

Rapport Charges et Produits MSA 2025

■ Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement
sur l'évolution des charges et des produits au titre de 2025 (loi du 13 août 2004)



Sommaire

SOMMAIRE

Synthèse	5
Liste des propositions de la MSA pour 2025	11
Axe « Prévention, promotion et éducation pour la santé »	11
Axe « Prévention et lutte contre le mal-être »	11
Axe « Une seule santé »	11
Axe « Structuration de l'offre de soins sur les territoires »	11
Axe « Qualité des pratiques, pertinence des soins et parcours de soins ».....	11
Axe « Contrôle et lutte contre la fraude »	12
Axe « Enjeux numériques et recherche en santé ».....	12
Partie 1 : Les charges et les produits du régime agricole et le suivi de l'Ondam.....	13
1.1. Les charges et les produits du régime agricole	14
1.2. Le suivi de l'Ondam au régime agricole en 2023.....	18
1.2.1. L'évolution des soins de ville	19
1.2.2. L'évolution des dépenses au titre des établissements sanitaires	20
1.3. Les perspectives 2024-2025 pour l'enveloppe des soins de ville	20
1.3.1. Les prévisions 2024.....	20
1.3.2. Les évolutions tendanciennes 2025 en soins de ville	22
Partie 2 : Les caractéristiques de la population agricole	24
2.1. Les caractéristiques démographiques des personnes protégées en maladie au régime agricole ...	25
2.2. Les caractéristiques sanitaires des patients du régime agricole	30
2.2.1. La cartographie des pathologies au régime agricole en 2022	30
2.2.2. La structure par pathologie de la dépense Ondam au régime agricole en 2022.....	42
2.2.3. Les patients en affection de longue durée au régime agricole en 2022	47
2.2.4. La mortalité par suicide et les tentatives de suicide au régime agricole.....	56
2.2.4.1. La mortalité par suicide au régime agricole en 2021 et sur la période 2018-2021	56
2.2.4.2. Les tentatives de suicide au régime agricole de 2018 à 2022	67
2.3. Les caractéristiques territoriales des patients du régime agricole en lien avec l'offre de soins.....	71
2.3.1. Caractérisation de la population agricole versus population générale par rapport à la grille communale de densité.....	72
2.3.2. Analyse de la part des professionnels de santé de premier recours âgés de 60 ans et plus par territoire de vie	75
2.3.3. L'accessibilité potentielle localisée aux professionnels de santé de premier recours de la population agricole versus générale avec un focus sur la population âgée de 60 ans et plus	80
Partie 3 : Les propositions de la MSA pour contribuer aux politiques publiques de santé	89
3.1. Axe « Prévention, promotion et éducation pour la santé »	91
3.1.1. Une offre de prévention ciblée en lien avec l'ensemble des acteurs de santé.....	91
3.1.2. L'accompagnement des personnes dans l'accès aux droits : le Rendez-vous Prestations MSA	105
3.2. Axe « Prévention et lutte contre le mal-être »	107

3.3. Axe « Une seule santé »	116
3.3.1. « Une seule santé », une approche globale et interconnectée de la santé	116
3.3.2. Les singularités de la MSA comme leviers de promotion de l'approche « Une seule santé »	117
3.3.3. Développer l'approche « Une seule santé » à la MSA	117
3.4. Axe « Structuration de l'offre de soins sur les territoires »	118
3.4.1. L'accès à la santé dans les territoires ruraux	118
3.4.2. La coordination des acteurs de santé autour du lien ville-hôpital	119
3.4.3. Les actions de prévention au sein des MSP ou centres de santé	120
3.4.3.1. L'éducation thérapeutique du patient pour patients polyopathologiques (ET3P)	121
3.4.3.2. L'éducation à la santé familiale (ESF)	121
3.4.4. La promotion de l'exercice coordonné en milieu rural	122
3.5. Axe « Qualité des pratiques, pertinence des soins et parcours de soins »	123
3.5.1. Les actions du plan national GDR 2023 de la MSA	123
3.5.2. Les nouvelles études et propositions	123
3.5.2.1. Pertinence et efficience des produits de santé	123
3.5.2.2. Pertinence et qualité des actes et des parcours de soins	137
3.5.2.3. Pertinence et efficience des prescriptions d'arrêt de travail	142
3.6. Axe « Contrôle et lutte contre la fraude »	156
3.6.1. Bilan de la lutte contre la fraude 2023 de la MSA dans le domaine santé	156
3.6.2. Lutte contre la fraude des audio-prothésistes	159
3.6.3. Contrôle des praticiens réalisant des actes bucco-dentaires dans l'application des bonnes pratiques	159
3.6.3.1. Contrôle du respect de la cotation HBLD418 applicable aux couronnes unitaires implantoprotées	159
3.6.3.2. Respect des conditions de facturation des bilans parodontaux et des actes de DSR (Détartrage Surfaçage Radiculaire)	160
3.6.4. Mutualiser le repérage des cas de fraudes entre la CCMSA et la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel Ferroviaire (CPRPF) avec la mise en place d'une convention dans le but de faciliter les échanges en matière de lutte contre la fraude	161
3.7. Axe « Enjeux numériques et recherche en santé »	162
3.7.1. Contribuer au développement du numérique en santé	162
3.7.2. Le programme METEORe	162
3.7.3. Développer des travaux de recherche en partenariat	164
3.7.4. Renforcer la stratégie du régime agricole en matière d'open data en santé	166
Annexes	167
Annexe 1 : Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2024	168
1.1. Axe « Prévention, promotion de la santé, éducation à la santé et préservation de l'autonomie »	168
1.2. Axe « Prévention et lutte contre le mal-être »	168
1.3. Axe « Structuration de l'offre de soins sur les territoires »	169
1.4. Axe « Qualité des pratiques, pertinence des soins et parcours de soins »	170
1.5. Axe « Contrôle et lutte contre la fraude »	171
1.6. Axe « Enjeux numériques et recherche en santé »	172
Annexe 2 : La cartographie des pathologies au régime agricole	173

Annexe 3 : Définitions et algorithmes des groupes de pathologies qui composent la dépense estimée	187
Annexe 4 : Facteurs de risque du suicide, méthode du modèle de Cox, classifications inter-régimes et intra-MSA	189
Annexe 5 : Les actions du plan national GDR maladie 2023	193
5.1. Prévention	193
5.2. Structuration de l'offre de soins	193
5.3. Pertinence et efficacité des produits de santé.....	196
5.4. Pertinence et qualité des actes	199
5.5. Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail.....	202
5.6. Contrôle et lutte contre la fraude.....	204
5.7. Autres actions locales	209
5.8. Mutualisation du recours contre tiers	210

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 30 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 2025 présente les 21 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 le cadrage financier de 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 2025 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 7 axes.

En **Annexe 1** du rapport est présenté un suivi des propositions formulées dans le rapport Charges et Produits de la MSA pour 2024.

Les propositions du rapport pour 2025 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 près de 7,1 milliards d'euros au titre de l'année 2023. Les prestations sociales maladie représentent 86,8 % 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 près de 1,1 milliard d'euros, constitue 15,3 % des recettes totales en 2023. Les autres sources de financement proviennent des transferts du régime général qui équilibrent le solde de la branche maladie (près de 4,0 milliards d'euros, soit 56,0 % des recettes), et des impôts et taxes affectés (ITAF, plus de 1,5 milliard d'euros).

La diminution des produits depuis 2019 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 2023. Les dépenses de prestations sociales (prestations légales et extra-légales) de plus de 5,1 milliards d'euros sont le principal poste de dépenses, elles représentent 83,7 % 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 près de 2,9 milliards d'euros, constitue 46,5 % des recettes totales. Les transferts du régime général équilibrent le solde de la branche maladie (près de 2,6 milliards d'euros, soit 42,2 % 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'élevèrent à 11,69 milliards d'euros en 2023, en baisse de 0,1 % par rapport aux dépenses de 2022.

Cette évolution des dépenses résulte d'une baisse de 1,0 % des dépenses de soins de ville compensée par une hausse de 4,5 % des dépenses en établissements de santé.

Les prestations exécutées en établissement de santé et en ville représentent respectivement 49,1 % et 46,8 % des dépenses du régime agricole suivant le champ de l'Ondam en 2023.

La LFSS pour 2024 fixe l'Ondam pour les quatre années à venir et retient un montant de 254,9 milliards d'euros pour 2024. Cela correspond à une évolution prévisionnelle de 2,9 % par rapport à 2023 à champ constant. Hors dépenses liées à la Covid, elle serait de 3,2 %. Pour les années suivantes, les évolutions retenues en LFSS, hors Covid, s'établissent à + 3,0 % en 2025, puis + 2,9 % en 2026 et 2027.

Pour l'ensemble du régime agricole, les prévisions relatives aux dépenses de soins de ville sur le champ de l'Ondam 2024, à savoir les remboursements de soins de santé liés à la maladie, à la maternité et aux accidents du travail, hors indemnités journalières (IJ) maternité et rentes accidents du travail, s'élèveraient à 5,5 milliards d'euros, en hausse de 1,3 %.

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 2022, parmi les 2,9 millions de personnes du régime agricole consommant des soins, un assuré sur trois souffre d'au moins une pathologie (32 %). Les pathologies affectant le plus d'assurés du régime sont les maladies cardiovasculaires (383 911 assurés), le diabète (227 787 assurés) et les cancers (197 128 assurés). Par ailleurs, les traitements chroniques (hors pathologie) les plus fréquents concernent le risque vasculaire (508 671 assurés) et les traitements par psychotropes (301 879 assurés). Ces constats confirment les tendances observées antérieurement.

Une deuxième étude analyse la **structure par pathologie des dépenses relevant de l'Ondam au régime agricole**. En 2022, 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 et bénéficiant de soins médicaux. Certaines pathologies représentent une proportion particulièrement importante des dépenses de santé au régime agricole.

Le premier poste le plus important en termes de dépenses concerne les **hospitalisations ponctuelles** qui représentent à elles seules près de 20,5 % de la dépense en 2022, soit plus de 2,27 milliards d'euros de prise en charge pour 16 % de la population MSA consommant des soins. Cette année, les **cancers actifs** représentent le second poste de dépenses avec 1,38 milliard d'euros remboursés (12,5 % des dépenses) pour 88 180 personnes prises en charge. Les **maladies cardiovasculaires chroniques** constituent le troisième poste de dépenses pour lesquelles 1,37 milliard d'euros (soit 12,3 % des dépenses) a été pris en charge par le régime agricole pour 375 000 assurés.

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 2022, soit un effectif de 765 953 patients. Ce pourcentage est beaucoup plus élevé chez les non-salariés agricoles (37 %) que chez les salariés agricoles (19 %). Parmi les patients en ALD, 55 % sont affiliés au régime des non-salariés et 45 % au régime des salariés. Leur moyenne d'âge est de 72 ans (79 ans pour les non-salariés et 65 ans pour les salariés). Cette population est majoritairement masculine (54 % d'hommes contre 46 % de femmes). La part de patients en ALD augmente avec l'âge et de façon significative à partir de 40 ans.

De nouvelles études sont proposées sur le **risque de mortalité par suicide** et les **tentatives de suicide des assurés agricoles**. Sur la période 2018-2021, celles-ci confirment non seulement l'existence d'un sur-risque du phénomène suicidaire au régime agricole comparativement à l'ensemble des régimes, mais également l'accroissement de ce sur-risque. En 2021 (dernière année disponible), le risque suicidaire des patients du régime agricole âgés de 15 à 64 ans est supérieur de 60 % à celui des patients tous régimes. Il est supérieur de 73 % pour les patients âgés de 65 ans et plus du régime agricole. Si les salariés ne sont pas épargnés par ce phénomène (sur-risque de près de 40 %), les non-salariés agricoles sont particulièrement touchés (sur-risque d'environ 100 %) et leur sur-risque s'accroît davantage (+ 16 % pour les 15-64 ans et + 19 % pour les 65 ans et plus).

Une approche complémentaire de classification a, en outre, été développée et a permis d'identifier des groupes (clusters) particulièrement exposés à ce risque suicidaire. Les hommes affiliés au régime agricole, en situation précaire et/ou d'isolement géographique, ou âgés de 80 ans et plus sont les plus à risque.

L'étude sur les tentatives de suicides suivies d'hospitalisation des assurés agricoles porte sur la période 2018-2022 et montre une relative stabilité. En 2022, le taux brut de tentatives de suicide suivies d'hospitalisation au régime agricole est de 9,1 pour 10 000 consommateurs de soins ; un taux inférieur à celui de la population tous régimes (12,3 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.

Une dernière étude examine les **caractéristiques territoriales de la population agricole au regard de l'accès à l'offre de soins de premier recours**. Une proportion beaucoup 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) tous âges confondus et notamment pour les 60 ans ou plus. Par ailleurs, les patients âgés de 60 ans ou plus comparativement à la population tous âges confondus au régime agricole sont plus nombreux à être exposés aux difficultés d'accessibilité aux 4 professionnels de santé étudiés. Ces patients âgés sont particulièrement impactés par des inégalités d'accessibilité aux masseurs-kinésithérapeutes et aux chirurgiens-dentistes.

3. La troisième partie du rapport rassemble les 21 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 sept axes thématiques de la stratégie de l'État.

En matière de **prévention, promotion et éducation pour la santé**, la MSA renforce ses programmes d'actions. Le développement de l'approche motivationnelle dans les dispositifs de prévention à tous les âges de la vie est consolidé par la formation de nouveaux intervenants ou le renforcement des pratiques des travailleurs sociaux. La MSA s'engage dans une nouvelle stratégie préventive dentaire, intégrant le plan Génération Sans Carie, à destination des besoins spécifiques de la population agricole et rurale. Également, la MSA met à disposition des acteurs concernés un outil de diagnostic territorial dédié à la Santé et la Sécurité au Travail (SST) à partir de l'outil de cartographie GéoMSA (<https://geomsa.msa.fr/>).

Afin de **prévenir et lutter contre le mal-être agricole**, la MSA entend consolider ses dispositifs et encourager les liens avec l'ensemble des acteurs - locaux comme nationaux - de la prévention du mal-être agricole. En décembre 2023, plus de 5 000 Sentinelles agricoles ont été formées, grâce à la mobilisation de l'ensemble du réseau MSA et des CGSS. Pour 2024 et 2025, la MSA continue à déployer des formations à la détection du mal-être. La MSA souhaite rendre plus visible les ressources locales et nationales pour une orientation plus pertinente des populations en souffrance et de leurs proches. Enfin, elle va vers les publics en situation de mal-être, moins ciblés jusqu'alors, en particulier le public senior ou les populations à risque requérant une expertise particulière.

La MSA développe l'**approche « une seule santé (One Health) »**, approche intégrée et unificatrice des problématiques de santé (santé humaine, animale et environnementale), en s'appuyant sur ses particularités de régime mutualiste de sécurité sociale et d'organisme professionnel agricole. La MSA entend œuvrer à l'acculturation des acteurs clés de son réseau à l'approche « Une seule santé », au développement de la connaissance et à la production de données pour orienter et prioriser les actions à mener pour améliorer la santé des populations agricoles et des territoires ruraux, particulièrement vulnérables face aux risques sanitaires émergents.

Dans la **structuration de l'offre de soins sur les territoires**, la MSA poursuit et amplifie 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 ainsi qu'aux relations entre CPTS et hôpitaux de proximité pour favoriser les parcours de soins et répondre aux besoins de la population locale. La MSA s'engage à améliorer l'accès à la santé dans les zones rurales particulièrement isolées. Cet objectif englobe non seulement l'accès physique aux soins, mais aussi l'accès aux droits et prestations de santé, garantissant une prise en charge adéquate. L'institution investit dans le soutien au développement de la coopération entre les professionnels de santé des soins primaires, les spécialistes, les établissements de santé et les acteurs sociaux.

Dans le cadre de l'**amélioration de la qualité et de la pertinence des soins et des prescriptions d'arrêt de travail**, la MSA améliore son offre de service auprès des grands comptes avec une sensibilisation aux arrêts de travail pour maladie et accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP). Elle promeut la maîtrise des dépenses d'indemnités journalières sur les risques maladie et AT/MP en repérant les entreprises présentant une volumétrie atypique d'arrêts de travail afin de les accompagner.

En matière de **lutte contre la fraude**, elle poursuit ses actions de contrôle en ciblant notamment les audioprothésistes et met en place des échanges de données avec la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel Ferroviaire (CPRPF) afin de mutualiser le repérage des cas de fraudes.

Pour répondre aux **enjeux numériques** et apporter un meilleur service aux assurés agricoles tout en renforçant l'efficacité de sa gestion, la MSA s'engage dans une démarche de modernisation et d'amélioration de la gestion des indemnités journalières de ses assurés. En outre, la MSA déploie une interface de datavisualisation pour illustrer les spécificités du régime agricole en matière d'accès à l'offre de soins.

Enfin, en matière de **recherche en santé**, elle développe des travaux académiques sur les thématiques en lien avec le mal-être/bien-être, les transitions agro-écologiques, l'exercice coordonné en milieu rural et l'exposition aux produits phytopharmaceutiques.

**Liste des propositions de la MSA
pour 2025**

Liste des propositions de la MSA pour 2025

Axe « Prévention, promotion et éducation pour la santé »

Proposition 1 : Développer l'approche motivationnelle dans les dispositifs de prévention à tous les âges de la vie

Proposition 2 : Impulser une nouvelle stratégie préventive dentaire, intégrant le plan Génération Sans Carie, à destination des besoins spécifiques de la population agricole et rurale

Proposition 3 : Améliorer l'impact des dispositifs d'aller-vers MSA suite aux résultats d'évaluation d'impact produits

Proposition 4 : Mettre à disposition des acteurs concernés un outil de diagnostic territorial dédié à la Santé Sécurité au Travail (SST) à partir de GéoMSA

Axe « Prévention et lutte contre le mal-être »

Proposition 5 : Former le plus grand nombre à la détection du mal-être

Proposition 6 : Améliorer la visibilité des ressources locales et nationales pour une orientation plus pertinente

Proposition 7 : Cibler les publics moins adressés et touchés par le mal-être, en particulier le public senior ou les populations à risque requérant une expertise particulière

Axe « Une seule santé »

Proposition 8 : Promouvoir l'approche « Une seule santé » en développant une approche intégrée et unificatrice des actions de santé publique de la MSA

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

Proposition 9 : Poursuivre et amplifier le rôle de facilitateur de la MSA dans l'organisation en santé en milieu rural notamment par l'accompagnement au développement de nouvelles structures d'exercice coordonné (MSP, CPTS) et à leur portage d'actions de santé publique ainsi qu'aux relations entre CPTS et hôpitaux de proximité pour favoriser les parcours de soins et répondre aux besoins de la population locale

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

Proposition 10 : Sensibiliser les assurés agricoles aux règles de prise en charge des bandelettes d'autosurveillance de la glycémie

Proposition 11 : Accompagner les professionnels de santé réalisant des actes bucco-dentaires au respect des bonnes pratiques pour l'acte « Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage direct »

Proposition 12 : Instaurer une délégation de compétences des praticiens-conseils envers les auxiliaires médicaux du service du contrôle médical des caisses de MSA

Proposition 13 : Renforcer l'offre de service auprès des grands comptes (entreprises de plus de 50 salariés agricoles) avec une sensibilisation par la diffusion d'une cartographie nationale des arrêts de travail pour maladie et accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) associée à une information générale sur la réglementation des arrêts de travail ainsi que sur la prévention

Proposition 14 : S'articuler avec ces entreprises sur la base du volontariat dans l'objectif de leur présenter leur cartographie, recueillir leurs remarques, les informer sur la réglementation des indemnités journalières et leur proposer des actions de prévention ciblées à déployer

Proposition 15 : Evaluer dans l'objectif de généraliser l'action à destination des grands comptes

Proposition 16 : Maîtriser les dépenses d'indemnités journalières sur les risques maladie et AT/MP, en repérant les entreprises qui présentent une volumétrie atypique d'arrêts de travail et en les accompagnant

Axe « Contrôle et lutte contre la fraude »

Proposition 17 : Lutter contre la fraude des audio-prothésistes

Proposition 18 : Faciliter les échanges en matière de lutte contre la fraude en mutualisant le repérage des cas de fraudes entre la CCMSA et la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel Ferroviaire (CPRPF)

Axe « Enjeux numériques et recherche en santé »

Proposition 19 : Moderniser et améliorer la gestion des indemnités journalières

Proposition 20 : Développer des travaux de recherche sur les thématiques en lien avec le mal-être/bien-être, les transitions agro-écologiques, l'exercice coordonné en milieu rural et l'exposition aux produits phytopharmaceutiques

Proposition 21 : Déployer un site de datavisualisation des données de santé du régime agricole

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

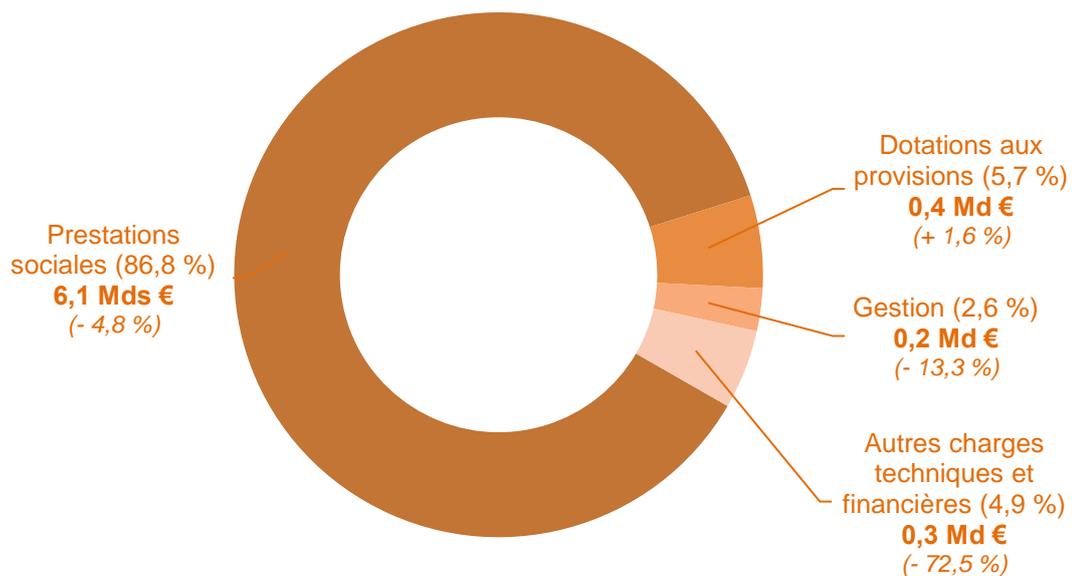
Pour la branche maladie, le total des dépenses au régime des non-salariés agricoles s'élève à près de 7,1 milliards d'euros au titre de l'année 2023. Les prestations sociales maladie représentent 86,8 % des dépenses du régime, soit plus de 6,1 milliards d'euros (**Tableau 1, Graphique 1**).

Depuis 2019, 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 (contribution à la CNSA), accentue ce mouvement de baisse.

Tableau 1 :
Les charges de la branche maladie au régime des non-salariés agricoles (en millions d'euros) en 2023

Branche Maladie	CHARGES NSA 2023	Montants	%	Evol sur 5 ans
	Prestations sociales	6 141,0	86,8%	-4,8%
Dotations aux provisions	404,8	5,7%	+1,6%	
Gestion	186,0	2,6%	-13,3%	
Autres charges techniques et financières	345,6	4,9%	-72,5%	
Total	7 077,4	100,0%	-14,9%	

Graphique 1 :
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 près de 1,1 milliard d'euros, constitue 15,3 % des recettes totales en 2023. Les autres sources de financement proviennent des transferts du régime général qui équilibrent le solde de la branche maladie (près de 4,0 milliards d'euros, soit 56,0 % des recettes), et des impôts et taxes affectés (ITAF, plus de 1,5 milliard d'euros) (**Tableau 2, Graphique 2**).

La diminution des produits depuis 2019 s'explique principalement par la quasi-disparition des transferts entre organismes de Sécurité sociale (hors transferts d'équilibrage) suite à la création de la branche autonomie.

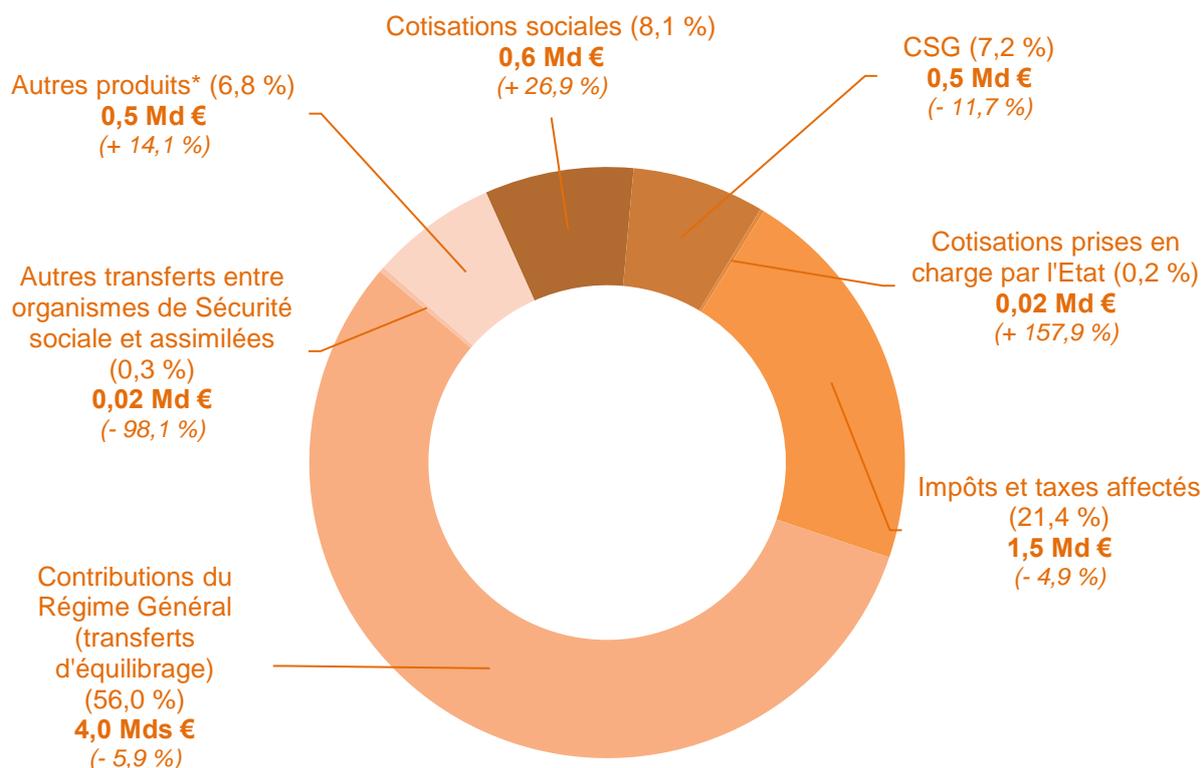
Tableau 2 :

Les produits de la branche maladie au régime des non-salariés agricoles (en millions d'euros) en 2023

Branche Maladie	PRODUITS NSA 2023	Montants	%	Evol sur 5 ans
		Cotisations sociales	572,3	8,1%
	CSG	508,8	7,2%	-11,7%
	Cotisations prises en charge par l'Etat	15,1	0,2%	157,9%
	ITAF	1 513,0	21,4%	-4,9%
	Contributions du Régime Général (transferts d'équilibrage)	3 963,1	56,0%	-5,9%
	Autres transferts entre organismes de Sécurité sociale et assimilées	20,4	0,3%	-98,1%
	Autres produits*	484,7	6,8%	14,1%
	Total	7 077,4	100,0%	-14,9%

Graphique 2 :

Les produits par nature au régime des non-salariés agricoles



Source : MSA

* Produits financiers et exceptionnels, reprises sur provisions.

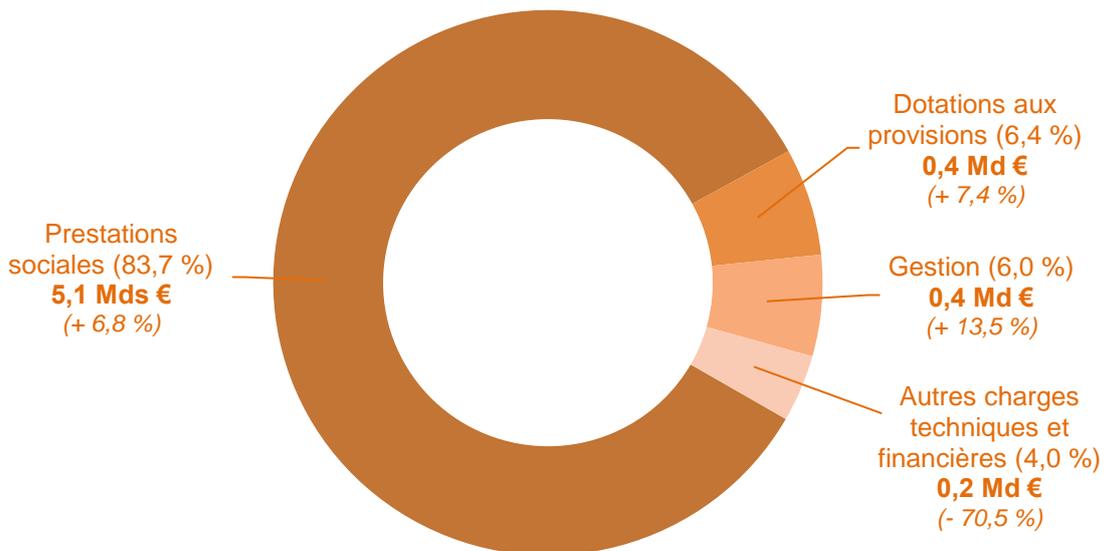
Pour la branche maladie, le total des dépenses au régime des salariés agricoles s'élève à plus de 6,1 milliards d'euros au titre de l'année 2023. Les dépenses de prestations sociales (prestations légales et extra-légales), de plus de 5,1 milliards d'euros, sont le principal poste de dépenses, elles représentent 83,7 % des dépenses du régime des salariés agricoles (**Tableau 3, Graphique 3**).

Le fort recul des charges techniques depuis 2019 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 de la branche maladie au régime des salariés agricoles (en millions d'euros) en 2023

Branche Maladie	CHARGES SA 2023	Montants	%	Evol sur 5 ans
	Prestations sociales	5 134,0	83,7%	6,8%
Dotations aux provisions	391,1	6,4%	7,4%	
Gestion	368,2	6,0%	13,5%	
Autres charges techniques et financières	243,9	4,0%	-70,5%	
Total	6 137,2	100,0%	-3,0%	

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



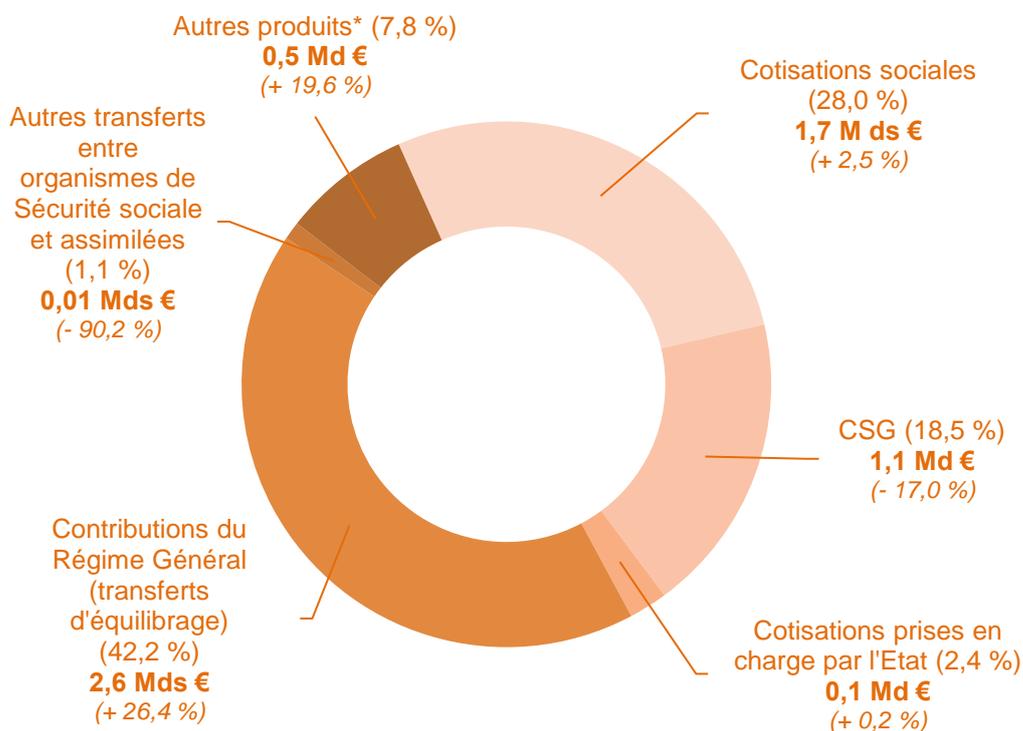
Source : MSA

Concernant les produits, le financement professionnel, composé des cotisations sociales et de la Contribution sociale généralisée (CSG), d'un montant total de près de 2,9 milliards d'euros, constitue 46,5 % des recettes totales. Les transferts du régime général équilibrent le solde de la branche maladie (près de 2,6 milliards d'euros, soit 42,2 % des recettes) (Tableau 4, Graphique 4).

Tableau 4 :
Les produits de la branche maladie au régime des salariés agricoles (en millions d'euros) en 2023

PRODUITS SA 2023		Montants	%	Evol sur 5 ans
Branche Maladie	Cotisations sociales	1 718,7	28,0%	2,5%
	CSG	1 134,8	18,5%	-17,0%
	Cotisations prises en charge par l'Etat	144,7	2,4%	0,2%
	ITAF	0,0	0,0%	0,0%
	Contributions du Régime Général (transferts d'équilibre)	2 589,9	42,2%	26,4%
	Autres transferts entre organismes de Sécurité sociale et assimilées	67,4	1,1%	-90,2%
	Autres produits*	481,7	7,8%	19,6%
	Total	6 137,2	100,0%	-3,0%

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



Source : MSA

* Produits financiers et exceptionnels, reprises sur provisions.

1.2. Le suivi de l'Ondam au régime agricole en 2023

La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2023 avait fixé l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) de l'exercice 2023 à 244,1 milliards d'euros, en baisse de 1,2 % par rapport à 2022. La loi de financement rectificative du 14 avril 2023 a une première fois relevé cet objectif à 244,8 milliards d'euros. La LFSS 2024 a de nouveau rehaussé l'objectif 2023, à 247,6 milliards d'euros. Le montant constaté des dépenses relevant de l'Ondam au titre de l'année 2023 s'est élevé à 247,8 milliards d'euros, soit + 0,3 % à champ constant par rapport à 2022. Il ne dépasse que légèrement (de 0,2 milliard d'euros) le dernier objectif.

Les prestations suivant le champ de l'Ondam prises en charge par les régimes des salariés agricoles et des non-salariés agricoles s'élèvent à 11,69 milliards d'euros en 2023, en baisse de 0,1 % par rapport aux dépenses de 2022 (**Tableau 5**).

Cette évolution des dépenses résulte d'une baisse de 1,0 % des dépenses de soins de ville compensée par une hausse de 4,5 % des dépenses en établissements de santé.

Les prestations exécutées en établissement de santé et en ville représentent respectivement 49,1 % et 46,8 % des dépenses du régime agricole suivant le champ de l'Ondam en 2023.

Tableau 5 :
Prestations champ Ondam en 2023 - Montants en millions d'euros

	Régime Agricole		Non-salariés		Salariés	
	Montants	Evolution	Montants	Evolution	Montants	Evolution
Honoraires médicaux et dentaires	1 085,5	+ 3,2 %	473,7	+ 0,0 %	606,7	+ 5,0 %
dont honoraires des médecins généralistes	288,7	- 2,0 %	133,6	- 3,7 %	155,2	- 0,6 %
dont honoraires des médecins spécialistes	606,6	+ 6,5 %	273,1	+ 4,2 %	333,5	+ 8,5 %
dont honoraires des dentistes	177,8	+ 1,2 %	70,2	- 1,3 %	107,6	+ 2,9 %
Honoraires paramédicaux	1 023,9	- 0,2 %	644,5	- 1,9 %	379,4	+ 2,6 %
dont honoraires des infirmiers	732,4	- 2,3 %	494,7	- 3,3 %	237,7	- 0,1 %
dont honoraires des masseurs-kinésithérapeutes	239,1	+ 4,7 %	132,2	+ 2,7 %	106,9	+ 7,2 %
Biologie	163,1	- 28,8 %	77,3	- 27,5 %	85,8	- 30,0 %
Transports	348,4	+ 6,0 %	185,4	+ 3,1 %	163,0	+ 9,5 %
Produits de santé	1 866,8	+ 1,1 %	986,7	+ 0,2 %	880,1	+ 2,2 %
dont produits de la LPP	470,7	+ 0,3 %	260,9	- 2,5 %	209,8	+ 4,0 %
dont médicaments	1 396,1	+ 1,4 %	725,8	+ 1,2 %	670,3	+ 1,7 %
Autres prestations (*)	135,6	+ 4,1 %	77,3	+ 2,0 %	58,3	+ 7,1 %
Autres charges (**)	167,3	- 17,7 %	95,9	- 19,8 %	71,4	- 14,7 %
TOTAL hors indemnités journalières	4 778,2	- 0,5 %	2 543,9	- 2,0 %	2 234,3	+ 1,2 %
Indemnités journalières	694,9	- 4,1 %	111,5	+ 1,3 %	583,4	- 5,1 %
TOTAL SOINS DE VILLE	5 473,1	- 1,0 %	2 655,4	- 1,8 %	2 817,7	- 0,2 %
Etablissements publics	4 775,5	+ 4,4 %	3 038,1	+ 4,4 %	1 737,4	+ 4,3 %
Cliniques privées	971,0	+ 5,1 %	514,7	+ 2,8 %	456,3	+ 7,8 %
TOTAL ETABLISSEMENT	5 746,5	+ 4,5 %	3 552,8	+ 4,1 %	2 193,7	+ 5,0 %
Autres prises en charges et FIR/FMIS	474,1	- 30,3 %	271,0	- 33,7 %	203,1	- 25,1 %
TOTAL CHARGES Ondam	11 693,7	- 0,1 %	6 479,2	- 0,7 %	5 214,5	+ 0,6 %

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.

Les dépenses suivant le champ de l’Ondam pour le régime des **non-salariés agricoles** s’élèvent à 6,48 milliards d’euros en 2023, en baisse de 0,7 % sur un an. Les dépenses de soins de ville (41 % des dépenses totales de ce régime) diminuent de 1,8 % tandis que les dépenses des prestations exécutées en établissements des non-salariés agricoles (55 % des dépenses) progressent de 4,1 %.

Les dépenses suivant le champ de l’Ondam pour le régime des **salariés agricoles** enregistrent une hausse de 0,6 % par rapport à 2022, pour un montant total de 5,21 milliards d’euros. Les remboursements de soins de ville (54 % des dépenses) des salariés agricoles évoluent de -0,2 % en 2022. Les dépenses en établissements (42 % des dépenses totales de ce régime) augmentent de 5,0 % en un an.

1.2.1. L’évolution des soins de ville

Les dépenses de soins de ville du régime agricole suivant le champ de l’Ondam baissent de 1,0 % en 2023 après une hausse de 0,8 % en 2022. Ce recul s’explique principalement par la moindre hausse des médicaments et par le retournement de l’évolution des indemnités journalières (IJ) maladie.

Les évolutions des honoraires des médecins généralistes et des infirmiers bien que toujours négatives avec -2,0 % et -2,3 %, connaissent des évolutions supérieures à celles de l’année précédente, de respectivement 0,6 point et 0,4 point.

Les honoraires des médecins spécialistes et des masseurs-kinésithérapeutes retrouvent, quant à eux, le dynamisme des années avant Covid et progressent de 6,5 % et 4,7 % par rapport à 2022.

La moindre hausse des honoraires dentaires, 1,2 % après 3,2 %, s’explique par la baisse du ticket modérateur de ces actes à compter de novembre 2023.

Les remboursements d’analyses médicales en laboratoire diminuent de 28,8 %. Cette évolution s’explique par l’effet base du début de l’année 2022 où de nombreux tests de dépistage de la Covid-19 ont été réalisés suite à la vague Omicron début 2022. Ils viennent ainsi minorer l’évolution 2023.

Les remboursements de transports progressent de 6,0 % après 3,5 % en 2022, tirés par les revalorisations tarifaires de l’avenant 11 intervenues en novembre 2023.

Après la forte hausse de 2021 (+6,2 %) en raison de l’impact de la réforme du 100 % Santé, les produits de la LPP augmentent de 0,3 % en 2023 après une baisse de même hauteur l’année précédente.

Pour les médicaments, l’évolution de +1,4 % est inférieure de 4,9 points à celle de 2022. Comme pour les dépenses en laboratoires, cette évolution est minorée par les dépenses liées à la crise sanitaire nettement moins conséquentes en 2023 qu’en 2022.

Il en est de même pour les versements des IJ maladie qui chutent de 4,1 % après une hausse de 7,8 % du fait d’une année 2022 majorée par les arrêts de travail liés à la Covid.

Pour le régime des **non-salariés agricoles**, les dépenses de soins de ville baissent de 1,8 % en 2023. Les postes contribuant le plus à la baisse des dépenses sont les remboursements des biologistes et les honoraires des infirmiers avec des contributions respectives de -1,1 point et -0,6 point. A l’inverse, les honoraires des médecins spécialistes et les médicaments contribuent le plus à la hausse avec +0,4 point et +0,3 point.

Pour le régime des **salariés agricoles**, les dépenses de soins de ville évoluent de -0,2 % en 2023. Les postes contribuant le plus à l’atténuation des dépenses sont les remboursements des biologistes et les versements d’IJ avec des contributions respectives de -1,3 point et -1,1 point. A l’inverse, les honoraires des médecins spécialistes et les transports contribuent le plus à la hausse avec +0,9 point et +0,5 point.

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

Les dépenses du régime agricole au titre des établissements augmentent de 4,5 % en 2023, avec une progression de 4,1 % pour le régime des non-salariés agricoles et de 5,0 % pour le régime des salariés agricoles (Tableau 6).

Tableau 6 :
Évolution des dépenses par type d'établissements en 2023

	Total	Établissements publics de santé	Établissements privés de santé
Régime agricole	+ 4,5 %	+ 4,4 %	+ 5,1 %
Non-salariés	+ 4,1 %	+ 4,4 %	+ 2,8 %
Salariés	+ 5,0 %	+ 4,3 %	+ 7,8 %

Source : MSA

Les dépenses au titre des **établissements publics de santé** progressent de 4,4 % en 2023. Cette évolution est à rapprocher de celle des ressources courantes des établissements du fait du fort niveau d'inflation, et de la revalorisation des salaires du personnel hospitalier. Elle s'observe aussi bien dans le régime des non-salariés (4,4 %) que dans le régime des salariés (4,3 %).

Les remboursements de soins en **établissements privés de santé** augmentent de 5,1 % avec 2,8 % pour le régime des non-salariés et 7,8 % pour celui des salariés. Ces hausses proviennent du dynamisme des dépenses en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Les dépenses en psychiatrie restent au niveau haut atteint l'année dernière (56,4 millions d'euros en 2023 après 54,4 millions d'euros en 2022) avec la réforme du financement de ces soins, alors que les années précédentes les montants étaient beaucoup plus faibles (22,4 millions d'euros en 2021).

1.3. Les perspectives 2024-2025 pour l'enveloppe des soins de ville

1.3.1. Les prévisions 2024

La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2024 fixe l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour les quatre années à venir et retient pour 2024 un montant de 254,9 milliards d'euros. Cela correspond à une **évolution** prévisionnelle de **2,9 %** par rapport à 2023 à champ constant. Hors dépenses liées à la Covid, elle serait de 3,2 %. Pour les années suivantes, les évolutions retenues en LFSS, hors Covid, s'établissent à + 3,0 % en 2025, puis + 2,9 % en 2026 et 2027.

S'agissant de l'enveloppe **soins de ville**, l'évolution prévisionnelle pour 2024 est fixée à **3,2 % en prenant en compte des impacts résiduels de la crise sanitaire, 3,5 % hors impacts liés à cette crise.**

Pour l'**ensemble du régime agricole**, les prévisions relatives aux dépenses de **soins de ville** sur le champ de l'Ondam 2024, à savoir les remboursements de soins de santé liés à la maladie, à la maternité et aux accidents du travail, hors indemnités journalières (IJ) maternité et rentes accidents du travail, s'élèveraient à **5,5 milliards d'euros, en hausse de 1,3 % (Tableau 7).**

Sur le champ des **soins de santé** hors IJ, l'augmentation des dépenses s'accroîtrait à **+ 1,1 %**, après une légère baisse de 0,5 % en 2023. Cette évolution prévisionnelle prend en compte de moindres surcoûts liés à la lutte contre la Covid-19 (0,3 point de moins que l'évolution hors Covid).

En 2024, les versements d'**indemnités journalières** augmenteraient de **2,7 %**. En 2023, l'évolution est de - 4,1 % du fait de moindres versements d'indemnités versées au titre des arrêts liés à la Covid en 2023 comparativement à 2022. En 2024, l'exclusion de ces IJ porterait l'évolution à 3,4 %.

Tableau 7 :
Prévisions 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 prévisionnelle 2024	Régime Agricole	Non-salariés	Salariés
Honoraires médicaux et dentaires	- 2,0 %	- 3,7 %	- 0,6 %
dont honoraires des médecins généralistes	- 2,6 %	- 4,1 %	- 1,4 %
dont honoraires des médecins spécialistes	+ 3,2 %	+ 0,7 %	+ 5,3 %
dont honoraires des dentistes	- 19,6 %	- 20,9 %	- 18,7 %
Honoraires paramédicaux	+ 1,4 %	- 0,1 %	+ 4,0 %
dont honoraires des infirmiers	+ 1,7 %	+ 0,2 %	+ 4,5 %
dont honoraires des masseurs-kinésithérapeutes	+ 0,1 %	- 1,6 %	+ 2,1 %
Biologie	- 14,3 %	- 17,7 %	- 11,2 %
Transports	+ 3,9 %	+ 1,8 %	+ 6,2 %
Produits de santé	+ 3,1 %	+ 1,5 %	+ 4,8 %
dont produits de la LPP	- 1,0 %	- 2,9 %	+ 1,3 %
dont médicaments	+ 4,5 %	+ 3,1 %	+ 5,8 %
Autres prestations (*)	+ 5,3 %	+ 5,7 %	+ 7,1 %
Autres charges (**)	+ 4,0 %	+ 6,9 %	+ 0,1 %
TOTAL hors indemnités journalières	+ 1,1 %	- 0,1 %	+ 2,6 %
Indemnités journalières	+ 2,7 %	+ 4,0 %	+ 2,5 %
TOTAL SOINS DE VILLE	+ 1,3 %	+ 0,1 %	+ 2,5 %

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 2024 s'élèveraient à **2,7 milliards** d'euros, en stagnation (+ 0,1 %), après - 1,8 % en 2023. Cette prévision tient compte de mesures d'**économies** venant minorer l'évolution pour un impact attendu de - 1,8 point.

Pour ce régime, ces évolutions prévisionnelles ne sont désormais que peu marquées par la **crise sanitaire** : hors ces prestations dédiées, les remboursements de soins de ville augmenteraient de seulement 0,3 % (soit un différentiel de 0,2 point).

En 2024, les **honoraires médicaux et dentaires** diminueraient de **3,7 %**, dont - 3,1 points sous l'effet de mesures d'économies (dont la baisse du taux de remboursement des actes dentaires). Parallèlement, les honoraires d'**auxiliaires médicaux** s'atténueraient très légèrement de 0,1 % (après - 1,9 % en 2023), malgré des mesures qui tendent à augmenter les remboursements de ces professionnels de santé (l'effet des mesures étant de + 0,5 point).

De moins en moins majorés par les tests de dépistage de la Covid-19, les remboursements de **biologie** médicale continueraient de désenfler en 2024 (- **17,7 %** après - 27,5 %). Hors tests Covid, les dépenses d'analyses en laboratoires resteraient faibles (en repli de 15,3 %), sous l'effet des mesures d'économies (dont la hausse de la participation forfaitaire et les mesures tarifaires à la baisse prévues dans la LFSS).

Après une évolution de 0,2 % en 2023, les remboursements de **médicaments et des dispositifs médicaux** **augmenteraient de 1,5 %** en 2024 avec une forte minoration liée à l'effet des mesures d'économie (+ 4,5 % d'évolution hors mesures).

S'agissant des **indemnités journalières**, les versements s'accroîtraient en 2024 (+ 4,0 % après + 1,3 % en 2023). Hors IJ liées à la Covid, ils progresseraient de 3,7 %.

Pour le **régime des salariés agricoles**, les prévisions relatives aux dépenses de **soins de ville** sur le champ de l'Ondam 2024 s'élèveraient à **2,9 milliards** d'euros, en **hausse de 2,5 %** (après - 0,2 % en 2023). Les **mesures d'économies** prévues joueraient à la baisse sur l'évolution des remboursements pour 2,3 points. Hors prestations dédiées à la Covid-19, les soins de ville progresseraient de 3,1 % (soit un différentiel de + 0,5 point).

Les **honoraires médicaux et dentaires** baisseraient (- **0,6 %** après + 5,0 %), sous l'hypothèse de mesures d'économies minorant la croissance de 3,3 points. S'agissant des soins d'**auxiliaires médicaux**, leur croissance repartirait à la hausse avec + 4,0 % en 2024 après une augmentation moins soutenue en 2023 (+ 2,6 %). La hausse reposerait en partie sur l'évolution des honoraires des infirmiers (+ 4,5 %) pour lesquels les mesures tendent globalement à augmenter leur remboursement (+ 0,6 point), en particulier celle visant à relever l'indemnité forfaitaire kilométrique.

Tout comme en 2023, les remboursements d'analyses de **biologie médicale** continuent de se réduire (- **11,2 %** après - 30,0 %). Hors tests Covid, leur baisse serait tout de même de - 8,2 %.

Pour les **produits de santé**, la hausse des remboursements (+ **4,8 %**) serait contenue par l'effet des mesures (- 3,0 point).

Les versements d'**indemnités journalières** augmenteraient de **2,5 %**. Hors mesures d'économie, ils seraient en hausse de 4,5 %. En 2023, l'évolution était de - 5,1 %.

1.3.2. Les évolutions tendancielle 2025 en soins de ville

Pour **l'ensemble du régime agricole**, les **prévisions tendancielles**¹ relatives aux dépenses de soins de ville sur le champ de l'Ondam s'établissent à **5,7 milliards** d'euros pour 2025, en hausse de **2,1 %** par rapport aux montants prévisionnels 2024, 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 2,7 milliards d'euros, correspondant à une augmentation tendancielle de **0,3 %** ; pour le **régime des salariés agricoles**, le montant s'élèverait à 3,0 milliards d'euros, pour une évolution tendancielle de + **3,7 %** (**Tableau 8**).

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

Tableau 8 :
Prévisions tendancielles 2025 du champ Ondam, enveloppe des soins de ville
pour le régime agricole, le régime des non-salariés et celui des salariés
(taux d'évolution)

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

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 2023, le régime agricole recense près de 3,1 millions de personnes protégées au titre du risque maladie, un effectif représentant 4,6 % de la population totale en France métropolitaine.

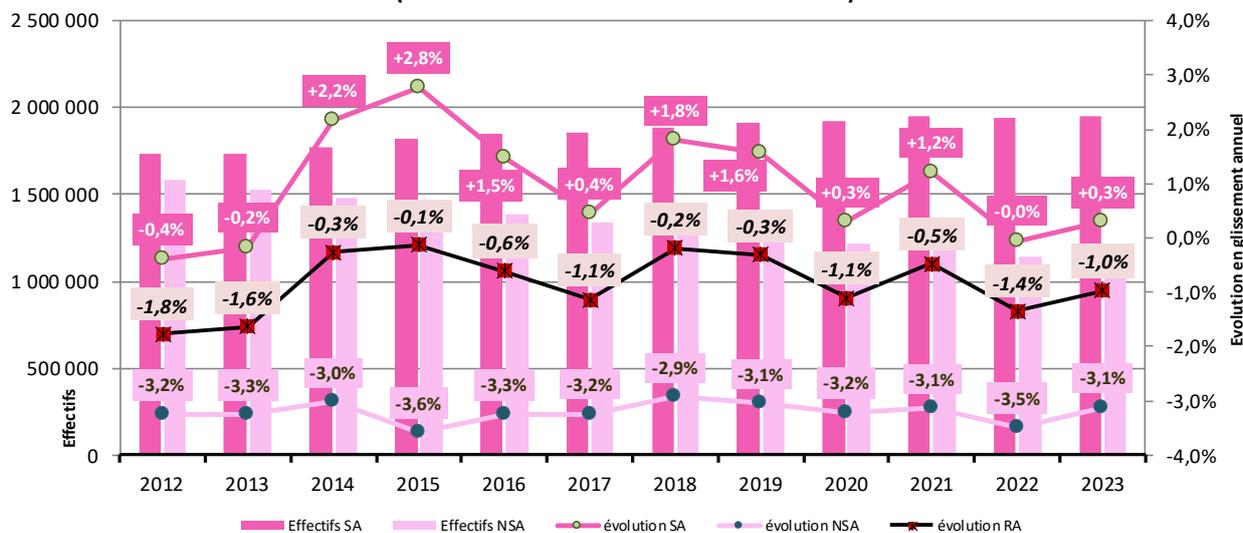
Près de 2,0 millions de personnes relèvent du régime des salariés agricoles pour leur assurance maladie obligatoire (63,9 % de l'effectif total). Les effectifs au régime des salariés agricoles augmentent modérément de 0,3 % sur un an après avoir été stables l'année précédente (**Graphique 5**).

Au régime des non-salariés agricoles, plus de 1,1 million de personnes sont protégées (36,1 % de l'effectif total). La baisse des effectifs se poursuit en 2023 avec - 3,1 %. Ce recul pèse sur l'évolution globale de la population protégée par le régime agricole.

Avec la baisse régulière des effectifs au régime des non-salariés, la tendance globale du régime est fixée par les fluctuations du régime des salariés. En 2014/2015 et 2018/2019, la démographie du régime agricole avait connu une période de stabilisation de ses effectifs. Cette évolution favorable trouvait principalement son origine dans l'accroissement marqué des effectifs de personnes protégées au régime des salariés. En 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 2023, la croissance modérée de la population salariée et la poursuite de la baisse des effectifs au régime des non-salariés conduisent la population totale protégée au régime agricole à prolonger le mouvement de baisse.

Graphique 5 :
Effectif et évolution annuelle de la population protégée en maladie des régimes agricoles
(situation au 4^e trimestre de 2012 à 2023)



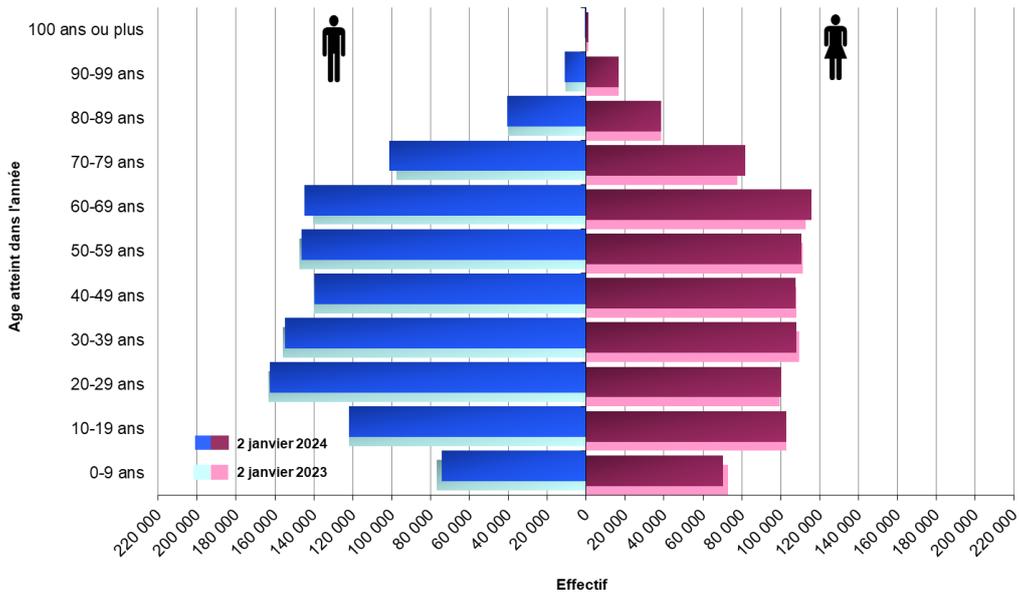
Sources : CNAV, MSA

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

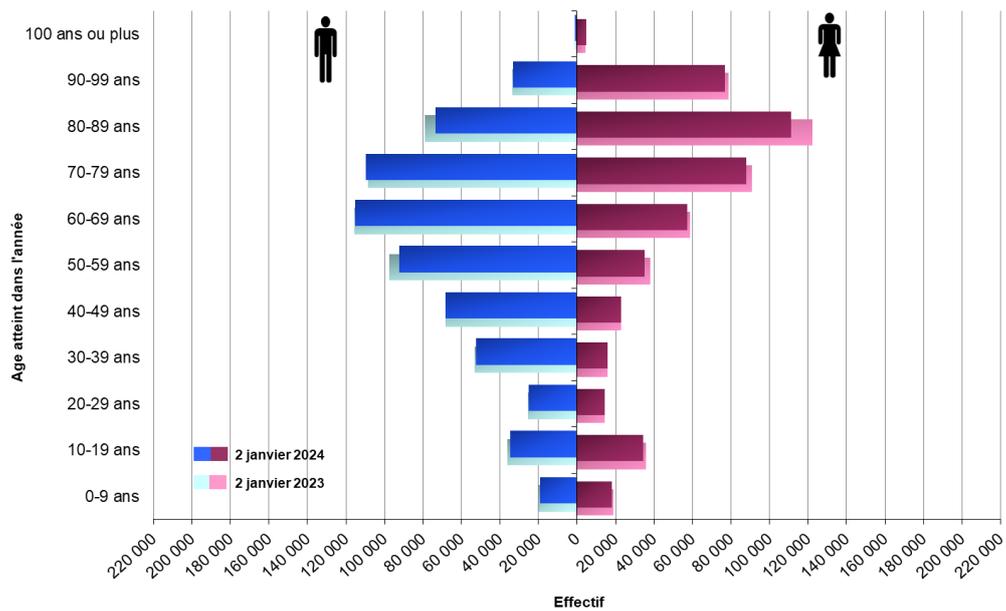
Au régime des salariés agricoles, la pyramide des âges est comparable à celle de la population française métropolitaine. Les personnes en âge de travailler représentent 52,7 % des effectifs, les moins de 20 ans, 18,9 %, et les 60 ans et plus, 28,4 % (**Tableau 9**).

Le régime des non-salariés agricoles présente la spécificité d'avoir une forte proportion de personnes âgées. En effet, 60,8 % des effectifs sont âgés de 60 ans et plus, alors que seuls 9,6 % ont moins de 20 ans (**Tableau 10**).

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



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



Sources : CNAV, MSA

La croissance de la population protégée en maladie au régime des salariés est modérée en 2023 (stable en 2022) (**Tableau 9**). Seules les populations âgées de 60 à 79 ans (+ 3,6 % ; 22,8 % 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 2023	Évolution des effectifs 2023/2022	Évolution des effectifs 2022/2021
Moins de 20 ans	18,9 %	- 1,4 %	- 1,7 %
<i>dont moins de 18 ans</i>	16,1 %	- 2,2 %	- 1,9 %
<i>dont 18-19 ans</i>	2,8 %	+ 3,4 %	- 0,7 %
De 20 à 39 ans	26,9 %	- 0,5 %	- 1,2 %
De 40 à 59 ans	25,8 %	- 0,5 %	- 0,6 %
De 60 à 79 ans	22,8 %	+ 3,6 %	+ 3,7 %
80 ans et plus	5,6 %	+ 0,8 %	- 0,1 %
TOTAL	100,0 %	+ 0,3 %	0,0 %

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 (60,8 % d'entre eux étant âgés de 60 ans et plus), la structure démographique est vieillissante (**Graphique 7**), ce qui explique principalement la baisse tendancielle de la population couverte en maladie.

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

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

	Répartition des effectifs par tranches d'âge en 2023	Évolution des effectifs 2023/2022	Évolution des effectifs 2022/2021
Moins de 20 ans	9,6 %	- 3,6 %	- 4,0 %
<i>dont moins de 18 ans</i>	8,4 %	- 3,3 %	- 3,4 %
<i>dont 18-19 ans</i>	1,2 %	- 5,7 %	- 8,2 %
De 20 à 39 ans	9,8 %	- 0,6 %	- 1,1 %
De 40 à 59 ans	19,8 %	- 3,6 %	- 3,7 %
De 60 à 79 ans	33,5 %	- 1,0 %	- 1,3 %
80 ans et plus	27,3 %	- 5,9 %	- 6,3 %
TOTAL	100,0 %	- 3,1 %	- 3,5 %

Sources : CNAV, MSA

Compte tenu des premiers constats observés sur le 1^{er} trimestre 2024 et des prévisions de l'emploi salarié agricole marquées par la hausse modérée du nombre d'actifs, le rythme de croissance des effectifs protégés en maladie au régime des salariés serait de + 0,1 % sur l'année 2024 (**Tableau 11**). Au régime des non-salariés, la baisse de la population devrait se poursuivre selon un rythme supérieur à 2023 (- 3,3 % en 2024).

Ainsi, les effectifs du régime agricole (salariés et non-salariés agricoles) devraient connaître une baisse de 1,2 % en 2024.

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

Régime des salariés agricoles	Évolution 2024/2023
Assurés ouvrants droit	+ 0,9 %
actifs (en emploi ou non)	+ 0,2 %
retraités	+ 2,6 %
invalides	+ 1,5 %
Ayants droit	- 3,0 %
enfants	- 1,9 %
conjointes et autres personnes couvertes	- 9,1 %
Total	+ 0,1 %
Régime des non-salariés agricoles	Évolution 2024/2023
Assurés ouvrants droit	- 2,8 %
en activité	- 1,2 %
retraités	- 4,1 %
invalides	- 4,7 %
Ayants droit	- 6,4 %
collaborateurs d'exploitation (conjointes et membres de la famille)	- 9,5 %
enfants	- 3,7 %
autres personnes couvertes	- 11,0 %
Total	- 3,3 %
Ensemble des régimes agricoles	Évolution 2024/2023
Total	- 1,2 %

Source : MSA

Données pour la Commission des comptes de la sécurité sociale – Prévisions mai 2024

* Prévisions basées sur des effectifs annuels moyens

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

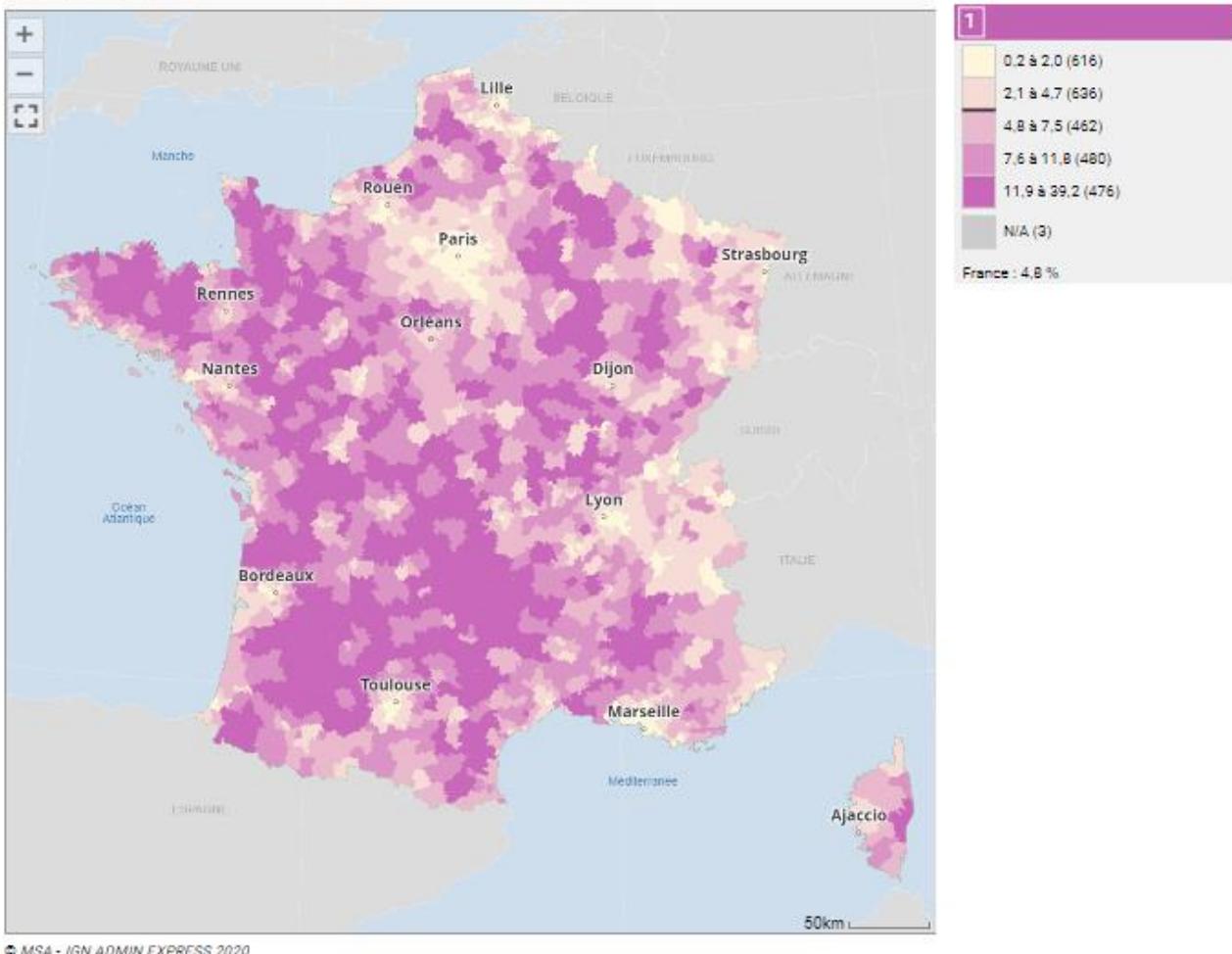
Ainsi, le taux de présence du régime agricole - exprimé comme le rapport de la population des patients (personnes ayant eu au moins un remboursement de soins dans l'année) relevant du régime agricole (année 2022) à la population française (année 2019) - est de 4,8 %.

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 2022

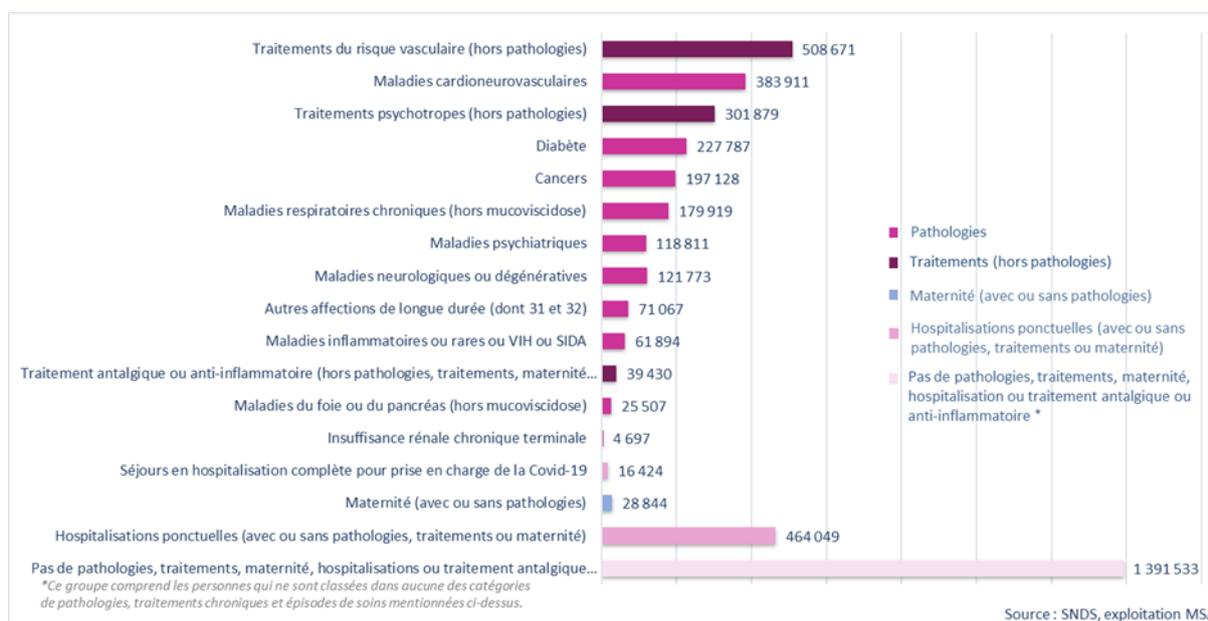
Les études, présentées ci-après, ont été menées sur la dernière version (G11) de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'ensemble des régimes, réalisée par la Cnam. Les définitions et algorithmes des groupes de pathologies, validés scientifiquement, sont détaillés en **Annexe 3**.

