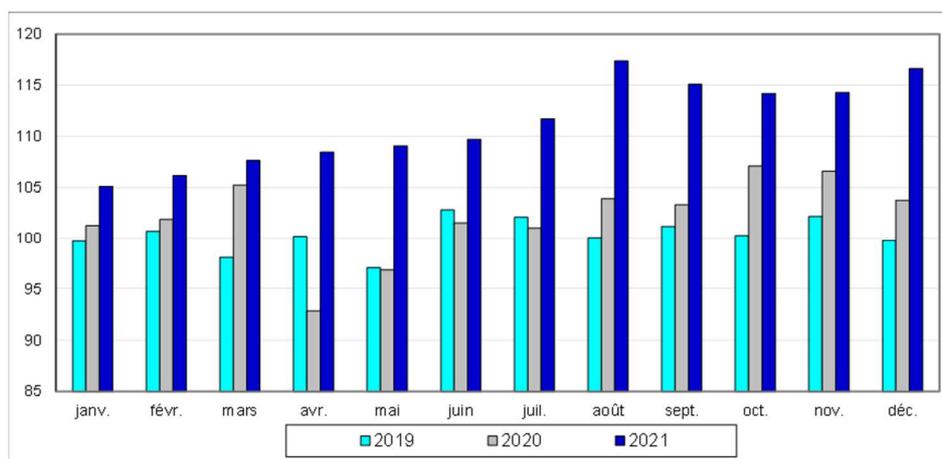


Source : MSA

A contrario, s'agissant des **médicaments**, la croissance des remboursements hors prestations dédiées Covid reste soutenue (+ 3,4 % en évolution moyenne 2019/2021), portée en particulier par des innovations thérapeutiques. Les surcoûts liés à la pandémie (masques, tests antigéniques en pharmacie, vaccins...) ajoutent 1,9 point à l'évolution globale du poste qui atteint ainsi **5,3 %** de croissance. (**Graphique 3**).

Graphique 3 : Médicaments

(date de remboursements cvs-cjo, montants indicés base 100 = moyenne 2016)



Source : MSA

La mesure⁵ de l'impact de la crise sanitaire, entre mars 2021 et février 2022, sur les médicaments agissant sur les troubles mentaux montre un excédent de 6,7 % du nombre de boîtes délivrées, soit 698 038 boîtes remboursées supplémentaires (**Tableau 6**) :

- Hypnotiques : + **15,2 %** par rapport à l'attendu (+ 236 171 boîtes remboursées sur douze mois),
- Antidépresseurs : + **6,1 %** par rapport à l'attendu (+ 210 825 boîtes remboursées),
- Traitements pour la dépendance à l'alcool : + **5,0 %** par rapport à l'attendu (+ 2 747 boîtes remboursées),
- Antipsychotiques : + **4,5 %** par rapport à l'attendu (+ 40 320 boîtes remboursées),
- Anxiolytiques : + **4,3 %** par rapport à l'attendu (+ 146 103 boîtes remboursées),
- Traitements pour la dépendance aux opiacées : + **6,0 %** par rapport à l'attendu (+ 61 872 boîtes remboursées).

⁵ La mesure est effectuée en évaluant l'écart entre le nombre de boîtes remboursées pour les psychotropes avec le nombre de boîtes attendu compte tenu des tendances précédant la crise sanitaire.

Méthode reprise de l'étude EPI-PHARE :

Weill, A., Drouin, J., Desplas, D., Cuenot, F., Dray-Spira, R., & Zureik, M. (2021). Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation jusqu'au 25 avril 2021. Étude pharmaco-épidémiologique à partir des données de remboursement du SNDS.

EPI-PHARE (Groupement d'intérêt scientifique ANSM-Cnam), 27 mai 2021. <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/covid-19-usage-des-medicaments-rapport-6/>

Tableau 6 :

Répartition par classes de psychotropes du nombre de boîtes remboursées pour la période allant de mars 2021 à février 2022 et les écarts par rapport à l'attendu

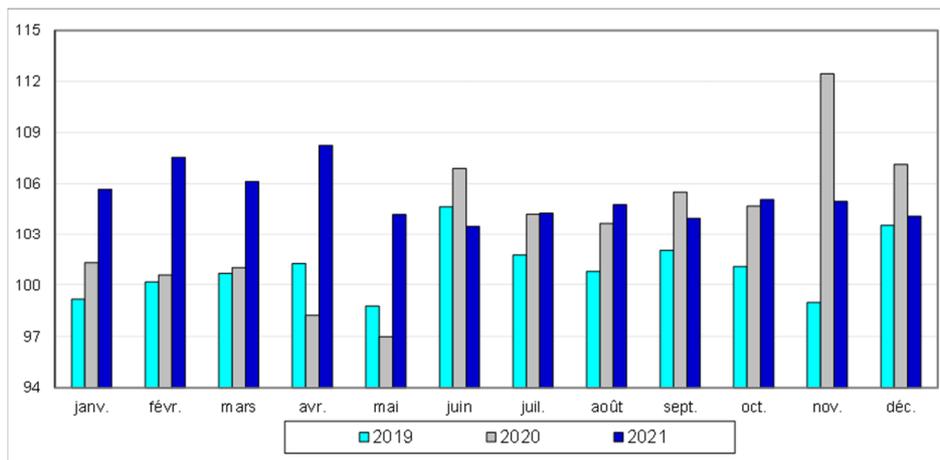
Classe de médicaments	Nombre de boîtes délivrées				Tendanciel avant crise Covid-19 ACM N/N-2	Nombre de boîtes attendu	Ecart Délivrance / Attendu	Ecart en %
	mars 2019 à février 2020	mars 2020 à février 2021	mars 2021 à février 2022	Evolution ACM N/N-2				
Anxiolytiques	3 474 481	3 511 848	3 411 009	-1,8%	-7,5%	3 264 906	146 103	4,3%
Hypnotiques	1 685 555	1 627 174	1 550 807	-8,0%	-23,2%	1 314 636	236 171	15,2%
Antidépresseurs	3 338 981	3 363 850	3 443 823	3,1%	-4,7%	3 232 998	210 825	6,1%
Antipsychotiques	882 945	901 409	898 982	1,8%	-4,3%	858 662	40 320	4,5%
Dépendance à l'alcool	54 347	50 468	54 789	0,8%	-5,7%	52 042	2 747	5,0%
Dépendance aux opiacés	953 575	1 004 497	1 038 561	8,9%	0,8%	976 689	61 872	6,0%
Troubles mentaux et dépendances	10 389 884	10 459 246	10 397 971	0,1%		9 699 933	698 038	6,7%

Source : CCMSA

Il en va de même pour les remboursements de **soins infirmiers (Graphique 4)**, dont la progression de **2,0 %** en moyenne sur deux ans s'explique en partie par la réalisation de tests Covid (à hauteur de 0,9 point), mais aussi par la montée en charge des mesures prévues dans l'avenant 6 de leur convention professionnelle (en particulier la création des bilans de soins infirmiers (BSI) pour la prise en charge des patients les plus âgés).

Graphique 4 : Soins infirmiers

(date de remboursements cvs-cjo, montants indicés base 100 = moyenne 2016)

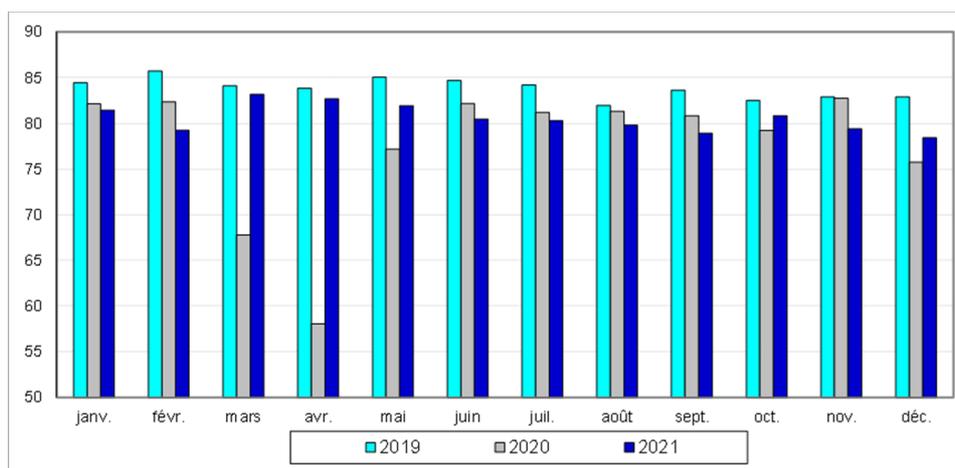


Source : MSA

Concernant les honoraires de **généralistes**, les remboursements rebondissent en 2021 avec + 3,9 % après - 7,5 % en 2020. Au-delà du contrecoup du premier confinement, la reprise de 2021 provient également de l'impact des actes liés à la crise sanitaire (consultations de prévention dédiées et vaccins⁶) (**Graphique 5**). Ces remboursements d'actes Covid majorent de 3,0 points l'évolution moyenne 2019-2021 (- 2,0 %), révélant des honoraires hors Covid bas (- 5,0 %).

Graphique 5 : Honoraires de généralistes

(date de remboursements cvs-cjo, montants indicés base 100 = moyenne 2016)

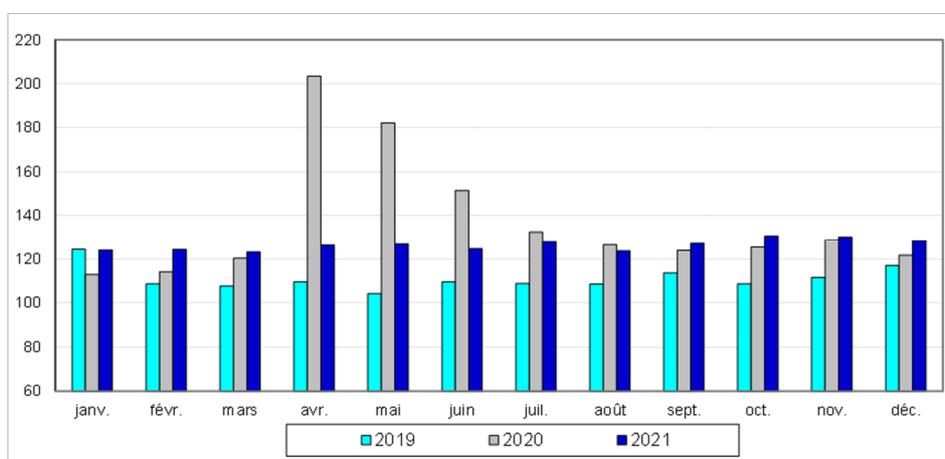


Source : MSA

S'agissant des **IJ maladie**, la baisse des versements en 2021 (- 7,7 %) provient de l'effet base dû au recours massif aux versements d'IJ dérogatoires lors du premier confinement en 2020 (**Graphique 6**). Les montants versés demeurent toutefois élevés, portant l'évolution moyenne sur deux ans à + **6,7 %**. L'impact de la pandémie de Covid est évalué à **2,3 points**, ce qui constitue une estimation basse puisqu'il ne s'agit que des arrêts de travail dérogatoires, ceux faisant suite à une infection à la Covid n'étant pas toujours identifiables.

Graphique 6 : Indemnités journalières maladie

(date de remboursements cvs-cjo, montants indicés base 100 = moyenne 2016)



Source : MSA

⁶ Hors vacances en centres de vaccination à partir de mai 2021.

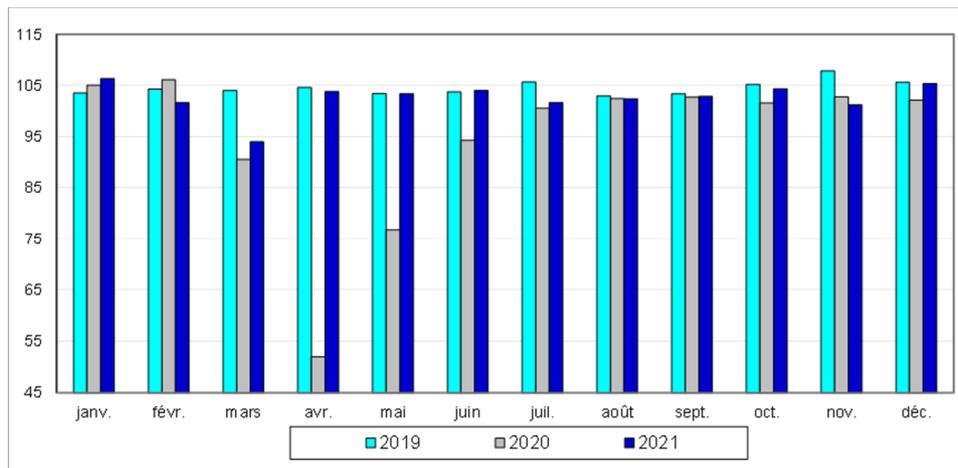
Rebond atténué des postes minorés par la crise sanitaire en 2020

Les autres postes de soins de ville ont, en revanche, été minorés par la crise sanitaire en 2020. La baisse des remboursements de soins du premier confinement n'a pas toujours donné lieu à des rattrapages d'ampleur équivalente les mois suivants.

Ainsi, les remboursements d'honoraires de **spécialistes** restent orientés à la baisse avec une évolution moyenne sur deux ans de **- 0,9 % (Graphique 7)**, sensiblement en deçà de celle prévalant avant la crise sanitaire (+ 1,1 % en 2019).

Graphique 7 : Honoraires de spécialistes

(date de remboursements cvs-cjo, montants indicés base 100 = moyenne 2016)

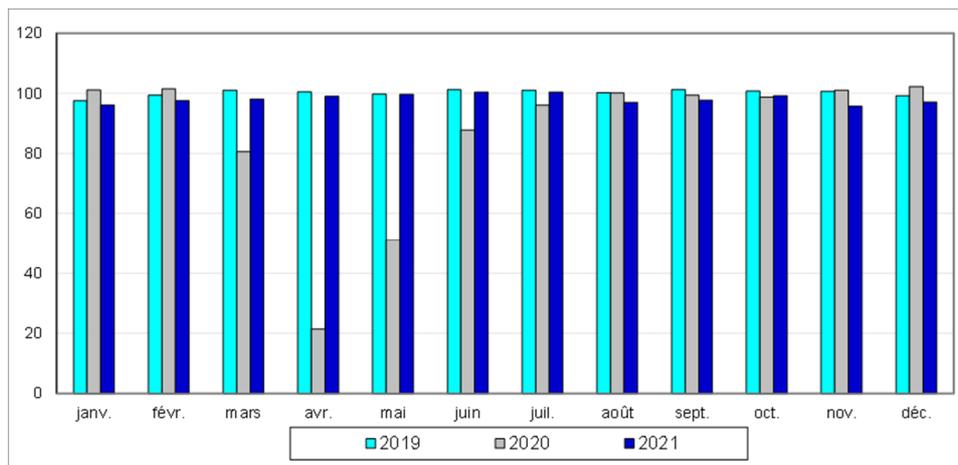


Source : MSA

Dans une moindre mesure, le recul des remboursements de soins des **masseurs-kinésithérapeutes** en moyenne sur deux ans (**- 1,0 %**) s'avère aussi plus marqué qu'avant le déclenchement de la crise sanitaire (- 0,7 % en 2019) (**Graphique 8**).

Graphique 8 : Soins de masso-kinésithérapie

(date de remboursements cvs-cjo, montants indicés base 100 = moyenne 2016)

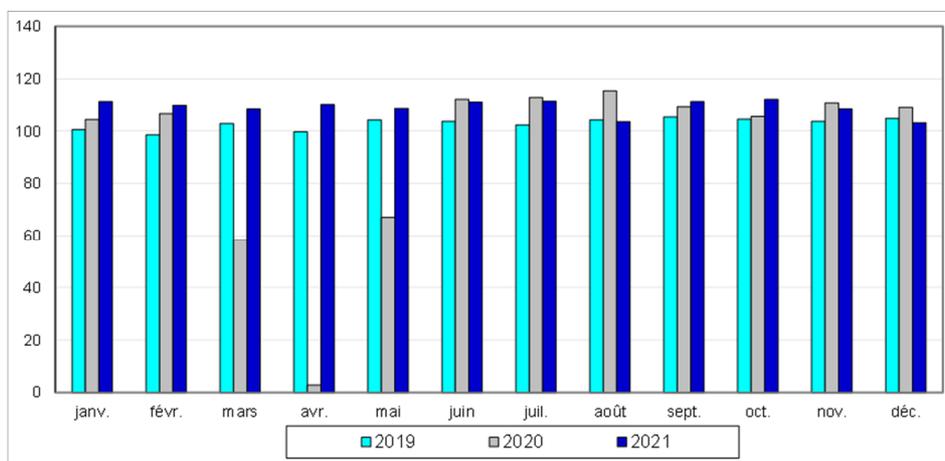


Source : MSA

Pour les remboursements de **soins dentaires** en revanche, la reprise en 2021 porte la progression moyenne sur deux ans à + **3,0 % (Graphique 9)**. Une partie de cette croissance provient du déploiement progressif de la réforme du 100 % santé à partir de janvier 2020.

Graphique 9 : Honoraires de dentistes

(date de remboursements cvs-cjo, montants indicés base 100 = moyenne 2016)

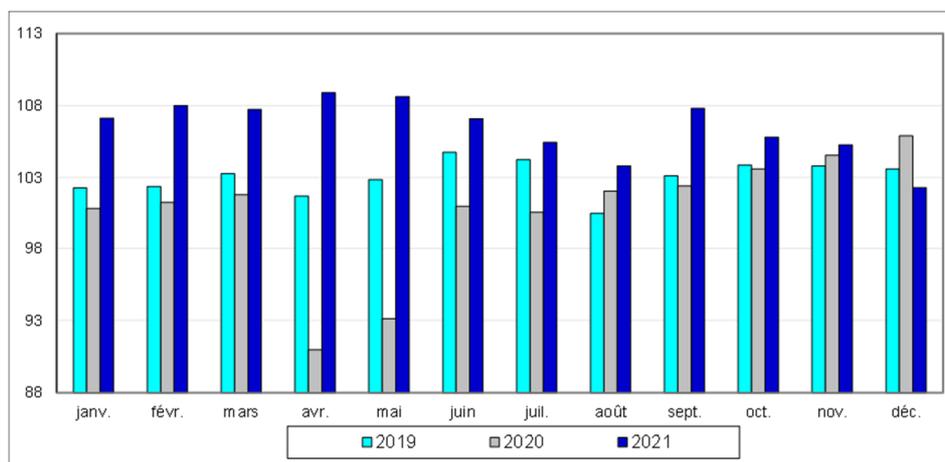


Source : MSA

Il en va de même pour les **dispositifs médicaux**, dont la forte progression en 2021 est portée par la réforme du 100 % santé sur l'audioprothèse (**Graphique 10**). Ainsi, les remboursements augmentent de **1,7 %** en moyenne sur 2019-2021.

Graphique 10 : Dispositifs médicaux

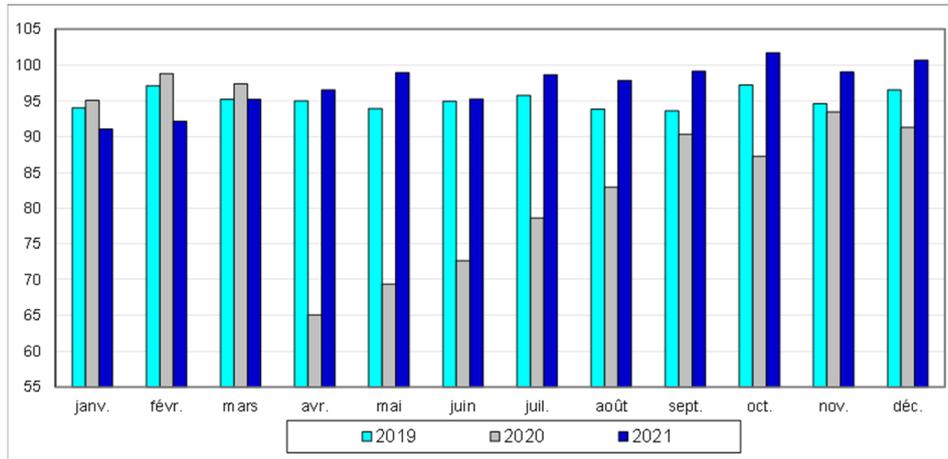
(date de remboursements cvs-cjo, montants indicés base 100 = moyenne 2016)



Source : MSA

Pour les frais de **transports de patients**, les montants remboursés ont peiné en 2020 à retrouver un niveau comparable à celui antérieur au déclenchement de la crise sanitaire (**Graphique 11**). Le rebond en 2021, porté par des revalorisations tarifaires en mars, conduit à une progression moyenne des remboursements de **1,1 %**.

Graphique 11 : Frais de transports de patients
(date de remboursements cvs-cjo, montants indicés base 100 = moyenne 2016)



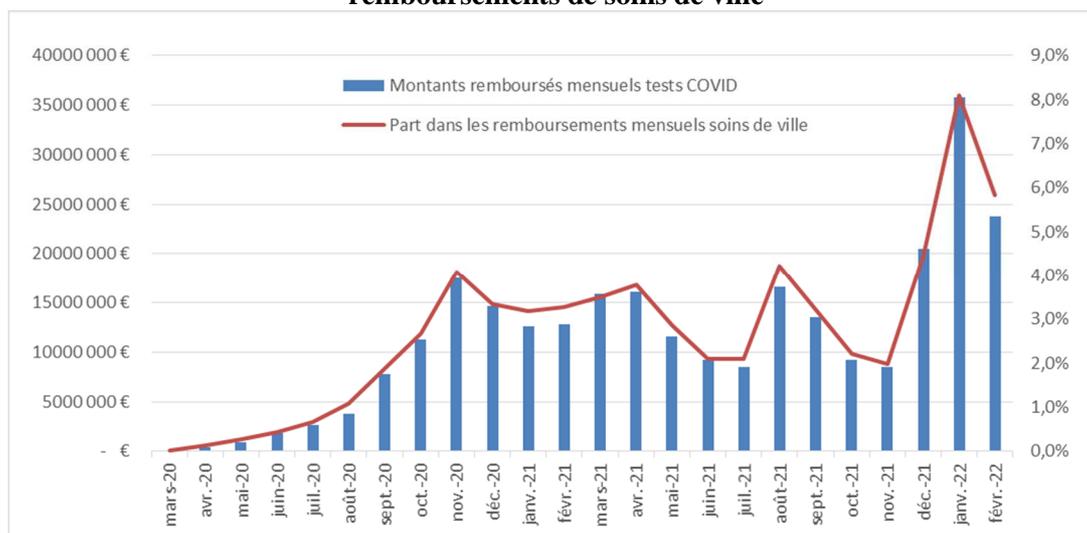
Source : MSA

1.3.1.2. L'impact des tests Covid sur les dépenses du régime agricole

Il existe actuellement deux catégories de tests utilisés dans le cadre de la lutte contre la Covid-19 : les tests de dépistage permettant de rechercher la présence du virus, et les tests sérologiques permettant de rechercher la présence d'anticorps. Les tests de dépistage regroupent les tests RT-PCR réalisés principalement en laboratoire, et les tests antigéniques réalisés par un professionnel de santé (pharmaciens, infirmiers, etc.) ou par le patient lui-même (autotest). Jusqu'au 15 octobre 2021, ces tests de dépistage étaient automatiquement remboursés à 100 % par l'Assurance Maladie. Depuis cette date, ils sont remboursés sous certaines conditions. Concernant les tests sérologiques, ils sont réalisés et pris en charge à 100 % si l'assuré a une prescription et dans certaines situations médicales uniquement.

Depuis le début de la crise sanitaire en mars 2020 et jusqu'au mois de février 2022, le régime agricole a remboursé 275 millions d'euros pour la réalisation de tests de dépistages ou sérologiques en ville. Cela représente 2,8 % des montants remboursés de soins de ville sur l'ensemble de la période. Le **graphique 12** montre l'évolution mensuelle de ces montants et leur part dans le total des remboursements de soins de ville. Ces montants ont été en progression tout au long de l'année 2020, puis ont varié en fonction des pics pandémiques et/ou du déploiement du pass sanitaire, pour atteindre un pic en janvier 2022 avec un montant remboursé de 35,8 millions d'euros (soit 8,1 % des remboursements de soins de ville pour ce mois).

Graphique 12 :
Montants remboursés mensuels liés aux tests de dépistage et sérologiques Covid et part dans les remboursements de soins de ville

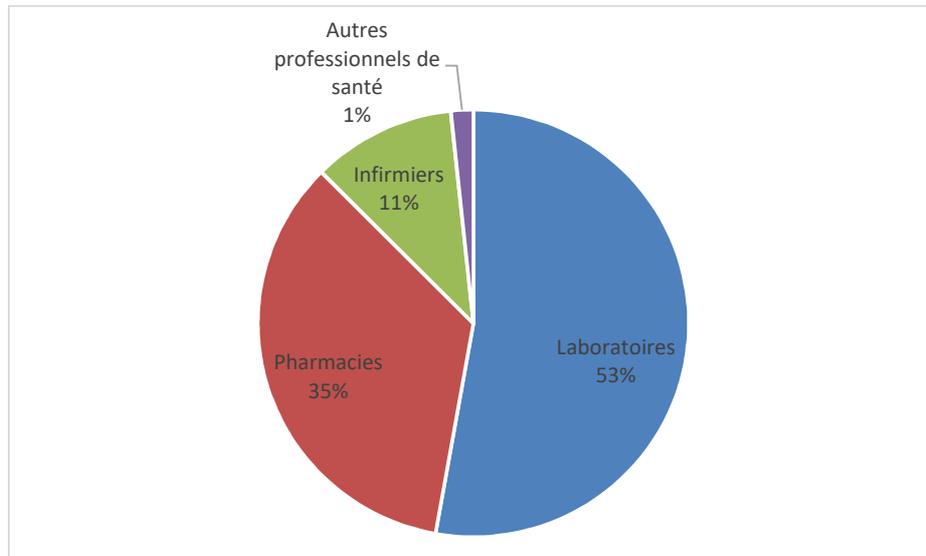


Source : MSA

Si on se limite aux douze derniers mois le régime agricole a remboursé 189,3 millions d'euros de tests Covid, soit 3,7 % du total des remboursements de soins de ville. Le montant moyen remboursé par patient sur un an est de 59 €. L'évolution des remboursements de soins de ville en données brutes est de 7,9 % en année glissante. Hors tests Covid, elle aurait été de 5,8 %, soit un impact de 2,1 points sur l'évolution des dépenses.

Le **graphique 13** montre la répartition de ces montants remboursés selon le type de professionnel de santé ayant réalisé le test. Un peu plus de la moitié de ces montants (53 %) concernent des tests réalisés en laboratoire, principalement des tests RT-PCR. Les tests réalisés ou délivrés en pharmacie (principalement des tests antigéniques) représentent quant à eux 35 % des montants remboursés. Les tests réalisés par les infirmiers libéraux représentent 11 % des remboursements.

Graphique 13 :
Répartition des montants remboursés sur douze mois à fin février 2022 par type de professionnel de santé pour les tests de dépistage et sérologiques Covid



Source : MSA

Les tests Covid ont un fort impact sur l'évolution des trois postes de dépenses suivants :

- Pour les dépenses de laboratoires, l'impact est de 13,9 points : l'évolution est de 11,6 % fin février 2022, elle aurait été de - 2,3 % hors tests.
- Pour les remboursements de pharmacie, l'impact est de 4,4 points : l'évolution est de 12,0 % fin février 2022, elle aurait été de 7,6 % hors tests.
- Pour les actes infirmiers, l'impact est de 2,1 points : l'évolution est de 1,7 % fin février 2022, elle aurait été de - 0,4 % hors tests.

1.3.1.3. L'impact de la vaccination contre la Covid sur les dépenses du régime agricole

L'année 2021 a été marquée par le déploiement de la campagne de vaccination contre la Covid-19 qui a débuté le 27 décembre 2020. L'accès aux vaccins a été progressif, avec la vaccination d'une partie de la population durant le premier semestre 2021 (résidents des EHPAD, personnel soignant, population âgée de 75 ans et plus, etc.), puis la vaccination a été proposée à l'ensemble de la population âgée de plus de 12 ans à partir du 15 juin 2021, et aux plus de 5 ans à partir du 22 décembre 2021. Depuis le 1^{er} septembre 2021, une campagne de rappel a été mise en place.

Au régime agricole, le taux de vaccination (hors doses de rappel) est estimé à 79,1 % selon les données arrêtées au 6 mars 2022 (**Tableau 7**).

Tableau 7 :
Taux de vaccination contre la Covid-19 des affiliés au régime agricole résidant en France métropolitaine hors doses de rappel – Données arrêtées au 6 mars 2022

	REGIME AGRICOLE	NON-SALARIES	SALARIES
00 - 11 ANS	2,4%	2,9%	2,2%
12 - 17 ANS	75,5%	77,6%	74,6%
18 - 24 ANS	84,0%	87,9%	83,1%
25 - 39 ANS	77,4%	77,0%	77,4%
40 - 54 ANS	84,8%	83,9%	85,3%
55 - 64 ANS	89,0%	88,3%	89,5%
65 - 74 ANS	91,8%	92,3%	91,4%
75 ANS ET PLUS	90,7%	90,9%	90,1%
TOTAL	79,1%	84,4%	75,7%

Source : MSA

Le coût pour le régime agricole de la vaccination de ses ressortissants contre la Covid-19 est de 63,4 millions d'euros⁷ en 2021.

Les dépenses associées à la vaccination représentent 1,2 % du total des prestations de soins de ville. En données comptables, l'évolution des remboursements de soins de ville est de 8,3 % en 2021. Hors vaccination, elle aurait été de 7,1 % soit 1,2 point de moins.

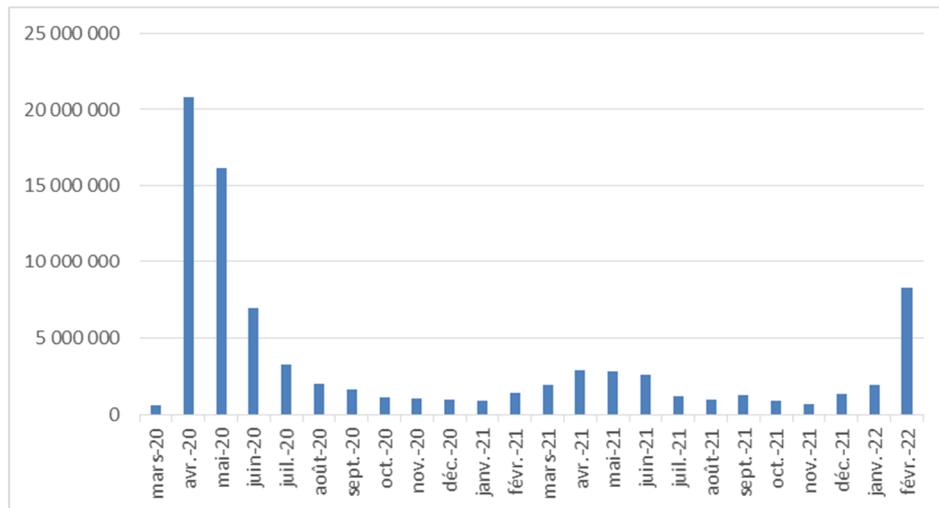
1.3.1.4. L'impact des indemnités journalières Covid sur les dépenses du régime agricole

Dans le cadre de la crise sanitaire, en complément de l'indemnisation des arrêts de travail pour les malades de la Covid-19, un dispositif d'indemnisation dérogatoire a été mis en place permettant aux assurés de bénéficier d'un arrêt de travail indemnisé dans certaines autres situations (personnes testées positives, personnes vulnérables, garde d'enfants, ...).

Dans les flux statistiques, les indemnités journalières pouvant être identifiées comme étant en lien avec la Covid-19 sont celles versées à titre dérogatoire ou celles provenant des arrêts prescrits par le service médical de l'Assurance Maladie pour les malades de la Covid-19. Fin février 2022, le régime agricole a versé sur une année glissante 27,5 millions d'euros d'indemnités journalières en lien avec la Covid-19. Ces montants représentent 0,5 % des montants remboursés de soins de ville sur la même période. Ces données n'intègrent pas les arrêts de travail prescrits aux malades de la Covid par des médecins identifiés par leur numéro professionnel. Le **graphique 14** montre l'évolution des indemnités journalières identifiées comme étant en lien avec la Covid-19 versées par le régime agricole depuis le début de la crise sanitaire. Les montants remboursés ont été élevés en début de crise (avril à juin 2020) et le motif d'arrêt sur cette période est surtout la garde d'enfants (68 % des montants). En 2021, les versements ont été plus modérés malgré un léger rebond lors de la 3^{ème} vague (mars à juin 2021). Sur cette période, les causes d'arrêt ont surtout été le contact tracing (44 % des montants), l'infection par le virus (27 % des montants) et la garde d'enfants (12 % des montants). Un nouveau pic s'observe en février 2022 avec pour principal motif d'arrêt une infection à la Covid-19 (93 % des montants) suite à l'arrivée du variant Omicron plus transmissible que la souche initiale.

⁷ Ces données sont de source comptable, les flux statistiques n'étant pas exhaustifs car ils n'intègrent pas les montants relatifs aux vaccinations réalisées en centres et payées à la vacation.

Graphique 14 :
Montants mensuels des indemnités journalières identifiées comme étant en lien avec la Covid-19



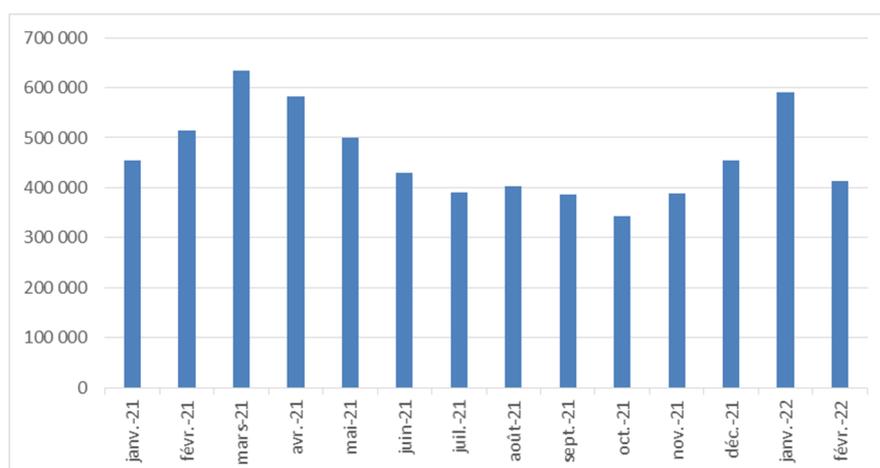
Source : MSA

1.3.1.5. L'impact des autres actes Covid sur les dépenses du régime agricole

D'autres prestations en lien avec la pandémie de la Covid-19 ont été prises en charge par le régime agricole depuis le début de la crise sanitaire.

Les masques délivrés par les pharmacies d'officine sont remboursés par la MSA pour certaines catégories de personnes (patients positifs, cas contacts, patients à haut risque). Sur les douze derniers mois, le régime agricole a remboursé 5,5 millions d'euros pour ce dispositif à fin février 2022 (Graphique 15).

Graphique 15 :
Montants mensuels remboursés par la MSA pour la délivrance de masques en pharmacie



Source : MSA

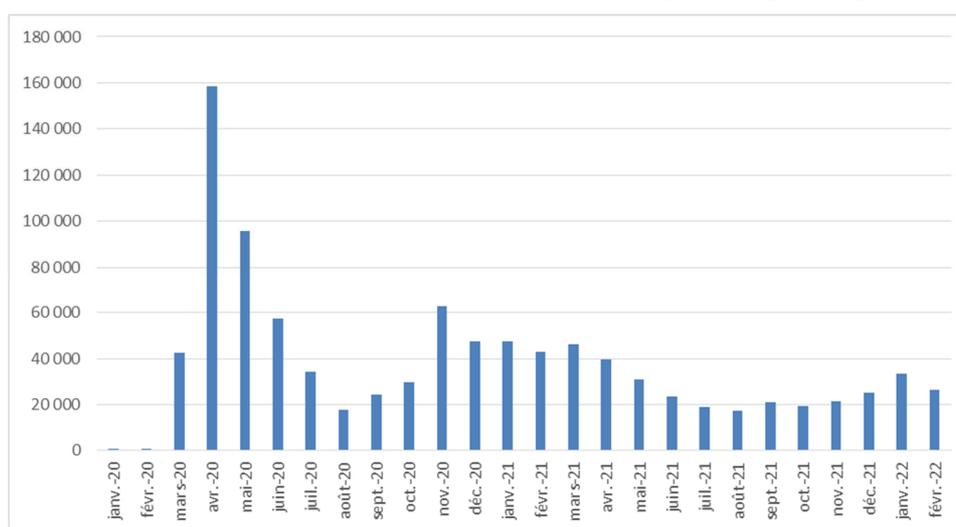
Dans le cadre de la gestion de la pandémie, des consultations spécifiques ont également été créées :

- Suite au confinement instauré lors de l'arrivée du virus dans le pays, certains patients ont pu voir leurs soins reportés. Ainsi, le gouvernement a mis en place un suivi post-confinement pour certains patients vulnérables qui n'avaient pas été vus en consultation depuis le 17 mars 2020. Ces consultations ont principalement été remboursées à la sortie du confinement en juin et en juillet 2020. Le montant total remboursé par la MSA pour ces consultations est de 2,6 millions d'euros selon les données disponibles à fin février 2022.
- Des consultations et visites de prévention de la contamination à la Covid-19 réalisées par le médecin traitant ont également été proposées pour les personnes à risque de développer une forme grave d'infection de la Covid-19, pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée et pour les personnes en situation de précarité. Celles-ci ont surtout eu lieu en début d'année 2021. Leur remboursement par le régime agricole représente un montant total de 6,4 millions d'euros (données à fin février 2022).

1.3.1.6. Le recours aux téléconsultations pendant la crise sanitaire

La pandémie de la Covid-19 a accéléré le recours à la télémedecine et plus particulièrement le recours aux téléconsultations. Lors du premier confinement, leur nombre avait bondi passant de 790 téléconsultations remboursées en février 2020 à 158 646 en avril 2020. En parallèle, le recours aux consultations et visites avait baissé, avec un niveau particulièrement bas en avril 2020 avec 720 538 actes remboursés, alors que le dénombrement mensuel moyen sur les 12 mois précédents était de 1 022 135 actes. A la sortie du premier confinement, le recours aux téléconsultations a baissé mais il est resté à un niveau bien plus élevé qu'avant la pandémie. Le **graphique 16** montre que le niveau de consultations à distance fluctue désormais en fonction des nouvelles vagues de la pandémie avec un pic en novembre 2020, suivi d'un niveau soutenu entre novembre 2020 et mars 2021, une décline à partir d'avril 2021, et à nouveau une progression fin 2021 / début 2022.

Graphique 16 :
Nombre d'actes de téléconsultations remboursés par le régime agricole

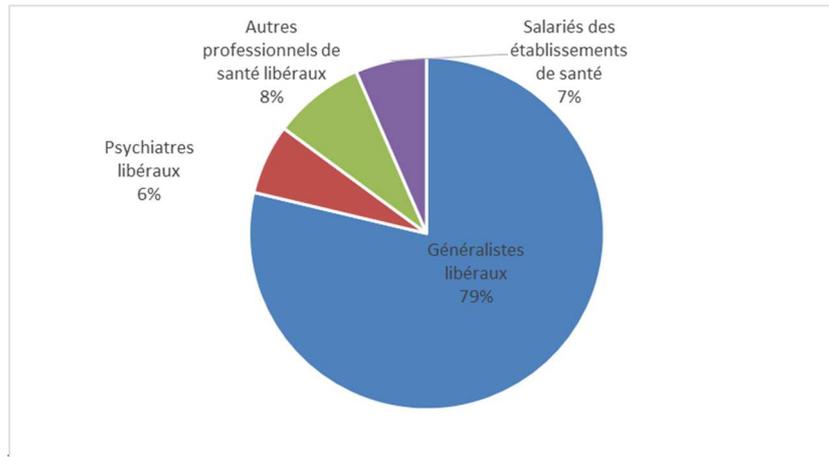


Source : MSA

Fin février 2022, le nombre d'actes de téléconsultations remboursés par le régime agricole est de 323 528 sur douze mois glissants, soit un nombre deux fois moins élevé que celui observé sur la même période de l'année précédente. Cela représente 8,5 millions d'euros remboursés, soit en moyenne 26 € par acte.

Sur cette période, 79 % des téléconsultations ont été réalisées par un médecin généraliste (**Graphique 17**). La deuxième spécialité ayant réalisé le plus de consultations à distance est la psychiatrie (6 % de l'ensemble des téléconsultations).

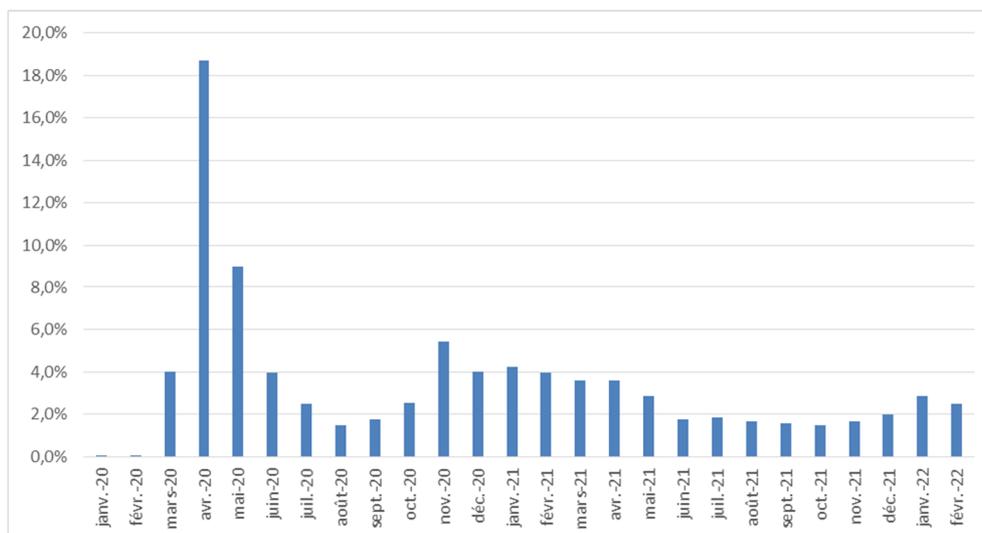
Graphique 17 :
Répartition des téléconsultations remboursées par le régime agricole selon la spécialité du professionnel de santé



Source : MSA

Avant l'arrivée de la Covid-19, la part des téléconsultations dans l'ensemble des consultations et visites des généralistes était très faible, de l'ordre de 0,1 %. Au mois d'avril 2020, cette part est passée à 18,7 % (**Graphique 18**). Elle a ensuite été plus faible après le premier confinement et varie désormais selon les vagues de la pandémie. Sur douze mois, à fin février 2022, la part des téléconsultations est de 2,3 %.

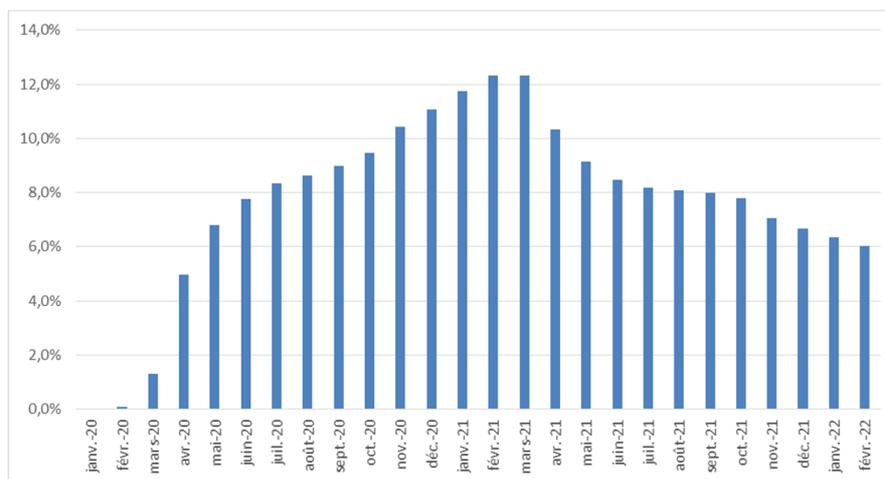
Graphique 18 :
Part des téléconsultations dans l'ensemble des consultations et visites des généralistes



Source : MSA

Sur douze mois glissants à fin février 2022, 6,0 % des patients du régime agricole (assurés ayant eu un remboursement de soins de ville par la MSA) ont fait appel au moins une fois à la téléconsultation. Ils étaient 12,3 % fin février 2021, mais n'étaient que 0,1 % fin février 2020 avant la crise sanitaire (**Graphique 19**).

Graphique 19 :
Part des patients du régime agricole ayant eu recours à la téléconsultation au moins une fois dans les douze derniers mois (données en date de remboursement à fin février 2022)

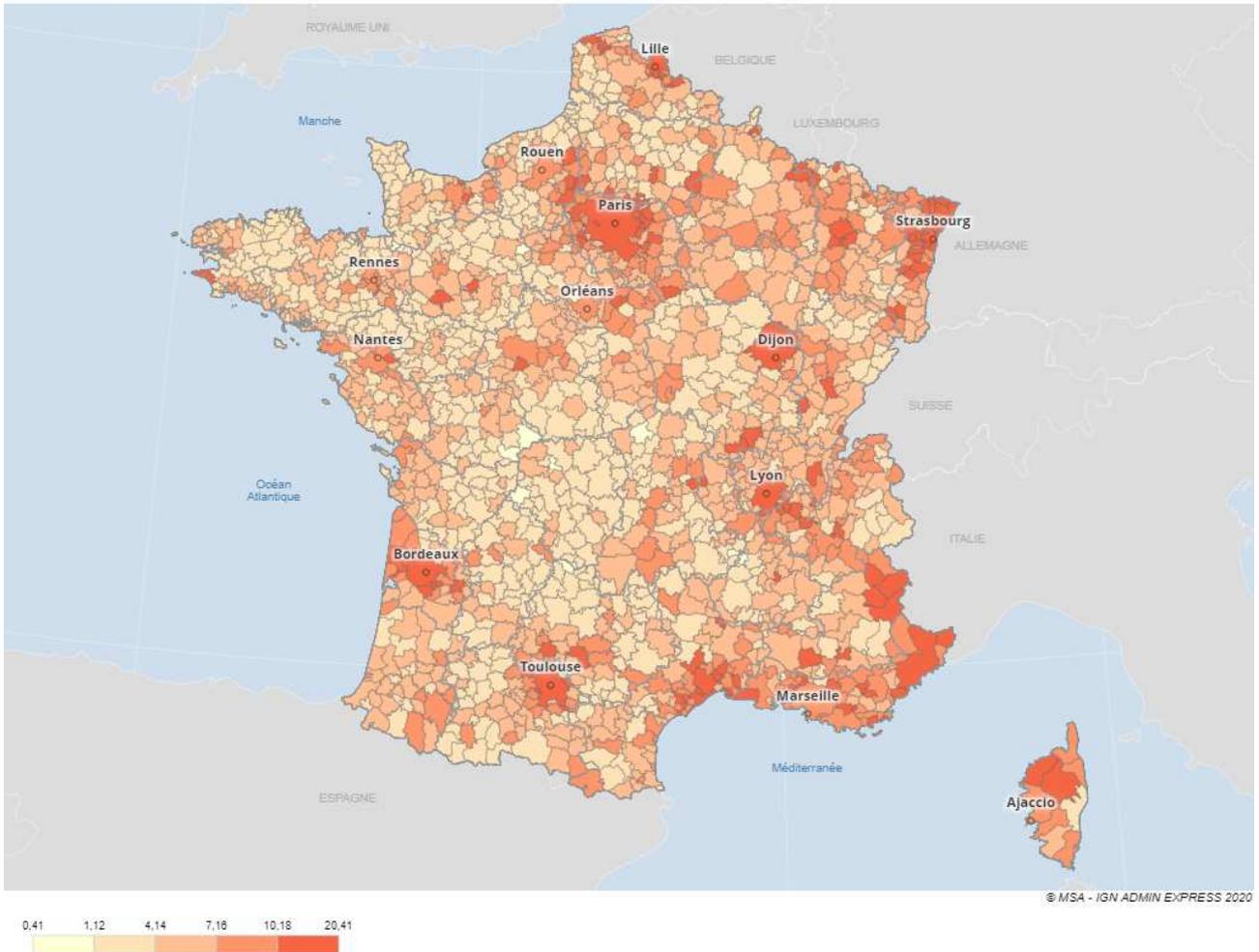


Source : MSA

Le taux de recours à la téléconsultation varie selon la situation géographique des patients avec un plus fort recours dans les grandes villes (et leur périphérie) que dans les territoires ruraux, ainsi qu'un recours plus fréquent dans l'Est que dans l'Ouest du pays (**Carte 1**). Les départements ayant un taux de recours particulièrement faible sont la Creuse (1,8 %), le Lot (2,7 %) et l'Orne (2,8 %). A l'inverse, dans certains autres territoires à faible densité, la part de patients ayant eu recours à la téléconsultation est plutôt élevée, notamment dans certains territoires des Alpes et de la Corse.

Carte 1 :**Part des patients du régime agricole ayant eu recours à la téléconsultation au moins une fois dans les douze derniers mois (données en date de remboursement à fin février 2022) par bassin de vie**

Part de patients ayant eu recours au moins une fois à la téléconsultation (Données sur une année glissante à fin février 2022) - Source :



Source : MSA

1.3.2. L'impact de la crise sanitaire sur le dépistage du cancer du sein et les coloscopies

1.3.2.1. L'impact de la crise sanitaire sur le dépistage et la thérapeutique du cancer du sein

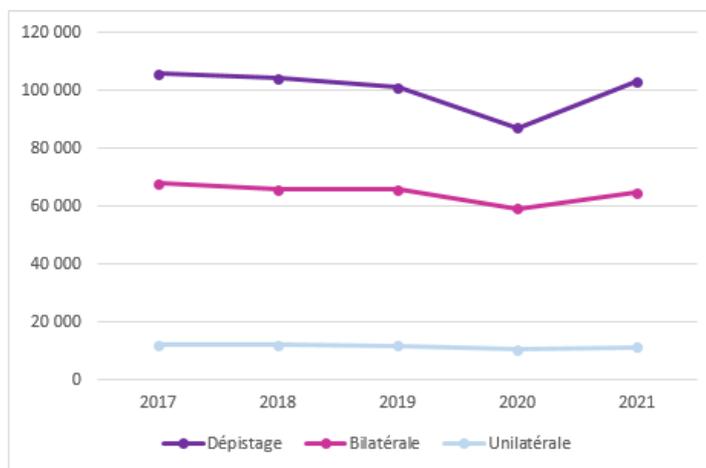
a. Dépistage du cancer du sein

Pendant la crise sanitaire de 2020, en raison des risques d'exposition et de contagion de la Covid-19, les démarches de dépistage des cancers ont été ralenties. Les trois programmes nationaux de dépistage (cancers colorectaux, de l'utérus et du sein) ont été suspendus. Les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers ont donc fermé pendant le premier confinement (durée variable selon les régions) entraînant une interruption des envois d'invitations et des activités de seconde lecture.

Un travail collégial impliquant six sociétés savantes et associations professionnelles a permis d'aboutir à des préconisations pratiques et à une hiérarchisation des actes à effectuer, utiles pour la reprise des activités de dépistage et de diagnostic en sénologie en France⁸. Ainsi, si la priorité pour les mammographies de dépistage était basse et leur réalisation reportée jusqu'à 6 mois, elle a été jugée « moyenne » à « élevée » selon les situations des patientes. C'est le cas des prises en charge d'imageries de contrôle ou diagnostique, qualifiées de priorité moyenne pour les femmes présentant des clichés d'imagerie peu inquiétants mais dont il convient de vérifier le devenir (images ACR3), pour le dépistage des femmes à haut risque de cancer du sein ou encore pour le suivi systématique après cancer du sein. Les actes doivent alors être réalisés dans les 3 mois. La priorité la plus élevée concerne les femmes à très haut risque de cancers du sein en rapport avec une prédisposition génétique chez lesquelles il faut éviter un retard de la réalisation des examens d'imagerie de dépistage car il pourrait avoir un impact plus grave.

Alors que plus de 100 000 femmes du régime agricole bénéficient annuellement de mammographie de dépistage, elles n'étaient que 87 000 en 2020 (**Graphique 20**).

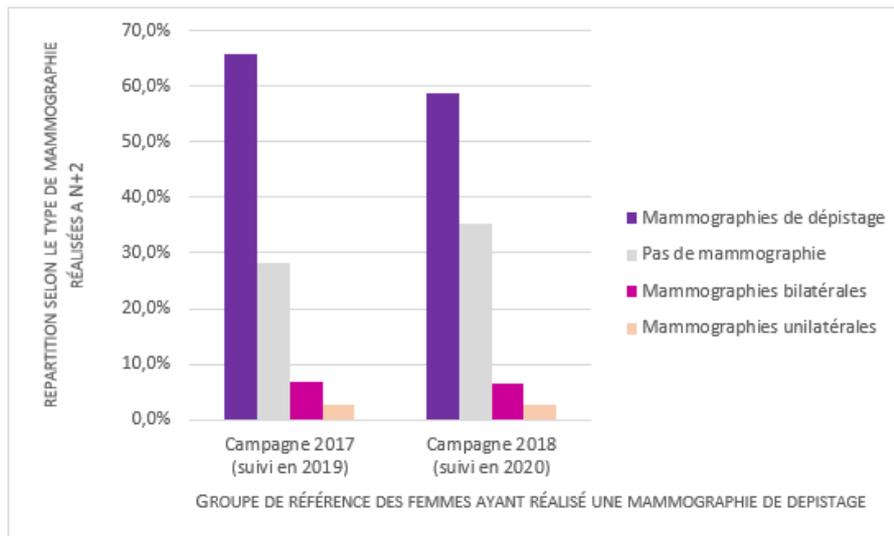
Graphique 20 :
Evolution du nombre de femmes ayant bénéficié d'une mammographie entre 2017 et 2021



Source : MSA

⁸ L. Ceugnart, S. Delalogue, C. Balleyguier, M. Deghaye, L. Veron, A. Kaufmanis, A. Mailliez, E. Poncelet, G. Lenczner, L. Verzaux, J. Gligorov, I. Thomassin-Naggara, **Dépistage et diagnostic du cancer du sein à la fin de période de confinement COVID-19, aspects pratiques et hiérarchisation des priorités**. Bulletin du Cancer (2020) : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0007455120302046?via%3Dihub>

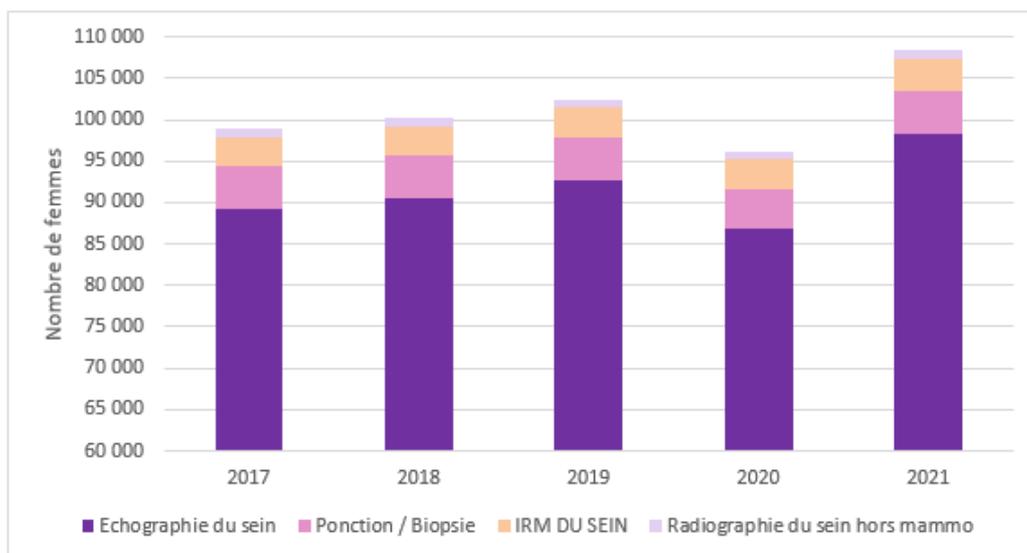
Graphique 22 :
Suivi à N+2 des femmes ayant bénéficié d'une mammographie de dépistage



Source : SNDS / MSA

En 2020, au-delà des actes de dépistage, les réalisations d'actes diagnostiques du cancer du sein ont également diminué. Alors que depuis 2017, en moyenne 91 000 femmes bénéficiaient chaque année d'une échographie du sein, elles ne sont que 87 000 en 2020 (- 6,2 %). Alors que 5 100 femmes en moyenne bénéficiaient d'une biopsie chaque année, elles ne sont que 4 600 en 2020. Un rattrapage de ces actes en 2021 est observé (bien que le décompte ne soit pas exhaustif au moment de l'exploitation des données) est observé, dépassant les niveaux d'avant crise sanitaire pour les échographies (98 300 en 2021 contre 92 800 en 2019) et les IRM (4 000 en 2021 contre 3 580 bénéficiaires en moyenne sur la période 2017 à 2019) (**Graphique 23**).

