

Rapport Charges et Produits MSA 2024

■ Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement
sur l'évolution des charges et des produits au titre de 2024 (loi du 13 août 2004)



Sommaire

SOMMAIRE

Synthèse	5
Liste des propositions de la MSA pour 2024	13
Axe « Prévention, promotion de la santé, éducation à la santé et préservation de l'autonomie ».....	13
Axe « Prévention et lutte contre le mal-être »	13
Axe « Structuration de l'offre de soins sur les territoires »	13
Axe « Qualité des pratiques, pertinence des soins et parcours de soins ».....	13
Axe « Contrôle et lutte contre la fraude »	13
Axe « Enjeux numériques et recherche en santé ».....	14
Partie 1 : Les charges et les produits du régime agricole et le suivi de l'Ondam.....	15
1.1. Les charges et les produits du régime agricole	16
1.2. Le suivi de l'Ondam au régime agricole en 2022.....	20
1.2.1. L'évolution des soins de ville	21
1.2.2. L'évolution des dépenses au titre des établissements sanitaires	22
1.3. Les perspectives 2023-2024 pour l'enveloppe des soins de ville	22
1.3.1. Les prévisions 2023.....	22
1.3.2. Les évolutions tendancielle 2024 en soins de ville	24
Partie 2 : Les caractéristiques de la population agricole	26
2.1. Les caractéristiques démographiques des personnes protégées en maladie au régime agricole ...	27
2.2. Les caractéristiques sanitaires des patients du régime agricole	32
2.2.1. La cartographie des pathologies au régime agricole en 2021	32
2.2.2. La structure par pathologie de la dépense Ondam au régime agricole en 2021.....	42
2.2.3. Les patients en affection de longue durée au régime agricole en 2021.....	47
2.2.4. La mortalité par suicide et les tentatives de suicide au régime agricole.....	52
2.2.4.1. La mortalité par suicide au régime agricole en 2020	52
2.2.4.2. Les tentatives de suicide au régime agricole de 2017 à 2021	55
2.2.4.3. Lien entre tentatives de suicide et mortalité par suicide au régime agricole	59
2.2.5. La consommation de soins dentaires chez les jeunes patients du régime agricole.....	64
2.3. Les caractéristiques territoriales des patients du régime agricole en lien avec l'offre de soins.....	66
2.3.1. Analyse des densités des professionnels de santé de premier recours par territoire de vie.....	66
2.3.2. L'accessibilité potentielle localisée aux professionnels de santé de premier recours.....	73
Partie 3 : Les propositions de la MSA pour contribuer aux politiques publiques de santé	80
3.1. Axe « Prévention, promotion de la santé, éducation à la santé et préservation de l'autonomie »	82
3.1.1. Une offre de prévention ciblée en lien avec l'ensemble des acteurs de santé.....	82
3.1.2. L'accompagnement des personnes dans l'accès aux droits : le Rendez-vous Prestations MSA	95
3.1.3. La préservation de l'autonomie des résidents des Marpa.....	97
3.2. Axe « Prévention et lutte contre le mal-être »	99
3.2.1. Le module mal-être de GéoMSA.....	99

3.2.2. La prévention du mal-être du monde agricole et rural	100
3.3. Axe « Structuration de l'offre de soins sur les territoires »	110
3.4. Axe « Qualité des pratiques, pertinence des soins et parcours de soins »	111
3.4.1. Les actions du plan national GDR 2022 de la MSA	111
3.4.2. Les nouvelles études et propositions	111
3.4.2.1. Pertinence et efficacité des produits de santé	111
3.4.2.2. Pertinence et qualité des actes et des parcours de soins	131
3.4.2.3. Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêt de travail : la prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien en emploi	137
3.5. Axe « Contrôle et lutte contre la fraude »	140
3.5.1. Bilan de la lutte contre la fraude 2022 de la MSA dans le domaine santé	140
3.5.2. Actions de contrôles LCF/GDR sur les centres de santé ophtalmologiques et dentaires	143
3.5.3. Contrôle des praticiens réalisant des actes bucco-dentaires dans l'application des bonnes pratiques	143
3.5.3.1. Contrôle du respect de la cotation HBLD418 applicable aux couronnes unitaires implantoprotégées ..	143
3.5.3.2. Contrôle du respect de la prise en charge du bridge remplaçant une incisive côté HBLD785, ainsi que les actes de prothèses et soins associés	144
3.5.3.3. Contrôle du respect des conditions de facturation des bilans parodontaux et des actes de DSR (Détartrage Surfaçage Radiculaire) pour les assurés diabétiques en ALD 08	145
3.5.4. Contrôle de facturation par les masseurs-kinésithérapeutes des actes AMK/AMC 20 et AMK/AMC 28 réalisés chez des patients en ALD pour broncho-pneumopathie chronique obstructive	146
3.5.5. Contrôle de facturation réalisée par les infirmiers	149
3.5.6. Contrôle de facturation des actes bilatéraux de radiologie	154
3.5.7. Détection et accompagnement des assurés « méga-consommateurs » de traitements substitutifs aux opiacés (TSO) et information des médecins prescripteurs	156
3.5.8. Contrôle du respect des tarifs dégressifs de location des produits de la liste des produits et prestations (LPP) remboursables	156
3.6. Axe « Enjeux numériques et recherche en santé »	158
3.6.1. Contribuer au développement du numérique en santé	158
3.6.2. Développer des travaux de recherche en partenariat	160
Annexes	164
Annexe 1 : Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2023	165
1.1. Axe « Prévention, promotion de la santé et éducation à la santé »	165
1.2. Axe « Prévention du mal-être »	166
1.3. Axe « Structuration de l'offre de soins sur les territoires »	167
1.4. Axe « Qualité des pratiques, pertinence des soins et des prescriptions d'arrêt de travail »	167
1.5. Axe « Contrôle et lutte contre la fraude »	168
1.6. Axe « Enjeux numériques, science de la donnée et recherche en santé »	168
Annexe 2 : La cartographie des pathologies au régime agricole	169
Annexe 3 : Définitions et algorithmes des groupes de pathologies qui composent la dépense estimée	171
Annexe 4 : Facteurs de risque du suicide, méthode du modèle de Cox	173

Annexe 5 : Les actions du plan national GDR maladie 2022	174
5.1. Prévention	174
5.2. Structuration de l'offre de soins	174
5.3. Pertinence et efficience des produits de santé.....	177
5.4. Pertinence et qualité des actes	179
5.5. Pertinence et efficience des prescriptions d'arrêts de travail.....	182
5.6. Contrôle et lutte contre la fraude	184
5.7. Autres actions locales	186
5.8. Mutualisation du recours contre tiers	187

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 2024 présente les 23 propositions du régime agricole pour contribuer aux politiques publiques de santé sur les territoires.

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 confortent la MSA dans son rôle d'acteur du monde rural et son approche globale de la santé pour répondre aux besoins de ses adhérents sur les territoires.

Le rapport Charges et Produits de la MSA pour 2024 comporte trois parties :

- Les charges et les produits du régime agricole et le suivi de l'Ondam,
- Les caractéristiques démographiques, sanitaires et territoriales de la population agricole,
- Les propositions de la MSA pour contribuer aux politiques publiques de santé structurées selon 6 axes.

En **Annexe 1** du rapport est présenté un suivi des propositions formulées dans le rapport Charges et Produits de la MSA pour 2023.

Les propositions du rapport 2024 feront également l'objet d'un suivi spécifique.

1. La première partie du rapport présente les charges et les produits ainsi que le suivi de l'Ondam

Pour la branche maladie, le total des dépenses au régime des non-salariés agricoles s'élève à plus de 7,2 milliards d'euros au titre de l'année 2022. Les prestations sociales maladie représentent 84,4 % des dépenses du régime, soit près de 6,1 milliards d'euros.

Concernant les produits, le financement professionnel, composé des cotisations sociales et de la Contribution sociale généralisée (CSG), d'un montant total de plus de 0,9 milliard d'euros, constitue 12,5 % des recettes totales en 2022. Les autres sources de financement proviennent des transferts du régime général qui équilibrent le solde de la branche maladie (plus de 4,2 milliards d'euros, soit 58,7 % des recettes), et des impôts et taxes affectés (ITAF, près de 1,6 milliard d'euros).

La diminution des recettes depuis 2018 s'explique principalement par la quasi-disparition des transferts entre organismes de Sécurité sociale (hors transferts d'équilibrage) suite à la création de la branche autonomie.

Pour la branche maladie, le total des dépenses au régime des salariés agricoles s'élève à plus de 6,1 milliards d'euros au titre de l'année 2022. Les dépenses de prestations sociales (prestations légales et extra-légales) de 5,0 milliards d'euros restent le principal poste de dépenses, soit 82,3 % des dépenses du régime des salariés agricoles.

Concernant les produits, le financement professionnel, composé des cotisations sociales et de la Contribution sociale généralisée (CSG), d'un montant total de plus de 2,7 milliards d'euros, constitue 44,4 % des recettes totales. Les transferts du régime général équilibrent le solde de la branche maladie (plus de 2,7 milliards d'euros, soit 44,9 % des recettes).

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 11,76 milliards d'euros en 2022. Elles sont en progression de 2,6 % par rapport aux dépenses de 2021.

Cette hausse des dépenses résulte de l'augmentation de 4,9 % des dépenses en établissements de santé et dans une moindre mesure de celle de 0,5 % des dépenses de soins de ville.

Les prestations exécutées en établissement de santé et en ville représentent respectivement 47,3 % et 46,9 % des dépenses du régime agricole suivant le champ de l'Ondam en 2022.

La LFSS pour 2023 fixe l'Ondam pour les quatre années à venir et retient un montant de 244,1 milliards d'euros pour 2023. Cela correspond à un repli prévisionnel de 1,2 % par rapport à 2022 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 + 2,3 % en 2024, puis + 2,7 % en 2025 et + 2,6 % en 2026. S'agissant de l'enveloppe soins de ville, l'évolution prévisionnelle pour 2023 est fixée à - 3,2 %.

Pour l'ensemble du régime agricole, les prévisions relatives aux dépenses de soins de ville sur le champ de l'Ondam 2023, 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 5,4 milliards d'euros, en baisse de 2,8 %.

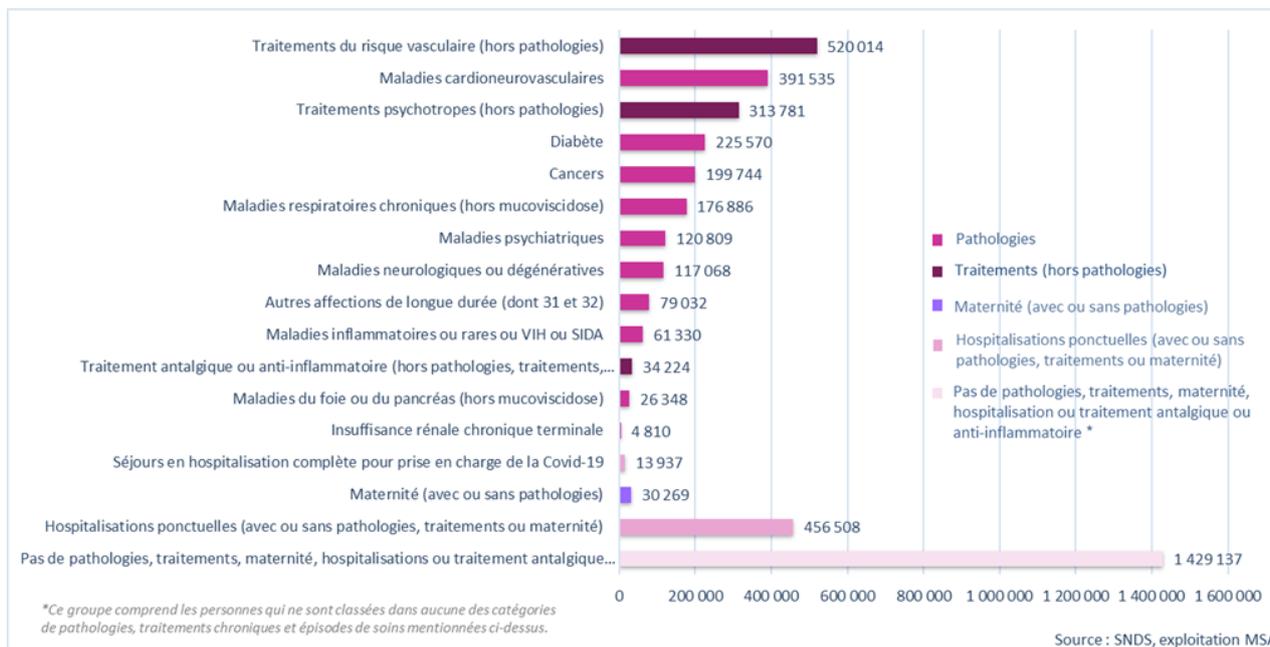
2. La seconde partie de ce rapport est consacrée aux résultats d'études portant sur les caractéristiques de la population affiliée au régime agricole

Cette partie du 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 2021, parmi les 2,9 millions de personnes du régime agricole consommant des soins, un assuré sur trois souffre d'au moins une pathologie (31,8 %). Les pathologies affectant le plus d'assurés du régime sont les maladies cardionéurovasculaires, le diabète et les cancers. Par ailleurs, les traitements chroniques (hors pathologie) les plus fréquents concernent le risque vasculaire (520 014 assurés) et les traitements par psychotropes (313 781 assurés) (**Graphique 1**).

Graphique 1 :

Nombre de consommateurs du régime agricole affectés par une pathologie ou un épisode de soins en 2021



Une deuxième étude analyse la structure par pathologie des dépenses relevant de l’Ondam au régime agricole. En 2021, 11 milliards d’euros ont été remboursés par le régime agricole pour la prise en charge des dépenses de santé de près de 3 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 près de 20 % de la dépense en 2021, soit 2,15 milliards d’euros pour la prise en charge de plus de 456 500 assurés. **Les maladies cardiovasculaires chroniques** constituent le deuxième poste de dépenses pour lesquelles 1,36 milliard d’euros (soit 12,5 % des dépenses) a été pris en charge par le régime agricole pour 382 200 assurés. **Les cancers actifs** représentent le troisième poste de dépenses avec 1,31 milliard d’euros remboursés (12 % des dépenses) pour 87 200 personnes prises en charge. **Les maladies psychiatriques** représentent 8,8 % des dépenses avec 0,84 milliard d’euros remboursés pour 120 800 personnes.

Une troisième étude traite des patients en affection de longue durée (ALD). Les patients en ALD représentent 26 % de la population affiliée au régime agricole ayant eu un soin en 2021, soit un effectif de 771 856 patients. Ce pourcentage est beaucoup plus élevé chez les non-salariés agricoles (37 %) que chez les salariés agricoles (19 %). Parmi les patients en ALD, 56 % sont affiliés au régime des non-salariés et 44 % au régime des salariés. Leur moyenne d’âge est de 72 ans (79 ans pour les non-salariés et 64 ans pour les salariés). Cette population est majoritairement masculine (53 % d’hommes contre 47 % de femmes). La part de patients en ALD augmente avec l’âge et de façon significative à partir de 40 ans.

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 ou épisode de soins est calculée sur la base du montant moyen par assuré de la dépense « tous régimes » et du nombre d’assurés du régime agricole, puis ajustée au montant de l’Ondam du régime agricole.

Une étude analyse la mortalité par suicide² et les tentatives de suicide des assurés agricoles. En 2020, les consommateurs de soins du régime agricole de 15 à 64 ans ont un risque de mortalité par suicide supérieur de 30,9 % à celui des assurés tous régimes (le sur-risque est de 77,3 % pour les non-salariés et il est non significatif pour les salariés agricoles). Au sein de la population des assurés du régime agricole de 65 ans et plus, le phénomène suicidaire est beaucoup plus fréquent que dans l'ensemble de la population (sur-risque de 63,5 %), à structure par âge et sexe identique (82,1 % pour les non-salariés et résultat non significatif pour les salariés agricoles).

La non-significativité constatée en 2020 pour les salariés agricoles doit être interprétée avec prudence et nécessite un approfondissement des travaux. En effet, elle pourrait être le résultat d'un accroissement du risque de mortalité par suicide pour la population générale qui, sans réduire le sur-risque pour les salariés agricoles, se traduirait par une absence de caractère discriminant pour les salariés par rapport à la population générale.

L'étude sur les tentatives de suicides suivies d'hospitalisation des assurés agricoles porte sur la période 2017-2021 et montre une relative stabilité. En 2021, le taux brut de tentatives de suicide suivies d'hospitalisation au régime agricole est de 9,2 pour 10 000 consommateurs de soins ; un taux inférieur à celui de la population tous régimes (12 pour 10 000). En population générale comme pour le régime agricole, le taux de tentatives de suicide est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, et tout particulièrement pour les jeunes femmes de 15 à 19 ans, chez lesquelles les tentatives de suicide sont jusqu'à 4 fois plus fréquentes que chez les jeunes hommes (51 ‰ pour les jeunes femmes tous régimes et 41 ‰ pour les jeunes femmes du régime agricole contre 12 ‰ et 10 ‰ respectivement pour les jeunes hommes). Le sur-risque des affiliées au régime agricole demeure inférieur à celui des femmes tous régimes.

Par ailleurs, est étudié **le lien entre tentatives de suicide et suicide**. En 2020, pour l'ensemble des régimes, 19 % des personnes qui se sont suicidées avaient déjà fait une tentative de suicide suivie d'hospitalisation³ dans les 5 ans précédents. Sur l'ensemble des régimes, les **personnes âgées de 15 à 64 ans** ayant fait une tentative de suicide suivie d'hospitalisation, au cours des 5 ans précédents, ont un risque de suicide multiplié par 42 par rapport à celles n'ayant pas eu d'hospitalisation pour ce motif. Plus la tentative de suicide est récente, plus le sur-risque est élevé ; si elle s'est produite dans l'année écoulée, l'excès de risque est multiplié par 101. Les **personnes de 65 ans et plus** ayant fait une tentative de suicide suivie d'hospitalisation, au cours des 5 ans précédents, ont un risque de suicide multiplié par 48 par rapport à celles n'ayant pas eu d'hospitalisation pour ce motif. Lorsque la tentative de suicide est récente, le sur-risque est encore plus marqué ; si elle s'est produite dans l'année écoulée, l'excès de risque est multiplié par 131.

Pour les assurés agricoles âgés de 15 à 64 ans, le phénomène est identique, le risque est multiplié par 36 lorsqu'il y a eu une tentative de suicide dans les 5 ans précédents et par 70 lorsque la tentative de suicide a eu lieu au cours de l'année passée.

Chez les assurés agricoles de 65 ans et plus, le phénomène est identique : un risque de suicide 40 fois plus élevé lorsque les personnes ont tenté de se suicider au cours des 5 ans précédents et un risque multiplié par 107 lorsqu'ils ont été hospitalisés pour tentative de suicide dans l'année écoulée.

² Les données détaillées les plus récentes sur les causes médicales de mortalité publiées par le CépiDc (Inserm) concernent l'année 2020. Celles-ci doivent être interprétées avec précaution dans la mesure où des évolutions très significatives ont été opérées à partir de 2018 afin de permettre un meilleur repérage des suicides (cf **Encadré 2**). Les données 2020 suivent la publication des données 2017. La rupture de la série (données détaillées 2018 et 2019 non disponibles à ce jour) résulte de la nécessité d'une remontée urgente, exigée par les pouvoirs publics, des causes de mortalité durant la pandémie de Covid-19. Un plan visant à accélérer la publication des informations et à en améliorer la qualité a été mis en place. En attendant les données définitives des années 2018 et 2019, la comparaison des données des années 2018, 2019 et 2020 à celles des années précédentes doit être menée avec la plus grande précaution.

³ Dans cette étude, seules sont prises en compte les tentatives de suicide suivies d'une hospitalisation en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO). Dans la suite de l'étude, le terme « tentative de suicide », ou TS, correspondra à cette définition.

Enfin, une étude analyse **les facteurs de risque de mortalité par suicide des assurés agricoles**. 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, régime, pathologies, tentatives de suicide) ont un impact significatif.

Une étude traite de **la consommation de soins dentaires chez les jeunes patients du régime agricole** entre 2017 et 2020.

D'autres études sont disponibles dans le rapport. L'une d'entre elles traite des densités des professionnels de santé de premier recours par territoire de vie. Celle-ci montre, d'une part une **proportion plus élevée de patients du régime agricole** résidant dans des **territoires de vie sous-denses** en termes de médecins-généralistes, de chirurgiens-dentistes, de masseurs-kinésithérapeutes libéraux actifs et de sages-femmes libérales actives et d'autre part, une **proportion moins élevée de patients du régime agricole** résidant dans des territoires de vie sous-denses en termes d'infirmiers libéraux actifs ou de pharmacies.

Enfin, une étude sur l'accessibilité potentielle localisée (APL) aux professionnels de santé de premier recours⁴ montre que **18,8 % des patients du régime agricole** ont une accessibilité aux médecins généralistes **inférieure à 2,5 consultations** par an et par habitant (cette proportion s'élève à 12,3 % dans la population générale, soit 6,5 points de moins qu'au régime agricole). Sur les 5 dernières années, la part de patients ayant une accessibilité inférieure à 2,5 consultations par an est en **progression de 4,7 points au régime agricole et de 4,2 points dans la population générale**. D'une manière plus générale, les résultats montrent qu'**une proportion plus importante de patients au régime agricole comparativement à la population générale réside dans des communes caractérisées par une moindre APL** et ceci pour les 4 professionnels de santé étudiés (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes).

3. La troisième partie du rapport rassemble les 23 propositions de la MSA pour contribuer aux politiques publiques de santé

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

En matière de prévention, de promotion de la santé, d'éducation à la santé et de préservation de l'autonomie, la MSA entend continuer à renforcer ses programmes nationaux de prévention. De nouvelles actions seront conçues ou conduites, telles la réalisation d'entretiens motivationnels addictions (alcool) dans le cadre des Instants santé MSA, la refonte des Instants santé Jeunes pour les 16-24 ans et les actions d'aller-vers dans le cadre des dépistages organisés des cancers. La poursuite de l'intégration de la prévention dans les étapes d'apprentissage des futurs professionnels ou des professionnels poursuivant une formation continue dans le cadre de la Convention de l'enseignement agricole fait aussi partie des propositions de mise en œuvre. La MSA encourage également le développement des Maisons d'Accueil et de Résidence pour l'Autonomie (Marpa) et le sport santé adapté pour ses résidents.

Afin de **prévenir et lutter contre le mal-être agricole**, la MSA entend développer et encourager les liens avec l'ensemble des acteurs de la prévention du mal-être agricole tout en renforçant leur maillage territorial et en capitalisant sur les actions locales de prévention. Par ailleurs, la MSA met à disposition des acteurs concernés un outil de diagnostic territorial du risque de mal-être de la population agricole à partir de GéoMSA (<https://geomsa.msa.fr>) afin de développer des actions de prévention mieux ciblées sur les territoires.

⁴ Est considérée comme une commune sous-dense, celle dont les habitants ont accès à moins de 2,5 consultations (et visites) par an chez un médecin généraliste.

Dans la structuration de l'offre de soins sur les territoires, la MSA amplifiera le rôle de facilitateur dans l'organisation en santé en milieu rural, notamment par l'accompagnement au développement de nouvelles structures d'exercice coordonné (MSP, CPTS) et à leur portage d'actions de santé publique. La MSA renforcera son implication en termes de coordination entre les CPTS et hôpitaux de proximité pour favoriser les parcours de soins et répondre aux besoins de la population locale.

La MSA développe également des actions de gestion du risque. En termes de qualité des pratiques, de pertinence des soins et de parcours de soins, elle propose de sensibiliser les professionnels de santé aux prescriptions de médicaments inappropriés chez les personnes âgées et de contribuer au maintien en emploi des assurés atteints d'un cancer ou d'une maladie chronique évolutive. Enfin, elle contribue dans le cadre de l'inter-régime à la mission « zéro patient en ALD sans médecin traitant ».

En matière de lutte contre la fraude, elle contrôlera les centres de santé dentaires déviants dans le cadre de l'inter-régime, l'application des bonnes pratiques des praticiens réalisant des actes bucco-dentaires, les facturations réalisées par les infirmiers pour certains actes, les facturations des actes bilatéraux de radiologie et le respect des tarifs dégressifs de location des produits de la liste des produits et prestations remboursables. Par ailleurs, elle mettra en œuvre une action de détection et d'accompagnement des assurés « méga-consommateurs » de traitements substitutifs aux opiacés et mènera une campagne d'informations auprès des médecins prescripteurs. La MSA initiera aussi des contrôles sur les facturations réalisées par les masseurs-kinésithérapeutes pour certains actes réalisés chez des patients en affection de longue durée pour broncho-pneumopathie chronique obstructive.

Enfin, pour répondre aux **enjeux numériques**, la MSA accélérera l'adaptation de ses systèmes d'information en santé pour améliorer la détection, le ciblage, la personnalisation et développer des dispositifs d'« aller-vers ». Concernant la **recherche en santé**, elle développera d'une part, des travaux de recherche sur les thématiques en lien avec la santé mentale, l'organisation des professionnels de santé sur les territoires ruraux et l'exposition aux produits phytopharmaceutiques et d'autre part, des études épidémiologiques en utilisant la sérothèque collectée au cours du projet SMARTTIQ (Séroprévalence des Micro-organismes A Risque de Transmission par les Tlques).

**Liste des propositions de la MSA
pour 2024**

Liste des propositions de la MSA pour 2024

Axe « Prévention, promotion de la santé, éducation à la santé et préservation de l'autonomie »

Proposition 1 : Réaliser des entretiens motivationnels addictions (alcool) dans le cadre des Instants santé MSA

Proposition 2 : Refondre les Instants santé Jeunes des 16-24 ans

Proposition 3 : Réaliser des actions « d'aller-vers » dans le cadre des dépistages organisés des cancers

Proposition 4 : Poursuivre l'intégration de la prévention dans les étapes d'apprentissage des futurs professionnels ou des professionnels poursuivant une formation continue dans le cadre de la Convention de l'enseignement agricole

Proposition 5 : Encourager le développement des Marpa (Maisons d'Accueil et de Résidence pour l'Autonomie) et favoriser le Sport santé adapté

Axe « Prévention et lutte contre le mal-être »

Proposition 6 : Mettre à disposition des acteurs concernés un outil de diagnostic territorial du risque de mal-être de la population agricole à partir de GéoMSA

Proposition 7 : Renforcer le maillage territorial d'acteurs de la lutte contre le mal-être agricole

Proposition 8 : Développer et encourager les liens avec les acteurs de la prévention du mal-être agricole

Proposition 9 : Encourager une dynamique de capitalisation sur les actions locales de prévention du mal-être agricole

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

Proposition 10 : Amplifier le rôle de facilitateur de la MSA dans l'organisation en santé en milieu rural notamment par l'accompagnement au développement de nouvelles structures d'exercice coordonné (MSP, CPTS) et à leur portage d'actions de santé publique ainsi qu'aux relations entre CPTS et hôpitaux de proximité pour favoriser les parcours de soins et répondre aux besoins de la population locale

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

Proposition 11 : Sensibiliser les professionnels de santé aux prescriptions de médicaments inappropriés chez les personnes âgées

Proposition 12 : Contribuer à la mission « zéro patient en ALD sans médecin traitant » dans le cadre de l'inter-régime

Proposition 13 : Contribuer à l'élargissement du maintien en emploi des assurés atteints d'un cancer ou d'une maladie chronique évolutive

Axe « Contrôle et lutte contre la fraude »

Proposition 14 : Contrôler les centres de santé dentaires déviants dans un cadre inter-régime

Proposition 15 : Contrôler les praticiens réalisant des actes bucco-dentaires dans l'application des bonnes pratiques

Proposition 16 : Contrôler les facturations par les masseurs-kinésithérapeutes pour certains actes réalisés chez des patients en ALD pour broncho-pneumopathie chronique obstructive

Proposition 17 : Contrôler les facturations réalisées par les infirmiers pour certains actes

Proposition 18 : Contrôler les facturations des actes bilatéraux de radiologie

Proposition 19 : Détecter et accompagner les assurés « méga-consomphants » de traitements substitutifs aux opiacés (TSO), et informer les médecins prescripteurs

Proposition 20 : Contrôler le respect des tarifs dégressifs de location des produits de la liste des produits et prestations (LPP) remboursables

Axe « Enjeux numériques et recherche en santé »

Proposition 21 : Accélérer l'adaptation des systèmes d'information en santé pour améliorer la détection, le ciblage, l'aller-vers et la personnalisation

Proposition 22 : Développer des travaux de recherche sur les thématiques en lien avec la santé mentale, l'organisation des professionnels de santé sur les territoires ruraux et l'exposition aux produits phytopharmaceutiques

Proposition 23 : Participer à la réalisation d'études épidémiologiques en utilisant la sérothèque collectée au cours du projet SMARTTIQ (Séroprévalence des Micro-organismes A Risque de Transmission par les TIques)

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

1.1. Les charges et les produits du régime agricole

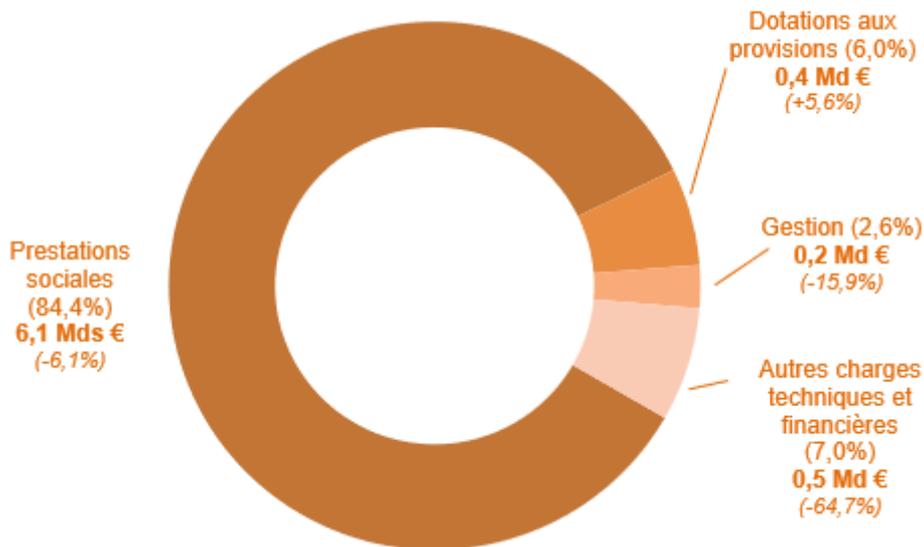
Pour la branche maladie, le total des dépenses au régime des non-salariés agricoles s'élève à plus de 7,2 milliards d'euros au titre de l'année 2022. Les prestations sociales maladie représentent 84,4 % des dépenses du régime, soit près de 6,1 milliards d'euros (**Tableau 1, Graphique 2**).

Depuis 2018, la baisse des dépenses s'explique par une diminution des dépenses de prestations sociales (prestations légales et extra-légales), le principal poste de dépenses. Par ailleurs, le fort recul des charges techniques, notamment sous l'effet de la création de la cinquième branche de la Sécurité sociale et la fin des transferts financiers associés, accentue ce mouvement de baisse.

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

Branche Maladie	CHARGES NSA 2022	Montants	%	Evol sur 5 ans
	Prestations sociales	6 083,4	6 083,4	84,4%
Dotations aux provisions	428,8	428,8	6,0%	+5,6%
Gestion	189,5	189,5	2,6%	-15,9%
Autres charges techniques et financières	501,8	501,8	7,0%	-64,7%
Total	7 203,6	7 203,6	100,0%	-15,6%

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



Source : MSA

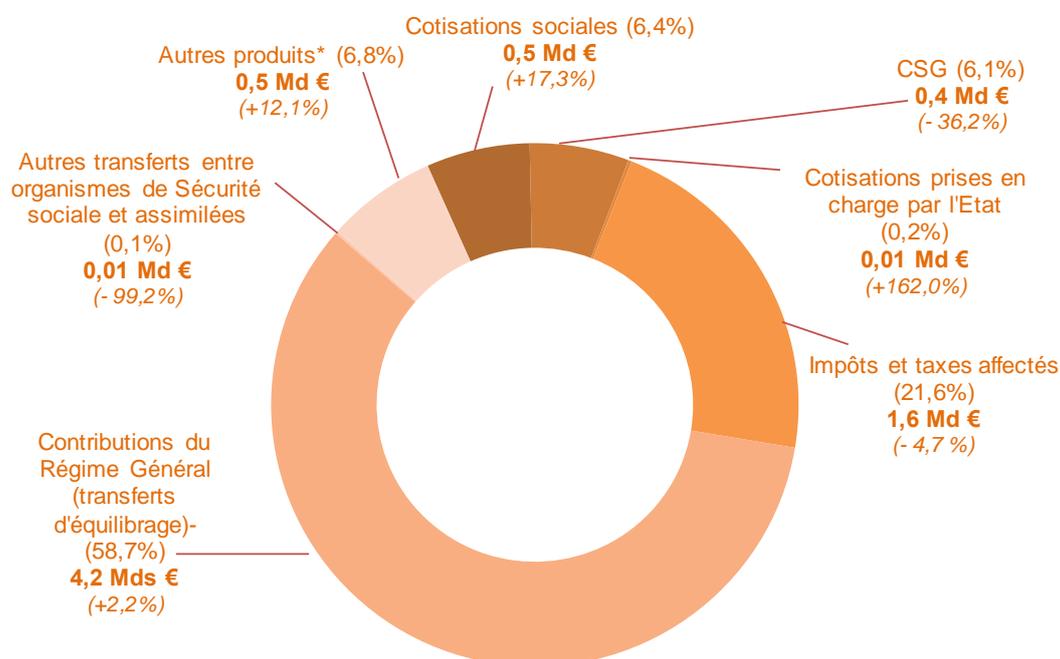
Concernant les produits, le financement professionnel, composé des cotisations sociales et de la Contribution sociale généralisée (CSG), d'un montant total de plus de 0,9 milliard d'euros, constitue 12,5 % des recettes totales en 2022. Les autres sources de financement proviennent des transferts du régime général qui équilibrent le solde de la branche maladie (plus de 4,2 milliards d'euros, soit 58,7 % des recettes), et des impôts et taxes affectés (ITAF, près de 1,6 milliard d'euros) (**Tableau 2, Graphique 3**).

La diminution des recettes depuis 2018 s'explique principalement par la quasi-disparition des transferts entre organismes de Sécurité sociale (hors transferts d'équilibre) suite à la création de la branche autonomie.

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

PRODUITS NSA 2022		Montants	%	Evol sur 5 ans
Branche Maladie	Cotisations sociales	457,7	6,4%	17,3%
	CSG	438,6	6,1%	-36,2%
	Cotisations prises en charge par l'Etat	15,4	0,2%	162,0%
	ITAF	1 558,7	21,6%	-4,7%
	Contributions du Régime Général (transferts d'équilibrage)	4 231,4	58,7%	2,2%
	Autres transferts entre organismes de Sécurité sociale et assimilées	9,7	0,1%	-99,2%
	Autres produits*	492,1	6,8%	12,1%
Total	7 203,6	100,0%	-15,6%	

Graphique 3 :
Les produits par nature au régime des non-salariés agricoles



Source : MSA

* Produits financiers et exceptionnels, reprises sur provisions.

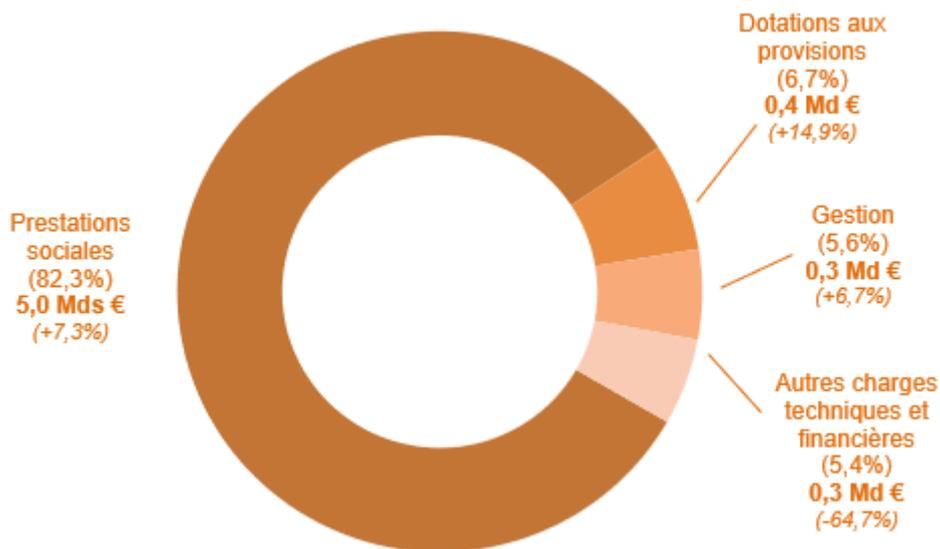
Pour la branche maladie, le total des dépenses au régime des salariés agricoles s'élève à plus de 6,1 milliards d'euros au titre de l'année 2022. Les dépenses de prestations sociales (prestations légales et extra-légales), de 5,0 milliards d'euros, sont le principal poste de dépenses, elles représentent 82,3 % des dépenses du régime des salariés agricoles (**Tableau 3, Graphique 4**).

Le fort recul des charges techniques depuis 2018 s'explique notamment par la création de la cinquième branche de la Sécurité sociale et la fin des transferts financiers associés.

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

Branche Maladie	CHARGES SA 2022	Montants	%	Evol sur 5 ans
	Prestations sociales	5 028,3	82,3%	7,3%
Dotations aux provisions	409,1	6,7%	14,9%	
Gestion	341,5	5,6%	6,7%	
Autres charges techniques et financières	327,6	5,4%	-64,7%	
Total	6 106,6	100,0%	-2,9%	

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



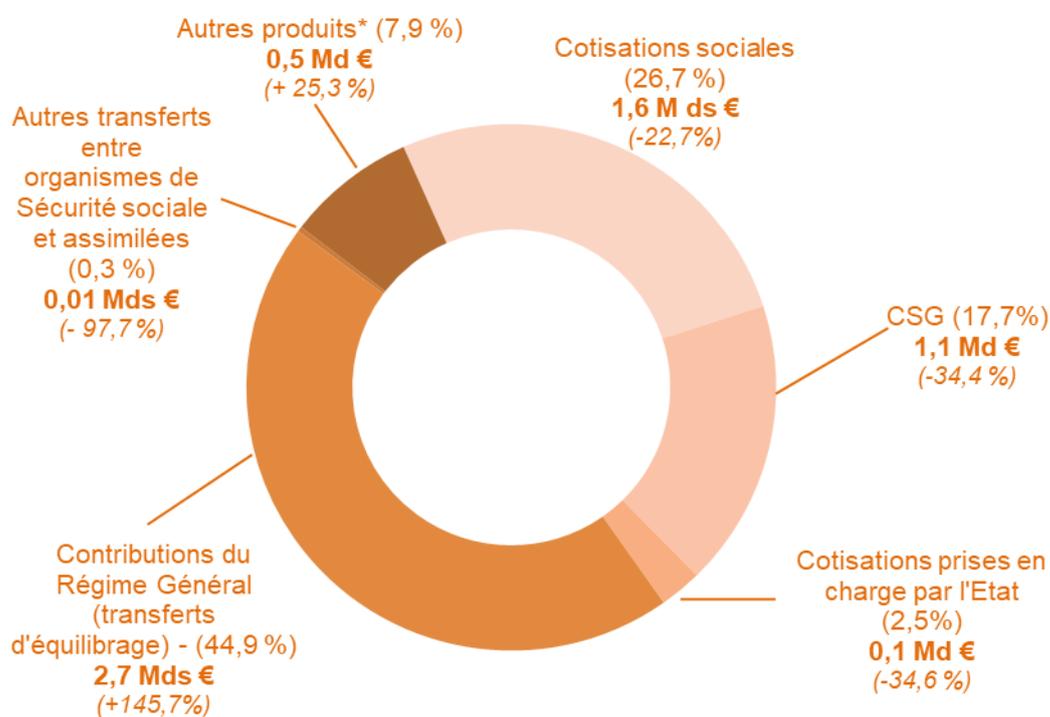
Source : MSA

Concernant les produits, le financement professionnel, composé des cotisations sociales et de la Contribution sociale généralisée (CSG), d'un montant total de plus de 2,7 milliards d'euros, constitue 44,4 % des recettes totales. Les transferts du régime général équilibrent le solde de la branche maladie (plus de 2,7 milliards d'euros, soit 44,9 % des recettes) (**Tableau 4, Graphique 5**).

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

PRODUITS SA 2022		Montants	%	Evol sur 5 ans
Branche Maladie	Cotisations sociales	1 627,7	26,7%	-22,7%
	CSG	1 078,7	17,7%	-34,4%
	Cotisations prises en charge par l'Etat	158,1	2,5%	-34,6%
	ITAF	0,0	0,0%	0,0%
	Contributions du Régime Général (transferts d'équilibrage)	2 740,6	44,9%	145,7%
	Autres transferts entre organismes de Sécurité sociale et assimilées	18,7	0,3%	-97,7%
	Autres produits*	482,7	7,9%	25,3%
	Total	6 106,6	100,0%	-2,9%

Graphique 5 :
Les produits par nature au régime des salariés agricoles



Source : MSA

* Produits financiers et exceptionnels, reprises sur provisions.

1.2. Le suivi de l'Ondam au régime agricole en 2022

La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2022 avait fixé l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) de l'exercice 2022 à 236,8 milliards d'euros. Les dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'Ondam se sont élevées à 247,2 milliards d'euros en 2022 (+ 2,9 % après + 8,4 % en 2021), en dépassement de 10,4 milliards d'euros par rapport à l'objectif initial de la LFSS pour 2022. Cet écart s'explique aux deux tiers par les dépenses supplémentaires liées à la crise sanitaire (+ 6,8 Md€). Les nouvelles mesures salariales et les autres dotations de fonctionnement supplémentaires en lien avec une inflation élevée en expliquent 20 % (2,3 Md€). Le solde est principalement constitué des mesures prises dans le cadre du Ségur de la santé et de la « mission flash urgence » à l'hôpital.

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 11,76 milliards d'euros en 2022. Elles sont en progression de 2,6 % par rapport aux dépenses de 2021 (**Tableau 5**).

Cette hausse des dépenses résulte de l'augmentation de 4,9 % des dépenses en établissements de santé et dans une moindre mesure de celle de 0,5 % des dépenses de soins de ville.

Les prestations exécutées en établissement de santé et en ville représentent respectivement 47,3 % et 46,9 % des dépenses du régime agricole suivant le champ de l'Ondam en 2022.

Tableau 5 :
Prestations champ Ondam en 2022 - Montants en millions d'euros

	Régime Agricole		Non-salariés		Salariés	
	Montants	Evolution	Montants	Evolution	Montants	Evolution
Honoraires des médecins généralistes	294,9	-2,6%	138,7	-6,5%	156,1	1,2%
Honoraires des médecins spécialistes	567,9	0,2%	261,4	-0,7%	306,5	1,1%
Honoraires des dentistes	175,4	3,0%	71,0	2,7%	104,4	3,2%
Honoraires paramédicaux	1 027,3	-1,5%	657,5	-3,0%	369,8	1,2%
dont honoraires des infirmiers	750,6	-2,5%	512,6	-3,7%	238,0	0,0%
dont honoraires des masseurs kinésithérapeutes	228,3	0,9%	128,5	-0,8%	99,8	3,1%
Biologie	230,9	-21,4%	107,7	-20,6%	123,2	-22,0%
Transports	328,2	3,4%	179,5	0,8%	148,7	6,6%
Produits de santé	1 847,8	4,6%	986,1	2,8%	861,7	6,9%
dont produits de la LPP	470,0	-0,1%	268,1	-2,5%	202,0	3,3%
dont médicaments	1 377,8	6,4%	718,0	4,9%	659,7	8,0%
Autres prestations (autres honoraires, cures thermales...)	104,9	-10,8%	53,6	-23,2%	51,3	7,2%
Autres charges (*)	209,0	-11,0%	122,0	-12,2%	87,0	-9,2%
TOTAL SOINS DE VILLE hors Indemnités Journalières	4 786,3	-0,5%	2 577,6	-2,4%	2 208,7	1,7%
Indemnités journalières	727,8	8,2%	110,5	4,9%	617,3	8,8%
TOTAL SOINS DE VILLE	5 514,1	0,5%	2 688,1	-2,1%	2 826,0	3,2%
Etablissements publics	4 639,7	4,4%	2 951,2	4,3%	1 688,6	4,6%
Cliniques privées	928,6	7,7%	503,6	7,3%	425,1	8,3%
TOTAL ETABLISSEMENT	5 568,4	4,9%	3 454,7	4,7%	2 113,6	5,3%
Autres prises en charges et FIR/FMIS	678,3	0,3%	407,5	0,2%	270,8	0,5%
TOTAL CHARGES Ondam	11 760,8	2,6%	6 550,3	1,5%	5 210,5	3,9%

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 6,55 milliards d’euros en 2022, en hausse de 1,5 % sur un an.

Les dépenses des prestations exécutées en établissements des **non-salariés agricoles** (52,7 % des dépenses) progressent de 4,7 %. Les dépenses de soins de ville des non-salariés agricoles diminuent de 2,1 %.

Les dépenses suivant le champ de l’Ondam pour le régime des **salariés agricoles** enregistrent une hausse de 3,9 % par rapport à 2021, pour un montant total de 5,21 milliards d’euros. Les dépenses en établissements (40,6 % des dépenses totales de ce régime) augmentent de 5,3 % en un an. Les remboursements de soins de ville des salariés agricoles, qui représentent 54,2 % de la dépense totale, augmentent de 3,2 % en 2022.

1.2.1. L’évolution des soins de ville

Les dépenses de soins de ville du régime agricole suivant le champ de l’Ondam évoluent de 0,5 % en 2022 après le rebond de 8,0 % en 2021 lié au faible recours aux soins l’année précédente.

En 2022, à l’exception des versements d’indemnités journalières (IJ), l’ensemble des postes de dépenses de soins de ville enregistrent des évolutions moins fortes que celles observées en 2021.

Les honoraires des médecins généralistes, des médecins spécialistes, des dentistes ainsi que les honoraires paramédicaux connaissent des évolutions inférieures à celles de l’année précédente, de respectivement - 5,5 points, - 9,5 points, - 17,1 points et - 5,3 points du fait de données majorées en 2021. Cependant, elles retrouvent des niveaux proches d’avant la crise sanitaire.

Les remboursements d’analyses médicales en laboratoire diminuent de 21,4 % après + 30,7 % en 2021 en raison de la chute des remboursements liés aux tests Covid en 2022.

Les produits de la LPP restent au même niveau qu’en 2021 (- 0,1 %). Les dépenses 2021 avaient, elles, fortement progressé (+ 6,1 %) en raison de l’impact de la réforme du 100 % Santé.

L’évolution des médicaments en 2022 est inférieure de 2,5 points à celle de 2021 qui avait été majorée par les dépenses liées à la crise sanitaire.

L’évolution des versements d’indemnités journalières s’élève à 8,2 %, soit 12,1 points de plus qu’en 2021, l’impact de la vague Omicron de début 2022 jouant fortement sur les dépenses.

Les dépenses de soins de ville pour les **non-salariés agricoles** enregistrent une baisse de 2,1 % en 2022. A l’exception des indemnités journalières, tous les postes de dépenses connaissent en 2022 des évolutions inférieures à celles de 2021. Les postes dont la baisse des remboursements s’accroît le plus sont les remboursements d’analyses médicales en laboratoire avec un recul de 44,4 points et les frais de transport avec - 12,5 points. A l’inverse, l’évolution des versements d’indemnités journalières gagne 11,3 points en un an.

Pour le régime des **salariés agricoles**, les dépenses de soins de ville progressent en 2022 de 3,2 %. Les postes contribuant le plus à la dynamique des dépenses de soins de ville sont les remboursements des médicaments et les versements d’indemnités journalières avec des contributions de 1,8 point chacun.

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

Les dépenses du régime agricole au titre des établissements augmentent de 4,9 % en 2022, avec une progression de 4,7 % pour le régime des non-salariés agricoles et de 5,3 % pour le régime des salariés agricoles (**Tableau 6**).

Tableau 6 :
Évolution des dépenses par type d'établissements en 2022

	Total	Établissements publics de santé	Établissements privés de santé
Régime agricole	4,9%	4,4%	7,7%
Non-salariés	4,7%	4,3%	7,3%
Salariés	5,3%	4,6%	8,3%

Source : MSA

Les dépenses au titre des établissements publics de santé progressent de 4,4 % en 2022 après + 8,5 % en 2021. Ce niveau, encore en hausse après deux années de forte croissance en raison des mesures liées à la Covid-19, est à rapprocher de l'évolution des ressources courantes des établissements du fait du fort niveau d'inflation, et de la revalorisation des salaires du personnel hospitalier. Il s'observe aussi bien dans le régime des non-salariés (4,3 %) que dans le régime des salariés (4,6 %).

Les remboursements de soins en établissements privés de santé augmentent de 7,7 % avec 7,3 % pour le régime des non-salariés et 8,3 % pour celui des salariés. Ces évolutions sont majorées par la forte hausse des dépenses de psychiatrie qui résulte de la réforme de financement de ces soins, avec la mise en place de la dotation populationnelle dont le montant, arrêté par région, tient compte des besoins de la population, des caractéristiques de l'offre de soins hospitalière et extrahospitalière et des projets de développement de nouvelles activités. Elle s'élève à 52,5 millions d'euros en 2022 (29,7 millions pour les non-salariés et 22,8 millions pour les salariés) alors que l'ensemble des dépenses relevant des soins psychiatriques n'était que de 22,4 millions en 2022 (6,6 millions pour les non-salariés et 15,8 pour les salariés). Les dépenses de psychiatrie majorent l'évolution des établissements privés de 3,4 points pour le régime agricole, 4,9 points pour les non-salariés et 1,5 point pour les salariés.

1.3. Les perspectives 2023-2024 pour l'enveloppe des soins de ville

1.3.1. Les prévisions 2023

La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2023 fixe l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour les quatre années à venir et retient pour 2023 un montant de 244,1 milliards d'euros. Cela correspond à un **repli** prévisionnel de **1,2 %** par rapport à 2022 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 + 2,3 % en 2024, puis + 2,7 % en 2025 et + 2,6 % en 2026.

S'agissant de l'enveloppe **soins de ville**, l'évolution prévisionnelle pour 2023 est fixée à - **3,2 %**.

Pour **l'ensemble du régime agricole**, les prévisions relatives aux dépenses de **soins de ville** sur le champ de l'Ondam 2023, 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 **5,4 milliards d'euros**, en **baisse de 2,8 %** (**Tableau 7**).

Sur le champ des **soins de santé** hors indemnités journalières (IJ), la diminution des dépenses s'accroîtrait à - **3,2 %**, après - 0,5 % en 2022. Cette évolution prévisionnelle prend en compte de moindres surcoûts liés à la lutte contre la Covid-19, avec un impact estimé à - 2,6 points.

En 2023, les versements d'**indemnités journalières** se contracteraient de -0,7 %, après une forte hausse en 2022 (+ 8,2 %) encore impacté par les indemnités liées à la Covid. Hors celles-ci, les IJ augmenteraient en 2023 de 3,0 %.

Tableau 7 :
Prévisions 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 prévisionnelle 2023	Régime Agricole	Non-salariés	Salariés
Honoraires médicaux et dentaires	-0,6%	-2,5%	+0,9%
dont honoraires des médecins généralistes	-1,6%	-3,5%	+0,0%
dont honoraires des médecins spécialistes	-0,6%	-2,6%	+1,1%
dont honoraires des dentistes	+0,8%	-0,3%	+1,6%
Honoraires paramédicaux	-0,8%	-1,8%	+0,8%
dont honoraires des infirmiers	-1,1%	-1,8%	+0,2%
dont honoraires des masseurs kinésithérapeutes	-0,5%	-2,0%	+1,4%
Biologie	-21,1%	-18,1%	-23,6%
Transports	+4,4%	+1,6%	+7,5%
Produits de santé	-3,9%	-2,5%	-5,4%
dont produits de la LPP	-0,2%	-2,0%	+2,0%
dont médicaments	-5,2%	-2,7%	-7,7%
Autres prestations (*)	+3,4%	+4,0%	+4,7%
Autres charges (**)	-16,2%	-16,1%	-16,3%
TOTAL hors indemnités journalières	-3,2%	-3,2%	-3,1%
Indemnités journalières	-0,7%	-0,2%	-0,8%
TOTAL SOINS DE VILLE	-2,8%	-3,1%	-2,6%

Source : MSA

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

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

Pour le **régime des non-salariés agricoles**, les prévisions relatives aux dépenses de **soins de ville** du champ de l'Ondam 2023 s'élèveraient à 2,6 milliards d'euros, en recul de **3,1 %**, après - 2,1 % en 2022. Cette prévision tient compte de mesures d'**économies** venant accentuer la baisse pour un impact attendu de - **1,6 point**.

Ces remboursements de soins prévisionnels resteraient marqués par la **crise sanitaire**, à travers de moindres surcoûts liés à la lutte contre la Covid-19 : hors ces prestations dédiées, les remboursements de soins de ville reculeraient de seulement 1,5 % (soit un différentiel de **1,6 point**).

En 2023, les **honoraires médicaux et dentaires** diminueraient de 2,5 %, dont - 1,6 point sous l'effet de mesures d'économies. Parallèlement, le repli des honoraires d'**auxiliaires médicaux** s'atténuerait à - 1,8 % (après - 3,0 % en 2022), sous l'hypothèse d'une trajectoire 2023 hors Covid proche de la fin d'année 2022, en reprise par rapport au 1^{er} semestre 2022 particulièrement bas.

De moins en moins majorés par les tests de dépistage de la Covid-19, les remboursements de **biologie** médicale continueraient de désenfler en 2023 (- **18,1 %** après - 20,6 %). Hors tests Covid, les dépenses d'analyses en laboratoires resteraient basses (en repli de 5,0 %), sous l'effet des mesures d'économies prévues dans l'avenant 11 de la convention nationale signée avec l'assurance maladie en janvier 2023.

Après une progression de 2,8 % en 2022, les remboursements de **médicaments et des dispositifs médicaux** **diminueraient de 2,5 %** en 2023. Les mesures d'économies escomptées, essentiellement sous forme de baisses de prix, conduiraient à minorer l'évolution de 3,1 points. Par ailleurs, l'impact de moindres surcoûts liés aux tests Covid est estimé à - 1,6 point.

S'agissant des **indemnités journalières**, les versements s'infléchiraient en 2023 (- 0,2 % après + 4,9 % en 2022). Hors IJ liées à la Covid, ils progresseraient de 1,5 %.

Pour le **régime des salariés agricoles**, les prévisions relatives aux dépenses de **soins de ville** sur le champ de l'Ondam 2023 s'élèveraient à **2,8 milliards** d'euros, en **recul de 2,6 %** (après + 3,2 % en 2022). Les **mesures d'économies** prévues joueraient à la baisse sur l'évolution des remboursements pour 1,7 point. Hors prestations dédiées à la Covid-19, les soins de ville progresseraient de 1,2 % (soit un différentiel de - 3,7 points).

Les **honoraires médicaux et dentaires** ralentiraient (+ **0,9 %** après + 1,6 %), sous l'hypothèse de mesures d'économies minorant la croissance de 1,5 point. S'agissant des soins d'**auxiliaires médicaux**, leur croissance décélèrerait légèrement (+ **0,8 %** après + 1,2 %). L'impact des moindres surcoûts Covid concerne essentiellement les soins infirmiers, dont l'évolution est minorée de 3,3 points.

A l'instar de 2022, les remboursements d'analyses de **biologie médicale** continuent de se réduire (- **23,6 %** après - 22,0 %). Hors tests Covid, leur baisse serait contenue (- 0,7 %).

Sur le champ des **produits de santé**, le recul des remboursements (- **5,4 %**) serait accentué par les moindres surcoûts Covid à hauteur de 2,1 points. Cette baisse prévisionnelle inclut des économies escomptées jouant à la baisse pour 3,3 points.

Sous l'effet d'une forte diminution des IJ liées à la Covid, les versements d'**indemnités journalières** diminueraient de 0,8 % en 2023 (+ 3,3 % hors IJ spécifiques Covid).

1.3.2. Les évolutions tendancielle 2024 en soins de ville

Pour **l'ensemble du régime agricole**, les **prévisions tendancielles**⁵ relatives aux dépenses de soins de ville sur le champ de l'Ondam s'établissent à **5,5 milliards** d'euros pour 2024, en hausse de **3,2 %** par rapport aux montants prévisionnels 2023, sous l'hypothèse de surcoûts Covid de même ampleur les deux années.

Pour le **régime des non-salariés agricoles**, les remboursements de soins de ville atteindraient 2,6 milliards d'euros, correspondant à une augmentation tendancielle de **0,8 %** ; pour le **régime des salariés agricoles**, le montant s'élèverait à 2,9 milliards d'euros, pour une évolution tendancielle de + **5,4 %** (Tableau 8).

⁵ Il s'agit des prévisions de remboursements de soins de ville y compris surcoûts liés à la lutte contre la Covid-19 mais hors nouvelles mesures d'économies.

Tableau 8 :
Prévisions tendancielle 2024 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 2024	Régime Agricole	Non-salariés	Salariés
Honoraires médicaux et dentaires	+2,4%	+0,2%	+4,1%
dont honoraires des médecins généralistes	+1,0%	-1,4%	+3,0%
dont honoraires des médecins spécialistes	+2,8%	+0,6%	+4,7%
dont honoraires des dentistes	+3,0%	+1,8%	+3,9%
Honoraires paramédicaux	+1,6%	+0,1%	+4,1%
dont honoraires des infirmiers	+1,4%	+0,0%	+4,2%
dont honoraires des masseurs kinésithérapeutes	+1,7%	+0,1%	+3,7%
Biologie	+2,0%	-1,8%	+5,4%
Transports	+6,4%	+3,7%	+9,4%
Produits de santé	+3,0%	+1,3%	+5,0%
dont produits de la LPP	+3,8%	+1,9%	+6,3%
dont médicaments	+2,7%	+1,1%	+4,5%
Autres prestations (*)	+0,2%	+0,3%	+0,4%
Autres charges (**)	+12,8%	+2,3%	+27,7%
TOTAL hors Indemnités journalières	+3,1%	+0,9%	+5,6%
Indemnités journalières	+3,9%	-1,2%	+4,8%
TOTAL SOINS DE VILLE	+3,2%	+0,8%	+5,4%

Source : MSA

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

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

Partie 2 :
Les caractéristiques de la population agricole

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

A la fin de l'année 2022, le régime agricole recense près de 3,1 millions de personnes protégées au titre du risque maladie, un effectif représentant 4,7 % de la population totale en France métropolitaine.

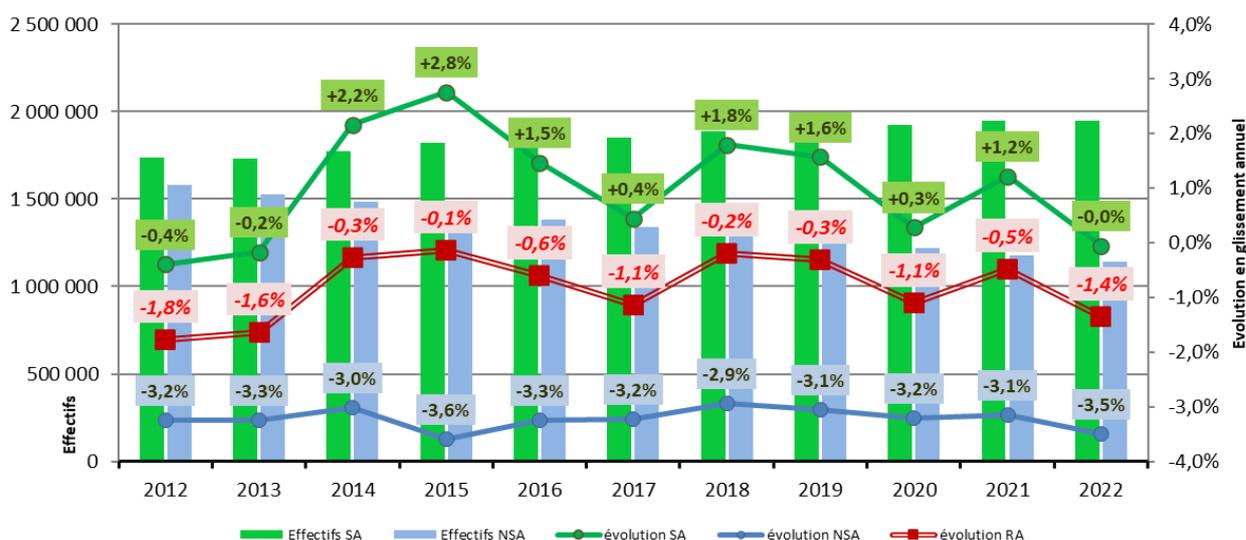
Plus de 1,9 million de personnes relèvent du régime des salariés agricoles pour leur assurance maladie obligatoire (63,1 % de l'effectif total). Cet effectif reste stable sur un an par rapport à l'année précédente (+ 1,2 % en 2021, + 0,3 % en 2020, + 1,6 % en 2019 et + 1,8 % en 2018).

Au régime des non-salariés agricoles, plus de 1,1 million de personnes sont protégées (36,9 % de l'effectif total). La baisse des effectifs se poursuit en 2022 (- 3,5 % en 2022 après - 3,1 % en 2021, - 3,2 % en 2020, - 3,1 % en 2019 et - 2,9 % en 2018).

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 6**). 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 2022, la population salariée reste stable, conduisant la population totale protégée au régime agricole à renouer avec une baisse.

Graphique 6 :
Évolution annuelle de la population protégée en maladie des régimes agricoles
(situation au 4^e trimestre de 2012 à 2022)



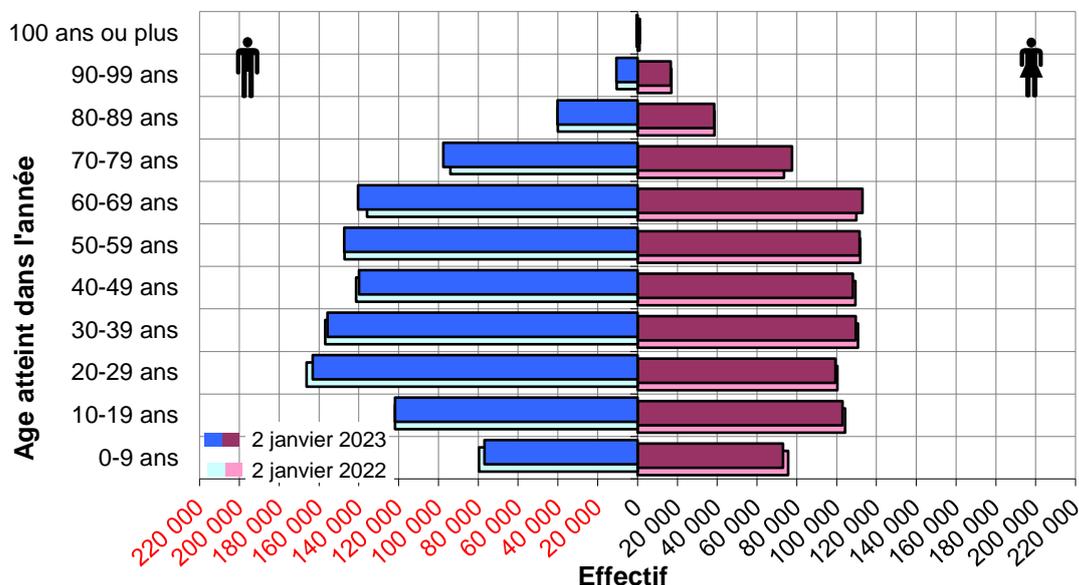
Sources : CNAV, MSA

Les deux régimes agricoles présentent une structure démographique très différente avec une pyramide des âges qui leur est propre (**Graphiques 7 et 8**). Ces caractéristiques populationnelles expliquent en partie les évolutions des effectifs de chacun des régimes.