Les données portent sur l'année 2022 et décrivent, pour l'ensemble de la population France métropolitaine ayant consommé des soins, les principales pathologies ou les événements de santé de chaque individu.

Peuvent ainsi être étudiées les pathologies dont souffrent les bénéficiaires du régime agricole qui consomment des soins pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO). La fréquence de ces pathologies dans la population du régime agricole est comparée, à âge et sexe égal, à celle de l'ensemble des consommateurs de soins tous régimes confondus. L'indice comparatif mesure ces différences ; il indique une sur-représentation de la pathologie lorsqu'il est supérieur à 100 et une sous-représentation lorsqu'il est inférieur à 100. La significativité de l'indice est mesurée et matérialisée dans les tableaux aux seuils de : 1 % (***) , 5 % (**), 10 % (*) (**Annexe 2**).

En 2022, parmi les 2,9 millions d'assurés du régime agricole consommant des soins, un assuré sur trois souffre d'au moins une pathologie (32 %). Les pathologies affectant le plus d'assurés du régime sont les maladies cardiovasculaires (383 911 assurés), le diabète (227 787 assurés) et les cancers (197 128 assurés). Par ailleurs, les traitements chroniques (hors pathologie) les plus fréquents concernent le risque vasculaire (508 671 assurés) et les traitements par psychotropes (301 879 assurés) (**Graphique 8**).

Graphique 8 :
Nombre de consommateurs du régime agricole affectés par une pathologie ou un épisode de soins en 2022



En 2022, 1 430 963 consommateurs de soins du régime agricole (soit près d'un consommant sur deux) n'ont eu **aucune pathologie, hospitalisation ou traitements référencés dans la cartographie**. Les non-salariés sont légèrement sur-représentés dans cette catégorie de population (+ 6,9 %), notamment les hommes non-salariés agricoles (+ 9,0 %) (**Tableau 12 et Annexe 2**).

Au régime agricole, 28 844 grossesses sont dénombrées en 2022. Les maternités sont moins fréquentes au régime agricole que dans l'ensemble des régimes (- 6,2 %), en particulier pour les non-salariées (- 16,1 %).

Tableau 12 :
Populations de la cartographie - Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, en 2022

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
	nombre de consommateurs	Indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	Indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	Indice comparatif	significativité
Au moins une pathologie	923 275	95,3	***	484 368	92,7	***	438 907	98,4	***
Au moins une pathologie ou traitement	1 277 973	97,3	***	663 419	96,0	***	614 554	98,8	***
Maternité (avec ou sans pathologies)	28 844	99,8	***	3 183	83,9	***	25 661	95,2	***
Maternité (hors pathologies et traitements)	25 418	96,2	***	2 850	88,3	***	22 568	97,4	***
Au moins une pathologie, traitement ou maternité	1 303 391	97,3	***	666 269	96,0	***	637 122	98,7	***
Hospitalisations hors pathologies repérées (hors pathologies, traitements ou maternité)	144 585	100,3	non-significatif	45 053	102,0	***	99 532	99,6	non-significatif
Hospitalisations hors pathologies repérées (avec ou sans pathologies, traitements ou maternité)	464 049	95,7	***	221 078	94,1	***	242 971	97,2	***
Au moins une pathologie, traitement, maternité ou hospitalisation	1 447 976	97,6	***	711 322	96,4	***	736 654	98,8	***
Pas de pathologie, traitement, maternité, hospitalisation ou traitement antalgique ou anti-inflammatoire	1 391 533	103,0	***	408 660	107,8	***	982 873	101,1	***
Pas de pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations	1 430 963	102,6	***	419 728	106,9	***	1 011 235	100,9	***
Total consommateurs régime agricole	2 878 939			1 131 050			1 747 889		

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.

Pathologies cardiovasculaires chez les assurés du régime agricole

Au régime agricole, 383 911 personnes souffrent d'une **pathologie cardiovasculaire** (soit 13 % 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 (**Annexe 2**).

Les non-salariés agricoles présentent toutefois un très léger sur-risque (+ 1,5 %) de développer une **maladie cardiovasculaire** tandis qu'un faible sous-risque est observé chez les salariés agricoles (- 0,9 %).

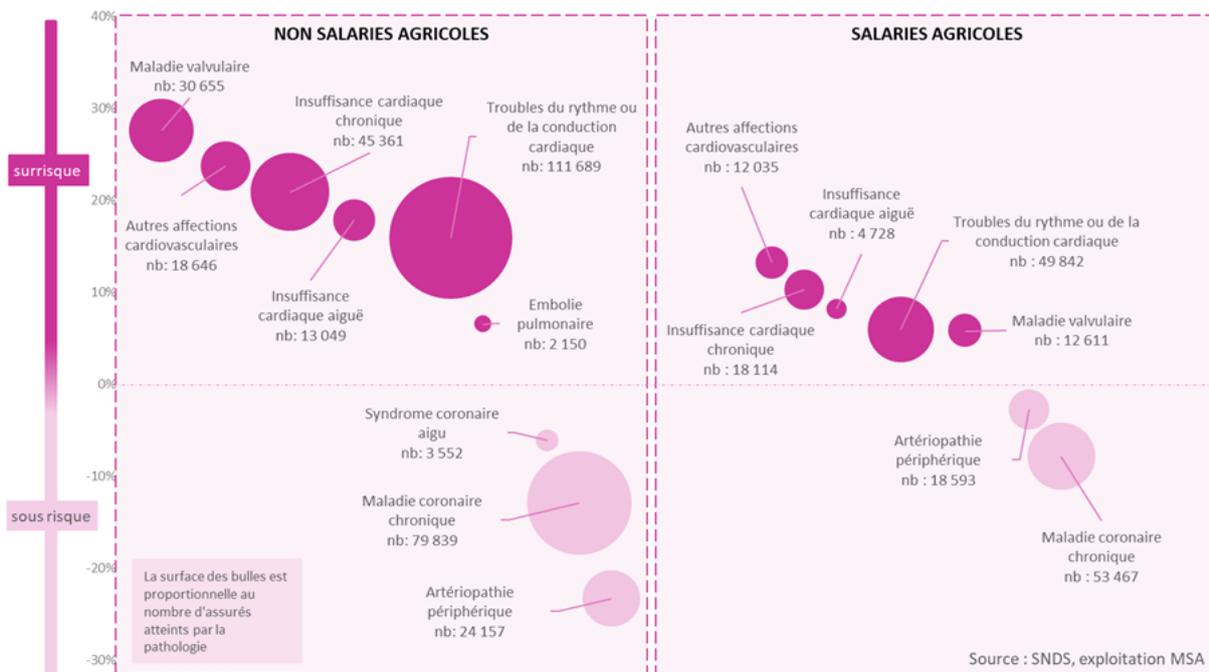
Cependant, certaines **pathologies cardiovasculaires** affectent plus fréquemment les assurés du régime agricole, et plus particulièrement les non-salariés. Chez ces derniers, 4 pathologies sont nettement plus fréquentes que dans l'ensemble de la population, avec un sur-risque légèrement plus marqué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

- la **maladie valvulaire** (+ 20,4 % au régime agricole et plus spécifiquement + 29,0 % chez les femmes NSA et + 26,3 % chez les hommes NSA),
- l'**insuffisance cardiaque** (+ 17,1 % au régime agricole et plus spécifiquement + 22,3 % chez les femmes NSA ; + 17,7 % chez les hommes NSA),
- les **troubles du rythme ou de la conduction cardiaque** (+ 12,7 % au régime agricole et plus spécifiquement + 17,4 % chez les femmes NSA et + 14,6 % chez les hommes NSA),
- **Les autres affections cardiovasculaires** (+ 19,4 % au régime agricole, avec un sur-risque pour les femmes NSA de 36,5 % et 14,9 % pour les hommes NSA).

A l'inverse, la population consommante du régime agricole présente un sous-risque de développer une **maladie coronaire** (- 10,6 %) comparativement à l'ensemble des consommateurs.

Les femmes non-salariées agricoles ont également un sur-risque d'**AVC** de 5,4 % en comparaison aux femmes de l'ensemble des régimes, ce qui ne s'observe pas dans la population masculine NSA (**Annexe 2**).

Graphique 9 :
Pathologies cardiovasculaires - Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, en 2022



Clé de lecture : Au sein de la population des non-salariés, la maladie valvulaire, qui compte 30 655 personnes, est la pathologie cardiovasculaire qui présente le sur-risque le plus important comparativement aux assurés de l'ensemble des régimes. Les pathologies qui ont un indice comparatif non significatif ne sont pas représentées dans ce graphique (exemple l'AVC).

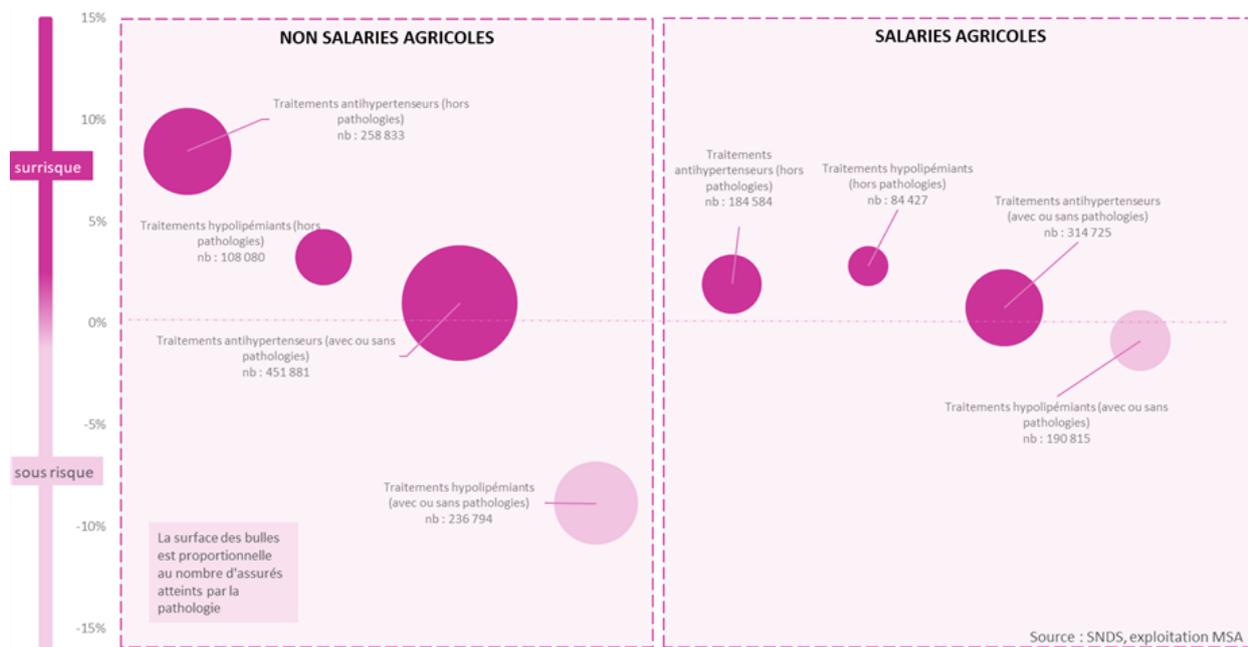
Traitements du risque vasculaire chez les assurés du régime agricole

Au régime agricole, 821 912 personnes présentent une **pathologie cardiovasculaire** et/ou suivent un **traitement contre le risque vasculaire hors pathologie identifiée**, ce qui représente plus d'un quart des consommateurs de soins du régime (**Annexe 2**).

Les assurés du régime agricole sont légèrement sur-représentés parmi les consommateurs qui suivent un **traitement contre le risque vasculaire hors pathologies** (+ 4,9 %) en comparaison à ceux de l'ensemble des régimes, notamment chez les non-salariés agricoles (+ 7,3 % versus + 1,7 % chez les salariés agricoles).

Le sur-risque est plus marqué pour les **traitements antihypertenseurs hors pathologies** comparativement à l'ensemble des régimes (+ 5,6 %) et notamment chez les non-salariés agricoles (+ 8,4 % versus + 1,9 % chez les salariés agricoles) (**Annexe 2**).

Graphique 10 :
Traitements du risque vasculaire - Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, en 2022



Clé de lecture : Au sein de la population des non-salariés, le traitement antihypertenseur (hors pathologies), qui compte 258 833 personnes, est le traitement du risque vasculaire qui présente le sur-risque le plus important comparativement aux assurés de l'ensemble des régimes.

Le diabète chez les assurés du régime agricole

Comparativement à 2021, le nombre de diabétiques en France a augmenté en 2022 : + 5 % dans l'ensemble des régimes et + 3 % au régime agricole (+ 6 006 personnes),

Le diabète touche ainsi 227 787 assurés du régime agricole, ce qui représente 8 % des assurés.

Par rapport à l'ensemble des consommateurs de soins tous régimes confondus, la prise en charge du diabète par l'AMO est moins fréquente chez les assurés du régime agricole (- 10,5 %) et notamment chez les non-salariés agricoles (- 18,7 %). Cependant, on observe une sur-représentation des femmes salariées parmi les diabétiques, de + 6,8 % par rapport à l'ensemble des femmes assurées dans tous les régimes (**Annexe 2**).

Maladies psychiatriques chez les assurés du régime agricole

Au régime agricole, 420 690 assurés souffrent d'une **pathologie psychiatrique et/ou ont eu recours à un traitement psychotrope** au cours de l'année 2022 (soit 15 % des consommateurs de soins) (**Annexe 2**).

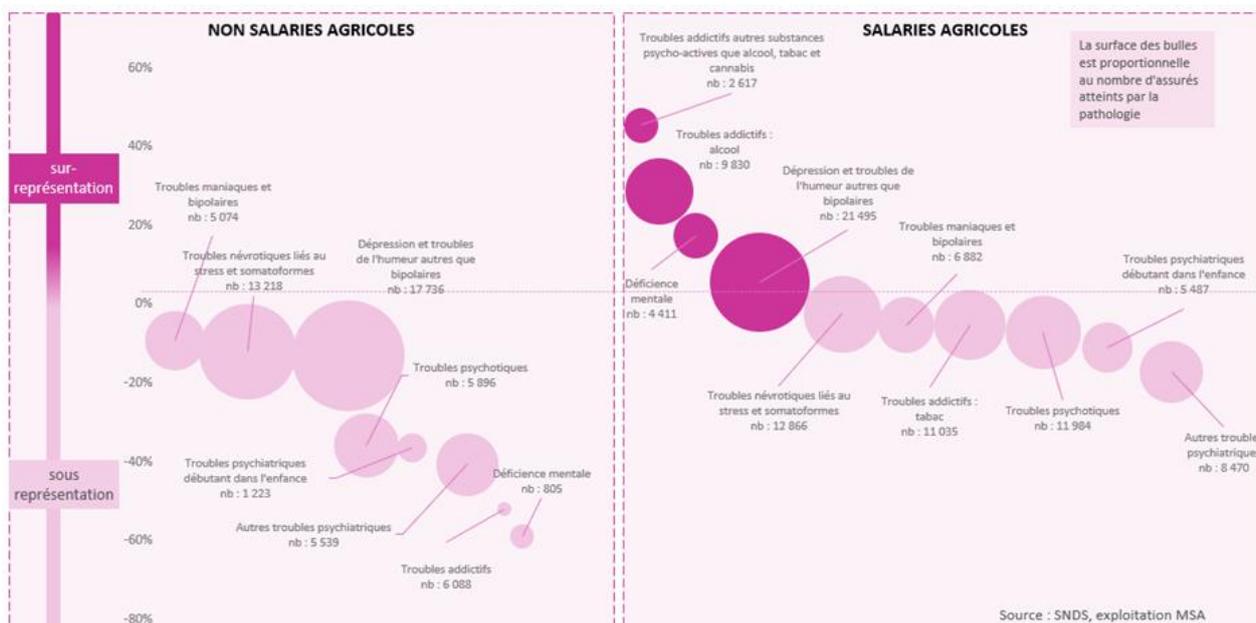
Les personnes atteintes de maladies psychiatriques sont sous-représentées dans le régime des **non-salariés** (- 25,2 %) par rapport à l'ensemble des assurés tous régimes, à âge et sexe identique : déficience mentale (- 58,9 %), troubles addictifs (- 52,1 %), troubles psychotiques (- 35,8 %), troubles psychiatriques débutant dans l'enfance (- 36,4 %) et troubles névrotiques et de l'humeur (- 11,7 %).

En revanche, chez les **salariés agricoles**, il existe une sur-représentation des patients atteints de troubles addictifs (+ 9,5 %), à l'exception du tabac, par rapport à la population tous régimes.

L'addiction aux substances psychoactives autres que l'alcool, le cannabis ou le tabac² est sur-représenté chez les **salariés agricoles** (+ 45,4 % et notamment + 52,3 % pour les hommes et + 25,7 % pour les femmes) ainsi que l'addiction à la consommation d'alcool (+ 28,8 % et notamment + 37,2 % pour les hommes et + 3,8 % pour les femmes). Les hommes salariés agricoles sont aussi sur-représentés parmi les personnes prises en charge pour troubles addictifs liées à l'utilisation de dérivés du cannabis (+ 7,1 %).

Par ailleurs, chez les **hommes salariés agricoles**, les déficiences mentales, les dépressions et troubles de l'humeur ainsi que les troubles névrotiques et de l'humeur sont plus fréquents que dans l'ensemble des régimes (respectivement + 30,8 %, + 14,7 % et + 9,9 %) (**Graphique 11 et Annexe 2**).

Graphique 11 :
Maladies psychiatriques - Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, en 2022



Clé de lecture : Les salariés du régime agricole ont un sur-risque de 45 % d'avoir un trouble addictif lié à l'utilisation de substances psychoactives autres que l'alcool, le tabac et le cannabis, comparativement aux assurés de l'ensemble des régimes.

Pour un souci de lisibilité, le détail des troubles addictifs ne figure pas pour les NSA, ainsi que les troubles avec un indice comparatif non significatif.

² Il s'agit plus précisément des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation :

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

Consommation de psychotropes chez les assurés du régime agricole

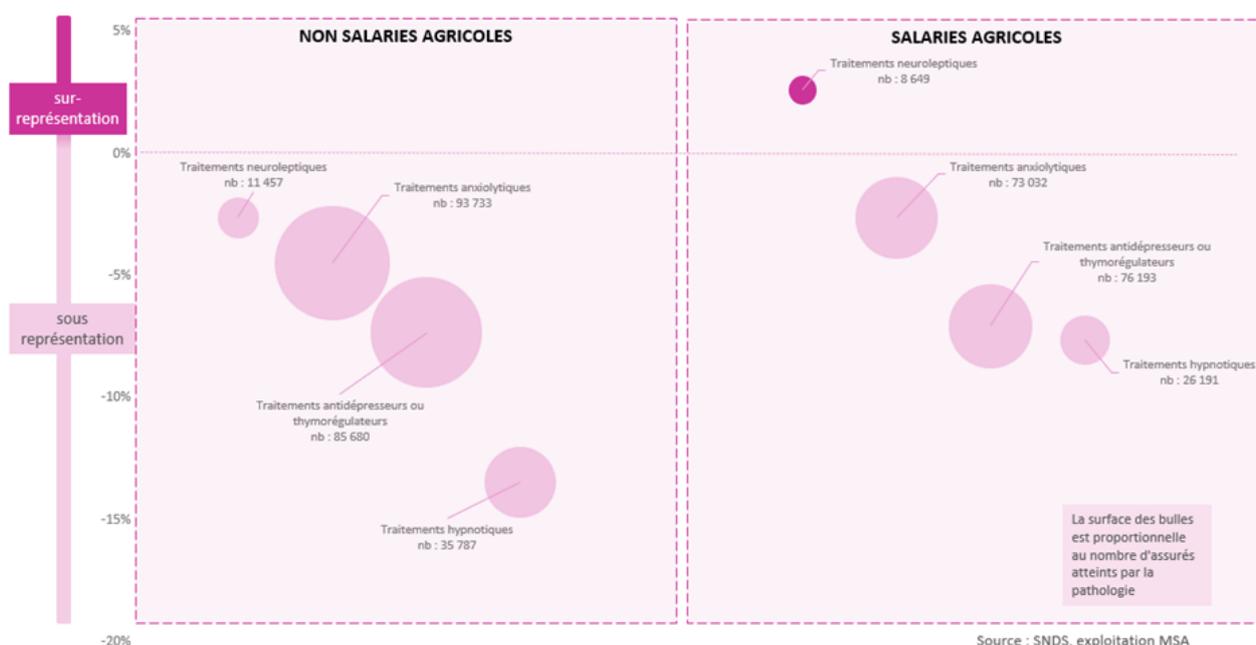
Les assurés du régime agricole n'ayant pas de pathologie psychiatrique identifiée par les algorithmes (absence d'ALD ou de diagnostic hospitalier) sont sous-représentés parmi les consommateurs de psychotropes comparativement aux assurés tous régimes, à l'exception des traitements neuroleptiques chez les salariés agricoles (+ 2,6 %) (**Graphique 12**).

Les non-salariés agricoles sont sous-représentés dans la consommation de traitements hypnotiques (- 13,5 %), des antidépresseurs ou thymorégulateurs (- 7,3 %), des traitements anxiolytiques (- 4,5 %), et des traitements neuroleptiques (- 2,6 %), en comparaison à l'ensemble des consommateurs tous régimes.

Les salariés agricoles ont également un sous risque de consommer des traitements psychotropes par rapport à l'ensemble des assurés tous régimes notamment pour les hypnotiques (- 7,6 %), les antidépresseurs ou thymorégulateurs (- 7,1 %) et les anxiolytiques (- 2,6 %).

A contrario, en ce qui concerne les **traitements neuroleptiques**, les hommes salariés agricoles sont sur-représentés (+ 7,4 %) en comparaison à l'ensemble des hommes consommateurs tous régimes (**Annexe 2**) alors que ce n'est pas le cas pour les hommes non-salariés agricoles ni les femmes salariées et non-salariées.

Graphique 12 :
Traitements psychotropes hors maladies psychiatriques - Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, en 2022



Clé de lecture : Au sein de la population des salariés, le traitement neuroleptique (hors pathologies), qui compte 8 649 personnes, est le seul traitement psychotrope pour lequel il y a une surreprésentation des salariés agricoles comparativement aux assurés de l'ensemble des régimes.

Cancer dans le régime agricole : sous-risques prédominants mais sur-risques pour certains cancers

Toutes localisations cancéreuses confondues, 88 179 assurés du régime agricole sont traités pour un cancer actif (3 % des consommateurs) et 115 089 ont un cancer en phase de surveillance (4 % des consommateurs).

Sous-risques prédominants pour de nombreux cancers

En comparaison avec l'ensemble des bénéficiaires de soins tous régimes, les assurés du régime agricole présentant un cancer actif ou sous surveillance sont sous-représentés (- 7,8 %), tant parmi les salariés que les non-salariés (**Annexe 2**).

Ce sous-risque est particulièrement marqué pour ces localisations cancéreuses :

- bronchopulmonaire (- 29,6 %)
- vessie (- 27,7 %)
- col de l'utérus (- 21,1 %)
- foie ou voies biliaires (- 19,6 %)
- sein, pour la femme (- 16,4 %)

Pour ces cinq cancers, le sous-risque est particulièrement prononcé chez les non-salariés agricoles en comparaison avec l'ensemble des assurés tous régimes confondus (- 48,3 % pour le cancer bronchopulmonaire, - 35,8 % pour le cancer de la vessie, - 43,8 % pour le cancer du col de l'utérus, - 27,7 % cancer du foie ou des voies biliaires, - 22,9 % pour le cancer du sein de la femme).

Autres sous-risques dans les cancers

En plus des sous-risques mentionnés précédemment, d'autres localisations cancéreuses présentent également des sous-risques dans le régime agricole. Il s'agit notamment du cancer colorectal, du cancer de l'os, de la leucémie myéloïde aiguë, du lymphome non hodgkinien, du cancer de l'œsophage, du cancer du pancréas, du cancer du rein, du cancer de la thyroïde, du cancer des tissus mous et des cancers non classés ailleurs.

Sur-risque agricole pour quelques cancers spécifiques

Cependant, pour certains cancers, il existe un sur-risque chez les assurés du régime agricole en comparaison avec l'ensemble des bénéficiaires de soins :

- **Leucémie lymphoïde, chronique ou non précisée, sous surveillance** chez les hommes et femmes non-salariés agricoles (respectivement + 18,1 % et + 6,3 %) et chez les hommes salariés agricoles (+ 6,8 %)
- **Myélome multiple et tumeur maligne à plasmocytes sous surveillance** : chez les hommes salariés (+ 11,6 %) et chez les femmes non-salariées agricoles (+ 10,3 %)

Sur-risque exclusivement chez les femmes

- **Mélanome de la peau** : + 12,3 % chez les non-salariées agricoles et + 4,1 % chez les salariées agricoles
- **Cancer de la peau (hors mélanome)** : + 4,6 % chez les non-salariées agricoles et + 3,9 % chez les salariées agricoles
- **Cancer de l'estomac sous surveillance** : chez les femmes salariées agricole + 13,0 %

Sur-risque exclusivement chez les hommes

- Salariés agricoles :
 - **Cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) active** chez les hommes salariés agricoles (+ 12,9 %)
 - **Leucémie myéloïde, chronique ou non précisé sous surveillance** chez les hommes salariés agricoles (+ 16,1 %)
 - **Lymphome hodgkinien active** chez les hommes salariés agricoles (+ 15,8 %)
- Non-salariés agricoles :
 - **Cancer de la prostate actif** : + 2,7 %

Maladies dégénératives ou neurologiques chez les assurés du régime agricole

Parmi les **maladies dégénératives ou neurologiques**, qui affectent 121 773 assurés, les assurés du régime agricole présentent un risque moins élevé d'être touchés par ces affections que l'ensemble des consommateurs. Cependant, les situations varient en fonction de la pathologie et du régime professionnel (**Annexe 2**).

Les non-salariés, tant les hommes que les femmes, ont un risque accru de développer la **maladie de Parkinson** (+ 6,5 %).

En revanche, les hommes salariés sont plus susceptibles d'être affectés par **l'épilepsie** (+ 15,9 %) ainsi que par des formes **de démence autres que la maladie d'Alzheimer** (+ 5,3 %).

Autres maladies chez les assurés du régime agricole

Les **maladies respiratoires chroniques** touchent 180 028 assurés du régime agricole, représentant 6,0 % des consommateurs, avec un sous-risque de 6,1 %.

Près de 50 000 assurés du régime agricole (1,7 % des assurés) sont atteints de **maladies inflammatoires chroniques**. Dans l'ensemble, les assurés du régime agricole ont un risque global inférieur pour toutes les pathologies de ce groupe (- 6,4 %). Cependant, des sur-risques spécifiques sont observés, notamment pour la **polyarthrite rhumatoïde**. Les femmes non-salariées agricoles ont un sur-risque de 9,2 % tandis que les hommes, qu'ils soient salariés ou non, affichent des sur-risques, respectivement de + 17,6 % pour les non-salariés et de + 7,5 % pour les salariés agricoles.

Comparativement à l'ensemble de la population française, les assurés agricoles sont moins fréquemment touchés par certaines pathologies, telles que **l'infection par le VIH** (- 60,0 %), la **mucoviscidose** (- 25,9 %), ainsi que les **maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose)** (- 18,6 %).

Les assurés agricoles présentent un sous-risque global d'**hémophilie ou de troubles de l'hémostase** (- 26,3 %).

En revanche, les **maladies métaboliques héréditaires ou amyloses** sont sur-représentées chez les hommes non-salariés agricoles (+ 12,5 %) ainsi que chez les hommes salariés agricoles (+ 5,9 %).

Les salariés et les non-salariés ont un risque moindre d'avoir une **insuffisance rénale chronique terminale** (- 17,1 %).

Hospitalisations liées à la Covid-19

Les assurés du régime agricole sont sous-représentés dans les hospitalisations liées à la COVID-19, sauf pour les femmes non-salariées agricoles qui sont légèrement sur-représentées (+ 2,6 %). Par ailleurs, les assurés agricoles sont sous-représentés dans les hospitalisations en soins intensifs pour COVID-19 (- 17,8 %).

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

En 2022, 39 430 assurés ont reçu un traitement antalgique ou anti-inflammatoire en dehors des pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations.

On observe une sous-représentation de 10,6 % pour les assurés du régime agricole comparativement aux assurés de l'ensemble des régimes d'assurance maladie **traités par antalgique** (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations).

En ce qui concerne les **traitements anti-inflammatoires** seuls, les hommes salariés agricoles présentent un sur-risque de 6,1 % avec ou sans pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations.

Traitements corticoïdes

Les non-salariés agricoles affichent un sur-risque d'avoir un **traitement par corticoïdes** (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations) avec un sur-risque de 15,2 % chez les femmes et de + 37,9 % chez les hommes par rapport à l'ensemble des régimes.

Autres algorithmes (non utilisés pour affecter les dépenses)

Obésité

Au régime agricole, les personnes prises en charge pour obésité sont surreprésentées en comparaison à la population tous régimes :

- femmes non-salariées : + 2,0 %
- hommes non-salariés : + 5,8 % ; hommes salariés : + 2,5 %

Hospitalisations selon le Domaine d'Activité (DA)

Concernant les hospitalisations par domaine d'activité, on observe des différences sexuées au sein du régime agricole comparativement à l'ensemble des régimes. Les femmes salariées agricoles sont en sur-représentation (+ 26,1 %) dans les hospitalisation pour **endocardite**, alors que cette sur-représentation ne concerne que les hommes non-salariés agricoles (+ 28,8 %).

De plus, les hospitalisations pour **varices des membres inférieurs** sont significativement plus fréquentes chez les hommes et les femmes non-salariés agricoles (respectivement + 9,9 % et + 44,6 %) que dans l'ensemble des régimes.

Concernant les hospitalisations pour l'**appendicite**, les femmes et les hommes non-salariés présentent un sur-risque notable (+ 12,3 % pour les femmes et + 26,9 % pour les hommes), tandis que les hommes salariés agricoles ont un sur-risque de 5,5 %.

Les hommes et les femmes salariés agricoles sont sur-représentés (respectivement + 9,8 % et + 6,1 %) dans les hospitalisations pour **pathologies ou traitements dentaires** comparativement à l'ensemble des régimes.

Les hommes non-salariés agricoles ont un sur-risque de 3,1 % d'avoir une hospitalisation pour une **hernie** comparé aux hommes de l'ensemble des régimes.

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

- **Arthroscopies, biopsies ostéo-articulaires** : + 10,7 %
- **Coxarthrose** (+ 21,1 % en MSA) avec une très grande sur-représentation de 59,2 % chez les hommes non-salariés agricoles
- **Fracture du membre inférieur** (+ 4,2 % en MSA), risque élevé chez les hommes salariés agricoles (+ 10,1 %)
- **Fracture du membre supérieur** (+ 3,7 % en MSA), risque élevé chez les hommes salariés agricoles (+ 13,6 %)
- **Gonarthrose** (+ 17,7 % en MSA), une très grande sur-représentation de + 37,4 % chez les hommes non-salariés agricoles et + 22,9 % chez les femmes non-salariées agricoles.
- **Polytraumatisme** (+ 35,3 % en MSA), sur-représentation de + 57,4 % chez les hommes NSA et + 38,9 % chez les hommes salariés
- **Syndrome du canal carpien** (+ 20,5 % en MSA)
- **Fracture du rachis** (+ 5,4 % en MSA), les hommes salariés et non-salariés ont un sur-risque de + 24,3 % comparé aux hommes de l'ensemble des régimes
- **Migraine**, sur-risque pour les hommes salariés agricoles (+ 17,3 %)
- **Traumatisme crânien**, sur-risque pour les hommes salariés agricoles (+ 12,8 %)
- **Compression des racines et des plexus nerveux**, sur-risque pour les hommes salariés agricoles + 13,6 %.
- **Discopathie**, sur-risque chez les hommes et les femmes salariés (+ 7,8 % et + 9,7 %)
- **Pneumopathie (hors grippe)**, sur-risques pour les femmes NSA (+ 3,1 %) et les hommes SA (+ 4,9 %)

On observe également des sous-risques chez les assurés agricoles comparativement à l'ensemble des assurés des régimes d'assurance maladie pour de nombreuses hospitalisations :

- Circoncision (- 34,9 %)
- Glaucome (- 20,3 %)
- Hémorroïdes (- 18,7 %)
- Naissance vivante (- 17,1 %)
- Bronchiolite (- 15,6 %)
- Endoscopie digestive (- 15,4 %)
- Ulcère gastroduodéal (- 13,0 %)
- Diverticulose de l'intestin (- 11,2 %)
- Grippe (- 6,3 %)
- Maladies infectieuses ORL (- 6,0 %)
- Infection urologique (- 6,0 %)
- Cataracte sénile (- 5,0 %)
- Maladies de la vésicule biliaire et des voies biliaires (- 4,7 %)
- Hypertrophie bénigne de la prostate (- 4,3 %)
- Lithiase urinaire (- 3,3 %)

Évolution quinquennale des pathologies

En 2022, le nombre de personnes ayant eu recours à des soins pris en charge par l'AMO a légèrement diminué par rapport à 2021, mais demeure toujours plus élevé qu'en 2020. Il est à noter que le nombre de ces personnes avait augmenté en 2021 par rapport aux années précédentes en raison de la prise en charge de soins liés à la COVID pour une partie de la population qui n'était alors pas consommatrice. Cette augmentation avait influencé l'évolution des taux de prévalence des pathologies. Cette année, l'impact est moins prononcé.

C'est pourquoi, afin de pallier 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 13** - partie droite).

Ainsi, le taux de prévalence au régime agricole est en diminution en 2022, pour certains grands groupes de pathologies :

- Autres affections de longue durée (dont 31 et 32) : - 5 %
- Maternité : - 3 %
- Traitements psychotropes : - 2 %
- Maladies neurologiques ou dégénératives : - 2 %
- Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose) : - 2 %
- Maladies cardiovasculaires : - 1 %

Rapportée à la population protégée, la proportion de personnes atteintes par une maladie cardiovasculaire en 2022 continue à décroître mais à un rythme moindre que les années précédentes (- 0,7 %). En revanche, la décroissance du taux de personnes sans pathologie cardiovasculaire mais traitées pour ce risque se poursuit ; elle passe de - 3,4 % en 2018 à - 0,2 % en 2022.

Les assurés agricoles atteints par des maladies neurologiques ou dégénératives sont en constante diminution depuis 2018 (- 1,8 % en 2021). Il en est de même pour les maladies psychiatriques depuis 2020 (- 1,3 %), puis - 0,1 % en 2022.

En revanche, les maladies respiratoires chroniques qui diminuaient régulièrement dans la population agricole depuis 2017 connaissent un rebond en 2022 (+ 3,7 %).

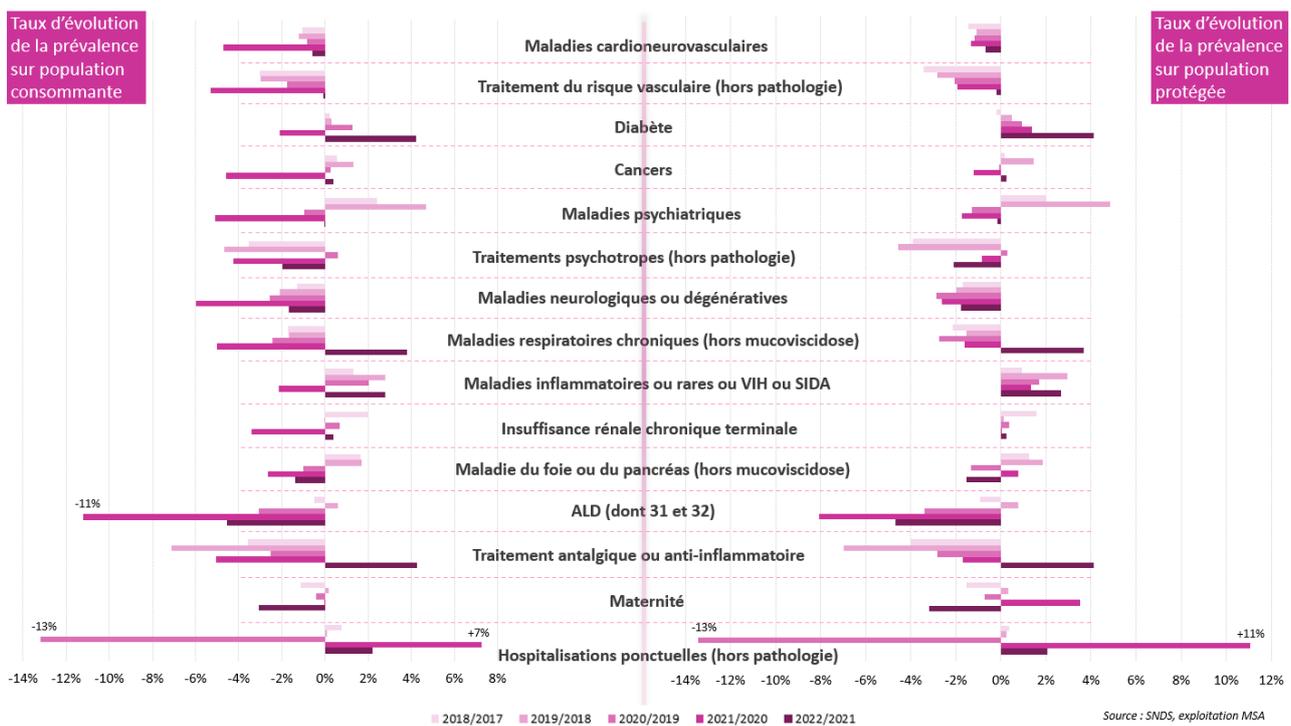
Par ailleurs, la proportion de patients diabétiques progresse lentement chaque année depuis 2018 avec une accélération en 2022 (+ 4,1 %). Il en est de même pour les maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA (+ 2,7 %).

Le taux de prévalence des cancers augmente très légèrement en 2022 après avoir diminué en 2021 après des années de stabilité ou de légère augmentation. Ces évolutions pourraient dénoter une dégradation de l'état de santé des assurés du régime liée aux modes de vie mais également pourraient venir d'une dégradation plus générale liée à des problèmes environnementaux, industriels, de précarité, d'accès aux soins ou encore une répercussion des prises en charge ou de prévention décalées suite à la crise sanitaire.

En 2022, le taux de prévalence des hospitalisations ponctuelles (hors pathologies, traitements ou maternité) continue d'augmenter (+ 2,1 %) mais de manière moins forte qu'en 2021 (+ 11,1 %) 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 était liée aux déprogrammations des hospitalisations lors de la crise sanitaire de la COVID-19 en 2020 et de leur report en 2021.

Enfin, en 2022, les maternités ont diminué de 3,2 % par rapport à 2021, alors qu'elles avaient augmenté l'année précédente de 3,5 %.

Graphique 13 :
Evolution des taux de prévalence des grands agrégats de 2017 à 2022 en fonction de la population de référence (consommateurs de soins ou population protégée)



2.2.2. La structure par pathologie de la dépense Ondam au régime agricole en 2022

En 2022, le régime agricole a remboursé 11,08 milliards d'euros pour la prise en charge des dépenses de santé de près de 3 millions de personnes assurées et bénéficiant de soins médicaux. La répartition de ces dépenses repose sur la cartographie des pathologies.

- **Hausse des dépenses de 1,21 milliard d'euros entre 2018 et 2022**

Entre 2018 et 2022, la dépense totale individualisable suivant les champs de l'ONDAM (Objectif national de dépenses d'assurance maladie) a augmenté de 2,9 % en moyenne chaque année. Sur cette période de 5 ans ; la hausse s'établit à 1,21 milliard d'euros, passant de 9,88 milliards d'euros en 2018 à 11,08 milliards d'euros pris en charge par le régime agricole en 2022.

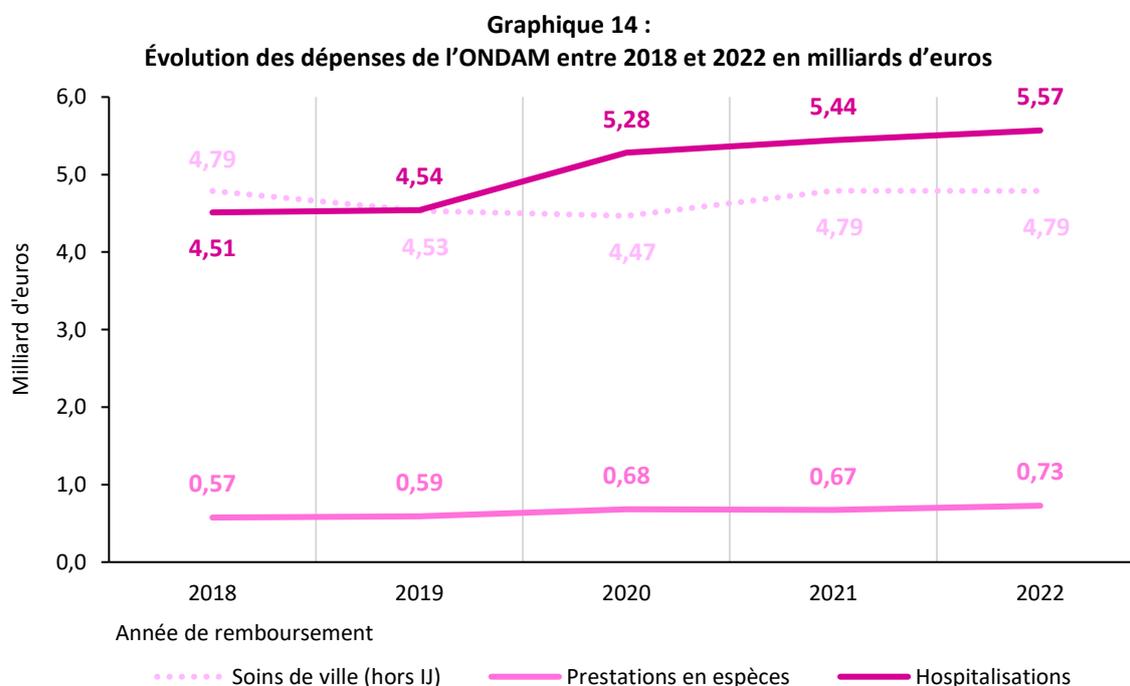
Après une légère baisse de 2,1 % entre 2018 et 2019 (- 210 millions d'euros), les dépenses progressent mais de moins en moins vite.

Elles augmentent de 8 % en 2020 (763 millions d'euros de remboursements supplémentaires) puis de 5 % en 2021 (+ 479 millions) et enfin de 2 % en 2022 (+ 175 millions).

Cette hausse est principalement liée à l'augmentation des dépenses en établissement passant de 5,44 milliards d'euros en 2021 à 5,57 milliards d'euros en 2022 (soit une hausse de 125 millions d'euros). Cette croissance est continue depuis 2018 mais tend à ralentir (**Graphique 14**).

Après une hausse de 324 millions en 2021, les dépenses liées aux soins de ville sont stables en 2022 (niveau similaire à 2018).

Quant aux prises en charge liées aux indemnités journalières (prestations en espèces), il y a une progression légère mais continue depuis plus de 5 années : on passe de 575 millions d'euros dépensés en 2018 à 681 millions en 2020 pour arriver à 728 millions en 2022 (avec une légère baisse entre 2020 et 2021 de 7 millions d'euros).



- **En 2022, 20,5 % 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 MSA, puis elle est ajustée au montant de l'ONDAM du régime agricole.

Les **hospitalisations ponctuelles** constituent à elles seules 20,5 % de la dépense en 2022 (20 % l'année précédente), soit plus de 2,27 milliards d'euros de prise en charge pour 16 % de la population MSA consommant des soins. Comme pour la totalité des régimes (régime général, régime agricole, SLM, SSI, ...), 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 4 163 € ; 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 464 000 assurés (**Graphique 15**).

Les **cancers actifs** et les **maladies cardioneurovasculaires chroniques** (à distinguer des cancers sous surveillance et des maladies cardioneurovasculaires aiguës) représentent les postes de dépenses les plus importants après les hospitalisations ponctuelles.

En 2022, la MSA a pris en charge 1,38 milliard d'euros pour les traitements liés aux cancers actifs, représentant 12,5 % des dépenses totales, bien que le nombre de malades soit relativement faible, avec 88 000 personnes, soit 3 % de la population. Le montant de remboursement moyen par individu qui est élevé explique le poids financier de cette pathologie (13 857 €).

A l'instar des hospitalisations ponctuelles, les maladies cardioneurovasculaires chroniques concernent un grand nombre d'individus (375 000 personnes), avec une dépense moyenne peu élevée de 2 924 €. Son poids financier en 2022 s'élève à 1,37 milliard d'euros (soit 12,3 % de la dépense) pour 13 % des usagers de soins.

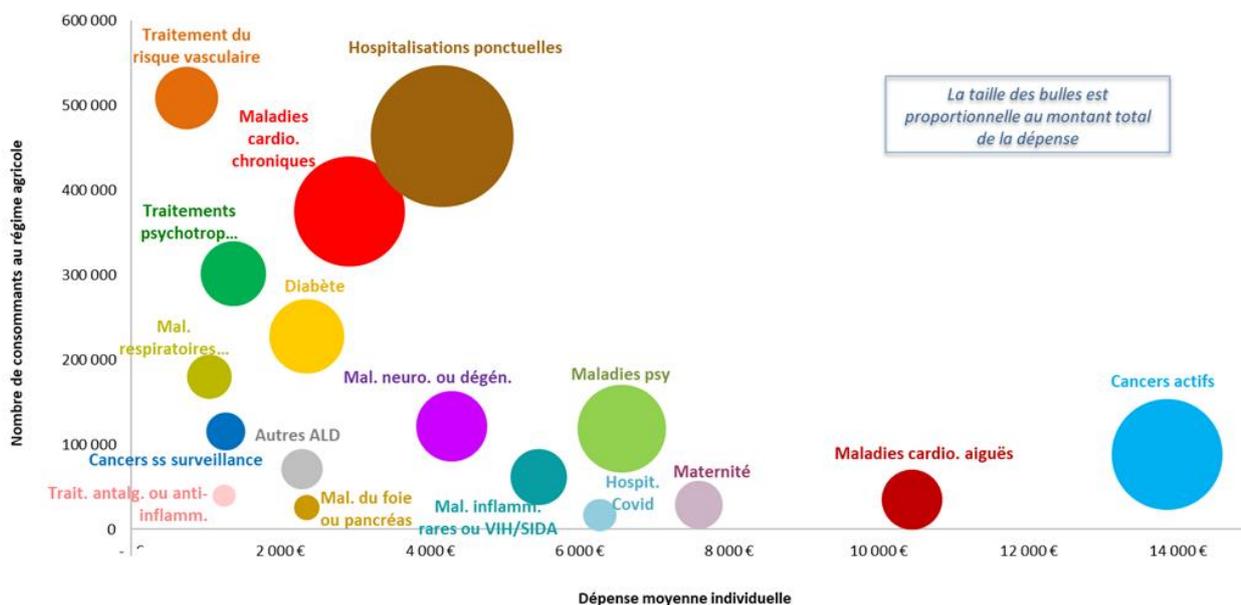
Les différents postes de dépenses peuvent être classés en deux groupes :

- d'une part, les pathologies touchant une population conséquente mais dont les coûts de prise en charge sont faibles.
- d'autre part, les pathologies qui ont un coût assez élevé pour une faible proportion de la population.

Les traitements psychotropes, hors pathologies psychiatriques, appartiennent à ce premier groupe de pathologies qui se caractérise par une population importante (un usager de soins sur dix) avec un coût moyen faible (1 365 €). Tandis que les **troubles psychiatriques** appartiennent au second groupe de pathologies caractérisées par un coût moyen individuel élevé (6 568 €) mais ne concernent que peu d'individus.

Les **traitements du risque vasculaire**, hors pathologies cardiovasculaires pèsent 4 % des dépenses (soit près de 450 millions d'euros) avec un coût moyen individuel de 743 €. Ce poste est celui qui touche le plus de personnes (18 % de la population soit près de 509 000 individus). Il est donc sensible aux potentielles variations de la dépense moyenne.

Graphique 15 :
Dépenses de l'ONDAM par pathologie* selon le nombre de consommateurs et la dépense moyenne individuelle, en 2022



Sources : CNAM, MSA

*Hors soins courants et insuffisance rénale chronique terminale

• Progression des principaux postes de dépenses en 2022

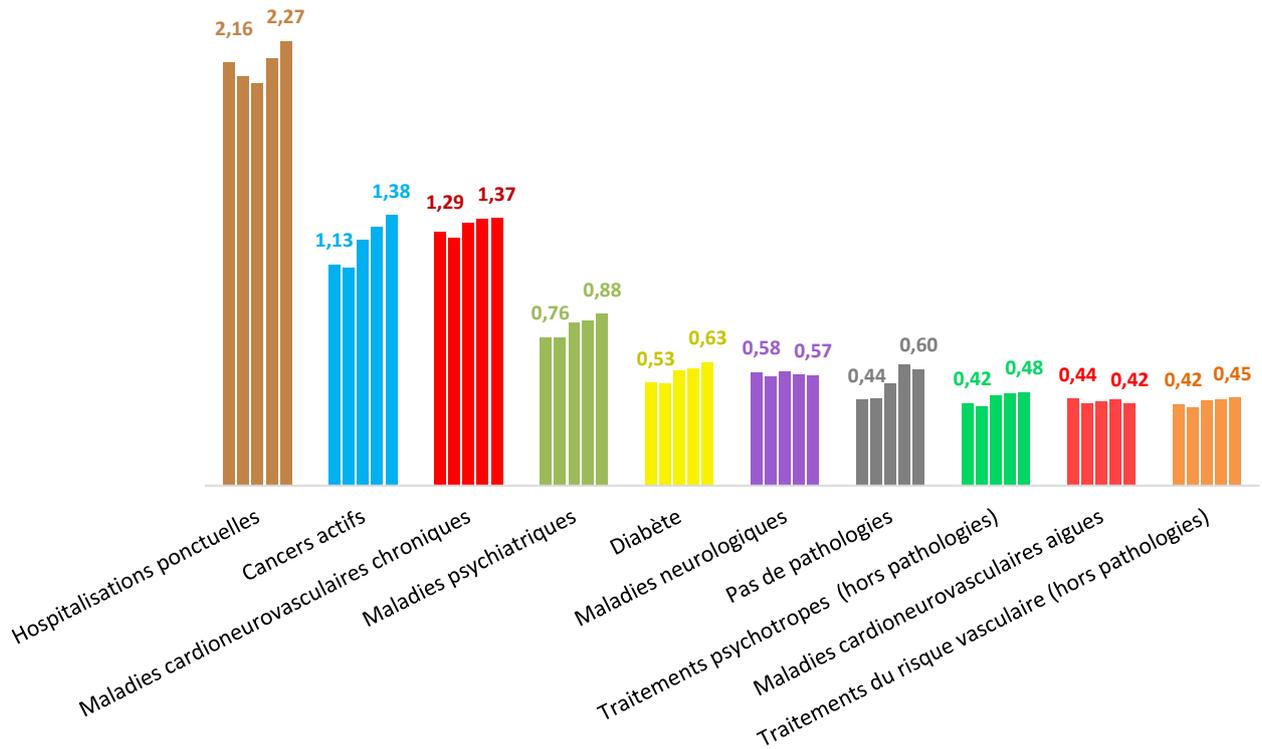
En 2022, les trois postes de dépenses les plus importants poursuivent leur croissance :

- Après deux années de baisse, les dépenses en hospitalisations ponctuelles repartent à la hausse en 2021 (+ 6 %) et 2022 (+ 4 %), passant de 2,16 milliards d'euros en 2018 à 2,27 milliards en 2022.
- Les dépenses liées aux cancers actifs poursuivent leur augmentation avec + 5 % en 2021 et + 4 % en 2022 à la suite d'un bond de 13 % en 2020.
- Les dépenses liées aux maladies cardioneurovasculaires chroniques connaissent un bond entre 2019 et 2020 de 5,8 % (1,27 à 1,34 milliard d'euros). La croissance se poursuit plus lentement en 2021 et 2022 (respectivement + 2 % et + 0,3 %).

Depuis 2018, les dépenses correspondant à la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) des maladies psychiatriques ne cessent d'augmenter (+ 3,7 % en moyenne chaque année). On passe ainsi de 760 millions d'euros à 877 millions d'euros en 2022.

La dépense du régime agricole pour ses assurés n'ayant aucune pathologie identifiée a diminué de 3,5 % en 2022 (596 millions d'euros pris en charge) après une forte progression sur deux années de suite : en 2020 (+ 17 %) et en 2021 (+ 18 %) (**Graphique 16**).

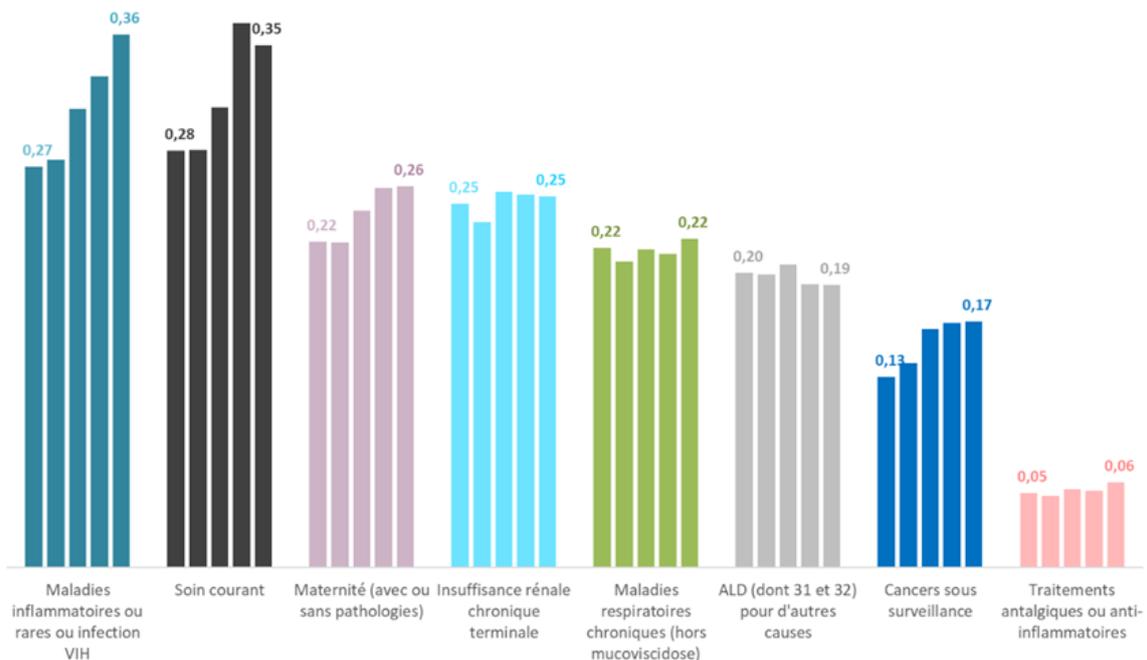
Graphique 16 :
Dépense allouée aux dix postes les plus coûteux par année de 2018 à 2022 (en milliards d'euros)



Sources : CNAM, MSA

Dans une moindre mesure, la prise en charge pour une maladie inflammatoire ou rare ou pour une infection VIH est en hausse continue, elle augmente en moyenne de 7,4 % chaque année. On passe de 271 millions d'euros dépensés en 2018 à 360 millions en 2022, soit une hausse de près de 90 millions d'euros sur 5 ans (**Graphique 17**).

Graphique 17 :
Dépense allouée aux huit postes les moins coûteux par année de 2018 à 2022 (en milliards d'euros)



Sources : CNAM, MSA

- **Taux de croissance annuels moyens des dépenses en hausse pour l'ensemble des pathologies entre 2018 et 2022**

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

Le **graphique 18** présente les taux de croissance annuels moyens (TCAM) entre 2018 et 2022 des effectifs (en ordonnée) et des coûts moyens par individu (en abscisse).

Entre 2018 et 2022, le TCAM de la dépense moyenne évolue dans des proportions variables pour l'ensemble des groupes de pathologies.

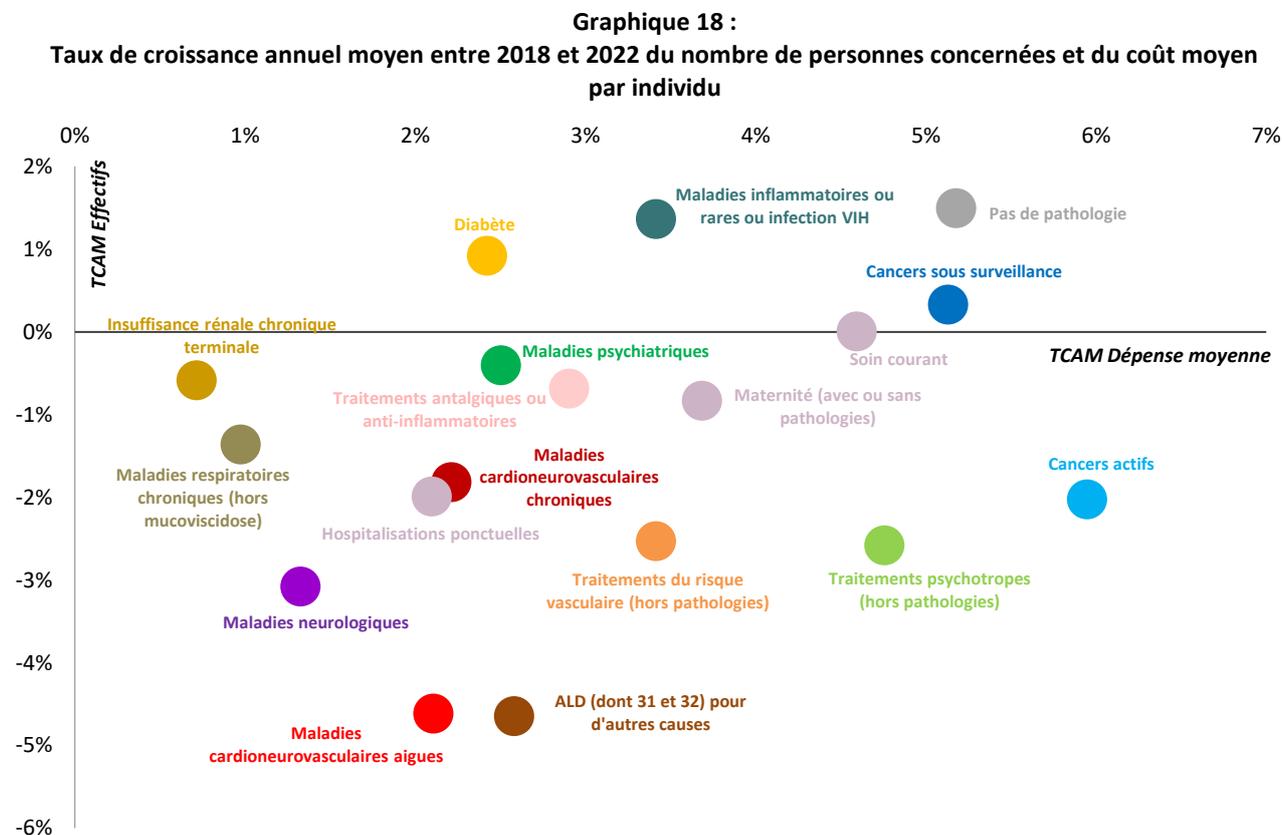
Dans la partie supérieure du graphique, on retrouve les catégories de dépenses où les effectifs sont en progression conjointement à une augmentation du TCAM de la dépense moyenne.

On y retrouve les maladies inflammatoires, dont la hausse continue des dépenses est matérialisée à la fois par une augmentation des effectifs et de la dépense moyenne individuelle (respectivement + 1,4 % et + 3,4 % de croissance annuelle moyenne).

Il y a également les personnes sans pathologie identifiée par la cartographie (+ 1,5 % et + 5,2 %), les cancers sous surveillance (+ 0,3 % et + 5,1 %) et le diabète (+ 0,9 % et + 2,4 %).

Les augmentations du TCAM de la dépense moyenne conjuguées à une baisse du TCAM des effectifs, sont présentées dans la partie inférieure du graphique. Les autres postes de dépense y sont également représentés, tels que les cancers actifs dont la prise en charge augmente de 5,9 % en moyenne sur la période (la hausse la plus forte), tandis que les effectifs diminuent de 2 % en moyenne chaque année.

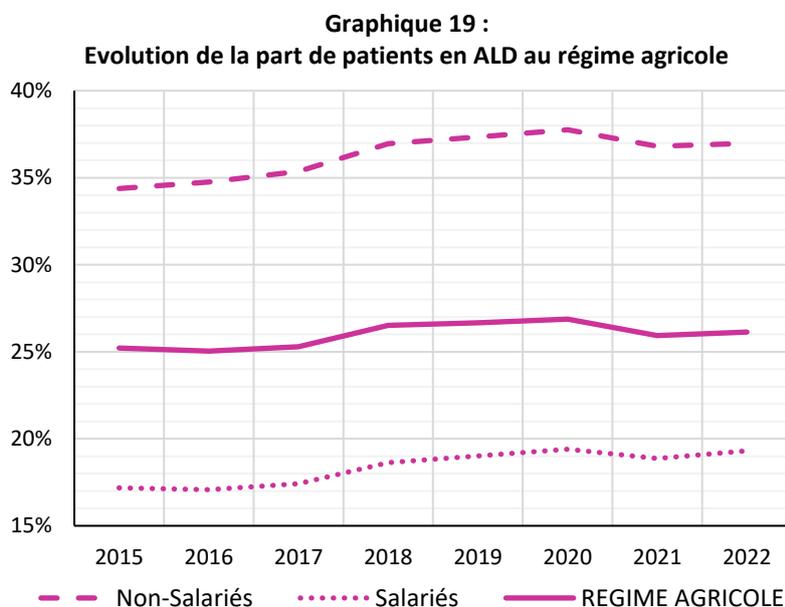
De même, la dépense individuelle des maladies cardiovasculaires aiguës augmente de 2,1 % par an en moyenne, tandis que le nombre d'individus concernés diminue en moyenne de 4,6 % chaque année, ce qui a pour effet une légère diminution (- 1,5 %) de la dépense globale sur les 5 années.



Sources : CNAM, MSA

2.2.3. Les patients en affection de longue durée au régime agricole en 2022

Les patients en affection de longue durée (ALD) représentent 26 % de la population affiliée au régime agricole ayant eu un soin en 2022, soit un effectif de 765 953 patients³. De 2017 à 2020, ils étaient en légère augmentation (**Graphique 19**), du fait du vieillissement de la population du régime (**Graphique 20**). Un léger recul est observé en 2021 pouvant s'expliquer par la hausse globale du nombre des patients du fait de la pandémie de la Covid-19. En 2022, la part reste identique à 2021.



Source : SNDS – exploitation MSA

Parmi les patients en ALD, 55 % sont affiliés au régime des non-salariés et 45 % au régime des salariés (**Tableau 13**). L'âge moyen est de 72 ans (79 ans pour les non-salariés et 65 ans pour les salariés). Cette population est majoritairement masculine (54 % d'hommes contre 46 % de femmes).

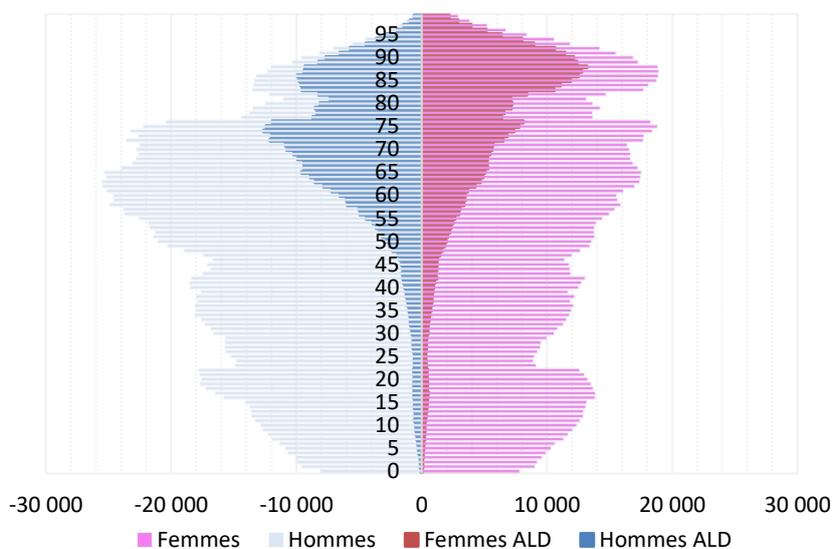
Tableau 13 :
Effectif et répartition des patients en ALD au régime agricole en 2022

	Nombre de patients en ALD	Répartition	% parmi l'ensemble des patients	Moyenne d'âge	% hommes	% femmes
Régime agricole	765 953	100 %	26 %	72	54 %	46 %
dont NSA	418 203	55 %	37 %	79	50 %	50 %
dont SA	347 750	45 %	19 %	65	58 %	42 %
Autres régimes	12 497 900	100 %	20 %	64	50 %	50 %

Source : SNDS – exploitation MSA

³ La comptabilisation est effectuée en retenant les remboursements de soins jusqu'à fin juin 2023.

Graphique 20 :
Pyramide des âges des patients du régime agricole en 2022



La part de patients en ALD augmente avec l'âge et de façon significative à partir de 40 ans (**Graphique 21 et Tableau 14**). A partir de 65 ans, les hommes sont plus souvent en ALD que les femmes. Au sein des autres régimes d'assurance maladie, chez les 65 à 79 ans, 54 % des hommes sont en ALD contre 39 % des femmes. Chez les 80 ans et plus, 76 % 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 (20 %). 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 par comparaison avec les 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 14**).

Graphique 21 :
Part de patients en ALD en 2022 par âge et par régime



Tableau 14 :
Part des patients en ALD en 2022 par classe d'âge, par sexe et par régime

Classe d'âge	TOTAL			HOMMES			FEMMES		
	NSA	SA	Autres régimes	NSA	SA	Autres régimes	NSA	SA	Autres régimes
0-19 ans	3 %	3 %	3 %	3 %	4 %	4 %	3 %	3 %	3 %
20-39 ans	4 %	5 %	6 %	4 %	5 %	6 %	5 %	5 %	6 %
40-64 ans	16 %	19 %	20 %	16 %	20 %	21 %	16 %	18 %	19 %
65-79 ans	44 %	45 %	46 %	49 %	50 %	54 %	38 %	38 %	39 %
80 ans et plus	71 %	68 %	69 %	77 %	70 %	76 %	68 %	66 %	65 %
Total	37 %	19 %	20 %	34 %	20 %	20 %	41 %	18 %	19 %

Source : SNDS – exploitation MSA

Il ne semble pas y avoir de lien entre le type de territoire (urbain/rural)⁴ et la proportion de patients en ALD y résidant. 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 15**).