Graphique 23 :
Dénombrement des actes diagnostiques de 2017 à 2021*



Source : SNDS / MSA

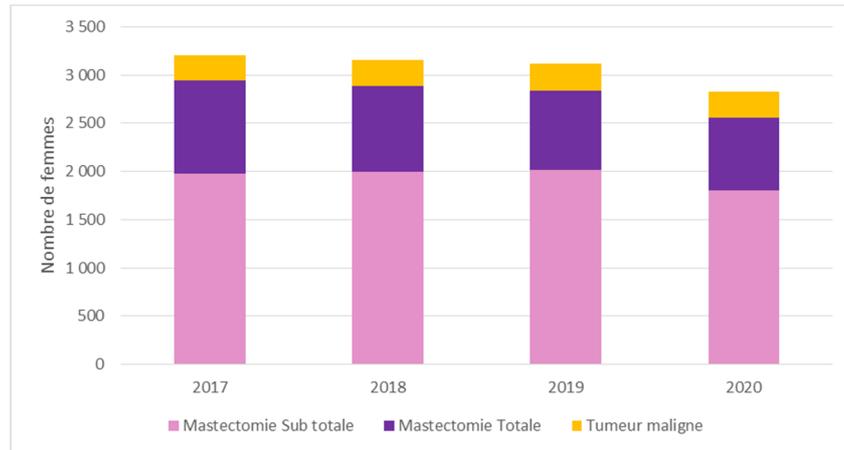
* données non exhaustives pour les actes réalisés à l'hôpital pour l'année 2021 au moment de l'analyse des données.

b. Thérapeutique du cancer du sein

En 2020, le nombre de femmes ayant eu un traitement⁹ pour le cancer du sein a diminué de 11 % par rapport à l'année 2019.

Le nombre de femmes ayant eu une mastectomie subtotalaire en 2020 a diminué de 12 % par rapport à 2019, de 10 % pour la mastectomie totale et de 4 % pour les tumeurs malignes, par rapport à l'année précédente (**Graphique 24**).

Graphique 24 :
Dénombrement des femmes en thérapie pour cancer du sein (par type de GHM) de 2017 à 2020



Source : SNDS - exploitation MSA

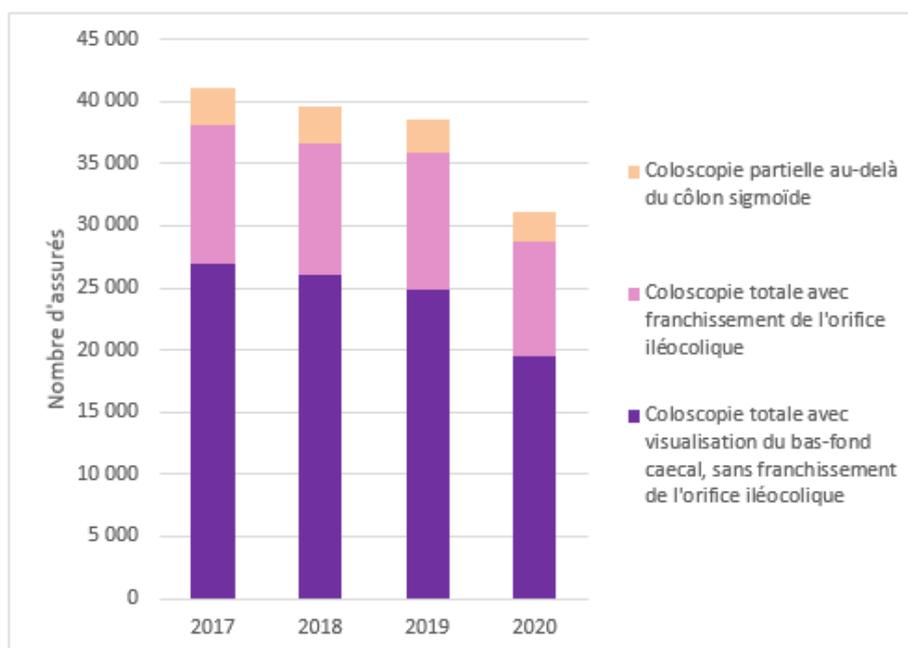
⁹ Racines GHM utilisées pour les traitements thérapeutiques du cancer du sein : 09C04, 09C05, 09M10.

1.3.2.2. L'impact de la crise sanitaire sur les coloscopies

En 2020, au régime agricole, près de 31 000 personnes ont eu une coloscopie¹⁰ soit une diminution de 19 % par rapport à 2019.

De façon plus détaillée, les personnes ayant eu une coloscopie totale avec franchissement de l'orifice iléocolique sont celles qui connaissent la baisse la plus importante (- 21,2 %). Le nombre d'assurés ayant eu une coloscopie totale avec visualisation du bas-fond caecal sans franchissement de l'orifice iléocolique a baissé de 17,1 % et le nombre d'assurés ayant eu une coloscopie partielle a diminué de 12,6 % (**Graphique 25**).

Graphique 25 :
Dénombrement des assurés ayant eu un acte de type coloscopie de 2017 à 2020



Source : SNDS - exploitation MSA

¹⁰ Actes CCAM utilisés (HHQE003, HHQE004, HHEQ005).

Partie 2 :

Les caractéristiques de la population agricole

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

À la fin de l'année 2021, le régime agricole recense plus de 3,1 millions de personnes protégées au titre du risque maladie, un effectif représentant 4,8 % de la population totale en France métropolitaine.

Plus de 1,9 million de personnes relèvent du régime des salariés agricoles pour leur assurance maladie obligatoire (62,2 % de l'effectif total). Cet effectif progresse sur un an (+ 1,2 %), en reprise par rapport à l'année précédente (+ 0,3 % en 2020, + 1,6 % en 2019 et + 1,8 % en 2018).

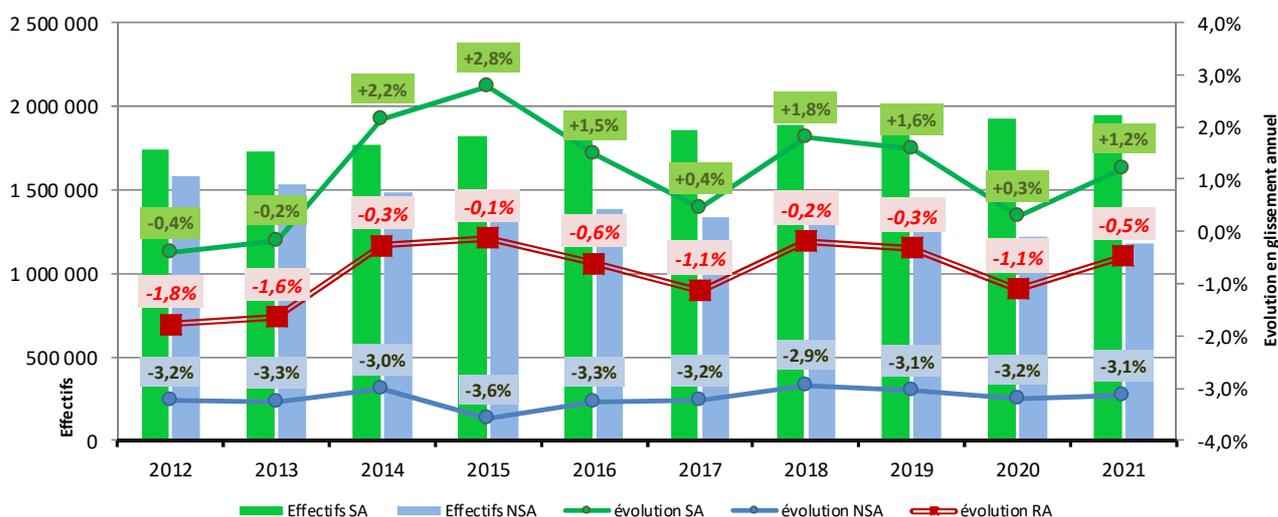
Au régime des non-salariés agricoles, près de 1,2 million de personnes sont protégées (37,8 % de l'effectif total). La baisse des effectifs se poursuit en 2021 (- 3,1 % après - 3,2 % en 2020, - 3,1 % en 2019, et - 2,9 % en 2018). Ce recul pèse sur l'évolution globale de la population protégée par le 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 (**Graphique 26**). Cette évolution favorable trouvait principalement son origine dans l'accroissement net des effectifs de personnes protégées au régime des salariés. En 2016/2017 et en 2020, le recul global a été plus marqué en raison de la moindre progression des effectifs au régime des salariés.

En 2021, la population salariée augmente de 1,2 %, conduisant la population totale protégée au régime agricole à renouer avec une baisse plus modérée.

Graphique 26 :
Évolution annuelle de la population protégée en maladie des régimes agricoles

Situation au 4e trimestre de 2012 à 2021



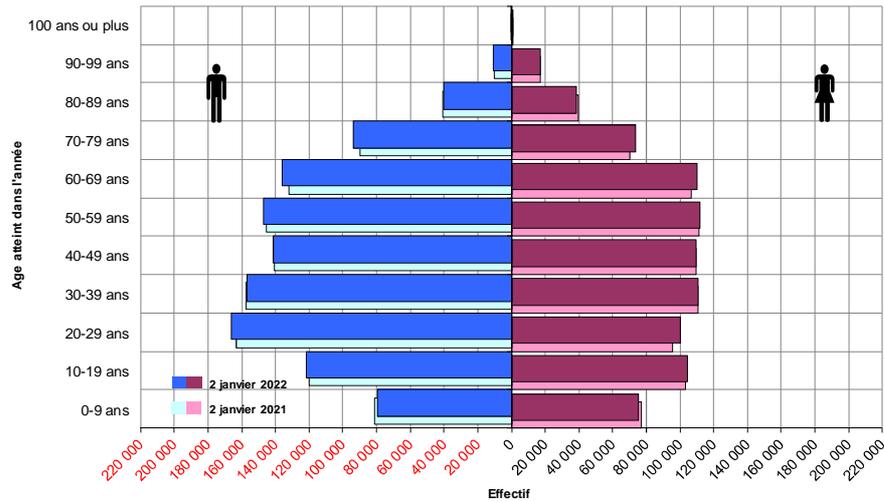
Sources : CNAV, CCMSA

Les deux régimes agricoles présentent une structure démographique très différente avec une pyramide des âges qui leur est propre (**Graphiques 27 et 28**). Ces caractéristiques populationnelles expliquent en partie les évolutions des effectifs de chacun des régimes.

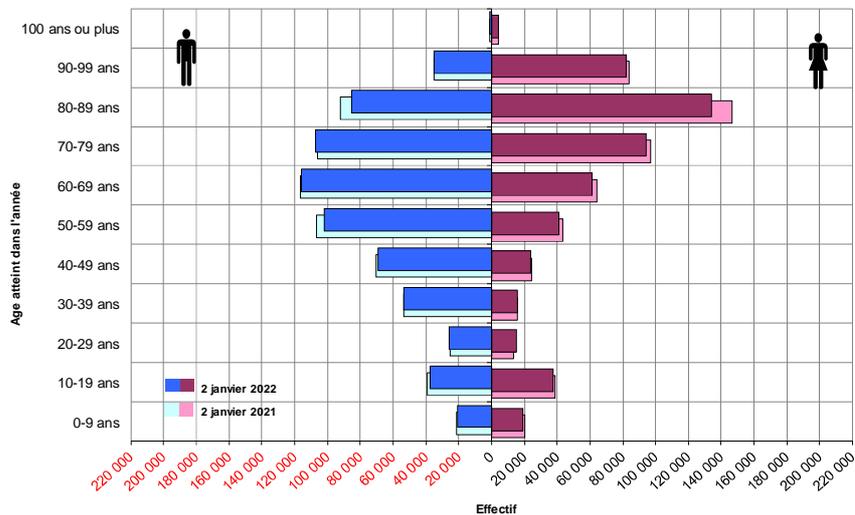
Au régime des salariés agricoles, la pyramide des âges est comparable à celle de la population française métropolitaine. Les personnes en âge de travailler représentent 53,7 % des effectifs, les moins de 20 ans, 19,6 %, et les 60 ans et plus, 26,7 % (**Tableau 8**).

Le régime des non-salariés agricoles présente la spécificité d'avoir une forte proportion de personnes âgées. En effet, 61,2 % des effectifs sont âgés de 60 ans et plus, alors que seuls 9,8 % ont moins de 20 ans (**Tableau 9**).

Graphique 27 :
Pyramide des âges au régime des salariés agricoles



Graphique 28 :
Pyramide des âges au régime des non-salariés agricoles



Sources : CNAV, CCMSA

La population protégée en maladie au régime des salariés augmente en 2021 (+ 1,2 %, après + 0,3 % en 2020) (**Tableau 8**). Les populations âgées de 20 à 39 ans (+ 1,4 % ; 27,5 % des effectifs), celles âgées de 40 à 59 ans (+ 0,6 % ; 26,2 % des effectifs) et celles âgées de 60 à 79 ans (+ 3,8 % ; 21,2 % des effectifs) contribuent à la croissance annuelle de l'effectif total du régime des salariés. Les générations du baby-boom soutiennent en effet les effectifs de cette tranche d'âge. L'évolution de la population totale est limitée par le recul des effectifs de personnes âgées de 80 ans et plus (- 1,2 %).

Tableau 8 :
Répartition et évolution de la population protégée en maladie au régime des salariés agricoles

	Répartition des effectifs par tranches d'âge en 2021	Évolution des effectifs 2021/2020	Évolution des effectifs 2020/2019
Moins de 20 ans	19,6 %	- 0,1 %	- 0,2 %
<i>dont moins de 18 ans</i>	16,9 %	- 0,6 %	- 2,2 %
<i>dont 18-19 ans</i>	2,7 %	+ 2,7 %	- 0,3 %
De 20 à 39 ans	27,5 %	+ 1,4 %	+ 0,6 %
De 40 à 59 ans	26,2 %	+ 0,6 %	- 0,5 %
De 60 à 79 ans	21,2 %	+ 3,8 %	+ 3,9 %
80 ans et plus	5,5 %	- 1,2 %	- 2,4 %
TOTAL	100,0 %	+ 1,2 %	+ 0,3 %

Sources : CNAV, CCMSA

Au régime des non-salariés agricoles, toutes les tranches d'âge sont affectées par le recul, à l'exception des 20 à 39 ans, en progression de 1,4 % sur un an (**Tableau 9**). Avec un nombre de décès supérieur au nombre d'entrées dans le régime (actifs ou ayants droits) et un âge élevé de ses ressortissants (61,2 % d'entre eux étant âgés de 60 ans et plus), la structure démographique est vieillissante (**Graphique 28**), 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 2021	Évolution des effectifs 2021/2020	Évolution des effectifs 2020/2019
Moins de 20 ans	9,8 %	- 3,8 %	- 3,8 %
<i>dont moins de 18 ans</i>	8,5 %	- 3,8 %	- 3,6 %
<i>dont 18-19 ans</i>	1,3 %	- 4,1 %	- 5,1 %
De 20 à 39 ans	8,9 %	+ 1,4 %	+ 2,6 %
De 40 à 59 ans	20,1 %	- 3,7 %	- 4,0 %
De 60 à 79 ans	31,4 %	- 1,2 %	- 1,2 %
80 ans et plus	29,8 %	- 5,9 %	- 6,1 %
TOTAL	100,0 %	- 3,1 %	- 3,2 %

Sources : CNAV, CCMSA

Compte tenu des premiers constats observés sur le 1^{er} trimestre 2022 et des prévisions de l'emploi agricole marquées par la hausse du nombre d'actifs, le rythme de croissance des effectifs protégés en maladie au régime des salariés serait de + 1,0 % sur l'année 2022 (**Tableau 10**). Cette prévision reste tributaire de la vigueur de la reprise économique. Au régime des non-salariés, la baisse de la population devrait se poursuivre selon un rythme identique.

Ainsi, les effectifs du régime agricole (salariés et non-salariés agricoles) devraient connaître une baisse de 0,5 % en 2022.

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

Régime des salariés agricoles	Évolution 2022/2021
Assurés ouvrants-droits	+1,9%
actifs (en emploi ou non)	+1,7%
retraités	+ 2,5%
invalides	+ 3,0%
Ayants-droits	- 2,5%
enfants	- 1,1%
conjointes et autres personnes couvertes	- 8,7%
Total	+ 1,0%
Régime des non-salariés agricoles	Évolution 2022/2021
Assurés ouvrants-droits	- 2,2 %
en activité	- 1,1 %
retraités	- 2,9 %
invalides	- 1,5 %
Ayants-droits	- 7,0%
collaborateurs d'exploitation (conjointes et membres de la famille)	- 5,7 %
enfants	- 4,0 %
autres personnes couvertes	-12,5 %
Total	-2,9 %
Ensemble des régimes agricoles	Évolution 2022/2021
Total	- 0,5 %

Source : CCMSA

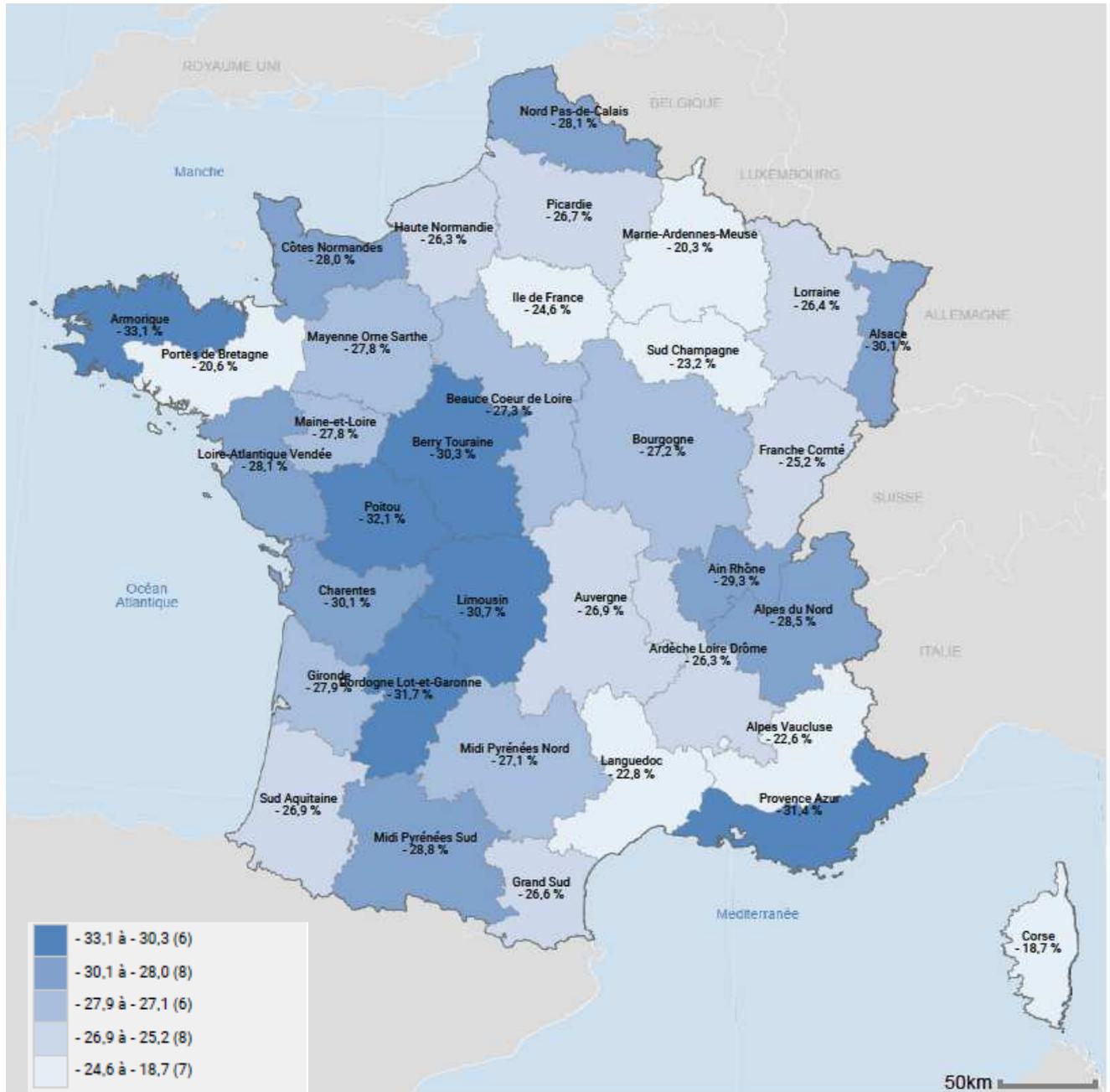
Données pour la Commission des comptes de la sécurité sociale – Prévisions mai 2022

* Prévisions basées sur des effectifs annuels moyens

Depuis 2012, la croissance de la population salariée a été dynamique dans les régions de la côte atlantique (+ 25,7 % en MSA Loire-Atlantique Vendée) ainsi que dans le sud du territoire métropolitain (+ 20,8 % en MSA Corse, + 20,6 % en MSA Alpes Vaucluse et + 19,3 % en MSA Grand Sud). La variation la moins favorable concerne la MSA Picardie avec + 0,4 % (**Carte 2**).

En revanche, pour la population non-salariée agricole, l'érosion s'effectue presque uniformément sur l'ensemble du territoire avec quelques variations. Le recul des effectifs non-salariés est le plus marqué pour la MSA Armorique (- 33,1 %) et le moins marqué pour la MSA Corse (- 18,7 %) (**Carte 3**).

Carte 3 :
Taux d'évolution des personnes protégées en maladie de 2012 à 2021
au régime des non-salariés agricoles

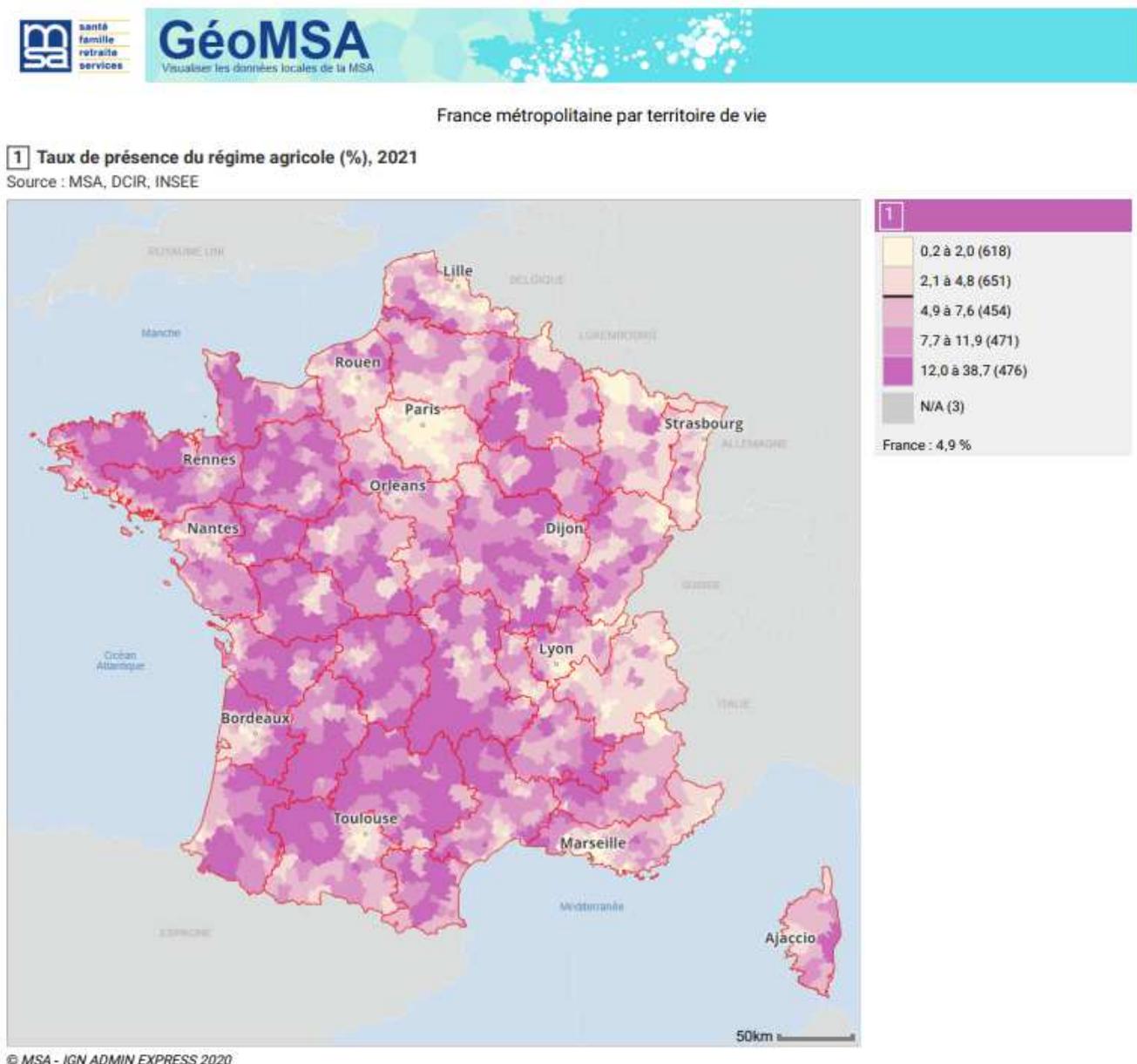


Géographiquement, le régime agricole est présent sur tout le territoire (**Carte 4**).

Ainsi, le taux de présence du régime agricole - exprimé comme le rapport de la population des patients (personnes ayant eu au moins un remboursement de soins dans l'année) relevant du régime agricole (année 2021) à la population française (année 2019) - est de 4,9 %.

Ce taux de présence est même supérieur à deux fois la moyenne nationale dans 674 territoires de vie sur 2 673, situés pour l'essentiel à l'ouest d'une ligne reliant Caen à Marseille ainsi que dans les régions viticoles de Champagne et de Bourgogne, et dans les régions arboricoles et viticoles du nord de la Provence.

Carte 4 :
Effectifs de patients et taux de présence du régime agricole par territoire de vie
(population du régime agricole 2021 - population française 2019)



Le taux de présence du régime agricole est le rapport entre le nombre de patients (personnes ayant eu au moins un remboursement de soins dans l'année) au régime agricole et la population INSEE à une date donnée.

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

2.2.1. La cartographie des pathologies au régime agricole

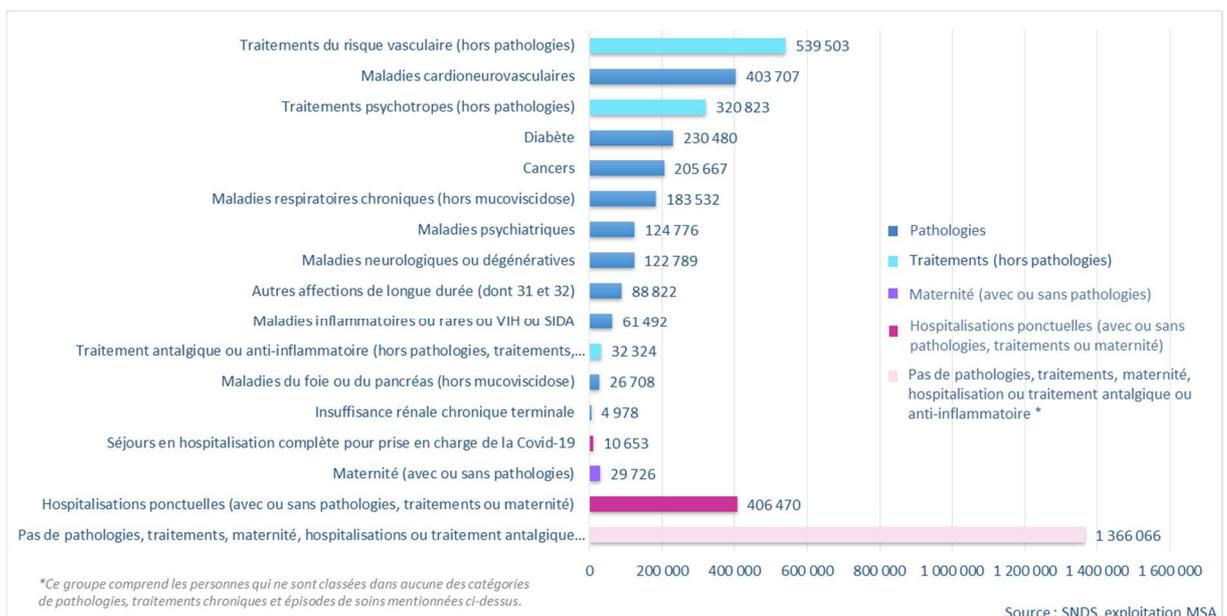
Les études, présentées ci-après, ont été menées sur la dernière version (G9) des données de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'ensemble des régimes. La cartographie développée par la CNAM a été enrichie cette année notamment avec la création de nouveaux tops sur les hospitalisations pour Covid-19.

Les données portent sur l'année 2020 et décrivent, pour l'ensemble de la population ayant consommé des soins, les principales pathologies ou les événements de santé de chaque individu à partir d'algorithmes validés scientifiquement.

Peuvent ainsi être étudiées les pathologies dont souffrent les bénéficiaires du régime agricole qui consomment des soins. La fréquence de ces pathologies dans la population du régime agricole est comparée, à âge et sexe égal, à celle de l'ensemble des consommateurs de soins tous régimes confondus. L'indice comparatif mesure ces différences ; il indique un sur-risque lorsqu'il est supérieur à 100 et un moindre risque 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 2020, parmi les 2,9 millions de ressortissants du régime agricole consommant des soins, un assuré sur trois souffre d'au moins une pathologie (33 %). Les pathologies affectant le plus d'assurés du régime sont les maladies cardiovasculaires, le diabète et les cancers. Par ailleurs, les traitements chroniques (hors pathologie) les plus fréquents concernent le risque vasculaire (539 503 assurés) et les traitements par psychotropes (320 823 assurés) (**Graphique 29**).

Graphique 29 :
Nombre de consommateurs du régime agricole affectés par une pathologie ou un épisode de soins en 2020



Au régime agricole, 403 707 personnes souffrent d'une **pathologie cardiovasculaire** (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 (+ 0,8 %) et un léger sur-risque de recevoir un traitement pour risque vasculaire hors pathologie identifiée (+ 6,1 %) (**Tableau 11**).

Par rapport à l'ensemble des consommateurs tous régimes confondus, les non-salariés agricoles présentent un sur-risque (+ 1,9 %) de développer une maladie cardiovasculaire tandis qu'un sous-risque est observé chez les salariés agricoles (- 1,4 %).

Les **maladies cardiovasculaires** qui présentent un sur-risque plus important pour la population agricole sont la maladie valvulaire (+ 20,3 %), l'insuffisance cardiaque (+ 16,3 %), les troubles du rythme ou de la conduction cardiaque (+ 13,2 %) et les autres affections cardiovasculaires (+ 22,2 %).

A l'inverse, la population consommatrice du régime agricole est en sous-risque de développer une maladie coronaire (- 10,7 %) comparativement à l'ensemble des consommateurs.

Parmi les maladies cardiovasculaires, le risque peut différer selon le régime professionnel : les assurés non-salariés du régime agricole ont un sur-risque d'être touchés par un accident vasculaire cérébral (+ 2,1 %) alors que les assurés salariés présentent un sous-risque (- 1,3 %).

L'ensemble des assurés du régime agricole présente un risque moindre sur les autres grands groupes de pathologies ou de traitements. Toutefois, selon le régime, salarié ou non-salarié, un risque plus élevé peut apparaître sur des pathologies ciblées.

230 480 assurés du régime agricole souffrent de **diabète** (soit 8 % des consommateurs). Cette pathologie est moins fréquente dans la population des non-salariés agricoles que dans l'ensemble des consommateurs métropolitains, ils présentent un moindre risque de 18,2 %. Cette différence ne s'observe pas chez les salariés.

Par rapport à l'ensemble des consommateurs de soins, les assurés du régime agricole présentent un sous-risque de **cancer** actif ou sous surveillance (- 8,4 %), aussi bien chez les salariés que chez les non-salariés. Ce sous-risque est particulièrement marqué pour les principales localisations cancéreuses : cancer du poumon (- 32,1 %) et cancer du sein chez la femme (- 17,0 %). Mais il existe un risque accru de cancer de la prostate actif chez les non-salariés de 2,8 % par rapport à la population tous régimes. Toutes localisations cancéreuses confondues, 90 000 assurés MSA (3 % des consommateurs) sont traités pour un cancer actif et 122 100 (4 % des consommateurs) ont un cancer en phase de surveillance.

Les **maladies respiratoires chroniques** affectent 183 700 assurés du régime agricole (6,4 % des consommateurs), avec un sous-risque de 4,8 %.

Les **maladies neurologiques**, qui touchent 33 800 assurés MSA, affectent de façon moins prononcée les non-salariés que l'ensemble des consommateurs ; leur sous-risque atteint 17,7 %. Chez les salariés, ce phénomène est moins marqué avec un sous-risque de 4,1 %. Ils présentent même un risque accru d'épilepsie (+ 7,2 %).

Tableau 11 :
Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, par pathologie, en 2020

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles		Salariés agricoles	
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	indice comparatif	significativité	indice comparatif	significativité
Syndrome coronaire aigu	6 605	94,6	***	94,1	***	95,4	**
Maladie coronaire chronique	136 151	89,0	***	87,5	***	91,6	***
Maladie coronaire	142 756	89,3	***	87,8	***	91,8	***
Accident vasculaire cérébral aigu	9 652	100,7	non-significatif	101,8	non-significatif	98,2	non-significatif
Séquelle d'accident vasculaire cérébral	65 535	101,1	***	102,2	***	98,8	*
Accident vasculaire cérébral	75 187	101,0	***	102,1	***	98,7	**
Insuffisance cardiaque aiguë	19 110	113,1	***	116,0	***	104,8	***
Insuffisance cardiaque chronique	71 145	117,2	***	120,2	***	109,4	***
Insuffisance cardiaque	90 255	116,3	***	119,2	***	108,4	***
Artériopathie oblitérante du membre inférieur	45 782	83,2	***	77,3	***	94,0	***
Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque	171 161	113,2	***	116,1	***	106,4	***
Maladie valvulaire	45 801	120,3	***	127,0	***	105,5	***
Embolie pulmonaire aiguë	3 272	97,5	non-significatif	101,2	non-significatif	91,0	***
Autres affections cardiovasculaires	33 167	122,2	***	127,0	***	114,5	***
Maladies cardiovasculaires aiguës	37 292	104,9	***	107,5	***	99,3	non-significatif
Maladies cardiovasculaires chroniques	394 475	100,9	***	102,0	***	98,7	***
Maladies cardiovasculaires	403 707	100,8	***	101,9	***	98,6	***
Traitements antihypertenseurs (hors pathologies)	475 719	106,5	***	109,1	***	102,7	***
Traitements hypolipémiants (hors pathologies)	193 056	105,4	***	105,4	***	105,5	***
Traitements du risque vasculaire (hors pathologies)	539 503	106,1	***	108,3	***	103,0	***
Traitements antihypertenseurs (avec ou sans pathologies)	816 351	101,6	***	101,9	***	101,1	***
Traitements hypolipémiants (avec ou sans pathologies)	426 256	95,8	***	92,8	***	100,4	*
Traitements du risque vasculaire (avec ou sans pathologies)	915 657	101,0	***	100,8	***	101,2	***
Diabète insulino-traité	51 028	90,4	***	82,2	***	101,6	**
Diabète traité par agoniste du GLP-1	19 247	87,0	***	77,9	***	96,3	***
Diabète	230 480	89,3	***	81,8	***	100,0	non-significatif
Diabète (avec ou sans pathologies) ou traitements du risque vasculaire (hors pathologies)	769 983	100,5	***	99,4	***	102,0	***
Cancer du sein de la femme actif	9 844	89,1	***	80,5	***	99,4	non-significatif
Cancer du sein de la femme sous surveillance	23 822	80,7	***	75,9	***	88,8	***
Cancer du sein de la femme	33 666	83,0	***	77,0	***	92,1	***
Cancer du côlon actif	9 283	95,9	***	93,4	***	99,9	non-significatif
Cancer du côlon sous surveillance	16 599	92,9	***	90,7	***	97,2	**
Cancer du côlon	25 882	93,9	***	91,6	***	98,2	*
Cancer du poumon actif	4 374	70,3	***	51,6	***	94,5	***
Cancer du poumon sous surveillance	2 479	64,0	***	50,0	***	84,9	***
Cancer du poumon	6 853	67,9	***	50,9	***	91,0	***
Cancer de la prostate actif	16 783	100,5	non-significatif	102,8	***	96,5	***
Cancer de la prostate sous surveillance	27 101	96,2	***	97,1	***	94,6	***
Cancer de la prostate	43 884	97,8	***	99,2	non-significatif	95,4	***
Autres cancers actifs	53 112	91,9	***	88,5	***	97,3	***
Autres cancers sous surveillance	58 686	91,9	***	90,3	***	94,6	***
Autres cancers	111 798	91,9	***	89,5	***	95,9	***
Cancers actifs	89 957	92,4	***	89,1	***	97,5	***
Cancers sous surveillance	122 106	90,4	***	88,5	***	93,6	***
Cancers	205 667	91,6	***	89,2	***	95,5	***
Maladies respiratoires chroniques	183 532	95,3	***	92,2	***	98,6	***
Maladies respiratoires chroniques (avec ou sans mucoviscidose)	183 669	95,2	***	92,2	***	98,6	***

Source : SNDS, exploitation MSA

Les non-salariés du régime agricole ont un plus faible niveau de risque (- 22,7 %) que l'ensemble des assurés tous régimes de développer une **maladie psychiatrique**, à âge et sexe identique. Les moindres risques sont de 51,5 % pour les troubles addictifs, de 34,7 % pour les troubles psychotiques et de 8,7 % pour les troubles névrotiques et de l'humeur. En revanche, chez les salariés agricoles, il existe un sur-risque de 10,6 % d'être atteint de troubles addictifs par rapport à la population tous régimes, dont 44,8 % pour les « troubles addictifs liés à des substances autres que l'alcool, le cannabis ou le tabac » et 26,6 % pour les troubles addictifs liés à la consommation d'alcool. Les salariés présentent également un sur-risque de dépression (+ 8,2 %) et de déficience mentale (+ 12,5 %) (**Tableau 12**).

Les assurés MSA, qu'ils souffrent ou non de pathologies psychiatriques, consomment moins de **psychotropes** que l'ensemble des assurés, à l'exception des traitements neuroleptiques chez les salariés agricoles (+ 6,2 %).

Tableau 12 :
Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, des maladies psychiatriques et traitements psychotropes en 2020

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles		Salariés agricoles		
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	indice comparatif	significativité	indice comparatif	significativité	
Maladies psychiatriques	Troubles psychotiques	18 195	78,4	***	65,3	***	88,5	***
	Troubles névrotiques et de l'humeur	73 613	97,3	***	91,3	***	104,2	***
	Troubles maniaques et bipolaires	11 855	93,6	***	93,3	***	93,7	***
	Dépression et autres troubles de l'humeur	46 408	98,6	***	90,1	***	108,2	***
	Troubles névrotiques liés au stress et somatoformes	27 980	95,3	***	91,3	***	100,7	non-significatif
	Déficience mentale	4 917	86,7	***	41,3	***	112,5	***
	Troubles addictifs:	27 611	84,8	***	48,5	***	110,6	***
	- Dont Troubles addictifs (hormis alcool, tabac et cannabis)	2 885	106,9	***	34,4	***	144,8	***
	-Dont Troubles addictifs liés à l'utilisation d'alcool	13 404	94,8	***	52,6	***	126,6	***
	-Dont Troubles addictifs liés à l'utilisation du cannabis	1 198	85,3	***	23,8	***	109,5	***
	-Dont Troubles addictifs liés à l'utilisation du tabac	14 546	75,7	***	44,6	***	97,8	**
	Troubles psychiatriques débutant dans l'enfance	6 027	85,6	***	66,7	***	92,0	***
	Autres troubles psychiatriques	15 187	71,2	***	59,5	***	83,6	***
	Maladies psychiatriques	124 776	89,3	***	77,3	***	100,8	**
Traitements psychotropes (hors pathologies)	Antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur (hors pathologies)	159 083	94,5	***	93,8	***	95,5	***
	Neuroleptiques (hors pathologies)	21 983	102,8	***	100,6	non-significatif	106,2	***
	Anxiolytiques (hors pathologies)	184 807	97,6	***	96,1	***	99,8	non-significatif
	Hypnotiques (hors pathologies)	70 418	90,3	***	87,8	***	94,4	***
	Traitements psychotropes (hors pathologies)	320 823	95,8	***	94,3	***	98,0	***
Traitements psychotropes (avec ou sans pathologies)	Antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur (avec ou sans pathologies)	224 781	94,4	***	92,4	***	96,8	***
	Neuroleptiques (avec ou sans pathologies)	54 556	94,4	***	88,5	***	100,5	non-significatif
	Anxiolytiques (avec ou sans pathologies)	236 380	96,0	***	93,1	***	99,9	non-significatif
	Hypnotiques (avec ou sans pathologies)	91 230	88,9	***	85,0	***	94,6	***
	Traitements psychotropes (avec ou sans pathologies)	406 980	94,7	***	92,0	***	98,3	***
Maladies psychiatriques ou psychotropes	446 599	93,9	***	89,9	***	99,0	***	

Source : SNDS, exploitation MSA

Sur l'ensemble du groupe des **maladies dégénératives**, qui affectent 92 400 assurés MSA, les assurés du régime agricole ont un risque moindre que l'ensemble des consommateurs, mais les situations diffèrent selon la pathologie et le régime professionnel. Les non-salariés ont un sur-risque significatif de présenter la maladie de Parkinson (+ 6,5 %) (**Tableau 13**).

Près de 50 000 assurés MSA (2 % des consommateurs) sont atteints par une **maladie inflammatoire chronique**. Les assurés du régime agricole ont un risque moindre sur l'ensemble des pathologies de ce groupe (- 5,2 %), hormis pour la polyarthrite rhumatoïde pour laquelle il existe un sur-risque de 8,4 %.

Par rapport à l'ensemble de la population, les assurés agricoles ont un risque moindre d'être atteints du SIDA ou d'être porteurs du VIH (- 62,3 %). Ils présentent également un sous-risque de mucoviscidose, d'hémophilie ou encore de maladies du foie ou du pancréas.

En revanche, un sur-risque de 4,5 % de développer une maladie métabolique héréditaire est constaté chez les salariés comme chez les non-salariés agricoles.

Les salariés et les non-salariés ont un risque moindre de développer une insuffisance rénale chronique terminale (- 19,7 %).

Tableau 13 :
Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole
et les consommateurs tous régimes, par pathologie en 2020

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles		Salariés agricoles		
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	indice comparatif	significativité	indice comparatif	significativité	
Maladies neurologiques ou dégénératives	Démences (dont m maladie d'Alzheimer)	72 546	94,1	***	92,8	***	98,7	*
	Maladie d'Alzheimer	38 009	90,3	***	89,3	***	93,8	***
	Autres démences	34 537	98,7	**	97,0	***	104,4	***
	Maladie de Parkinson	23 484	105,1	***	106,5	***	101,8	non-significatif
	Maladies dégénératives (démences et Parkinson)	92 402	96,7	***	95,7	***	99,7	non-significatif
	Sclérose en plaque	4 128	85,7	***	80,0	***	89,4	***
	Paraplégie	4 116	81,7	***	77,0	***	85,7	***
	Myopathie ou myasthénie	1 962	78,0	***	75,8	***	80,1	***
	Epilepsie	17 721	98,8	non-significatif	89,9	***	107,2	***
	Autres affections neurologiques	7 641	79,0	***	71,9	***	85,7	***
	Maladies neurologiques	33 794	89,4	***	82,3	***	95,9	***
	Maladies neurologiques ou dégénératives	122 789	94,8	***	93,2	***	98,0	***
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA	Maladies inflammatoires chroniques intestinales	10 140	80,0	***	69,4	***	87,7	***
	Polyarthrite rhumatoïde et maladies apparentées	19 622	108,4	***	112,5	***	102,6	**
	Spondylarthrite ankylosante et maladies apparentées	10 090	89,1	***	86,3	***	91,3	***
	Autres maladies inflammatoires chroniques	12 628	94,9	***	98,0	*	90,4	***
	Maladies inflammatoires chroniques	49 885	94,8	***	96,2	***	93,4	***
	Maladies métaboliques héréditaires ou amylose	6 901	104,5	***	105,6	***	103,5	**
	Mucoviscidose	265	80,4	***	86,0	non-significatif	78,1	***
	Hémophilie ou troubles de l'hémostase graves:	2 219	75,5	***	70,2	***	80,7	***
	- dont hémophilie	347	96,2	non-significatif	92,3	non-significatif	98,8	non-significatif
	- dont autres troubles de l'hémostase graves	1 872	72,6	***	67,9	***	77,5	***
	Maladies rares	9 368	95,1	***	94,9	***	95,5	***
	VIH ou SIDA	2 647	37,7	***	21,2	***	48,7	***
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA	61 492	89,2	***	90,2	***	88,3	***	
Insuffisance rénale chronique terminale	Dialyse chronique :	3 149	78,8	***	74,5	***	85,4	***
	- dont dialyse courte	336	84,5	***	83,1	***	86,7	*
	- dont hémodialyse chronique	2 909	78,4	***	73,9	***	85,3	***
	- dont dialyse péritonéale chronique	240	84,1	***	82,6	**	86,7	non-significatif
	Transplantation rénale	113	94,2	non-significatif	83,1	non-significatif	102,4	non-significatif
	Suivi de transplantation rénale	1 716	82,3	***	73,4	***	89,6	***
Insuffisance rénale chronique terminale	4 978	80,3	***	74,3	***	87,6	***	
Maladies du foie ou du pancréas	hépatite C chronique ou guérie	2 523	58,2	***	34,0	***	82,4	***
	hépatite C chronique	498	64,2	***	30,0	***	92,8	non-significatif
	Maladies du foie (hors mucoviscidose)	18 064	75,7	***	61,0	***	91,2	***
	Maladies du pancréas (hors mucoviscidose)	9 443	91,6	***	85,4	***	99,2	non-significatif
Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose)	26 708	80,4	***	68,8	***	93,2	***	

Source : SNDS, exploitation MSA

Les assurés du régime agricole présentent un sur-risque de 1,1 % d'avoir une **hospitalisation ponctuelle** (hors pathologies, traitement ou maternité) par rapport à ceux de l'ensemble des régimes (Tableau 14).

Les hospitalisations complètes pour prise en charge de la **Covid-19** ont touché près de 10 700 assurés MSA en 2020. Les assurés du régime agricole ont un moindre risque (- 29,9 %) d'être hospitalisés pour Covid-19 ; ce moindre risque est plus important chez les non-salariés agricoles (- 32,7 %) que pour les salariés agricoles (- 24,2 %).

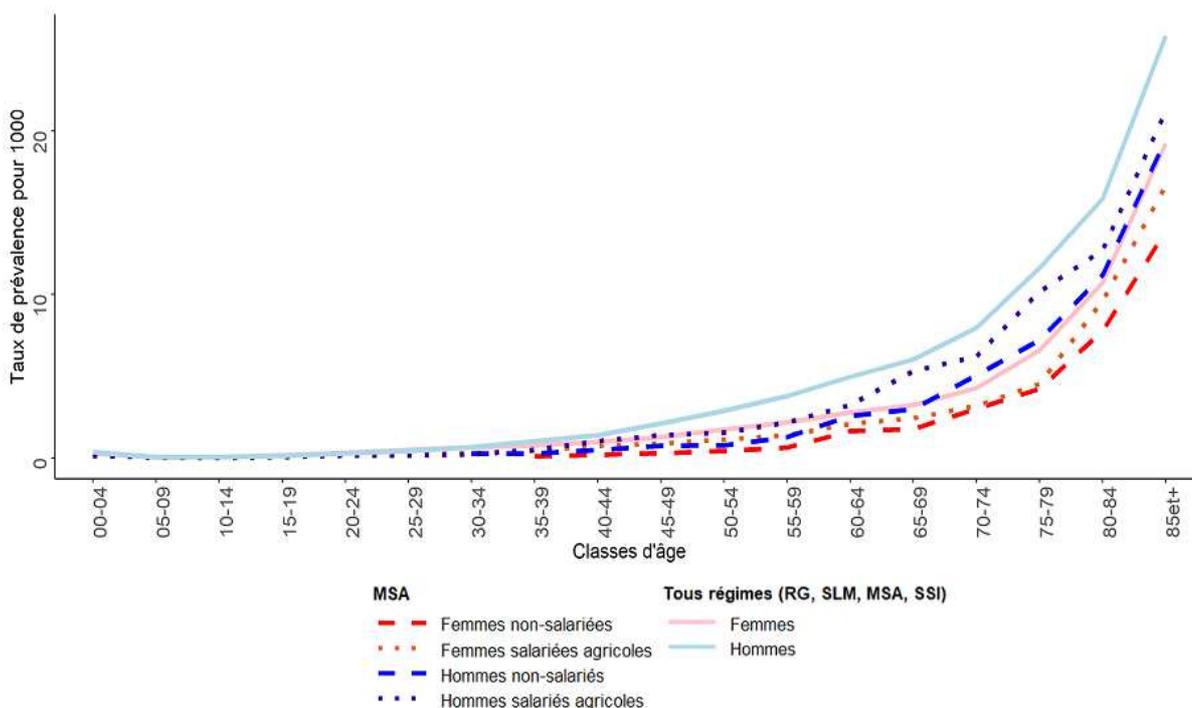
De même, le risque d'une hospitalisation pour Covid-19, avec une prise en charge en soins critiques au cours du séjour touche moins les assurés du régime agricole que l'ensemble des assurés. Le moindre risque est de 43 %.

Tableau 14 :
Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole
et les consommateurs tous régimes, en hospitalisations ponctuelles ou covid-19, en 2020

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...		Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles		Salariés agricoles	
		nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	indice comparatif	significativité	indice comparatif	significativité
Hospitalisations ponctuelles	Hospitalisations ponctuelles (hors pathologies, traitements ou maternité)	128 455	101,1	***	101,8	***	100,7	**
	Hospitalisations ponctuelles (avec ou sans pathologies, traitements ou maternité)	406 470	96,5	***	94,8	***	98,3	***
Covid-19	Séjours en hospitalisation complète pour prise en charge de la Covid-19	10 653	70,1	***	67,3	***	75,8	***
	Séjours en hospitalisation complète pour prise en charge de la Covid-19, avec prise en charge en soins critiques au cours du séjour	1 528	57,0	***	49,5	***	67,4	***

La fréquence relative des hospitalisations pour Covid-19 augmente régulièrement avec l'avancée en âge et particulièrement à partir de 70 ans, elle est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Chez les assurés du régime agricole, la fréquence des hospitalisations pour Covid-19 présente les mêmes caractéristiques que dans l'ensemble de la population mais à un niveau inférieur, dans toutes les classes d'âge, chez les salariés comme chez les non-salariés. Le taux de prévalence atteint 20 % chez les hommes de 85 ans et plus, et environ 15 % chez les femmes (Graphique 30).

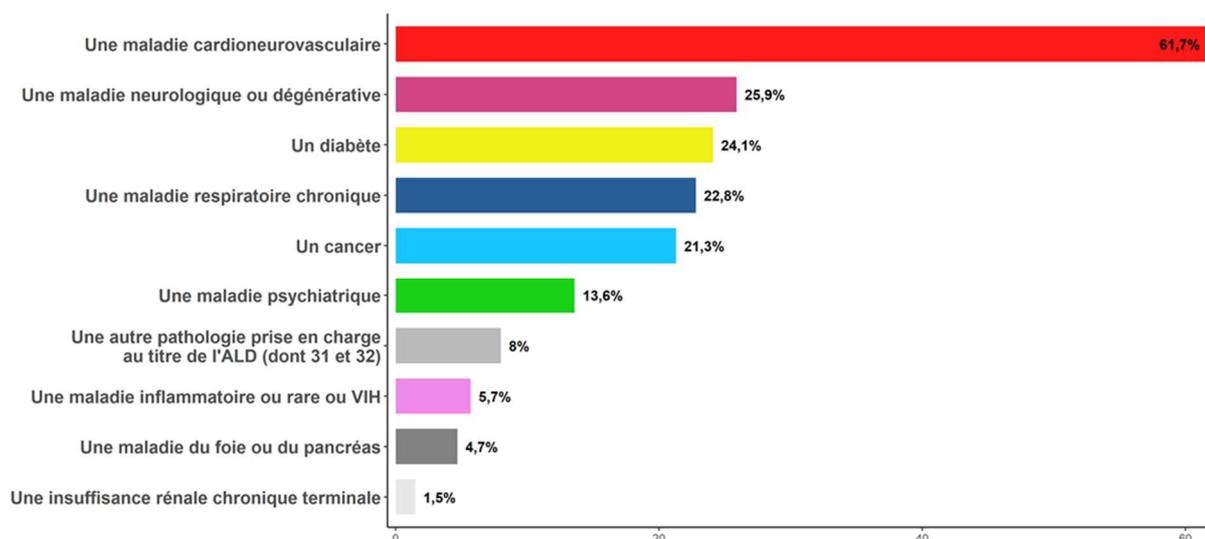
Graphique 30 :
Taux de prévalence des hospitalisations pour Covid-19, par âge, sexe et régime, en 2020



Source : SNDS

Au régime agricole, 88 % des assurés hospitalisés pour Covid-19 sont atteints par au moins une pathologie chronique. Ainsi, parmi ces assurés agricoles hospitalisés pour Covid-19 en 2020, 61,7 % sont atteints par une maladie cardiovasculaire. Les autres pathologies les plus fréquemment identifiées chez ces malades hospitalisés pour Covid sont les maladies neurologiques ou dégénératives (25,9 %), le diabète (24,1 %), une maladie respiratoire chronique (22,8 %) ou un cancer (21,3 %) (**Graphique 31**).