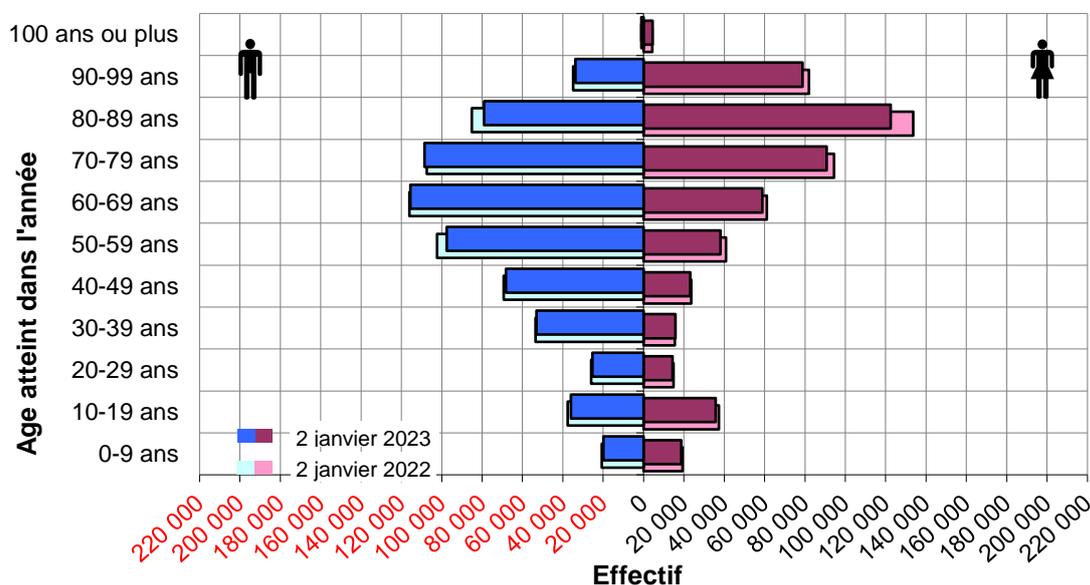
Au régime des salariés agricoles, la pyramide des âges est comparable à celle de la population française métropolitaine. Les personnes en âge de travailler représentent 53,1 % des effectifs, les moins de 20 ans, 19,3 %, et les 60 ans et plus, 27,6 % (**Tableau 9**).

Le régime des non-salariés agricoles présente la spécificité d'avoir une forte proportion de personnes âgées. En effet, 60,9 % des effectifs sont âgés de 60 ans et plus, alors que seuls 9,7 % ont moins de 20 ans (Tableau 10).

Graphique 7 :
Pyramide des âges au régime des salariés agricoles



Graphique 8 :
Pyramide des âges au régime des non-salariés agricoles



Sources : CNAV, MSA

La population protégée en maladie au régime des salariés reste stable en 2022 (+ 1,2 % en 2021) (Tableau 9). Seules les populations âgées de 60 à 79 ans (+ 3,7 % ; 22,0 % des effectifs) contribuent positivement à la dynamique annuelle de l'effectif total du régime des salariés. Les générations du baby-boom soutiennent en effet les effectifs de cette tranche d'âge.

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

	Répartition des effectifs par tranches d'âge en 2022	Évolution des effectifs 2022/2021	Évolution des effectifs 2021/2020
Moins de 20 ans	19,3 %	- 1,7 %	- 0,1%
<i>dont moins de 18 ans</i>	16,6 %	- 1,9 %	- 0,6 %
<i>dont 18-19 ans</i>	2,7 %	- 0,7 %	+ 2,7 %
De 20 à 39 ans	27,1 %	- 1,2 %	+ 1,4 %
De 40 à 59 ans	26,0 %	- 0,6 %	+ 0,6 %
De 60 à 79 ans	22,0 %	+ 3,7 %	+ 3,8 %
80 ans et plus	5,6 %	- 0,1 %	- 1,2 %
TOTAL	100,0 %	0,0 %	+ 1,2 %

Sources : CNAV, MSA

Au régime des non-salariés agricoles, toutes les tranches d'âge sont affectées par le recul (**Tableau 10**). Avec un nombre de décès supérieur au nombre d'entrées dans le régime (actifs ou ayants droit) et un âge élevé de ses ressortissants (60,9 % d'entre eux étant âgés de 60 ans et plus), la structure démographique est vieillissante (**Graphique 8**), ce qui explique principalement la baisse tendancielle de la population couverte en maladie.

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

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

	Répartition des effectifs par tranches d'âge en 2022	Évolution des effectifs 2022/2021	Évolution des effectifs 2021/2020
Moins de 20 ans	9,7 %	- 4,0 %	- 3,8 %
<i>dont moins de 18 ans</i>	8,4 %	- 3,4 %	- 3,8 %
<i>dont 18-19 ans</i>	1,2 %	- 8,2 %	- 4,1 %
De 20 à 39 ans	9,5 %	- 1,1 %	+ 1,4 %
De 40 à 59 ans	19,9 %	- 3,7 %	- 3,7 %
De 60 à 79 ans	32,8 %	- 1,3 %	- 1,2 %
80 ans et plus	28,1 %	- 6,3 %	- 5,9 %
TOTAL	100,0 %	- 3,5 %	- 3,1 %

Sources : CNAV, MSA

Compte tenu des premiers constats observés sur le 1^{er} trimestre 2023 et des prévisions de l'emploi agricole marquées par la baisse modérée du nombre d'actifs, le rythme de croissance des effectifs protégés en maladie au régime des salariés serait de - 0,1 % sur l'année 2023 (**Tableau 11**). Au régime des non-salariés, la baisse de la population devrait se poursuivre selon un rythme légèrement inférieur à 2022 (- 2,2 % en 2023).

Ainsi, les effectifs du régime agricole (salariés et non-salariés agricoles) devraient connaître une baisse de 0,9 % en 2023.

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

Régime des salariés agricoles	Évolution 2023/2022
Assurés ouvrants droit	+ 0,6%
actifs (en emploi ou non)	- 0,6%
retraités	+ 3,8%
invalides	+ 0,4%
Ayants droit	- 2,9%
enfants	- 1,6%
conjointes et autres personnes couvertes	- 9,4%
Total	- 0,1%
Régime des non-salariés agricoles	Évolution 2023/2022
Assurés ouvrants droit	- 1,7 %
en activité	- 1,1 %
retraités	- 2,1 %
invalides	- 1,8 %
Ayants droit	- 5,5%
collaborateurs d'exploitation (conjointes et membres de la famille)	- 1,7 %
enfants	- 3,9 %
autres personnes couvertes	- 9,4 %
Total	-2,2 %
Ensemble des régimes agricoles	Évolution 2023/2022
Total	- 0,9 %

Source : MSA
 Données pour la Commission des comptes de la sécurité sociale – Prévisions mai 2023
 * Prévisions basées sur des effectifs annuels moyens

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

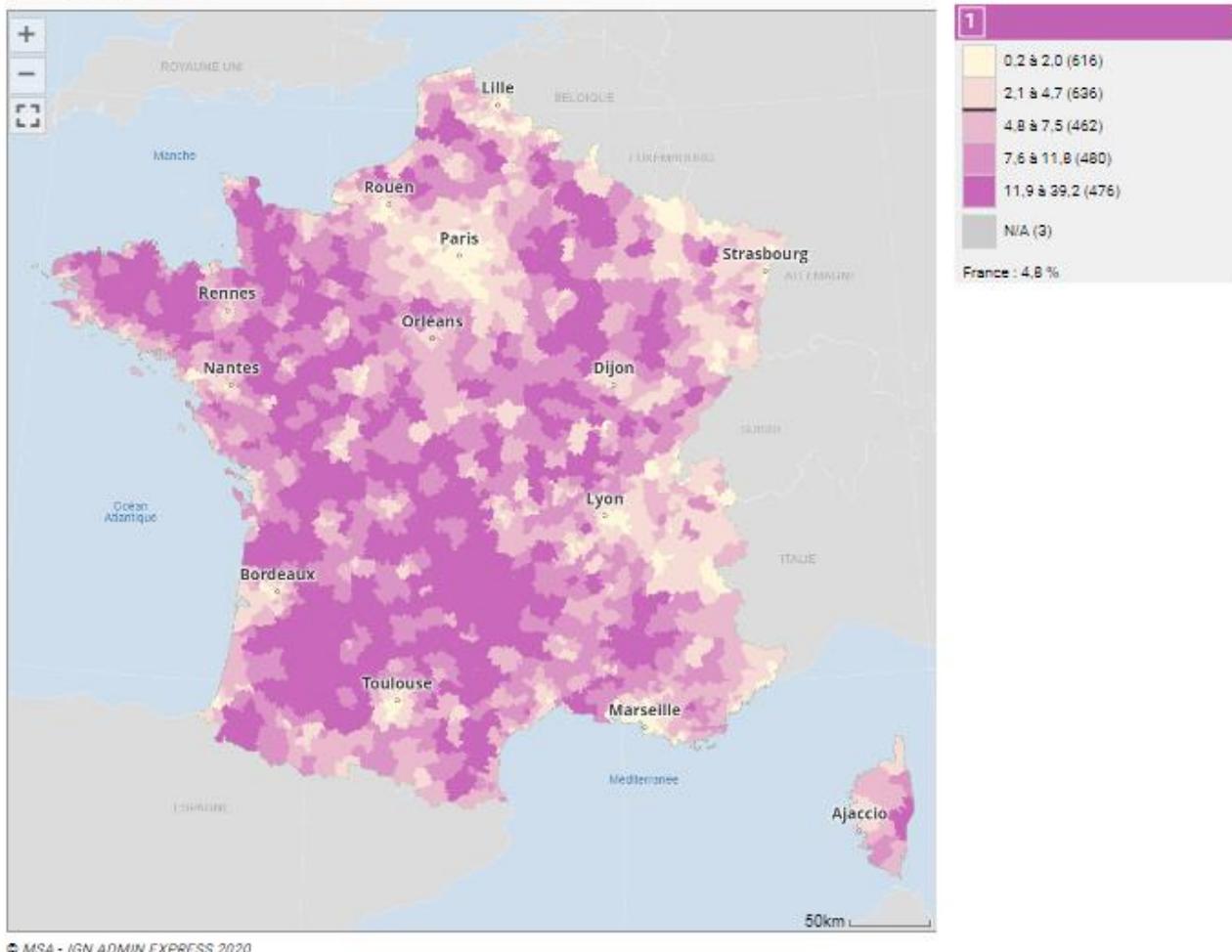
Ainsi, le taux de présence du régime agricole - exprimé comme le rapport de la population des patients (personnes ayant eu au moins un remboursement de soins dans l'année) relevant du régime agricole (année 2022) à la population française (année 2019) - est de 4,8 %.

Ce taux de présence est même supérieur ou égal à deux fois la moyenne nationale dans 689 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 1 :
Taux de présence du régime agricole par territoire de vie en 2022

1 Taux de présence du régime agricole (%), 2022

Source : MSA, DCIR, INSEE



2.2. Les caractéristiques sanitaires des patients du régime agricole

2.2.1. La cartographie des pathologies au régime agricole en 2021

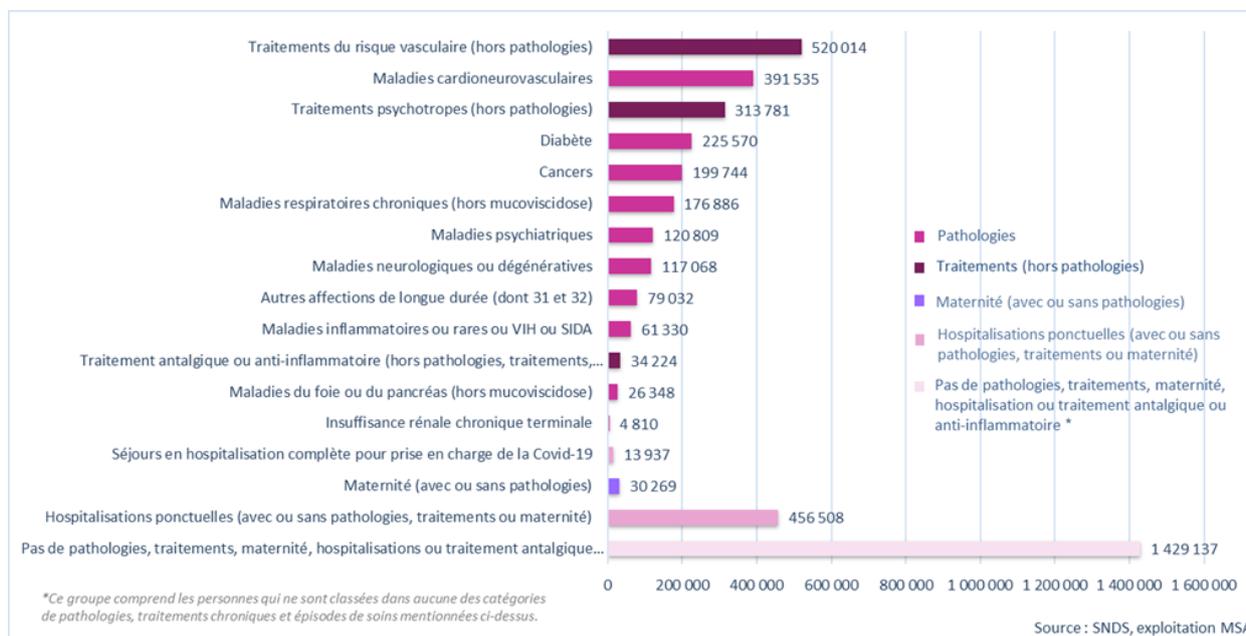
Les études, présentées ci-après, ont été menées sur la dernière version (G10) de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'ensemble des régimes, réalisée par la Cnam. Les définitions et algorithmes des groupes de pathologies sont détaillés en **Annexe 3**.

Les données portent sur l'année 2021 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 une sur-représentation de la pathologie lorsqu'il est supérieur à 100 et une sous-représentation lorsqu'il est inférieur à 100. La significativité de l'indice est mesurée et matérialisée dans les tableaux aux seuils de : 1 % (***) , 5 % (**), 10 % (*) (**Annexe 2, Tableau 66**).

En 2021, parmi les 2,9 millions de ressortissants du régime agricole consommant des soins, un assuré sur trois souffre d'au moins une pathologie (31,8 %). 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 (520 014 assurés) et les traitements par psychotropes (313 781 assurés) (**Graphique 9**).

Graphique 9 :
Nombre de consommateurs du régime agricole affectés par une pathologie ou un épisode de soins en 2021



En 2021, 1 429 137 consommateurs de soins du régime agricole (soit près d'un consommant sur deux) n'ont eu **aucune pathologie, hospitalisation ou traitements référencés dans la cartographie**. Les non-salariés sont surreprésentés dans cette catégorie de population (+ 7,8 %) (**Tableau 12**).

Au régime agricole, 30 269 grossesses sont dénombrées en 2021. Les maternités sont moins fréquentes au régime agricole que dans l'ensemble des régimes (- 6,6 %), en particulier pour les non salariées (- 17,7 %).

Les hospitalisations ponctuelles (hors pathologie ou maternité) sont aussi fréquentes dans la population agricole que dans l'ensemble de la population tous régimes.

Tableau 12 :
Populations de la cartographie - Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, en 2021

Groupes de pathologie	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité
Au moins une pathologie	931 692	95,1	***	498 464	92,5	***	433 228	98,3	***
Au moins une pathologie ou traitement	1 299 344	97,3	***	688 788	96,1	***	610 556	98,7	***
Maternité (avec ou sans pathologies)	30 269	93,4	***	3 209	82,3	***	27 060	94,9	***
Hospitalisations ponctuelles (hors pathologies, traitements ou maternité)	143 835	99,2	***	44 511	99,8	non-significatif	99 324	98,9	***
Pas de pathologies, traitements, maternité, hospitalisations ou traitement antalgique ou anti-inflammatoire	1 429 137	103,0	***	425 092	107,8	***	1 004 045	101,0	***
Total consommateurs régime agricole	2 933 342			1 171 550			1 761 792		

Source : SNDS, exploitation MSA

L'ensemble des assurés du régime agricole présente un risque moindre sur les 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.

Au régime agricole, 391 535 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 (**Tableau 13**).

Par rapport à l'ensemble des consommateurs tous régimes confondus, les non-salariés agricoles présentent un très léger sur-risque (+ 1,6 %) de développer une maladie cardiovasculaire tandis qu'un faible sous-risque est observé chez les salariés agricoles (- 1,9 %).

Cependant, certaines **pathologies cardiovasculaires** affectent plus fréquemment les assurés du régime agricole, et plus particulièrement les non-salariés. Chez ces derniers, 3 pathologies sont nettement plus fréquentes que dans l'ensemble de la population : la maladie valvulaire (+ 27,5 %), l'insuffisance cardiaque (+ 20,1 %) et les troubles du rythme ou de la conduction cardiaque (+ 16,1 %).

A l'inverse, la population consommatrice du régime agricole présente un sous-risque de développer une maladie coronaire (- 11,2 %) comparativement à l'ensemble des consommateurs.

Tableau 13 :
Pathologies cardiovasculaires - Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, en 2021

Maladies cardiovasculaires	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité
Syndrome coronaire aigu	6 709	96,6	***	3 963	95,5	***	2 746	98,4	non-significatif
Maladie coronaire chronique	132 914	88,4	***	81 214	87,0	***	51 700	90,8	***
Maladie coronaire	139 623	88,8	***	85 177	87,3	***	54 446	91,1	***
Accident vasculaire cérébral aigu	9 323	101,8	*	6 275	103,4	***	3 048	98,7	non-significatif
Séquelle d'accident vasculaire cérébral	61 780	100,1	non-significatif	40 348	100,9	*	21 432	98,5	**
Accident vasculaire cérébral	71 103	100,3	non-significatif	46 623	101,3	***	24 480	98,5	**
Insuffisance cardiaque aiguë	19 227	115,0	***	14 238	117,6	***	4 989	108,2	***
Insuffisance cardiaque chronique	65 721	117,3	***	47 675	120,8	***	18 046	109,0	***
Insuffisance cardiaque	84 948	116,8	***	61 913	120,1	***	23 035	108,9	***
Artériopathie oblitérante du membre inférieur	43 988	83,7	***	25 601	77,1	***	18 387	94,8	***
Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque	166 070	112,6	***	116 509	116,1	***	49 561	105,2	***
Maladie valvulaire	44 503	120,0	***	31 993	127,5	***	12 510	104,2	***
Embolie pulmonaire aiguë	3 488	101,8	non-significatif	2 268	105,5	**	1 220	95,6	non-significatif
Autres affections cardiovasculaires	31 738	120,5	***	19 747	125,5	***	11 991	113,1	***
Maladies cardiovasculaires aiguës	37 454	107,0	***	25 851	109,5	***	11 603	101,9	**
Maladies cardiovasculaires chroniques	382 202	100,4	***	248 174	101,7	***	134 028	98,0	**
Maladies cardiovasculaires	391 535	100,3	**	253 743	101,6	***	137 792	98,1	***

Source : SNDS, exploitation MSA

Au régime agricole, 745 584 personnes souffrent d'un diabète ou suivent un traitement contre le risque vasculaire hors pathologie identifiée (soit un quart des consommateurs de soins du régime) (Tableau 14).

Les assurés du régime agricole ont un léger sur-risque de recevoir un **traitement contre le risque vasculaire hors pathologies** (+ 5,1 %) en comparaison à l'ensemble des consommateurs tous régimes, notamment chez les non-salariés agricoles (+ 7,6 % versus + 1,7 % chez les salariés agricoles).

225 570 assurés du régime agricole souffrent de **diabète**, soit 7,7 % des consommateurs. Cette pathologie est moins fréquente dans la population des non-salariés agricoles que dans l'ensemble des consommateurs métropolitains (- 19,4 %). Elle est légèrement plus fréquente dans la population des salariés agricoles que dans l'ensemble des consommateurs métropolitains (+ 1,6 %).

Tableau 14 :
Traitement du risque vasculaire ou diabète - Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, en 2021

Diabète (avec ou sans patho) ou traitements du risque vasculaire (hors patho)	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité
Traitements antihypertenseurs (hors pathologies)	455 755	105,8	***	270 942	108,6	***	184 813	101,8	***
Traitements hypolipémiants (hors pathologies)	189 897	103,4	***	109 198	103,9	***	80 699	102,7	***
Traitements du risque vasculaire (hors patho)	520 014	105,1	***	304 137	107,6	***	215 877	101,7	***
Traitements antihypertenseurs (avec ou sans patho)	781 870	101,1	***	469 038	101,3	***	312 832	100,7	***
Traitements hypolipémiants (avec ou sans patho)	421 260	94,7	***	237 817	91,5	***	183 443	99,1	***
Traitements du risque vasculaire (avec ou sans patho)	883 296	100,2	**	520 059	100,0	non-significatif	363 237	100,4	***
Diabète insulino-traité	48 430	90,7	***	24 157	80,7	***	24 273	103,5	***
Diabète traité par agoniste du GLP-1	22 331	87,0	***	9 754	76,6	***	12 577	97,3	***
Diabète	225 570	89,6	***	115 907	80,6	***	109 663	101,6	***
Diabète (avec ou sans patho) ou traitements du risque vasculaire (hors patho)	745 584	99,9	non-significatif	420 044	98,5	***	325 540	101,7	***

Source : SNDS, exploitation MSA

Toutes localisations cancéreuses confondues, 87 249 assurés du régime agricole sont traités pour un cancer actif (3 % des consommateurs) et 118 640 ont un cancer en phase de surveillance (4 % des consommateurs). En comparaison avec l'ensemble des bénéficiaires de soins, les assurés du régime agricole présentant un **cancer** actif ou sous surveillance sont sous-représentés (- 9,0 %), tant parmi les salariés que les non-salariés (Tableau 15).

Ce sous-risque est particulièrement marqué pour les principales localisations cancéreuses : cancer du poumon (- 31,2 %) et cancer du sein chez la femme (- 18,1 %). Pour ces deux cancers, le sous-risque est particulièrement prononcé chez les non-salariés agricoles (- 49,0 % pour le cancer du poumon et - 24,0 % pour le cancer du sein de la femme) en comparaison avec l'ensemble des assurés tous régimes confondus.

Tableau 15 :
Cancer actif ou sous surveillance - Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, en 2021

Cancers	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité
Cancer du sein de la femme actif	9 794	89,4	***	4 618	80,4	***	5 176	99,2	non-significatif
Cancer du sein de la femme sous surveillance	22 778	79,0	***	13 180	74,5	***	9 598	86,2	***
Cancer du sein de la femme	32 572	81,9	***	17 798	76,0	***	14 774	90,3	***
Cancer du côlon actif	8 776	94,7	***	5 037	91,1	***	3 739	100,0	non-significatif
Cancer du côlon sous surveillance	16 052	93,4	***	10 202	91,5	***	5 850	97,0	**
Cancer du côlon	24 828	93,8	***	15 239	91,3	***	9 589	98,1	*
Cancer du poumon actif	4 502	72,2	***	1 792	52,7	***	2 710	95,5	**
Cancer du poumon sous surveillance	2 460	63,4	***	1 102	48,6	***	1 358	84,2	***
Cancer du poumon	6 962	68,8	***	2 894	51,0	***	4 068	91,4	***
Cancer de la prostate actif	16 130	99,5	non-significatif	9 934	101,5	non-significatif	6 196	96,5	***
Cancer de la prostate sous surveillance	25 845	95,9	***	16 443	96,6	***	9 402	94,7	***
Cancer de la prostate	41 975	97,3	***	26 377	98,4	***	15 598	95,4	***
Autres cancers actifs	51 300	91,6	***	29 159	88,2	***	22 141	96,6	***
Autres cancers sous surveillance	57 932	91,2	***	34 950	90,1	***	22 982	93,0	***
Autres cancers	109 232	91,4	***	64 109	89,2	***	45 123	94,7	***
Cancers actifs	87 249	92,1	***	48 771	88,4	***	38 478	97,3	***
Cancers sous surveillance	118 640	89,7	***	71 861	88,1	***	46 779	92,2	***
Cancers	199 744	91,0	***	116 938	88,7	***	82 806	94,6	***

Source : SNDS, exploitation MSA

Au régime agricole, 434 590 assurés souffrent d'une **pathologie psychiatrique et/ou ont eu recours à un traitement psychotrope** au cours de l'année 2021 (soit 15 % des consommateurs de soins) (**Tableau 16**).

Les personnes atteintes de maladies psychiatriques sont sous-représentées dans le régime des **non-salariés** (- 24,0 %) par rapport à l'ensemble des assurés tous régimes, à âge et sexe identique : déficience mentale (- 59,4 %), troubles addictifs (- 53,1 %), troubles psychotiques (- 35,1 %), troubles psychiatriques débutant dans l'enfance (- 34,0 %) et troubles névrotiques et de l'humeur (- 10,1 %).

En revanche, chez les **salariés agricoles**, il existe une surreprésentation des patients atteints de troubles addictifs, à l'exception du tabac, par rapport à la population tous régimes : substances autres que l'alcool, le cannabis ou le tabac (+ 43,7 %), consommation d'alcool (+ 27,7 %) et utilisation de cannabis (+ 7,2 %).

Par ailleurs, chez les salariés agricoles les déficiences mentales ainsi que les dépressions et troubles de l'humeur sont plus fréquents (respectivement + 12,8 % et + 5,5 %).

Les assurés du régime agricole n'ayant pas de pathologie psychiatrique identifiée par les algorithmes (absence d'ALD ou de diagnostic hospitalier) consomment moins de psychotropes que l'ensemble des assurés tous régimes, à l'exception des traitement neuroleptiques chez les salariés agricoles (+ 3,3 %).

Tableau 16 :
Maladies psychiatriques et traitements psychotropes - Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, en 2021

Maladies psychiatriques ou psychotropes	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité
Troubles psychotiques	18 106	79,9	***	6 230	64,9	***	11 876	90,9	***
Troubles névrotiques et de l'humeur:	70 540	95,7	***	34 213	89,9	***	36 327	102,0	***
- dont troubles maniaques et bipolaires	11 939	93,1	***	5 259	92,0	***	6 680	94,0	***
- dont dépression et autres troubles de l'humeur	43 842	97,0	***	20 515	88,9	***	23 327	105,5	***
- dont troubles névrotiques liés au stress et somatoformes	26 874	93,6	***	14 052	89,5	***	12 822	98,7	non-significatif
Déficiences mentales	5 042	87,8	***	812	40,8	***	4 230	112,8	***
Troubles addictifs:	26 575	84,1	***	5 996	46,9	***	20 579	109,4	***
- dont troubles addictifs (hors ceux liés à l'utilisation d'alcool, du tabac et du cannabis)	2 832	107,2	***	296	33,8	***	2 536	143,7	***
- dont troubles addictifs liés à l'utilisation d'alcool	12 743	95,6	***	2 817	50,7	***	9 926	127,7	***
- dont troubles addictifs liés à l'utilisation du cannabis	1 166	84,5	***	96	25,1	***	1 070	107,2	***
- dont troubles addictifs liés à l'utilisation du tabac	14 172	74,2	***	3 367	43,6	***	10 805	95,1	***
Troubles psychiatriques débutant dans l'enfance	6 377	84,2	***	1 212	66,0	***	5 165	90,0	***
Autres troubles psychiatriques	14 176	71,2	***	5 712	58,7	***	8 464	83,1	***
Maladies psychiatriques	120 809	88,5	***	48 810	76,0	***	71 999	99,6	non-significatif
Traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur (hors patho)	161 053	92,8	***	86 934	92,8	***	74 119	92,8	***
Traitements neuroleptiques (hors pathologies)	20 958	101,1	non-significatif	12 293	99,7	non-significatif	8 665	103,3	***
Traitements anxiolytiques (hors pathologies)	178 508	96,3	***	101 573	95,5	***	76 935	97,5	***
Traitements hypnotiques (hors pathologies)	66 329	89,2	***	38 894	86,8	***	27 435	92,9	***
Traitements psychotropes (hors pathologies)	313 781	94,6	***	176 220	93,6	***	137 561	95,7	***
Traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur (avec ou sans patho)	224 681	92,8	***	118 353	91,2	***	106 328	94,2	***
Traitements neuroleptiques (avec ou sans pathologies)	52 942	93,1	***	24 450	87,2	***	28 492	98,8	***
Traitements anxiolytiques (avec ou sans pathologies)	227 917	94,7	***	123 993	92,3	***	103 924	97,7	***
Traitements hypnotiques (avec ou sans pathologies)	85 831	87,7	***	47 571	83,9	***	38 260	93,0	***
Traitements psychotropes (avec ou sans pathologies)	396 872	93,5	***	214 008	91,2	***	182 864	96,3	***
Maladies psychiatriques ou psychotropes	434 590	92,8	***	225 030	89,1	***	209 560	97,0	***

Source : SNDS, exploitation MSA

Sur l'ensemble du groupe des **maladies dégénératives**, qui affectent 86 318 assurés, les assurés du régime agricole ont un risque moindre d'être touché par ces maladies que l'ensemble des consommateurs, mais les situations diffèrent selon la pathologie et le régime professionnel (**Tableau 17**). Les non-salariés ont un sur-risque de présenter la maladie de Parkinson (+ 7,1 %).

Les **maladies neurologiques**, qui touchent 33 872 assurés du régime agricole, affectent de façon moins prononcée les non-salariés que l'ensemble des consommateurs (- 18,2 %). Chez les salariés, cette tendance est moins marquée et présente même un risque accru d'épilepsie (+ 9,7 %).

Les **maladies respiratoires chroniques** affectent 177 008 assurés du régime agricole (6,0 % des consommateurs), avec un sous-risque de 5,5 %.

Près de 50 000 assurés du régime agricole (1,7 % 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 (- 6,6 %), hormis pour la polyarthrite rhumatoïde pour laquelle il existe un sur-risque de 11,8 % chez les non-salariés agricoles.

Par rapport à l'ensemble de la population française, les assurés agricoles sont moins fréquemment atteints par le SIDA ou porteurs du VIH (- 60,4 %), par la mucoviscidose (- 21,7 %), l'hémophilie ou troubles de l'hémostase (- 26,0 %) ou encore les maladies du foie ou du pancréas (- 19,2 %). En revanche, les maladies métaboliques héréditaires sont surreprésentées chez les non-salariés agricoles (+ 6,8 %).

Les salariés et les non-salariés ont un risque moindre d'avoir une **insuffisance rénale chronique terminale** (- 17,9 %).

Tableau 17 :
Autres pathologies - Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, en 2021

Groupes de pathologie	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):	67 267	94,5	***	93,1	***	99,0	non-significatif	
	- dont maladie d'Alzheimer	34 411	91,3	***	90,2	***	94,9	***	
	- dont autres démences	32 856	98,1	***	96,4	***	103,5	***	
	Maladie de Parkinson	22 216	105,1	***	107,1	***	101,1	non-significatif	
	Maladies dégénératives (démences et Parkinson)	86 318	97,0	***	96,0	***	99,9	non-significatif	
	Sclérose en plaque	4 213	84,2	***	79,3	***	87,2	***	
	Paraplégie	4 135	84,0	***	79,6	***	87,8	***	
	Myopathie ou myasthénie	2 004	78,4	***	75,5	***	81,0	***	
	Epilepsie	17 471	100,0	non-significatif	89,0	***	109,7	***	
	Autres affections neurologiques	7 870	79,2	***	71,9	***	85,8	***	
	Maladies neurologiques	33 872	89,8	***	81,8	***	96,7	***	
	Maladies neurologiques ou dégénératives	117 068	95,0	***	93,3	***	98,4	***	
Maladies respiratoires chroniques	Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	176 886	94,5	***	91,3	***	97,8	***	
	Maladies respiratoires chroniques (avec ou sans mucoviscidose)	177 008	94,5	***	91,3	***	97,7	***	
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA	Maladies inflammatoires chroniques intestinales	10 466	79,5	***	70,0	***	86,0	***	
	Polyarthrite rhumatoïde et maladies apparentées	19 137	107,1	***	111,8	***	100,9	non-significatif	
	Spondylarthrite ankylosante et maladies apparentées	10 077	86,9	***	84,6	***	88,8	***	
	Autres maladies inflammatoires chroniques	12 294	93,6	***	96,5	***	89,7	***	
	Maladies inflammatoires chroniques	49 563	93,4	***	95,0	***	91,7	***	
	Maladies métaboliques héréditaires ou amylose	6 845	103,9	***	106,8	***	101,0	non-significatif	
	Mucoviscidose	267	78,3	***	75,8	**	79,2	***	
	Hémophilie ou troubles de l'hémostase graves:	2 242	74,0	***	68,5	***	79,0	***	
	- dont hémophilie	356	94,6	non-significatif	89,5	non-significatif	97,7	non-significatif	
	- dont autres troubles de l'hémostase graves	1 886	71,1	***	66,2	***	75,8	***	
	Maladies rares	9 337	94,0	***	94,8	***	93,2	***	
	VIH ou SIDA	2 825	39,6	***	22,6	***	50,6	***	
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA	61 330	88,2	***	89,3	***	87,1	***		
Maladies du foie ou du pancréas	Hépatite C chronique ou guérie	2 295	57,3	***	33,8	***	79,7	***	
	- dont hépatite C chronique	415	63,6	***	34,6	***	86,6	***	
	Maladies du foie (hors mucoviscidose)	17 715	76,1	***	61,0	***	91,1	***	
	Maladies du pancréas (hors mucoviscidose)	9 413	91,8	***	84,8	***	99,6	non-significatif	
	Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose)	26 348	80,8	***	68,7	***	93,3	***	
Maladies du foie ou du pancréas (avec ou sans mucoviscidose)	26 377	80,7	***	68,7	***	93,2	***		
Insuffisance rénale chronique terminale	Dialyse chronique:	2 985	81,0	***	73,1	***	93,4	**	
	- dont dialyse courte	324	86,9	**	74,7	***	104,4	non-significatif	
	- dont hémodialyse chronique	2 768	81,1	***	73,1	***	93,4	**	
	- dont dialyse péritonéale chronique	217	80,6	***	72,3	***	93,6	non-significatif	
	Transplantation rénale	124	85,4	*	65,8	***	99,5	non-significatif	
	Suivi de transplantation rénale	1 701	83,6	***	74,3	***	91,2	***	
Insuffisance rénale chronique terminale	4 810	82,1	***	73,3	***	92,7	***		

Source : SNDS, exploitation MSA

Par rapport à l'ensemble de la population, les non-salariés du régime agricole présentent un risque inférieur d'être affecté par une autre ALD qui n'est pas décrite dans les grands groupes de pathologies (- 25,6 %) (Tableau 18).

Tableau 18 :
Autres ALD - Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, en 2021

Groupes de pathologie	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité
Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)	79 032	88,7	***	37 265	74,4	***	41 767	107,3	***
- dont insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	2 231	93,1	***	1 426	92,1	***	805	95,1	non-significatif
- dont néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (hors l)	1 867	102,8	non-significatif	769	98,7	non-significatif	1 098	106,0	*
- dont affections psychiatriques (anomalies chromosomiques)	1 079	71,0	***	196	48,2	***	883	79,3	***
- dont scoliose structurale évolutive	2 093	91,7	***	766	83,5	***	1 327	97,2	non-significatif
- dont tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue	3 721	84,0	***	2 129	81,9	***	1 592	87,0	***
- dont affections de longue durée hors liste (31)	34 213	78,4	***	17 236	70,5	***	16 977	88,5	***
- dont affections de longue durée pour polypathologie (32)	5 954	73,8	***	4 294	69,3	***	1 660	88,5	***

Source : SNDS, exploitation MSA

Environ 422 000 assurés du régime agricole (14,4 % des consommateurs) ont eu un **traitement antalgique ou anti-inflammatoire** (avec ou sans pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations) dans l'année. Les salariés et les non-salariés présentent un risque accru (+ 2,1 %) de recourir à ces traitements en comparaison à l'ensemble des consommateurs tous régimes confondus (Tableau 19).

La consommation de médicaments **antalgiques** est légèrement plus fréquente (+ 2,2 %) dans la population du régime agricole que dans la population générale. En revanche, parmi les personnes ne souffrant pas de pathologie chroniques et ayant recours à ces traitements, les non-salariés agricoles sont sous-représentés (- 19,1 %).

Les salariés agricoles sans pathologies chroniques ont plus fréquemment recours (+ 8,0 %) à un **traitement anti-inflammatoire** non stéroïdien que l'ensemble des consommateurs tous régimes.

Les non-salariés agricoles ont un sur-risque de + 21,6 % de recourir à un **traitement corticoïde** (hors pathologies ou hospitalisations).

Tableau 19 :

Traitements antalgique ou anti-inflammatoire et corticoïde - Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, par pathologie ou épisodes de soins en 2021

Groupes de pathologie	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité
Traitement antalgique (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	31 302	92,9	***	9 055	80,9	***	22 247	98,9	non-significatif
Traitement antalgique (avec ou sans pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	397 013	102,2	***	226 489	102,0	***	170 524	102,5	***
Traitement AINS (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	4 780	106,6	***	1 610	104,1	non-significatif	3 170	108,0	***
Traitement AINS (avec ou sans pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	29 590	100,4	non-significatif	13 201	99,5	non-significatif	16 389	101,2	non-significatif
Traitement antalgique ou anti-inflammatoire (avec ou sans pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	422 074	102,1	***	239 843	102,1	***	182 231	102,0	***
Traitement corticoïde (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	1 327	109,1	***	640	121,6	***	687	99,5	non-significatif
Traitement corticoïde (avec ou sans pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	29 986	101,2	**	18 027	105,9	***	11 959	94,7	***

Source : SNDS, exploitation MSA

En 2021, près de 14 000 assurés du régime agricole ont été hospitalisés pour **Covid-19** ; ils ont été moins fréquemment hospitalisés pour ce motif que l'ensemble de la population (- 16,8 %), et admis encore moins souvent en soins critiques (- 33,0 %) (**Tableau 20**).

Les non-salariés agricoles ont un risque légèrement supérieur (+ 3,2 %) d'**obésité avec séjour hospitalier** comparativement à l'ensemble des assurés tous régimes.

Au régime agricole, la fréquence des patients présentant une trisomie 21 est nettement inférieure à celle de la population générale (- 41,8 %).

Tableau 20 :

Covid 19, obésité et trisomie 21 - Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, en 2021

Groupes de pathologie	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité
Séjours en hospitalisation complète pour prise en charge de la Covid-19	13 937	83,2	***	8 561	81,7	***	5 376	85,7	***
Séjours en hospitalisation complète pour prise en charge de la Covid-19, avec prise en charge en soins critiques au cours du séjour	2 286	67,0	***	1 103	60,5	***	1 183	74,4	***
Obésité avec séjour hospitalier	109 121	100,1	non-significatif	55 543	103,2	***	53 578	97,1	***
Trisomie 21	713	58,2	***	127	36,9	***	586	66,6	***

Source : SNDS, exploitation MSA

Évolution quinquennale des pathologies

En 2021, le nombre de consommateurs de soins a augmenté par rapport aux années précédentes (**Encadré 1**). Cette augmentation a eu un impact sur l'évolution des taux de prévalence des pathologies.

Ainsi, le taux de prévalence, pour tous les grands groupes de pathologies, est en diminution en 2021 lorsque le nombre de malades est rapporté à la population des consommateurs (**Graphique 10 - partie gauche**).

C'est pourquoi, afin de palier l'effet des variations de population liées à la prise en charge de la Covid-19, le taux de prévalence des grands groupes de pathologies a également été calculé sur la population protégée durant l'année, cela pour les cinq années d'observation (**Graphique 10 - partie droite**).

Rapportée à la population protégée, la proportion de personnes atteintes par une maladie cardiovasculaire en 2021 continue à décroître au même rythme que les années précédentes (- 1,2 %). En revanche, la décroissance du taux de personnes sans pathologie cardiovasculaire mais traitées pour ce risque ralentit, elle passe de - 3,4 % en 2018 à - 2,0 % en 2021.

Les maladies neurologiques ou dégénératives sont en constante diminution depuis 2018 (- 2,8 % en 2021).

Les maladies respiratoires chroniques diminuent régulièrement dans la population agricole depuis 2017 (- 1,8 % en 2021) ;

Ces reculs pourraient être le signe d'une amélioration de l'état de santé général de l'ensemble de la population du régime agricole.

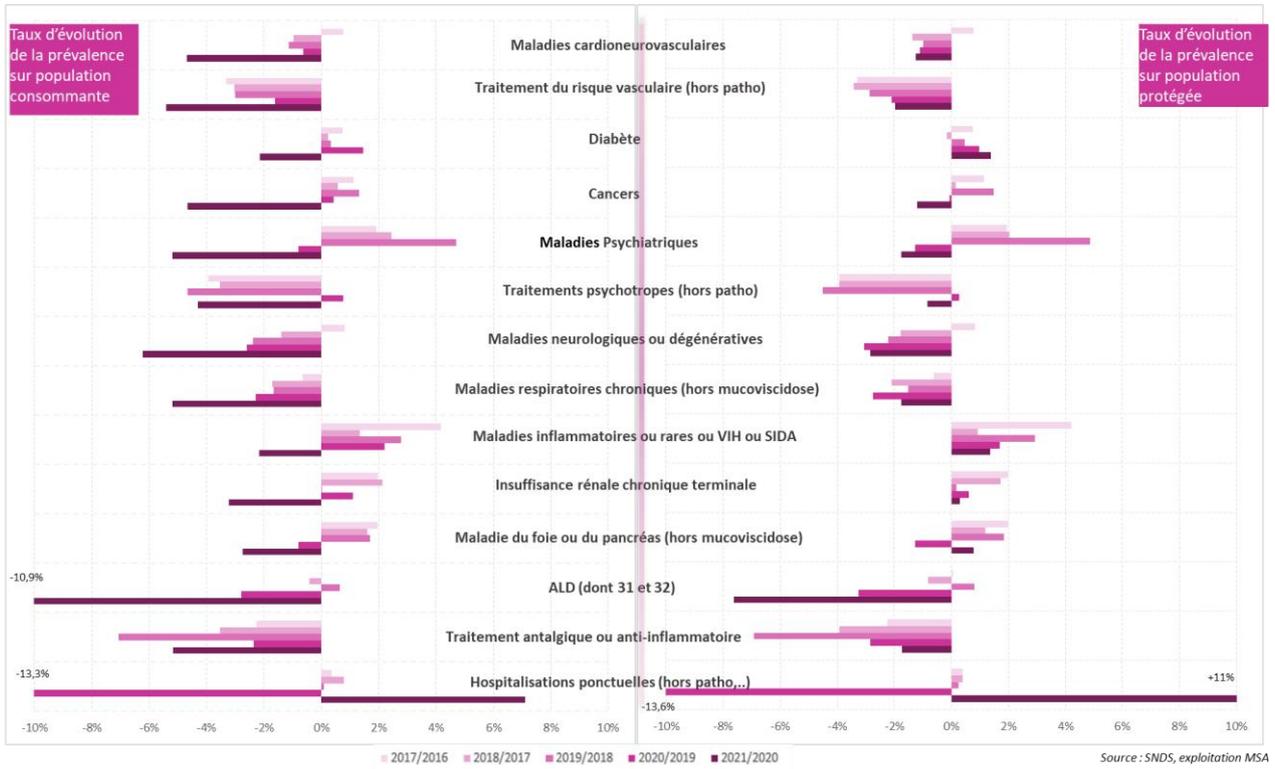
En revanche, la proportion de patients diabétiques progresse lentement chaque année depuis 2018 (+ 1,4 % en 2021). Il en est de même des maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA (+ 1,4 %). Ces évolutions pourraient dénoter une dégradation de l'état de santé des assurés du régime liée aux modes de vie.

Le taux de prévalence des cancers diminue en 2021 après des années de stabilité ou de légère augmentation.

Les maladies psychiatriques sont en diminution depuis 2020 (- 1,3 %), puis - 1,8 % en 2021.

Enfin, la particularité en 2021 est l'augmentation de la prévalence des hospitalisations ponctuelles (hors pathologies, traitements ou maternité) de 7,1 % par rapport à 2020 après avoir diminué de 13,3 % au régime agricole entre 2019 et 2020, alors que les années précédentes, l'évolution était légèrement positive. Cette hausse en 2021 est liée aux déprogrammations des hospitalisations lors de la crise sanitaire de la Covid-19 en 2020 et de leur report en 2021.

Graphique 10 :
Evolution des taux de prévalence des grands agrégats de 2016 à 2021 en fonction de la population de référence
(consommants de soins ou population protégée)



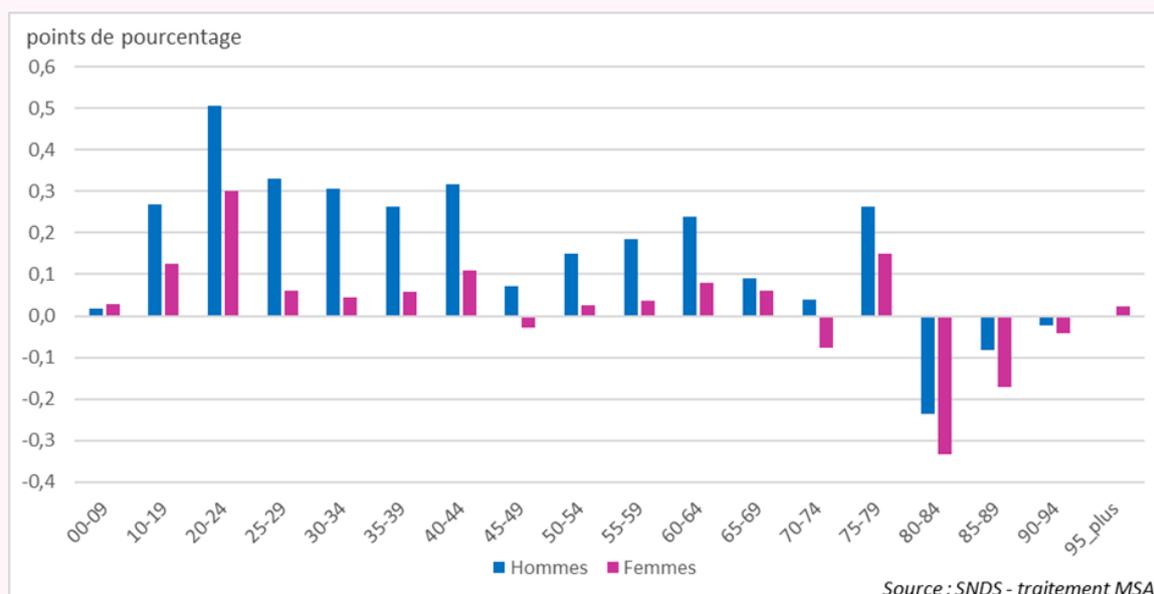
Encadré 1 :

Baisse mécanique des taux de prévalence des pathologies en 2021 due à l'augmentation de la population de référence (dénominateur)

En 2021, le nombre de personnes ayant consommé des soins a augmenté de façon exceptionnelle par rapport aux années précédentes. L'évolution est de 4,0 % par rapport à 2020 pour l'ensemble des régimes et de 3,2 % pour la population MSA. Cette progression est directement liée aux mesures mises en place pour la Covid-19 qui ont pris toute leur ampleur en 2021 : déploiement des tests, vaccinations et prescriptions d'arrêts de travail... Ainsi, des soins ont été remboursés à des personnes qui n'en consommaient pas habituellement. Cela augmente le nombre de consommateurs de soins par rapport à une année "normale". Ce phénomène concerne majoritairement les hommes de 20 à 44 ans, les hommes de cette classe d'âge sont ceux qui ont le plus contribué à la croissance des consommateurs de soins à hauteur de 1,7 point sur les 3,2 % d'augmentation (**Graphique 11**).

De façon mécanique, cette augmentation de la population au dénominateur du taux de prévalence induit une variation à la baisse qui ne saurait être interprétée comme un recul de la pathologie dans la population.

Graphique 11 :

Contribution de chaque classe d'âge et de sexe à l'évolution du nombre de consommateurs MSA entre 2020 et 2021

2.2.2. La structure par pathologie de la dépense Ondam au régime agricole en 2021

En 2021, le régime agricole a remboursé près de 11 milliards d'euros pour la prise en charge des dépenses de santé de près de trois millions de personnes assurées et bénéficiant de soins médicaux. La répartition de ces dépenses repose sur la cartographie des pathologies.

Hausse des dépenses de 1,33 milliard d'euros entre 2017 et 2021

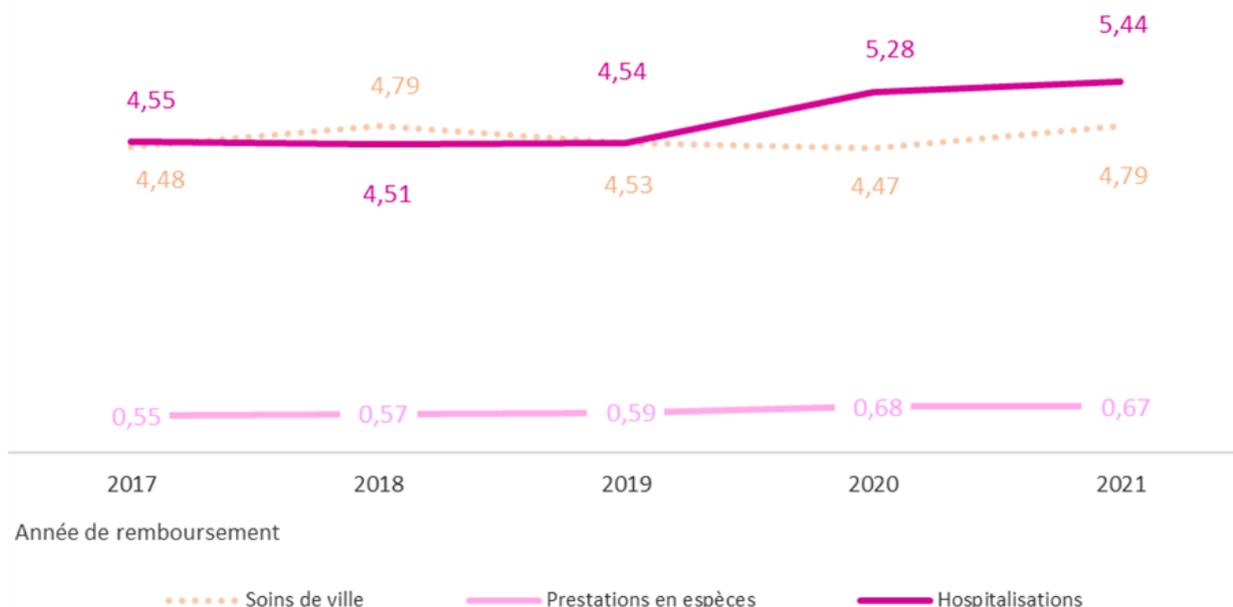
Entre 2017 et 2021, la dépense totale individualisable suivant les champs de l'Ondam (Objectif national de dépenses d'assurance maladie) a augmenté de 2,6 % en moyenne chaque année. Sur cette période de 5 ans, la hausse s'établit à 1,33 milliard d'euros, passant de 9,58 milliards d'euros en 2017 à 10,91 milliards d'euros pris en charge par le régime agricole en 2021.

Après une légère baisse de 2,1 % entre 2018 et 2019 (- 210 millions d'euros), les dépenses progressent depuis avec une croissance de 8 % en 2020 (763 millions d'euros de remboursements supplémentaires) suivie d'une augmentation de 5 % en 2021 (+ 479 millions). Cette hausse est principalement liée à l'augmentation des dépenses de soins de ville passant de 4,47 milliards d'euros en 2020 à 4,79 milliards d'euros en 2021. Cette hausse intervient après une diminution de 67 millions d'euros entre 2019 et 2020 (**Graphique 12**).

En 2021, les dépenses liées aux hospitalisations poursuivent également la hausse amorcée en 2019 : 5,44 milliards d'euros en 2021 contre 5,28 milliards d'euros remboursés en 2020.

Les dépenses liées aux indemnités journalières (prestations en espèces) sont légèrement en baisse en 2021 par rapport à 2020 mais elles demeurent supérieures au niveau d'avant crise sanitaire (0,67 milliard d'euros en 2021 contre 0,68 milliard d'euros en 2020).

Graphique 12 :
Évolution des dépenses de l'Ondam entre 2017 et 2021 en milliards d'euros



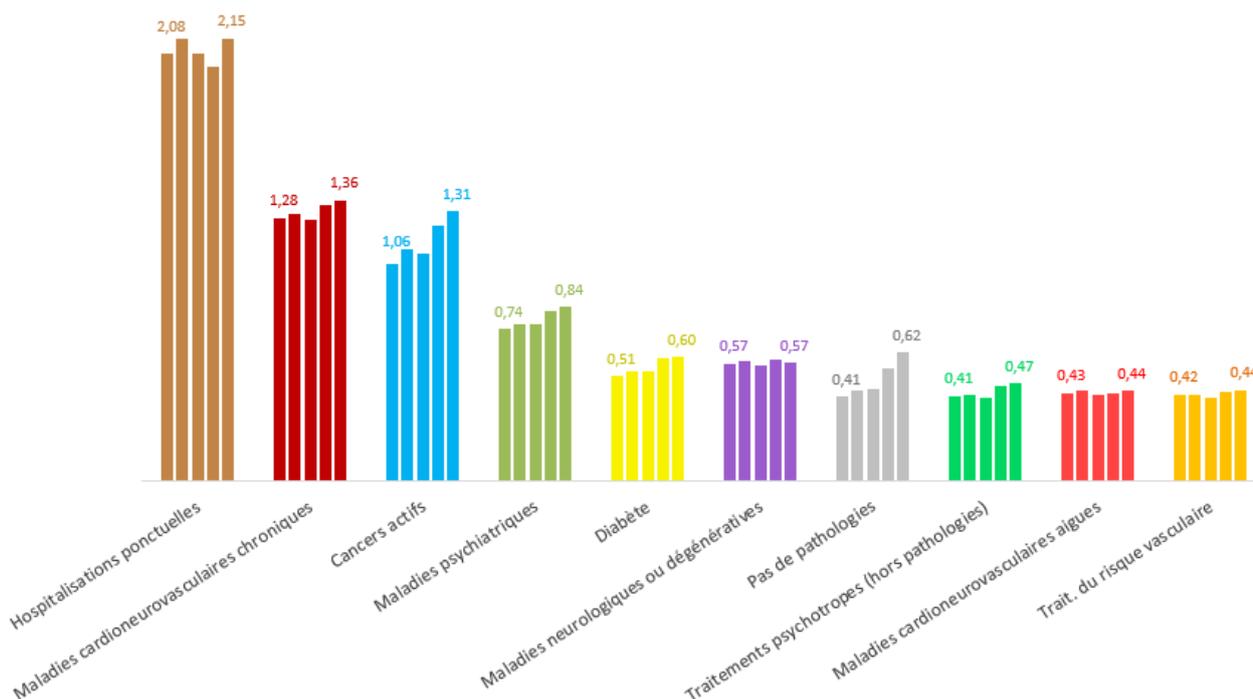
Sources : CNAM, MSA

En 2021, 20 % de la dépense de l’Ondam est consacrée aux hospitalisations ponctuelles

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

Les trois plus gros postes de dépenses sont : les hospitalisations ponctuelles sans relation avec une maladie décrite par la cartographie, les maladies cardiovasculaires chroniques et les cancers dans la phase aiguë du traitement (**Graphique 13**).

Graphique 13 :
Dépense allouée aux principaux postes par année de 2017 à 2021 (en milliards d’euros)



Sources : CNAM, MSA

* Clé de lecture : les dépenses relatives aux maladies cardiovasculaires chroniques prises en charge par la MSA s’élèvent respectivement à 1,28 milliard d’euros en 2017 et 1,36 milliard d’euros en 2021.

Les **hospitalisations ponctuelles** constituent à elles seules près de 20 % de la dépense en 2021, soit 2,15 milliards d’euros de prise en charge pour 14 % de la population du régime agricole consommant des soins. Il s’agit du poste le plus important en termes de dépenses au régime agricole. Le coût moyen annuel par personne pour les hospitalisations ponctuelles est de 4 046 € ; 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 456 500 assurés (**Graphique 14**).

Les **maladies cardiovasculaires chroniques** (à distinguer des maladies cardiovasculaires aiguës) représentent le deuxième poste de dépenses le plus important. En 2021, 1,36 milliard d’euros a été pris en charge par la MSA (soit 12,5% des dépenses) pour 13 % des consommateurs de soins. A l’instar des hospitalisations ponctuelles, les maladies cardiovasculaires chroniques concernent un grand nombre d’individus (382 200 personnes), avec une dépense moyenne peu élevée de 2 884 €.

A contrario, le poids financier du groupe des **cancers actifs** est assez conséquent puisqu’il représente 12 % de la dépense totale (soit 1,31 milliard d’euros) pour un nombre de malades relativement faible (87 249 personnes soit 3 % de la population) mais dont le remboursement moyen par individu est de 13 406 €.

Concernant les autres principaux postes de dépenses, certains se démarquent :

- La dépense des assurés pour lesquels aucune pathologie n'a été identifiée a enregistré une forte progression en 2021 (+ 14 %) après une augmentation de 23 % en 2020. Ces évolutions sont principalement attribuables aux mesures de prise en charge de la Covid-19 (tests, IJ...).
- Les augmentations des dépenses liées au diabète et aux traitements psychotropes ralentissent en 2021 (respectivement + 1 % et + 2 %), après une forte augmentation entre 2019 et 2020 (respectivement + 12 % et + 14 %).

Les évolutions sont étroitement liées aux variations des effectifs et des coûts moyens par individu, facteurs qui influent différemment selon le poste de dépense.

Le **graphique 15** ci-après représente les taux de croissance annuels moyens (TCAM) entre 2017 et 2021 des effectifs (en ordonnée) et des coûts moyens par individu (en abscisse).

Entre 2017 et 2021, le TCAM de la dépense moyenne augmente pour l'ensemble des groupes de pathologies.

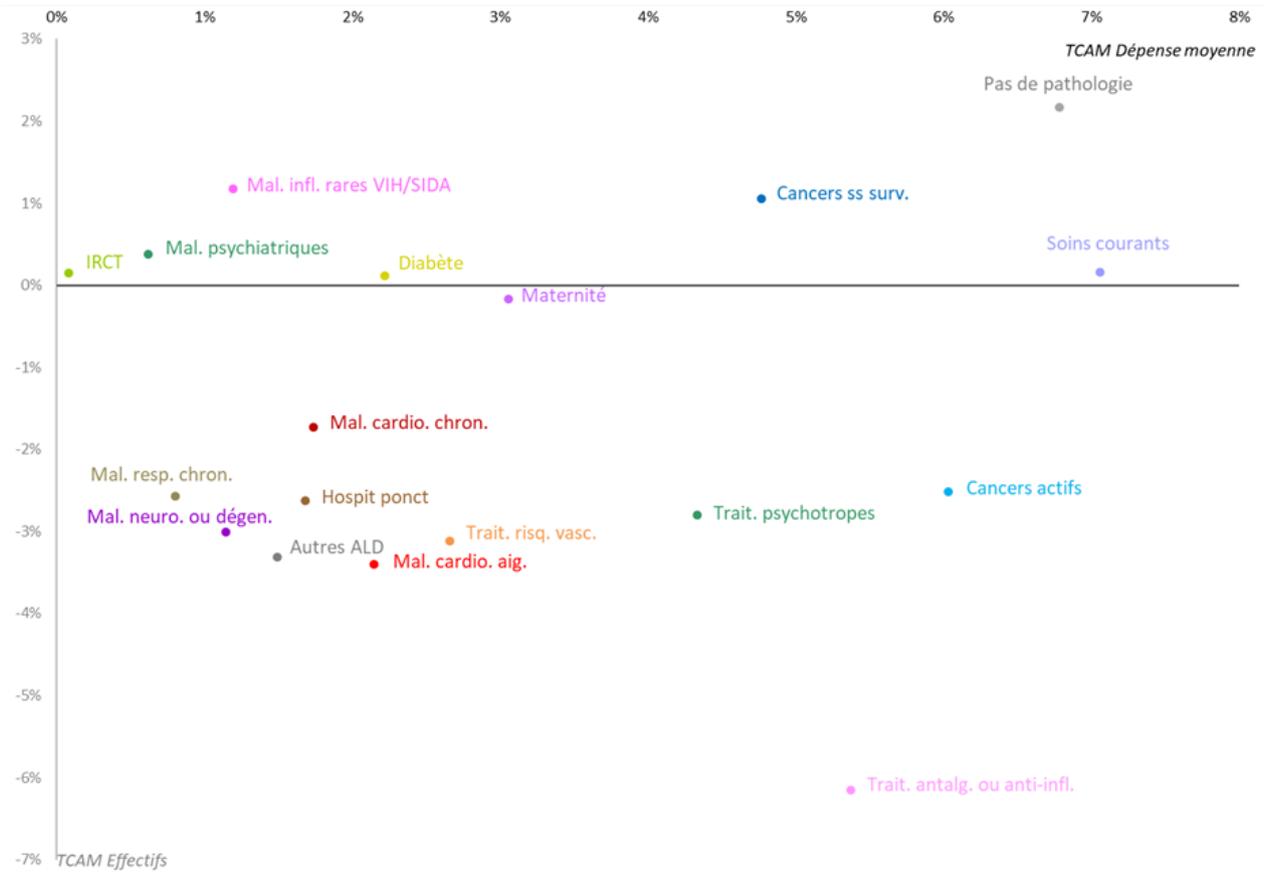
Dans la partie supérieure droite du graphique, on retrouve les catégories de dépenses dont les effectifs sont en progression conjointement à une forte augmentation du TCAM de la dépense moyenne. On y retrouve les soins courants (+ 7,1 %), les personnes sans pathologie identifiée par la cartographie (+ 6,8 %) et les cancers sous surveillance (+ 4,8 %). Ce sont les postes de dépenses qui enregistrent les plus fortes progressions sur la période avec des hausses moyennes annuelles dépassant 7 %.

Les augmentations du TCAM de la dépense moyenne conjuguées à une baisse du TCAM des effectifs, sont présentées dans la partie inférieure droite du graphique. Les dépenses liées aux cancers actifs augmentent de 6 % en moyenne sur la période, tandis que les effectifs diminuent de 2,5 %. Il en est de même pour les traitements antalgiques ou anti-inflammatoires dont la dépense moyenne augmente de 5,4 % alors que le nombre d'individus concernés a fortement diminué (- 6,2 %), ce qui a pour effet une légère hausse annuelle de 0,7 % de la dépense globale de ces traitements sur les 5 années.

Les maladies en haut à gauche du graphique correspondent à des coûts moyens individuels qui augmentent peu (moins de 3 %) mais dont le nombre de personnes atteintes progresse. Les maladies psychiatriques, les maladies inflammatoires, rares, le VIH / Sida, l'insuffisance rénale chronique terminale et le diabète se trouvent dans cette catégorie.

Enfin, les groupes de dépenses dans la partie inférieure gauche du graphique ont enregistré une progression modérée de la dépense moyenne entre 2017 et 2021 alors que le nombre de personnes concernées diminuait. Ces évolutions inverses ont cantonné la progression de la dépense globale à un TCAM inférieur à 1 % pour les hospitalisations ponctuelles, les maladies respiratoires chroniques, les maladies cardiovasculaires aiguës et les maladies neurologiques ou dégénératives.