Tableau 15 :
Part de patients en ALD en 2022 par classe d'âge et typologie de commune (tous régimes)

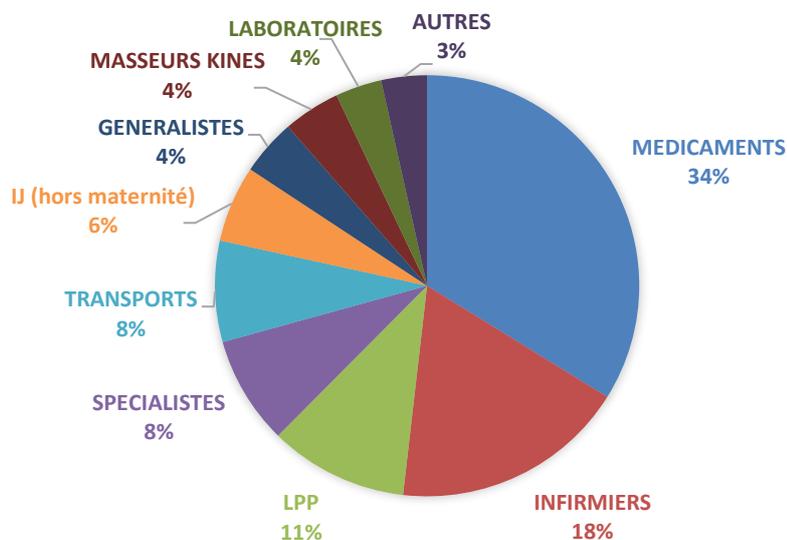
Classe d'âge	Rural autonome très peu dense	Rural autonome peu dense	Rural sous faible influence d'un pôle	Rural sous forte influence d'un pôle	Urbain densité intermédiaire	Urbain dense
0-19 ans	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %
20-39 ans	6 %	6 %	6 %	5 %	6 %	6 %
40-64 ans	20 %	20 %	19 %	17 %	20 %	20 %
65-79 ans	45 %	46 %	46 %	44 %	46 %	46 %
80 ans et plus	69 %	70 %	70 %	70 %	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 (34 %), les soins infirmiers (18 %) et les dispositifs médicaux (LPP : 11 %) (**Graphique 22**).

⁴ Une nouvelle définition du rural pour mieux rendre compte des réalités des territoires et de leurs transformations, Insee Références, Édition 2021, Dossiers.

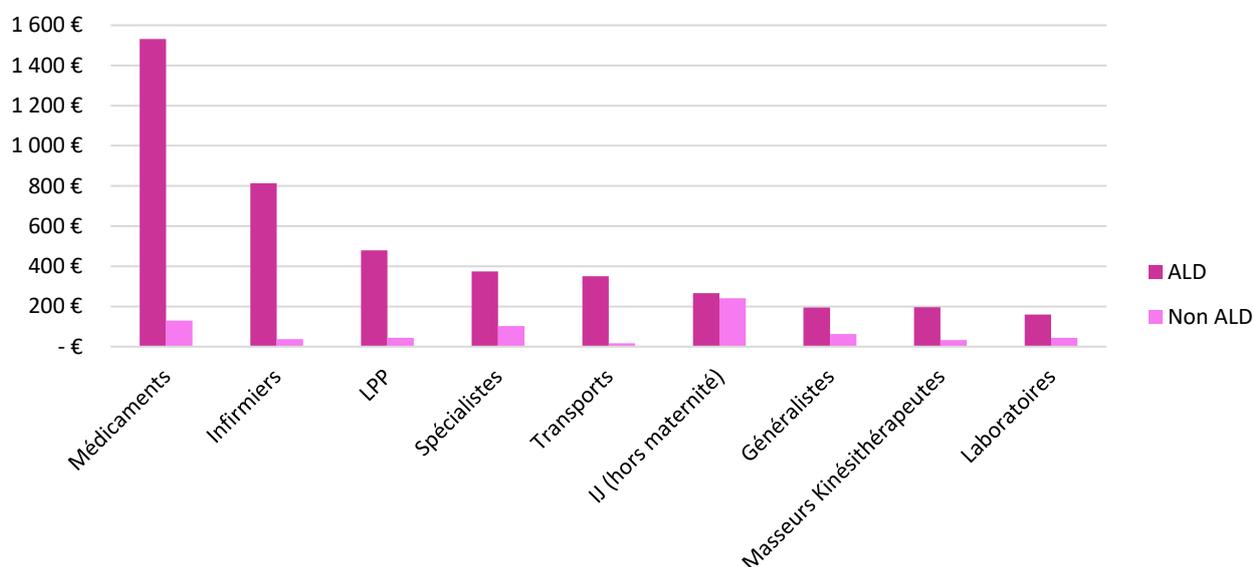
Graphique 22 :
Répartition par poste de dépenses des montants remboursés de soins de ville pour les patients en ALD au régime agricole en 2022



Source : SNDS – exploitation MSA

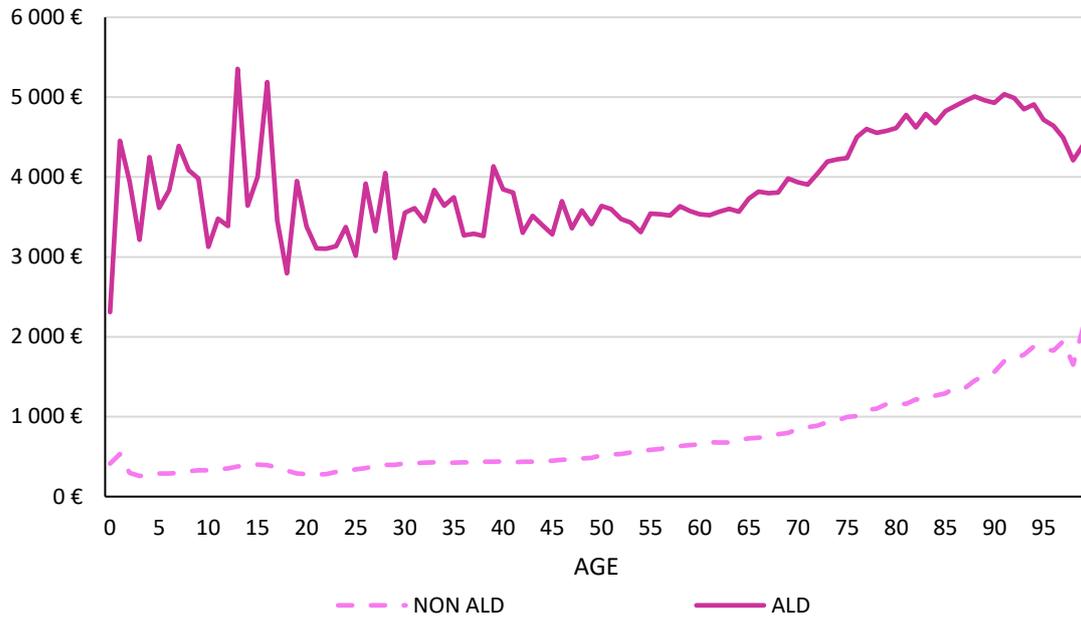
Le montant moyen remboursé de soins de ville par patient en ALD est de 4 523 € en 2022, contre 783 € pour les patients n'étant pas en ALD. L'écart est particulièrement élevé pour le poste médicaments (1 531 € pour les patients en ALD versus 130 € pour les patients non ALD) et pour le poste infirmier (812 € versus 38 €) (**Graphique 23**). Par ailleurs, le montant moyen augmente avec l'âge (**Graphique 24**).

Graphique 23 :
Montant moyen remboursé de soins de ville par patient pour les principaux postes de dépenses et comparaison ALD/non ALD au régime agricole en 2022



Source : SNDS – exploitation MSA

Graphique 24 :
Montant moyen remboursé de soins de ville (hors IJ) par patient par âge
et comparaison ALD/non ALD au régime agricole en 2022



Source : SNDS – exploitation MSA

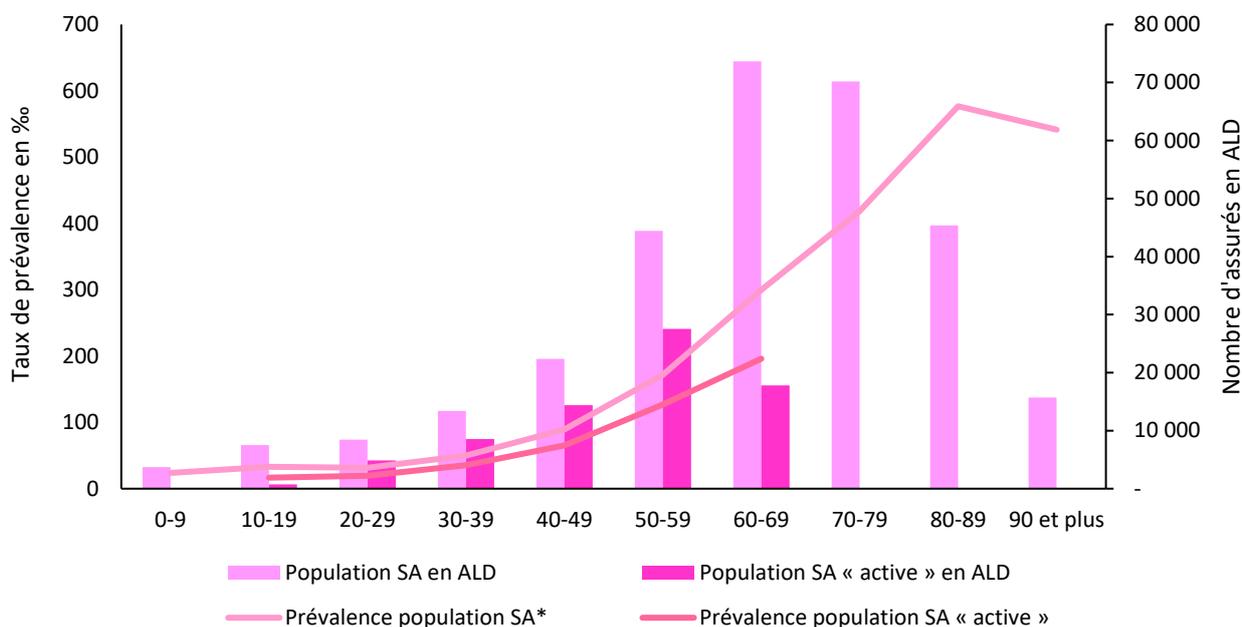
Zoom sur les pathologies chroniques des salariés agricoles en activité

En 2021, près d'**un salarié agricole sur six** (166 ‰), qu'il soit en activité ou non (salarié en activité stable, en activité partielle ou inactif tels que retraité ou au chômage...), est pris en charge au titre d'au moins une affection de longue durée (ALD⁵).

Si l'on exclut la population de moins de 15 ans et celle de plus de 70 ans, et que l'on garde uniquement la population en âge de travailler, le taux de prévalence⁶ est légèrement plus faible (134 ‰).

Mais lorsque l'on se concentre sur la population salariée **active**⁷ travaillant plus de 120 jours, cette prévalence est nettement plus faible (70 ‰). Cet écart entre population salariée en activité « **stable** » et population salariée **globale** apparaît à partir de 40 ans, et se creuse avec l'âge (**Graphique 25**).

Graphique 25 :
Prévalence de la population salariée agricole (SA) en ALD par âge en 2021



* salariés actifs stables (contrat de plus de 120 jours consécutifs), salariés actifs partiels (contrat de moins de 120 jours consécutifs, en arrêt maladie longue durée...) et inactifs (au chômage, retraités).

Source : MSA

La prévalence en ALD des salariés actifs **stables** diffère selon le **secteur d'activité**⁸ (**Graphique 26**). Dans le secteur des productions agricoles, qui concentre 44 % de ces salariés, la prévalence en ALD est la plus faible (64 ‰). Elle est la plus importante dans les organismes de services (75 ‰, soit un écart de presque 10 points avec le secteur des productions agricoles) et les secteurs coopératifs (73 ‰) (cf définition des secteurs d'activités dans l'**encadré 1**).

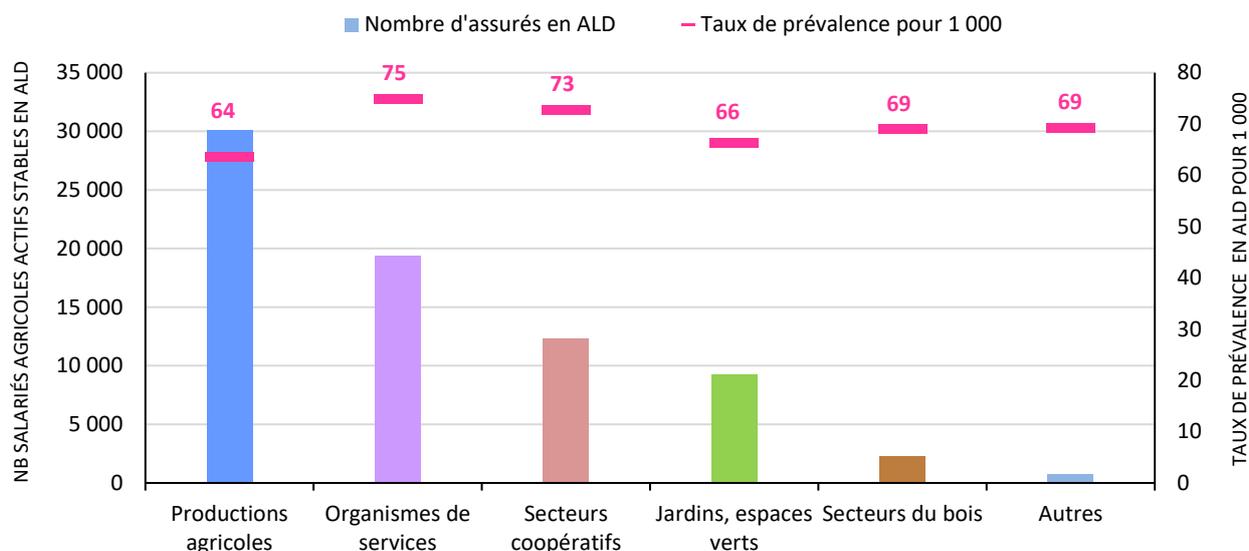
⁵ L'affection de longue durée est une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé, et pour laquelle le patient bénéficie d'un remboursement à 100 % sur la base du tarif de la Sécurité sociale de ses frais de santé liés à l'ALD.

⁶ Nombre d'assurés exonérés au titre d'au moins une ALD au 31/12/2021, rapporté à la population couverte en maladie par le régime agricole (au 01/01/2022).

⁷ Salariés agricoles âgés de 15 à 70 ans, avec un contrat d'au moins 120 jours consécutifs sur la période 2021-2022.

⁸ Secteur d'activité majoritaire où le nombre d'heures travaillées est le plus élevé sur la période étudiée.

Graphique 26 :
Prévalence en ALD par secteur d'activité des salariés en activité stable



Source : MSA

Il existe une sur-représentation de 12 % de personnes en ALD dans le secteur des organismes de services, et de 5 % dans le secteur coopératif (**Graphique 27**).

Ces deux secteurs et notamment le secteur des organismes de services, où l'activité peut plus facilement être conciliée avec une pathologie chronique peuvent ainsi constituer un environnement « protégé », qui pourrait expliquer cette sur-représentation.

A l'inverse, les assurés en ALD sont sous-représentés, dans le secteurs des productions agricoles ou encore celui des jardins et espaces verts, ce qui semble témoigner de contraintes physiques plus nombreuses nécessitant une bonne santé.

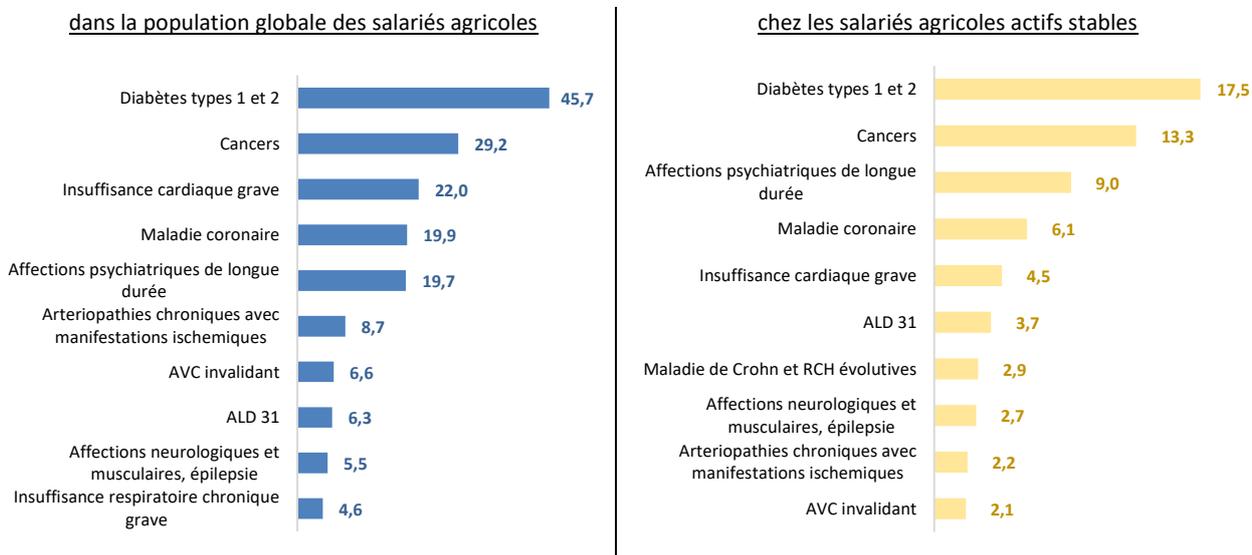
Graphique 27 :
Indices comparatifs de la prévalence en ALD (2021-2022) par secteur d'activité



Source : MSA

Les principales ALD exonérantes, que ce soit dans la population **globale** des salariés agricoles, ou dans la population des salariés actifs **stables**, sont les diabètes de types 1 et 2 et les cancers et dans une moindre mesure, l'insuffisance cardiaque grave, la maladie coronaire et les affections psychiatriques (**Graphiques 28a et 28b**).

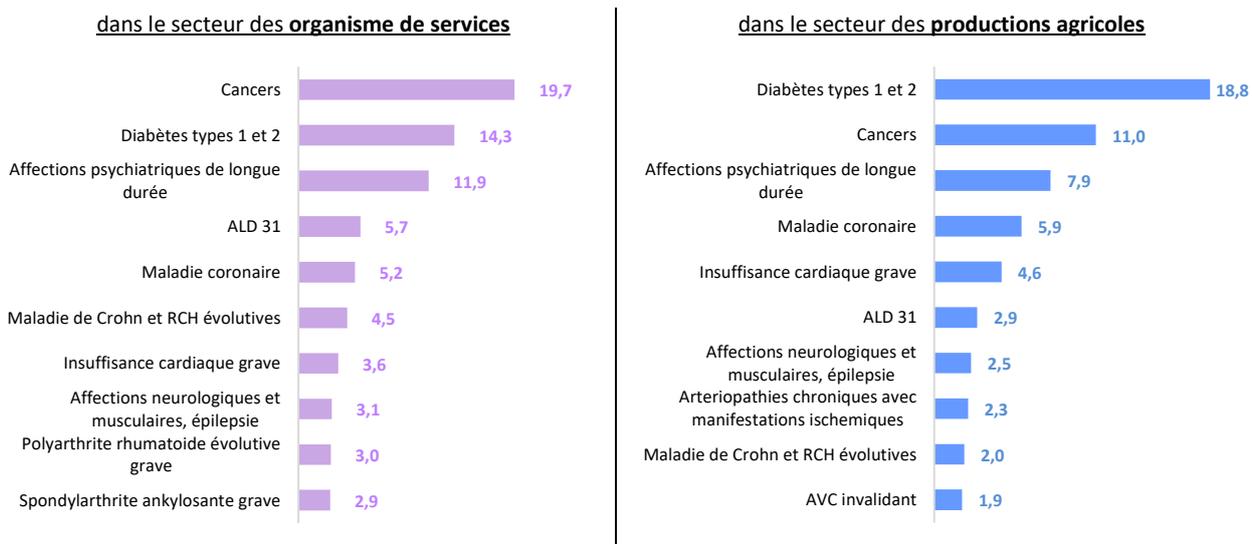
Graphiques 28a et 28b :
Taux de prévalence par pathologie (en ‰, en 2021-2022)



Source : MSA

Les pathologies les plus représentées sont différentes selon le secteur d'activité. Alors que dans les organismes de services les premières ALD exonérantes sont les cancers ; dans le secteur des productions agricoles, il s'agit des diabètes de type 1 et 2 (**Graphiques 29a et 29b**).

Graphiques 29a et 29b :
Taux de prévalence par pathologie (en ‰, en 2021-2022) chez les salariés agricoles actifs stables



Source : MSA

Encadré 1 :
Définition des secteurs d'activités

Secteur des productions agricoles :

Cultures spécialisées, champignonnières, élevage spécialisé gros animaux, élevage spécialisé petits animaux, entraînement, dressage, haras, conchyliculture, etc., marais salants, culture, élevage non spécialisés, viticulture, gardes-chasses, gardes-pêche, jardiniers, gardes forestiers.

Secteurs du bois :

Sylviculture, gemmage, exploitation de bois, scieries fixes.

Secteurs coopératifs :

Stockage et conditionnement de produits agricoles, approvisionnement, traitement des produits laitiers, traitement de la viande, conserverie produits autres que viande, vinification, insémination artificielle, sucrerie, distillerie, meunerie, panification, stockage, conditionnement fleurs, fruits, légumes, coopératives et SICA de volailles, coopératives diverses.

Travaux agricoles jardins-espaces verts :

Entreprises de travaux agricoles, entreprises de jardins, paysagistes, artisans du bâtiment, autres artisans ruraux.

Organismes professionnels agricoles :

Mutualité Sociale Agricole, Crédit Agricole, Autres organismes professionnels, SICAE.

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 2021 et sur la période 2018-2021

Principaux résultats

L'ensemble des données a été traité sur la période 2018-2021 sur la base des données médico-administratives du SNDS.

Quel que soit le régime d'affiliation au régime agricole (salarié agricole - SA ou non-salarié agricole -NSA) et quelle que soit la tranche d'âge (15-64 ans et 65 ans et plus), il y a un **sur-risque du phénomène suicidaire comparativement à l'ensemble des régimes (Tableau 16)**.

En 2021, les assurés agricoles ont un sur-risque de suicide :

- ♦ Pour les 15-64 ans : sur-risque de **60 %** (+ **36 %** pour les **salariés** et + **102 %** pour les **non-salariés**).
- ♦ Pour les 65 ans et plus : sur-risque de **73 %** (+ **39 %** pour les **salariés** et + **91 %** pour les **non-salariés**).

Augmentation de l'indice comparatif (IC) du risque de suicide sur la période étudiée (2018-2021), excepté pour les salariés agricoles de 65 ans et plus (Tableau 16) :

- ♦ 15-64 ans : + **6,4 %** (+ **0,8 %** pour les **SA** et + **15,5 %** pour les **NSA**).
- ♦ 65 ans et plus : + **10,6 %** (- **6,7 %** pour les **SA** et + **19,3 %** pour les **NSA**).

Nota Bene : Le risque de suicide au sein de la population générale diminue légèrement au cours de cette période (- 1,4 %).

Facteurs de risque liés au suicide - Etude sur l'ensemble des régimes :

Pour les **15-64 ans (Graphique 30)**,

1. Augmentation du risque avec l'âge. Prédominance entre 50 et 59 ans.
2. Influence du sexe : les hommes ont un risque supérieur aux femmes.
3. Les assurés agricoles (non-salariés et salariés agricoles) sont des populations à haut risque de suicide comparativement aux autres régimes.
4. Les troubles mentaux sont fortement liés au suicide.
5. Les tentatives de suicide (TS) amplifient le phénomène.
6. Le lieu de résidence, entre autres en milieu rural, influence mais dans une moindre mesure, le risque de suicide.

Pour les **65 ans et plus (Graphique 31)**, constats identiques ; avec quelques particularités :

1. Sur-risque très important pour les personnes de 80 ans et plus.
2. Le sur-risque masculin est 2 fois plus important que dans la population 15-64 ans.
3. Les tentatives de suicide constituent le facteur de risque le plus important pour cette tranche d'âge.

Introduction

Tragédie sans nul doute, le suicide préoccupe. Aujourd'hui, près de 9 000 décès par an sont répertoriés en France (CépidDc, 2021). De fait, notre pays se hisse à la 8^e position européenne du taux de suicide le plus élevé ; avec 13,5 suicides pour 100 000 habitants contre 10,3 de moyenne en Europe (Eurostat, 2024). Pour autant, a été observé ces dernières années à l'échelle nationale, une légère baisse du taux standardisé de mortalité par suicide. En effet, il est passé de 14,1 en 2018 à 13,9 en 2021 ; soit une diminution de 1,4 % (CépiDc Inserm, 2021).

Le monde agricole, sujet de notre étude, n'est pas exempt de ce fléau, bien au contraire. La MSA présente ainsi chaque année des études sur le risque suicidaire de la population agricole. L'année 2020 ayant déjà fait l'objet d'une publication préalable (Rapport Charges et Produits MSA 2024), il sera traité ici des données nouvellement disponibles sur la période 2018-2021. Pour ce faire, et dû à l'impossibilité de dénombrier de façon exhaustive le nombre de suicides au sein du régime agricole, une méthodologie comparative a été mise en place afin d'estimer de manière normalisée, les différences entre les groupes de populations du régime agricole et ceux des autres régimes.

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

Pour assurer une homogénéisation des résultats et permettre une analyse comparative des groupes, un **indice comparatif** (IC) a été utilisé. Cet indicateur permet d'identifier à âge et sexe identique, les variations du risque de suicide dans les populations du régime agricole par rapport à la population de l'ensemble des régimes.

Etat des lieux de la mortalité par suicide au régime agricole

En 2021, le sur-suicide dans la population agricole de 15 à 64 ans est estimé à 60 % et atteint même 73 % pour les 65 ans et plus.

Sur la période 2018-2021, les consommateurs de soins du régime agricole ont, quel que soit l'âge et le sexe, un risque accru de mortalité par suicide.

En termes d'évolution, pour les individus de 15 à 64 ans, ce sur-risque évolue de + 6,4 % contre + 10,6 % pour les individus plus âgés (65 ans et plus) (**Tableau 16**).

Cette observation est d'autant plus notable chez les non-salariés agricoles de 65 ans et plus, pour qui le risque de mortalité par suicide augmente de 19,3 %. Chez les non-salariés âgés de 15 à 64 ans, cette évolution est légèrement moins importante (15,5 %).

Ces observations témoignent d'un profond mal-être au sein de la population agricole soumise à certains facteurs identifiés comme aggravants (**Encadré 2**).

Tableau 16 :
Indicateur comparatif du suicide entre le régime agricole et l'ensemble des régimes sur la période 2018-2021

	2018			2019		
	Nombre de consommateurs	Indice comparatif	Significativité	Nombre de consommateurs	Indice comparatif	Significativité
15-64 ans						
Ensemble des régimes	33 923 293	100,0	-	35 137 153	100,0	-
Régime agricole	1 559 185	150,3	***	1 566 547	136,0	***
· Salariés	1 073 323	135,0	***	1 092 266	131,5	**
· Non-salariés	485 862	175,3	***	474 281	143,7	**
65 ans et plus						
Ensemble des régimes	10 982 265	100,0	-	11 505 213	100,0	-
Régime agricole	1 034 104	156,8	***	1 016 636	169,0	***
· Salariés	328 270	148,8	***	336 237	149,4	***
· Non-salariés	705 834	160,2	***	680 399	177,9	***
2020						
15-64 ans						
Ensemble des régimes	36 638 268	100,0	-	37 620 754	100,0	-
Régime agricole	1 582 408	130,9	***	1 600 081	159,9	***
· Salariés	1 115 321	104,5	NS	1 138 193	136,1	***
· Non-salariés	467 087	177,3	***	461 888	202,5	***
65 ans et plus						
Ensemble des régimes	11 917 109	100,0	-	12 226 110	100,0	-
Régime agricole	1 001 339	163,5	***	984 456	173,4	***
· Salariés	345 451	124,5	NS	355 425	138,8	***
· Non-salariés	655 888	182,1	***	629 031	191,0	***

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

Source : SNDS - Exploitation, MSA.
Données sur les consommateurs métropolitains

Clé de lecture : En 2018, au régime agricole et au sein de la tranche d'âge 15-64 ans, il y a 50.3% de surrisque de suicide par rapport à l'ensemble des consommateurs tous régimes de la même tranche d'âge.

Evolution du risque de suicide sur la période 2018- 2021

15 - 64 ans

RA: +6,4% / SA: + 0,8% / NSA : +15,5%

65 ans et plus

RA : +10,6% / SA : - 6,7% / NSA : +19,3%

Sur la période d'étude 2018-2021, des tendances s'observent au sein du régime agricole.

Chez les 15-64 ans, on observe :

1. Un indice comparatif du risque de suicide supérieur à la population tous régimes – tant pour les salariés que les non-salariés agricoles ;
2. Une stabilisation comprise entre 32 % et 36 % (hors 2020) de l'indice comparatif du risque de suicide des salariés agricoles ;
3. Une augmentation marquée depuis 2019 du sur-suicide chez les exploitants agricoles (**Tableau 16**).

Chez les 65 ans et plus, les tendances sont les suivantes :

- L'excès du risque de mortalité par suicide chez les non-salariés agricoles par rapport à la population tous régime est constamment en hausse depuis 2018 ; passant de 60 % en 2018 à 91 % en 2021.
- Pour les salariés agricoles, bien qu'au cours de la même période cette tendance soit en baisse, le sur-risque reste conséquent en comparaison à l'ensemble des régimes (**Tableau 16**).

Impact des facteurs identifiés dans le risque de suicide

Le modèle de Cox permet d'évaluer le risque de suicide supplémentaire engendré par chaque facteur (âge, sexe, régime, pathologies, tentatives de suicide, ruralité) indépendamment les uns des autres (**Annexe 4**). Il est réalisé sur les consommateurs de l'ensemble des régimes au cours de la période 2018-2021.

Dans la population des 15-64 ans

Le modèle de Cox met en évidence plusieurs constats (**Graphique 30**).

Le risque de décès par suicide est croissant avec l'âge (à l'exception des 60-64 ans).

L'implication du sexe dans le risque de décès par suicide n'est pas anodine. Les hommes présentent un risque 2,7 fois plus important que les femmes.

Les assurés du régime agricole, tant non-salariés que salariés, ont un sur-risque de mortalité par suicide respectif de 2,3 et 1,2 fois supérieur aux assurés des autres régimes.

D'autre part, comme l'ont déjà mis en évidence de précédentes études⁹, les facteurs liés aux troubles mentaux sont déterminants. Le phénomène du risque suicidaire est 16,1 fois plus fréquent chez les personnes atteintes d'une maladie psychiatrique que chez les assurés n'ayant aucune maladie psychiatrique ni traitement psychotrope. De surcroît, les personnes suivant un traitement psychotrope ont un risque multiplicatif de 5,2.

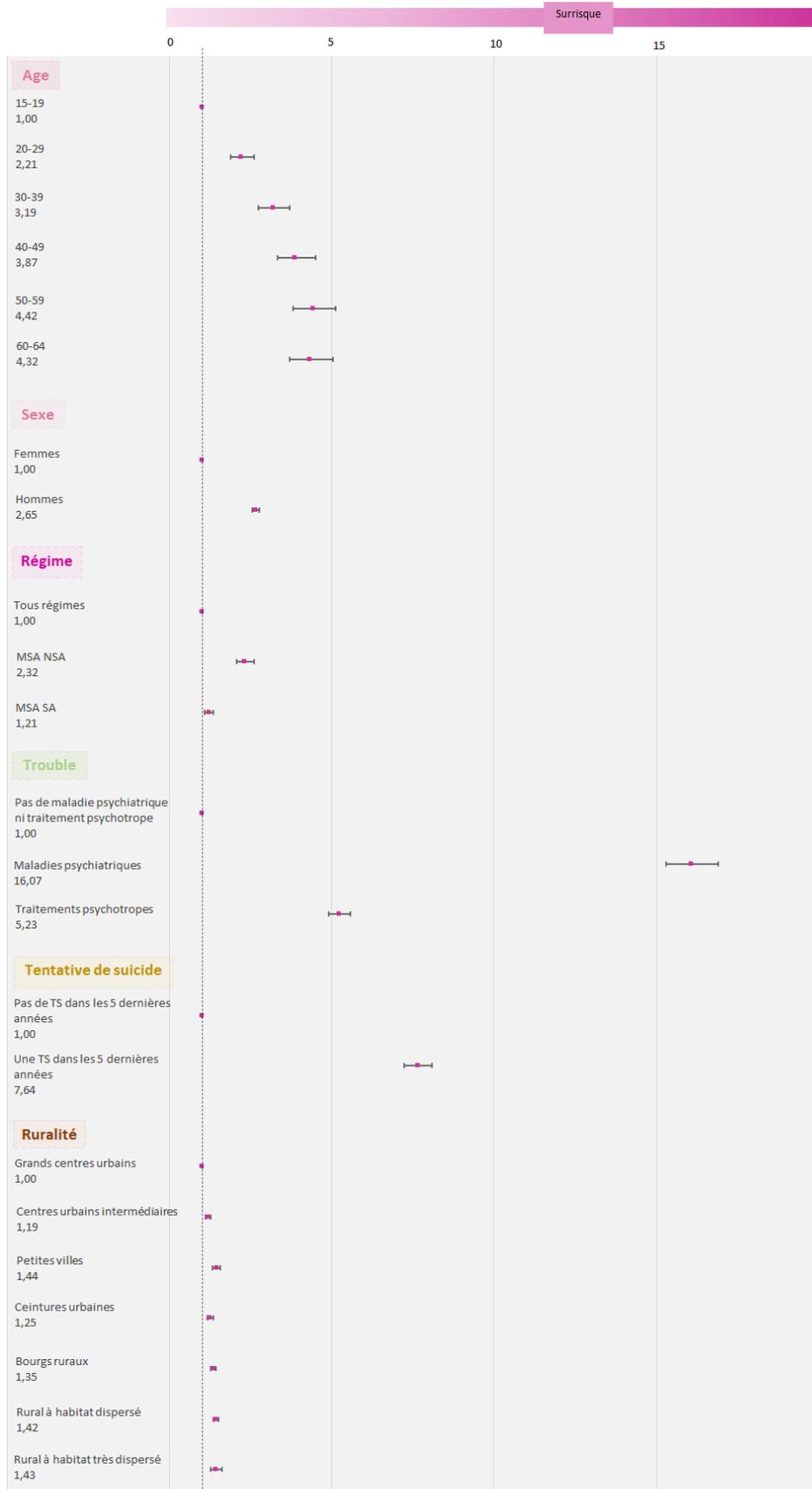
Les tentatives de suicide (dans les 5 années précédant le suicide), elles-aussi, entraînent un sur-suicide de 7,6 fois.

Enfin, le lieu de résidence¹⁰ a un très léger impact quant au risque de décès par suicide, augmentant en fonction de l'éloignement des grands centres urbains à l'exception des petites villes.

⁹ Mac Lean et al., 2008 ; Li et al., 2011 ; Prévitali, 2015 ; BEH, 2019.

¹⁰ Grille communale détaillée à 7 niveaux de l'INSEE.

Graphique 30 :
Modèle de Cox, facteurs de risque de suicide, 15-64 ans, ensemble des régimes, période 2018-2021



Tranche d'âge : 15 - 64 ans
 Source : SNDS - Exploitation, MSA

Chez les 65 ans et plus

Les assurés plus âgés sont aussi des personnes à risque (**Graphique 31**).

Au même titre que pour les 15-64 ans, le risque de décès par suicide augmente avec l'âge (x 2,3 chez les 80 ans et plus) ; ce risque est davantage présent chez les hommes (x 5,2).

Pour les non-salariés agricoles comme pour les salariés agricoles, un sur-risque est identifié ; respectivement de 1,8 et 1,4 fois supérieur à celui des consommateurs des autres régimes.

Bien qu'identifiés comme facteurs de risques importants, les « maladies psychiatriques » et « traitements psychotropes » sont moins prégnants dans la population âgée (respectivement 6,7 et 3,2).

En revanche, il apparaît que les tentatives de suicide au cours des 5 dernières années constituent un facteur prédominant qui augmente de 12,7 fois le risque de suicide.

Enfin, la ruralité¹¹ semble, comme pour les 15-64 ans, être un facteur très légèrement impactant, allant jusqu'à multiplier le risque de décès par suicide de 1,5 pour les personnes vivant en zone rurale à habitat très dispersé.

¹¹ Grille communale détaillée à 7 niveaux de l'INSEE.

Graphique 31 :
Modèle de Cox, facteurs de risque de suicide, 65 ans et plus, ensemble des régimes, période 2018-2021



Tranche d'âge : 65 + ans
 Source : SNDS - Exploitation, MSA

Le profil type des assurés à haut risque suicidaire

La classification ascendante hiérarchique (CAH), réalisée à partir des axes issus d'une analyse des correspondances multiples (ACM), permet de partitionner une population en différentes classes ou sous-groupes (clusters) présentant un maximum de ressemblances ; tout en éloignant, dans d'autres clusters, les entités dissemblables.

Ainsi, à partir des données 2018-2021 et des facteurs de risques liés au suicide, il s'agit de savoir si :

1. Au sein de la classification tous régimes, le régime agricole se distingue ;
2. Au sein même du régime agricole, les salariés et non-salariés se différencient.

Classification inter-régimes : distinction tous régimes / régime agricole

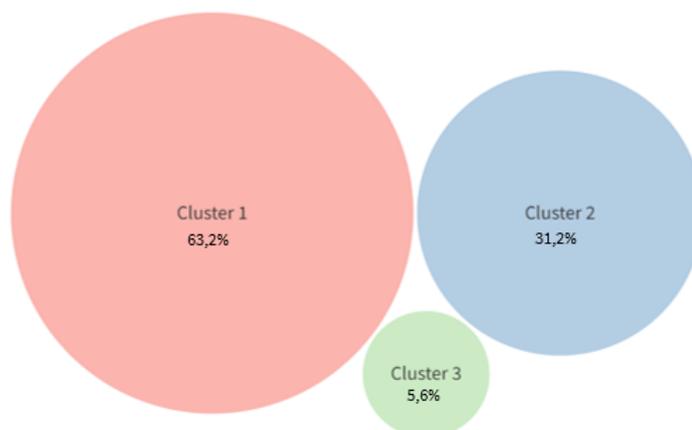
La classification « inter-régimes » regroupe l'ensemble des personnes suicidées quel que soit son régime d'appartenance.

Dans la population de 15 à 64 ans, 3 clusters sont identifiés (Graphique 32).

Au sein de ces clusters, des profils « types » se distinguent (Annexe 4, Graphique 81) :

- Cluster 1 : 63,2 % des cas, population de jeunes actifs (15-39 ans) masculins, en partie salariés de la MSA, sans pathologie identifiée mais en situation précaire.
- Cluster 2 : principalement des femmes de tous régimes, d'âge avancé (50-69 ans), avec des problèmes de santé.
- Cluster 3 : hommes, non-salariés de la MSA, plus âgés (50-59 ans) vivant en milieu rural.

Graphique 32 :
Poids des clusters inter-régimes. Population 15-64 ans. Période 2018-2021.

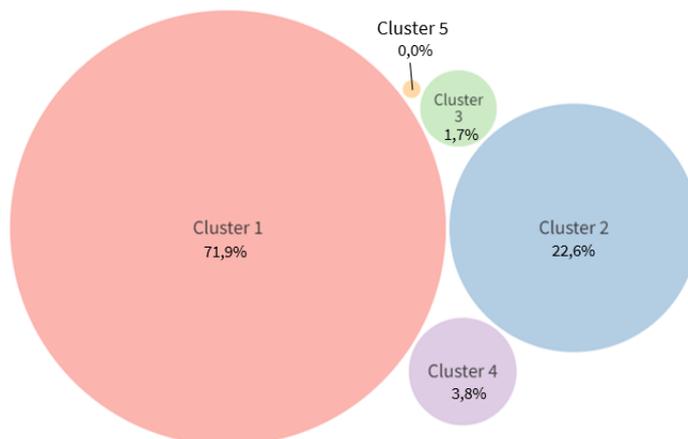


Dans la population de 65 ans et plus, 5 clusters sont identifiés (Graphique 33).

Représentant plus de 94 % des cas, seuls les deux premiers clusters sont détaillés (Annexe 4, Graphique 82) :

- Cluster 1 : 71,9 % des cas, femmes citadines, de tous régimes, d'âge avancé (60-79 ans), atteintes de troubles psychiatriques et/ou de maladies neurologiques et dégénératives.
- Cluster 2 : 22,6 % des cas, assurés de la MSA, tant salariés qu'exploitants. Il s'agit essentiellement d'hommes, très âgés (80 ans et plus), vivant en milieux ruraux.

Graphique 33 :
Poids des clusters inter-régimes. Population 65 ans et plus. Période 2018-2021.



Ainsi, la spécificité du régime agricole est sans équivoque.

Parmi la population de **15 à 64 ans**, 3 profils type se distinguent dont 2 font ressortir l'affiliation au régime agricole ; avec pour caractéristiques, des profils souvent masculins, en situation précaire et/ou d'isolement géographique.

Au sein des **65 ans et plus**, les hommes très âgés du régime agricole constituent un groupe non négligeable (plus d'une personne sur cinq).

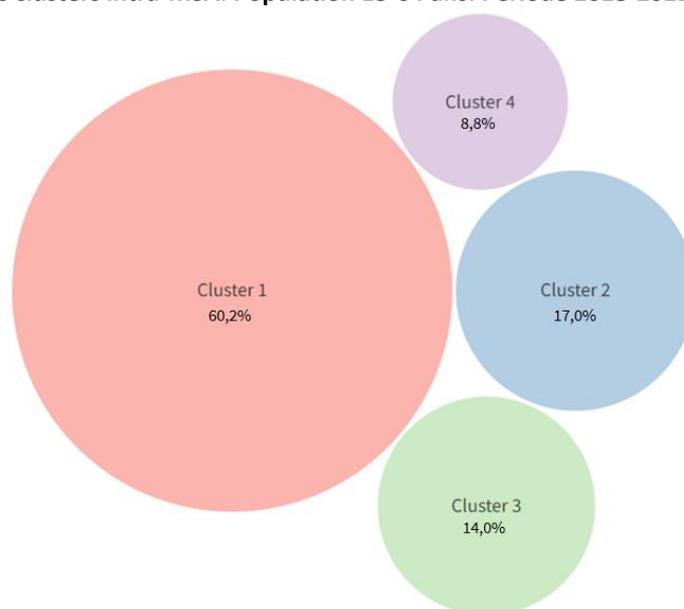
Classification intra-MSA : distinction salariés / non-salariés

La classification dite « intra-MSA » ne concerne que les suicides des assurés affiliés à la MSA.

Dans la population de 15-64 ans : 4 clusters distincts sont identifiés (**Graphique 34 et Annexe 4, Graphique 83**).

- Cluster 1 : 60,3 % des cas, non-salariés agricoles âgés de 40 à 59 ans, vivant dans de petites villes ou zones rurales, indemnisés pour des arrêts maladies.
- Cluster 2 : jeunes salariés (20-29 ans) des centres urbains intermédiaires, affectés par des maladies inflammatoires et en situation précaire.
- Cluster 3 : salariés d'habitat urbain, souffrant de maladies chroniques.
- Cluster 4 : individus plus âgés (60-64 ans) du régime agricole (salariés et exploitants confondus) hospitalisés de façon ponctuelle ou pris en charge pour des pathologies lourdes (cancer, maladies psychiatriques, maladies respiratoires).

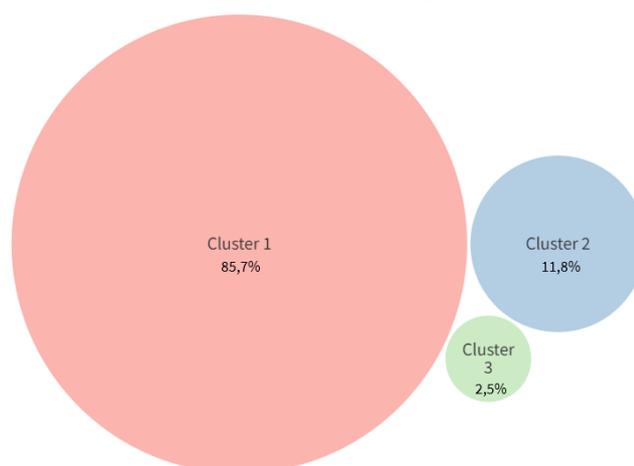
Graphique 34 :
Poids des clusters intra-MSA. Population 15-64 ans. Période 2018-2021.



Dans la population de 65 ans et plus : 3 clusters sont identifiés (Graphique 35 et Annexe 4, Graphique 84) :

- Cluster 1 : 85,7 % des cas, essentiellement des hommes sans maladie psychiatrique, neurologique ou dégénérative ; vivant en ceintures urbaines.
- Cluster 2 : 11,8 % des cas, en partie composé de femmes de bourgs ruraux, non-salariées agricoles ayant des maladies psychiatriques.
- Cluster 3 : 2,5 %, assurés agricoles souffrant essentiellement de maladies du foie, d'insuffisance rénale et en obésité.

Graphique 35 :
Poids des clusters intra-MSA. Population 65 ans et plus. Période 2018-2021.



La différenciation entre les salariés et les exploitants agricoles est notable.

Au sein de la population **15-64 ans**, cette différence repose sur la localisation de l'habitation principale et la situation individuelle des assurés. En effet, les suicidés salariés sont usuellement citadins avec des situations précaires ou des états de santé complexes.

Parmi les **65 ans et plus**, les particularités sont moins marquées. Elles reposent essentiellement sur le sexe : d'un côté les hommes citadins, et de l'autre, les femmes non-salariées agricoles de milieux ruraux.

Ainsi, au vu des résultats obtenus et aux clusters inter et intra-régimes créés, il serait pertinent de faire de la prévention sur ces profils identifiés.

Encadré 2 :

Des résultats à l'appui de la littérature scientifique

L'ensemble des résultats ci-dessus mentionnés font écho à la bibliographie.

Il est ainsi possible de renforcer nos analyses en leur attribuant une dimension plus intégrative.

Le suicide est un phénomène observé dans le monde agricole depuis les années 1970, les études sont peu nombreuses et ce dû à la difficulté d'obtenir des données exhaustives.

Malgré cela, les études se multiplient et il est désormais possible de documenter, partiellement, les causes du phénomène suicidaire au sein de cette population à haut risque.

Ainsi, les troubles mentaux, notamment de l'humeur (Li et al., 2011 ; ONS, 2016) sont des facteurs de risque majeurs dans le cadre d'un suicide. Les études de la MSA ont confirmé leur impact dans le milieu agricole.

Outre les troubles psychiatriques, des paramètres intra-individuels comme l'âge, le sexe, le lieu de résidence ou encore l'affection par certaines pathologies sont des facteurs aggravants (DREES, 2006 ; Prévitali, 2015 ; Gigonzac et al., 2017 ; AFP, 2021).

Toutefois, il est important de rappeler que les décès par suicide sont souvent le fruit d'éléments multifactoriels généralement d'ordre socio-économique.

Des études plus récentes soulignent les raisons principales des suicides du régime agricole. Parmi ces dernières, on retrouve comme préoccupation majeure, les questions économiques suivies du sentiment de dénigrement et d'abandon (Cabanel, 2021). Il convient également de mentionner l'endettement, l'environnement social faible et les aléas climatiques grandissant (de Oliveira Santos et al., 2021).

Ces éléments sont également mis en avant par la cellule Agri'écoute qui souligne que le mal-être provient de sources variées, telles que les contraintes administratives, la surcharge de travail, l'isolement et les événements de vie personnelle (Cf Partie 3.2.).

2.2.4.2. Les tentatives de suicide au régime agricole de 2018 à 2022

Dans le baromètre publié en février 2024, Santé publique France alerte sur la détérioration de la santé mentale des jeunes. Le résultat principal de cette étude montre une augmentation importante des pensées suicidaires et des tentatives de suicide (TS) au cours de la vie chez les 18-24 ans¹². Le régime agricole, au même titre que l'ensemble de la population, est concerné par ce phénomène. Il est donc primordial pour la MSA de suivre l'évolution du nombre de ses assurés concernés par ces tentatives, signal fort d'une situation de mal-être, voire même facteur prédictif du suicide.

Dans l'étude ci-après, 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 2018 et 2022

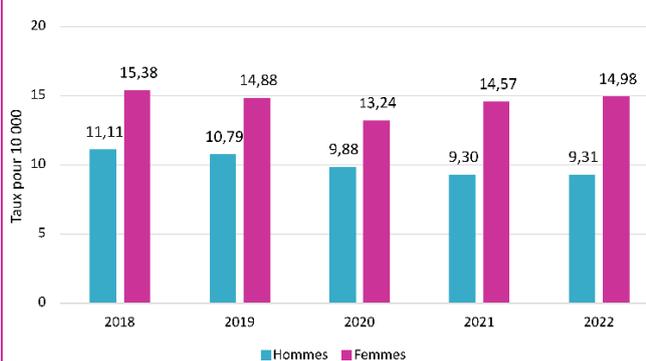
Entre 2018 et 2022, on dénombre annuellement en moyenne 72 280 consommateurs de soins, tous régimes confondus, qui ont fait au moins une tentative de suicide suivie d'une hospitalisation en France métropolitaine. L'année 2020 (année de la crise sanitaire) se démarquait avec une baisse de 9,6 % du nombre d'assurés ayant réalisé au moins une tentative de suicide par rapport à 2019 (73 896 en 2019 contre 66 779 en 2020) (**Tableau 17**). Si la crise sanitaire a pu avoir des effets négatifs sur la santé mentale, les confinements répétitifs ont cependant joué un rôle protecteur et permis d'éviter un passage à l'acte, notamment grâce à la surveillance des autres membres du foyer¹³.

Depuis 2021, le nombre d'assurés ayant réalisé une tentative de suicide et ayant été hospitalisé augmente, sans toutefois atteindre le niveau qui était celui qui a précédé la crise de la Covid. Le taux d'assurés ayant réalisé une TS en 2022 est de 12,3 pour 10 000 alors qu'il était de 13,4 en 2018 et de 12,9 en 2019 (**Tableau 17**)¹⁴. L'augmentation du taux brut de TS ne s'observe cependant que chez les femmes. Les femmes sont plus exposées au risque de tentative de suicide. Sur l'ensemble des années étudiées, le taux brut des tentatives de suicide est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (**Graphique 36**) : sur la période étudiée (2018-2022), il est en moyenne de 14,6 pour 10 000 chez les femmes alors qu'il est de 10,0 pour les hommes.

Tableau 17 :
Taux de TS et nombre d'assurés ayant réalisé une TS, tous régimes, en France métropolitaine de 2018 à 2022

	Taux de tentatives de suicide pour 10 000	Nombre d'assurés ayant tenté de se suicider		
		Hommes	Femmes	Total
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
2022	12,3	26 642	46 390	73 032

Graphique 36 :
Taux d'assurés ayant réalisé une TS (pour 10 000), tous régimes, par sexe de 2018 à 2022



Source : SNDS, exploitation MSA

¹² Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021, Santé publique France, publié le 4 février 2024.

¹³ Suicide, mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19. Observatoire national du suicide, 5ème rapport, Septembre 2022.

¹⁴ Les taux de TS présentés pour 2021 sont affectés par le nombre de consommateurs de soins (ici le dénominateur) qui a augmenté du fait des remboursements de test Covid, notamment sur des classes d'âges qui comptaient de nombreux non consommateurs de soins préalablement.

Les tentatives de suicide au régime agricole

Au régime agricole, le nombre de tentatives de suicide suivie d'hospitalisation reste globalement stable sur la période 2018-2022 : en moyenne, 2 415 personnes tentent de se suicider au moins une fois dans l'année, soit près de 9 assurés agricoles sur 10 000 consommateurs de soins.

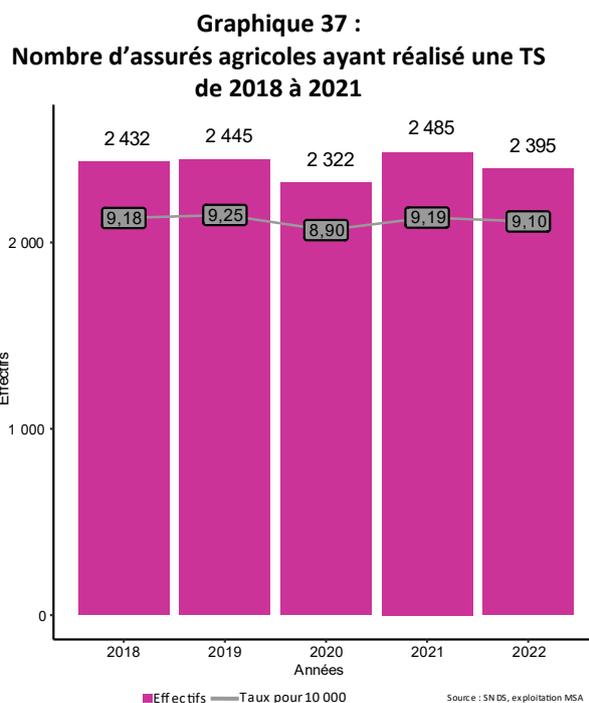
Contrairement à ce que l'on observe dans l'ensemble des régimes en 2022, le taux brut de tentatives de suicide baisse légèrement au régime agricole (9,1 tentatives de suicide pour 10 000 consommateurs de soins contre 9,2 en 2021) (**Graphique 37**).

Le nombre de tentatives de suicide a ainsi baissé de 3,6 % chez les assurés du régime agricole. Les classes d'âge les plus contributives à cette baisse sont les assurés de 30 à 54 ans et plus particulièrement les hommes.

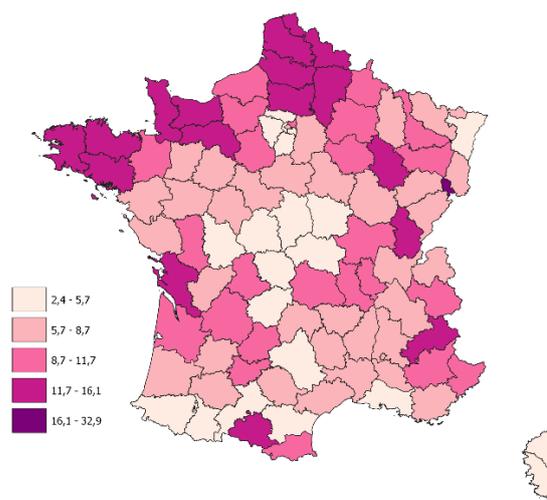
Les départements du Nord et de l'Ouest de la France restent les plus touchés (**Carte 2**). Les taux de tentatives de suicide les plus élevés s'observent dans le département du Nord (16,1 pour 10 000), les Côtes-d'Armor (15,6 pour 10 000) et l'Orne (15,5 pour 10 000).

Avec 32,9 pour 10 000, le territoire de Belfort est le département qui a le taux de TS le plus élevé. Cependant, ce taux élevé est à relativiser en raison d'une population réduite dans ce département.

En revanche, les départements du pourtour méditerranéen demeurent moins touchés par les tentatives de suicide (taux de TS majoritairement inférieurs à 10 pour 10 000 consommateurs de soins).



Carte 2 :
Taux standardisé pour 10 000 des tentatives de suicide au régime agricole en 2022



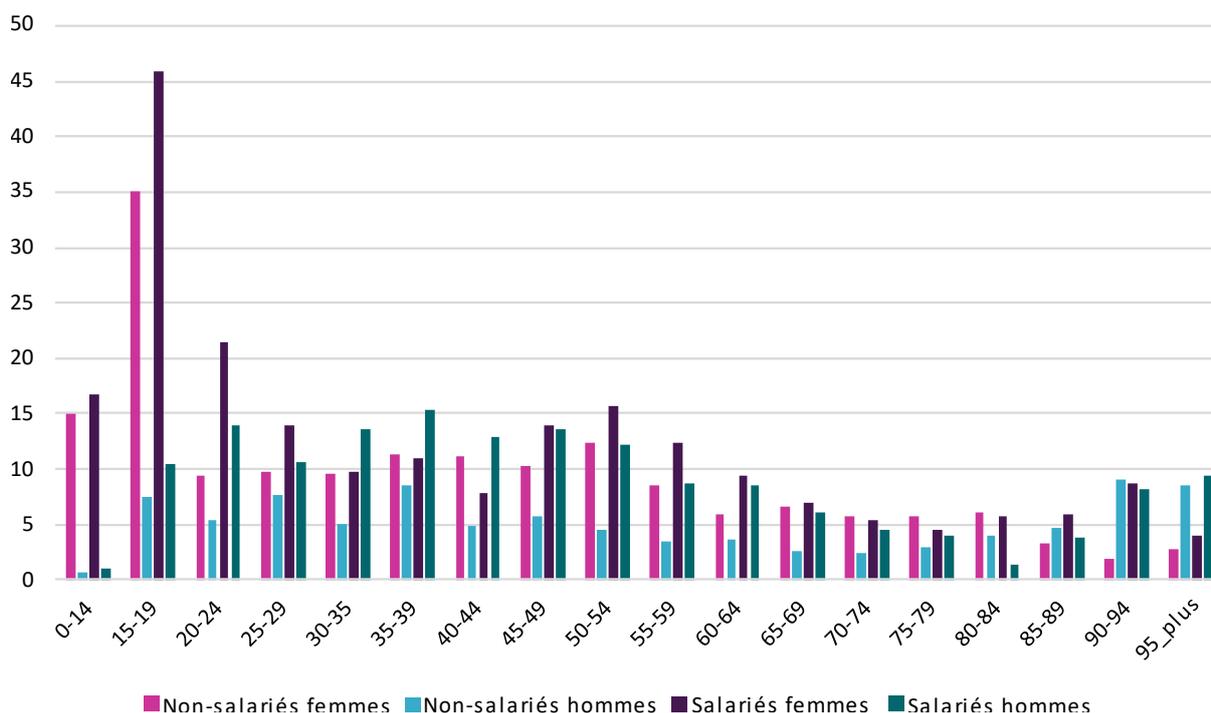
Source : SNDS, exploitation MSA

- Une situation moins marquée chez les non-salariés agricoles par rapport aux salariés agricoles

La répartition des taux de tentatives de suicide par classes d'âge, par sexe et par régime (salariés et non-salariés) au sein de la population agricole montre des disparités importantes. Comme dans la population générale, ce sont les femmes et en particulier les jeunes femmes qui sont davantage touchées (**Graphique 38**). Le taux de tentatives de suicide des 15-19 ans est de 46 pour 10 000 chez les femmes salariées agricoles et de 35 pour 10 000 chez les femmes non-salariées agricoles contre, respectivement 11 et 7 pour 10 000 pour les hommes.

Après l'âge de 25 ans, l'écart hommes/femmes se réduit significativement et les taux de tentatives de suicide n'excèdent pas 16 pour 10 000. Au-delà de 60 ans, il est inférieur à 10 pour 10 000.

Graphique 38 :
Taux de tentatives de suicide, pour 10 000, par âge et par sexe, par régime en 2022



Source : SNDS, exploitation MSA

Comparés à l'ensemble de la population tous régimes, les assurés du régime agricole ont un sous-risque de 17 % de faire une tentative de suicide.

Toutefois, des disparités existent entre les salariés agricoles et les non-salariés agricoles. En effet, les non-salariés ont un sous-risque de 42 % ; le léger sous-risque de 4 % pour la population salariée n'est pas significatif (**Tableau 18**).

Tableau 18 :
Indice comparatif du risque de tentative de suicide pour les assurés du régime agricole par rapport à l'ensemble des régimes en 2022

Régimes	Nombre de consommant (population soumise au risque)	Tentatives de suicide	Indice comparatif	Significativité
Ensemble des régimes	59 574 428	73 032	100	-
Régime agricole	2 634 056	2 395	83	***
Dont régime des salariés	1 553 303	1 808	96	non-significatif
Dont régime des non salariés	1 080 753	587	58	***

Source : SNDS, exploitation MSA

En comparaison avec l'ensemble de la population du régime agricole à structure par âge et sexe identique, les non-salariés agricoles ont un sous-risque de 26 % de faire une tentative de suicide ; alors que les salariés agricoles ont un sur-risque de 13 % (**Tableau 19**).

Tableau 19 :
Indice comparatif du risque de tentative de suicide pour les assurés du régime agricole par rapport à l'ensemble de la population du régime agricole

Régimes	Nombre de consommant (population soumise au risque)	Tentatives de suicide	Indice comparatif	Significativité
Régime agricole	2 634 056	2 395	100	-
Dont salariés	1 553 303	1 808	113	***
Dont non-salariés	1 080 753	587	74	***

Source : SNDS, exploitation MSA

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

Dans son rapport Charges et Produits MSA 2024, la MSA avait réalisé une étude sur les disparités d'accès aux professionnels de santé à l'aide de deux indicateurs :

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

Les conclusions de cette étude qui portait sur l'année 2021 étaient les suivantes :

- **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 (57 % versus 54 % en population française), de chirurgiens-dentistes (64 % versus 53 % en population française), de masseurs-kinésithérapeutes libéraux actifs (66 % versus 55 % en population française) et de sages-femmes libérales actives (56 % versus 50 % en population française).** 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 (48 % versus 60 % en population française) ou de pharmacies (51 % versus 55 % en population française).
- **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). Concernant les médecins généralistes :
 - **Les déserts médicaux touchent davantage les patients du régime agricole.**
En effet, au régime agricole, **18,8 % des patients ont une accessibilité aux médecins généralistes inférieure à 2,5 consultations (seuil en-dessous duquel on parle de désert médical)** par an et par habitant en 2021. Cette proportion s'élève à 12,3 % dans la population générale (soit 6,5 points de moins qu'au régime agricole).
 - **Les déserts médicaux se sont accrus entre 2016 et 2021 et de façon plus importante pour les patients du régime agricole.**
En effet, sur les 5 dernières années entre 2016 et 2021, 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.**

Cette année, la MSA propose de compléter ces études avec un indicateur sur l'âge des professionnels de santé, en actualisant les résultats de l'APL et en amont de caractériser la population agricole et son évolution par rapport à la grille communale de densité de l'Insee.

2.3.1. Caractérisation de la population agricole versus population générale par rapport à la grille communale de densité

La grille communale de densité de l'Insee (2020) permet de distinguer quatre catégories de communes :

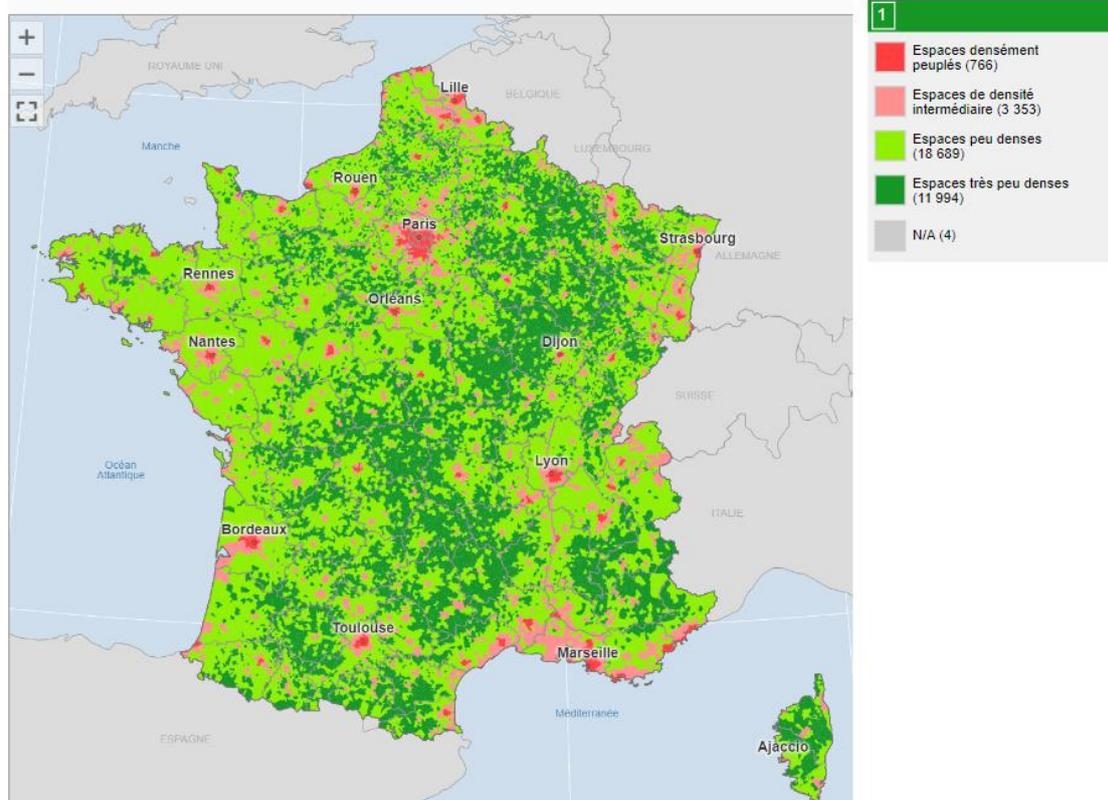
- les communes densément peuplées,
- les communes de densité intermédiaire,
- les communes peu denses,
- les communes très peu denses.

Les communes densément peuplées et les communes de densité intermédiaire constituent l'espace urbain ; les communes peu denses et les communes très peu denses constituent l'espace rural (**Carte 3**).

Carte 3 :
Grille communale de densité en 4 niveaux

1 Grille communale de densité en 4 niveaux 2020

Source : ANCT, INSEE 2020



En 2022, sur les 3,1 millions de patients du régime agricole, 67,4 % résident dans un espace rural selon la grille communale de densité de l'Insee versus 33,4 % pour la population française. Plus précisément, la majorité de la population du régime agricole (54,4 %) réside dans des espaces peu denses et 13,0 % dans des espaces très peu denses (**Tableau 20**).

Tableau 20 :
Grille communale de densité en 4 niveaux et effectifs de la population agricole en 2022 versus population générale

Grille communale de densité en 4 niveaux (Insee)		Nombre de patients au régime agricole 2022	%	Effectif de la population française 2020	%
1 - Espaces densément peuplés	Espace urbain	338 493	10,7 %	25 446 815	38,3 %
2 - Espaces de densité intermédiaire		689 114	21,8 %	18 808 243	28,3 %
3 - Espaces peu denses	Espace rural	1 715 877	54,4 %	19 784 030	29,8 %
4 - Espaces très peu denses		409 369	13,0 %	2 426 067	3,6 %
Non défini	Non défini	1 662	0,1 %	8 701	0,0 %
Total		3 154 515	100,0 %	66 473 856	100,0 %

Sources : Insee, MSA

L'effectif des patients du régime agricole rapporté à l'effectif de la population française, appelé aussi taux de présence du régime agricole, peut ainsi être calculé en fonction des 4 niveaux de la grille communale de densité. Ce taux de présence du régime agricole est de 4,7 % au niveau national en 2022 et il décroît avec la densité : 16,9 % dans les espaces très peu denses à 1,3 % dans les espaces densément peuplés (Tableau 21).

Tableau 21 :
Grille communale de densité en 4 niveaux et taux de présence du régime agricole en 2022

Grille communale de densité en 4 niveaux (Insee)		Taux de présence du régime agricole 2022
1 - Espaces densément peuplés	Espace urbain	1,3 %
2 - Espaces de densité intermédiaire		3,7 %
3 - Espaces peu denses	Espace rural	8,7 %
4 - Espaces très peu denses		16,9 %
Total		4,7 %

Sources : Insee, MSA

En 5 ans, ces pourcentages ont très légèrement évolué puisqu'en 2017 les patients du régime agricole résidaient à hauteur de 69,6 % dans un espace rural selon la grille communale de densité contre 33,5 % pour la population française. La majorité de la population du régime agricole (55,8 %) résidait dans des espaces peu denses et 13,8 % dans des espaces très peu denses (Tableau 22).

Tableau 22 :
Grille communale de densité en 4 niveaux et effectifs de la population agricole en 2017 versus population générale

Grille communale de densité en 4 niveaux (Insee)		Nombre de patients au régime agricole 2017	%	Effectif de la population française 2015	%
1 - Espaces densément peuplés	Espace urbain	295 865	9,4 %	24 699 450	38,4 %
2 - Espaces de densité intermédiaire		660 453	21,0 %	18 063 602	28,1 %
3 - Espaces peu denses	Espace rural	1 755 731	55,8 %	19 132 158	29,8 %
4 - Espaces très peu denses		435 049	13,8 %	2 397 096	3,7 %
Non défini	Non défini	1 810	0,1 %	8 515	0,0 %
Total général		3 148 908	100,0 %	64 300 821	100,0 %

Sources : Insee, MSA

Le taux de présence du régime agricole était légèrement plus élevé en 2017 au niveau national (4,9 %). De la même façon qu'en 2022, il décroît avec la densité : 18,1 % dans les espaces très peu denses à 1,2 % dans les espaces densément peuplés (**Tableau 23**).