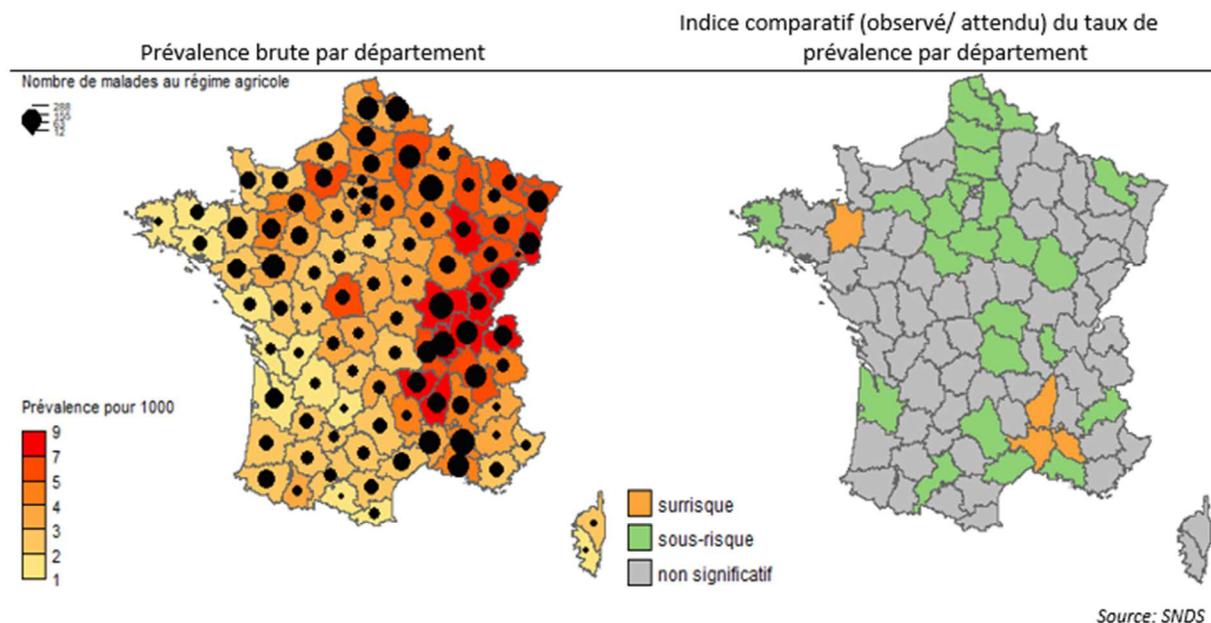
Graphique 31 :
Part des assurés hospitalisés pour Covid-19 atteints par une autre pathologie au régime agricole en 2020



Source : SNDS

Les assurés du régime agricole présentent une prévalence plus importante d'hospitalisation complète pour Covid-19 dans les départements de l'est et du nord de la France, régions les plus touchées par la pandémie. Ils présentent un sur-risque par rapport à l'ensemble de la population du département dans les départements d'Ille et Vilaine, du Vaucluse, du Gard et de l'Ardèche (**Cartes 5**) alors que dans 25 départements, les assurés du régime agricole ont été moins fréquemment hospitalisés pour Covid-19 que la population générale.

Cartes 5 : Prévalence brute et indices comparatifs des hospitalisations pour Covid-19, par département



Source: SNDS

Indices comparatifs : Dans les départements représentés en vert, les assurés du régime agricole présentent un sous risque par rapport à l'ensemble de la population du département. Dans les départements représentés en orange, les assurés du régime agricole présentent un excès de risque par rapport à l'ensemble de la population du département. Dans les départements représentés en gris les différences ne sont pas significatives.

Zoom : Les maladies respiratoires chroniques au régime agricole

Les maladies respiratoires chroniques constituent le quatrième groupe de pathologies dont sont atteints les assurés du régime agricole, après les maladies cardiovasculaires, le diabète et les cancers. 183 532 consommateurs du régime agricole sont affectés par une maladie respiratoire en 2020 soit 6,4 % de l'ensemble des consommateurs. Ces pathologies concentrent 2,0 % des dépenses du régime agricole. Les hommes représentent 56,4 % des cas contre 43,6 % de femmes. La moitié des consommateurs MSA atteints de maladies respiratoires chroniques a plus de 71 ans.

Globalement, la population des assurés du régime agricole présente un sous-risque de maladie respiratoire chronique par rapport à l'ensemble de la population tous régimes (- 4,7 %). Ce moindre risque est à mettre en lien avec une plus faible consommation de tabac chez les non-salariés agricoles¹¹, la fumée du tabac étant le premier facteur de risque des bronchites chroniques. Toutefois, selon l'étude menée en 2010 à partir de la cohorte Coset-MSA¹², l'exposition à des aérocontaminants agricoles favoriserait le développement de certaines maladies respiratoires comme la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). D'après cette étude, des professions exposées à des aérocontaminants agricoles semblent concernées par cette pathologie, notamment les agriculteurs céréaliers, les agriculteurs producteurs laitiers et les éleveurs de porcs.

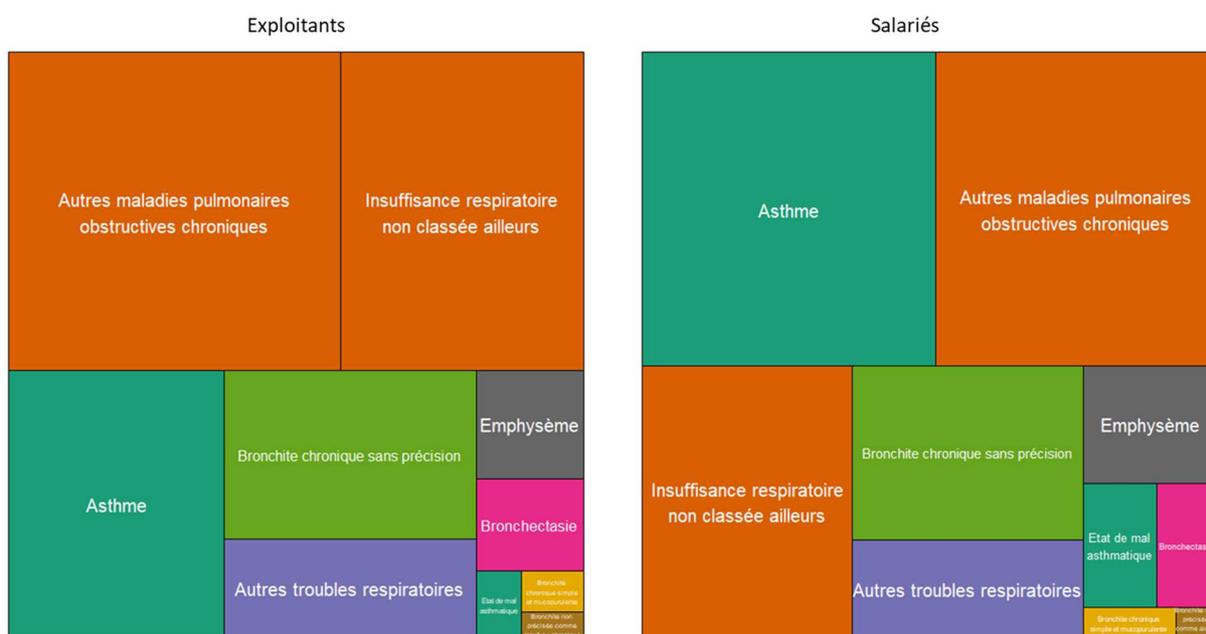
¹¹ Lauzielle D, Consommation de tabac par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité, INVS 2009.

¹² Bénézet L, Delmas M-C, Geoffroy-Perez B, Iwatsubo Y, Prévalence des symptômes et maladies respiratoires dans une cohorte de travailleurs du monde agricole dans cinq départements français en 2010, BEH7, 2019. Les cinq départements étudiés sont les Bouches-du-Rhône, la Saône-et-Loire, le Pas-de-Calais, le Finistère et les Pyrénées-Atlantiques.

Les pathologies les plus fréquentes¹³ sont : « les autres maladies pulmonaires obstructives chroniques », « l'insuffisance respiratoire non classée ailleurs » et l'asthme. Ces trois pathologies concentrent 25,5 % de l'ensemble des consommateurs du régime agricole affectés par une maladie respiratoire. Par ailleurs, 67,4 % des patients n'ont pas de pathologie respiratoire identifiée par une ALD ou un diagnostic posé lors d'une hospitalisation, mais ont reçu en 2020 un traitement médicamenteux pour des syndromes obstructifs des voies aériennes¹⁴.

La répartition des effectifs par pathologie est différente chez les salariés agricoles et chez les non-salariés agricoles (**Figure 1**). Chez les non-salariés agricoles, les pathologies les plus représentées sont respectivement les « autres maladies pulmonaires obstructives chroniques » avec 13 370 malades, l'insuffisance respiratoire non classée ailleurs (9 770 malades) et l'asthme (7 250 malades). Chez les salariés agricoles, les pathologies les plus représentées sont respectivement les « autres maladies pulmonaires obstructives chroniques » avec 9 550 malades, l'asthme avec 9 000 malades et « l'insuffisance respiratoire non classée ailleurs » avec 5 800 malades.

Figure 1 :
Poids de chaque pathologie chez les exploitants et chez les salariés en 2020



Source : SNDS, exploitation MSA

Comparés à l'ensemble de la population tous régimes, les consommateurs du régime agricole sont en sous-risque pour la plupart des maladies respiratoires sauf pour la « bronchite chronique sans précision ».

Toutefois, des disparités existent entre les salariés agricoles et les exploitants agricoles. Alors que les non-salariés ont un moindre risque d'être atteints par l'ensemble des pathologies chroniques respiratoires, les salariés ont un léger sur-risque de présenter une « insuffisance respiratoire non classée ailleurs » (+ 3,2 %) ou une « autre maladie pulmonaire obstructive chronique » (+ 2,6 %) et un excès de risque de bronchite chronique, avec un sur-risque de 18,4 % pour les « bronchites chroniques sans précision » (**Tableau 15**). Ces différences sont à mettre en lien avec la sous consommation de tabac chez les non-salariés agricoles.

¹³ Pathologies identifiées par leur code CIM10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision).

¹⁴ Médicaments ayant pour code ATC R03.

**Tableau 15 :
Effectifs et indices comparatifs des pathologies respiratoires en 2020**

Cim10	Libellés	non-salariés agricoles		salariés agricoles	
		nombre observations	Indice comparatif et significativité	nombre observations	Indice comparatif et significativité
j40	Bronchite non précisée comme aiguë ou chronique	200	82,8 ***	127	100,4 ns
j41	Bronchite chronique simple et mucopurulente	318	71,7 ***	287	104,4 ns
j42	Bronchite chronique sans précision	5 360	95,6 ***	4 087	118,4 ***
j43	Emphysème	1 460	60,6 ***	1 606	90,3 ***
j44	Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques	13 372	87,1 ***	9 004	102,6 **
j45	Asthme	7 252	79,8 ***	9 396	89,7 ***
j46	Etat de mal asthmatique	383	61,1 ***	920	83,1 ***
j47	Bronchectasie	1 248	75,8 ***	761	87,4 ***
j96	Insuffisance respiratoire, non classée ailleurs	9 770	95,8 ***	5 804	103,2 **
j98	Autres troubles respiratoires	3 126	86,3 ***	2 302	97,7 ns

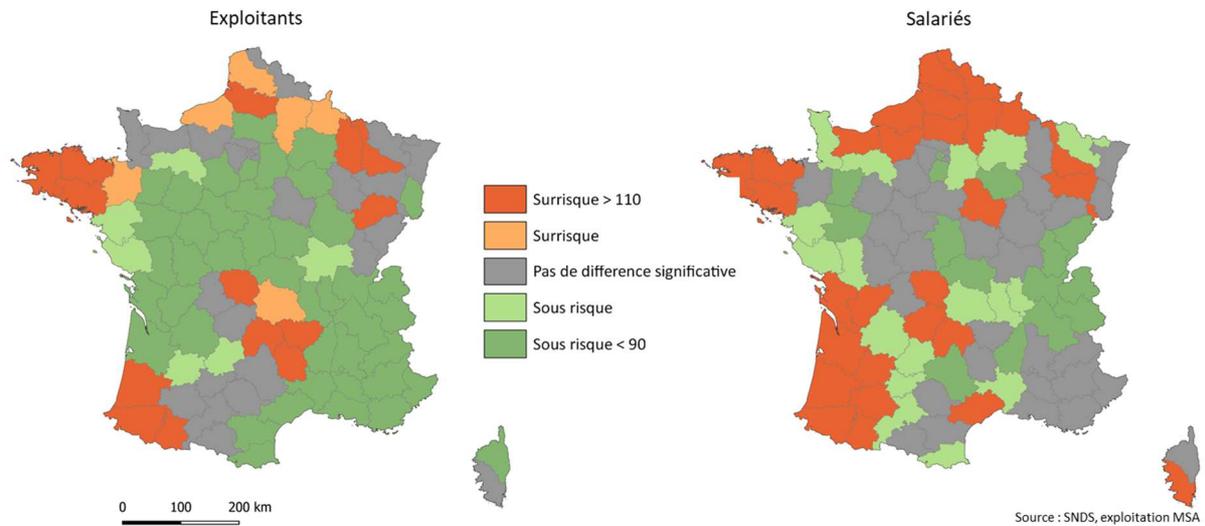
source : SNDS exploitation MSA

Un indice comparatif par département et régime professionnel est calculé en prenant comme population de référence l'ensemble des consommateurs du régime agricole.

Dans la majorité des départements, le risque de maladie respiratoire chez les non-salariés agricoles est moindre que dans l'ensemble de la population MSA (**Cartes 6**). Toutefois, dans cinq zones géographiques, les non-salariés présentent un excès de risque supérieur à 10 % : en Lorraine, dans la Somme, en Bretagne, en Sud-Aquitaine et dans le Massif Central.

Pour la population des salariés, les aires géographiques dans lesquelles la population présente un excès de risque de maladie respiratoire, correspondent globalement à celles des non-salariés, mais sont beaucoup plus étendues. Il s'agit de tout le quart nord, la Bretagne et la nouvelle Aquitaine. Dans la population de l'ensemble des régimes, les maladies respiratoires sont également surreprésentées dans ces zones géographiques. Toutefois, en Bretagne (Côtes d'Armor et Morbihan) les ressortissants agricoles, salariés et exploitants, ont un excès de risque de maladie respiratoire par rapport à la population générale de ces départements.

Cartes 6 : Indices comparatifs par rapport à l'ensemble de la population du régime agricole en 2020



Ces premiers éléments invitent à poursuivre l'analyse avec des éclairages sur les régions présentant des excès de risque et en combinant les variables pour déterminer les facteurs de risque.

2.2.2. La structure par pathologie de la dépense ONDAM au régime agricole en 2020

La structure des dépenses selon les pathologies de la population au régime agricole est réalisée à partir de la cartographie des pathologies et des dépenses version G9 développée par la Cnam (**Annexe 3**).

Les dépenses, présentées ci-après, correspondent aux prestations individualisables prises en charge par le régime agricole relevant du champ de l'ONDAM. La dépense du régime agricole affectée à chaque pathologie et groupe de pathologies est calculée sur la base du **montant moyen par assuré de la dépense « Tous régimes »** et du nombre d'assurés MSA, puis ajustée au montant de l'ONDAM.

Il s'agit d'une estimation du coût de chaque pathologie pour le régime agricole.

Structure des dépenses individualisables de l'ONDAM au régime agricole en 2020

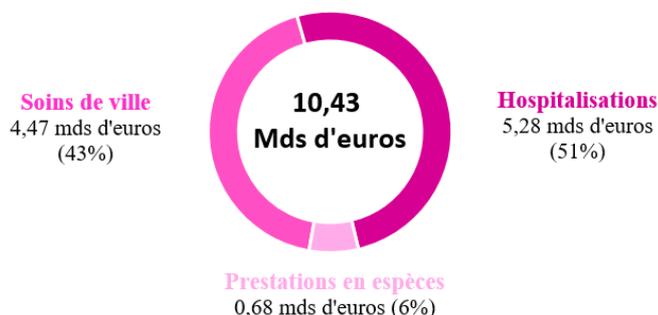
En 2020, 10,43 milliards d'euros ont été remboursés par le régime agricole pour la prise en charge des dépenses de santé de 2,89 millions de personnes assurées au régime agricole et consommant des soins.

Ce montant correspond aux champs de l'ONDAM suivants :

- les soins de ville hors indemnités journalières : ce poste représente 43 % des dépenses du régime agricole avec 4,47 milliards d'euros remboursés ;
- les hospitalisations : dépenses en établissements hors médico-sociaux dont les remboursements s'élèvent à 5,28 milliards d'euros, soit 51 % de la dépense ;
- les prestations en espèces : indemnités journalières qui représentent 6 % de la dépense totale (**Graphique 32**).

Les dépenses relatives aux champs de l'ONDAM non individualisables tels que les établissements médico-sociaux et la participation au financement de l'Agence nationale de santé publique (ANSP) sont exclues de cette étude.

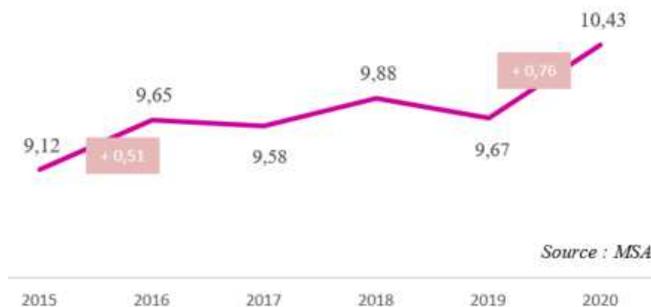
Graphique 32 :
Répartition de la dépense de l'ONDAM par poste en 2020



Sources : CNAM, MSA

Après une baisse de 210 millions d'euros entre 2018 et 2019, les dépenses sont en forte progression en 2020 avec 763 millions d'euros de remboursements supplémentaires (**Graphique 33**).

Graphique 33 :
Evolution de la dépense de l'ONDAM entre 2015 et 2020



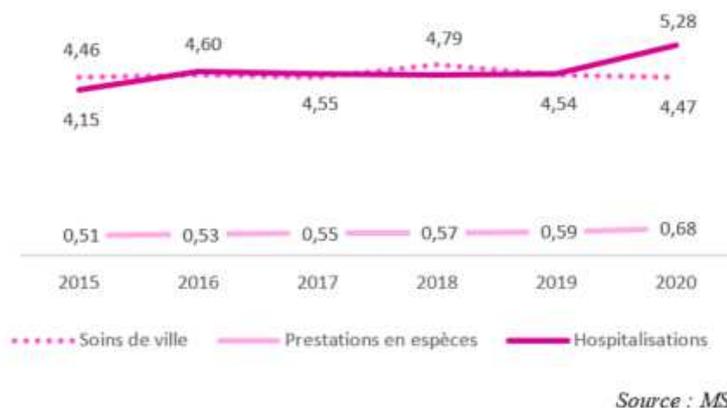
Cette hausse est principalement liée à l'effet de la crise sanitaire sur les hospitalisations pour lesquelles la dépense s'élève à 5,28 milliards d'euros en 2020 contre 4,54 milliards d'euros remboursés l'année précédente (soit une hausse de 740 millions d'euros ; **Graphique 34**).

En particulier, les dépenses en biologie qui, après une baisse de 2 millions d'euros en 2019, s'envolent en 2020 pour atteindre 222 millions d'euros de prises en charge ; soit un bond de 47 millions d'euros.

Les indemnités journalières sont également en hausse de 89 millions d'euros entre 2019 et 2020 pour atteindre 0,68 milliard.

En revanche, les dépenses relatives aux soins de ville qui s'élèvent à 4,47 milliards d'euros en 2020 ont diminué de 67 millions d'euros.

Graphique 34 :
Evolution des dépenses de l'ONDAM (en milliard d'euros) entre 2015 et 2020



Certaines pathologies représentent une proportion particulièrement importante des dépenses de santé au régime agricole.

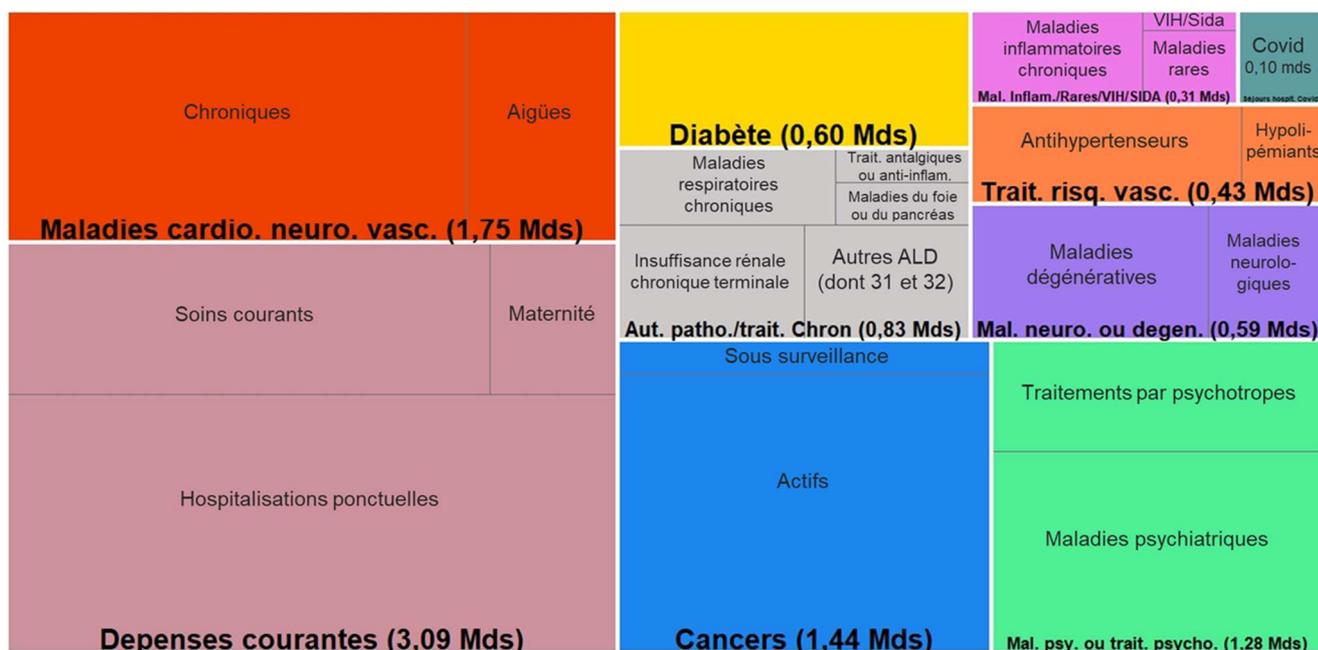
Les hospitalisations ponctuelles, sans rapport avec l'une des pathologies de la cartographie, constituent à elles seules 18,7 % de la dépense en 2020, soit 2 milliards d'euros pour la prise en charge de plus de 406 000 assurés (ce qui représente 14 % de la population MSA consommant des soins). Il s'agit du poste le plus important en termes de dépenses au régime agricole (**Figure 2**).

Les maladies cardionerveuses représentent le deuxième poste de dépenses le plus important. En 2020, 1,75 milliard d'euros a été pris en charge par le régime agricole (ce qui représente 16,8 % des dépenses) pour 14 % de la population (403 000 assurés).

Les cancers représentent 13,8 % des dépenses (1,44 milliard d'euros), notamment les cancers actifs (12,4 % des dépenses) pour lesquels 90 000 personnes ont été prises en charge.

Les maladies psychiatriques et les traitements psychotropes représentent 12,3 % des dépenses, soit 1,28 milliard d'euros remboursés pour près de 446 000 personnes.

Figure 2 :
Répartition du montant des dépenses de l'ONDAM par groupe de pathologies en 2020



Sources : CNAM, MSA

La dépense totale varie selon le coût de la pathologie et le nombre de personnes prises en charge pour cette pathologie.

Les hospitalisations ponctuelles constituent le poste de dépense le plus important. En 2020, le coût moyen par personne est de 4 071 € ce qui représente un coût relativement faible en comparaison de la prise en charge des pathologies aiguës. Néanmoins, elles concernent un grand nombre d'individus : plus de 406 000 assurés sont pris en charge pour au moins une hospitalisation ponctuelle soit 14 % de la population du régime agricole (contre 472 000 en 2019).

Il en est de même des maladies cardionéurovasculaires chroniques (à distinguer des maladies cardionéurovasculaires aiguës) qui concernent une population importante : 394 000 personnes du régime agricole (soit 14 % des personnes consommant des soins), avec une dépense moyenne par individu peu élevée : 2 661 € en 2020.

Le coût moyen alloué au traitement du risque vasculaire, hors pathologies cardiovasculaires, est faible et s'élève à 669 € par individu. Néanmoins, il concerne un nombre important de personnes assurées au régime agricole : 19 % de la population, soit près de 540 000 personnes. Le traitement du risque vasculaire constitue le poste touchant le plus de personnes et qui, par conséquent, est sensible aux potentielles variations de la dépense moyenne.

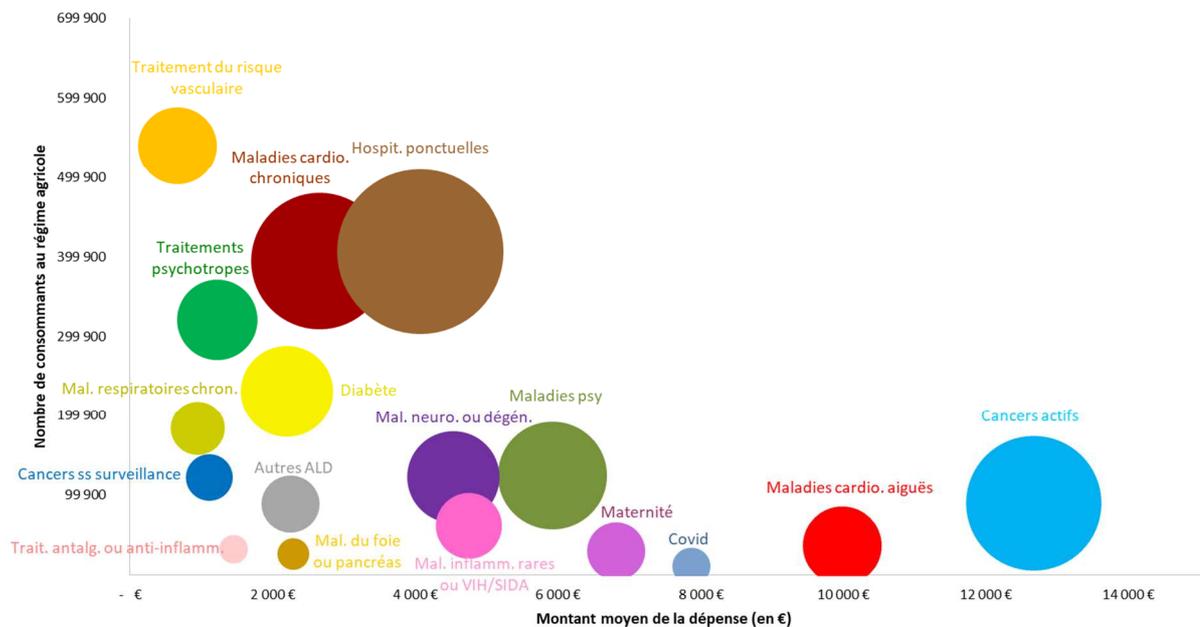
A contrario, le poids financier du groupe des cancers actifs est assez conséquent malgré un nombre de personnes concernées relativement plus faible (89 957 personnes soit 3 % de la population) puisqu'il représente 12 % de la dépense totale, avec un montant moyen par individu de 12 676 € (**Graphique 35**).

Ainsi, deux groupes se distinguent :

- les pathologies qui touchent une grande partie de la population mais dont les coûts sont faibles. Ce groupe est sensible à la hausse ou à la baisse de la dépense moyenne dont les composantes sont le prix et le coût des traitements et des indemnités journalières ; il peut également être sensible à la mise en place des innovations médicales...
- les pathologies qui ont un coût assez élevé mais qui concernent une faible proportion de la population.

Les traitements psychotropes, hors pathologies psychiatriques, appartiennent au premier groupe de pathologies énoncé ci-dessus et se caractérisent par des dépenses tirées par le volume. A contrario, les maladies psychiatriques appartiennent au second groupe de pathologies dont les dépenses sont tirées par les coûts.

Graphique 35 :
Dépenses de l'ONDAM par pathologie selon le nombre de consommateurs
et la dépense moyenne individuelle, en 2020*



Sources : CNAM, MSA

*Hors soins courants et insuffisance respiratoire terminale chronique

Hausse de 780 millions d'euros de dépenses en 5 ans (entre 2016 et 2020)

Entre 2016 et 2020, la dépense totale individualisable suivant les champs de l'ONDAM a augmenté de 2,0 % en moyenne chaque année. Sur une période de 5 ans, la hausse des dépenses s'établit à 780 millions d'euros, passant de 9,65 milliards d'euros en 2016 à 10,43 milliards d'euros pris en charge en 2020.

Son évolution annuelle moyenne entre 2016 et 2019 est stable (9,67 milliards d'euros, soit une hausse de 0,1 % en moyenne tous les ans sur cette période). La forte progression est donc surtout liée à la hausse de la dépense entre 2019 et 2020 (8 % de dépenses supplémentaires en 2020).

Cette hausse concerne la quasi-totalité des groupes de pathologies (**Graphique 36**). Les taux de croissance annuels moyens les plus soutenus s'observent sur les catégories de dépenses suivantes :

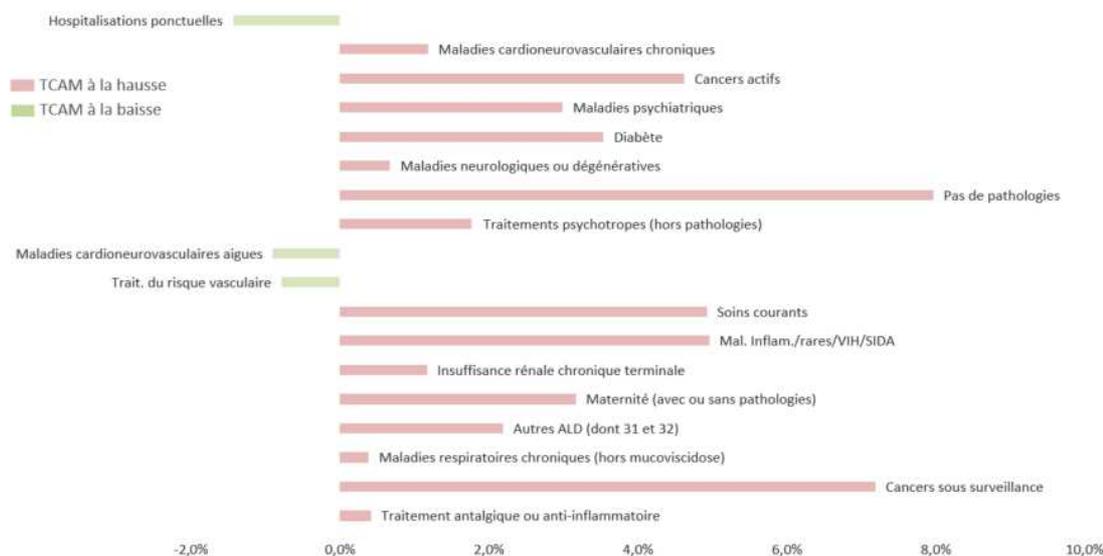
- Les dépenses de santé relatives aux personnes pour lesquelles aucune pathologie n'a été identifiée (47 % de la population assurée au RA) ont augmenté en moyenne de 8,0 % tous les ans entre 2016 et 2020. Cette hausse est particulièrement observable entre 2019 et 2020 : de 453 millions d'euros remboursés en 2019 à 553 millions en 2020 (soit une hausse de 22 %).
- Les dépenses affectées à la prise en charge des cancers sous surveillance (1,5 % des dépenses) ont augmenté de 7,2 % en moyenne tous les ans entre 2016 et 2020.
- Les dépenses pour les maladies inflammatoires ou les maladies rares, le VIH ou le SIDA (3,0 % de la dépense totale en 2020) et pour les soins courants augmentent respectivement de 5,0 % et 4,9 % en moyenne sur la période.

La prise en charge des postes les plus importants en termes de dépenses est également à la hausse : + 4,6 % pour les cancers actifs (3^{ème} poste le plus important) et + 1,2 % pour les maladies cardiovasculaires chroniques (2^{ème} poste le plus important).

A l'inverse, elle a diminué en moyenne chaque année pour ces trois groupes de pathologies :

- hospitalisations ponctuelles (poste le plus important) : - 1,4 % ;
- maladies cardiovasculaires aiguës : - 0,9 % ;
- traitements du risque vasculaire : - 0,8 %.

Graphique 36 :
Taux de croissance annuel moyen (TCAM) sur la période 2016-2020 du montant de la dépense estimée par pathologie*



Sources : CNAM, MSA

*Les pathologies sont triées selon l'ordre décroissant de la dépense 2020

Ces évolutions sont à mettre en relation avec celles des effectifs ainsi que celles des coûts moyens par individu.

Ces facteurs volume et valeur influent de manière différente selon les pathologies.

Pour les hospitalisations ponctuelles, la baisse du nombre de personnes prises en charge de 4,5 % par an explique la diminution de la dépense. Ce recul est légèrement atténué par la hausse du coût moyen (+ 1,0 % par an sur 5 ans).

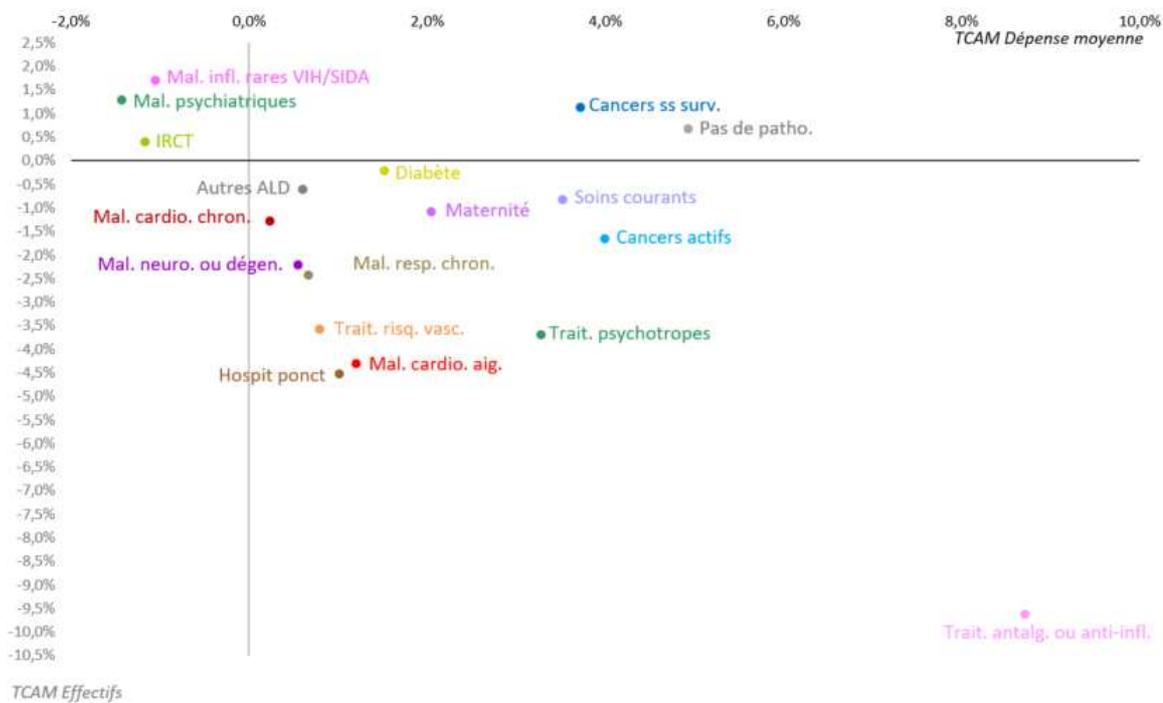
Par ailleurs, la croissance des dépenses relatives aux soins courants, est portée essentiellement par la hausse du coût moyen (+ 3,5 % chaque année), alors que les effectifs diminuent faiblement (- 0,8 %).

Le **graphique 37** représente les taux de croissance annuels moyens entre 2016 et 2020 des effectifs (en ordonnée) et des coûts par individu (en abscisse).

Les pathologies se situant en bas à droite du graphique sont caractérisées par une augmentation du coût moyen alors que le nombre d'individus diminue sur la même période. Par exemple, le poste de dépenses allouées aux traitements antalgiques ou anti-inflammatoires a connu une forte hausse du coût individuel (+ 8,7 %) et une forte baisse du nombre d'individus concernés (- 9,6 %). Il en résulte une légère hausse annuelle de 0,4 % sur les 5 années.

A contrario, les maladies se trouvant en haut à gauche du graphique correspondent aux pathologies dont le coût moyen diminue alors que le nombre de personnes atteintes augmente. Les maladies psychiatriques, les maladies inflammatoires, le VIH / Sida et l'insuffisance rénale chronique se trouvent dans cette catégorie.

Graphique 37 :
Taux de croissance annuel moyen entre 2016 et 2020 du nombre de personnes affectées
et du coût moyen par individu



Sources : CNAM, MSA

2.2.3. Evolution et comparaison des grands groupes de dépenses avec l'ensemble des régimes

Un tiers des bénéficiaires du régime agricole souffrent d'au moins une pathologie chronique (33,0 %), contre un quart pour l'ensemble des régimes (25,4 %).

Les postes les plus importants en termes de dépenses sont identiques à ceux de l'ensemble des régimes. Toutefois, l'ordre du classement n'est pas le même.

Au régime agricole, les postes de dépenses les plus importants sont, dans l'ordre :

1. les hospitalisations ponctuelles (18,7 %),
2. les pathologies cardio-neurovasculaires (16,8 %),
3. les cancers (13,8 %),
4. les maladies psychiatriques ou traitements par psychotropes (12,3 %).

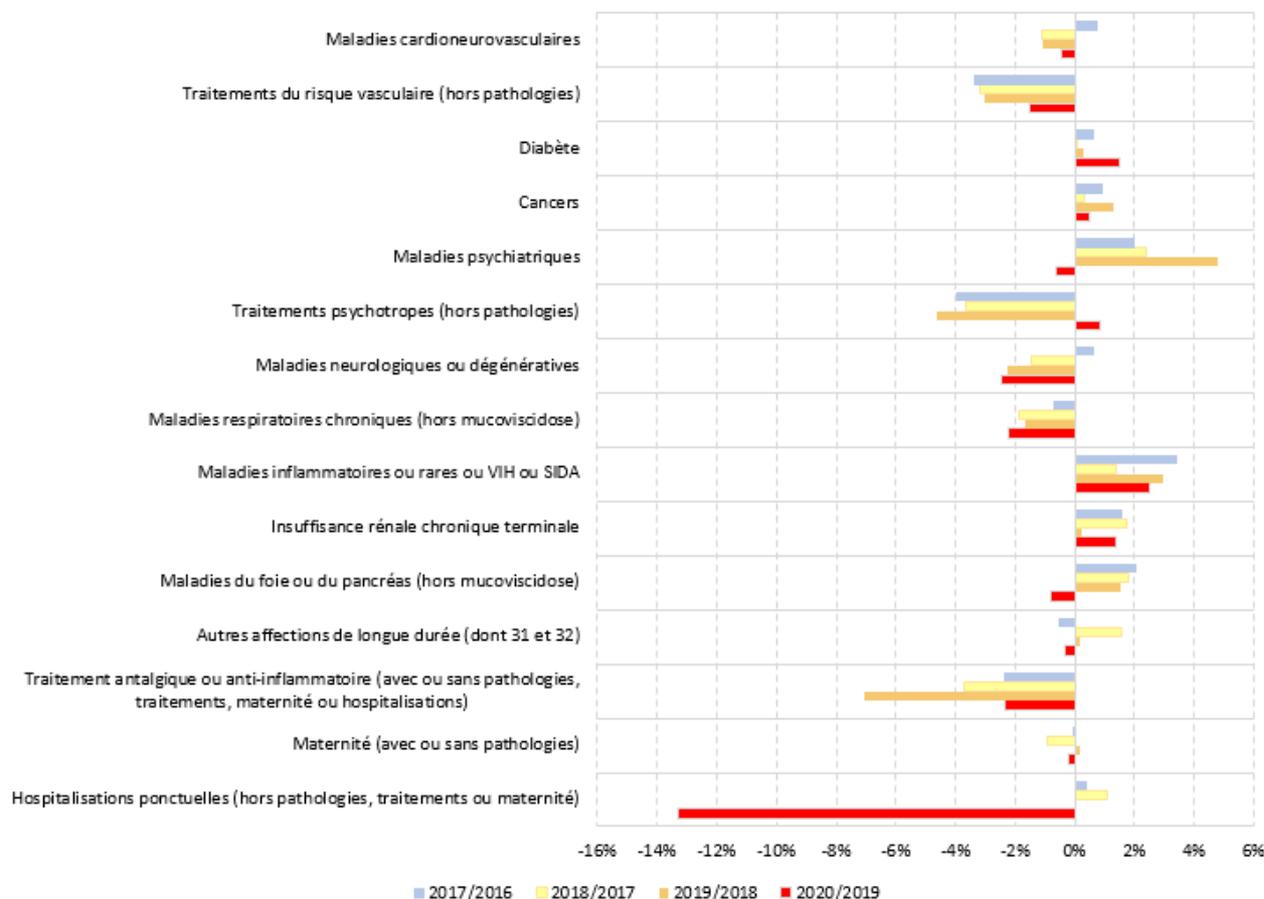
Pour l'ensemble des régimes, le classement s'établit comme suit :

1. les hospitalisations ponctuelles (19,8 %),
2. les maladies psychiatriques ou traitements par psychotropes (13,9 %),
3. les cancers (12,6 %),
4. les pathologies cardio-neurovasculaires (10,6 %).

Les hospitalisations ponctuelles

Ce premier poste de dépenses enregistre une baisse en 2020 liée aux déprogrammations des hospitalisations lors des périodes de confinements (- 3 % au régime agricole et - 2 % en population générale). En volume, les hospitalisations baissent de 14 % au régime agricole et de 13 % en population tous régimes.

Graphique 38 :
Evolution des taux de prévalence des grands agrégats au régime agricole de 2016 à 2020



Les pathologies cardio-neurovasculaires

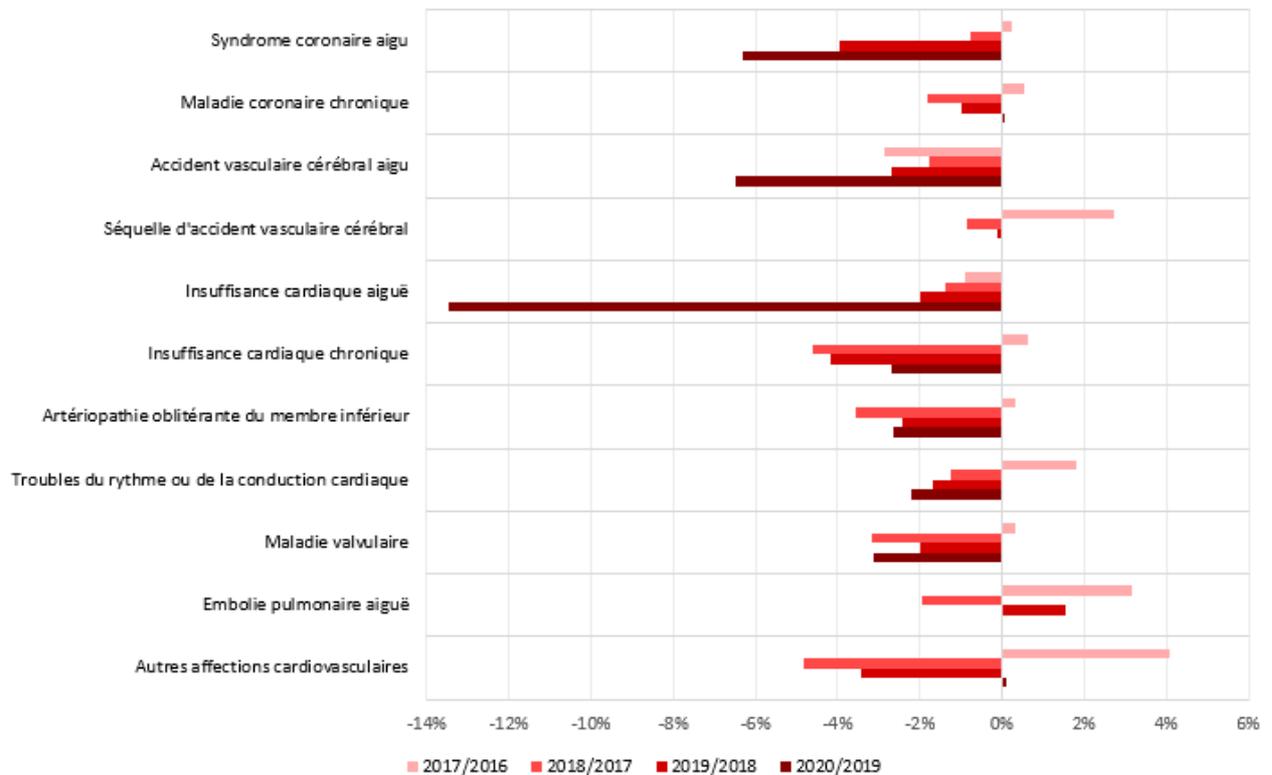
Les maladies cardio-neurovasculaires (403 000 assurés) représentent un poste de dépenses plus important pour le régime agricole que pour l'ensemble des régimes (16,8 % vs 10,6 %) en raison d'une fréquence relative plus importante au régime agricole des assurés atteints par une pathologie cardiovasculaire chronique que dans l'ensemble de la population (14 % vs 8 % des personnes consommant des soins).

Ce poste de dépenses a progressé de 6 % en 2020, alors que le nombre de consommateurs diminuait de 2 %.

Le nombre de personnes touchées par une insuffisance cardiaque aiguë a diminué de 15 % entre 2019 et 2020 au régime agricole et de 10 % en population tous régimes.

Alors qu'en population générale, le nombre de personnes victimes d'embolies pulmonaires augmente de 7 % et de 5 % chez les salariés agricoles, probablement en lien avec la Covid, on constate une baisse de 5 % chez les non-salariés agricoles.

**Graphique 39 :
Evolution des taux de prévalence des maladies cardio-neurovasculaires au régime agricole
de 2016 à 2020**



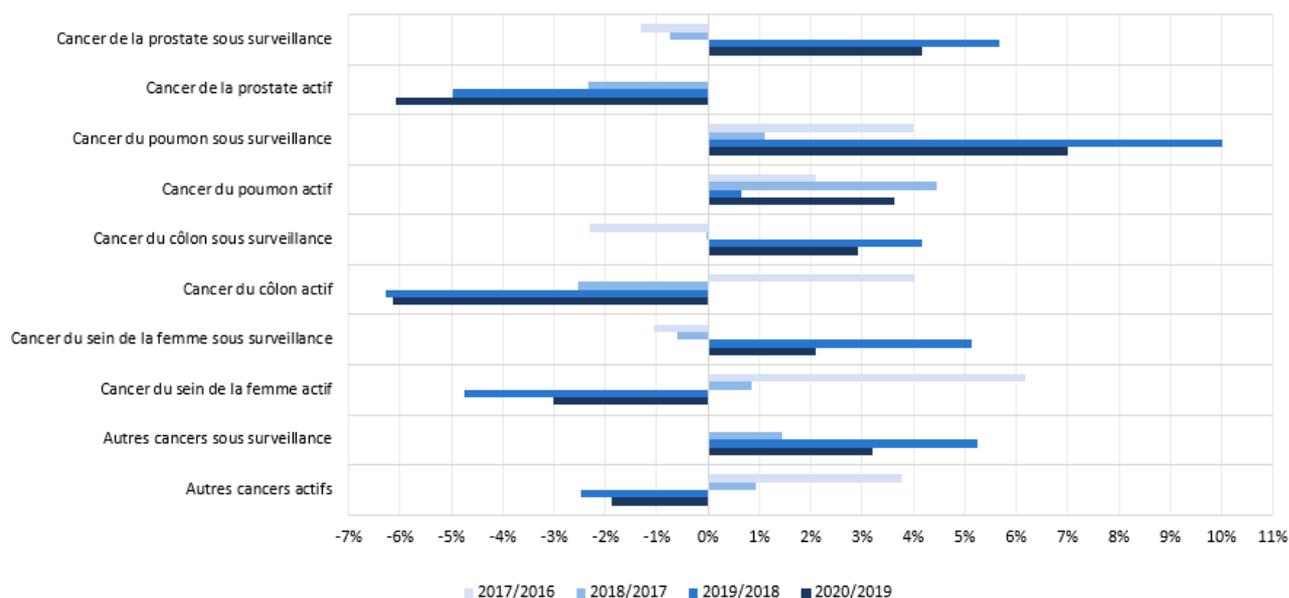
Les cancers

Les cancers représentent 13,8 % des dépenses ; cette dépense est soutenue dans la phase de soins active avec 12,4 % des dépenses pour 90 000 patients (11,3 % en tous régimes).

En 2020, 7 % des consommateurs de soins du régime agricole sont atteints par un cancer. Ce taux est en diminution de 1 % par rapport à 2019 alors qu'il progresse de 1 % en population tous régimes.

Toutefois, la crise sanitaire a entraîné des retards au diagnostic. Ainsi, le nombre de personnes avec un cancer en phase active a diminué de 5 % au régime agricole (- 1 % en inter-régime). Ce recul est plus marqué pour les cancers de la prostate et du colon (- 8 %) et le cancer du sein chez la femme (- 5 %). Seuls les effectifs atteints d'un cancer actif du poumon ont progressé (+ 4 %).

Graphique 40 :
Evolution des taux de prévalence des cancers au régime agricole de 2016 à 2020



Les pathologies psychiatriques et les traitements psychotropes

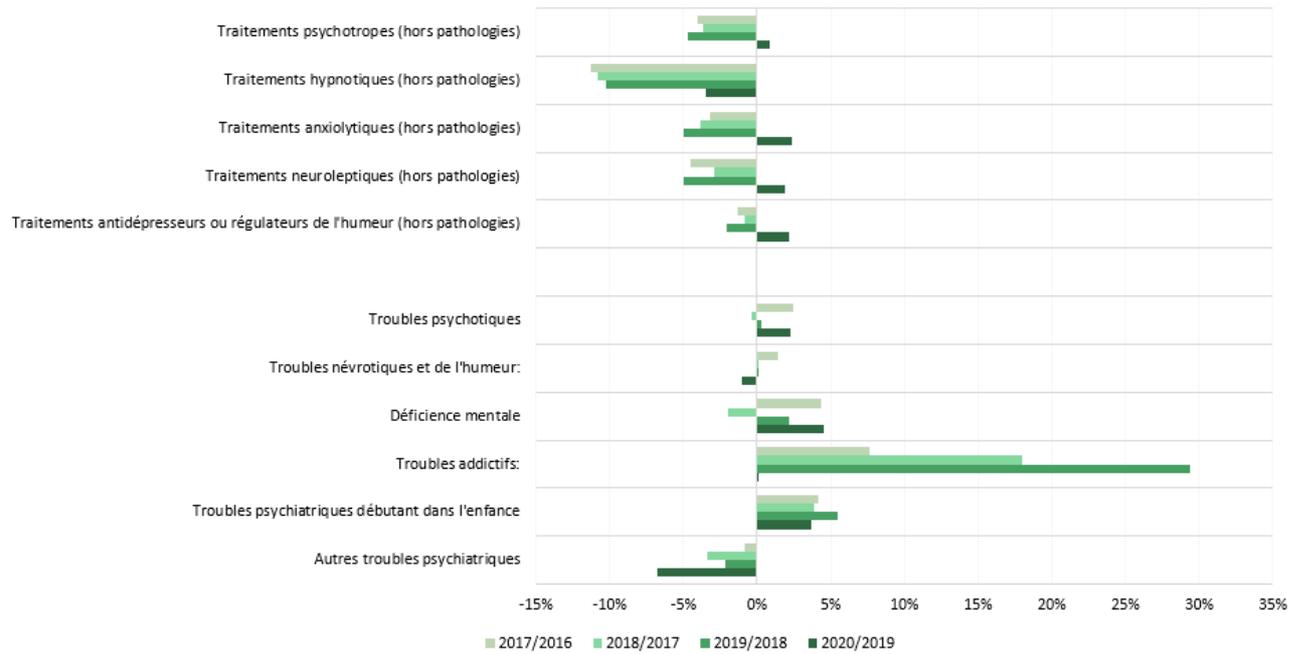
Les maladies psychiatriques et les traitements psychotropes concentrent 12,3 % des dépenses, dont 4,4 % pour les traitements hors pathologies identifiées.

Ce groupe concerne 445 600 assurés, soit 15 % des consommateurs (8,2 millions de consommateurs en population tous régimes, soit 13 % des consommateurs).

La majorité n'a pas de pathologie psychiatrique identifiée mais consomme des psychotropes (321 000 personnes, soit 11 % des consommateurs de soins au régime agricole). En population tous régimes, la part des personnes pour lesquelles un traitement par psychotropes est délivré, hors pathologie psychiatrique, représente 8,5 % des consommateurs. Les traitements par psychotropes hors pathologie psychiatrique sont en augmentation en population tous régimes (+ 2 % en 2020 contre - 2 % en 2019) et la situation se dégrade également au régime agricole : de - 5 % en 2019, l'évolution est de - 1 % en 2020 et elle augmente pour les salariés agricoles de - 2 % en 2019 à + 3 % en 2020.

La part des personnes souffrant d'une affection psychiatrique est sensiblement la même au régime agricole (4,3 %) et en tous régimes (4,2 %). Elle est en baisse de 1 % en population tous régimes et de 2 % au régime agricole, mais en hausse de 1 % chez les salariés agricoles.

Graphique 41 :
Evolution des taux de prévalence des traitements psychotropes et maladies psychiatriques
au régime agricole de 2016 à 2020



2.2.4. Les patients en ALD au régime agricole

2.2.4.1. La prévalence des ALD au régime agricole

Au 31 décembre 2021, avec 688 571 personnes exonérées du ticket modérateur au titre d'au moins une affection de longue durée (ALD), le régime agricole compte près de 700 assurés en ALD de plus qu'au 31 décembre 2020 (+ 0,1 % sur un an). Cette légère hausse est portée uniquement par les hommes (+ 0,9 %). Le nombre de femmes en ALD recule de 0,8 %.

Sur la même période, la population assurée en maladie au régime agricole s'élève à 3 127 296 personnes, en baisse de 0,5 % sur un an (soit près de 15 000 assurés en moins en 2021).

La prévalence des ALD demeure plus importante dans la population féminine dont l'âge moyen est de 6 ans supérieur à celui de la population masculine (respectivement 232,1 ‰ contre 210,8 ‰). A structure d'âge identique, les rapports s'inversent, les femmes ont un taux de prévalence standardisé par âge inférieur à celui des hommes, respectivement de 205,3 ‰ contre 234,0 ‰ (**Tableau 16**).

Tableau 16 :
Effectif et taux de prévalence des ALD par sexe au 31 décembre 2021

	Population RNIAM ¹ au 01/01/2022	Nombre d'assurés en ALD	Répartition de la population en ALD	Âge moyen de la population en ALD	Âge médian de la population en ALD	Taux de prévalence (‰)	Taux de prévalence standardisé ² (‰)	Comparative Morbidity Figure ³		
Hommes	1 747 783	368 374	53%	69,7	72	210,8	234,0	CMF H/F	IC 95%	CMF
Femmes	1 379 513	320 197	47%	75,4	80	232,1	205,3	1,14	1,13	1,15
Total	3 127 296	688 571	100%	72,4	75	220,2	-			

¹ Répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie

² Standardisation par âge

³ Comparaison des taux standardisés

Source : MSA

Le taux de prévalence augmente de 1,3 point passant de 218,9 ‰ en 2020 à 220,2 ‰ en 2021 (**Tableau 17**). Cette évolution s'explique principalement par la progression du taux de prévalence en ALD des hommes (+ 2,2 points). Depuis 2018, ce dernier taux est en hausse continue.