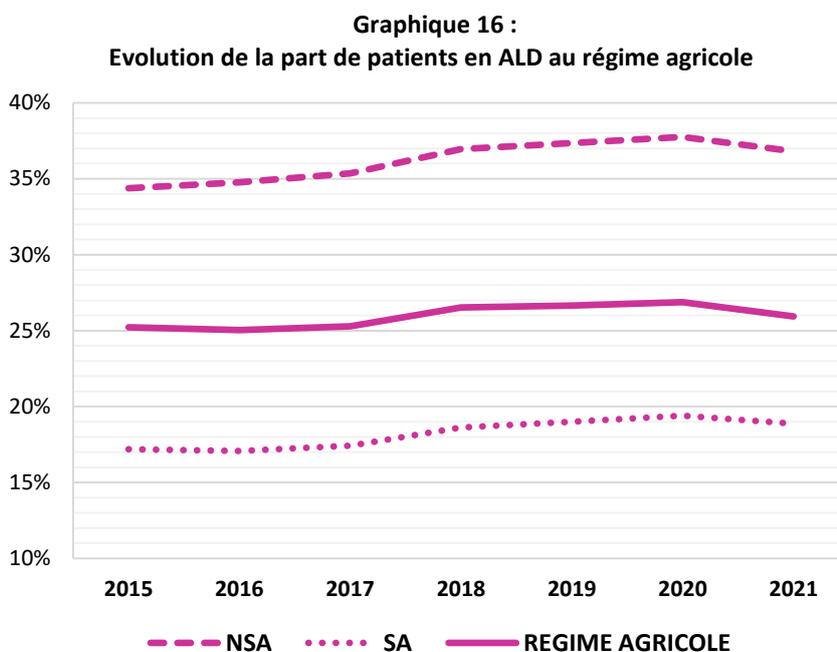
Graphique 15 :
Taux de croissance annuel moyen entre 2017 et 2021 du nombre de personnes concernées et du coût moyen par individu



Sources : CNAM, MSA

2.2.3. Les patients en affection de longue durée au régime agricole en 2021

Les patients en affection de longue durée (ALD) représentent 26 % de la population affiliée au régime agricole ayant eu un soin en 2021, soit un effectif de 771 856 patients⁶. Depuis 2017, cette part était en légère augmentation (**Graphique 16**), en lien avec le vieillissement de la population du régime (**Graphique 17**). Un léger recul s'observe en 2021 (**Graphique 16**). Il peut s'expliquer par la hausse globale du nombre des patients du fait de la pandémie de la Covid-19, hausse qui a surtout concernée les personnes de moins de 60 ans qui ne sont pas en ALD.



Source : SNDS – exploitation MSA

Parmi les patients en ALD, 56 % sont affiliés au régime des non-salariés et 44 % au régime des salariés (**Tableau 21**). Leur moyenne d'âge est de 72 ans (79 ans pour les non-salariés et 64 ans pour les salariés). Cette population est majoritairement masculine (53 % d'hommes contre 47 % de femmes).

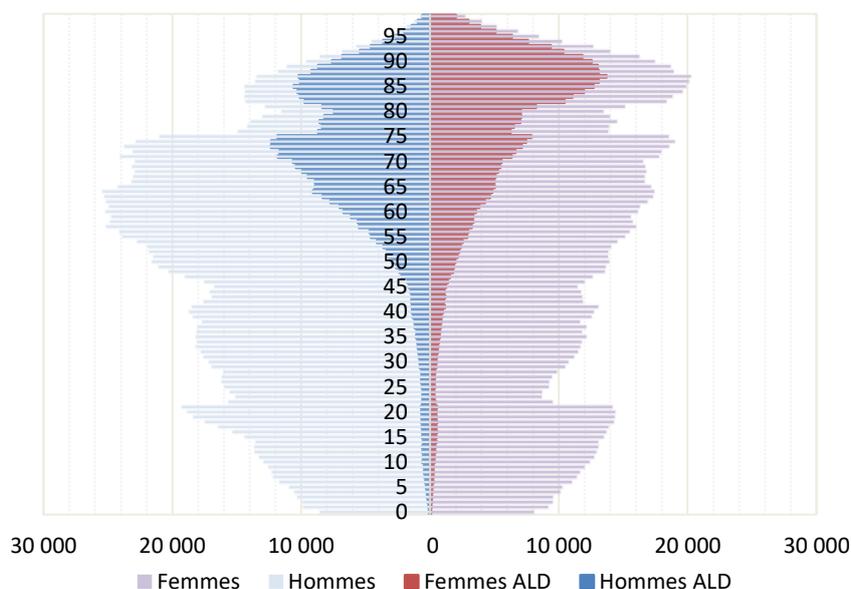
Tableau 21 :
Effectif et répartition des patients en ALD au régime agricole en 2021

	Nombre de patients en ALD	Répartition	% parmi l'ensemble des patients	Moyenne d'âge	% hommes	% femmes
Régime agricole	771 856	100%	26%	72	53%	47%
dont NSA	431 283	56%	37%	79	49%	51%
dont SA	340 573	44%	19%	64	58%	42%
Autres régimes	12 303 961	100%	19%	64	50%	50%

Source : SNDS – exploitation MSA

⁶ La comptabilisation est effectuée en retenant les remboursements de soins jusqu'à fin juin 2022.

Graphique 17 :
Pyramide des âges des patients du régime agricole en 2021



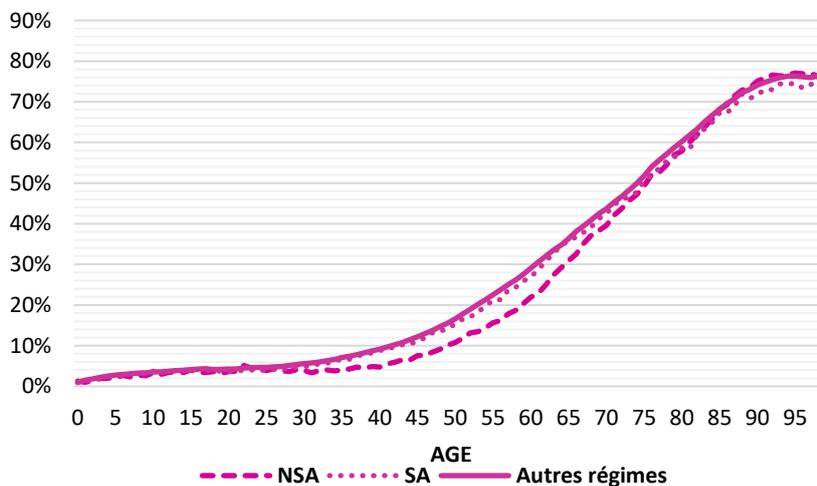
Source : SNDS – exploitation MSA

La part de patients en ALD augmente avec l'âge et de façon significative à partir de 40 ans (**Graphique 18 et Tableau 22**). A partir de 65 ans, les hommes sont plus souvent en ALD que les femmes. Tous régimes d'assurance maladie confondus, chez les 65 à 79 ans, 54 % des hommes sont en ALD contre 39 % des femmes. Chez les 80 ans et plus, 75 % des hommes sont en ALD contre 65 % des femmes.

La part de patients en ALD est plus élevée chez les non-salariés agricoles que chez les salariés agricoles (37 % versus 19 %). Elle est également supérieure à celle constatée dans les autres régimes d'assurance maladie (19 %). Cela s'explique surtout par la structure par âge de la population des non-salariés agricoles, plus âgée que la population générale (en moyenne 62 ans pour les non-salariés agricoles versus 42 ans pour la population générale).

Ce constat s'inverse si on regarde la part de patients en ALD par âge. En effet, entre 30 et 69 ans, la part de patients en ALD est inférieure pour les non-salariés agricoles en comparaison aux autres régimes. Cet écart est plus prononcé pour les hommes que pour les femmes. Ainsi, pour les hommes non-salariés agricoles âgés de 40 à 64 ans, la part de patients en ALD est de 5 points inférieure à celle des autres régimes (**Tableau 22**).

Graphique 18 :
Part de patients en ALD en 2021 par âge et par régime



Source : SNDS – exploitation MSA

Tableau 22 :
Part des patients en ALD en 2021 par classe d'âge, par sexe et par régime

Classe d'âge	Part des patients en ALD TOTAL				Part des patients en ALD HOMMES				Part des patients en ALD FEMMES			
	NSA	SA	Autres régimes	Tous régimes	NSA	SA	Autres régimes	Tous régimes	NSA	SA	Autres régimes	Tous régimes
0-19 ans	3%	3%	3%	3%	3%	4%	4%	4%	3%	3%	3%	3%
20-39 ans	4%	5%	6%	6%	4%	5%	6%	6%	5%	5%	6%	6%
40-64 ans	16%	19%	20%	20%	16%	20%	21%	21%	16%	18%	19%	19%
65-79 ans	44%	44%	46%	46%	49%	49%	54%	54%	38%	37%	39%	39%
80 ans et plus	70%	67%	69%	69%	76%	69%	75%	75%	67%	65%	65%	65%
Total	37%	19%	19%	20%	33%	20%	20%	20%	41%	18%	19%	19%

Source : SNDS – exploitation MSA

Le type de territoire (urbain/rural)⁷ semble peu influencer sur la proportion de patients en ALD. En effet, l'écart de la part de patients en ALD entre les différents types de territoire de résidence, tous régimes confondus, reste assez faible quelle que soit la classe d'âge (**Tableau 23**).

Tableau 23 :
Part de patients en ALD en 2021 par classe d'âge et typologie de commune (tous régimes)

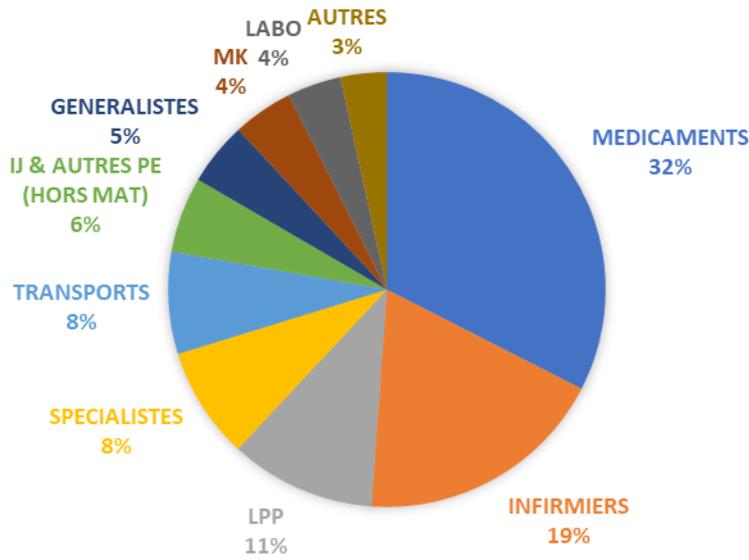
Classe d'âge	Rural autonome très peu dense	Rural autonome peu dense	Rural sous faible influence d'un pôle	Rural sous forte influence d'un pôle	Urbain densité intermédiaire	Urbain dense
0-19 ans	3%	3%	3%	3%	3%	3%
20-39 ans	6%	6%	6%	5%	6%	6%
40-64 ans	20%	20%	19%	17%	20%	20%
65-79 ans	45%	46%	45%	44%	46%	46%
80 ans et plus	68%	69%	70%	69%	69%	68%
Total	23%	23%	20%	18%	21%	18%

Source : SNDS – exploitation MSA

Alors que les patients en ALD constituent 26 % des effectifs de patients au régime agricole, ils représentent 67 % des montants remboursés de soins de ville. Les principales prestations qui leur ont été remboursées sont les médicaments (32 %), les soins infirmiers (19 %) et les dispositifs médicaux (LPP : 11 %) (**Graphique 19**).

⁷ Une nouvelle définition du rural pour mieux rendre compte des réalités des territoires et de leurs transformations, Insee Références, Édition 2021, Dossiers.

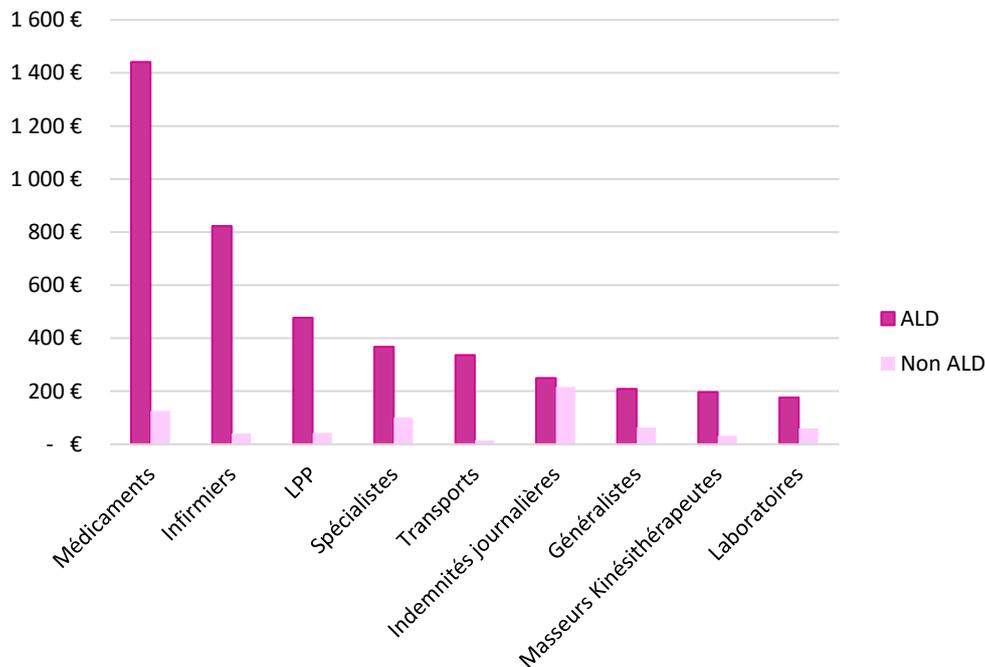
Graphique 19 :
Répartition par poste de dépenses des montants remboursés de soins de ville pour les patients en ALD au régime agricole en 2021



Source : SNDS – exploitation MSA

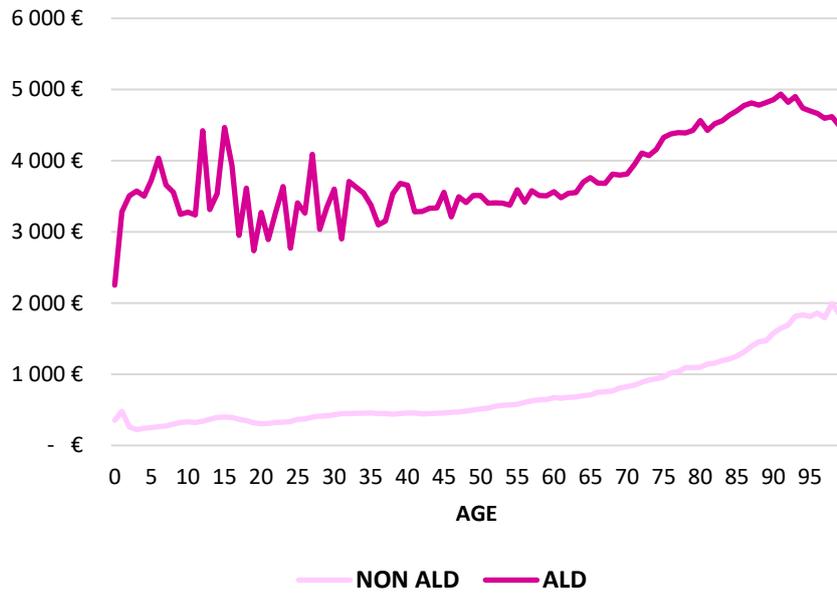
Le montant moyen remboursé de soins de ville par patient en ALD est de 4 427 € en 2021, pour 783 € pour les patients n’étant pas en ALD. L’écart est particulièrement élevé pour le poste médicaments (1 441 € pour les patients en ALD versus 126 € pour les patients non ALD) et pour le poste infirmier (823 € versus 40 €) (**Graphique 20**). Par ailleurs, le montant moyen augmente avec l’âge (**Graphique 21**).

Graphique 20 :
Montant moyen remboursé de soins de ville par patient pour les principaux postes de dépenses et comparaison ALD/non ALD au régime agricole en 2021



Source : SNDS – exploitation MSA

Graphique 21 :
Montant moyen remboursé de soins de ville (hors IJ) par patient par âge
et comparaison ALD/non ALD au régime agricole en 2021



Source : SNDS – exploitation MSA

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

2.2.4.1. La mortalité par suicide au régime agricole en 2020

Les données détaillées les plus récentes sur les causes médicales de mortalité publiées par le CépiDc Inserm concernent l'année 2020, elles suivent la publication des données 2017. La rupture de la série (données détaillées 2018 et 2019 non disponibles à ce jour) résulte de la nécessité d'une remontée urgente des causes de mortalité durant la pandémie de Covid-19. Par ailleurs, un directeur de projet a été nommé auprès du directeur de la DREES afin de mettre en place un plan visant à accélérer la publication des informations et à en améliorer la qualité. Ce plan s'appuie sur des évolutions qui, tant qu'elles ne sont pas stabilisées, interdisent les comparaisons interannuelles (**Encadré 2**). Toutefois, il est toujours possible, pour une année donnée, de réaliser des comparaisons entre groupes de population et notamment entre les assurés du régime agricole et ceux des autres régimes.

Les données mobilisées au sein du système national des données de santé (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 selon des critères identiques afin de réaliser des comparaisons. Le taux de suicide étant variable selon l'âge et le sexe, pour établir une comparaison « toutes choses égales par ailleurs », un indice comparatif est calculé pour mesurer le risque de suicide dans la population du régime agricole comparativement à celui de la population de l'ensemble des régimes, à structure par âge et sexe identique.

En 2020, les consommateurs de soins du régime agricole de 15 à 64 ans ont un risque de mortalité par suicide supérieur de 30,9 % à celui des assurés tous régimes (**Tableau 24**). Chez les non-salariés agricoles, l'excès de risque est de 77,3 %. En revanche, chez les salariés agricoles de 15 à 64 ans, la fréquence des suicides n'est pas significativement différente de celle de l'ensemble des consommateurs de soins de la même tranche d'âge.

Au sein de la population des assurés du régime agricole de 65 ans et plus, le phénomène suicidaire est beaucoup plus fréquent que dans l'ensemble de la population (+ 63,5 %), à structure par âge et sexe identique. L'excès de risque est de 82,1 % pour les non-salariés agricoles, cette différence est statistiquement significative. En revanche, pour la population des salariés agricoles, la différence n'est pas statistiquement significative.

Tableau 24 :
Indice comparatif du taux de suicide entre le régime agricole et l'ensemble des régimes en 2020

2020		Nombre de consommateurs (population soumise au risque, calculée)	Indice comparatif	Significativité
Consommateurs métropolitains de 15 - 64 ans				
Ensemble des régimes		36 638 268	100,0	-
	Régime agricole	1 582 408	130,9	***
	-dont régime des salariés	1 115 321	104,5	non significatif
	-dont régime des non-salariés	467 087	177,3	***
Consommateurs métropolitains de 65 ans et plus				
Ensemble des régimes		11 917 109	100,0	-
	Régime agricole	1 001 339	163,5	***
	-dont régime des salariés	345 451	124,5	non significatif
	-dont régime des non-salariés	655 888	182,1	***

Significativité : * 10%, ** 5%, *** 1%

Source : SNDS - exploitation MSA

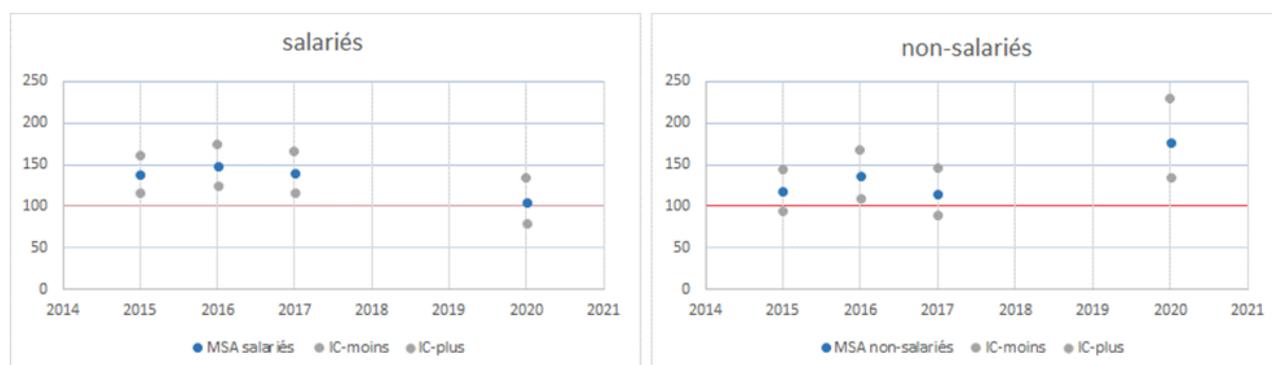
Clé de lecture : en 2020, au régime agricole, dans la population des 15-64 ans, l'indice comparatif est de 130,9 soit un surrisque de 30,9 % par rapport aux consommateurs de l'ensemble des régimes de la même tranche d'âge.

La non-significativité constatée en 2020 pour les salariés agricoles doit être interprétée avec prudence et nécessite un approfondissement des travaux. En effet, elle pourrait être le résultat d'un accroissement du risque de mortalité par suicide pour la population générale qui, sans réduire le sur-risque pour les salariés agricoles, se traduirait par une absence de caractère discriminant pour les salariés par rapport à la population générale.

L'évolution interannuelle des indices comparatifs est significative dès lors que les intervalles de confiance ne se chevauchent pas. Ainsi, dans la population de 15 à 64 ans, les indices comparatifs du suicide, entre la population des salariés et des non-salariés avec l'ensemble des consommateurs de soins, ne sont pas significativement différents d'une année à l'autre entre 2015 et 2020. On peut toutefois observer qu'en 2020, l'indice comparatif pour les non-salariés se détache à la hausse de la tendance des années antérieures et révèle un sur-risque de suicide significatif contrairement aux années 2015 et 2017 (**Graphiques 22a et 22b**).

Graphiques 22a et 22b :

Indice comparatif du risque de suicide entre la population MSA de 15-64 ans et l'ensemble des assurés, avec son intervalle de confiance, sur la période 2015-2020

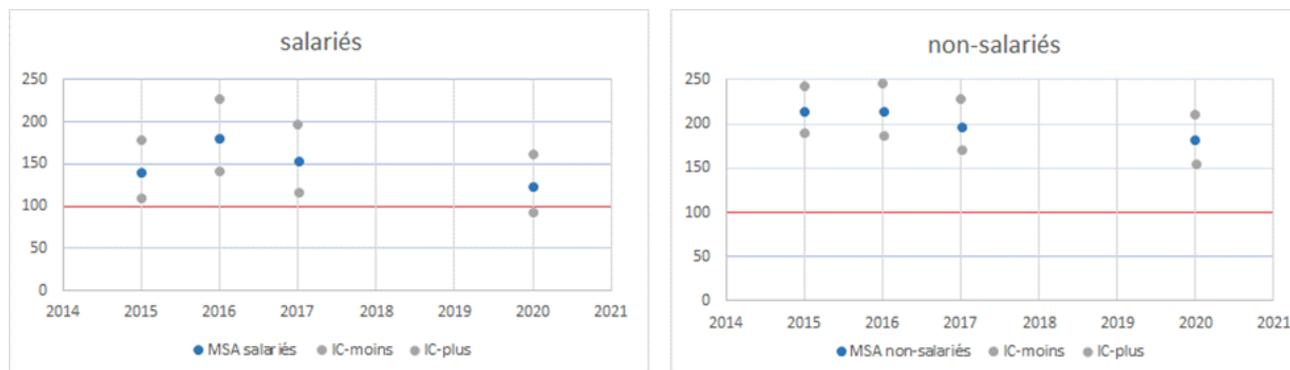


Source : SNDS, exploitation MSA

Pour les assurés de 65 ans et plus, l'évolution des indices comparatifs n'est pas non plus significative. L'excès de risque, très élevé, chez les non-salariés a tendance à diminuer (**Graphiques 23a et 23b**).

Graphiques 23a et 23b :

Indice comparatif du risque de suicide entre la population MSA de 65 ans et plus et l'ensemble des assurés, avec son intervalle de confiance, sur la période 2015-2020



Source : SNDS, exploitation MSA

Encadré 2 :

Une nécessaire prudence dans l'interprétation des données du CépiDc (Inserm) relatives aux causes de mortalité

Les données détaillées les plus récentes sur les causes médicales de mortalité, publiées par le CépiDc (Inserm), concernent l'année 2020. Celles-ci doivent être interprétées avec précaution dans la mesure où des évolutions très significatives ont été opérées à partir de 2018 afin de permettre un meilleur repérage des suicides.

Ces évolutions comprennent :

- d'une part, les modifications du certificat de décès ;
- d'autre part, la transmission des certificats de décès ayant fait l'objet d'une autopsie par l'Institut Médico-Légal (IML) de Paris.

Un nouveau certificat de décès a ainsi été mis en place en 2018, utilisé de manière immédiate dans sa version électronique et de façon beaucoup plus progressive dans sa version papier. Sur ce nouveau certificat, il est demandé aux médecins certificateurs de renseigner des informations complémentaires sur « les circonstances apparentes » de survenue du décès. Concrètement, le certificat rénové comporte une nouvelle case à cocher « Suicide » qui facilite la déclaration de cette cause et peut aussi modifier la manière dont les médecins remplissent la partie texte du certificat servant à déterminer la cause initiale du décès. En opérant une transition instantanée au nouveau certificat, la progression de la certification électronique sous l'effet de la crise sanitaire de la Covid-19 a pu contribuer à un meilleur codage des suicides en 2020. Des travaux sont en cours au CépiDc pour évaluer l'influence du nouveau certificat sur la statistique de décès par suicide.

A partir de l'année 2018, l'ajout des données de l'IML de Paris contribue à améliorer la collecte de certificats de décès susceptibles d'être des suicides. Jusqu'alors, les certificats correspondants à des décès ayant fait l'objet d'une autopsie par l'IML de Paris ne parvenaient pas systématiquement au CépiDc. Parmi ceux-ci, de 300 à 400 certificats par an concernaient des suicides qui, sans ce dispositif nouveau, n'auraient pas été comptabilisés. Une partie de la hausse constatée à partir de 2018 par rapport aux années précédentes provient de cette information supplémentaire et ne traduit pas une hausse réelle du nombre de suicides sur la période. Cependant, le surcroît net de décès par suicide directement obtenu par cette amélioration de la collecte ne peut être déterminé avec certitude, car une partie de ces certificats est déjà collectée, dans le cas de doublons où le certificat provient d'un médecin légiste et est aussi comptabilisé dans les données de l'IML.

Ces évolutions corrigent très probablement tout ou partie des imperfections analysées dans une étude de 2006, qui évaluait à environ 10 % la sous-estimation du nombre de décès par suicide. Au-delà du niveau des décès par suicide, de leur évolution en tendance et de cet effet géographique mis en évidence ci-dessus, l'amélioration du recueil de l'information permettant le codage du suicide et des remontées des certificats de décès peut également modifier la répartition par sexe et âge des statistiques sur les suicides. En attendant les données définitives des années 2018 et 2019, la comparaison des données des années 2018, 2019 et 2020 à celles des années précédentes doit être menée avec la plus grande précaution.

2.2.4.2. Les tentatives de suicide au régime agricole de 2017 à 2021

Selon une étude de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2022, 7,2 % de la population métropolitaine adulte déclare avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie⁸. Le régime agricole, au même titre que l'ensemble de la population est concerné par ce phénomène. Il est donc essentiel pour la MSA de suivre l'évolution du nombre de ses assurés sujets à ces tentatives, signal fort d'une situation de mal-être, voire même facteur prédictif du suicide.

Dans cette étude, seules sont prises en compte les tentatives de suicide suivies d'une hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) pour les assurés âgés de 10 ans et plus, en France métropolitaine. Dans la suite de l'étude, le terme « tentatives de suicide », ou TS, correspondra à cette définition.

Les tentatives de suicide en France métropolitaine entre 2017 et 2021

Entre 2017 et 2021, on dénombre annuellement en moyenne 72 619 consommateurs de soins, tous régimes confondus, qui ont fait au moins une tentative de suicide suivie d'une hospitalisation (**Tableau 25**).

L'année 2020 se démarque avec une baisse de 9,6 % du nombre d'assurés ayant réalisé au moins une tentative de suicide (66 779) par rapport à 2019 (73 896). Si la crise sanitaire a pu avoir des effets négatifs sur la santé mentale, les confinements répétés ont cependant joué un rôle protecteur et permis d'éviter un passage à l'acte, notamment grâce à la surveillance des autres membres du foyer⁹.

En 2021, le nombre d'assurés ayant tenté de se suicider (72 148) est plus nombreux qu'en 2020, sans toutefois atteindre le niveau qui était celui qui a précédé la crise de la Covid ; le taux d'assurés ayant réalisé une TS est de 12 pour 10 000, alors qu'il dépassait 13 ‰ en 2017 et 2018 et atteignait 12,9 ‰ en 2019¹⁰.

Les femmes sont plus exposées à ce risque. Sur toutes les années étudiées, le taux brut de tentatives de suicide est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (**Graphique 24**) : sur la période 2017-2021, il est en moyenne de 14,7 pour 10 000 chez les femmes alors qu'il est de 10,6 ‰ chez les hommes.

⁸ Léon C., Chan-Chee C., du Roscoät E. et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017, Baromètre de Santé publique France 2017 : tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans, Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 2019, n°3-4, p. 38-47.

⁹ Suicide, mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19, Observatoire national du suicide, 5ème rapport, Septembre 2022.

¹⁰ Les taux de TS présentés sont affectés par le nombre de consommateurs de soins (ici le dénominateur), or en 2021, il a augmenté du fait des remboursements de tests Covid, notamment sur des classes d'âge jeunes qui comprennent habituellement un nombre important de non-consommateurs de soins.

Tableau 25 :
Nombre et taux d'assurés ayant réalisé une TS, tous régimes, en France métropolitaine de 2017 à 2021

	Taux de tentatives de suicide pour 10 000	Nombre d'assurés ayant tenté de se suicider		
		Hommes	Femmes	Total
2017	13,3	29 151	45 577	74 728
2018	13,4	29 700	45 846	75 546
2019	12,9	29 205	44 691	73 896
2020	11,6	26 874	39 905	66 779
2021	12,0	27 015	45 133	72 148

Source : SNDS - exploitation MSA

Source : SNDS, exploitation MSA

Graphique 24 :
Taux d'assurés ayant réalisé une TS (pour 10 000), tous régimes, par sexe et par année de 2017 à 2021



Source : SNDS, exploitation MSA

Les tentatives de suicide au régime agricole

Au régime agricole, le nombre de tentatives de suicide reste globalement stable sur la période 2017-2021 avec en moyenne 2 413 personnes ayant tenté de se suicider au moins une fois dans l'année, soit environ 9 assurés agricoles sur 10 000 consommateurs de soins (**Graphique 25**). Comme pour l'ensemble de la population de France métropolitaine, on note une diminution des tentatives de suicide en 2020 chez les consommateurs du régime agricole (**Graphique 25, Encadré 3**).

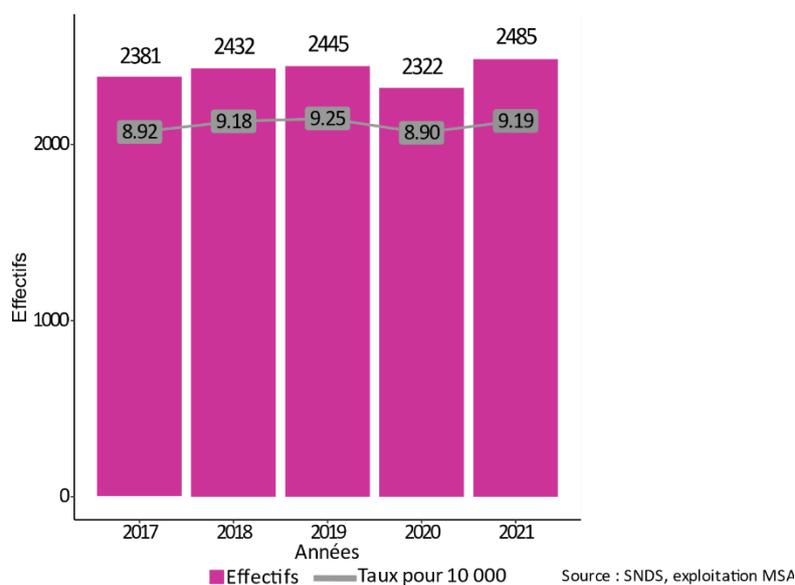
Le taux brut de tentatives de suicide de 2021, même s'il augmente, reste légèrement inférieur à celui de 2019 avec 9,19 tentatives de suicide pour 10 000 consommateurs de soins contre 9,25 ‰ en 2019.

Les tentatives de suicide ont augmenté de 7 % chez les assurés du régime agricole entre 2020 et 2021. Cette augmentation est plus marquée chez les femmes avec une progression de 6,4 % contre 0,6 % chez les hommes. Les classes d'âge les plus contributives à cette hausse sont les jeunes femmes de moins de 20 ans.

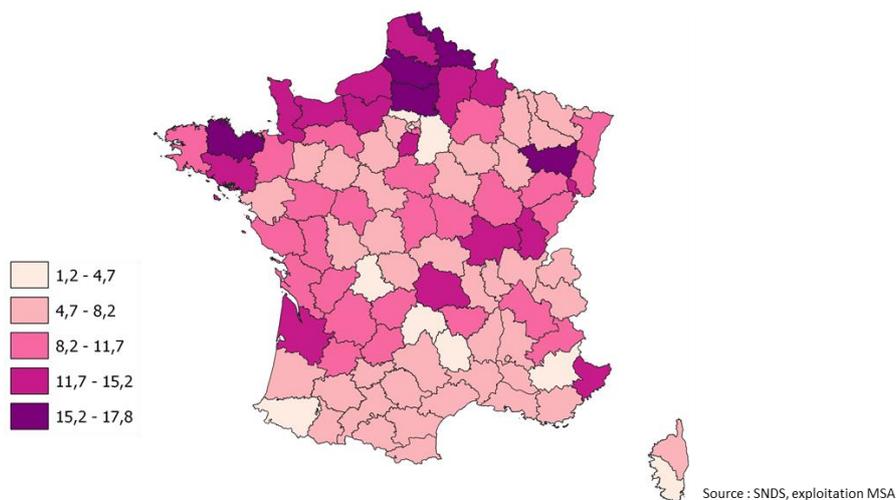
Les départements du Nord et de l'Ouest de la France sont les plus touchés (**Carte 2**). Les taux standardisés de tentatives de suicide les plus élevés s'observent dans le Nord (17,5 ‰), les Côtes-d'Armor (17,5 ‰), l'Oise (15,8 ‰) et la Somme (15,7 ‰). Par ailleurs, c'est dans le département des Vosges que le taux est le plus élevé (17,8 ‰).

En revanche, les départements du pourtour méditerranéen sont moins touchés par les tentatives de suicide avec des taux inférieurs à 8,2 pour 10 000 consommateurs de soins.

Graphique 25 :
Nombre et taux d'assurés agricoles ayant réalisé une TS de 2017 à 2021



Carte 2 :
Taux standardisé de tentatives de suicide (pour 10 000) au régime agricole en 2021



Une situation moins marquée au régime agricole que dans l'ensemble de la population

En 2021, les assurés du régime agricole sont globalement moins exposés au risque de tentative de suicide que la population tous régimes, à l'exception des 30-39 ans (**Graphique 26**).

Les tendances sont toutefois similaires entre ces deux populations avec notamment un taux de tentatives de suicide plus élevé chez les femmes et tout particulièrement pour les jeunes femmes de 15 à 19 ans chez lesquelles les tentatives de suicide sont jusqu'à 4 fois plus fréquentes que chez les jeunes hommes. Dans cette classe d'âge, le taux de TS est de 51 ‰ pour les jeunes femmes tous régimes et de 41 ‰ pour les jeunes femmes du régime agricole contre 12 ‰ et 10 ‰ respectivement pour les jeunes hommes.

A partir de 25 ans, l'écart hommes-femmes se réduit considérablement et le taux de TS n'excède jamais 17 pour 10 000. Au-delà de 60 ans, il est inférieur à 10 ‰ (exception faite des hommes tous régimes de 95 ans et plus).

Graphique 26 :
Taux de tentatives de suicide, pour 10 000, par âge et par sexe, par régime en 2021



Source : SNDS, exploitation MSA

Encadré 3 :
Particularité de l'année 2020

En 2020, les tentatives de suicide ont baissé de 9,6 % en France métropolitaine et de 5 % pour les assurés MSA. Du fait de sa structure démographique, la diminution au régime agricole est portée principalement par les hommes de moins de 50 ans. En revanche, les TS ont augmenté en 2020 pour les assurés de plus de 50 ans et particulièrement chez les hommes de 50 à 64 ans.

Dans l'ensemble de la population, cette baisse concerne la quasi-totalité des classes d'âge et est majoritairement portée par les femmes (notamment les 15-19 ans) (Graphiques 27a et 27b).

Graphiques 27a et 27b :
Contribution à l'évolution 2019-2020 des assurés ayant fait une TS, de chaque classe d'âge et sexe, au régime agricole et tous régimes



Source : SNDS, exploitation MSA

Il convient toutefois de ne pas tirer de conclusions hâtives sur ces constats car cette baisse ne saurait être le reflet d'une meilleure santé mentale. En effet, les TS suivies d'hospitalisation ont baissé en 2020, toutefois, nous ne disposons pas de données sur les TS qui n'ont pas fait l'objet de prise en charge hospitalière ou des recours aux urgences pour idées suicidaires.

La conduite suicidaire ne peut être isolée des problématiques de santé mentale. Ainsi, cette étude devra être enrichie notamment par les données sur les pathologies psychiatriques et le recours aux psychotropes.

2.2.4.3. Lien entre tentatives de suicide et mortalité par suicide au régime agricole

En 2020, 19 % des personnes qui se sont suicidées avaient déjà fait une tentative de suicide suivie d'hospitalisation¹¹ dans les 5 ans précédents. Le sur-risque de suicide très élevé chez les personnes ayant déjà tenté de se suicider a conduit à mettre en place des dispositifs de prévention ciblés comme Vigilans.

Sur l'ensemble des régimes, en 2020, les **personnes âgées de 15 à 64 ans** ayant fait une tentative de suicide suivie d'hospitalisation, au cours des 5 ans précédents, ont un risque de suicide multiplié par 42 par rapport à celles n'ayant pas eu d'hospitalisation pour ce motif. Plus la tentative de suicide est récente, plus le sur-risque est élevé ; si elle s'est produite dans l'année écoulée, l'excès de risque est multiplié par 101 (**Tableau 26**).

Tableau 26 :
Indice comparatif du risque de suicide chez les personnes de 15-64 ans ayant fait au moins une TS pour l'ensemble des régimes en 2020

	Nombre de consommateurs	Indice comparatif	Significativité
Ensemble des consommateurs métropolitains de 15 - 64 ans	36 638 268	100	
Tentative de suicide dans les 5 ans précédents	233 914	4 185	***
Tentative de suicide au cours de l'année précédente	52 796	10 094	***

Significativité : * 10%, ** 5%, *** 1%

Source : SNDS - exploitation MSA

Pour les assurés agricoles âgés de 15 à 64 ans, le phénomène est identique, le risque est multiplié par 36 lorsqu'il y a eu une tentative de suicide dans les 5 ans précédents et par 70 lorsque la tentative de suicide a eu lieu au cours de l'année passée (**Tableau 27**). Cet excès de risque semble encore plus marqué chez les non-salariés agricoles, toutefois, les faibles effectifs ne permettent pas d'avoir des résultats statistiquement significatifs par régime.

Tableau 27 :
Indice comparatif du risque de suicide chez les personnes de 15-64 ans ayant fait au moins une TS au régime agricole en 2020

	Nombre de consommateurs	Indice comparatif	Significativité
Ensemble des consommateurs MSA de 15 - 64 ans	1 582 408	100	
Tentative de suicide dans les 5 ans précédents	7 764	3 563	***
Tentative de suicide au cours de l'année précédente	1 791	6 963	non calculable

Significativité : * 10%, ** 5%, *** 1%

Source : SNDS - exploitation MSA

En 2020, sur l'ensemble des régimes, les **personnes de 65 ans et plus** ayant fait une tentative de suicide suivie d'hospitalisation, au cours des 5 ans précédents, ont un risque de suicide multiplié par 48 par rapport à celles n'ayant pas eu d'hospitalisation pour ce motif (**Tableau 28**). Lorsque la tentative de suicide est récente, le sur-risque est encore plus marqué ; si elle s'est produite dans l'année écoulée, l'excès de risque est multiplié par 131. Ce sur-risque est encore plus marqué que chez les 15-64 ans.

¹¹ Dans cette étude, seules sont prises en compte les tentatives de suicide suivies d'une hospitalisation en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO). Dans la suite de l'étude, le terme « tentative de suicide » ou TS correspondra à cette définition.

Tableau 28 :
Indice comparatif du risque de suicide chez les personnes de 65 ans et plus ayant fait au moins une TS pour l'ensemble des régimes en 2020

	Nombre de consommateurs	Indice comparatif	Significativité
Ensemble des consommateurs métropolitains de 65 ans et plus	11 917 109	100	
Tentative de suicide dans les 5 ans précédents	32 970	4 846	***
Tentative de suicide au cours de l'année précédente	7 289	13 146	***

Significativité : * 10%, ** 5%, *** 1% Source : SNDS - exploitation MSA

Chez les assurés agricoles de 65 ans et plus, le phénomène est identique : un risque de suicide 40 fois plus élevé lorsque les personnes ont tenté de se suicider au cours des 5 ans précédents et un risque multiplié par 107 lorsqu'ils ont été hospitalisés pour tentative de suicide dans l'année écoulée (**Tableau 29**).

Tableau 29 :
Indice comparatif du risque de suicide chez les personnes de 65 ans et plus ayant fait au moins une TS au régime agricole en 2020

	Nombre de consommateurs	Indice comparatif	Significativité
Ensemble des consommateurs MSA de 65 ans et plus	1 001 339	100	
Tentative de suicide dans les 5 ans précédents	1 691	4 011	***
Tentative de suicide au cours de l'année précédente	395	10 700	non calculable

Significativité : * 10%, ** 5%, *** 1% Source : SNDS - exploitation MSA

Parmi les consommateurs âgés de 65 ans et plus ayant tenté de se suicider au cours des 5 dernières années, les actes de récidive aboutissant au décès sont deux fois plus fréquents chez les non-salariés agricoles (IC de 207) (**Tableau 30**). Ce sur-risque est plus élevé que le sur-risque global de suicide des non-salariés agricoles (IC de 182, **Tableau 24**), ce qui semble indiquer un phénomène de récidive létale plus fréquent chez les non-salariés (permanence du mal-être, détermination à en finir,...) que dans la population générale.

Tableau 30 :
Suicides précédés par une tentative de suicide dans les 5 ans, personnes de 65 ans et plus, comparaison assurés MSA / ensemble de la population, en 2020

	Nombre de consommateurs	Indice comparatif	Significativité
Ensemble des consommateurs métropolitains de 65 ans et plus ayant fait une tentative de suicide dans les 5 ans précédents	32 970	100	
Assurés MSA avec une TS dans les 5 ans précédents	1 691	153	non significatif
NSA avec une TS dans les 5 ans précédents	970	207	**
SA avec une TS dans les 5 ans précédents	720	78	non calculable

Significativité : * 10%, ** 5%, *** 1% Source : SNDS - exploitation MSA

Analyse combinée des facteurs de risque identifiés comme prédominants dans la mortalité par suicide

Le modèle de Cox permet d'évaluer le risque de suicide supplémentaire engendré par chaque facteur (âge, sexe, régime, pathologies, tentatives de suicide) indépendamment les uns des autres (cf. méthode en **Annexe 4**). Il est réalisé sur les consommateurs de l'ensemble des régimes et concerne les suicides intervenus en 2020.

Chez les 15-64 ans

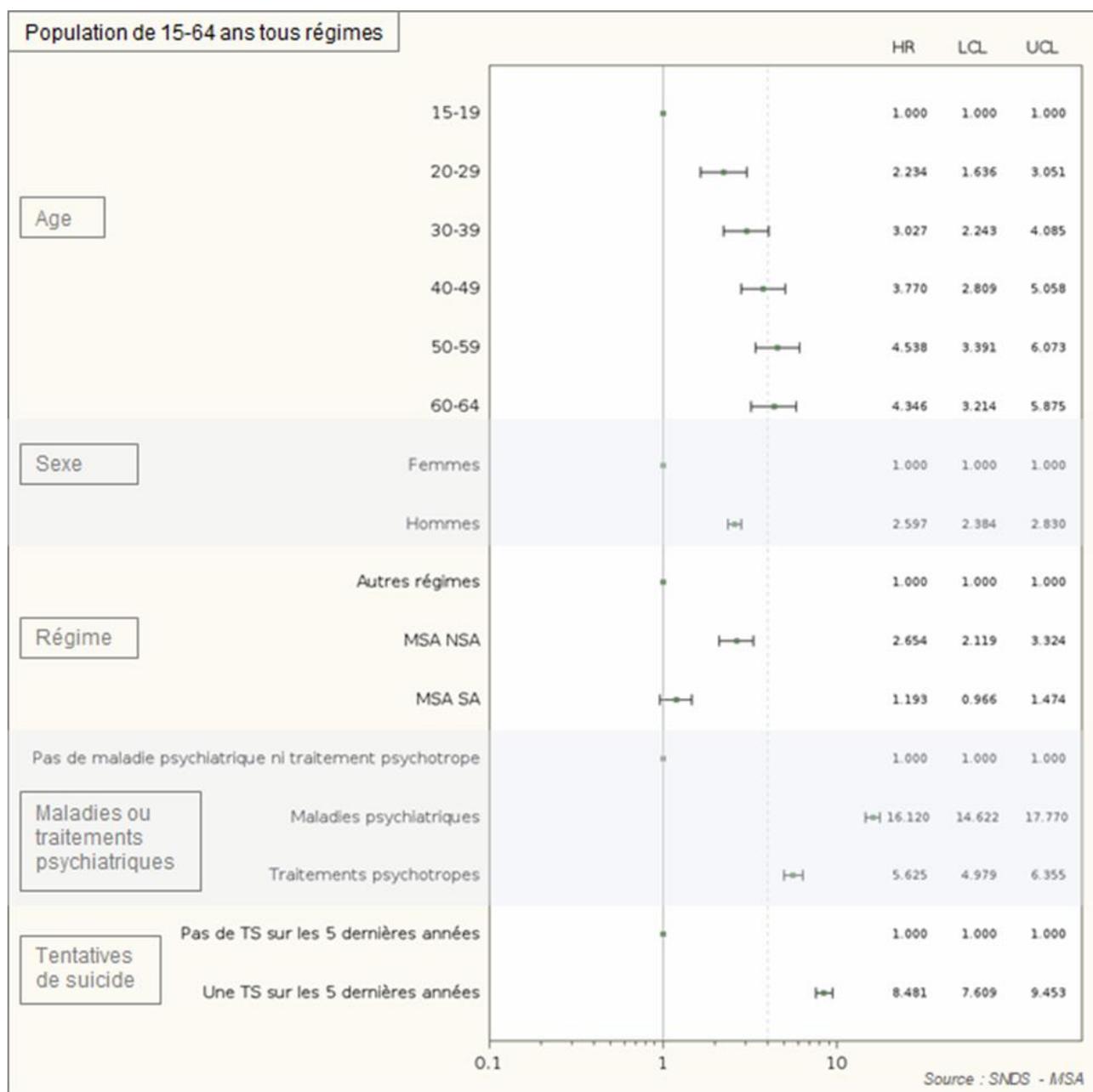
Le modèle de Cox met en exergue d'une part, que les hommes ont un risque 2,6 fois plus élevé de suicide que les femmes et, d'autre part, que le risque de suicide augmente avec l'âge, bien qu'il soit moins important chez les 60-64 ans que chez les 50-59 ans (**Graphique 28**).

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. Mais, en 2020, ce sur-risque n'est significatif que chez les non-salariés agricoles.

Comme l'ont souligné les dernières études publiées par la MSA, le phénomène suicidaire est beaucoup plus fréquent chez les personnes atteintes d'une maladie psychiatrique. Le risque est 16,1 fois plus élevé chez ces dernières que pour les assurés sans pathologie psychiatrique ni traitement psychotrope. Dans une moindre mesure, les consommateurs ayant un traitement psychotrope, sans être atteints par une pathologie psychiatrique, ont également un risque accru de suicide (5,6 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.

Avoir déjà tenté de se suicider au cours des 5 dernières années entraîne un sur-risque de suicide. Ces personnes, à âge, sexe, régime, pathologie psychiatrique ou traitement psychotrope constant, ont un risque de suicide multiplié par 8,5. Il est à noter que ce sur-risque est plus faible que celui mesuré en ne contrôlant que l'âge et le sexe (**Tableau 26**, sur-risque multiplié par 42), ce qui signifie que les personnes qui tentent de se suicider sont souvent atteintes de problèmes psychiatriques ou traitées par psychotropes.

Graphique 28 :
Modèle de Cox, facteurs de risque de suicide, 15-64 ans, ensemble des régimes, 2020



Chez les 65 ans et plus

Comme pour les 15-64 ans, ce modèle de Cox confirme d'une part, l'augmentation du risque de suicide avec l'avancée en âge, ce dernier est particulièrement important chez les assurés âgés de 80 ans et plus, et, d'autre part, un risque de suicide 5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (**Graphique 29**).

Les non-salariés agricoles ont un risque de se suicider 2,1 fois plus important que les consommateurs des autres régimes. Dans une moindre mesure, les salariés agricoles présentent également un sur-risque de suicide (multiplié par 1,4).

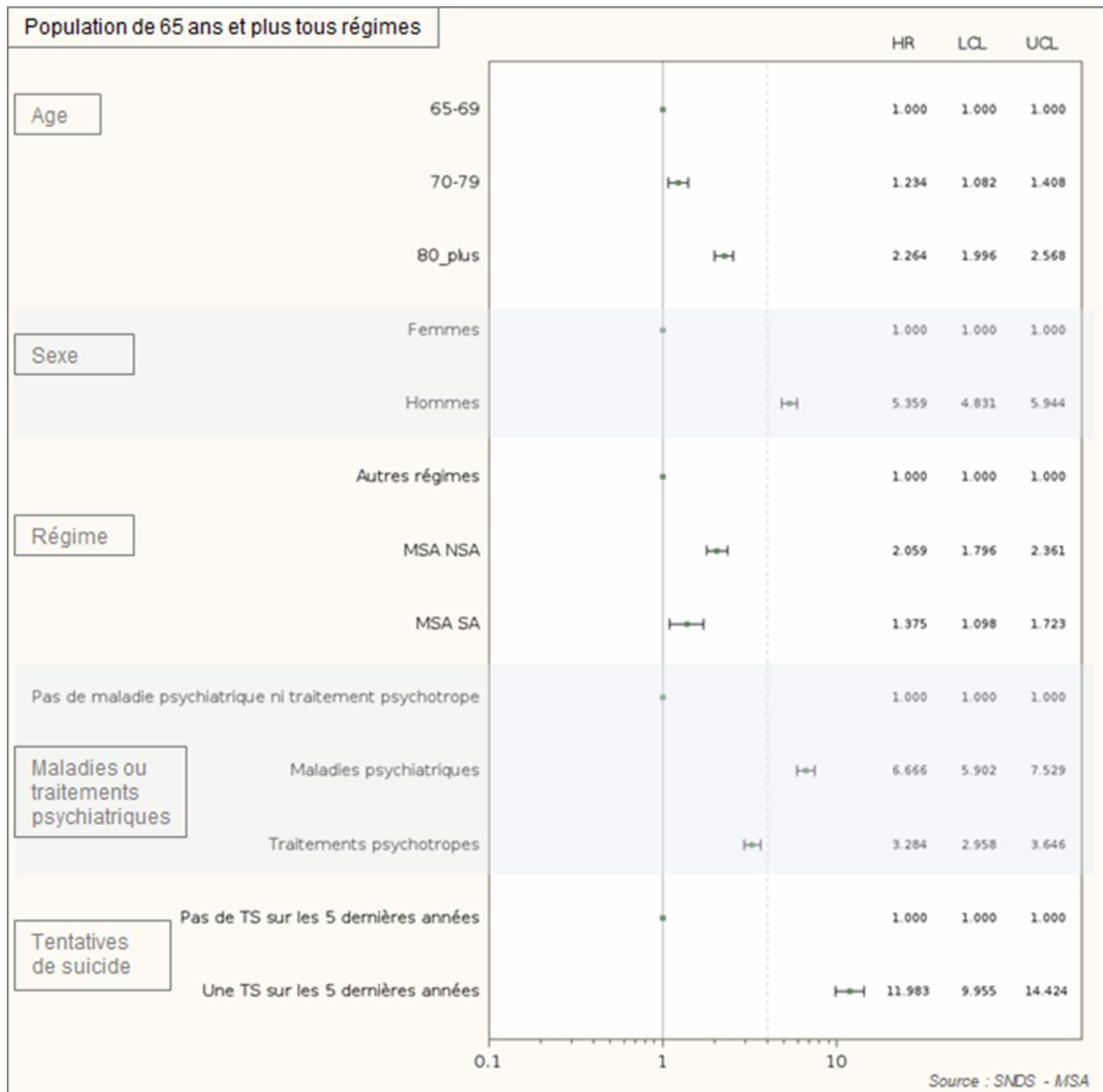
La plus grande fréquence du passage à l'acte suicidaire est également identifiée chez les assurés touchés par une maladie psychiatrique et, dans une moindre mesure, chez ceux recevant un traitement par psychotropes

(avec respectivement un risque 6,7 et 3,3 fois plus important). On peut constater que ces facteurs de risque ont un impact moins important que dans la population plus jeune (15-64 ans).

Les personnes de 65 ans et plus qui ont tenté de se suicider au cours des 5 dernières années ont un risque 12 fois plus important de se suicider. Il est aussi intéressant de remarquer, comme chez les 15-64 ans, que ce sur-risque est plus faible que celui observé en ne contrôlant que l'âge et le sexe (cf. **Tableau 28** sur-risque multiplié par 48), ce qui signifie que les personnes qui ont tenté de se suicider sont souvent atteintes d'une maladie psychiatrique ou traitées par médicaments psychotropes.

Une tentative de suicide au cours des 5 dernières années est le facteur de risque qui prédomine chez les 65 ans et plus, alors que chez les 15-64 ans le principal facteur de risque est la maladie psychiatrique.

Graphique 29 :
Modèle de Cox, facteurs de risque de suicide, 65 ans et plus, ensemble des régimes, 2020



2.2.5. La consommation de soins dentaires chez les jeunes patients du régime agricole

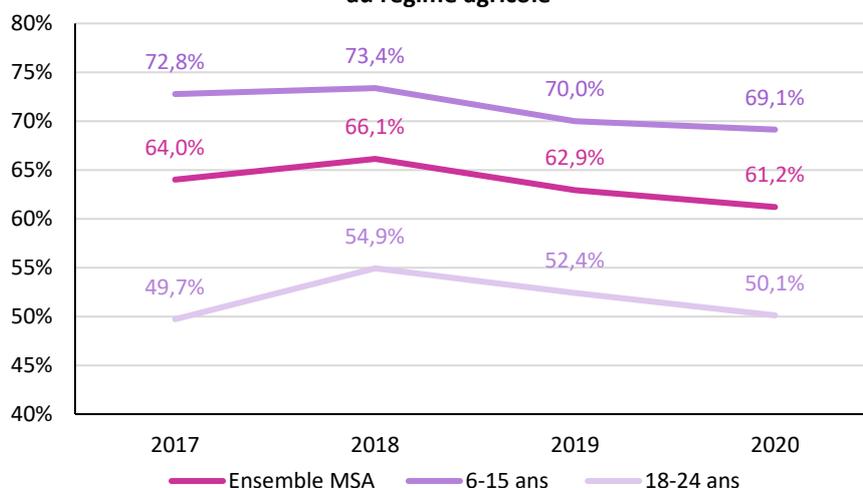
Depuis de longues années, la MSA est attentive à la santé bucco-dentaire de ses ressortissants, elle a développé des actions de prévention bucco-dentaire et s'est toujours inscrite dans la promotion du plan national M'T dents. Afin d'apprécier le comportement des enfants et des jeunes du régime agricole en termes d'accès aux soins dentaires, elle a décidé de mesurer leur consommation de soins dentaires aux âges clés de la prévention, soit sur une période de deux ans entourant les dates anniversaires d'invitation à M'T dents.

Cette analyse, qui vise à évaluer la proportion d'enfants et de jeunes du régime agricole consommant des soins dentaires et de la comparer à celle des ressortissants des autres régimes, est réalisée à partir du système national des données de santé (SNDS). Les enfants dont les parents sont affiliés à des régimes différents peuvent bénéficier de remboursements indifféremment sur l'un ou l'autre régime ; il a donc été décidé, pour réaliser des comparaisons fiables, de ne prendre en compte que les enfants dont l'intégralité des soins ambulatoires est remboursée par un seul régime.

Entre 2017 et 2020, plus de 60 % des jeunes de 6 à 24 ans de la MSA ont consommé des soins dentaires ou ont participé à une action de prévention M'T dents dans les deux ans entourant leur date anniversaire.

Les jeunes enfants et adolescents (6, 9, 12 et 15 ans) sont ceux dont le taux de fréquentation d'un cabinet dentaire est le plus élevé, signe d'un meilleur suivi : près de 3 jeunes sur 4 ont vu un chirurgien-dentiste¹² dans l'année précédant ou suivant leur anniversaire (**Graphique 30**). En revanche, seul un jeune adulte (18, 21 et 24 ans) sur deux consulte un chirurgien-dentiste sur cette période.

Graphique 30 :
Proportion de patients (6, 9, 12, 15, 18, 21, 24 ans) ayant consulté un chirurgien-dentiste par classe d'âge au régime agricole



Source : SNDS - exploitation MSA

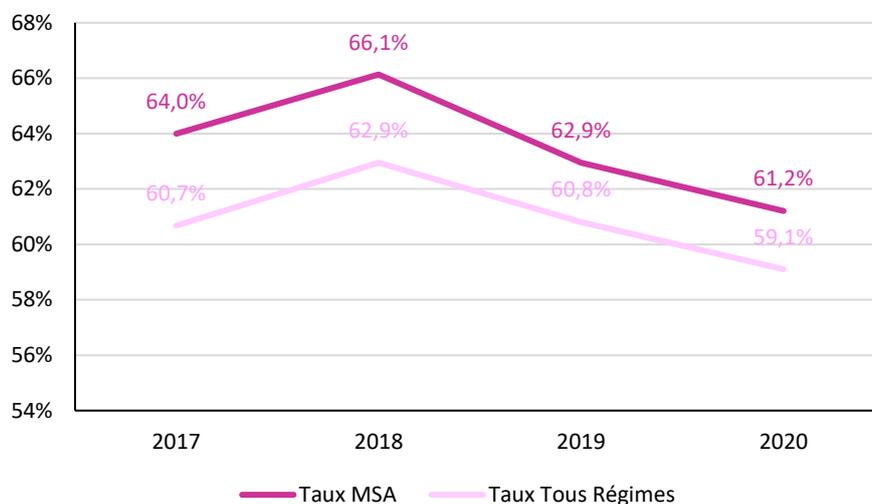
Dans l'ensemble des régimes, la proportion d'enfants et de jeunes ayant consulté un chirurgien-dentiste en 2018 avait progressé par rapport à l'année précédente (**Graphique 31**). Elle a été suivie par une diminution du taux en 2019, cette tendance se poursuit en 2020, année qui a particulièrement impacté la profession avec la Covid-19 (cabinets fermés puis normes et consignes d'hygiène amplifiées).

Les enfants et les jeunes du régime agricole en comparaison à ceux de l'ensemble des régimes se démarquent par une plus grande assiduité à leur suivi bucco-dentaire. Sur l'ensemble de la période, de 2017 à 2020, la proportion de patients MSA ayant consulté un chirurgien-dentiste est supérieure à celle de l'ensemble des

¹² Chirurgien-dentiste ou stomatologue.

régimes. Néanmoins, cette différence est moins marquée depuis 2019, l'écart passe de plus de 3 points en 2018 à 2 points en 2019 et 2020.

Graphique 31 :
Proportion de patients (6, 9, 12, 15, 18, 21, 24 ans) ayant consulté un chirurgien-dentiste au régime agricole et pour l'ensemble des régimes

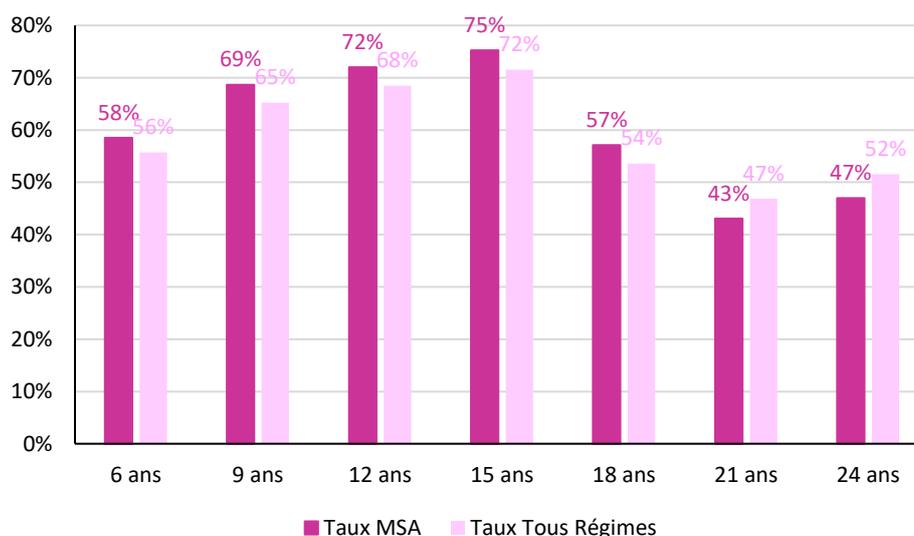


Source : SNDS - exploitation MSA

Quel que soit leur régime, la proportion de jeunes ayant fréquenté un cabinet dentaire, pour des soins ou une consultation de prévention, augmente entre 6 et 15 ans, passant de 56 % pour les enfants de 6 ans à 72 % chez les adolescents de 15 ans ; elle diminue ensuite chez les jeunes adultes, le taux le plus faible concerne les jeunes de 21 ans (47 %) (**Graphique 32**).

Les taux de recours aux consultations de prévention et soins dentaires pour la MSA sont supérieurs sur l'ensemble des âges étudiés, exception faite chez les jeunes de 21 et 24 ans. Ces derniers se distinguent des autres tranches d'âge par un moindre recours par rapport à l'ensemble des régimes. Cette différence porte sur les soins dentaires et non sur les rendez-vous de prévention M'T dents.

Graphique 32 :
Proportion de patients ayant consulté un chirurgien-dentiste aux âges clés en 2020, au régime agricole et pour l'ensemble des régimes



Source : SNDS - exploitation MSA

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

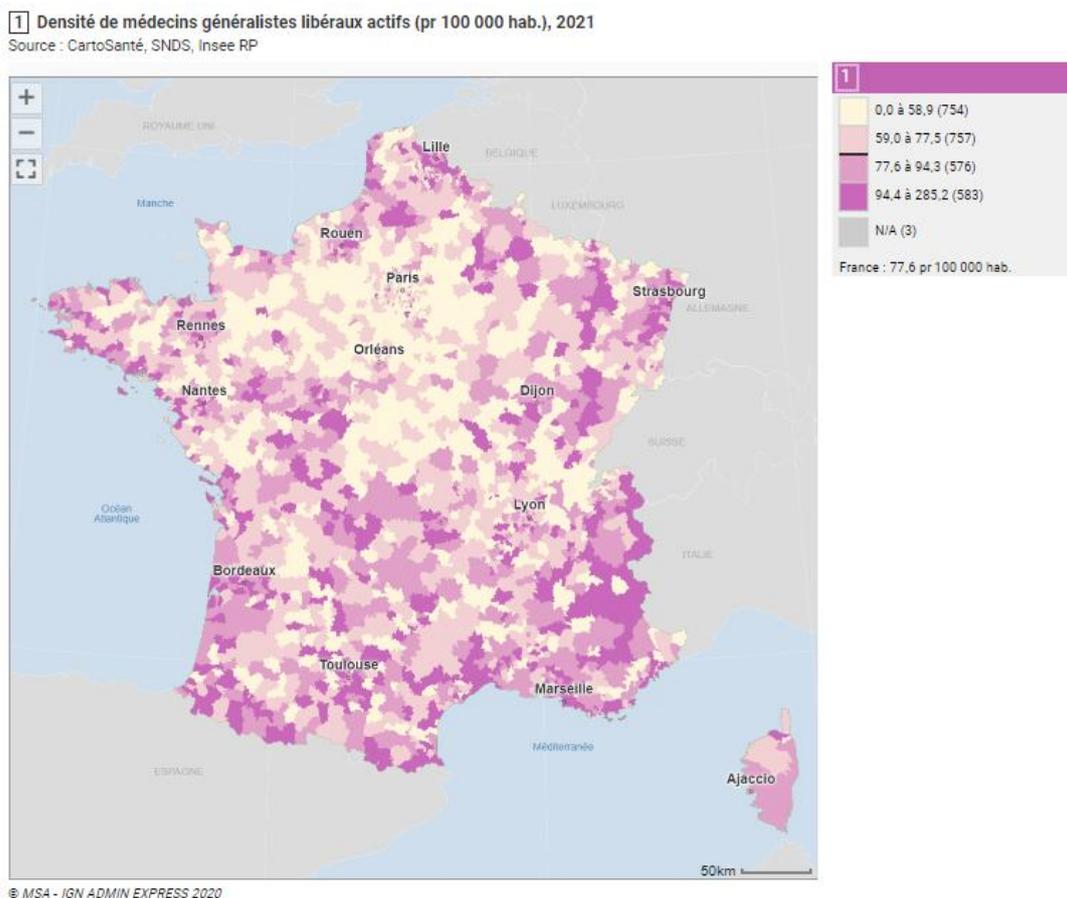
La mesure des disparités d'accès aux professionnels de santé peut se faire à l'aide de plusieurs indicateurs :

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

2.3.1. Analyse des densités des professionnels de santé de premier recours par territoire de vie

En 2021, la densité moyenne des médecins généralistes libéraux actifs en France métropolitaine est de 77,6 pour 100 000 habitants. Géographiquement, cette densité présente de forts contrastes, comme le montre la **carte 3** par territoire de vie¹³.