Tableau 23 :
Grille communale de densité en 4 niveaux et taux de présence du régime agricole en 2017

Grille communale de densité en 4 niveaux (Insee)		Taux de présence du régime agricole 2017
1 - Espaces densément peuplés	Espace urbain	1,2 %
2 - Espaces de densité intermédiaire		3,7 %
3 - Espaces peu denses	Espace rural	9,2 %
4 - Espaces très peu denses		18,1 %
Total général		4,9 %

Sources : Insee, MSA

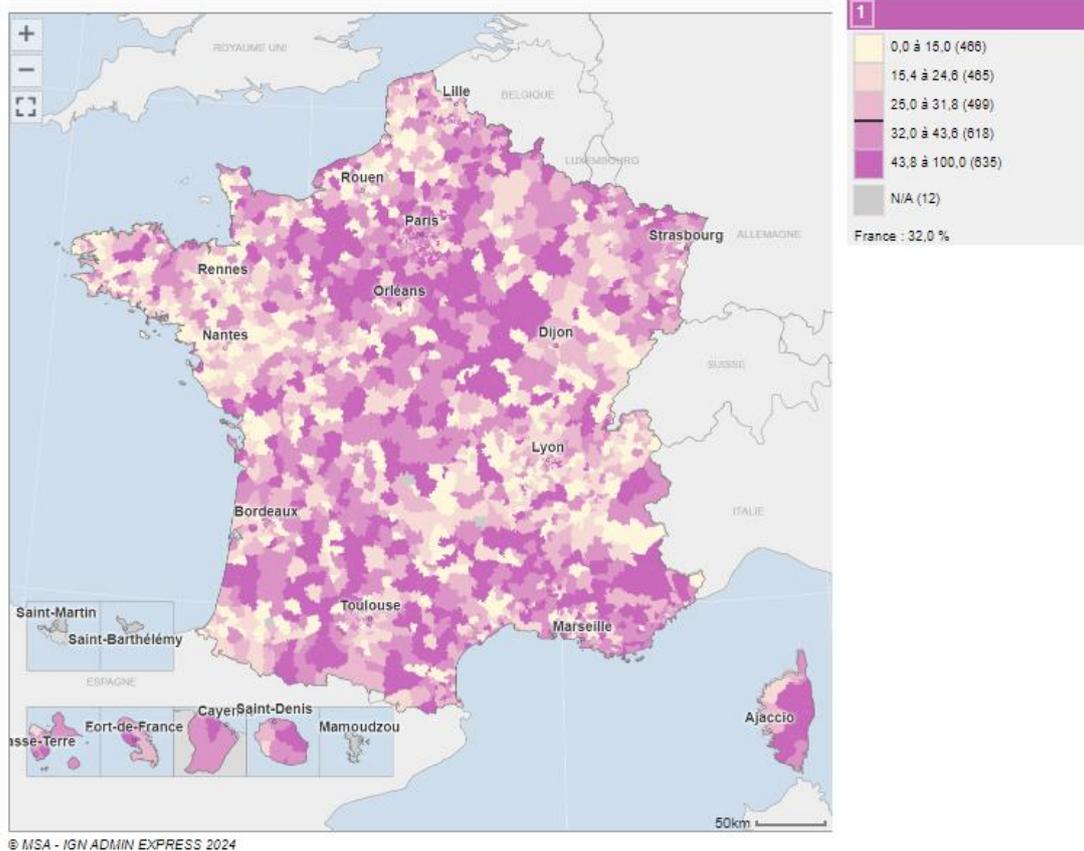
2.3.2. Analyse de la part des professionnels de santé de premier recours âgés de 60 ans et plus par territoire de vie

En 2022, la part des médecins généralistes libéraux âgés de 60 ans et plus en France est de 32 %. Géographiquement, cette part présente de forts contrastes, comme le montre la **carte 4** par territoire de vie¹⁵.

Carte 4 :
Part des médecins généralistes libéraux de 60 ans et plus par territoire de vie en 2022

1 Part des médecins généralistes libéraux de plus de 60 ans (%), 2022

Source : CartoSanté, FNPS



¹⁵ 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 24** 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 la part des médecins généralistes libéraux âgés de 60 ans et plus en 2022.

Tableau 24 :
Part des médecins généralistes libéraux âgés de 60 ans et plus en 2022 et répartition des patients du régime agricole versus population française

Part (en %)	Patients au régime agricole 2022		Population française 2021	
	Effectifs	%	Effectifs	%
0 à 15,0	480 748	15 %	6 846 313	10 %
15,4 à 24,6	599 087	19 %	11 812 164	18 %
25,0 à 31,8	612 672	19 %	13 591 083	21 %
32,0 à 43,6	781 161	25 %	18 148 263	28 %
43,8 à 100	676 747	21 %	15 067 004	23 %
Total	3 150 415	100 %	65 464 827	100 %

Sources : CartoSanté, Insee, MSA

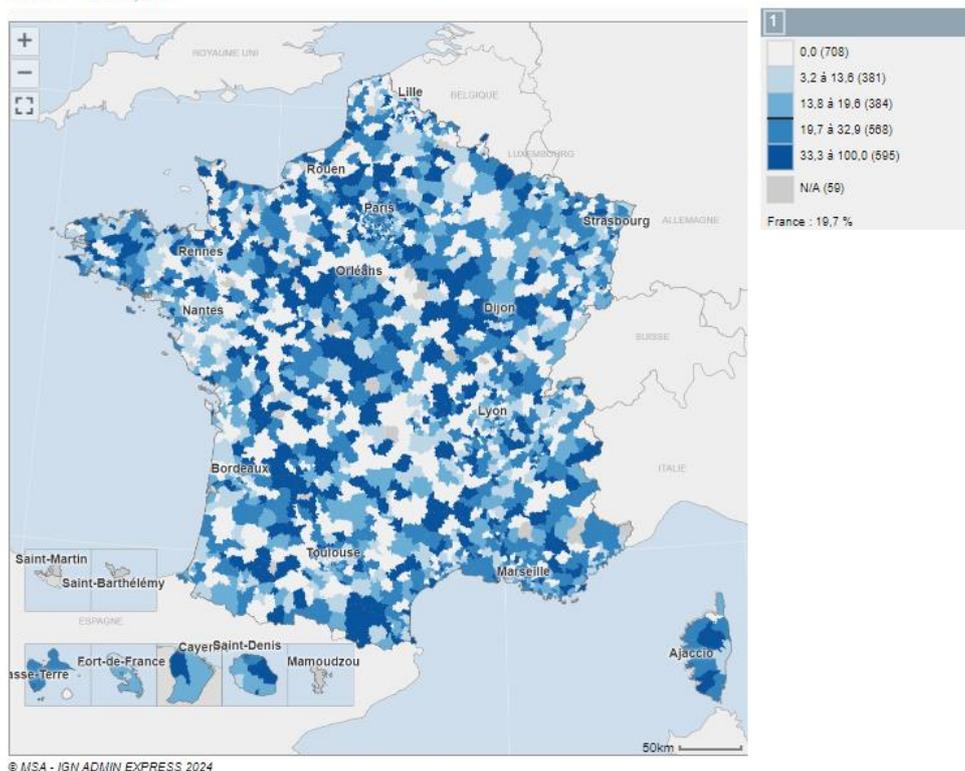
Ce tableau montre que 46 % des patients du régime agricole, contre 51 % pour la population française, résident dans des territoires de vie caractérisés par une part plus élevée de médecins généralistes libéraux âgés de 60 ans et plus.

En 2022, la part moyenne des chirurgiens-dentistes libéraux âgés de 60 ans et plus en France est de 19,7 %. Géographiquement, cette part présente également de forts contrastes, comme le montre la **carte 5** par territoire de vie.

Carte 5 :
Part des chirurgiens-dentistes libéraux âgés de 60 ans et plus par territoire de vie en 2022

1 Part des chirurgiens-dentistes libéraux de plus de 60 ans (%), 2022

Source : CartoSanté, FNPS



Le **tableau 25** 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 la part des chirurgiens-dentistes libéraux âgés de 60 ans et plus en 2022.

Tableau 25 :
Part des chirurgiens-dentistes libéraux âgés de 60 ans et plus en 2022 et répartition des patients du régime agricole versus population française

Part (en %)	Patients au régime agricole 2022		Population française 2021	
	Effectifs	%	Effectifs	%
0	691 844	22 %	9 437 891	14 %
3,2 à 13,6	529 669	17 %	11 321 400	17 %
13,8 à 19,6	519 116	17 %	13 378 716	21 %
19,7 à 32,9	771 952	25 %	20 873 792	32 %
33,3 à 100	599 617	19 %	10 081 422	15 %
Total	3 112 198	100 %	65 093 221	100 %

Sources : CartoSanté, Insee, MSA

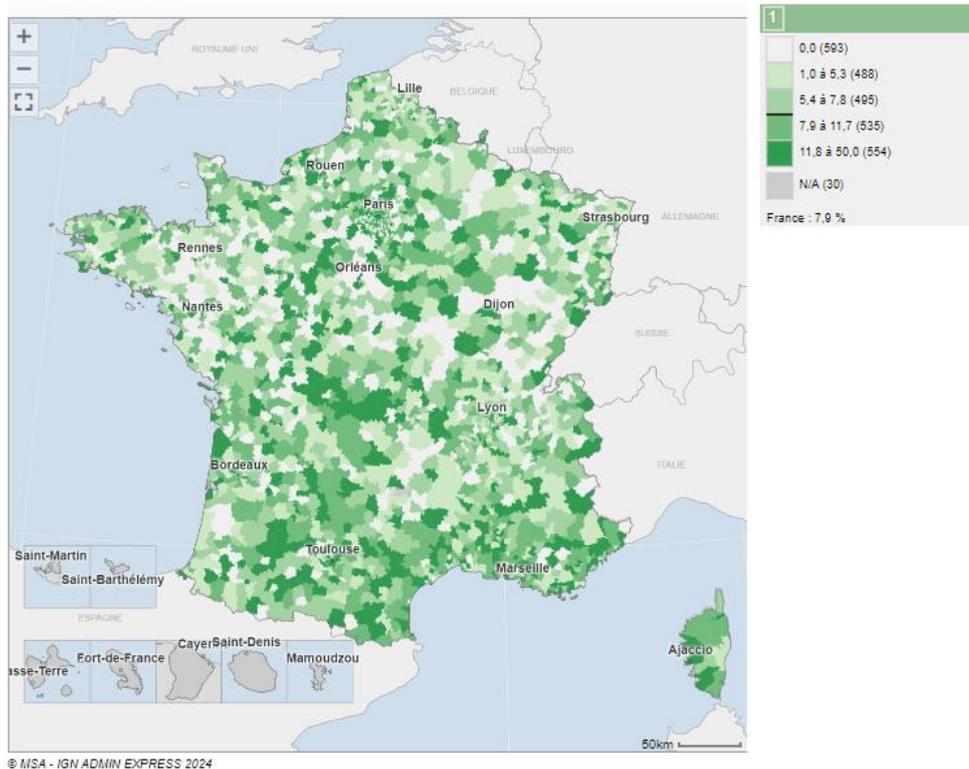
Ce tableau montre que 44 % des patients du régime agricole, contre 47 % pour la population française, résident dans des territoires de vie caractérisés par une part plus élevée de chirurgiens-dentistes libéraux âgés de 60 ans et plus.

En 2022, la part moyenne des infirmiers libéraux âgés de 60 ans et plus en France est de 7,9 %. Géographiquement, cette part présente également une forte hétérogénéité selon les territoires de vie, comme le montre la **carte 6**.

Carte 6 :
Part des infirmiers libéraux âgés de 60 ans et plus par territoire de vie en 2022

1 Part des infirmiers libéraux de plus de 60 ans (%), 2022

Source : CartoSanté, FNPS



Le **tableau 26** 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 la part des infirmiers libéraux âgés de 60 ans et plus en 2022.

Tableau 26 :
Part des infirmiers libéraux âgés de 60 ans et plus en 2022 et répartition des patients du régime agricole versus population française

Part (en %)	Patients au régime agricole 2022		Population française 2021	
	Effectifs	%	Effectifs	%
0	519 911	16 %	8 448 152	13 %
1 à 5,3	723 692	23 %	13 665 964	21 %
5,4 à 7,8	661 952	21 %	13 815 194	21 %
7,9 à 11,7	695 140	22 %	15 574 982	24 %
11,8 à 50	552 027	18 %	13 969 193	21 %
Total	3 152 722	100 %	65 473 485	100 %

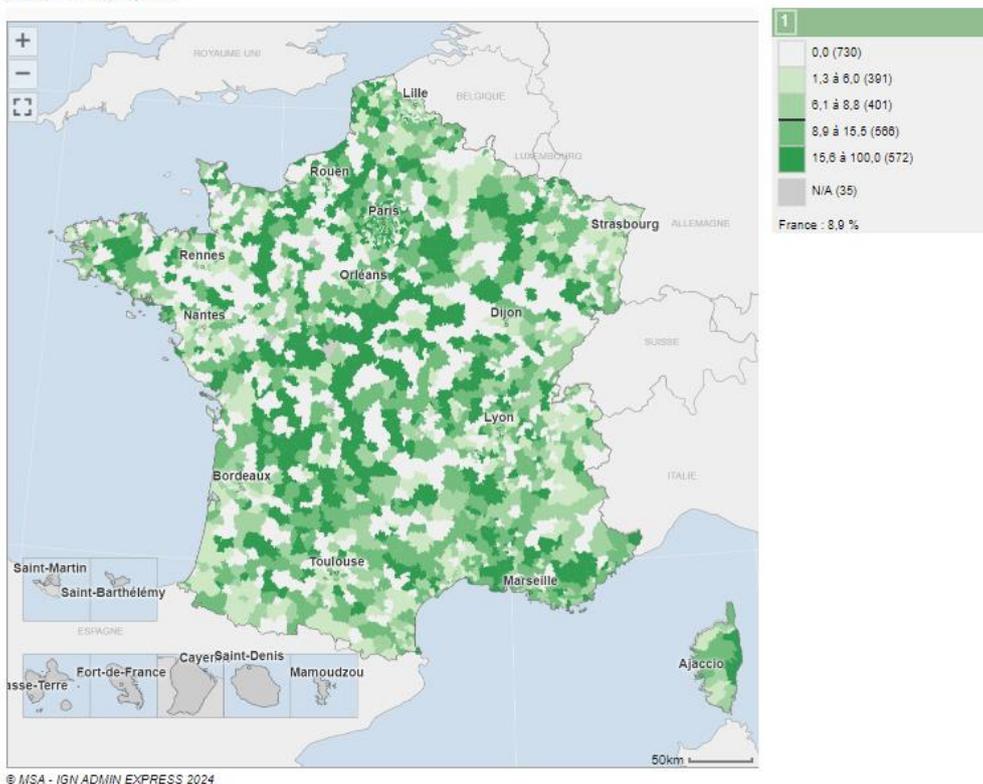
Sources : CartoSanté, Insee, MSA

Ce tableau montre que 40 % des patients du régime agricole, contre 45 % pour la population française, résident dans des territoires de vie caractérisés par une part plus élevée d'infirmiers libéraux âgés de 60 ans et plus.

En 2022, la part moyenne des masseurs-kinésithérapeutes libéraux âgés de 60 ans et plus en France est de 8,9 %. Géographiquement, cette part présente également une forte hétérogénéité selon les territoires de vie, comme le montre la **carte 7**.

Carte 7 :
Part des masseurs-kinésithérapeutes libéraux âgés de 60 ans et plus par territoire de vie en 2022

1 Part des masseurs-kinésithérapeutes libéraux de plus de 60 ans (%), 2022
Source : CartoSanté, FNPS



Le **tableau 27** 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 la part des masseurs-kinésithérapeutes libéraux âgés de 60 ans et plus en 2022.

Tableau 27 :
Part des masseurs-kinésithérapeutes libéraux âgés de 60 ans et plus en 2022 et répartition des patients du régime agricole versus population française

Part (en %)	Patients au régime agricole 2022		Population française 2021	
	Effectifs	%	Effectifs	%
0	724 325	23 %	9 641 090	15 %
1,3 à 6,0	515 512	16 %	11 851 953	18 %
6,1 à 8,8	554 621	18 %	13 888 383	21 %
8,9 à 15,5	751 248	24 %	18 620 147	28 %
15,6 à 100	602 354	19 %	11 434 749	17 %
Total	3 148 060	100 %	65 436 322	100 %

Sources : CartoSanté, Insee, MSA

Ce tableau montre que 43 % des patients du régime agricole, contre 45 % pour la population française, résident dans des territoires de vie caractérisés par une part plus élevée de masseurs-kinésithérapeutes libéraux âgés de 60 ans et plus.

En conclusion, globalement les patients du régime agricole résident un peu moins que la population générale dans des territoires de vie avec une part élevée de professionnels de santé de premiers recours âgés de 60 ans et plus.

2.3.3. L'accessibilité potentielle localisée aux professionnels de santé de premier recours de la population agricole versus générale avec un focus sur la population âgée de 60 ans et plus

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été développé par la DREES et l'IRDES pour mesurer l'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital) à l'échelle communale. L'APL tient compte du niveau d'activité des professionnels de santé en exercice ainsi que 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 santé¹⁶ 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 masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes¹⁷.

La part des personnes âgées de 60 ans ou plus dans la population générale versus régime agricole

Selon le recensement de la population, près de 17,3 millions de personnes de 60 ans ou plus résident en France métropolitaine en 2020, ces effectifs représentent 26,5 % de la population totale. Au régime agricole, plus de 1,2 million de personnes protégées en maladie sont âgées de 60 ans ou plus correspondant à 39,9 % de l'effectif total¹⁸. La structure démographique du régime agricole est vieillissante en raison de l'âge élevé des non-salariés agricoles (61,2 % d'entre eux sont âgés de 60 ans ou plus).

Très majoritairement, les personnes âgées, fragiles ou en perte d'autonomie, souffrent de problèmes de santé multiples, de maladies chroniques ou de pathologies au long cours. Le recours aux soins de ville augmente sensiblement avec l'âge, en particulier pour les auxiliaires médicaux (masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers).

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 an¹⁹. En 2022, pour la France entière (hors Mayotte), l'accessibilité moyenne aux médecins généralistes s'établit à 3,3 consultations par an et par habitant. Elle était de 3,4 en 2021 et de 3,6 en 2017²⁰.

¹⁶ 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.

¹⁷ 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>

¹⁸ CCMSA, Les personnes inscrites au répertoire national Inter-régime de l'assurance maladie (Rniam) au régime agricole en janvier 2021, paru en juin 2021.

¹⁹ DREES, Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?, Les dossiers de la DREES N°17, paru en mai 2017.

²⁰ Champ : Omnipraticiens libéraux, certains médecins libéraux à exercice particulier (homéopathes, acupuncteurs, gériatres, médecine physique) et salariés en centre de santé.

L'accessibilité moyenne aux médecins généralistes continue de se dégrader en 2022 (- 0,8 % sur un an) et résulte à la fois de la baisse du nombre de médecins généralistes libéraux et de leur activité moyenne, mais également de la croissance de la population. Le rythme de cette dégradation est toutefois atténué sous l'effet de l'augmentation de l'offre de soins en centre de santé qui a plus que doublé en l'espace de six ans²¹.

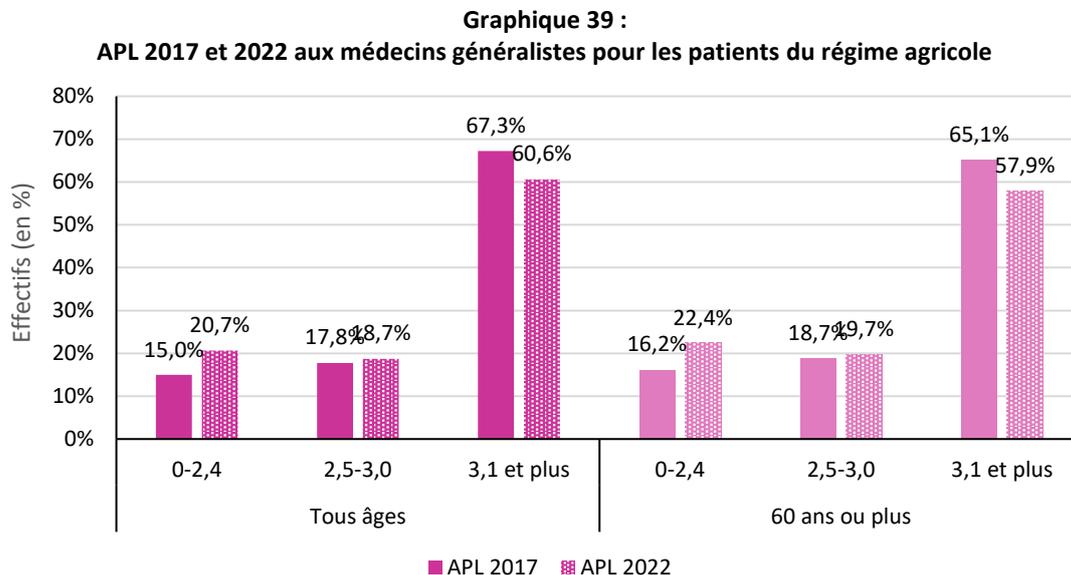
Au régime agricole, 20,7 % des patients²² tous âges confondus ont une accessibilité aux médecins généralistes inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant en 2022. Cette proportion s'élevait à 15,0 % en 2017, soit 5,7 points de moins. Les patients âgés de 60 ans ou plus sont un peu plus exposés aux difficultés d'accessibilité aux médecins généralistes. En effet, 22,4 % de ces patients ont une accessibilité inférieure à 2,5 consultations en 2022, après 16,2 % en 2017.

La proportion de patients au régime agricole tous âges confondus bénéficiant d'une accessibilité aux médecins généralistes égale ou supérieure à 3,1 consultations par an et par habitant s'établit à 60,6 % en 2022, après 67,3 % en 2017. Les patients âgés de 60 ans ou plus sont moins nombreux à bénéficier d'un accès égal ou supérieur à 3,1 consultations chez le médecin généraliste, leur proportion s'élève à 57,9 % en 2022, après 65,1 % en 2017.

Dans la population générale²³, la proportion des effectifs âgés de 60 ans ou plus ayant une accessibilité aux médecins généralistes inférieure à 2,5 consultations s'établit à 14,1 % en 2022 (soit 8,3 points de moins qu'au régime agricole).

La part de la population âgée de 60 ans ou plus bénéficiant d'une accessibilité aux médecins généralistes égale ou supérieure à 3,1 consultations par an et par habitant s'élève à 70,4 % en 2022 (contre 57,9 % au régime agricole).

Sur les 5 dernières années, la part des effectifs de 60 ans ou plus ayant une accessibilité inférieure à 2,5 consultations par an est en progression de 6,2 points au régime agricole et de 5,1 points dans la population générale (**Graphiques 39 et 40**).



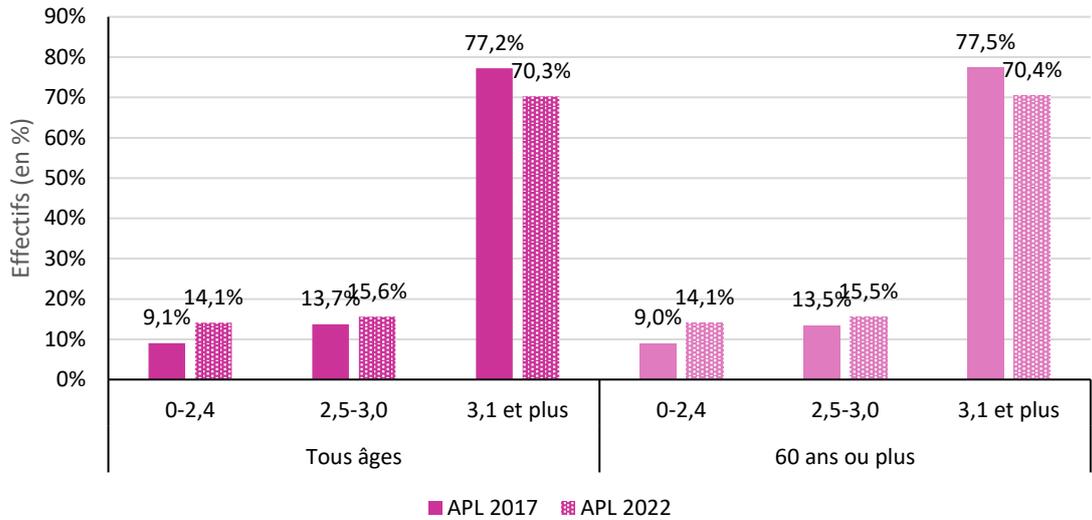
Sources : SNDS DCIR, DREES, INSEE

²¹ DREES, Accessibilité aux soins de premier recours : augmentation des inégalités d'accessibilité aux chirurgiens-dentistes et aux médecins généralistes en 2022, paru le 14 novembre 2023, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>

²² Personnes ayant eu au moins un remboursement de soins dans l'année ; période de remboursement : du 01/01/2022 au 31/12/2022 ; Risques : maladie, maternité, ATMP ; France métropolitaine, exclusion des DOM.

²³ Populations municipales Insee en 2015 et 2020, traitements DREES. Champ : France entière, hors Mayotte ; consommations 3 régimes (RG, MSA, Ex-RSI), extrapolées à la population nationale.

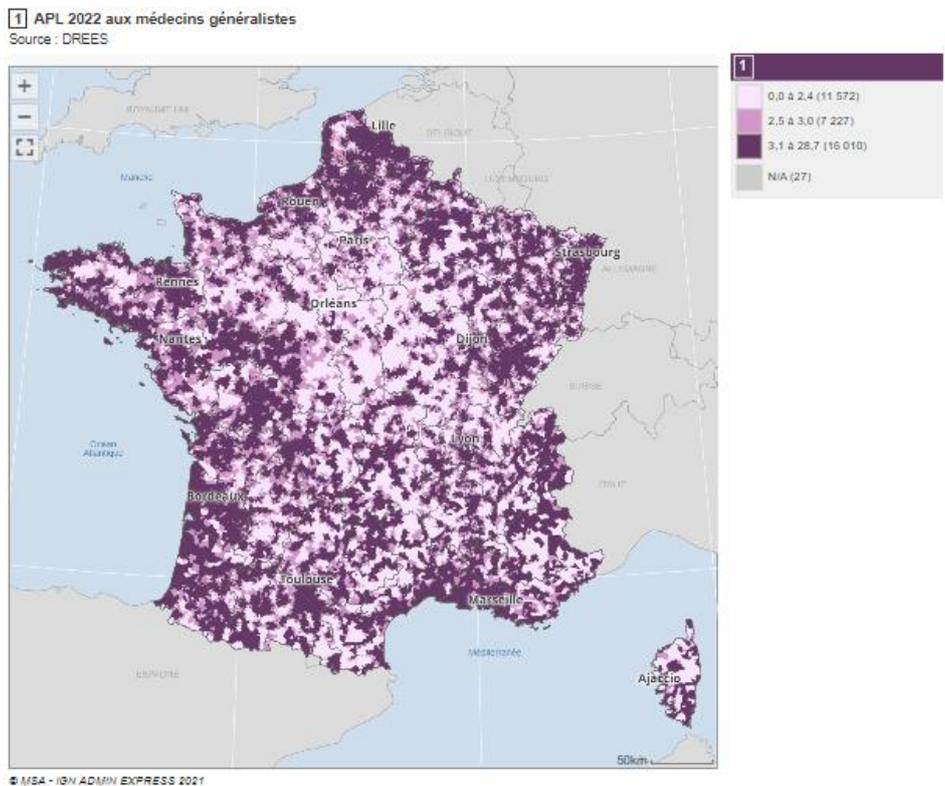
Graphique 40 :
APL 2017 et 2022 aux médecins généralistes pour la population générale



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 8**).

Carte 8 :
Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes par commune en 2022



L'accessibilité potentielle localisée aux infirmiers

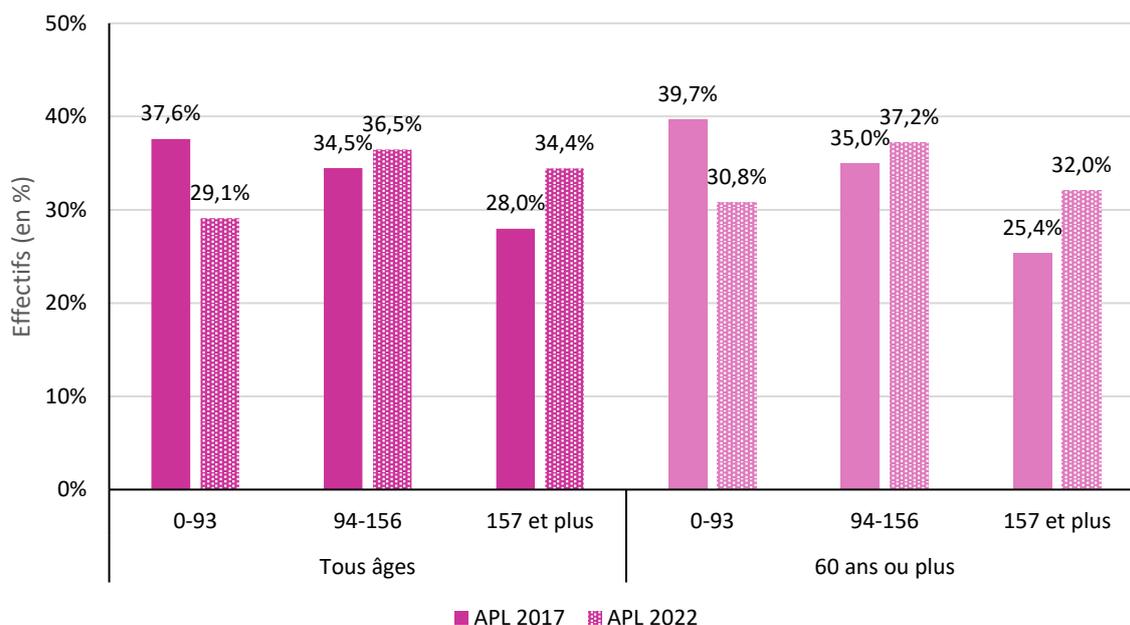
En 2022, pour la France entière (hors Mayotte), l'accessibilité moyenne aux infirmiers de 65 ans ou moins s'élève à 157,4 équivalents temps plein (ETP) pour 100 000 habitants standardisés²⁴. L'APL moyenne s'élevait à 144,6 ETP en 2017. À la différence des médecins généralistes, l'accessibilité moyenne aux infirmiers s'améliore (+ 0,8 % sur un an) car cette profession suit une dynamique démographique croissante sous l'effet notamment d'une augmentation tendancielle des capacités de formation²⁵.

Au régime agricole, 65,6 % des patients tous âges confondus ont une accessibilité aux infirmiers inférieure à 157 ETP pour 100 000 habitants standardisés en 2022. Cette proportion s'élevait à 72,0 % en 2017, soit 6,4 points de plus. Les patients âgés de 60 ans ou plus sont un peu plus exposés aux difficultés d'accessibilité aux infirmiers. En effet, 68,0 % de ces patients ont une accessibilité aux infirmiers inférieure à 157 ETP en 2022, après 74,7 % en 2017.

Dans la population générale, la proportion des effectifs âgés de 60 ans ou plus ayant une accessibilité aux infirmiers inférieure à 157 ETP s'établit à 60,2 % en 2022 (soit 7,8 points de moins qu'au régime agricole).

Sur les 5 dernières années, la part des effectifs de 60 ans ou plus ayant une accessibilité aux infirmiers égale ou supérieure à 157 ETP est en progression de 6,6 points au régime agricole et de 5,9 points dans la population générale (**Graphiques 41 et 42**).

Graphique 41 :
APL 2017 et 2022 aux infirmiers de 65 ans ou moins pour les patients du régime agricole

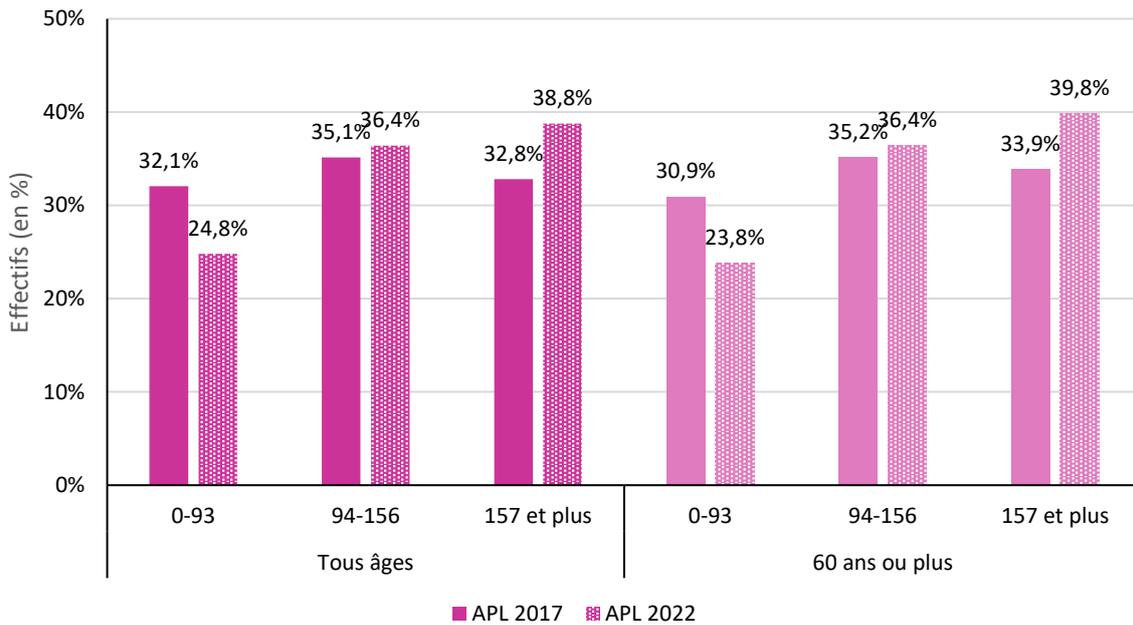


Sources : SNDS DCIR, DREES, INSEE

²⁴ DREES, Accessibilité aux soins de premier recours : augmentation des inégalités d'accessibilité aux chirurgiens-dentistes et aux médecins généralistes en 2022, paru le 14 novembre 2023, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>

²⁵ Insee, La France et ses territoires, Insee Références, édition 2021.

Graphique 42 :
APL 2017 et 2022 aux infirmiers de 65 ans ou moins pour la population générale

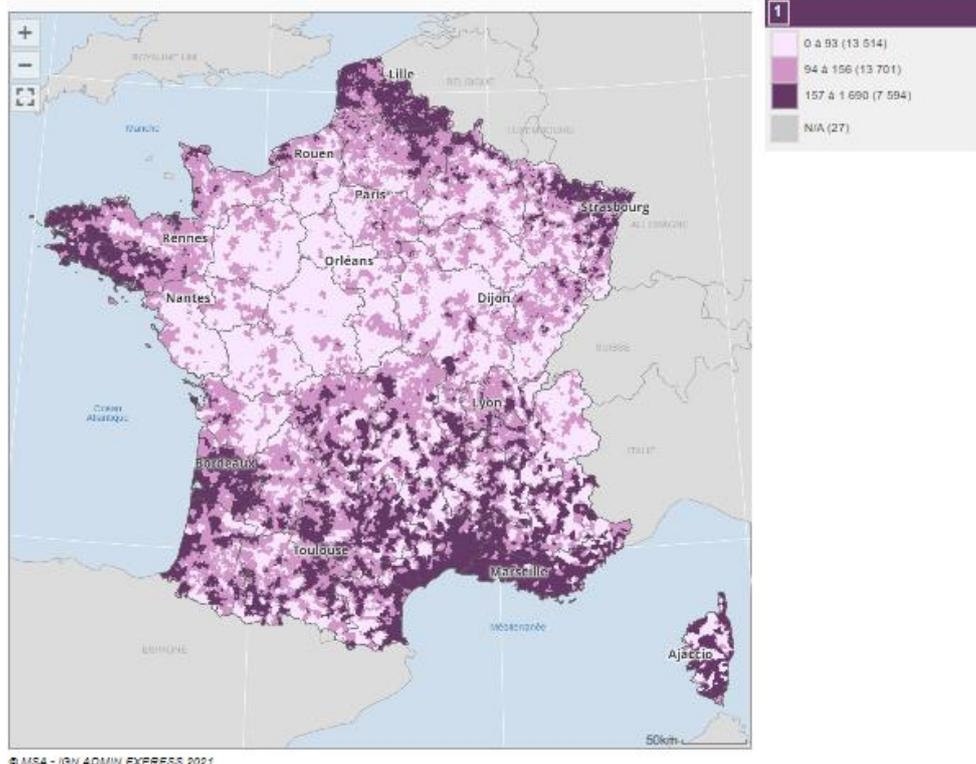


Sources : SNDS DCIR, DREES, INSEE

Géographiquement, l’accessibilité aux infirmiers de 65 ans ou moins est meilleure en Bretagne, dans les Hauts-de-France, dans le Grand Est en partie et 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 (**Carte 9**).

Carte 9 :
Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers de 65 ans ou moins par commune en 2022

1 APL 2022 aux infirmiers de 65 ans ou moins
Source : DREES



L'accessibilité potentielle localisée aux masseurs-kinésithérapeutes

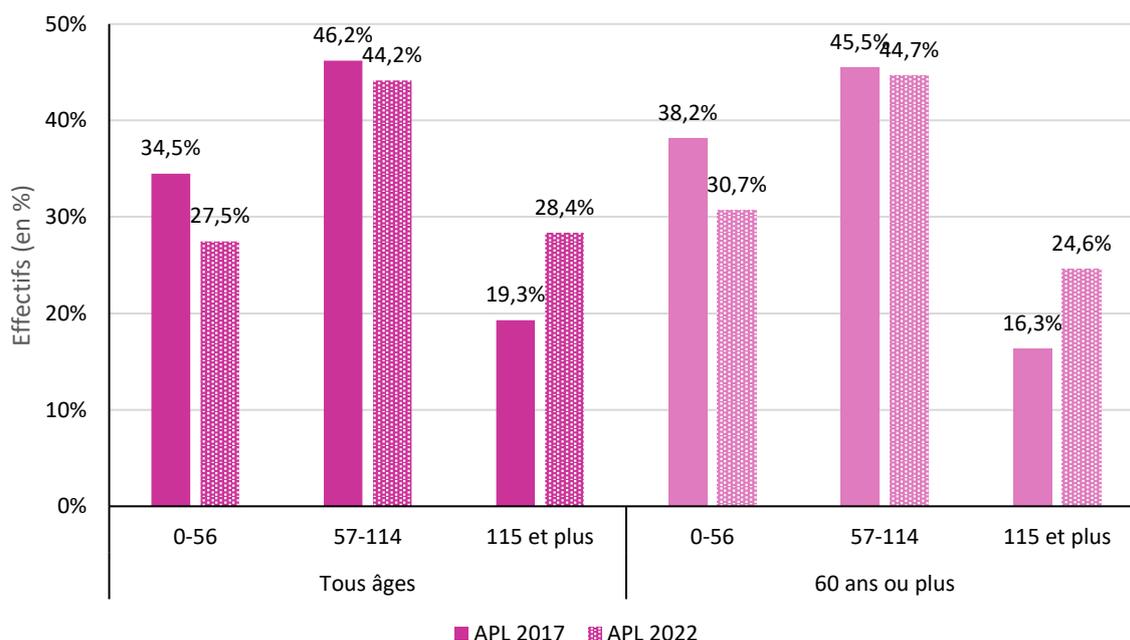
En 2022, pour la France entière (hors Mayotte), l'accessibilité moyenne aux masseurs-kinésithérapeutes de 65 ans ou moins s'élève à 115,1 équivalents temps plein (ETP) pour 100 000 habitants standardisés. En 2017, l'APL moyenne était de 99,7 ETP. L'accessibilité moyenne à cette profession s'améliore en 2022 (+ 3,1 % sur un an) en raison notamment d'une plus forte augmentation du nombre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux²⁶.

La proportion de patients au régime agricole tous âges confondus bénéficiant d'une accessibilité aux masseurs-kinésithérapeutes inférieure à 115 ETP pour 100 000 habitants standardisés s'établit à 71,6 % en 2022, après 80,7 % en 2017, soit 9,1 points de moins. Les patients âgés de 60 ans ou plus sont particulièrement exposés aux difficultés d'accessibilité aux masseurs-kinésithérapeutes. En effet, 75,4 % de ces patients ont une accessibilité aux masseurs-kinésithérapeutes inférieure à 115 ETP en 2022, après 83,7 % en 2017.

Dans la population générale, la proportion des effectifs âgés de 60 ans ou plus ayant une accessibilité aux masseurs-kinésithérapeutes inférieure à 115 ETP s'établit à 57,5 % en 2022 (soit 17,9 points de moins qu'au régime agricole).

Sur les 5 dernières années, la part des effectifs de 60 ans ou plus ayant une accessibilité aux masseurs-kinésithérapeutes égale ou supérieure à 115 ETP est en progression de 8,3 points au régime agricole et de 8,6 points dans la population générale (**Graphiques 43 et 44**).

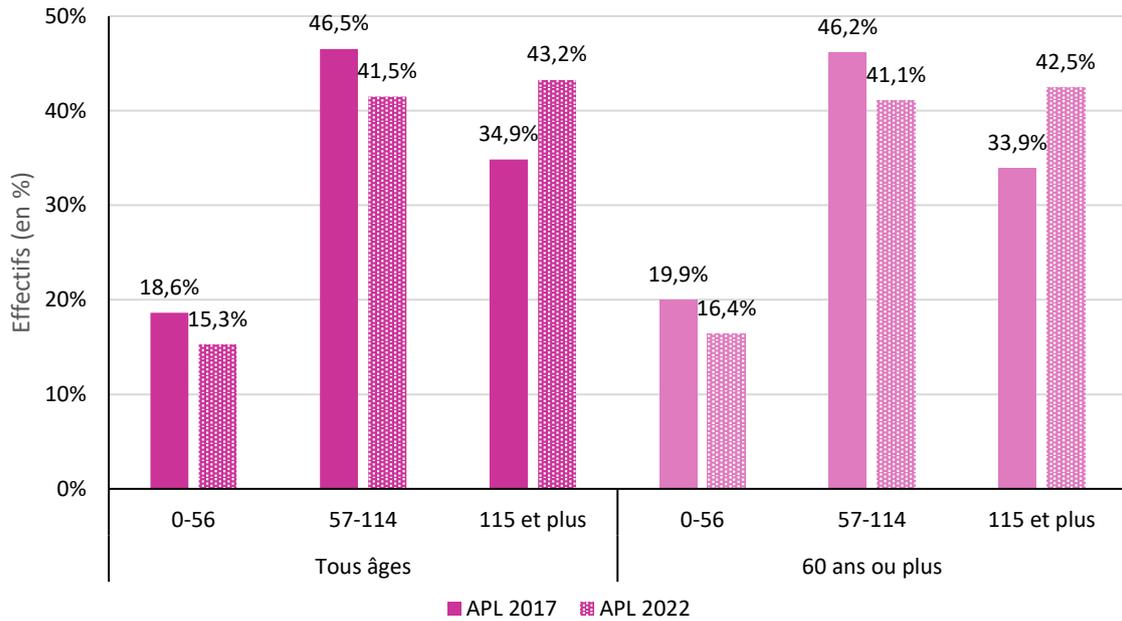
Graphique 43 :
APL 2017 et 2022 aux masseurs-kinésithérapeutes de 65 ans ou moins pour les patients du régime agricole



Sources : SNDS DCIR, DREES, INSEE

²⁶ DREES, Accessibilité aux soins de premier recours : augmentation des inégalités d'accessibilité aux chirurgiens-dentistes et aux médecins généralistes en 2022, paru le 14 novembre 2023, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>

Graphique 44 :
APL 2017 et 2022 aux masseurs-kinésithérapeutes de 65 ans ou moins pour la population générale

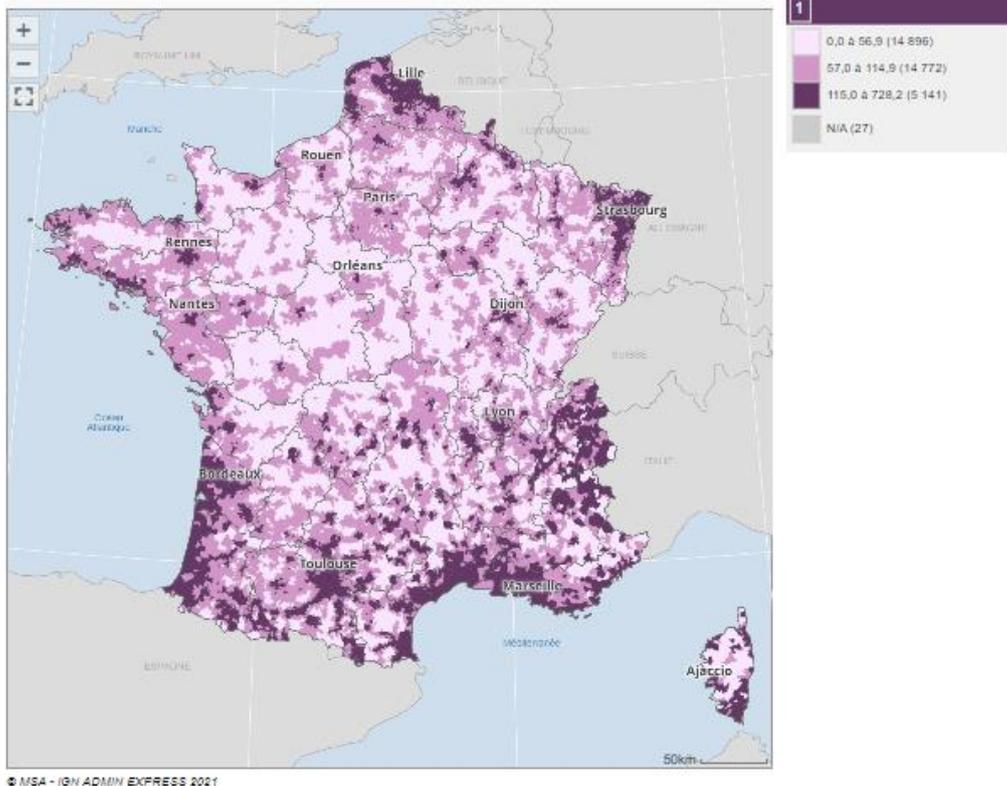


Sources : SNDS DCIR, DREES, INSEE

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 10**).

Carte 10 :
Accessibilité potentielle localisée aux masseurs-kinésithérapeutes de 65 ans ou moins par commune en 2022

1 APL 2022 aux masseurs-kinésithérapeutes de 65 ans ou moins
 Source : DREES



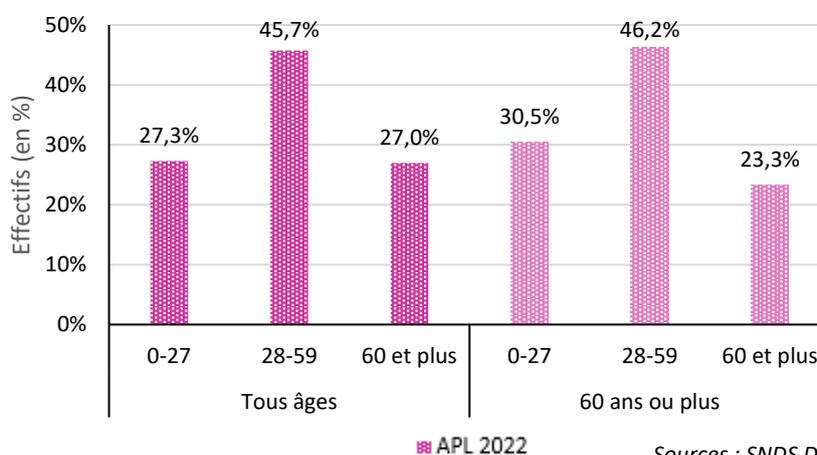
L'accessibilité potentielle localisée aux chirurgiens-dentistes

En 2022, pour la France entière (hors Mayotte), l'accessibilité moyenne aux chirurgiens-dentistes de 65 ans ou moins s'élève à 59,9 équivalents temps plein (ETP) pour 100 000 habitants standardisés, en progression de 1,6 % sur un an²⁷.

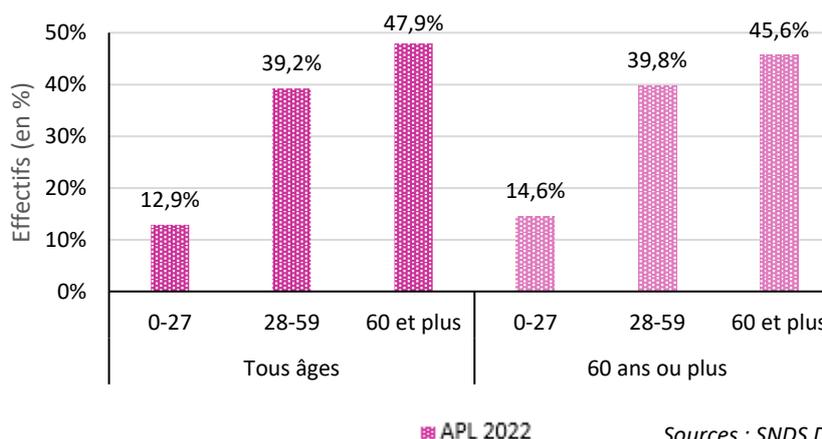
Au régime agricole, 73,0 % des patients tous âges confondus ont une accessibilité aux chirurgiens-dentistes inférieure à 60 ETP pour 100 000 habitants standardisés en 2022. Les patients âgés de 60 ans ou plus sont encore un peu plus exposés aux difficultés d'accessibilité aux chirurgiens-dentistes. En effet, 76,7 % de ces patients ont une accessibilité aux chirurgiens-dentistes inférieure à 60 ETP en 2022.

Dans la population générale, la proportion des effectifs âgés de 60 ans ou plus ayant une accessibilité aux chirurgiens-dentistes inférieure à 60 ETP s'établit à 54,4 % en 2022 (soit 22,3 points de moins qu'au régime agricole) (**Graphiques 45 et 46**)²⁸.

Graphique 45 :
APL 2022 aux chirurgiens-dentistes de 65 ans ou moins pour les patients du régime agricole



Graphique 46 :
APL 2022 aux chirurgiens-dentistes de 65 ans ou moins pour la population générale

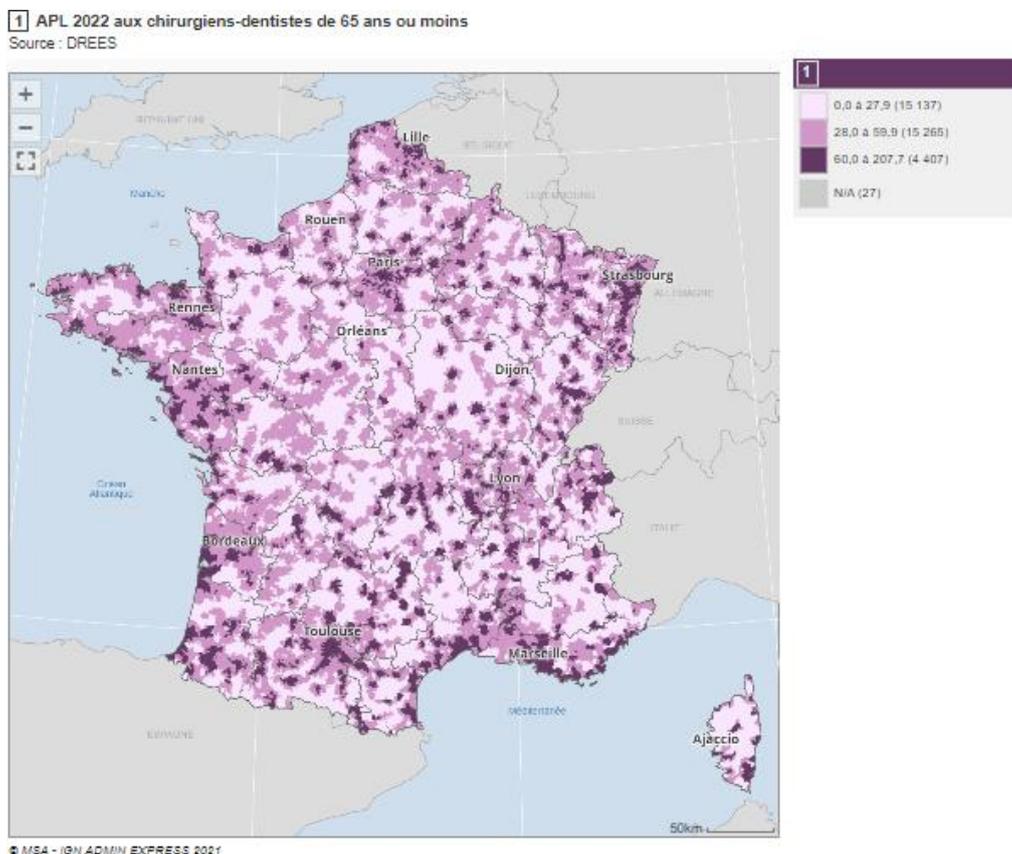


²⁷ L'activité des professionnels de santé comptabilisée dans l'indicateur d'APL aux chirurgiens-dentistes est issue des données de l'Assurance Maladie et correspond aux honoraires remboursables facturés sur l'ensemble de l'année par les chirurgiens-dentistes libéraux âgés de 65 ans ou moins et les chirurgiens-dentistes 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.

²⁸ L'analyse sur les 5 dernières années ne peut être présentée en raison de l'absence de données relatives à l'APL 2017.

Géographiquement, l'accessibilité aux chirurgiens-dentistes de 65 ans ou moins présente de fortes inégalités entre les territoires (**Carte 11**). 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 dotés²⁹.

Carte 11 :
Accessibilité potentielle localisée aux chirurgiens-dentistes de 65 ans ou moins par commune en 2022



En conclusion, les résultats de cette étude montrent :

- d'une part, qu'une proportion beaucoup 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) tous âges confondus et notamment pour les 60 ans ou plus ;
- d'autre part, que les patients âgés de 60 ans ou plus comparativement à la population tous âges confondus au régime agricole sont plus nombreux à être exposés aux difficultés d'accessibilité aux 4 professionnels de santé étudiés. Ces patients âgés sont particulièrement impactés par des inégalités d'accessibilité aux masseurs-kinésithérapeutes et aux chirurgiens-dentistes.

²⁹ 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>

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.

Le guichet unique de la MSA est un atout primordial pour lui permettre d'aborder ces différents angles, avec l'approche en termes de risque maladie, avec en particulier son contrôle médical et dentaire et ses services de prévention, l'approche en termes de santé-sécurité au travail alliant tant les compétences médicales et paramédicales de la santé-travail, que la prévention des risques professionnels, ainsi que l'approche du point de vue social avec ses travailleurs sociaux, rouages importants également des services administratifs. Toutes ces compétences travaillent, au niveau des territoires et au plus près des personnes, en parfaite intelligence avec les 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 21 propositions de la MSA pour 2025 s'articulent autour des axes suivants :

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

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

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 porté dans la loi de santé de 2016 et renouvelé dans les lois de 2023.

Ces orientations ont été déclinées dans la Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2023-2033 qui fait de l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé par la prévention une des trois finalités de la stratégie.

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'Education et d'Information Sanitaires des professions Agricoles (FNPEISA) qui s'est élevé à 25,55 millions d'euros en 2023.

a. Instants santé

En 2023, plus de 26 000 assurés MSA sous-consomphants 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 2023, 26 067 personnes sous-consomphantes 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 2023, plus de 6 000 jeunes ont bénéficié de ce dispositif (**Encadré 3**).

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-consomphants en santé³⁰.

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.

³⁰ Michel M., Souaré M.A., Dindorf C., Danguy V., Chevreul K., Bilans de santé pour la population agricole sous-consomphante 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 2023, plus de 2 500 jeunes retraités MSA ont bénéficié d'un Rendez-Vous Prévention Jeune Retraité.

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 2023, les Rendez-Vous Prévention Jeune Retraité ont permis à 2 574 adhérents MSA de bénéficier d'un motivationnel avec un infirmier. Parmi les participants, 186 ont été orientés vers le service social de la MSA au cours du premier rendez-vous. Parmi eux, 51 ont bénéficié d'une évaluation individuelle avec un travailleur social. Enfin, parmi les personnes recontactées, 130 n'étaient pas connues du service social MSA.

Encadré 3 :

Focus sur la refonte des Instants Santé Jeunes des 16-24 ans

Le dispositif « Instants santé jeunes » concerne des jeunes affiliés à la MSA âgés de 16 à 24 ans. Les objectifs sont multiples :

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

Six thématiques de santé prioritaires ont été identifiées : santé mentale et bien-être ; alimentation et activité physique ; vie affective et sexuelle ; alcool, tabac et autres substances ; audition et la sécurité routière.

Les premiers assurés seront invités à compter de fin octobre 2024. Les premiers entretiens débiteront à la mi-novembre 2024.

Les jeunes seront invités à prendre rendez-vous avec un coach santé pour réaliser un entretien motivationnel de prévention, en visioconférence. En amont de cet entretien, les jeunes auront à remplir un auto-questionnaire en ligne qui permettra aux coaches de pouvoir identifier les besoins et attentes prioritaires des jeunes et ainsi d'orienter l'entretien. A l'issue des entretiens, les coaches devront orienter les jeunes vers les offres de soins, de prévention et d'accompagnement adaptées à leurs objectifs et leurs besoins. En complément, les jeunes pourront accéder à divers contenus et informations sur le nouveau site des Instants santé jeunes qui est actuellement en cours d'élaboration.

2024 : année de lancement du dispositif Mon Bilan Prévention

Dès le 2^{ème} semestre 2024, la MSA met en place le dispositif Mon Bilan Prévention. Celui-ci concerne les personnes entre 20 et 25 ans, 40 et 45 ans, 60 et 65 ans, 70 et 75 ans.

L'approche populationnelle vise à inviter l'ensemble des adhérents de ces âges « clefs » de la vie. Ils reçoivent une invitation par courrier à réaliser un bilan de prévention avec un médecin, pharmacien, infirmier ou sage-femme. **960 606 assurés** sont concernés par cette approche.

En complément, la MSA met en place une approche spécifique pour une partie de la population selon des critères de ciblage. Les critères appliqués pour le ciblage incluent : l'absence de complémentaire santé, l'absence de déclaration de médecin traitant, l'absence de consultation médicale (spécificité pour les 18-25 ans et 45-50 ans, seules les personnes en ALD sont concernées par ce critère), et le statut de bénéficiaire de la C2S. **391 596 assurés sont concernés.**

Proposition 1 :

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

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

- le renforcement de l'approche motivationnelle auprès des jeunes parents dans le cadre de l'action MSA Les P'tits Ateliers Nutritifs, ateliers animés par une diététicienne qui vise à guider les parents pour favoriser les bons choix dans la nutrition du jeune enfant ;
- la formation de nouveaux intervenants en approche motivationnelle auprès du public prioritaire jeune ;
- le renforcement des pratiques de l'entretien motivationnel des travailleurs sociaux de la MSA.

b. Vaccinations

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

Contexte

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

Dans ce contexte, 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 porcins³¹.

La campagne nationale de la grippe saisonnière 2023-2024 étant lancée à l'automne 2023, 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.

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

Ciblage

En décembre 2023, 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 porcins ou aviaire,
 - Vétérinaires en charge des porcs et des oiseaux,
 - Intervenants pour le ramassage et l'abattage des porcs et des oiseaux,
 - Personnels des zoos en contact avec des porcs et des oiseaux,
- Salariés ou non-salariés agricoles,
- Assurés ayant des droits ouverts à la MSA à la date de lancement de la campagne exceptionnelle,
- Assurés non invités lors de la campagne nationale antigrippale 2023-2024.

³¹ 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 ».

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.

A l'instar de la campagne annuelle de vaccination antigrippale, la période de validité de la prise en charge a été fixée du 17 octobre 2023 au 31 mars 2024.

Résultat

Pour la campagne 2023-2024, sur les 24 794 assurés invités en décembre 2023, 1 453 personnes se sont fait vacciner, soit 6 % des professionnels invités (le taux de couverture vaccinale était de 0,2 % sur la campagne 2022-2023).

- **Vaccination antigrippale saisonnière**

La campagne nationale de vaccination 2023-2024 contre la grippe s'est déroulée du 17 octobre 2023 au 29 février 2024. Elle permet de sensibiliser les personnes fragiles à l'importance de se faire vacciner, en leur proposant une prise en charge gratuite du vaccin. Les personnes pour lesquelles la vaccination est recommandée sont les personnes âgées de 65 ans et plus et les personnes atteintes de l'une des 22 affections de longue durée (ALD) ciblées. Par ailleurs, une population dite en « extension » - les personnes atteintes de maladies respiratoires chroniques (asthme, bronchite chronique obstructive...) et les femmes enceintes - est également concernée par cette campagne.

Sur la campagne 2023-2024, le taux de couverture vaccinale contre la grippe atteint 52,9 % au régime agricole, en baisse par rapport à la campagne 2022-2023 (59,1 %) (**Tableau 28**).

Cette baisse est concomitante avec d'une part, un recours plus faible à la vaccination de la part de la population cible et d'autre part, l'intégration de 10 nouvelles ALD (dont l'ALD cancer) dans le ciblage des assurés en ALD (57 000 invités supplémentaires).

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

	Campagne 2022-2023	Campagne 2023-2024
Taux de couverture vaccinale des 65 ans et plus	59,1 %	55,4%
Taux de couverture vaccinale des assurés en ALD	59,0 %	35,4%
Taux de couverture vaccinale total	59,1 %	52,9%

Source : MSA

Encadré 4 :**Promouvoir la vaccination antigrippale par la réalisation d'entretiens motivationnels qui ciblent les femmes primo-vaccinantes de 65 ans**

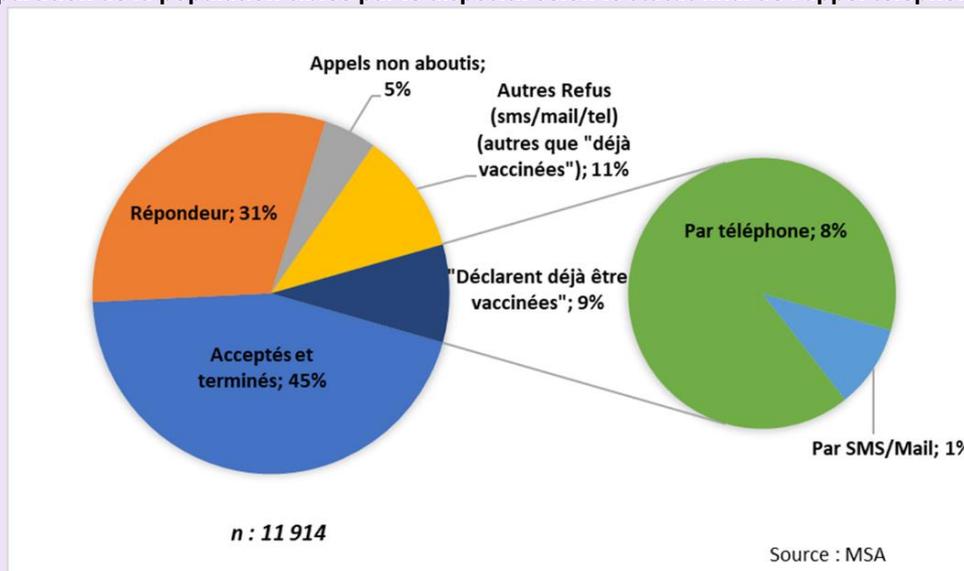
Ce dispositif vient renforcer la campagne de vaccination antigrippale. Des entretiens motivationnels par téléphone sont réalisés par des infirmières préalablement formées. Ils sont destinés aux femmes de 65 ans, assurées au régime agricole, qui n'ont pas bénéficié d'une vaccination antigrippale dans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

Pour la campagne 2023-2024, la MSA reconduit, pour la 4^{ème} année consécutive, les entretiens motivationnels par téléphone de sensibilisation à la vaccination contre la grippe auprès des femmes de 65 ans primo-vaccinantes.

Ces entretiens motivationnels se sont déroulés du 17 octobre au 15 décembre 2023.

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

En 2023, parmi les 12 000 femmes ciblées, 45 % ont bénéficié d'un entretien et 31 %, injoignables au moment des appels, ont toutefois reçu un message d'incitation à la vaccination sur leur répondeur. Seuls 5 % des femmes n'ont pas eu du tout de contact (pas de réponse à l'appel, faux numéro...). Ces entretiens ont été déclinés par 20 % des femmes, dont presque la moitié a déclaré être déjà vaccinée.

Graphique 47 :**Répartition de la population ciblée par le dispositif selon le statut final de l'appel téléphonique**

Lors de la campagne précédente (2022-2023), un « lot témoin » a été créé afin d'évaluer l'impact des Entretiens Personnalisés par Téléphone (EPT) sur le taux de vaccination sans facteur de confusion. Il sert de point de comparaison avec le groupe expérimental. Il se compose d'assurées n'ayant bénéficié d'aucune action liée au dispositif EPT grippe. Ce groupe témoin ressemble au groupe expérimental de sorte que les différences systématiques puissent être attribuées aux effets des EPT.

Cette distinction nous permet de mesurer l'impact de l'action dans sa globalité, sur la couverture vaccinale de la cible.

Ainsi, en comparaison avec le groupe « témoin », on estime que le dispositif EPT grippe a permis un gain de 2,5 points de pourcentage de femmes vaccinées supplémentaires. En volume, cela représente 278 femmes vaccinées en plus.

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

En 2023, le taux de couverture vaccinale des enfants âgés de 24 mois (nés en 2021) est de 73,1 % : 18 826 enfants âgés de 24 mois relevant du régime agricole sur une cible totale de 25 746³² ont reçu au moins une dose de vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (**Tableau 29**). 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 29 :
Nombre d'enfants vaccinés et taux de couverture vaccinale ROR au régime agricole

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nombre d'enfants	27 103	27 089	26 796	26 446	26 275	24 000	25 247	25 746
Nombre d'enfants vaccinés	19 999	19 906	19 743	19 513	19 424	19 128	18 860	18 826
Taux de couverture vaccinale	73,8 %	73,5 %	73,7 %	73,8 %	73,9 %	79,7 %	74,7 %	73,1 %

Source : MSA

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 recevaient jusqu'en 2023 un courrier d'invitation de la part des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC). Depuis le 1^{er} janvier 2024, la gestion des courriers d'invitation est assurée par la MSA.

En 2023, sur 208 137 femmes invitées relevant du régime agricole, 123 247 ont été dépistées dans le cadre du dépistage organisé ou du dépistage individuel, soit un taux de participation de 59,2 % (**Tableau 30**).

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

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nombre de femmes invitées	204 956	201 243	197 312	201 582	192 467	215 519	213 241	208 137
Nombre de femmes dépistées	109 301	105 147	104 655	101 679	87 562	129 056	115 818	123 247
Taux de participation	53,3 %	52,2 %	53,0 %	50,4 %	45,5 %	59,9 %	54,3 %	59,2 %

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

Sources : Santé publique France, MSA

³² Cette cible totale correspond au nombre d'enfants nés en 2021 qui ont eu au moins un remboursement de soins entre janvier 2021 et décembre 2022.

- **Dépistage organisé du cancer colorectal**

Sur la période 2022-2023, 253 259 adhérents du régime agricole âgés de 50 à 74 ans ont participé au dépistage organisé du cancer colorectal. Le taux de participation atteint 32,9 % avec un écart de 8,6 points entre les hommes (29,5 %) et les femmes (38,1 %). Le taux est en baisse de 0,3 point par rapport à la période 2021-2022 (33,2 %).

- **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 2023, 284 784 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 55,6 %. Ce taux est en hausse de 5,5 points par rapport à l'année 2022 (50,1 %).