Tableau 17 :
Taux de prévalence brut des ALD par sexe (en ‰) de 2017 à 2021 et taux d'évolution (en points)

Taux de prévalence brut (‰)	2017	2018	2019	2020	2021	Var 17/18	Var 18/19	Var 19/20	Var 20/21
Hommes	201,9	204,8	206,7	208,5	210,8	+ 2,9	+ 1,9	+ 1,8	+ 2,2
Femmes	230,7	232,6	233,0	232,0	232,1	+ 1,9	+ 0,4	- 1,0	+ 0,1
Total	214,8	217,2	218,4	218,9	220,2	+ 2,4	+ 1,2	+ 0,6	+ 1,3

Source : MSA

La décroissance de l'âge moyen des assurés en maladie se poursuit, comme l'âge moyen de la population exonérée au titre d'une ALD. Cela concerne aussi bien les hommes que les femmes (**Tableau 18**).

Tableau 18 :
Age moyen de la population assurée au régime agricole et de la population en ALD de 2017 à 2021*

	2017	2018	2019	2020	2021
Population RNIAM					
Hommes	48,3	48,2	48,1	48,1	48,0
Femmes	53,6	53,1	52,7	52,5	52,1
Total	50,6	50,4	50,1	50,0	49,8
Population en ALD					
Hommes	70,6	70,4	69,7	70,0	69,7
Femmes	76,1	76,0	75,4	75,7	75,4
Total	73,3	73,0	72,4	72,7	72,4

Source : MSA

*Population RNIAM : âge moyen de la population au 1^{er} janvier de l'année suivante, population en ALD : âge atteint au cours de l'année.

Comme les années précédentes, le taux de prévalence brut chez les personnes relevant du régime des non-salariés agricoles est plus de deux fois supérieur à celui de la population relevant du régime des salariés agricoles (**Tableau 19**).

Tableau 19 :
**Taux de prévalence brut des ALD par régime (en ‰) de 2017 à 2021 et
taux d'évolution (en points)**

Taux de prévalence brut (‰)	2017	2018	2019	2020	2021	Var 17/18	Var 18/19	Var 19/20	Var 20/21
Salariés	143,4	146,8	149,3	152,7	156,5	+ 3,4	+ 2,5	+ 3,4	+ 3,8
Non-salariés	313,6	319,4	323,5	323,3	325,0	+ 5,8	+ 4,1	- 0,1	+ 1,7
Total	214,8	217,2	218,4	218,9	220,2	+ 2,4	+ 1,2	+ 0,6	+ 1,3

Source : MSA

Les deux populations ont une structure par âge et sexe différente. Les non-salariés agricoles sont en moyenne 14 ans plus âgés que les salariés agricoles (**Tableau 20**).

A structure d'âge et de sexe identique, les non-salariés bénéficient davantage d'une prise en charge en ALD que les salariés, mais l'écart est faible (le taux de prévalence standardisé est de 216,5 ‰ chez les non-salariés contre 215,8 ‰ chez les salariés) et la différence n'est pas statistiquement significative.

Tableau 20 :
Effectif et taux de prévalence en ALD par régime au 31 décembre 2021

	Population RNIAM ¹ au 01/01/2022	Nombre d'assurés en ALD	Répartition de la population en ALD	Âge moyen de la population en ALD	Âge médian de la population en ALD	Taux de prévalence (%)	Taux de prévalence standardisé ² (%)	Comparative Morbidity Figure ³		
								CMF SA/ NSA	IC 95% CMF	
Salariés	1 946 733	304 749	44%	64,5	67	156,5	215,8			
Non-salariés	1 180 563	383 704	56%	78,6	82	325,0	216,5	1,00	0,99	1,00
CMU		118	0%	64,3	64					
Total	3 127 296	688 571	100%	72,4	75	220,2	-			

¹ Répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie

² Standardisation par âge

³ Comparaison des taux standardisés

Source : MSA

A l'identique des années précédentes, l'affection de longue durée la plus fréquente au 31 décembre 2021 est le diabète avec un taux de prévalence de 58,1 ‰ (**Tableau 21**). Ce taux est en constante augmentation au cours de ces dernières années (53,6 ‰ en 2016, 54,5 ‰ en 2017, 54,9 ‰ en 2018, 55,6 ‰ en 2019 et 56,9 ‰ en 2020).

Après le diabète, les taux de prévalence les plus importants concernent les ALD au titre d'une insuffisance cardiaque grave (45,9 ‰ en 2021 contre 47,1 ‰ en 2020) et les cancers (43,2 ‰ en 2021 contre 43,6 ‰ en 2020).

Ces trois principales ALD (diabète, insuffisance cardiaque grave et cancers) concentrent 60 % des patients en ALD au 31 décembre 2021 : 412 733 personnes sont exonérées pour au moins une de ces pathologies.

Tableau 21 :
Affections de longue durée les plus fréquentes

ALD	2021			2020		Variation (en points)
	Nombre d'assurés en ALD	Âge moyen	Âge médian	Taux de prévalence (%)		
08 - DIABETE DE TYPE 1 ET DIABETE DE TYPE 2	181 797	72,4	73	58,1	56,9	+ 1,2
05 - INSUFFISANCE CARDIAQUE GRAVE	143 675	80,7	83	45,9	47,1	- 1,1
30 - CANCERS	135 101	74,7	76	43,2	43,6	- 0,4
13 - MALADIE CORONAIRE	97 325	77,2	78	31,1	31,4	- 0,3
23 - AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES DE LONGUE DUREE	60 432	57,5	60	19,3	19,4	- 0,1
03 - ARTERIOPATHIES CHRONIQUES AVEC MANIF. ISCHEMIQUE	39 481	77,8	79	12,6	12,9	- 0,2
01 - ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL INVALIDANT	37 441	79,3	83	12,0	13,0	- 1,0
15 - MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES DEMENCES	36 345	87,6	88	11,6	12,1	- 0,5

Source : MSA

Le tableau détaillant les effectifs et le taux de prévalence brut de toutes les ALD au régime agricole est disponible en **Annexe 4**.

Au 31 décembre 2021, les assurés pris en charge en ALD au titre d'au moins une maladie cardiovasculaire (ALD 1, 3, 5, 12¹⁵ et 13) représentent 43,9 % des assurés en ALD (contre 44,0 % en 2020, 44,8 % en 2019 et 45,5 % en 2018), avec un taux de prévalence brut de 94,4 ‰, soit 2 points de moins par rapport à 2020 (**Tableau 22**).

Cette diminution concerne principalement les femmes dont le taux de prévalence brut baisse de 3,1 points sur un an (89,7 ‰ en 2021) après une baisse de 2,4 points en 2020.

Chez les hommes, ce taux diminue de 1,2 point, passant de 99,3 ‰ en 2020 à 98,1 ‰ en 2021.

¹⁵ Hypertension artérielle sévère.

Tableau 22 :
Effectif et taux de prévalence par groupe d'ALD

N° ALD	Intitulé ALD	Nombre d'assurés ayant au moins une pathologie du groupe	Taux de prévalence brut (‰)	Taux de prévalence brut (‰)		Taux de prévalence standardisé par âge et régime (‰)	
				Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
1,3,5,12,13	Groupe cardio-vasculaire	295 224	94,4	89,7	98,1	71,5	116,3
1 à 30	ALD Liste	671 592	214,8	224,6	206,9	197,7	231,2
1 à 32	Toutes ALD 1 à 32	688 571	220,2	232,1	210,7	204,4	235,3

Source : MSA

Un quart (24,7 %) des patients en ALD est exonéré au titre d'au moins deux pathologies. La part des patients pris en charge au titre d'une seule pathologie (mono ALD) ne cesse de croître pour atteindre 75 % en 2021 contre 70 % en 2018 (soit une hausse de 5 points en quatre ans) (**Tableau 23**).

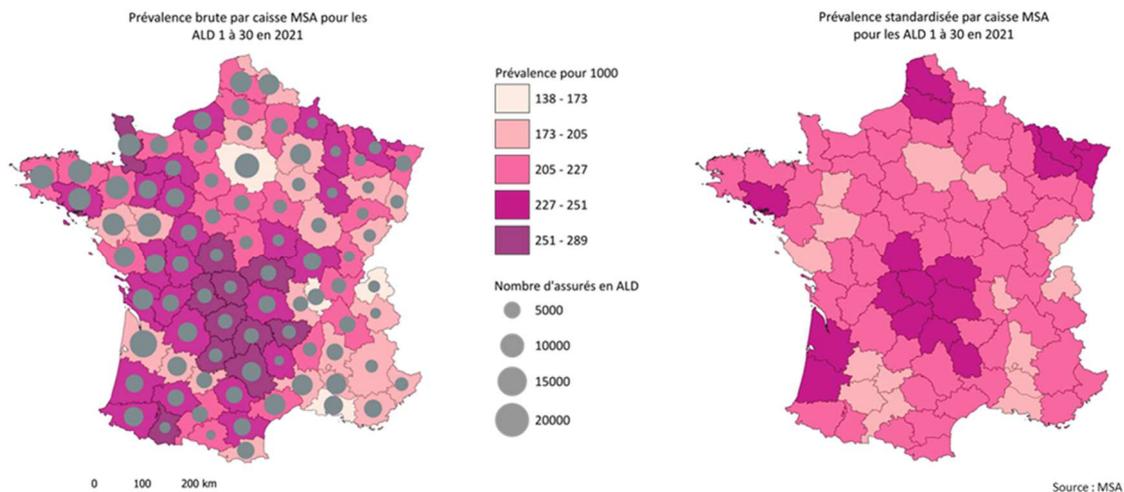
Tableau 23 :
Nombre d'affections exonérantes

Nombre de pathologies exonérantes	Nombre d'assurés en ALD	Répartition des effectifs				Evolution en nombre de points		
		2021	2018	2019	2020	2021	2018/2019	2019/2020
1	518 381	70%	71%	74%	75%	+ 1,2	+ 2,1	+ 1,7
2	134 531	23%	22%	21%	20%	- 0,8	- 1,2	- 1,0
3	29 982	6%	6%	5%	4%	- 0,4	- 0,7	- 0,6
4 et plus	5 677	1%	1%	1%	1%	0,0	- 0,2	- 0,1
Total	688 571	100%	100%	100%	100%			

Source : MSA

Les taux de prévalence brut les plus élevés concernent les départements de l'Indre (288,9‰), la Creuse (288,5 ‰), la Corrèze (281,0 ‰). La prévalence la plus faible concerne les départements d'Île de France (138,0 ‰), de Haute-Savoie (158,7 ‰) et des Bouches du Rhône (165,3 ‰). Ces écarts résultent en partie de la différence d'âge. A structure d'âge et de sexe identique, la dispersion des taux se réduit : la valeur maximale est de 240,3 ‰ pour la Corrèze et la valeur minimale est de 188,2 ‰ pour l'Île de France (**Cartes 7**).

Cartes 7 :
Taux de prévalence brut et standardisé au 31 décembre 2021 par département de gestion



2.2.4.2. L'incidence des ALD au régime agricole

Au cours de l'année 2021, 94 294 personnes ont été admises pour une nouvelle ALD 1 à 32 au régime agricole. Après une décroissance continue du taux d'incidence depuis 2017, celui-ci augmente de 0,9 point et atteint 30,1 ‰ en 2021 (**Graphique 42**). Cette hausse est principalement portée par les hommes (+ 1,1 point contre + 0,5 point chez les femmes).

Graphique 42 :
Evolution annuelle de l'incidence de 2002 à 2021



Source : MSA

Le taux d'incidence des femmes est légèrement plus élevé que celui des hommes avec 1,3 point d'écart (respectivement 30,8 ‰ contre 29,5 ‰). A structure d'âge identique, l'ordre des taux s'inverse : le taux d'incidence standardisé par âge chez les hommes est supérieur à celui des femmes (respectivement 31,5 ‰ contre 28,3 ‰). Les femmes ont en moyenne 5,6 ans de plus que les hommes lors de leur admission pour une nouvelle ALD (**Tableau 24**).

Tableau 24 :
Effectif et taux d'incidence de la prise en charge au titre d'une nouvelle ALD 1 à 32 au cours de l'année 2021

	Population RNIAM ¹	Nombre d'assurés ayant une nouvelle ALD	Répartition de la population en ALD	Âge moyen de la population en ALD	Âge médian de la population en ALD	Taux d'incidence (‰)	Taux d'incidence standardisé ² (‰)	Comparative Morbidity Figure	
Hommes	1 749 068	51 554	55%	64,8	67	29,5	31,5	CMF F/H	IC 95% CMF
Femmes	1 385 708	42 740	45%	70,4	75	30,8	28,3	0,90	0,89 0,91
Total	3 134 776	94 294	100%	67,3	70	30,1			

¹ Population moyenne du 01/01/2021 et du 01/01/2022

² Standardisation par âge

Source : MSA

Au global, les nouvelles populations en ALD concernent des personnes de plus en plus jeunes. L'âge moyen¹⁶ passe de 72,5 ans en 2017 à 67,3 ans en 2021 (**Tableau 25**).

¹⁶ Âge atteint au cours de l'année 2021.

Tableau 25 :
Age moyen des cas incidents entre 2017 et 2021 et taux d'évolution (en points)

Age moyen des cas incidents	2017	2018	2019	2020	2021	Variation 2017/2018	Variation 2018/2019	Variation 2019/2020	Variation 2020/2021
Hommes	69,6	68,1	66,9	65,7	64,8	-1,5	-1,2	-1,2	-0,9
Femmes	75,8	74,4	72,8	71,6	70,4	-1,4	-1,6	-1,2	-1,2
Total	72,5	71,0	69,6	68,4	67,3	-1,5	-1,4	-1,2	-1,1

Source : MSA

A structure d'âge identique à celle de l'année 2019, le taux d'incidence chez les hommes et chez les femmes augmente pour la première fois depuis 2017 (+ 1,0 point) (**Tableau 26**). Cette variation n'est donc pas entièrement imputable à l'évolution de la structure de la population par âge et par sexe.

Tableau 26 :
Taux d'incidence standardisé (%) par âge entre 2017 et 2021 et taux d'évolution (en points)

Taux d'incidence standardisé*	2017	2018	2019	2020	2021	Variation 2017/2018	Variation 2018/2019	Variation 2019/2020	Variation 2020/2021
Hommes	48,6	38,8	33,9	30,9	31,8	-9,8	-4,9	-3,0	+1,0
Femmes	41,4	33,1	29,4	27,7	28,7	-8,4	-3,7	-1,6	+1,0

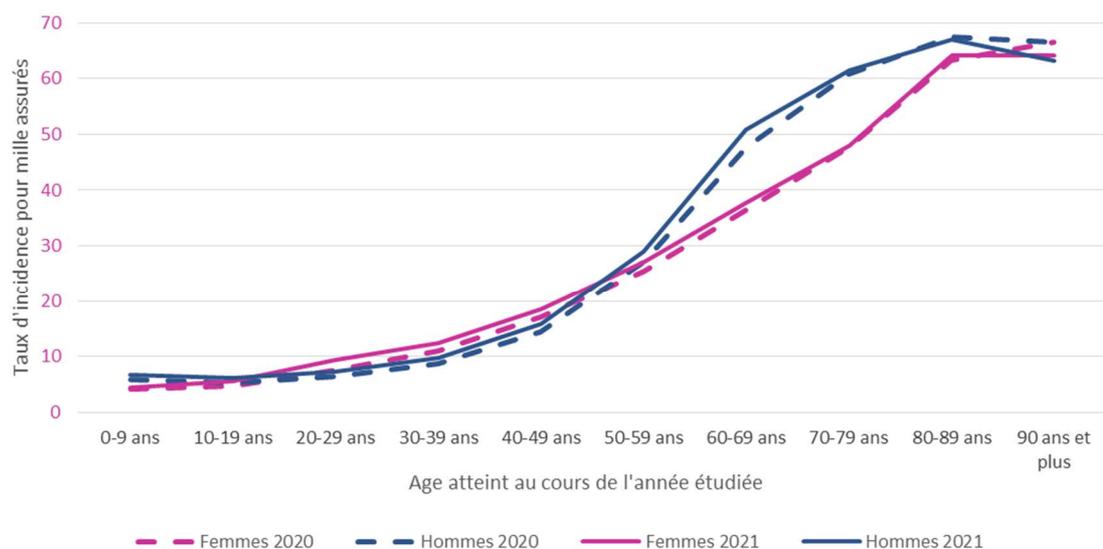
*Standardisation par âge sur la base de la population moyenne 2019/2020

Source : MSA

Le risque de développer une affection de longue durée augmente avec l'âge, notamment à partir de 60-69 ans (**Graphique 43**).

Entre 20 ans et 49 ans, les femmes ont un taux d'incidence légèrement plus élevé que les hommes. A partir de 50 ans, le phénomène s'inverse. Ainsi, le taux d'incidence chez les hommes est plus élevé que chez les femmes avec des écarts plus importants.

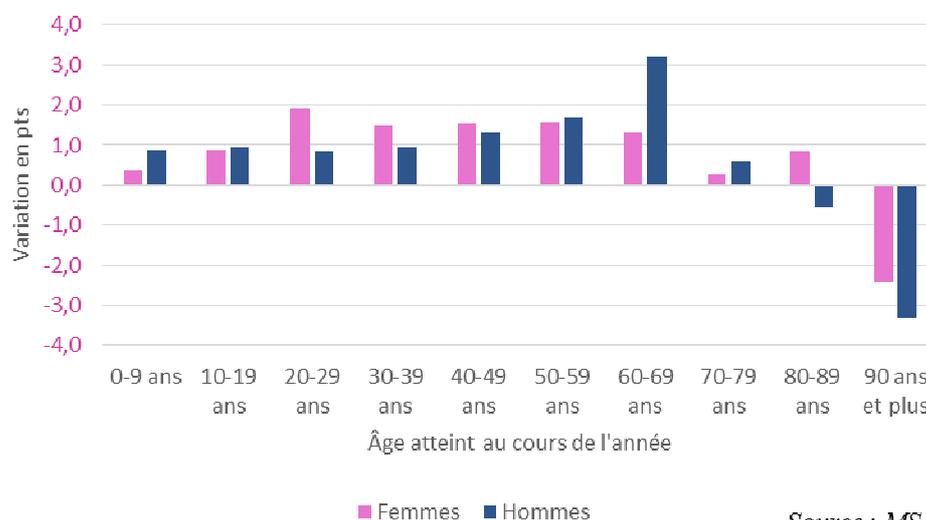
Graphique 43 :
Taux d'incidence brut (%) par classe d'âge et par sexe en 2020 et 2021



Source : MSA

Entre 2020 et 2021, la croissance du taux d'incidence concerne la quasi-totalité de la population, avec notamment 3 points de plus chez les hommes âgés de 60 à 69 ans. Seuls les assurés de 90 ans et plus ont un taux d'incidence en baisse : - 3 points chez les hommes et - 2 points chez les femmes (**Graphique 44**).

Graphique 44 :
Variation du taux d'incidence par sexe et classe d'âge entre 2020 et 2021



En 2021, comme durant les huit dernières années, les ALD présentant le taux d'incidence brut le plus élevé demeurent les cancers (ALD 30) avec un taux d'incidence de 7,0 ‰, les diabètes de type 1 et 2 (ALD 8) avec 4,7 ‰ et l'insuffisance cardiaque grave (ALD 5) avec 4,4 ‰ (**Tableau 27**).

La hausse des taux d'incidence concerne la quasi-totalité des principales ALD exonérantes, notamment les diabètes (+ 0,5 point) et les cancers (+ 0,4 point).

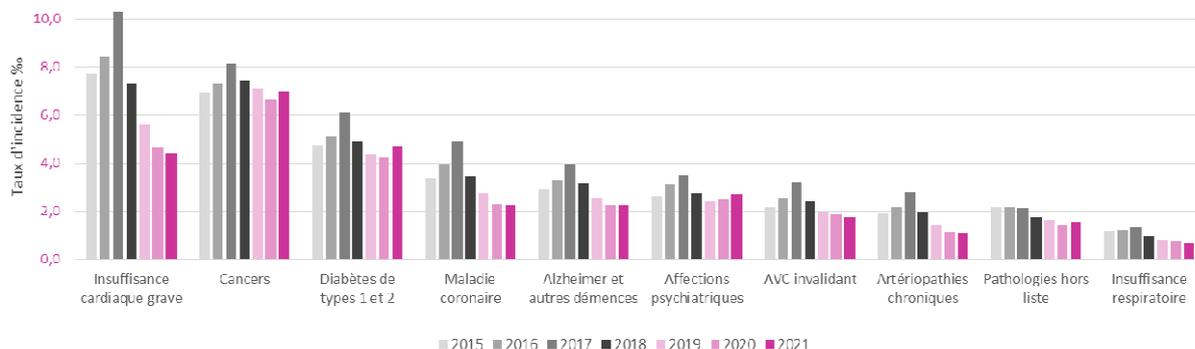
Tableau 27 :
Caractéristiques des principales nouvelles ALD exonérantes

ALD	2021			2020		Variation en points
	Nombre d'assurés ayant une nouvelle ALD	Âge moyen	Âge médian	Taux d'incidence brut (‰)		
30 - CANCERS	21 854	69,7	71	7,0	6,6	+ 0,3
08 - DIABETE DE TYPE 1 ET DIABETE DE TYPE 2	14 662	63,4	64	4,7	4,2	+ 0,4
05 - INSUFFISANCE CARDIAQUE GRAVE	13 773	77,5	81	4,4	4,6	- 0,2
23 - AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES DE LONGUE DUREE	8 334	47,5	49	2,7	2,5	+ 0,2
13 - MALADIE CORONAIRE	7 064	69,4	69	2,3	2,3	0,0
15 - MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES DEMENCES	7 061	86,3	87	2,3	2,3	0,0
01 - ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL INVALIDANT	5 481	72,5	74	1,7	1,8	- 0,1
ALD 31	4 757	58,4	64	1,5	1,4	+ 0,1

Le tableau détaillant les effectifs et le taux d'incidence brut de toutes les ALD au régime agricole est disponible en **Annexe 4**.

En revanche, la part des patients nouvellement exonérés pour insuffisance cardiaque grave est en décroissance continue depuis 2017. Ce taux passe de 10,3 % en 2017, à 4,4 % en 2021 (Graphique 45).

Graphique 45 :
Evolution du taux d'incidence brut de 2015 à 2021 par ALD

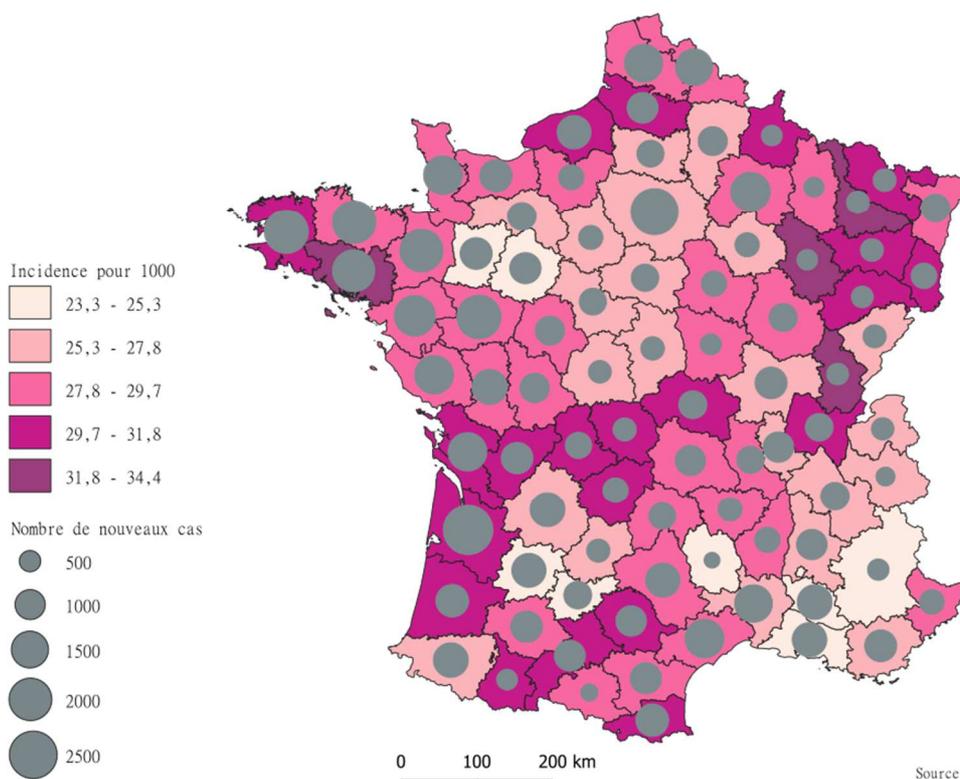


Source : MSA

En 2021, à âge et sexe égal, l'incidence touche principalement les départements de Meurthe-et-Moselle (34,4 ‰), de la Haute-Marne (33,5 ‰) et du Jura (33,3 ‰) (Carte 8).

Carte 8 :
Taux d'incidence standardisé par âge et sexe en 2021 par département de gestion

Incidence standardisée par caisse MSA
pour les ALD 1 à 30 en 2021



Source : MSA

2.2.5. Les facteurs de risque de mortalité par suicide des assurés du régime agricole

Dans la continuité des deux précédentes études¹⁷ réalisées à partir des données du Système national des données de santé (SNDS), la Mutualité Sociale Agricole (MSA) prolonge son analyse des facteurs de risque de mortalité par suicide à partir d'un modèle de Cox reposant sur le cumul des années 2016 et 2017¹⁸.

La population de référence regroupe tous les assurés, quel que soit leur régime¹⁹, ayant eu un remboursement de soins, sur le risque maladie ou maternité. Au fil de l'étude, cette population sera nommée « consommateurs » ou « assurés ». La population étudiée en France métropolitaine est scindée en deux classes d'âge distinctes : les 15-64 ans d'une part, et les 65 ans et plus, d'autre part.

Les données mobilisées au sein du SNDS sont issues de la base nationale des causes médicales de décès produite par le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc, Inserm). Cette base est intégrée et appariée aux autres données du SNDS.

Sur la période 2015-2017, après appariement sur des critères identiques pour tous les régimes, on dénombre dans le SNDS 522 décès par suicide, en moyenne par an, de personnes âgées de 15 ans et plus affiliés au régime agricole.

Pour rappel, l'appariement étant imparfait, le dénombrement des cas de mortalité par suicide ne peut être exhaustif et se traduit par une sous-estimation du phénomène.

Le modèle de Cox permet d'évaluer le risque de suicide supplémentaire engendré par un certain nombre de facteurs (âge, sexe, région de résidence, régime, secteur d'activité dominant de la commune, pathologies, hospitalisation, arrêts de travail, rentes AT/MP et pensions d'invalidité) indépendamment les uns des autres.

Méthode

Les analyses ont été réalisées sur deux classes d'âge différentes.

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.

Les variables d'ajustement intégrées dans notre modèle sont l'âge et le sexe. 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 déclarées comme expliquant significativement le risque de décès à 5 % dans les modèles univariés. Parmi les variables possiblement corrélées, un choix a été

¹⁷ « La mortalité par suicide dans le Système national des données de santé (SNDS), approche méthodologique et résultats pour le régime agricole en 2015 » ([statistiques.msa](#)).

« La mortalité par suicide dans le Système national des données de santé (SNDS), Résultats 2015 et 2016, Focus sur les pathologies (ALD) et le type de lieu de résidence », Rapport Charges et Produits MSA 2022.

¹⁸ Années les plus récentes disponibles au moment de l'étude.

¹⁹ L'analyse méthodologique réalisée sur les données 2015 a conduit à ne pas retenir les assurés du régime social des indépendants ([statistiques.msa](#)).

fait pour n'en conserver qu'une, la plus pertinente au niveau statistique et au niveau métier. Des regroupements ont pu être réalisés pour avoir 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
- Région de résidence
- Régime et secteur d'activité
- Avoir une maladie psychiatrique ou recevoir un traitement par psychotropes
- Être atteint par une maladie autre que psychiatrique ou recevoir un traitement chronique autre que des psychotropes
- Être hospitalisé ponctuellement dans l'année pour un autre motif qu'une maladie identifiée à l'aide de la cartographie tous régimes
- Percevoir une rente sur le risque AT/MP ou une pension d'invalidité (seulement chez les 15-64 ans)
- Avoir bénéficié d'au moins un arrêt de travail sur le risque AT/MP ou maladie (seulement chez les 15-64 ans).

Les catégories de référence ont été choisies pour faciliter la lecture des résultats.

L'estimation du modèle a pu être réalisée sur la base des suicides identifiés en 2016 et en 2017. La base a alors été décomposée en sous-périodes d'un an. Les individus peuvent donc avoir des valeurs renseignées différentes sur chaque sous-période. Les variables restaient constantes sur chaque sous-période. Le jour a été utilisé comme échelle de temps dans les modèles de Cox, la période de suivi de l'individu se finissant en cas de décès.

Résultats et interprétation

Chez les 15-64 ans

Le modèle de Cox vient appuyer les éléments mis en exergue dans les **graphiques 46 et 46 bis** à savoir d'une part, que les hommes ont un risque 3,5 fois plus élevé de suicide que les femmes et d'autre part, que le risque de suicide augmente avec l'âge, bien qu'il soit moins important chez les 60-64 ans comparativement au sur-risque observé chez les 50-59 ans.

Les assurés agricoles, salariés et non-salariés, présentent un risque plus élevé de suicide que les assurés des autres régimes après ajustement sur les différents facteurs de confusion identifiés comme expliquant également le risque de suicide.

Les non-salariés agricoles âgés de 15 à 64 ans, résidant dans les communes dont le secteur d'activité agricole dominant est l'élevage bovin-lait, présentent un risque de suicide 2 fois plus élevé que les consommateurs des autres régimes et plus élevé également que les salariés et les non-salariés dont l'activité agricole dominante de la commune est différente. Ce sur-risque lié à l'élevage bovin-lait a déjà été identifié par l'étude menée par Santé publique France sur les années 2008-2010²⁰.

²⁰ « Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants », évolution 2007-2011, Imane Khireddine-Medouni, Éléonore Breuillard, Claire Bossard, Santé publique France, 2017.

Les résultats de ce modèle montrent que le sur-risque de suicide chez les salariés agricoles est moins élevé que chez les non-salariés agricoles.

Résider en Bretagne est identifié comme un facteur de risque de suicide. En effet, les bretons ont un risque de suicide presque 3 fois plus important que les habitants de l’Ile-de-France. Cela peut s’expliquer par une fragilité face au risque de suicide plus marquée dans les marges rurales et dans les espaces ruraux ou urbains défavorisés²¹. Selon l’Insee²², la Bretagne est la deuxième région la plus rurale de France métropolitaine en 2017. Les habitants des Hauts de France et des Pays de la Loire présentent également un excès de risque de suicide (multiplié par 2,7 par rapport aux résidents d’Ile de France). Ces disparités géographiques ont déjà été mises en évidence par des études antérieures²³.

Comme l’a souligné la dernière étude publiée par la MSA, être atteint d’une maladie psychiatrique entraîne un sur-risque de suicide. Ce risque est 14 fois plus important pour un assuré atteint d’une maladie psychiatrique que pour un assuré sans pathologie psychiatrique ni traitement psychotrope. Dans une moindre mesure, les consommateurs ayant un traitement psychotrope, sans être atteints par une pathologies psychiatrique, ont également un risque accru de suicide (3,8 fois plus important). Le risque de suicide est plus élevé lorsqu’une maladie psychiatrique est déclarée comparativement au fait d’être uniquement sous traitement psychotrope.

À contrario, les pathologies chroniques, hors maladies psychiatriques, sont associées à un risque plus faible de suicide (- 11 %). Ce constat repose sur l’hypothèse selon laquelle les personnes dont la pathologie est prise en charge ont un moindre risque que celles affectées par une maladie non déclarée ni prise en charge, ces dernières viendraient ainsi augmenter le risque dans la population qualifiée d’indemne de pathologie chronique.

Les personnes qui ont été hospitalisées ponctuellement (hors prise en charge pour une pathologie chronique) au cours de la dernière année voient leur risque de suicide augmenter : il est 1,7 fois plus élevé que pour celles qui n’ont pas eu d’hospitalisation.

Le bénéficiaire d’au moins un arrêt de travail ou la perception d’une rente AT/MP ou d’une pension d’invalidité sont identifiés comme des caractéristiques augmentant le risque de suicide. En effet, les consommateurs percevant des indemnités journalières voient leur risque de suicide multiplié par 1,7 par rapport à ceux n’en ayant pas perçu au cours de la dernière année. La même tendance est observée pour les assurés percevant une rente AT/MP ou une pension d’invalidité.

Le niveau de risque de suicide des bénéficiaires d’une pension d’invalidité est beaucoup plus important que chez les non bénéficiaires, à âge et sexe identiques²⁴. Cependant, lorsque l’ajustement prend également en compte les autres facteurs de confusion (pathologies psychiatriques, région de résidence...), le niveau de risque relatif est plus faible. Cette différence est à mettre en lien avec une fréquence importante des maladies psychiatriques chez les bénéficiaire des pensions d’invalidité.

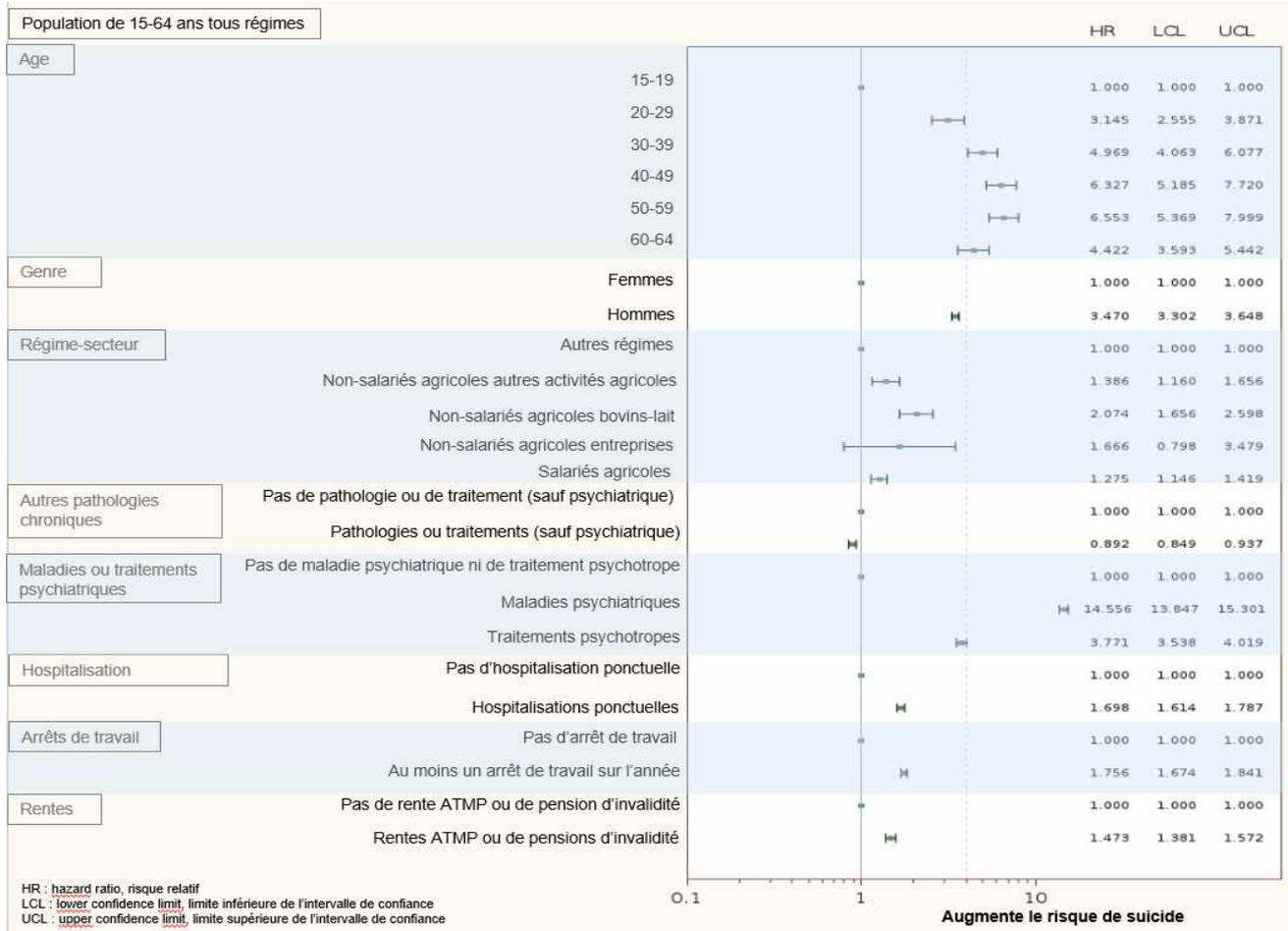
²¹ « La mortalité par suicide au régime agricole dans le Système national des données de santé (SNDS), Résultats 2015 et 2016. Focus sur les pathologies (ALD) et le type de lieu de résidence », Rapport Charges et Produits MSA 2022.

²² ["Le rural en Bretagne: un espace attractif", Insee Flash Bretagne n°72, Avril 2021](#)

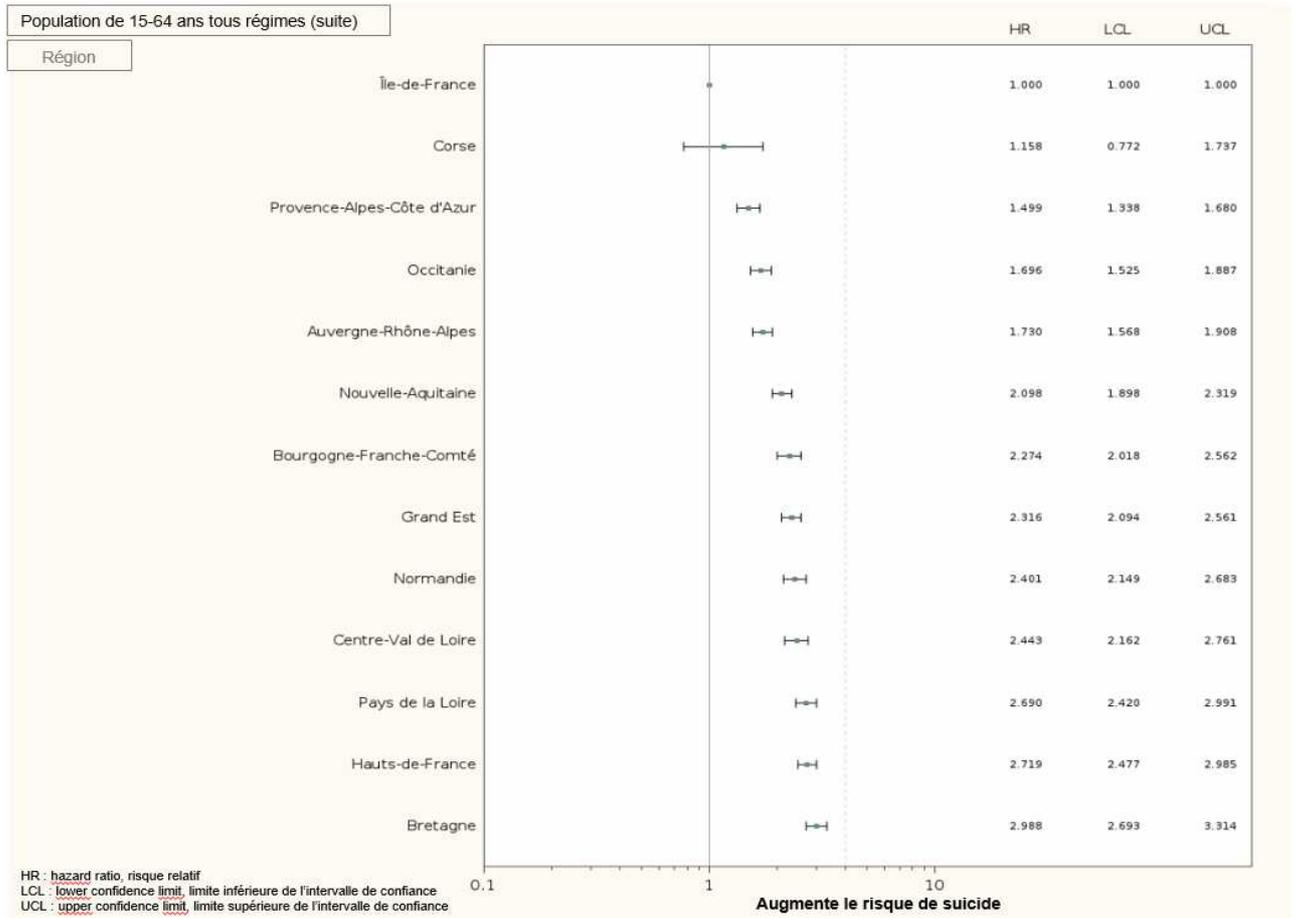
²³ Observatoire National du Suicide, SUICIDE État des lieux des connaissances et perspectives de recherche, 2014

²⁴ « La mortalité par suicide dans le Système national des données de santé (SNDS), approche méthodologique et résultats pour le régime agricole en 2015 » ([statistiques.msa](#)).

Graphique 46 :
Résultats du modèle de Cox chez les 15-64 ans (partie 1/2)



Graphique 46 bis :
Résultats du modèle de Cox chez les 15-64 ans (partie 2/2)



Chez les 65 ans et plus

Comme pour les 15-64 ans, ce modèle de Cox confirme les hypothèses présentées dans les **graphiques 47 et 47 bis**, à savoir d'une part, l'augmentation du risque de suicide avec l'avancée en âge, il est particulièrement important chez les assurés âgés de 80 ans et plus et d'autre part, un risque de suicide cinq fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

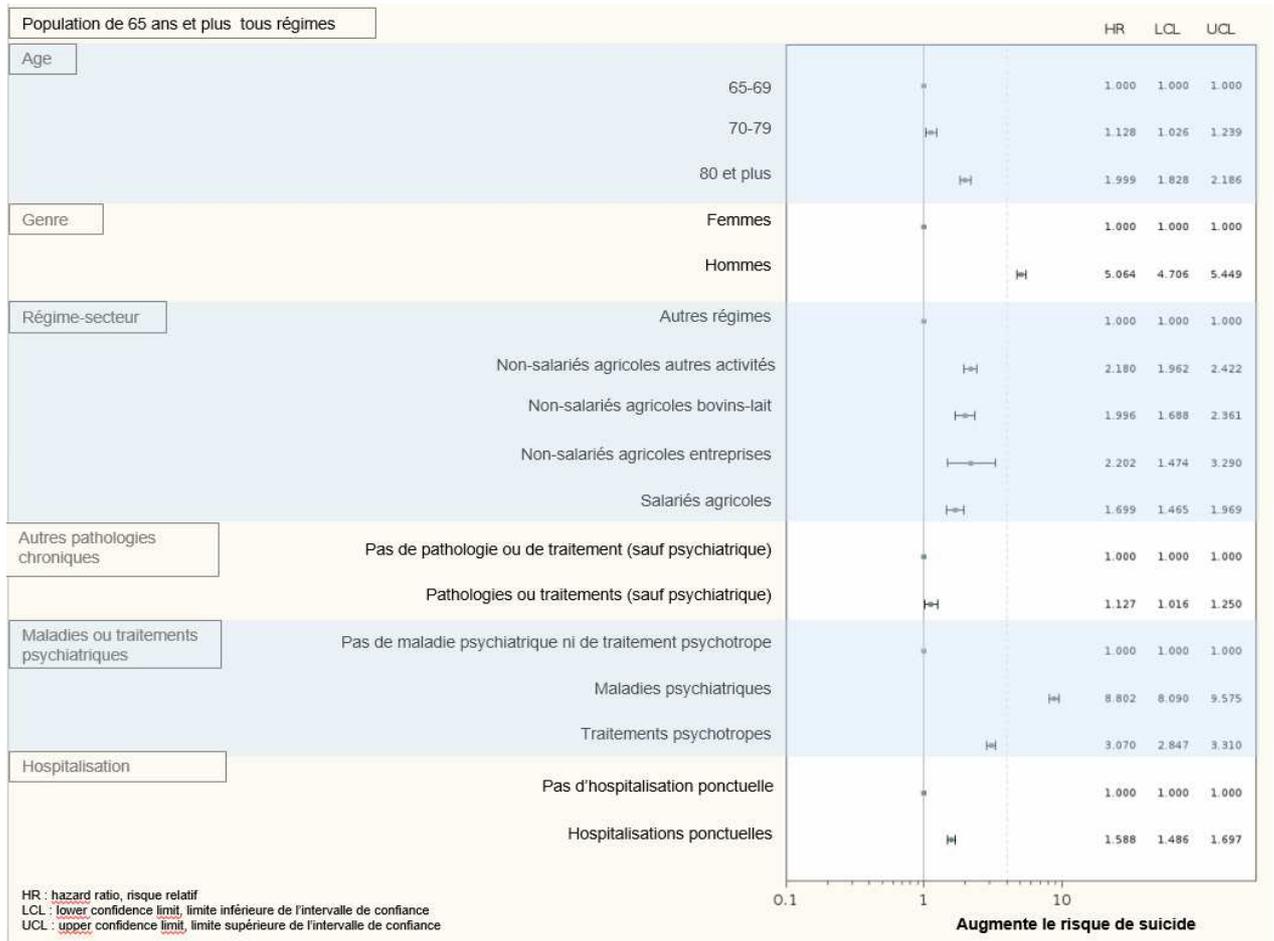
Un sur-risque suicidaire est également identifié chez les résidents de l'ensemble des régions de France métropolitaine comparativement à ceux de l'Île-de-France. Dans cette classe d'âge, les régions Pays de la Loire et Normandie présentent les sur-risques de suicide les plus élevés.

Les non-salariés agricoles, quel que soit le secteur d'activité agricole dominant de leur commune de résidence, ont un risque de se suicider 2 fois plus important que les consommateurs des autres régimes. Dans une moindre mesure, les salariés agricoles présentent également un sur-risque de suicide (HR : 1,69).

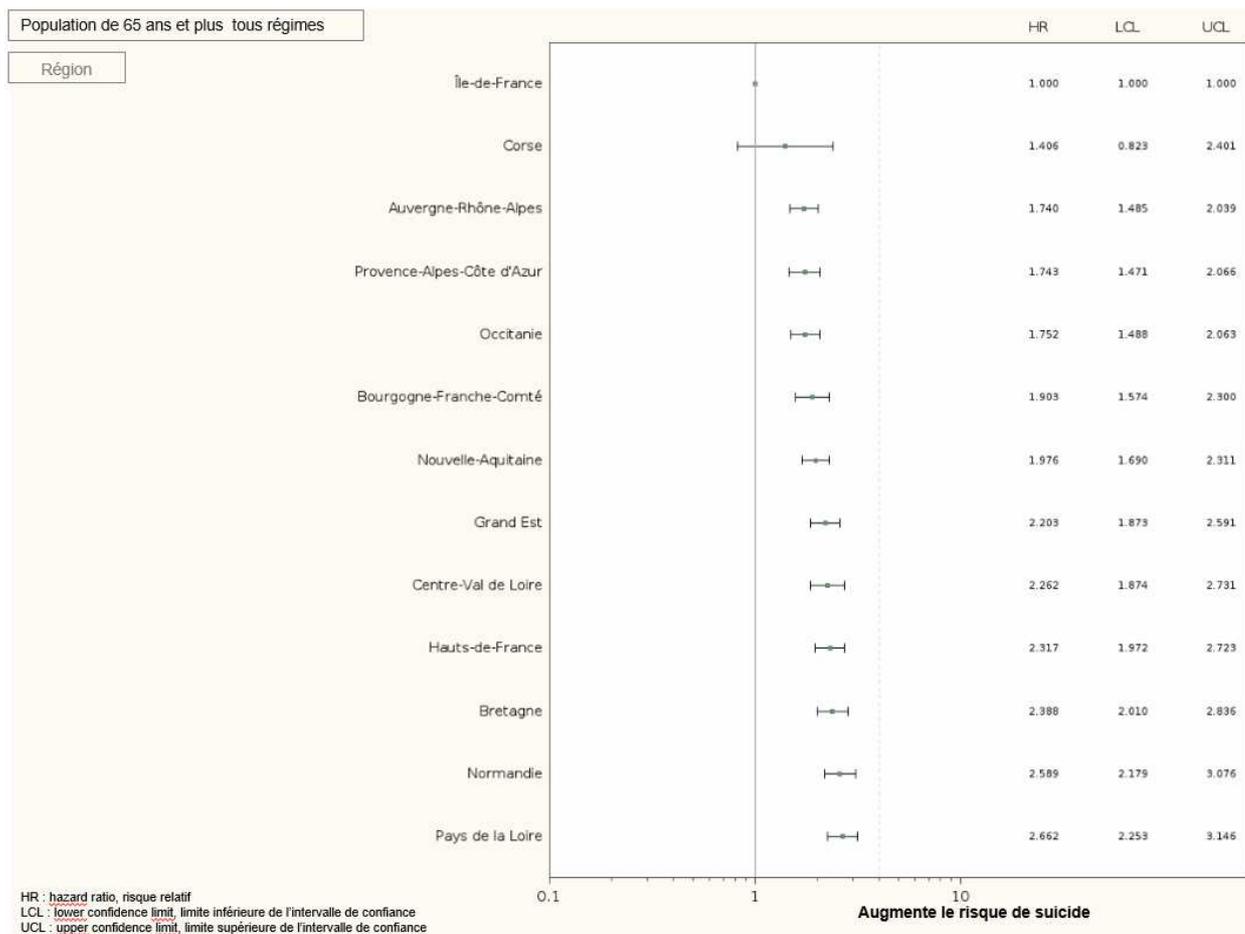
Le passage à l'acte suicidaire a également été identifié chez les assurés touchés par une maladie psychiatrique et, dans une moindre mesure, chez ceux traités avec des psychotropes (avec un risque respectivement 8,8 et 3 fois plus importants).

Les personnes étant hospitalisées ponctuellement (hors prise en charge pour une pathologie chronique) au cours de la dernière année présentent un risque de suicide 1,5 fois plus important que celles qui n'ont pas eu d'hospitalisation.

Graphique 47 :
Résultats du modèle de Cox chez les 65 ans et plus (partie 1/2)



Graphique 47 bis :
Résultats du modèle de Cox chez les 65 ans et plus (partie 2/2)



Partie 3 :

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

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

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

La stratégie santé de la MSA prend en compte l’assuré dans l’ensemble de ses dimensions, bien évidemment en termes de soins (pathologies et prévention), mais également dans ses différents environnements qui ont une incidence sur sa santé : son environnement professionnel, son environnement familial et son environnement social.

Au reste, le guichet unique de la MSA est un atout primordial pour lui permettre d’aborder ces différents angles, avec l’approche en terme de risque maladie, avec en particulier son contrôle médical et dentaire et ses services de prévention, l’approche en terme 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 en terme 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 17 000 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 propositions de la MSA pour 2023 s’articulent autour des axes de la stratégie nationale de santé 2018-2022, des axes du PNGDRESS 2021-2022 et des six axes du plan ONDAM 2018-2022 d’appui à la transformation du système de santé (PATSS), à savoir :

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

3.1. Accompagner les assurés par la prévention, la promotion de la santé et l'éducation à la santé, en privilégiant une approche globale des besoins de la personne

La prévention et l'éducation à la santé est l'un des axes forts portés par la MSA.

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

La transformation du système de santé orientée en priorité vers la prévention, la réduction des inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ainsi que vers l'efficacité de la qualité de prise en charge est un engagement fort des pouvoirs publics portée dans la loi de santé de 2016.

Ces orientations ont été déclinées, d'une part, dans la Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2018-2022 et d'autre part, dans le Plan National de Santé Publique (PNSP). Ce dernier fait l'objet d'un plan Priorité Prévention au travers de 25 mesures phares présentées en comité interministériel le 26 mars 2018.

Dans le cadre de ses programmes nationaux de prévention, la MSA contribue :

- à la mise en œuvre des programmes et actions déclinant les priorités définies par les pouvoirs publics en :
 - renforçant dans ses actions le rôle du médecin traitant et des équipes de soins de santé primaire dans les programmes de vaccination, de dépistage, d'éducation et de promotion de la santé,
 - développant des actions ciblées et adaptées aux besoins des assurés notamment vers les jeunes, les non-consommateurs de soins et de prévention, et les publics les plus précaires,
 - intégrant, dans son offre des stratégies de prévention innovantes et multicanales,
 - prenant en compte les futurs contrats territoriaux de santé pilotés par les agences régionales de santé.
- à la stratégie nationale de santé et à l'efficacité du système de soins en participant aux actions de prévention pilotées par l'État, notamment les dispositifs de dépistage des cancers, les campagnes de vaccination ou encore la prévention bucco-dentaire, chez les enfants, les adolescents et les femmes enceintes.
- à la prévention des risques professionnels et de la santé au travail, privilégiant la prévention primaire, dans une démarche intégrative et promotionnelle de la santé.
- à la prévention dans le champ de l'action sanitaire et sociale.

Avec 44,77 millions d'euros consacrés à ses actions de prévention en 2021 par l'intermédiaire des trois fonds (le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires des professions agricoles (FNPEISA) **pour 29,98 millions d'euros**, le fonds national de prévention des risques professionnels (FNPR) **pour 13,43 millions d'euros** et le fonds national d'action sanitaire et social (FNASS) **pour 1,36 millions d'euros**, la MSA confirme sa valeur ajoutée portée par sa gouvernance mutualiste originale et son organisation en guichet unique assurant l'ensemble des risques santé, famille, retraite du monde agricole et rural.

Instants Santé

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

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

En 2021, 26 512 personnes sous-consommandes de soins ont participé aux séances du premier rendez-vous. Plus de 1 200 fumeurs ont bénéficié d'un entretien motivationnel à l'arrêt du tabac.

Instants Santé Jeunes

Pour les jeunes de 16 à 24 ans, une consultation de prévention chez un médecin généraliste est proposée avec au préalable un questionnaire à renseigner sur le site isjeunes.msa.fr. Ces jeunes reçoivent un chèque sport d'une valeur de 30 euros. En 2021, 8 100 jeunes ont bénéficié de ce dispositif soit un taux de participation de 14,6 %.

Rendez-Vous Prévention Jeunes Retraités

En 2021, les Rendez-Vous Prévention Jeunes Retraités (RDVPJR) ont permis à 2 555 adhérents MSA de bénéficier d'un entretien motivationnel. Le taux de participation enregistré en 2021 une hausse de 22 % (après 20 % en 2020).

Les adhérents présents sont majoritairement des hommes (63 %) et les entretiens motivationnels se sont principalement déroulés par téléphone (68 %) notamment à cause de la pandémie liée à la Covid-19.

Vaccination antigrippale

La campagne nationale de vaccination 2021-2022 contre la grippe s'est déroulée du 22 octobre 2021 au 28 février 2022. Chaque année, elle permet de sensibiliser les personnes fragiles à l'importance de se faire vacciner, en leur proposant une prise en charge gratuite du vaccin. Les personnes pour lesquelles la vaccination est recommandée sont les personnes âgées de 65 ans et plus et les personnes atteintes de l'une des douze affections de longue durée (ALD) ciblées. Par ailleurs, une population dite en « extension » - les personnes atteintes de maladies respiratoires chroniques (asthme, bronchite chronique obstructive,...) et les femmes enceintes - est également concernée par cette campagne.