Carte 3 :
Densité de médecins généralistes libéraux actifs par territoire de vie en 2021



¹³ Le « territoire de vie » est un agrégat de communes autour d'un pôle d'équipements et de services, constitué selon une logique proche du découpage en « bassins de vie » de l'Insee. Ce découpage vise à délimiter le territoire le plus resserré possible au sein duquel les habitants ont accès aux équipements et services considérés comme les plus courants.

Le **tableau 31** présente la répartition des effectifs de la population du régime agricole (représentée par ses patients) et de la population française en fonction des différentes classes de densité de médecins généralistes libéraux actifs en 2021.

Tableau 31 :
Densité de médecins généralistes libéraux actifs en 2021 et répartition des patients du régime agricole versus population française

Densité pour 100 000 hab.	Patients au régime agricole		Population française*	
	Effectifs	%	Effectifs	%
0 à 58,9	766 308	24%	16 106 353	25%
59,0 à 77,5	1 032 609	33%	18 704 937	29%
77,6 à 94,3	728 715	23%	14 193 933	22%
94,4 à 285,2	627 627	20%	16 091 545	25%
Total	3 155 259	100%	65 096 768	100%

Sources : CartoSanté, Insee, MSA

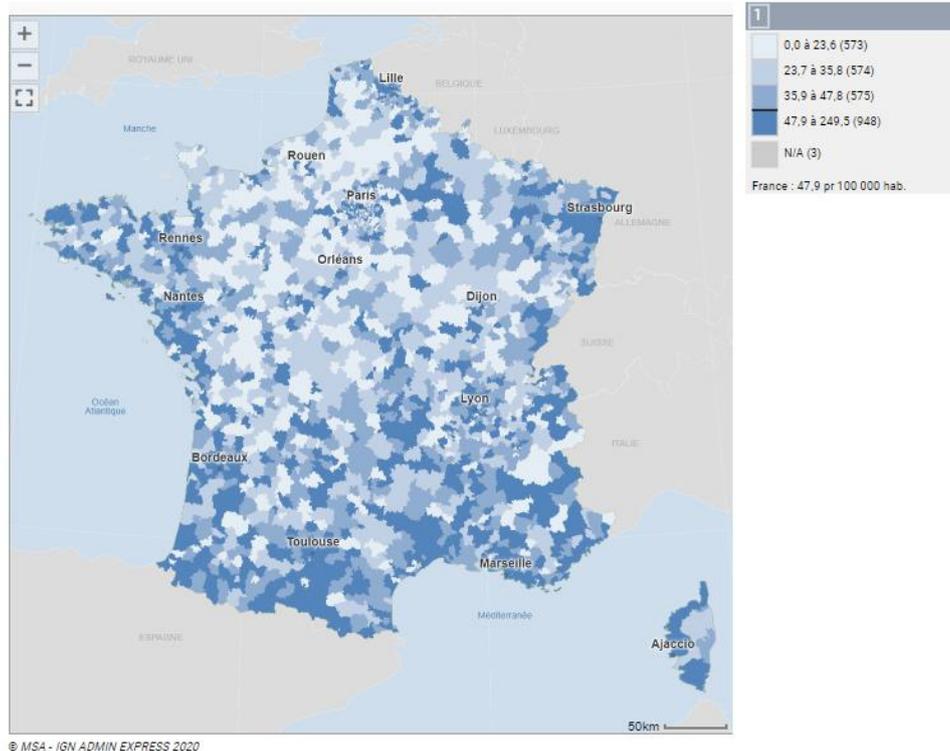
* Population française 2019 (source : Insee RP)

Ce tableau montre que 57 % des patients du régime agricole, contre 54 % pour la population française, résident dans des territoires de vie caractérisés par une densité faible ou très faible de médecins généralistes libéraux actifs. Inversement, seulement 20 % des patients du régime agricole, contre 25 % pour la population française, résident dans des territoires de vie caractérisés par une densité élevée (au sens de bien supérieure à la moyenne) de médecins généralistes libéraux actifs.

En 2021, la densité moyenne des chirurgiens-dentistes libéraux actifs en France métropolitaine est de 47,9 pour 100 000 habitants. Géographiquement, cette densité présente également de forts contrastes, comme le montre la **carte 4** par territoire de vie.

Carte 4 :
Densité de chirurgiens-dentistes libéraux actifs par territoire de vie en 2021

1 Densité de chirurgiens-dentistes libéraux actifs (pr 100 000 hab.), 2021
Source : CartoSanté, SNDS



Le **tableau 32** présente la répartition des effectifs de la population du régime agricole (représentée par ses patients) et de la population française en fonction des différentes classes de densité de chirurgiens-dentistes libéraux actifs en 2021.

Tableau 32 :
Densité de chirurgiens-dentistes libéraux actifs en 2021 et répartition des patients du régime agricole versus population française

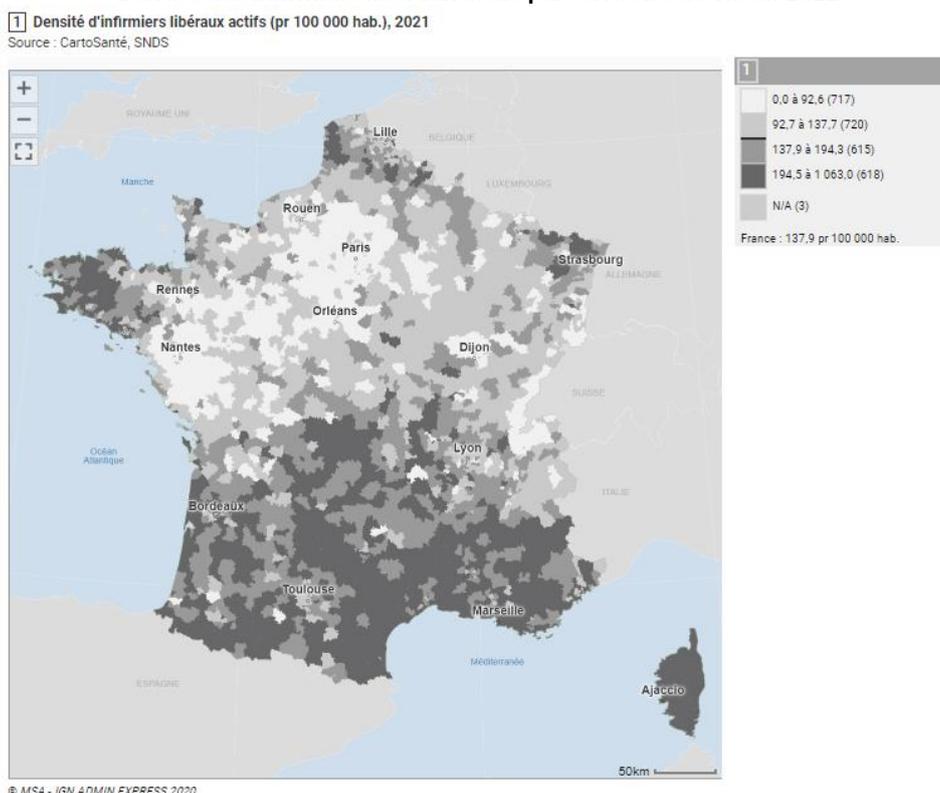
Densité pour 100 000 hab.	Patients au régime agricole		Population française	
	Effectifs	%	Effectifs	%
0 à 23,6	594 867	19%	9 756 938	15%
23,7 à 35,8	724 483	23%	11 958 973	18%
35,9 à 47,8	715 262	23%	12 798 489	20%
47,9 à 249,5	1 120 647	36%	30 582 368	47%
Total	3 155 259	100%	65 096 768	100%

Sources : CartoSanté, Insee, MSA

Ce tableau montre que 64 % des patients du régime agricole, contre 53 % pour la population française, résident dans des territoires de vie caractérisés par une densité faible ou très faible de chirurgiens-dentistes libéraux actifs. Inversement, seulement 36 % des patients du régime agricole, contre 47 % pour la population française, résident dans des territoires de vie caractérisés par une densité dans la moyenne ou élevée (au sens de bien supérieure à la moyenne) de chirurgiens-dentistes libéraux actifs.

En 2021, la densité moyenne des infirmiers libéraux actifs en France métropolitaine est de 137,9 pour 100 000 habitants. Géographiquement, cette densité présente un contraste nord-sud (avec une exception pour la Bretagne, pour des territoires du Nord-Pas-de-Calais et de la Moselle et du Bas-Rhin), le sud étant caractérisée par une densité globalement élevée, comme le montre la **carte 5** par territoire de vie.

Carte 5 :
Densité des infirmiers libéraux actifs par territoire de vie en 2021



Le **tableau 33** présente la répartition des effectifs de la population du régime agricole (représentée par ses patients) et de la population française en fonction des différentes classes de densité des infirmiers libéraux actifs en 2021.

Tableau 33 :
Densité des infirmiers libéraux actifs en 2021 et répartition des patients du régime agricole versus population française

Densité pour 100 000 hab.	Patients au régime agricole		Population française	
	Effectifs	%	Effectifs	%
0 à 92,6	623 201	20%	21 405 997	33%
92,7 à 137,7	879 081	28%	17 738 603	27%
137,9 à 194,3	784 747	25%	12 281 466	19%
194,5 à 1 063,0	868 230	28%	13 670 702	21%
Total	3 155 259	100%	65 096 768	100%

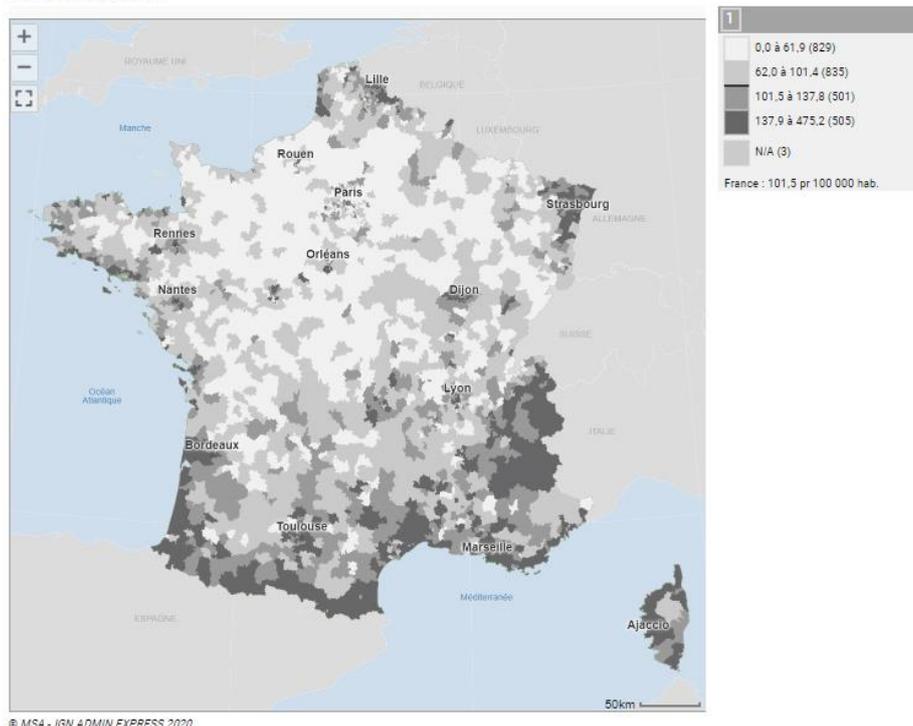
Sources : CartoSanté, Insee, MSA

Ce tableau montre que 20 % des patients du régime agricole, contre 33 % pour la population française, résident dans des territoires de vie caractérisés par une densité très faible d'infirmiers libéraux actifs. Inversement, 28 % des patients du régime agricole, contre 21 % pour la population française, résident dans des territoires de vie caractérisés par une densité élevée (au sens de bien supérieure à la moyenne) d'infirmiers libéraux actifs.

En 2021, la densité moyenne des masseurs-kinésithérapeutes libéraux actifs en France métropolitaine est de 101,5 pour 100 000 habitants. Géographiquement, cette densité est élevée sur la côte du sud-ouest, au sein des territoires frontaliers à l'Espagne, sur la côte méditerranéenne, dans les Alpes, en Corse et en Alsace. Elle reste faible dans une majorité de territoires de vie, à l'exception des grandes villes, comme le montre la **carte 6** par territoire de vie.

Carte 6 :
Densité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux actifs par territoire de vie en 2021

1 Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux actifs (pr 100 000 hab.), 2021
Source : CartoSanté, SNDS



Le **tableau 34** présente la répartition des effectifs de la population du régime agricole (représentée par ses patients) et de la population française en fonction des différentes classes de densité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux actifs en 2021.

Tableau 34 :
Densité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux actifs en 2021 et répartition des patients du régime agricole versus population française

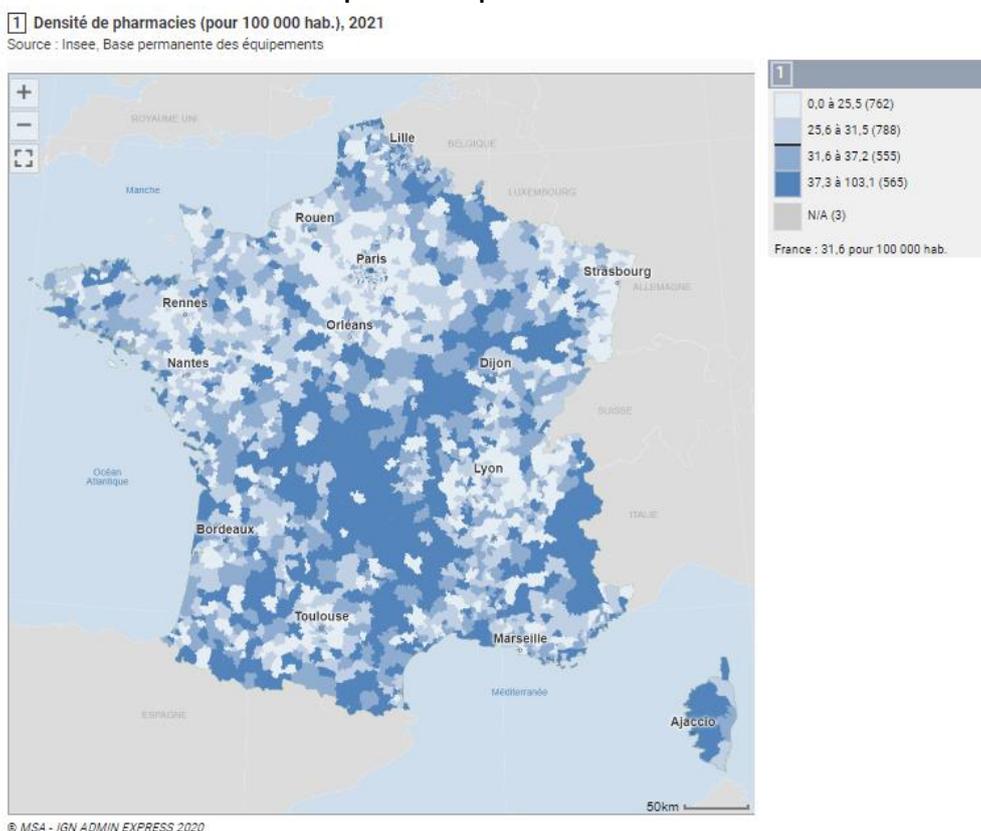
Densité pour 100 000 hab.	Patients au régime agricole		Population française	
	Effectifs	%	Effectifs	%
0 à 61,9	905 494	29%	17 060 373	26%
62,0 à 101,4	1 157 361	37%	18 816 037	29%
101,5 à 137,8	600 903	19%	14 716 169	23%
137,9 à 475,2	491 501	16%	14 504 189	22%
Total	3 155 259	100%	65 096 768	100%

Sources : CartoSanté, Insee, MSA

Ce tableau montre que 66 % des patients du régime agricole, contre 55 % pour la population française, résident dans des territoires de vie caractérisés par une densité faible ou très faible de masseurs-kinésithérapeutes libéraux actifs. Inversement, 16 % des patients du régime agricole, contre 22 % pour la population française, résident dans des territoires de vie caractérisés par une densité élevée (au sens de bien supérieure à la moyenne) de masseurs-kinésithérapeutes libéraux actifs.

En 2021, la densité moyenne des pharmacies en France métropolitaine est de 31,6 pour 100 000 habitants. Géographiquement, cette densité est très disparate. Elle reste plutôt élevée dans le centre de la France, dans les Alpes et en Corse, comme le montre la **carte 7** par territoire de vie.

Carte 7 :
Densité des pharmacies par territoire de vie en 2021



Le **tableau 35** présente la répartition des effectifs de la population du régime agricole (représentée par ses patients) et de la population française en fonction des différentes classes de densité des pharmacies en 2021.

Tableau 35 :
Densité des pharmacies en 2021 et répartition des patients du régime agricole versus population française

Densité pour 100 000 hab.	Patients au régime agricole		Population française	
	Effectifs	%	Effectifs	%
0 à 25,5	708 818	22%	15 330 023	24%
25,6 à 31,5	901 735	29%	19 875 917	31%
31,6 à 37,2	769 231	24%	15 792 115	24%
37,3 à 103,1	775 475	25%	14 098 713	22%
Total	3 155 259	100%	65 096 768	100%

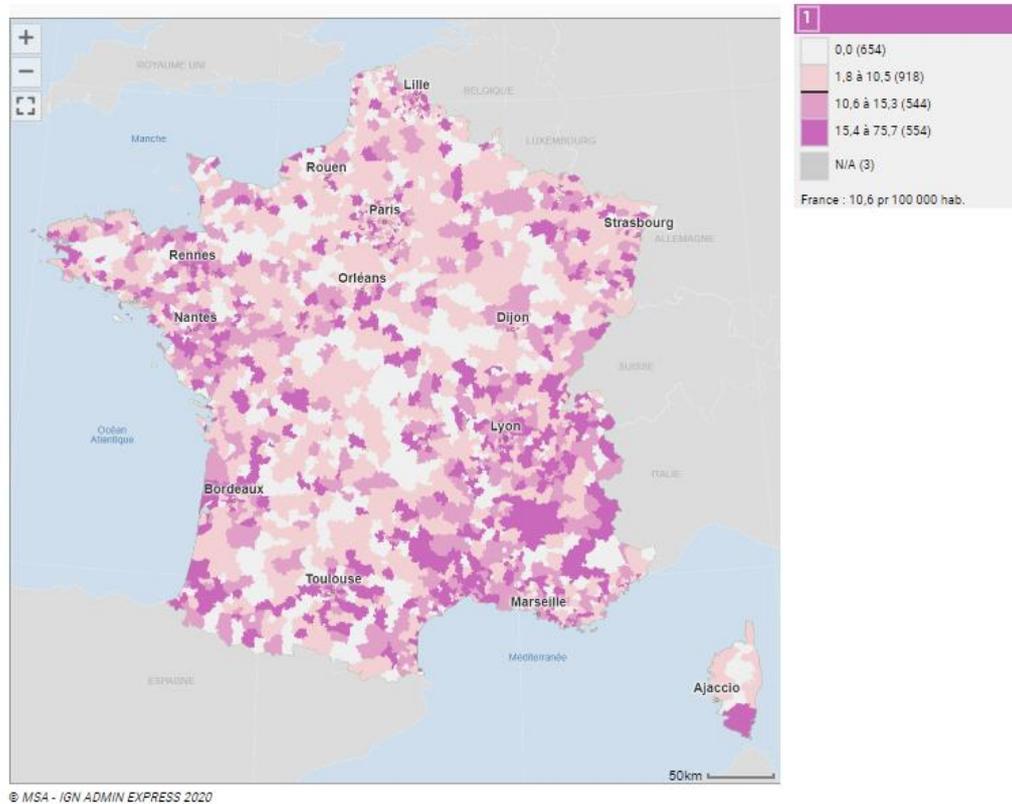
Sources : CartoSanté, Insee, MSA

Ce tableau montre que 51 % des assurés du régime agricole, contre 55 % pour la population française, résident dans des territoires de vie caractérisés par une densité faible ou très faible de pharmacies. Inversement, 25 % des patients du régime agricole, contre 22 % pour la population française, résident dans des territoires de vie caractérisés par une densité élevée (au sens de bien supérieure à la moyenne) de pharmacies.

En 2021, la densité moyenne des sages-femmes libérales actives en France métropolitaine est de 10,6 pour 100 000 habitants. Géographiquement, cette densité est très disparate sur tout le territoire métropolitain, comme le montre la **carte 8** par territoire de vie.

Carte 8 :
Densité des sages-femmes libérales actives par territoire de vie en 2021

1 Densité de sages-femmes libérales actives (pr 100 000 hab.), 2021
Source : CartoSanté, SNDS



Le **tableau 36** présente la répartition des effectifs de la population du régime agricole (représentée par ses patients) et de la population française en fonction des différentes classes de densité des sages-femmes libérales actives en 2021.

Tableau 36 :
Densité des sages-femmes libérales actives en 2021 et répartition des patients du régime agricole versus population française

Densité pour 100 000 hab.	Patients au régime agricole		Population française	
	Effectifs	%	Effectifs	%
0	575 709	18%	7 649 885	12%
1,8 à 10,5	1 205 750	38%	25 020 574	38%
10,6 à 15,3	811 847	26%	20 528 407	32%
15,4 à 75,7	561 953	18%	11 897 902	18%
Total	3 155 259	100%	65 096 768	100%

Sources : CartoSanté, Insee, MSA

Ce tableau montre que 18 % des patients du régime agricole, contre 12 % pour la population française, résident dans des territoires de vie caractérisés par une densité nulle de sages-femmes libérales actives. Inversement, 26 % des patients du régime agricole, contre 32 % pour la population française, résident dans des territoires de vie caractérisés par une densité moyenne de sages-femmes libérales actives.

En conclusion, il en ressort qu'une proportion plus élevée de patients du régime agricole, comparativement à la population française, réside dans des territoires de vie sous-denses en termes de médecins-généralistes, de chirurgiens-dentistes, de masseurs-kinésithérapeutes libéraux actifs et de sages-femmes libérales actives. A l'inverse, on constate qu'une proportion moins élevée de patients du régime agricole, comparativement à la population française, réside dans des territoires de vie sous-denses en termes d'infirmiers libéraux actifs ou de pharmacies.

2.3.2. L'accessibilité potentielle localisée aux professionnels de santé de premier recours

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été développé par la DREES et l'IRDES pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à l'échelle communale. L'APL tient compte du niveau d'activité des professionnels de santé en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune qui influence les besoins en soins.

Ne sont pris en compte que les professionnels de santé exerçant hors hôpital :

- à titre libéral
- ou salarié d'un centre de santé¹⁴ dans le cas des médecins généralistes, des infirmiers et des chirurgiens-dentistes.

Pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes, les professionnels de santé libéraux âgés de plus de 65 ans sont écartés du champ.

L'activité de chaque professionnel de santé, géolocalisée à la commune, est calculée :

- en nombre de consultations et visites pour les médecins généralistes,
- en équivalents temps plein (ETP) pour les infirmiers, les sages-femmes, les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes¹⁵.

L'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes

Est considérée comme une commune sous-dense, celle dont les habitants ont **accès à moins de 2,5 consultations (et visites) par an**. En 2021, pour la France entière (hors Mayotte), l'accessibilité moyenne aux médecins généralistes s'établit à 3,4 consultations par an et par habitant. Elle était de 3,5 en 2019 et 3,7 en 2016¹⁶.

L'accessibilité aux médecins généralistes se dégrade entre 2019 et 2021, à un rythme un peu plus modéré que celui observé les années précédentes. Cette dégradation résulte à la fois de la baisse du nombre de médecins généralistes libéraux et de leur activité moyenne (non compensée par l'augmentation de l'activité de médecine générale réalisée en centres de santé), mais également de la croissance de la population¹⁷.

Au régime agricole, **18,8 % des patients**¹⁸ ont une **accessibilité aux médecins généralistes inférieure à 2,5 consultations** par an et par habitant en 2021. Cette proportion s'élève à 12,3 % dans la population générale¹⁹ (soit 6,5 points de moins qu'au régime agricole).

La proportion de patients bénéficiant d'une accessibilité aux médecins généralistes située **entre 2,5 et 3,0 consultations** par an et par habitant s'établit à **18,4 % au régime agricole**, contre 15,3 % en population générale.

Au régime agricole, **62,8 % des patients** ont une accessibilité aux médecins généralistes **égale ou supérieure à 3,1 consultations** par an et par habitant. Dans la population générale, cette proportion s'élève à 72,4 %.

¹⁴ Dans le cas des centres de santé, l'activité est comptabilisée au niveau de la structure entière ; elle n'est pas individualisable pour chaque professionnel.

¹⁵ DREES, L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), paru le 20 août 2020, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/lindicateur-daccessibilite-potentielle-localisee-apl>

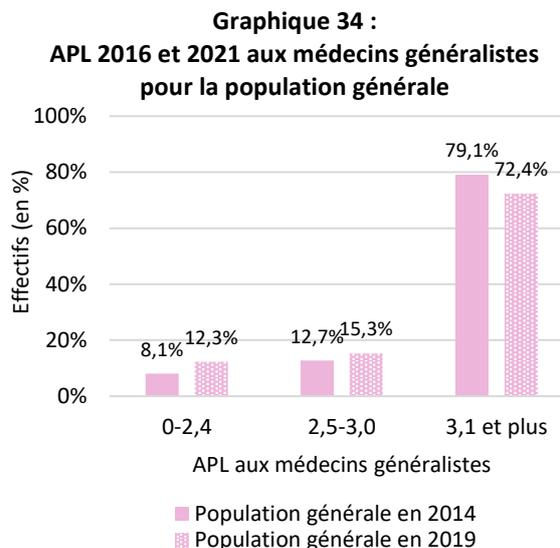
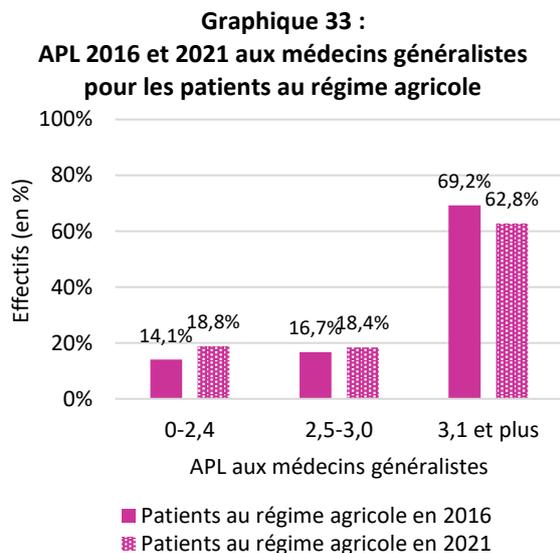
¹⁶ Champ : Omnipraticiens libéraux, certains médecins libéraux à exercice particulier (homéopathes, acupuncteurs, gériatres, médecine physique) et salariés en centre de santé, l'activité des remplaçants est comptabilisée, de façon agrégée à celle des médecins remplacés (nombre de consultations et visites accessibles par habitant standardisé).

¹⁷ DREES, Accessibilité aux soins de premier recours : dégradation de la situation pour les médecins généralistes, amélioration pour les sages-femmes, les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes, paru le 01/12/2022, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>

¹⁸ Personnes ayant eu au moins un remboursement de soins dans l'année ; période de remboursement : du 01/01/2021 au 31/12/2021 ; Risques : maladie, maternité, ATMP ; France métropolitaine, exclusion des DOM.

¹⁹ Populations municipales Insee, traitements DREES. Champ : France entière, hors Mayotte ; consommations 3 régimes (RG, MSA, Ex-RSI), extrapolées à la population nationale.

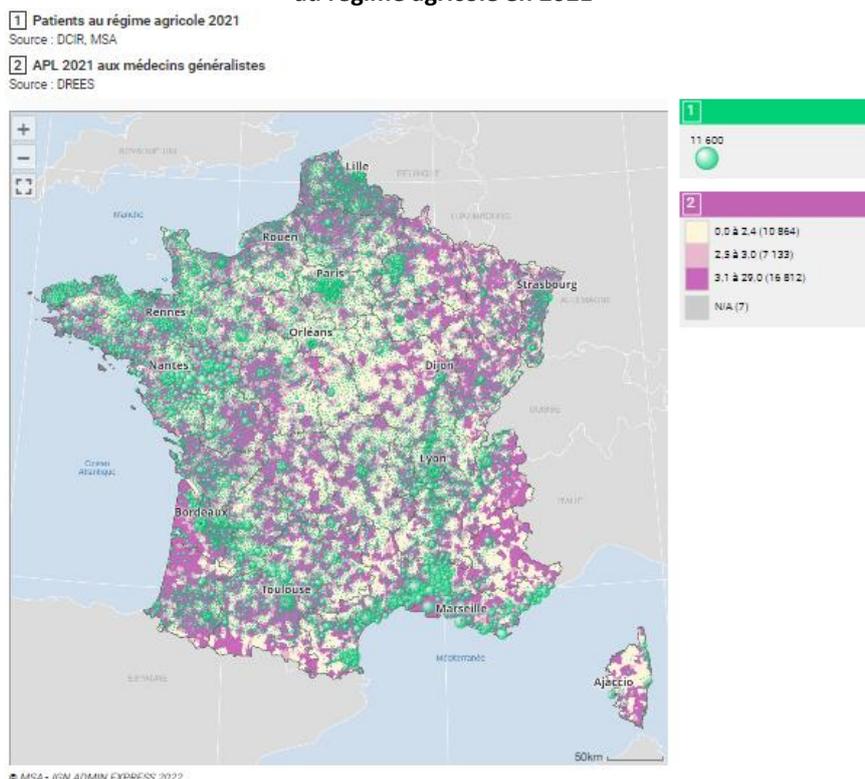
Sur les 5 dernières années, la part de patients ayant une accessibilité inférieure à 2,5 consultations par an est en progression de 4,7 points au régime agricole et de 4,2 points dans la population générale (Graphiques 33 et 34).



Sources : SNDS DCIR, DREES, INSEE

L'APL moyenne masque des disparités territoriales en matière d'accès aux soins dispensés par les médecins généralistes. En Île-de-France et dans la plupart des régions limitrophes, l'accessibilité est inférieure à la moyenne pour cette profession. Il est également plus difficile de consulter un médecin généraliste dans le Centre et en Corse. À l'inverse, l'accessibilité est globalement supérieure à la moyenne dans le Grand Est, les Hauts-de-France, le long du littoral atlantique et méditerranéen (Carte 9).

Carte 9 :
Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes par commune et répartition des patients au régime agricole en 2021



L'accessibilité potentielle localisée aux autres professionnels de santé²⁰

En 2021, pour la France entière (hors Mayotte), l'accessibilité moyenne aux infirmiers de 65 ans ou moins s'élève à 156,1 équivalents temps plein (ETP) pour 100 000 habitants standardisés. Pour les masseurs-kinésithérapeutes de 65 ans ou moins, l'APL correspond à 111,6 pour 100 000 habitants standardisés²¹.

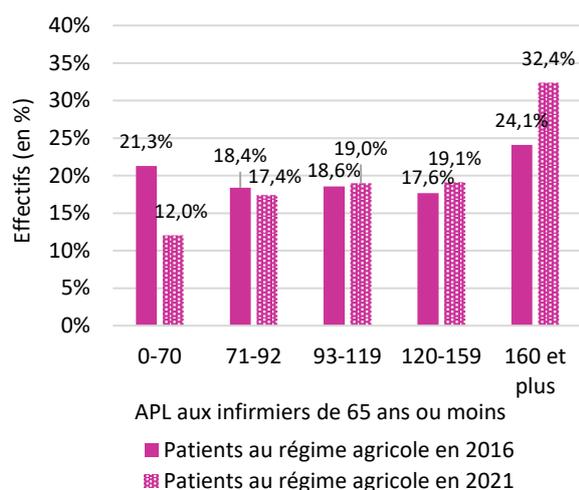
À la différence des médecins généralistes, l'accessibilité aux infirmiers et aux masseurs-kinésithérapeutes s'améliore car ces professions suivent une dynamique démographique croissante sous l'effet notamment d'une augmentation tendancielle des capacités de formation²².

Au régime agricole, **29,4 % des patients** ont une **accessibilité aux infirmiers de 65 ans ou moins inférieure à 93 ETP** pour 100 000 habitants standardisés en 2021. Cette proportion s'élève à 24,9 % dans la population générale (soit 4,5 points de moins qu'au régime agricole).

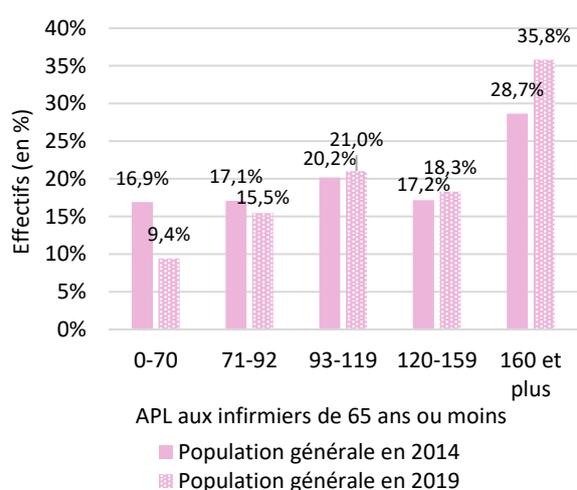
La proportion de patients bénéficiant d'une accessibilité aux infirmiers de 65 ans ou moins **égale ou supérieure à 120 ETP** pour 100 000 habitants standardisés s'établit à **51,5 % au régime agricole**, contre 54,1 % en population générale.

Sur les 5 dernières années, la part des effectifs bénéficiant d'une accessibilité **inférieure à 93 ETP** diminue de 10,2 points au régime agricole et de 9,1 points dans la population générale (**Graphiques 35 et 36**).

Graphique 35 :
APL 2016 et 2021 aux infirmiers de 65 ans ou moins pour les patients au régime agricole



Graphique 36 :
APL 2016 et 2021 aux infirmiers de 65 ans ou moins pour la population générale



Sources : SNDS DCIR, DREES, INSEE

²⁰ L'activité de chaque professionnel est calculée en équivalents temps plein (ETP) pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, à partir :

- des honoraires remboursables facturés dans l'année pour les infirmiers ;
- de la quantité d'actes réalisés dans l'année pour les masseurs-kinésithérapeutes.

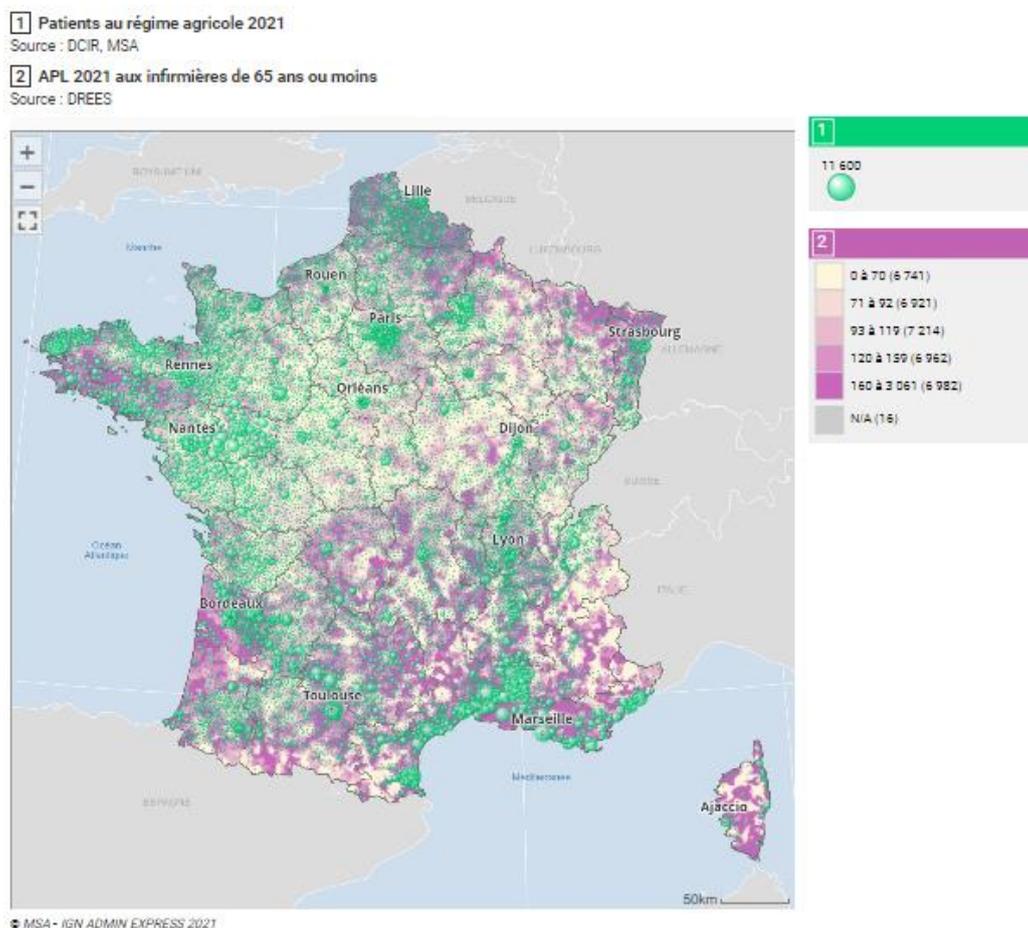
La conversion en ETP est effectuée de la manière suivante : par convention, on fixe la valeur d'un ETP au niveau de la médiane de la variable retenue pour mesurer l'activité et l'ETP de chaque professionnel est calculé en rapportant son activité à la valeur de la médiane ; si l'activité du professionnel est inférieure à une borne minimale, alors aucune activité n'est comptabilisée pour ce professionnel ; si l'activité du professionnel est supérieure à un maximum, alors elle est comptabilisée à hauteur de ce maximum.

²¹ DREES, Accessibilité aux soins de premier recours : dégradation de la situation pour les médecins généralistes, amélioration pour les sages-femmes, les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes, paru le 01/12/2022, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>

²² Insee, La France et ses territoires, Insee Références, édition 2021.

L'accessibilité aux infirmiers de 65 ans ou moins est meilleure dans le sud de la France. Elle s'avère inférieure à la moyenne dans le centre de la métropole et plus spécifiquement dans les Pays de la Loire (région qui concentre près de 9 % de la patientèle agricole) (**Carte 10**).

Carte 10 :
Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers de 65 ans ou moins par commune et répartition des patients au régime agricole en 2021

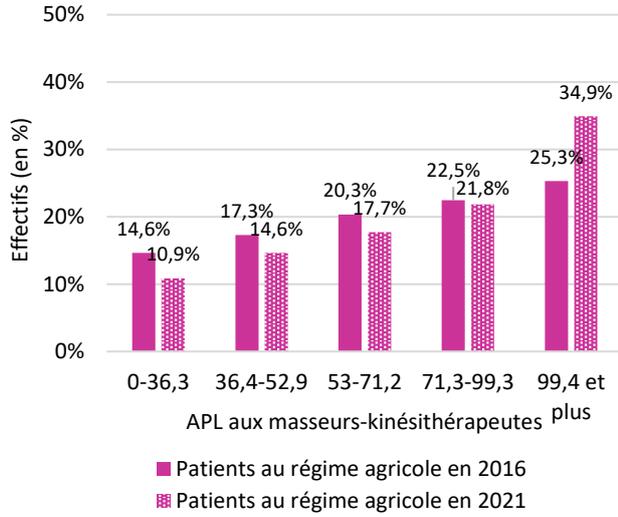


Au régime agricole, **43,2 % des patients** ont une **accessibilité aux masseurs-kinésithérapeutes (MK) de 65 ans ou moins inférieure à 71,3 ETP** pour 100 000 habitants standardisés en 2021. Cette proportion s'élève à 27,1 % dans la population générale (soit 16,1 points de moins qu'au régime agricole).

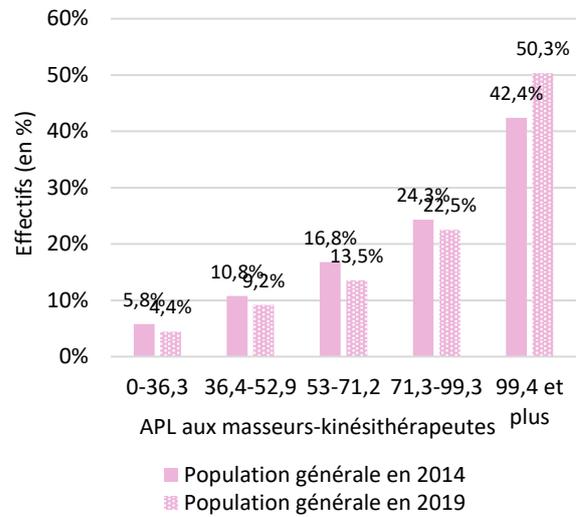
La proportion de patients bénéficiant d'une accessibilité aux masseurs-kinésithérapeutes de 65 ans ou moins **égale ou supérieure à 99,4 ETP** pour 100 000 habitants standardisés s'établit à **34,9 % au régime agricole**, contre 50,3 % en population générale.

Sur les 5 dernières années, la part de patients ayant une accessibilité inférieure à 71,3 ETP est en baisse de 9,0 points au régime agricole et de 6,2 points dans la population générale (**Graphiques 37 et 38**).

Graphique 37 :
APL 2016 et 2021 aux MK de 65 ans ou moins pour les patients au régime agricole



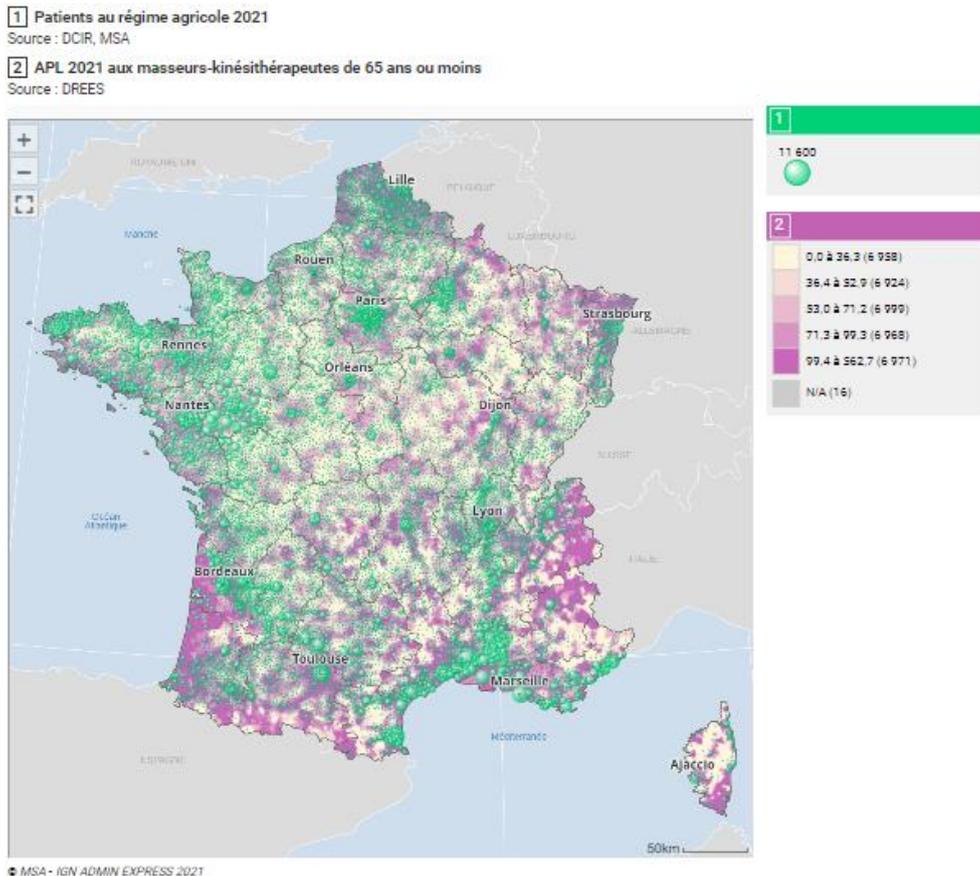
Graphique 38 :
APL 2016 et 2021 aux MK de 65 ans ou moins pour la population générale



Sources : SNDS DCIR, DREES, INSEE

L'accessibilité aux masseurs-kinésithérapeutes de 65 ans ou moins est meilleure dans le sud-est de la France. L'APL est supérieure le long du littoral atlantique à hauteur et au sud de Bordeaux. Elle s'avère inférieure à la moyenne dans le centre de la métropole (**Carte 11**).

Carte 11 :
Accessibilité potentielle localisée aux MK de 65 ans ou moins par commune et répartition des patients au régime agricole en 2021

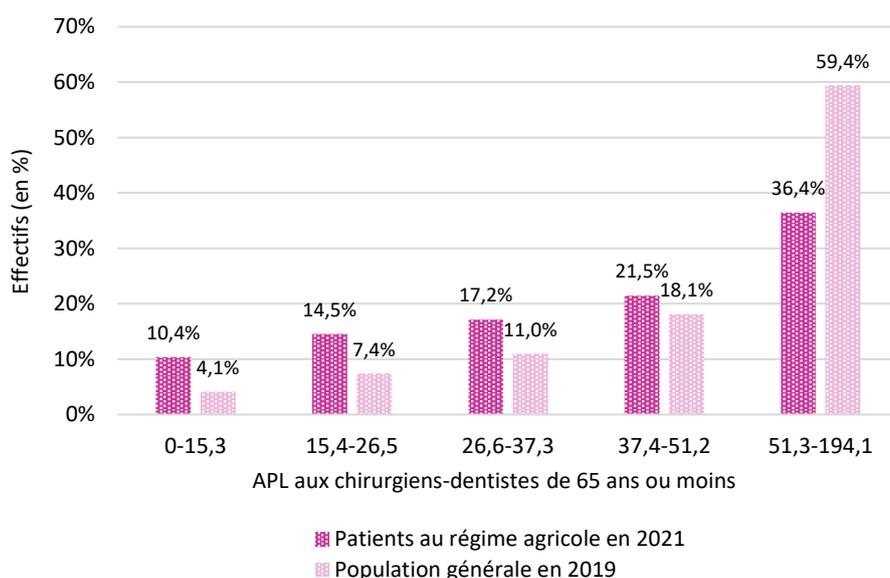


En 2021, pour la France entière (hors Mayotte), l'accessibilité moyenne aux chirurgiens-dentistes de 65 ans ou moins s'élève à 59,0 équivalents temps plein (ETP) pour 100 000 habitants standardisés²³.

Au régime agricole, **42,1 % des patients** ont une **accessibilité aux chirurgiens-dentistes de 65 ans ou moins inférieure à 37,4 ETP** pour 100 000 habitants standardisés en 2021. Cette proportion s'élève à 22,5 % dans la population générale (soit 19,6 points de moins qu'au régime agricole).

La proportion de patients bénéficiant d'une accessibilité aux chirurgiens-dentistes de 65 ans ou moins **égale ou supérieure à 51,3 ETP** pour 100 000 habitants standardisés s'établit à **36,4 % au régime agricole**, contre 59,4 % en population générale (**Graphique 39**)²⁴.

Graphique 39 :
APL 2021 aux chirurgiens-dentistes de 65 ans ou moins pour les patients au régime agricole et en population générale



Sources : SNDS DCIR, DREES, INSEE

Géographiquement, l'accessibilité aux chirurgiens-dentistes de 65 ans ou moins présente de fortes inégalités entre les territoires (**Carte 12**). Elle reste toutefois élevée dans les grandes villes. Ces inégalités d'accessibilité aux chirurgiens-dentistes s'expliquent en partie par une forte concentration de l'activité en centre de santé dans les territoires les mieux dotés²⁵.

²³ L'activité des professionnels de santé comptabilisée dans l'indicateur d'APL aux chirurgiens-dentistes est issue des données de l'Assurance Maladie et correspond aux honoraires remboursables facturés sur l'ensemble de l'année par les chirurgiens-dentistes libéraux âgés de 65 ans ou moins et les chirurgiens-dentistes salariés en centre de santé. Sont pris en compte les honoraires liés aux consultations, aux soins conservateurs et chirurgicaux, à la prévention bucco-dentaire, aux actes prothétiques et de radiologie. L'activité d'orthodontie est exclue du champ de l'indicateur.

²⁴ L'analyse sur les 5 dernières années ne peut être présentée en raison de l'absence de données relatives à l'APL 2016.

²⁵ DREES, Accessibilité aux soins de premier recours : de fortes inégalités d'accessibilité aux chirurgiens-dentistes, qui s'expliquent en partie par la localisation des centres dentaires, paru le 01/02/2023, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/jeux-de-donnees-communiquede-presse/accessibilite-aux-soins-de-premier-recours-de-fortes>

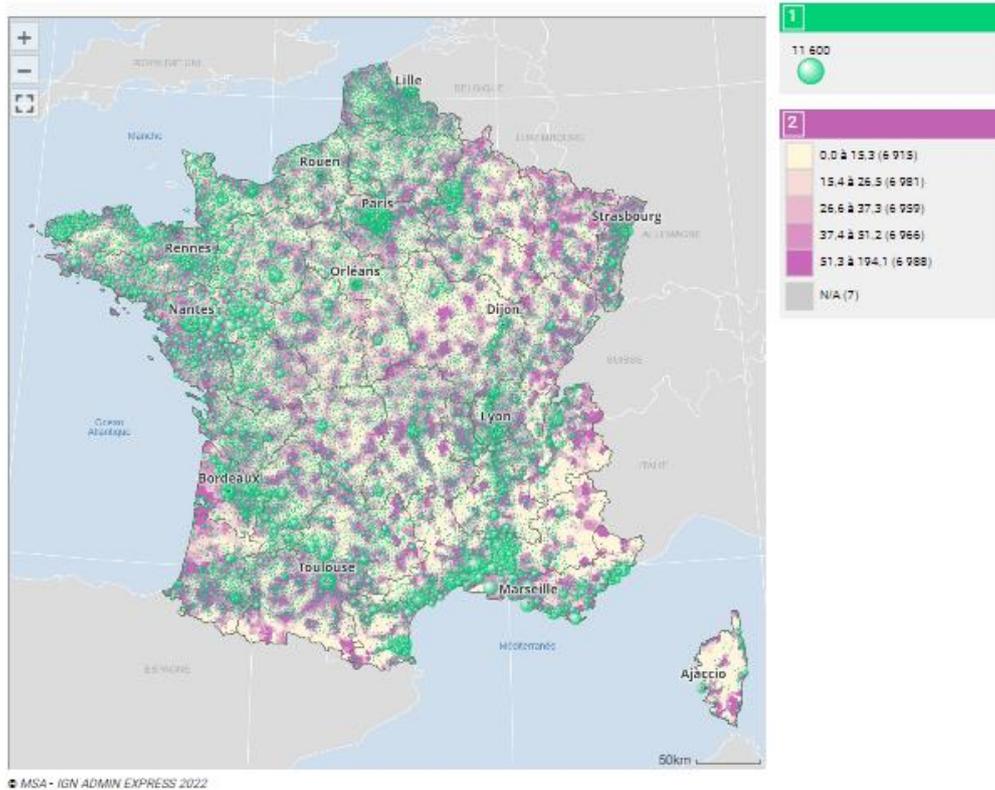
Carte 12 :
Accessibilité potentielle localisée aux chirurgiens-dentistes de 65 ans ou moins par commune et répartition des patients au régime agricole en 2021

1 Patients au régime agricole 2021

Source : DCIR, MSA

2 APL 2021 aux chirurgiens-dentistes de 65 ans ou moins

Source : DREES



En conclusion, ces résultats montrent qu'une proportion plus importante de patients au régime agricole comparativement à la population générale réside dans des communes caractérisées par une moindre APL et ceci pour les 4 professionnels de santé étudiés (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes).

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

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

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

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 23 propositions de la MSA pour 2024 s'articulent autour des axes suivants :

- Prévention, promotion de la santé, éducation à la santé et préservation de l'autonomie,
- Prévention et lutte contre le mal-être,
- Structuration de l'offre de soins sur les territoires,
- Qualité des pratiques, pertinence des soins et des parcours de soins,
- Contrôle et lutte contre la fraude,
- Enjeux numériques et recherche en santé.

3.1. Axe « Prévention, promotion de la santé, éducation à la santé et préservation de l'autonomie »

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

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.

Le programme national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires des professions agricoles est financé par le Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information Sanitaires des professions Agricoles (FNPEISA) qui s'est élevé à 25,88 millions d'euros en 2022.

a. Instants santé

En 2022, plus de 26 300 assurés MSA sous-consommants de soins ont participé à un entretien motivationnel dans le cadre des Instants santé.

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

- le premier rendez-vous comprend un entretien motivationnel avec un infirmier. Celui-ci consiste à repérer les besoins de santé de l'assuré pour l'orienter ensuite vers des actions adaptées. Une diététicienne est présente pour réaliser une animation nutritionnelle et délivrer des informations sur la thématique. Cet entretien peut également se réaliser par téléphone ou en visio, permettant à l'assuré ne pouvant se déplacer en séance de profiter du dispositif Instants santé. Un entretien motivationnel spécifique 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 2022, 26 393 personnes sous-consommantes de soins ont participé à un entretien motivationnel avec un infirmier en présentiel, par téléphone ou en digital.

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 2022, plus de 7 000 jeunes ont bénéficié de ce dispositif.

Une évaluation mesurée scientifiquement démontre la valeur et l'utilité des Instants santé.

Dans son numéro de février 2023, la Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique évalue le programme des Instants santé de la MSA en direction des adhérents sous-consommants en santé²⁶.

L'étude a porté sur 2 366 personnes invitées durant le second semestre 2017. Elle montre que les bénéficiaires des Instants santé s'engagent dans le parcours de soins en se rendant ensuite à la consultation de prévention proposée (entre 62 % et 73 %).

Les résultats attestent aussi de l'utilité du dispositif : 87,5 % des participants avaient au moins un besoin médical. Si les auteurs (Université Paris Cité, Assistance publique-hôpitaux de Paris, Inserm, CCMSA) attendent confirmation sur une durée plus longue, ces résultats scientifiquement mesurés permettent de certifier nationalement la valeur prometteuse des Instants santé, dispositif de prévention phare dans la stratégie santé de la MSA.

²⁶ Michel M., Souaré M.A., Dindorf C., Danguy V., Chevreul K. Bilans de santé pour la population agricole sous-consommante française : évaluation pilote du programme des Instants santé de la MSA. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, Volume 71, Issue 1, February 2023, 101420.

En 2022, près de 2 400 jeunes retraités MSA ont bénéficié d'un Rendez-Vous Prévention Jeune Retraité (RDVPJR).

Ce dispositif s'adresse aux assurés dont la pension de retraite est versée depuis 6 à 18 mois avec les marqueurs sanitaires et sociaux suivants :

- absence de complémentaire santé,
- absence de consultation de soins dans les douze derniers mois,
- adhésion à la complémentaire santé solidaire,
- absence de médecin traitant.

En 2022, les Rendez-Vous Prévention Jeune Retraité ont permis à 2 397 adhérents MSA de bénéficier d'un entretien motivationnel avec un infirmier. Le taux de participation au premier rendez-vous enregistre une légère baisse (24 % en 2022 versus 25 % en 2021). Parmi les participants, 403 ont été orientés vers le service social de la MSA au cours du premier rendez-vous. Parmi eux, 336 (83,4 %) ont été recontactés avec succès et 198 ont bénéficié d'une évaluation individuelle avec un travailleur social. Enfin, parmi ces 336 personnes recontactées, 271 (80,7 %) n'étaient pas connues du service social MSA.

Baromètre de satisfaction des dispositifs Instants santé et Rendez-Vous Prévention Jeune Retraité

Avec une note moyenne de satisfaction globale de 8,0 (Instants santé) et 7,8 (RDVPJR) sur 10, les deux dispositifs initiés par la MSA bénéficient de bons résultats, qui restent globalement stables.

Pour preuve de leur succès, certains indicateurs sont particulièrement élevés : 94 % des participants pensent qu'il est facile de s'inscrire et environ 9 sur 10 estiment que cette démarche est très utile. Ainsi, 90 % des assurés ayant réalisé les Instants santé et 76 % ayant bénéficié des RDVPJR ont déclaré qu'ils seraient prêts à recommencer si cela leur était proposé ultérieurement.

La principale modalité reste l'entretien en présentiel, généralement plus impactant que l'entretien par téléphone (ETP). On constate en effet que les indicateurs sont généralement plus élevés lors d'un entretien en présentiel que lors d'un entretien personnalisé par téléphone :

- tout d'abord, la satisfaction globale (8,1 versus 7,6 au téléphone),
- une inscription jugée plus facile (8,7 versus 8,1 au téléphone),
- des arguments pour participer jugés plus convaincants (8,2 versus 7,8 au téléphone),
- une logique de parcours davantage respectée : les participants en présentiel ont déclaré que 70 % des infirmières les ont incités à poursuivre leur parcours en consultation de prévention, ce taux étant de 51 % au téléphone.

Toutefois, l'entretien par téléphone reste une modalité choisie de plus en plus par les assurés afin de répondre à leurs propres contraintes organisationnelles.

Bien que la première raison de participation à ces dispositifs demeure le fait que cela soit proposé par la MSA (légitimité), un autre phénomène apparaît cette année, que ce soit pour les Instants santé ou les Rendez-Vous Prévention Jeune Retraité : une hausse de l'intérêt pour la prévention.

A l'image de la société actuelle, les assurés agricoles souhaitent davantage prendre soin de leur santé et apprendre les bonnes pratiques. Spontanément, l'intérêt pour la prévention est de 21 % pour les Instants santé (+ 13 points versus 2021) et de 22 % pour les RDVPJR (+ 12 points versus 2021).

Proposition 1 :

Réaliser des entretiens motivationnels addictions (alcool) dans le cadre des Instants santé MSA

Le baromètre santé 2020 de Santé publique France souligne que les hommes ont davantage tendance que les femmes à dépasser les repères de consommation d'alcool. En outre, les plus âgés dépassent davantage le repère des cinq jours de consommation dans la semaine par rapport aux plus jeunes.

En 2020 et 2021, les salariés agricoles présentent un sur-risque respectivement de 26,6 % et 27,7 % de développer des troubles addictifs liés à l'utilisation d'alcool par rapport à l'ensemble des assurés tous régimes confondus²⁷. La crise sanitaire a également entraîné une augmentation de 5 % (entre mars 2021 et février 2022) de délivrance de traitements pour la dépendance à l'alcool par rapport à la période pré-Covid-19.

La mise en place d'un entretien motivationnel pour préparer le changement à une consommation non excessive d'alcool, sur le modèle de l'entretien motivationnel à l'arrêt du tabac, aura un réel intérêt au vu de la population participante aux Instants santé, aux Rendez-Vous Prévention Jeune Retraité et aux Rendez-vous prévention aux âges clés de la vie.

La conception de cette action sera réalisée en 2023 pour une mise en œuvre effective auprès des assurés en 2024.

Proposition 2 :

Refondre les Instants santé Jeunes des 16-24 ans

Les Instants santé Jeunes (ISJ) sont un dispositif ciblant les 16-24 ans pour les inviter à réaliser une consultation de prévention auprès d'un médecin généraliste. Les objectifs sont d'inciter les jeunes à bénéficier d'une consultation de prévention auprès d'un médecin et promouvoir l'activité physique chez les jeunes. Le dispositif en l'état présente **plusieurs limites**, parmi lesquelles :

- les aléas dans la recherche des adhérents ciblés,
- le manque d'offre de soins complémentaires à l'issue de la consultation de prévention,
- les outils de captation qui manquent d'attractivité.

En cohérence avec les priorités de santé publique et la stratégie santé de la MSA (enjeu : améliorer l'espérance de vie en bonne santé par la promotion de la santé et la prévention tout au long de la vie et dans tous les environnements), le dispositif est révisé pour intégrer une nouvelle offre cohérente avec les rendez-vous prévention aux âges clés de la vie et des nouvelles modalités d'intervention adaptées à ce public.

Le nouveau dispositif comprend quatre grands temps :

- un rendez-vous digital avec un « coach » santé jeune sur la base d'un entretien motivationnel,
- l'orientation, selon les besoins individuels identifiés, vers des actions de suite spécifiques (consultation médicale, consultation diététique, consultation dentaire, dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), accompagnement mal-être,...),
- des jeux collectifs en ligne (serious games) sur des thématiques spécifiques,
- un lieu digital de ressources d'information ciblée.

La conception de cette action sera réalisée en 2023 pour une mise en œuvre effective auprès des assurés en 2024.

²⁷ Rapport Charges et Produits MSA 2023 et Rapport Charges et Produits MSA 2024.

b. Vaccinations

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

Contexte

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

Dans ce contexte, le calendrier des vaccinations a été mis à jour par les pouvoirs publics en juin 2022. Ainsi, depuis cette date, la vaccination antigrippale saisonnière est recommandée aux professionnels (notamment salariés et non-salariés agricoles) exposés aux virus influenza aviaries et porcins²⁸.

La campagne nationale de la grippe saisonnière 2022-2023 étant lancée à l'automne 2022, les pouvoirs publics demandent à la MSA de mettre en œuvre en parallèle une seconde campagne de vaccination ciblée envers les professionnels exposés aux virus influenza porcins et aviaries (compte-rendu du centre opérationnel de régulation et de réponses aux urgences sanitaires et sociales -CORUSS- du 24 octobre 2022).

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

Ciblage

Au 5 septembre 2022, le dénombrement des personnes éligibles à cette recommandation de vaccination pour les professionnels était de **61 574 assurés MSA**.

Le 7 décembre 2022, la CCMSA a lancé la campagne de vaccination à l'attention des professionnels selon les **critères cumulatifs suivants** :

- Professionnels appartenant à l'une des catégories suivantes :
 - Elevage dans les secteurs porcine ou aviaire,
 - Vétérinaires en charge des porcs et des oiseaux,
 - Intervenants pour le ramassage et l'abattage des porcs et des oiseaux,
 - Personnels des zoos en contact avec des porcs et des oiseaux,
- Salariés ou non-salariés agricoles,
- Assurés ayant des droits ouverts à la MSA à la date de lancement de la campagne exceptionnelle,
- Assurés non invités lors de la campagne nationale antigrippale 2022-2023.

Financement

L'assuré bénéficie de la dispense d'avance des frais.