Encadré 5 :

Focus sur les actions « d'aller-vers » dans le cadre des dépistages organisés des cancers

Dans le cadre de la refonte des dépistages organisés des cancers, le Ministère du travail, de la santé et des solidarités a annoncé une organisation renouvelée des dépistages organisés des cancers qui passe notamment par la mobilisation systématique d'opérations « d'aller-vers » par les régimes d'assurance maladie, notamment vers les publics précaires, fragiles et éloignés des systèmes de santé. Dans ce cadre, la MSA a déployé deux actions principales pour renforcer son rôle dans l'incitation au dépistage des cancers.

Les entretiens motivationnels par téléphone

L'objectif de ce nouveau dispositif est d'observer, à l'issue de chaque campagne, une augmentation du taux de participation au dépistage organisé ciblé de la population bénéficiaire des entretiens. Ces entretiens, d'une durée d'environ 15 minutes, sont menés par des infirmiers diplômés d'Etat qui sont rompus à la technique de l'entretien motivationnel (approche concrète et pragmatique qui vise à renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers un changement cible grâce à la mobilisation de différentes techniques). En amont des entretiens, les assurés reçoivent un SMS pour les informer du dispositif et recueillir les éventuelles oppositions. Les infirmiers mobilisés bénéficient de plusieurs temps de formation/préparation afin d'assurer la qualité du dispositif.

Une première campagne d'appels téléphoniques a eu lieu entre le 25 septembre 2023 et le 20 octobre 2023. Cette première édition a concerné le dépistage organisé du cancer colorectal, compte tenu des taux de participation particulièrement faibles pour ce programme (34,2 % sur la période 2022-2023 pour la population générale) et des objectifs européens fixés (taux acceptable de 45 % et taux souhaitable de 65 %). Lors de cette première campagne pilote, sur 6 038 femmes âgées de 53 ans qui n'ont pas effectué de dépistage du cancer colorectal dans l'intervalle recommandé, 55 % d'entre elles (3 298 femmes) ont accepté l'entretien et en ont bénéficié, 18 % étaient injoignables (un message a alors été déposé sur leur répondeur) et 25 % ont refusé l'entretien (14 % par téléphone et 11 % par SMS en amont des entretiens). Parmi les refus téléphoniques, 35 % estiment ne pas être concernées et 10 % déclarent vouloir déjà se faire dépister.

Un lot témoin, composé d'assurées n'ayant bénéficié d'aucune action liée au dispositif (aucun SMS, aucun appel) a été créé afin d'évaluer l'impact des entretiens motivationnels sur le taux de dépistage sans facteur de confusion. Il sert de point de comparaison avec les femmes bénéficiant des entretiens. Ce groupe témoin ressemble au groupe expérimental de sorte que les différences systématiques puissent être attribuées aux effets des entretiens. Cette distinction permet de mesurer l'impact de l'action dans sa globalité sur le taux de dépistage de la cible.

Ainsi, en comparaison avec le groupe « témoin », on estime que les entretiens motivationnels ont permis un gain de 3 points de pourcentage de femmes dépistées supplémentaires (6 points pour les femmes ayant terminé l'entretien motivationnel). Un lien statistique (à l'aide de la probabilité du Khi²) a été relevé entre le fait qu'elles se fassent dépister et le fait d'avoir réalisé un entretien motivationnel.

Cette initiative est reconduite en 2024 avec deux nouvelles campagnes qui portent également sur le dépistage organisé du cancer colorectal. La première a débuté en mars (objectif de 5 500 entretiens avec un statut d'appel « accepté et terminé ») et la seconde débutera en septembre. Le dispositif sera étendu au dépistage organisé du cancer du sein en 2025.

Un volet dépistage organisé des cancers au sein de l'appel à projet Coup de Pouce Prévention

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

En 2023, la MSA a intégré un volet « dépistage organisés des cancers » au sein de l'appel à projet. Au total, ce sont 20 projets qui ont été accompagnés de façon méthodologique et financière pour déployer des actions d'aller-vers directement dans les territoires.

d. Prévention bucco-dentaire

En 2023, plus de 54 000 enfants et jeunes ont bénéficié d'un examen de prévention bucco-dentaire dans le cadre du dispositif « M'T dents ».

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

En 2023, ce dispositif a permis à 54 265 enfants et jeunes du régime agricole de bénéficier d'un examen de prévention bucco-dentaire. Le taux de participation national est de 25,7 % (25,9 % en 2022) (**Tableau 31**).

Tableau 31 :
Dispositif conventionnel de prévention bucco-dentaire M'T dents : nombre d'invités, examens réalisés et taux de participation en 2023

	3 ans	6 ans	9 ans	12 ans	15 ans	18 ans	21 ans	24 ans	Total
Nombre d'invités	19 084	21 607	24 680	26 507	27 659	32 281	31 758	27 454	211 030
Nombre d'examens de prévention réalisés	7 311	8 835	8 726	8 431	6 476	5 841	5 034	3 611	54 265
Taux de participation	38,3 %	40,9 %	35,4 %	31,8 %	23,4 %	18,1 %	15,9 %	13,2 %	25,7 %

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 2023, 7 294 jeunes du régime agricole ont pu bénéficier d'un examen bucco-dentaire intégralement pris en charge. Le taux de participation national est de 16,3 % contre 15,6 % en 2022 (**Tableau 32**).

Tableau 32 :

Action d'accompagnement du dispositif M'T dents : nombre d'invités, taux de relance, nombre d'examens réalisés, taux de participation en 2023

	4 ans	7 ans	10 ans	13 ans	Total
Nombre d'invités	11 499	11 695	10 955	10 614	44 763
Nombre de relances	11 298	9 405	8 617	8 583	37 903
Taux de relance sur le nombre d'invitations réalisées	98,3 %	80,4 %	78,7 %	80,9 %	84,7 %
Nombre d'examens bucco-dentaires réalisés	2 446	2 000	1 626	1 222	7 294
Taux de participation	21,3 %	17,1 %	14,8 %	11,5 %	16,3 %

Source : MSA

Proposition 2 :

Impulser une nouvelle stratégie préventive dentaire, intégrant le plan Génération Sans Carie, à destination des besoins spécifiques de la population agricole et rurale

La mise en place du nouveau programme de prévention bucco-dentaire invite la MSA à développer une nouvelle stratégie de prévention en ce domaine. Cela passe par :

- un travail sur les spécificités de la population MSA en termes de prévention bucco-dentaire ;
- la mise en place d'un plan d'action spécifique adapté aux besoins bucco-dentaires de la population couverte, par tranche d'âge et tout au long de la vie.

e. Autres actions de prévention

Actions collectives seniors : en 2023, plus de 34 000 seniors ont bénéficié des actions collectives de prévention intégrées au programme de prévention MSA

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 2023, grâce à l'offre de prévention de la MSA, plus de 34 000 seniors ont participé aux actions collectives de prévention organisées par la MSA et intégrées par le programme FNPEISA (ateliers vitalité ; Ateliers nutrition et Nutri Activ ; ateliers équilibre ; ateliers mémoire ; Ateliers PHARE).

La thématique « Equilibre » (prévention des chutes) est la plus fréquente. Ainsi, 10 416 seniors ont participé à ces ateliers.

De plus, des actions supplémentaires sont organisées localement. Au total, ce sont plus de 64 000 seniors qui ont pu participer à une action d'éducation ou d'information autour de la prévention de la perte d'autonomie.

Coup de pouce prévention : en 2023, 81 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 2023, 98 projets ont été étudiés au niveau des caisses de MSA, des ARCMSA et de la CCMSA. Parmi eux, 70 ont pu bénéficier d'un accompagnement méthodologique (diagnostic territorial, évaluation, gestion de projet...).

81 projets ont reçu une participation à financement. Parmi ces projets, 18 interviennent dans le champ des addictions ; 20 dans le champ des dépistages organisés des cancers. 43 projets ont pour lieu d'intervention des territoires classés « intervention prioritaire ».

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. 3 ateliers sont proposés avec des thématiques complémentaires : « Les premiers pas vers l'équilibre alimentaire », « La diversification alimentaire », « Le bon choix des produits ». Les parents ont la possibilité de choisir le ou les atelier(s), selon leurs affinités.

En 2023, 907 parents ont participé à 128 ateliers. Le taux de participation des parents à 59 % est en forte augmentation par rapport à 2022 (31 %). Une majorité d'entre eux participe à au moins 2 ateliers. Plus des 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), 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 2023, 49 interventions ont été menées par 14 caisses de la MSA :

- 25 dans les MFR,
- 17 dans les lycées professionnels,
- 6 en SIAE,
- 1 en structures diverses.

145 ateliers collectifs de sensibilisation ont été organisés rassemblant 1 850 participants.

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 2023, 1 052 entretiens motivationnels à l'arrêt du tabac ont été menés auprès de participants au dispositif « Instant santé ». 43 entretiens ont également eu lieu dans le cadre du dispositif Rendez-vous Prévention du Jeune Retraité.

Encadré 6 :**Focus sur l'intégration d'une thématique de réduction de la consommation d'alcool**

La MSA propose des bilans de prévention santé à ses adhérents sous-consommateurs de soins : « Les Instants santé » au cours desquels il est proposé aux fumeurs un entretien motivationnel à l'arrêt du tabac (EMAT).

La MSA souhaite renforcer cette action de sensibilisation à l'arrêt du tabac et l'élargir à la réduction de l'usage de l'alcool pour faire de cet entretien un catalyseur de changement.

En effet, le tabac et l'alcool sont responsables chaque année d'environ 116 000 décès par an et 19 % des hommes dans le secteur agricole consomment quotidiennement de l'alcool (vs 11 % en population générale).

La MSA a souhaité faire évoluer l'Entretien Motivationnel à l'Arrêt du Tabac pour y inclure une sensibilisation à la réduction des dommages liés à la consommation d'alcool.

Ce nouveau dispositif EMATRA a été conçu au cours du second semestre 2023 en s'appuyant sur une équipe pluriprofessionnelle d'intervenants rassemblant des expertises en addictologie, santé publique, entretien motivationnel.

En janvier et février 2024, les infirmiers réalisant les Instants santé ont pu bénéficier de formations renforcées conjuguant théories, partages d'expérience et mises en pratique, pour un lancement opérationnel progressif au sein des Instants santé à partir de mars 2024.

L'objectif de ce nouveau parcours est de contribuer à la prévention des conduites addictives chez les adhérents MSA âgés de 25 à 74 ans et de réduire les risques et dommages liés à ces consommations, en lien avec la Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027 et le Programme national de lutte contre le tabagisme 2023-2027.

Les critères d'inclusion sont les fumeurs, les personnes consommant de l'alcool et notamment celles dépassant les limites de consommation recommandées (deux verres par jour, et pas tous les jours) ainsi que les femmes enceintes indépendamment de leur consommation (tabac et/ou alcool).

La méthodologie utilisée pour la conception de l'EMATRA s'appuie sur la méthode d'intervention reconnue probante par la HAS pour le tabac et l'alcool : « Repérage précoce intervention brève » (RPIB) dont l'entretien motivationnel est le cœur d'action.

La réalisation de cet entretien permet d'initier avec l'adhérent une réflexion sur les risques pour sa santé du tabac et/ou de l'alcool, de renforcer sa motivation et de l'orienter si besoin vers des dispositifs adaptés.

Ainsi, l'EMATRA comprend 4 étapes successives (sur la base du RPIB) :

1. Un repérage du niveau d'usage d'alcool et/ou de la dépendance tabagique, des situations à risques associées via le remplissage de questionnaires standardisés (différents de l'auto-questionnaire ; tabac : questionnaire Fagerström simplifié et alcool : test FACE) qui permet d'engager la conversation sur ces sujets, de façon objectivée et factuelle, à partir de la restitution des résultats ;
2. Une intervention à visée motivationnelle (technique FRAMES) pour échanger sur son intérêt personnel à arrêter ou réduire sa consommation et renforcer sa motivation : identifier les gains, les ressources de l'adhérent sur lesquelles s'appuyer, sa confiance ;
3. Un plan d'action : un ou des objectifs simples, réalistes, concrets, proposés en accord avec l'adhérent après lui avoir expliqué les méthodes utilisables pour arrêter de fumer et/ou réduire son risque alcool ;
4. Une recommandation d'orientation de l'adhérent vers un accompagnement adapté, via la remise d'un dépliant présentant les ressources d'accompagnement du territoire ou à distance.

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.

Pour l'année 2023, 19 cycles réunissant 231 participants ont eu lieu.

En matière de prévention santé, la MSA proposera une dernière proposition générale qui concerne ses différents dispositifs.

Proposition 3 :

Améliorer l'impact des dispositifs d'aller-vers MSA suite aux résultats d'évaluation d'impact produits

La MSA s'engage à produire des résultats d'impact et à démontrer que les dispositifs suivants sont probants :

- dispositif d'accompagnement santé/social (Déclic),
- entretien motivationnel aux dépistages organisés des cancers,
- entretien motivationnel à la vaccination antigrippale,
- Instants santé,
- dispositif Mon bilan prévention,
- etc.

Proposition 4 :**Mettre à disposition des acteurs concernés un outil de diagnostic territorial dédié à la Santé Sécurité au Travail (SST) à partir de GéoMSA**

En matière de prévention des risques professionnels et de santé sécurité au travail, la MSA souhaite poursuivre l'enrichissement de son outil de cartographie GéoMSA (<https://geomsa.msa.fr>) avec la création d'un module dédié à la Santé Sécurité au Travail (SST).

Ce nouveau module permettra la réalisation d'un diagnostic territorial SST afin de mieux cibler et de prioriser les actions de prévention à mettre en œuvre sur les territoires.

Il a pour vocation de faciliter l'accès aux données disponibles et de permettre leur articulation avec l'expertise des acteurs de terrain.

Il comportera des indicateurs rassemblés par sous-thématiques, avec une distinction salariés versus non-salariés agricoles : données démographiques, cartographie des filières, sinistralité (accidents du travail, maladies professionnelles), typologie.

Les indicateurs seront disponibles à différentes mailles géographiques (commune, département, caisse de MSA).

Un portrait de territoire SST sera également mis à la disposition des 35 caisses de la MSA dans le cadre de leur déclinaison locale du Plan Santé Sécurité au Travail, afin de leur permettre d'évaluer les besoins spécifiques de chaque territoire du périmètre de leur caisse de MSA et de définir une stratégie adaptée et des actions dédiées.

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 minutes. Il est proposé par la MSA ou demandé par l'assuré lorsque sa situation rend nécessaire de faire un point complet sur l'état de ses droits sociaux. L'objectif est de permettre aux assurés agricoles (exploitants, salariés ou retraités) de faire valoir l'intégralité de leurs droits auprès de la MSA et de ses partenaires.

Ce dispositif phare du guichet unique concerne l'ensemble des prestations légales et 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 et du juste droit.

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

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

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

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

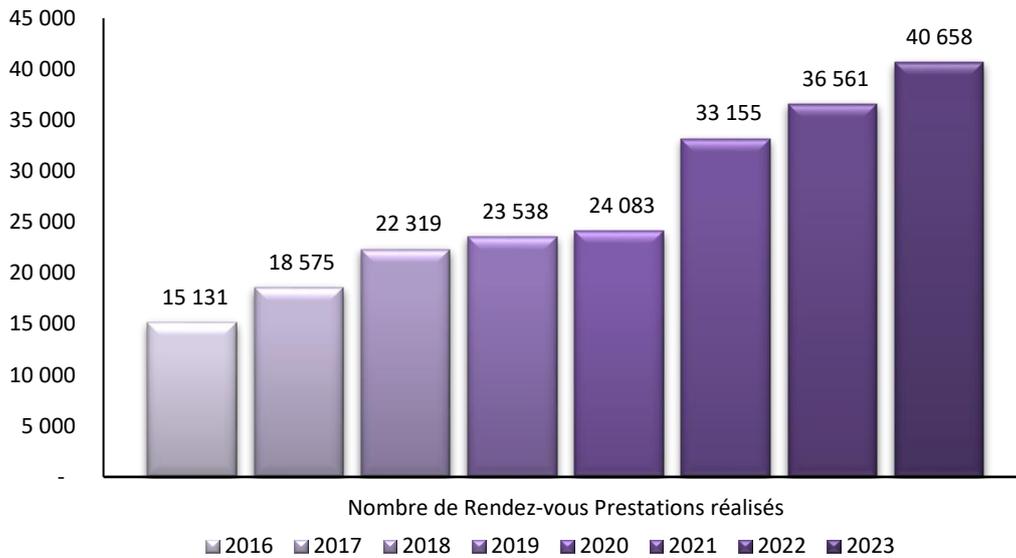
La MSA mobilise davantage aujourd'hui les données disponibles permettant d'identifier de façon proactive les publics en potentielle situation de non-recours tout en renforçant l'inscription du Rendez-vous Prestations dans les parcours attentionnés qu'elle développe.

Bilan des Rendez-vous Prestations réalisés en 2023

A compter de l'année 2023, l'objectif suivi dans la COG est le taux de droits ouverts suite aux Rendez-vous Prestations (il s'agissait jusqu'alors du nombre de Rendez-vous Prestations réalisés). La cible actuelle est fixée à 30 %.

Attachée à maintenir une relation de proximité avec ses adhérents, la MSA maintient un haut niveau de Rendez-vous Prestations réalisés en 2023 : 40 658 entretiens réalisés, soit une hausse de 11,2 % par rapport à 2022 (**Graphique 48**).

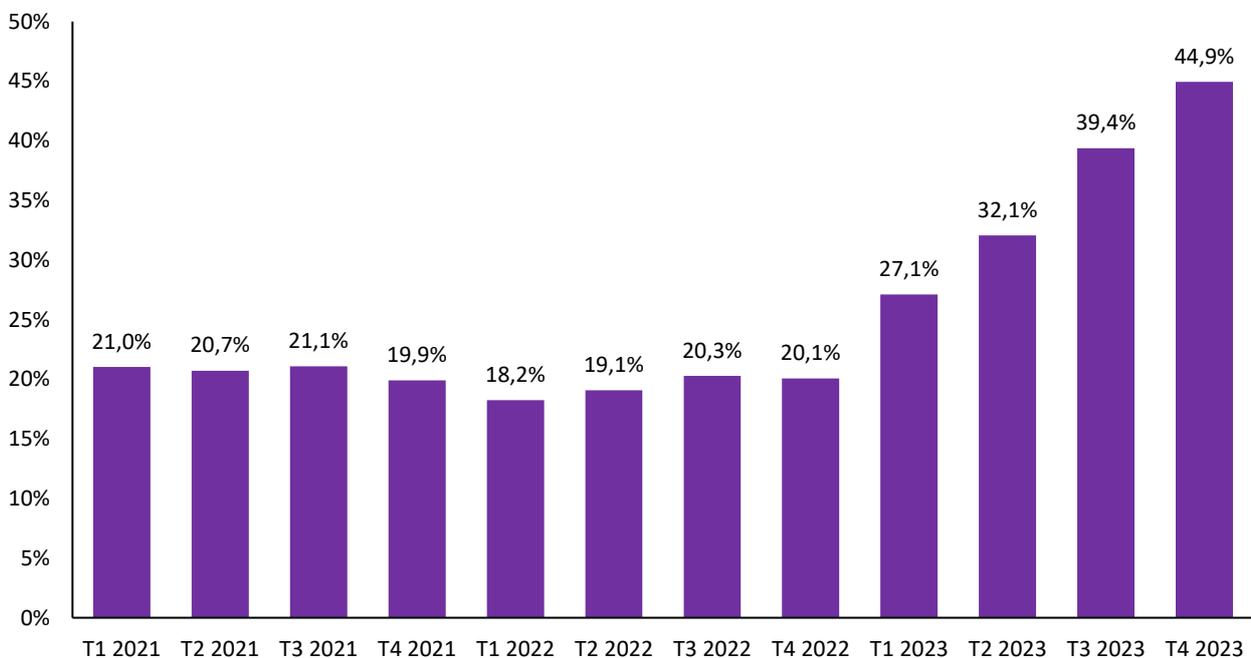
Graphique 48 :
Nombre de Rendez-vous Prestations réalisés de 2016 à 2023



Source : MSA

L'utilisation des données disponibles pour le ciblage et l'inscription des Rendez-vous Prestations dans les parcours attentionnés permettent d'observer une nette progression des droits ouverts suite à un Rendez-vous Prestations tout au long de l'année 2023 par rapport aux années précédentes : + 16,5 points en 2023 par rapport à 2022 (**Graphique 49**).

Graphique 49 :
Taux de droits ouverts suite aux Rendez-vous Prestations réalisés de 2021 à 2023 par trimestre



Source : MSA

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

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

Elle est un des référents clés du comité technique départemental du plan interministériel, aux côtés de la direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS), de l'ARS et de la Préfecture³³. Elle endosse donc **un rôle de cheville ouvrière du plan au niveau local**. De nombreuses caisses de MSA se voient confier par les préfets le pilotage des comités techniques et des comités pléniers.

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

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

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

³³ Il s'agit d'une commission des services de la préfecture qui s'occupe des agriculteurs en difficulté économique. Le dispositif a changé de nom depuis 2019, il s'intitulait AREA.

Les dispositifs développés jusqu'à ce jour sont réorganisés dans une logique de parcours, autour des différentes étapes où la MSA intervient auprès de ses bénéficiaires : prévention, repérage, accompagnement et prise en charge, suivi. Ces actions de la MSA en faveur de la prévention du mal-être s'inscrivent en complément de la stratégie interministérielle et regroupent un large éventail d'outils, programmes et dispositifs portés par la MSA, qui continuent à être développés et adaptés :

- Agri'écoute,

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

Lancé en 2018, le service Agri'écoute fonctionne avec la collaboration du prestataire, Empreinte Humaine (depuis 2021), partenaire privé d'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 2023, Agri'écoute a été sollicité en moyenne plus de 321 fois/mois. Le bilan du dispositif sur l'exercice 2023 est disponible dans l'**encadré 8**.

- 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 des caisses de MSA, toutes élargies au mal-être depuis 2022, permettent d'accompagner les assurés MSA en grande détresse qui leur sont signalés, et ce grâce à un accompagnement global et une action coordonnée de lutte contre le mal-être, rassemblant des acteurs sociaux et santé en contact direct avec les usagers, ainsi que les services cotisations et recouvrement. Les CPP mal-être peuvent gérer des dossiers individuels, rediriger vers des acteurs compétents en interne et en externe et également proposer un outillage au personnel des caisses de MSA sur la gestion de situations de mal-être agricole.

- 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, notamment grâce à des prises en charge de consultation psychologique).

Mobilisant les 3 fonds FNASS, FNPEISA et FNPR, ce dispositif est en place depuis 2017. En 2022 (date du dernier bilan), il a permis d'accompagner 3 911 assurés MSA hors ayants droit (+ 31 % par rapport à 2021 avec 2 983 assurés accompagnés) sur l'ensemble des actions possibles, pour un montant total dépensé de 3 305 849 € (2 266 090 € en 2021, soit + 46 %).

En 2022, on constate une diminution du nombre de bénéficiaires de l'aide au remplacement : 1 387 exploitants contre 1 577 exploitants en 2021. Parmi les 1 387 bénéficiaires, 71 % étaient des primo demandeurs et 80 % ont également bénéficié d'une autre action de répit. Il faut également noter qu'en 2022, les exploitants ont pu bénéficier d'un élargissement du dispositif d'aide au remplacement de 7 à 14 jours avec la possibilité de renouveler une fois par an, soit 28 jours au total.

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

En 2024, en réponse à la crise agricole, la MSA dédie 1 million d'euros à la mise en place d'une expérimentation sur l'aide au répit administrative. Les caisses de MSA proposeront cette prestation aux assurés ayant fait l'objet d'un diagnostic social indiquant un risque d'épuisement professionnel lié à une surcharge administrative. Un prestataire (au choix de la caisse) interviendra au domicile de l'exploitant afin de réaliser une action de soutien administratif à titre exceptionnel. Cette action prise en charge par la MSA ne se substitue pas à un secrétariat pérenne, et de fait cette intervention est à titre unique. 32 caisses ont manifesté une volonté de participer à l'expérimentation, dont 5 qui mettent déjà en place une prestation similaire.

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

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

- Réseau Sentinelles,

Ce réseau est composé de bénévoles et de professionnels volontaires, en contact avec le monde agricole (collaborateurs MSA, élus MSA ou de collectivité, vétérinaires, salariés d'OPA, etc.) ayant suivi une formation à la détection des personnes en risque suicidaire animée par un binôme de professionnels, selon l'ingénierie déployée par l'ARS. Le **réseau des sentinelles**, présent sur l'ensemble du territoire national, a pour principale mission de repérer et orienter les agriculteurs et travailleurs agricoles en risque de crise suicidaire. Les réseaux locaux des sentinelles sont animés par les caisses de MSA. En 2023, les caisses de MSA ont particulièrement développé l'animation du réseau des Sentinelles, avec 21 caisses soutenues par la CCMSA dans la mise en place d'activités d'animation. Les caisses de MSA ont fait part d'un souhait de bénéficier de partage d'expériences et de contribuer au 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 5**.

En 2023, la MSA a de loin dépassé ses missions de coordination du déploiement des formations sentinelles : nombreuses sont les caisses ayant elles-mêmes organisé des formations, notamment grâce à des collaborateurs MSA devenus formateurs régionaux. Ainsi, la MSA a été en capacité de former rapidement un grand nombre de sentinelles (**Encadré 7**).

Tout au long du second semestre 2023 la mission initiale de coordination du déploiement des formations a très largement été enrichie par l'organisation de 122 sessions de formation des sentinelles par les MSA et les CGSS. Ainsi, à la fin de l'année 2023, l'objectif des 5 000 sentinelles a été atteint grâce à une très forte mobilisation de l'ensemble des caisses de MSA et des CGSS. Parmi les sentinelles, 28 % sont des salariés MSA, soit 1 445 sentinelles formées, et 84 % des sentinelles sont en activité. La cartographie de la répartition des sentinelles sur le territoire national est présentée ci-après.

Encadré 7 : Chiffres clés du réseau des sentinelles à fin 2023



5 089 sentinelles agricoles formées



14 MSA/CGSS financent intégralement les formations

12 MSA co-financent avec des partenaires les formations



28 % des sentinelles sont des **salariés MSA**.

84 % des sentinelles sont **en activité**

20 % des sentinelles sont **des élus de la MSA**



22 MSA et CGSS ont débuté l'animation du réseau des sentinelles.



Dans le cadre de l'animation du réseau, **17 réunions organisées** sur le 2ème semestre 2023 avec plus de 500 personnes.

L'année 2023 a été consacrée à cimenter l'implantation du programme de prévention du mal-être agricole. Au-delà du soutien au plan interministériel (déploiement massif des formations Sentinelles, soutien à l'élaboration des diagnostics locaux partagés et des plans d'action), la MSA a poursuivi 3 axes majeurs dans ses travaux :

1. Développer la coopération et l'entraide inter-caisse pour asseoir le programme et favoriser une dynamique de réseau. Pour ce faire, la CCMSA a proposé des outils de mutualisation et de partage de pratiques. Elle a en ce sens organisé des réunions d'échanges sur des actions probantes développées en caisse, a proposé les bases d'un dispositif d'essaimage avec soutien financier, a lancé une « pépinière » rassemblant les actions en place et recensant les actions en réflexion sur le territoire, et a également proposé un soutien financier et un appui à l'ingénierie de projet via son appel à projets. L'AAP 2024, lancé fin 2023, montre déjà un nombre plus important de projets co-portés à plusieurs caisses de MSA, ce qui indique une plus grande facilité des caisses à se coordonner. Des groupes de travail menés par les caisses ont également été lancés en septembre 2023, avec des premiers travaux présentés en février 2024. Le SharePoint PMEAs (le plus visité de l'institution MSA) représente un outil majeur dans le partage de pratiques et d'information, avec de nombreuses initiatives des caisses de MSA mises à disposition du réseau.
2. Accroître le réseau des partenaires du programme et développer une stratégie partenariale. L'année 2023 a été l'occasion d'un rapprochement avec de nombreux partenaires. On note une contribution de la MSA aux réunions interministérielles sur le bien-être animal, un partenariat officialisé avec AlloAgri ainsi qu'avec AGRICA (qui soutient financièrement sur 2024 des actions de prévention du mal-être à destination des salariés sur ses fonds propres), ainsi qu'un début de coopération avec différents acteurs. L'association Dites Je Suis Là a été invitée à présenter ses actions à l'ensemble des responsables de programme et un partenariat sera officialisé. La FNEDT (Fédération Nationale des Entrepreneurs des Territoires) travaille également de concert avec la CCMSA, avec une convention de partenariat qui sera signée avant la fin de l'année 2024. D'autres travaux visant à établir des partenariats sont en cours. Plus généralement, la CCMSA et les caisses de MSA se sont montrées proactives dans leurs démarches partenariales, valorisant leurs actions et organisant la promotion des actions de la MSA sur le territoire et au niveau national.
3. Développer la prévention chez les seniors, les jeunes et les publics en transition : identifiées comme des populations spécifiquement à risque, les seniors, jeunes et publics en transition (professionnelle, personnelle ou agroécologique) ont fait l'objet d'un focus spécifique dans le cadre du programme de prévention du mal-être agricole sur l'année 2023. Tant dans l'appel à projets que par des réunions d'information, ou du partage de pratiques inter-caisses, les populations à risque accru de mal-être ont été particulièrement ciblées sur 2023.

Encadré 8 : Synthèse du bilan Agri'écoute 2023

Volumétrie d'appels 2023

En 2023, on dénombre 3 853 appels traités pour 3 278 appelants (soit près de 321 appels mensuels) avec un niveau de service annuel de 96 % (taux d'accessibilité moyen soit un décrochage en moins de 5 sonneries 24/7).

On comptabilise 3 278 appelants ; 10 % 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 tchat (141), mail (78) et Visio consultation (6) en 2023. En lien avec ces chiffres, il faut noter la progression des médias autres que le téléphone, depuis leur déploiement en 2021, avec une augmentation constante de l'utilisation du tchat (27 en 2021) et du mail (7 en 2021).

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 75 % (72 % en 2022) contre 25 % (28 % en 2022) de facteurs de risque professionnels. Toutefois, il faut noter que l'objectivation de la situation par le psychologue révèle que les préoccupations personnelles et professionnelles restent dans une large mesure imbriquées.

Parmi les facteurs professionnels de risque, la pression économique apparaît être la première source de risque devant les contraintes administratives, comptabilisant respectivement 192 et 158 situations.

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

- Niveau de risque faible : 48 %
- Niveau de risque modéré : 45 %
- Niveau de risque élevé : 7 %

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

Intérêt du dispositif Agri'écoute

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

En 2023, 263 orientations ont été réalisées en direction d'un psychologue externe et 264 en direction du médecin traitant de l'utilisateur. 164 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 172, en augmentation par rapport à 2022 (155).

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

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

Proposition 5 : Former le plus grand nombre à la détection du mal-être

La MSA poursuit sur 2024 le déploiement du dispositif Sentinelles. A décembre 2023, 5 089 Sentinelles agricoles ont été formées, grâce à la mobilisation de l'ensemble du réseau MSA et des CGSS (**Carte 12**). Parmi ces Sentinelles, nombreuses sont en lien avec la MSA (salariés ou élus MSA).

22 caisses de MSA et CGSS ont organisé des temps de partage ou d'animation pour les sentinelles formées, mobilisant plus de 500 Sentinelles sur le 2^{ème} semestre 2023.

Sur 2023 et le 1^{er} semestre 2024, la MSA a largement déployé le réseau des Sentinelles, finançant des sessions de formation ainsi que de l'animation de réseau sur ses fonds propres. En 2024, grâce au partenariat signé avec AGRICA, ce dernier viendra financer des formations de sentinelles salariées (dont salariés MSA) sur ses fonds sociaux.

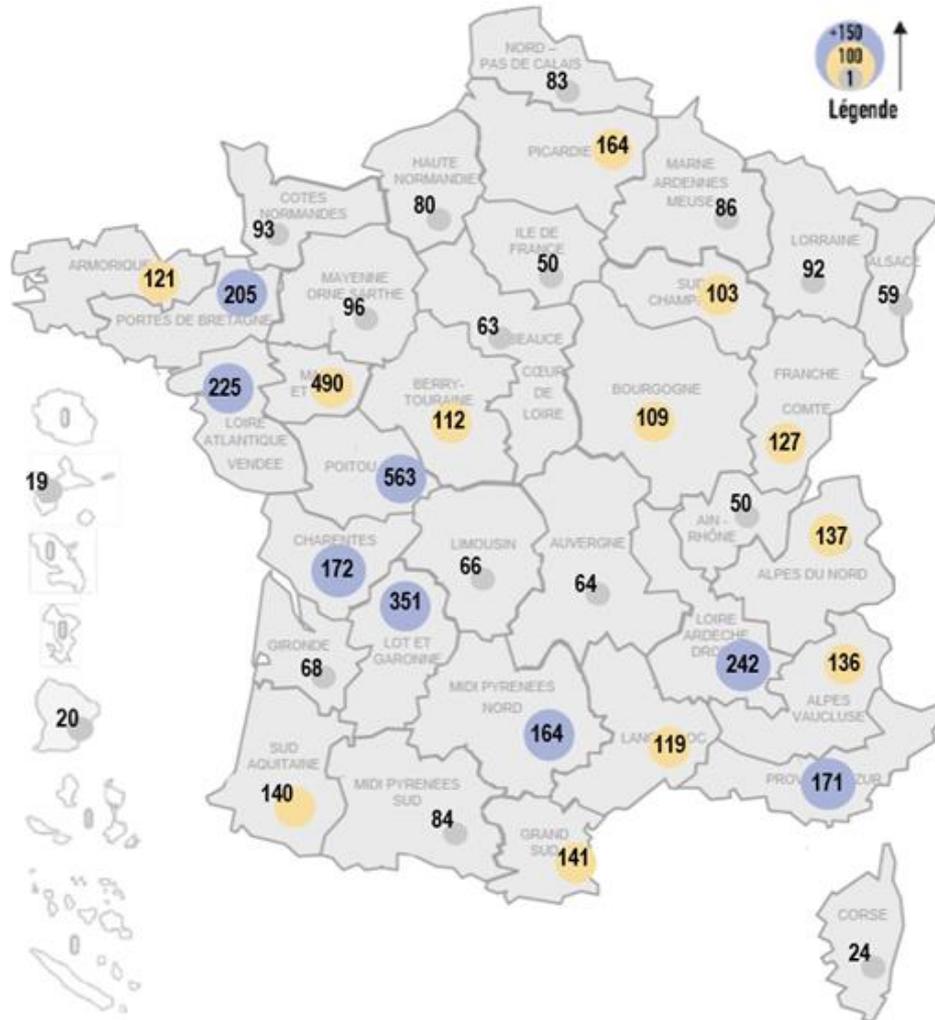
Pour rappel, **les sentinelles sont des personnes (professionnelles ou non) volontaires, majeures, formées et soutenues par des professionnels de la prévention pour tenir un rôle de repérage et d'orientation des personnes en risque suicidaire ou en situation de mal-être**. De par leur contact quotidien 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).

Le reporting semestriel des sentinelles formées met en exergue une mobilisation continue et très forte, mais qui fait apparaître des disparités sur la répartition territoriale, liée à un historique de déploiement de sentinelles et un appui des ARS hétérogènes. Une étude qualitative diligentée début 2024 a conforté les éléments de cette disparité (notamment les difficultés de déploiement sur certains territoires) et fait apparaître des difficultés encore à résoudre. Cette étude a permis d'interroger un panel d'acteurs engagés dans le dispositif et d'identifier des recommandations. Parmi celles-ci, le maintien et le développement d'un binôme pluridisciplinaire est préconisé pour assurer le dynamisme de la formation des sentinelles et la nécessaire explicitation des spécificités du monde agricole notamment.

Cette étude a également démontré que les formations de type Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM) représentaient un complément intéressant à la formation Sentinelle, et outillaient les personnes en charge des signalements et de la redirection au même titre que la formation Sentinelle.

Sur 2024 et 2025, la MSA continuera le déploiement des sentinelles, et proposera aussi d'autres formations certifiées de type PSSM à son réseau, en fonction de la pertinence et des dynamiques locales. Des obstacles au déploiement des formations sentinelle restent à lever, avec le soutien de la cellule du plan interministériel et de la DGS.

Carte 12 :
Répartition du réseau des sentinelles sur le territoire au 31 décembre 2023



Source : MSA

Avant tout, l'ambition de la MSA reste de garantir un relai de proximité pour l'ensemble des ressortissants agricoles en situation de mal-être, à l'aide d'un réseau de volontaires et bénévoles formés à la détection du suicide, accompagnés par la MSA, et dont les signalements sont pris en charge.

Proposition 6 :
**Améliorer la visibilité des ressources locales et nationales
 pour une orientation plus pertinente**

Acteur majeur de la prévention du mal-être agricole, la MSA contribue à faire connaître ses ressources et promouvoir ses dispositifs, notamment dans le cadre des comités techniques départementaux du plan ainsi que par son positionnement dans les comités pléniers. Pour rappel, 65 % des comités techniques du plan interministériel sont pilotés ou co-pilotés par la MSA. Dans ce cadre, la MSA contribue fortement à la production des diagnostics locaux partagés, ainsi que des annuaires d'offres afférents. Elle a également proposé deux méthodologies, l'une pour réaliser les diagnostics locaux partagés du plan interministériel avec l'appui notamment de l'outil cartographique institutionnel GéoMSA (<https://geomsa.msa.fr/>) et son module mal-être, l'autre pour la rédaction de plan d'action et transmis des modèles d'annuaires. En 2024, la mise en visibilité des offres MSA ainsi que de celles des multiples acteurs locaux et nationaux (associations, structures d'accueil, professionnels de Santé, Santé publique France), des déclinaisons des dispositifs gouvernementaux (de l'assurance maladie, des préfectures ou départements...) et de ressources (sites d'information, documentation...) est une ambition de l'institution. La MSA s'engage ainsi à :

- l'actualisation des données nationales et locales,
- la finalisation de tous les diagnostics locaux partagés en lien avec chaque comité technique du plan interministériel,
- la mise à disposition d'annuaires référençant les offres locales identifiées émanant des diagnostics évoqués ci-dessus.

Pour gagner en efficacité auprès des populations en souffrance et de leurs proches, il revient à chaque territoire de faciliter le repérage des ressources existantes, l'orientation vers les structures pertinentes, la structuration des circuits adaptés à chaque situation au regard de ses richesses et contraintes.

Dans le cadre du plan interministériel, la MSA s'engage à contribuer à la mise en place et à l'alimentation du portail numérique national de la prévention du mal-être prévu par les acteurs nationaux du plan.

Ce portail national permettra d'orienter rapidement toute personne ou signalement vers les ressources adaptées, de son territoire notamment. Cet outil national de partage et d'orientation, alimenté par les diagnostics locaux partagés ainsi que par les annuaires de ressources départementales, permettra de recenser les offres de l'ensemble des acteurs, du national au local, facilitant ainsi la prise en charge et la redirection vers des acteurs compétents et des offres appropriées. Il permettra également d'éviter un éclatement des données entre les différents annuaires et portails des acteurs de la prévention du mal-être (notamment agricole), facilitant ainsi la centralisation de l'information concernant les offres, prises en charge et redirections possibles.

Proposition 7 :
**Cibler les publics moins adressés et touchés par le mal-être, en particulier le public senior ou les
 populations à risque requérant une expertise particulière**

En 2024, la MSA a choisi de porter comme ambition le développement et la valorisation des initiatives touchant les publics moins adressés et particulièrement à risque (seniors, jeunes, femmes), ainsi que les publics requérant une expertise particulière (nouveaux installés, publics en transition en raison d'un changement professionnel ou autre). Les études scientifiques, populationnelles ou statistiques démontrent un sur-risque de mal-être et de passage à l'acte suicidaire chez les jeunes, les retraités, ainsi que les personnes sans emploi et précaires. D'autres populations démontrent des besoins d'accompagnement spécifiques afin de prendre en compte des problématiques ciblées, par exemple les femmes (on citera entre autres des problématiques liées à la charge familiale, à l'exposition à la violence conjugale, à la maternité, au rôle d'aidante, etc.).

Des présentations d'actions innovantes et probantes ont été réalisées auprès du réseau des responsables de programme (dont des approches ludiques de type escape game ou jeu de l'oie auprès des jeunes). Ont également été présentées des études scientifiques co-financées par la MSA, portant sur des axes concrets de prévention du mal-être. On cite entre autres "Face au Loup", étudiant l'impact psychologique de la prédation du loup pour les éleveurs et salariés agricoles touchés par ces situations, ou Motifs du Suicide en Agriculture (MOSA), qui analyse les conséquences de représentations du métier d'agriculteurs éloignées de la réalité pour les jeunes. De fait, la période de l'installation peut être difficilement vécue si la projection des jeunes s'éloigne du quotidien réel d'une exploitation (notamment en termes de charge règlementaire et administrative). Les présentations d'actions issues des caisses de MSA et des études scientifiques ont fait l'objet d'une invitation à l'ensemble du réseau des responsables de programme PMEA, ainsi qu'aux directions métier concernées. Elles ont par ailleurs été enregistrées et sont consultables par tous.

Afin de répondre à cet objectif de cibler des publics particulièrement à risque, ou requérant une expertise particulière, le cahier des charges de l'appel à projets dédié aux actions de prévention du mal-être agricole a été modifié en 2024 pour intégrer une plus forte pondération pour les projets ciblant des publics à risque ou peu adressés. En 2024, 5 projets s'adressent à un public jeune, 3 à un public en transition (transmission ou changement professionnel), 3 aux nouveaux installés, 2 aux femmes (cheffes d'exploitation) et 2 aux seniors.

Ceci représente une évolution, notamment concernant les jeunes et les publics nouvellement installés. En 2023, 3 projets concernaient l'enseignement agricole, et le soutien à l'installation n'était pas ressorti dans les projets financés.

On citera entre autres des projets d'intervention de jeunes agriculteurs dans les lycées agricoles, afin de démystifier la réalité du métier, un podcast comprenant des témoignages de nouveaux installés, des projets de répit et groupes de parole entre femmes, ou encore un accompagnement à la réévaluation du projet professionnel, pour les salariés comme pour les jeunes installés.

L'évolution en 2024 des publics visés par les projets développés par les caisses de MSA et financés par la CCMSA démontre un affinage des cibles du programme PMEA, vers des publics requérant une plus grande expertise. En 2025, la MSA continuera à prioriser les publics démontrant un sur-risque de mal-être, ou une technicité particulière dans la prise en charge. Les critères de l'appel à projets 2025 valoriseront les projets s'adressant à ces publics, ainsi que le développement d'offres attentionnées et pertinentes à l'égard des publics le nécessitant.

S'inscrivent également dans cette ambition les efforts de communication, de clarification des offres, ainsi que d'aller-vers dont la MSA peut se prévaloir. Forte d'une expertise dans l'aller-vers et la détection de signaux faibles, la MSA propose en 2025 de développer, pour les exploitants, des actions d'aller-vers et d'orientation en cas de non-paiement des cotisations. Un lien sera également organisé avec les rendez-vous prévention aux âges-clés de la vie, avec les Instants Santé (tout public et jeunes). La MSA valorisera la transversalité qui la caractérise et renforcera les passerelles entre ses dispositifs et sa capacité à détecter des signaux faibles pour garantir une prise en charge des publics à risque.

3.3. Axe « Une seule santé »

L'approche « une seule santé » consiste à développer une approche intégrée et unificatrice dans les actions de santé publique de la MSA afin d'améliorer la santé de la population agricole et des territoires ruraux.

3.3.1. « Une seule santé », une approche globale et interconnectée de la santé

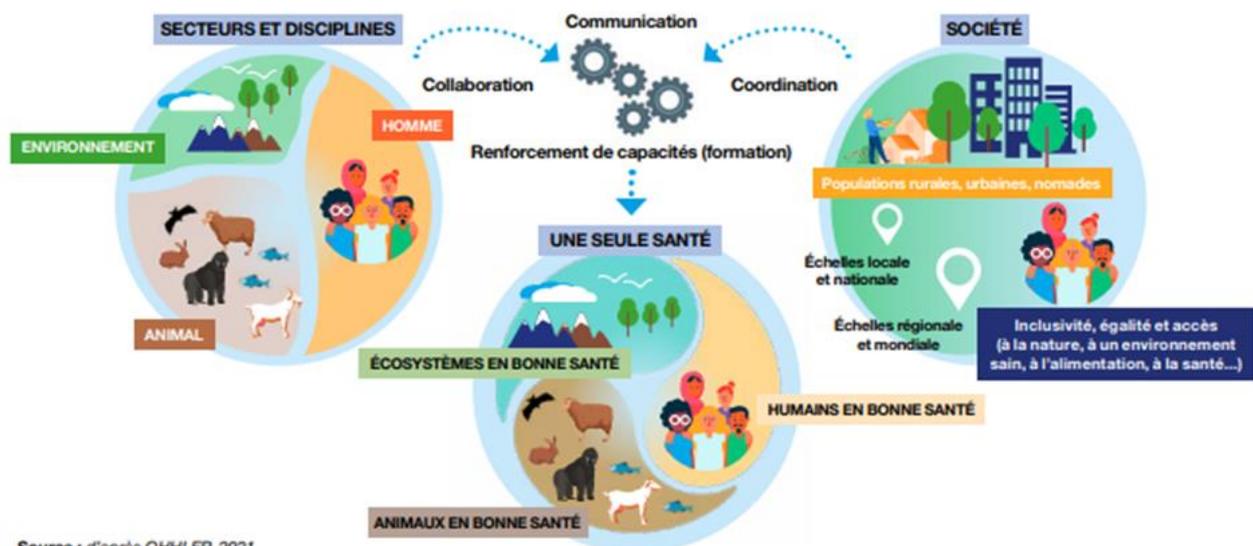
Le concept One Health, « Une seule santé », a été défini au début des années 2000 par un collectif d'experts pluridisciplinaire au sein de l'ONU.

“Le principe « Une seule santé » consiste en une approche intégrée et unificatrice qui vise à équilibrer et à optimiser durablement la santé des personnes, des animaux et des écosystèmes. Il reconnaît que la santé des humains, des animaux domestiques et sauvages, des plantes et de l'environnement en général (y compris des écosystèmes) est étroitement liée et interdépendante.”, OMS, FAO, OMS-animale, PNUE.

Il implique :

- de prendre en compte l'interconnexion entre santé humaine, santé animale et santé de l'environnement : les maladies et leurs facteurs de risque peuvent interagir entre les trois secteurs,
- d'encourager l'approche pluridisciplinaire et collaborative afin d'impliquer l'ensemble des parties prenantes à tous les niveaux : décideurs, chercheurs et acteurs de la santé humaine, animale et de l'environnement,
- d'assurer la surveillance, la prévention et la gestion des maladies se diffusant d'un secteur à l'autre, en abordant leurs déterminants de manière globale, notamment en assurant le maintien de la santé des écosystèmes (**Schéma 1**).

Schéma 1 :
Définition de *One Health* selon l'Alliance quadripartite OMS, FAO, OMSA et PNUE



Source : d'après OHHLEP, 2021

3.3.2. Les singularités de la MSA comme leviers de promotion de l'approche « Une seule santé »

Afin de promouvoir l'approche « Une seule santé », la MSA s'appuie sur les particularités de son organisation qui lui permettent de développer une approche intégrée et unificatrice des problématiques de santé touchant les trois secteurs :

- Protégeant les populations agricoles, la MSA est au carrefour des santés humaine, animale et des écosystèmes
- Par son réseau d'élus, la MSA fait vivre la démocratie sanitaire et rend ses adhérents acteurs des politiques publiques de santé
- Par son guichet unique, la MSA met en valeur l'approche pluridisciplinaire et transversale centrée sur l'assuré
- Par son action territoriale, la MSA favorise la collaboration intersectorielle dans les territoires ruraux
- Par ses services de SST, intégrés au régime agricole, la MSA est au plus près de la prévention des risques professionnels là où les métiers agricoles mettent l'homme à l'interface avec les écosystèmes et le monde animal.

Ces leviers sont intégrés dans le cadre opérationnel permettant à la MSA de répondre aux enjeux de sa stratégie de santé, selon quatre principes d'action :

- Développer la capacité de diagnostic et de recherche en santé de la MSA sur les territoires ruraux ainsi que la détection de besoins spécifiques, via l'utilisation et la valorisation des données
- Être un assembleur de solutions au niveau local dans tous les milieux
- Développer un service global, personnalisé et attentionné en s'appuyant sur le guichet unique
- Proposer des solutions innovantes en matière de santé, dans une logique de laboratoire des politiques publiques.

Ce cadre entre dans l'optique de développer l'action de la MSA de façon synergique dans une approche « Une seule santé ».

3.3.3. Développer l'approche « Une seule santé » à la MSA

Afin de mieux promouvoir l'approche « Une seule santé » et développer une approche intégrée et unificatrice dans ses actions de santé publique, la MSA identifie certains axes prioritaires.

Tout d'abord, la MSA entend œuvrer à l'acculturation des acteurs clés de son réseau à l'approche « Une seule santé ». Cette acculturation permettra d'avoir une compréhension commune du concept « Une seule santé » ; de relier ce concept avec les actions de santé publique déjà mises en place et de réfléchir aux enjeux à venir en matière de santé environnementale.

La MSA souhaite développer la connaissance et participer à la production de données sur les santés humaine, animale, végétale et des écosystèmes ainsi que leurs interfaces. L'utilisation de données intégrées et territoriales permettra par exemple de réaliser des diagnostics territoriaux utilisés dans la préparation d'actions territoriales.

La MSA travaille à renforcer ses partenariats pluridisciplinaires à tous les niveaux en s'associant aux démarches institutionnelles de structuration de l'approche « Une seule santé ».

Proposition 8 :

Promouvoir l'approche « Une seule santé » en développant une approche intégrée et unificatrice des actions de santé publique de la MSA

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

Proposition 9 :

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

Forte de son expertise établie dans ce domaine, la MSA s'engage à améliorer l'accès à la santé dans les zones rurales particulièrement isolées. Cet objectif englobe non seulement l'accès physique aux soins, mais aussi l'accès aux droits et prestations de santé, garantissant une prise en charge adéquate. L'institution investit dans le soutien au développement de la coopération entre les professionnels de santé des soins primaires, les spécialistes, les établissements de santé et les acteurs sociaux.

En partenariat avec l'écosystème local, la MSA participe aux côtés des professionnels de santé aux travaux préparatoires et aux propositions de l'offre dédiée à l'accompagnement du parcours de santé en milieu rural. En complément, la MSA entreprend régulièrement des initiatives locales, au service du développement des territoires.

Cette initiative visant l'accès aux soins est particulièrement pertinente dans les zones rurales, les plus en difficulté, que la MSA connaît bien. La MSA contribue à la mise en œuvre sur les territoires des programmes et actions définis par les pouvoirs publics (comme l'accompagnement à l'émergence de CPTS), tout en concevant et réalisant de nombreuses actions pour promouvoir l'installation des professionnels de santé et faciliter l'accès aux soins en milieu rural.

3.4.1. L'accès à la santé dans les territoires ruraux

Bien que la population française jouisse d'un bon niveau de santé global, des inégalités persistent, notamment en raison des différences d'accès aux soins dès l'enfance et tout au long de la vie. Ces inégalités territoriales sont souvent exacerbées par des inégalités sociales. La MSA continue de soutenir ces initiatives dans les zones rurales.

En partenariat avec les acteurs départementaux et régionaux, notamment l'ARS, les CPAM et les collectivités territoriales, la MSA travaille à développer de nouvelles organisations pour favoriser la coordination interprofessionnelle et garantir l'accès à des parcours de soins de qualité dans les zones rurales.

Elle accompagne le développement des différents modes d'exercice coordonné, qu'il s'agisse des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou des équipes de soins primaires.

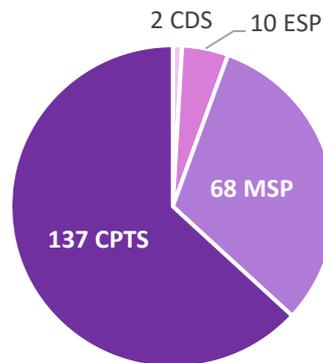
L'accompagnement à la création de nouvelles structures d'exercice coordonné et de communautés pluriprofessionnelles de santé est réalisé par un chargé de développement territorial en santé et un médecin conseil.

La MSA accompagne les professionnels de santé dès le démarrage de leur projet d'exercice coordonné. Cet accompagnement consiste en un appui en ingénierie de projet (en concertation avec l'ARS et l'Assurance Maladie) et pour l'élaboration du projet de santé.

La MSA a accompagné 217 projets de création d'organisation coordonnée cumulés depuis janvier 2020, répartis ainsi (**Graphique 50**) :

- 137 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé,
- 68 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles,
- 2 Centres de Santé Pluriprofessionnels,
- 10 Equipes de Soins Primaires.

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



Source : MSA

3.4.2. La coordination des acteurs de santé autour du lien ville-hôpital

L'action d'accompagnement Hôpitaux de proximité/CPTS vise à encourager la coordination des acteurs de santé autour du lien ville-hôpital pour faciliter les parcours de santé des patients. Le partenariat ANAP/MSA contribue au déploiement de cette action.

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

Ce projet a d'abord été développé à titre expérimental avec 4 caisses³⁴ impliquées dans l'accompagnement sur un même territoire d'une structure d'exercice coordonné et d'un hôpital de proximité avant d'être généralisé à tout le territoire.

En 2023, 13 régions ont déterminé l'hôpital de proximité à accompagner sur leur territoire en lien avec la ou les CPTS concernées et 11 régions ont engagé des actions d'accompagnement.

³⁴ MSA Bourgogne (Hôpital de Châtillon-sur-Seine, Côtes d'Or), MSA Grand Sud (Hôpital de Limoux, Aude), MSA Limousin (Hôpital Inter Communal du Haut Limousin, Haute Vienne), MSA Pyrénées Sud (Hôpital de Mauvezin, Gers).

Encadré 9 :**Exemple de l'accompagnement de la CPTS Nord Dauphiné Porte de Savoie et de l'hôpital de proximité Pont-de-Beauvoisin par la MSA Alpes du Nord**

Dans le cadre de son accompagnement à l'organisation des soins, la MSA s'implique pour favoriser une bonne coopération entre l'ambulatoire et les établissements de santé afin de fluidifier les parcours de santé des personnes sur le territoire concerné.

La MSA Alpes du Nord a accompagné, en ingénierie de projet, la mise en place de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Nord Dauphiné Porte de Savoie qui couvre 3 départements (Haute-Savoie, Savoie, Isère) et l'hôpital de proximité Pont-de-Beauvoisin, implanté sur ce territoire, globalement rural et résidentiel, et qui concerne une population de 80 000 habitants. Cet accompagnement a consisté à favoriser la synergie entre ces deux structures en expliquant l'importance d'engager l'hôpital dans le dispositif et en définissant des objectifs communs. Des groupes de travail ont permis de faire émerger les besoins des professionnels de santé et ceux de l'hôpital de proximité autour de problématiques de territoire communes. Le projet de CPTS a été co-construit autour de cette réflexion collective.

La CPTS s'implique plus particulièrement dans deux parcours de soins : le parcours insuffisance cardiaque et le parcours pour patients âgés avec troubles cognitifs. L'hôpital Pont-de-Beauvoisin reçoit des patients avec des décompensations majeures qui pourraient être évitées. Un lien fort est établi entre le cardiologue de l'hôpital et le cardio-parc organisé sur le territoire de la CPTS ; le suivi étant assuré par des infirmières en pratique avancée et le cardiologue de l'hôpital.

Concernant le parcours pour patients âgés avec troubles cognitifs, l'hôpital de La Tour-du-Pin, qui appartient au même Groupement Hospitalier Nord-Dauphiné, a créé des lits temporaires (lits SAS). Il s'agit de places pour un hébergement transitoire qui permet d'accueillir des patients en situation d'urgence durant 90 jours.

D'autres actions illustrent la dynamique instaurée entre la CPTS et l'hôpital Pont-de-Beauvoisin comme l'amélioration des relais et de l'adressage des patients pour les soins programmés ; ou encore, l'élaboration de fiches actions sur l'accès aux soins non programmés avec des médecins du territoire.

Cet accompagnement en ingénierie de projet, porté par la MSA Alpes du Nord, a fait l'objet d'un retour d'expérience avec l'ensemble des acteurs impliqués (président de la CPTS, directeur de l'hôpital, directrice générale du GHND, CPAM de l'Isère) dans le cadre d'un séminaire de formation à l'EN3S, sur le thème « Gérer et animer des territoires de santé ».

3.4.3. Les actions de prévention au sein des MSP ou centres de santé

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

- L'éducation thérapeutique du patient pour patients polypathologiques (ET3P),
- L'éducation à la santé familiale (ESF).

3.4.3.1. L'éducation thérapeutique du patient pour patients polyopathologiques (ET3P)

Selon la Drees, en 2021, 12 millions de personnes souffraient d'une maladie chronique reconnue dans le cadre du dispositif d'affection de longue durée (ALD).

La prévalence de ces maladies a augmenté passant de 14,6 % en 2008 à 17,8 % en 2021, notamment à cause du vieillissement de la population. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) s'est progressivement développée depuis une vingtaine d'années. L'ETP est un facteur important d'amélioration de la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques.

Essentiellement hospitalo-centrée, elle a été portée par de nombreux acteurs, y compris dans le champ de la protection sociale.

L'offre en ambulatoire de proximité s'est accrue mais l'offre est encore essentiellement portée par les structures hospitalières alors même que les maladies chroniques sont essentiellement prises en charge en ambulatoire.

Il paraît indispensable d'accroître l'offre ambulatoire de proximité et d'en faciliter l'accès afin que tous les patients puissent accéder à un programme d'ETP proche de leur domicile.

La MSA fait partie des acteurs qui ont porté le développement de l'ETP en offre de proximité ambulatoire, au sein des MSP, avec un système de rémunération forfaitaire par équipe.

On dénombre 86 équipes éducatives partenaires formées à l'ET3P depuis 2021.

3.4.3.2. L'éducation à la santé familiale (ESF)

Au sein d'un contexte socio-sanitaire marqué par une démographie médicale en déclin, la MSA s'engage résolument dans des initiatives de sensibilisation et d'information en matière d'ESF. Ces actions ciblent les ressortissants agricoles et les populations rurales, leur conférant les outils nécessaires pour gérer leur santé.

Dans cette optique, la MSA agit concrètement auprès des populations rurales, visant à transformer les comportements et à autonomiser chacun dans la gestion de sa santé. En tant qu'acteur clé de la prévention santé, la MSA déploie des services et dispositifs de prévention, accessibles à tous, tout en portant une attention particulière à des groupes spécifiques tels que les enfants, adolescents, jeunes parents ou retraités.

La promotion de la santé, incluant la prévention, est au cœur des plans nationaux. Elle vise à donner aux individus plus de contrôle sur leur santé et les moyens de l'améliorer. Cette démarche embrasse des actions visant à renforcer les compétences individuelles, la littératie en santé, mais aussi à influencer les environnements sociaux, environnementaux et économiques.

L'ESF s'inscrit dans cette dynamique. Elle vise à doter les familles des connaissances et compétences de base pour maintenir leur santé, résoudre des problèmes de santé courants et gérer les urgences à domicile. L'ESF est d'autant plus pertinente dans un contexte où l'accès aux soins de premier recours est saturé et où les services d'urgence sont surchargés.

Cette éducation s'adresse à toutes les familles, avec un accent sur celles ayant de jeunes enfants ou des personnes âgées, en privilégiant les populations précaires ou éloignées de l'offre de soins primaires, ainsi que les assistants maternels et les crèches.

La pédagogie de l'ESF repose sur une approche active et participative, exploitant les connaissances et expériences des familles. L'accompagnement pédagogique se fait à travers des méthodes interactives telles que des tables rondes, des échanges, des présentations et des ateliers pratiques.

Les formateurs en ESF sont des professionnels de santé qualifiés, qui s'appuient sur une formation spécifique pour transmettre efficacement leur savoir. L'ESF a été développée par le Laboratoire Educations et Pratiques de Santé (LEPS UR 3412) en collaboration avec des acteurs majeurs comme l'Union Nationale des Familles (UNAF), la MSA et la Fédération Nationale des Maisons Familiales et Rurales (FNMFR).

Pour une mise en œuvre réussie, l'ESF doit s'intégrer dans un écosystème favorable, comprenant une équipe de soins coordonnés et des dispositifs de régulation des soins non programmés. Cela inclut aussi la collaboration avec des associations et des dispositifs sociaux au service de la communauté.

En somme, la MSA, à travers l'ESF et ses autres programmes de prévention, joue un rôle essentiel dans l'amélioration de la santé des populations rurales, en s'adaptant aux réalités socio-sanitaires et en renforçant l'autonomie des familles dans la gestion de leur santé.

14 équipes ont été formées depuis le début de l'expérimentation en Grand Est.

3.4.4. La promotion de l'exercice coordonné en milieu rural

La MSA a conçu un programme de formation à destination des étudiants en santé et social afin de leur faire découvrir l'exercice coordonné en milieu rural.

Appelé Educ'Tour, ce programme consiste en la réalisation d'un séminaire interprofessionnel de deux jours permettant aux étudiants de différentes filières de santé et social de mieux se connaître et appréhender leur pratique professionnelle ensemble, de manière coordonnée, autour du patient. Le séminaire est suivi d'une journée de visite d'une structure d'exercice coordonné en milieu rural permettant aux étudiants d'échanger directement avec des professionnels de santé du terrain.

En améliorant la connaissance des étudiants sur l'exercice coordonné en milieu rural, Educ'Tour encourage leur installation future dans ce type de pratique.

Par ce déploiement, la MSA contribue, avec les acteurs mobilisés, à l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé, à favoriser l'installation par l'acculturation des futurs professionnels à l'exercice coordonné en zone rurale (**Encadré 10**).

Le programme Educ'Tour s'inscrit ainsi dans la démarche du plan 4 000 MSP du Ministère de la Santé et de la Prévention.

11 séminaires Educ'Tour ont été organisés à fin décembre 2023.

Encadré 10 : Retour d'expérience Educ'Tour

La MSA Côtes Normandes a organisé la 2^{ème} édition de son séminaire interprofessionnel en octobre 2023 en collaboration avec ses partenaires pédagogiques et institutionnels.

Le pôle des formations et de recherche en santé (PFRS) de l'Université de Caen Normandie a accueilli dans ses locaux les deux journées pédagogiques (travaux sur les représentations des métiers de la santé, cas cliniques, diagnostic territorial, projet de santé...). La journée terrain s'est déroulée à Carentan-les-Marais où les étudiants des différentes filières (médecine, pharmacie, masso-kinésithérapie, maïeutique, soins infirmiers, travail social...) ont pu travailler en ateliers et échanger avec les professionnels de santé exerçant au pôle de santé de Carentan.

Les partenaires institutionnels (Conseil départemental du Calvados, Conseil départemental de la Manche, CPAM du Calvados, CPAM de la Manche, Calvados Attractivité et Attitude Manche) ont apporté un appui logistique et financier et participé à la journée terrain. L'ARS et les URPS ont été informés de cette action.

A l'issue de ce séminaire interprofessionnel, 93 % des étudiants estiment qu'Educ'Tour a amélioré leur vision de l'exercice coordonné et 89 % envisagent de s'installer en structure d'exercice coordonné. Concernant l'exercice en milieu rural, 83 % des étudiants affirment avoir une meilleure appréhension du travail en zone rurale à la suite du séminaire et 76 % envisagent de s'y installer.

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

La MSA renforcera les actions de gestion du risque 2024 en lien avec la qualité des pratiques, la pertinence des soins et des parcours de soins et accompagnera les offreurs de soins dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses.

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

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

3.5.1. Les actions du plan national GDR 2023 de la MSA

Le plan national de gestion du risque (GDR) 2023 de la MSA comportait 24 actions.

Le bilan de ces actions du plan GDR 2023 de la MSA est annexé à ce rapport (**Annexe 5**).

Le plan national GDR MSA 2024 comprend les actions pérennes du plan 2023 et des actions nouvelles, présentées en partie dans le rapport Charges et Produits MSA 2024.

3.5.2. Les nouvelles études et propositions

3.5.2.1. Pertinence et efficacité des produits de santé

Dans le cadre de la pertinence et l'efficacité des produits de santé, la MSA propose de nouvelles études concernant :

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

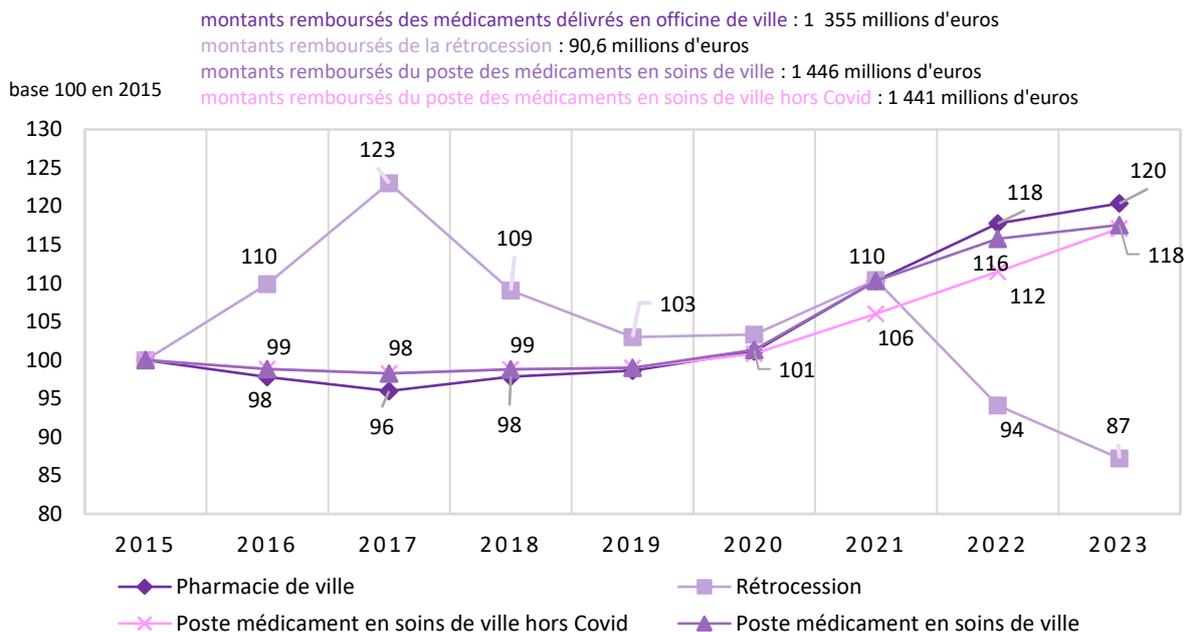
a. Les médicaments

a.1. Les dépenses

En 2023, les montants remboursés pour le poste médicament en soins de ville (délivrance en officine de ville et rétrocession) représentent 28,4 % des dépenses de soins de ville du régime agricole, pour un montant de **1 446 millions d'euros**. Stables sur la période 2015-2019, ils progressent ensuite les années suivantes, et notamment de 1,6 % en 2023.

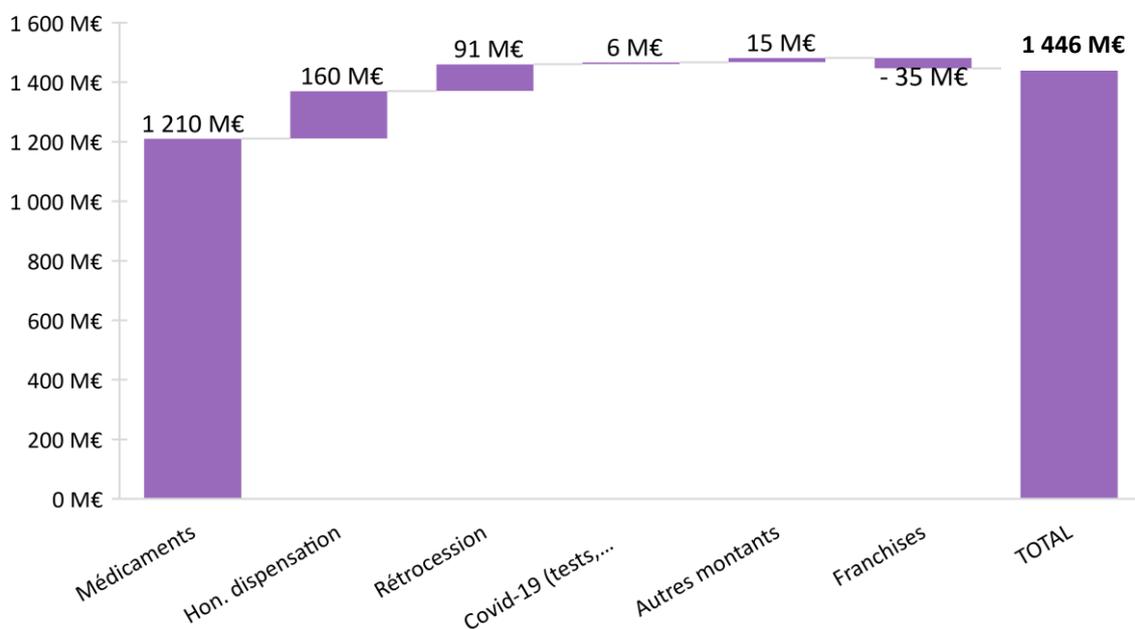
En excluant les dépenses liées à la Covid-19 (vaccins, tests antigéniques, masques), la progression entre 2022 et 2023 est encore plus forte (+ 5,0 %) (**Graphique 51**).