Sur cette campagne, le taux de couverture vaccinale contre la grippe atteint **59,2 %** au régime agricole, en baisse de 3,2 points par rapport à la campagne 2020-2021 (**Tableau 28**).

Tableau 28 :
Taux de couverture vaccinale contre la grippe au régime agricole

	Campagne 2020-2021	Campagne 2021-2022
Taux de couverture vaccinale des 65 ans et plus	61,9 %	59,4 %
Taux de couverture vaccinale des assurés en ALD	68,7 %	58,8 %
Taux de couverture vaccinale total	62,4 %	59,2 %

Source : CCMSA

Vaccination ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole)

En 2021, le taux de couverture vaccinale contre la rougeole, les oreillons et la rubéole est de **79,7 %** : 19 128 enfants âgés de 24 mois relevant du régime agricole sur une cible totale de 24 000 ont reçu au moins une dose de vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. Ce taux est toutefois sous-évalué dans la mesure où ces chiffres ne prennent pas en compte les vaccinations effectuées dans le cadre scolaire ou dans le cadre de la protection maternelle et infantile (PMI). Le taux est en hausse de plus de 5 points par rapport à l'année précédente (**Tableau 29**).

Tableau 29 :
Nombre d'enfants vaccinés et taux de couverture vaccinale ROR au régime agricole

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre d'enfants	29 028	26 778	27 103	27 089	26 796	26 446	26 275	24 000
Nombre d'enfants vaccinés	20 325	19 986	19 999	19 906	19 743	19 513	19 424	19 128
Taux de couverture vaccinale	70,0 %	74,6 %	73,8 %	73,5 %	73,7 %	73,8 %	73,9 %	79,7 %

Source : CCMSA

Dépistage organisé du cancer du sein

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

En 2020, sur 192 467 femmes invitées relevant du régime agricole, 87 562 ont été dépistées, soit un taux de participation de **45,5 %** (**Tableau 30**). Le taux de 2020 est en baisse de 4,9 points par rapport à 2019, ce recul étant en lien avec la fermeture des centres de dépistage durant la crise sanitaire. Ce taux reste toutefois supérieur à celui des femmes invitées tous régimes confondus qui s'établit à **42,9 %**.

Tableau 30 :
Nombre de femmes invitées au dépistage organisé du cancer du sein,
nombre de femmes dépistées et taux de participation*

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre de femmes invitées	206 365	208 383	204 956	201 243	196 576	189 045	192 467
Nombre de femmes dépistées	114 970	117 608	109 301	105 147	104 341	95 650	87 562
Taux de participation	55,7 %	56,4 %	53,3 %	52,2 %	53,1 %	50,6 %	45,5 %

* données 2021 en attente de transmission par SPF.

Source : Santé publique France

Dépistage organisé du cancer colorectal

Sur la période 2019-2020, 220 813 adhérents du régime agricole âgés de 50 à 74 ans ont participé au dépistage organisé du cancer colorectal. Le taux de participation national du régime agricole atteint **28,2 %** (- 2,4 points par rapport à 2019) contre **27,8 %** tous régimes confondus²⁵.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Le programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est en cours de généralisation depuis 2019. Pour lutter contre ce cancer évitable, l'objectif de ce programme est d'amener en 10 ans 80 % des femmes âgées de 25 à 65 ans à se faire dépister.

Pour l'année 2021, 265 036 femmes adhérentes au régime agricole ont réalisé un dépistage du cancer du col de l'utérus. Le taux de couverture national pour l'année 2021 est de 49,5 %. Ce taux est en très légère baisse de 0,4 point par rapport à 2020 (49,9 %).

Prévention bucco-dentaire MSA

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

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

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

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. Depuis 2019, le programme permet également aux enfants de 3 ans de bénéficier d'un examen de prévention bucco-dentaire.

En 2021, 65 499 enfants et jeunes du régime agricole ont bénéficié d'un examen de prévention bucco-dentaire dans le cadre du dispositif M'T dents. Le taux de participation national est de **29,4 %** (25,1 % en 2020). Cette augmentation importante du nombre d'examens bucco-dentaires dans le cadre du dispositif M'T' Dents est due à une reprise de l'activité des chirurgiens-dentistes après un ralentissement de l'activité en 2020 dû à l'arrêt complet des cabinets durant le premier confinement (**Tableau 31**).

²⁵ Les données 2021 sont en attente de transmission par SPF.

Tableau 31 :
Dispositif conventionnel de prévention bucco-dentaire M'T dents :
nombre d'invités, examens réalisés et taux de participation en 2021

	3 ans	6 ans	9 ans	12 ans	15 ans	18 ans	21 ans	24 ans	Total
Nombre d'invités	20 530	23 894	26 387	28 281	28 851	32 508	35 530	26 514	222 495
Nombre d'examens de prévention réalisés	8 017	11 759	11 013	10 745	8 302	7 273	4 866	3 524	65 499
Taux de participation	39,1%	49,2%	41,7%	38,0%	28,8%	22,4%	13,7%	13,3%	29,4%

Source : CCMSA

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

Dans ce cadre, en 2021, 8 908 jeunes du régime agricole ont pu bénéficier d'un examen bucco-dentaire intégralement pris en charge (**Tableau 32**). Le taux de participation national est de **18,8 %**.

Tableau 32 :
Action d'accompagnement du dispositif M'T dents :
nombre d'invités, taux de relance, nombre d'examens réalisés, taux de participation en 2021

	4 ans	7 ans	10 ans	13 ans	Total
Nombre d'invités	14 246	11 461	11 141	10 543	47 391
Taux de relance sur le nombre d'invitation	87,5%	82,5%	79,5%	81,0%	83,0%
Nombre d'examens bucco-dentaires réalisés	2 648	2 502	2 153	1 605	8 908
Taux de participation	18,6%	21,8%	19,3%	15,2%	18,8%

Source : CCMSA

Plan de lutte contre les substances psychoactives

- **Déclic Stop Tabac**

L'action Déclic Stop Tabac a pour population cible :

- les jeunes à partir de 16 ans en Maisons Familiales Rurales (MFR) et les lycéen(e)s et apprenti(e)s des lycées agricoles et CFA,
- les salariés des structures d'insertion agricoles des Jardins de Cocagne et de Laser Emploi.

Le dispositif se décompose en 3 temps distincts :

- temps 1 : atelier collectif de sensibilisation,
- temps 2 : transfert de compétences : formation des encadrants/animateurs aux séances d'accompagnement à l'arrêt du tabac + ateliers motivationnels et d'accompagnement à l'arrêt du tabac réalisés par les encadrants/animateurs,
- temps 3 : actions individuelles proposées aux participants inscrits dans une démarche d'arrêt du tabac.

En 2021 :

- 68 structures collectives ont participé à l'action,
- 2 162 participants ont été accueillis dans les ateliers collectifs de sensibilisation,
- 139 fumeurs ont signé une charte d'engagement pour un arrêt de consommation de tabac.

Actions collectives de prévention pour les seniors

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

En 2021, **81 259 personnes ont participé à une action collective seniors organisée par la MSA** contre **59 753** en 2020 à la suite de la crise sanitaire.

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

Programme d'éducation thérapeutique MSA

Depuis plus de dix ans, la MSA s'est activement impliquée dans le développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) en milieu rural.

Les programmes d'éducation thérapeutique de la MSA concernent historiquement les malades atteints d'une affection cardiovasculaire. Depuis 2017, un programme concernant les malades polyopathologiques (diabète, BPCO, affections cardiovasculaires) est progressivement mis en œuvre.

Les séances sont animées par des équipes éducatives partenaires composées de professionnels de santé des territoires spécifiquement formés à l'éducation thérapeutique des patients et aux outils d'animation rattachés aux programmes.

Depuis sa généralisation en 2006, les programmes d'ETP développés par la MSA ont bénéficié à **près de 29 000 patients**.

Parcours de prévention pour les personnes en situation de précarité

Le parcours de prévention pour les personnes en situation de précarité est spécifiquement conçu pour les publics fragiles.

En 2021 :

- 550 participants ont bénéficié d'un bilan de santé,
- 381 participants ont bénéficié de l'action bucco-dentaire,
- 107 personnes ont participé aux ateliers « Prendre soin de sa santé »,
- 20 actions d'initiative locale ont été menées auprès de ce public spécifique.

Actions d'initiative locale : 33 projets locaux de promotion et d'éducation à la santé financés

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

En 2021, 33 projets portés par les caisses de MSA ont été financés. Ces projets ont permis de déployer plus de 120 actions sur le territoire national. Par l'accompagnement des caisses de MSA sur l'ingénierie de projet, chacune des actions financées comporte un protocole d'intervention cadré ainsi qu'un dispositif d'évaluation. Ces projets portent principalement sur la prévention de l'autonomie auprès des seniors ainsi que la promotion du bien-être chez les jeunes et de l'équilibre alimentaire. Ces actions chez les jeunes ont été menées principalement auprès des élèves de maisons familiales et rurales (MFR) ou de lycées agricoles.

Après un lancement en 2020 répertoriant 14 actions d'information en santé, l'année 2021 comptabilise quant à elle 39 actions d'information en santé déployées sur le territoire.

Les P'tits ateliers nutritifs

Dans le cadre du PNAP (Plan Nutrition et Activité Physique) et du parcours Etat des « 1 000 premiers jours » de la vie, la MSA a mis en place la première « classe virtuelle » sur les bons réflexes pour l'alimentation de l'enfant de moins de 2 ans : les « P'tits Ateliers Nutritifs », ouverts à tous les parents, adhérents MSA et non adhérents.

Ces ateliers interactifs à distance proposés gratuitement sont animés par une diététicienne recrutée et formée par la MSA. Ils permettent aux parents de bénéficier d'échanges entre pairs et d'acquérir des connaissances validées sur l'alimentation du jeune enfant en lien avec son développement psychomoteur. Ils apportent des réponses concrètes et des conseils pratiques sur l'équilibre alimentaire, l'étape de la diversification alimentaire et les bons achats pour la santé.

Réalisés en soirée et le week-end, ils proposent une approche complète de l'alimentation du nourrisson en se déclinant sur 3 thématiques :

- atelier généraliste : « Les premiers pas vers l'équilibre alimentaire »
- atelier thématique : « La diversification alimentaire »
- atelier thématique : « A vos marques, prêts ? Achetez ! »

Les participants ont la possibilité de choisir le ou les ateliers selon leurs centres d'intérêt : soit un cycle de 2 ateliers (atelier généraliste + 1 atelier thématique), soit les 3 ateliers (atelier généraliste + 2 ateliers thématiques).

En 2021, ces ateliers ont rassemblé 720 participants sur 196 sessions.

Encadré 1 : Les propositions pour 2022-2023

Proposition 1 : concevoir la nouvelle action pour la santé des aidants intitulée « Instants aidants »

En France, près de 11 millions de personnes soutiennent un proche en perte d'autonomie pour des raisons liées à l'âge, un handicap, une maladie chronique ou invalidante.

Face à ce constat, la MSA s'est donnée pour objectif de concevoir une nouvelle action pour la santé des aidants intitulée « Instants aidants ».

Cette action se décline en 4 grandes phases, portant sur :

- le recensement de la population aidante et son accompagnement lors de la prise en charge,
- un entretien motivationnel infirmier,
- une consultation médicale auprès d'un médecin généraliste,
- un module d'actions de suites en collaboration avec les acteurs locaux identifiés.

L'accompagnement de l'aidant sera au centre de la prise en charge avec comme objectif principal, la réinsertion dans le système de santé.

Les actions de suites se veulent ludiques, interactives et participatives, pour permettre aux participants d'être acteurs à ces ateliers.

La participation des partenaires locaux permettra la poursuite de l'accompagnement et ce, même après la fin de la prise en charge.

Proposition 2 : développer l'offre et évaluer l'impact de l'existant en termes d'actions de lutte contre les addictions menées par la MSA (entretien motivationnel à l'arrêt du tabac ; nouvelle action collective seniors sur la prévention des conduites addictives) »

Les actions visant la sensibilisation et l'accompagnement à l'arrêt du tabac telles que Déclic Stop Tabac et les entretiens motivationnels à l'arrêt du tabac (EMAT) réalisés dans le cadre des Instants santé feront l'objet d'une évaluation organisationnelle et à valeur d'impact en 2022. Elle permettra de mesurer l'engagement dans une démarche d'arrêt du tabac et d'en identifier les freins et les leviers afin d'ajuster ces actions si nécessaire pour un déploiement renforcé auprès des établissements et personnes ciblés.

Une action d'initiative locale a été initiée en 2022 dans le département du Loir et Cher. Elle vise la prévention des conduites à risques auprès des lycéens de l'enseignement agricole par le renforcement des compétences psycho-sociales, levier clé de la promotion de la santé ([référentiel Santé Publique France – février 2022](#)). En 2023, la CCMSA mènera son expérimentation à plus large échelle afin de réaliser une évaluation d'impact dans l'objectif d'un déploiement sur tout le territoire.

Dans le cadre des nouvelles 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 raison de la vulnérabilité des seniors, l'émergence de pratiques addictives peut apparaître ou se renforcer. Face à ce constat, la MSA s'est donnée pour objectif de concevoir une nouvelle action sur la prévention des conduites addictives (alcool, tabac, médicaments psychotropes). Cette action repose sur les objectifs opérationnels suivants :

- informer et sensibiliser les participants sur les conduites addictives et leurs impacts sur la santé,
- travailler sur la dénormalisation des substances, des pratiques addictives et leurs impacts sur la santé,
- développer les compétences psychosociales des seniors,
- apprendre aux seniors à gérer leur stress et leurs émotions pour être moins sensibles aux conduites addictives,
- informer sur les solutions et dispositifs d'aide ainsi que sur les structures d'accompagnement en addictologie.

L'action se présente sous la forme d'un parcours, composé de 3 modules d'éducation à la santé, d'une durée de 2h30 chacun. Chaque module vise à répondre aux objectifs opérationnels identifiés :

- module 1 : de la recherche de bien-être à l'addiction,
- module 2 : les effets de l'addiction et les moyens de l'éviter,
- module 3 : gérer les facteurs de risque et connaître les dispositifs de prévention et de prise en charge.

Des exercices individuels, à réaliser chez soi, sont proposés en complément. Ils permettent à chaque participant de faire le lien entre le contenu du programme et sa propre réalité. La démarche motivationnelle occupe une place centrale afin que les participants puissent être acteurs de leur propre santé. Une formation spécifique à cette action sera mise en œuvre pour permettre aux intervenants de maîtriser les différentes composantes du parcours dont ils assureront l'animation.

Proposition 3 : promouvoir les dépistages organisés des cancers auprès des assurés en complémentarité des actions régionales menées par les Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC)

Des actions sont régulièrement menées pour améliorer la participation des personnes concernées par les dépistages organisés du cancer du sein, colorectal et du col de l'utérus.

La MSA travaille en étroite collaboration avec les partenaires nationaux et régionaux sur divers dispositifs qui ont vocation à diversifier les modalités de dépistage ou d'obtention des kits (ex : autoprélèvement vaginal pour le cancer du col de l'utérus ou encore site de commande en ligne, envoi direct, remise des kits par les pharmaciens pour le cancer colorectal). Elle participe par ailleurs à la promotion de ces dispositifs en relayant les informations auprès des divers réseaux avec qui elle collabore et en menant des actions de communication directement auprès des assurés.

Proposition 4 : accompagner sur les territoires les porteurs de projets de la société civile et du groupe MSA dans le montage d'actions de prévention et d'éducation sanitaire et sociale

Le dispositif « Coup de Pouce Prévention » dédié aux actions d'éducation sanitaire et sociale a été déployé sur l'ensemble des territoires en fin d'année 2021.

S'inscrivant dans la stratégie santé MSA 2025, Coup de Pouce Prévention vise à participer au déploiement d'une politique nationale de promotion de la santé, incluant la prévention dans tous les milieux et tout au long de la vie. Il s'agit notamment par ce dispositif de faciliter l'émergence d'innovations territoriales en prévention par les acteurs de santé au bénéfice des usagers.

L'objectif de Coup de Pouce Prévention est de repérer et accompagner des actions répondant à un besoin identifié sur un territoire pour apporter des bénéfices réels et mesurables aux publics ciblés.

L'appel à projet était ouvert :

- aux organismes du groupe MSA, en tant qu'initiateurs et concepteurs de projets,
- à la société civile, avec l'appui des caisses de MSA locales.

A ce jour, Coup de Pouce Prévention a reçu l'engouement des porteurs avec 372 fiches d'intention reçues, ce qui a entraîné une évolution des calendriers d'évaluation des dossiers. 80 projets ont bénéficié de l'accompagnement en méthodologie de projet et d'autres porteurs se verront proposer ce même accompagnement au deuxième semestre 2022.

Le budget alloué à l'aide au financement sera priorisé vers les projets qui intègrent des critères de recevabilité en lien avec la stratégie ruralité MSA, soit une priorisation des territoires de vie de type « marges rurales peu attractives et aux populations fragiles ».

Proposition 5 : promouvoir la vaccination antigrippale par la réalisation d'entretiens motivationnels ciblés vers les femmes primo-vaccinantes

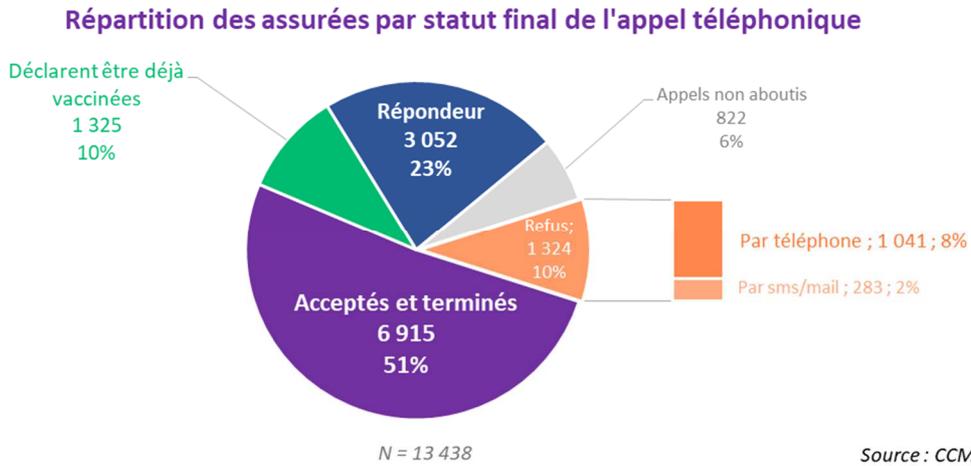
Pour la campagne 2022-2023, la MSA reconduit, pour la 3^{ème} année consécutive, les entretiens motivationnels par téléphone de sensibilisation à la vaccination contre la grippe.

Ce dispositif vient renforcer la campagne de vaccination antigrippale. Des entretiens motivationnels par téléphone sont réalisés par des infirmières préalablement formées. Ils sont destinés aux femmes de 65 ans, assurées au régime agricole, qui n'ont pas bénéficié d'une vaccination antigrippale dans les 3 années précédant la campagne, afin de les convaincre de l'utilité de la vaccination et déclencher le réflexe vaccinal annuel dès cet âge. L'objectif fixé est d'augmenter le taux de couverture vaccinale pour cette cible.

Pour renforcer le taux d'acceptation des entretiens, un message via SMS ou mail a été adressé aux femmes ciblées en amont de l'entretien pour les informer de cet entretien. Au cours de l'entretien, et selon les besoins exprimés par les adhérentes, les infirmiers peuvent orienter les adhérentes vers des offres santé MSA.

En 2021, plus de la moitié des femmes de 65 ans primo-vaccinantes ont bénéficié d'un entretien complet soit 6 915 femmes. Par ailleurs, 23 % d'entre elles ont reçu un message sur leur répondeur les invitant à bénéficier du bon de prise en charge. Seul un dixième des femmes a refusé l'entretien, généralement par conviction personnelle (81 %) ou par refus de la double vaccination (contexte Covid, 20 % ont évoqué ce motif) (**Graphique 48**).

Graphique 48 :
Répartition des assurées par statut final de l'appel téléphonique



En 2020, les gains de ce dispositif étaient estimés entre 5 à 10 points de pourcentage de vaccinées supplémentaires chez les 65 ans primo-vaccinantes. En volume, cela équivaut à un gain de 750 à 1 333 personnes vaccinées en plus lors de la campagne 2020/2021.

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

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

Ce dispositif phare du guichet unique concerne l'ensemble des prestations légales et extralégales, de base et complémentaires, en santé, famille, 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 mais rien que ses droits.

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

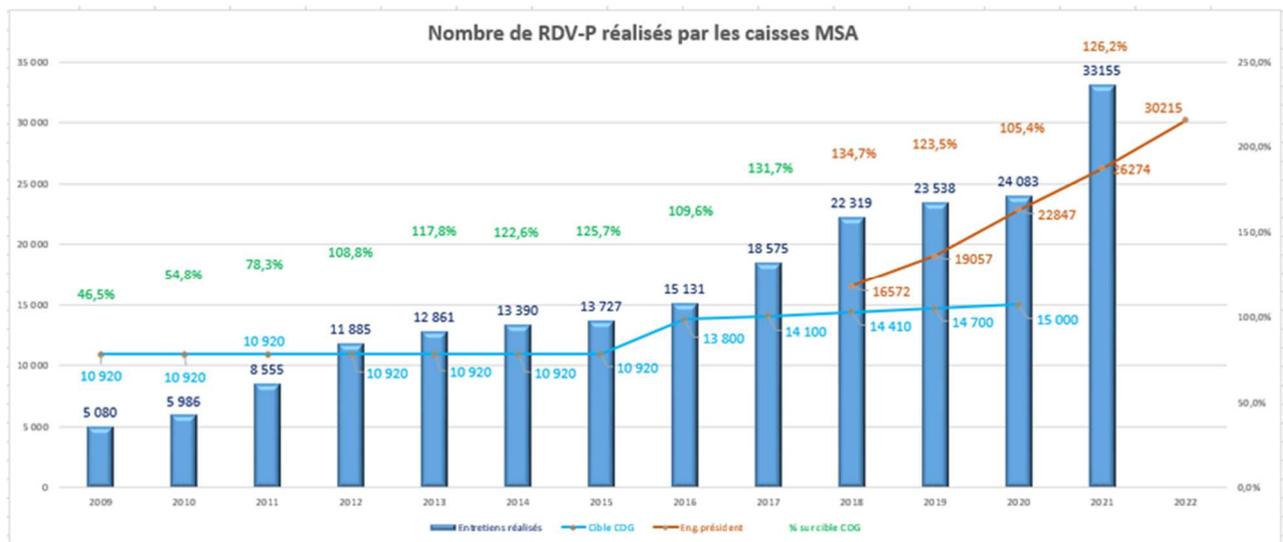
La MSA, consciente des enjeux et portant une attention toute particulière à la qualité de service aux assurés, avait inscrit un objectif de développement homogène du Rendez-vous Prestations sur l'ensemble du territoire dans la COG 2016-2020. En 2021 et 2022, l'objectif des caisses est fixé sur la base de la demande des pouvoirs publics dans le cadre des engagements présidentiels fixés fin 2017.

La progression constante du nombre d'entretiens démontre l'investissement des caisses et combien ils sont appréciés des assurés. Le taux de satisfaction en sortie d'entretien en 2021 se situe à 97,2 %.

Comme chaque année, chaque caisse de MSA a pour objectif de réaliser un certain nombre d'entretiens par mois et par département. Le ciblage est fait en fonction de certains critères visant notamment les publics les plus fragiles. Les 35 caisses du réseau MSA contribuent et participent activement à la mise en œuvre du dispositif sur l'ensemble du territoire.

La cible nationale retenue dans le cadre des engagements présidentiels pour l'année 2021 était de 26 274 Rendez-vous Prestations annuels. En 2021, 33 155 Rendez-vous Prestations ont été réalisés par l'ensemble des 35 caisses de MSA (**Graphique 49**). La cible est dépassée depuis plusieurs années.

Graphique 49 :
Nombre de Rendez-vous Prestations réalisés de 2009 à 2021



Les caisses de MSA ont procédé tous domaines confondus à 8 366 ouvertures de droits, 2 366 révisions et 285 fermetures de droits, sachant qu'un assuré peut être concerné par un ou plusieurs changements.

Concernant les ouvertures réelles de droit, on dénombre :

- 4 052 ouvertures de droits en santé, soit 42 % du total,
- 1 922 ouvertures de droits en famille, soit 23 % du total,
- 1 873 ouvertures de droits en retraite, soit 22 % du total,
- le reste concerne l'ASS, avec 459 droits ouverts (5,5 % du total) et l'invalidité avec 60 droits ouverts (0,7 %).

Par rapport au nombre total de droits ouverts (8 366), l'ouverture des droits en santé est concentrée d'abord sur les prestations maladie en nature (21 %), la CMU-C (14 %), puis la carte vitale (10 %). En retraite, l'ouverture des droits est plus dispersée et concerne la retraite de réversion SA (5,5 %) et NSA (12,7 %), la retraite personnelle NSA (12,8 %) et SA (12 %). En famille, les trois principales prestations avec des droits ouverts sont la prime d'activité (3,9 %), la prime de naissance (3,6 %) et le rSa (2,8 %).

Pour rappel, fin 2017, les pouvoirs publics ont demandé à la MSA lors de la concertation préalable à la stratégie gouvernementale de « prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes », d'intensifier ses « Rendez-vous Prestations » en visant le doublement des « Rendez-vous Prestations » sur le quinquennat, soit un objectif d'environ 30 000 Rendez-vous à horizon 2022. Dès 2021, cet objectif est donc atteint.

Désormais, l'objectif pour la nouvelle COG 2021-2025 est de s'orienter vers un suivi plus qualitatif et une homogénéisation des pratiques, et ce, depuis le ciblage (pour lutter encore plus efficacement contre le non-recours), la prise de rendez-vous, son déroulé, et jusqu'à la remontée en Caisse Centrale pour la consolidation automatisée des résultats.

3.2. La prévention du mal-être et la lutte contre l'épuisement professionnel et l'aide au répit

3.2.1. La prévention du mal-être du monde agricole et rural

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

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

Ce programme est déployé dans un contexte où le sujet du mal-être constitue une des priorités des pouvoirs publics. Ainsi, suite au rapport du député Olivier Damaisin et à la mission sénatoriale co-animée par Françoise Férat et Henri Cabanel, le gouvernement s'est doté d'un plan de prévention du mal-être agricole. La feuille de route du « **plan interministériel de prévention du mal-être et d'accompagnement des agriculteurs et salariés de la production** » a été publiée en novembre 2021, suivie d'une instruction interministérielle relative à ses modalités de pilotage début 2022. Celle-ci donne une place prépondérante à la MSA de par son savoir-faire et son implication historique sur le sujet.

Dans le cadre de ce plan interministériel, la MSA a été positionnée comme un acteur incontournable de la prévention du mal-être agricole, en raison de son intervention historique sur le sujet, ainsi que de la structuration de ses activités en guichet unique réunissant les différentes branches de la sécurité sociale. Le rôle de la MSA est notamment reflété dans la place qui lui a été donnée dans la comitologie du plan : la MSA est représentée à tous les niveaux de pilotage du plan, du comité national aux comités pléniers et techniques départementaux. La MSA est un des 4 référents clés du comité technique départemental, aux côtés de la DREETS, de l'ARS et de la cellule Agridiff²⁶. Elle endosse donc un rôle de cheville ouvrière du plan au niveau local. De nombreuses caisses locales de MSA vont se voir confier, par les préfets, le pilotage des comités techniques. Le rôle des référents du comité technique départemental est le suivant :

1. en direction des agriculteurs et salariés en situation de mal-être :
 - de veiller à la bonne articulation entre les acteurs pour faciliter les parcours d'accompagnement proposés : accès aux soins, aides sociales et économiques, aides à l'amélioration des conditions de travail,
 - de faciliter entre eux les échanges d'informations concernant les agriculteurs et salariés agricoles en difficultés, ou présentant des risques (signaux faibles),
 - d'orienter, le cas échéant, vers le référent du tribunal judiciaire pour la mise en œuvre ou le suivi des procédures de sauvegarde ou de redressement judiciaire.

²⁶ Il s'agit d'une commission des services de la préfecture qui s'occupe des agriculteurs en difficulté économique. Le dispositif a changé de nom depuis 2019, il s'intitulait AREA.

2. en direction du comité plénier :

- de fournir les éléments nécessaires aux bilans qualitatifs, quantitatifs et financiers des actions menées dans le cadre du plan d'actions.

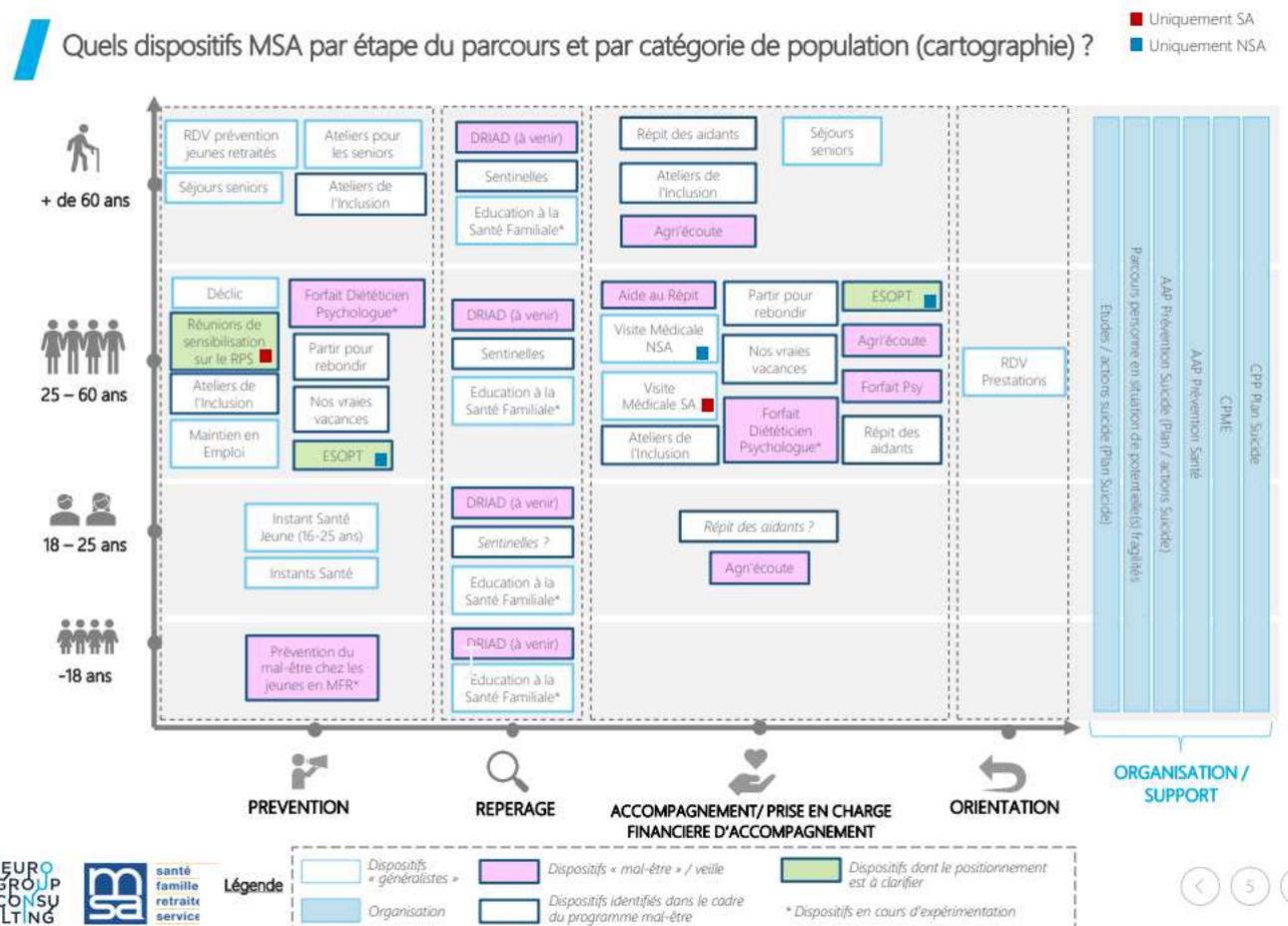
La CCMSA apporte un soutien aux 35 caisses de MSA locales dans leur participation au plan national interministériel de prévention du mal-être agricole. Elle anime le réseau des responsables du programme de prévention du mal-être en caisses de MSA, apporte un outillage dans le cadre de la mise en place des comités départementaux, organise le suivi à l'échelle nationale et coordonne la participation de la MSA aux groupes de travail interministériels.

Dans ses activités de prévention du mal-être, la MSA s'est donnée l'ambition d'asseoir son rôle de guichet unique en articulant ses actions à destination de ses adhérents, au-delà même du plan suicide dont elle a la charge depuis 2011, dans un « programme de prévention du mal-être ». Ce programme a pour vocation de **renforcer la capacité de la MSA à assurer une approche globale, en proposant une logique de parcours aux assurés, ainsi qu'une démarche de pilotage et d'évaluation commune**. En 2022, le programme se dote d'une gouvernance pérenne et d'un reporting dédié.

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

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 (**Schéma 1**).

Schéma 1 : Les dispositifs MSA du programme de prévention du mal-être par étape du parcours et par catégorie de population



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 et 7 jours/7.

Lancé en 2018, le service Agri'écoute fonctionne avec la collaboration du prestataire, Empreinte Humaine (depuis 2021), partenaire privé d'écouter professionnels psychologues cliniciens. Ce prestataire mobilise jusqu'à 30 psychologues formés aux spécificités de la population agricole. Agri'écoute peut ainsi proposer jusqu'à 5 rendez-vous téléphoniques avec un même psychologue dédié, ainsi qu'une plateforme de discussion en ligne (tchat, mail et visio-consultation) permettant la prise de rendez-vous. En 2021, Agri'écoute a été sollicité en moyenne plus de 300 fois/mois. Une convention est en cours de négociation pour articuler les dispositifs Agri'écoute et le numéro national de prévention du suicide 3114. Le bilan du dispositif sur l'exercice 2021 est disponible dans l'**encadré 2**.

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

Les caisses de MSA se sont dotées depuis 2012 de **cellules pluridisciplinaires de prévention (CPP) du suicide**, qui réunissent plusieurs métiers dont l'action sanitaire et sociale, le contrôle médical et la santé sécurité au travail. Les CPP suicide permettent d'accompagner les assurés MSA en grande détresse qui leur sont signalés. En 2021, les caisses de MSA ont élargi le périmètre de la prévention pour cibler le mal-être, et non plus uniquement les situations de risque suicidaire. En 2022, toutes les MSA seront dotées de CPP mal-être. Regroupant des acteurs du front office, des cotisations et du recouvrement ainsi que des métiers, ces cellules permettent un accompagnement global et une action coordonnée de lutte contre le mal-être. Les CPP mal-être peuvent gérer des dossiers individuels, rediriger vers des acteurs compétents et également proposer un outillage au personnel des MSA sur la gestion de situations de mal-être agricole.

- Accompagnement et prise en charge sociale et santé : accompagnement individuel et ateliers collectifs (aide au répit, ESOPT, ...),

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

Mobilisant les 3 fonds FNASS, FNPEISA et FNPR, ce dispositif est en place depuis 2017 et soutenu par le Ministère de l'Agriculture. En 2020, le dispositif d'aide au répit a permis d'accompagner 2 753 affiliés hors ayant droit (3 530 en 2019) et 503 ayants droit (712 en 2019) sur l'ensemble des actions possibles. Le pilotage ainsi que l'enveloppe budgétaire du dispositif d'aide au répit ont été renforcés en 2021/22 (enveloppe moyenne de 5 millions d'€ par an dans le cadre de la COG 2021-2025). L'appel à projets pour le déploiement d'actions collectives a également été refondu ainsi que l'appel à projets pour le déploiement d'actions collectives à visée préventive du phénomène dépressif et suicidaire qui sera financé par le FNASS Mission nationale. Le dispositif d'aide au répit s'articule avec celui du **maintien en emploi et de lutte contre la désinsertion professionnelle**, qui intervient dans des situations de handicap et/ou maladie, et propose un accompagnement pluridisciplinaire de moyen/long terme. A partir de 2022, ce dispositif s'articulera avec le dispositif gouvernemental « MonPsy ».

La MSA développe aussi des actions comme « **Et Si On Parlait du Travail ?** » (ESOPT).

ESOPT est une démarche de prévention primaire des risques psychosociaux (RPS) centrée sur la prise en compte du travail réel et développée par les services de santé-sécurité au travail de la MSA. Elle est constituée d'une réunion-débat organisée autour de la projection du film ESOPT (rapport audiovisuel de 4 études ergonomiques de l'activité d'exploitants agricoles) puis d'une formation intitulée « cultiver son bien-être au travail » dont l'objectif général est de permettre aux exploitants agricoles d'analyser leur activité professionnelle, d'identifier les points forts de leur organisation, les difficultés et leur origine, de rechercher des améliorations possibles et ainsi prévenir les RPS. En quatre ans d'utilisation d'ESOPT, environ 3 100 exploitants ont participé à une réunion-débat et plus de 500 ont été ou sont en cours d'accompagnement par les services SST de la MSA.

- Réseau Sentinelles :

Ce réseau est composé de bénévoles et de professionnels volontaires, en contact avec le monde agricole (retraités, conseillers en prévention, élus, travailleurs sociaux, vétérinaires, *etc.*) ayant disposé d'une formation animée par un professionnel et rattachée à l'ingénierie proposée par l'ARS. Le **réseau des sentinelles** est présent sur l'ensemble du territoire national, à différentes densités, et a pour principale mission de repérer et orienter les agriculteurs et travailleurs agricoles en situation de mal-être, voire en risque de crise suicidaire. Les réseaux locaux de sentinelles sont animés par les caisses locales de MSA, qui encouragent un partage d'expériences et le développement d'un outillage adapté à la prévention du mal-être. Le réseau des sentinelles et le rôle de la MSA sont abordés dans l'**encadré 3**.

Ainsi, la MSA entend démontrer la force de son guichet unique, qui permet un accompagnement des populations en situation de mal-être, qu'il soit social, économique, ainsi qu'en termes de santé et de SST. La MSA met ainsi en avant sa capacité à prendre pleinement en charge les spécificités de sa population.

L'année 2022 est consacrée à la montée en charge des caisses de MSA à la fois sur le déploiement du programme et sur son implication dans le plan interministériel. Les 55 effectifs dédiés à la lutte contre le mal-être (35 responsables de programme et 20 travailleurs sociaux) sont en cours de redéploiement ou de recrutement au cours du 1^{er} semestre. Les 35 responsables de programme ont été désignés fin 2021. Une organisation complémentaire se met en place afin d'assurer les missions de référent départemental mal-être, telles que confiées à la MSA. Dans deux-tiers des départements, ces référents piloteront les comités techniques du plan interministériel. La Caisse centrale mobilise fortement ses effectifs pour accompagner le réseau des MSA, à la fois pour faire évoluer ses dispositifs - refonte de l'appel à projets de prévention du suicide pour des projets de prévention du mal-être ; ajustement du dispositif de l'aide au répit pour l'inscrire dans la complémentarité du dispositif légal « MonPsy », renforcement des ressources disponibles sur la plateforme Agri'écoute...-, mais également pour les outiller afin de mener à bien les travaux de diagnostic local prévu par le plan interministériel, à la fois sur les besoins et sur l'offre. Par ailleurs, la CCMSA et les caisses participent activement aux différents groupes de travail mis en place par le coordinateur national du plan, notamment sur le développement des sentinelles et la lutte contre le non-recours aux droits.

Des travaux importants menés sur les problématiques de respect de la confidentialité et du RGPD vont permettre de sécuriser les échanges de données pour accompagner au mieux les adhérents dans un parcours global.

Un effort particulier est porté sur le pilotage du programme avec la mise en place d'un reporting sur les principaux dispositifs et avec une animation de réseau renforcée pour favoriser la mutualisation et la capitalisation des pratiques et des outils entre caisses et avec la caisse centrale.

Les études se poursuivent, avec la publication annuelle d'une étude sur le suicide (cf. 2.2.5) et des premiers résultats de projets de recherche du conseil scientifique devraient être communiqués en fin d'année (cf. 3.6.2).

Encadré 2 : Synthèse du bilan Agri'écoute 2021

Volumétrie d'appels

Depuis le 9 janvier 2021, date de reprise du marché Agri'écoute par le cabinet Empreinte Humaine :

- 3 457 appels traités (soit près de 300 appels mensuels). Le niveau de service annuel est de 96 % (taux d'accessibilité moyen soit un décrochage en moins de 5 sonneries 24/7).
- 211 appels non répondus (les appelants peuvent alors laisser un message pour demander à être rappelés sur le numéro de téléphone de leur choix ou bien, sont invités à rappeler ultérieurement).
- 3 781 appels clairement dissuadés par le message d'accueil ayant permis aux appelants de comprendre qu'ils allaient être en contact avec un psychologue et non avec la MSA pour régler une situation administrative.

On comptabilise 2 716 appelants ; 13 % d'entre eux se sont inscrits dans un accompagnement personnalisé sur plusieurs entretiens avec un même psychologue, ce qui permet d'aller plus loin dans le travail de renforcement des ressources personnelles et environnementales en faveur d'un rééquilibrage émotionnel. L'ouverture, fin novembre 2021, de la plateforme web Empreinte Humaine dédiée à Agri'écoute a d'ores et déjà permis la sollicitation de l'équipe de psychologues par chat (27), mail (7) et Visio consultation (1).

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

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

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

Parmi les appels traités, les problématiques évoquées en première intention relèvent de facteurs de risque personnels à hauteur de 71 % contre 29 % de facteurs de risque professionnels.

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

- Niveau de risque faible : 51,6 %
- Niveau de risque modéré : 41,2 %
- Niveau de risque élevé : 7,2 %

Ces résultats mettent en évidence le fait que ce dispositif est de mieux en mieux identifié comme un espace de prévention de la santé psychologique dont il est utile de se saisir en amont de l'apparition du mal-être.

Intérêt du dispositif Agri'écoute

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

En 2021, 238 orientations vers les Cellules Pluridisciplinaires de Prévention (CPP) ont été exécutées par l'équipe des psychologues.

Enfin, Agri'écoute permet de prévenir et désamorcer des situations de crise suicidaire. En 2021, 4 déclenchements du SAMU pour risques suicidaires élevés ont été réalisés, ainsi qu'un déclenchement de la Police. Lors d'un déclenchement SAMU, le psychologue maintient l'appelant en ligne jusqu'à la confirmation de l'arrivée des secours et la garantie de la bonne prise de relai par le service hospitalier.

Les événements marquants de l'année 2021 :

- Le renforcement des liens avec les CPP,
- L'enrichissement du dispositif avec l'ouverture de la plateforme Web Agri'écoute,
- Les rencontres organisées entre la Responsable du dispositif Agri'écoute du cabinet Empreinte Humaine et des acteurs clés MSA,
- La relance de communication autour du dispositif,
- Le premier contact avec le numéro national de prévention du suicide (3114).

Encadré 3 : Les Sentinelles

La MSA est missionnée par l'instruction du plan interministériel sur la prévention du mal-être et l'accompagnement des agriculteurs en difficulté pour animer le réseau des sentinelles. Elle va donc se charger de constituer un fichier des sentinelles dans le respect du RGPD afin de recenser les sentinelles « actives » déjà formées et celles qui le seront au fur et à mesure. L'objectif affiché du plan interministériel est d'avoir 5 000 sentinelles sur le terrain d'ici juin 2023.

Les sentinelles sont des personnes (professionnelles ou non) **volontaires, majeures, formées et soutenues par des professionnels de la prévention pour tenir un rôle de repérage et d'orientation des personnes en risque suicidaire ou en situation de mal-être**. De par leur contact quotidien et familier du monde agricole, les sentinelles peuvent détecter des situations de détresse ou de mal-être, repérer les signes précurseurs et intervenir en amont. Elles constituent un relais entre l'agriculteur ou le salarié en difficulté et les structures spécialisées (en soins, aide sociale, économique).

L'ingénierie de formation des sentinelles a été réalisée par le **Groupe d'étude et de prévention du suicide (GEPS), en lien avec la Direction Générale de la Santé (DGS)**. Cette formation s'articule en trois niveaux, selon les publics visés :

- la formation des sentinelles (module 1), spécifique au secteur agricole,
- des niveaux 2 et 3 pour les professionnels ou travailleurs sociaux et les cliniciens spécialistes.

La MSA vient en appui des ARS notamment pour faire remonter les besoins de formation et a vocation à s'inscrire dans une co-construction des formations, en tant qu'animatrice du réseau des sentinelles mais également en sa qualité d'organisme de sécurité sociale.

Au 1^{er} trimestre 2022, on recense 28 caisses de MSA sur 35 intégrées au déploiement des formations et à l'animation du réseau des sentinelles sur leur territoire. Leur expérience en la matière vient justifier le rôle confié à la MSA par le plan interministériel.

En 2022, la MSA prendra pleinement son rôle de développement et d'animation d'un réseau de partage des savoirs, notamment par la constitution et l'actualisation d'un fichier des sentinelles actives (fichier départemental consolidé au niveau national avec déclaration CNIL et intégration des actes d'engagement conformes et signés). La MSA proposera également des méthodes de suivi et de reporting améliorées, afin de proposer des données sur le réseau des sentinelles, et d'animer ce réseau.

3.2.2. La lutte contre l'épuisement professionnel et l'aide au répit

a. Rappel de l'historique

Fin 2016, le Gouvernement allouait à la MSA une enveloppe exceptionnelle de 4 millions d'euros pour mettre en place une aide au répit en 2017 via une aide au remplacement pour les exploitants agricoles en situation d'épuisement professionnel du fait de leur exposition aux crises agricoles.

Entre 2018 et 2020, le dispositif a été reconduit d'année en année à l'initiative de la MSA, sans moyens financiers supplémentaires, et en élargissant le public cible initial aux salariés des secteurs confrontés aux crises agricoles. Cela a nécessité de faire appel aux trois fonds, en s'appuyant sur les reports : FNASS, FNPEISA et FNPR-NSA.

En 2020, une mission d'évaluation a permis de récolter un certain nombre de résultats probants autour de l'efficacité et de la pertinence du dispositif dans l'accompagnement des actifs agricoles en situation d'épuisement professionnel, en amont de la négociation de la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) 2021-2025.

Dans le cadre de la négociation de la nouvelle COG, la MSA a obtenu la reconnaissance de son action avec la création d'un financement dédié dans le FNASS pour l'aide au répit, contrairement à la COG précédente. Les travaux menés ont justifié une augmentation des financements dédiés au dispositif de lutte contre l'épuisement professionnel et un élargissement du public ciblé. Aussi, le budget alloué pour l'aide au répit pour la période 2021-2025 s'élève à 24,7 millions d'euros (FNASS, FNPEISA, FNPR), soit un budget annuel d'environ 5 millions d'euros.

Dès 2021, alors que la négociation de la COG était encore en cours, la CCMSA a mené une démarche d'amélioration du dispositif d'aide au répit visant à élaborer un parcours d'accompagnement vers le répit, intégré dans le programme de prévention et d'accompagnement du mal-être agricole MSA.

En parallèle, début 2022, le gouvernement a lancé son plan d'actions pour faire face aux situations de difficultés et de détresse dans le monde agricole, avec la mise en place d'une nouvelle coordination territoriale pour l'accompagnement du mal-être.

Par ailleurs, le gouvernement prévoit aussi la mise en place en 2022 d'une prise en charge²⁷ par l'Assurance Maladie obligatoire de séances d'accompagnement psychologique pour toutes les personnes âgées de 3 ans et plus souffrant de troubles psychiques d'intensité légère à modérée, sur prescription médicale, sur l'ensemble du territoire.

Afin de prendre en compte toutes ces évolutions, la CCMSA propose donc une démarche d'amélioration du dispositif de lutte contre l'épuisement professionnel, qui répond à deux enjeux majeurs :

- la prise en compte des recommandations issues de l'évaluation du dispositif en 2020 et l'intégration du dispositif dans une approche large de prévention et d'accompagnement du mal-être des populations agricoles en lien avec les objectifs de la COG 2021-2025 ;
- le déploiement du plan gouvernemental mal-être.

²⁷ Article 79 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

b. Eléments de continuité et de renforcement du dispositif en 2022

Un élément de continuité par rapport au dispositif 2016-2020 concerne les objectifs attendus. En effet, étant donné la finalité de **prévenir et d'accompagner l'épuisement professionnel des actifs du monde agricole, non-salariés comme salariés**, évoluant dans des secteurs d'activité exposés à des crises agricoles, le périmètre des actions doit donc permettre de :

- 1) Soutenir les non-salariés nécessitant une aide au remplacement ;
- 2) Consolider l'accompagnement des actifs déjà connus par nos services sociaux et dont la situation n'est pas stabilisée ;
- 3) Améliorer l'identification des besoins et développer le soutien des publics salariés de tout secteur en situation d'épuisement professionnel ;
- 4) Dans le contexte exceptionnel de crise sanitaire liée à la Covid-19, accentuer le recours à l'aide au répit afin de répondre à de nouvelles situations d'épuisement professionnel et de risques psycho-sociaux liés à cette pandémie, et aux situations d'épuisement préexistantes qui pourraient s'accroître.

Dans le prolongement de la période 2016-2020, le dispositif est composé de deux axes d'intervention et prévoit un renforcement sur les éléments suivants :

Axes d'intervention	Propositions de renforcement
○ Axe 1/ Actions de prévention et d'accompagnement pour les salariés et non-salariés	Elargissement du dispositif à l'ensemble des publics salariés
○ Axe 2/ Aides au remplacement pour les non-salariés	Elargissement du dispositif d'aide au remplacement de 10 jours à 14 jours avec possibilité de renouvellement (1 renouvellement maximum par an, soit 28 jours)

c. Evolutions principales du dispositif en 2022

Les évolutions principales du dispositif concernent :

- a) L'allocation d'une enveloppe budgétaire spécifique dans le FNASS, répartie entre les missions nationales et territoriales
 - b) Les actions de prévention et d'accompagnement pour les salariés et non-salariés
 - c) La refonte des actions de prévention financées grâce au FNPEISA
- a) Concernant la nouvelle structure de l'enveloppe budgétaire FNASS :
- La mission nationale FNASS peut financer un service socle mis en œuvre sur tout le territoire (les aides au remplacement, en complément du FNPR), ainsi que certaines actions collectives dans le cadre d'un appel à projets national sur le mal-être (qui va remplacer l'ex-appel à projets actions collectives suicide).
 - La mission territoriale FNASS prévoit le financement de prestations extra-légales pour la mise en place des démarches d'accompagnement, individuel et collectif.

- b) Concernant les actions de prévention et d'accompagnement pour les salariés et non-salariés, il est prévu les évolutions suivantes :

Leviers d'action	AXE 1 / Évolutions et actions majeures
Aides au départ en vacances ou accès aux loisirs avec leurs proches	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mobiliser davantage le dispositif financier « Partir pour rebondir » au niveau local dans le cadre de l'épuisement ○ Elaborer une nouvelle offre de départ en vacances pour les personnes isolées et en situation d'épuisement professionnel (lancement opérationnel prévu en 2023)
Actions de prévention	<ul style="list-style-type: none"> ○ Elaborer un nouveau parcours coordonné pour une prise en charge sanitaire et sociale de l'épuisement professionnel
Actions d'accompagnement au répit	<ul style="list-style-type: none"> ○ Elaborer une nouvelle stratégie d'accompagnement collectif dans le cadre des ateliers de l'inclusion ○ Mettre en place un appel à projets CCMSA pour prévenir les risques psycho-sociaux liés à l'épuisement professionnel (en remplacement de l'ancien appel à projet pour le déploiement d'actions collectives à visée préventive du phénomène dépressif et suicidaire)

- c) Concernant la mobilisation du FNPEISA, il est prévu de restructurer courant 2022, les actions de prévention en lien notamment avec la mise en place du dispositif gouvernemental « MonPsy » (qui a été lancé en avril 2022).

d. Feuille de route 2022

En 2022, il est prévu de faciliter le déploiement du dispositif de lutte contre l'épuisement professionnel en poursuivant le plan d'action suivant :

- Renforcer le pilotage de l'activité d'accompagnement grâce à des outils ergonomiques (Système d'information) ;
- Renforcer la transversalité des actions entre ASS, SST et services médicaux (SM) en vue d'une détection améliorée des publics ;
- Accompagner les intervenants sociaux dans le diagnostic des signaux faibles d'épuisement professionnel ;
- Renforcer une approche collective complémentaire à l'accompagnement individuel (chantier en lien avec la nouvelle stratégie des ateliers de l'inclusion) ;
- Animer le réseau d'intervenants et faciliter l'échange des pratiques de mise en œuvre.

3.3. Poursuivre l'implication de la MSA dans l'organisation des soins sur les territoires

La MSA continue à s'impliquer activement dans la structuration de l'organisation des soins par :

- une expérimentation d'accompagnement sur un même territoire entre hôpitaux de proximité et Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) pour faciliter les parcours de santé des patients,
- l'accompagnement au développement des structures d'exercice coordonné,
- la proposition d'actions de santé publique aux structures d'exercice coordonné.

a. Une expérimentation d'accompagnement sur un même territoire entre hôpitaux de proximité et CPTS pour faciliter les parcours de santé des patients

Dans le cadre de son implication dans la structuration de l'organisation des soins, la MSA souhaite, notamment en milieu rural, s'impliquer pour favoriser une bonne coopération entre l'ambulatoire et les établissements de santé afin de fluidifier les parcours de soins.

Dans un 1^{er} temps, un projet, piloté par la CCMSA, d'accompagnement sur un même territoire d'un hôpital de proximité et d'une ou plusieurs CPTS est développé à titre expérimental par 4 caisses de MSA : Bourgogne, Grand-Sud, Limousin et Midi-Pyrénées Sud.

Dans un 2^{ème} temps, dans le cadre de la COG 2021-2025, il est prévu que ce projet soit étendu à l'ensemble du territoire national avec comme objectif l'accompagnement d'au moins un hôpital de proximité par région.

De son côté, dans le contexte de la labellisation des hôpitaux de proximité, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) développe un programme de travail visant à soutenir l'action des ARS, en proposant aux établissements qui souhaitent s'engager dans la labellisation « hôpital de proximité » un guide et un dispositif d'accompagnement à la labellisation, ainsi qu'un dispositif de soutien à la réalisation des projets de territoires pour les établissements nouvellement labellisés qui auraient des difficultés dans la mise en œuvre.

Dans ce cadre, la MSA et l'ANAP ont décidé de construire un partenariat qui a été formalisé par une convention signée par les 2 directeurs généraux le 12 janvier 2022 et concrétisé par un partage d'expérience et des travaux en commun. Un séminaire MSA/ANAP à destination des caisses impliquées dans l'accompagnement sur les territoires des hôpitaux de proximité et des CPTS est programmé en 2022.

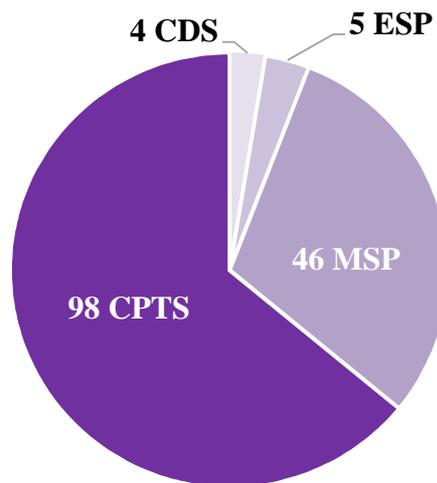
b. L'accompagnement au développement des structures d'exercice coordonné

En 2021, l'accompagnement des caisses de MSA s'est traduit par la mise en place d'un comité de pilotage, de plusieurs webinaires thématiques, d'ateliers de retour d'expérience et de formations à l'animation de réunions pluriprofessionnelles. Ce dispositif d'accompagnement est complété par un point de coordination bimensuel avec la DGOS, la CNAM et la MSA ; l'animation de la communauté des référents des structures d'exercice coordonné dans le réseau et la participation de la MSA à plusieurs événements (congrès AVECSanté à Bordeaux, journée nationale organisation des soins, salon des maires).