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

²⁸ Recommandations vaccinales professionnelles extraites des pages 7, 17 et 65 du calendrier vaccinal (juin 2022) : « La vaccination contre la grippe saisonnière est désormais recommandée chez les professionnels exposés aux virus porcins et aviaries dans le cadre professionnel. Cette vaccination est à considérer comme une mesure de protection collective visant à éviter la transmission du virus aux animaux et non pas comme une mesure de protection individuelle contre les virus zoonotiques porcins ou aviaries ».

A l'instar de la campagne annuelle de vaccination antigrippale, la période de validité de la prise en charge a été fixée du 18 octobre 2022 au 31 mars 2023.

- **Vaccination antigrippale saisonnière**

La campagne nationale de vaccination 2022-2023 contre la grippe s'est déroulée du 18 octobre 2022 au 31 mars 2023. 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.

Le taux de couverture vaccinale contre la grippe atteint 59,1 % au régime agricole, ce taux est stable par rapport à la campagne 2021-2022 (59,3 %) (**Tableau 37**).

Tableau 37 :
Taux de couverture vaccinale contre la grippe au régime agricole

	Campagne 2021-2022	Campagne 2022-2023
Taux de couverture vaccinale des 65 ans et plus	59,4 %	59,1 %
Taux de couverture vaccinale des assurés en ALD	58,8 %	59,0 %
Taux de couverture vaccinale total	59,3 %	59,1 %

Source : MSA

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

En 2022, le taux de couverture vaccinale des enfants âgés de 24 mois (nés en 2020) est de 74,7 % : 18 860 enfants âgés de 24 mois relevant du régime agricole sur une cible totale de 25 247²⁹ ont reçu au moins une dose de vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (**Tableau 38**). Ce taux est toutefois sous-évalué dans la mesure où ces chiffres ne prennent pas en compte les vaccinations effectuées dans le cadre scolaire et dans le cadre de la protection maternelle et infantile (PMI).

Tableau 38 :
Nombre d'enfants vaccinés et taux de couverture vaccinale ROR au régime agricole

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre d'enfants	26 778	27 103	27 089	26 796	26 446	26 275	24 000	25 247
Nombre d'enfants vaccinés	19 986	19 999	19 906	19 743	19 513	19 424	19 128	18 860
Taux de couverture vaccinale	74,6 %	73,8%	73,5 %	73,7%	73,8%	73,9%	79,7 %	74,7 %

Source : MSA

²⁹ Cette cible totale correspond au nombre d'enfants, nés en 2020, qui ont eu au moins un remboursement de soins entre janvier 2020 et décembre 2021.

c. Dépistages organisés des cancers

- **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 part des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC).

En 2021, sur 215 519 femmes invitées relevant du régime agricole, 129 056 ont été dépistées dans le cadre du dépistage organisé ou du dépistage individuel, soit un taux de participation de 59,9 % (**Tableau 39**).

Tableau 39 :
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	2021
Nombre de femmes invitées	206 365	208 383	204 956	201 243	197 312	201 582	192 467	215 519
Nombre de femmes dépistées	114 970	117 608	109 301	105 147	104 655	101 679	87 562	129 056
Taux de participation	55,7 %	56,4 %	53,3%	52,2 %	53,1 %	50,4%	45,5%	59,9%

* A partir de 2021, sont comptabilisés dans le nombre de femmes dépistées, à la fois les dépistages organisés et individuels ; données 2022 non disponibles à date.

Sources : Santé publique France et MSA

- **Dépistage organisé du cancer colorectal**

Sur la période 2021-2022, 255 330 adhérents du régime agricole âgés de 50 à 74 ans ont participé au dépistage organisé du cancer colorectal. Le taux de participation atteint 33,2 % avec un écart de 8,7 points entre les hommes (29,8 %) et les femmes (38,5 %). Le taux est en baisse de 0,9 point par rapport à la période 2020-2021 (34,1 %).

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

Le programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est maintenant généralisé sur l'ensemble du territoire. 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 2022, 266 832 femmes adhérentes au régime agricole âgées de 25 à 65 ans ont réalisé un dépistage du cancer du col de l'utérus. Le taux de couverture atteint 50,1 %. Ce taux est en hausse de 0,6 point par rapport à l'année 2021 (49,5 %).

Proposition 3 :

Réaliser des actions « d'aller-vers » dans le cadre des dépistages organisés des cancers

Une nouvelle feuille de route des dépistages organisés des cancers « Priorité dépistages », annoncée par les pouvoirs publics en décembre 2022, prévoit une organisation nationale et locale renouvelée. La mobilisation systématique d'opérations « d'aller-vers » par les régimes d'assurance maladie, notamment vers les publics précaires, fragiles et éloignés des systèmes de santé y est inscrite.

Dès mars 2023, la MSA impulse la mise en œuvre d'actions d'éducation adaptées (prometteuses et/ou à valeur probante) pour encourager la participation des personnes les plus éloignées du dispositif des dépistages organisés des cancers à se faire dépister. Le dispositif « Coup de pouce prévention »

accompagnera la méthodologie de projet initiée par les 35 CMSA. Il financera les actions qui présentent les meilleures garanties de résultat d'impact.

Ceci concerne toutes les actions qui aident chaque personne, en fonction de ses besoins, de ses attentes et de ses compétences à comprendre l'information et à se l'approprier pour qu'elle soit en mesure de l'utiliser dans sa vie et d'adopter des comportements favorables à la santé. Le but étant d'encourager les bénéficiaires à acquérir la confiance et les aptitudes nécessaires pour leur permettre de faire des choix éclairés et de prendre eux-mêmes les initiatives.

La liste des projets retenus et déployés sur les territoires sera publiée en novembre 2023.

En parallèle, la MSA initie, sur l'ensemble du territoire national, la mise en œuvre d'entretien motivationnel au dépistage organisé du cancer colorectal. L'objectif est d'observer une augmentation du taux de participation de la population bénéficiaire de ces entretiens. Pour la première campagne d'action, les femmes âgées de 53 ans affiliées au régime agricole et n'ayant pas bénéficié de dépistage organisé du cancer colorectal dans l'intervalle recommandé (profondeur de remontée des données de 3 ans pour tenir compte de la temporalité d'envoi des invitations) seront ciblées (près de 10 000 personnes).

L'action se déroulera du 18 septembre au 27 octobre 2023 selon le schéma opérationnel suivant :

- Temps 1 : la sollicitation par SMS
 - Demande d'accord pour être contactée par un infirmier dans le cadre d'un entretien motivationnel par téléphone,
 - Quiz en ligne pour tester les connaissances des adhérentes concernées sur le dépistage organisé du cancer colorectal.
- Temps 2 : les entretiens motivationnels par téléphone
 - Objectif : aider l'assurée à prendre conscience de l'intérêt de réaliser un dépistage du cancer colorectal,
 - Acteurs : infirmiers,
 - Durée : environ 15 minutes,
 - Méthode : approche motivationnelle,
 - Outils : logiciel de saisie et documents d'accompagnement (livret ressources, fiche de traitement des oppositions, etc.).

En 2024, à partir des premiers résultats d'impact précédemment obtenus, quatre campagnes d'action seront réalisées à partir de cibles spécifiques et sur l'ensemble des dépistages organisés.

d. Prévention bucco-dentaire

En 2022, 56 500 enfants et jeunes ont bénéficié d'un examen de prévention bucco-dentaire dans le cadre du dispositif « M'T dents ».

Le dispositif M'T dents est une action qui porte sur les âges les plus vulnérables aux risques carieux (3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans). Elle consiste en la prise en charge intégrale d'un examen de prévention bucco-dentaire et des éventuels soins consécutifs. Depuis 2019, le programme permet également aux enfants de 3 ans de bénéficier d'un examen de prévention bucco-dentaire.

En 2022, ce dispositif a permis à 56 513 enfants et jeunes du régime agricole de bénéficier d'un examen de prévention bucco-dentaire. Le taux de participation national est de 25,9 % (29,5 % en 2021) (**Tableau 40**).

Tableau 40 :
Dispositif conventionnel de prévention bucco-dentaire M'T dents : nombre d'invités, examens réalisés et taux de participation en 2022

	3 ans	6 ans	9 ans	12 ans	15 ans	18 ans	21 ans	24 ans	Total
Nombre d'invités	20 217	22 569	25 904	27 893	28 252	32 434	33 918	26 937	218 124
Nombre d'examens de prévention réalisés	7 320	9 247	9 463	8 944	6 944	5 995	5 242	3 358	56 513
Taux de participation	36,2 %	41,0 %	36,5 %	32,1 %	24,6 %	18,5 %	15,5 %	12,5 %	25,9 %

Source : MSA

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

En 2022, 7 258 jeunes du régime agricole ont pu bénéficier d'un examen bucco-dentaire intégralement pris en charge. Le taux de participation national est de 15,6 % contre 18,8 % en 2021 (**Tableau 41**).

Tableau 41 :
Action d'accompagnement du dispositif M'T dents : nombre d'invités, taux de relance, nombre d'examens réalisés, taux de participation en 2022

	4 ans	7 ans	10 ans	13 ans	Total
Nombre d'invités	13 855	11 289	10 773	10 518	46 435
Nombres de relances	11 710	8 826	8 497	8 171	37 204
Taux de relance sur le nombre d'invitations réalisées	84,5 %	78,2 %	78,9 %	77,7 %	80,1 %
Nombre d'examens bucco-dentaires réalisés	2 463	1 877	1 689	1 229	7 258
Taux de participation	17,8 %	16,6 %	15,7 %	11,7 %	15,6 %

Source : MSA

e. Autres actions de prévention

Actions collectives seniors : en 2022, plus de 82 000 seniors ont bénéficié des actions collectives de prévention

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 2022, grâce à l'offre de prévention de la MSA, plus de 82 000 personnes ont participé aux actions collectives de prévention organisées par la MSA.

La thématique « Equilibre » (prévention des chutes) est la plus fréquente. Ainsi, 6 706 seniors ont participé à ces ateliers. Les conférences thématiques santé ont également été mises en avant avec un total de 45 558 participants.

Coup de pouce prévention : en 2022, 60 projets locaux de prévention et d'éducation sanitaire et social ont été financés

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

En 2022, 372 projets ont été étudiés au niveau des caisses de MSA, des ARCMSA et de la CCMSA. Parmi eux, 172 ont été retenus et 128 ont pu bénéficier d'un accompagnement méthodologique (diagnostic territorial, évaluation, gestion de projet...). 60 projets ont reçu une participation à financement.

Les P'tits ateliers nutritifs MSA

Les P'tits ateliers nutritifs sont proposés à tous les parents d'enfants de moins de 3 ans. Ces ateliers à distance 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. Trois ateliers sont proposés avec des thématiques complémentaires : « Les premiers pas vers l'équilibre alimentaire », « La diversification alimentaire », « Le bon choix des produits ». Les parents ont la possibilité de choisir le ou les atelier(s), selon leurs affinités.

Le bilan 2022 révèle une montée en charge de cette action, avec une augmentation de 34 % des inscrits et de 23 % des participations par rapport à 2021.

Ainsi, en 2022, 2 864 personnes se sont inscrites aux ateliers parmi lesquelles 882 participants à 166 ateliers, soit un taux de participation de 31 %. Une majorité d'entre eux participe à au moins 2 ateliers. Plus de deux-tiers des participants sont des adhérents MSA.

Les actions de prévention et de lutte contre les addictions

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

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

En 2022, 56 interventions ont été menées par 14 CMSA :

- 28 dans les MFR,
- 16 dans les lycées professionnels,
- 1 en CFA,
- 8 en SIAE,
- 3 en structures diverses.

143 ateliers collectifs de sensibilisation ont été organisés rassemblant 2 115 participants.

En 2022, l'action Déclic Stop Tabac a fait l'objet d'une **évaluation organisationnelle**. Les principaux enseignements sont :

- une bonne perception de l'action chez les opérateurs ainsi que les membres des établissements d'intervention, satisfaits de l'implication des jeunes,
- cependant une compréhension partielle des 3 temps de l'action de la part de l'ensemble des cibles. Ainsi, les différentes étapes du dispositif sont rarement respectées : hormis les ateliers de sensibilisation qui ont systématiquement lieu, le transfert comme les ateliers motivationnels ainsi que l'action individuelle sont peu mis en place. Le manque de temps, la difficulté de mise en place, la mauvaise connaissance du déroulé en sont les principales raisons,

- les opérateurs se chargent toujours de l'animation et presque toujours de l'action individuelle (les professionnels socio-éducatifs des établissements d'intervention ne sont pas qualifiés pour prendre en charge l'animation des séances ou l'action individuelle),
- l'action laisse une marge de manœuvre à ses opérateurs et demande un investissement modéré de la part des établissements.

Les Entretiens Motivationnels à l'Arrêt du Tabac (EMAT) sont proposés dans le cadre des Instants santé, dispositif ciblant les sous-consommateurs de soins. Les EMAT visent l'évolution du comportement addictif. L'entretien fait appel à la réflexion du patient sur son envie de changer de comportement, ses leviers et ses freins pour le changer.

En 2022, 1 220 entretiens motivationnels à l'arrêt du tabac ont été menés auprès de participants au dispositif « Instant santé ». 47 entretiens ont également eu lieu dans le cadre du dispositif Rendez-Vous Prévention Jeune Retraité.

Une **étude** externe sur les EMAT a été menée en 2022 et les principaux résultats (**Encadré 4**) montrent que :

- L'entretien motivationnel à l'arrêt du tabac est largement apprécié de la part des participants qui plébiscitent l'attention et l'écoute qui leur sont apportées.
- L'EMAT a un impact sur la volonté d'arrêter de fumer ou de diminuer sa consommation.

Encadré 4 :

Résultats de l'étude externe menée en 2022 sur les Entretiens Motivationnels à l'Arrêt du Tabac

Le profil tabagique des participants à l'EMAT est essentiellement constitué de fumeurs « confirmés », ayant commencé il y a 28 ans en moyenne. 80 % d'entre eux s'estiment en bonne santé (seuls 13 % déclarent des problèmes de santé liés à leur tabagisme).

Au moment de l'entretien motivationnel, près de 4 adhérents sur 5 ont déjà essayé d'arrêter de fumer à une ou plusieurs reprises bien que cela se soit révélé infructueux.

Plus de 2 adhérents sur 3 se présentent à l'EMAT avec un souhait précis en tête : soit diminuer la consommation de tabac, soit l'arrêter complètement.

Cet entretien est globalement apprécié, avec une note de satisfaction de 8,1/10. Les adhérents ont également tendance à recommander cet entretien, la note de recommandation étant de 7,7/10. Cela permet au dispositif d'obtenir un Net Promoter Score (qui fait le rapport entre les « promoteurs » et les « détracteurs » du dispositif) largement positif (+ 12).

Les participants ont particulièrement apprécié l'attention et l'écoute de l'infirmier(e) ainsi que les conseils et recommandations apportés.

Près de 7 adhérents sur 10 estiment que l'EMAT a eu un impact de modéré à important sur leur volonté d'arrêter de fumer. L'impact est plus faible chez les plus gros consommateurs de tabac et chez ceux convaincus que cette démarche doit principalement venir de la volonté personnelle.

Sur la consommation de tabac, l'impact est globalement mitigé (14 % des participants ont arrêté de fumer depuis l'entretien et 29 % ont diminué leur consommation). Toutefois, 74 % des adhérents qui ont continué de fumer suite à l'entretien indiquent qu'ils ont l'intention d'arrêter de fumer dans les mois qui viennent.

En parallèle de cette étude, la CCMSA a analysé la consommation de substituts nicotiques dans les 90 jours avant et après l'entretien. Il en ressort que si 2,1 % des participants ont utilisé des substituts nicotiques en amont de l'entretien, ils sont 9,7 % à le faire dans les 90 jours suivant l'entretien.

En conclusion, l'entretien motivationnel à l'arrêt du tabac est largement apprécié de la part des participants qui plébiscitent l'attention et l'écoute qui leur sont apportées.

L'EMAT a un impact sur la volonté d'arrêter de fumer ou de diminuer sa consommation.

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

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

L'année 2022, ayant été consacrée exclusivement à l'ingénierie de l'action et de la formation, aucune donnée d'évaluation n'est disponible à ce stade.

Proposition 4 :

Poursuivre l'intégration de la prévention dans les étapes d'apprentissage des futurs professionnels ou des professionnels poursuivant une formation continue dans le cadre de la Convention de l'enseignement agricole

L'enseignement agricole forme les futurs professionnels aux métiers de l'agriculture, de la forêt, de la nature et des territoires. Ces formations impliquent la réalisation de travaux qui présentent des risques pour la santé et la sécurité des apprenants. L'intégration de la prévention dans les étapes d'apprentissage des futurs professionnels ou des professionnels poursuivant une formation continue est donc un enjeu essentiel. Une prise de conscience précoce de la nécessité de prévenir les risques professionnels permet d'anticiper l'apparition des problématiques de santé au travail et d'améliorer la sécurité et les conditions de travail des futurs agriculteurs.

En 2018, la CCMSA, les ministères du Travail, de l'Agriculture et de l'Alimentation ont signé une troisième convention cadre nationale pour l'intégration de la Santé sécurité au travail dans l'enseignement agricole. La MSA réaffirme ainsi sa volonté de contribuer à inscrire la Santé Sécurité au Travail dans la formation des jeunes, les élèves étant la cible finale de cette Convention.

L'objectif général de cette convention cadre est d'une part, de poursuivre l'intégration la plus large possible des enjeux de la santé sécurité au travail dans les programmes d'enseignement agricole tout au long de la formation des apprenants, et d'autre part, la professionnalisation des équipes encadrantes en établissement pour qu'elles puissent pleinement jouer un rôle d'accompagnement dans une démarche partenariale. En effet, les enseignants et les maîtres d'apprentissages de ces établissements sont formés en tant que personnes relais et seront ensuite eux-mêmes les formateurs des futurs jeunes agriculteurs ainsi sensibilisés à la culture de la prévention des risques professionnels.

Après une année 2023 consacrée à l'évaluation de la convention et à la rédaction d'un nouveau texte assorti de nouveaux objectifs, 2024 est l'année de lancement de la nouvelle convention cadre nationale pour l'intégration de la Santé Sécurité au Travail dans l'enseignement agricole (2024-2029) et de sa déclinaison en régions.

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

Le dispositif du Rendez-vous Prestations MSA

Il 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.

Historique de la mise en place et des cibles nationales retenues

La MSA, consciente des enjeux et portant une attention toute particulière à la qualité de service rendue 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.

En effet, 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 de ces derniers sur le quinquennat, soit un objectif d'environ 30 000 Rendez-vous à horizon 2022.

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 est dépassée chaque année depuis plusieurs années.

Pour l'année 2022, la cible était de 30 215 Rendez-vous Prestations.

En 2022, 36 561 Rendez-vous Prestations ont été réalisés par l'ensemble des 35 caisses de MSA (**Graphique 40**).

Graphique 40 :
Nombre de Rendez-vous Prestations réalisés de 2009 à 2022



Source : MSA

Désormais, et à compter de 2023, 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.

La progression constante du nombre d'entretiens démontre l'investissement des caisses et combien ils sont appréciés des assurés. En 2022, le taux de satisfaction en sortie d'entretien est de 97,2 %.

Bilan des Rendez-vous Prestations réalisés en 2022

Les caisses de MSA ont procédé tous domaines confondus à 9 156 ouvertures d'un droit à prestation, 2 541 révisions et 252 fermetures de droits, sachant qu'un assuré peut parfois être concerné par une ou plusieurs ouvertures de droit.

Concernant les ouvertures de droit, on dénombre :

- o 4 306 ouvertures de droits en santé, soit 47 % du total,
- o 2 024 ouvertures de droits en famille, soit 22 % du total,
- o 2 718 ouvertures de droits en retraite, soit 30 % du total.

La volumétrie est plus confidentielle pour l'action sanitaire et sociale, avec 63 droits ouverts (1 % du total) et l'invalidité avec 45 droits ouverts (0,5 %).

Par rapport au nombre total de droits ouverts, toutes branches (9 156 droits ouverts), l'ouverture des droits en santé est concentrée d'abord sur les prestations maladie en nature (20 %), la CMU-C (13 %), puis la carte vitale (7 %).

L'ouverture des droits est plus dispersée en retraite et famille, du fait du nombre important de prestations.

Elle concerne principalement :

- o En retraite : la retraite personnelle (7 %) SA et NSA, la retraite de réversion (6 %) SA et NSA, la retraite complémentaire obligatoire-RCO (3 %) SA et NSA.
- o En famille : le logement (APL, ALF, ALS : 7 %), la prime d'activité (5 %), le rSa (4 %), la prime de naissance (3 %).

3.1.3. La préservation de l'autonomie des résidents des Marpa

Proposition 5 :
Encourager le développement des Marpa (Maisons d'Accueil et de Résidence pour l'Autonomie) et favoriser le Sport santé adapté

Actuellement, 200 Maisons d'Accueil et de Résidence pour l'Autonomie (Marpa) existent, accueillant 4 800 résidents, accompagnés par 1 500 salariés. 50 projets sont en cours, pour une implantation en milieu rural, urbain, périurbain, incluant les départements d'outre-mer. Les maisons admettent les personnes âgées autonomes, mais aussi des personnes fragiles, souffrant d'une pathologie, d'un handicap, de l'isolement social, sans être pour autant dépendantes. Les Marpa s'inscrivent dans une logique de prévention et de préservation de l'autonomie. Cela se traduit par la promotion des ateliers du bien vieillir, et de l'activité physique adaptée, ouvertes aux seniors extérieurs. L'Etat et le régime général (Assurance retraite), contribuent, avec la MSA, à développer les Marpa, tant sur les créations de nouveaux établissements que sur les animations déployées dans les Marpa.

Afin de mettre en œuvre une partie du projet d'accompagnement personnalisé, les Marpa proposent aux résidents diverses animations et actions de prévention. Ces dernières sont ouvertes aux seniors du territoire. L'objectif est de maintenir voire de faire regagner de l'autonomie aux personnes âgées fragilisées.

La MSA et les partenaires de la Fédération nationale des Marpa développent des actions de prévention santé pour les résidents des maisons d'accueil, notamment :

- pack résident,
- ateliers nutri'activ,
- ateliers mémoire,
- ateliers habitat (Bien vivre chez soi),
- ateliers vitalité,
- ateliers sommeil,
- ateliers hygiène bucco-dentaire,
- ateliers audition,
- activité physique adaptée (tennis santé, atelier de prévention des chutes judo).

Concernant l'activité physique adaptée, le sport santé, véritable enjeu de santé publique, est une politique portée par deux ministères, le Ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques et le Ministère de la Santé et de la Prévention.

Au niveau du mouvement sportif, la mise en place de cette politique est pilotée par le Comité National Olympique et Sportif Français (CNOSF) dans le cadre du Projet « Sport Santé Bien Être ». Ce dernier consiste à proposer une offre sportive progressive, régulière et adaptée aux caractéristiques de chacun. Dans ce cadre, la Fédération française de tennis (FFT) a mis en place son programme « Tennis Santé ».

La Fédération nationale des Marpa a ainsi signé une convention avec la FFT le 4 avril 2023 dans le but d'atteindre l'objectif commun de développer la pratique du tennis, et notamment du Tennis Santé.

Ainsi, cette convention doit permettre de préparer la mise en place de l'activité physique adaptée Tennis Santé au profit des pratiquants entre, d'une part les clubs de tennis affiliés à la FFT (ou les comités départementaux ou les ligues de tennis) et d'autre part, avec les Marpa, dans leurs structures respectives (dans les clubs et /ou dans les Marpa).

Le tennis possédant beaucoup d'atouts, la FFT en fait une priorité et souhaite ainsi jouer un rôle majeur dans le développement du Sport Santé, sport modulable qui permet de s'adapter à tous en fonction de l'âge, de l'état de santé, de la condition physique, et des envies de chacun. Dans son format adapté, le tennis présente très peu de contre-indications. Les protocoles ont été conçus et validés par des médecins référents de chaque spécialité.

Des études scientifiques internationales montrent que le tennis est l'un des meilleurs sports à pratiquer pour vivre en bonne santé le plus longtemps possible (*Source : Tennis Santé, 2022, FFT*) :

- En 2016, une étude anglo-saxonne portant sur plus de 80 000 personnes et publiée dans le *British Journal of Sports Medicine* souligne les bienfaits des sports de raquette dont le tennis avec le résultat suivant : les sports de raquette sont numéro 1 devant la natation, le fitness, le cyclisme avec :
 - une diminution du risque de mortalité de 47 % toutes causes confondues,
 - un abaissement du risque de mortalité d'origine cardio-vasculaire de 56 %.
- En 2018, une étude danoise publiée dans la revue *Mayo Clinic Proceedings* et fondée sur un panel de plus de 8 000 personnes met en avant que le tennis est le sport de référence en termes d'allongement de la durée de vie, et ce jusqu'à 9,7 ans.

L'encadrement de ces séances est réservé aux enseignants professionnels diplômés d'Etat de tennis et ayant suivi une formation de Tennis Santé donnant lieu à une attestation de formation continue, gage de sécurité, aussi bien pour les pratiquants que pour les médecins prescripteurs.

Ces séances sont destinées aux patients atteints de pathologies chroniques et/ou en situation de vieillissement et/ou en situation de sédentarité.

3.2. Axe « Prévention et lutte contre le mal-être »

3.2.1. Le module mal-être de GéoMSA

Proposition 6 :

Mettre à disposition des acteurs concernés un outil de diagnostic territorial du risque de mal-être de la population agricole à partir de GéoMSA

La MSA s'appuie sur son expertise dans la donnée pour contribuer au déploiement de son Programme de prévention du mal-être agricole, en coordination avec l'ensemble des acteurs du plan interministériel « Prévention du mal-être et accompagnement des agriculteurs en difficulté ».

A ce titre, la MSA enrichit son outil de cartographie dynamique GéoMSA d'un nouveau module dédié au **mal-être de la population agricole**. Celui-ci intègre, à la fois, des données de population générale et des données spécifiques au régime agricole (**Encadré 5**).

Le mal-être agricole est **appréhendé selon une approche multifactorielle et avec une dimension territoriale**. Ce nouveau module permet de réaliser un **diagnostic territorial** et ainsi de mieux identifier les facteurs de risques afin de développer des actions de prévention mieux ciblées sur les territoires.

Pour enrichir la connaissance du mal-être sur les territoires, l'outil cartographique GéoMSA rassemble plus de **100 indicateurs** répartis en **6 sous-thématiques** : la démographie, la situation socio-économique, la santé, l'offre sanitaire, l'emploi et les typologies de territoire.

Parmi les indicateurs proposés, le module comprend par exemple des données de **santé** relatives à la consommation de psychotropes, d'actes psychiatriques, aux tentatives de suicide et aux suicides ou encore aux affections psychiatriques de longue durée.

On y retrouve aussi des indicateurs relatifs aux caractéristiques **démographiques** (densité de population et évolution, répartition par âge, sexe, régimes salariés et non-salariés), aux caractéristiques **socio-économiques** (perception de minima sociaux, taux de pauvreté, etc.) ou encore des indicateurs sur **l'emploi agricole** (secteurs dominants, type de contrats par filière, salaire horaire moyen et assiette sociale moyenne des non-salariés agricoles, etc.). Sont mis à disposition également des indicateurs relatifs à **l'accès aux soins sur les territoires** (nombre et densité des professionnels de santé, dont les psychiatres et psychologues, l'accès à des services d'urgence en moins de 30 minutes, etc.) et une répartition de la population selon différentes **typologies territoriales** (densité de population, éloignement à la ville, densité en termes d'emploi, accessibilité aux soins et attractivité territoriale).

Les indicateurs sont disponibles à différentes mailles géographiques allant de la commune pour certains jusqu'à la région.

L'outil GéoMSA et son module mal-être sont disponibles sur : <https://geomsa.msa.fr>

Encadré 5 : Présentation de GéoMSA

GéoMSA est un outil de **géo-visualisation des données** de la MSA, accessible au grand public. Il permet de centraliser et cartographier l'ensemble des données produites et fiabilisées par la MSA mais aussi d'autres indicateurs produits par des organismes publics (e.g. ANCT, INSEE, ARS, FNORS).

GéoMSA permet de dresser des portraits de territoire sur mesure et ainsi de comparer différentes zones géographiques et il est également possible de charger ses propres données afin de créer ses propres cartes.

A ce jour, **plus de 700 indicateurs** sont regroupés par thématiques, en lien avec les missions de la MSA (santé, famille, retraite, accidents du travail et maladies professionnelles, recouvrement) et au sein de thématiques plus spécifiques comme le diagnostic territorial santé, l'enfance-jeunesse en milieu rural, l'emploi agricole, la responsabilité sociale, sociétale et environnementale (RSSE) et le mal-être.

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

Présentation du Programme de prévention du mal-être agricole MSA

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

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

Ce programme est déployé 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 direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS), de l'ARS et de la cellule Agridiff³⁰. Elle endosse donc un rôle de cheville ouvrière du plan au niveau local. De nombreuses caisses locales de MSA se voient 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.
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 (avec dans un premier temps la rédaction d'un diagnostic local partagé, puis d'un plan d'action).

³⁰ 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.

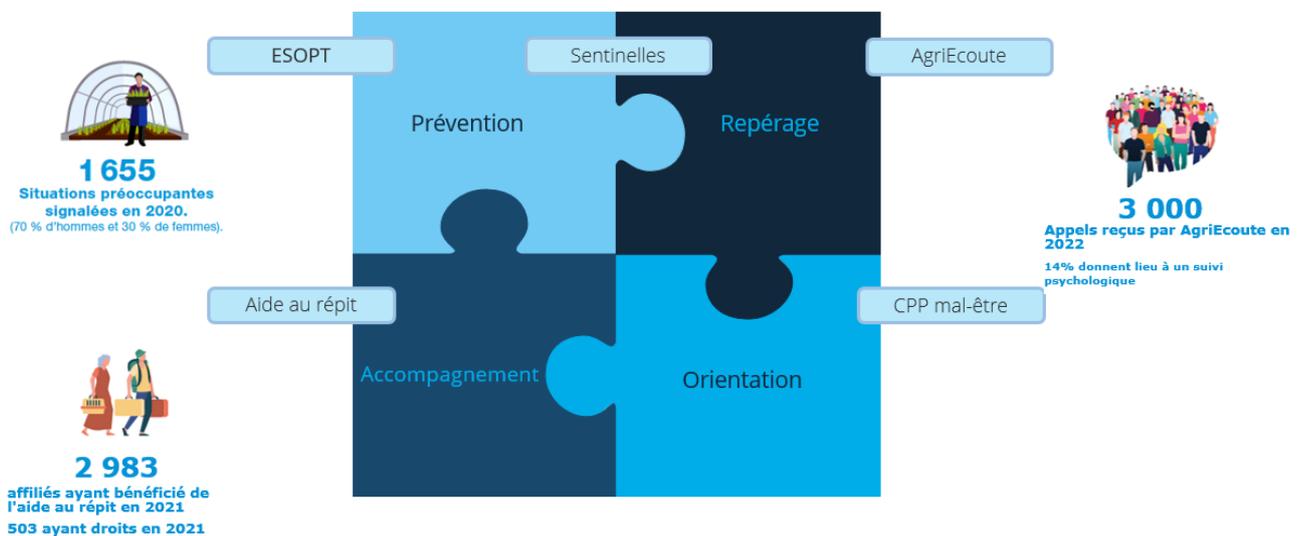
La CCMSA apporte un soutien aux 35 caisses de MSA dans leur participation au plan national interministériel de prévention du mal-être agricole. Elle anime le réseau des responsables du programme de prévention du mal-être en caisses de MSA, apporte un outillage dans le cadre de la mise en place des comités 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. Ce reporting sera publié pour la première fois en 2023, et portera notamment sur les actions, les investissements (notamment financiers) et les moyens humains.

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 veille à encourager et faciliter les échanges de bonnes pratiques et le partage d'outils entre les caisses du réseau MSA. La constitution d'une communauté d'acteurs autour de la prévention du mal-être (notamment des responsables du programme en caisses) permet de mutualiser les expériences tout en prenant en compte 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 principes d'action de la MSA pour le programme de prévention du mal-être par dispositif



Source : MSA

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 2022, Agri'écoute a été sollicité en moyenne plus de 250 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 2022 est disponible dans l'**encadré 6**.

- 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 caisses de MSA sont dotées de CPP mal-être (ou dispositif transverse similaire). 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 caisses de 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 2021 (date du dernier bilan), le dispositif d'aide au répit a permis d'accompagner 2 983 assurés MSA hors ayant droits (+ 8 % par rapport à 2020 avec 2 753 assurés accompagnés) sur l'ensemble des actions possibles, pour un montant total dépensé de 2 266 090 € (2 156 535 € en 2020). En 2021, 1 577 exploitants ont pu bénéficier de l'aide au remplacement. 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'euros 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.

En 2021, parmi les publics suivis dans le cadre de l'aide au répit, 300 assurés MSA ont été orientés vers ou accompagnés dans le cadre du dispositif de prévention de la désinsertion professionnelle et de maintien en emploi, 385 assurés MSA ont été orientés vers ou accompagnés par la cellule de prévention du suicide, et 65 assurés MSA ont été concernés par une action collective mise en place par l'ancien appel à projets pour la prévention du risque dépressif et suicidaire en 2021.

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. Sur la période 2016-2020, 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 la **proposition 7**.

Entre septembre 2022 et juin 2023, la CCMSA a réalisé 15 formations de sensibilisation des élus MSA à la thématique du mal-être agricole et sa prévention grâce au développement du Programme MSA et du plan interministériel, soit plus de 230 inscrits. Ces formations abordent le rôle des sentinelles et les ressources en MSA pour l'accompagnement du mal-être agricole. Elles ont entre autres pour but d'encourager les élus à s'inscrire aux formations Sentinelles dispensées dans leur territoire.

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 a été 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. 55 effectifs dédiés à la lutte contre le mal-être (35 responsables de programme et 20 travailleurs sociaux) ont été alloués dans la COG 2021-2025. En CCMSA, 6 personnes ont été fortement mobilisées sur le programme, pour un équivalent de 2,5 temps complets sur 2022. Les 35 responsables de programme ont été désignés fin 2021 et ont pleinement pris leurs fonctions en 2022. Une organisation complémentaire a été mise 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 pilotent 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 ; 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. En 2022, la CCMSA a publié une méthodologie pour la réalisation des diagnostics locaux partagés (à l'échelle des départements) à destination des comités techniques. Cette méthodologie a été validée puis promue par le coordinateur national du plan. 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 ont permis de sécuriser les échanges de données pour accompagner au mieux les adhérents dans un parcours global.

Un effort particulier a été 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 et les tentatives de suicide (cf. partie 2.2.5.) et des résultats de projets de recherche du conseil scientifique sont communiqués au réseau depuis février 2023 (cf. partie 3.6.2.).

Encadré 6 : Synthèse du bilan Agri'écoute 2022

Volumétrie d'appels 2022

En 2022, on dénombre :

- 3 003 appels traités (soit près de 250 appels mensuels), le niveau de service annuel est de 97 % (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).
- 3 813 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 2 498 appelants ; 14 % 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 en 2021 de la plateforme web Empreinte Humaine dédiée à Agri'écoute a permis la sollicitation de l'équipe de psychologues par chat (117), mail (47) et Visio consultation (7) en 2022.

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 72 % contre 28 % de facteurs de risque professionnels.

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

- Niveau de risque faible : 49 %
- Niveau de risque modéré : 43 %
- Niveau de risque élevé : 8 %

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 2022, 346 orientations ont été réalisées en direction d'un psychologue externe. 203 personnes ont également été redirigées vers un ou une assistant(e) social(e) de la MSA. Le nombre de redirection vers les Cellules Pluridisciplinaires de Prévention (CPP) a été de 155, en baisse par rapport à 2021 (238).

Enfin, Agri'écoute permet de prévenir et désamorcer des situations de crise suicidaire. En 2022, 10 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.

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

Proposition 7 : Renforcer le maillage territorial d'acteurs de la lutte contre le mal-être agricole

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 constitue et met à jour 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 fin 2023. Sur 2023, la MSA continuera le déploiement du réseau Sentinelles sur le territoire, notamment en organisant des formations. 65 de ces formations ont été organisées par les caisses de MSA entre janvier 2022 et mars 2023. Les 35 caisses de MSA sont intégrées au déploiement des formations et à l'animation du réseau des sentinelles sur leur territoire, avec notamment 19 caisses qui ont organisé des activités d'animation du réseau des sentinelles.

Pour rappel, **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 **Groupeement 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.

En 2023, la MSA a pour ambition de participer au développement d'un module portant sur les spécificités du monde agricole dans la formation des Sentinelles (en lien avec le GEPS). Cette nouvelle version des formations pourrait être déployée début 2024.

En 2023 et 2024, la MSA prendra pleinement son rôle de développement et d'animation d'un réseau de partage des savoirs, notamment grâce 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.

Proposition 8 :

Développer et encourager les liens avec les acteurs de la prévention du mal-être agricole

En 2022 et 2023, la MSA a continué à développer une dynamique de partenariats avec les acteurs majeurs de la prévention du mal-être.

Pour permettre à chaque comité technique dans les départements de constituer un annuaire récapitulant les acteurs et leur périmètre d'intervention, à l'été 2022, la MSA a conçu une méthodologie de diagnostic des besoins et de l'offre. Cette méthodologie a été validée par le Comité national du plan et partagée avec l'ensemble des comités. 57 des 69 départements ayant réalisé le diagnostic en mars 2023 l'ont utilisée. Début 2023, elle a développé une méthodologie complémentaire pour établir des plans d'action locaux avec l'ensemble des partenaires.

La journée interprofessionnelle des acteurs de la lutte contre le mal-être agricole a été l'occasion de démontrer ces liens renforcés. Pour sa deuxième édition, cette journée a été organisée par la MSA. Elle s'est tenue le 20 avril 2023 à la CCMSA, et a rassemblé 173 participants en présentiel, et 87 à distance, soit 260 participants au total. Le thème : « mal-être : en parler et agir » a mobilisé les représentants des professions agricoles (Chambres d'agriculture France, Coopération agricole, Crédit Agricole, FNSEA, Groupama, Jeunes Agriculteurs, MSA). Ont été présentés les dispositifs de prévention primaire (« Et si on parlait travail ? ») ; la prévention et la sensibilisation des jeunes ; l'outil « GéoMSA » et son module mal-être ; le déploiement des sentinelles et d'Agri'écoute ; l'état d'avancement du plan interministériel ; ainsi que des interventions de professionnels et bénéficiaires de l'accompagnement lors d'une table ronde. Cette journée a été l'occasion de revenir sur la mobilisation des parties prenantes, notamment dans le cadre du plan interministériel, et sur la nécessité de la coordination sur le terrain.

En parallèle de l'organisation de cette journée des acteurs institutionnels de la lutte contre le mal-être agricole, la MSA cultive les liens avec des partenaires spécifiques, dans le cadre de conventions de partenariat dédiées, ou grâce à des rencontres dans l'optique de nouer des partenariats. En 2022 et 2023, l'équipe de la CCMSA dédiée au programme de prévention du mal-être agricole a approché et initié des travaux avec une variété d'acteurs : AlloAgri dans le cadre des actions d'Agri'écoute, OABA dans le cadre de la promotion du bien-être animal, les Opérateurs de compétences (OPCO) et AgriSentinelles dans le cadre du déploiement du réseau des sentinelles,...

Proposition 9 :

Encourager une dynamique de capitalisation sur les actions locales de prévention du mal-être agricole

En 2022, la MSA a continué le déploiement de son Programme de Prévention du Mal-Être Agricole (présenté en infra) de manière très opérationnelle, axant notamment ses activités autour de l'accompagnement de la mise en œuvre sur le terrain, du renforcement du réseau des responsables de programme, et de l'encouragement d'une logique de coopération et de transversalité.

Depuis la nomination/le recrutement des 35 responsables du programme Prévention du Mal-Être Agricole en caisses de MSA, l'équipe dédiée de la CCMSA anime ce réseau des responsables en caisse, notamment à l'occasion de demi-journées trimestrielles. Une conversation Teams rassemble l'ensemble des acteurs du programme en MSA, et un SharePoint dédié a été créé à l'été 2022. La CCMSA suit également les actions développées en MSA dans le cadre de l'Appel à Projets dédié mal-être (refonte en 2023) mais également en organisant le partage de pratiques entre caisses de MSA, et l'essaimage (grâce à des fiches "clé en main" qui seront transmises au réseau en 2023).

Ce suivi des actions locales innovantes et/ou probantes, ainsi que l'organisation de soutien à la capitalisation (par des financements, un appel à projets, un soutien méthodologique) représente une opportunité de valoriser la richesse des actions déployées en caisses de MSA, et de favoriser le recours à des solutions issues du terrain qui ont fait leurs preuves.

L'Appel à Projets "mal-être" notamment est issu de la refonte en 2022 de l'Appel à Projets "aide au répit" pour couvrir des activités de prévention du suicide et du mal-être. En 2023, les process et les critères ont été totalement repris. Ce nouvel appel à projets cible les nouveaux projets locaux portant notamment sur la prévention primaire du mal-être, le repérage des signaux faibles de mal-être, le repérage des personnes en situation de mal-être, l'orientation des personnes en situation de mal-être, l'accompagnement en collectif de personnes en situation de mal-être, et la mise en place d'un suivi ou d'une évaluation post accompagnement. Cette première édition de la nouvelle version de l'Appel à Projets a vu la soumission de 26 projets, pour 17 financés dont 4 partiellement. 17 caisses ont également bénéficié d'un soutien financier à l'animation du réseau des sentinelles. Les caisses dont le projet n'a pas été financé pourront bénéficier d'un appui méthodologique de la CCMSA pour affiner leurs projets.

En 2023, la CCMSA a pour objectif de continuer à encourager une dynamique de capitalisation sur les actions développées localement. Pour ce faire, elle prévoit de s'appuyer sur l'Appel à Projets, sur les actions de partage de pratiques mises en place avec le réseau des responsables de programme (ex : présentations de 1h30 des projets innovants et ayant fait leurs preuves), ainsi que sur le développement d'une fonction d'incubateur/pépinière, avec un soutien méthodologique renforcé qui sera apporté aux caisses souhaitant développer des projets innovants. Seront privilégiés les projets inter-caisse, ou ciblant des populations peu adressées. Il est prévu que le soutien méthodologique porte sur le montage et la conduite de projet, et le travail en transversalité. En complément, un cadrage de l'essaimage des actions probantes permettra d'encourager les caisses à capitaliser sur l'expérience d'autres caisses et également de soutenir les caisses initiatrices dans le développement de leur action sur leur territoire. Certaines des actions essayées pourront, à terme, devenir des actions nationales.

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

Proposition 10 :

Amplifier le rôle de facilitateur de la MSA dans l'organisation en santé en milieu rural notamment par l'accompagnement au développement de nouvelles structures d'exercice coordonné (MSP, CPTS) et à leur portage d'actions de santé publique ainsi qu'aux relations entre CPTS et hôpitaux de proximité pour favoriser les parcours de soins et répondre aux besoins de la population locale

Dans son discours du 3 mai 2023 lors d'un point d'étape du CNR Santé, le Ministre de la Santé et de la Prévention François Braun a indiqué que « l'avenir est dans la coopération : entre médecins et soignants, entre ville et hôpital, entre soignants et personnels administratifs » et que par ailleurs « la confiance (est) dans les territoires ». Il a ainsi annoncé la pérennisation des CNR territoriaux.

Comme cela a été inscrit dans sa « Stratégie Nationale de Santé », la MSA a la volonté de poursuivre son implication dans l'organisation de la santé.

Pour cela, les représentants de la MSA s'impliqueront pleinement dans les CNR territoriaux pour répondre aux besoins de la population des territoires ruraux.

La MSA veut aussi renforcer son rôle de facilitateur en fédérant sur le terrain, notamment en milieu rural, les parties prenantes et en favorisant le travail en réseau de tous les acteurs comme elle l'a déjà démontré.

La MSA poursuivra et amplifiera son accompagnement à la création des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) mais aussi des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) pour atteindre l'objectif fixé par le Ministre de 4 000 MSP à fin 2027. Après la signature d'une convention de partenariat début 2023, elle développera une véritable coopération avec la Fédération « Avec Santé » tant sur le plan national que local.

La MSA souhaite renforcer son partenariat avec d'autres représentants nationaux d'acteurs impliqués dans l'organisation des soins. Des négociations sont en cours.

L'expérimentation menée en partenariat avec l'ANAP sur 4 territoires ruraux pour accompagner sur un même site l'hôpital local et la/les CPTS afin de favoriser une pleine coopération ville/hôpital pour fluidifier les parcours de santé a montré tout son intérêt notamment sur le site du Dorat en Haute-Vienne. Fort de cette expérience, la MSA et l'ANAP ont décidé d'étendre cet accompagnement à au moins un site dans chaque région d'ici fin 2025.

La MSA a décidé d'inciter les jeunes professionnels de santé à s'installer en structures d'exercice coordonné pour favoriser leur développement notamment en milieu rural. Elle a pour cela conçu un séminaire interdisciplinaire « Eductour » avec les universités en santé (médecine, pharmacie, dentaire) et les instituts de formation (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes,...). Ce séminaire est dispensé en 2 temps : le 1^{er} sur le campus pour permettre aux étudiants de mieux se connaître et d'apprendre à travailler ensemble et le 2^{ème} sur le terrain au contact d'une structure d'exercice coordonné. Les 1^{ers} séminaires ayant répondu aux attentes des universités et des institutions de formation, des étudiants participants ainsi que des professionnels de santé de terrain les ayant accueillis, la MSA s'engage à les déployer sur l'ensemble du territoire d'ici 2025.

L'accompagnement de la MSA aux structures d'exercice coordonné ne s'arrête pas à l'ingénierie pour leur création. Une offre leur est faite de mettre en œuvre des actions de santé publique conçues et financées par la MSA (Education Thérapeutique Poly-pathologie, Education aux soins familiaux, Forfait Diététicien et Psychologue). La MSA entend poursuivre cet apport auprès des structures d'exercice coordonné.

Par ailleurs, un appel à projet en prévention Coup de pouce prévention à destination entre autres des structures d'exercice coordonné vient compléter l'offre MSA pour répondre aux besoins des populations rurales.

Fort de son expérience en innovation notamment en organisation des soins (création de réseaux gérontologiques, des 1ères maisons de santé rurales,...), la MSA entend poursuivre le développement de nouvelles expérimentations locales afin de faciliter l'accès à la santé et les parcours de soins notamment en milieu rural.

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

La MSA renforcera les actions de gestion du risque 2023 en lien avec la qualité des pratiques, la pertinence des soins et des parcours de soins et accompagnera les offreurs de soins dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses.

Au sein de son plan national de gestion du risque maladie annuel, la MSA porte des actions autour des thématiques suivantes :

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

3.4.1. Les actions du plan national GDR 2022 de la MSA

Le plan national de gestion du risque (GDR) 2022 de la MSA comportait 25 actions, dont certaines menées en inter-régime. A noter toutefois que 2 actions inter-régime n'ont finalement pas été menées : l'action à l'attention des SSIAD et les MSAP des actes éligibles à la chirurgie ambulatoire.

Le bilan de ces actions du plan GDR 2022 de la MSA est annexé à ce rapport (**Annexe 5**).

Les caisses de MSA poursuivront ainsi la mise en œuvre des actions inscrites dans le plan annuel de gestion du risque MSA 2023 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 2023 comprend les actions pérennes du plan 2022 et des actions nouvelles, présentées en partie dans le rapport Charges et Produits MSA 2023.

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 :

- les médicaments,
- la liste des produits et prestations (LPP).

a. Les médicaments

a.1. Les dépenses

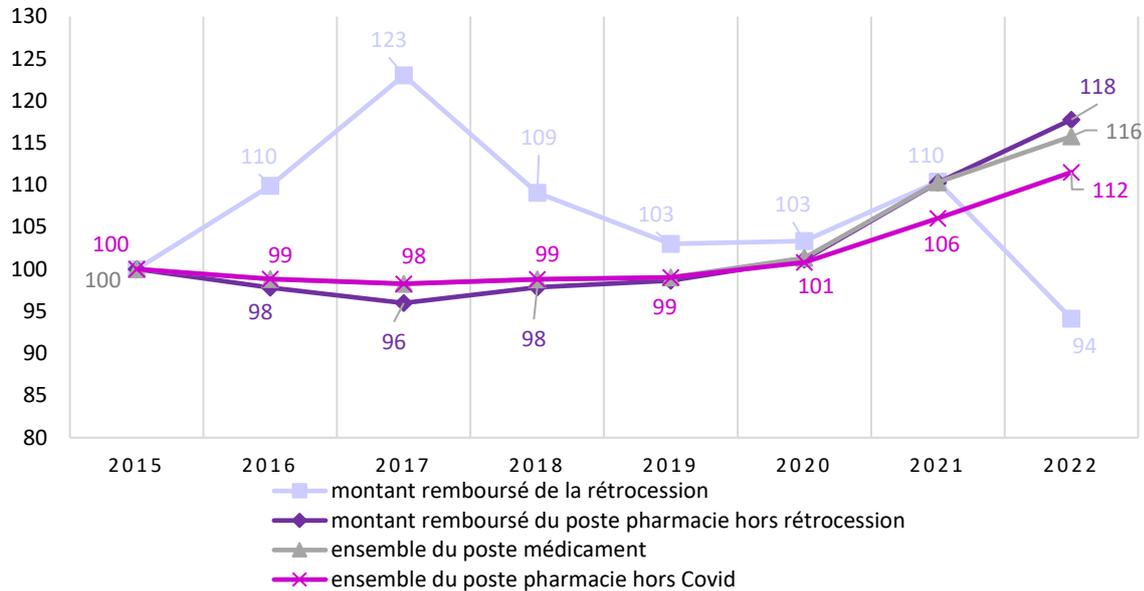
En 2022, les montants remboursés pour le poste médicament en soins de ville (délivrance en officine de ville et rétrocession) représentent 27,8 % des dépenses de soins de ville du régime agricole, pour un montant de **1 424 millions d'euros**. Stables sur la période 2015-2019, ils progressent ensuite les années suivantes.

En excluant les dépenses liées à la Covid-19 (vaccins, tests antigéniques, masques), la forte progression entre 2021 et 2022 est néanmoins conservée (+ 5,2 %) (**Graphique 41**).

Graphique 41 :

Evolution indiciaire des montants remboursés du poste médicament en soins de ville

base 100 en 2015 montants remboursés des médicaments hors rétrocession (codés, honoraires dispensation, ...) : 1 326 millions d'euros
montants remboursés de la rétrocession : 97,8 millions d'euros
ensemble du poste des médicaments en soins de ville : 1 424 millions d'euros

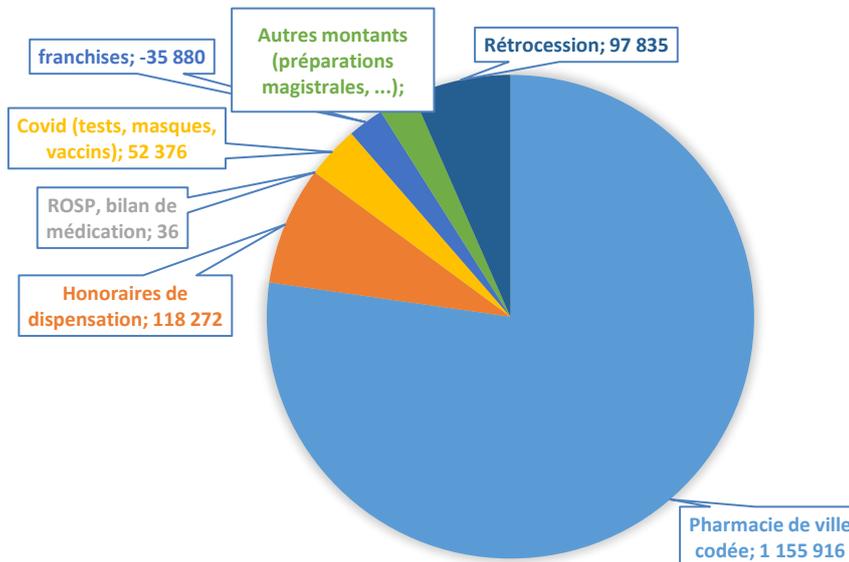


Source : MSA

Le montant remboursé global pour le poste « Médicament » en soins de ville en 2022 (1 424 millions d'euros) se répartit en différents regroupements de dépenses comme ci-dessous (Graphique 42) :

Graphique 42 :

Décomposition des montants remboursés (en milliers d'euros) du poste médicament en soins de ville en 2022



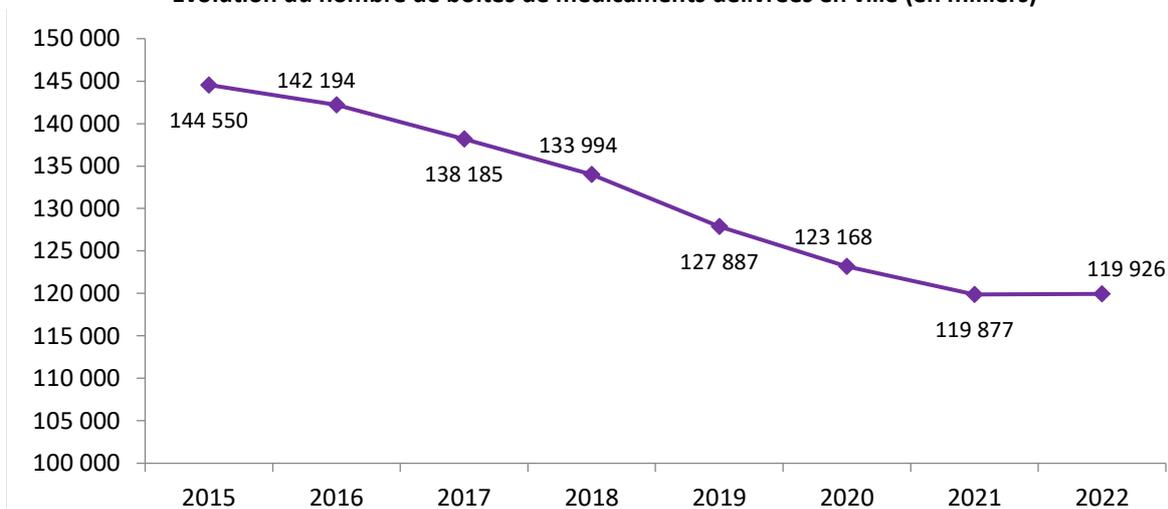
Source : RAAMSES

Les médicaments codés délivrés en ville représentent la majorité du poste avec **1 156 millions d'euros** (81,0 %), suivi des honoraires de dispensation (8,3 %) et de la rétrocession (6,9 %). En 2022, les montants associés à la Covid-19 représentent 3,7 % du montant global du poste « Médicament » en soins de ville.

a.2. Les médicaments délivrés en officine

En 2022, le régime agricole a remboursé comme en 2021, **120 millions de boîtes de médicaments** délivrées en officine de ville, avec une tendance à la baisse observée depuis 2015 (**Graphique 43**).

Graphique 43 :
Evolution du nombre de boîtes de médicaments délivrées en ville (en milliers)

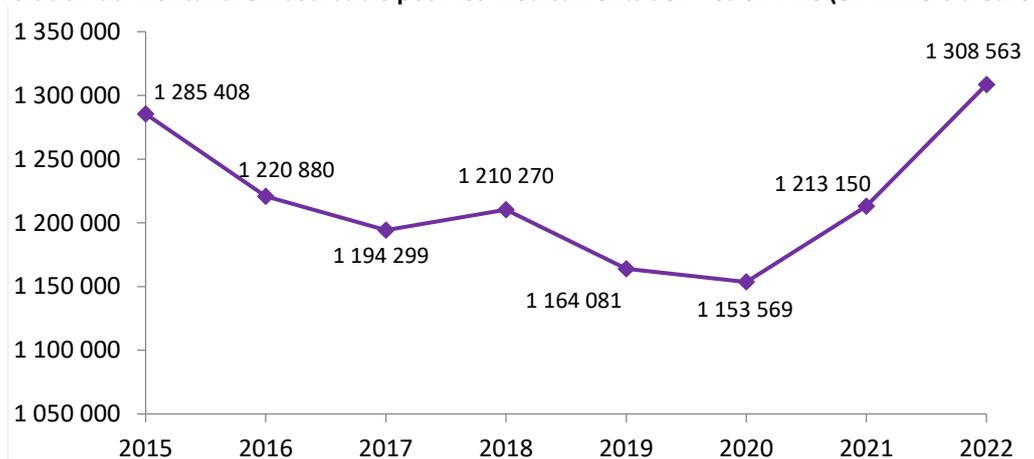


Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

Les trois produits les plus délivrés restent, comme en 2021, les antalgiques à base de paracétamol seul (DOLIPRANE®, DAFALGAN®) et l'ensemble des produits génériques à base de paracétamol. Ils représentent à eux seuls 20,2 % des boîtes délivrées en 2022.

Les montants présentés au remboursement s'élèvent à **1 308 millions d'euros** (hors honoraires de dispensation à la boîte), en hausse de **7,9 %** (après une hausse de 5,2 % en 2021). L'année 2021 marque une rupture dans la tendance à la baisse observée depuis 2015, rupture confirmée en 2022 (**Graphique 44**).

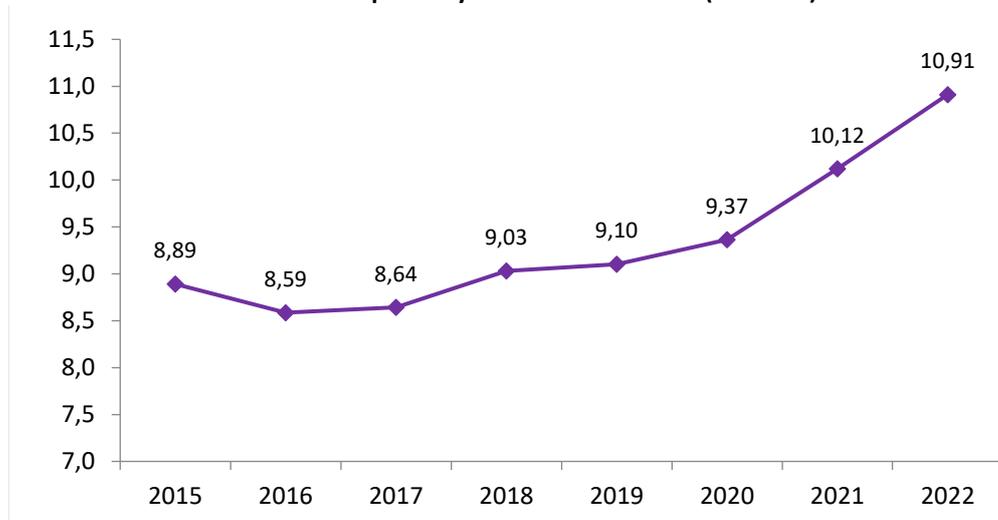
Graphique 44 :
Evolution du montant remboursable pour les médicaments délivrés en ville (en milliers d'euros)



Source : MSA

La hausse du prix moyen des médicaments n'est désormais plus contrebalancée par la baisse des volumes (**Graphique 45**).

Graphique 45 :
Evolution du prix moyen des médicaments (en euros)



Source : MSA

Les médicaments contribuant le plus à la croissance des montants remboursés sont des nouveaux traitements (ERLEADA® et FORXIGA® commercialisés en avril 2020, HEMLIBRA® commercialisé en juin 2021), des extensions d'indications (VYNDAQEL®, KALYDECO®), des médicaments issus de la rétrocession (VYNDAQEL®), dont pour certains le prix moyen est élevé (**Tableau 42**) :

- vyndaqel 61 mg 1 boîte de 30, capsule molle : 7 261,02 €,
- kaftrio 100/50/75 mg cpr 56 : 10 158,27 €,
- erleada 60 mg cpr 120 : 2 798,92 €,
- hemlibra 150 mg sol inj fl 1 ml : 11 946 €,
- kalydeco 50 mg le sachet 56 : 11 363,64 €.

Tableau 42 :
Principaux médicaments contributeurs à la croissance en 2022

Nom du produit	Indication	Montant remboursé 2022*	Taux ACM	Croissance (par rapport à 2021)	Contribution à la croissance
VYNDAQEL®	Traitement de l'amylose cardiaque	58,5 M€	131,6%	33,2 M€	3,1
KAFTRIO®	Traitement de la mucoviscidose	22,2 M€	213,5%	15,2 M€	1,4
ERLEADA®	Anticancéreux	11,1 M€	110,5%	5,8 M€	0,5
FORXIGA®	Antidiabétique, insuffisance cardiaque, rénale	4,9 M€	449,1%	4,0 M€	0,4
ENTRESTO®	Traitement de l'insuffisance cardiaque	13,6 M€	37,7%	3,7 M€	0,3
HEMLIBRA®	Prévenir ou réduire les saignements chez les patients atteints d'hémophilie A	4,8 M€	308,8%	3,7 M€	0,3
ELIQUIS®	Anticoagulant oral direct	53,7 M€	7,3%	3,7 M€	0,3
KALYDECO®	Traitement de la mucoviscidose	7,4 M€	70,5%	3,1 M€	0,3
TRULICITY®	Antidiabétique	11,3 M€	34,9%	2,9 M€	0,3
DUPIXENT®	Traitement de la dermatite atopique	5,7 M€	80,6%	2,5 M€	0,2
TAGRISO®	Anticancéreux	11,2 M€	25,1%	2,2 M€	0,2
XTANDI®	Anticancéreux	27,4 M€	8,7%	2,2 M€	0,2
TOTAL MEDICAMENTS CODES DELIVRES EN VILLE		1 155,9 M€	8,7%	+ 92,4 M€	

*hors honoraire de dispensation à la boîte

Source : SNDS – exploitation MSA

a.3. La rétrocession hospitalière

La rétrocession hospitalière correspond aux médicaments délivrés par les pharmacies à usage intérieur d'établissements de santé à des patients ambulatoires (non hospitalisés) et qui ne sont pas disponibles en officine de ville (à l'exception des médicaments du VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C).

Les montants remboursés de la rétrocession hospitalière s'élèvent à **97,8 millions d'euros** en 2022, ce qui représente 6,9 % de l'ensemble du poste pharmacie.

Ils régressent fortement en 2022 de **14,7 %**, après + 6,8 % en 2021 (**Graphique 41**).

Différents produits contribuent fortement à cette diminution :

- L'anticancéreux REVLIMID® (lenalidomide) régresse de 67,6 % en 2022, soit - 16,7 millions d'euros. Son impact est de - 15,5 points dans l'évolution de la rétrocession.
- Le VYNDALCEL® (tafamidis), un traitement de l'amylose cardiaque, désormais disponible en officine de ville, chute de 99,3 % en 2022, soit - 11,8 millions d'euros. Ce médicament impacte l'évolution de la rétrocession à hauteur de - 10,9 points.

a.4. La décomposition des dépenses par classe pharmaco-thérapeutique

La croissance des montants remboursables des médicaments délivrés en ville (+ 7,9 %) résulte d'une dynamique qui recouvre des réalités très différentes selon les classes étudiées (**Tableau 43**).

Les cinq premières classes pharmaco-thérapeutiques concentrent près des trois quarts des montants présentés au remboursement (71,2 %). La classe L "Agents antinéoplasiques et immunomodulateurs" est la classe la plus importante en montants présentés au remboursement (24,2 %), suivi de la classe N du « Système nerveux central » (14,4 %), de la classe B « Sang et organe hématopoïétiques » (12,4 %), de la classe A « Voies digestives et métabolisme » (10,6 %) et de la classe C du « Système cardiovasculaire » (9,7 %).

La classe G « Système génito-urinaire et hormones » se classe au 10^e rang des classes pharmaco-thérapeutiques en montants présentés au remboursement (1,9 %). Au sein de cette dernière classe figure en particulier l'acétate de nomégestrol (Lutényl® et ses génériques) et/ou l'acétate de chlormadinone (Lutéran® et ses génériques) (**Encadré 7**).