Graphique 51 :
Evolution indiciaire des montants remboursés du poste médicament en soins de ville



Le montant remboursé global pour le poste Médicament en soins de ville en 2023 (**1 446 millions d'euros**) se répartit en différents regroupements de dépenses comme ci-dessous (**Graphique 52**) :

Graphique 52 :
Décomposition des montants remboursés (en millions d'euros) du poste médicament en soins de ville en 2023



Source : MSA

Les médicaments codés délivrés en ville représentent la majorité du poste : **1 210 millions d'euros**, soit 83,6 %, suivi des honoraires de dispensation (11,1 %) et de la rétrocession (6,3 %). Les montants associés à la Covid-19 ne représentent plus en 2023 que 0,4 % du montant global du poste Médicament en soins de ville, après 3,7 % en 2022.

a.2. Les médicaments délivrés en officine

Les montants présentés au remboursement s'élèvent à **1 362 millions d'euros** (hors honoraires de dispensation à la boîte), en hausse de **5,7 %** (après une hausse de 7,5 % en 2022). La tendance à la hausse depuis 2021 se confirme en 2023 (**Graphique 53**). Cette progression s'explique en partie par une forte progression de l'effet prix qui ne se trouve plus compensé par l'effet volume.

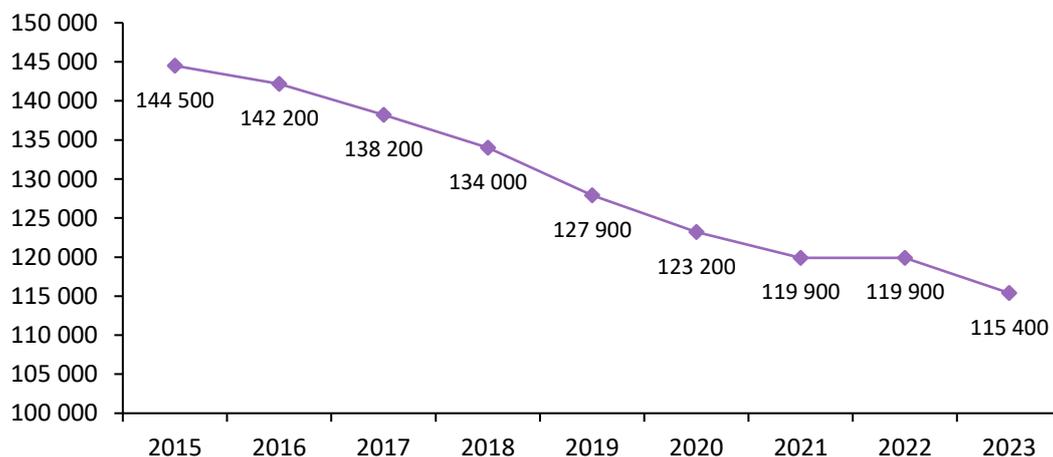
Graphique 53 :
Evolution du montant remboursable pour les médicaments délivrés en ville (en millions d'euros)



Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

En 2023, le régime agricole a remboursé **115 millions de boîtes de médicaments** délivrées en officine de ville ; ainsi, la tendance repart à la baisse (- 3,8 %), après une pause en 2022 (**Graphique 54**).

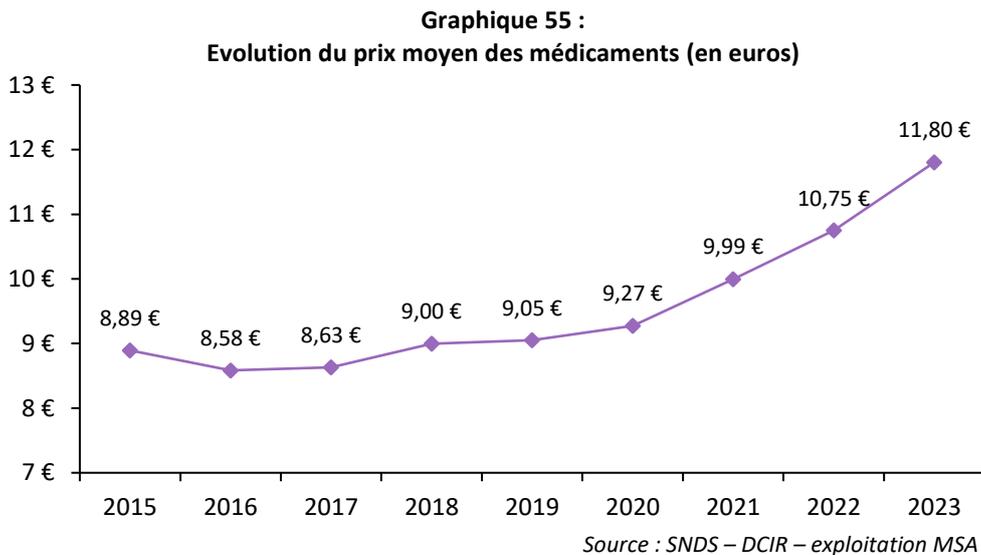
Graphique 54 :
Evolution du nombre de boîtes de médicaments délivrées en ville (en milliers)



Source : SNDS – DCIR – exploitation MSA

Les produits les plus délivrés restent, comme en 2022, les antalgiques à base de paracétamol seul (DOLIPRANE®, DAFALGAN®, EFFERALGANMED®) et l'ensemble des produits génériques à base de paracétamol. Ils représentent à eux seuls 21,2 % des boîtes délivrées en 2023, soit 1 point de plus qu'en 2022.

Le prix moyen de la boîte de médicaments poursuit sa hausse (**Graphique 55**).



L'évolution des montants remboursés (+ 6,5 %) s'explique en partie par l'usage progressif, depuis le début de leur commercialisation, de médicaments innovants et onéreux, et par l'extension d'indication (**Tableau 33**).

Ainsi, trois médicaments agissant contre des pathologies cardiovasculaires expliquent à eux seuls plus de la moitié de la croissance des montants remboursés :

- **VYNDAREL**[®], un traitement ayant obtenu une extension d'indication en mai 2021 contre l'amylose cardiaque, dont le prix pour un dosage à 61 mg est de 7 261 €, impacte l'évolution des médicaments délivrés en officine à hauteur de 2,5 points.
- **FORXIGA**[®] et **ENTRESTO**[®], deux traitements contre l'insuffisance cardiaque chronique, commercialisés respectivement en avril 2020 et octobre 2018, ont ensemble un impact de 0,9 point.

Ensuite, parmi les médicaments qui contribuent le plus à la croissance, se trouvent des traitements contre le cancer du sang, de la prostate ou celui du poumon, dont les prix sont élevés :

- **CALQUENCE**[®], un traitement contre la leucémie, commercialisé en avril 2023, impacte l'évolution des remboursements de 0,4 point.
- **ERLEADA**[®] et **XTANDI**[®], deux médicaments contre le cancer de la prostate, commercialisés respectivement en avril 2020 et février 2014, impactent ensemble l'évolution des remboursements de 0,5 point.
- Le traitement contre le cancer du poumon **TAGRISO**[®], commercialisé en juillet 2019, impacte l'évolution à hauteur de 0,3 point.

Tableau 33 :
Principaux médicaments contributeurs à la croissance en 2023

Nom du produit	Indication	Montant remboursé 2023*	Evolution ACM	Croissance (par rapport à 2022)	Contribution à la croissance
VYNDAQEL®	Traitement de l'amylose cardiaque	86,8 M€	48,4 %	28,3 M€	2,5
FORXIGA®	Antidiabétique, insuffisance cardiaque, rénale	11,0 M€	124,2 %	6,1 M€	0,5
ACETATE D'ABIRATERONE	Cancer de la prostate	6,8 M€	415,9 %	5,5 M€	0,5
ELIQUIS®	Anticoagulant oral direct	58,6 M€	9,3 %	5,0 M€	0,4
CALQUENCE®	Traitement de lymphomes	4,5 M€	-	4,5 M€	0,4
ENTRESTO®	Traitement de l'insuffisance cardiaque	17,6 M€	29,8 %	4,0 M€	0,4
ERLEADA®	Anticancéreux	15,0 M€	35,1 %	3,9 M€	0,3
HEMLIBRA®	Prévenir ou réduire les saignements chez les patients atteints d'hémophilie A	6,5 M€	126,8 %	3,6 M€	0,3
DUPIXENT®	Traitement de la dermatite atopique	8,8 M€	55,0 %	3,1 M€	0,3
TAGRISO®	Anticancéreux	14,2 M€	26,9 %	3,0 M€	0,3
EYLEA®	Traitement de la dégénérescence maculaire humide et le cancer colorectal métastatique	37,7 M€	9,7 %	2,8 M€	0,2
XTANDI®	Anticancéreux	27,4 M€	8,7 %	2,2 M€	0,2
TOTAL MEDICAMENTS CODES DELIVRES EN VILLE		1 209,9 M€	6,5 %	+ 73,5 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 **90,6 millions d'euros** en 2023, ce qui représente 6,3 % de l'ensemble du poste pharmacie.

Ils régressent toujours en 2023 (- 7,3 %), après - 14,7 % en 2022 (**Graphique 51**).

Différents produits contribuent fortement à cette diminution :

- l'anticancéreux **REVLIMID®** (lenalidomide) chute de 86,0 % en 2023, soit - 6,9 millions d'euros. Son impact est de - 7,0 points dans l'évolution de la rétrocession ;
- le **CALQUENCE®** (acalabrutinib), un traitement de divers types de lymphome, désormais disponible en officine de ville, diminue de 48,5 % en 2022, soit - 2,1 millions d'euros. Ce médicament impacte l'évolution de la rétrocession à hauteur de - 1,9 point.

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

La croissance des montants remboursables des médicaments délivrés en ville (+ 5,7 %) résulte d'une dynamique qui recouvre des réalités très différentes selon les classes étudiées (Tableau 34).

Les cinq premières classes concentrent près des trois quarts des montants présentés au remboursement (72,8 %). La classe L « Agents antinéoplasiques et immunomodulants » est la classe la plus importante en montants présentés au remboursement (24,9 %), suivi de la classe N du « Système nerveux central » (15,5 %), de la classe B « Sang et organe hématopoïétiques » (12,1 %), de la classe A « Voies digestives et métabolisme » (10,4 %) et de la classe C du « Système cardiovasculaire » (9,8 %).

La classe G « Système génito-urinaire et hormones » se classe au 10^e rang des classes pharmaco-thérapeutiques en montants présentés au remboursement (1,8 %). Au sein de cette dernière figure en particulier l'acétate de noméggestrol (LUTÉNYL® et ses génériques) et/ou l'acétate de chlormadinone (LUTÉLAN® et ses génériques) (Encadré 11).

Tableau 34 :
Classement des classes ATC (niveau 1) selon les montants présentés au remboursement en 2023

Rang 2023	Rang 2022	Code de la classe	Nom de la classe	Montants présentés au remboursement en 2023 en milliers d'euros	Evolution 2023/2022 (en %)	Part dans le total des montants présentés	Montants remboursés en 2023 en milliers d'euros	Taux moyen remboursement en 2023 (en %)	Boîtes prescrites en 2023 en milliers
1	1	L	Antinéoplasiques, immunomodulateurs	339 759	+ 7,8 %	24,9 %	334 207	98,4 %	934
2	3	N	Système nerveux central	211 286	+ 12,2 %	15,5 %	186 631	88,3 %	42 563
3	2	B	Sang et organe hématopoïétiques	165 376	+ 3,3 %	12,1 %	155 008	93,7 %	7 586
4	4	A	Voies digestives et métabolisme	141 297	+ 3,1 %	10,4 %	121 867	86,2 %	20 285
5	5	C	Système cardiovasculaire	133 574	+ 5,5 %	9,8 %	118 425	88,7 %	15 522
6	6	R	Système respiratoire	94 019	+ 2,1 %	6,9 %	73 206	77,9 %	5 753
7	8	J	Anti infectieux généraux systémiques	83 036	+ 7,4 %	6,1 %	65 173	78,5 %	6 061
8	7	S	Organes des sens	80 195	- 3,2 %	5,9 %	73 163	91,2 %	3 784
9	10	H	Préparations hormonales systémiques	25 838	- 0,2 %	1,9 %	23 252	90,0 %	2 740
10	9	G	Système génito-urinaire et hormones	24 513	- 2,9 %	1,8 %	13 223	53,9 %	2 646
11	13	D	Médicaments dermatologiques	22 704	+ 17,0 %	1,7 %	15 252	67,2 %	2 998
12	11	M	Système musculaire et squelettique	20 888	+ 9,3 %	1,5 %	16 138	77,3 %	3 884
13	12	V+X	Divers	17 797	+ 0,1 %	1,3 %	12 785	71,8 %	428
14	14	P	Antiparasitaires	1 868	- 4,5 %	0,1 %	1 606	86,0 %	171
			Total des 14 classes	1 362 150	+ 5,7 %	100,0 %	1 209 936	88,8 %	115 357

Source : SNDS – DCIR - exploitation MSA

Encadré 11 :**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 durée³⁵. 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 2^{ème} 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 suite à l'action. 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.

³⁵ <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/lutenyl-luteran>

b. La liste des produits et prestations (LPP)

Le montant total facturé aux assurés du régime agricole lié aux produits de la LPP (dépenses totales, dépassements compris) s'élève à 989 millions d'euros en 2023 contre 973,7 millions en 2022 ; soit une hausse de 1,6 % des dépenses (+ 15,4 millions d'euros).

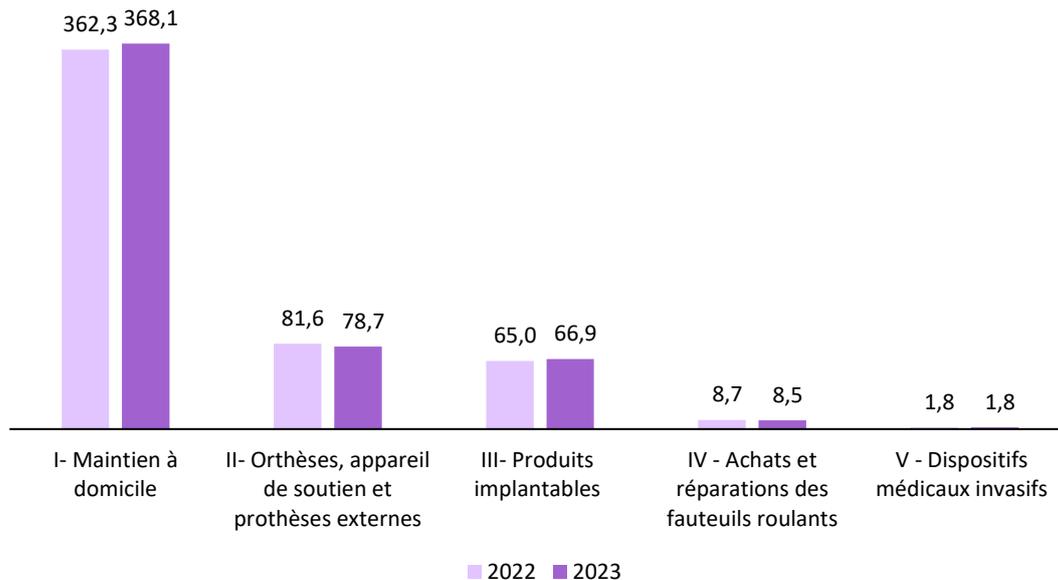
Cette hausse concerne la totalité des titres (hormis le titre IV : achats et réparations des fauteuils roulants). Elle est principalement portée par le maintien à domicile (titre I) et les orthèses, appareils de soutien et prothèses externes (titre II). Ces deux postes représentent 92 % de la dépense facturée en 2023, ils augmentent chacun de 1,5 %. Dans une moindre mesure, la dépense liée aux produits implantables (titre III, qui représente 7 % de la dépense) augmente de 3 % en 2023.

Le montant global remboursé par le régime agricole est de 524 millions d'euros en 2023 contre 519 millions en 2022, soit une hausse de moins de 1 % (qui fait suite à une baisse de 0,6 % l'année précédente).

Cette variation concerne le maintien à domicile (titre I, + 2 % soit + 6 millions d'euros) et les produits implantables (titre III, + 3 % soit + 2 millions d'euros).

En revanche, les remboursements diminuent pour les achats et réparations des fauteuils roulants (titre IV, - 3 % soit - 0,2 millions d'euros), ainsi que pour les orthèses, appareil de soutien et prothèses externes (titre II, - 4 %, soit une baisse de 3 millions d'euros) (**Graphique 56**).

Graphique 56 :
Montants des remboursements par grand titre de la LPP (en millions d'euros)



Source : MSA

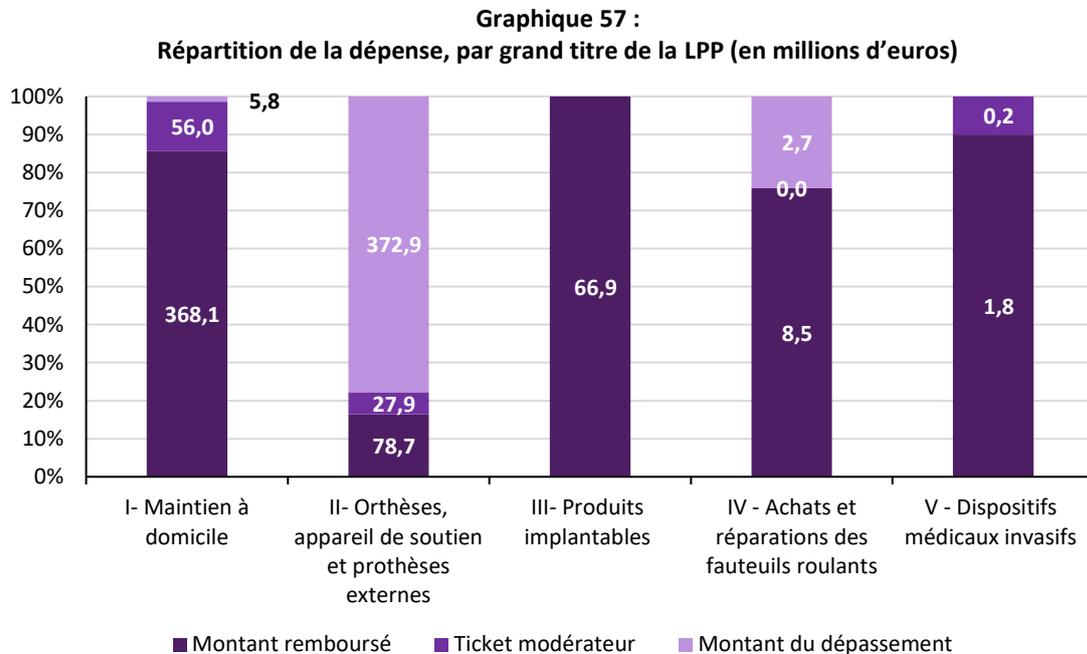
La prise en charge est très inégale entre les différents titres. Pour certains produits, il existe un différentiel entre le tarif de responsabilité et le prix limite de vente (PLV) pouvant laisser un reste à charge aux patients s'il n'est pas couvert par un organisme complémentaire.

Le titre IV, correspondant aux fauteuils roulants, est pris en charge à 100 % du montant remboursable, mais les dispositifs inscrits sur ce titre n'ont pas systématiquement de PLV. Ainsi, des dépassements peuvent rester à la charge des assurés en fonction des prix pratiqués par les distributeurs : ils représentent 2,7 millions d'euros, soit 24 % de la dépense.

Tandis que les titres III et V, correspondant à la liste en sus, sont pris en charge à 100 % pour les assurés (l'article L.165-7 du CSS dispose qu'un PLV est systématiquement fixé au niveau du tarif de responsabilité pour la liste en sus).

Le titre I, d'un montant total de la dépense de 429,9 millions, est remboursé à hauteur de 86 %, soit 368,1 millions d'euros, avec un ticket modérateur de 56 millions d'euros. Le dépassement pour les assurés est de 5,8 millions d'euros.

Enfin, le titre II, avec 479,5 millions d'euros, n'est remboursé qu'à hauteur de 16 % (17 % en 2022 et 18 % en 2021), soit 78,7 millions d'euros, laissant un dépassement de 372,9 millions d'euros à la charge des assurés du régime agricole (**Graphique 57**).



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 en audiologie concerne certains appareils auditifs, dits 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, pour les aides auditives de la classe I :

- le prix limite de vente est fixé à 950 € TTC pour les adultes et à 1 400 € TTC pour les moins de 20 ans ;
- le tarif de remboursement des aides auditives de classe I est fixé à 400 € TTC pour les adultes et 1 400 € TTC pour les moins de 20 ans ;
- la prise en charge par les caisses d'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires est intégrale, 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, le nombre de bénéficiaires d'audioprothèses de classe I (liée au 100 % santé) et les remboursements associés sont en forte hausse (respectivement 6 fois plus de bénéficiaires et 8 fois plus de remboursements) (**Tableau 35**). Cette variation est attribuable à la crise sanitaire de la Covid-19 en 2020 (retards d'appareillage) et à l'effet d'attente lié à la réforme 100 % santé (entrée complètement en vigueur début 2021). Pour autant, les bénéficiaires d'audioprothèses hors panier 100 % santé et leurs remboursements ne diminuent pas drastiquement (**Tableau 36**). Le nombre de bénéficiaires augmente même de 23 %.

Les années suivantes, l'appareillage en audioprothèses du 100 % santé diminue : le nombre de bénéficiaires baisse de 6,2 % en 2022 et de 18 % en 2023 ainsi que les remboursements : - 5 % puis - 17 %. De la même manière, les remboursements hors panier 100 % santé diminuent également (- 2 % en 2022 et - 3 % en 2023) (**Graphique 58**).

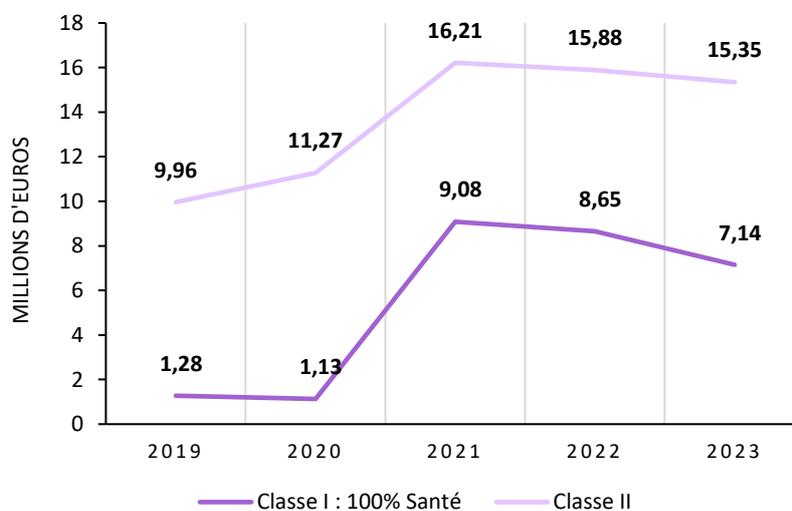
Tableau 35 :
Volumes et montants (en millions d'euros) des remboursements de classe I entre 2019 et 2023 (100 % santé)

CLASSE I : RESTE A CHARGE ZERO					
	2019	2020	2021	2022	2023
Nombre de bénéficiaires	3 851	2 882	18 677	17 517	14 417
Nombre d'audioprothèses remboursées	6 506	5 014	35 426	33 610	27 764
Montant total de la dépense facturée	7,00	4,71	33,41	31,66	26,15
Montant total des remboursements	1,28	1,13	9,08	8,65	7,14

Tableau 36 :
Volumes et montants (en millions d'euros) des remboursements de classe II entre 2019 et 2023

CLASSE II : AVEC RESTE A CHARGE					
	2019	2020	2021	2022	2023
Nombre de bénéficiaires	28 136	26 501	32 598	31 356	30 218
Nombre d'audioprothèses remboursées	49 432	48 620	61 761	59 896	58 070
Montant total de la dépense facturée	77,80	75,14	92,84	90,07	88,44
Montant total des remboursements	9,96	11,27	16,21	15,88	15,35

Graphique 58 :
Evolution du montant remboursé en audiologie par la MSA entre 2019 et 2023 (en millions d'euros)



Source : MSA

La réalisation des entretiens de suivi

La prise en charge des aides auditives inclut la réalisation d'une prestation de suivi par l'audioprothésiste, ayant pour objectif l'amélioration continue des réglages de l'aide auditive et l'optimisation de l'observance. La fréquence minimale recommandée du suivi est biannuelle, après la première année. Les prestations de suivi sont enregistrées via télétransmission (code LPP : 2305927).

Depuis 2019, le nombre d'assurés réalisant le suivi augmente considérablement : il passe de 592 assurés en 2019 à près de 91 000 assurés réalisant plus de 152 000 entretiens de suivi en 2023, soit une moyenne de 1,68 entretien par an par assuré (**Tableau 37**). Cette moyenne augmente chaque année depuis 2021.

Néanmoins, il convient d'analyser ces données au regard du nombre d'assurés équipés.

Entre janvier 2019 et fin décembre 2023, 197 200 assurés distincts ont été appareillés (Classes 1 et 2 confondues) ; les 90 852 assurés ayant réalisé l'entretien ne représentent donc que 46 % du total des assurés ayant droit à ces entretiens en 2023.

Concernant uniquement les suivis réalisés un an après l'appareillage, on observe bien une augmentation. Sur 29 400 assurés appareillés pendant l'année 2020, seuls 16 % ont réalisé un entretien de suivi en 2021, ce taux s'élève à 49 % pour les assurés appareillés en 2022 (49 000 assurés appareillés en 2022 dont 24 000 ayant bénéficié d'un suivi en 2023).

Tableau 37 :
Volumétrie des entretiens de suivi post appareillage entre 2019 et 2023

Année	2019	2020	2021	2022	2023
Nombre d'assurés	592	1 167	23 888	51 152	90 852
Nombre d'entretiens	870	1 700	32 429	78 589	152 613
Nombre moyen d'entretiens par assuré	1,47	1,46	1,36	1,54	1,68

Source : MSA

Respect de la limitation de prise en charge des bandelettes d'autosurveillance glycémique pour les diabétiques de type 2 non insulino-traités

Selon les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS), l'autosurveillance glycémique au moyen de bandelettes n'est pas nécessairement systématique et quotidienne pour les diabétiques de type 2 non insulino-traités.

La prise en charge des bandelettes d'autosurveillance glycémique a été limitée par un arrêté du 25 février 2011³⁶ à 200 unités par an chez les patients diabétiques de type 2 non insulino-traités (traités par des médicaments insulino-sécréteurs qui stimulent la sécrétion d'insuline).

A la suite de la publication de cet arrêté, une campagne de communication a été réalisée fin 2011 par le régime général afin d'informer les professionnels de santé prescripteurs et par les caisses d'assurance maladie dont la MSA auprès des assurés concernés, afin de les sensibiliser à ces nouvelles règles de prise en charge. Cette sensibilisation auprès des assurés agricoles a été renouvelée en 2012 et 2013. En 2013, 40 700 assurés du régime agricole ont été avertis de cette limitation de prise en charge.

Ces actions n'ont pas donné lieu ni à des récupérations d'indus auprès des assurés ou des professionnels de santé, ni à des rejets de facturation.

Malgré ces actions et ce cadre réglementaire, les dépassements de la limite annuelle des 200 bandelettes remboursables chez les assurés concernés se poursuivent.

En 2021, au régime agricole, on comptait près de 152 000³⁷ diabétiques non insulino-traités, dont 23 % ont consommé des bandelettes sur cette période (34 000 assurés) pour un montant total de plus de 3,6 millions d'euros remboursés. Parmi ces consommateurs de bandelettes, 41 % ont dépassé la limite des 200 bandelettes annuelles réglementaires.

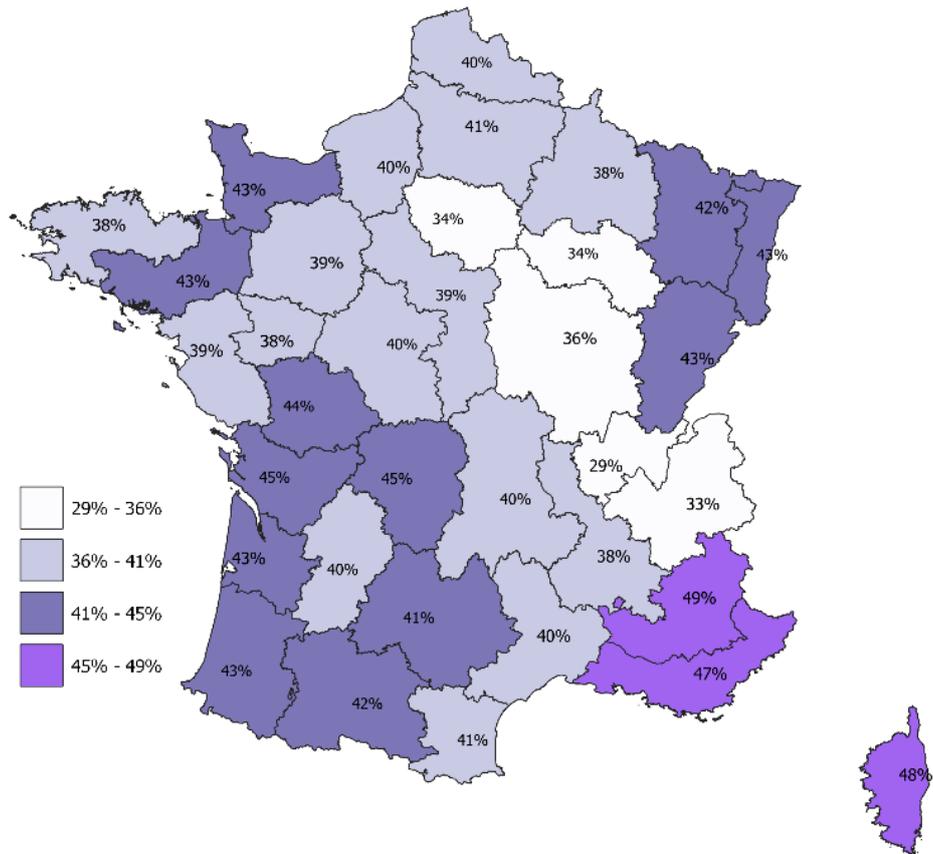
Ce ratio diffère selon la caisse d'affiliation. Il atteint 49 % en Alpes-Vaucluse (sur 1 400 consommateurs de bandelettes), 47 % en Provence Azur (2 000 consommateurs), et 45 % pour le Limousin et les Charentes (avec respectivement 980 et 900 consommateurs). La Corse atteint 48 % de dépassement mais sur seulement 290 consommateurs (**Carte 13**).

Le taux de dépassement est plus faible dans les caisses Ain-Rhône (29 % sur plus de 500 consommateurs), Alpes du Nord (33 % sur 500 consommateurs) ainsi qu'Île-de-France et Sud-Champagne (34 % sur respectivement 800 et 400 consommateurs).

³⁶ Arrêté du 25 février 2011, Journal officiel du 27 février 2011.

³⁷ Personnes assurées au régime agricole au 31 décembre 2021 et ayant consommé au moins un soin entre 2020 et 2021.

Carte 13 :
Taux de dépassement³⁸ par caisse d'affiliation



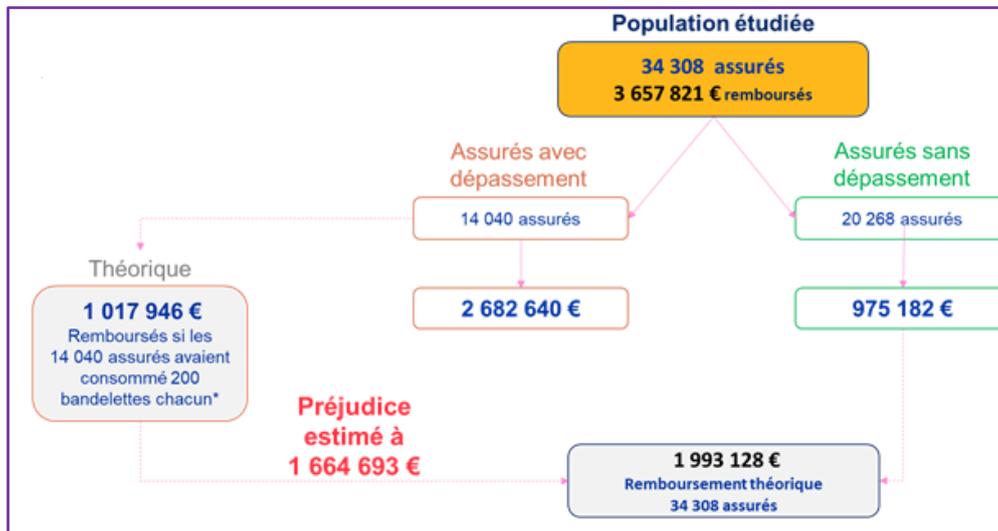
Source : MSA, SNDS

Le montant remboursé pour les assurés sans dépassement est proche d'**1 million d'euros** contre près de **2,7 millions d'euros** pour les assurés ayant atteint ou dépassé le seuil de 200 bandelettes.

Le préjudice est estimé à **1,7 million d'euros**, soit 46 % du remboursement total en 2021. Si toute la population concernée respectait la réglementation, les remboursements n'excèderaient pas 2 millions d'euros (contre 3,6 M€ effectifs) (**Schéma 2**).

³⁸ Nombre d'assurés ayant dépassé la limite réglementaire, rapporté au nombre de consommateurs de bandelettes en 2021.

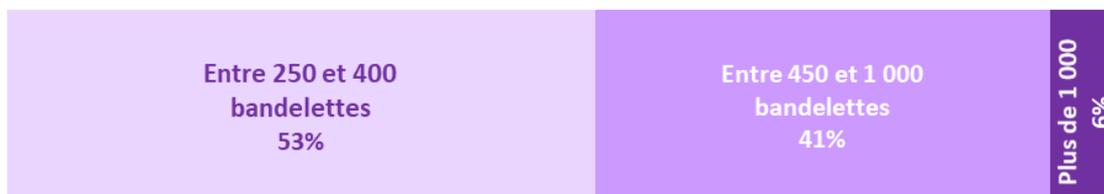
Schéma 2 :
Estimation du préjudice du non respect de la limitation de la prise en charge des bandelettes d'autosurveillance glycémique en 2021



*Montant théorique estimé sur la base du prix unitaire de 0,36252€ par bandelette x 200 unités x effectifs
 Source : MSA, SNDS

Parmi les assurés ayant dépassé la limite réglementaire, 53 % ont été remboursés pour 400 bandelettes maximum (soit un dépassement de 200 unités). Le nombre maximum atteint est de 2 900 unités remboursées en 2021 soit un dépassement de 2 700 unités (**Graphique 59**).

Graphique 59 :
Répartition du nombre de bandelettes remboursées par assuré (ayant dépassé la limite) en 2021



Source : MSA, SNDS

Ainsi, le plan national de gestion du risque maladie de la MSA pour 2024 intègre à nouveau une action de sensibilisation des assurés aux règles de prise en charge des bandelettes d'autosurveillance de la glycémie. Cette action, réalisée en inter-régime, vient en complément d'une action de sensibilisation des professionnels de santé, déployée par le régime général en 2023.

Proposition 10 :
Sensibiliser les assurés agricoles aux règles de prise en charge des bandelettes d'autosurveillance de la glycémie

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

a. Pertinence et qualité des actes

Dans le cadre de la pertinence et la qualité des actes, la MSA propose :

- d'accompagner les praticiens réalisant des actes bucco-dentaires dans l'application des bonnes pratiques ;
- de poursuivre sa stratégie de gestion des demandes d'accord préalable.

a.1. Accompagnement au respect des conditions de facturation de l'acte CCAM HBFD010 (Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage direct)

Le code-acte HBFD010 est intégré à la CCAM depuis la convention dentaire du mois d'août 2018, et remboursé par l'assurance maladie depuis le 01/04/2019 sur la base du tarif de responsabilité opposable de 60 €.

Il s'agit, au plan technique, d'un acte non programmable consécutif à un aléa thérapeutique ; la fréquence de facturation par les praticiens du code HBFD010 devrait de fait être modérée.

Or, les données du **tableau 38** montre plus qu'un doublement de la facturation du code-acte depuis sa prise en charge en avril 2019, la base de remboursement a ainsi dépassé 1 M€ en 2023.

De plus, la surveillance radiographique ainsi que de la vitalité dentaire l'année suivant la codification HBFD010 sont recommandées par la HAS.

Cette action d'accompagnement doit permettre de vérifier la bonne utilisation de ce code acte selon la réglementation en vigueur, ainsi que le respect des bonnes pratiques.

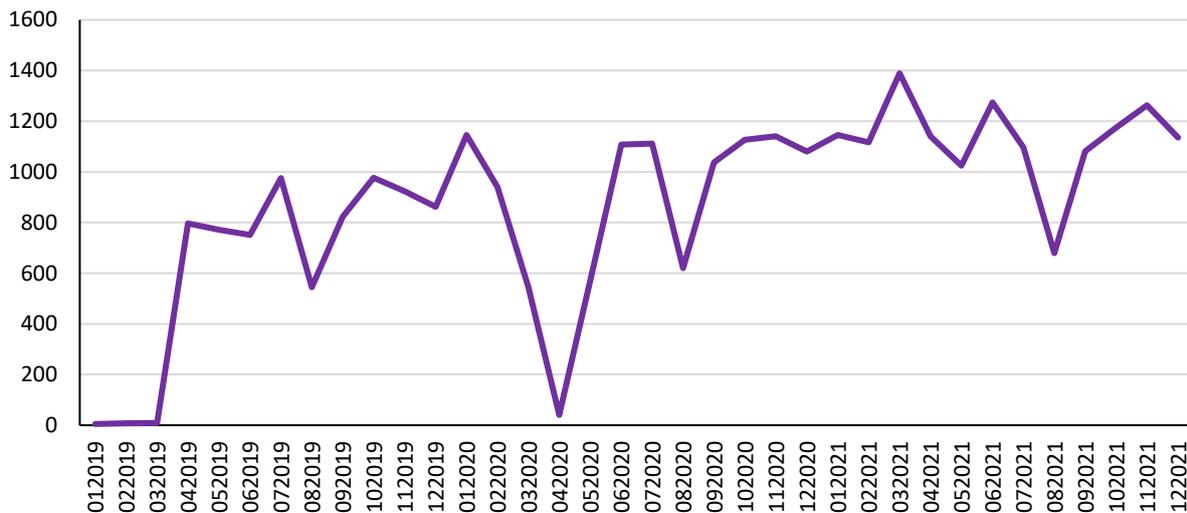
Tableau 38 :

Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage direct : quantité d'actes, montant remboursé, nombre de bénéficiaires et de professionnels de santé exécutants

Année des soins	Quantité d'actes	Base de remboursement (en €)	Montant remboursé (en €)	Nombre de bénéficiaires	Nombre de professionnels de santé exécutants
2019	7 446	444 455	320 949	6 782	5 460
2020	10 464	628 605	458 374	9 486	7 540
2021	13 520	812 373	594 381	12 079	9 382
2022	14 837	891 584	647 186	13 353	10 177
2023	17 426	1 047 670	741 945	15 360	11 470

Source : MSA, SNDS

Graphique 60 :
Evolution de la quantité d'actes HBFD010 de janvier 2019 à décembre 2021



Source : MSA, SNDS

La méthodologie est synthétisée de la façon suivante :

- vérifier la conformité des actes et traitements ouvrant droit aux prestations de l'assurance maladie et le respect des recommandations de bonne pratique ;
- vérifier le respect du tarif opposable ;
- informer les professionnels de santé des anomalies détectées ;
- informer les professionnels de santé du « non-respect » des recommandations de bonne pratique et enregistrer la somme des coûts des actes ne correspondant pas aux critères ainsi définis ;
- procéder à une récupération des sommes indûment versées en cas de non réponses aux demandes d'informations.

Proposition 11 :

Accompagner les professionnels de santé réalisant des actes bucco-dentaires au respect des bonnes pratiques pour l'acte « Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage direct »

a.2. Contrôle des demandes d'accord préalable à fort enjeu

Pour 2025, 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 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 2023 est présenté en **Annexe 5**.

Le contrôle des demandes d'accord préalable à fort enjeu a conduit les contrôles médicaux à examiner près de 80 300 demandes en 2023 contre 74 000 en 2022. Le taux de refus moyen est de 9 % (**Tableau 39**).

Tableau 39 :
Nombre de demandes d'accord préalable à fort enjeu et nature des avis rendus en 2023

	Accords		Refus médical		Refus administratif		Refus partiel		Total refus	
Assistance respiratoire	14 751	85 %	160	1 %	1 767	10 %	731	4 %	2 658	15 %
Grand Appareillage	17 097	90 %	101	1 %	1 505	8 %	396	2 %	2 002	10 %
Dentaire (ODF)	33 237	94 %	163	0 %	1 881	5 %	0	0 %	2 044	6 %
Soins (CCAM)	7 914	93 %	68	1 %	482	6 %	43	1 %	593	7 %
Médicaments	1 494	95 %	24	2 %	46	3 %	5	0 %	75	5 %
	72 999	91 %	492	1 %	5 635	7 %	1 170	1 %	7 297	9 %

Source : MSA

En tout, le contrôle des DAP de catégorie 1, aura permis d'économiser 4 893 761 euros en 2023 ; économie à laquelle peuvent être ajoutées les dépenses évitées grâce au contrôle des DAP de catégorie 2, soit une économie globale de 5 068 467 € (**Annexe 5**).

b. Pertinence des parcours de soins

b.1. Le parcours de soins des insuffisants cardiaques

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

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

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

Le parcours insuffisance cardiaque constitue une première étape dans la structuration de cette logique de parcours et d'autres maladies chroniques feront l'objet de travaux d'élaboration de prochains parcours.

Quelques exemples de contribution de la MSA à ce parcours au niveau territorial sont synthétisés dans l'**encadré 12**.

Encadré 12 :**Les contributions de la MSA au parcours insuffisance cardiaque (PIC)**

- 7 associations régionales de caisses de MSA participent au comité de pilotage régional PIC
- 2 caisses de MSA contribuent à un groupe de travail PIC sur leur territoire et qui a donné lieu à :
 - la remise d'un pack éducationnel de soutien aux professionnels de santé et aux structures d'exercice coordonné en Auvergne
 - la mise à disposition d'ordonnances et de lettres de sortie en post-hospitalisation auprès des professionnels de santé en Bourgogne
- La MSA des Charentes et la MSA Poitou ont participé au séminaire inter-CPTS organisé en région Nouvelle-Aquitaine
- Exemples de contributions à l'action de GDR PIC au niveau régional ou local :
 - Articulation du dispositif PRADO avec le programme d'Education Thérapeutique Polypathologique MSA et des MSP-SISA partenaires,
 - Formation des professionnels de santé à l'ETP MSA,
 - Travaux sur les liens ville/hôpital pour faciliter le parcours de soins des patients,
 - Action de sensibilisation aux bienfaits de l'activité physique et au rôle de l'alimentation,
 - Action de prévention sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires,...

b.2 Délégation de tâches aux auxiliaires médicaux du service du contrôle médical des caisses de MSA

La Mutualité sociale agricole est confrontée à une pyramide des âges des médecins-conseils et des chirurgiens-dentistes conseils défavorable avec des recrutements de nouveaux praticiens réduits par la démographie médicale. Cette situation fragilise le fonctionnement des services du contrôle médical et serait susceptible de nuire à la qualité du service rendu aux assurés.

L'évaluation de l'expérimentation en MSA du métier d'infirmier au sein du service du contrôle médical, sur la période de septembre 2019 à septembre 2020, a démontré l'intérêt de la création de ce nouveau métier dans un contexte de forte tension sur les ressources de médecins-conseils. Ces résultats vont dans le sens d'un déploiement progressif de ce métier et d'une délégation de tâches des praticiens-conseils aux infirmiers.

Dans le cadre du Plan National du Contrôle Médical, qui vise une harmonisation, rationalisation et sécurisation des processus, une revue de l'ensemble des processus métier a été réalisée en 2022 afin de définir les tâches pouvant être confiées aux infirmiers du service du contrôle médical (55 procédures). Ainsi, il a été défini des tâches usuellement réalisées par les collaborateurs administratifs ou les praticiens-conseils des services du contrôle médical pouvant être confiées aux infirmiers (sous réserve de formation et de supervision d'un médecin-conseil), à l'exclusion de tout avis conduisant à un refus de demande ou de prolongation de prestations ainsi que des examens cliniques.

Dans ce cadre, des protocoles écrits sont déjà mis en place en conformité aux champs de compétences et missions prévues par les textes en vigueur.

L'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 a ouvert la possibilité aux praticiens-conseils du régime général de déléguer certains actes et activités au personnel du contrôle médical disposant de la qualification nécessaire, et plus particulièrement aux auxiliaires médicaux. Ces délégations seront effectuées dans la limite de leurs compétences prévues par le code de la santé publique et s'exerceront dans le cadre d'un protocole écrit.

Une mesure portée dans le cadre du PLFSS 2025 propose d'étendre cette disposition aux praticiens-conseils du régime agricole et ainsi mettre en place une délégation de compétences des praticiens-conseils envers les auxiliaires médicaux dont les infirmiers.

Cette mesure permettra de garantir un meilleur service aux assurés, de répondre aux enjeux de la santé publique, et de gagner du temps médical.

Les activités qui pourraient être déléguées sont centrées sur l'expertise médico-sociale individuelle dans le cadre de la gestion du parcours de soins et/ou d'arrêt de travail des assurés. D'autres missions peuvent être affectées aux infirmiers par le médecin-conseil chef de service, en fonction de l'organisation propre de chaque service du contrôle médical des caisses de MSA : gestion du risque, prévention, organisation des soins.

Proposition 12 :

Instaurer une délégation de compétences des praticiens-conseils envers les auxiliaires médicaux du service du contrôle médical des caisses de MSA

3.5.2.3. Pertinence et efficience des prescriptions d'arrêt de travail

a. Action indemnités journalières Grands comptes

Les objectifs de l'action indemnités journalières (IJ) Grands comptes correspondant aux indemnités journalières pour l'ensemble des entreprises employeurs d'au moins 50 salariés affiliées au régime agricole sont les suivants :

- Renforcer l'offre de service auprès des grands comptes avec une sensibilisation par la diffusion d'une cartographie des arrêts de travail pour maladie et accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) associée à une information sur la réglementation des arrêts de travail ainsi que sur la prévention.
- Faire le lien avec ces entreprises sur la base du volontariat pour présenter leur cartographie, recueillir leurs remarques, informer sur la réglementation des IJ et proposer des actions de prévention possibles à déployer.
- Evaluer les deux premières étapes de cette action dans un objectif de généralisation de cette dernière.
- Maîtriser les dépenses d'indemnités journalières sur les risques maladie et AT/MP, en repérant les entreprises qui présenteraient une volumétrie atypique d'arrêts de travail et en les accompagnant.

Dans une première étape, a été constituée et présentée ci-après la cartographie nationale des arrêts de travail pour l'ensemble des entreprises employeurs d'au moins 50 salariés affiliées au régime agricole.

La cartographie est ensuite déclinée selon le type d'activité agricole pour les cinq plus importants globalisant 62 % des arrêts de travail.

Cette cartographie ferait l'objet d'une communication à destination des grands comptes en lien et articulation avec la direction des entreprises et la direction de la santé-sécurité au travail de la Caisse centrale de MSA.

Dans une deuxième étape, non encore engagée, les entreprises présentant un recours aux arrêts de travail atypique par rapport à la moyenne de leur secteur d'activité seront identifiées.

Les services des contrôles médicaux des caisses de la MSA étudieront les pathologies en lien avec ces arrêts de travail et des échanges s'engageront avec les entreprises volontaires.

Une réflexion sera menée avec elles afin de leur proposer un accompagnement personnalisé, chaque fois que cela s'avère nécessaire, ceci en articulation avec les services de santé et de sécurité au travail des caisses.

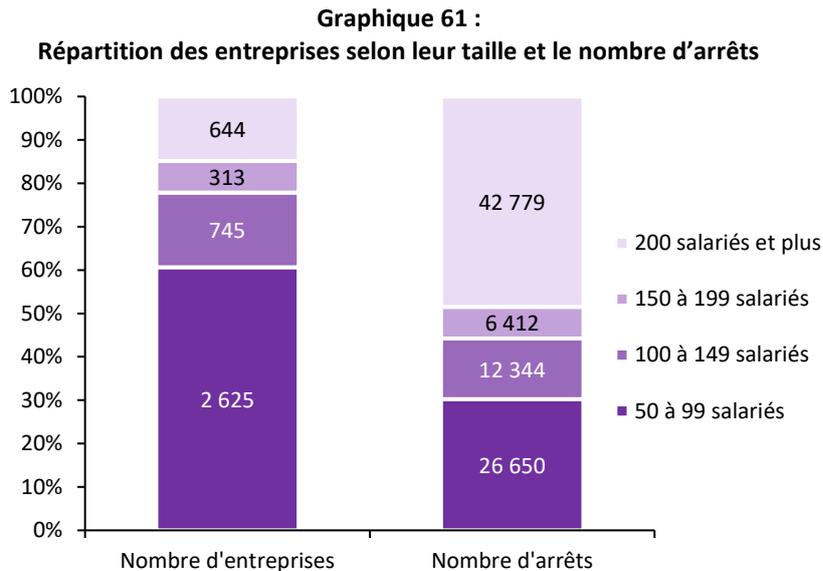
Dans une troisième étape, une évaluation sera réalisée dans l'objectif de proposer une généralisation de cette action.

Cartographie nationale des arrêts de travail pour l'ensemble des entreprises employeurs d'au moins 50 salariés affiliés au régime agricole

La période d'étude couvre les arrêts de travail pour maladie et accidents du travail et maladies professionnelles (hors maternité) ayant débuté entre le 1^{er} juillet 2022 et le 30 juin 2023. Sur ces douze mois, 88 072 arrêts sont dénombrés, pour 63 592 bénéficiaires et 4 327 employeurs sur ce périmètre.

Cartographie des arrêts de travail des salariés agricoles des entreprises de tout type d'activité

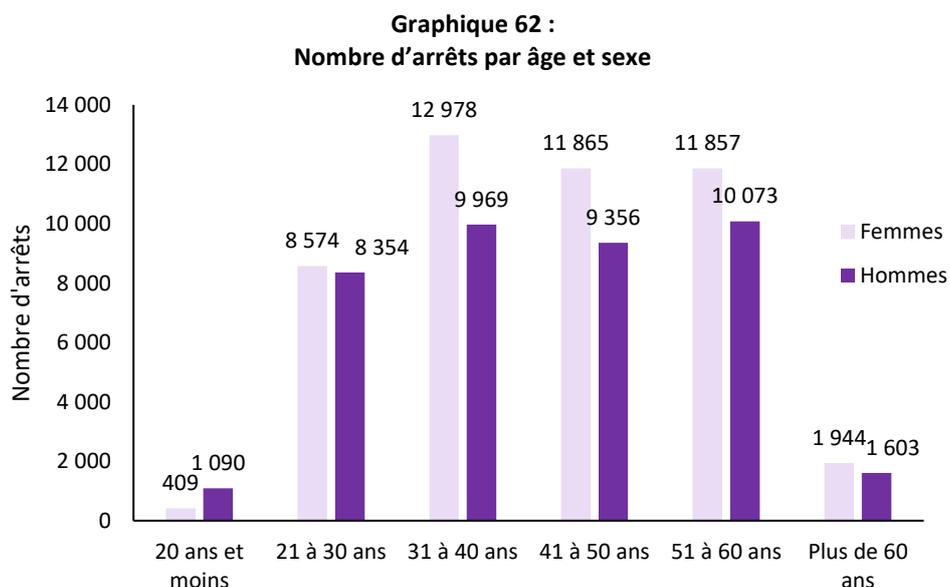
Parmi les gros employeurs de main d'œuvre, 61 % ont des effectifs compris entre 50 et 99 salariés. Les entreprises ayant des effectifs de plus de 200 salariés sont moins nombreuses (15 % de l'ensemble) mais elles concentrent, de par leur taille, près de la moitié des arrêts (**Graphique 61**).



Source : MSA

L'âge moyen des bénéficiaires d'arrêts de travail est de 42 ans.

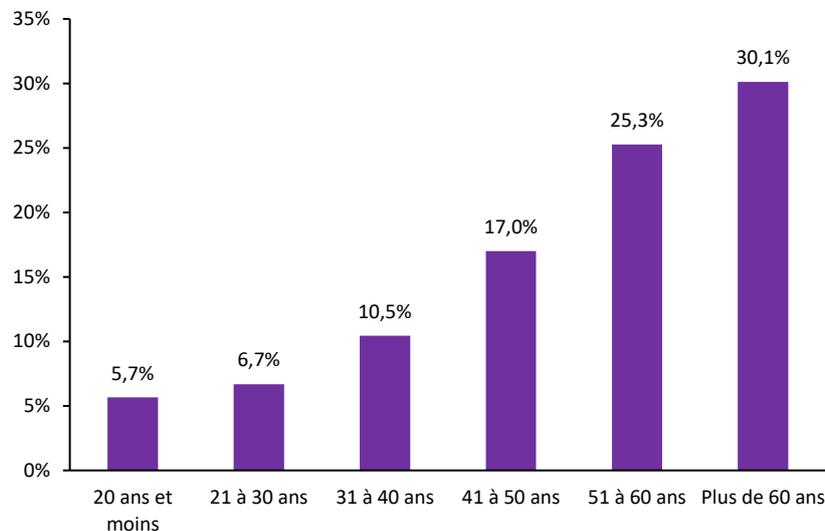
Les salariés arrêtés sont majoritairement des femmes (54 %), avec un nombre d'arrêts particulièrement élevé pour la tranche d'âge « 31 à 40 ans », ce qui s'explique en partie par la présence d'un congé maternité sur la période (**Graphique 62**).



Source : MSA

La part d'arrêts de travail effectués par des salariés en affectation de longue durée (ALD) est de 15,7 %. Cette part augmente avec l'âge (**Graphique 63**).

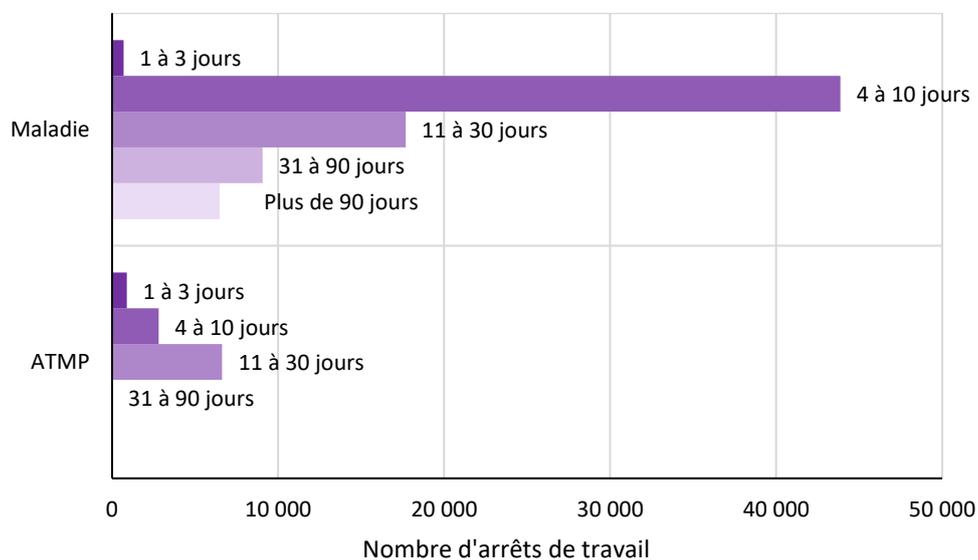
Graphique 63 :
Part des arrêts pour des bénéficiaires en ALD



Source : MSA

Plus de la moitié des arrêts (53 %) ont une durée comprise entre 4 et 10 jours. 12 % des arrêts sont relatifs à un accident du travail ou une maladie professionnelle (ATMP). Sur ce risque, les arrêts sont le plus souvent compris entre 11 et 30 jours (**Graphique 64**).

Graphique 64 :
Répartition du nombre d'arrêts selon le risque et leur durée



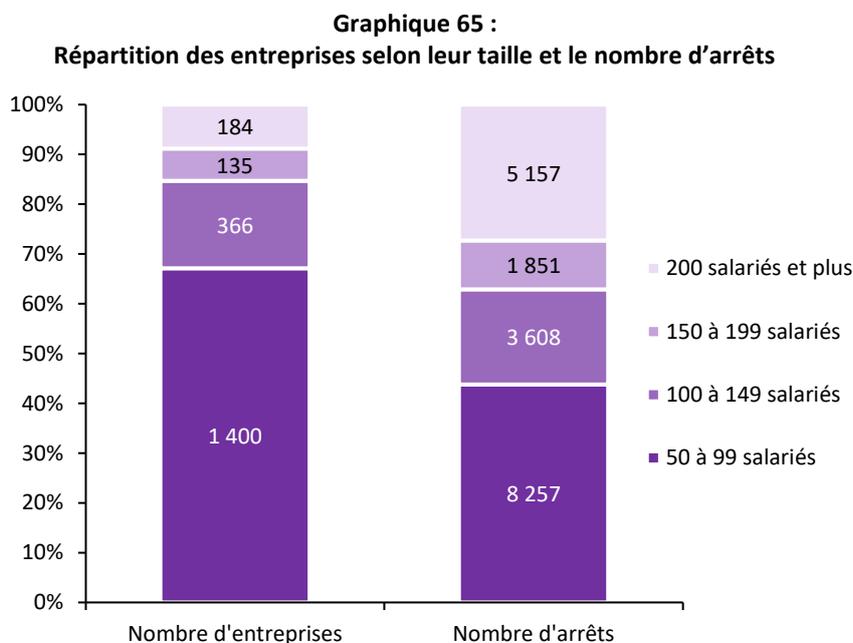
Source : MSA

La fréquence des arrêts de travail sur douze mois est calculée en rapportant le nombre d'arrêts de travail sur le nombre de salariés présents en entreprise en 2022. Tous secteurs d'activité confondus, l'indice de fréquence est de **12 arrêts pour 100 salariés**.

Cartographie des arrêts de travail des salariés agricoles des entreprises du secteur « Culture, production animale, coopératives et support » (20 % des arrêts de travail)

Dans ce secteur d'activité, 2 085 entreprises de plus de 50 salariés ont vu au moins un de leurs salariés en arrêt de travail entre le 1^{er} juillet 2022 et le 30 juin 2023. Au total, 18 862 arrêts de travail ont débuté sur la période.

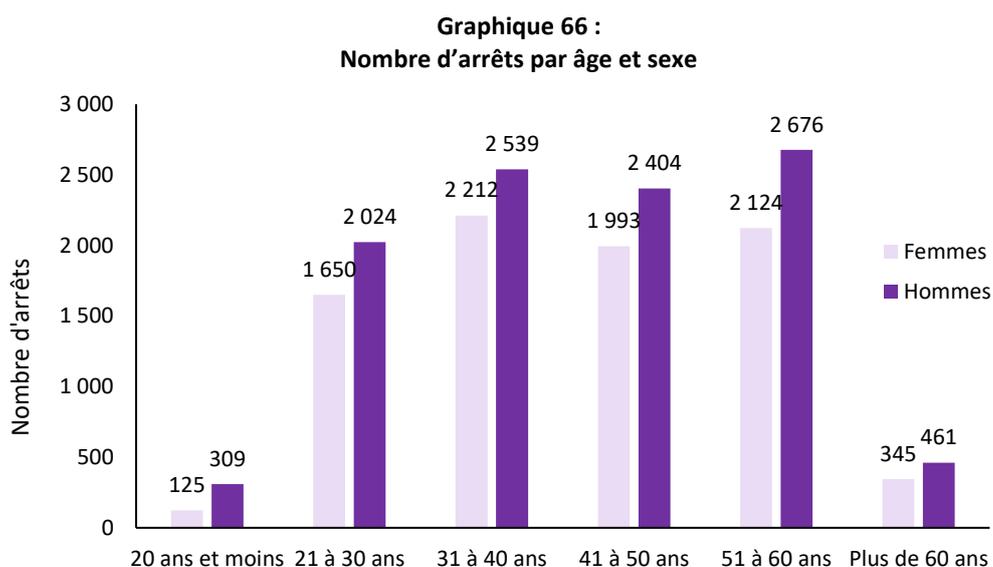
Les deux tiers de ces entreprises ont des effectifs compris entre 50 et 99 salariés et concentrent 44 % des arrêts de travail (**Graphique 65**).



Source : MSA

L'âge moyen des bénéficiaires est de 42 ans.

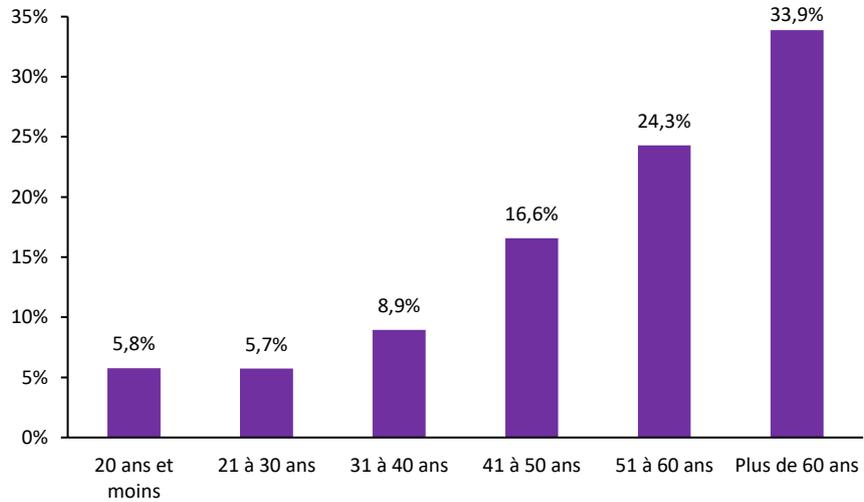
Les trois quarts des arrêts concernent des bénéficiaires âgés entre 31 et 60 ans. Dans 55 % des cas, le salarié arrêté est un homme (**Graphique 66**).



Source : MSA

15 % des arrêts concernent des patients en affection de longue durée (ALD). Cette part augmente avec l'âge des patients arrêtés pour atteindre plus du tiers des arrêts chez les plus de 60 ans (**Graphique 67**).

Graphique 67 :
Part des arrêts pour des bénéficiaires en ALD

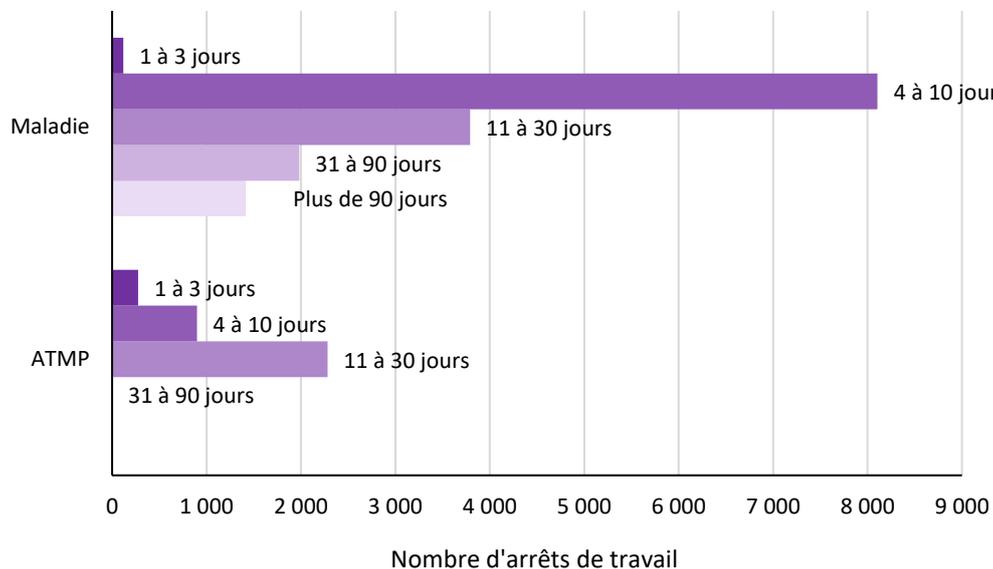


Source : MSA

Près d'un arrêt sur deux est compris entre 4 et 10 jours.

18 % des arrêts sont relatifs à un accident du travail ou une maladie professionnelle. Sur ce risque, les durées d'arrêts sont le plus souvent comprises entre 11 et 30 jours (**Graphique 68**).

Graphique 68 :
Répartition du nombre d'arrêts selon le risque et leur durée



Source : MSA

L'indice de fréquence est de **8 arrêts pour 100 salariés**. Il est un peu plus élevé dans les secteurs de production animale (**Tableau 40**).

Tableau 40 :
TOP 10 des codes NAF

Code NAF	Nombre de salariés 2022	Nombre d'arrêts	Indice de fréquence
0121Z - Culture de la vigne	62 264	4 758	8
0113Z - Culture légumes melons racines culture de légumes	37 571	4 428	12
0124Z - Culture fruits pepins noyaux	39 449	1 814	5
0162Z - Act. soutien aux prod. animales	6 976	1 323	19
0161Z - Act. soutien aux cultures entreprises travaux agricoles	30 772	1 015	3
0130Z - Reproduction de plantes	8 862	954	11
0147Z - Elevage de volailles aviculture	4 271	747	17
0111Z - Culture céréales légumineuses	9 544	614	6
0119Z - Autres cultures non permanentes	4 682	457	10
0321Z - Aquaculture en mer	4 417	360	8

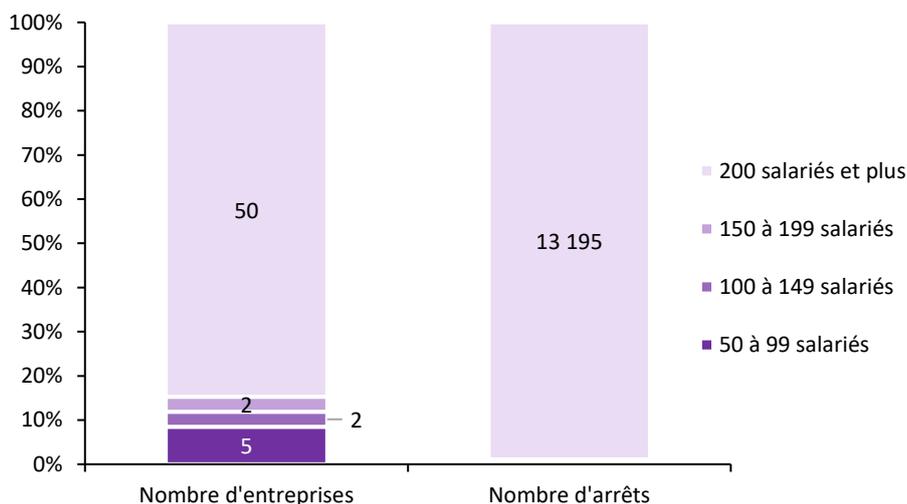
Source : MSA

Cartographie des arrêts de travail des salariés agricoles des entreprises du secteur « Services financiers et assurances » (15 % des arrêts de travail)

Dans ce secteur d'activité, 59 entreprises de plus de 50 salariés ont vu au moins un de leurs salariés en arrêt de travail entre le 1^{er} juillet 2022 et le 30 juin 2023. Au total, 13 338 arrêts de travail ont débuté sur la période.