En cumul depuis janvier 2020, la MSA a accompagné 153 structures d'exercice coordonné selon la répartition suivante (**Graphique 50**) :

- 98 CPTS, dont 50 avec un Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) signé,
- 46 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), dont 9 avec un ACI signé,
- 5 équipes de soins primaires (ESP),
- 4 Centres de Santé (CDS).

Graphique 50 :
Nombre et type de structures d'exercice coordonné accompagnées par la MSA depuis 2020



Cet accompagnement se fait en concertation et en partenariat au niveau national avec la DGOS et la CNAM, en régional et local avec les ARS et l'Assurance Maladie.

c. La proposition d'actions de santé publique aux structures d'exercice coordonné

La MSA contribue à l'accompagnement du parcours de santé des patients en milieu rural, avec l'ARS et l'Assurance Maladie, à travers la mise en œuvre de 3 actions de prévention avec des MSP partenaires :

- l'éducation thérapeutique du patient pour patients polypathologiques (ET3P),
- le forfait diététicien et psychologue (FDP),
- l'éducation à la santé familiale (ESF).

Le programme d'Education Thérapeutique du Patient pour patients polypathologiques s'adresse aux malades, adultes et personnes âgées, atteints d'une ou des pathologies suivantes : diabète, BPCO, maladies cardiovasculaires (HTA, coronaropathies, insuffisance cardiaque). L'éducation est dispensée en mode ambulatoire par des professionnels de santé formés à l'ET3P.

En 2021, 61 équipes de soins sont formées à l'ET3P. Ce sont 17 caisses de MSA sur 35 qui ont mis en œuvre le programme ET3P dans leurs territoires.

Le programme ET3P est associé indirectement au plan Gestion du Risque MSA 2022 dans le cadre de l'action « parcours de soins des insuffisants cardiaques » et représente une opportunité pour intéresser les équipes de soins primaires en MSP à l'éducation thérapeutique.

Le forfait diététicien et psychologue favorise la prise en charge des assurés du régime agricole, par des professionnels de santé, pour des troubles psychologiques et/ou du comportement alimentaire. Ce forfait est mis en place par la MSA dans des maisons de santé pluridisciplinaires partenaires. Il s'articule avec le dispositif de droit commun « MonPsy » et avec celui de renforcement des soins de psychologue proposé par les ARS.

En 2021, 84 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, réparties sur l'ensemble du territoire, sont partenaires du FDP. Cette action est intégrée au plan Gestion du Risque MSA 2022, avec pour cible, au moins une MSP partenaire par caisse de MSA. Cette action a fait l'objet d'une évaluation présentée sous forme d'un rapport dont la synthèse est décrite dans l'**encadré 4**.

L'Education à la Santé Familiale a pour objectif de donner aux familles les connaissances et les compétences de base leur permettant de résoudre les problèmes de santé courants sans recourir à des soins professionnalisés. Le programme ESF est une forme d'éducation thérapeutique pour des soins courants en réponse à des petits maux aigus et non une éducation à la santé. Il s'agit de contribuer localement au traitement des besoins de soins non programmés en s'articulant avec les autres dispositifs de réponse (organisation de l'accueil des soins non programmés par les MSP et les CPTS, activité des infirmières de pratique avancée, gestion pertinente des demandes de soins par télémédecine ou via le SAS) qui constituent l'environnement capacitant indispensable.

L'ambition est de développer le programme ESF avec une maison de santé pluridisciplinaire par région. En 2021, cette action est déployée en Lorraine seulement.

Encadré 4 : Synthèse du rapport d'évaluation sur le forfait diététicien psychologue

Le forfait diététicien psychologue (FDP) a été conçu pour répondre aux problématiques de l'accès à des soins de qualité dans les communes rurales.

Contexte de la conception du FDP

L'ensemble des troubles du comportement alimentaire et psychologiques en sont venus à constituer un enjeu majeur de prise en charge : ils sont classés au premier rang des maladies en matière de dépenses de soins et touchent près d'un quart des Français, directement ou via leurs proches. La pandémie actuelle, parce qu'elle génère incertitude, peur, isolement et deuil, renforce la prévalence des troubles mentaux, et sature plus encore les capacités d'offre de soins.

L'augmentation d'une part des affections associées à un trouble du comportement alimentaire, d'autre part des troubles psychologiques et de la médicalisation du mal-être, enfin la multiplication des recommandations de bonne pratique génèrent des besoins croissants en termes de prises en charge par un diététicien et/ou par un psychologue. Les besoins exprimés par les médecins traitants font état d'une réelle difficulté à orienter efficacement les patients qui présentent des troubles psychologiques ou des troubles du comportement alimentaire. Ce constat est confirmé par la littérature. Les prises en charge adaptées et recommandées sont la plupart du temps non médicamenteuses. Mais, d'une part leur disponibilité n'est pas partout effective, d'autre part leur accessibilité financière est la plupart du temps compromise par une absence de prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire et par une lourdeur du dispositif de demande de contribution du fonds d'action sanitaire et sociale.

Dans ce contexte, l'un des enjeux fort de ces prises en charge concerne la capacité à renforcer les articulations entre le médecin généraliste et les psychologues et diététiciens, à mieux associer les psychologues et les diététiciens dans un souci de fluidification des parcours en vue de prodiguer des soins plus adaptés aux besoins des patients, et à lever le frein financier d'accès aux soins de prise en charge psychologique et/ou diététique. En ce sens, le « forfait diététicien psychologue » répond à ces enjeux.

Modalités d'expérimentation du FDP

La faisabilité du FDP a été testée en 2017 puis l'expérimentation a été ouverte à plusieurs dizaines de MSP depuis 2019.

Imaginé sous la forme d'un forfait autogéré de 4 040 € mis à disposition des structures de soins primaires coordonnées pour prendre en charge au moins 25 assurés agricoles, le dispositif vise à favoriser l'accès à des soins non remboursés par le droit commun tout en maximisant l'autonomie et la liberté des structures de soins dans la gestion du budget. Il se base sur l'interprofessionnalité des structures et leur efficacité opérationnelle et leur réactivité. L'entrée dans le dispositif est décidée par le médecin traitant, par prescription médicale, sous réserve de l'éligibilité du patient en fonction d'une liste de situations correspondant aux recommandations de la HAS. Après acceptation, le patient est orienté vers le professionnel de santé recommandé au sein de la structure (diététicien et/ou psychologue), afin de maximiser l'efficacité et de favoriser son suivi et la coordination des soins. Sa période de soin est alors prise en charge par la MSA dans les limites du dispositif.

Éléments du rapport d'évaluation

Le « forfait diététicien psychologue » est bien mobilisé au sein des MSP et les processus semblent cohérents vis-à-vis des objectifs visés, l'efficacité et l'utilité du forfait sont valorisées par toutes les parties prenantes du forfait diététicien psychologue et toutes sont pour un déploiement du dispositif à plus large échelle.

Bien que l'on puisse constater des difficultés notamment d'inclusion liées au temps d'appropriation nécessaire des professionnels de santé et notamment des médecins généralistes, les limites du forfait semblent plutôt résider dans sa dimension expérimentale et restrictive (nombre de séances jugé insuffisant, restrictions aux assurés MSA, priorisation des patients avec un seuil à 25, etc.), avec un souhait des professionnels de santé de transformer ce modèle en dispositif de soin généralisé voire en droit commun.

De plus, une prise en charge financière des soins de psychologue et/ou de diététicien participerait à déstigmatiser ces soins et à sensibiliser la population sur l'importance de la santé mentale et diététique. Nous pouvons d'ailleurs rappeler qu'à ce jour entre 40 % et 60 % des personnes en souffrance psychique ne reçoivent aucun soin pour ces troubles.

Le mode de rémunération au forfait correspond pleinement à l'évolution du système de santé. Il s'agit d'un mode de rémunération avec un cadre souple et qui insuffle de la confiance vis-à-vis des professionnels de santé. De plus, c'est un modèle de financement porteur de simplification administrative sans suivi à l'acte et collaboratif. Il permet une approche coordonnée des soins et favorise une démarche de qualité et de pertinence des soins, tout en permettant une régulation des dépenses correspondantes.

En outre, dans le cadre d'un déploiement du dispositif, il sera nécessaire d'interroger son dimensionnement et sa place parmi l'offre de soins, notamment pour les prises en charge de soins de psychologue, qui se développe aujourd'hui.

3.4. Renforcer la qualité des pratiques et la pertinence des soins

La MSA renforcera les actions de gestion du risque en lien avec la qualité des pratiques et la pertinence des soins et accompagnera les offreurs de soins dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses.

En 2022, le plan national de gestion du risque maladie de la MSA a été conçu autour des six thématiques du plan ONDAM 2018-2022 d'appui à la transformation du système de santé (PATSS) et des thématiques du PNGDRESS 2021-2022 afin de s'articuler avec ces derniers.

La partie 3.4. correspond ainsi aux axes 3, 4, et 5 du plan ONDAM, à savoir améliorer la pertinence et l'efficacité :

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

3.4.1. Les actions du plan national GDR 2021 de la MSA

Le plan national de gestion du risque (GDR) 2021 de la MSA comportait 26 actions, dont certaines menées en inter-régimes.

Le bilan de ces actions du plan GDR 2021 de la MSA est annexé à ce rapport (**Annexe 5**).

Malgré la crise sanitaire, il présente toutefois des résultats significatifs à plusieurs titres et notamment :

- sur le plan financier (dépenses évitées et récupération d'indus),
- sur le plan de l'impact sur les pratiques des professionnels de santé.

Les caisses de MSA poursuivront ainsi la mise en œuvre des actions inscrites dans le plan annuel de gestion du risque MSA 2022 dont l'objectif est d'accroître l'efficacité du système de soins au bénéfice des ressortissants agricoles tout en s'inscrivant dans le cadrage financier de l'ONDAM.

Ce plan national GDR MSA 2022 comprend les actions pérennes du plan 2021 et des actions nouvelles, présentées en partie dans le rapport Charges et Produits MSA 2022.

3.4.2. Les nouvelles études et propositions

3.4.2.1. 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 la liste des produits et prestations (LPP).

Le montant total des dépenses des assurés du régime agricole liées aux produits de la LPP (dépenses totales, dépassements compris) s'élève à 910 millions d'euros en 2021 contre 874 millions d'euros en 2020, soit une hausse de 4,1 % des dépenses. Cela fait suite à la baisse de 3,2 % entre 2019 et 2020 qui avait principalement pour cause la situation sanitaire liée à la Covid-19. Le montant des dépenses des assurés augmente pour chaque titre de la LPP, avec par ordre de croissance :

- le titre V - Dispositifs médicaux invasifs (+ 70,1 %, une croissance à relativiser par rapport au volume très faible de ce titre),
- le titre IV - Achats et réparations des fauteuils roulants (+ 12,6 %),
- le titre III - Produits implantables (+ 9,8 %),
- le titre II - Orthèses, appareil de soutien et prothèses externes (+ 5,3 %),
- le titre I - Maintien à domicile (+ 1,9 %).

En 2021, le montant global remboursé par le régime agricole est de 504 millions d'euros contre 485,8 millions d'euros en 2020, soit une hausse de 3,7 %. Cette hausse concerne également tous les titres de la LPP, avec respectivement + 1,9 %, + 6,5 %, + 10,2 %, + 10,0 %, + 70,7 %, pour les titres I, II, III, IV et V.

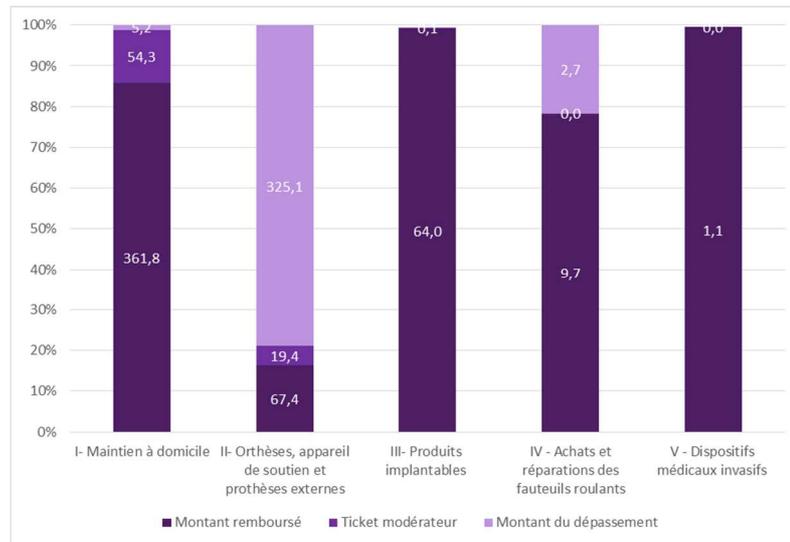
L'objectif d'économies sur ce secteur fixé par la loi de financement de la sécurité sociale au titre de 2021 est de 150 millions d'euros (200 millions d'euros en 2020). Ces économies sont obtenues par des baisses de tarif des produits et prestations inscrits sur la LPP.

La prise en charge est cependant très inégale entre les différents titres. Les titres III et V, correspondants à la liste en sus, sont pris en charge à 100 % pour les assurés. Le titre IV, correspondant aux fauteuils roulants, est pris en charge à 100 % du montant remboursable, mais reste à la charge des assurés le montant des dépassements, soit 2,7 millions d'euros (22 % de la dépense).

Le titre I, d'un montant total de la dépense de 421,3 millions d'euros, est remboursé à hauteur de 86 %, soit 361,8 millions d'euros, avec un ticket modérateur de 54,3 millions d'euros. Le dépassement pour les assurés étant de l'ordre de 5,2 millions d'euros.

Enfin, le titre II, bien qu'ayant un montant de la dépense similaire au titre I avec 411,9 millions d'euros, n'est remboursé qu'à hauteur de 18 %, soit 67,4 millions d'euros, laissant un dépassement de 325,1 millions d'euros, à la charge des assurés du régime agricole (**Graphique 51**).

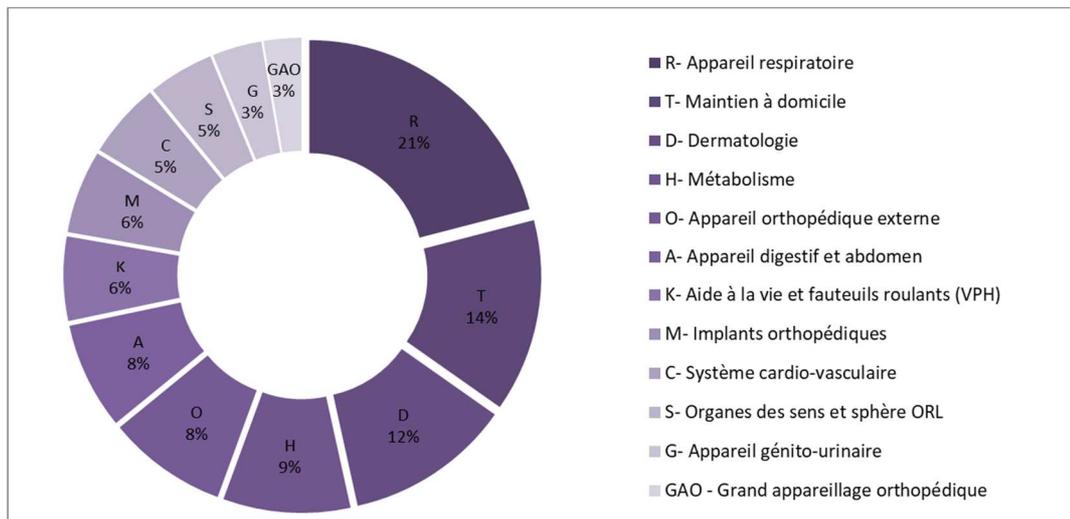
Graphique 51 :
Répartition de la dépense en 2021, par grand titre de la LPP (en millions d'euros)



Source : MSA

Le montant remboursable est fortement concentré sur 3 classes technico-thérapeutiques qui concentrent 47 % du montant total. Il s'agit de l'appareil respiratoire (21 %), du maintien à domicile (14 %), et de la dermatologie (12 %) (**Graphique 52**).

Graphique 52 :
Répartition du montant remboursable en 2021 (en millions d'euros)



Source : MSA

Concernant les dépenses liées directement à la Covid-19, est remboursé au sein de la LPP de l'oxygénothérapie à court terme (code LPP 1185131, créé par arrêté du 30 janvier 2021 spécifiquement pour la prise en charge de la Covid jusqu'à la fin de l'état d'urgence sanitaire), dont le montant de la dépense s'élève à 442 000 €, pour un montant remboursé de 365 000 € (tarif du forfait hebdomadaire : 99,56 € TTC).

La réforme du 100 % santé en France

Le dispositif 100 % santé, ou réforme du reste à charge zéro, a été mis en place progressivement depuis le 1^{er} janvier 2019 et est totalement actif depuis le 1^{er} janvier 2021. Cette réforme a pour but de permettre à tous les français d'accéder aux soins prothétiques dentaires et aux équipements en audioprothèse et optique. Les dépenses de soins et d'équipements du panier de soins 100 % santé sont intégralement prises en charge par les caisses d'Assurance Maladie obligatoire et les organismes complémentaires, sans reste à charge pour les patients disposant des garanties d'un contrat responsable.

Le 100 % santé en audiologie

Le dispositif 100 % santé en audiologie a pour but de garantir aux assurés une prise en charge intégrale de certains appareils auditifs.

Dans cet objectif, plusieurs leviers ont été activés :

- l'Assurance Maladie a augmenté la base de remboursement des appareils auditifs ;
- les pouvoirs publics ont introduit des prix limites de vente, plafonnant le prix de certains appareils (dits de classe I) ;
- les complémentaires santé complètent intégralement la prise en charge en 2021 pour la classe I.

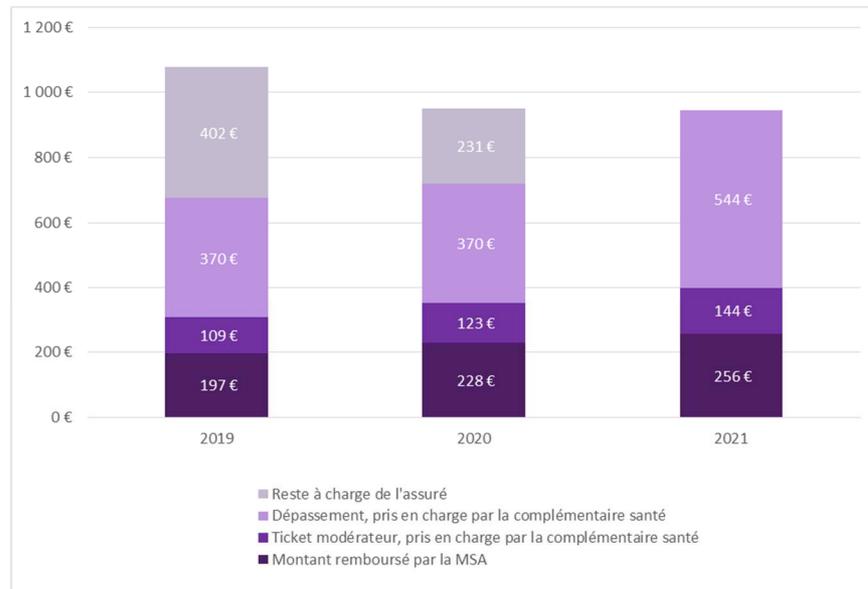
Il existe donc désormais deux types d'aides auditives qui se différencient selon leurs caractéristiques techniques :

- les aides auditives de classe I comportent au moins 3 options de la liste A fixée par arrêté ; elles appartiennent au panier 100 % santé et ont des prix limites de ventes fixés en 2021 à 950 € pour les adultes et 1 400 € pour les moins de 20 ans, et sont prises en charge intégralement par l'Assurance Maladie et la complémentaire santé.
- les aides auditives de classe II comportent au moins 6 options de la liste A et au moins une option de la liste B fixée par l'arrêté de prise en charge ; leurs prix de vente ne sont pas encadrés. Néanmoins, la base de remboursement de l'Assurance Maladie est la même que celle de la classe I.

Concernant l'augmentation de la base de remboursement des aides auditives (classes I et II), celle-ci était de 199,71 € en 2018, avant de passer à 300 € en 2019, 350 € en 2020, pour atteindre 400 € en 2021. Dans le cadre du dispositif 100 % santé, l'assuré percevra donc en 2021 240 € (60 % de la base de remboursement) de remboursement par l'Assurance Maladie.

En 2021, la MSA a remboursé en moyenne 256 € par audioprothèse (de classe I), pour un ticket modérateur moyen de 144 €. Ce ticket modérateur est ensuite pris en charge par la complémentaire santé du bénéficiaire, ainsi que le dépassement moyen de 544 € (**Graphique 53**).

Graphique 53 :
Répartition de la dépense moyenne des audioprothèses du 100 % santé de 2019 à 2021



Source : MSA

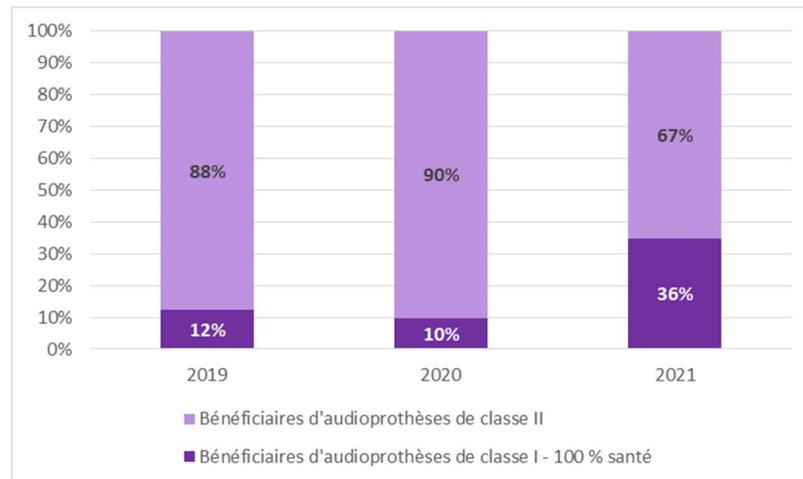
En 2021, plus de 8 000 assurés MSA ont bénéficié du 100 % santé en audiologie, soit 2,8 fois plus qu'en 2020, où 2 872 assurés en avaient bénéficié. Le recul en 2020 de 25 % est consécutif à la crise sanitaire. En 2021, la reprise profite également de la mise en place progressive de cette offre. Le montant total de la dépense s'élève à 15,4 millions d'euros, dont 4,1 millions d'euros remboursés par la MSA au titre de l'Assurance Maladie obligatoire (**Tableau 33**).

Tableau 33 :
Nombre de bénéficiaires, effectifs et montants des audioprothèses remboursées entre 2019 et 2021

Audioprothèses de classe I	2019	2020	2021
Nombre de bénéficiaires	3 832	2 872	8 031
Nombre d'audioprothèses remboursées	6 521	5 025	16 291
Montant total de la dépense des assurés	7 028 602	4 782 683	15 378 731
Montant total des remboursements	1 285 117	1 144 513	4 170 137
Ticket modérateur, pris en charge par la complémentaire	711 744	618 163	2 349 878
Dépassement, pris en charge par la complémentaire	2 412 770	1 859 250	8 858 716
Reste à charge des assurés	2 618 971	1 160 757	-

En 2019 et 2020, entre 10 et 12 % des bénéficiaires de remboursements d'audioprothèses l'étaient au titre du 100 % santé. En 2021, ils représentent 36 % des remboursements d'audioprothèses (**Graphique 54**).

Graphique 54 :
Répartition du nombre de bénéficiaires d'audioprothèses selon leur classe de 2019 à 2021



Source : MSA

Le 100 % santé en optique

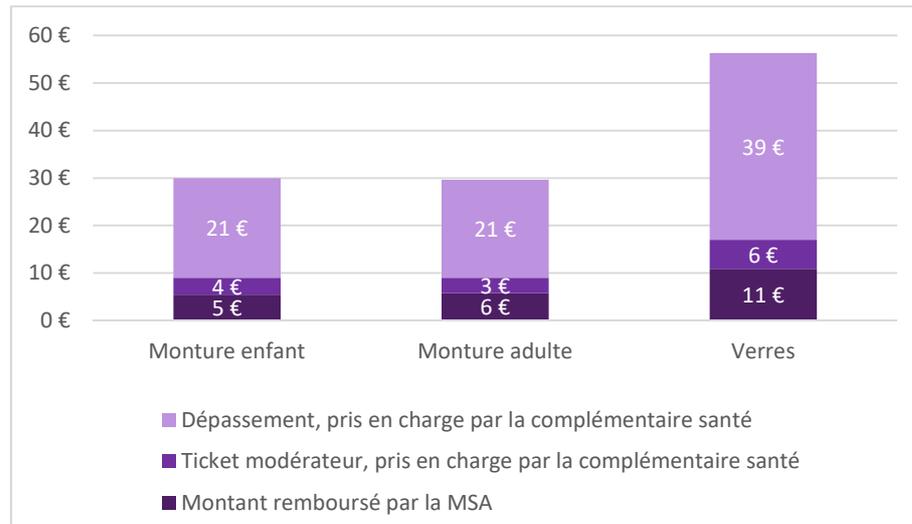
Depuis le 1^{er} janvier 2020, dans le cadre de l'offre du 100 % santé optique, chaque opticien est tenu de présenter :

- 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 si celle-ci était également de classe A ;
- 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, si celle-ci était également de classe A.

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).

En 2021 (et en 2020 également), le prix moyen de vente des montures enfants et adultes s'élève à 30 € pour la classe A. Le prix moyen de vente des verres de classe A s'élève à 56 € (**Graphique 55**).

Graphique 55 :
Répartition de la dépense moyenne des verres et montures du 100 % santé en 2021 (Classe A)



Source : MSA

En 2021, 47 645 adultes affiliés à la MSA ont bénéficié d'un remboursement de monture du panier 100 % santé, contre 40 277 en 2020, soit une hausse de 18 %. Le recul en 2020 est consécutif à la crise sanitaire. En 2021, la reprise profite également de la mise en place progressive de cette offre. Le montant total de la dépense s'élève à près de 1,5 millions d'euros, pour un montant remboursé par la MSA de 284 716 €. Cette évolution s'observe également chez les enfants : 8 955 enfants ont bénéficié d'un remboursement, contre 7 765 en 2020, en hausse de 15 %.

Les verres de classe A ont été remboursés pour 67 278 assurés (53 380 en 2020), soit une hausse de 25 % en 2021 (**Tableau 34**).

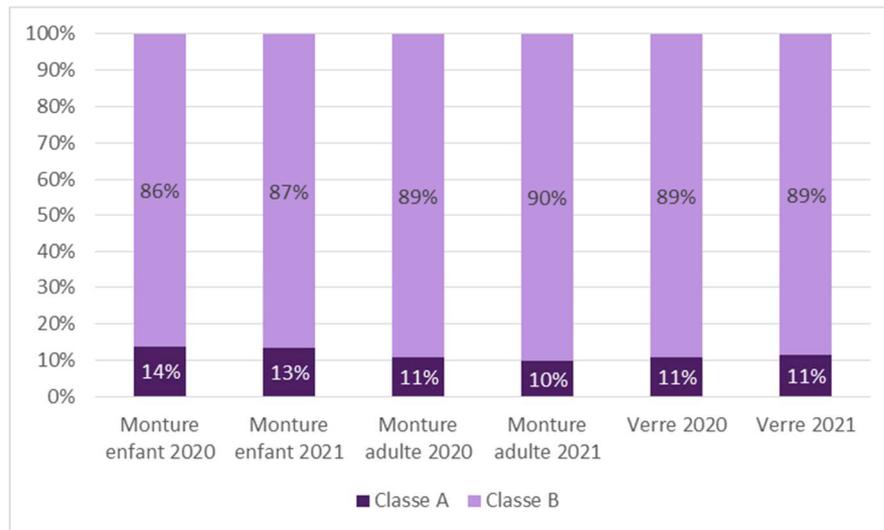
Tableau 34 :
Nombre de bénéficiaires, effectifs et montants des montures et verre de classe A remboursées en 2021

	Nombre de bénéficiaires	Quantité de produits	Montant total de la dépense	Montant de la base de remboursement	Montant des remboursements	Ticket modérateur pris en charge par la complémentaire	Dépassement pris en charge par la complémentaire
Monture adulte classe A	47 645	49 371	1 464 684	444 871	284 716	160 155	1 019 812
Monture enfant classe A	8 955	9 129	273 297	82 369	49 636	32 732	190 929
Verre classe A	67 278	147 824	8 321 828	2 509 247	1 610 575	898 672	5 812 581
Total		206 324	10 059 809	3 036 487	1 944 928	1 091 559	7 023 322

Mais la proportion de bénéficiaires du 100 % santé, par rapport au total des équipements d'optique, reste faible : entre 10 % à 14 % du total des bénéficiaires sont remboursés pour un équipement d'optique, avec une tendance à la baisse entre 2020 et 2021 (**Graphique 56**).

Graphique 56 :

Répartition du nombre de bénéficiaires d'équipement d'optique selon leur classe en 2020 et 2021



Source : MSA

Les équipements de classe B (montures et verres), équipement hors 100 % santé, sont eux pris en charge à hauteur de 0,05 € par l'Assurance Maladie, et sont remboursés par les complémentaires santé selon les contrats, avec un plafond de 100 €.

Le coût moyen des montures de classe B est de 144,54 €, et celui des verres de 172,24 €, laissant un reste à charge moyen pour les assurés de 316,72 € après remboursement de l'Assurance Maladie.

Ces équipements sont pourtant nettement plus nombreux à être remboursés avec 438 068 bénéficiaires de monture adulte en 2021 (90 % du total classe A+B), 58 234 bénéficiaires de monture enfant (87 % du total) et 524 917 bénéficiaires de verre (89 % du total) (**Tableau 35**).

Tableau 35 :
Nombre de bénéficiaires par équipement en 2020 et 2021

Nombre de bénéficiaires	2020	2021
Monture adulte classe A	40 277	47 645
Monture adulte classe B	339 396	438 068
Monture enfant classe A	7 765	8 955
Monture enfant classe B	48 814	58 234
Verre classe A	53 880	67 278
Verre classe B	445 502	524 917

3.4.2.2. Pertinence et qualité des actes et des parcours de soins

a. Pertinence et qualité des actes

Dans le cadre de la pertinence et la qualité des actes, la MSA propose de renforcer **l'accompagnement des praticiens réalisant des actes bucco-dentaires dans l'application des bonnes pratiques.**

Les actions bucco-dentaires de gestion du risque proposées **pour 2023** seront au nombre de deux. Il s'agit de s'assurer auprès des professionnels de santé de la pertinence des actes, en les accompagnant pour leur rappeler les bonnes pratiques et ce, sans récupération d'indus. Toutefois, les tableaux récapitulatifs des sommes indûment versées seront transmis à la CCMSA pour information dans les conditions habituelles.

Les actions proposées sont donc les suivantes :

- Vérification du respect des conditions de prise en charge du supplément « YYYY614 » pour les soins dentaires chirurgicaux pour les patients en ALD et traités par anticoagulants oraux directs (AOD) ou par antivitamine K (AVK),
- Vérification du respect de l'application des conditions restrictives de remboursement de l'acte « Bilan Parodontal » et des actes d'« assainissement parodontal, détartrage-surfaçage radiculaire (DSR) » pour les assurés diabétiques en ALD 8.

a.1. Action d'accompagnement en odontologie et facturation du supplément YYYY614

La convention des chirurgiens-dentistes publiée au Journal Officiel du 25 août 2018 a introduit dans son article 13 la possibilité pour un praticien de facturer, à compter du 13/12/2018, le supplément « YYYY614 » tarifé à 20 € pour les soins chirurgicaux prodigués aux patients en affection de longue durée (ALD) bénéficiant d'un traitement par antivitamines K (AVK) ou par anticoagulants oraux directs (AOD), dans la limite d'un YYYY614 par séance.

Dans la CCAM version 69 (04/2022), 154 actes chirurgicaux bucco-dentaires peuvent être associés à ce supplément.

Depuis 2019, la MSA a remboursé 15 739 suppléments YYYY614, facturés par plus de 5 000 praticiens, avec une évolution annuelle moyenne entre 2019 et 2021 de 28 %. Sur cette même période, 4 943 de ces suppléments d'acte, soit 31,4 % des facturations, ne vérifient pas les 4 conditions restrictives de prise en charge (indissociables) :

- Patient en ALD ;
- Patient sous anticoagulant (AVK ou AOD) ;
- Facturation en supplément des actes bucco-dentaires chirurgicaux (liste en CCAM - actes complémentaires) ;
- Facturation d'un seul supplément par séance.

L'augmentation constante des facturations du supplément « YYYY614 », ainsi que la proportion toujours importante de professionnels de santé chez lesquels on observe cette anomalie de facturation (34,9 % en 2021), justifient la mise en place d'une action d'accompagnement des professionnels de santé en odontologie pour la bonne application de la réglementation pour ce code CCAM (**Tableau 36**).

Tableau 36 :
Nombre de facturation du supplément « YYYY614 », évolution du taux d'anomalie et nombre de professionnels de santé et d'assurés concernés entre 2019 à 2021

Année	Nombre de suppléments YYYY614 remboursés par la MSA	Nombre de suppléments YYYY614 ne vérifiant pas au moins 1 des 4 critères	Taux d'anomalies	nombre de PS ayant facturé un supplément YYYY614	Nombre de PS concernés par les anomalies	proportion de PS avec une anomalie	Nombre d'assurés concernés par les anomalies
2021	6 581	1 950	29,6%	3 074	1 072	34,9%	1 611
2020	5 174	1 696	32,8%	2 572	985	38,3%	1 417
2019	3 984	1 297	32,6%	2 150	797	37,1%	1 095

Source : SNDS - traitement MSA

a.2. Accompagnement des praticiens au bilan parodontal pour les assurés diabétiques en ALD 8

La convention dentaire du 26/08/2018 a porté la création d'actes CCAM dont l'acte HBQD001 « bilan parodontal ». Ce nouvel acte est remboursable depuis le 1^{er} avril 2019 (tarif de responsabilité : 50 €) exclusivement pour les **assurés diabétiques pris en charge au titre de l'ALD 8**. Afin de vérifier le respect des conditions de prise en charge de cet acte et le respect du tarif opposable, les services des contrôles dentaires des caisses de MSA ont mis en œuvre en 2020 et 2021 une action d'accompagnement des professionnels de santé en odontologie.

En 2021, 692 bilans parodontaux ont été remboursés aux assurés agricoles, soit 74 bilans de plus qu'en 2020, pour un montant total de 30 321 € (**Tableaux 37 et 38**). Durant le confinement dû à la crise sanitaire de la Covid-19 (fermeture des cabinets dentaires du 19/03/2020 au 12/05/2020), le nombre de recours à un bilan a nettement diminué (nul en avril 2020), pour atteindre son maximum en mars 2021 (avec 56 bilans) (**Graphique 57**).

L'action consiste à accompagner les professionnels de santé pour la facturation du bilan parodontal pris en charge uniquement pour les assurés en ALD 8. Elle ne prévoit pas de récupérations d'indus. Le montant des anomalies de facturation est évalué à plus de 7 000 € par an. En 2021, parmi les 400 praticiens ayant réalisé un bilan, 95 ont fait l'objet d'un courrier de mise en garde de la part des services du contrôle dentaire des caisses de MSA.

En 2021, les conditions de prise en charge de cet acte ont été mieux respectées par les professionnels de santé : 69 % des assurés agricoles remboursés pour un bilan parodontal en 2021 étaient bien en ALD 8 contre 64 % en 2020. La part des professionnels de santé ayant respecté la réglementation de facturations est passée de 69 à 76 %.

En conclusion, compte tenu des résultats positifs de cet accompagnement sur la bonne application de la législation, la MSA poursuit cette action en 2022 et 2023 en la complétant d'une action d'accompagnement pour les actes de DSR (soins parodontaux de détartrage-surfaçage radiculaire) soumis eux aussi à des conditions d'attributions spécifiques. La MSA envisage également, parallèlement à cette action vis-à-vis des professionnels de santé, d'informer ses assurés sociaux sur l'importance d'un suivi bucco-dentaire et parodontal dans le cadre de leur prise en charge médicale diabétique, comme le recommande la HAS²⁸.

²⁸ HAS, Guide patient diabète de type 1 chez l'adulte : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_750168/fr/ald-n8-diabete-de-type-1-chez-l-adulte?xtmc=&xtr=8

HAS, Guide patient diabète de type 2 chez l'adulte : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_750179/fr/ald-n8-diabete-de-type-2?xtmc=&xtr=7

Tableau 37 :
Nombre de bilans parodontaux remboursés en 2020 et 2021

	Tous régimes confondus		Régime Agricole	
	2020	2021	2020	2021
Nombre d'actes total*	24 447	29 752	618	692
Dont Nombre d'actes pour les assurés en ALD8*	12 816	17 131	395	476
Part d'assurés en ALD8	53%	58%	64%	69%

Source: SNDS traitement MSA

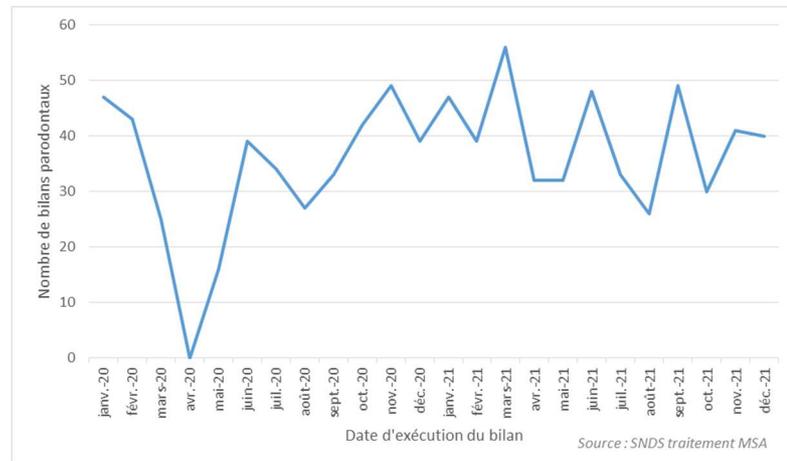
* Un assuré a pu avoir plusieurs actes sur l'année

Tableau 38 :
Montant remboursé des bilans parodontaux en 2020 et 2021

	Montant remboursé	
	2020	2021
Assurés en ALD8	18 630 €	23 037 €
Autres assurés	7 525 €	7 284 €
Total assurés MSA	26 155 €	30 321 €

Source: SNDS traitement MSA

Graphique 57 :
Nombre de bilans parodontaux au régime agricole, par date d'exécution de 2020 à 2021



b. Pertinence des parcours de soins

Dans le cadre de Rénov'GDR et de la mise à l'échelle nationale de l'action « parcours insuffisance cardiaque » de l'Assurance Maladie, la MSA s'associe à la démarche de GDR globale portant sur la pertinence des parcours de soins. Cette nouvelle orientation stratégique s'appuie sur les travaux menés avec la HAS depuis plusieurs années et vise à intégrer les soignants, notamment ceux des structures de soins coordonnés, dans la mise en œuvre de la GDR.

Un parcours de soins optimal vise à délivrer les soins requis par l'état et les conditions du patient (en qualité et en fréquence), par des intervenants formés, compétents et relevant du niveau de soins correspondant à la situation, à un moment adapté au stade de gravité et au meilleur coût. Un parcours de soins est établi dans le cadre d'une décision partagée entre le patient et son médecin. Il est inscrit dans le plan personnalisé de coordination en santé spécifique à chaque patient.

En raison de la prévalence élevée des maladies cardiovasculaires dans la population agricole (Cf partie 2.2.1.), la MSA s'inscrit dans l'action parcours de soins des insuffisants cardiaques de l'Assurance Maladie qui doit appuyer les acteurs locaux dans la prise de conscience des enjeux et dans l'optimisation de la réponse aux besoins de santé de cette population en augmentation.

Le principe de la participation de la MSA est d'adopter la même démarche que le régime général tout en capitalisant sur l'investissement des caisses dans l'accompagnement des structures d'exercice

coordonné et dans les actions implémentées en partenariat avec ces structures, notamment l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

Sur le plan opérationnel, la démarche consiste en la participation du médecin coordonnateur régional à l'instance de pilotage régionale animée par le binôme DCGDR-DRSM, en la promotion de l'action de GDR « parcours insuffisance cardiaque » auprès des structures de soins coordonné partenaires de la MSA dans les territoires sélectionnés par l'instance régionale et en l'accompagnement des structures volontaires pour s'inscrire dans cette action de GDR.

3.4.2.3. Pertinence et efficience des prescriptions d'arrêt de travail : la prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien en emploi

a. Les enjeux d'une approche globale de la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) et du maintien en emploi en MSA (MEE)

Pour 2022, l'enjeu d'une approche globale de la prévention est de renforcer le dispositif MSA d'accompagnement des personnes concernées par un risque de désinsertion professionnelle et de leur proposer un parcours global d'accompagnement qui dépasse le cadre des Cellules Pluridisciplinaires de Maintien en Emploi (CPME), dans une logique de guichet unique. Dès lors, les CPME constituent un outil essentiel d'un parcours plus global qui doit également induire une évaluation.

Il s'agit donc d'améliorer l'accompagnement déjà existant grâce aux actions suivantes :

- mobiliser des acteurs clés de la MSA et valoriser l'ensemble de l'activité d'accompagnement réalisée en amont de la CPME,
- améliorer la précocité de repérage,
- rendre plus efficient la mise en place des CPME,
- améliorer la connaissance des partenaires externes et l'adéquation de l'accompagnement aux besoins des adhérents.

b. Présentation du nouveau parcours d'accompagnement de prévention de la désinsertion professionnelle et de maintien en emploi

Le nouveau parcours d'accompagnement engage l'ensemble des parties prenantes du guichet unique (SST, ASS et CM) et prévoit une nouvelle analyse des situations individuelles pour évaluer le risque de désinsertion professionnelle suite à un problème de santé ou de handicap (**Tableau 39**).

Dans le cadre de ce parcours, l'apport des services du contrôle médical, de la santé et sécurité au travail et de l'action sanitaire et sociale est particulièrement attendu à différentes étapes de ce parcours (**Schéma 2**) :

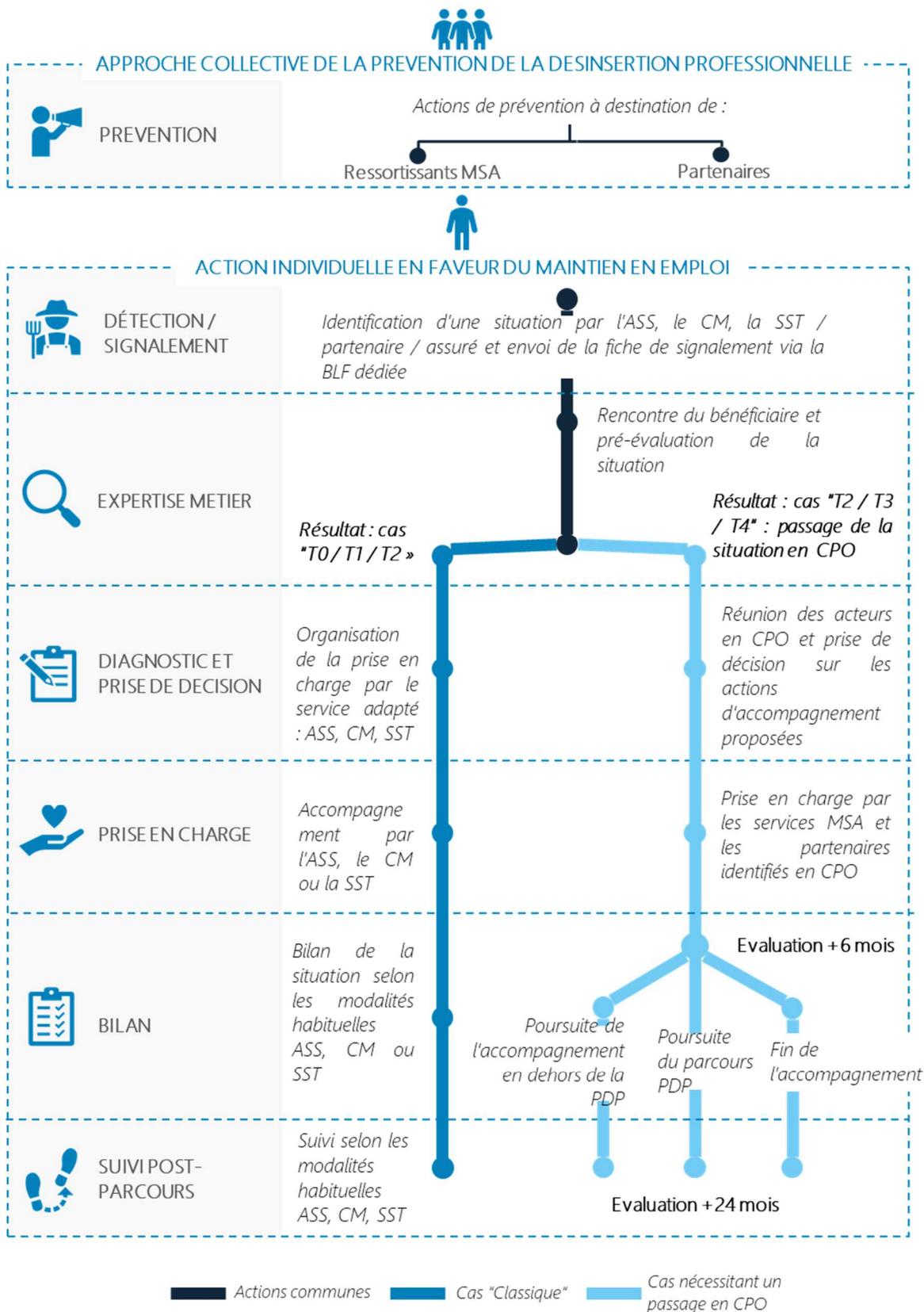
- La détection précoce des signaux faibles de désinsertion professionnelle,
- Le diagnostic partagé de la situation de l'assuré en lien avec les autres services,
- La prise en charge médicale pour toute situation nécessitant un accompagnement pluridisciplinaire de maintien en emploi ou dans l'emploi occupé,
- La prise en charge sociale des assurés confrontés à la problématique de la reconversion professionnelle et/ou du maintien en emploi suite à une perte graduelle de la capacité de travail.

c. Plan d'accompagnement des caisses en 2022

En 2022, afin de faciliter le déploiement du nouveau parcours d'accompagnement, il est proposé de mettre en place les actions suivantes :

- Ateliers de présentation de la nouvelle politique PDP et MEE (webinaires avec les référents CPME et les acteurs impliqués),
- Possibilité de mettre en place des ateliers de formation avec les caisses les plus en difficulté pour les accompagner dans l'appropriation des outils associés au parcours,
- Actions de formation sur l'application informatique locale (AIL) CPME,
- Mise en place et accompagnement de réunions régionales pour le partage de pratiques d'intervention,
- Actions d'information en lien avec la politique RH de la MSA afin de sensibiliser les caisses en tant qu'employeur.

Schéma 2 : Nouveau parcours d'accompagnement de prévention de la désinsertion professionnelle et de maintien en emploi



Nota bene : CPO : Cellule Pluridisciplinaire Opérationnelle

Tableau 39 :
Analyse des situations individuelles et risque de désinsertion professionnelle

Niveau de risque	Approche d'intervention proposée selon la situation de l'assuré MSA
T0	Prévention primaire ciblée : Approche collective selon le secteur d'activité croisé avec d'autres critères de profil sociodémographique
T1	Premiers signaux (individuels) d'alerte : Leur capacité à exercer leur emploi n'est pas menacée à court terme mais certains signes laissent à penser que la situation et l'employabilité peuvent se dégrader
T2	Maintien dans l'emploi (sur le poste d'origine) : Moyennant une adaptation du poste et, le cas échéant une formation, un retour à l'emploi, sur le poste, est possible
T3	Maintien en emploi (après une reconversion professionnelle) : Reclassement sur un autre poste dans l'entreprise d'origine (T3a) ou dans une autre entreprise (T3b)
T4	Risque avéré de désinsertion professionnelle : Accompagnement médico-social et prise en charge du handicap

3.5. Poursuivre le contrôle et la lutte contre la fraude

3.5.1. Le bilan de la lutte contre la fraude 2021 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 2021, le montant du préjudice constaté (subi et évité) au titre des fraudes dans le domaine de la santé s'élève à 5 millions d'euros, soit un niveau similaire à celui de 2019 malgré la suspension des contrôles des établissements qui a continué en 2021. La forte augmentation des fraudes constatées concernant les professionnels de santé a compensé la baisse des fraudes constatées concernant les établissements de santé liée à la suspension des contrôles des établissements (**Tableau 40**).

Tableau 40 :
Montant des fraudes et fautes constatées entre 2017 et 2021

Total des fraudes et fautes constatées (préjudice subi et évité)	2017	2018	2019	2020	2021	Evolution 2020-2021
Professionnels de santé	2,4 M €	2,7 M €	2,8 M €	1,5 M €	4,2 M €	+191 %
Etablissements de santé	2,2 M €	2,2 M €	1,7 M €	0, M €	0,1 M €	-77 %
Assurés/ ayant droit	0,3 M €	0,4 M €	0,6 M €	0,9 M €	0,6 M €	-27 %
Total	5,0 M €	5,4 M €	5,2 M €	2,8 M €	5,0 M €	+88

Les montants de fraudes détectées des professionnels de santé en 2021 concernent essentiellement cinq professions qui ont des montants en augmentation par rapport à 2019 :

- les infirmiers pour 51 % (soit 2,1 M€ en 2021 contre 1,7 M€ en 2019),
- les transporteurs sanitaires pour 23 % (le ciblage via le datamining a permis de détecter des montants de fraudes plus importants soit 963 K€ en 2021 contre 133 K€ en 2019),
- les pharmacies pour 13 % (soit 528 K€ en 2021 contre 117 K€ en 2019),
- les fournisseurs de matériel médical pour 9 % (soit 364 K€ en 2021 contre 22 K€ en 2019),
- les orthophonistes pour 2,4 % (une nouvelle profession qui apparaît dans les détections de fraudes en 2021, pour 103 K€).

En matière de typologies de fraudes ou fautes détectées en montant, 88 % concernent quatre typologies : 37 % les actes ou services fictifs, les produits non délivrés ou la facturation non-conforme à la prescription, 28 % la fraude à la tarification et la facturation des professionnels de santé, 12 % la surcotation ou le non respect de la NGAP et de la réglementation et 11 % les faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux (**Tableau 41**).

En matière de typologies de fraudes ou fautes détectées en nombre, la sur-cotation ainsi que le non-respect de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et de la réglementation constituent la part la plus importante (44 %) des fraudes et fautes, suivie par la fraude à la tarification et à la facturation (22 %) (**Tableau 42**).

**Tableau 41 :
Ventilation par typologie de fraudes et fautes en montant**

Actes ou services fictifs, produits non délivrés, facturation non-conforme à la prescription	36,57%
Fraude à la tarification et la facturation PS	27,77%
Surcotation, non respect de la NGAP et de la réglementation	11,95%
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	10,53%
Fraude à l'activité	3,22%
Fraude documentaire identitaire	2,28%
Fraude à la nationalité	1,83%
Fraude à la tarification et la facturation Etablissements	1,75%
Fraude documentaire non identitaire	1,12%
Fraude à la résidence en France	0,63%
Fraude à l'état de santé	0,50%
Fraude sur la qualité du PS : exercice sans qualification, avec une interdiction, à l'agrément, aux véhicules, au personnel, ...	0,39%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	0,39%
Fraude à l'identité	0,31%
Fraude à la constitution des droits (cessation d'activité)	0,20%
Fraude à la résidence hors de France	0,17%
Fausse déclaration CMU de base et complémentaire (ressources)	0,11%
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les IJ	0,09%
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de rentes AT	0,08%
Fraude aux revenus ou rémunérations (surévaluations)	0,05%
Nomadisme et surconsommation de prestations santé	0,05%

**Tableau 42 :
Ventilation par typologie de fraudes et fautes en nombre**

Sur-cotation, non-respect de la NGAP et de la réglementation	44,03 %
Fraude à la tarification et la facturation PS	22,23 %
Fraude à l'état de santé	6,62 %
Actes/services fictifs, produits non délivrés, facturation non-conforme à la prescription	4,99 %
Fraude à la tarification et la facturation Etablissements	3,25 %
Fraude documentaire identitaire	2,93 %
Fraude à la nationalité	2,71 %
Fraude à l'activité	2,71 %
Fraude à la résidence en France	1,95 %
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	1,41 %
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les IJ	1,30 %
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	0,98 %
Fausse déclaration CMU de base et complémentaire (ressources)	0,98 %
Fraude à la constitution des droits (cessation d'activité)	0,87 %
Fraude aux ressources (minorations)	0,87 %
Fraude à l'identité	0,65 %
Fraude documentaire non identitaire	0,43 %
Fraude à la résidence hors de France	0,33 %
Fraude sur la qualité du PS : exercice sans qualification, avec une interdiction, à l'agrément, aux véhicules, au personnel etc.	0,33 %
Trafic de médicaments	0,11 %
Fraude aux revenus ou rémunérations (surévaluations)	0,11 %
Nomadisme et surconsommation de prestations santé	0,11 %

3.5.2. Les actions de contrôles LCF/GDR sur les centres de santé ophtalmologiques et dentaires

En 2021, la CNAM a présenté à la CCMSA les actions menées à l'encontre des centres de santé ophtalmologiques (CSO) et des centres de santé dentaires (CSD). Les actions à l'encontre des CSO font suite à des signalements de plusieurs régions sur les pratiques de centres appartenant à un même groupe.

En l'espèce, l'état des lieux des facturations de 12 CSO implantés dans 8 régions a mis en exergue de nombreuses atypies de facturations (doubles facturations, facturations dissociées, séances de soins facturées à tous les membres d'une même famille, etc.). S'agissant des CSD, 33 établissements sont visés dans le cadre du programme national de prévention de la fraude pour les CSD nouvellement ouverts.

Après plusieurs réunions opérationnelles entre la CNAM et la CCMSA sur les typologies d'anomalies détectées et les méthodologies d'analyses de ces anomalies, la MSA s'est positionnée pour réaliser les contrôles des facturations des centres ophtalmologiques, pour ses assurés, en 2022 et le contrôle des facturations des centres dentaires en 2023. Les modalités de contrôles feront l'objet d'une communication adressées à l'ensemble du réseau des caisses de MSA.