Tableau 43 :
Classement des classes ATC (niveau 1) selon les montants présentés au remboursement en 2022

Rang 2022	Rang 2021	Code de la classe	Nom de la classe	Montants présentés au remboursement en 2022 en milliers €	Evol. 2022/2021 (en %)	Part dans le total des montants présentés	Montants remboursés en 2022 en milliers €	Taux Moy. Rembours. en 2022 (en %)	Boîtes prescrites en 2022 en milliers
1	1	L	Antinéoplasiques, immunomodulateurs	316 832	6,9%	24,2%	312 000	98,5%	911
2	3	N	Système nerveux central	188 363	22,5%	14,4%	162 915	86,5%	44 910
3	2	B	Sang et organe hématopoïétiques	162 119	4,6%	12,4%	151 511	93,5%	7 936
4	4	A	Voies digestives et métabolisme	138 419	3,8%	10,6%	117 973	85,2%	20 737
5	5	C	Système cardiovasculaire	126 553	2,8%	9,7%	111 452	88,1%	16 038
6	6	R	Système respiratoire	104 950	16,7%	8,0%	83 789	79,8%	5 970
7	7	S	Organes des sens	82 813	2,7%	6,3%	75 751	91,5%	3 826
8	8	J	Antiinfectieux généraux systémiques	79 105	8,4%	6,0%	62 571	79,1%	6 286
9	10	H	Préparations hormonales systémiques	25 892	-1,0%	2,0%	23 320	90,1%	2 853
10	9	G	Système génito-urinaire et hormones	25 257	-4,1%	1,9%	13 316	52,7%	2 693
11	13	D	Médicaments dermatologiques	19 405	15,8%	1,5%	12 311	63,4%	3 160
12	11	M	Système musculaire et squelettique	19 114	3,5%	1,5%	14 252	74,6%	4 021
13	12	V+X	Divers	17 786	-2,2%	1,4%	13 058	73,4%	414
14	14	P	Antiparasitaires	1 955	-0,2%	0,1%	1 697	86,8%	171
			Total des 14 classes	1 308 563	7,9%	100,0%	1 155 916	88,3%	119 926

Source : SNDS – DCIR - exploitation MSA

Encadré 7 :

Bilan et impacts de l'alerte sanitaire liée à la consommation de Lutényl®/Lutéran®**Contexte**

Au premier trimestre 2022, la MSA a mis en œuvre l'action inter-régime d'alerte sanitaire « Lutényl Lutéran », commanditée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

L'objectif de cette action était de communiquer auprès des prescripteurs et des assurées sur le risque de méningiome associé à la prise des médicaments Lutényl® (acétate de nomégestrol) et Lutéran® (acétate de chlormadinone) et leurs génériques, et de diffuser des recommandations de suivi des assurées traitées par ces médicaments (surveillance régulière par IRM cérébrale, co-signature d'une attestation d'information), prescrits en dernier recours pour la prise en charge de certaines maladies gynécologiques invalidantes (troubles des règles, du syndrome prémenstruel, saignements dus à un fibrome...). En effet, ces deux molécules favorisent le développement de méningiome, particulièrement si elles sont prescrites à forte dose et pendant une longue durée³¹. Au cours du mois de janvier 2022, la MSA a procédé à l'envoi de courriers à plus de 3 800 prescripteurs ainsi qu'à leurs patientes affiliées à la MSA.

Une étude d'impact est en cours de réalisation avec pour objectifs de :

- suivre l'évolution dans le temps des assurées MSA initiant un traitement par Lutényl ou Lutéran, l'arrêt de délivrance de ces médicaments chez les personnes en cours de traitement, mesurer l'éventuel report du traitement vers la spironolactone (médicament diurétique à effet anti-androgène),
- évaluer l'impact de l'action sur la détection de méningiomes (réalisation d'actes d'imagerie cérébrale par résonance magnétique (IRM) ou scanners, diagnostics de méningiome) et leurs traitements (chirurgicaux ou par radiothérapie) en hospitalisation,
- évaluer l'impact de l'action sur le respect des recommandations de surveillance de traitement par imagerie cérébrale.

Volume d'assurées MSA exposées au Lutényl ou au Lutéran

Des premiers résultats tangibles font état d'une **forte baisse** du nombre d'assurées initiant un traitement par Lutényl/Lutéran, puisqu'en juin 2022, seules 27 assurées ont initié un traitement, soit 77,1 % de moins qu'un an plus tôt. Cette baisse conforte la tendance observée depuis le deuxième semestre 2018. Parmi cette population « incidente », le nombre de femmes ayant eu au moins 6 délivrances sur 12 mois, a diminué à un rythme presque aussi important (- 69 %), ces situations étant désormais résiduelles.

L'action a eu également un impact important sur l'arrêt du traitement par Lutényl/Lutéran. Chez les femmes « incidentes » au cours des 3 mois précédant l'action de la MSA, 76,1 % n'ont plus eu de délivrance de ces produits en 2022. Pour les assurées répondant aux critères de ciblage des courriers, la proportion de celles qui ont arrêté leur traitement en 2022 est de 63,2 %. Enfin, chez les assurées « prévalentes » ayant eu au moins six délivrances en 2021, le taux d'arrêt est moindre puisque 46,2 % des femmes n'ont pas eu de délivrance en 2022.

Parmi les assurées ayant arrêté le traitement, le report de traitement vers la spironolactone semble anecdotique quelle que soit la population étudiée.

Détection de méningiomes

L'action a eu également un impact positif sur la réalisation d'IRM ou de scanner cérébral (recommandé à l'initiation du traitement en cas de facteurs de risque ou un an après l'initiation du traitement pour toutes les autres). En effet, une **progression du taux de recours** est observée chez les assurées « prévalentes » (de 18,8 % en 2021 à 30,9 % en 2022), ainsi que chez les femmes répondant aux critères de ciblage des courriers (progression du taux de recours de 17,6 % en 2021 à 26,6 % en 2022).

La mesure de l'impact sur les diagnostics de méningiome et les exérèses est inopérante puisque les dénombrements sont trop faibles à la fois chez les assurées « prévalentes » et les femmes répondant aux critères de ciblage des courriers (< 10 assurées) et ce quelle que soit la période d'observation étudiée.

Respect des recommandations de surveillance des traitements par Lutényl ou Lutéran (imagerie cérébrale)

Enfin, la mesure de l'impact de l'action sur le respect des recommandations de surveillance par imagerie cérébrale sera **réalisée ultérieurement** afin de disposer du recul nécessaire après le dispositif mis en œuvre dans le cadre de l'alerte sanitaire.

³¹ <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/lutenyl-luteran>

a.5. La consommation de médicaments potentiellement inappropriée chez les personnes âgées : la consommation de benzodiazépines à demi-vie longue en 2021

La iatrogénie médicamenteuse désigne l'ensemble des effets indésirables provoqués par la prise d'un ou plusieurs médicaments. Elle constitue un problème de santé publique fréquent dans la population gériatrique pour laquelle la prescription de certains médicaments peut être considérée comme potentiellement inappropriée en raison d'un rapport bénéfice/risque défavorable et/ou en raison d'une efficacité douteuse par rapport à d'autres solutions thérapeutiques plus sûres.

Différentes listes de médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez la personne âgée ont été établies par des consensus d'experts (listes de Beers, STOPP, Laroche). Ces listes comportent notamment des recommandations en matière de prescription de benzodiazépines chez les personnes âgées.

Les benzodiazépines sont des médicaments psychotropes agissant sur le système nerveux central aux propriétés hypnotiques, anxiolytiques, myorelaxantes et anticonvulsivantes (antiépileptiques) (**Encadré 8**).

Cette classe pharmacologique est indispensable à la prise en charge d'états anxiodépressifs, de l'épilepsie ou encore des troubles sévères du sommeil.

De nombreux effets indésirables neuropsychiatriques sont possibles, parmi lesquels : l'amnésie antérograde, l'altération des fonctions psychomotrices, les troubles du comportement, les troubles de l'usage (addiction) ou encore des phénomènes de sevrage et de rebond.

Plusieurs risques spécifiques sont à prendre en compte chez les personnes âgées :

- risque d'accumulation, d'autant plus élevé que la benzodiazépine est à demi-vie longue³² ;
- risques spécifiques en raison des modifications physiologiques liées à l'âge ;
- risque de surdosage et d'effets indésirables essentiellement psychomoteurs et cognitifs : augmentation des risques de chutes et de fractures, perturbation de la mémoire à court terme et de rappel, ralentissement dans l'apprentissage d'une nouvelle information, des performances verbales ainsi qu'un risque de déclin cognitif.

Ainsi, les benzodiazépines à demi-vie longue sont considérées comme inappropriées chez les sujets âgés, du fait d'un sur-risque iatrogénique³³.

A ce titre, en cas de nécessité de recours à une benzodiazépine chez une personne âgée, il est recommandé de prescrire une benzodiazépine de demi-vie courte ou intermédiaire et sans métabolite actif afin notamment de limiter les risques de chute et de somnolence.

³² Demi-vie : temps nécessaire pour que la moitié de la substance consommée soit éliminée de l'organisme.

³³ HAS 2007 : modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé de plus de 65 ans.

Recommandations HAS 2018 – quelle place des benzodiazépines dans l'anxiété ?

Fiche CNAMTS (2014) d'aide à la prescription d'une benzodiazépine dans les troubles anxieux et les troubles du sommeil chez le sujet de plus de 65 ans polyopathologique ou de plus de 75 ans.

**Encadré 8 :
Liste des benzodiazépines**

Anxiolytiques : Alprazolam (Xanax® et génériques), Bromazépam (Lexomil® et génériques), Clobazam (Urbanyl® et Likozam®), Clorazépate potassique (Tranxene®), Clotiazépam (Veratran®), Diazépam (Valium® et génériques), Ethyl loflazépate (Victan®), Lorazépam (Temesta® et génériques), Nordazépam (Nordaz®), Oxazépam (Seresta et génériques), Prazépam (Lysanxia® et génériques).

Hypnotiques : Estazolam (Nuctalon®), Loprazolam (Havlane®), Lormétazépam (Noctamide® et génériques), Midazolam (génériques), Nitrazépam (Mogadon®).

Apparentés aux benzodiazépines : Zolpidem (Stilnox® et génériques), Zopiclone (Imovane® et génériques)

Anticonvulsivant : Clonazépam (Rivotril), Midazolam (Buccolam®)

Liste des benzodiazépines à demi-vie longue ou à métabolite actif :

NITRAZEPAM (N05CD02), BROMAZEPAM (N05BA08), CLOBAZAM (N05BA09), DIAZEPAM (N05BA01), ETHYLE LOFLAZEPATE (N05BA18), PRAZEPAM (N05BA11), NORDAZEPAM (N05BA16), CLORAZEPATE DIPOTASSIQUE (N05BA05), FLUNITRAZEPAM (N05CD03).

Près d'un tiers des assurés de 70 ans et plus consommateurs de benzodiazépines consomment des formules à demi-vie longue.

En 2021, au régime agricole, plus de 180 000 personnes de 70 ans et plus ont consommé au moins une benzodiazépine dans l'année, soit 22,4 % des usagers de soins de 70 ans et plus du régime (**Tableau 44**).

En 2021, parmi l'ensemble des consommateurs de benzodiazépines du régime agricole de 70 ans et plus, 31 % consomment des benzodiazépines à demi-vie longue, donc potentiellement inappropriées.

**Tableau 44 :
Consommation de benzodiazépines des assurés de 70 ans et plus, en 2021 au régime agricole**

	Nombre de consommateurs agricoles de 70 ans et plus	Nombre d'assurés ayant eu recours aux benzodiazépines	Taux d'assurés ayant eu recours aux benzodiazépines	Indice comparatif / Population tous régimes *	Nombre d'assurés ayant eu recours aux benzodiazépines à demi vie longue	Taux d'assurés consommateurs de benzodiazépines ayant consommé des formes à demi vie longue
Ensemble	804 611	180 351	22,4%		56 713	31%
Salariés	251 174	54 429	21,7%	95,3	18 188	33%
Non salariés	553 437	125 922	22,8%	92,3	38 525	31%

Source : SNDS - exploitation MSA

* L'indice comparatif mesure la sur-représentation (> 100) ou la sous-représentation (< 100) de la population du régime agricole étudiée par rapport aux consommateurs de soins de l'ensemble des régimes, à structure d'âge et de sexe identique.

La consommation de benzodiazépines à demi-vie longue est en légère baisse depuis 2019.

En 2021, au régime agricole, 125 028 assurés ont eu une délivrance d'au moins une benzodiazépine à demi-vie longue dans l'année, ce qui représente 4,4 % des usagers de soins de la population agricole dans l'année.

Parmi ces consommateurs de benzodiazépines, 45 % sont âgés de 70 ans et plus, soit **56 713 assurés**.

Depuis 2019, la consommation de ces benzodiazépines chez les 70 ans et plus connaît un léger recul avec un taux passant de 7,4 % en 2019 à 7,0 % en 2021. Le taux de nouveaux consommateurs de benzodiazépines à demi-vie longue chez les personnes âgées baisse aussi légèrement passant de 2,9 % à 2,7 % (**Tableau 45**).

Tableau 45 :
Consommation de benzodiazépines à demi-vie longue des assurés de 70 ans et plus de 2019 à 2021 au régime agricole

	Nombre de consommateurs agricoles de 70 ans et plus	Nombre d'assurés ayant eu recours aux BZD-DVL	Taux d'assurés ayant eu recours aux BZD-DVL	Taux de nouveaux assurés ayant eu recours aux BZD-DVL
2019	832 568	61 921	7,4%	2,9%
2020	818 666	60 438	7,4%	2,7%
2021	804 611	56 713	7,0%	2,7%

Source : SNDS - exploitation MSA

Une consommation sous-représentée au régime agricole comparativement à l'ensemble des assurés tous régimes du même âge

Au sein de la population des 70 ans et plus, le taux recours aux benzodiazépines à demi-vie longue est sensiblement identique chez les salariés et non-salariés (7,2 % contre 7,0 %) (**Tableau 46**).

En 2021, plus de 18 000 salariés du régime agricole de cette classe d'âge ont consommé des benzodiazépines considérées comme inappropriées. Ils sont sous-représentés dans la population des consommateurs de benzodiazépines à demi-vie longue de 70 ans et plus de l'ensemble des régimes (indice comparatif de 91,1 soit - 8,9 %).

Plus de 38 500 assurés du régime des non-salariés agricoles de 70 ans et plus ont consommé des benzodiazépines à demi-vie longue. La sous-représentation de cette population, dans l'ensemble des consommateurs de 70 ans et plus des différents régimes d'assurance maladie, est encore plus marquée (indice comparatif de 84,7, soit - 15,3 %).

Tableau 46 :
Effectif et taux de prévalence des 70 ans et plus consommateurs de benzodiazépines à demi-vie longue au régime agricole en 2021

	Nombre de consommateurs agricoles de 70 ans et plus	Nombre d'assurés ayant eu recours aux BZD -DVL	Répartition	Taux d'assurés ayant eu recours aux BZD-DVL	Indice comparatif / Population tous régimes *
Ensemble	804 611	56 713	100,0%	7,0%	
Salariés	251 174	18 188	32,1%	7,2%	91,1
Non salariés	553 437	38 525	67,9%	7,0%	84,7

Source : SNDS - exploitation MSA

* L'indice comparatif mesure la sur-représentation (> 100) ou la sous-représentation (< 100) de la population du régime agricole étudiée par rapport aux consommateurs de soins de l'ensemble des régimes, à structure d'âge et de sexe identique.

Deux consommateurs sur trois sont des femmes.

Au régime agricole, les deux tiers des consommateurs de benzodiazépines à demi-vie longue de 70 ans et plus sont des femmes alors qu'elles représentent 55,3 % des assurés de cette classe d'âge. Parmi les femmes de cet âge, 8,6 % consomment des benzodiazépines inappropriées (contre 5,1 % pour les hommes) (**Tableau 47**).

Tableau 47 :
Effectif et taux de prévalence des assurés de 70 ans et plus consommateurs de benzodiazépines inappropriées par sexe en 2021 au régime agricole

Régime agricole - 70 ans et plus				
	Nb de consommateurs agricoles de 70 ans et plus	Nombre d'assurés ayant eu recours aux BZD-DVL	Répartition	Taux d'assurés ayant eu recours aux BZD-DVL
Ensemble	804 611	56 713	100,0%	7,0%
Hommes	359 327	18 279	32,2%	5,1%
Femmes	445 284	38 434	67,8%	8,6%

Source : SNDS - exploitation MSA

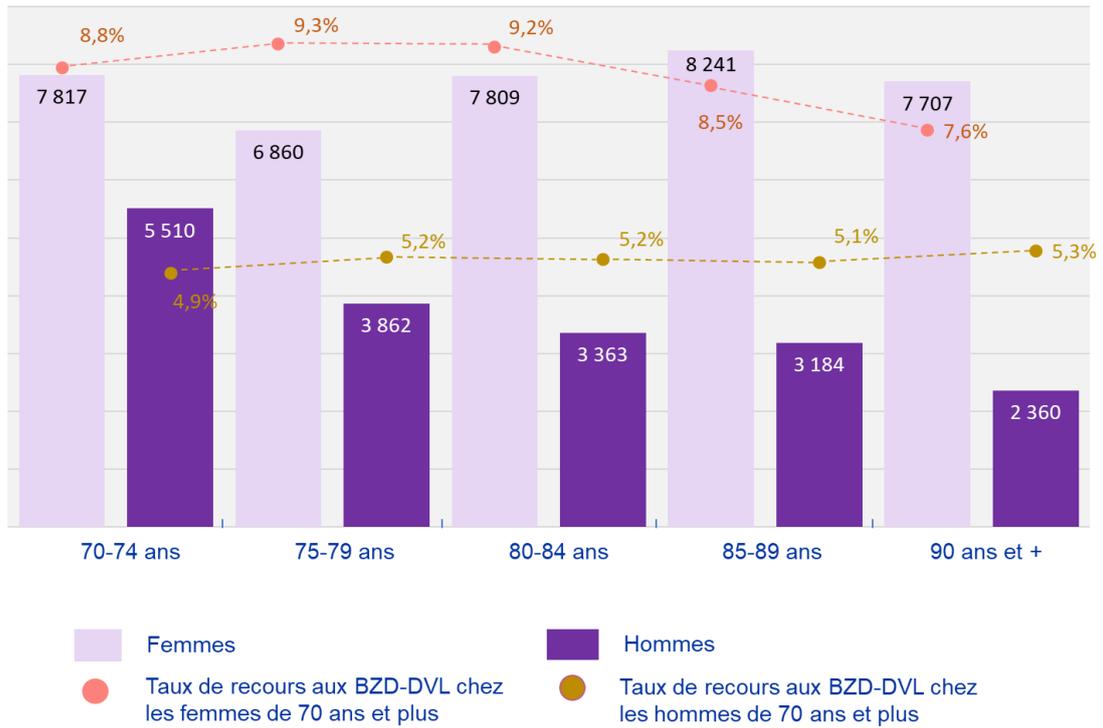
Le taux de recours aux benzodiazépines inappropriées diminue pour les femmes à partir de 80 ans.

Au régime agricole, au sein de la population de 70 ans et plus, les hommes ont un taux de recours de benzodiazépines inappropriées qui reste sensiblement le même en vieillissant. Ils sont néanmoins de moins en moins nombreux avec l'âge à en consommer du fait de la pyramide des âges (**Graphique 46**).

Le recours aux benzodiazépines inappropriées est plus marqué dans la population féminine quelle que soit la classe d'âge observée, mais tend à se réduire avec l'âge. Il y a bien plus de femmes qui consomment des benzodiazépines, notamment aux âges les plus avancés, mais cela s'explique notamment par la structure de la pyramide des âges du régime agricole (les deux tiers des assurés de 85 ans et plus sont des femmes).

Ainsi, si le taux de recours selon le sexe diffère de près de 4 points pour les 70-74 ans (8,8 % pour les femmes versus 4,9 % pour les hommes), il n'est plus que de 2,3 points pour les assurés de 90 ans et plus (7,6 % versus 5,3 %).

Graphique 46 :
Effectifs et taux de recours aux benzodiazépines à demi-vie longue par classe d'âge et sexe en 2021



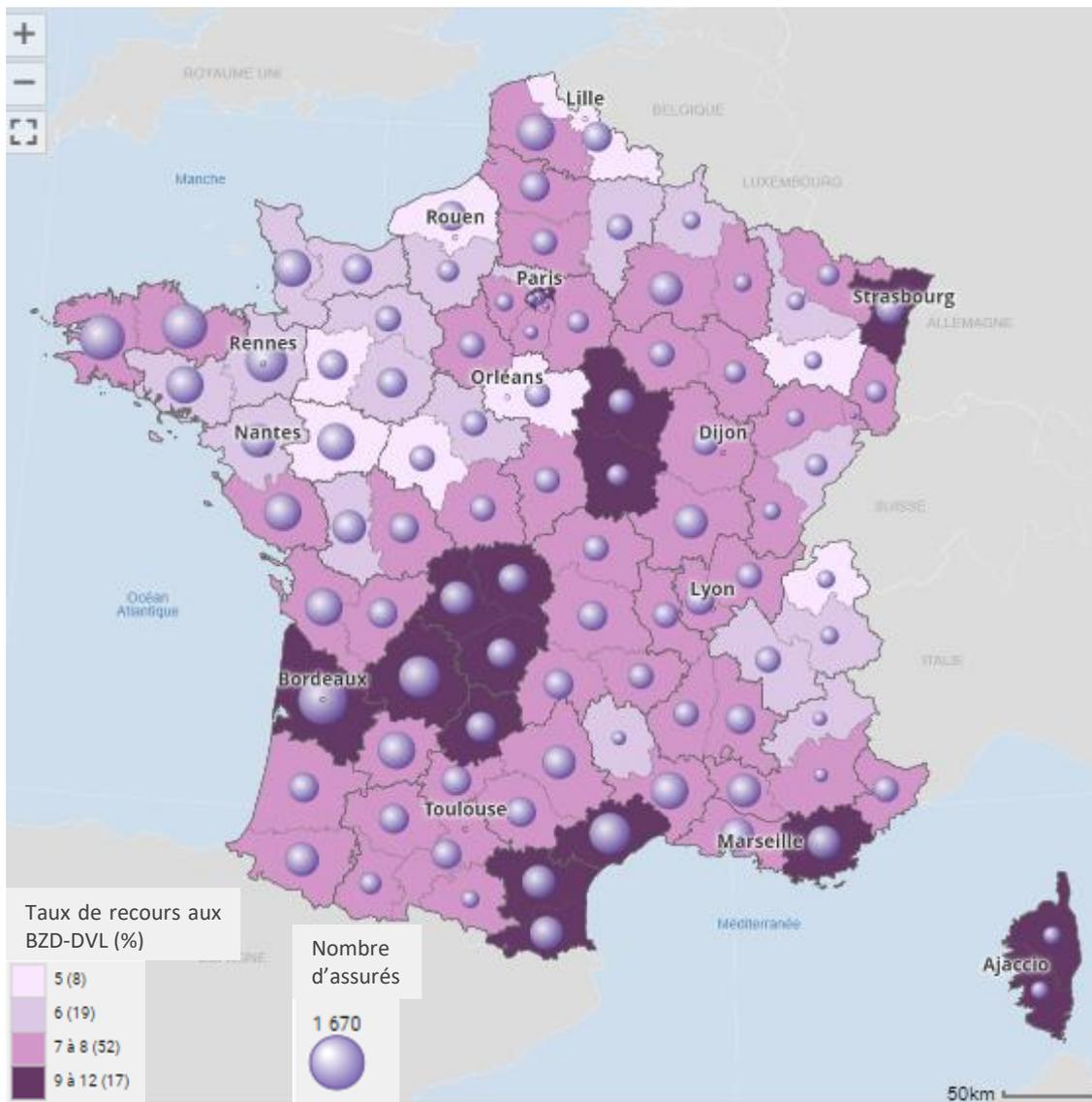
Source : SNDS – exploitation MSA

Un recours aux benzodiazépines à demi-vie longue plus marqué dans la moitié sud de la France

Au régime agricole, les assurés de 70 ans et plus vivant en Corse, en Haute-Vienne et dans la Creuse sont ceux qui ont le taux de recours aux benzodiazépines inappropriées le plus important (taux de recours compris entre 11 et 12 %).

Les personnes de 70 ans et plus vivant dans les départements de la Mayenne et des Vosges sont moins de 5 % à avoir eu une délivrance de benzodiazépines inappropriées au cours de l'année 2021 (**Carte 14**).

Carte 14 :
Nombre d'assurés et taux de recours aux benzodiazépines à demi-vie longue des assurés de 70 ans et plus ayant consommé des benzodiazépines par département au régime agricole en 2021



Source : SNDS - Exploitation MSA
Carte réalisée avec GéoMSA

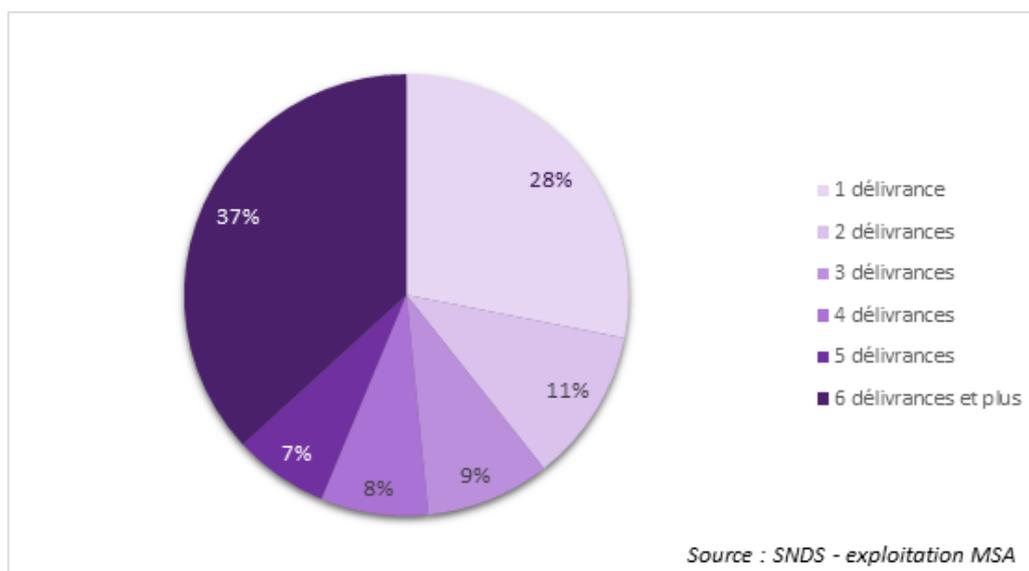
Plus d'un tiers des consommateurs ont eu au moins 6 délivrances dans l'année.

Les consommateurs de benzodiazépines à demi-vie longue de 70 ans et plus du régime agricole ont eu en moyenne cinq délivrances de benzodiazépines à demi-vie longue au cours de l'année 2021.

Plus d'un tiers (37 %) des consommateurs sont des consommateurs réguliers qui se sont vus délivrer au moins 6 fois des benzodiazépines à demi-vie longue au cours de l'année.

Dans près de 40 % des cas, les délivrances sont ponctuelles (1 ou 2 délivrance(s) dans l'année) (**Graphique 47**).

Graphique 47 :
Répartition des assurés selon leur nombre de délivrances de benzodiazépines à demi-vie longue en 2021 chez les 70 ans et plus



La quasi-totalité des benzodiazépines à demi-vie longue (92,6 %) sont prescrites par des médecins généralistes (**Tableau 48**).

Tableau 48 :
Nombre d'assurés par spécialité médicale des prescripteurs de benzodiazépines à demi-vie longue en 2021 chez les 70 ans et plus

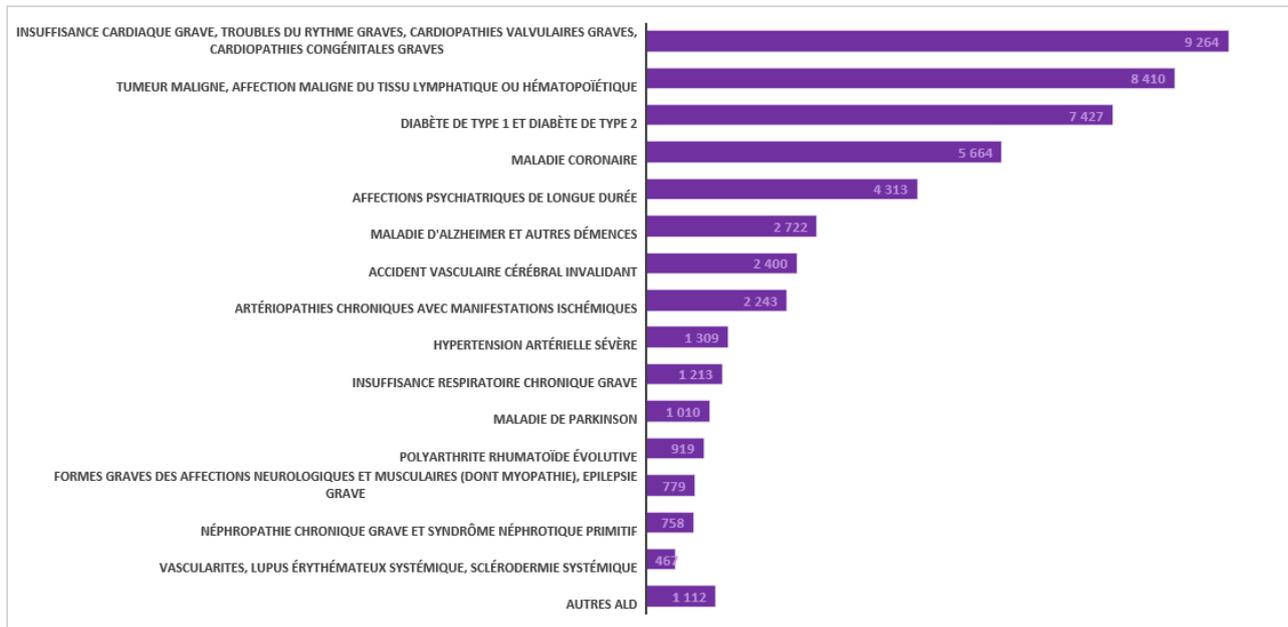
Spécialité médicale du prescripteur	Nb d'assurés	Répartition	Nb Prescripteurs
MEDECINE GENERALE	52 498	92,6%	21 906
PSYCHIATRIE GENERALE	1 092	1,9%	731
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE	397	0,7%	357
OPHTALMOLOGIE	266	0,5%	195
NEUROLOGIE	162	0,3%	130
RHUMATOLOGIE	120	0,2%	103
AUTRES SPECIALITES	1 014	1,8%	842

Source : SNDS - Exploitation MSA

Les trois principales pathologies qui affectent les consommateurs de benzodiazépines à demi-vie longue sont l'insuffisance cardiaque, les cancers ou le diabète.

En 2021, 61 % des assurés du régime agricole de 70 ans et plus consommateurs de benzodiazépines inappropriées sont pris en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD). Les ALD les plus courantes parmi ces assurés sont l'insuffisance cardiaque (16 %), les tumeurs malignes (15 %), le diabète (13 %), la maladie coronaire (10 %) et les affections psychiatriques (8 %) (**Graphique 48**).

Graphique 48 :
Nombre d'assurés de 70 ans et plus ayant consommé des benzodiazépines à demi-vie longue par type d'ALD en 2021



Source : SNDS - exploitation MSA

Proposition 11 : Sensibiliser les professionnels de santé aux prescriptions de médicaments inappropriés chez les personnes âgées

Dans ce contexte, et dans le cadre de la pertinence et efficacité des produits de santé, la MSA propose de mettre en œuvre en 2024 une action de sensibilisation des prescripteurs et des pharmaciens d'officine (envoi de courriers) aux prescriptions et dispensation inappropriées de benzodiazépines chez les personnes âgées.

b. 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 973,7 millions d'euros en 2022 contre 981,4 millions en 2021 ; soit une baisse de 0,8 % des dépenses. Cela fait suite à la forte hausse de 12,3 % entre 2020 et 2021, qui avait pour cause les reports de soins dus à la crise Covid-19 d'une part, et la mise en place du panier 100 % santé en audiologie d'autre part. Le montant des dépenses des assurés augmente pour les titres I – Maintien à domicile (0,5 %) et III – Produits implantables de la LPP (1,7 %). Il est en baisse pour les titres II – Orthèses, appareil de soutien et prothèses externes (- 2,2 %) et IV - Achats et réparations de fauteuils roulants (- 8,9 %).

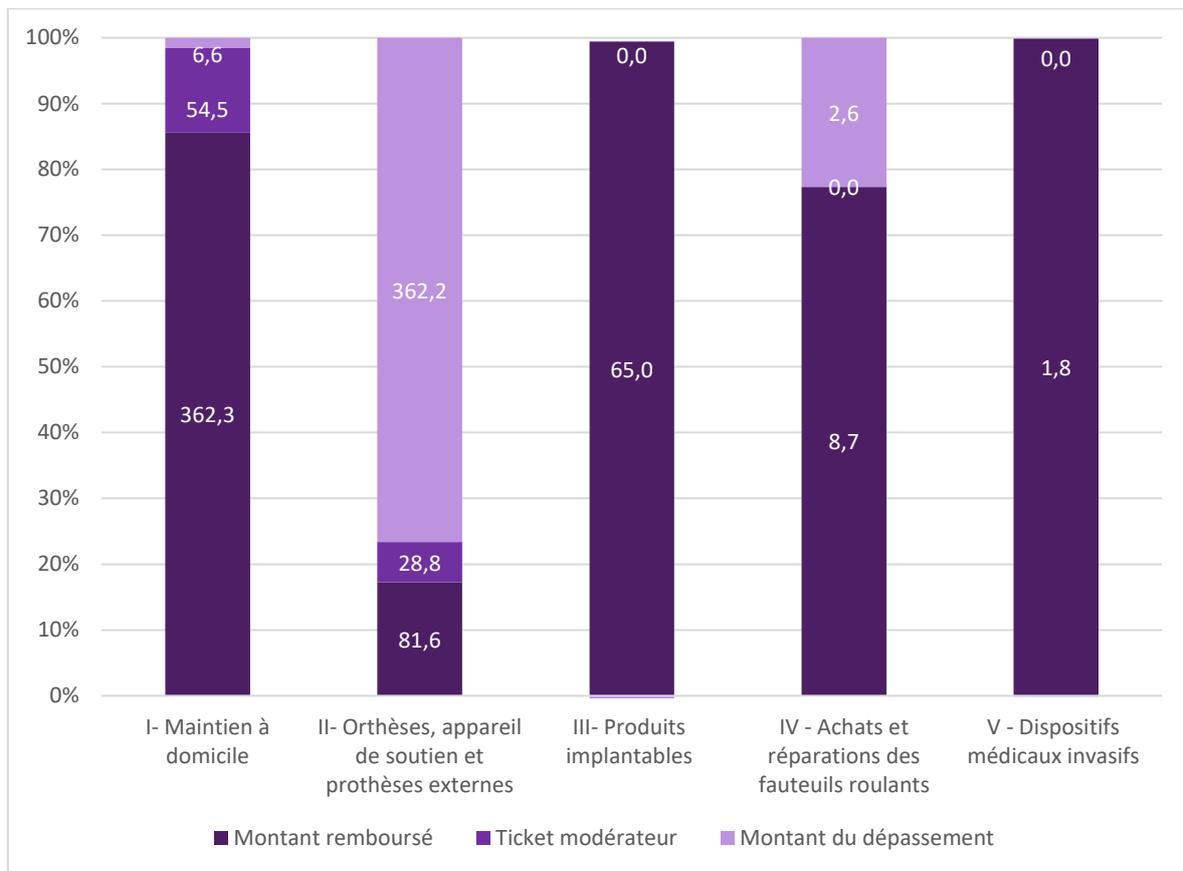
En 2022, le montant global **remboursé** par le régime agricole est de 519,4 millions d'euros contre 522,7 millions en 2021, soit une baisse de 0,6 %.

La prise en charge est cependant très inégale entre les différents titres, car pour certains produits il existe un différentiel entre le tarif de responsabilité et le prix limite de vente (PLV) pouvant laisser un reste à charge aux patients s'il n'est pas couvert par un organisme complémentaire :

- Les titres III et V, correspondant à la liste en sus, sont pris en charge à 100 % pour les assurés (l'article L.165-7 du CSS dispose qu'un PLV est systématiquement fixé au niveau du tarif de responsabilité pour la liste en sus) ;

- Le titre IV, correspondant aux fauteuils roulants, est pris en charge à 100 % du montant remboursable, mais les dispositifs inscrits sur ce titre n'ont pas systématiquement de PLV. Ainsi, des dépassements peuvent rester à la charge des assurés en fonction des prix pratiqués par les distributeurs : ils représentent 2,6 millions d'euros, soit 21 % de la dépense. Le titre I, d'un montant total de la dépense de 423,4 millions, est remboursé à hauteur de 85 %, soit 362,3 millions d'euros, avec un ticket modérateur de 54,5 millions d'euros. Le dépassement pour les assurés est de 6,6 millions d'euros. Enfin, le titre II, avec 472,6 millions d'euros, n'est remboursé qu'à hauteur de 17 %, soit 81,6 millions d'euros, laissant un dépassement de 362,2 millions d'euros, à la charge des assurés du régime agricole (**Graphique 49**).

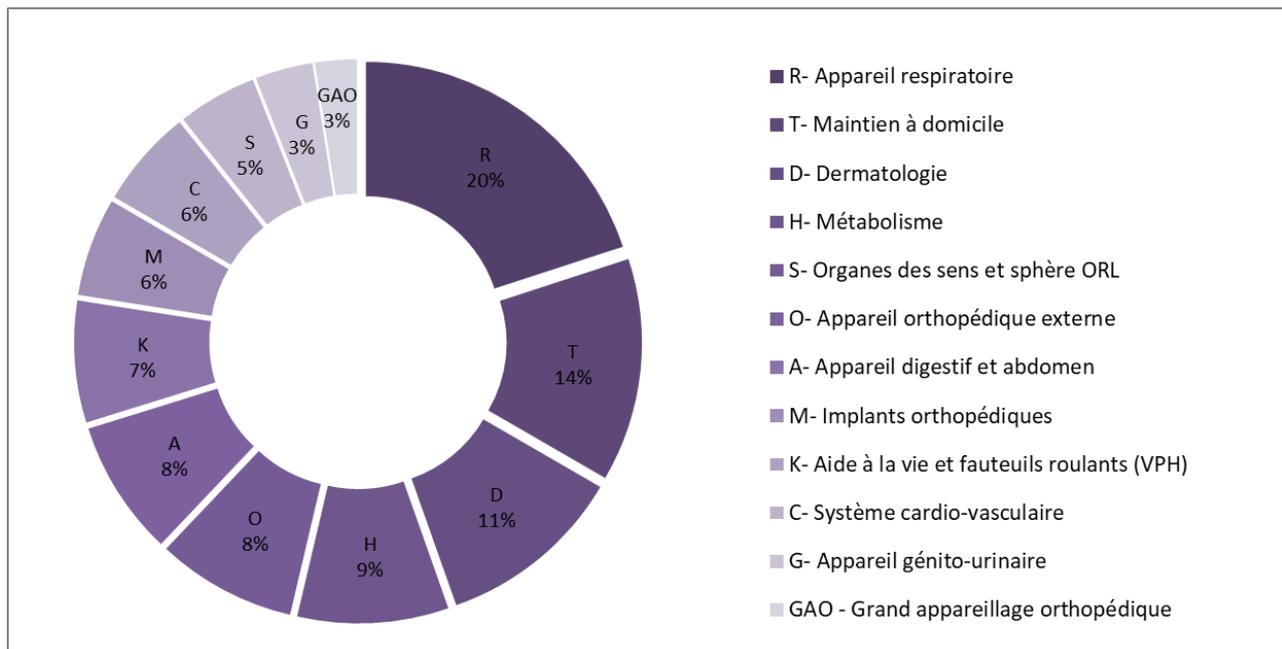
Graphique 49 :
Répartition de la dépense en 2022, par grand titre de la LPP (en millions d'euros)



Source : MSA

Le montant remboursable est fortement concentré sur 3 classes technico-thérapeutiques qui concentrent 45 % du montant total. Il s'agit de l'appareil respiratoire (20 %), du maintien à domicile (14 %) et de la dermatologie (11 %) (**Graphique 50**).

Graphique 50 :
Répartition du montant remboursable en 2022 (en millions d'euros)



Source : MSA

La réforme du 100 % santé en France

Le dispositif 100 % santé, ou réforme du reste à charge zéro, a été mis en place progressivement depuis le 1^{er} janvier 2019 et est totalement actif depuis le 1^{er} janvier 2021. Cette réforme a pour but de permettre à tous les français d'accéder aux soins prothétiques dentaires 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, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2019, a pour objectif de garantir aux assurés une prise en charge intégrale, par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires, de certains appareils auditifs, dit de classe I pour lesquels des prix limite de vente (PLV) ont été fixés (à la différence des aides auditives de classe II à prix libres).

Depuis le 1^{er} janvier 2021 :

- les prix limites de vente des aides auditives de classe I sont fixés à 950 € TTC pour les adultes et 1 400 € TTC pour les moins de 20 ans ;
- les tarifs de remboursement des aides auditives de classe I sont fixés à 400 € TTC pour les adultes et 1 400 € TTC pour les moins de 20 ans ;
- les aides auditives de la classe I 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.

En cas de non-respect des PLV, les organismes d'assurance maladie peuvent verser à l'assuré la différence entre le prix réellement facturé et le prix limite de vente, et mettre en demeure le distributeur de lui rembourser cette somme. En cas de non-exécution de la mise en demeure, l'organisme d'assurance maladie peut prononcer une pénalité financière. La réforme dite du 100 % santé prévoit l'utilisation de cette

disposition (article L.165-3-1 du CSS) en cas de non-respect des PLV. Un processus de contrôle des PLV en plusieurs étapes a été mis en place en MSA depuis le 1^{er} janvier 2019 (Cf Rapport Charges et Produits MSA 2021).

En 2021, on observe une très forte hausse du nombre de bénéficiaires d'audioprothèses de classe I (100 % santé) : de 2 882 appareillés en 2020 à 18 677 en 2021 (+ 550 %) (**Tableau 49**).

Les montants remboursés au titre du 100 % santé ont suivi la même évolution, passant de 1,1 million d'euros en 2020 à 9,1 millions d'euros en 2021 (**Graphique 51**).

Cette hausse a généré une augmentation de la part du 100 % santé au sein des remboursements d'audioprothèses en général, qui est passée de 11 % des remboursements en 2019 à 36 % en 2021.

Deux facteurs sont à l'origine de cette forte augmentation : la crise sanitaire de la Covid-19 en 2020 qui a entraîné des retards dans l'appareillage et l'effet d'attente lié à la réforme 100 % santé qui est entrée complètement en vigueur début 2021 (mise en place progressive depuis 2019). Aussi, on peut constater une légère diminution du nombre de bénéficiaires en 2022 (- 6,2 %).

Pour autant, les bénéficiaires d'audioprothèses hors panier 100 % santé et leurs remboursements ne diminuent pas drastiquement (**Tableau 50**). Le nombre de bénéficiaires augmente même de 23 % en 2021 et diminue en 2022 (- 3,8 %) dans les mêmes proportions que la classe 1.

Tableau 49 :
Volumes et montants des remboursements de classe I entre 2019 et 2022 (100 % santé)

	CLASSE I : RESTE A CHARGE ZERO			
	2019	2020	2021	2022
Nombre de bénéficiaires	3 851	2 882	18 677	17 517
Nombre d'audioprothèses remboursées	6 506	5 014	35 426	33 610
Montant total de la dépense des bénéficiaires	7 001 002 €	4 714 279 €	33 407 988 €	31 660 875 €
Montant total des remboursements AMO	1 278 769 €	1 130 074 €	9 080 305 €	8 646 749 €

Source : MSA

Tableau 50 :
Volumes et montants des remboursements de classe II entre 2019 et 2022

	CLASSE II : AVEC RESTE A CHARGE			
	2019	2020	2021	2022
Nombre de bénéficiaires	28 136	26 501	32 598	31 356
Nombre d'audioprothèses remboursées	49 432	48 620	61 761	59 896
Montant total de la dépense des bénéficiaires	77 802 216 €	75 144 372 €	92 836 332 €	90 065 193 €
Montant total des remboursements AMO	9 960 903 €	11 268 262 €	16 212 014 €	15 882 820 €

Source : MSA

Graphique 51 :
Evolution du montant remboursé en audiologie par la MSA entre 2019 et 2022



Source : MSA

La réalisation des entretiens de suivi

La prise en charge des aides auditives inclut la réalisation d'une prestation de suivi par l'audioprothésiste, ayant pour objectif l'amélioration continue des réglages de l'aide auditive et l'optimisation de l'observance. La fréquence minimale recommandée du suivi est bisannuelle, après la première année. Les prestations de suivi sont enregistrées via télétransmission (code LPP : 2305927).

Depuis 2019, le nombre d'assurés réalisant le suivi augmente considérablement : il passe de 592 assurés en 2019 à 51 152 assurés réalisant 78 589 entretiens de suivi en 2022, soit une moyenne de 1,48 entretien de suivi par an par assuré réalisant l'entretien (**Tableau 51**).

Néanmoins, il convient d'analyser ces données au regard du nombre d'assurés équipés depuis 2019.

Entre janvier 2019 et fin décembre 2021, 95 639 assurés distincts ont été appareillés (Classes 1 et 2 confondues) ; les 51 152 assurés ayant réalisé l'entretien ne représentent donc que 53 % du total des assurés ayant droit à ces entretiens en 2022.

Si on s'intéresse uniquement aux assurés appareillés pendant l'année 2021, soit 49 000 assurés, seuls 15 000 ont réalisé un entretien de suivi en 2022, soit 31 %.

Tableau 51 :
Volumétrie des entretiens de suivi post appareillage entre 2019 et 2022

	2019	2020	2021	2022
Nombre d'assurés	592	1 167	23 888	51 152
Nombre d'entretiens	870	1 700	32 429	78 589
Nombre moyen d'entretiens par assurés	1,47	1,46	1,36	1,54

Source : MSA

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

a. Pertinence et qualité des actes

Pour 2024, la MSA poursuivra, dans le cadre de son plan national de contrôle médical et de sa stratégie de gestion des demandes d'accord préalable, le contrôle des demandes d'accord préalable à fort enjeu (coût au regard de la prise en charge par l'assurance maladie, pratiques observées chez les professionnels de santé...) suivantes :

- assistance respiratoire,
- traitements d'orthopédie et dento-faciale (ODF),
- grand appareillage orthopédique,
- actes inscrits à la CCAM,
- médicaments (Repatha et Praluent).

Cette stratégie s'appuie également sur l'automatisation des contrôles des feuilles de soins vis-à-vis des décisions médicales prises sur les demandes d'accord préalable au sein du système de tarification @tom (rapprochement avec les avis rendus par les contrôles médicaux et notification d'indus le cas échéant).

La mise en œuvre de ces actions de contrôle contribue au plan national de gestion du risque de la MSA, dont le bilan 2022 est présenté en **Annexe 5**.

Le contrôle des demandes d'accord préalable à fort enjeu a conduit les contrôles médicaux à examiner près de 74 000 demandes en 2022 contre 71 470 en 2021. **Le taux de refus moyen est de 9 % (Tableau 52)**.

Tableau 52 :
Nombre de demandes d'accord préalable à fort enjeux et nature des avis rendus en 2022

	Accords		Refus médical		Refus administratif		Refus partiel		Total refus	en %
Assistance respiratoire	12 171	84%	145	1%	1 524	11%	643	4%	2 312	16%
Grand Appareillage	16 586	90%	47	0%	1 441	8%	362	2%	1 850	10%
Dentaire (ODF)	30 742	94%	98	0%	1 881	6%	-	0%	1 979	6%
Soins (CCAM)	7 689	94%	68	1%	423	5%	19	0%	510	6%
	67 188	91%	358	0%	5 269	7%	1 024	1%	6 651	9%

Source : MSA

Au total, ce contrôle des demandes d'accord préalable a permis une **économie globale de 3,2 millions d'euros en 2022** au régime agricole.

b. Pertinence des parcours de soins

b.1. Parcours insuffisance cardiaque

Dans le cadre de Rénov'GDR, la CNAM a décidé la mise à l'échelle nationale de l'action « parcours insuffisance cardiaque » conçue et déjà opérationnelle en Auvergne Rhône-Alpes. La MSA a obtenu l'accord de la CNAM pour contribuer à l'action et pour être associée 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 gestion du risque (GDR). Des financements spécifiques sont envisagés dans le cadre des accords conventionnels interprofessionnels (ACI CPTS et ACI MSP). Au-delà des objectifs propres à cette

action et à l'année 2022, la reconnaissance de la MSA comme partie prenante active dans l'axe de GDR « pertinence des parcours de soins » représente un enjeu stratégique important.

La procédure de mise en œuvre au sein de la MSA

La coordination au niveau national

La Direction du contrôle médical, de la gestion du risque et de l'organisation des soins (DCMGOS) est associée au comité de pilotage national du régime général. L'échange de coordonnées des référents régionaux (MCR / DRSM-DCGDR) a fait l'objet d'un message aux caisses le 15 novembre 2021. Un point avec les membres de l'instance régionale de pilotage Grand Est le 16 décembre 2021 a permis de clarifier les modalités d'intégration des données MSA dans le SNDS. Une première présentation de l'action au réseau des caisses de MSA a été réalisée le 29 novembre 2021.

La coordination au niveau de l'ARCMSA

La mise en œuvre par les caisses de MSA nécessite que le médecin coordonnateur régional (MCR) de l'ARCMSA :

- Se rapproche du binôme pilote régional afin d'intégrer l'instance régionale de pilotage et de suivre l'action pendant sa durée de mise en œuvre ;
- Coordonne la mise en œuvre de l'action par les caisses de sa région et assure la circulation des informations avec les médecins-conseils chefs (MCC), les référents GDR, toute personne concernée des caisses et la DCMGOS ;
- Présente au binôme régional et à l'instance de pilotage régionale le résultat des investigations menées à la MSA pour recenser les possibilités d'intervention de ses partenaires opérationnels (nombre et liste des partenaires potentiels : structures d'exercice coordonné et autres partenaires qui mettent déjà en œuvre une intervention compatible avec le parcours insuffisance cardiaque et les modalités d'interventions proposées) ;
- Rapporte aux caisses de MSA la liste des territoires retenus par l'instance de pilotage régionale, où les structures partenaires de la MSA se verront proposer la participation à l'action de GDR.

La mise en œuvre opérationnelle au niveau des caisses de MSA

Au niveau des caisses de MSA, le référent GDR coordonne la mise en œuvre avec l'ensemble des personnes concernées : chargés de développement territoriaux en santé, médecin-conseil chef de service, praticiens-conseils concernés, référent ETP, autre.

Avec l'appui de ces personnes :

- Il organise la formation des acteurs MSA concernés (médicaux, paramédicaux, administratifs) au parcours de soins des insuffisants cardiaques et aux modalités de mise en œuvre de l'action de GDR.
- Il organise la présentation de l'action de GDR parcours insuffisance cardiaque :
 - Aux structures d'exercice coordonné accompagnées dans les territoires retenus, notamment celles mettant en œuvre l'ETP. Pour les structures accompagnées qui ne mettent pas en œuvre l'ETP, toute autre modalité d'intervention peut a priori constituer une possibilité de contribuer à l'action de GDR.
 - En cas d'opportunité, à d'autres collectifs de soins des territoires retenus.

La présentation de l'action mentionne la nouvelle orientation stratégique en GDR : amélioration de la qualité et de la pertinence des parcours de soins, soutenue par une collaboration opérationnelle entre l'Assurance maladie et les collectifs de soins.

Le référent GDR :

- recueille et saisit les données d'évaluation de l'action et les transmet à la CCMSA ;
- assure la circulation des informations dans sa caisse et avec le MCR.

Bilan 2022

Au niveau régional :

- Les médecins coordonnateurs régionaux de la MSA ont participé à l'instance de pilotage régionale.
- Dans 7 régions (Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Corse, IDF, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie), les échanges ont permis une réflexion inter-régime sur les interventions à déployer et sur la nature de la coopération de la MSA, dont l'éducation thérapeutique mise en œuvre en partenariat avec des équipes éducatives en MSP.
- Dans 3 régions (Bourgogne-Franche-Comté, Hauts-de-France, IDF), les territoires d'intervention étaient en cours de sélection.

Au niveau des caisses de MSA :

- 12 structures d'exercice coordonné (4 MSP et 8 CPTS) accompagnées par 3 caisses de MSA dans les territoires retenus par l'instance de pilotage régionale ont contribué à la mise en œuvre de l'action de GDR : MSA Sud-Aquitaine, MSA Grand Sud, MSA Midi-Pyrénées Nord.
- 3 caisses de MSA ont proposé de contribuer à l'action de GDR à 6 structures d'exercice coordonné partenaires (1 MSP et 5 CPTS) : MSA Beauce Cœur de Loire, MSA Grand Sud, MSA Midi-Pyrénées Nord.
- 10 caisses de MSA ont pris contact avec des structures d'exercice coordonné et un hôpital de proximité en vue de leur présenter l'action de GDR : MSA Armorique, MSA Portes de Bretagne, MSA Mayenne Orne Sarthe, MSA Beauce Cœur de Loire, MSA Poitou, MSA Sud Aquitaine, MSA Grand Sud, MSA Midi Pyrénées Nord, MSA Midi Pyrénées Sud, MSA Corse.

b.2 Patients en affection de longue durée (ALD) sans médecin traitant

En janvier 2023, le ministre de la Santé et de la Prévention a annoncé que tous les patients en affection de longue durée (ALD) sans médecin traitant seront contactés « d'ici juin » pour se voir proposer « des solutions concrètes ».

Au régime agricole, sur l'année 2021, les assurés sans médecin traitant représentent 11 % de l'ensemble des consommateurs de soins (**Tableau 53**).

Au sein de la population du régime agricole exonérée du ticket modérateur au titre d'une ALD, **5 % des usagers de soins n'ont pas de médecin traitant, soit 34 661 personnes**. Cet ensemble recouvre trois situations.

- Un médecin traitant qui a cessé son activité

La très grande majorité des assurés en ALD sans médecin traitant (4/5) a déclaré un médecin traitant et celui-ci est toujours inscrit comme tel dans les systèmes d'information ; cependant, sur l'année 2021, il n'y a plus trace d'activité pour ce médecin dans les données de remboursement. Ainsi, ces patients bénéficient toujours des taux de remboursement découlant de la déclaration d'un médecin traitant, mais il est fort probable qu'ils ne bénéficient plus d'une prise en charge médicale coordonnée de premier recours.
- Un médecin traitant « fictif »

Une mesure récente s'adresse aux assurés n'ayant pu trouver, dans leur ressort géographique, un praticien acceptant d'être leur médecin traitant. Elle est encore très peu utilisée, car peu connue et complexe : l'assuré doit en faire la demande et transmettre au conciliateur de sa caisse de MSA les coordonnées de 6 médecins ayant refusé de l'inscrire dans leur patientèle. Moins de 0,1 % des patients en ALD sans médecin traitant a ainsi un numéro de médecin traitant fictif leur permettant néanmoins de bénéficier de remboursements à taux plein.
- Pas de médecin traitant déclaré

1 % des personnes en ALD n'ont pas déclaré de médecin traitant.

Tableau 53 :
Répartition des consommateurs de soins en fonction de leur déclaration de médecin traitant en 2021

	Ensemble des assurés consommant des soins	Assurés dont le MT est sans activité	Assurés ayant un numéro de MT fictif	Assurés sans numéro de MT	Total des assurés sans médecin traitant
Ensemble des patients MSA	2 440 609	157 643	2 424	107 595	267 662
		6%	0%	4%	11%
Patients sans ALD	1 735 086	128 159	1 781	103 062	233 001
		7%	0%	6%	13%
Patients en ALD	705 523	29 484	643	4 533	34 661
		4%	0%	1%	5%

source : SNDS - traitement MSA

L'absence de déclaration d'un médecin traitant se réduit avec l'avancée en âge. Chez les plus jeunes (16-24 ans), cette situation touche 11 % des personnes, il peut s'agir pour beaucoup d'un délai de déclaration, en effet celle-ci devient nécessaire à partir de 16 ans. De fait, l'absence de déclaration d'un médecin traitant se réduit avec l'avancée en âge des personnes en ALD, cette situation ne concerne plus que 3 % de patients de 25-34 ans et moins de 1 % des assurés au-delà de 65 ans (**Tableau 54**).

À partir de 25 ans, dans la majorité des cas, les patients n'ont pas de médecin traitant car celui-ci a cessé son activité.

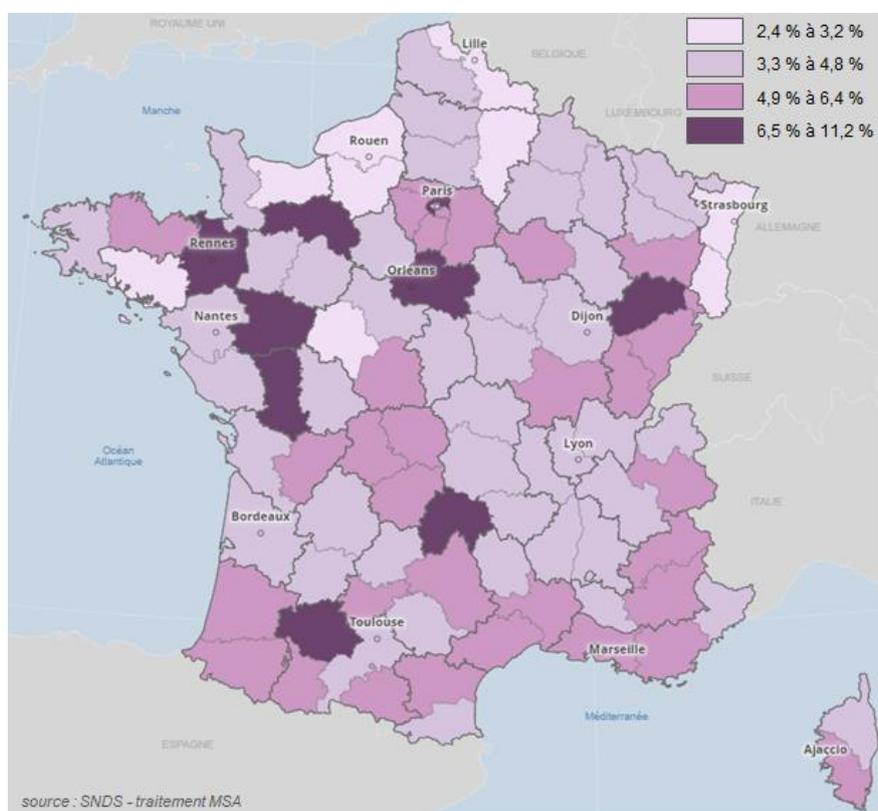
Tableau 54 :
Répartition des patients en ALD en fonction de leur déclaration de médecin traitant, par classe d'âge en 2021

	Ensemble des assurés en ALD consommant des soins	Assurés en ALD dont le MT est sans activité	Assurés en ALD ayant un numéro de MT fictif	Assurés en ALD sans numéro de MT	Total des assurés en ALD sans médecin traitant
16-24 ans	11 657	400	16	1 244	1 660
		3%	0%	11%	14%
25-34 ans	15 409	848	28	392	1 267
		6%	0%	3%	8%
35-44 ans	25 552	1 195	18	386	1 600
		5%	0%	2%	6%
45-54 ans	49 534	1 986	38	528	2 552
		4%	0%	1%	5%
55-64 ans	103 872	4 010	75	757	4 841
		4%	0%	1%	5%
65-74 ans	161 286	6 115	116	609	6 840
		4%	0%	0%	4%
75-84 ans	162 913	6 329	125	336	6 790
		4%	0%	0%	4%
85 ans et plus	175 301	8 602	227	282	9 110
		5%	0%	0%	5%
TOTAL	705 523	29 484	643	4 533	34 661
		4%	0%	1%	5%

source : SNDS - traitement MSA

Il existe une variabilité géographique de la proportion de patients en ALD sans médecin traitant, sans pour autant que se dessine une distribution spatiale. Ce sont dans les départements de la Seine Maritime et du Calvados que les taux sont les plus faibles (inférieurs à 3 %), alors que dans les départements de l'Orne et du Gers le taux dépasse 10 % (**Carte 15**).

Carte 15 :
Proportion de patients en ALD sans médecin traitant en 2021 au régime agricole, par département de résidence



Le plan d'action national pour répondre au problème d'absence de médecin traitant des patients en ALD comprend une action envers les médecins consultés régulièrement par les assurés. Il sera fait proposition au médecin, qui a reçu au moins 3 fois dans l'année pour une consultation, une visite ou un acte technique, un assuré sans médecin traitant, d'inscrire celui-ci dans sa patientèle de médecin traitant. Si le médecin accepte, cette proposition sera transmise à l'assuré.

Près des trois quarts des patients en ALD sans médecin traitant (72 %) ont consulté un même praticien au moins trois fois dans l'année. Ainsi, ce sont un peu plus de 25 000 personnes en ALD qui sont susceptibles de bénéficier déjà d'une coordination de leur prise en charge par un praticien. A l'opposé, 28 % ont consulté moins de trois fois le même praticien, soit plus de 9 600 personnes en ALD qui ne peuvent pas bénéficier de soins coordonnés de premier recours et pour lesquelles un autre dispositif de recherche de médecin traitant devra être mis en place (**Tableau 55**).

Cette observation globale recouvre cependant des situations diverses. Parmi les assurés dont le médecin traitant n'exerce plus, 76 % ont consulté au moins trois fois dans l'année le même médecin. Il est possible que certains de ces patients n'aient pas fait la démarche de déclaration du nouveau médecin les prenant en charge après le départ de leur médecin traitant.

En revanche, pour les assurés n'ayant pas déclaré de médecin traitant ou ayant un numéro de médecin traitant fictif, le recours à un praticien régulier est moins fréquent, la moitié d'entre eux n'a pas consulté un même médecin trois fois dans l'année. On peut faire l'hypothèse que ces assurés résident dans des zones sous-dotées et ne peuvent accéder à une prise en charge régulière et coordonnée.

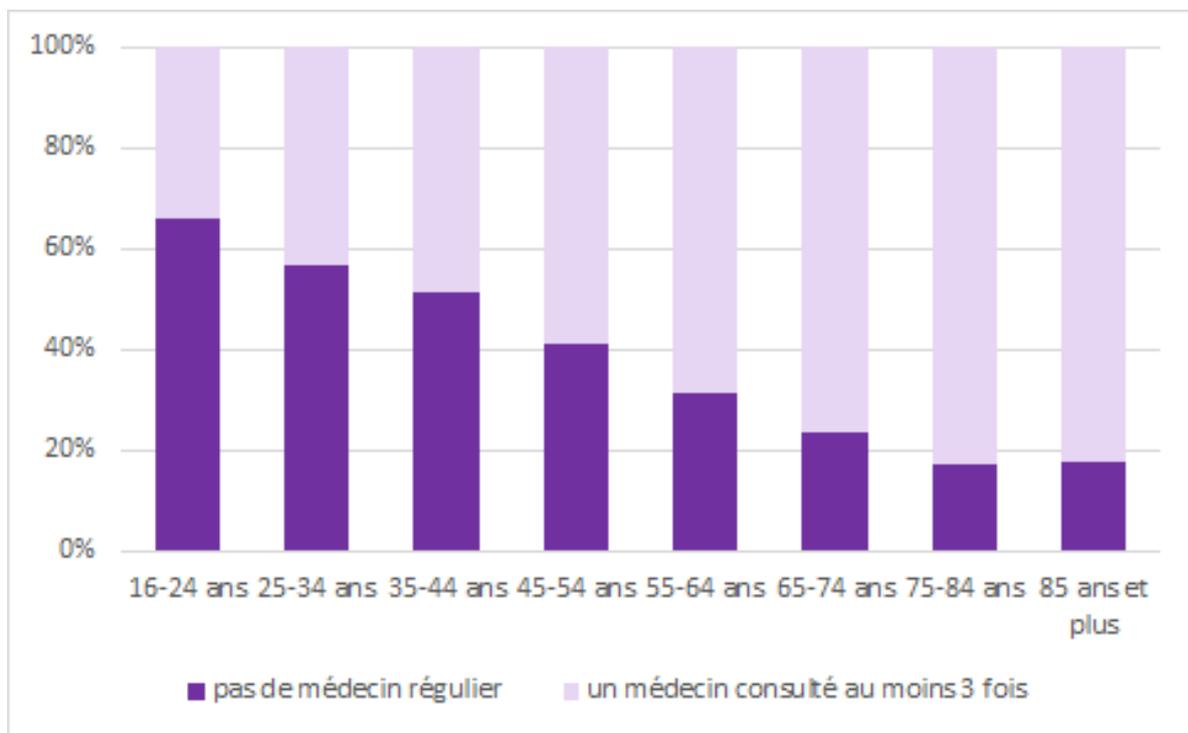
Tableau 55 :
Consultation d'un médecin régulier des patients en ALD sans médecin traitant en 2021

		Assurés en ALD dont le MT est sans activité		Assurés en ALD ayant un numéro de MT fictif		Assurés en ALD sans numéro de MT		Total des assurés en ALD sans médecin traitant	
l'assuré a-t-il eu 3 consultations, ou plus, dans l'année avec un même médecin ?	oui	22 324	76%	268	42%	2 454	54%	25 046	72%
	non	7 160	24%	375	58%	2 079	46%	9 615	28%
total		29 484	100%	643	100%	4 533	100%	34 661	100%

source : SNDS - traitement MSA

La proportion de patients en ALD ayant consulté trois fois ou plus le même médecin dans l'année augmente avec l'avancée en âge, il passe de 34 % chez les 16-24 ans à 82 % chez les personnes de 85 ans et plus. C'est donc chez les assurés les plus âgés qu'il sera davantage possible de proposer comme médecin traitant un praticien consulté régulièrement (**Graphique 52**).