85 % de ces entreprises ont des effectifs de 200 salariés ou plus et concentrent 99 % des arrêts de travail (**Graphique 69**).

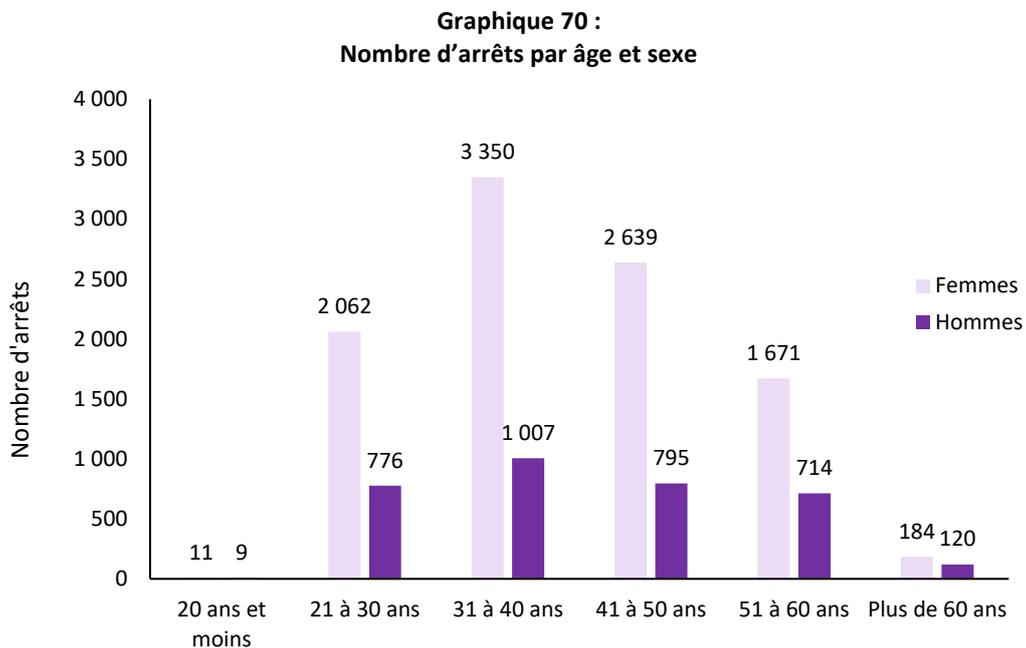
Graphique 69 :
Répartition des entreprises selon leur taille et le nombre d'arrêts



Source : MSA

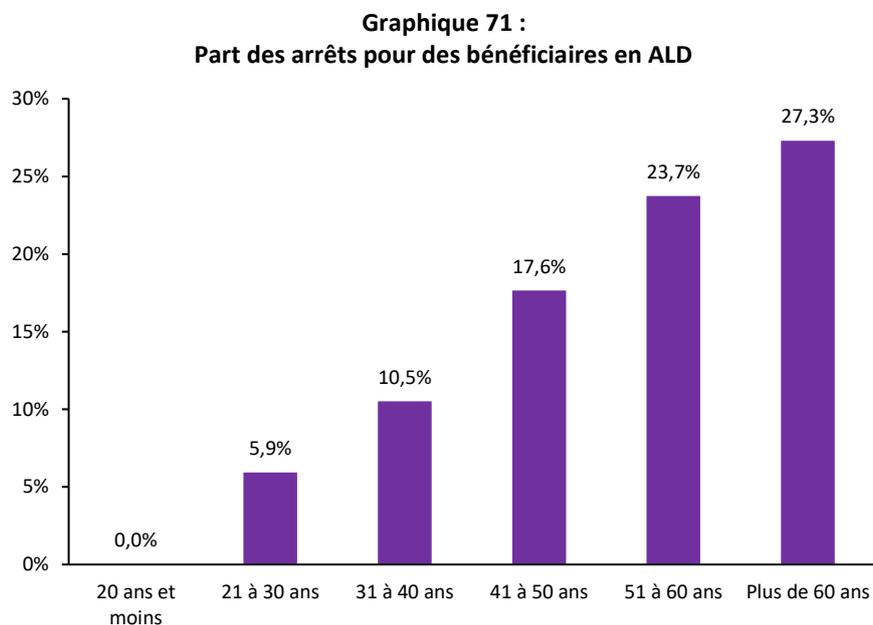
L'âge moyen des bénéficiaires est de 40 ans.

Ce secteur connaît une féminisation importante, ainsi les trois quarts des arrêts concernent des femmes (**Graphique 70**).



Source : MSA

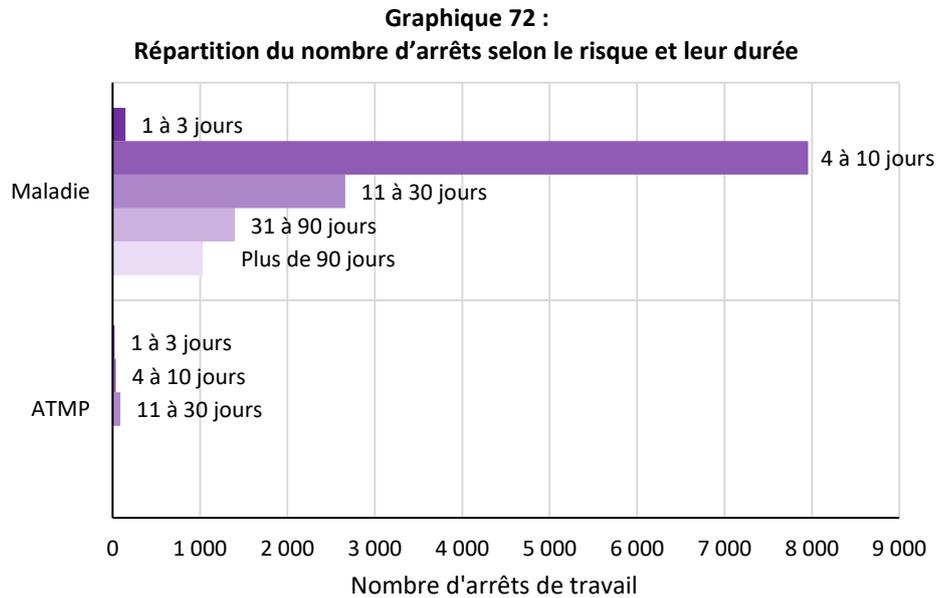
14,1 % des arrêts concernent des personnes en affection de longue durée (ALD). Cette part augmente avec l'âge pour atteindre 27,3 % des arrêts chez les plus de 60 ans (**Graphique 71**).



Source : MSA

60 % des arrêts sont compris entre 4 et 10 jours.

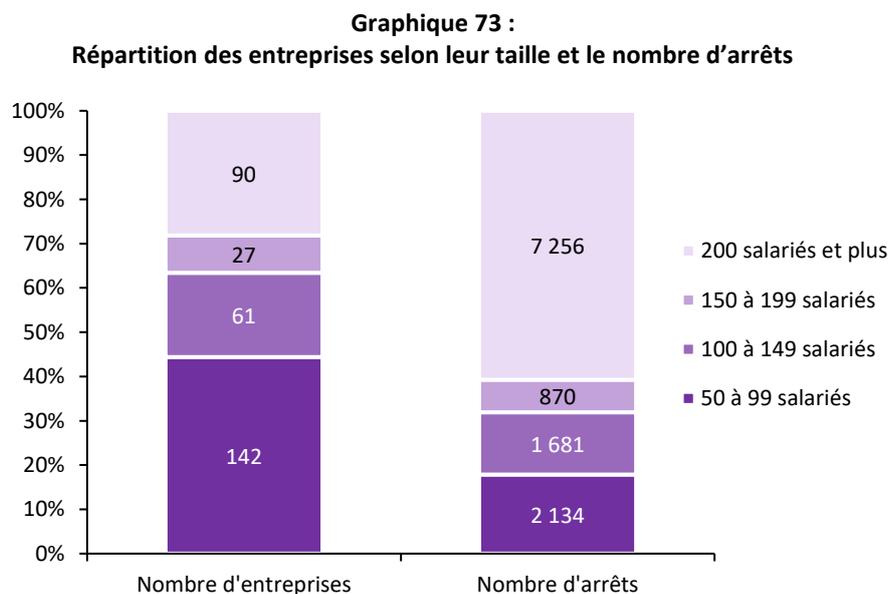
Les arrêts relatifs à un accident du travail ou une maladie professionnelle sont plutôt marginaux dans ce secteur (1 % des arrêts) (**Graphique 72**).



L'indice de fréquence est de **13 arrêts pour 100 salariés**.

Cartographie des arrêts de travail des salariés agricoles des entreprises du secteur « Sécurité sociale, administrations et organisations associatives » (15 % des arrêts de travail)

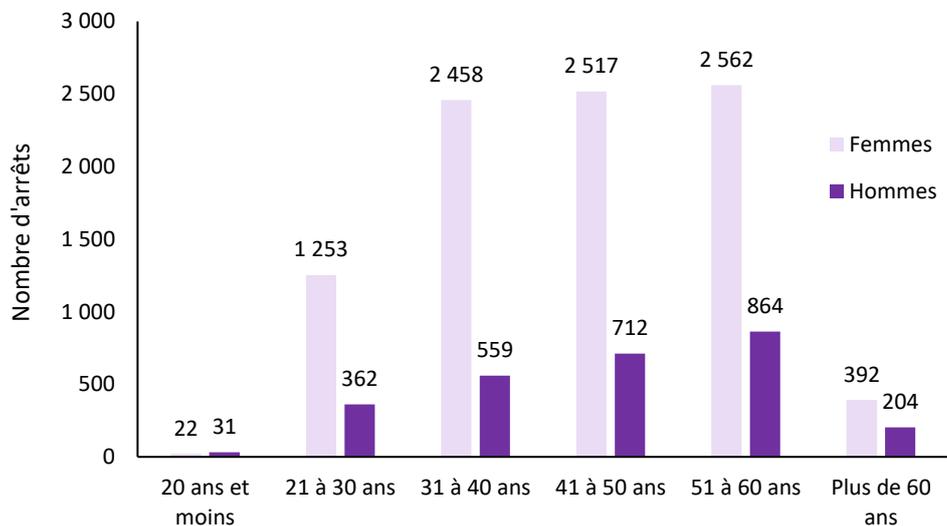
Dans ce secteur d'activité, 320 entreprises de plus de 50 salariés ont vu au moins un de leurs salariés en arrêt de travail entre le 1^{er} juillet 2022 et le 30 juin 2023. Au total, 11 941 arrêts de travail ont débuté sur la période. 44 % de ces entreprises ont des effectifs compris entre 50 et 99 salariés, mais ce sont les entreprises de 200 salariés et plus (28 % des entreprises) qui concentrent la majorité des arrêts de travail (61 % des arrêts) (**Graphique 73**).



L'âge moyen des bénéficiaires est de 44 ans.

Ce secteur connaît une féminisation importante, ainsi plus des trois quarts des arrêts concernent des femmes (**Graphique 74**).

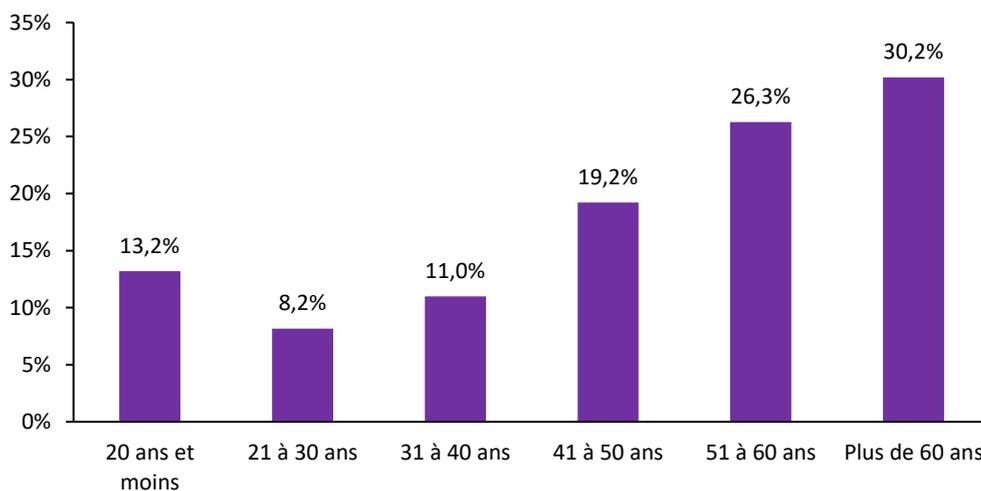
Graphique 74 :
Nombre d'arrêts par âge et sexe



Source : MSA

18,2 % des arrêts concernent des personnes en affection de longue durée (ALD). Cette part augmente avec l'âge pour atteindre 30,2 % des arrêts chez les plus de 60 ans (**Graphique 75**).

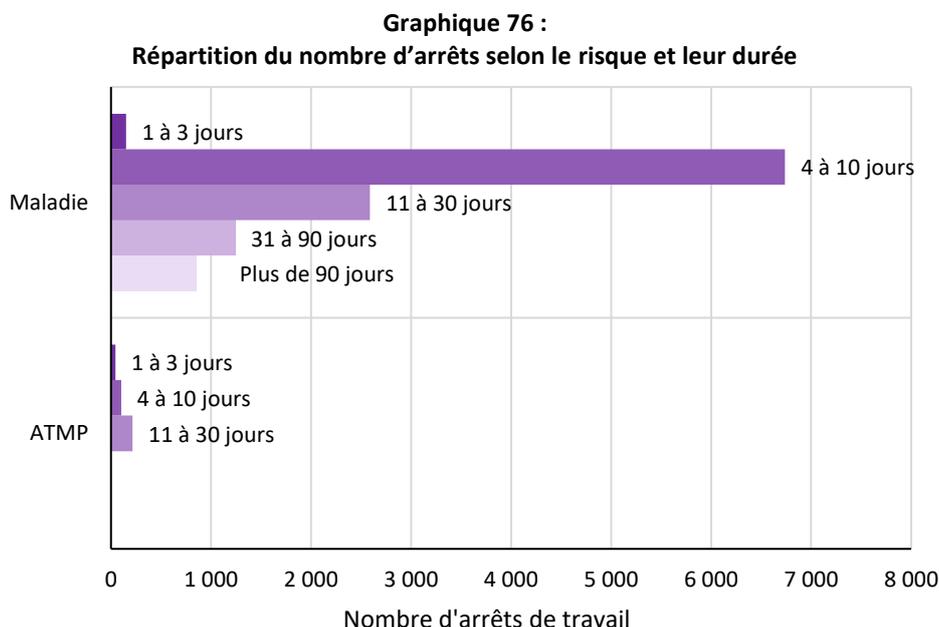
Graphique 75 :
Part des arrêts pour des bénéficiaires en ALD



Source : MSA

57 % des arrêts sont compris entre 4 et 10 jours.

Les arrêts relatifs à un accident du travail ou une maladie professionnelle sont plutôt marginaux dans ce secteur (3 % des arrêts) (**Graphique 76**).

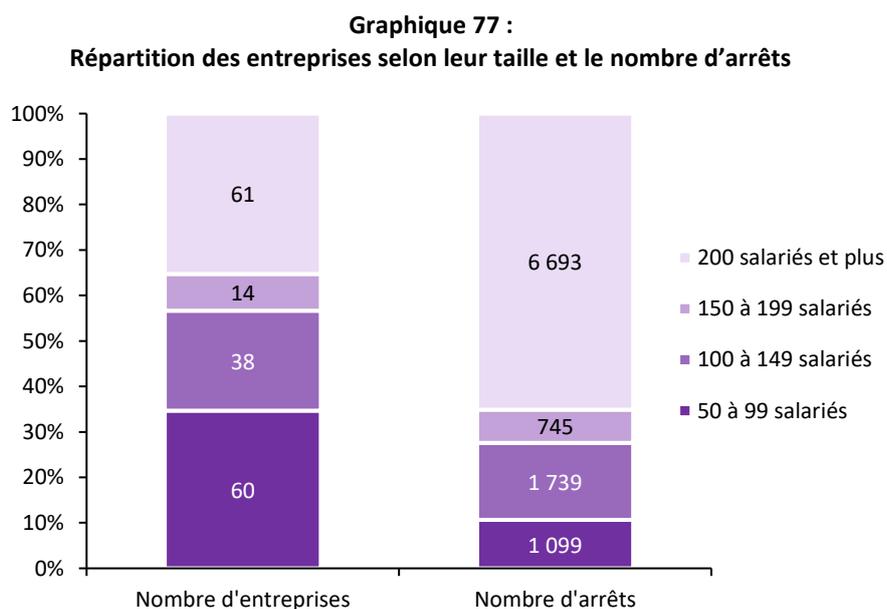


Source : MSA

L'indice de fréquence est de **18 arrêts pour 100 salariés**.

Cartographie des arrêts de travail des salariés agricoles des entreprises du secteur « Industries alimentaires » (12 % des arrêts de travail)

Dans ce secteur d'activité, 173 entreprises de plus de 50 salariés ont vu au moins un de leurs salariés en arrêt de travail entre le 1^{er} juillet 2022 et le 30 juin 2023. Au total, 10 276 arrêts de travail ont débuté sur la période. Les entreprises de 200 salariés et plus (35 % des entreprises) concentrent les deux tiers des arrêts de travail (**Graphique 77**).

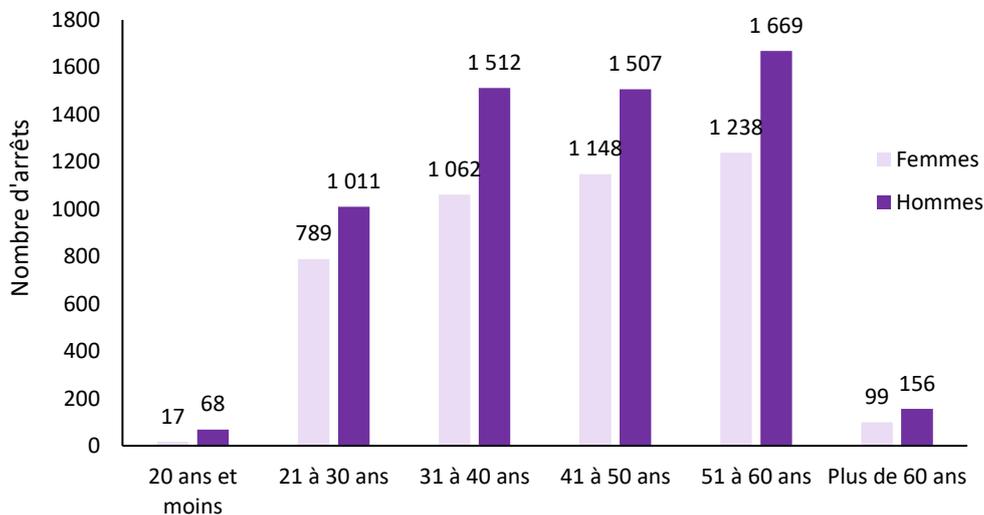


Source : MSA

L'âge moyen des bénéficiaires est de 43 ans.

79 % des arrêts concernent des bénéficiaires âgés entre 31 et 60 ans. Dans 58 % des cas, le salarié arrêté est un homme (**Graphique 78**).

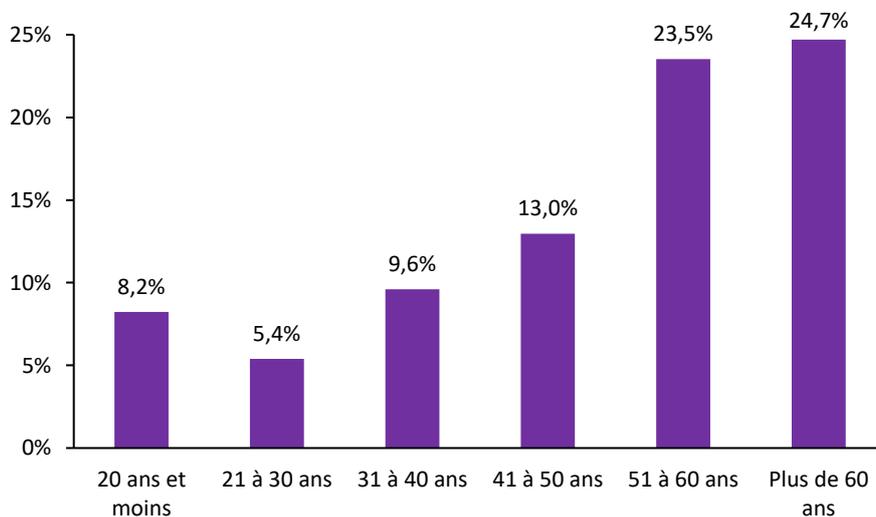
Graphique 78 :
Nombre d'arrêts par âge et sexe



Source : MSA

14,0 % des arrêts concernent des personnes en affection de longue durée (ALD). Cette part augmente avec l'âge pour atteindre le quart des arrêts chez les plus de 60 ans (**Graphique 79**).

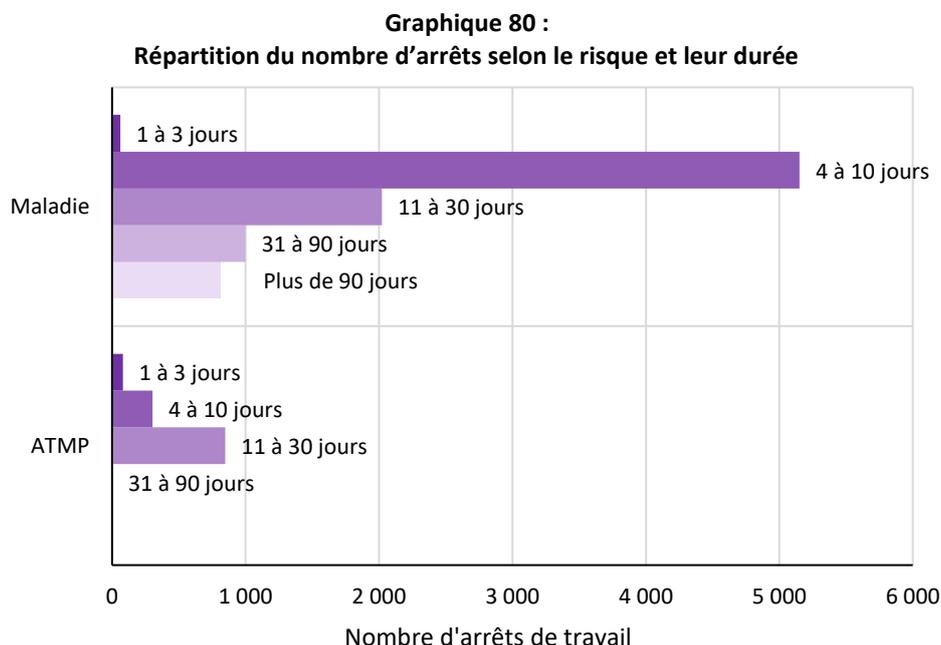
Graphique 79 :
Part des arrêts pour des bénéficiaires en ALD



Source : MSA

Plus de la moitié des arrêts sont compris entre 4 et 10 jours.

12 % des arrêts sont relatifs à un accident du travail ou une maladie professionnelle. Sur ce risque, la durée est le plus souvent comprise entre 11 et 30 jours (**Graphique 80**).



Source : MSA

L'indice de fréquence est de **21 arrêts pour 100 salariés**. Il est particulièrement élevé dans les secteurs de la transformation et de la conservation des poissons, de la viande/volaille et de la fabrication du beurre (**Tableau 41**).

Tableau 41 :
TOP 10 des codes NAF

Code NAF	Nombre de salariés 2022	Nombre d'arrêts	Indice de fréquence
1051C - FABRICATION DE FROMAGE	10 274	1 803	18
1039A - AUTRE TRANSFORMATION ET CONSERVATION DE LEGUMES	4 783	1 344	28
1012Z - TRANSFORMATION ET CONSERVATION VIANDE VOLAILLE	3 899	1 329	34
1051A - FABRICATION LAIT LIQUIDE ET PRODUIT FRAIS	3 473	909	26
1013A - PREPA INDUST PRODUIT A BASE VIANDE	6 137	808	13
1051D - FABRICATION AUTRES PRODUITS LAITIERS	4 030	806	20
1011Z - TRANSFORMATION ET CONSERVATION VIANDE BOUCHERIE	4 064	782	19
1020Z - TRANSFORMATION ET CONSERVATION POISSON CRUSTACE	1 082	530	49
1051B - FABRICATION DE BEURRE	1 341	483	36
1091Z - FABRICATION ALIMENT POUR ANIMAUX DE FERME	2 496	394	16

Source : MSA

Tableau 42 :
Récapitulatif de la cartographie nationale des arrêts de travail pour l'ensemble des entreprises employeurs d'au moins 50 salariés affiliés au régime agricole

	Culture, prod. animale, coopératives et support	Services financiers et assurances	Sécurité sociale, administr. et organ. assoc.	Industries alimentaires	Toutes activités
Nombre d'arrêts ³⁹	18 862	13 338	11 941	10 276	88 072
Part des entreprises (avec 200 salariés et plus)	9 %	85 %	28 %	35 %	15 %
Part des arrêts (entreprises de 200 salariés et plus)	27 %	99 %	61 %	65 %	49 %
Part des arrêts entre 4 et 10 jours	48 %	60 %	57 %	53 %	53 %
Part des arrêts des bénéficiaires en ALD	15 %	14 %	18 %	14 %	16 %
Age moyen des bénéficiaires d'arrêts de travail	42 ans	40 ans	44 ans	43 ans	42 ans
Part des femmes en arrêt	45 %	74 %	77 %	42 %	54 %
Indice de fréquence ⁴⁰	8	13	18	21	12

Proposition 13 :

Renforcer l'offre de service auprès des grands comptes (entreprises de plus de 50 salariés agricoles) avec une sensibilisation par la diffusion d'une cartographie nationale des arrêts de travail pour maladie et accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) associée à une information générale sur la réglementation des arrêts de travail ainsi que sur la prévention

Proposition 14 :

S'articuler avec ces entreprises sur la base du volontariat dans l'objectif de leur présenter leur cartographie, recueillir leurs remarques, les informer sur la réglementation des indemnités journalières et leur proposer des actions de prévention ciblées à déployer

Proposition 15 :

Evaluer dans l'objectif de généraliser l'action à destination des grands comptes

Proposition 16 :

Maîtriser les dépenses d'indemnités journalières sur les risques maladie et AT/MP, en repérant les entreprises qui présentent une volumétrie atypique d'arrêts de travail et en les accompagnant

³⁹ La période d'étude couvre les arrêts ayant débuté entre le 1^{er} juillet 2022 et le 30 juin 2023.

⁴⁰ Nombre d'arrêts pour 100 salariés.

b. L'approche globale de la prévention de la désinsertion professionnelle et du maintien en emploi en MSA

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 sont poursuivis en 2023 au sein des 35 caisses de MSA. Ce parcours permet une prise en charge individuelle des situations, de manière concertée et pluridisciplinaire.

En 2024, on observe une montée en charge des équipes collaboratives responsables de l'accompagnement des salariés en risque de désinsertion professionnelle. Suite à la mise en place de ce parcours, des actions pro-actives se développent. Ce qui permet une prise en charge précoce des situations pour prendre en charge au plus tôt le risque de perte d'emploi pour des raisons de santé.

Parallèlement la direction des statistiques et des études de la Caisse centrale de la MSA entame des démarches pour développer des outils performants, en utilisant les données de la data science, pour détecter le public à risque. L'objectif étant de définir le public à risque et de permettre aux équipes de développer des actions de prévention adaptées pour aller plus loin dans la prise en charge précoce des situations.

Pour 2025, la MSA poursuivra ses actions relatives à la prévention de la désinsertion professionnelle et au maintien en emploi.

3.6. Axe « Contrôle et lutte contre la fraude »

3.6.1. Bilan de la lutte contre la fraude 2023 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 2023, le montant du préjudice constaté (subi et évité) au titre des fraudes dans le domaine de la santé, s’élève à 6,8 millions d’euros, soit une augmentation de 17 % par rapport à 2022 (**Tableau 43**).

Cette hausse provient essentiellement des assurés suite à la détection de fraudes documentaires identitaires (préjudice évité) (**Tableau 44**). En effet, dans le cadre de la convention signée avec la Mission interministérielle de coordination anti-fraude (MICAF), la Police et la gendarmerie, une liste de faux documents est transmise tous les mois à la MSA. A cela, s’ajoutent les signalements de fraudes documentaires dans le cadre de la procédure NIA.

Tableau 43 :
Montant des fraudes et fautes constatées entre 2019 et 2023 au régime agricole

Total des fraudes et fautes constatées (préjudice subi et évité)	2019	2020	2021	2022	2023	Evolution 2022-2023
Professionnels de santé	2,8 M €	1,5 M €	4,2 M €	4,4 M €	3,4 M €	- 22 %
<i>dont transporteurs sanitaires</i>	<i>0,1 M€</i>	<i>0,1 M€</i>	<i>0,9 M€</i>	<i>0,9 M€</i>	<i>1,6 M€</i>	<i>+ 82 %</i>
<i>dont centres ophtalmologiques</i>	-	-	-	-	<i>0,4 M€</i>	-
<i>dont infirmiers DE</i>	<i>1,7 M€</i>	<i>0,8 M€</i>	<i>2,1 M€</i>	<i>1,9 M€</i>	<i>0,9 M€</i>	<i>- 54 %</i>
Etablissements de santé	1,7 M €	0,4 M €	0,1 M €	0,3 M €	0,8 M €	+ 161 %
Assurés/ayants droit	0,6 M €	0,9 M €	0,6 M €	1,2 M €	2,6 M €	+ 122 %
Total	5,2 M €	2,8 M €	5,0 M €	5,9 M €	6,8 M €	+ 17 %

Source : Bilan LCTI MSA 2023

En 2023, les montants de fraudes détectées des professionnels de santé (PS) concernent essentiellement quatre professions :

- les transporteurs sanitaires pour 1,6 M€ (contre 909 K€ en 2022), soit 48 % de la fraude des PS,
- les infirmiers pour 887 K€ (contre 1,9 M€ en 2022), soit 26 % de la fraude des PS,
- les centres ophtalmologiques pour 361 K€, soit 11 % de la fraude des PS,
- les pharmaciens pour 148 K€ (contre 209K€ en 2022), soit 4 % de la fraude des PS.

Pour les professionnels de santé, il est à noter la forte augmentation en 2023 des fraudes/fautes détectées concernant les transporteurs, soit 82 % d’augmentation qui est due à la détection de 2 gros dossiers de fraudes, et une baisse de 54 % des fraudes/fautes des infirmiers. Pour ces derniers, il faut noter que si le nombre de fraudes/fautes détectées est sensiblement équivalent entre 2022 et 2023, le montant de la fraude par dossier est bien inférieur. Les actions menées avec le réseau MSA en matière de lutte contre la fraude des infirmiers commencent à porter leurs fruits.

En matière de typologies de fraudes ou fautes détectées en **montant**, sept typologies concentrent 86 % du montant total (**Tableau 44**) :

- la fraude à la tarification et à la facturation des professionnels de santé (31 %),
- la sur cotation ou le non-respect de la NGAP et de la réglementation (20 %),
- la fraude documentaire identitaire (18 %),
- la fraude à l'identité (7 %),
- la fraude par dissimulation d'une activité rémunérée (4 %),
- la fraude documentaire non identitaire (3 %),
- la fraude aux actes ou services fictifs, produits non délivrés ou la facturation non-conforme à la prescription (3 %).

Tableau 44 :
Ventilation par typologie de fraudes et fautes en montant en 2023

Typologie	% Montant
Fraude à la tarification et à la facturation	31,49 %
Sur cotation, non-respect de la NGAP et de la réglementation	19,82 %
Fraude documentaire identitaire	18,11 %
Fraude à l'identité	6,84 %
Dissimulation d'une activité rémunérée	3,53 %
Fraude documentaire non identitaire (ordonnances, feuilles de soins, bordereaux de facturation...)	2,93 %
Actes ou services fictifs, produits non délivrés, facturation non-conforme à la prescription	2,79 %
Fraude sur la qualité du PS : exercice sans qualification, avec une interdiction, à l'agrément, aux véhicules, au personnel, ...	2,50 %
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	2,36 %
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	1,89 %
Fraude à la nationalité	1,78 %
Fraude à l'état de santé	1,34 %
Fraude aux ressources (minorations)	0,92 %
Fraude à la résidence en France	0,89 %
Non déclaration ou fausse déclaration concernant le décès	0,81 %
Fraude aux revenus ou rémunérations (surévaluations)	0,35 %
Fraude à la constitution des droits (activité)	0,35 %
Fraude documentaire non identitaire	0,33 %
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les IJ	0,33 %
Fraude à la résidence hors de France	0,23 %
Fausse déclaration CMU de base et complémentaire (ressources)	0,13 %
Absence au domicile lors du passage du contrôleur	0,11 %
Fraude aux actes ou services	0,05 %
Fraude aux soins à l'étranger (soins fictifs, absence d'autorisation préalable, ...)	0,05 %
Fraude à la composition familiale	0,04 %
Fraude à l'utilisation de la carte Vitale ou de l'attestation de droits	0,01 %
Fausse déclaration CSS de base et complémentaire (ressources)	0,00 %

Source : MSA

En matière de typologies de fraudes ou fautes détectées en **nombre**, quatre typologies concentrent 86 % du montant total (**Tableau 45**) :

- la fraude à la sur-cotation et le non-respect de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et de la réglementation (40 %),
- la fraude à la tarification et à la facturation (24 %),
- la fraude documentaire identitaire (16 %),
- la fraude à l'identité (6 %).

Tableau 45 :
Ventilation par typologie de fraudes et fautes en nombre en 2023

Typologie	% Nombre
Sur cotation, non-respect de la NGAP et de la réglementation	39,66 %
Fraude à la tarification et à la facturation	23,56 %
Fraude documentaire identitaire	16,15 %
Fraude à l'identité	5,90 %
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	2,33 %
Fraude à la nationalité	1,51 %
Fraude à l'état de santé	1,42 %
Fraude aux actes ou services	1,19 %
Fraude documentaire non identitaire	1,19 %
Actes ou services fictifs, produits non délivrés, facturation non-conforme à la prescription	1,05 %
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les IJ	1,01 %
Dissimulation d'une activité rémunérée	0,82 %
Absence au domicile lors du passage du contrôleur	0,78 %
Fraude sur la qualité du PS : exercice sans qualification, avec une interdiction, à l'agrément, aux véhicules, au personnel, ...	0,73 %
Fraude à la résidence en France	0,69 %
Fraude aux ressources (minorations)	0,50 %
Fraude documentaire non identitaire (ordonnances, feuilles de soins, bordereaux de facturation...)	0,37 %
Fausse déclaration CMU de base et complémentaire (ressources)	0,27 %
Fraude à la résidence hors de France	0,18 %
Fraude aux revenus ou rémunérations (surévaluations)	0,14 %
Fraude à la constitution des droits (activité)	0,14 %
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	0,14 %
Fraude aux soins à l'étranger (soins fictifs, absence d'autorisation préalable, ...)	0,09 %
Fausse déclaration CSS de base et complémentaire (ressources)	0,05 %
Non déclaration ou fausse déclaration concernant le décès	0,05 %
Fraude à la composition familiale	0,05 %
Fraude à l'utilisation de la carte Vitale ou de l'attestation de droits	0,05 %

Source : MSA

3.6.2. Lutte contre la fraude des audio-prothésistes

La mise en place du 100 % Santé a permis à un grand nombre d'assurés de pouvoir acquérir plus facilement du matériel auditif. Cependant, il est constaté des pratiques fautives ou frauduleuses de la part de certaines sociétés d'audioprothèses.

Sur plus de 6 700 sociétés d'audioprothèses, 1 500 ont été créées entre 2020 et 2022.

En 2022, la MSA a pris en charge près de 24,5 millions € de dépenses d'audioprothèses sur un montant total facturé de 122 millions d'euros (cf **Tableaux 35 et 36**).

Au regard de l'enjeu financier que représentent les facturations d'appareils auditifs, des anomalies repérées et du nombre d'acteurs concernés (sociétés d'audioprothèses, prescripteurs et assurés), un plan national de lutte contre la fraude portant sur les facturations des matériels d'audioprothèse est mis en œuvre en MSA avec 2 volets :

- **des contrôles a priori** sur les factures présentées au remboursement, en particulier dans le cadre du tiers-payant ;
- **des contrôles a posteriori** sur des sociétés ciblées au niveau national.

Cette action s'appuie sur des échanges entre la MSA et la Cnam.

Le premier volet a été lancé dans le cadre du plan national GDR 2024. Le second volet est programmé pour la fin d'année 2024.

Proposition 17 :
Lutter contre la fraude des audio-prothésistes (en inter-régime)

3.6.3. Contrôle des praticiens réalisant des actes bucco-dentaires dans l'application des bonnes pratiques

3.6.3.1. Contrôle du respect de la cotation HBLD418 applicable aux couronnes unitaires implantoportées

Cette action dentaire inscrite au plan national GDR 2024 sera reconduite en 2025.

La facturation du code-acte HBLD418 (« pose d'une couronne dentaire implantoportée ») a connu une progression importante depuis plusieurs années, liée au développement de la réhabilitation bucco-dentaire implantoportée. Or, si la prise en charge de l'acte est possible en cas de réalisation d'une couronne unitaire, elle est non remboursable en cas de réalisation de prothèses plurales de type bridges implantoportées pour les éléments « piliers ».

L'action cible les praticiens ayant facturés 2 codes HBLD418 ou plus sur une courte période pour une même arcade dentaire.

Les premiers retours de l'action 2024 mettent en évidence des codifications et pratiques non conformes à la réglementation ; il est donc pertinent de reconduire cette action en 2025 afin de contrôler la bonne application des conditions de facturation du code HBLD418.

3.6.3.2. Respect des conditions de facturation des bilans parodontaux et des actes de DSR (Détartrage Surfaçage Radiculaire)

Cette action « paro-DSR » menée en 2024 sera renouvelée en 2025 avec un élargissement à l'accompagnement des praticiens pour les assurés bénéficiaires d'une ALD 05, 07, 13, 22, 27.

a. Contrôle par les chirurgiens-dentistes conseils du respect des conditions de facturation des bilans parodontaux et des actes de DSR pour les assurés diabétiques en ALD 08

Il s'agit d'une part de contrôler le respect de la réglementation par les chirurgiens-dentistes lors de la facturation des actes suivants :

- HBQD001 (« Bilan parodontal », pris en charge à compter du 01/04/2019 au tarif opposable de 50 €),
- HBJA003-HBJA171-HBJA634 (« Assainissement parodontal, détartrage-surfaçage radiculaire, DSR », pris en charge à compter du 18/10/2019 aux tarifs respectifs de 80 €, 160 € et 240 €, opposables),

soit 4 actes facturables à l'assurance maladie uniquement pour les assurés bénéficiant d'une ALD 08 (diabète),

et d'autre part de contrôler l'absence de facturation d'un détartrage codé HBJD001 le même jour et dans les six mois suivant la réalisation d'un DSR.

b. Accompagnement des praticiens par les chirurgiens-dentistes conseils lors de la réalisation d'un bilan parodontal et des actes de DSR pour les assurés bénéficiaires d'une ALD 05, 07, 13, 22, 27

Il s'agit de vérifier le respect de la réglementation par les chirurgiens-dentistes concernant ces mêmes actes HBQD001 et HBJA003, HBJA171, HBJA634, ainsi que l'absence de facturation d'un détartrage codé HBJD001 le même jour et dans les six mois suivant la réalisation d'un DSR, qui sont facturables à l'assurance maladie uniquement pour les assurés bénéficiant d'une des 5 nouvelles ALD ci-dessous (en sus de l'ALD 08), à compter du 25 février 2024.

La prise en charge des actes de parodontologie pour les codes ci-dessus devient possible pour les assurés suivants :

- patients en insuffisance cardiaque, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves (ALD 5),
- patients en déficit immunitaire primitif, infection par le VIH (ALD 7),
- patients avec une maladie coronaire (ALD 13),
- patients avec une polyarthrite rhumatoïde (ALD 22),
- patients avec une spondylarthrite grave (ALD 27).

3.6.4. Mutualiser le repérage des cas de fraudes entre la CCMSA et la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel Ferroviaire (CPRPF) avec la mise en place d'une convention dans le but de faciliter les échanges en matière de lutte contre la fraude

La mise en place d'une convention entre la CCMSA et la CPRPF visera le développement des échanges de données entre les deux organismes afin :

- de partager une information réciproque dans le but de vérifier ou de compléter des informations déclarées et/ou permettre la détection, par l'autre organisme, d'une fraude éventuelle.
- de mettre en œuvre une politique commune, et des actions coordonnées, en matière de poursuites judiciaires, en application de la circulaire d'instruction du 6 mai 2009 relative à la lutte contre la fraude aux prestations sociales.
- de se communiquer les informations relatives à leur plan de contrôle annuel afin de favoriser une complémentarité dans les actions menées au niveau national.

Proposition 18 :

Faciliter les échanges en matière de lutte contre la fraude en mutualisant le repérage des cas de fraudes entre la CCMSA et la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel Ferroviaire (CPRPF)

3.7. Axe « Enjeux numériques et recherche en santé »

3.7.1. Contribuer au développement du numérique en santé

Proposition 19 : Moderniser et améliorer la gestion des indemnités journalières

Le processus qui sous-tend la gestion des indemnités journalières (IJ) connaît de fortes évolutions : la mise en production de la DSN pour la déclaration du Temps Partiel Thérapeutique, une maintenance législative et réglementaire particulièrement riche (IJ unique, IJ ALD, IJ en cas de période d'activité incomplète...), les travaux liés à la circulation des données et spécialement la situation des pluri-actifs MSA-RG (chantier 13 projet « Dites-le Nous Une Fois » dont la MSA est le pilote), la mise en production de télé-services à destination des employeurs (DAT EDI, décompte IJ), sont autant de sujets qui amènent la MSA à se questionner à nouveau sur son processus de gestion des indemnités journalières.

A cette actualité s'ajoutent les actions issues des irritants constatés par les organismes gestionnaires, des améliorations portées par la dynamique des boucles qualités, les nécessaires adaptations et harmonisations liées à l'évolution des pratiques et à la disparité des situations au niveau local.

A cet égard, la MSA s'engage dans une démarche d'optimisation et de simplification (actions à gains rapides) qui vise à réunir les différents acteurs du processus de gestion des indemnités journalières : organismes locaux (services administratifs, médicaux, comptables...), directions nationales dont la réglementation et iMSA pour l'évolution du système d'information afin de traiter un certain nombre de sujets opérationnels et de proposer en sortie d'atelier et de manière consensuelle une mise à jour du processus, par de nouvelles consignes, une évolution a minima du système d'information, une évolution des contrôles et plus largement des activités et procédures.

Au cours de l'année 2024, la MSA réunira plusieurs ateliers d'optimisation sur la thématique de la modernisation et de l'amélioration des indemnités journalières : les envois tardifs, la gestion des duplicata, les congés maternité / paternité des non-salariés agricoles...

La consolidation réalisée en atelier donnera lieu à publication de nouvelles consignes de gestion, homogènes pour les caisses de MSA et au bénéfice des assurés, professionnels de santé et des employeurs.

3.7.2. Le programme METEORe

Le 2 avril 2021, les Directeurs Généraux de la CNAM et de la MSA ont signé une convention de partenariat pour la coopération et la mutualisation d'une partie de leurs systèmes d'information et des processus métier associés.

Ce programme de transformation porté sous le nom de METEORe a vocation pour les deux régimes à :

- contribuer à la gestion du risque,
- accroître leur efficacité pour transposer la législation et la réglementation dans les Systèmes d'Information (SI).

Il est centré dans un premier temps sur le périmètre des frais de santé (système d'information @tom) avec un premier palier de déploiement pour le traitement des feuilles de soins des officines pharmaceutiques.

Après trois phases pilotes (Clermont-Ferrand en octobre 2023 puis trois caisses de la région Occitanie en mars 2024 et enfin 12 CPAM couvrant toutes les régions informatiques du régime général intégrées en juin 2024) conduites avec succès, la généralisation se poursuit d'ici fin 2024 pour toutes les CPAM et fin 2025 pour les régimes partenaires de la CNAM.

A mi 2024, plus d'un million de factures journalières « Pharmacie » sont désormais traitées par le moteur @tom pour le seul régime général, représentant plus de 16,4 millions de bénéficiaires avec un taux de rejet de 0,4 %.

A l'issue de cette 1^{ère} phase de déploiement dans toutes les CPAM, une seconde phase permettra d'élargir le dispositif, toujours sur le périmètre de la pharmacie, à de nouveaux services :

- Le contrôle inter-facture avec une augmentation progressive de la profondeur de l'historique de contrôle de double facture pour atteindre 27 mois à terme (90 jours actuellement en CPAM, 27 mois en MSA) adossé à la solution de contrôle de double facture actuellement déployée dans le SI MSA.
- Une nouvelle solution de surveillance des factures avant paiement, co-construite Cnam/MSA sur la base d'un service existant en MSA avec notamment la gestion au niveau national des paramètres de surveillance et le renforcement de la capacité d'action des ordonnateurs et des contrôleurs en a priori.
- La conception et mise en œuvre de solutions appelant les historiques de consommation au moment de la liquidation en se basant sur des contrôles paramétrés de manière ciblée (expérimentation prévue CNAM au second semestre 2024) afin de détecter les atypies de consommation et de facturation et de contribuer à la lutte contre la fraude.

Le déploiement à tous les régimes partenaires de la CNAM (CANSSM, CAVIMAC, CNMSS, ENIM, CRPCEN, MGP, INTERIALE, CAMIEG) sera opéré progressivement sur 2024 et 2025 pour se terminer fin 2025 avec la MGEN.

Au niveau métier, le processus de maintenance conjoint entre la CNAM et la MSA mis en œuvre pour étudier les impacts des évolutions réglementaires et conventionnelles sur le SI partagé, désormais totalement opérationnel et éprouvé, sera étendu dès début 2025 sur une partie du périmètre des soins de ville.

Dans la continuité de 2024, 2025 verra se renforcer la mise en place de stratégies communes Cnam/MSA de contrôle des prestations et de contrôles comptables et financiers sur le périmètre METEORe. Elles consistent à définir l'ensemble des modalités et orientations stratégiques et opérationnelles permettant d'optimiser les règles de gestion qui seront implémentées dans le SI et les pratiques qui permettent de gérer la performance du système de remboursement.

Enfin, 2025 devrait voir se concrétiser les phases exploratoires d'extension du partenariat METEORe à de nouveaux champs : partage de l'outil de gestion de l'invalidité, de l'outil de gestion des rentes, contribuant ainsi à l'équilibre du partenariat entre la CNAM et la MSA.

3.7.3. Développer des travaux de recherche en partenariat

❖ Les actions issues du processus Appels à Projets scientifiques

Afin d'enrichir et appuyer scientifiquement sa connaissance des populations et territoires ruraux, de porter de manière documentée et respectueuse de la rigueur méthodologique de construction de ses actions en direction de l'ensemble des ressortissants du régime agricole, la MSA mettait en place en 2018 son Conseil Scientifique (CS).

En 2020, un premier Appel à Projets scientifiques (AAP) MSA 2020 lancé sur la base d'axes de recherche définis par le Comité d'Orientation Scientifique (COS) de la MSA, avait permis de retenir 7 projets de recherche, donnant lieu à autant de conventions de subvention, signées pour une durée maximale de 2 ans, entre les équipes lauréates et la CCMSA.

L'Appel à projets scientifiques est depuis reconduit annuellement, contribuant fortement à l'enrichissement des relations partenariales avec les nombreuses équipes de recherches issues du milieu académique et institutionnel.

L'édition 2023

Ainsi pour 2023, la MSA a privilégié une **approche exploratoire multiple**, en 6 axes, en écho aux problématiques récurrentes ou émergentes rencontrées sur les territoires ruraux : questions de l'exposition aux produits phytopharmaceutiques, celles suscitées par l'emploi agricole toutes structures confondues (exploitations agricoles, emploi salarié), sécurité alimentaire, enjeux énergétiques. La MSA maintient également sa recherche constante d'une meilleure connaissance de la santé mentale et du risque suicidaire, thématique prégnante et aujourd'hui priorisée par le régime agricole de protection sociale :

- Axe 1 : 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 2 : Analyses et perspectives de l'organisation des professionnels de santé sur les territoires ruraux
- Axe 3 : Production agricole, alimentation et développement durable : perspectives qualitatives et sécuritaires pour la population
- Axe 4 : Les déterminants de l'attractivité des emplois agricoles : recruter et fidéliser les salariés et les associés, favoriser les transmissions des exploitations et les installations
- Axe 5 : Enjeux énergétiques et financiers : quelles conséquences sur la protection sociale agricole ?
- Axe 6 : Détermination, validation, études de biomarqueurs d'exposition aux produits phytopharmaceutiques pour une politique de prévention des risques en santé.

Cette 4^{ème} édition a permis de retenir 5 projets d'une durée maximale de 2 ans, pour financement par la MSA :

- **CAGRIMENT** : « Favoriser le développement de la Capacité d'AGir des agRIculteurs pour améliorer leur santé MENTale » (Axe 1),
- **OCTASAM** : « Organisation Collective du Travail Agricole et SAnité Mentale » (Axe 1),
- **P-PLURIVER** : « Pratiques Pluriprofessionnelles de santé et Interventions sur les modes de Vie dans les Espaces Ruraux » (Axe 2),
- **SANTE-RURALITE** : « S'installer et travailler dans un « désert médical » ; Initiatives locales, qualité de vie et conditions de travail en structures d'exercice coordonné en région Auvergne-Rhône-Alpes (Axe 2),
- **TRAVERSER** : « TRAVail en élevage, Épreuves et Ressources face à la SÉcheresse en Région Bourgogne-Franche Comté » (Axe 1).

Proposition 20 :

Développer des travaux de recherche sur les thématiques en lien avec le mal-être/bien-être, les transitions agro-écologiques, l'exercice coordonné en milieu rural et l'exposition aux produits phytopharmaceutiques

Une édition 2024, actuellement en cours, appelle l'attention des équipes de recherche **sur 5 axes** :

- Axe 1 : Mal-être / bien-être en agriculture
- Axe 2 : Qualité de vie au travail de la main-d'œuvre agricole
- Axe 3 : Risques et facteurs de santé dans les transitions agro-écologiques
- Axe 4 : Exercice coordonné en milieu rural et impact sur la prise en charge sanitaire
- Axe 5 : Outils et évaluation pour la réduction des expositions aux produits phytopharmaceutiques

Pour cette édition 2024, les projets lauréats seront connus en septembre 2024, après la validation finale du Conseil d'Orientation Scientifique.

❖ Les résultats produits par les équipes de recherche

La MSA dispose progressivement des résultats de projets produits dans le cadre des AAP précédents. En plus de ceux mentionnés à l'occasion du dernier Rapport Charges et Produits MSA 2024 relatifs notamment à des questions de santé mentale : MENTAGRO, MOSA et STOP, de nouveaux résultats sont aujourd'hui disponibles :

ELTA2W - Eleveurs tâcherons en abattoir. Un double métier ?

Le projet porte sur l'analyse des pratiques alternatives d'abattage dans deux abattoirs coopératifs (Le Vigan dans le Gard et Guillestre dans les Hautes-Alpes) **et de leurs impacts sur la santé mentale et physique des éleveurs**. Dans les deux cas, les éleveurs ont repris la gestion de l'abattoir avant d'éviter une fermeture qui fragiliserait leurs activités, voire porterait atteinte à la pérennité de leurs fermes. Cette solution conduit les éleveurs à revenir sur la scission entre élevage et abattage et à intégrer dans leur travail la partie abattage qui était jusqu'à présent dévolue aux abattoirs.

<https://lebimsa.msa.fr/prevention/eleveurs-tacherons-un-double-metier/>

COMEFFAS - Comprendre les effets d'un dispositif expérimental d'accompagnement social et sanitaire, visant l'amélioration de l'accès aux soins des populations agricoles précaires

Le projet porte sur une expérimentation mise en place par la MSA du Poitou en direction d'assurés actifs précaires **présentant une problématique d'accès aux soins de santé**. L'objectif de la recherche est d'analyser, de manière qualitative, les effets de ce dispositif expérimental pour ses bénéficiaires et pour le territoire sur lequel il va initialement prendre forme.

Le projet propose de mettre en lumière les effets sur **l'accès aux soins de santé des personnes accompagnées mais également sur les actions existantes au niveau du territoire**, pour ensuite **déterminer le degré d'adéquation** entre les effets escomptés et les effets obtenus et **pointer les effets inattendus**.

En termes de résultats, cette recherche a permis de questionner les postulats sur lesquels repose l'expérimentation, à savoir notamment l'existence d'une population agricole précaire aux besoins de soins non satisfaits.

En endossant une approche par les « publics », cette recherche apporte des éléments d'éclairage sur le rapport aux soins et à la santé des populations ruralo-agricoles, dans un contexte de raréfaction de l'offre médicale dans certains territoires. Comme d'autres travaux antérieurs, elle invite d'ailleurs à parler plutôt des *rapports aux soins et à la santé* au sein de cette population, selon l'âge, la situation par rapport à l'emploi, le niveau de précarité et la situation familiale notamment, ainsi que selon le type de soins et les territoires dont il est question.

SANTIM- Santé des immigrés en milieu rural. Comprendre les besoins d'une population méconnue.

L'enquête **SANTIM** vise à comprendre les besoins et recours aux institutions de santé des populations immigrées, dans des espaces ruraux en déclin démographique et à l'offre de soins peu dense. Il s'agit tout d'abord de saisir statistiquement les profils sociaux des travailleurs immigrés dans les espaces ruraux, et plus particulièrement dans les zones enquêtées.

Ce projet questionne les liens entre intégration sociale et conditions de santé des immigrés, d'abord au travail, mais aussi en dehors. À partir d'une enquête complémentaire sur les institutions de santé, l'enjeu sera aussi de cerner les facteurs sociaux du recours ou non-recours aux institutions de santé.

3.7.4. Renforcer la stratégie du régime agricole en matière d'*open data* en santé

Les outils numériques et les avancées technologiques en la matière offrent d'importantes potentialités pour sécuriser l'information statistique et accompagner la modernisation de l'action publique. En ce sens, le traitement et la diffusion des données de la MSA constituent un véritable enjeu stratégique.

S'inscrivant dans la stratégie d'*open data*, la MSA met à disposition les données qu'elle produit dans des formats directement exportables et manipulables par les chercheurs, le grand public et les partenaires institutionnels. Une convention de versement de données au centre d'accès sécurisé aux données (CASD) du Groupe des écoles nationales d'économie et statistique (GENES) a été signée permettant à la CCMSA de mettre à disposition de nombreux jeux de données à destination des chercheurs. Cette accessibilité élargie des données permet de répondre aux exigences de production, d'utilisation et de diffusion des statistiques publiques.

Par ailleurs, l'outil de cartographie dynamique GéoMSA (<https://geomsa.msa.fr>), permettant de visualiser les données de la MSA, est mis à disposition du grand public avec plus de 700 indicateurs disponibles et 6 modules spécifiques permettant aux caisses de MSA de réaliser leur diagnostic territorial quantitatif.

L'objectif de valorisation des données de la MSA s'est également traduit par le développement d'un site internet dédié aux données statistiques et aux publications (<https://statistiques.msa.fr>). La MSA a complètement rénové son site internet de diffusion des productions statistiques en juin 2024.

Afin de renforcer encore sa stratégie d'*open data* et valoriser les données de santé du régime agricole, **la MSA développera une solution de datavisualisation**. De manière plus détaillée, les travaux prévus consisteront à proposer deux récits visant à mettre en valeur les données de santé :

- **1^{er} récit** sur les territoires et l'accessibilité aux soins. L'approche statistique des espaces ruraux sera enrichie d'éclairages sur les inégalités territoriales d'accès aux soins.
- **2^{ème} récit** sur les pathologies des populations MSA.

Proposition 21 :

Déployer un site de datavisualisation des données de santé du régime agricole

Annexes

Annexe 1 : Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2024

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

Proposition	Etat d'avancement
1. Réaliser des entretiens motivationnels addictions (alcool) dans le cadre des Instants santé MSA	Action engagée (cf Partie 3.1.1.)
2. Refondre les Instants santé Jeunes des 16-24 ans	Action engagée (cf Partie 3.1.1.)
3. Réaliser des actions « d'allers » dans le cadre des dépistages organisés des cancers	Action engagée (cf Partie 3.1.1.)
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	Travaux en cours. Rédaction en cours par les 3 partenaires (DSST de la CCMSA, DGER du MASA et DGT du MTSS) du projet de 4 ^{ème} édition de la « convention cadre nationale pour l'intégration de la Santé Sécurité au Travail dans l'enseignement agricole » (2024-2029).
5. Encourager le développement des Marpa (Maisons d'Accueil et de Résidence pour l'Autonomie) et favoriser le Sport santé adapté	Action engagée. 30 projets de création. 3 ouvertures de Marpa, 30 séances de judo adapté à la prévention des chutes, 10 actions de tennis santé et 100 actions de gym douce.

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

Proposition	Etat d'avancement
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	Action réalisée. La MSA a enrichi 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. 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. Les indicateurs sont disponibles à différentes mailles géographiques allant de la commune pour certains jusqu'à la région. Le module mal-être sur GéoMSA est disponible à partir de : https://geomsa.msa.fr
7. Renforcer le maillage territorial d'acteurs de la lutte contre le mal-être agricole	Action réalisée. Réalisation 1 ^{er} bilan complet PMEA janvier 2022/juin 2023. Bilan des formations sentinelles sur 2023. Evaluation qualitative de février 2024.

8. Développer et encourager les liens avec les acteurs de la prévention du mal-être agricole	Action réalisée. Signature AlloAgri en octobre 2023. Travail sur une convention avec FNEDT qui sera signée à l'été 2024. Groupe de travail MSA sur l'approche partenariale. Outillage fiche ressource type pour constituer un « annuaire ». Partenariat avec Agrica formalisé convention pour 2024 : AAP et formation. Travail sur les complémentarités avec les cellules Agridiff. La coop agricole a rejoint le dispositif sentinelles agricole officiel piloté par la MSA (anciennement Agrisentinelles pour le dispositif de la coop agricole).
9. Encourager une dynamique de capitalisation sur les actions locales de prévention du mal-être agricole	Action réalisée. Essaimage, AAP et mise à disposition d'outils.

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

Proposition	Etat d'avancement
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	Action engagée. La MSA contribue à la mise en œuvre sur les territoires des programmes et actions déclinant les priorités définies par les pouvoirs publics. La MSA contribue à développer les nouvelles organisations pour favoriser la coordination interprofessionnelle et garantir l'accès à des parcours de soins de qualité dans les territoires ruraux. Elle accompagne le développement des structures d'exercice coordonné et les projets de Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). La MSA a accompagné 217 projets de création d'organisation coordonnée cumulés depuis janvier 2020, répartis ainsi : - 137 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, - 68 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, - 2 Centres de Santé Pluriprofessionnels, - 10 Equipes de Soins Primaires. L'accompagnement en ingénierie de projet est réalisé par les caisses de MSA, en concertation avec les Agences Régionales de Santé et l'Assurance Maladie. Suite à la signature de la convention avec AVEC santé en avril 2023, plusieurs actions communes seront démarrées en 2024, notamment la capitalisation d'organisation professionnelle en milieu rural. Aux côtés de la DGOS, de la CNAM et d'AVEC santé, la MSA participe aux travaux sur l'accompagnement des MSP lancés en juin 2023 suite au plan 4 000 MSP. L'ensemble du réseau des caisses de MSA est mobilisé au niveau régional. Pour promouvoir l'installation des professionnels de santé et faciliter l'accès aux soins en milieu rural, la MSA a conçu un séminaire interprofessionnel « Educ'Tour » avec les universités en santé (médecine, pharmacie, dentaire) et les instituts de formation (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes,...). 11 séminaires Educ'Tour ont été organisés au 31/12/2023 . La MSA propose également un accompagnement, par les caisses de MSA, aux hôpitaux de proximité et aux CPTS des territoires ruraux pour favoriser les relations entre les deux types de structures et fluidifier les parcours de santé.

En 2023, 13 régions ont déterminé l'hôpital de proximité à accompagner sur leur territoire en lien avec la ou les CPTS concernées et 11 régions ont engagé des actions d'accompagnement. Un partenariat avec l'ANAP est développé pour déployer cette expérimentation sur les territoires.

La MSA développe des actions de santé publique en Maisons de Santé Pluriprofessionnelles :

- L'éducation thérapeutique polyopathologique (ET3P)
- L'éducation Santé Familiale (ESF)
- Le forfait diététicien et psychologue

On dénombre 86 équipes éducatives partenaires formées à l'ET3P depuis 2021.

Concernant l'ESF, 14 équipes ont été formées depuis le début de l'expérimentation en Grand Est.

Concernant le forfait diététicien psychologue, on dénombre 40 conventions entre des Maisons de santé pluriprofessionnelles et les caisses de MSA.

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

Proposition	Etat d'avancement
11. Sensibiliser les professionnels de santé aux prescriptions de médicaments inappropriés chez les personnes âgées	Action engagée. Une action de sensibilisation des professionnels de santé aux prescriptions de médicaments inappropriés chez les personnes âgées, en particulier les benzodiazépines à demi-vie longue, a été inscrite au plan national de gestion du risque maladie 2024 de la MSA.
12. Contribuer à la mission « zéro patient en ALD sans médecin traitant » dans le cadre de l'inter-régime	Action engagée. La MSA a été pleinement associée aux actions pilotées par le Régime Général dans le cadre de la recherche d'un médecin traitant pour les assurés en ALD qui n'en ont pas. Ces actions ont commencé en avril 2023 et se poursuivent actuellement. Globalement et tous régimes confondus, plus de 109 000 assurés ont retrouvé un médecin traitant, soit environ 17 % des assurés ciblés au démarrage du dispositif.
13. Contribuer à l'élargissement du maintien en emploi des assurés atteints d'un cancer ou d'une maladie chronique évolutive	<p>Action engagée. Dans le cadre d'un partenariat avec « Le Nouvel Institut » (LNI), la MSA met en œuvre une expérimentation destinée à explorer de nouvelles formes de maintien dans l'emploi des salariés affectés par une maladie chronique dégénérative ou un cancer afin d'envisager le travail comme un vecteur de santé.</p> <p>Un nouveau projet porté conjointement par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) et LNI, consacré à l'expérimentation en extension d'un modèle pour un travail en santé, a été formalisé pour démarrer opérationnellement en octobre 2022. Il associe l'Agefiph, l'INCA, le FIPHFP et la MSA, chacun étant déjà partenaires de longue date avec l'ANACT autour des enjeux pluriels de la prévention de la désinsertion professionnelle.</p> <p>A ce titre, la MSA a répondu à cet appel à projets ouvert en mars 2023 en constituant un groupe de MSA volontaires.</p> <p>Dans ce cadre, l'ensemble des propositions issues du projet « travail et cancer du sein dans les entreprises et les organisations » sont affinées, font l'objet de nouvelles expérimentations, dans des configurations élargies, intégrant des contraintes nouvelles (par exemple passant de la maille entreprise à la maille territoriale) et tentent d'obtenir un portage politique plus affirmé sur des questions clés (par exemple, celle, emblématique, des alternatives au temps partiel thérapeutique telles que mises en œuvre à titre dérogatoire à la CCMSA dans le cadre de ce projet).</p>

1.5. Axe « Contrôle et lutte contre la fraude »

Proposition	Etat d'avancement
14. Contrôler les centres de santé dentaires déviants dans un cadre inter-régime	Travaux en cours. Evolution de l'action : l'ensemble des centres sur le territoire sont concernés et non uniquement ceux ciblés par le Régime Général, l'action correspond à un « contrôle de facturations ciblées des centres de santé dentaires ».
15. Contrôler les praticiens réalisant des actes bucco-dentaires dans l'application des bonnes pratiques	Action engagée. Diffusion des lettres à toutes les caisses (LTC) fin janvier 2024 pour les 3 actions dentaires. Les actions dites « HBLD418 » et « Bridge HBLD785 » sont en cours. La 3 ^{ème} action dite « Paro-DSR » sera à mettre en œuvre début septembre 2024.
16. Contrôler les facturations par les masseurs-kinésithérapeutes pour certains actes réalisés chez des patients en ALD pour broncho-pneumopathie chronique obstructive	Action engagée. Parution de la LTC relative à la phase 2 de l'action à destination du réseau le 24 juin 2024. Phase 1 déployée en 2023 : requête réalisée sur la population des masseurs-kinésithérapeutes qui ont présenté au remboursement des AMK 20 ou 28 sur la période du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2022. Sur cette période, plus de 1 300 masseurs-kinésithérapeutes ont été ciblés par la requête. Après analyse du médecin-conseil, 20 % des professionnels ciblés présentaient au moins une anomalie de facturation, ce qui représente plus de 222 000 euros d'anomalies. Au moment de la remontée des indicateurs, 58 % de ce montant était notifié. Au total, 9 dossiers ont été transmis à la LCF et 21 courriers de mise en garde envoyés. Objectif de la phase 2 : nouvelle requête sur 6 mois après notification des indus, ceci afin de pouvoir caractériser une possible réitération pour un même professionnel de santé. Pour tout nouveau professionnel de santé, mener l'étude du dossier selon la phase 1 de l'action.
17. Contrôler les facturations réalisées par les infirmiers pour certains actes	Action engagée. Message à toutes les caisses (MTC) du 27/03/2024 donnant le feu vert au démarrage de l'action pour un contrôle sur la période de la facturation de l'année 2023.
18. Contrôler les facturations des actes bilatéraux de radiologie	Travaux en cours. Changement du pilote, reprise des travaux sur les éléments méthodologiques.
19. Détecter et accompagner les assurés « méga-consomphants » de traitements substitutifs aux opiacés (TSO), et informer les médecins prescripteurs	Travaux en cours. Parution de la LTC, action en cours de déploiement par le réseau. Objectifs : lutter contre le mésusage des médicaments et prévenir les risques d'addiction aux substances psychoactives. Détection des « sur-consomphants » en recherchant les situations de mésusage et/ou d'usage détourné. Action de sensibilisation des prescripteurs, des pharmaciens et des assurés au bon usage des TSO (Buprénorphine). Vérifier la rédaction d'un protocole de soins L324-1 (désignant un médecin prescripteur et un pharmacien) afin d'accompagner les assurés. Informer les médecins prescripteurs du nomadisme médical ainsi que des consommations supra-thérapeutiques.
20. Contrôler le respect des tarifs dégressifs de location des produits de la liste des produits et prestations (LPP) remboursables	Action engagée. Une action de contrôle visant à repérer et sanctionner les fournisseurs et les pharmacies qui ne respectent pas les règles de facturation dégressive liées aux locations de fauteuils roulants et de soulève-malades a été inscrite au plan national de gestion du risque maladie de la MSA pour 2024.

1.6. Axe « Enjeux numériques et recherche en santé »

Proposition	Etat d'avancement
21. Accélérer l'adaptation des systèmes d'information en santé pour améliorer la détection, le ciblage, l'aller-vers et la personnalisation	Travaux en cours (cf Partie 3.7.1.)
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	Travaux en cours (cf partie 3.7.3.)
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)	Travaux en cours. Fin 2023, les résultats de l'étude de l'exposition des travailleurs forestiers à l'hantavirus Puumala, agent de la fièvre hémorragique à syndrome rénal, ont été valorisés. Les résultats font suspecter une possible circulation virale en Auvergne et Limousin (régions en dehors de la zone d'endémie connue) et soulignent la nécessité de mieux sensibiliser les praticiens de ville et hospitaliers au diagnostic de cette infection sur l'ensemble du territoire, et de renforcer la diffusion des messages de prévention chez les professionnels et la population générale dans les régions les plus concernées. Une étude de séroprévalence de Francisella tularensis, agent responsable de la tularémie et une étude de séroprévalence d'Anaplasma ont débuté et se termineront en 2024. D'autres projets sont en réflexion (babésiose...).