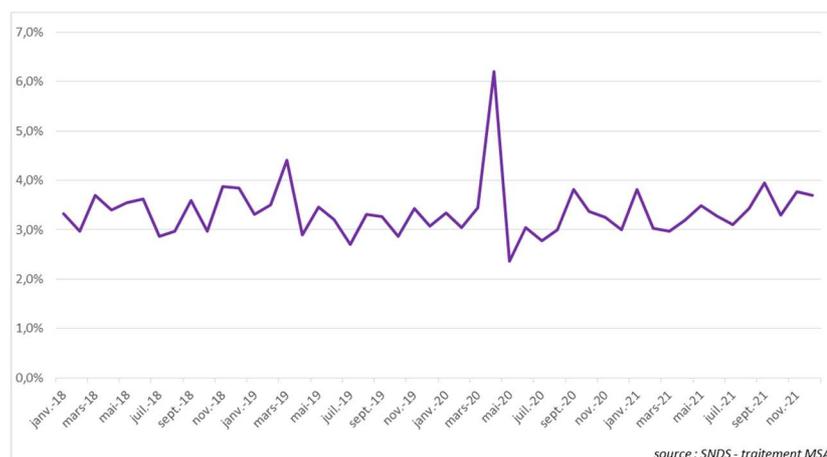
3.5.3. Contrôler les avulsions de racines dentaires incluses

L'avulsion d'une ou plusieurs racines dentaires incluses (intra osseuses) est distincte d'une avulsion dentaire simple. C'est un acte complexe qui est de fait mieux valorisé (de 83,60 € à 292,60 €) qu'une avulsion simple (33,44 €).

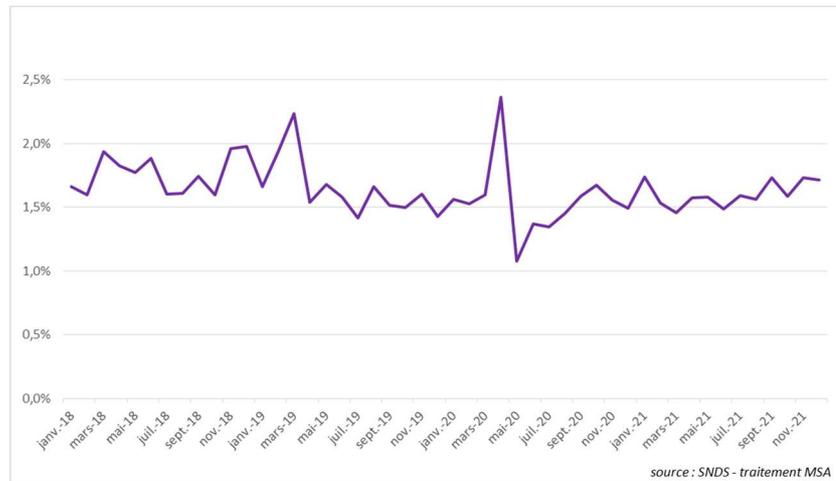
La MSA rembourse annuellement environ 300 000 actes d'avulsions dentaires, pour un montant de 10,5 millions d'euros. Les avulsions des racines dentaires incluses représentent environ 5 000 actes par an, soit 1,7 % du total des avulsions dentaires, mais elles génèrent plus de 350 000 € de remboursements (soit 3,3 % du montant total remboursé des actes d'avulsions dentaires) (**Graphique 58**).

Les données des 4 dernières années présentent des variations de grande amplitude en raison des ruptures d'activité dues à la Covid-19. Cependant, il semblerait qu'une légère progression de la fréquence relative des actes « racines incluses » se manifeste en 2021 (**Graphique 59**).

Graphique 58 :
Proportion des remboursements d'avulsions de racines incluses sur l'ensemble des remboursements des avulsions dentaires de 2018 à 2021

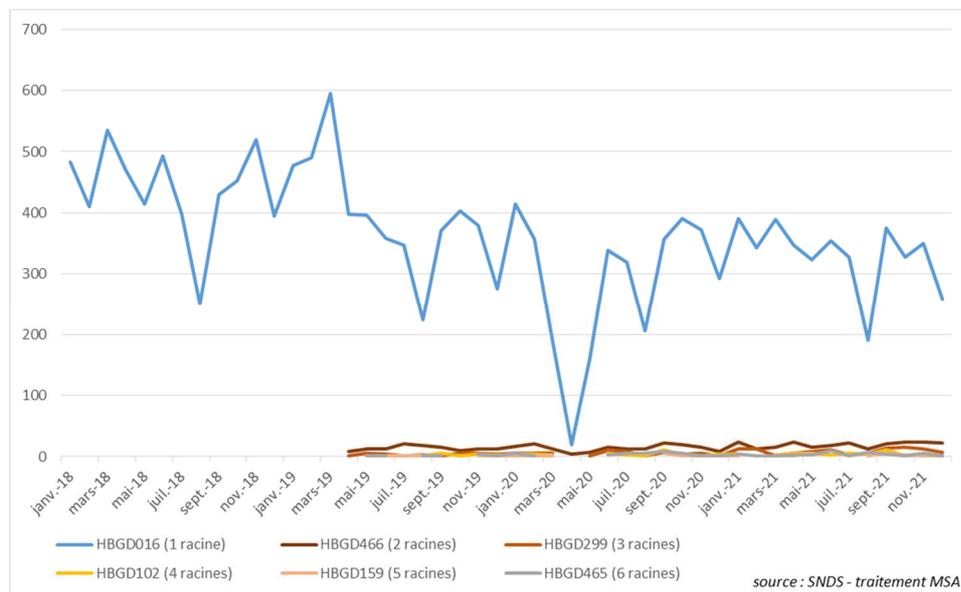


Graphique 59 :
Proportion d'avulsions de racines incluses sur l'ensemble des actes d'avulsions dentaires de 2018 à 2021



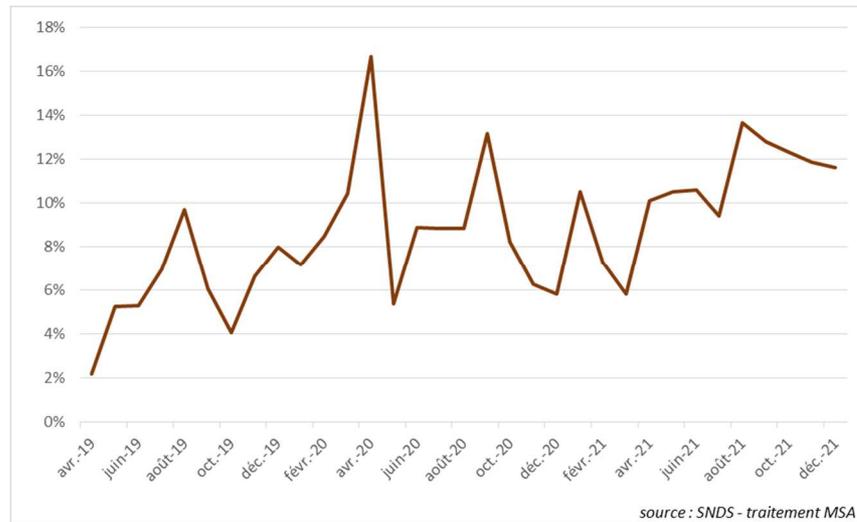
Depuis avril 2019, 5 nouveaux codes actes à déclinaison numérique ont été inscrits à la CCAM pour les avulsions de racines incluses (de 2 à 6 racines incluses extraites dans la même séance) alors que depuis 2014, date de la mise en place de la CCAM, il n'existait qu'un seul code acte d'avulsion racine incluse qui était facturé autant de fois que de dents extraites (**Graphique 60**).

Graphique 60 :
Nombre d'actes d'avulsions de racines incluses de 2018 à 2021



Ces 5 nouveaux actes sont peu fréquents mais représentent 22 % des remboursements d'actes d'avulsions de racines incluses en 2021 et leur proportion augmente nettement entre avril 2019 et décembre 2021 (**Graphique 61**).

Graphique 61 :
Proportion d'avulsions de racines incluses pour au moins deux dents (nouveaux codes)
sur l'ensemble des avulsions de racines incluses de 2019 à 2021



Compte-tenu de l'évolution du nombre de ces actes et de leur inscription récente à la CCAM, il est intéressant de vérifier la bonne application réglementaire des 6 actes d'avulsion des racines incluses.

Ainsi, dans le cadre d'une nouvelle action pour 2023, la MSA vérifiera le respect de la prise en charge des codes actes CCAM suivants au sein du chapitre 7.2.2.12 CCAM - Autres avulsions de dents ou racines :

- HBGD016 : Avulsion d'1 racine incluse (prix de l'acte : 83,6 euros),
- HBGD466 : Avulsion de 2 racines incluses (prix de l'acte : 125,4 euros),
- HBGD299 : Avulsion de 3 racines incluses (prix de l'acte : 167,2 euros),
- HBGD102 : Avulsion de 4 racines incluses (prix de l'acte : 209,0 euros),
- HBGD159 : Avulsion de 5 racines incluses (prix de l'acte : 250,8 euros),
- HBGD465 : Avulsion de 6 racines incluses (prix de l'acte : 292,6 euros).

En cas de non respect des conditions de prise en charge, une procédure de récupération d'indus sera opérée.

3.6. Répondre aux enjeux numériques, développer la science de la donnée et promouvoir la recherche en santé

3.6.1. Contribuer au développement du numérique en santé

La MSA poursuit sa contribution à la mise en place de la feuille de route du numérique en santé établie par les pouvoirs publics.

En ce début 2022, la MSA a contribué au déploiement généralisé de Mon Espace Santé à l'ensemble de la population. Les actions MSA ont essentiellement porté sur l'envoi à la CNAM des informations nécessaires à sa création pour nos adhérents, à la participation au support des usagers et aux campagnes de communication.

La MSA mène également les travaux de mise en œuvre de la cible pour le déploiement de l'ApCV (carte vitale sur smartphone), en lien avec les autres régimes d'Assurance Maladie et le GIE SESAM Vitale.

La MSA poursuivra également le déploiement des services à destination des Professionnels de Santé, dans une logique de dématérialisation de procédures et de gains de productivité pour nos agents, selon le plan d'action défini en inter-régimes.

Un des objectifs 2022 est d'intégrer l'expérimentation du service SEFI taxi (facturation en ligne pour les transports en taxi) afin de sécuriser la bonne prise en compte de ces facturations dématérialisées dans nos processus de gestion des frais de santé avant la généralisation du dispositif.

Le service en ligne 100 % santé sera également ouvert en 2022 pour les assurés de la MSA. Ce service permet aux opticiens et audioprothésistes de respecter les délais de renouvellement des équipements de leurs patients.

Pour le service SPEi, ciblant les prescriptions de transport en établissement de santé, l'objectif de la MSA est de suivre le déploiement au fur et à mesure du démarrage dans le dispositif des établissements dont la MSA est pivot.

Un effort sera porté dans l'accompagnement de nos assurés sur la connaissance des services numériques à leur disposition et sur leurs usages.

3.6.2. Développer des travaux de recherche en partenariat

❖ Les actions issues du processus Appels à Projets

Afin d'enrichir et appuyer scientifiquement sa connaissance des populations et territoires ruraux, de porter de manière documentée et avec une rigueur de construction ses actions en direction de l'ensemble des ressortissants du régime agricole, **la MSA mettait en place en 2018 son Conseil Scientifique (CS)**.

Un **premier Appel à Projets (AAP) MSA 2020** lancé dans ce cadre le 27 janvier 2020 sur la base de 3 axes de recherche²⁹ 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.

Ainsi, au terme du processus de sélection prévu par les règlements d'organisation des instances CS et COS, **les 7 projets suivants** (acronyme précisé entre parenthèses) ont bénéficié d'un financement MSA :

- 2 projets dans l'axe 1 :
 - Suicides chez les Travailleurs agricoles : Observer et comprendre les facteurs de risques pour agir en Prévention (projet STOP)
 - Les motifs du suicide en agriculture : entre socialisation anticipatrice et absence de succession familiale (projet MOSA)
- 3 projets dans l'axe 2 :
 - Du travail soutenable en agriculture durable. Quelles transformations des conditions de travail dans les exploitations entamant une transition agro-écologique ? (projet TraSAD)
 - Eleveurs tâcherons en abattoir. Un double métier ? (projet ELTA2W)
 - Santé mentale des agriculteurs en transition agro écologique (projet MENTAGRO)
- 2 projets dans l'axe 3 :
 - Evaluer pour produire quel type de connaissances ? De la pertinence sociale des preuves (projet PREUVES)
 - Validation d'un score de climat de sécurité en viticulture par l'évaluation d'une action de formation (projet VIT'ALL)

La pandémie de la Covid-19 ayant porté un coup d'arrêt importants aux travaux de terrain, **à l'heure actuelle**, seuls les rapports intermédiaires des activités menées ont été fournis à la Cellule recherche de la MSA par nos partenaires, ces travaux n'étant pas en l'état exploitables à ce stade. Les rapports finaux sont donc attendus au premier semestre 2022, et donneront lieu à une valorisation conjointe entre la MSA et chaque équipe de recherche, ainsi qu'à des retours d'informations vers le réseau MSA.

²⁹ Axes AAP 2020 :

- Axe 1 : Améliorer la compréhension de la survenue du suicide dans les professions de l'agriculture,
- Axe 2 : Etudier les impacts de la transition agro-écologique sur la santé dans les professions de l'agriculture,
- Axe 3 : Mesurer l'efficacité d'actions de prévention réalisées par la MSA.

L’AAP annuel 2021, qui s’inscrit dans un programme désormais annuel du projet scientifique, a ouvert une seconde édition en janvier 2021 **sur la base de 4 axes de recherche**.

En 2021, la MSA a privilégié une approche exploratoire de ses territoires ruraux sous plusieurs angles d’entrée : celui des différents types d’inégalités (axe 2), celui des vulnérabilités et de l’efficacité des accompagnements sociaux (axe 3), celui de l’offre de santé et de son adéquation aux besoins des populations de ces territoires (axe 4), tout en maintenant l’intérêt porté au risque suicidaire (axe 1), thématique rejoignant un programme institutionnel MSA rénové.

Six projets ont été retenus pour financement par la MSA pour une durée de 2 ans (2022-2023), sur la base de conventions signées début 2022 :

- *APPARU* : Analyse du parcours des patients atteints d'accident vasculaire cérébral dans les territoires ruraux
- *COMEFFAS* : Comprendre les effets d'un dispositif expérimental d'accompagnement social et sanitaire, visant l'amélioration de l'accès aux soins de santé des populations agricoles précaires
- *MAMMO-AP* (Mammobile Acteurs Préventions) : Suivi et évaluation d’actions de prévention sur l’adhésion des femmes au dépistage organisé du cancer du sein dans une unité mobile de mammographie (Mammobile)
- *PARUR – COVID-19* : Etude du vécu et de l’impact de la crise sanitaire de la Covid-19 chez les personnes âgées vivant en milieu rural comparativement à celles vivant en milieu urbain en Gironde
- *SAISAGRI* : Identification et prévention des pratiques criminelles dans l’emploi de TRAvailleurs SAISONniers dans l’AGRICulture
- *SANTIM* : Santé des immigrés en milieu rural. Comprendre les besoins d’une population méconnue

Enfin, l’année 2022 a ouvert son AAP scientifique à 3 axes ci-après définis par le COS. Cette édition entend renforcer davantage une approche intégrative des connaissances de situations sanitaires en agriculture ; la question de l’environnement, celle des systèmes climatiques, économiques, sociaux et/ou politiques, et de leurs effets sur la santé, autant que la question des expositions aux produits phytosanitaires, sont ainsi investis, tandis que la problématique du mal-être se trouve reconduite en tant que question pluridimensionnelle, complexe, et par définition, non épuisée.

Les 3 axes sont les suivants :

- Axe 1 : Santé – Mal-être. Evaluation des actions de prévention du mal-être des populations agricoles à risques.
- Axe 2 : Santé – Environnement. Expositions aux produits phytopharmaceutiques : études de marqueurs d’exposition et d’imprégnation et/ou des biomarqueurs d’effet.
- Axe 3 : Santé – Pratiques professionnelles. Etude des effets des systèmes climatiques, économiques, sociaux et/ou politiques sur les pratiques agricoles et la santé des professionnels.

Le processus AAP conduira en septembre 2022 à la sélection de plusieurs projets lauréats parmi les 21 lettres d’intentions reçues à la date de clôture de la première phase du processus.

❖ Les actions initiées dans la période précédant la mise en place du processus AAP

En parallèle du processus d'Appels à Projets, une démarche de recensement annuel des actions ou études réalisées par les 35 caisses de MSA et la CCMSA, permet la production de rapports Etudes et Recherche MSA³⁰.

L'édition 2020 dudit rapport comprend entre autres, la présentation de deux projets initiés en réponse à des questions spécifiques aux territoires agricoles, et dont les travaux sont aujourd'hui finalisés :

1- Etude « Mobilités spatiales et conditions de travail des soignants réalisant des soins à domicile en région Auvergne-Rhône-Alpes », Ecole nationale des travaux publics de l'Etat (ENTPE)

Cette étude étend celle réalisée du 03/06/2019 au 15/03/2021 dans le cadre du projet SANTE-MOBILITE financé par le LabEX IMU de l'Université de Lyon, sur les « Mobilités spatiales et conditions de travail des soignants dans l'aire urbaine de Lyon : une exploration plurielle et méthodologique ».

Le projet entend identifier et cartographier les pratiques actuelles de mobilité et les analyser, en les reliant aux conditions de travail de cinq catégories de professionnels de santé libéraux faisant de la visite à domicile : aides-soignant.e.s, infirmier.e.s, masseurs-kinésithérapeutes, médecins, sages-femmes.

En lien direct avec le projet IMU SANTE-MOBILITE, l'objectif du présent projet est **d'élargir les terrains d'études aux soignants prodiguant des soins à domicile en zones rurales**.

Le contrat a été conclu fin 2020 pour une durée de 6 mois.

Il s'agit de repérer les spécificités et les similitudes de la mobilité (modes de transport utilisés, les temps dédiés à la mobilité, les contraintes qu'elles génèrent, les ressources mobilisées pour y faire face) et des conditions de travail en fonction des catégories de soignants, des caractéristiques territoriales des lieux de vie et d'activité et du point de vue du genre.

2- Etude socio-anthropologique des effets de la présence des loups sur la santé des éleveurs, INRAE

Suite à l'impulsion de 8 caisses de MSA : Alpes-du-Nord, Languedoc, Ardèche-Drôme-Loire, Alpes-Vaucluse, Provence Azur, Lorraine, Auvergne, Midi Pyrénées Nord, et dans le cadre de la structuration de sa politique scientifique, la CCMSA décide de financer une étude scientifique indépendante sur la problématique.

L'étude, d'une durée de 2 ans (décembre 2019 – décembre 2021), a été financée par contrat de recherche avec l'INRAE et dirigée par Antoine Doré – Chargé de recherche en sociologie au sein de l'UMR AGIR (Toulouse).

L'objectif de cette étude est de proposer une lecture fine des différentes situations professionnelles vécues par les éleveurs dont les troupeaux sont attaqués ou pourraient être attaqués par les loups. Ce travail privilégiera l'analyse compréhensive de la genèse des situations de souffrance et de la diversité de leurs manifestations (culpabilité, honte, stress, remords, sentiment de trahison, débordement technique ou affectif, burnout, suicide). Il s'agira plus précisément d'appréhender les effets de la présence des loups sur la santé des éleveurs en croisant l'analyse : des expériences individuelles et

³⁰ Cf msa.fr

collectives vécues ; des processus de socialisation professionnelle des éleveurs ; des structures sociotechniques dans lesquelles ils exercent leur métier.

Ces deux études feront prochainement l'objet de communications, et à moyen terme, de publications au sein de revues à comité de lecture et/ou des présentations lors de congrès ou journées scientifiques.

Les applications de ces résultats au profit des caisses de MSA (enseignements, recommandations, prévention, formations, outils,...) constitueront une priorité.

Annexes

Annexe 1 : Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2022

1.1. Axe « Prévention, promotion de la santé et éducation à la santé »

Proposition 1 : Lancer les entretiens personnalisés par visioconférence dans le cadre des Instants santé

Afin de toucher une part toujours plus large de la population ciblée dans le cadre des Instants santé, notamment les plus jeunes, la MSA diversifie ses canaux et méthodes de réalisation. Les Instants santé en digital permettent ainsi de participer, sur ordinateur ou tablette, à un atelier collectif de 5 personnes avec un diététicien puis de bénéficier d'un entretien motivationnel personnalisé avec un Infirmier Diplômé d'Etat.

En 2021, 183 adhérents ont souhaité bénéficier du dispositif Instants santé en digital et 64 rendez-vous ont eu lieu. Ce dispositif, initialement concentré sur une moitié du territoire, va maintenant être généralisé sur la totalité de celui-ci dès le 2^{ème} semestre 2022.

Une évaluation conduite sur les participants a permis d'identifier les principaux leviers à actionner pour améliorer la captation et l'expérience usager. Ce dispositif offre aux adhérents la flexibilité de l'entretien par téléphone, tout en leur accordant une expérience plus proche du présentiel.

Proposition 2 : Essaimer le dispositif Instants Santé à une autre population que celle du régime agricole (CAVIMAC-SNCF)

Les bilans de l'expérimentation menée en 2020-2021 ont démontré l'impact positif sur la population couverte par la CAVIMAC. La population cible de l'expérimentation portait sur 1 697 adhérents CAVIMAC de 24 à 74 ans répartis sur 10 départements : 737 (44 %) personnes invitées ont participé, 451 adhérents soit 27 % ont passé un entretien motivationnel, 390 (23 %) ont fait une consultation de prévention et 286 (17 %) sont passés directement par le médecin.

Les Instants santé sont généralisés à 59 départements pour permettre aux 7 500 adhérents d'avoir accès à une prévention santé de qualité en bénéficiant de l'expérience MSA pour les années 2022-2023. La CAVIMAC invite l'ensemble de ses adhérents contrairement aux Instants Santé MSA qui ciblent les sous-consommants de soins.

Proposition 3 : Concevoir une nouvelle action collective seniors sur la prévention des conduites addictives

L'avancée en âge, s'accompagnant de modifications physiques, psychologiques et sociales, peut rendre le senior plus vulnérable. Face à cette vulnérabilité, l'émergence de pratiques addictives peut apparaître ou se renforcer.

Pour l'année 2021, la MSA s'est donnée pour objectif de concevoir une nouvelle action collective seniors afin de contribuer à la prévention des conduites addictives (alcool, tabac, médicaments psychotropes) chez les seniors âgés de plus de 60 ans.

Cette action repose sur les objectifs opérationnels suivants : informer et sensibiliser les participants sur les conduites addictives et leurs impacts sur la santé ; travailler sur la dénormalisation des substances, des pratiques addictives et des idées reçues ; développer les compétences psychosociales des seniors ; apprendre aux seniors à gérer leur stress et leurs émotions pour être moins sensibles aux conduites addictives ; informer sur les solutions et dispositifs d'aide ainsi que sur les structures d'accompagnement en addictologie.

L'action se présente sous la forme d'un parcours de santé composé de 3 modules d'éducation à la santé d'une durée de 2h30 chacun. Elle réunit au maximum une dizaine de participants par session pour favoriser les échanges et la convivialité. Les modules se déroulent en présentiel pour favoriser l'instauration d'un climat de confiance. Ce programme ludique sera animé par des animateurs formés selon un programme spécifique pour leur permettre de maîtriser les notions principales ainsi que les compétences techniques essentielles pour l'animation des ateliers.

L'action est actuellement en cours d'ingénierie. Les premières données d'évaluation seront connues en 2023.

Proposition 4 : Refondre le dispositif d'évaluation des actions collectives seniors dans le cadre de l'inter-régime

Le premier dispositif d'évaluation des ateliers de prévention de la perte d'autonomie a été initié en 2016. Il a permis de produire un outil commun de recueil de données en ligne, intitulé le Web Report (WR).

Pour poursuivre cette dynamique et aller plus loin en matière d'évaluation, la MSA s'est engagée dans la refonte de l'outil en 2021, en assurant son pilotage et son financement intégral. Ces travaux de refonte ont été co-construits en mode agile avec les acteurs du Bien Vieillir et notamment avec des représentants de l'inter-régime retraite.

Le Web Report 2.0 a été refondu de manière à démontrer que les seniors qui participent aux actions collectives en tirent un réel bénéfice tant sur l'acquisition de connaissances sur les thématiques liées au Bien Vieillir que sur les changements de comportements produits. Il permet par ailleurs aux structures de pouvoir piloter leur activité. Ce nouvel outil de recueil des données a été mis à disposition de tous les opérateurs de l'inter-régime le 3 janvier 2022. Les premières données d'évaluation seront connues début 2023.

Proposition 5 : Déployer l'action Déclic

Le programme DÉCLIC est le parcours santé/social des personnes en situation de précarité.

Ce programme cible les assurés MSA en situation de précarité présentant une problématique santé et sociale et peu autonomes pour accomplir les démarches quotidiennes.

L'objectif pour le bénéficiaire est d'acquérir les moyens et les capacités de gérer son parcours de vie de façon autonome, en disposant d'un accompagnement adapté.

Ce programme repose sur les principes suivants : réaliser un diagnostic global incluant systématiquement les volets santé/social ; coordonner les interventions de la MSA et de ses partenaires afin de répondre aux enjeux concrets rencontrés par les bénéficiaires ; proposer un programme personnalisé « sur mesure » afin d'augmenter l'efficacité du service rendu et accompagner les bénéficiaires de manière limitée dans le temps, avec des points d'étape réguliers.

Sur les 5 années de la COG 2021-2025, la MSA vise l'accompagnement de 8 089 personnes en situation de précarité.

Proposition 6 : Lancer le nouvel appel à projets destiné au réseau des caisses de MSA et à la société civile pour le financement de projets de prévention et d'éducation à la santé

Le nouvel appel à projet intitulé « Coup de pouce prévention » destiné au réseau des caisses de MSA et à la société civile a été lancé pour faire émerger des projets de prévention et d'éducation à la santé sur les territoires.

Le nombre de dépôts de fiches d'intention a dépassé les espérances avec 372 projets de la société civile et des caisses de MSA. Coup de pouce prévention est avant tout une proposition d'accompagnement dans un premier temps sur la méthodologie de projet pour monter en compétences en ingénierie de projet dans le domaine de la promotion de la santé incluant les actions de prévention et d'éducation à la santé, puis dans un second temps sur un financement possible dans le cas où le projet correspond à des problématiques thématiques ou territoriales identifiées par la CCMSA. L'accompagnement proposé aux porteurs de projet par la CCMSA permet à ceux-ci de prendre le temps pour construire leur projet de prévention et monter un dossier qui sera également éligible à d'autres appels à projets sur les différents territoires.

Aujourd'hui 80 porteurs ont bénéficié de cet accompagnement, avec une autre vague d'évaluation prévue pour le 2^{ème} semestre 2022. A ce jour, 82,6 % des porteurs qui ont bénéficié de ce premier coup de pouce se déclarent satisfaits de l'ensemble des échanges. Les thématiques développées dans cet accompagnement sont le diagnostic initial, la formalisation des objectifs, la méthodologie d'intervention et l'évaluation à valeur d'impact.

Ces ateliers ont également été un vecteur d'échanges entre les différents porteurs de projet, ce qui est une plus-value indéniable.

Proposition 7 : Elaborer un parcours global pour la prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien en emploi au régime agricole

- Etape 1 : Réaliser un état des lieux de la politique de maintien en emploi

Une cartographie des services MSA et des partenaires MSA a été réalisée, en comparaison avec d'autres organismes de protection sociale.

L'état des lieux a permis notamment de mieux identifier l'offre d'accompagnement de nos partenaires et de connaître les événements de santé et de vie (ex : accident du travail, maladie professionnelle, handicap...) des assurés MSA (salariés et non-salariés), prévus ou imprévus, qui impactent durablement les capacités de maintien en emploi.

- Etape 2 : Formaliser un parcours cible avec le réseau d'experts ASS, SST et CM

Une méthodologie et un processus de fonctionnement MSA de prévention de la désinsertion professionnelle ont été définis avec un groupe d'experts du réseau MSA.

Un parcours d'accompagnement visant à outiller les étapes d'identification, d'analyse des situations individuelles, d'accompagnement et de suivi de la situation individuelle de l'assuré MSA a été formalisé.

- Etape 3 : Organiser le déploiement du parcours avec le réseau MSA

Enfin, un plan de déploiement du parcours amélioré en 2022 a été réalisé et prévoit :

- Plusieurs étapes de formation et d'information des intervenants MSA ;
- Une campagne de communication auprès des assurés MSA en 2022 ;
- Une possible articulation avec le Programme de prévention et d'accompagnement du mal-être MSA et, plus particulièrement, les dispositifs de prévention des risques psycho-sociaux au travail.

Proposition 8 : Renforcer le rôle de la MSA sur la prévention et l'accompagnement du mal-être des populations agricoles

Cf. bilan dans la partie 3.2.

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

Proposition 9 : Généraliser de façon progressive pour chaque caisse de MSA l'accompagnement d'hôpitaux de proximité et de CPTS situés sur un même territoire afin de fluidifier les parcours de santé ville-hôpital

Cf. bilan dans la partie 3.3.

Proposition 10 : Accompagner le déploiement du programme Educ'Tour à toutes les caisses de MSA en 2022

Un bilan du déploiement sera effectué fin 2022.

1.3. Axe « Qualité des pratiques et pertinence des soins »

Proposition 11 : Poursuivre l'accompagnement des praticiens réalisant des actes bucco-dentaires dans l'application des bonnes pratiques

Dans le cadre de l'accompagnement des praticiens réalisant des actes bucco-dentaires dans l'application des bonnes pratiques, 3 actions ont été intégrées au plan national de gestion du risque maladie MSA 2022. Ces actions sont les suivantes :

- Vérification des bonnes pratiques avec la réalisation de radiographies lors du traitement radiculaire en endodontie à partir de l'exemple suivant : cotation de HBQK040 ou de HBQK303 (chapitre 18.02.07.01)³¹³² en lien avec la réalisation de HBFD008 (chapitre 07.02.02.06)³³, ainsi que le contrôle de la qualité de ces radiographies.
- Vérification du respect de l'application des conditions restrictives de remboursement de l'acte « Bilan Parodontal » et des actes d'« assainissement parodontal, détartrage-surfçage radiculaire (DSR) » pour les assurés diabétiques en ALD 8.
- Vérification du respect de la prise en charge du bridge remplaçant une incisive (HBLD785 chapitre 07.02.03.04).

Le bilan de ces actions mises en œuvre en 2022 sera disponible en 2023.

1.4. Axe « Contrôle et lutte contre la fraude »

Proposition 12 : Renforcer la collaboration avec la CNAM dans le domaine de la lutte contre la fraude en expérimentant un protocole d'échanges d'informations en matière de fraudes à enjeux des professionnels de santé et de fraudes aux indemnités journalières des saisonniers

La MSA avait proposé en 2021 de renforcer sa collaboration avec la CNAM dans le domaine de la lutte contre la fraude avec l'expérimentation d'un protocole d'échanges d'informations en matière de fraudes à enjeux des professionnels de santé et de fraudes aux indemnités journalières des saisonniers (assurés en arrêt de travail au régime général et connus comme saisonniers au régime agricole).

Cette expérimentation qui devait avoir lieu en 2021 entre la CCMSA et la CNAM a été reportée en 2022. Elle s'inscrit pleinement dans le plan d'action de la DSS et prendra la forme d'un échange de données entre ces organismes afin de procéder à des contrôles ciblés.

D'une part, le régime général procédera à des contrôles de travailleurs saisonniers affiliés tant à la MSA qu'au régime général (poly-actifs). L'objectif de ce contrôle est de mettre en parallèle les assurés en arrêt de travail et bénéficiant des indemnités journalières côté régime général, et étant connus comme percevant une rémunération au titre d'une activité de saisonniers par la MSA, au cours de cette même période. Ceci caractériserait un cumul d'indemnités journalières activité non autorisé, répréhensible selon l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale.

D'autre part, à partir des signalements de fraudes à enjeux de professionnels de santé transmis par la CNAM à la CCMSA, les caisses de MSA concernées par le périmètre d'intervention de ces

³¹ HBQK040 : Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle ou perinterventionnelle avec radiographie finale pour acte thérapeutique endodontique.

³² HBQK303 : Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle, perinterventionnelle et finale pour acte thérapeutique endodontique.

³³ HBFD008 : Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente.

professionnels de santé pourront procéder à des investigations ciblées dans leurs bases en s'appuyant sur les éléments transmis par la CNAM (période, critères, etc). Les caisses de MSA pourront ainsi valoriser une fraude qui viendra en complément de celle déjà valorisée par le régime général pour ces mêmes professionnels de santé. Non seulement la MSA pourra ainsi appliquer des sanctions administratives mais cette double évaluation de la fraude permettra de donner plus de poids à d'éventuelles sanctions pénales inter-régimes.

1.5. Axe « Enjeux numériques, science de la donnée et recherche en santé »

Proposition 13 : Exporter la nouvelle version du Mémo Santé Enfant dans le store Espace Numérique de Santé impliquant une ouverture aux assurés MSA ainsi qu'à tous les parents quel que soit leur régime

L'évaluation réalisée sur la version actuelle du Mémo Santé Enfant a permis de recentrer l'outil sur les besoins des utilisateurs et les attendus des non-utilisateurs pour l'outil. Fort de 22 000 utilisateurs, issus du régime agricole, le service Mémo Santé Enfant est le premier service en ligne de la MSA à destination des familles.

Disponible depuis octobre 2020, il est proposé gratuitement aux adhérents MSA, notamment aux parents d'enfants de 0 à 16 ans. Véritable aide-mémoire, il permet de suivre au quotidien la santé des enfants. Complémentaire au carnet de santé, il alerte sur les rendez-vous à ne pas oublier et fournit conseils et informations médicales certifiés.

Dans le cadre du référencement à mon Espace Santé en 2022, le service Mémo Santé Enfant a été retenu parmi les projets candidats. Cette ouverture à l'ensemble des assurés du régime général nécessite de connaître l'impact actuel du service Mémo Santé Enfant auprès des utilisateurs et les attendus des non-utilisateurs, en vue de l'adapter au mieux à l'ensemble des assurés.

L'évaluation d'usage à valeur d'impact du service Mémo Santé Enfant réalisée fin 2021 a permis d'identifier les points forts du service :

- un service répondant à un besoin d'accompagnement des parents d'enfants de 0 à 16 ans dans le suivi de la santé de leurs enfants ;
- une volonté de préserver l'aspect « aide-mémoire » du service, en particulier pour les parents d'enfant de 0 à 6 ans, avec notamment une utilisation plus importante des onglets « Vaccin » et « Soins » ;
- un applicatif techniquement robuste et intuitif ne générant pas de difficultés particulières d'utilisation pour une majorité des ressortissants inscrits ;
- une adhésion des utilisateurs à l'ambition initiale du service de constituer un outil complémentaire au carnet de santé (voire une alternative au carnet de santé pour certains ressortissants).

ainsi que ses axes d'amélioration :

- Un service insuffisamment connu par les ressortissants parents d'enfant de 0 à 6 ans ;
- Une insuffisante mise en valeur du service sur le site internet de la MSA ;
- Un format « site internet » déconnecté des usages et préférences de pratiques actuelles d'un grand nombre de ressortissants préférant les applications mobiles.

Riche de ces enseignements, le service « Mémo Santé Enfant » a été revu et la nouvelle version a été recentrée sur les besoins des utilisateurs et les attendus des non-utilisateurs. Un site dédié est en cours de développement pour lui donner plus de visibilité et des travaux sont en cours pour intégrer le Mémo Santé Enfant au sein du store numérique de « Mon Espace Numérique en Santé » dès son ouverture (été 2022). A partir de ce moment, le référencement du Mémo Santé Enfant permettra d'ouvrir le service à l'ensemble des parents quel que soit leur régime d'affiliation de sécurité sociale.

Proposition 14 : Mettre en place avec la CNAM un partenariat de coopération et de mutualisation d'une partie des solutions de système d'information et des processus associés, dans le cadre du programme METEORe

Le 2 avril 2021, les Directeurs Généraux de la CNAM et de la MSA ont signé une convention de partenariat pour la coopération et la mutualisation d'une partie de leurs systèmes d'information et des processus métier associés.

Ce programme de transformation porté sous le nom de METEORe a vocation pour les deux régimes à :

- Contribuer à la Maîtrise des Risques,
- Accroître leur efficacité pour transposer la législation et la réglementation dans les Systèmes d'Information (SI).

Il est centré dans un premier temps sur le périmètre des frais de santé (système d'information @tom).

Le planning de déploiement du SI @tom en production pour un premier palier « Pharmaciens » échelonné en deux lots fin 2022 et fin 2023 a été validé par la CNAM. Le périmètre du partenariat sur les frais de santé (volet stratégie de contrôle) a été étendu au contrôle de doubles factures et à la surveillance des factures. D'intenses travaux ont été conduits pour définir le processus commun de maintenance du SI partagé ; 5 livraisons de composants logiciels ont été effectuées à la CNAM.

Le partenariat METEORe a été présenté à la Direction de la sécurité sociale fin mai 2021.

Proposition 15 : Poursuivre la stratégie partenariale dans le domaine de l'infogérance des frais de santé pour le compte d'autres régimes

La stratégie partenariale de la MSA sur le domaine des SI de la branche maladie a été poursuivie.

Les travaux d'adaptation du SI pour le traitement des rentes AT MP de la CNIEG ont été réalisés ; le processus de gestion entre la CNIEG et la MSA Auvergne a été formalisé et validé.

Le cadre conventionnel (convention de partenariat, convention informatique et convention de gestion) a été signé. Le démarrage opérationnel a été reporté pour la fin du 1^{er} trimestre 2022 à la demande du partenaire.

Par ailleurs, l'élargissement du nombre de partenaires a conduit à la mise en place d'une organisation dédiée pour permettre le bon fonctionnement de l'intégration des évolutions réglementaires et autres projets inter-régimes dans le SI MSA dans un contexte d'utilisation par 6 autres régimes en plus de la MSA. La comitologie en lien avec cette organisation est désormais bien installée.

Proposition 16 : Lutter contre le non-recours à la Complémentaire Santé Solidaire en utilisant les techniques de l'intelligence artificielle

Aujourd'hui, la MSA met en œuvre deux dispositifs pour lutter contre le non-recours aux droits :

- Le portail national mesdroitssociaux.gouv.fr qui permet aux ressortissants MSA de connaître leurs droits et de réaliser leurs démarches en ligne,
- Les Rendez-vous Prestations qui offrent un accompagnement personnalisé aux ressortissants MSA. A l'occasion de ces rendez-vous individuels, les conseillers MSA vérifient que les assurés disposent des prestations auxquelles ils ont droit (cf. partie 3.1.2.).

En complément, la MSA a initié des travaux consacrés à l'évaluation du non-recours à la Complémentaire Santé Solidaire parmi la population des actifs non-salariés agricoles. A ce stade, les travaux reposent sur l'appariement des données de revenus déclarés à la MSA et de recours à la C2S ou aux dispositifs lui préexistant, la CMU-C et l'ACS. Les informations ont été dans un second temps croisées avec les remontées des Rendez-vous Prestations. Les résultats obtenus pour la période 2017-2020 doivent désormais être consolidés : des échanges avec l'Insee sont en cours pour mobiliser les sources Filosofi sur les revenus localisés sociaux et fiscaux des ménages agricoles.

Proposition 17 : Développer des travaux de recherche sur les thématiques des inégalités sur les territoires ruraux, d'offre de santé sur ces territoires et d'efficacité des actions d'accompagnement social des populations vulnérables

Cf. partie 3.6.2.

Annexe 2 : La cartographie des pathologies au régime agricole

Tableau 43 :
Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole
et les consommateurs tous régimes, par pathologie, en 2020

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles		Salariés agricoles		
	Nombre de consommant	Indice comparatif	Significativité	Indice comparatif	Significativité	Indice comparatif	Significativité	
Maladies cardioneuvasculaires	Syndrome coronaire aigu	6 605	94,6	***	94,1	***	95,4	**
	Maladie coronaire chronique	136 151	89,0	***	87,5	***	91,6	***
	Maladie coronaire	142 756	89,3	***	87,8	***	91,8	***
	Accident vasculaire cérébral aigu	9 652	100,7	Non-significatif	101,8	Non-significatif	98,2	Non-significatif
	Séquelle d'accident vasculaire cérébral	65 535	101,1	***	102,2	***	98,8	*
	Accident vasculaire cérébral	75 187	101,0	***	102,1	***	98,7	**
	Insuffisance cardiaque aiguë	19 110	113,1	***	118,0	***	104,8	***
	Insuffisance cardiaque chronique	71 145	117,2	***	120,2	***	109,4	***
	Insuffisance cardiaque	90 255	116,3	***	119,2	***	108,4	***
	Artériopathie oblitérante du membre inférieur	45 782	83,2	***	77,3	***	94,0	***
	Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque	171 161	113,2	***	116,1	***	106,4	***
	Maladie valvulaire	45 801	120,3	***	127,0	***	105,5	***
	Embolie pulmonaire aiguë	3 272	97,5	Non-significatif	101,2	Non-significatif	91,0	***
	Autres affections cardiovasculaires	33 167	122,2	***	127,0	***	114,5	***
	Maladies cardioneuvasculaires aiguës	37 292	104,9	***	107,5	***	99,3	Non-significatif
	Maladies cardioneuvasculaires chroniques	394 475	100,9	***	102,0	***	98,7	***
	Maladies cardioneuvasculaires	403 707	100,8	***	101,9	***	98,6	***
Traitements du risque vasculaire	Traitements antihypertenseurs (hors pathologies)	475 719	106,5	***	109,1	***	102,7	***
	Traitements hypolipémiants (hors pathologies)	193 056	105,4	***	105,4	***	105,5	***
	Traitements du risque vasculaire (hors pathologies)	539 503	106,1	***	108,3	***	103,0	***
	Traitements antihypertenseurs (avec ou sans pathologies)	816 351	101,6	***	101,9	***	101,1	***
	Traitements hypolipémiants (avec ou sans pathologies)	426 256	95,8	***	92,8	***	100,4	*
	Traitements du risque vasculaire (avec ou sans pathologies)	915 657	101,0	***	100,8	***	101,2	***
Diabète	Diabète insulino-traité	51 028	90,4	***	82,2	***	101,6	**
	Diabète traité par agoniste du GLP-1	19 247	87,0	***	77,9	***	96,3	***
	Diabète	230 480	89,3	***	81,8	***	100,0	Non-significatif
Diabète (avec ou sans pathologies) ou traitements du risque vasculaire (hors pathologies)	769 983	100,5	***	99,4	***	102,0	***	
Cancers	Cancer du sein de la femme actif	9 844	89,1	***	80,5	***	99,4	Non-significatif
	Cancer du sein de la femme sous surveillance	23 822	80,7	***	75,9	***	88,8	***
	Cancer du sein de la femme	33 666	83,0	***	77,0	***	92,1	***
	Cancer du côlon actif	9 283	95,9	***	93,4	***	99,9	Non-significatif
	Cancer du côlon sous surveillance	16 599	92,9	***	90,7	***	97,2	**
	Cancer du côlon	25 882	93,9	***	91,6	***	98,2	*
	Cancer du poumon actif	4 374	70,3	***	51,6	***	94,5	***
	Cancer du poumon sous surveillance	2 479	64,0	***	50,0	***	84,9	***
	Cancer du poumon	6 853	67,9	***	50,9	***	91,0	***
	Cancer de la prostate actif	16 783	100,5	Non-significatif	102,8	***	96,5	***
	Cancer de la prostate sous surveillance	27 101	96,2	***	97,1	***	94,6	***
	Cancer de la prostate	43 884	97,8	***	99,2	Non-significatif	95,4	***
	Autres cancers actifs	53 112	91,9	***	88,5	***	97,3	***
	Autres cancers sous surveillance	58 686	91,9	***	90,3	***	94,6	***
	Autres cancers	111 798	91,9	***	89,5	***	95,9	***
	Cancers actifs	89 957	92,4	***	89,1	***	97,5	***
	Cancers sous surveillance	122 106	90,4	***	88,5	***	93,6	***
Cancers	205 667	91,6	***	89,2	***	95,5	***	
Maladies psychiatriques	Troubles psychotiques	18 195	78,4	***	65,3	***	88,5	***
	Troubles névrotiques et de l'humeur:	73 613	97,3	***	91,3	***	104,2	***
	- dont troubles maniaques et bipolaires	11 855	93,6	***	93,3	***	93,7	***
	- dont dépression et autres troubles de l'humeur	46 408	98,6	***	90,1	***	108,2	***
	- dont troubles névrotiques liés au stress et somatoformes	27 980	95,3	***	91,3	***	100,7	Non-significatif
	Déficience mentale	4 917	86,7	***	41,3	***	112,5	***
	Troubles addictifs:	27 611	84,8	***	48,5	***	110,6	***
	- dont troubles addictifs (hormis alcool, tabac et cannabis)	2 885	106,9	***	34,4	***	144,8	***
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation d'alcool	13 404	94,8	***	52,6	***	126,6	***
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation du cannabis	1 198	85,3	***	23,8	***	109,5	***
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation du tabac	14 546	75,7	***	44,6	***	97,8	**
	Troubles psychiatriques débutant dans l'enfance	6 027	85,6	***	66,7	***	92,0	***
	Autres troubles psychiatriques	15 187	71,2	***	59,5	***	83,6	***
Maladies psychiatriques	124 776	89,3	***	77,3	***	100,8	**	
Traitements psychotropes (hors pathologies)	Antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur (hors pathologies)	159 083	94,5	***	93,8	***	95,5	***
	Neuroleptiques (hors pathologies)	21 983	102,8	***	100,6	Non-significatif	106,2	***
	Anxiolytiques (hors pathologies)	184 807	97,6	***	96,1	***	99,8	Non-significatif
	Hypnotiques (hors pathologies)	70 418	90,3	***	87,8	***	94,4	***
	Traitements psychotropes (hors pathologies)	320 823	95,8	***	94,3	***	98,0	***
Traitements psychotropes (avec ou sans pathologies)	Antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur (avec ou sans pathologies)	224 781	94,4	***	92,4	***	96,8	***
	Neuroleptiques (avec ou sans pathologies)	54 556	94,4	***	88,5	***	100,5	Non-significatif
	Anxiolytiques (avec ou sans pathologies)	236 380	96,0	***	93,1	***	99,9	Non-significatif
	Hypnotiques (avec ou sans pathologies)	91 230	88,9	***	85,0	***	94,6	***
	Traitements psychotropes (avec ou sans pathologies)	406 980	94,7	***	92,0	***	98,3	***
Maladies psychiatriques ou psychotropes	445 599	93,9	***	89,9	***	99,0	***	

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...		Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles		Salariés agricoles	
		Nombre de consommateurs	Indice comparatif	Significativité	Indice comparatif	Significativité	Indice comparatif	Significativité
Maladies neurologiques ou dégénératives	Démences (dont maladie d'Alzheimer) :	72 546	94,1	***	92,8	***	98,7	*
	- dont maladie d'Alzheimer	38 009	90,3	***	89,3	***	93,8	***
	- dont autres démences	34 537	98,7	**	97,0	***	104,4	***
	Maladie de Parkinson	23 484	105,1	***	106,5	***	101,8	Non-significatif
	Maladies dégénératives (démences et Parkinson)	92 402	96,7	***	95,7	***	99,7	Non-significatif
	Sclérose en plaque	4 128	85,7	***	80,0	***	89,4	***
	Paraplégie	4 116	81,7	***	77,0	***	85,7	***
	Myopathie ou myasthénie	1 962	78,0	***	75,8	***	80,1	***
	Epilepsie	17 721	98,8	Non-significatif	89,9	***	107,2	***
	Autres affections neurologiques	7 641	79,0	***	71,9	***	85,7	***
Maladies neurologiques	33 794	89,4	***	82,3	***	95,9	***	
Maladies neurologiques ou dégénératives	122 789	94,8	***	93,2	***	98,0	***	
Maladies respiratoires chroniques	Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	183 532	95,3	***	92,2	***	98,6	***
	Maladies respiratoires chroniques (avec ou sans mucoviscidose)	183 669	95,2	***	92,2	***	98,6	***
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA	Maladies inflammatoires chroniques intestinales	10 140	80,0	***	69,4	***	87,7	**
	Polyarthrite rhumatoïde et maladies apparentées	19 622	108,4	***	112,5	***	102,6	**
	Spondylarthrite ankylosante et maladies apparentées	10 090	89,1	***	86,3	***	91,3	***
	Autres maladies inflammatoires chroniques	12 628	94,9	***	98,0	*	90,4	***
	Maladies inflammatoires chroniques	49 885	94,8	***	96,2	***	93,4	***
	Maladies métaboliques héréditaires ou amylose	6 901	104,5	***	105,6	***	103,5	**
	Mucoviscidose	265	80,4	***	86,0	Non-significatif	78,1	***
	Hémophilie ou troubles de l'hémostase graves:	2 219	75,5	***	70,2	***	80,7	***
	- dont hémophilie	347	96,2	Non-significatif	92,3	Non-significatif	98,8	Non-significatif
	- dont autres troubles de l'hémostase graves	1 872	72,6	***	67,9	***	77,5	***
Maladies rares	9 368	95,1	***	94,9	***	95,5	***	
VIH ou SIDA	2 647	37,7	***	21,2	***	48,7	***	
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA	61 492	89,2	***	90,2	***	88,3	***	
Insuffisance rénale chronique terminale	Dialyse chronique :	3 149	78,8	***	74,5	***	85,4	***
	- dont dialyse courte	336	84,5	***	83,1	***	86,7	*
	- dont hémodialyse chronique	2 909	78,4	***	73,9	***	85,3	***
	- dont dialyse péritonéale chronique	240	84,1	***	82,6	**	86,7	Non-significatif
Transplantation rénale	113	94,2	Non-significatif	83,1	Non-significatif	102,4	Non-significatif	
Suivi de transplantation rénale	1 716	82,3	***	73,4	***	89,6	***	
Insuffisance rénale chronique terminale	4 978	80,3	***	74,3	***	87,6	***	
Maladies du foie ou du pancréas	hépatite C chronique ou guérie	2 523	58,2	***	34,0	***	82,4	***
	hépatite C chronique	498	64,2	***	30,0	***	92,8	Non-significatif
	Maladies du foie (hors mucoviscidose)	18 064	75,7	***	61,0	***	91,2	***
	Maladies du pancréas (hors mucoviscidose)	9 443	91,6	***	85,4	***	99,2	Non-significatif
Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose)	26 708	80,4	***	68,8	***	93,2	***	
Autres affections de longue durée	Autres ALD non retrouvées ou non ventilées	34 888	112,7	***	87,1	***	147,2	***
	Autres ALD pour insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	2 334	95,1	**	93,6	***	98,3	Non-significatif
	Autres ALD pour bilharziose compliquée		NC	non calculable	NC	non calculable	NC	non calculable
	Autres ALD pour hémoglobinopathies, hémolyses chroniques constitutionnelles et acquises sévères	429	49,2	***	56,7	***	45,5	***
	Autres ALD pour néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (hors IRCT)	1 827	104,0	*	100,5	Non-significatif	107,0	**
	Autres ALD pour affections psychiatriques (anomalies chromosomiques)	1 021	72,1	***	50,2	***	80,6	***
	Autres ALD pour scliose structurale évolutive	2 090	94,3	***	85,9	***	100,2	Non-significatif
	Autres ALD pour tuberculose active, lèpre	466	64,1	***	44,9	***	81,0	***
	Autres ALD pour tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue	4 416	93,9	***	92,1	***	96,5	Non-significatif
	Autres ALD hors liste (31)	40 408	88,6	***	82,0	***	97,8	***
Autres ALD pour polypathologie (32)	6 588	74,6	***	71,2	***	86,1	***	
Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)	88 822	93,0	***	80,3	***	110,8	***	
Maternité	Au moins une pathologie	953 519	95,5	***	93,1	***	98,6	***
	Au moins une pathologie ou traitement	1 332 864	98,0	***	96,8	***	99,4	***
Hospitalisations ponctuelles	Maternité (avec ou sans pathologies)	29 726	92,8	***	81,6	***	94,4	***
	Maternité (hors pathologies et traitements)	26 443	94,9	***	85,4	***	96,2	***
Hospitalisations ponctuelles	Au moins une pathologie, traitement ou maternité	1 359 307	97,9	***	96,7	***	99,3	***
	Hospitalisations ponctuelles (hors pathologies, traitements ou maternité)	128 455	101,1	***	101,8	***	100,7	**
Traitement antalgique ou anti-inflammatoire	Hospitalisations ponctuelles (avec ou sans pathologies, traitements ou maternité)	406 470	96,5	***	94,8	***	98,3	***
	Au moins une pathologie, traitement, maternité ou hospitalisation	1 487 762	98,2	***	97,0	***	99,4	***
	Traitement antalgique (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	29 687	96,8	***	85,6	***	103,2	***
	Traitement antalgique (avec ou sans pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	413 937	104,4	***	103,8	***	105,3	***
	Traitement AINS (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	4 394	116,0	***	112,2	***	118,2	***
	Traitement AINS (avec ou sans pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	28 147	107,2	***	105,8	***	108,6	***
Traitement corticoïde	Traitement antalgique ou anti-inflammatoire (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	32 324	98,1	***	88,9	***	103,4	***
	Traitement antalgique ou anti-inflammatoire (avec ou sans pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	437 923	104,3	***	104,0	***	104,9	***
Pas de pathologies, traitements, maternité, hospitalisations ou traitement antalgique ou anti-inflammatoire	Traitement corticoïde (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	1 185	118,2	***	128,0	***	108,6	*
	Traitement corticoïde (avec ou sans pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	29 765	103,5	***	107,4	***	97,6	***
Pas de pathologies, traitements, maternité, hospitalisations ou traitement antalgique ou anti-inflammatoire		1 366 066	102,1	***	106,5	***	100,3	***
Pas de pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations		1 398 390	102,0	***	105,9	***	100,4	***
Total consommateurs régime agricole		2 886 152						

Annexe 3 : Définitions et algorithmes des groupes de pathologies qui composent la dépense estimée

Maladies cardioneurovasculaires : Personnes atteintes par au moins une affection cardiovasculaire aiguë ou chronique, dont les maladies coronaires (dont l'infarctus du myocarde), accidents vasculaires cérébraux (AVC), insuffisance cardiaque, artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI), troubles du rythme ou de la conduction, maladies valvulaires, embolie pulmonaire et autres affections cardiovasculaires.

Traitements du risque vasculaire : Personnes ayant reçu au moins 3 délivrances de médicaments spécifiques dans l'année étudiée, et en cas de grands conditionnements au moins 1 grand et 1 petit, ou 2 grands conditionnements, mais n'étant pas identifiées comme ayant une maladie coronaire ou accident vasculaire cérébral ou insuffisance cardiaque - ni aigus ni chroniques -, ou artériopathie oblitérante des membres inférieurs, ou insuffisance rénale chronique terminale traitée, ou diabète.

Diabète : Personnes ayant reçu au moins 3 délivrances (à différentes dates) d'antidiabétiques oraux ou injectables (ou au moins 2 délivrances en cas d'au moins 1 grand conditionnement) au cours de l'année n et/ou au cours de l'année n-1, et/ou personnes ayant une affection de longue durée au cours de l'année n avec codes CIM-10 de diabète et/ou personnes hospitalisées en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) au cours des années n à n-1 avec codes CIM10 de diabète (diagnostic principal ou relié), et/ou personnes hospitalisées en MCO au cours des années n à n-1 pour une complication du diabète (diagnostic principal ou relié) avec un code CIM10 de diabète en diagnostic associé, ou en diagnostic principal ou relié d'un des Résumés d'Unité Médicale.

Cancers : Personnes atteintes par un cancer actif (en phase active de traitement) ou sous surveillance.

Pathologies psychiatriques : Personnes atteintes par une maladie psychiatrique (troubles psychotiques, troubles névrotiques et de l'humeur, troubles addictifs, déficience mentale, troubles psychiatriques débutant dans l'enfance ou autres troubles psychiatriques).

Traitements psychotropes : Personnes ayant reçu au moins 3 délivrances d'antidépresseurs au cours de l'année n (à différentes dates) et qui n'ont pas de pathologie psychiatrique retrouvée.

Maladies neurologiques et dégénératives : Personnes atteintes par une affection neurologique (sclérose en plaque, paraplégie, myopathie ou myasthénie, épilepsie ou une autre maladie neurologique) ou une maladie dégénérative (démence ou maladie de Parkinson).