Graphique 52 :
Proportion de patients en ALD sans MT ayant consulté au moins 3 fois le même médecin dans l'année en 2021



Source : SNDS - traitement MSA

Proposition 12 :

Contribuer à la mission « zéro patient en ALD sans médecin traitant » dans le cadre de l'inter-régime

Annoncée par le ministre de la Santé et de la prévention lors des vœux aux forces vives de la santé, puis réaffirmée par le Président de la République lors de son intervention du 17 avril 2023, la mission confiée aux régimes obligatoires d'assurance maladie consiste à identifier et contacter les patients en ALD sans médecin traitant pour leur proposer des solutions.

L'objectif est de déployer des actions concrètes et concertées au niveau local sur l'ensemble du territoire d'ici la fin d'année 2023 en respectant, d'une part, le principe du libre choix par le patient de son médecin, et en tenant compte, d'autre part, de la réalité de la situation des territoires et des actions déjà existantes.

A cette fin, l'ensemble des caisses de MSA agissent de concert avec les caisses locales du régime général, qui pilotent la relation avec les professionnels de santé.

Les actions mises en œuvre s'articulent autour de trois temps forts :

- Informer les assurés concernés de la démarche entreprise et recueillir leur éventuelle opposition à la transmission de leurs données personnelles aux partenaires (obligation RGPD) ;
- Cibler les assurés réguliers d'un médecin qui n'est pas leur médecin traitant pour autant, prendre contact sous le pilotage du régime général avec les médecins concernés pour recueillir leur accord ou leur refus de devenir médecin traitant de leurs patients réguliers et revenir vers chacun des assurés pour leur faire part du résultat de l'action. En cas de réponse positive du médecin, lors de sa prochaine visite, l'assuré pourra lui demander de réaliser la déclaration de médecin traitant ;
- Intégrer les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), les centres de santé au dispositif en les sollicitant pour déterminer leur capacité à prendre en charge de nouveaux assurés en qualité de médecin traitant.

Cette action sera intégrée au plan national de gestion du risque MSA 2024.

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. L'approche globale de la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) et du maintien en emploi en MSA (MEE)

En 2022, l'enjeu était 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. Les CPME constituent un outil essentiel d'un parcours plus global.

Pour rappel, il s'agissait 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.

Mis en place à partir de 2022, le nouveau parcours d'accompagnement qui engage l'ensemble des parties prenantes du guichet unique (Santé-Sécurité au Travail, Action sanitaire et sociale et Contrôle médical) et son appropriation se poursuit en 2023 au sein des 35 caisses de MSA.

Au sein du nouveau parcours d'accompagnement, les ateliers de présentation de la nouvelle politique PDP et MEE (webinaires avec les référents CPME et les acteurs impliqués) ont été mis en place.

Sont programmées pour la fin de l'année 2023 les actions suivantes :

- la mise en place des ateliers de formation avec les caisses les plus en difficulté pour les accompagner dans l'appropriation des outils associés au parcours,
- les actions de formation sur l'application informatique locale CPME,
- la mise en place et l'accompagnement de réunions régionales pour le partage de pratiques d'intervention.

La MSA poursuivra en 2024 ces actions relatives à la prévention de la désinsertion professionnelle et au maintien en emploi et notamment en expérimentant le maintien en emploi des assurés atteints d'un cancer ou d'une maladie chronique évolutive.

b. Maintien en emploi des assurés atteints d'un cancer ou d'une maladie chronique évolutive

Durant ces deux dernières années, au titre de sa fonction Employeur, la MSA (CCMSA et deux caisses de MSA (Mayenne Orne Sarthe et Charentes)) ont participé à un projet de recherche action intitulé « Cancer du sein et activité professionnelle ».

Ce projet sponsorisé par l'Institut National du Cancer (INCA), l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH), le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP), la Direction Générale du Travail (DGT) a donné lieu à des groupes de pilotage, de travail et de production d'outils traduisant un changement de regards sur la relation entre le travail et la santé qui pourrait être résumé selon la formule : « Quand le travail, alors que la maladie se déclare, peut devenir facteur de santé... ».

Ce changement de regards lié aux progrès médicaux, à l'allongement de la durée du travail, aux attentes et enjeux sociétaux, conduit à se poser différemment la question de la relation au travail en particulier lorsque la maladie se présente.

Si notre rapport au cancer ou à d'autres pathologies exclut, généralement de l'entreprise, le salarié concerné, les attentes de ce dernier sont de plus en plus souvent autres car le travail est aussi facteur de santé, certains salariés l'expriment, les médecins le constatent.

Cette évolution est de nature à questionner nos politiques de maintien en emploi et de prévention de la désinsertion professionnelle.

La MSA a souhaité tirer les leçons de ce début d'expérimentation et poursuivre le travail engagé en environnement réel afin d'élargir les pratiques du maintien en emploi à partir des apports livrés par l'accompagnement des salariés faisant face à un cancer et notamment les femmes actives atteintes d'un cancer du sein. Est évoqué ici l'effet loupe produit par l'observation, l'écoute, la co-construction d'un nouveau parcours avec l'apport de la salariée experte.

Dans ce contexte, suite à un appel à manifestation d'intérêt, 8 caisses de MSA ont à ce jour répondu favorablement pour participer à ces travaux, soit en tant que MSA « employeur », soit en tant que MSA organisme de protection sociale, tournée vers ses assurés.

Les 8 caisses de MSA ont manifesté leur intérêt en leur qualité d'employeur tandis que 4 d'entre elles y ont ajouté leur participation au titre de leur mission de protection sociale : c'est-à-dire que leurs équipes médicales et sociales s'appuieront sur les apports de cette démarche pour prendre en compte les besoins d'entreprises agricoles dont l'un des salariés serait confronté soit à un cancer soit à une autre pathologie de type maladie chronique évolutive. Cet appui leur permettra d'élaborer ce changement de regards pour impulser une évolution des accompagnements personnalisés répondant aux nouvelles attentes et enjeux sociétaux.

L'enjeu vise à répondre à la question « *Comment passer d'un système articulé sur la prévention des risques à un nouveau modèle porteur d'une conception du travail en tant que facteur de santé ?* ».

Proposition 13 :**Contribuer à l'élargissement du maintien en emploi des assurés atteints d'un cancer ou d'une maladie chronique évolutive**

Dans ce cadre, la MSA propose avec ses partenaires un régime de travail en santé fondé sur un modèle favorisant « des accommodements de travail flexibles³⁴» et de l'initiative concertée.

« Le référentiel d'initiative concertée pour un travail en santé » offre un cadre de référence stabilisé, adapté aux situations évolutives des salarié(e)s qui travaillent avec ou après une maladie ; il repose sur une conception du retour et du maintien en emploi fondée sur la possibilité d'initiative du ou de la salarié(e) et de son environnement concret de travail, pour garantir la possibilité de réaliser un travail de santé.

³⁴ Cf. Expériences des accommodements raisonnables (Canada) (« the right to request for flexible working »), les arrangements en Australie, la gestion intégrée du maintien au travail en Allemagne, les aménagements raisonnables en France.

3.5. Axe « Contrôle et lutte contre la fraude »

3.5.1. Bilan de la lutte contre la fraude 2022 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 2022, le montant du préjudice constaté (subi et évité) au titre des fraudes dans le domaine de la santé s’élève à 5,9 millions d’euros, en augmentation de 18 % par rapport à 2021 (**Tableau 56**). Cette hausse provient essentiellement des assurés suite à la détection de fraudes documentaires identitaires (préjudice évité). Pour les professionnels de santé, il est à noter la forte augmentation en 2022 des fraudes/fautes détectées concernant des masseurs-kinésithérapeutes.

Tableau 56 :
Montant des fraudes et fautes constatées entre 2018 et 2022

Total des fraudes et fautes constatées (préjudice subi et évité)	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2021-2022
Professionnels de santé	2,7 M €	2,8 M €	1,5 M €	4,2 M €	4,4 M €	+4 %
Etablissements de santé	2,2 M €	1,7 M €	0,4 M €	0,1 M €	0,3 M €	+189 %
Assurés/ ayants droit	0,4 M €	0,6 M €	0,9 M €	0,6 M €	1,2 M €	+87 %
Total	5,4 M €	5,2 M €	2,8 M €	5,0 M €	5,9 M €	+18 %

Source : MSA

En 2022, les montants de fraudes détectées des professionnels de santé (PS) concernent essentiellement cinq professions :

- les infirmiers pour 1,9 M€ (contre 2,1 M€ en 2021), soit 44 % de la fraude des PS,
- les transporteurs sanitaires pour 909 K€ (contre 963 K€ en 2021), soit 21 % de la fraude des PS,
- les masseurs-kinésithérapeutes pour 774 K€ (contre 26 K€ en 2021), soit 18 % de la fraude des PS,
- les fournisseurs de matériel médical pour 511 K€ (contre 364 K€ en 2021), soit 12 % de la fraude des PS,
- les pharmaciens pour 209 K€ (contre 528 K€ en 2021), soit 5 % de la fraude des PS.

En matière de typologies de fraudes ou fautes détectées en montant, quatre typologies concentrent 84 % du montant total (**Tableau 57**) :

- la fraude à la tarification et à la facturation des professionnels de santé (32 %),
- la sur-cotation ou le non-respect de la NGAP et de la réglementation (22 %),
- les actes ou services fictifs, les produits non délivrés ou la facturation non-conforme à la prescription (20 %),
- la fraude documentaire identitaire (10 %).

**Tableau 57 :
Ventilation par typologie de fraudes et fautes en montant en 2022**

Fraude à la tarification et la facturation PS	32,04 %
Sur-cotation, non-respect de la NGAP et de la réglementation	21,52 %
Actes ou services fictifs, produits non délivrés, facturation non-conforme à la prescription	20,07 %
Fraude documentaire identitaire	9,87 %
Fraude à la tarification et la facturation Etablissements	3,09 %
Fraude à l'identité	2,93 %
Fraude documentaire non identitaire	1,57 %
Fraude à la nationalité	1,43 %
Fraude à l'activité	1,23 %
Fraude à la résidence en France	1,22 %
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	1,17 %
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les IJ	0,64 %
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	0,61 %
Fraude aux ressources (minorations)	0,59 %
Fraude à l'état de santé	0,46 %
Abus volontaire d'une qualité erronée de cotisant	0,28 %
Fraude à la tarification et à la facturation concernant le taux d'occupation des lits	0,27 %
Fausse déclaration CSS de base et complémentaire (ressources)	0,23 %
Fraude à la résidence hors de France	0,22 %
Trafic de médicament	0,20 %
Fraude à la composition familiale	0,17 %
Nomadisme et surconsommation de prestations santé	0,13 %
Fraude à la constitution des droits (cessation d'activité)	0,03 %
Fraude à l'utilisation de la carte Vitale ou de l'attestation de droits	0,03 %
Fraude aux soins à l'étranger (soins fictifs, absence d'autorisation préalable, ...)	0,01 %
Fraude aux revenus ou rémunérations (surévaluations)	0,00 %

Source : MSA

En matière de typologies de fraudes ou fautes détectées en nombre, la sur-cotation, le non-respect de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et de la réglementation constituent la part la plus importante (36 %) des fraudes et fautes, suivie par la fraude à la tarification et à la facturation des professionnels de santé (31 %) et la fraude documentaire identitaire (9 %) (**Tableau 58**).

Tableau 58 :
Ventilation par typologie de fraudes et fautes en nombre en 2022

Sur-cotation, non-respect de la NGAP et de la réglementation	36,07 %
Fraude à la tarification et la facturation PS	31,01 %
Fraude documentaire identitaire	9,03 %
Actes/services fictifs, produits non délivrés, facturation non-conforme à la prescription	4,68 %
Fraude à l'état de santé	3,70 %
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les IJ	2,77 %
Fraude à l'identité	2,72 %
Fraude à la résidence en France	1,41 %
Fraude documentaire non identitaire	1,36 %
Fraude à la nationalité	1,31 %
Fraude à l'activité	1,20 %
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	1,09 %
Fausse déclaration CSS de base et complémentaire (ressources)	0,82 %
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	0,76 %
Abus volontaire d'une qualité erronée de cotisant	0,33 %
Fraude aux ressources (minorations)	0,33 %
Fraude à la résidence hors de France	0,33 %
Nomadisme et surconsommation de prestations santé	0,27 %
Fraude à la constitution de droits (cessation d'activité)	0,22 %
Fraude à l'utilisation de la carte Vitale ou de l'attestation de droits	0,16 %
Fraude à la tarification et la facturation concernant le taux d'occupation des lits	0,16 %
Fraude aux revenus ou rémunérations (surévaluations)	0,11 %
Fraude à la composition familiale	0,05 %
Trafic de médicament	0,05 %
Fraude aux soins à l'étranger (soins fictifs, absence d'autorisation préalable)	0,05 %

Source : MSA

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

Proposition 14 :

Contrôler les centres de santé dentaires déviants dans un cadre inter-régime

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.

S'agissant des CSD, 33 établissements sont visés dans le cadre du programme national de prévention de la fraude mené par la CNAM 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 le contrôle des facturations des CSD en 2023.

Au début de l'année 2023, la CNAM a présenté à la CCMSA les requêtes et actions de terrain menées à l'encontre de 11 CSD d'un même groupe, issus de cinq régions. La MSA s'est également positionnée pour rechercher ces anomalies complémentaires et s'associer aux plaintes pénales qui seront portées à l'encontre de ce groupe dentaire.

Les modalités de contrôle feront l'objet d'une communication adressée à l'ensemble du réseau des caisses de MSA.

3.5.3. Contrôle des praticiens réalisant des actes bucco-dentaires dans l'application des bonnes pratiques

Proposition 15 :

Contrôler les praticiens réalisant des actes bucco-dentaires dans l'application des bonnes pratiques

Trois actions de contrôle et lutte contre la fraude en matière d'actes bucco-dentaires sont proposées pour 2024.

3.5.3.1. Contrôle du respect de la cotation HBLD418 applicable aux couronnes unitaires implantoportées

Il s'agit de contrôler le respect de la réglementation par les chirurgiens-dentistes quant à la réalisation et à la conformité des cotations des couronnes implantoportées.

L'action permet de contrôler qu'un chirurgien-dentiste qui code un acte HBLD418 respecte la réglementation relative à cet acte : le code ne peut être pris en charge par l'assurance maladie que dans le cas de la réalisation d'une couronne implantoportée unitaire.

Il s'agit donc de vérifier que la facturation d'un acte HBLD418 correspond effectivement à la réalisation d'une couronne unitaire implantoportée, pris en charge, à l'exclusion de tout autre acte prothétique implantoporté non pris en charge : bridge, attachement, prothèse stabilisée par des implants,...

La requête sélectionne les assurés présentant deux actes et plus cotés HBLD418 et facturés sur la même arcade dentaire le même jour.

La méthodologie prévoit de demander aux praticiens de fournir des renseignements techniques, les documents radiographiques précédant la facturation HBLD418, ainsi que les fiches de laboratoire de prothèse et autres documents médicalement justifiés (**Tableau 59 ; graphique 53**).

Tableau 59 :
Quantité d'actes HBLD418 (Pose d'une couronne dentaire implantoportée) remboursés au régime agricole en date de soins en 2021, montants remboursés et nombre de bénéficiaires

	Quantité d'actes	Montant payé	Base de remboursement	Montant remboursé	Nombre de bénéficiaires
HBLD418	27 012	17 467 235	2 900 015	2 078 062	17 925

Source : SNDS - exploitation MSA

Graphique 53 :
Nombre d'actes HBLD418 (Pose d'une couronne dentaire implantoportée) remboursés au régime agricole en date de soins de janvier 2019 à décembre 2021



3.5.3.2. Contrôle du respect de la prise en charge du bridge remplaçant une incisive côté HBLD785, ainsi que les actes de prothèses et soins associés

L'action réalisée en 2022 a mis en exergue des anomalies potentielles connexes associées à la réalisation de l'acte codé HBLD785.

L'objectif de cette action est de vérifier le respect des conditions d'attribution et de la conformité des soins aux recommandations de bonnes pratiques et de la CCAM lors de la prise en charge de l'acte HBLD785, ainsi que celui des actes prothétiques (piliers supplémentaires, intermédiaires supplémentaires, prothèse transitoire) et conservateurs (traitements endodontiques, reconstructions, radiographies...) associés à sa réalisation.

Au sein de la CCAM, à partir du 14/07/2019, le bridge coté HBLD785 est défini comme une prothèse plurale comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et un élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une incisive. Les conditions de remboursement de cet acte sont donc spécifiques. Les conditions de prise en charge sont aussi plus restrictives lorsque le patient bénéficie de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) : les piliers du bridge doivent être exclusivement des incisives ou canines (annexe de l'arrêté du 23/03/2019 : montant pris en charge, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale au titre de la protection complémentaire en matière de santé).

A noter que si la vérification de la bonne appartenance au panier de soins (sans reste à charge, reste à charge modéré ou tarification libre) des actes étudiés n'est pas l'objectif principal de cette action, le chirurgien-dentiste conseil constatant des anomalies de cet ordre peut faire un rappel réglementaire au praticien traitant.

En cas d'assuré bénéficiaire de la CSS, il convient de vérifier que la condition d'attribution restrictive quant à la localisation des piliers est bien remplie.

La méthodologie prévoit de demander aux praticiens de fournir des renseignements techniques et les documents radiographiques correspondant aux réalisations de l'acte HBLD785 et des actes connexes, ainsi que les fiches de laboratoire de prothèse et autres documents administratifs.

3.5.3.3. Contrôle du respect des conditions de facturation des bilans parodontaux et des actes de DSR (Détartrage Surfaçage Radiculaire) pour les assurés diabétiques en ALD 08

La convention dentaire du 26/08/2018 a porté la création d'actes CCAM dont ceux contrôlés, facturables exclusivement pour les assurés diabétiques pris en charge au titre de l'ALD 8.

Il a été mis en place pour ces actes une action d'accompagnement réalisée en 2020, 2021 et 2022.

En 2023, dans la continuité de ces actions d'accompagnement, une action de contrôle est menée avec récupération d'indus dans le cas du non-respect des conditions d'attribution.

Elle est maintenue en 2024 pour vérifier son retentissement auprès des professionnels de santé.

Il s'agit donc de contrôler le respect de la réglementation par les chirurgiens-dentistes lors de la facturation des actes suivants :

- HBQD001 ; cet acte « bilan parodontal » est remboursable depuis le 1^{er} avril 2019 pour un montant de 50 €, uniquement pour les assurés diabétiques bénéficiant d'une ALD 8 reconnue à la date de facturation de l'acte.
- HBJA003, HBJA171, HBJA634 « Assainissement parodontal (détartrage-surfaçage radiculaire, DSR) » sur respectivement, un, deux ou trois sextants, facturés 80 €, 160 € et 240 €, et remboursables depuis le 18 octobre 2019 uniquement pour les assurés diabétiques ayant une ALD 8 reconnue à la date de facturation de l'acte.

et de contrôler l'absence de facturation d'un détartrage HBJD001 le jour et dans les six mois suivants la facturation d'un DSR répondant aux conditions d'attribution.

Les objectifs de l'action sont donc les suivants :

- contrôler le respect de l'application des référentiels en vigueur pour le codage et la facturation des actes soumis à conditions d'attribution ;
- informer les professionnels de santé des anomalies détectées en faisant un rappel à la réglementation avec récupération d'indus, de façon à obtenir une modification des pratiques.

L'action prévoit des courriers de demandes de renseignements aux praticiens (radiographies, bilans parodontaux).

3.5.4. Contrôle de facturation par les masseurs-kinésithérapeutes des actes AMK/AMC 20 et AMK/AMC 28 réalisés chez des patients en ALD pour broncho-pneumopathie chronique obstructive

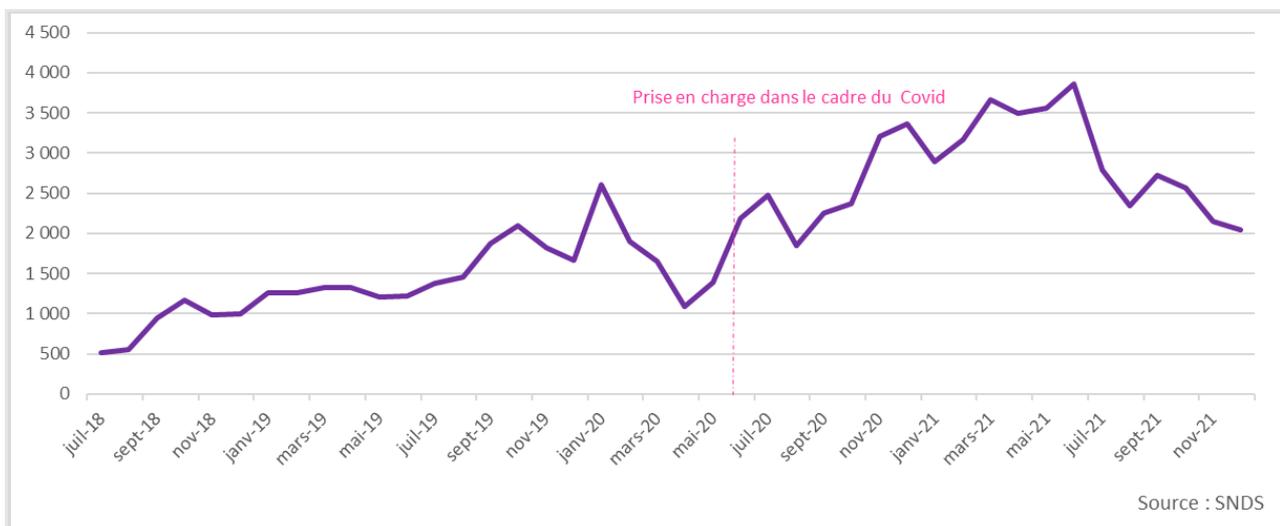
L'avenant n°5³⁵ à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes de juillet 2018 a notamment valorisé la prise en charge des patients atteints de handicap respiratoire chronique par la création de deux actes de réhabilitation respiratoire des patients en ALD atteints d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). Depuis le 1^{er} juillet 2018, deux nouveaux actes ont donc été inscrits à la NGAP (Titre XIV, Chapitre II, article 5) : AMK 20³⁶ et AMK 28³⁷. Ces actes lorsqu'ils sont réalisés dans une structure de soins ou un établissement sont cotés AMC.

Ces actes concernent exclusivement les patients en ALD pour broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO).

A noter que dans le cadre de mesures dérogatoires, depuis le 2 juin 2020, sur prescription médicale, les masseurs-kinésithérapeutes peuvent coter ces actes dans le cadre de la rééducation individuelle des patients après hospitalisation pour affection liée à la Covid-19. Ces actes sont pris en charge à 100 % jusqu'au 31 décembre 2022.

Lors de la création de ces actes, en juillet 2018, 500 actes ont été remboursés, avec une augmentation progressive jusqu'en janvier 2020 (2 600 actes par mois), puis une diminution pendant la période du 1^{er} confinement (mars à mai 2020). Le remboursement des actes atteint un pic en juin 2021 avec 3 900 actes. Après cette période de montée en charge, une diminution progressive du remboursement de ces actes, est observée jusqu'en décembre 2021 pour atteindre 2 000 actes (**Graphique 54**).

Graphique 54 :
Evolution du nombre d'AMC/AMK 20/28 par mois, de juillet 2018 à décembre 2021



³⁵ Publication au journal officiel du 8 juillet 2018.

³⁶ Réadaptation respiratoire kinésithérapique pour les patients atteints de handicap respiratoire chronique en prise en charge individuelle.

³⁷ Réadaptation respiratoire kinésithérapique pour les patients atteints de handicap respiratoire chronique en prise en charge en groupe de 2 à 4 personnes avec rééducation respiratoire en individuel.

En 2021, 1 863 assurés ont été pris en charge pour au moins un acte AMC/AMK 20/28, pour un total de plus de 35 200 actes, soit plus de 1,6 million d'euros remboursés par la MSA pour la part obligatoire (**Tableau 60**).

Tableau 60 :
Nombres d'actes AMC/AMK 20/28, d'assurés, de masseurs-kinésithérapeutes exécutants et montants remboursés

Année	Nombre d'actes	Nombre d'assurés	Nombre de masseurs-kinésithérapeutes exécutants	Montant remboursé part obligatoire
2018*	4 758	330	334	251 635
2019	14 449	703	657	771 001
2020	16 920	1 005	1 008	836 430
2021	35 248	1 863	1 870	1 632 043
Evolution 2021-19	144%	165%	185%	112%

*Actes créés le 1^{er} juillet 2018

Source : SNDS

Parmi les 1 863 assurés ayant eu un remboursement d'au moins un acte AMC/AMK 20/28 en 2021, 44 % entrent dans les critères réglementaires de prise en charge (**Schéma 2**) :

- soit parce qu'ils sont pris en charge au titre d'une ALD 14 pour BPCO³⁸,
- soit parce qu'ils ont été hospitalisés pour Covid, les assurés hospitalisés pour Covid représentent trois quarts des assurés dont la prise en charge des actes est justifiée.

Dans certains cas, le remboursement de ces actes n'est pas justifié réglementairement car les assurés ne répondent pas aux critères de prise en charge, mais ils ont des remboursements de soins traceurs d'une BPCO, dans ce cas ces actes peuvent être médicalement justifiés. Ces assurés représentent 12 % des assurés ayant eu un remboursement d'au moins un acte AMC/AMK 20/28. Deux cas de figure peuvent se présenter :

- les assurés ont un diagnostic hospitalier³⁹ ou une consommation de médicaments⁴⁰ attestant qu'ils sont atteints par une BPCO, bien qu'ils ne soient pas déclarés en ALD BPCO. Ces assurés représentent 7 % des assurés ayant eu un remboursement d'au moins un acte AMC/AMK 20/28 ;
- les assurés dont un diagnostic hospitalier⁴¹, une consommation de médicaments⁴² ou le remboursement d'un acte CCAM⁴³ laissent suspecter une BPCO. Ils représentent 5 % des assurés ayant eu un remboursement (soit 90 assurés).

Ainsi, en 2021, pour 44 % des assurés la prise en charge de ces actes n'est justifiée ni réglementairement, ni médicalement.

³⁸ Codes CIM 10 retenus : I10 ; J43.2 ; J43.8 ; J43.9 ; J44 ; J44.1 ; J47 ; J96.0 ; J96.1 ; Z99 ; Z99.1 ; Z99.8.

³⁹ GHM : 04M081, 04M082, 04M083, 04M084, 04M08T, 04M201, 04M202, 04M203, 04M204, 04M20T.

⁴⁰ CIP 13 : 3400957076269, 3400936869202, 3400930021026, 3400926754983, 3400939982175, 3400939982236, 3400939982465, 3400939982526, 3400930038802, 3400927566479, 3400930059876.

⁴¹ GHM : 04M031, 04M032, 04M033, 04M034, 04M03T.

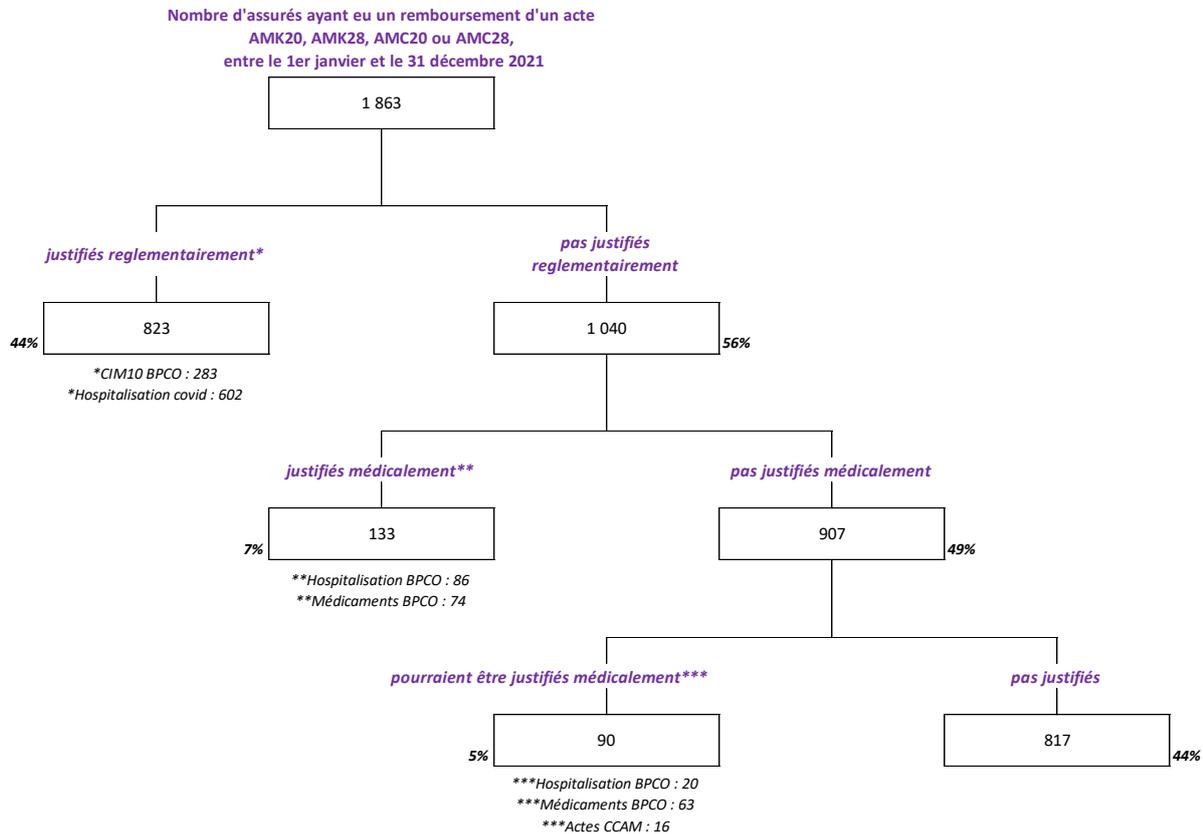
⁴² CIP 13 : 3400936573093, 3400936580947, 3400930169964, 3400930169957, 3400934438738, 3400935320742, 3400935321114, 3400936573215, 3400930123522, 3400957067793, 3400933773373, 3400933773434, 3400933457808, 3400933919467, 3400936086999, 3400935658432, 3400935997302, 3400935473486, 3400935473547, 3400938141283, 3400930206232, 3400926636210, 3400938121124, 3400926632885.

⁴³ GFQP001, GLQP002, GLQP003, GLQP008, GLQP009, GLQP011, GLQP012, GLRP002.

En 2021, sur les 1,6 million d'euros remboursés au titre des AMC/AMK 20/28, près d'un tiers (plus de 500 000 euros) relève de ces actes non justifiés réglementairement ou médicalement et peuvent donc prétendre à une récupération d'indus par les caisses de MSA.

Ces actes non justifiés ont été exécutés par plus de 800 masseurs-kinésithérapeutes, soit 43 % des masseurs-kinésithérapeutes exécutants.

Schéma 2 : Arborescence des actes non justifiés



* CIM10 BPCO : I10 ; J43.2 J43.8 ; J43.9 ; J44 ; J44.1 ; J47 ; J96.0 ; J96.1 ; Z99 ; Z99.1 ; Z99.8

** Hospitalisation BPCO, GHM : 04M081, 04M082, 04M083, 04M084, 04M08T, 04M201, 04M202, 04M203, 04M204, 04M20T

** Médicaments BPCO, CIP 13 : 3400957076269, 3400936869202, 3400930021026, 3400926754983, 3400939982175, 3400939982236, 3400939982465, 3400939982526, 3400930038802, 3400927566479, 3400930059876

*** Hospitalisation BPCO, GHM : 04M031, 04M032, 04M033, 04M034, 04M03T

*** Médicaments BPCO, CIP 13 : 3400936573093, 3400936580947, 3400930169964, 3400930169957, 3400934438738, 3400935320742, 3400935321114, 3400936573215, 3400930123522, 3400957067793, 3400933773373, 3400933773434, 3400933457808, 3400933919467, 3400936086999, 3400935658432, 3400935997302, 3400935473486, 3400935473547, 3400938141283, 3400930206232, 3400926636210, 3400938121124, 3400926632885

*** Actes CCAM : GFQP001, GLQP002, GLQP003, GLQP008, GLQP009, GLQP011, GLQP012, GLRP002

Source : SNDS

Proposition 16 :

Contrôler les facturations réalisées par les masseurs-kinésithérapeutes des actes AMK/AMC20 et AMK/AMC28 réalisés chez des patients en ALD pour broncho-pneumopathie chronique obstructive

L'augmentation des facturations des actes AMC/AMK 20/28, ainsi que la proportion importante d'assurés avec des actes dont la prise en charge n'était pas justifiée, motivent la mise en place d'une action de contrôle de facturation des AMC/AMK 20 et AMC/AMK 28 et de rappel des bonnes pratiques auprès des professionnels de santé.

Cette action sera déployée au sein des caisses de MSA en 2023 et 2024.

3.5.5. Contrôle de facturation réalisée par les infirmiers

Le bilan de soins infirmiers

Le bilan de soins infirmiers (BSI) est un examen défini dans la NGAP (2ème partie, Titre XVI, Chapitre 1^{er}, article 12), à domicile, nécessaire pour réaliser des soins infirmiers chez un patient dépendant dans le cadre de soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie (forfaits), d'une séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention, ou de la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée en vue d'insérer ou de maintenir le patient dans son cadre de vie.

Ce bilan permet à l'infirmier d'évaluer l'état de santé du patient dépendant et d'établir un plan de soins infirmiers personnalisé, suite à une prescription de soins pour dépendance. Le BSI se substitue progressivement à la Démarche de Soins Infirmiers (DSI) pour les personnes âgées dépendantes, et est associé à une rémunération au forfait journalier BSA, BSB et BSC.

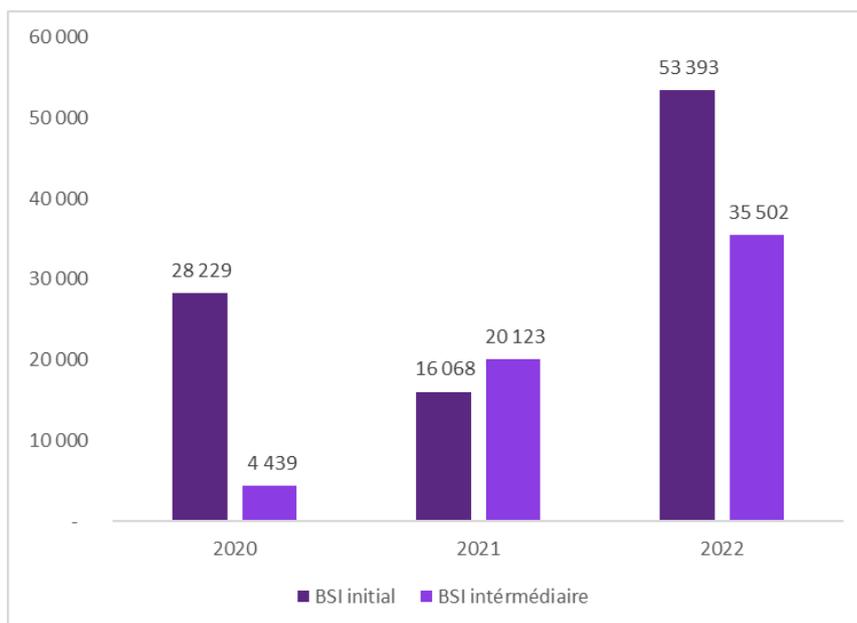
Le Bilan de Soins Infirmiers (BSI) initial, coté DI 2.5, n'est facturable qu'une fois tous les 12 mois.

Il existe un bilan de soins intermédiaire, coté DI 1.2, facturable 2 fois maximum par 12 mois en cas de situation clinique évolutive du patient.

En 2022, on observe une augmentation significative du nombre de BSI initiaux réalisés, avec plus de 53 000 examens, soit une hausse de 230 % par rapport à l'année précédente (**Graphique 55**).

Les BSI intermédiaires ont également augmenté de 73 %, atteignant 35 500 en 2022.

Graphique 55 :
Quantité de BSI remboursés depuis 2020 pour les assurés MSA



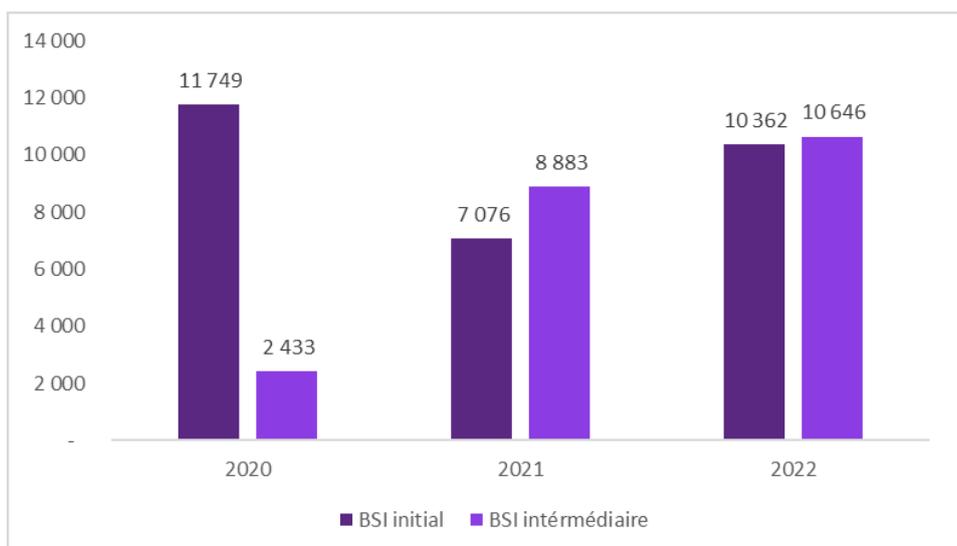
Source : SNDS - traitement MSA

Parmi l'ensemble des BSI, ceux considérés en anomalie (plus de 1 par an pour les initiaux, plus de 2 par an pour les intermédiaires) augmentent également, mais dans une moindre mesure (**Graphique 56**).

Pour les BSI initiaux, relevant potentiellement d'abus ou de fraude, l'augmentation en 2022 n'est que de 46 %, soit 10 362 examens (20 % des BSI initiaux remboursés sont donc en anomalie).

Pour les BSI intermédiaires, l'augmentation est de 20 %, soit 10 646 examens (30 % des BSI intermédiaires facturés sont donc en anomalie).

Graphique 56 :
Quantité de BSI remboursés et considérés en anomalie, depuis 2020 pour les assurés MSA



Source : SNDS - traitement MSA

En 2022, les BSI initiaux et intermédiaires en anomalie représentent plus de 386 000 € d'indus potentiels, en augmentation de 36 % par rapport à 2021 (**Tableau 61**).

Tableau 61 :
Montant des indus pour les BSI en anomalie depuis 2020 pour les assurés MSA

	2020	2021	2022
BSI initial	293 725 €	176 900 €	259 050 €
BSI intermédiaire	29 196 €	106 596 €	127 752 €
Total annuel	322 921 €	283 496 €	386 802 €

Source : SNDS - traitement MSA

Les forfaits journaliers BSA / BSB / BSC

Les forfaits définis dans la NGAP (2ème partie, Titre XVI, Chapitre 1^{er}, article 12) à l'article 23.3 des dispositions générales, diffèrent selon la charge en soins des patients :

- patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « légère » (BSA) ;
- patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « intermédiaire » (BSB) ;
- patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « lourde » (BSC).

Les forfaits de soins infirmiers comprennent l'ensemble des actes liés à la prise en charge de la dépendance, relevant de la compétence de l'infirmier, réalisés au cours de la journée.

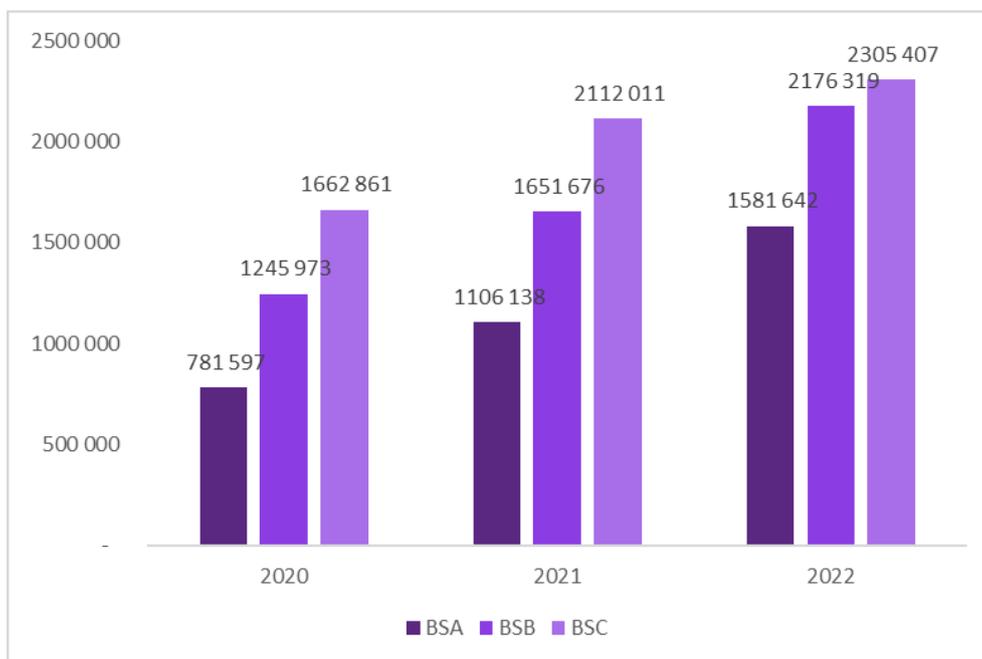
La cotation de forfaits de soins infirmiers est subordonnée à l'élaboration préalable du bilan de soins infirmiers (BSI).

Les forfaits de soins infirmiers journaliers cotés BSA 1 / BSB 1 / BSC 1 sont facturables une fois par jour quel que soit le nombre de visites et le nombre d'infirmiers intervenant au cours d'une même journée.

Depuis leur mise en place progressive en 2020, le nombre de remboursements des trois forfaits augmente chaque année (**Graphique 57**) :

- Les forfaits BSA sont les moins réalisés, 1 581 000 en 2022 (+ 43 % par rapport à 2021), soit 26 % des forfaits réalisés ;
- Les forfaits BSB représentent 2 176 000 actes en 2022 (+ 32 %), soit 36 % des forfaits réalisés ;
- Les forfaits BSC sont les plus réalisés avec 2 305 000 actes en 2022 (+ 38 %), soit 38 % des forfaits réalisés.

Graphique 57 :
Quantité de BSA-BSB-BSC réalisés depuis 2020 pour les assurés MSA

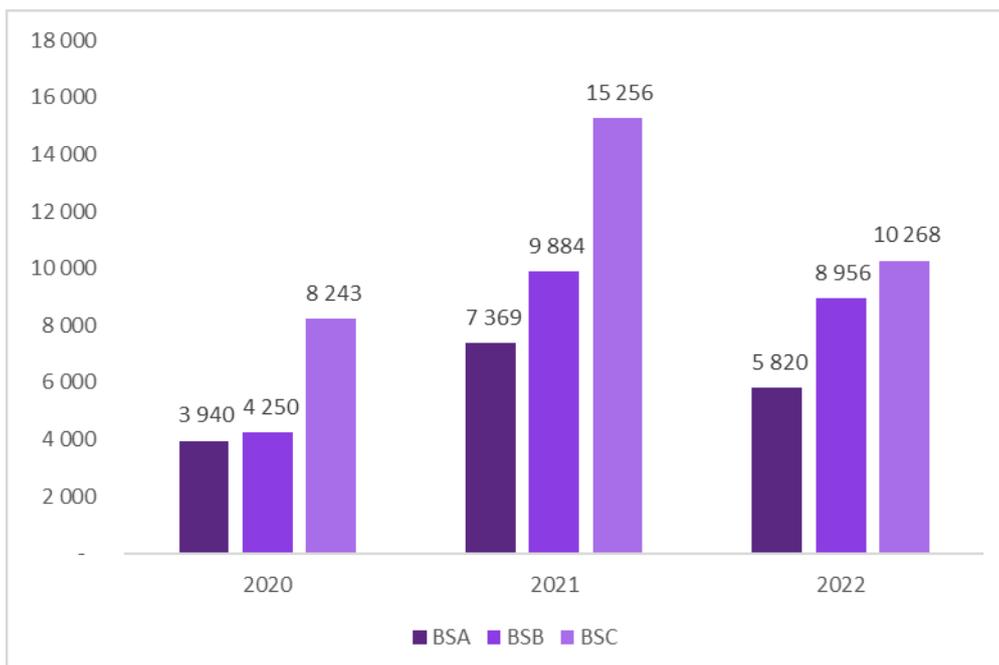


Source : SNDS - traitement MSA

En revanche, parmi ces forfaits BSA, BSB et BSC, ceux considérés en anomalie (c'est-à-dire plus d'un par jour par assuré) sont en baisse en 2022 par rapport à 2021 (**Graphique 58**).

Les forfaits BSA en anomalie diminuent de 21 %, s'élevant à 5 800. Les forfaits BSB en anomalie baissent de 9 %, atteignant près de 8 900. Quant aux forfaits BSC, ils enregistrent la plus forte baisse avec une diminution de 33 %, soit 10 200 forfaits relevant d'un abus de facturation en 2022.

Graphique 58 :
Quantité de forfaits BSA, BSB, BSC remboursés et considérés en anomalie, depuis 2020 pour les assurés MSA



Source : SNDS - traitement MSA

En 2022, les forfaits BSA, BSB, BSC en anomalie représentent plus de 533 000 € d'indus. Ils représentaient plus de 713 000 € en 2021 (**Tableau 62**).

Tableau 62 :
Montant des indus pour les forfaits BSA, BSB, BSC en anomalie depuis 2020 pour les assurés MSA

	2020	2021	2022
BSA	51 220 €	95 797 €	75 660 €
BSB	77 350 €	179 889 €	162 999 €
BSC	236 574 €	437 847 €	294 692 €
Total	365 144 €	713 533 €	533 351 €

Source : SNDS - traitement MSA

AIS 4

L'AIS 4 est défini dans la NGAP (2ème partie, Titre XVI, Chapitre 1^{er}, article 11) comme une « séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention d'une demi-heure ». Cet acte comporte :

- le contrôle des principaux paramètres servant à la prévention et à la surveillance de l'état de santé du patient ;
- la vérification de l'observance du traitement et de sa planification ;
- le contrôle des conditions de confort et de sécurité du patient ;
- le contrôle de l'adaptation du programme éventuel d'aide personnalisée ;
- la tenue de la fiche de surveillance et la transmission des informations au médecin traitant ;
- la tenue de la fiche de liaison et la transmission des informations à l'entourage ou à la tierce personne qui s'y substitue.

L'AIS 4, séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière d'une demi-heure, n'est facturable qu'une fois par semaine.

En 2022, plus de 2 465 000 actes cotés AIS4 ont été réalisés, soit une diminution de 20 % par rapport à 2021. Parmi eux, 12 897 ont été repérés en anomalie (plus d'un acte par semaine), pour un montant total d'indus de 136 708 € (**Tableau 63**).

Tableau 63 :
Volume remboursé et en anomalie des actes cotés AIS4 depuis 2020 pour les assurés MSA

	2020	2021	2022
Quantité d'actes AIS4 remboursés	3 085 684	3 059 180	2 465 088
Actes en anomalie	14 431	17 979	12 897
Montant des indus	152 969 €	190 577 €	136 708 €

Source : SNDS - traitement MSA

Proposition 17 : Contrôler les facturations réalisées par les infirmiers pour certains actes

La MSA propose de maîtriser les dépenses de soins infirmiers en assurant le respect de la NGAP, grâce aux contrôles suivants :

- Bilan de Soins Infirmiers (BSI) initial coté DI 2.5, facturable une fois tous les 12 mois ;
- Bilan de soins intermédiaire coté DI 1.2, facturable 2 fois maximum par 12 mois, en cas de situation clinique évolutive du patient ;
- Forfaits de soins infirmiers journaliers cotés BSA 1 / BSB 1 / BSC 1, facturables une fois par jour, quel que soit le nombre de visites et le nombre d'infirmiers intervenant au cours d'une même journée ;
- AIS 4, séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière d'une demi-heure, facturable une fois par semaine.

Cette action sera déployée au sein des caisses de MSA en 2023 et 2024.

3.5.6. Contrôle de facturation des actes bilatéraux de radiologie

Dans la perspective de réaliser une action de contrôle, la MSA a étudié la facturation des actes de radiologie avec un tarif unique portant sur plusieurs membres ou sur plusieurs segments de la colonne vertébrale.

La CCAM comprend un code unique pour des actes identiques de scannographie ou de remnographie (IRM) réalisés sur des organes ou des sites anatomiques pairs, ou sur plusieurs segments du rachis. L'étude de certains de ces actes a révélé des situations de facturations inappropriées et multiples, pour un même patient, réalisés par un même radiologue ou au sein d'un même cabinet de radiologie ou d'un même établissement. Ces facturations peuvent être constitutives de fautes, fraudes ou d'abus à l'origine d'un préjudice financier pour l'institution.

L'étude de contexte portant sur les cas de facturation multiple a ciblé 12 actes⁴⁴. **Dans cette étude, on constate que 6 246 actes ont été facturés en plus de l'acte initial dans un délai de 3 mois potentiellement en anomalie.**

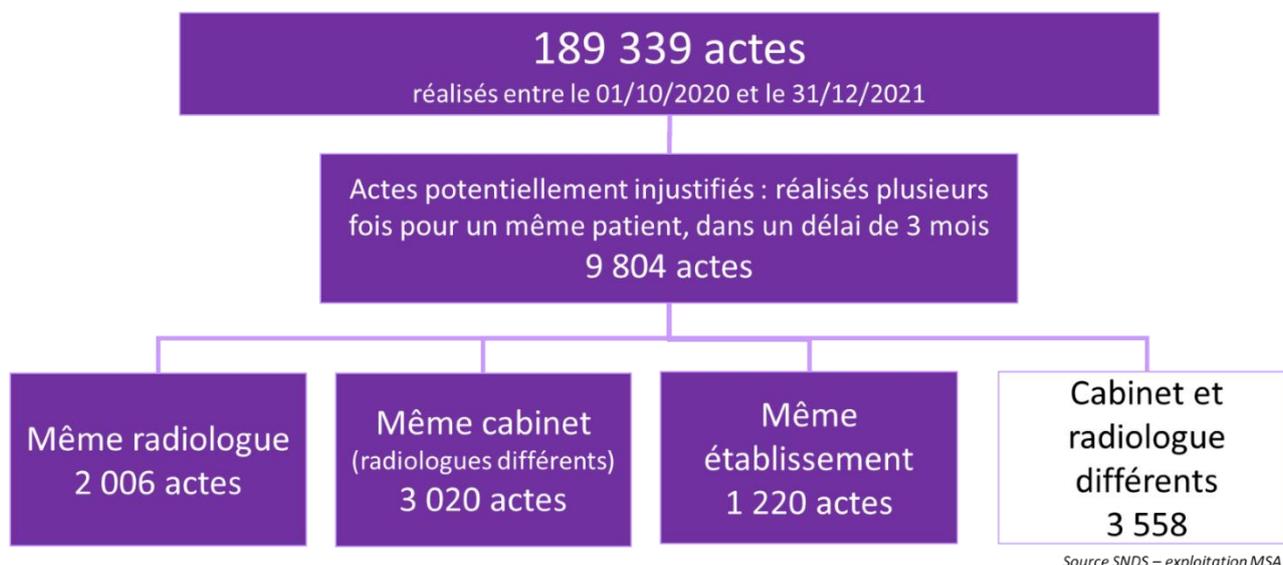
Pour le régime agricole, entre le 1^{er} octobre 2020 et le 31 décembre 2021, 189 339 actes ciblés ont été remboursés. **Parmi ceux-ci, 5 % constituent des remboursements multiples d'un même acte, dans un délai de 3 mois, pour un même patient.**

Parmi les 9 804 actes à facturations multiples, un tiers (3 558 actes) sont facturés par un radiologue différent exerçant dans un autre cabinet de radiologie que l'acte initial, ceci pouvant relever d'une situation normale (**Schéma 3**).

En revanche, pour les deux tiers (6 246 actes), la conformité à la réglementation de leur facturation peut être mise en doute et doit être analysée. Ces actes sont en effet réalisés par le même radiologue (2 006 actes), par un radiologue différent mais dans le même cabinet (3 020 actes) ou par un même établissement de soins sans mention du radiologue (1 220 actes). Cette pratique peut être assimilée à une double facturation. **Le montant du préjudice potentiel s'élève à 245 000 € (Tableau 64).**

⁴⁴ LHQK001, LHQH006, LHQN001, HQJ001, MZQK002, MZQH002, MZQN001, MZQJ001, NZQK002, NZQH001, NZQN001, NZQJ001.

Schéma 3 :
Dénombrement des actes réitérés dans les 3 mois selon le praticien et le lieu d'exécution



Le plus grand nombre d'actes réitérés se porte logiquement sur les actes les plus réalisés. Parmi les 6 246 actes dont la facturation ressort comme possiblement fautive, deux actes concentrent à eux seuls 55 % de ces fraudes ou abus, ce sont : la remnographie [IRM] unilatérale ou bilatérale de segment du membre inférieur, sans injection de produit de contraste et la remnographie [IRM] d'un ou de deux segments de la colonne vertébrale et de son contenu, sans injection de produit de contraste.

Les facturations multiples les plus fréquentes, dépassant 4 % des actes remboursés, concernent les caisses Corse, Sud Champagne, Alpes Vaucluse, Languedoc et Picardie.

Tableau 64 :
Actes réitérés dans les 3 mois, sur la période du 01/10/2020 au 31/12/2021

Code CCAM	Actes	Nombre d'actes réitérés	Taux de réitération sur l'ensemble des actes réalisés	Montant des actes réitérés (€)
LHQN001	IRM d'un ou de deux segments de la colonne vertébrale et de son contenu SI*	1 561	3,1%	83 756
NZQN001	IRM unilatérale ou bilatérale de segment du membre inférieur AI*	1 862	3,5%	76 566
MZQN001	IRM unilatérale ou bilatérale de segment du membre supérieur SI*	826	4,2%	34 547
LHQK001	Scanographie d'un segment de la colonne vertébrale SI*	1 184	3,3%	27 136
NZQK002	Scanographie unilatérale ou bilatérale de segment du membre inférieur SI*	325	3,7%	7 777
MZQK002	Scanographie unilatérale ou bilatérale de segment du membre supérieur SI*	270	2,2%	6 156
LHQJ001	IRM d'un ou de deux segments de la colonne vertébrale et de son contenu AI*	59	1,7%	3 433
NZQJ001	IRM unilatérale ou bilatérale de segment du membre inférieur AI*	71	2,4%	3 360
MZQJ001	IRM unilatérale ou bilatérale de segment du membre supérieur AI*	39	2,7%	1 718
LHQH006	Scanographie d'un segment de la colonne vertébrale AI*	36	3,3%	482
NZQH001	Scanographie unilatérale ou bilatérale de segment du membre inférieur AI*	7	3,0%	152
MZQH002	Scanographie unilatérale ou bilatérale de segment du membre supérieur AI*	6	1,9%	127
TOTAL		6 246	3,3%	245 211

* SI : sans injection de produit, AI : avec injection.

Source SNDS – exploitation MSA

Proposition 18 :
Contrôler les facturations des actes bilatéraux de radiologie

L'analyse de ces facturations multiples, potentiellement inappropriées ou constitutives d'un abus, d'une faute ou d'une fraude, sera réalisée par les caisses de MSA dans le cadre des plans nationaux de gestion du risque maladie pour 2023 et 2024.

3.5.7. Détection et accompagnement des assurés « méga-consomphants » de traitements substitutifs aux opiacés (TSO) et information des médecins prescripteurs

Proposition 19 :
Détecter et accompagner les assurés « méga-consomphants » de traitements substitutifs aux opiacés (TSO), et informer les médecins prescripteurs

Afin de préserver la qualité des soins utiles auprès des assurés qui sont sous traitements substitutifs aux opiacés, mais également d'accompagner le bon usage ainsi que les bonnes pratiques de prescriptions des opioïdes (HAS 2022) et de lutter contre les abus et les fraudes, la MSA propose une action de gestion du risque à destination de ses assurés ainsi que des professionnels de santé prescripteurs et effecteurs, ceci à la suite d'actions d'initiatives locales avec un travail en cours pour une généralisation.

En effet, selon l'article L-162-4-2 du CSS, la prise en charge par l'assurance maladie de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, est soumise aux modalités prévues par l'article L. 324-1 et est subordonnée à l'obligation faite au patient d'indiquer au médecin traitant, à chaque prescription, le nom du pharmacien qui sera chargé de la délivrance et à l'obligation faite au médecin de mentionner ce nom sur la prescription, qui doit alors être exécutée par le pharmacien concerné pour ouvrir droit à la prise en charge.

Les objectifs de l'action sont les suivants :

- détecter les hyper consommateurs,
- accompagner les assurés avec rédaction d'un protocole de soins (L324-1), avec désignation d'un médecin prescripteur et d'un pharmacien,
- informer les médecins prescripteurs du nomadisme médical ainsi que des consommations supra thérapeutiques,
- intégrer le rôle prépondérant des pharmaciens dans l'accompagnement des patients sous opioïdes (convention des pharmaciens du 9 mars 2022) dont les travaux sont en cours,
- détecter tout dossier qui relèverait du périmètre de la faute, de l'abus ou de la fraude selon la procédure appropriée.

Cette action fait l'objet de travaux en 2023 et sera déployée en 2024.

3.5.8. Contrôle du respect des tarifs dégressifs de location des produits de la liste des produits et prestations (LPP) remboursables

La prise en charge de la location de dispositifs médicaux inscrits sur la LPP est conditionnée au respect de certaines règles de facturation par les fournisseurs et les pharmaciens d'officine.

Ainsi, certains produits de la LPP sont soumis à des tarifs dégressifs : après un certain nombre de semaines, leur tarif de location se voit diminuer.

En 2015, une action de lutte contre la fraude, réalisée par 30 caisses de MSA, avait détecté un montant total d'anomalies de 570 000 € dues au non-respect des tarifs dégressifs.

Une analyse du respect de l'application des tarifs dégressifs sur les remboursements du régime agricole en 2018 et 2019 avait évalué le préjudice à plus de 730 000 € (Rapport Charges et Produits MSA 2021).

Sur les années 2020 et 2021, le montant total en anomalie est très proche des évaluations précédentes, marquant ainsi une permanence du non-respect des règles de dégressivité des tarifs de location, s'élevant à 725 638 € (**Tableau 65**).

Comme lors de la précédente analyse, les locations de fauteuils roulants manuels (tous modèles confondus) et les soulèves-malade, cumulent près de 95 % du montant total en anomalie (693 000 €).

Les facturations de location de déambulateurs, d'aspirateurs trachéaux, d'aérosolthérapie et de potences de support sont également en anomalie, mais dans une très moindre mesure (un peu moins de 33 000 € au total).

Tableau 65 :
Montant des anomalies détectées sur le non-respect des tarifs dégressifs au régime agricole

Prestations LPP 2022-2021	Nombre d'assurés avec anomalie	Nombre de semaines facturées en anomalie	Montant en anomalie (€)
Aspirateurs trachéaux (65 semaines avant tarif dégressif)	34	790	3 855
Aérosolthérapie : location courte (4 semaines avant tarif dégressif)	89	1 691	7 998
Aérosolthérapie : location longue (65 semaines avant tarif dégressif)	27	623	1 140
Déambulateurs (26 semaines avant tarif dégressif)	442	9 338	8 124
Potences de support (65 semaines avant tarif dégressif)	582	14 910	11 481
Soulèves-malade (32 semaines location avant tarif dégressif)	2 026	48 204	323 449
VHP + de 2 accessoires (52 semaines avant tarif dégressif)	225	5 055	50 095
VHP 1 accessoire (52 semaines avant tarif dégressif)	1 952	40 046	253 491
VHP 2 accessoires (52 semaines avant tarif dégressif)	311	8 020	66 005
Total		128 677	725 638

Source : MSA

Proposition 20 :
Contrôler le respect des tarifs dégressifs de location des produits de la liste des produits et prestations (LPP) remboursables

Dans ce contexte, la MSA propose de déployer en 2024 une action de gestion du risque visant à repérer puis à sanctionner les fournisseurs de dispositifs médicaux (prestataires de services et distributeurs de matériel, pharmacies d'officine) qui n'appliquent pas les tarifs dégressifs de locations de dispositifs médicaux relevant de la LPP. La méthodologie de cette action s'inspirera du programme national de contrôle LPP inter-régime mené en 2014 sur cette thématique, ainsi que des actions d'initiatives locales conduites par des caisses de MSA dans ce domaine en 2022.

3.6. Axe « Enjeux numériques et recherche en santé »

3.6.1. Contribuer au développement du numérique en santé

**Proposition 21 :
Accélérer l'adaptation des systèmes d'information en santé pour améliorer la détection, le ciblage,
l'aller-vers et la personnalisation**

Adapter le système d'information aux enjeux de la e-santé et renforcer les usages, c'est dans cette double dynamique que s'inscrit la feuille de route du numérique en santé portée par la MSA, adossée à sa stratégie nationale de santé dont le numérique est certainement l'un des leviers opérationnels.

En effet, le déploiement du numérique en santé ne peut s'appuyer que sur un système d'information orienté données et services permettant de répondre aux enjeux de la stratégie de santé.

Un investissement sur l'industrialisation de la doctrine technique du numérique en santé (architecture socle, services socles, ...) est l'une des conditions indispensables à l'émergence d'une offre de services numériques de plus en plus personnalisés reposant sur des données multidimensionnelles, et au développement de l'innovation en matière de solutions et d'usages.

Ainsi, pour répondre aux enjeux du virage préventif amorcé depuis plusieurs années, la MSA doit notamment renforcer la personnalisation de ses actions et son offre de service en profitant le plus possible de sa qualité de guichet unique pour consolider la vision 360° de l'assuré. Un système d'information unique et enrichi de données multidimensionnelles permettra le déploiement d'une véritable stratégie numérique liée à la détection et au ciblage.

Plus globalement, la MSA, comme l'ensemble de ses partenaires, a la volonté de dynamiser et développer ses actions « d'aller-vers » dans l'accès aux droits et aux soins : la stratégie « Aller-vers » est l'un des leviers de la bascule du droit quérable au droit portable pour mieux lutter contre le non-recours. Elle permet également d'organiser l'accès aux soins et aux droits des publics fragiles, par une approche populationnelle spécifique et par une approche par événement de vie, par exemple.