Maladies respiratoires chroniques : Personnes en affection de longue durée au cours de l'année étudiée, avec codes CIM-10 de maladies chroniques des voies respiratoires inférieures, insuffisance respiratoire, et autres troubles respiratoires, et/ou personnes hospitalisées en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) pour ces mêmes motifs durant au moins une des 5 dernières années (diagnostic principal, diagnostic relié), et/ou personnes hospitalisées en MCO ou en soins de suite et réadaptation (manifestation morbide principale, affection étiologique) pour ces mêmes motifs l'année n, et/ou personnes ayant reçu au moins trois délivrances (à différentes dates) de médicaments spécifiques dans l'année. Les personnes ayant une mucoviscidose sont exclues de ce groupe.

Maladies inflammatoires, maladies rares et virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : Ensemble des patients atteints par une des pathologies suivantes : maladies inflammatoires chroniques (intestinales, polyarthrite rhumatoïde et maladies apparentées, spondylarthrite ankylosante et maladies apparentées, autres maladies inflammatoires chroniques), maladies rares (mucoviscidose, maladies métaboliques héréditaires ou amylose, hémophilie ou troubles de l'hémostase graves), VIH ou SIDA.

Insuffisance rénale chronique terminale : Personnes ayant subi une transplantation rénale dans l'année ou suivies pour une transplantation rénale, ou en dialyse chronique.

Maladies du foie ou du pancréas : Personnes en affection de longue durée au cours de l'année n, avec un code CIM-10 de pathologie hépatique ou pancréatique, et/ou personnes hospitalisées en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie pour ces mêmes motifs durant au moins une des 5 dernières années (diagnostic principal ou diagnostic relié), et/ou personnes hospitalisées en MCO l'année n pour tout autre motif avec une affection hépatique ou pancréatique comme complication ou morbidité associée (diagnostic associé, ou DP ou DR d'un des résumés d'unité médicale), et/ou personnes hospitalisées en soins de suite et réadaptation l'année n avec une affection hépatique ou pancréatique comme manifestation morbide principale, affection étiologique ou DA, et/ou personnes ayant eu une délivrance à 3 dates différentes d'au moins un médicament spécifique de l'hépatite B chronique dans l'année n, et/ou personnes ayant eu au moins 1 délivrance d'interféron ET de ribavirine à la même date dans l'année n, et/ou personnes ayant eu au moins 1 délivrance d'antiviral à action directe (AAD) contre le virus de l'hépatite C (VHC) dans l'année n, et/ou personnes ayant eu au moins 1 remboursement pour un génotypage du VHC dans l'année n en secteur libéral ou en consultation externe, et/ou personnes ayant eu au moins 3 remboursements pour une PCR quantitative de l'ARN du VHC, ou 2 remboursements ET au moins une évaluation de la fibrose hépatique, dans l'année n. Les personnes ayant une mucoviscidose sont exclues de ce groupe.

Autres affections de longue durée : Personnes bénéficiant d'une prise en charge pour affection de longue durée pour une autre cause que celles associées aux groupes de pathologies décrites précédemment, au cours de l'année n.

Maternité : Femmes de 15 à 49 ans, prises en charge pour le risque maternité à partir du 1er jour du 6e mois de grossesse jusqu'au 12e jour après l'accouchement.

Traitements chroniques par antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et corticoïdes : Il s'agit de traitements délivrés au moins 6 fois dans l'année, qui peuvent être à visée rhumatologique chronique (lombalgie, arthrose, etc.) mais aussi liés à la prise en charge de toute pathologie chronique douloureuse, y compris celles repérées ci-dessus.

Séjours hospitaliers ponctuels (pour des motifs qui ne correspondent pas aux 56 groupes de pathologies repérées) : Ils peuvent découler de causes infectieuses (pneumonie par exemple), traumatiques, chirurgicales programmées ou non (appendicectomie), exploratoires (coloscopie), ou des symptômes ou pathologies mal définis.

Pas de pathologie, traitement, maternité, hospitalisation ou traitement antalgique ou anti-inflammatoire : Personnes n'ayant aucune des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins décrits ci-dessus, donc a priori n'ayant que des soins courants, ou des pathologies non repérées par ces algorithmes (maladies infectieuses, traumatismes légers, symptômes divers...).

Source : CNAM, cartographie des pathologies et des dépenses, version G9

Annexe 4 : Les effectifs et taux de prévalence et d'incidence bruts des patients en ALD au régime agricole

4.1. Effectifs et taux de prévalence

Tableau 44 :
Effectifs et taux de prévalence bruts des patients en ALD 1 à 32 au 31/12/2021, par ALD

N° ALD	Intitulé ALD	Nombre d'assurés par ALD	Taux de prévalence brut (%)
01	ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL INVALIDANT	37 441	12,0
02	INSUFFISANCES MEDULLAIRES ET AUTRES CYTOPENIES CHRONIQUES	1 866	0,6
03	ARTERIOPATHIES CHRONIQUES AVEC MANIFESTATIONS ISCHEMIQUES	39 481	12,6
04	BILHARZIOSE COMPLIQUEE	-	-
05	INSUFFISANCE CARDIAQUE GRAVE	143 675	45,9
06	MALADIES CHRONIQUES ACTIVES DU FOIE ET CIRRHOSSES	5 906	1,9
07	VIH	2 413	0,8
08	DIABETE DE TYPE 1 ET DIABETE DE TYPE 2	181 797	58,1
09	AFFECTIONS NEUROLOGIQUES ET MUSCULAIRES, EPILEPSIE	17 737	5,7
10	HEMOGLOBINOPATHIES, HEMOLYSES CHRONIQUES.	382	0,1
11	TROUBLES DE L'HEMOSTASE, HEMOPHILIE	1 968	0,6
12	HYPERTENSION ARTERIELLE SEVERE	14 132	4,5
13	MALADIE CORONAIRE	97 325	31,1
14	INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE GRAVE	19 479	6,2
15	MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES DEMENCES	36 345	11,6
16	MALADIE DE PARKINSON	12 241	3,9
17	MALADIES METABOLIQUES HEREDITAIRES (MMH)	3 971	1,3
18	MUCOVISCIDOSE	199	0,1
19	NEPHROPATHIE	13 624	4,4
20	PARAPLEGIE	1 411	0,5
21	PERIARTERITE, LUPUS, SCLERODERMIE	7 494	2,4
22	POLYARTHRITE RHUMATOIDE EVOLUTIVE GRAVE	17 352	5,5
23	AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES DE LONGUE DUREE	60 432	19,3
24	MALADIE DE CROHN ET RCH EVOLUTIVES	7 437	2,4
25	SCLEROSE EN PLAQUES	3 594	1,1
26	SCOLIOSE STRUCTURALE EVOLUTIVE	1 661	0,5
27	SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE GRAVE	5 896	1,9
28	SUITES DE TRANSPLANTATION D'ORGANE	1 038	0,3
29	TUBERCULOSE ACTIVE ET LEPRE	272	0,1
30	CANCERS	135 101	43,2
31	Pathologies hors liste	25 149	8,0
32	Polypathologies	4 115	1,3

Source : MSA

Rappel : les patients pouvant être exonérés du ticket modérateur au titre de plusieurs affections de longue durée, le nombre total de patients ayant au moins une ALD est inférieur à la somme des patients comptabilisés par ALD.

4.2. Effectifs et taux d'incidence

Tableau 45 :
Effectifs et taux d'incidence bruts des patients en 2021 pour des ALD 1 à 32, par ALD

N° ALD	Intitulé ALD	Nombre d'assurés par ALD	Taux d'incidence brut (%)
01	ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL INVALIDANT	5 481	1,8
02	INSUFFISANCES MEDULLAIRES ET AUTRES CYTOPENIES CHRONIQUES	318	0,1
03	ARTERIOPATHIES CHRONIQUES A VEC MANIFESTATIONS ISCHEMIQUES	3 368	1,1
04	BILHARZIOSE COMPLIQUEE	-	-
05	INSUFFISANCE CARDIAQUE GRAVE	13 773	4,4
06	MALADIES CHRONIQUES ACTIVES DU FOIE ET CIRRHOSSES	856	0,3
07	VIH	296	0,1
08	DIABETE DE TYPE 1 ET DIABETE DE TYPE 2	14 662	4,7
09	AFFECTIONS NEUROLOGIQUES ET MUSCULAIRES, EPILEPSIE	1 996	0,6
10	HEMOGLOBINOPATHIES, HEMOLYSES CHRONIQUES.	50	0,0
11	TROUBLES DE L'HEMOSTASE, HEMOPHILIE	245	0,1
12	HYPERTENSION ARTERIELLE SEVERE	123	0,0
13	MALADIE CORONAIRE	7 064	2,3
14	INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE GRAVE	2 083	0,7
15	MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES DEMENCES	7 061	2,3
16	MALADIE DE PARKINSON	1 329	0,4
17	MALADIES METABOLIQUES HEREDITAIRES (MMH)	343	0,1
18	MUCOVISCIDOSE	24	0,0
19	NEPHROPATHIE	1 731	0,6
20	PARAPLEGIE	131	0,0
21	PERIARTERITE, LUPUS, SCLERODERMIE	858	0,3
22	POLYARTHRITE RHUMATOIDE EVOLUTIVE GRAVE	1 705	0,5
23	AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES DE LONGUE DUREE	8 334	2,7
24	MALADIE DE CROHN ET RCH EVOLUTIVES	774	0,2
25	SCLEROSE EN PLAQUES	258	0,1
26	SCOLIOSE STRUCTURALE EVOLUTIVE	294	0,1
27	SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE GRAVE	728	0,2
28	SUITES DE TRANSPLANTATION D'ORGANE	96	0,0
29	TUBERCULOSE ACTIVE ET LEPRE	85	0,0
30	CANCERS	21 854	7,0
31	Pathologies hors liste	4 757	1,5
32	Polypathologies	835	0,3

Source : MSA

Remarque : les ALD dénombrées sont les nouvelles ALD, indépendamment du fait que le patient qui en bénéficie ait pu être pris en charge pour une pathologie différente les années précédentes.

Annexe 5 : Les actions du plan national GDR maladie 2021

En accord avec les directives de la CNAM du 02/06/2021 (LR-DACCRF-8/2021), les actions inter-régimes suivantes n'ont pas été lancées pour l'année 2021 :

- le programme de contrôle EHPAD,
- la campagne T2A,
- l'action portant sur les SSIAD,
- l'action optionnelle HAD,
- l'action Mise sous accord préalable des établissements-chirurgie ambulatoire.

Toutefois, afin de valoriser le montant des anomalies constatées, en l'absence de contradictoires avec les EHPAD et les SSIAD pour l'année 2020, seuls les montants détectés après le lancement des requêtes ont été renseignés pour ces deux actions.

Aussi, en raison du contexte sanitaire, il a été décidé de suspendre les actions suivantes sur les arrêts de travail :

- le contrôle du respect du délai d'envoi des arrêts de travail maladie,
- le contrôle de la qualité du prescripteur en cas de prolongation,
- le contrôle des arrêts de travail répétitifs.

Les actions dentaires de 2021 portent sur les actes effectués en 2020 et sont exclusivement des actions d'accompagnement des professionnels de santé en odontologie. Par conséquent, il n'y a pas eu de notifications d'indus, mais les anomalies ont été signalées en nombre et en montant aux professionnels concernés.

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. Mise sous accord préalable des établissements-chirurgie ambulatoire

Afin de contribuer à la réorientation de l'activité des établissements de santé, certains actes pouvant être pratiqués en chirurgie ambulatoire ainsi que certaines orientations en soins de suite et de réadaptation (SSR) sont soumis à accord préalable du service du contrôle médical (Mise Sous Accord Préalable - MSAP).

Suite au contexte sanitaire et en accord avec les directives de la CNAM du 02/06/2021, cette action a été suspendue en 2021.

5.2.2. PRADO

Les programmes de retour à domicile (PRADO) constituent l'un des leviers majeurs du virage ambulatoire. Les assurés, lorsqu'ils sont éligibles, ont la possibilité d'être accompagnés à leur sortie d'hospitalisation, dans la mise en place de leur suivi à domicile par les professionnels de santé libéraux de leur choix. L'information et l'adhésion des bénéficiaires sont assurées par le Conseiller de l'Assurance Maladie (CAM), y compris pour les ressortissants MSA, en lien étroit avec l'équipe hospitalière et les professionnels de santé libéraux choisis en fonction des différents programmes.

La MSA a poursuivi sa participation à six de ces programmes :

- maternité
- chirurgie-orthopédie
- insuffisance cardiaque
- broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)
- accident vasculaire cérébral (AVC)
- personnes âgées (PA)

Compte tenu du contexte sanitaire depuis mars 2020, plusieurs régions ont mis en œuvre un accompagnement de sorties d'hospitalisation de type Prado pour des patients « Covid-19 » pour permettre leur retour à domicile.

Ces demandes ont exigé une adaptation du cadre conventionnel des Prado. Pour les établissements déjà conventionnés Prado, aucune formalité n'est exigée. Pour les établissements non conventionnés, il est en revanche préconisé d'élaborer un protocole définissant les conditions de réalisation et les modalités de l'accompagnement à distance par les CAM entre les établissements de santé/établissements de soins de suite et de réadaptation et les professionnels de santé de ville susceptibles d'assurer la prise en charge des soins.

Concernant la participation financière de la MSA aux différents PRADO, cette dernière s'élève à 15 € par adhésion pour le PRADO maternité et 30 € par adhésion pour les PRADO Chirurgie-Orthopédie, Insuffisance cardiaque, BPCO, AVC et PA. Ainsi, la contribution de la MSA à la mise en œuvre de ces programmes pour ses adhérents s'élève à 185 055 euros pour l'année 2021 (**Tableau 46**).

Tableau 46 :
Nombre d'assurés MSA éligibles, adhérents au PRADO et montants remboursés par le régime agricole en 2021

PRADO	Maternité	Chirurgie / Orthopédie	Insuffisance cardiaque	BPCO	AVC	Personnes âgées
Nombre d'assurés éligibles	2 117	3 378	1 352	120	289	380
Nombre d'assurés adhérents	1 903	3 143	1 320	112	271	371
Taux d'adhésion	90 %	93 %	98 %	93 %	94 %	98 %
Montant (en euros)	28 545	94 290	39 600	3 360	8 130	11 130

5.2.2.1. Maternité

Ce dispositif de sortie de maternité facilite l'accès à des soins de sages-femmes libérales pour les femmes venant d'accoucher, favorisant ainsi un retour rapide et sécurisé à domicile.

Après une expérimentation en 2012 sur trois caisses de MSA, ce PRADO a été généralisé en 2013 à toutes les caisses de MSA.

Le PRADO Maternité a été étendu à la maternité sortie précoce à compter du 1^{er} juillet 2018 pour l'ensemble des caisses de MSA.

En 2021, 1 903 assurées ont adhéré au programme Prado Maternité pour un montant total de 28 545 €. Le nombre d'assurées adhérentes recule de 49,3 % sur un an (après - 56,2 % en 2020).

5.2.2.2. Chirurgie-orthopédie

Le programme PRADO chirurgie orthopédique est proposé aux patients dont l'état de santé ne nécessite pas un séjour en soins de suite et de réadaptation (SSR) après une intervention chirurgicale orthopédique. La rééducation est réalisée en ville par les professionnels de santé choisis par le patient.

Après une phase d'expérimentation débutée en 2014, le PRADO orthopédie a été généralisé par le régime agricole en juillet 2017³⁴. Ce programme a ensuite été étendu au domaine de la chirurgie et généralisé à l'ensemble des caisses de MSA, à compter du 1^{er} novembre 2018.

En 2021, 3 143 assurés du régime agricole ont adhéré à ce programme pour un montant total de 94 290 €. Cet effectif progresse de 9,5 % sur un an, après un recul marqué en 2020 (- 35,6 %) en raison de la crise sanitaire (Covid-19).

5.2.2.3. Insuffisance cardiaque (IC)

Dans les établissements, à l'issue d'une hospitalisation pour décompensation cardiaque, l'équipe médicale valide l'éligibilité du patient au programme PRADO IC. Le CAM fait choisir à l'assuré, en lien avec le médecin traitant, l'infirmier et le cardiologue qui le suivront après son retour à domicile, et fixe les premiers rendez-vous avec ces professionnels de santé.

Ce dispositif PRADO, expérimenté en MSA en 2014, est généralisé à l'ensemble des caisses depuis juillet 2017.

En 2021, 1 320 assurés ont adhéré à ce programme pour un montant total de 39 600 €. Le nombre d'assurés adhérents progresse de 18,5 % cette année après une baisse conséquente en 2020 (- 38,1 %) en raison de la crise sanitaire (Covid-19).

5.2.2.4. Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Le programme PRADO Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) accompagne le retour à domicile des patients hospitalisés en raison de cette pathologie en organisant la prise en charge par des professionnels de santé (médecin traitant, infirmier (ère), masseur-kinésithérapeute et pneumologue) pendant les six mois suivant leur sortie.

L'expérimentation a débuté avec 6 caisses de MSA le 1^{er} août 2017. Ce PRADO a été généralisé à l'ensemble des caisses de MSA à compter du 1^{er} novembre 2018.

En 2021, 112 adhésions ont été recensées pour un montant total de 3 360 €. Le nombre d'adhésion est en hausse de 7,7 % sur un an.

5.2.2.5. Accident Vasculaire Cérébral et Accident Ischémique Transitoire (AVC/AIT)

Le programme PRADO AVC/AIT accompagne le retour à domicile des patients hospitalisés ayant subi un accident vasculaire cérébral ou un accident ischémique transitoire. Ainsi, à travers les deux parcours proposés (AVC/AIT), ce PRADO a pour finalité de diminuer les récurrences, les ré-hospitalisations et les décès suite à un accident vasculaire cérébral ou un accident ischémique transitoire.

³⁴ Au sein du régime général, le PRADO orthopédie existe depuis 2012 et son extension à tout type de chirurgie a été mise en œuvre dès l'été 2016, en commençant par la chirurgie digestive.

La MSA a déployé ce PRADO depuis février 2020.

En 2021, 271 assurés ont adhéré à ce programme pour un montant total de 8 130 €.

5.2.2.6. Personnes âgées

La MSA a adhéré au PRADO Personnes âgées en juillet 2021. Ce programme permet aux personnes âgées de 75 ans et plus relevant du régime agricole, quel que soit le motif de leur hospitalisation, de pouvoir retourner à leur domicile. A ce jour, toutes les caisses de MSA ont adhéré à ce PRADO.

En 2021, 371 assurés ont adhéré à ce programme pour un montant total de 11 130 €.

5.2.3. Action d'accompagnement du parcours de santé en milieu rural : accompagnement des structures d'exercice coordonné

Cf. partie 3.3.

5.3. Pertinence et efficience des produits de santé

5.3.1. Liste des Produits et Prestations

5.3.1.1. Contrôle systématique des demandes d'accord préalable de 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). Depuis 2017, sa croissance annuelle est nettement supérieure à celle de l'ensemble des produits de la LPP. Le grand appareillage orthopédique représente une part de plus en plus importante des remboursements de la LPP, supérieure à 8 % depuis 2018 (**Tableau 47**).

La crise sanitaire a eu un effet sur ce poste de remboursement. En 2020, les remboursements des dépenses liées au grand appareillage ont baissé (pour la première fois depuis 2013) de près de 7 % et s'élevaient à 39 millions d'euros. En 2021, les remboursements liés au grand appareillage atteignent 42,5 millions d'euros (soit une hausse de près de 9 % par rapport à 2020 mais à relativiser par une hausse de 1,6 % par rapport à 2019).

Ce poste est majoritairement porté par les véhicules pour handicapés qui concentrent près de la moitié des remboursements de GAO.

Tableau 47 :

Montants remboursés et évolution du GAO et de la LPP au régime agricole de 2013 à 2021

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Véhicules pour handicapés	18 272 262 €	18 705 378 €	18 469 990 €	18 352 606 €	18 757 839 €	19 353 752 €	20 837 202 €	19 677 514 €	20 807 454 €
Prothèses oculaires et faciales	623 924 €	638 847 €	630 919 €	756 058 €	752 516 €	816 603 €	778 472 €	724 387 €	687 469 €
Chaussures orthopédiques	5 698 993 €	5 990 996 €	5 816 005 €	5 649 602 €	5 578 735 €	5 293 825 €	5 376 725 €	4 811 418 €	5 324 179 €
Orthoprothèses	10 959 297 €	11 634 135 €	12 939 308 €	13 489 286 €	14 314 843 €	14 647 878 €	14 869 527 €	13 811 812 €	15 713 838 €
Total GAO	35 554 476 €	36 969 356 €	37 856 222 €	38 247 552 €	39 403 933 €	40 112 058 €	41 861 927 €	39 025 131 €	42 532 939 €
Total LPP	458 000 000 €	469 500 000 €	483 000 000 €	494 000 000 €	498 689 377 €	490 008 861 €	498 530 176 €	485 538 465 €	492 708 143 €
Part GAO / LPP	7,76%	7,87%	7,84%	7,74%	7,90%	8,19%	8,40%	8,04%	8,63%
Evolution GAO	-0,79%	3,98%	2,40%	1,03%	3,02%	1,80%	4,36%	-6,78%	8,99%
Evolution LPP	-0,16%	2,51%	2,88%	2,28%	0,95%	-1,74%	1,74%	-2,61%	1,48%

Source : MSA

La justification des demandes de grand appareillage, 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 2021, près de 17 800 demandes ont été étudiées (+ 19 % par rapport à 2020). Le taux de refus de ces demandes est de 7,6 % (ratio qui était de 10 % les années précédentes).

Ces refus ont généré une économie nette de 1 655 000 euros. Les remboursements de GAO ayant un poids de plus en plus important dans la LPP, il est impératif de veiller à les contenir.

En cas de demande complexe, les binômes peuvent solliciter l'avis de l'un des cinq médecins-conseils experts régional. En 2021, ces experts ont été sollicités pour l'examen de 300 dossiers, soit 2 % de l'ensemble des demandes d'accord préalable de GAO.

Les binômes des caisses sont également chargés de traiter les éventuels certificats de non convenance transmis par les assurés : en 2021, 98 certificats de non convenance (contre 69 en 2020) ont été adressés à 28 caisses par les assurés, générant la convocation de 6 assurés demandeurs et de 25 demandes de modifications de l'appareillage au fournisseur de la part du contrôle médical.

5.3.2. Sensibilisation aux associations de médicaments contre-indiqués (AMCI)

Cette action, mise à jour en 2021, est construite avec un objectif de santé publique et prend la forme d'un accompagnement / d'une sensibilisation des prescripteurs. Les AMCI sont détectées automatiquement sur les bases de remboursement, 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.

L'objectif de cette action est la diminution du risque de iatrogénie médicamenteuse pour les assurés agricoles.

En 2021, plus de 18 831 000 ordonnances de pharmacie (pas uniquement AMCI) ont été liquidées par les caisses de MSA dont près de 7 560 ont été détectées avec une ou plusieurs AMCI, ce qui correspond à un taux brut d'AMCI de 40,1 pour 100 000. Plus de 970 courriers ont été envoyés aux médecins prescripteurs, leur signalant les nouvelles AMCI détectées, ce qui représente un taux de nouvelles AMCI de 5,2 pour 100 000.

5.4. Pertinence et qualité des actes

5.4.1. Gestion des demandes d'accord préalable (DAP)

L'instruction des demandes d'accord préalable (AP, anciennement « entente préalable ») est une mission essentielle des services du contrôle médical.

Prévue à l'article L.315-2 du code de la sécurité sociale, la procédure d'AP est en effet le seul dispositif permettant aux caisses d'effectuer le contrôle de certains actes et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie avant même leur exécution, avec pour conséquence possible un refus de prise en charge de l'acte ou de la prestation, refus basé sur des éléments d'ordre médical constatés.

Afin de parvenir à une meilleure harmonisation des pratiques des caisses, améliorer la productivité et l'efficacité des contrôles, la MSA a défini des principes directeurs métiers de gestion des demandes d'AP.

Il s'agit d'inscrire la gestion des demandes d'AP au sein d'une véritable stratégie de contrôle médical de la MSA, dans le cadre global de son Plan National de Contrôle Médical (PNCM) et en application des recommandations émises par la Cour des Comptes.

La nouvelle stratégie de gestion des demandes d'AP repose essentiellement sur le contrôle des produits et prestations à fort enjeu (coût au regard de la prise en charge par l'Assurance Maladie, pratiques observées chez les professionnels de santé...). Ainsi, concernant les produits et prestations regroupés au sein des quatre grands thèmes suivants : assistance respiratoire, traitements d'ODF, grand appareillage orthopédique et actes inscrits à la CCAM, l'instruction des demandes d'AP est obligatoire.

Le bilan de l'exercice 2021 est reporté dans le **tableau 48**. Concernant les produits et prestations à fort enjeu, 71 470 demandes d'accord préalable ont été instruites par les caisses de MSA en 2021 contre 59 766 en 2020. 65 464 demandes ont fait l'objet d'un accord, soit 91,6 % des demandes totales. Le domaine dentaire représente le domaine avec le plus grand nombre de DAP (30 527, près de 43 %). Le domaine soins est le domaine ayant le taux d'accord le plus élevé (95 %), suivi de près du domaine dentaire (94 %).

Tableau 48 :
Dénombrement des dossiers AP instruits par les services médicaux des caisses de MSA et remontés dans le DIAM en 2021

Domaines	Prestations à fort enjeu						Autres prestations						Total général
	Accord	Partiel taux	Partiel autres	Refus Medical	Refus Administratif	Total	Accord	Partiel taux	Partiel autres	Refus Medical	Refus Administratif	Total	
Assistance resp	13 162	476	129	98	1449	15 314							15 314
Autres codes LPP							4 997	128	12	34	473	5 644	5 644
Grand Appareillage	17 096	207	160	70	1274	18 807	2					2	18 809
Dentaire	28 711			88	1728	30 527	3 086			20	93	3199	33 726
Soins	6 495	7	12	66	242	6 822	2 007	9	22	5	62	2105	8 927
Transport							23 301	1038	575	199	965	26078	26 078
Hospit							891	3	1	2	2	899	899
Cure							990		295	27	12	1324	1 324
Total général	65 464	690	301	322	4693	71 470	35 274	1178	905	287	1607	39 251	110 721

Source : MSA

5.4.2. Actes dentaires : accompagnement des professionnels de santé en odontologie au bilan parodontal chez les assurés en ALD 8

La convention dentaire du 26/08/2018 a porté la création d'actes CCAM dont l'acte HBQD001 « bilan parodontal ». Ce nouvel acte est remboursable depuis le 1^{er} avril 2019 (tarif de responsabilité : 50 €) exclusivement pour les **assurés diabétiques pris en charge au titre de l'ALD 8**. Afin de vérifier le respect des conditions de prise en charge de cet acte et le respect du tarif opposable, les services des contrôles dentaires des caisses de MSA ont mis en œuvre en 2020 et 2021 une action d'accompagnement des professionnels de santé en odontologie.

L'action consiste à accompagner les professionnels de santé pour la facturation du bilan parodontal pris en charge uniquement pour les assurés en ALD 8. Elle ne prévoit pas de récupérations d'indus. En 2021, parmi les 400 praticiens ayant réalisé un bilan, 95 ont fait l'objet d'un courrier de mise en garde de la part des services du contrôle dentaire des caisses de MSA.

5.4.3. Actes dentaires : vérification des bonnes pratiques avec la réalisation de radiographie lors du traitement radiculaire en endodontie

Cette nouvelle action dentaire consiste à sensibiliser les professionnels de santé en odontologie sur le respect de la réglementation des facturations de clichés radiographiques en relation avec un acte d'endodontie. La période étudiée s'est déroulée du 01/01/2020 jusqu'au 15/03/2020, c'est-à-dire avant la fermeture des cabinets dentaires en raison de la crise sanitaire.

Les professionnels de santé ne respectant pas les référentiels en vigueur :

- médicaux : absence de réalisation de radiographies pré et/ou per et post opératoires lors d'un traitement endodontique (recommandation HAS, rapport d'évaluation « Traitement endodontique » de septembre 2008),
- et/ou conventionnels : non-respect de la CCAM, par cotation erronée des codes de radiographies spécifiques aux actes d'endodontie,

sont destinataires d'un courrier de rappel réglementaire de la part du chirurgien-dentiste conseil.

Sur les actes facturés en 2020, 2 650 praticiens ont été étudiés. 27 % d'entre eux totalisaient 2 371 anomalies.

5.4.4. Actes dentaires : vérification du non cumul d'une consultation avec un acte CCAM ou un bilan bucco-dentaire dans la même séance

Cette nouvelle action consiste à vérifier le respect de la règle de non cumul de facturation d'une consultation avec un acte CCAM ou un bilan bucco-dentaire dans la même séance.

Elle a deux objectifs :

1. vérifier le respect de l'application des référentiels en vigueur,
2. informer les professionnels de santé des anomalies détectées et procéder à un rappel de la réglementation.

Sur les actes facturés en 2020 :

- pour le cumul d'une consultation avec un acte CCAM, 1 690 professionnels de santé ont été étudiés. 70 % ont été destinataires d'un courrier de rappel réglementaire pour un total de 37 810 euros d'anomalies.
- pour le cumul d'une consultation avec un bilan bucco-dentaire, 130 professionnels de santé ont été étudiés. 42 % ont été destinataires d'un courrier de rappel réglementaire pour un total de 1 100 euros d'anomalies.

5.5. Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports

L'évolution des montants remboursés des indemnités journalières est en croissance constante depuis plusieurs années. Une des orientations de la stratégie santé de la MSA est l'optimisation du contrôle médical notamment en matière d'arrêt de travail.

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

Le premier volet de ce plan concerne les modalités de contrôle médical des assurés en situation d'arrêt de travail.

Afin d'améliorer l'efficacité du contrôle médical des arrêts de travail, une stratégie de contrôle des assurés tenant compte de leur situation de santé et des pathologies les plus fortement en cause dans les motifs des arrêts de longue durée est mise en place.

5.5.1. Contrôle des arrêts de travail répétitifs

Le contrôle des arrêts de travail répétitifs, réalisé par les services de contrôle médical, permet :

- d'apprécier la conformité de la prescription avec les dispositions prévues à l'article L321-1 du Code de la sécurité sociale,
- d'accompagner les assurés vers la reprise d'une activité professionnelle, dans une démarche de prévention de la désinsertion professionnelle et de l'invalidité,
- de participer à la lutte contre les fautes, fraudes et abus. Cette action a pour objectif de maîtriser les dépenses d'indemnités journalières sur les risques maladie et AT/MP, en repérant des situations potentiellement abusives de façon à induire un changement de comportement chez les assurés concernés.

Les assurés ciblés sont les individus présentant au moins 4 arrêts de travail initiaux (qui ne sont pas liés à une ALD ou à un congé maternité) indemnisés dans les 9 mois qui précèdent la requête. Ces situations d'arrêts de travail à répétition sont signalées au médecin-conseil qui analyse la situation et détermine, après convocation ou sur pièces, si les arrêts sont justifiés ainsi que l'accompagnement qu'il convient de mettre en œuvre.

Suite à la crise sanitaire, la présente action a été suspendue. Deux caisses ont malgré tout maintenu ce contrôle en excluant les arrêts de travail Covid. Ainsi, en 2021, les caisses de MSA ont détecté plus de 210 assurés distincts répondant à ces critères, soit plus de 440 prescriptions d'arrêts de travail initiaux ou de prolongations.

Les médecins-conseils ont pris la quasi-totalité des décisions sur pièces (96 %) et 4 % a nécessité la convocation des assurés (soit 8 arrêts de travail).

Consécutivement aux décisions des médecins-conseils, 30 assurés ont été mis sous surveillance, ce qui représente 14 % des assurés ciblés.

5.5.2. Ciblage des pathologies lombaires et psychiatriques dans le cadre du contrôle des arrêts de travail

Les arrêts de travail, en législation maladie ou AT/MP, pour une pathologie lombaire mécanique représentent un poids économique important avec un retentissement socio-professionnel pouvant être majeur du fait du handicap ou de l'inaptitude au travail engendrée.

Un processus de contrôle spécifique des arrêts de travail pour ces pathologies a été déployé dans le respect des durées indicatives d'arrêts de travail recommandées par la HAS, durées à l'issue desquelles la majorité des patients sont capables de reprendre le travail. Ces durées sont modulables en fonction des complications ou des comorbidités du patient, mais également du type d'emploi et des conditions de retour en emploi.

Après sélection sur le flux des arrêts de travail pour pathologies lombaires adressés au service médical, le médecin-conseil vérifie la justification médicale de l'arrêt, établit une évaluation initiale du degré d'incapacité fonctionnelle, facilite le lien avec le médecin traitant pour éviter la chronicisation de l'arrêt et prévenir la désinsertion socio-professionnelle (en lien étroit avec le service santé au travail, l'ASS et la cellule pluridisciplinaire de maintien en emploi).

Une action de contrôle interne est mise en place par l'intermédiaire d'une supervision. Elle permet, outre l'harmonisation des pratiques et l'équité de traitement des bénéficiaires, d'aider le médecin-conseil dans la prise en charge de certaines situations complexes en optimisant le parcours de soins des assurés lombalgiques. La supervision est réalisée par l'intermédiaire d'une réunion mensuelle regroupant les médecins-conseils présents. La supervision est assurée par un médecin-conseil du service. Le temps imparti dédié permet l'examen, au maximum, de 10 dossiers par réunion.

En 2021, 1 330 réunions de supervision (dont 240 pour les pathologies lombaires et 363 pour les pathologies psychiatriques) ont été réalisées, et 409 dossiers ont été exposés (dont 147 pour les pathologies lombaires et 176 pour les pathologies psychiatriques).

5.6. Le contrôle et la lutte contre la fraude

5.6.1. Arrêts de travail

5.6.1.1. Contrôle du respect du délai d'envoi

La transmission de l'avis d'arrêt de travail à la MSA, dans un délai défini suivant la date d'interruption de travail, constitue l'une des obligations pesant sur l'assuré pour obtenir le versement de ses indemnités journalières maladie. En cas d'envoi tardif de l'avis d'arrêt de travail maladie, la réglementation prévoit que la MSA peut minorer le montant de l'indemnité journalière, voire refuser son versement à l'assuré en incapacité de reprendre le travail.

Dans le cadre du dispositif du droit à l'erreur issu de la loi ESSOC du 10 août 2018, la CCMSA s'est positionnée sur plusieurs règles dont celles relatives au délai d'envoi de l'avis d'arrêt de travail maladie par l'assuré (cf. LTC n° DR-2020-023 du 15 janvier 2020).

Depuis 2020, dans une démarche de tolérance administrative envers **les salariés** affiliés au régime agricole, la CCMSA s'aligne sur la pratique de la CNAM en appliquant un délai de tolérance de réception de l'avis d'arrêt de travail maladie de 5 jours à compter du lendemain de la date de la prescription médicale. Cette mesure de tolérance s'articule avec les dispositions de la loi ESSOC relatives au droit à l'erreur.

Pour **les non-salariés agricoles**, conformément aux instructions du ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt de 2013, un délai de tolérance de 4 jours, dit délai d'éloignement rural, a été admis pour la transmission de l'avis d'arrêt de travail à la caisse de MSA.

Suite à la crise sanitaire, la présente action a été suspendue.

Certaines caisses ont toutefois maintenu ce contrôle. Ainsi, en 2021, pour le régime des salariés, 6 808 prescriptions d'arrêts maladie ont été transmises hors délai aux caisses de MSA. Ces salariés ont fait l'objet d'une transmission d'un courrier de mise en garde. Malgré ce courrier, 1 231 nouvelles prescriptions (soit 18 % des premiers envois tardifs) ont été transmises hors délai par les mêmes assurés dans les 24 mois qui ont suivi, générant l'application d'une sanction³⁵ et une information à l'employeur des salariés concernés.

Pour les exploitants, ce sont 1 670 lettres de sanctions qui ont été émises à leur encontre.

5.6.1.2. Contrôle de la qualité du prescripteur en cas de prolongation

Suite à la crise sanitaire, la présente action a été suspendue. Certaines caisses de MSA ont toutefois maintenu cette action de contrôle. Ainsi, en 2021, 2 197 prolongations d'arrêts de travail, adressées au service médical des caisses de MSA, ont été rédigées par un prescripteur autre que le prescripteur initial ou le médecin traitant de l'assuré, sans motif recevable.

En réponse aux courriers adressés aux prescripteurs, 73 % des dossiers ont été justifiés. Des refus de prise en charge ont été notifiés en conséquence de l'absence de justification ; ces refus concernent 225 prolongations, soit 10 % des prolongations sans motif.

5.6.2. Transports : action GDR-LCF

En 2019, en réponse aux recommandations de la mission nationale de contrôle (MNC), la CCMSA a développé une action concertée entre les secteurs Gestion du risque (GDR) et Lutte contre la fraude (LCF). La méthodologie de contrôle des transporteurs (ambulance, véhicules sanitaires légers et taxis) est basée sur :

- une procédure générale de mise en œuvre,
- une extraction de données de santé propre à chaque caisse,
- une procédure, destinée à récupérer les données relatives à l'activité du ou des transporteurs à analyser,
- des tableaux et procédures qui permettent d'effectuer le calcul des frais de transports selon le mode de transport et le nombre de km,
- une trame de questionnaire pour collecter des informations auprès des patients, ainsi qu'une attestation de témoin.

En 2020, au regard des résultats de l'expérimentation, l'action a porté exclusivement sur les taxis. Chaque caisse devait 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. Sur les 55 taxis contrôlés, des anomalies avaient été décelées pour 23 d'entre eux pour un montant de 320 000 euros (dont 102 000 qualifiés en fraude).

³⁵ Pouvant aller jusqu'à une diminution de 50 % des indemnités journalières pour la période écoulée entre la date de prescriptions et la date de l'envoi.

En 2021, 62 taxis ont ainsi été contrôlés. Parmi ces transporteurs, 27 taxis ont fait l'objet d'une détection d'anomalie et 4 d'entre eux ont fait l'objet d'une procédure en fraude (d'autres dossiers faisaient encore l'objet d'une procédure en cours au moment de la remontée des données). Le montant des anomalies constatées par 25 caisses s'élève à près de 580 000 euros (certaines caisses ayant contrôlé et calculé les notifications jusqu'à 3 ans) dont 340 000 euros de fraudes.

Les fraudes détectées ont essentiellement porté sur la majoration des kilomètres facturés, des transports fictifs ou encore la non transmission de justificatifs.

L'action a été reconduite pour l'année 2022.

5.6.3. Actes infirmiers

5.6.3.1. Contrôle du respect de la règle de non cumul des AIS3

Les soins infirmiers d'accompagnement des malades (nursing, toilettes,...), codés AIS3, sont pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire dans la limite de 4 par jour (NGAP Infirmiers : titre XVI, chapitre I, article 11, §2 et 4). Un contrôle du respect de ce seuil de facturation par les professionnels de santé est effectué par les caisses de MSA, sur un semestre ciblé.

Les actes dépassant la limite réglementaire sont extraits puis analysés. Ce contrôle, *a posteriori*, porte sur les anomalies de facturation. Le ciblage s'effectue sur les assurés ayant eu plus de 4 AIS3 par jour et ce, quel que soit l'infirmier diplômé d'Etat (IDE) les ayant réalisés.

En fonction du cumul irrégulier observé, les cas sont orientés, soit vers la gestion du risque qui mettra en œuvre une récupération des indus auprès des infirmiers concernés, soit vers la lutte contre la fraude qui réalisera une analyse d'activité.

En cas de réitération de l'anomalie de facturation par les IDE, 6 mois après la première phase de contrôle, une nouvelle procédure de récupération d'indus est engagée et le dossier est transmis au service de lutte contre la fraude.

Le contrôle initial a permis d'identifier que le nombre d'AIS3 avait été supérieur à 4 par jour pour 1 466 assurés MSA. Ces actes ont été réalisés par 1 871 IDE, soit 2 % des IDE libéraux.

Le montant des anomalies constatées s'élève à plus de 283 670 euros dont plus de 156 550 euros ont fait l'objet d'une émission d'indus auprès des IDE.

A l'issue de ce contrôle initial, 91 dossiers ont été orientés vers la cellule de lutte contre la fraude afin de réaliser une analyse globale de l'activité de l'IDE.

En 2021, au cours de la phase de contrôle à 6 mois, 21 % des IDE contrôlés initialement ont réitéré le dépassement de la limite de 4 AIS3 par jour ; près de 76 000 euros d'anomalies ont été détectés à l'encontre des IDE dont 45 000 euros d'indus émis.

5.6.3.2. Contrôle de la justification médicale des majorations de nuit facturées

Ce contrôle s'assure de la justification médicale des majorations de nuit facturées par les IDE. Le ciblage s'effectue sur les assurés ayant eu un remboursement d'au moins 2 majorations de nuit en 24 heures en rapport avec des soins médicaux (AMI) ou des soins d'accompagnement des malades (AIS). Sont exclus de cette action de contrôle les bénéficiaires atteints de cancers reconnus en ALD depuis moins d'un an à la date des soins.

Ces anomalies de facturation ont été relevées chez plus de 520 assurés du régime agricole ; ces actes en anomalie ont été exécutés par près de 838 IDE.

Le contrôle médical a adressé une demande d'information quant à la justification médicale de ces prescriptions de nuit à 93 médecins ; près d'un quart a répondu. Après analyse par le contrôle médical des réponses des praticiens, 29 IDE, ayant facturé des actes de nuit sans prescription médicale (absence de la mention « de nuit » sur l'ordonnance ou absence de justification médicale), ont été mis sous surveillance.

Les 32 IDE n'ayant pas respecté la prescription ont fait l'objet d'une récupération d'indus et l'activité de ceux qui présentaient trop d'anomalies a été analysée dans sa globalité par la cellule de lutte contre la fraude. Les indus notifiés s'élèvent à plus de 54 000 €.

5.6.4. Actes dentaires : contrôle d'un acte CCAM au choix de la caisse

Cette action laisse aux chirurgiens-dentistes conseils le libre choix d'un acte CCAM à contrôler en fonction des spécificités ou des atypies locales. L'étude porte sur les actes codés soumis ou non à des conditions restrictives de facturation.

Les 29 chirurgiens-dentistes conseils de 35 caisses de MSA ont réalisé des contrôles sur un total de 11 actes CCAM. Ces actes ont été réalisés par 1 479 chirurgiens-dentistes libéraux. Les taux de praticiens en anomalie les plus élevés s'observent sur les actes suivants :

- L'ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire (HBGD027) : 82 % des praticiens étudiés présentaient des anomalies,
- Le supplément pour soins chirurgicaux dentaires pour un patient en ALD et traité par anticoagulants oraux directs ou par antivitamine K (YYYY614) : 19 % des praticiens étudiés présentaient des anomalies.

Le contrôle de ces 11 actes facturés en 2020 a mis en évidence près de 27 000 euros d'anomalies.

5.6.5. Tarification à l'activité (T2A) – programme de contrôle

En raison de la crise sanitaire, la campagne 2021 sur les facturations 2020 n'a pas été lancée et n'a donc pas été mise en œuvre par les caisses.

5.6.6. Contrôle des EHPAD

5.6.6.1. Programme de contrôle des 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.

En raison de la crise sanitaire, la campagne 2021 sur les facturations 2020 a été suspendue. Cependant, en l'absence de contradictoires avec les EHPAD, il a été demandé aux caisses de MSA de valoriser, au même titre que l'Assurance Maladie, le montant des anomalies constatées à partir de la requête fournie par la CNAM sans procéder à la notification des indus. Ainsi, à titre exceptionnel, les montants consolidés correspondent aux montants détectés en sortie de requête.

Le montant des anomalies constatées par les caisses³⁶, pour les EHPAD dont elles sont pivots, s'élève à 538 000 € (uniquement pour les résidents relevant du régime agricole). Le montant des anomalies détectées par les caisses de MSA pour leurs ressortissants dans des établissements dont les CPAM sont pivots s'élève à 2 617 540 €.

5.6.6.2. Programme de contrôle EHPAD LPP

En 2021, malgré le contexte sanitaire, l'action de contrôle des EHPAD sur la location de produits appartenant à la liste des produits et prestations (LPP) a été réalisée par 7 caisses de MSA (dont 1 en inter-régime), qu'elles soient ou non pivots. Il a été demandé aux caisses de MSA (souhaitant mettre en œuvre cette action facultative) de valoriser le montant des anomalies constatées, sans procéder à la notification des indus.

Des anomalies ont été repérées dans 271 EHPAD et concernent 676 résidents.

La MSA, en tant que pivot d'EHPAD, a détecté plus de 2 717 € d'anomalies pour 13 assurés agricoles.

5.6.7. Contrôle du respect des règles de facturation par les infirmiers libéraux (ou centres de santé) intervenant auprès des assurés pris en charge par les SSIAD

Depuis 2009, la MSA mène cette action administrative afin de s'assurer du respect des règles de facturation par les infirmiers libéraux (ou centres de santé infirmiers) intervenant auprès des personnes dépendantes prises en charge par les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Les SSIAD et infirmiers sont préalablement informés du contrôle par le président de la commission paritaire locale.

³⁶ 20 caisses ont remonté des données.

Lorsqu'une anomalie de facturation est constatée par la caisse, c'est-à-dire des actes infirmiers facturés en sus du forfait SSIAD, elle adresse un courrier notifiant les anomalies, soumis à une procédure contradictoire (d'un délai d'un mois), pour déterminer les éventuels indus à notifier.

En 2021, malgré le contexte sanitaire, les caisses de MSA ont contrôlé 858 SSIAD. Des anomalies ont été détectées pour 60 % d'entre eux, portant sur 2 928 IDE libéraux.

Les anomalies constatées s'élèvent à 2 029 880 € (576 500 € en 2020). En l'absence de contradictoires avec les SSIAD pour la campagne 2021, seuls les montants détectés après le lancement des requêtes devaient être renseignés. Toutefois, une caisse a notifié près de 44 480 € (dont 9 % réclamés directement auprès des IDE).

5.6.8. Hospitalisation à domicile (HAD)

La MSA s'inscrit dans cette action inter-régime, coordonnée au niveau régional, dont l'objectif est de contrôler les facturations des soins de ville réglementairement financés par les forfaits GHT pour les patients en hospitalisation à domicile (HAD). Il s'agit de s'assurer que ces soins (médicaments, produits et prestations inscrits à la LPP, actes de biologie, charges relatives à la rémunération des auxiliaires médicaux et sages-femmes) sont bien inclus dans les forfaits et ne font pas l'objet d'une double facturation.

En 2021, 72 % des 58 établissements contrôlés (publics et privés) par les caisses MSA gestionnaires présentaient des anomalies de facturation dans le cadre de la HAD. Ces anomalies concernent 42 % des patients hospitalisés à domicile.

En tant que caisses pivots, les caisses de MSA ont constaté près de 53 000 euros d'anomalie pour les établissements publics (dont la totalité pour les assurés agricoles).

Les caisses de MSA avaient également constaté près de 94 000 euros d'anomalies dans les établissements privés pour les assurés agricoles.

5.6.9. Signalements et actions locales de LCF

Les services de gestion du risque de 7 caisses de MSA se sont impliqués dans le domaine de la lutte contre la fraude, essentiellement dans le cadre de signalement, de dénonciation ou encore de réquisitions de la part de la gendarmerie concernant des professionnels de santé (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, médecins), des fournisseurs ou transporteurs.

Les anomalies constatées en 2021 émanant de ces analyses d'activité ou contrôle de facturation s'élèvent à près de 400 000 € dont près de 60 000 € ont été notifiés.

5.7. Autres actions locales

Dans le réseau MSA, 23 caisses ont sollicité les départements de la gestion du risque pour mener à bien des contrôles et actions répondant à une problématique locale. Ces missions ont majoritairement porté sur les professionnels de santé (analyse d'activité, contrôle de facturation) et le contrôle des arrêts de travail. Certaines caisses ont également mis en place des actions visant à contrôler la suite donnée aux avis du contrôle médical ou les facturations des produits de LPP.

Plus de 880 000 € d'anomalies ont ainsi été détectés (sur des périodes de contrôle qui pouvaient s'étendre au-delà de l'activité 2021). Au moment de la remontée des données sur la réalisation du plan, 91 % de ce montant ont été notifiés, soit 800 000 €, montant auquel s'ajoutent plus de 86 800 € de dépenses évitées sur les prestations en espèces.

5.8. Mutualisation du recours contre tiers

La MSA a mis en place une organisation de mutualisation du Recours contre tiers (RCT) afin d'améliorer son efficacité. Les dossiers RCT sont désormais gérés par les 5 caisses MSA de gestion, vers lesquelles les 35 caisses ont transféré le traitement des dossiers.

Au cours des années 2015 et 2016, la MSA a mis en place des actions visant à améliorer le fonctionnement du RCT et optimiser ses résultats :

- Un plan de maîtrise des risques ;
- Un plan national d'amélioration de la détection ;
- Une campagne de communication sur le RCT :
 - auprès des victimes d'un accident causé par un tiers (cible prioritaire) et/ou des employeurs dont un salarié est victime d'un AT causé par un tiers responsable (cible secondaire) ;
 - auprès des professionnels de santé (prescripteurs) ;
 - auprès des salariés MSA et des élus.

Lors de la dernière réunion plénière en février 2022, il a été convenu de la nécessité d'une mise à jour des supports de communication institutionnelle (diaporama, flyer, supports de présentation...) du plan national d'amélioration de la détection qui a été élaboré en 2016.

Pour ce faire, la direction de la communication travaille depuis mai 2022 avec le réseau sur l'actualisation des supports à déployer et la révision du plan de 2016 (pistes d'amélioration, nouveaux outils...).

Il est d'ores et déjà prévu une insertion dans les Newsletter Particuliers (juin 2022) et Pro (mai à juillet 2022), des liens vers les articles web RCT respectivement pour les cibles particuliers et employeurs/exploitants.

Le bilan 2019-2021 des enquêtes accident et des montants récupérés pour le régime agricole est détaillé dans le **tableau 49**.

Tableau 49 :
Nombre d'enquêtes accident, montants récupérés au régime agricole entre 2019 et 2021

	2019	2020	2021	Evolution 2020-2019	Evolution 2021-2019
Nombre d'enquêtes accident	18 038	13 870	15 596	- 23,1 %	- 13,5 %
Montant récupéré auprès des assureurs des tiers responsables	43 287 342 €	40 624 756 €	44 075 114 €	- 6,2 %	+ 8, %
Montant récupéré par assuré (distinction du régime à partir de 2021)	13,62 €	12,81 €	SA : 16,12 € NSA : 10,73 €	-	-

Source : CCMISA

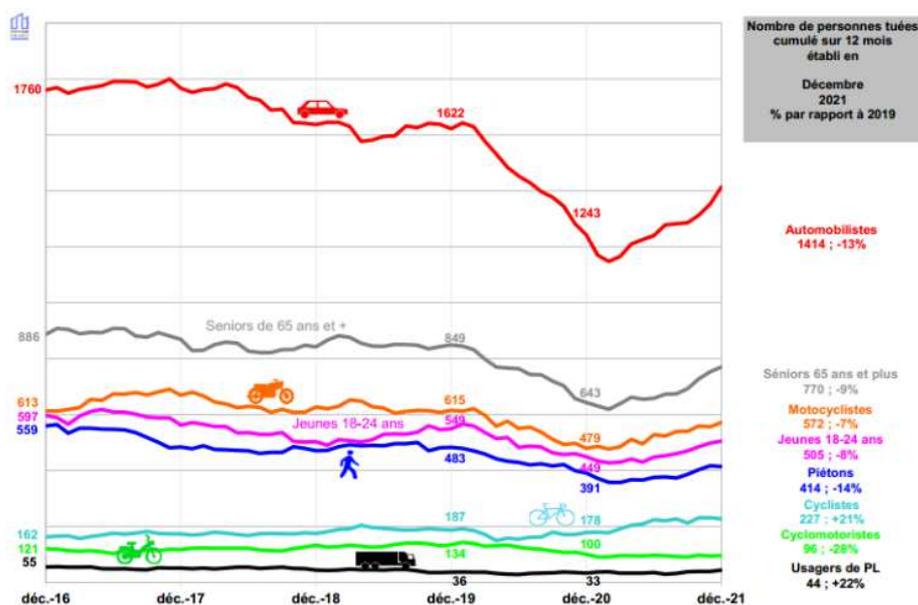
Le nombre d'enquêtes accident a fortement chuté en 2020 suite à la crise sanitaire (- 23,1 %), le niveau de 2019 n'a pas été rattrapé en 2021.

En effet, compte tenu de la pandémie de Covid, les indicateurs de l'accidentalité routière ont présenté une baisse historique en 2020 (**Graphique 62 et Tableau 50**).

Les différentes mesures gouvernementales pour lutter contre la pandémie de Covid-19 (confinement, couvre-feu, télétravail) ont entraîné une diminution du nombre d'accident de la circulation, et donc de blessés et des autres accidents (baisse du nombre d'enquêtes accident avec le report des audiences et des opérations chirurgicales ainsi qu'avec les fermetures des établissements scolaires...). En raison de cette pandémie, beaucoup d'utilisateurs ont changé de modes de déplacement, notamment en zone urbaine (marche à pied, trottinettes, vélo, etc.), également du fait de la généralisation du télétravail après la levée de l'état d'urgence sanitaire.

On observe, depuis le mois de mai 2021, que le nombre d'accidents et de blessés est reparti à la hausse, ce qui présage une reprise de l'accidentologie avec la levée des restrictions.

Graphique 62 :
Données relatives aux accidents corporels enregistrés par les forces de l'ordre, en France métropolitaine entre 2016 et 2021



Source : ONISR, données définitives jusqu'en 2021

Tableau 50 :
Données relatives aux accidents corporels enregistrés par les forces de l'ordre, en France métropolitaine de 2010 à 2021

	Accidents corporels	Tués à 30 jours	Blessés
2010	67 288	3 992	84 461
2011	65 023	3 963	81 249
2012	60 435	3 653	75 849
2013	56 812	3 268	70 607
2014	58 191	3 384	73 048
2015	56 603	3 461	70 802
2016	57 522	3 477	72 645
2017	58 613	3 448	73 384
2018	55 766	3 248	69 887
2019	56 016	3 244	70 490
2020	45 121	2 541	55 836
2021	53 540	2 944	67 057
Evolution 2019-2021	-4%	-9%	-5%
Evolution 2020-2021	+19%	+16%	+20%
Evolution 2010-2021	-20%	-26%	-21%

Source : ONISR, données définitives jusqu'en 2021

Concernant le volet médical du RCT, la réunion plénière en février 2022 a acté le lancement du groupe « Recours Contre Tiers » (CMCD) du Plan National de Contrôle Médical. Celui-ci est composé de médecins-conseils régionaux, médecins-conseils chefs, médecins-conseils, cadres administratifs, coordonnateurs.

Les objectifs de ce groupe de travail sont les suivants :

- définir le recours contre tiers,
- décrire le traitement du recours contre tiers,
- identifier des pistes d'optimisation des circuits de traitement médico-administratif, (intra-caisse, inter-caisse voire nationale),
- décrire les possibilités d'optimisation des organisations.

A l'issue de ces travaux, les procédures seront diffusées sur le portail Essentiel CMCD et devront être mises en œuvre par les caisses.

La première réunion du groupe de travail a eu lieu en avril 2022.

www.msa.fr
<https://statistiques.msa.fr>
<https://geomsa.msa.fr>

Crédits photos : Republica, DGLimages, KenanOlgun Istockphoto ; Jean-Paul Guillou ; Didier Le Scour / CCMSA Image - Juin 2022

MSA caisse centrale
19, rue de Paris
CS 50070
93013 Bobigny cedex

Tél. : 01 41 63 75 83
www.msa.fr



L'essentiel & plus encore