Comme les assurés et les professionnels de santé, les employeurs agricoles attendent également une information et une communication personnalisée et proactive de la part des organismes de protection sociale, dans une logique « aller-vers » sur des canaux privilégiés (mails opérationnels, newsletters concrètes, tutoriels...).

Le dossier médical en santé au travail (DMST) tenu par les services de Santé Sécurité au Travail des caisses de MSA pour chaque travailleur, pour lequel ils ont la charge du suivi individuel de l'état de santé, constitue un outil de prévention et de traçabilité des expositions professionnelles.

La loi n°2021-1018 du 2 août 2021 prévoit, à compter du 1^{er} janvier 2024, selon les recommandations de mars 2023 de la Haute Autorité de Santé (HAS), que la plupart des éléments du DMST devront alimenter le Dossier Médical Partagé (DMP), intégré à présent à Mon Espace Santé (MES), de chaque travailleur sous réserve de son consentement après information préalable.

La MSA vise à rendre son logiciel métier Santé Sécurité au Travail interopérable afin de pouvoir, entre autres, alimenter le volet santé au travail du DMP avec les catégories de données du DMST pertinentes telles que recommandé par la HAS.

A horizon 2024, les travaux de mise en œuvre de l'interopérabilité porteront en priorité sur les données d'expositions professionnelles contenues dans le DMST afin de pouvoir satisfaire à la loi n°2021-1018 du 2 août 2021 et participer ainsi aux enjeux de santé et de santé publique du dispositif de traçabilité des expositions professionnelles :

- Evaluer le risque encouru par les travailleurs à titre individuel et collectif sur le court, moyen et long terme,
- Cibler les populations qui ont besoin d'actions de prévention/d'un suivi post-exposition et post-professionnel,
- Exploiter les données pour mieux comprendre et mettre en œuvre des politiques de santé publique.

3.6.2. Développer des travaux de recherche en partenariat

❖ Les actions issues du processus Appels à Projets scientifiques

Afin d'enrichir et appuyer scientifiquement sa connaissance des populations et territoires ruraux, de porter de manière documentée et 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 recherche⁴⁵ 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)

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.

⁴⁵ 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.

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

Pour l'année 2022, l'AAP scientifique s'est ouvert sur 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 a conduit en septembre 2022 à la sélection de 4 projets lauréats parmi les 21 lettres d'intentions reçues à la date de clôture de la première phase du processus :

- Le projet AIRES (Aide au répit : évaluation nationale en termes de données de santé) dans le cadre de l'axe 1,
- Les projets BIOME (Biomarqueurs métaboliques d'effets de cocktails de pesticides) et GAIA (Exposition au glyphosate dans le Limousin) pour l'axe 2,
- TRAJE'BRETONS (Transition rapide et juste des élevages bretons) pour l'axe 3.

Proposition 22 :

Développer des travaux de recherche sur les thématiques en lien avec la santé mentale, l'organisation des professionnels de santé sur les territoires ruraux et l'exposition aux produits phytopharmaceutiques

Enfin, l'édition 2023, actuellement en cours, appelle l'attention des équipes de recherche sur 6 axes, dont :

- le premier investiguera directement la question de la santé mentale dans les métiers agricoles en explorant la « Compréhension multifactorielle des métiers agricoles dans le cadre de la santé mentale : analyses et préventions des situations à risque et facilitations des éléments protecteurs » (axe 1),
- le second portera sur les « Analyses et perspectives de l'organisation des professionnels de santé sur les territoires ruraux » (axe 2),
- Et le dernier (axe 6) ouvrira son champ de recherche aux questions des « Détermination, validation, études de biomarqueurs d'exposition aux produits phytopharmaceutiques pour une politique de prévention des risques en santé ».

Pour cette édition 2023, les projets lauréats seront connus en septembre 2023, après validation finale du Conseil d'Orientation Scientifique.

❖ Les résultats produits par les équipes de recherche

La MSA dispose désormais des résultats de projets produits dans le cadre d'au moins 3 projets de recherche lancés par l'AAP 2020, réalisés entre 2020 et 2022, et relatifs à des questions de santé mentale : MENTAGRO, MOSA et STOP.

Le projet STOP pour *Suicides chez les Travailleurs agricoles : Observer et comprendre les facteurs de risques pour agir en Prévention*, avait pour objectif de **croiser des données de bases cotisants MSA avec des bases médico-administratives d'ALD, de maladies professionnelles et de dépenses de santé afin de mettre en évidence de potentielles associations statistiques dénotant un risque accru de dépression, associé à certaines activités agricoles**, chez les salariés agricoles (SA) et non-salariés agricoles (NSA).

Le résultat des analyses et modélisations est ainsi disponible pour 26 activités professionnelles des non-salariés agricoles et 22 des salariés agricoles.

Les résultats et l'analyse étayée contenus dans le rapport final de cette recherche pourront être directement utilisables par la MSA, en contribuant notamment au ciblage de populations d'agriculteurs les plus à risques, avec une précision territoriale.

Le projet MOSA pour *les motifs du suicide en agriculture : entre socialisation anticipatrice et absence de succession familiale* s'est fondée sur deux hypothèses, **la première a interrogé le lien entre transmission des savoirs et mal-être des éleveurs, et la seconde la corrélation entre rupture de transmission patrimoniale et suicide.**

L'analyse a permis la mise en relation des projections des jeunes sur leur métier futur et la réalité du métier telle que vécue par des éleveurs appelant au secours auprès d'une structure d'aide.

Le projet MENTAGRO pour *Santé mentale des agriculteurs en transition agro-écologique* a proposé un apport d'éclairages scientifiques sur les impacts de la transition agro-écologique (TAE) sur la santé des agriculteurs, à partir de deux volets d'études :

- un premier étudiant les micro-fondations de la relation entre TAE et la santé, en se référant au champ de la gestion des ressources humaines,
- le second proposant une focale sur les dispositifs collectifs de la TAE avec une référence au management stratégique.

Les résultats se sont avérés nombreux. Des facteurs de conversion favorisant ou entravant une gestion sereine de la TAE ont pu être déterminés.

Proposition 23 :**Participer à la réalisation d'études épidémiologiques en utilisant la sérothèque collectée au cours du projet SMARTTIQ (Séroprévalence des Micro-organismes A Risque de Transmission par les Tiques)**

Les études de séroprévalence, reposant sur la mesure de la présence d'anticorps spécifique, sont des outils très utiles pour évaluer l'exposition de la population à des agents infectieux sur le territoire ou chez des personnes appartenant à des groupes plus particulièrement exposés. Ces études permettent également d'appréhender les facteurs de risque d'une infection et de préciser sa distribution géographique.

La Direction Santé Sécurité au Travail de la CCMSA s'est associée avec Santé publique France pour réaliser des études de séroprévalence d'agents pathogènes auxquels les professionnels forestiers sont plus particulièrement exposés. L'étude SMARTTIQ (Séroprévalence des Micro-organismes A Risque de Transmission par les Tiques), réalisée sur le terrain entre 2019 et 2020, a permis de collecter auprès de 1787 professionnels forestiers de la moitié Nord de la France leurs sérums et des données socioprofessionnelles. Ces données ont permis de réaliser des analyses pour les principaux agents transmissibles par les tiques et de constituer ainsi une sérothèque pour étudier d'autres agents infectieux en lien avec le milieu forestier.

Après la valorisation des premiers résultats de l'étude SMARTTIQ (séroprévalence de la borréliose de Lyme et de l'encéphalite à tique), l'utilisation de la sérothèque pour d'autres études sur les expositions des professionnels forestiers est en cours et va se poursuivre en lien avec les Centres Nationaux de Référence (séroprévalence de la tularémie, de l'anaplasmose, de la babésiose,...).

Annexes

Annexe 1 : Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2023

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

Proposition	Etat d'avancement
1. Concevoir la nouvelle action pour les aidants intitulée « Instants aidants »	Travaux en cours. La MSA lance au cours du T4 2023 un nouveau dispositif de prévention à destination des aidants intitulé : Instants aidants. Il s'adresse à tout assuré social majeur - en situation d'aide à un proche en perte d'autonomie en raison, de l'âge, d'une maladie ou d'un handicap - volontaire à s'intégrer dans une démarche d'accompagnement individuel sanitaire et social. Instants aidants sera principalement déployé au sein des territoires ruraux (les bénéficiaires pourront être élargis au-delà de la couverture d'assuré social MSA). L'objectif est de ramener les personnes en situation d'aidance vers le parcours de santé, en utilisant l'approche motivationnelle, à partir de besoins d'accompagnement individuels sanitaires et sociaux repérés.
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)	Action engagée (cf Partie 3.1.1. e.).
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)	<p>Action engagée. Deux modalités d'aller-vers les assurés pour promouvoir les dépistages organisés des cancers ont été définies dans le plan d'action MSA :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mise en place d'entretiens motivationnels par téléphone pour le dépistage organisé du cancer colorectal auprès de personnes non dépistées (en cours d'ingénierie / démarrage de la campagne auprès des assurés le 18 septembre 2023) 2. création d'un volet « dépistages organisés des cancers » dans Coup de Pouce Prévention qui vise à financer des actions d'éducation pour la santé prometteuses et/ou à valeur probante pour encourager la participation des personnes fragiles et qui sont éloignées de ce dispositif (action lancée fin mars 2023 / commission d'attribution en octobre 2023).
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	<p>Action engagée. Coup de pouce prévention est un dispositif d'accompagnement de projet annuel piloté par la CCMSA. Il vise à favoriser l'émergence d'actions de prévention et d'éducation sanitaire et sociale dans les territoires les plus fragiles. Sa spécificité est de proposer un accompagnement méthodologique aux porteurs de projets leur permettant de consolider leur projet en amont de l'attribution du financement. Les porteurs de projets peuvent être des CMSA ou des acteurs de la société civile.</p> <p>Fort de son succès, la 1ère édition lancée fin 2021 a recueilli 372 projets. Parmi eux, 259 ont été jugés recevables et 172 ont été validés par la CCMSA selon des critères d'évaluation pré-définis. Parmi les 172 projets validés, 135 ont bénéficié d'un accompagnement méthodologique et 60 ont bénéficié d'une participation à financement.</p> <p>La 2ème édition lancée fin mars 2023 compte quelques nouveautés : les porteurs de projets peuvent soumettre des projets se déroulant au sein</p>

d'un Territoire d'Intervention Prioritaire (TIP), ou se rapportant à la prévention des conduites addictives, ou présentant des actions d'aller-vers facilitant la participation aux dépistages organisés des cancers. En tout, environ une centaine de projets seront soumis à candidature.

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

Action engagée. Pour la 3^{ème} année consécutive, la MSA a reconduit cette action auprès des femmes de 65 ans primo-vaccinantes pour la campagne 2022-2023. Ces entretiens motivationnels se sont déroulés du 18 octobre au 11 décembre 2022.

Pour renforcer le taux d'acceptation des entretiens, un message via SMS ou mail a été adressé en amont de l'entretien aux femmes ciblées pour les informer. 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 2022, parmi les 11 622 femmes ciblées, 40 % ont bénéficié d'un entretien complet et 37 % n'ont pu être jointes par l'infirmière, qui a laissé un message d'incitation à la vaccination sur leur répondeur. Seuls 6 % des femmes n'ont pas eu du tout de contact (pas de réponse à l'appel, faux numéro...). Ces entretiens ont été déclinés par 17 % des femmes, dont un tiers a déclaré être déjà vacciné.

Lors de la campagne précédente (2021-2022), dans un contexte de covid et de pénurie de vaccins antigrippaux, les gains estimés du dispositif global des entretiens personnalisés par téléphone étaient de 3 points à 9,6 points de pourcentage de vaccinées supplémentaires chez les femmes de 65 ans primo-vaccinantes. En volume, cela équivaut à un gain allant de 403 à 1 207 personnes vaccinées en plus.

1.2. Axe « Prévention du mal-être »

Proposition	Etat d'avancement
6. Contribuer au plan interministériel pour la prévention du mal-être et l'accompagnement des agriculteurs et salariés agricoles	Action engagée (cf partie 3.2.2.)
7. Optimiser les dispositifs institutionnels et leur pilotage en matière de prévention et d'accompagnement du mal-être des populations agricoles	Action engagée (cf partie 3.2.2.)
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	Travaux en cours. Lancement d'un groupe de travail Salariés en novembre 2022 pour dresser un état des lieux sur la faible capacité de détection de ces publics et outiller le réseau MSA pour améliorer la prise en charge. Lancement du groupe de travail NSA en décembre 2022 pour renouvellement d'une offre de parcours NSA et préciser la boîte à outils d'accompagnement.

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

Proposition	Etat d'avancement
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	<p>Action engagée. L'expérimentation engagée par la MSA et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) pour accompagner, sur un même site, une ou plusieurs CPTS et un hôpital de proximité, a été étendue sur une dizaine de sites sur l'ensemble du territoire.</p> <p>Ainsi dans ce cadre, le 28 février 2022, la MSA du Limousin, une des 4 caisses expérimentatrices originelles, a réuni sur le site du Dorat (87) l'ensemble des acteurs de santé locaux (professionnels de santé libéraux, direction et médecins de l'hôpital de proximité...) mais aussi des tutelles (ARS, CPAM...), ainsi que des représentants de l'ANAP et de la CCMSA. Une cinquantaine de participants étaient présents à cette réunion d'échanges. La directrice départementale de l'ARS et la Sous-Préfet ont conclu la soirée en indiquant que « <i>cette expérimentation montrait que les déserts médicaux n'étaient pas une fatalité et que la MSA démontrait sa capacité à mobiliser et à fédérer les acteurs du terrain</i> ».</p> <p>Enfin, la CCMSA a été sollicitée par l'EN3S pour témoigner avec l'ANAP, la MSA du Limousin et les acteurs de santé du site du Dorat (87) sur le développement de cette expérimentation lors de 2 sessions d'une formation sur l'accompagnement au développement des CPTS.</p> <p>Le 19 avril, F.E. Blanc, DG de la CCMSA, a signé une convention avec le Dr P. Gendry, Président d'AVECSanté, afin de renforcer le partenariat qui s'exerçait déjà au travers de la participation de la MSA aux journées nationales de cette fédération. Ainsi, la MSA a participé activement aux journées nationales d'AVECSanté qui se sont déroulées à Saint-Malo les 17 et 18 mars 2022, par la tenue d'un stand pour présenter les actions MSA auprès des Structures d'Exercice Coordonné et le témoignage, lors d'un atelier, d'une MSP mettant en œuvre le forfait diététicien/psychologue proposé par la MSA.</p> <p>En 2022, les caisses de MSA ont participé à l'accompagnement de 82 Structures d'Exercice Coordonné (41 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, 27 Maisons de Santé Pluri-professionnelles, 7 Centres de Santé et 7 Equipes de Soins Primaires).</p>

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

Proposition	Etat d'avancement
10. Renforcer l'accompagnement des praticiens réalisant des actes bucco-dentaires dans l'application des bonnes pratiques	Action engagée. Bilan en 2024.
11. Contribuer au déploiement du parcours insuffisance cardiaque	Action engagée (cf Partie 3.4.2.2. b.1).
12. Accompagner les assurés du régime agricole dans le cadre du parcours global pour la prévention de la désinsertion	Travaux en cours. L'indicateur COG « Nombre d'assurés en arrêt bénéficiant d'un parcours d'accompagnement individualisé au maintien de l'emploi » a été choisi pour être un indicateur d'intéressement. Pour 2022, la méthode d'évaluation de l'indicateur porte sur le nombre de signalements qui ont été faits dans l'application informatique locale CPME

professionnelle et le maintien en emploi	et le nombre de Cellules Pluridisciplinaires Opérationnelles qui se sont tenues. Le nouveau parcours d'accompagnement a été déployé dans les 35 caisses de MSA. Une formation structurante à l'attention des travailleurs sociaux, des médecins du travail, des conseillers en prévention, des médecins-conseils et des infirmiers est mise en place à compter du mois d'octobre 2023.
--	--

1.5. Axe « Contrôle et lutte contre la fraude »

Proposition	Etat d'avancement
13. Contrôler les Centres de santé ophtalmologiques et dentaires dans le cadre de l'inter-régime	Travaux en cours. Les actions à l'encontre des centres de santé ophtalmologiques (CSO) font suite à des signalements de plusieurs régions sur les pratiques de centres appartenant à un même groupe. Pour les centres de santé dentaires (CSD), la MSA s'est positionnée pour réaliser le contrôle des facturations en 2023 (cf. Partie 3.5.2).
14. Contrôler les avulsions de racines dentaires incluses	Action engagée. Bilan en 2024.

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

Proposition	Etat d'avancement
15. Contribuer à la mise en place de la feuille de route du numérique en santé dans le cadre de l'inter-régime	Travaux en cours. La MSA a poursuivi en 2022 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 et a participé à l'expérimentation menée avec le régime général sur 8 départements. La MSA a également poursuivi le déploiement des services à destination des professionnels de santé et s'est spécialement attachée à développer l'offre SEFi taxi (facturation en ligne pour les transports en taxi) en vue d'intégrer l'expérimentation de ce service en 2023. Elle a par ailleurs pris en compte le projet de dématérialisation des ordonnances afin d'une part, de les intégrer à son système d'information et d'autre part, de les prendre en compte dans ses processus de remboursement des frais dispensés et de délivrance des avis médicaux, notamment. Conformément à l'objectif fixé, le service en ligne 100 % santé a été ouvert en 2022 pour les assurés de la MSA.
16. Développer des travaux de recherche sur les thématiques sanitaires en lien avec le mal-être, l'environnement et les pratiques professionnelles	Travaux en cours (cf Partie 3.6.2).

Annexe 2 : La cartographie des pathologies au régime agricole

Tableau 66 :
Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole
et les consommateurs tous régimes, par pathologie, en 2021

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles			
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	
Maladies cardiovasculaires	Syndrome coronaire aigu	6 709	96,6	***	3 963	95,5	***	2 746	98,4	non-significatif
	Maladie coronaire chronique	132 914	88,4	***	81 214	87,0	***	51 700	90,8	***
	Maladie coronaire	139 623	88,8	***	85 177	87,3	***	54 446	91,1	***
	Accident vasculaire cérébral aigu	9 323	101,8	*	6 275	103,4	***	3 048	98,7	non-significatif
	Séquelle d'accident vasculaire cérébral	61 780	100,1	non-significatif	40 348	100,9	*	21 432	98,5	**
	Accident vasculaire cérébral	71 103	100,3	non-significatif	46 623	101,3	***	24 480	98,5	**
	Insuffisance cardiaque aiguë	19 227	115,0	***	14 238	117,6	***	4 989	108,2	***
	Insuffisance cardiaque chronique	65 721	117,3	***	47 675	120,8	***	18 046	109,0	***
	Insuffisance cardiaque	84 948	116,8	***	61 913	120,1	***	23 035	108,9	***
	Artériopathie oblitérante du membre inférieur	43 988	83,7	***	25 601	77,1	***	18 387	94,8	***
	Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque	166 070	112,6	***	116 509	116,1	***	49 561	105,2	***
	Maladie valvulaire	44 503	120,0	***	31 993	127,5	***	12 510	104,2	***
	Embolie pulmonaire aiguë	3 488	101,8	non-significatif	2 268	105,5	**	1 220	95,6	non-significatif
	Autres affections cardiovasculaires	31 738	120,5	***	19 747	125,5	***	11 991	113,1	***
	Maladies cardiovasculaires aiguës	37 454	107,0	***	25 851	109,5	***	11 603	101,9	**
Maladies cardiovasculaires chroniques	382 202	100,4	***	248 174	101,7	***	134 028	98,0	***	
Maladies cardiovasculaires	391 535	100,3	**	253 743	101,6	***	137 792	98,1	***	
Traitements du risque vasculaire	Traitements antihypertenseurs (hors pathologies)	455 755	105,8	***	270 942	108,6	***	184 813	101,8	***
	Traitements hypolipémiants (hors pathologies)	189 897	103,4	***	109 198	103,9	***	80 699	102,7	***
	Traitements du risque vasculaire (hors pathologies)	520 014	105,1	***	304 137	107,6	***	215 877	101,7	***
	Traitements antihypertenseurs (avec ou sans pathologies)	781 870	101,1	***	469 038	101,3	***	312 832	100,7	***
	Traitements hypolipémiants (avec ou sans pathologies)	421 260	94,7	***	237 817	91,5	***	183 443	99,1	***
	Traitements du risque vasculaire (avec ou sans pathologies)	883 296	100,2	**	520 059	100,0	non-significatif	363 237	100,4	***
Diabète	Diabète insulino-traité	48 430	90,7	***	24 157	80,7	***	24 273	103,5	***
	Diabète traité par agoniste du GLP-1	22 331	87,0	***	9 754	76,6	***	12 577	97,3	***
	Diabète	225 570	89,6	***	115 907	80,6	***	109 663	101,6	***
Diabète (avec ou sans pathologies) ou traitements du risque vasculaire (hors pathologies)	745 584	99,9	non-significatif	420 044	98,5	***	325 540	101,7	***	
Cancers	Cancer du sein de la femme actif	9 794	89,4	***	4 618	80,4	***	5 176	99,2	non-significatif
	Cancer du sein de la femme sous surveillance	22 778	79,0	***	13 180	74,5	***	9 598	86,2	***
	Cancer du sein de la femme	32 572	81,9	***	17 798	76,0	***	14 774	90,3	***
	Cancer du côlon actif	8 776	94,7	***	5 037	91,1	***	3 739	100,0	non-significatif
	Cancer du côlon sous surveillance	16 052	93,4	***	10 202	91,5	***	5 850	97,0	**
	Cancer du côlon	24 828	93,8	***	15 239	91,3	***	9 589	98,1	*
	Cancer du poumon actif	4 502	72,2	***	1 792	52,7	***	2 710	95,5	**
	Cancer du poumon sous surveillance	2 460	63,4	***	1 102	48,6	***	1 358	84,2	***
	Cancer du poumon	6 962	68,8	***	2 894	51,0	***	4 068	91,4	***
	Cancer de la prostate actif	16 130	99,5	non-significatif	9 934	101,5	non-significatif	6 196	96,5	***
	Cancer de la prostate sous surveillance	25 845	95,9	***	16 443	96,6	***	9 402	94,7	***
	Cancer de la prostate	41 975	97,3	***	26 377	98,4	***	15 598	95,4	***
	Autres cancers actifs	51 300	91,6	***	29 159	88,2	***	22 141	96,6	***
	Autres cancers sous surveillance	57 932	91,2	***	34 950	90,1	***	22 982	93,0	***
	Autres cancers	109 232	91,4	***	64 109	89,2	***	45 123	94,7	***
Cancers actifs	87 249	92,1	***	48 771	88,4	***	38 478	97,3	***	
Cancers sous surveillance	118 640	89,7	***	71 861	88,1	***	46 779	92,2	***	
Cancers	199 744	91,0	***	116 938	88,7	***	82 806	94,6	***	
Maladies psychiatriques	Troubles psychotiques	18 106	79,9	***	6 230	64,9	***	11 876	90,9	***
	Troubles névrotiques et de l'humeur:	70 540	95,7	***	34 213	89,9	***	36 327	102,0	***
	- dont troubles maniaques et bipolaires	11 939	93,1	***	5 259	92,0	***	6 680	94,0	***
	- dont dépression et autres troubles de l'humeur	43 842	97,0	***	20 515	88,9	***	23 327	105,5	***
	- dont troubles névrotiques liés au stress et somatoformes	26 874	93,6	***	14 052	89,5	***	12 822	98,7	non-significatif
	Déficience mentale	5 042	87,6	***	812	40,6	***	4 230	112,8	***
	Troubles addictifs:	26 575	84,1	***	5 996	46,9	***	20 579	109,4	***
	- dont troubles addictifs (hormis ceux liés à l'utilisation d'alcool, du tabac et du cannabis)	2 832	107,2	***	296	33,8	***	2 536	143,7	***
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation d'alcool	12 743	95,6	***	2 817	50,7	***	9 926	127,7	***
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation du cannabis	1 166	84,5	***	96	25,1	***	1 070	107,2	**
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation du tabac	14 172	74,2	***	3 367	43,6	***	10 805	95,1	***
	Troubles psychiatriques débutant dans l'enfance	6 377	84,2	***	1 212	66,0	***	5 165	90,0	***
	Autres troubles psychiatriques	14 176	71,2	***	5 712	58,7	***	8 464	83,1	***
	Maladies psychiatriques	120 809	88,5	***	48 810	76,0	***	71 999	99,6	non-significatif
	Traitements psychotropes (hors pathologies)	Traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur (hors pathologies)	161 053	92,8	***	86 934	92,8	***	74 119	92,8
Traitements neuroleptiques (hors pathologies)		20 958	101,1	non-significatif	12 293	99,7	non-significatif	8 665	103,3	***
Traitements anxiolytiques (hors pathologies)		178 508	96,3	***	101 573	95,5	***	76 935	97,5	***
Traitements hypnotiques (hors pathologies)		66 329	89,2	***	38 894	86,8	***	27 435	92,9	***
Traitements psychotropes (hors pathologies)		313 781	94,6	***	176 220	93,6	***	137 561	95,7	***
Traitements psychotropes (avec ou sans pathologies)	Traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur (avec ou sans pathologies)	224 681	92,6	***	118 353	91,2	***	106 328	94,2	***
	Traitements neuroleptiques (avec ou sans pathologies)	52 942	93,1	***	24 450	87,2	***	28 492	98,8	**
	Traitements anxiolytiques (avec ou sans pathologies)	227 917	94,7	***	123 993	92,3	***	103 924	97,7	***
	Traitements hypnotiques (avec ou sans pathologies)	85 831	87,7	***	47 571	83,9	***	38 260	93,0	***
	Traitements psychotropes (avec ou sans pathologies)	396 872	93,5	***	214 008	91,2	***	182 864	96,3	***
Maladies psychiatriques ou psychotropes	434 590	92,8	***	225 030	89,1	***	209 560	97,0	***	

Source : SNDS, exploitation MSA

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles			
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	
Maladies neurologiques ou dégénératives	Démences (dont maladie d'Alzheimer):	67 267	94,5	***	50 858	93,1	***	16 409	99,0	non-significatif
	- dont maladie d'Alzheimer	34 411	91,3	***	26 261	90,2	***	8 150	94,9	***
	- dont autres démences	32 856	98,1	***	24 597	96,4	***	8 259	103,5	***
	Maladie de Parkinson	22 216	105,1	***	15 264	107,1	***	6 952	101,1	non-significatif
	Maladies dégénératives (démences et Parkinson)	86 318	97,0	***	63 779	96,0	***	22 539	99,9	non-significatif
	Sclérose en plaque	4 213	84,2	***	1 490	79,3	***	2 723	87,2	***
	Paraplégie	4 135	84,0	***	1 798	79,6	***	2 337	87,8	***
	Myopathie ou myasthénie	2 004	78,4	***	897	75,5	***	1 107	81,0	***
	Epilepsie	17 471	100,0	non-significatif	7 295	89,0	***	10 176	109,7	***
	Autres affections neurologiques	7 870	79,2	***	3 416	71,9	***	4 454	85,8	***
	Maladies neurologiques	33 872	89,8	***	14 228	81,8	***	19 644	96,7	***
	Maladies respiratoires chroniques	117 068	95,0	***	75 893	93,3	***	41 175	98,4	***
Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	176 886	94,5	***	86 358	91,3	***	90 528	97,8	***	
Maladies respiratoires chroniques (avec ou sans mucoviscidose)	177 008	94,5	***	86 390	91,3	***	90 618	97,7	***	
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA	Maladies inflammatoires chroniques intestinales	10 466	79,5	***	3 709	70,0	***	6 757	86,0	***
	Polyarthrite rhumatoïde et maladies apparentées	19 137	107,1	***	11 398	111,8	***	7 739	100,9	non-significatif
	Spondylarthrite ankylosante et maladies apparentées	10 077	86,9	***	4 291	84,6	***	5 786	88,8	***
	Autres maladies inflammatoires chroniques	12 294	93,6	***	7 264	96,5	***	5 030	89,7	***
	Maladies inflammatoires chroniques	49 563	93,4	***	25 408	95,0	***	24 155	91,7	***
	Maladies métaboliques héréditaires ou amylose	6 845	103,9	***	3 546	106,8	***	3 299	101,0	non-significatif
	Mucoviscidose	267	78,3	***	74	75,8	**	193	79,2	***
	Hémophilie ou troubles de l'hémostase graves:	2 242	74,0	***	990	68,5	***	1 252	79,0	***
	- dont hémophilie	356	94,6	non-significatif	127	89,5	non-significatif	229	97,7	non-significatif
	- dont autres troubles de l'hémostase graves	1 886	71,1	***	863	66,2	***	1 023	75,8	***
	Maladies rares	9 337	94,0	***	4 601	94,8	***	4 736	93,2	***
	VIH ou SIDA	2 825	39,6	***	633	22,6	***	2 192	50,6	***
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA	61 330	88,2	***	30 459	89,3	***	30 871	87,1	***	
Insuffisance rénale chronique terminale	Dialyse chronique:	2 985	81,0	***	1 636	73,1	***	1 349	93,4	**
	- dont dialyse courte	324	86,9	**	164	74,7	***	160	104,4	non-significatif
	- dont hémodialyse chronique	2 768	81,1	***	1 517	73,1	***	1 251	93,4	**
	- dont dialyse péritonéale chronique	217	80,6	***	119	72,3	***	98	93,6	non-significatif
	Transplantation rénale	124	85,4	*	40	65,8	***	84	99,5	non-significatif
	Suivi de transplantation rénale	1 701	83,6	***	678	74,3	***	1 023	91,2	***
Maladies du foie ou du pancréas	Insuffisance rénale chronique terminale	4 810	82,1	***	2 354	73,3	***	2 456	92,7	***
	Hépatite C chronique ou guérie	2 295	57,3	***	662	33,8	***	1 633	79,7	***
	- dont hépatite C chronique	415	63,6	***	100	34,6	***	315	86,6	**
	Maladies du foie (hors mucoviscidose)	17 715	76,1	***	7 090	61,0	***	10 625	91,1	***
	Maladies du pancréas (hors mucoviscidose)	9 413	91,8	***	4 596	84,8	***	4 817	99,6	non-significatif
	Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose)	26 348	80,8	***	11 393	68,7	***	14 955	93,3	***
Autres affections de longue durée	Maladies du foie ou du pancréas (avec ou sans mucoviscidose)	26 377	80,7	***	11 399	68,7	***	14 978	93,2	***
	Autres affections de longue durée non retrouvées ou non ventilées	31 310	116,7	***	12 782	86,3	***	18 528	154,1	***
	Autres affections de longue durée pour insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	2 231	93,1	***	1 426	92,1	***	805	95,1	non-significatif
	Autres affections de longue durée pour bilharziose compliquée	Secret Stat		non calculable			non calculable			non calculable
	Autres affections de longue durée pour hémoglobinopathies, hémolyses chroniques constitutionnelles et acquises sévères	388	46,8	***	144	54,8	***	244	43,1	***
	Autres affections de longue durée pour néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (hors IRC/T)	1 867	102,8	non-significatif	769	98,7	non-significatif	1 098	106,0	*
	Autres affections de longue durée pour affections psychiatriques (anomalies chromosomiques)	1 079	71,0	***	196	48,2	***	883	79,3	***
	Autres affections de longue durée pour scoliose structurale évolutive	2 093	91,7	***	766	83,5	***	1 327	97,2	non-significatif
	Autres affections de longue durée pour tuberculose active, lèpre	390	60,7	***	101	35,9	***	289	80,0	***
	Autres affections de longue durée pour tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue	3 721	84,0	***	2 129	81,9	***	1 592	87,0	***
	Autres affections de longue durée hors liste (31)	34 213	78,4	***	17 236	70,5	***	16 977	88,5	***
	Autres affections de longue durée pour polyopathie (32)	5 954	73,8	***	4 294	69,3	***	1 660	88,5	***
Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)	79 032	88,7	***	37 265	74,4	***	41 767	107,3	***	
Au moins une pathologie	931 692	95,1	***	498 464	92,5	***	433 228	98,3	***	
Au moins une pathologie ou traitement	1 299 344	97,3	***	688 788	96,1	***	610 556	98,7	***	
Maternité	Maternité (avec ou sans pathologies)	30 269	93,4	***	3 209	82,3	***	27 060	94,9	***
	Maternité (hors pathologies et traitements)	26 802	95,7	***	2 883	86,3	***	23 919	96,9	***
Hospitalisations ponctuelles	Au moins une pathologie, traitement, maternité ou hospitalisation	1 326 146	97,3	***	691 671	96,0	***	634 475	98,7	***
	Hospitalisations ponctuelles (hors pathologies, traitements ou maternité)	143 835	99,2	***	44 511	99,8	non-significatif	99 324	98,9	***
	Hospitalisations ponctuelles (avec ou sans pathologies, traitements ou maternité)	456 508	94,9	***	219 549	93,3	***	236 959	96,4	***
Traitement antalgique ou anti-inflammatoire	Traitement antalgique (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	1 469 981	97,4	***	736 182	96,2	***	733 799	98,7	***
	Traitement antalgique (avec ou sans pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	31 302	92,9	***	9 055	80,9	***	22 247	98,9	non-significatif
	Traitement ANS (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	397 013	102,2	***	226 489	102,0	***	170 524	102,5	***
	Traitement ANS (avec ou sans pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	4 780	106,6	***	1 610	104,1	non-significatif	3 170	108,0	***
	Traitement antalgique ou anti-inflammatoire (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	29 590	100,4	non-significatif	13 201	99,5	non-significatif	16 389	101,2	non-significatif
	Traitement antalgique ou anti-inflammatoire (avec ou sans pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	34 224	94,0	***	10 276	84,1	***	23 948	98,9	*
Traitement corticoïde	Traitement antalgique ou anti-inflammatoire (avec ou sans pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	422 074	102,1	***	239 843	102,1	***	182 231	102,0	***
	Traitement corticoïde (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	1 327	109,1	***	640	121,6	***	687	99,5	non-significatif
Pas de pathologies, traitements, maternité, hospitalisations ou traitement antalgique ou anti-inflammatoire	Traitement corticoïde (avec ou sans pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	29 986	101,2	**	18 027	105,9	***	11 959	94,7	***
	Pas de pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations	1 429 137	103,0	***	425 092	107,8	***	1 004 045	101,0	***
Total consommateurs régime agricole		1 463 361	102,7	***	435 368	107,1	***	1 027 993	101,0	***
		2 933 342			1 171 550		1 761 792			
Covid-19	Séjours en hospitalisation complète pour prise en charge de la Covid-19	13 937	83,2	***	8 561	81,7	***	5 376	85,7	***
	Séjours en hospitalisation complète pour prise en charge de la Covid-19, avec prise en charge en soins critiques au cours du séjour	2 286	67,0	***	1 103	60,5	***	1 183	74,4	***
Obésité	Obésité avec séjour hospitalier	109 121	100,1	non-significatif	55 543	103,2	***	53 578	97,1	***
Trisomie 21	Trisomie 21	713	58,2	***	127	36,9	***	586	66,6	***

Annexe 3 : Définitions et algorithmes des groupes de pathologies qui composent la dépense estimée

Maladies cardioneurovasculaires : Personnes atteintes par au moins une affection cardiovasculaire aigue 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 1^{er} 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 G10

Annexe 4 : Facteurs de risque du suicide, méthode du modèle de Cox

Après avoir analysé l'effet de différentes variables ajustées par âge et sexe sur le risque de suicide, des analyses de survie multivariées ont été effectuées à l'aide de modèles de Cox. Ces analyses ont permis de calculer des hazards ratios (HR) ainsi que leur intervalle de confiance à 95 %, et présentent pour chacune des caractéristiques étudiées, le sur-risque (ou sous-risque) de décéder par suicide par rapport à la modalité de référence.

Différentes variables ont pu être testées dans des modèles de Cox univariés ajustés sur l'âge et le sexe. Les variables intégrées dans le modèle final l'ont été après avoir été déclarées comme expliquant significativement le risque de décès à 5 % dans les modèles univariés. Parmi les variables possiblement corrélées, un choix a été fait pour n'en conserver qu'une, la plus pertinente au niveau statistique et au niveau métier. Des regroupements ont pu être réalisés pour 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,
- Régime,
- Avoir une maladie psychiatrique ou recevoir un traitement par psychotropes,
- Avoir fait une tentative de suicide au cours des 5 dernières années.

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 2020. 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.

Annexe 5 : Les actions du plan national GDR maladie 2022

Les actions du plan GDR national MSA 2022 portaient sur 25 actions déclinées autour de 6 axes :

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

Les actions inter-régime suivantes n'ont pas été lancées pour l'année 2022 :

- l'action portant sur les SSIAD,
- l'action Mise sous accord préalable des établissements-chirurgie ambulatoire.

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).

Cette action a été suspendue en 2022.

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).

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 179 865 euros pour les 3 premiers trimestres de l'année 2022 (**Tableau 67**).

Les données du 4^{ème} trimestre 2022 n'ont pu être transmises à la CCMSA par la Cnam du fait de l'incapacité de différencier le régime des assurés éligibles aux différents PRADO.

Tableau 67 :
Nombre d'assurés MSA éligibles, adhérents au PRADO
et montants remboursés par le régime agricole de janvier à octobre 2022⁴⁶

PRADO	Maternité	Chirurgie/ Orthopédie	Insuffisance cardiaque	BPCO	AVC	Personnes âgées
Nombre d'assurés éligibles	1 055	3 265	1 342	121	388	707
Nombre d'assurés adhérents	931	3 022	1 315	120	374	699
Taux d'adhésion	88 %	93 %	98 %	99 %	96 %	99 %
Montant (en euros)	13 965 €	90 660 €	39 450 €	3 600 €	11 220 €	20 970 €
Montant total	179 865 €					

Source : CNAM -Exploitation MSA

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 2022, 931 assurées ont adhéré au programme Prado Maternité pour un montant total de 13 965 €.

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 2017⁴⁷. 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 2022, 3 022 assurés du régime agricole ont adhéré à ce programme pour un montant total de 90 660 €.

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 2022, 1 315 assurés ont adhéré à ce programme pour un montant total de 39 450 €.

⁴⁶ Les données d'octobre sont partiellement renseignées.

⁴⁷ 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.

5.2.2.4. Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Le programme PRADO 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, 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 2022, 120 adhésions ont été recensées pour un montant total de 3 600 €.

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.

La MSA a déployé ce PRADO depuis février 2020.

En 2022, 374 assurés ont adhéré à ce programme pour un montant total de 11 220 €.

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 2022, 699 assurés ont adhéré à ce programme pour un montant total de 20 970 €.

5.2.3. Accompagnement des structures d'exercice coordonné

Cf. partie 3.3.

5.2.4. Déploiement du parcours insuffisance cardiaque

Cf. partie 3.4.2.2.

5.3. Pertinence et efficacité des produits de santé

5.3.1. 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). Le grand appareillage orthopédique représente une part de plus en plus importante des remboursements de la LPP, supérieure à 8 % depuis 2018 (**Tableau 68**).

La crise sanitaire avait entraîné une baisse de près de 7 % des remboursements de grand appareillage en 2020 (en baisse pour la première fois depuis 2013). En 2022, les remboursements liés au grand appareillage atteignent 41,6 millions d'euros (soit une baisse de 2,1 % par rapport à 2021 mais à relativiser par rapport à 2019). En effet, les remboursements liés au grand appareillage retrouvent quasiment leur niveau de l'avant crise sanitaire avec une baisse de 0,6 % 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 68 :
Montants remboursés et évolution du GAO et de la LPP au régime agricole de 2013 à 2022

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
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 €	20 468 847 €
Prothèses oculaires et faciales	623 924 €	638 847 €	630 919 €	756 058 €	752 516 €	816 603 €	778 472 €	724 387 €	687 469 €	735 345 €
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 €	5 202 139 €
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 €	15 217 734 €
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 €	41 624 064 €
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 €	522 710 338 €	519 373 294 €
Part GAO / LPP	7,76%	7,87%	7,84%	7,74%	7,90%	8,19%	8,40%	8,04%	8,14%	8,01%
Evolution GAO	-0,79%	3,98%	2,40%	1,03%	3,02%	1,80%	4,36%	-6,78%	8,99%	-2,14%
Evolution LPP	-0,16%	2,51%	2,88%	2,28%	0,95%	-1,74%	1,74%	-2,61%	7,66%	-0,64%

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 2022, plus de 17 200 demandes ont été étudiées (- 3 % par rapport à 2021). Le taux de refus de ces demandes est de 8,5 % (7,6 % en 2021).

Ces refus ont généré une économie nette de plus de 1 526 000 euros. Les remboursements de GAO ayant un poids de plus en plus important dans la LPP, il est impératif de veiller à les contenir (**Tableau 69**).

Tableau 69 :
Economies réalisées sur la base des demandes d'accord préalable de grand appareillage, en 2022

	Nombre de dossiers	Montant prestation ou appareillage refusé	Nb de dossiers donnant lieu à une nouvelle prescription ou facturation	Montant lié aux nouvelles prescriptions/ facturations	Montant de l'économie	ECONOMIES TOTALES
Refus total	1 279	2 903 728	679	1 450 967	1 452 761	1 526 319
Accord partiel	185				73 558	

Source : MSA

En cas de demande complexe, les binômes peuvent solliciter l'avis de l'un des cinq médecins-conseils experts régional. En 2022, ces experts ont été sollicités pour l'examen de 270 dossiers, soit 2 % de l'ensemble des demandes d'accord préalable de GAO.

Les binômes des caisses sont également chargés de traiter les éventuelles attestations de convenance transmises par les assurés : en 2022, 88 attestations de convenance ont été adressées à 29 caisses par les assurés, générant la convocation de 8 assurés et de 37 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 est construite avec un objectif de santé publique et prend la forme d'un accompagnement / sensibilisation. Le principe de l'action est de détecter systématiquement les associations médicamenteuses contre-indiquées (AMCI) et d'informer les médecins et pharmaciens des anomalies repérées par l'envoi d'un courrier.

L'objectif de cette action est la diminution du risque de iatrogénie médicamenteuse pour les assurés de la MSA. Les AMCI sont détectées automatiquement sur les bases de remboursements, puis analysées par le médecin-conseil avec les données médicales du patient. Les nouvelles AMCI détectées chaque mois donnent lieu à l'envoi d'un courrier au médecin prescripteur et au pharmacien.

En 2022, l'action a été menée sur la base de plus 21 millions d'ordonnances de pharmacie liquidées par les caisses de MSA parmi lesquelles 5 760 AMCI ont été détectées, soit un taux brut d'AMCI de 26,9 pour 100 000. Dans ce cas, un courrier est adressé (accompagné d'une reconstitution de l'ordonnance) au médecin prescripteur ainsi qu'un autre courrier au pharmacien ayant délivré les médicaments. Ces courriers les informent d'une AMCI et les incitent également à contacter le service du contrôle médical de la caisse de MSA.

Deux mois plus tard, si une AMCI est toujours repérée, le médecin-conseil a la possibilité de convoquer l'assuré après en avoir informé le praticien par courrier au titre de l'article L.315-2-1 du Code de la Sécurité Sociale. Un délai de réponse est accordé de nouveau au médecin traitant afin qu'il puisse prendre contact avec le service du contrôle médical.

En cas de désaccord persistant après la convocation, le médecin-conseil a toujours la possibilité de mettre en place une expertise thérapeutique.

Plus de 1 300 courriers ont ainsi été envoyés aux médecins prescripteurs, leur signalant les nouvelles AMCI détectées, ce qui représente un taux de nouvelles AMCI de 6,1 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 2022 est reporté dans les **tableaux 70 et 71**.

Le contrôle des demandes d'accord préalable, de catégorie 1, à fort enjeux a conduit les contrôles médicaux à examiner près de 74 000 demandes en 2022 contre 71 470 en 2021. La prestation a été accordée dans 91 % des cas. Elle a fait l'objet d'un refus dans 8 % des cas (médical ou administratif) et d'un refus partiel dans 1,3 % des cas.

Les prestations d'assistance respiratoire de la liste des produits et prestations (LPP)

Les prestations de pression positive continue (PPC - Forfait 9), du forfait 6, ainsi que certaines prestations d'oxygénothérapie ont le plus bas taux d'accord des DAP de catégorie 1 (84 %), avec 12 % de refus de la prise en charge de la prestation et 4 % de refus partiels (**Tableau 70**).

Les refus médicaux, administratifs et les refus partiels ont permis d'économiser 1,1 M€, soit 1,3 % des remboursements de ces prestations (**Tableau 71**).

Les soins

Au sein de la classification commune des actes médicaux (CCAM), 79 codes sont soumis à une DAP et font l'objet d'un examen systématique par les contrôles médicaux. Le taux de refus de prise en charge de ces actes est de 6 %. L'estimation des dépenses évitées grâce à ce contrôle s'élève à plus de 122 000 €, ce qui représente 3,8 % des montants remboursés pour ces actes techniques.

Les prestations dentaires

Le domaine dentaire représente le domaine avec le plus grand nombre de DAP (30 742, près de 46 %). Le contrôle obligatoire des DAP en dentaire concerne l'orthodontie des enfants de moins de 16 ans. Ces demandes sont refusées dans 6 % des cas, presque exclusivement pour des motifs administratifs. Les économies réalisées grâce à ces refus sur les dépenses de l'année 2022 sont de 464 137 €, soit 2,9 % des remboursements effectués sur ce poste.

Tableau 70 :
Nombre de demandes d'accord préalable à fort enjeux et nature des avis rendus en 2022

	Accords		Refus Medical		Refus Administratif		Refus Partiel		Total Refus en %	
Assistance respiratoire	12 171	84%	145	1%	1 524	11%	643	4%	2 312	16%
Grand Appareillage	16 586	90%	47	0%	1 441	8%	362	2%	1 850	10%
Dentaire (ODF)	30 742	94%	98	0%	1 881	6%	-	0%	1 979	6%
Soins (CCAM)	7 689	94%	68	1%	423	5%	19	0%	510	6%
	67 188	91%	358	0%	5 269	7%	1 024	1%	6 651	9%

Source : MSA

Tableau 71 :
Nombre de demandes d'accord préalable de catégorie 2 et nature des avis rendus en 2022

	Accord		Refus Medical		Refus Administratif		Refus Partiel		Total Refus en %	
Transports	23 817	89%	144	1%	972	4%	1 842	7%	2 958	11%
LPP (hors ass respiratoire)	4 271	84%	25	0%	580	11%	183	4%	788	16%
Soins (CCAM)	2 288	97%	1	0%	53	2%	26	1%	80	3%
Cures thermales	1 121	69%	52	3%	30	2%	425	26%	507	31%
Dentaire (hors ODF)	902	91%	2	0%	85	9%	-	0%	87	9%
Hospitalisations	711	100%	-	0%	-	0%	1	0%	1	0%
	33 110	88%	224	1%	1 720	5%	2 477	7%	4 421	12%

Source : MSA

Ainsi, le contrôle des DAP de catégorie 1 pour les soins, l'assistance respiratoire et les traitements ODF a permis une économie estimée de 1,7 millions d'euros en 2022, à laquelle peuvent être ajoutées les dépenses évitées grâce au contrôle du GAO, soit une économie globale de 3,2 M€ (**Tableau 72**).

Tableau 72 :
Montant des économies générées en 2022 par les refus de DAP

	montant des économies	montant remboursés des actes soumis à DAP	économie en %
Assistance respiratoire	1 108 592	87 927 644	1,3%
Soins (CCAM)	122 405	3 215 863	3,8%
Dentaire (ODF)	464 137	15 777 136	2,9%
	1 695 134		

Source : MSA et SNDS

5.4.2. Actes dentaires

5.4.2.1. Vérification du respect de la réglementation dans la réalisation du bilan parodontal et des actes DSR pour les assurés diabétiques en ALD 8

En 2020 et 2021, les services des contrôles dentaires des caisses de MSA ont mis en œuvre une action d'accompagnement des professionnels de santé en odontologie. Cette action portait uniquement sur l'acte HBQD001 « bilan parodontal ».

En 2022, cette action a été élargie afin de vérifier le respect des conditions de prise en charge des actes HBQD001 (bilan parodontal) mais aussi des actes HBJA003, HBJA171, HBJA634 (Assainissement parodontal, dénommé également : détartrage-surfaçage radiculaire - DSR) qui ne sont facturables à l'assurance maladie que pour les assurés bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD 8 (diabète), ainsi que de l'absence de facturation d'un détartrage HBJD001 dans les six mois suivants un DSR.

L'action consiste à accompagner les professionnels de santé pour la facturation de ces actes pris en charge uniquement pour les assurés en ALD 8. Elle ne prévoit pas de récupération d'indus, sauf en cas de non réponse de la part des praticiens interrogés. En 2022, près de 700 praticiens étudiés ont réalisé ces actes. Parmi eux, 35 % ont reçu un courrier de rappel réglementaire de la part des services du contrôle dentaire des caisses de MSA.

5.4.2.2. Vérification des bonnes pratiques avec la réalisation de radiographie lors du traitement radiculaire en endodontie

Cette 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.

Les professionnels de santé ne respectant pas les référentiels médicaux ou conventionnels en vigueur sont destinataires d'un courrier de rappel réglementaire de la part du chirurgien-dentiste conseil :

- non-respect d'ordre médical : 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),
- non-respect d'ordre conventionnel : non-respect de la CCAM, par cotation erronée des codes de radiographies spécifiques aux actes d'endodontie.

Sur les actes facturés en 2021, près de 900 praticiens ont été étudiés dont 68 % présentaient au moins une anomalie, soit plus de 3 500 anomalies. S'agissant d'une action d'accompagnement, aucun indu n'est notifié aux professionnels de santé, sauf si le praticien ne répond pas à la demande de renseignements envoyée par le chirurgien-dentiste-conseil.

5.4.2.3. Vérification du respect de la prise en charge du bridge remplaçant une incisive (HBLD785 chapitre 07.02.03.04)

Cette nouvelle action consiste à vérifier le respect des conditions de prise en charge de l'acte HBLD785 et des actes qui y sont éventuellement associés (piliers supplémentaires,...).

Pour 2022, cette action est une mesure d'accompagnement et les anomalies constatées ne font pas l'objet de récupération d'indu mais uniquement d'un rappel à la réglementation et/ou aux recommandations de bonnes pratiques.

Entre le 01/10/2021 et le 31/12/2021, les chirurgiens-dentistes-conseils des caisses de MSA ont étudié 940 praticiens dont 38 % présentaient au moins une anomalie. Au total, 856 courriers de renseignements ont été envoyés et près de 70 000 euros d'indus potentiels ont été détectés.

5.5. Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail

5.5.1. Ciblage des pathologies lombaires et psychiatriques dans le cadre du contrôle des arrêts 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. En œuvre depuis 2017, il comporte plusieurs volets afin d'améliorer l'efficacité du contrôle médical notamment en matière de contrôle des arrêts de travail. A cet effet, 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 a été mise en place.

Deux programmes ont été déployés portant sur les arrêts de travail, en législation maladie ou AT/MP, pour d'une part, les pathologies lombaires mécaniques (2018) et d'autre part, les pathologies mentales (2020).

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.

Concernant les pathologies psychiatriques, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, une personne sur quatre sera touchée à un moment de sa vie par un trouble psychique. Les troubles psychiques comptent parmi les causes principales de morbidité et de mortalité. Au régime agricole en 2017, la prévalence de l'ALD 23 approche 20 pour 1 000, au quatrième rang derrière le diabète, l'insuffisance cardiaque et les cancers ; l'ALD n'étant accordée que pour les pathologies les plus sévères.

Les répercussions de ces troubles et la souffrance qu'ils engendrent, s'inscrivent dans le long terme, pèsent sur la situation professionnelle, l'emploi et plus généralement l'insertion et la vie sociale. La question des interactions entre situation sociale et santé se pose donc particulièrement pour ces maladies chroniques. Les effets de la relation à double sens entre inégalités et santé sont multipliés : si les inégalités sociales compliquent la pathologie chronique et sa prise en charge médico-sociale ; la maladie chronique aggrave, à son tour, les inégalités sociales (DREES).

Un processus de contrôle et d'accompagnement 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. 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 ou pour pathologies psychiatriques 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. 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 2022, plus de 7 000 arrêts de travail ont été ciblés dans le cadre des actions sur les arrêts de travail de longue durée. Parmi ces arrêts de travail, 682 sont imputables à des pathologies lombaires et 1 532 à des pathologies psychiatriques. L'âge moyen des assurés de ces deux catégories de pathologie est de 46,8 ans. Afin d'exposer les dossiers les plus complexes (172 pour pathologies lombaires et 406 pour les pathologies psychiatriques), près de 200 réunions de supervisions ont été mises en place par les services des contrôles médicaux (**Tableau 73**).

Tableau 73 :
Mise en œuvre des réunions de supervisions en 2022

	Pathologies lombaires	Pathologies psychiatriques	TOTAL
Nombre d'arrêts de travail ciblés	682	1 532	2 214
Age moyen des assurés	48,5	46,1	46,8
Nombre de dossiers exposés en supervision	172	406	578
Taux de dossiers exposés	25%	27%	26%

Source : MSA

5.5.2. Prévention de la désinsertion professionnelle et maintien en emploi

Cf. partie 3.4.2.3.

5.6. Contrôle et lutte contre la fraude

5.6.1. Transports : action GDR-LCF

En réponse aux recommandations de la mission nationale de contrôle (MNC), la CCMSA a mis en place dès 2019 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.

Depuis 2020, l'action porte exclusivement sur les taxis. Chaque caisse doit contrôler à 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.

En 2022, 61 taxis ont ainsi été contrôlés. Parmi ces transporteurs, 17 taxis ont fait l'objet d'une détection d'anomalie. Deux 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) et 5 pour faute ou abus. Le montant des anomalies constatées par 14 caisses s'élève à près de 330 000 euros (certaines caisses ayant contrôlé et calculé les notifications jusqu'à 3 ans) dont 205 000 euros d'abus, de faute ou de fraude.

Les fraudes détectées ont essentiellement porté sur la facturation excessive et sur des actes fictifs.

L'action a été reconduite pour l'année 2023.

5.6.2. Contrôle des centres de santé ophtalmologiques et dentaires

Cf. partie 3.5.2.

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 (second semestre 2021).

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 devait être engagée. Toutefois, l'avenant n°8 de la convention nationale des infirmiers a contraint à limiter le contrôle au second semestre 2021, c'est-à-dire

une limitation au contrôle initial, afin de sécuriser les aspects juridiques et contentieux au regard des évolutions réglementaires.

Le contrôle initial a donc permis d'identifier que le nombre d'AIS3 avait été supérieur à 4 par jour pour plus de 700 assurés du régime agricole. Ces actes ont été réalisés par 1 110 IDE, soit 1 % des IDE libéraux.

Le montant des anomalies constatées s'élève à 163 500 euros dont 61 % ont fait l'objet d'une émission d'indus auprès des IDE (plus de 100 000 euros).

A l'issue de ce contrôle, 32 dossiers ont été orientés vers la cellule de lutte contre la fraude afin de réaliser une analyse globale de l'activité de l'IDE.

Malgré la recommandation d'effectuer uniquement le contrôle sur le second semestre 2021, 6 caisses ont réalisé un contrôle à 6 mois sur l'année 2022. Au cours de cette phase de contrôle, 52 % des IDE contrôlés initialement avaient réitéré le dépassement de la limite de 4 AIS3 par jour ; plus de 22 000 euros d'anomalies ont été émis. Huit dossiers ont été orientés vers la cellule de lutte contre la fraude par deux de ces caisses.

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 depuis moins d'un an à la date des soins.

Ces anomalies de facturation ont été relevées pour 460 assurés du régime agricole ; les actes en anomalie ont été exécutés par plus de 740 IDE.

Le contrôle médical a adressé une demande d'information quant à la justification médicale de ces prescriptions de nuit à 78 médecins ; près d'un tiers a répondu. Après analyse par le contrôle médical des réponses des praticiens, 28 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.

Près de 37 000 euros ont été émis auprès des IDE n'ayant pas respecté la prescription et 10 dossiers ont été transmis à la cellule de lutte contre la fraude afin d'analyser l'activité de l'IDE dans sa globalité.

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 chirurgiens-dentistes conseils des 35 caisses de MSA ont réalisé des contrôles sur 11 actes CCAM différents, facturés en 2021 et réalisés par 1 353 chirurgiens-dentistes libéraux. Le contrôle de ces actes a mis en évidence plus de 29 000 euros d'anomalies.

Les contrôles qui ont dégagé les montants d'anomalies les plus élevés (70 % du montant des anomalies détectées) ont porté sur les actes suivants : ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire (HBGD027) et pose d'une couronne dentaire implantoportée (HBLD418) avec pour chacun de ces actes plus de 10 000 euros d'anomalies détectées sur la part obligatoire.

5.6.5. 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.

Pour la campagne 2022, les caisses de MSA ont contrôlé plus de 400 EHPAD dont la MSA est pivot dans lesquels sont hébergés des ressortissants du régime agricole.

Dans ces 400 EHPAD, le montant des anomalies constatées (quel que soit le régime d'appartenance des résidents) s'élève à plus de 1 million d'euros. A fin janvier 2023, le montant des notifications d'indus aux établissements s'élève à près de 600 000 € (**Tableau 74**).

Tableau 74 :
Montant des indus constatés et notifiés (en euros) par les caisses de MSA pivots d'EHPAD, pour la campagne 2022

	Montant des anomalies constatées	Montant des anomalies notifiées
Assurés MSA	433 186 €	249 062 €
Assurés des autres régimes	610 363 €	340 950 €
TOTAL	1 043 549 €	590 012 €

Source : MSA

Le montant des anomalies détectées par les caisses de MSA pour leurs ressortissants dans des établissements dont les CPAM sont pivots s'élève à plus de 1,4 million d'euros.

5.6.6. 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.

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.

Cette action de contrôle inscrite au plan de GDR 2022 a finalement été neutralisée. Toutefois, quatre caisses de MSA ont contrôlé une centaine de SSIAD. Des anomalies ont été détectées pour 87 % d'entre eux, portant sur plus de 690 IDE libéraux.

Les anomalies constatées s'élèvent à plus de 100 000 €. Trois caisses ont notifié près de 53 000 € dont un quart réclamé directement auprès des IDE.

5.7. Autres actions locales

Dans le réseau MSA, 29 caisses ont mené des actions de gestion du risque répondant à des problématiques locales pour contrôler certains professionnels de santé et le contrôle des arrêts de travail. Ainsi, environ 250 000 € d'anomalies ont été détectés.

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.

Le bilan 2019-2022 des enquêtes accident et des montants récupérés pour le régime agricole est détaillé dans le **tableau 75**.

Tableau 75 :
Nombre d'enquêtes accident, montants récupérés au régime agricole entre 2019 et 2022

	2019	2020	2021	2022	Evolution 2020-19	Evolution 2021-19	Evolution 2022-19
Nombre d'enquêtes accident	18 038	13 870	15 596	13 653	- 23,1 %	- 13,5 %	- 24,3 %
Montant récupéré auprès des assureurs des tiers responsables	43 287 342 €	40 624 756 €	44 075 114 €	38 317 688 €	- 6,2 %	+ 1,8 %	- 11,4 %
Montant récupéré par assuré (distinction du régime à partir de 2021)	13,62 €	12,81 €	SA : 16,12€ NSA : 10,73€	SA : 13,45€ NSA : 10,46€	-	-	-

Source : MSA

L'analyse des encaissements sur les années 2021/2022 fait ressortir une légère baisse du nombre d'encaissement pour le RCT (- 6,6 %) (**Tableau 76**).

Cette légère diminution n'est pas liée à une baisse d'activité mais à des dossiers qui ont une durée de « vie » plus longue. En effet, les gestionnaires constatent une augmentation des délais de gestion des dossiers (renvois d'audiences à répétition, augmentation des contestations des assureurs, engorgement des juridictions et des expertises en lien avec la crise sanitaire).

Il faut noter également que l'évolution du nombre de blessés toutes gravités est estimée en baisse par rapport à 2019 (- 0,9 %) ; la baisse est plus sensible sur les blessés graves (- 1,8 %) (**Tableau 77**).

Ainsi, d'après la méthode d'estimation de l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR), 236 834 personnes auraient été blessées en 2022 sur les routes de France métropolitaine, contre plus de 239 000 en 2019 et près de 240 000 en 2021.

Il s'avère que les préjudices corporels ont été moins importants en 2022 et, à fortiori, le coût moyen d'un dossier moins élevé.

L'examen des encaissements nationaux témoigne d'une baisse du nombre d'encaissements plus importante sur les créances supérieurs à 100 000 €.

Tableau 76 :
Analyse des encaissements en 2021 et 2022 au régime agricole

Analyse des encaissements	Moins de 1 000 €	De 1 000 € à 10 000 €	De 10 000 € à 30 000 €	De 30 000 € à 100 000 €	De 100 001 € à 300 000 €	Supérieur à 300 000 €	Total
2021	4 196	1 977	509	224	64	12	6 982
2022	4 014	1 813	422	219	48	8	6 524
Ecart	- 4,3 %	- 8,3 %	- 17,1 %	- 2,2 %	- 25,0 %	- 33,3 %	- 6,6 %

Source : MSA

Tableau 77 :
Données relatives aux accidents corporels enregistrés par les forces de l'ordre, en France métropolitaine de 2019 à 2022

	Accidents corporels		Blessés (toutes gravités)		Blessés graves	Tués à 30 jours
	BAAC*	Estimés	BAAC*	Estimés	Estimés	
2019	56 016	184 068	70 490	239 045	16 248	3 244
2021	53 540	185 804	67 057	239 986	15 944	2 944
2022	52 380	183 072	65 430	236 834	15 956	3 267
Evolution 2022/2021	-1 160	-2 732	-1 627	-3 152	12	323
	-2,2%	-1,5%	-2,4%	-1,3%	0,1%	11,0%
Evolution 2022/2019	-3 636	-996	-5 060	-2 211	-292	23
	-6,5%	-0,5%	-7,2%	-0,9%	-1,8%	0,7%

*Bulletin d'Analyse des Accidents Corporels

Source : ONISR

Dans le cadre de l'inter-régime a été lancé un projet de révision du Protocole d'accord signé avec les assureurs (PAOS) afin de poursuivre la démarche d'optimisation de l'activité du RCT en garantissant un équilibre financier équitable à chacun des partenaires, CNAM, CCMSA et sociétés d'assurances.

Fin 2022 et début 2023, les échanges entre les DG de la CCMSA et de la CNAM ainsi qu'avec France assureurs ont permis le lancement des travaux de révision du PAOS avec les assureurs.

Les échanges qui ont eu lieu avec les assureurs en février 2023 ont permis l'obtention d'un accord pour travailler en priorité sur le thème des frais futurs et des dépenses de santé futures, et dans un second temps, sur l'actualisation et la simplification de certaines dispositions conventionnelles relatives aux modalités de gestion qui sont source de discussions et de litiges avec les assureurs :

➤ *Les modalités de gestion et de calcul des frais futurs :*

- Evaluation des frais futurs d'appareillage (prothèses principales, de secours ou de seconde mise...), des petits appareillages et des dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie,
- Prise en charge des frais de location et de transport,
- Définition des frais futurs certains ou prévisibles,
- Calcul des dépenses de santé futures pour les prises en charge simultanées de séjour en EHPAD et hospitalisation à domicile...

➤ *L'actualisation et la simplification de diverses dispositions conventionnelles :*

- Affiner les clauses juridiques de la convention (compléter les sanctions en cas de non-respect des dispositions par l'une ou l'autre des parties, revoir la rédaction de certains articles dans le but de clarifier les obligations qui incombent aux parties pour limiter des pratiques divergentes),
- Actualiser certaines définitions (préciser la définition des frais futurs certains ou prévisibles, prise en compte des nouveaux engins de déplacement personnel (EDP) comme les trottinettes électriques, les gyropodes, les hoverboards,...),
- Revoir la prise en charge de certaines prestations (calcul de l'assiette pour les IJ à temps partiel, chiffrage des arrêts de travail prévisibles dans le cadre des frais futurs,...), revaloriser les plafonds du règlement en capital).

Un calendrier de travail a été mis en place pour l'organisation en 2023 de réunions avec les assureurs et en interne CNAM - CCMSA.

msa.fr
statistiques.msa.fr
geomsa.msa.fr

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