Annexe 2 : La cartographie des pathologies au régime agricole

Tableau 46 :
Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, par pathologie, en 2022

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	6 163	95,8	***	3 552	93,9	***	2 611	98,4	non-significatif
	Maladie coronaire chronique	133 306	89,1	***	79 839	87,1	***	53 467	92,2	***
	Maladie coronaire	139 469	89,4	***	83 391	87,4	***	56 078	92,5	***
	Accident vasculaire cérébral aigu	8 725	100,8	non-significatif	5 670	100,5	non-significatif	3 055	101,6	non-significatif
	Séquelle d'accident vasculaire cérébral	58 684	100,0	non-significatif	37 819	100,4	non-significatif	20 865	99,1	non-significatif
	Accident vasculaire cérébral	67 409	100,1	non-significatif	43 489	100,4	non-significatif	23 920	99,4	non-significatif
	Insuffisance cardiaque aiguë	17 777	115,1	***	13 049	117,8	***	4 728	108,2	***
	Insuffisance cardiaque chronique	63 475	117,7	***	45 361	120,9	***	18 114	110,3	***
	Insuffisance cardiaque	81 252	117,1	***	58 410	120,2	***	22 842	109,9	***
	Artériopathie périphérique	42 750	84,5	***	24 157	76,7	***	18 593	97,3	***
	Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque	161 531	112,7	***	111 689	115,9	***	49 842	106,0	***
	Maladie valvulaire	43 266	120,4	***	30 655	127,6	***	12 611	105,9	***
	Embolie pulmonaire	3 357	103,1	*	2 150	106,6	***	1 207	97,4	non-significatif
	Autres affections cardiovasculaires	30 681	119,4	***	18 646	123,7	***	12 035	113,2	***
	Maladies cardiovasculaires aiguës	34 803	106,5	***	23 566	108,3	***	11 237	102,9	***
Maladies cardiovasculaires chroniques	375 105	100,7	***	239 271	101,6	***	135 834	99,1	***	
Maladies cardiovasculaires	383 911	100,6	***	244 381	101,5	***	139 530	99,1	***	
Traitements du risque vasculaire	Traitements antihypertenseurs (hors pathologies)	443 417	105,6	***	258 833	108,4	***	184 584	101,9	***
	Traitements hypolipémiants (hors pathologies)	192 507	103,0	***	108 080	103,2	***	84 427	102,8	***
	Traitements du risque vasculaire (hors pathologies)	508 671	104,9	***	291 751	107,3	***	216 920	101,7	***
	Traitements antihypertenseurs (avec ou sans pathologies)	766 606	100,9	***	451 881	101,0	***	314 725	100,8	***
	Traitements hypolipémiants (avec ou sans pathologies)	427 609	94,6	***	236 794	91,2	***	190 815	99,1	***
	Traitements du risque vasculaire (avec ou sans pathologies)	868 179	100,0	non-significatif	502 009	99,7	***	366 170	100,4	**
Maladies cardiovasculaires et traitements du risque cardiovasculaire	821 912	102,0	***	486 896	103,0	***	335 016	100,5	***	
Diabète	Diabète insulino-traité	46 874	89,7	***	23 287	80,8	***	23 587	100,6	non-significatif
	Diabète	227 787	89,5	***	116 425	81,3	***	111 362	100,1	non-significatif

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité
Cancer du sein de la femme actif	9 853	89,6	***	4 513	80,2	***	5 340	99,3	non-significatif
Cancer du sein de la femme sous surveillance	22 236	81,2	***	12 662	76,0	***	9 574	89,2	***
Cancer du sein de la femme	32 089	83,6	***	17 175	77,1	***	14 914	92,6	***
Cancer colorectal actif	8 606	94,5	***	4 825	90,6	***	3 781	100,0	non-significatif
Cancer colorectal sous surveillance	15 368	95,3	***	9 641	92,6	***	5 727	100,3	non-significatif
Cancer colorectal	23 974	95,0	***	14 466	91,9	***	9 508	100,2	non-significatif
Cancer bronchopulmonaire actif	4 615	73,0	***	1 786	52,6	***	2 829	96,7	*
Cancer bronchopulmonaire sous surveillance	2 545	66,2	***	1 122	50,4	***	1 423	87,9	***
Cancer bronchopulmonaire	7 160	70,4	***	2 908	51,7	***	4 252	93,6	***
Cancer de la prostate actif	16 823	99,9	non-significatif	10 304	102,7	***	6 519	95,8	***
Cancer de la prostate sous surveillance	24 791	97,2	***	15 582	97,0	***	9 209	97,6	**
Cancer de la prostate	41 614	98,3	***	25 886	99,2	non-significatif	15 728	96,8	***
Autres cancers actifs	51 510	92,2	***	28 629	88,1	***	22 881	98,0	***
Autres cancers sous surveillance	56 299	92,5	***	33 442	90,8	***	22 857	95,2	***
Autres cancers	107 809	92,4	***	62 071	89,5	***	45 738	96,6	***
cancer du foie ou des voies biliaires active	1 696	80,4	***	866	71,0	***	830	93,3	**
cancer du foie ou des voies biliaires sous surveillance	1 044	80,3	***	578	74,4	***	466	89,0	**
cancer du foie ou des voies biliaires	2 740	80,4	***	1 444	72,3	***	1 296	91,7	***
cancer de l'os actif	322	91,8	non-significatif	138	80,1	***	184	103,2	non-significatif
cancer de l'os sous surveillance	584	89,6	***	292	89,2	**	292	90,1	*
cancer de l'os	906	90,4	***	430	86,0	***	476	94,7	non-significatif
cancer du col de l'utérus active	880	84,3	***	192	58,1	***	688	96,4	non-significatif
cancer du col de l'utérus sous surveillance	1 374	75,8	***	400	55,3	***	974	89,5	***
cancer du col de l'utérus	2 254	78,9	***	592	56,2	***	1 662	92,2	***
cancer du corps de l'utérus active	1 165	99,8	non-significatif	683	101,7	non-significatif	482	97,1	non-significatif
cancer du corps de l'utérus sous surveillance	2 315	101,8	non-significatif	1 480	99,6	non-significatif	835	105,8	non-significatif
cancer du corps de l'utérus	3 480	101,1	non-significatif	2 163	100,3	non-significatif	1 317	102,4	non-significatif
cancer de l'estomac active	1 160	91,6	***	642	88,1	***	518	96,2	non-significatif
cancer de l'estomac sous surveillance	1 528	95,8	*	888	88,1	***	640	109,1	**
cancer de l'estomac	2 688	93,9	***	1 530	88,1	***	1 158	102,9	non-significatif
leucémie lymphoïde, chronique ou non précisé active	1 900	101,4	non-significatif	1 111	100,9	non-significatif	789	102,1	non-significatif
leucémie lymphoïde, chronique ou non précisé sous surveillance	3 369	110,1	***	2 206	112,6	***	1 163	105,4	*
leucémie lymphoïde, chronique ou non précisé	5 269	106,8	***	3 317	108,4	***	1 952	104,1	*
leucémie myéloïde aigue active	655	92,9	*	359	89,3	**	296	97,5	non-significatif
leucémie myéloïde aigue sous surveillance	228	96,3	non-significatif	102	83,7	*	126	109,5	non-significatif
leucémie myéloïde aigue	883	93,7	*	461	88,0	***	422	100,8	non-significatif
leucémie myéloïde, chronique ou non précisé active	1 086	91,8	***	573	88,9	***	513	95,2	non-significatif
leucémie myéloïde, chronique ou non précisé sous surveillance	610	96,1	non-significatif	317	88,0	**	293	106,8	non-significatif
leucémie myéloïde, chronique ou non précisé	1 696	93,3	***	890	88,6	***	806	99,1	non-significatif
lymphome hodgkinien active	427	105,9	non-significatif	174	105,8	non-significatif	253	105,9	non-significatif
lymphome hodgkinien sous surveillance	750	98,8	non-significatif	311	98,2	non-significatif	439	99,2	non-significatif
lymphome hodgkinien	1 177	101,3	non-significatif	485	100,8	non-significatif	692	101,6	non-significatif
lymphome non hodgkinien active	3 338	94,3	***	1 879	92,6	***	1 459	96,6	non-significatif
lymphome non hodgkinien sous surveillance	4 242	94,3	***	2 616	95,7	**	1 626	92,2	***
lymphome non hodgkinien	7 580	94,3	***	4 495	94,4	***	3 085	94,3	***

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
myélome multiple et tumeur maligne à plasmocytes active	2 092	98,0	non-significatif	1 255	97,7	non-significatif	837	98,3	non-significatif
myélome multiple et tumeur maligne à plasmocytes sous surveillance	1 114	107,1	**	725	109,1	**	389	103,6	non-significatif
myélome multiple et tumeur maligne à plasmocytes	3 206	101,0	non-significatif	1 980	101,6	non-significatif	1 226	99,9	non-significatif
mélanome de la peau active	3 691	100,1	non-significatif	2 140	98,6	non-significatif	1 551	102,4	non-significatif
mélanome de la peau sous surveillance	5 875	97,2	**	3 665	98,2	non-significatif	2 210	95,6	**
mélanome de la peau	9 566	98,3	*	5 805	98,3	non-significatif	3 761	98,3	non-significatif
cancer de l'oesophage active	880	94,6	*	465	89,7	**	415	100,7	non-significatif
cancer de l'oesophage sous surveillance	635	93,7	non-significatif	335	84,9	***	300	106,0	non-significatif
cancer de l'oesophage	1 515	94,2	**	800	87,6	***	715	102,8	non-significatif
cancer de l'ovaire active	1 089	99,0	non-significatif	583	98,1	non-significatif	506	100,0	non-significatif
cancer de l'ovaire sous surveillance	1 067	96,0	non-significatif	625	97,4	non-significatif	442	94,1	non-significatif
cancer de l'ovaire	2 156	97,5	non-significatif	1 208	97,8	non-significatif	948	97,2	non-significatif
cancer du pancréas active	1 939	89,2	***	1 049	82,5	***	890	98,6	non-significatif
cancer du pancréas sous surveillance	889	83,5	***	487	75,5	***	402	95,9	non-significatif
cancer du pancréas	2 828	87,3	***	1 536	80,1	***	1 292	97,7	non-significatif
cancer de la peau (hors mélanome) active	13 719	97,5	***	9 093	97,6	**	4 626	97,1	**
cancer de la peau (hors mélanome) sous surveillance	16 812	99,6	non-significatif	11 216	99,1	non-significatif	5 596	100,6	non-significatif
cancer de la peau (hors mélanome)	30 531	98,6	**	20 309	98,5	**	10 222	99,0	non-significatif
cancer du rein active	2 555	100,8	non-significatif	1 400	100,3	non-significatif	1 155	101,5	non-significatif
cancer du rein sous surveillance	4 316	95,4	***	2 650	96,7	*	1 666	93,4	***
cancer du rein	6 871	97,4	**	4 050	97,9	non-significatif	2 821	96,5	*
cancer du système nerveux active	1 248	100,1	non-significatif	573	97,7	non-significatif	675	102,3	non-significatif
cancer du système nerveux sous surveillance	1 484	97,0	non-significatif	730	99,4	non-significatif	754	94,7	non-significatif
cancer du système nerveux	2 732	98,4	non-significatif	1 303	98,6	non-significatif	1 429	98,1	non-significatif
cancer de la thyroïde active	963	90,7	***	365	80,0	***	598	98,7	non-significatif
cancer de la thyroïde sous surveillance	3 836	92,9	***	1 821	88,7	***	2 015	97,0	non-significatif
cancer de la thyroïde	4 799	92,4	***	2 186	87,1	***	2 613	97,4	non-significatif
cancer des tissus mous active	509	90,5	**	262	89,0	*	247	92,1	non-significatif
cancer des tissus mous sous surveillance	643	84,3	***	336	79,9	***	307	89,6	*
cancer des tissus mous	1 152	86,9	***	598	83,6	***	554	90,7	**
cancer des VADS active	2 881	87,3	***	1 166	66,0	***	1 715	111,9	***
cancer des VADS sous surveillance	3 565	81,5	***	1 778	70,7	***	1 787	96,1	*
cancer des VADS	6 446	84,0	***	2 944	68,8	***	3 502	103,2	*
cancer de la vessie active	4 565	72,1	***	2 388	62,3	***	2 177	87,2	***
cancer de la vessie sous surveillance	5 921	72,5	***	3 431	65,5	***	2 490	85,0	***
cancer de la vessie	10 486	72,3	***	5 819	64,2	***	4 667	86,0	***
cancers non classés ailleurs active	4 803	89,3	***	2 521	84,6	***	2 282	95,2	**
cancers non classés ailleurs sous surveillance	6 097	88,4	***	3 284	83,6	***	2 813	94,8	***
cancers non classés ailleurs	10 900	88,8	***	5 805	84,0	***	5 095	95,0	***
Cancers actifs	88 179	92,7	***	48 342	88,6	***	39 837	98,2	***
Cancers sous surveillance	115 089	91,2	***	68 682	89,0	***	46 407	94,8	***
Cancers	197 128	92,2	***	113 375	89,3	***	83 753	96,5	***

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles			
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	
Maladies psychiatriques	Troubles psychotiques	17 880	81,0	***	5 896	64,2	***	11 984	92,9	***
	Troubles névrotiques et de l'humeur:	68 029	95,0	***	31 827	88,3	***	36 202	101,8	***
	- dont troubles maniaques et bipolaires	11 956	93,1	***	5 074	90,8	***	6 882	94,8	***
	- dont dépression et troubles de l'humeur autres que bipolaires	39 231	96,3	***	17 736	87,0	***	21 495	105,7	***
	- dont troubles névrotiques liés au stress et somatoformes	26 084	92,4	***	13 218	88,0	***	12 866	97,5	***
	Déficience mentale	5 216	91,3	***	805	41,1	***	4 411	117,5	***
	Troubles addictifs:	26 791	84,7	***	6 088	47,9	***	20 703	109,5	***
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives que l'alcool, le tabac et le cannabis	2 899	108,3	***	282	32,2	***	2 617	145,4	***
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation d'alcool	12 597	97,2	***	2 767	51,9	***	9 830	128,8	***
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation de dérivés du cannabis	1 181	80,0	***	100	24,5	***	1 081	101,2	non-significatif
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation du tabac	14 551	74,4	***	3 516	44,5	***	11 035	94,8	***
	Troubles psychiatriques débutant dans l'enfance	6 710	83,0	***	1 223	63,6	***	5 487	89,0	***
Autres troubles psychiatriques	14 009	71,6	***	5 539	59,3	***	8 470	82,7	***	
Maladies psychiatriques	118 811	88,5	***	46 235	74,8	***	72 576	100,0	non-significatif	
Traitements psychotropes (hors pathologies)	Traitements antidépresseurs ou thymorégulateurs (hors pathologies)	161 873	92,8	***	85 680	92,7	***	76 193	92,9	***
	Traitements neuroleptiques (hors pathologies)	20 106	99,6	non-significatif	11 457	97,4	***	8 649	102,6	**
	Traitements anxiolytiques (hors pathologies)	166 765	96,3	***	93 733	95,5	***	73 032	97,4	***
	Traitements hypnotiques (hors pathologies)	61 978	88,9	***	35 787	86,5	***	26 191	92,4	***
	Traitements psychotropes (hors pathologies)	301 879	94,4	***	166 532	93,5	***	135 347	95,5	***
Traitements psychotropes (avec ou sans pathologies)	Traitements antidépresseurs ou thymorégulateurs	224 274	92,6	***	115 326	90,9	***	108 948	94,6	***
	Traitements neuroleptiques	51 686	92,6	***	22 889	85,1	***	28 797	99,5	non-significatif
	Traitements anxiolytiques	214 270	94,7	***	114 413	92,0	***	99 857	97,9	***
	Traitements hypnotiques	80 279	87,4	***	43 598	83,3	***	36 681	92,8	***
	Traitements psychotropes	382 904	93,3	***	202 005	90,8	***	180 899	96,3	***
Maladies psychiatriques ou psychotropes	Maladies psychiatriques ou psychotropes	420 690	92,6	***	212 767	88,7	***	207 923	97,1	***
Maladies neurologiques	Démences (dont maladie d'Alzheimer):	63 761	94,0	***	47 723	92,6	***	16 038	98,6	*
	- dont maladie d'Alzheimer	31 772	91,1	***	23 959	89,9	***	7 813	95,0	***
	- dont autres démences	31 989	97,2	***	23 764	95,5	***	8 225	102,2	**
	Maladie de Parkinson	21 353	104,6	***	14 435	106,5	***	6 918	100,9	non-significatif
	Sclérose en plaques	4 278	84,7	***	1 477	79,2	***	2 801	88,0	***
	Lésion médullaire	4 162	87,6	***	1 740	78,6	***	2 422	95,4	**
	- dont spina bifida	164	59,9	***	32	37,5	***	132	70,1	***
	- dont paraplégie spastique héréditaire	100	74,5	***	40	68,6	**	60	79,1	*
	Myopathie ou myasthénie	2 002	78,1	***	865	73,5	***	1 137	82,1	***
	Épilepsie	26 213	100,0	non-significatif	11 617	90,8	***	14 596	108,8	***
	Autres affections neurologiques	7 932	79,3	***	3 399	71,4	***	4 533	86,5	***
	Maladies neurologiques ou dégénératives	121 773	95,1	***	76 058	92,7	***	45 715	99,4	non-significatif
Maladies respiratoires chroniques	Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	179 919	93,9	***	85 297	90,9	***	94 622	96,8	***
	Maladies respiratoires chroniques (avec ou sans mucoviscidose)	180 028	93,9	***	85 327	90,9	***	94 701	96,7	***

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles			
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	
Maladies inflammatoires ou rares ou infection VIH	Maladies inflammatoires chroniques intestinales	10 729	80,5	***	3 744	70,8	***	6 985	86,8	***
	Polyarthrite rhumatoïde ou maladies apparentées	19 000	107,0	***	11 147	112,0	***	7 853	100,5	non-significatif
	Spondylarthrite ankylosante ou maladies apparentées	10 361	87,5	***	4 331	84,7	***	6 030	89,7	***
	Autres maladies inflammatoires chroniques	12 169	93,2	***	7 023	95,8	***	5 146	90,0	***
	Maladies inflammatoires chroniques	49 959	93,6	***	25 063	95,0	***	24 896	92,2	***
	Maladies métaboliques héréditaires ou amylose	6 861	105,4	***	3 565	108,9	***	3 296	101,8	non-significatif
	Mucoviscidose	253	74,1	***	70	72,7	***	183	74,6	***
	Hémophilie ou troubles de l'hémostase graves	2 289	74,7	***	981	68,3	***	1 308	80,4	***
	- dont hémophilie	388	101,2	non-significatif	131	91,5	non-significatif	257	106,9	non-significatif
	- dont troubles de l'hémostase graves	1 901	70,9	***	850	65,7	***	1 051	75,8	***
	Maladies rares	9 387	94,9	***	4 606	96,0	***	4 781	93,7	***
	infection par le VIH	2 937	40,0	***	665	23,2	***	2 272	50,7	***
	Maladies inflammatoires ou rares ou infection VIH	61 894	88,4	***	30 157	89,3	***	31 737	87,5	***
Insuffisance rénale chronique terminale	Dialyse chronique:	2 881	81,6	***	1 560	74,1	***	1 321	92,6	***
	- dont dialyse courte	279	82,3	***	148	76,0	***	131	90,7	non-significatif
	- dont hémodialyse chronique	2 674	81,5	***	1 443	73,8	***	1 231	92,9	***
	- dont dialyse péritonéale chronique	207	83,1	***	117	78,9	**	90	89,3	non-significatif
	Transplantation rénale	111	75,9	***	41	68,5	**	70	81,1	*
	Suivi de transplantation rénale	1 705	85,7	***	674	76,6	***	1 031	92,9	**
Insuffisance rénale chronique terminale	4 697	82,9	***	2 275	74,7	***	2 422	92,4	***	
Maladies du foie ou du pancréas	Hépatite C chronique ou guérie	1 973	57,2	***	550	32,6	***	1 423	80,8	***
	- dont hépatite C chronique	320	57,2	***	77	31,3	***	243	77,4	***
	Maladies du foie (hors mucoviscidose)	17 104	77,1	***	6 678	60,9	***	10 426	92,9	***
	Maladies du pancréas (hors mucoviscidose)	9 148	91,1	***	4 267	81,8	***	4 881	101,0	non-significatif
	Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose)	25 507	81,4	***	10 676	67,8	***	14 831	95,1	***
Maladies du foie ou du pancréas (avec ou sans mucoviscidose)	25 538	81,4	***	10 686	67,8	***	14 852	95,1	***	
Autres affections de longue durée	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)-d'origine non précisée (sans code CIM-10 dans le système d'information)_ALD<31 sauf ALD 2, 4, 23, 25, 29, 30, 10 et 19	26 202	112,0	***	11 585	91,1	***	14 617	137,0	***
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)-insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	2 235	94,6	***	1 402	93,8	**	833	96,2	non-significatif
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)-hémoglobinopathies, hémolyses chroniques, constitutionnelles et acquises graves (ALD n°10, dont la drépanocytose)	399	46,9	***	133	51,1	***	266	45,1	***
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)-néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	1 884	102,5	non-significatif	744	96,1	non-significatif	1 140	107,2	**
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)-anomalies chromosomiques, séquelles d'encéphalites virales (de l'ALD n°23, dont le syndrome de Down)	1 151	74,4	***	212	51,7	***	939	82,5	***
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)-scoliose structurelle évolutive	2 012	88,5	***	742	81,6	***	1 270	93,1	**
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)-o tuberculose active, lèpre	335	59,9	***	75	31,9	***	260	80,2	***
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)-ALD n°30 tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue	3 361	80,7	***	1 904	78,5	***	1 457	83,7	***
	ALD n°31 dites hors liste	30 971	74,5	***	14 833	65,2	***	16 138	85,8	***
	ALD n°32 correspondant aux polyopathologies	5 910	76,2	***	4 286	72,4	***	1 624	88,5	***
	Trisomie 21	730	60,2	***	129	38,2	***	601	68,8	***
	Autres affections de longue durée	Affections de longue durée (dont 31 et 32) pour d'autres causes	71 067	85,4	***	33 891	73,6	***	37 176	99,9
Covid-19	Hospitalisation pour Covid-19	16 424	99,2	non-significatif	11 222	100,6	non-significatif	5 202	96,3	***
	Hospitalisation pour Covid-19, en soins intensifs	1 243	82,2	***	664	77,1	***	579	89,0	***

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...		Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
		nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité
Au moins une pathologie	Au moins une pathologie	923 275	95,3	***	484 368	92,7	***	438 907	98,4	***
Au moins une pathologie ou traitement	Au moins une pathologie ou traitement	1 277 973	97,3	***	663 419	96,0	***	614 554	98,8	***
Maternité	Maternité (avec ou sans pathologies)	28 844	93,8	***	3 183	83,9	***	25 661	95,2	***
	Maternité (hors pathologies et traitements)	25 418	96,2	***	2 850	88,3	***	22 568	97,4	***
Au moins une pathologie, traitement ou maternité	Au moins une pathologie, traitement ou maternité	1 303 391	97,3	***	666 269	96,0	***	637 122	98,7	***
Hospitalisations hors pathologies repérées (hors pathologies, traitements ou maternité)	Hospitalisations hors pathologies repérées (hors pathologies, traitements ou maternité)	144 585	100,3	non-significatif	45 053	102,0	***	99 532	99,6	non-significatif
	Hospitalisations hors pathologies repérées (avec ou sans pathologies, traitements ou maternité)	464 049	95,7	***	221 078	94,1	***	242 971	97,2	***
Au moins une pathologie, traitement, maternité ou hospitalisation	Au moins une pathologie, traitement, maternité ou hospitalisation	1 447 976	97,6	***	711 322	96,4	***	736 654	98,8	***
Traitement antalgique ou anti-inflammatoire	Traitements antalgiques (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	36 423	89,4	***	9 847	78,1	***	26 576	94,5	***
	Traitements antalgiques (avec ou sans pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	405 123	100,7	***	224 311	101,2	***	180 812	100,1	non-significatif
	Traitements AINS (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	4 838	101,0	non-significatif	1 567	98,1	non-significatif	3 271	102,4	non-significatif
	Traitements AINS (avec ou sans pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	29 716	96,9	***	12 937	96,2	***	16 779	97,5	***
	Traitements antalgiques ou anti-inflammatoires (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	39 430	90,6	***	11 068	81,3	***	28 362	94,8	***
	Traitements antalgiques ou anti-inflammatoires (avec ou sans pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	429 427	100,6	***	236 965	101,4	***	192 462	99,7	non-significatif
Traitement corticoïde	Traitements corticoïdes (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	1 501	110,6	***	688	126,7	***	813	99,9	non-significatif
	Traitements corticoïdes (avec ou sans pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	29 910	100,4	non-significatif	17 419	105,3	***	12 491	94,4	***
Pas de pathologies, traitements, maternité, hospitalisations ou traitement antalgique ou anti-inflammatoire	Pas de pathologie, traitement, maternité, hospitalisation ou traitement antalgique ou anti-inflammatoire	1 391 533	103,0	***	408 660	107,8	***	982 873	101,1	***
Pas de pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations	Pas de pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations	1 430 963	102,6	***	419 728	106,9	***	1 011 235	100,9	***
Total consommateurs régime agricole	Total consommateurs régime agricole	2 878 939	NA		1 131 050	NA		1 747 889	NA	

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
Hospitalisations DA	Endocardite	515	118,2	***	320	119,8	***	195	115,6	**
	Varices des membres inférieurs	5 391	112,3	***	2 654	127,2	***	2 737	100,8	non-significatif
	Appendicite	2 827	110,3	***	966	121,5	***	1 861	105,2	**
	Maladies de la vésicule biliaire et des voies biliaires	7 920	95,3	***	4 114	95,4	***	3 806	95,1	***
	Diverticulose de l'intestin	6 723	88,8	***	3 300	85,0	***	3 423	92,8	***
	Endoscopie digestive	62 633	84,6	***	26 080	78,7	***	36 553	89,3	***
	Hernies	13 773	99,5	non-significatif	7 051	102,6	**	6 722	96,5	***
	Hémorroïdes	2 439	81,3	***	918	74,7	***	1 521	85,8	***
	Ulcère gastroduodénal	3 587	87,0	***	2 053	82,8	***	1 534	93,2	***
	Naissance vivante	13 637	82,9	***	2 149	61,2	***	11 488	88,8	***
	Cataracte sénile	37 992	95,0	***	22 943	94,3	***	15 049	96,0	***
	Glaucome	718	79,7	***	412	80,1	***	306	79,1	***
	Pathologies ou traitements dentaires	11 268	105,5	***	2 718	98,3	non-significatif	8 550	108,0	***
	Maladies infectieuses ORL	5 419	94,0	***	1 351	86,6	***	4 068	96,7	**
	Arthroscopies, biopsies ostéo-articulaires	10 330	110,7	***	3 593	107,2	***	6 737	112,6	***
	Coxarthrose	8 542	121,1	***	5 506	134,0	***	3 036	103,0	*
	Fracture du membre inférieur	14 226	104,2	***	9 501	103,9	***	4 725	105,0	***
	Fracture du membre supérieur	8 790	103,7	***	4 014	98,1	non-significatif	4 776	108,8	***
	Gonarthrose	8 315	117,7	***	5 157	129,6	***	3 158	102,4	non-significatif
	Polytraumatisme	768	135,3	***	383	138,1	***	385	132,6	***
	Syndrome du canal carpien	8 961	120,5	***	4 650	129,6	***	4 311	112,1	***
	Bronchiolite	1 186	84,4	***	219	64,4	***	967	90,8	***
	Grippe	1 647	93,7	***	859	92,9	**	788	94,6	non-significatif
	Pneumopathie (hors grippe)	10 062	100,2	non-significatif	6 505	99,4	non-significatif	3 557	101,7	non-significatif
	Compression des racines et des plexus nerveux	900	101,2	non-significatif	393	93,1	non-significatif	507	108,4	*
	Discopathie	2 260	100,4	non-significatif	790	88,0	***	1 470	108,6	***
	Fracture du rachis	4 052	105,4	***	2 595	101,6	non-significatif	1 457	112,9	***
	Migraine	1 613	101,0	non-significatif	487	86,6	***	1 126	108,8	***
	Traumatisme crânien	6 200	99,2	non-significatif	3 686	94,4	***	2 514	107,1	***
	Biopsie prostatique	1 866	98,1	non-significatif	1 058	104,6	non-significatif	808	90,7	***
	Circoncision	1 995	65,1	***	532	61,5	***	1 463	66,5	***
	Hypertrophie bénigne de la prostate	5 166	95,7	***	2 980	97,4	non-significatif	2 186	93,5	***
Infection urologique	9 183	94,0	***	5 725	93,2	***	3 458	95,4	***	
Lithiase urinaire	5 907	96,7	**	2 689	99,2	non-significatif	3 218	94,7	***	
Obésité	Obésité	105 778	100,8	***	52 558	103,9	***	53 220	98,0	***

**Tableau 47 :
Dénombrement et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole
et les consommateurs tous régimes, par pathologie et par sexe, en 2022**

Grand groupe de pathologie, épisode de soins...	Femmes									Hommes										
	Ensemble des consommatrices du régime agricole			Non salariées agricoles			Salariées agricoles			Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles				
	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommatrices	indice comparatif	Sign.	nombre de consommatrices	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.		
Maladies cardiovasculaires	Syndrome coronaire aigu	2 111	107,1	***	1 434	108,8	***	677	103,5	NS	4 052	90,8	***	2 118	85,9	***	1 934	96,8	NS	
	Maladie coronaire chronique	41 993	98,1	***	28 847	98,0	***	13 146	98,3	*	91 313	85,5	***	50 992	82,0	***	40 321	90,4	***	
	Maladie coronaire	44 104	98,5	***	30 281	98,5	***	13 823	98,6	*	95 365	85,7	***	53 110	82,1	***	42 255	90,6	***	
	Accident vasculaire cérébral aigu	4 245	104,0	***	3 025	103,8	**	1 220	104,6	NS	4 480	98,0	NS	2 645	96,9	NS	1 835	99,6	NS	
	Séquelle d'accident vasculaire cérébral	28 528	103,5	***	20 147	105,7	***	8 381	98,6	NS	30 156	96,8	***	17 672	95,0	***	12 484	99,5	NS	
	Accident vasculaire cérébral	32 773	103,6	***	23 172	105,4	***	9 601	99,4	NS	34 636	96,9	***	20 317	95,2	***	14 319	99,5	NS	
	Insuffisance cardiaque aiguë	8 990	117,1	***	7 118	120,0	***	1 872	107,4	***	8 787	113,1	***	5 931	115,4	***	2 856	108,7	***	
	Insuffisance cardiaque chronique	32 175	120,1	***	24 951	123,0	***	7 224	110,9	***	31 300	115,3	***	20 410	118,4	***	10 890	109,9	***	
	Insuffisance cardiaque	41 165	119,4	***	32 069	122,3	***	9 096	110,2	***	40 087	114,8	***	26 341	117,7	***	13 746	109,7	***	
	Artériopathie périphérique	15 665	95,0	***	10 915	95,1	***	4 750	94,7	***	27 085	79,4	***	13 242	66,2	***	13 843	98,2	**	
	Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque	73 261	113,7	***	55 268	117,4	***	17 993	103,9	***	88 270	111,8	***	56 421	114,6	***	31 849	107,2	***	
	Maladie valvulaire	19 678	121,8	***	15 142	129,0	***	4 536	102,6	*	23 588	119,3	***	15 513	126,3	***	8 075	107,9	***	
	Embolie pulmonaire	1 673	101,8	NS	1 163	105,0	*	510	95,3	NS	1 684	104,3	*	987	108,6	***	697	98,9	NS	
	Autres affections cardiovasculaires	12 444	127,1	***	8 387	136,5	***	4 057	111,3	***	18 237	114,6	***	10 259	114,9	***	7 978	114,3	***	
	Maladies cardiovasculaires aiguës	16 414	110,3	***	12 280	112,6	***	4 134	104,0	**	18 389	103,3	***	11 286	103,9	***	7 103	102,3	*	
	Maladies cardiovasculaires chroniques	158 560	106,7	***	113 579	109,4	***	44 981	100,2	NS	216 545	96,7	***	125 692	95,4	***	90 853	98,5	***	
	Maladies cardiovasculaires	162 599	106,5	***	116 234	109,2	***	46 365	100,2	NS	221 312	96,7	***	128 147	95,4	***	93 165	98,6	***	
	Traitements du risque vasculaire	Traitements antihypertenseurs (hors pathologies)	242 398	105,5	***	148 735	108,7	***	93 663	100,7	**	201 019	105,8	***	110 098	108,1	***	90 921	103,2	***
		Traitements hypolipémiants (hors pathologies)	98 428	103,0	***	58 230	104,4	***	40 198	100,9	*	94 079	103,1	***	49 850	101,9	***	44 229	104,6	***
		Traitements du risque vasculaire (hors pathologies)	273 636	104,4	***	164 379	107,2	***	109 257	100,4	NS	235 035	105,5	***	127 372	107,5	***	107 663	103,2	***
Traitements antihypertenseurs (avec ou sans pathologies)		381 551	104,1	***	240 401	105,4	***	141 150	102,0	***	385 055	97,9	***	211 480	96,4	***	173 575	99,8	NS	
Traitements hypolipémiants (avec ou sans pathologies)		182 925	99,3	***	108 868	97,9	***	74 057	101,4	***	244 684	91,3	***	127 926	86,1	***	116 758	97,7	***	
Traitements du risque vasculaire (avec ou sans pathologies)		424 447	103,0	***	261 678	104,0	***	162 769	101,4	***	443 732	97,3	***	240 331	95,4	***	203 401	99,6	**	
Maladies cardiovasculaires et traitements du risque cardiovasculaire	Maladies cardiovasculaires et traitements du risque cardiovasculaire	401 943	104,4	***	254 673	106,8	***	147 270	100,4	*	419 969	99,7	**	232 223	99,1	***	187 746	100,5	**	
	Diabète	20 302	94,6	***	10 715	86,0	***	9 587	106,5	***	26 572	86,3	***	12 572	76,9	***	14 000	97,0	***	
	Diabète	95 937	95,8	***	52 006	88,2	***	43 931	106,8	***	131 850	85,5	***	64 419	76,5	***	67 431	96,2	***	



Grand groupe de pathologie, épisode de soins...		Femmes									Hommes								
		Ensemble des consommandes du régime agricole			Non salariées agricoles			Salariées agricoles			Ensemble des consommandes du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
		nombre de consommandes	indice comparatif	Sign.	nombre de consommandes	indice comparatif	Sign.	nombre de consommandes	indice comparatif	Sign.	nombre de consommandes	indice comparatif	Sign.	nombre de consommandes	indice comparatif	Sign.	nombre de consommandes	indice comparatif	Sign.
Cancers	myélome multiple et tumeur maligne à plasmocytes active	841	92,7	**	512	89,2	***	329	98,6	NS	1 251	101,9	NS	743	104,6	NS	508	98,1	NS
	myélome multiple et tumeur maligne à plasmocytes sous surveillance	508	104,6	NS	363	110,3	*	145	92,5	NS	606	109,4	**	362	108,0	NS	244	111,6	*
	myélome multiple et tumeur maligne à plasmocytes	1 349	96,8	NS	875	96,9	NS	474	96,7	NS	1 857	104,2	*	1 105	105,7	*	752	102,1	NS
	mélanome de la peau active	1 703	108,7	***	1 049	112,2	***	654	103,5	NS	1 988	93,8	***	1 091	88,3	***	897	101,6	NS
	mélanome de la peau sous surveillance	3 144	109,4	***	2 037	112,3	***	1 107	104,5	NS	2 731	86,2	***	1 628	84,9	***	1 103	88,1	***
	mélanome de la peau	4 847	109,2	***	3 086	112,3	***	1 761	104,1	*	4 719	89,2	***	2 719	86,2	***	2 000	93,7	***
	cancer de l'oesophage active	174	93,7	NS	100	90,9	NS	74	97,9	NS	706	94,8	NS	365	89,4	**	341	101,3	NS
	cancer de l'oesophage sous surveillance	155	105,2	NS	93	101,2	NS	62	111,8	NS	480	90,5	**	242	80,0	***	238	104,5	NS
	cancer de l'oesophage	329	98,8	NS	193	95,5	NS	136	103,8	NS	1 186	93,0	**	607	85,4	***	579	102,6	NS
	cancer de l'ovaire active	1 089	99,0	NS	583	98,1	NS	506	100,0	NS									
	cancer de l'ovaire sous surveillance	1 067	96,0	NS	625	97,4	NS	442	94,1	NS									
	cancer de l'ovaire	2 156	97,5	NS	1 208	97,8	NS	948	97,2	NS									
	cancer du pancréas active	856	88,5	***	482	81,2	***	374	99,9	NS	1 083	89,7	***	567	83,6	***	516	97,6	NS
	cancer du pancréas sous surveillance	441	89,7	**	264	84,6	***	177	98,7	NS	448	78,2	***	223	67,0	***	225	93,8	NS
	cancer du pancréas	1 297	89,9	***	746	82,4	***	551	99,5	NS	1 531	86,0	***	790	78,1	***	741	96,4	NS
	cancer de la peau (hors mélanome) active	5 937	103,5	***	4 160	104,6	***	1 777	100,8	NS	7 782	93,3	***	4 933	92,4	***	2 849	95,0	***
	cancer de la peau (hors mélanome) sous surveillance	8 038	105,1	***	5 620	104,6	***	2 418	106,2	***	8 774	95,1	***	5 596	94,2	***	3 178	96,8	*
	cancer de la peau (hors mélanome)	13 975	104,4	***	9 780	104,6	***	4 195	103,9	**	16 556	94,3	***	10 529	93,3	***	6 027	95,9	***
	cancer du rein active	685	102,4	NS	386	101,3	NS	299	103,8	NS	1 870	100,3	NS	1 014	99,9	NS	856	100,7	NS
	cancer du rein sous surveillance	1 445	98,7	NS	975	103,2	NS	470	90,6	**	2 871	93,8	***	1 675	93,3	***	1 196	94,5	*
	cancer du rein	2 130	99,9	NS	1 361	102,6	NS	769	95,3	NS	4 741	96,3	***	2 689	95,7	**	2 052	97,0	NS
	cancer du système nerveux active	539	99,9	NS	231	93,0	NS	308	105,8	NS	709	100,2	NS	342	101,1	NS	367	99,5	NS
	cancer du système nerveux sous surveillance	753	94,8	NS	392	100,4	NS	361	89,5	**	731	99,3	NS	338	98,3	NS	393	100,1	NS
	cancer du système nerveux	1 292	96,9	NS	623	97,5	NS	669	96,3	NS	1 440	99,8	NS	680	99,7	NS	760	99,8	NS
	cancer de la thyroïde active	643	96,3	NS	222	83,6	***	421	104,7	NS	320	81,1	***	143	75,1	***	177	86,8	*
	cancer de la thyroïde sous surveillance	2 826	95,5	**	1 313	90,4	***	1 513	100,3	NS	1 010	86,4	***	508	84,6	***	502	88,4	***
	cancer de la thyroïde	3 469	95,6	***	1 535	89,4	***	1 934	101,2	NS	1 330	85,1	***	651	82,3	***	679	88,0	***
	cancer des tissus mous active	218	95,6	NS	103	86,9	NS	115	105,1	NS	291	87,0	**	159	90,4	NS	132	83,2	**
	cancer des tissus mous sous surveillance	287	85,4	***	150	80,0	***	137	92,2	NS	356	83,4	***	186	79,8	***	170	87,7	*
	cancer des tissus mous	505	89,5	**	253	82,7	***	252	97,7	NS	647	85,0	***	345	84,4	***	302	85,7	***
	cancer des VADS active	674	89,4	***	303	73,4	***	371	108,6	NS	2 207	86,7	***	863	63,7	***	1 344	112,9	***
	cancer des VADS sous surveillance	975	86,1	***	551	81,0	***	424	93,8	NS	2 590	79,9	***	1 227	66,9	***	1 363	96,8	NS
	cancer des VADS	1 649	87,4	***	854	78,1	***	795	100,2	NS	4 797	82,9	***	2 090	65,6	***	2 707	104,2	**
	cancer de la vessie active	828	81,2	***	490	75,3	***	338	91,5	NS	3 737	70,4	***	1 898	59,6	***	1 839	86,4	***
	cancer de la vessie sous surveillance	1 203	82,5	***	804	79,7	***	399	88,9	**	4 718	70,3	***	2 627	62,1	***	2 091	84,3	***
	cancer de la vessie	2 031	82,0	***	1 294	78,0	***	737	90,1	***	8 455	70,4	***	4 525	61,1	***	3 930	85,3	***
	cancers non classés ailleurs active	1 934	88,1	***	1 092	85,9	***	842	91,2	***	2 869	90,1	***	1 429	83,6	***	1 440	97,8	NS
	cancers non classés ailleurs sous surveillance	2 420	84,3	***	1 388	79,1	***	1 032	92,5	**	3 677	91,3	***	1 896	87,2	***	1 781	96,1	*
	cancers non classés ailleurs	4 354	86,0	***	2 480	82,0	***	1 874	91,9	***	6 546	90,8	***	3 325	85,6	***	3 221	96,8	*
	Cancers actifs	35 080	93,3	***	18 933	88,8	***	16 147	99,3	NS	53 099	92,3	***	29 409	88,6	***	23 690	97,4	***
	Cancers sous surveillance	54 709	89,7	***	32 881	87,3	***	21 828	93,7	***	60 380	92,6	***	35 801	90,6	***	24 579	95,7	***
	Cancers	87 784	91,4	***	50 610	88,2	***	37 174	96,2	***	109 344	92,9	***	62 765	90,2	***	46 579	96,7	***



Grand groupe de pathologie, épisode de soins...		Femmes									Hommes									
		Ensemble des consommatrices du régime agricole			Non salariées agricoles			Salariées agricoles			Ensemble des consommatrices du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles			
		nombre de consommatrices	indice comparatif	Sign.	nombre de consommatrices	indice comparatif	Sign.	nombre de consommatrices	indice comparatif	Sign.	nombre de consommatrices	indice comparatif	Sign.	nombre de consommatrices	indice comparatif	Sign.	nombre de consommatrices	indice comparatif	Sign.	
Maladies psychiatriques	Troubles psychotiques	6 917	80,8	***	3 107	81,8	***	3 810	80,1	***	10 963	81,0	***	2 789	51,8	***	8 174	100,3	NS	
	Troubles névrotiques et de l'humeur:	41 982	94,2	***	21 560	92,2	***	20 422	96,4	***	26 047	96,4	***	10 267	81,1	***	15 780	109,9	***	
	- dont troubles maniaques et bipolaires	6 700	92,7	***	3 008	97,3	NS	3 692	89,3	***	5 256	93,5	***	2 066	82,8	***	3 190	102,1	NS	
	- dont dépression et troubles de l'humeur autres que bipolaires	24 687	95,3	***	12 159	90,9	***	12 528	100,0	NS	14 544	98,0	**	5 577	79,5	***	8 967	114,7	***	
	- dont troubles névrotiques liés au stress et somatoformes	16 441	91,0	***	9 311	90,8	***	7 130	91,3	***	9 643	95,0	***	3 907	82,1	***	5 736	106,4	***	
	Déficience mentale	1 700	82,2	***	337	52,2	***	1 363	95,8	NS	3 516	96,4	**	468	35,6	***	3 048	130,8	***	
	Troubles addictifs:	6 995	73,9	***	1 314	40,1	***	5 681	91,9	***	19 796	89,3	***	4 774	50,6	***	15 022	118,0	***	
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives que l'alcool, le tabac et le cannabis	672	105,5	NS	91	52,0	***	581	125,7	***	2 227	109,2	***	191	27,2	***	2 036	152,3	***	
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation d'alcool	2 553	83,6	***	549	48,8	***	2 004	103,8	*	10 044	101,4	NS	2 218	52,7	***	7 826	137,2	***	
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation de dérivés du cannabis	193	70,4	***	17	33,6	***	176	78,8	***	988	82,1	***	83	23,2	***	905	107,1	**	
	- dont troubles addictifs liés à l'utilisation du tabac	4 334	66,9	***	750	34,2	***	3 584	83,6	***	10 217	78,2	***	2 766	48,4	***	7 451	101,3	NS	
	Troubles psychiatriques débutant dans l'enfance	1 811	81,7	***	358	65,8	***	1 453	86,9	***	4 899	83,4	***	865	62,8	***	4 034	89,8	***	
	Autres troubles psychiatriques	7 214	69,8	***	3 244	64,0	***	3 970	75,5	***	6 795	73,5	***	2 295	53,8	***	4 500	90,4	***	
	Maladies psychiatriques	58 480	88,0	***	27 326	83,7	***	31 154	92,1	***	60 331	88,9	***	18 909	64,9	***	41 422	107,0	***	
Traitements psychotropes (hors pathologies)	103 345	92,5	***	56 640	92,8	***	47 705	92,2	***	58 528	93,3	***	30 040	92,4	***	28 488	94,2	***		
Traitements neuroleptiques (hors pathologies)	10 716	99,0	NS	6 927	100,1	NS	3 789	97,1	*	9 390	100,2	NS	4 530	93,5	***	4 860	107,4	***		
Traitements anxiolytiques (hors pathologies)	103 920	96,5	***	61 378	97,3	***	42 542	95,4	***	62 845	96,0	***	32 355	92,3	***	30 490	100,3	NS		
Traitements hypnotiques (hors pathologies)	37 492	90,6	***	22 885	89,8	***	14 607	92,0	***	24 486	86,4	***	12 902	81,4	***	11 584	92,8	***		
Traitements psychotropes (hors pathologies)	185 702	94,7	***	106 386	94,9	***	79 316	94,3	***	116 177	94,0	***	60 146	91,1	***	56 031	97,4	***		
Traitements antidépresseurs ou thymorégulateurs	140 859	92,2	***	75 416	92,3	***	65 443	92,2	***	83 415	93,3	***	39 910	88,3	***	43 505	98,3	***		
Traitements neuroleptiques	24 840	92,2	***	13 297	94,6	***	11 543	89,6	***	26 846	92,9	***	9 592	74,7	***	17 254	107,5	***		
Traitements anxiolytiques	131 114	94,9	***	75 252	95,4	***	55 862	94,2	***	83 156	94,3	***	39 161	86,1	***	43 995	103,1	***		
Traitements hypnotiques	48 163	89,0	***	28 135	87,7	***	20 028	90,8	***	32 116	85,2	***	15 463	76,3	***	16 653	95,5	***		
Traitements psychotropes	230 342	93,5	***	129 108	93,5	***	101 234	93,5	***	152 562	93,1	***	72 897	86,4	***	79 665	100,1	NS		
Maladies psychiatriques ou psychotropes	244 182	93,0	***	133 712	92,4	***	110 470	93,7	***	176 508	92,2	***	79 055	83,1	***	97 453	101,3	***		
Maladies neurologiques	Démences (dont maladie d'Alzheimer):	43 768	94,4	***	34 329	93,7	***	9 439	97,0	***	19 993	93,2	***	13 394	89,8	***	6 599	100,9	NS	
	- dont maladie d'Alzheimer	23 196	92,8	***	18 225	92,3	***	4 971	94,6	***	8 576	86,7	***	5 734	82,9	***	2 842	95,6	**	
	- dont autres démences	20 572	96,3	***	16 104	95,4	***	4 468	99,7	NS	11 417	98,7	NS	7 660	95,7	***	3 757	105,3	**	
	Maladie de Parkinson	9 688	104,3	***	6 955	106,2	***	2 733	99,8	NS	11 665	104,8	***	7 480	106,7	***	4 185	101,6	NS	
	Sclérose en plaques	2 810	88,1	***	913	84,8	***	1 897	89,8	***	1 468	79,0	***	564	71,5	***	904	84,5	***	
	Lésion médullaire	1 518	83,3	***	681	78,9	***	837	87,4	***	2 644	90,2	***	1 059	78,5	***	1 585	100,2	NS	
	- dont spina bifida	78	62,4	***	14	41,4	***	64	70,3	***	86	57,8	***	18	35,0	***	68	69,9	***	
	- dont paralysie spastique héréditaire	38	74,2	*	19	89,3	NS	19	63,5	**	62	74,7	**	21	56,7	***	41	89,1	NS	
	Myopathie ou myasthénie	847	76,2	***	367	71,6	***	480	80,2	***	1 155	79,6	***	498	75,0	***	657	83,5	***	
	Épilepsie	10 981	97,9	**	5 571	97,4	**	5 410	98,5	NS	15 232	101,5	*	6 046	85,5	***	9 186	115,9	***	
	Autres affections neurologiques	3 344	77,4	***	1 554	73,5	***	1 790	81,1	***	4 588	80,7	***	1 845	69,8	***	2 743	90,3	***	
	Maladies neurologiques ou dégénératives	68 810	94,6	***	47 443	94,5	***	21 367	94,9	***	52 963	95,8	***	28 615	89,9	***	24 348	103,8	***	
	Maladies respiratoires chroniques	Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	78 657	90,0	***	37 813	87,6	***	40 844	92,3	***	101 262	97,2	***	47 484	93,8	***	53 778	100,5	NS
		Maladies respiratoires chroniques (avec ou sans mucoviscidose)	78 708	90,0	***	37 824	87,6	***	40 884	92,3	***	101 320	97,2	***	47 503	93,8	***	53 817	100,5	NS



Grand groupe de pathologie, épisode de soins...	Femmes									Hommes									
	Ensemble des consommandes du régime agricole			Non salariées agricoles			Salariées agricoles			Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles			
	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	
Maladies inflammatoires ou rares ou infection VIH	Maladies inflammatoires chroniques intestinales	4 786	82,8	***	1 523	73,2	***	3 263	88,1	***	5 943	78,7	***	2 221	69,3	***	3 722	85,7	***
	Polyarthrite rhumatoïde ou maladies apparentées	12 245	103,9	***	7 280	109,2	***	4 965	96,9	**	6 755	113,1	***	3 867	117,6	***	2 888	107,5	***
	Spondylarthrite ankylosante ou maladies apparentées	4 440	86,6	***	1 651	82,5	***	2 789	89,2	***	5 921	88,2	***	2 680	86,0	***	3 241	90,1	***
	Autres maladies inflammatoires chroniques	7 901	90,6	***	4 576	93,3	***	3 325	87,2	***	4 268	98,6	NS	2 447	100,9	NS	1 821	95,6	*
	Maladies inflammatoires chroniques	28 003	93,9	***	14 331	96,4	***	13 672	91,4	***	21 956	93,3	***	10 732	93,2	***	11 224	93,3	***
	Maladies métaboliques héréditaires ou amylose	2 565	99,5	NS	1 333	103,3	NS	1 232	95,6	NS	4 296	109,2	***	2 232	112,5	***	2 064	105,9	***
	Mucoviscidose	112	80,7	**	23	63,3	**	89	86,9	NS	141	69,6	***	47	78,4	*	94	65,9	***
	Hémophilie ou troubles de l'hémostase graves	983	70,6	***	422	64,4	***	561	76,1	***	1 306	78,2	***	559	71,6	***	747	83,9	***
	- dont hémophilie	59	148,3	***	22	130,0	NS	37	161,8	***	329	95,7	NS	109	86,4	NS	220	101,1	NS
	- dont troubles de l'hémostase graves	924	68,3	***	400	62,6	***	524	73,3	***	977	73,6	***	450	68,8	***	527	78,3	***
	Maladies rares	3 653	89,1	***	1 773	89,7	***	1 880	88,5	***	5 734	99,0	NS	2 833	100,5	NS	2 901	97,5	NS
	infection par le VIH	755	40,8	***	146	26,4	***	609	46,9	***	2 182	39,8	***	519	22,5	***	1 663	52,3	***
	Maladies inflammatoires ou rares ou infection VIH	32 237	90,8	***	16 174	93,7	***	16 063	88,1	***	29 657	86,0	***	13 983	84,8	***	15 674	87,0	***
Insuffisance rénale chronique terminale	Dialyse chronique:	943	84,2	***	501	72,4	***	442	103,3	NS	1 938	80,4	***	1 059	75,0	***	879	88,1	***
	- dont dialyse courte	79	77,7	**	49	80,9	NS	30	73,1	*	200	84,2	**	99	73,8	**	101	97,7	NS
	- dont hémodialyse chronique	879	84,6	***	466	72,6	***	413	104,2	NS	1 795	80,0	***	977	74,4	***	818	88,1	***
	- dont dialyse péritonéale chronique	64	79,2	*	35	70,9	**	29	92,1	NS	143	85,0	*	82	82,9	*	61	88,1	NS
	Transplantation rénale	24	59,2	***	8	59,0	non calculable	16	59,3	**	87	82,3	*	33	71,3	*	54	90,9	NS
	Suiv de transplantation rénale	506	85,5	***	188	81,1	***	318	88,3	**	1 199	85,7	***	486	75,3	***	713	95,1	NS
	Insuffisance rénale chronique terminale	1 473	84,1	***	697	74,4	***	776	95,2	NS	3 224	82,4	***	1 578	74,9	***	1 646	91,1	***
Maladies du foie ou du pancréas	Hépatite C chronique ou guérie	801	60,5	***	289	42,0	***	512	80,6	***	1 172	55,1	***	261	26,1	***	911	81,0	***
	- dont hépatite C chronique	110	61,7	***	28	36,1	***	82	81,6	*	210	55,0	***	49	29,1	***	161	75,4	***
	Maladies du foie (hors mucoviscidose)	6 173	77,3	***	2 624	65,8	***	3 549	88,9	**	10 931	77,0	***	4 054	58,2	***	6 877	95,2	***
	Maladies du pancréas (hors mucoviscidose)	3 171	92,5	***	1 915	88,4	***	1 796	97,3	NS	5 437	90,1	***	2 352	77,2	***	3 085	103,3	*
	Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose)	9 691	82,5	***	4 454	73,8	***	5 237	91,6	***	15 816	80,8	***	6 222	64,1	***	9 594	97,1	***
	Maladies du foie ou du pancréas (avec ou sans mucoviscidose)	9 702	82,5	***	4 457	73,8	***	5 245	91,6	***	15 836	80,7	***	6 229	64,1	***	9 607	97,1	***
Autres affections de longue durée	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)- d'origine non précisée (sans code CIM-10 dans le système d'information)_ALD-31 sauf ALD 2, 4, 23, 25, 29, 30, 10 et 19	12 714	107,8	***	5 822	86,8	***	6 892	135,6	***	13 488	116,3	***	5 763	95,9	***	7 725	138,3	***
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)- insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	1 176	95,7	NS	780	95,6	NS	396	96,0	NS	1 059	93,5	**	622	91,5	**	437	96,4	NS
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)- hémoglobinopathies, hémolyses chroniques, constitutionnelles et acquises graves (ALD n°10, dont la drépanocytose	192	45,6	***	66	51,5	***	126	43,1	***	207	48,2	***	67	50,7	***	140	47,1	***
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)- néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	776	106,5	*	286	96,4	NS	490	113,5	***	1 108	99,9	NS	458	95,9	NS	650	102,9	NS
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)- anomalies chromosomiques, séquelles d'encéphalites virales (de l'ALD n°23, dont le syndrome de Down	504	81,0	***	98	72,3	***	406	83,4	***	647	69,9	***	114	41,6	***	533	81,8	***
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)- scoliose structurelle évolutive	1 588	87,2	***	622	81,7	***	966	91,1	***	424	93,7	NS	120	81,1	**	304	99,8	NS
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)-o tuberculose active, lèpre	132	64,0	***	32	36,5	***	100	84,4	*	203	57,4	***	43	29,1	***	160	77,8	***
	Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)-ALD n°30 tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue	1 644	77,6	***	973	76,1	***	671	80,0	***	1 717	83,8	***	931	81,2	***	786	87,2	***
	ALD n°31 dites hors liste	18 275	75,2	***	9 567	67,4	***	8 708	86,0	***	12 696	73,6	***	5 266	61,5	***	7 430	85,5	***
	ALD n°32 correspondant aux polyopathologies	4 417	73,9	***	3 343	71,2	***	1 074	83,6	***	1 493	84,2	***	943	77,1	***	550	99,9	NS
	Trisomie 21	328	70,6	***	57	55,2	***	271	75,0	***	402	53,8	***	72	30,7	***	330	64,4	***
	Autres affections de longue durée	Affections de longue durée (dont 31 et 32) pour d'autres causes	39 074	82,8	***	20 087	72,3	***	18 987	97,8	***	31 993	88,7	***	13 804	75,5	***	18 189	102,2
Covid-19	Hospitalisation pour Covid-19	7 979	99,7	NS	5 887	102,6	*	2 092	92,6	***	8 445	98,6	NS	5 335	98,5	NS	3 110	98,9	NS
	Hospitalisation pour Covid-19, en soins intensifs	412	82,1	***	237	79,6	***	175	85,9	**	831	82,2	***	427	75,7	***	404	90,5	**



Grand groupe de pathologie, épisode de soins...	Femmes									Hommes									
	Ensemble des consommandes du régime agricole			Non salariées agricoles			Salariées agricoles			Ensemble des consommandes du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles			
	nombre de consommandes	indice comparatif	Sign.	nombre de consommandes	indice comparatif	Sign.	nombre de consommandes	indice comparatif	Sign.	nombre de consommandes	indice comparatif	Sign.	nombre de consommandes	indice comparatif	Sign.	nombre de consommandes	indice comparatif	Sign.	
Au moins une pathologie	428 023	96,7	***	239 926	96,2	***	187 714	97,4	***	495 252	94,2	***	244 094	89,6	***	250 608	99,2	***	
Au moins une pathologie ou traitement	623 566	98,6	***	340 062	99,0	***	283 511	98,0	***	654 407	96,2	***	323 369	93,1	***	331 056	99,4	***	
Maternité	Maternité (avec ou sans pathologies)	28 844	93,8	***	3 183	83,9	***	25 661	95,2	***									
	Maternité (hors pathologies et traitements)	25 418	96,2	***	2 850	88,3	***	22 568	97,4	***									
Au moins une pathologie, traitement ou maternité	648 984	98,5	***	342 912	98,9	***	306 079	98,0	***	654 407	96,2	***	323 369	93,1	***	331 056	99,4	***	
Hospitalisations hors pathologies repérées (hors pathologies, traitements ou maternité)	Hospitalisations hors pathologies repérées (hors pathologies, traitements ou maternité)	60 970	96,1	***	16 494	93,6	***	44 476	97,0	***	83 615	103,6	***	28 559	107,6	***	55 056	101,7	***
	Hospitalisations hors pathologies repérées (avec ou sans pathologies, traitements ou maternité)	214 886	94,3	***	104 879	93,7	***	110 007	95,0	***	249 163	96,9	***	116 199	94,5	***	132 964	99,1	***
Au moins une pathologie, traitement, maternité ou hospitalisation	709 954	98,3	***	359 403	98,7	***	350 551	97,9	***	738 022	97,0	***	351 919	94,1	***	386 103	99,7	**	
Traitement antalgique ou anti-inflammatoire	Traitements antalgiques (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	20 464	89,1	***	5 437	81,3	***	15 027	92,3	***	15 959	89,8	***	4 410	74,5	***	11 549	97,4	***
	Traitements antalgiques (avec ou sans pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	233 749	100,0	NS	136 711	102,9	***	97 038	96,3	***	171 374	101,7	***	87 600	98,7	***	83 774	104,9	***
	Traitements AINS (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	2 672	95,7	**	731	92,9	**	1 941	96,8	NS	2 166	108,3	***	836	103,1	NS	1 330	111,9	***
	Traitements AINS (avec ou sans pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	16 640	92,4	***	6 942	93,1	***	9 698	92,0	***	13 076	103,3	***	5 995	100,1	NS	7 081	106,1	***
	Traitements antalgiques ou anti-inflammatoires (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	22 065	90,0	***	5 958	83,0	***	16 107	92,8	***	17 365	91,3	***	5 110	79,3	***	12 255	97,5	***
	Traitements antalgiques ou anti-inflammatoires (avec ou sans pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	245 397	99,9	NS	142 574	102,8	***	102 823	96,0	***	184 030	101,6	***	94 391	99,2	***	89 639	104,3	***
Traitement corticoïde	Traitements corticoïdes (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	756	109,6	**	309	115,2	**	447	106,0	NS	745	111,7	***	379	137,9	***	366	93,3	NS
	Traitements corticoïdes (avec ou sans pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	15 521	100,4	NS	9 445	106,6	***	6 076	92,0	***	14 389	100,5	NS	7 974	103,7	***	6 415	96,7	***
Pas de pathologies, traitements, maternité, hospitalisations ou traitement antalgique ou anti-inflammatoire	573 715	102,7	***	145 113	104,3	***	428 602	102,1	***	817 818	103,1	***	263 547	109,8	***	554 271	100,3	***	
Pas de pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations	595 780	102,2	***	151 071	103,3	***	444 709	101,8	***	835 183	102,9	***	268 657	109,0	***	566 526	100,2	**	
Total consommandes régime agricole	1 305 734	NA		510 474	NA		795 260	NA		1 573 205	NA		620 576	NA		952 629	NA		



Grand groupe de pathologie, épisode de soins...		Femmes									Hommes								
		Ensemble des consommandes du régime agricole			Non salariées agricoles			Salariées agricoles			Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles			Salariés agricoles		
		nombre de consommandes	indice comparatif	Sign.	nombre de consommandes	indice comparatif	Sign.	nombre de consommandes	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.	nombre de consommateurs	indice comparatif	Sign.
Hospitalisations DA	Obésité	53 477	97,8	***	25 764	102,0	***	27 713	94,2	***	52 301	104,2	***	26 794	105,8	***	25 507	102,5	***
	Endocardite	135	108,5	NS	84	100,1	NS	51	126,1	*	380	122,0	***	236	128,8	***	144	112,3	NS
	Varices des membres inférieurs	2 990	116,8	***	1 503	144,6	***	1 487	97,8	NS	2 401	107,1	***	1 151	109,9	***	1 250	104,6	NS
	Appendicite	1 053	107,1	**	325	112,3	**	728	104,9	NS	1 774	112,3	***	641	126,9	***	1 133	105,5	*
	Maladies de la vésicule biliaire et des voies biliaires	4 196	97,4	*	2 123	99,4	NS	2 073	95,6	**	3 724	92,9	***	1 991	91,5	***	1 733	94,5	**
	Diverticulose de l'intestin	3 086	88,3	***	1 492	82,8	***	1 594	94,1	**	3 637	89,2	***	1 808	86,8	***	1 829	91,8	***
	Endoscopie digestive	26 924	84,3	***	9 784	75,4	***	17 140	90,4	***	35 709	84,8	***	16 296	80,9	***	19 413	88,4	***
	Hernies	3 298	96,5	**	1 688	101,0	NS	1 610	92,2	***	10 475	100,5	NS	5 363	103,1	**	5 112	98,0	NS
	Hémorroïdes	928	84,9	***	302	75,4	***	626	90,4	**	1 511	79,2	***	616	74,4	***	895	82,8	***
	Ulcère gastroduodénal	1 523	90,2	***	976	89,0	***	547	92,5	*	2 064	84,7	***	1 077	77,9	**	987	93,6	**
	Naissance vivante	6 670	83,5	***	1 054	62,0	***	5 616	89,2	***	6 967	82,4	***	1 095	60,4	***	5 872	88,3	***
	Cataracte sénile	19 893	96,3	***	12 423	96,0	***	7 470	96,6	***	18 099	93,6	***	10 520	92,3	***	7 579	95,4	***
	Glaucome	297	76,6	***	175	76,2	***	122	77,3	***	421	82,0	***	237	83,3	***	184	80,3	***
	Pathologies ou traitements dentaires	5 459	105,4	***	1 347	103,3	NS	4 112	106,1	***	5 809	105,6	***	1 371	93,9	**	4 438	109,8	***
	Maladies infectieuses ORL	2 251	93,0	***	535	85,4	***	1 716	95,7	**	3 168	94,6	***	816	87,4	***	2 352	97,4	NS
	Arthroscopies, biopsies ostéo-articulaires	3 452	114,9	***	1 037	108,7	***	2 415	117,7	***	6 878	108,7	***	2 556	106,6	***	4 322	109,9	***
	Coxarthrose	3 869	105,6	***	2 537	113,1	***	1 332	93,8	**	4 673	137,8	***	2 969	159,2	***	1 704	111,6	***
	Fracture du membre inférieur	9 432	102,4	**	6 877	102,9	**	2 555	101,1	NS	4 794	108,0	***	2 624	106,4	***	2 170	110,1	***
	Fracture du membre supérieur	4 606	97,6	NS	2 566	93,8	***	2 040	103,0	NS	4 184	111,2	***	1 448	106,9	**	2 736	113,6	***
	Gonarthrose	4 140	112,4	***	2 617	122,9	***	1 523	98,0	NS	4 175	123,6	***	2 540	137,4	***	1 635	106,9	***
	Polytraumatisme	220	113,4	*	136	112,9	NS	84	114,1	NS	548	146,7	***	247	157,4	***	301	138,9	***
	Syndrome du canal carpien	4 309	116,2	***	2 207	126,8	***	2 102	106,8	***	4 652	124,9	***	2 443	132,2	***	2 209	117,7	***
	Bronchiolite	512	83,4	***	97	63,8	***	415	89,9	***	674	85,2	***	122	64,8	***	552	91,5	**
	Grippe	757	90,4	***	426	91,0	*	331	89,6	**	890	96,7	NS	433	94,8	NS	457	98,6	NS
	Pneumopathie (hors grippe)	4 621	101,2	NS	3 294	103,1	*	1 327	96,9	NS	5 441	99,4	NS	3 211	95,9	**	2 230	104,9	**
	Compression des racines et des plexus nerveux	367	93,2	NS	156	83,5	**	211	101,9	NS	533	107,5	*	237	100,7	NS	296	113,6	**
	Discopathie	896	99,0	NS	260	79,9	***	636	109,7	**	1 364	101,3	NS	530	92,5	*	834	107,8	**
	Fracture du rachis	2 266	94,1	***	1 581	90,8	***	685	102,8	NS	1 786	124,3	***	1 014	124,9	***	772	123,6	***
	Migraine	924	97,2	NS	267	84,6	***	657	103,4	NS	689	106,6	*	220	89,2	*	469	117,3	***
	Traumatisme crânien	2 911	96,4	**	2 018	95,7	**	893	98,1	NS	3 289	101,8	NS	1 668	92,9	***	1 621	112,8	***
	Biopsie prostatique										1 866	98,1	NS	1 058	104,6	NS	808	90,7	***
	Circuncision										1 995	65,1	***	532	61,5	***	1 463	66,5	***
	Hypertrophie bénigne de la prostate										5 166	95,7	***	2 980	97,4	NS	2 186	93,5	***
Infection urologique	4 703	95,8	***	3 127	96,9	*	1 576	93,7	**	4 480	92,2	***	2 598	89,1	***	1 882	96,8	NS	
Lithiase urinaire	1 592	93,8	***	596	87,5	***	996	98,0	NS	4 315	97,9	NS	2 093	103,2	NS	2 222	93,3	***	

Annexe 3 : Définitions et algorithmes des groupes de pathologies qui composent la dépense estimée

Maladies cardioneurovasculaires : Personnes atteintes par au moins une affection cardiovasculaire aigüe 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...).

Obésité : Personnes en ALD au cours de l'année n avec code CIM-10 d'obésité, ou personnes hospitalisées pour ce même motif - dans un établissement de santé non psychiatrique (MCO (DP, DR, DA, DP ou DR d'un des RUM) ou SSR (MMP, AE, DA)) ou psychiatrique (DP ou DA) - durant au moins une des 5 dernières années, ou personnes ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale bariatrique au cours d'une des 5 dernières années.

Source : CNAM, cartographie des pathologies et des dépenses, version G11

Annexe 4 : Facteurs de risque du suicide, méthode du modèle de Cox, classifications inter-régimes et intra-MSA

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,
- Ruralité (grille communale de densité à 7 niveaux de l'INSEE).

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 entre 2018 et 2021. 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.

Classifications inter-régimes et intra-MSA

Clé de lecture – Clusters

Pour éviter toute mauvaise interprétation, lire attentivement les lignes suivantes.

Les clusters ressortent les **caractéristiques** les plus remarquables ; mais tous les individus d'un même cluster ne disposent pas tous des mêmes caractéristiques. Il est même probable qu'un individu du cluster X ne présente pas les caractéristiques les plus symboliques.

La taille des bulles au sein des clusters représente quant à elle le poids d'une modalité. Le poids est d'autant plus important que la valeur moyenne de cette modalité au sein du cluster est éloignée de la moyenne au sein de l'ensemble de la population.

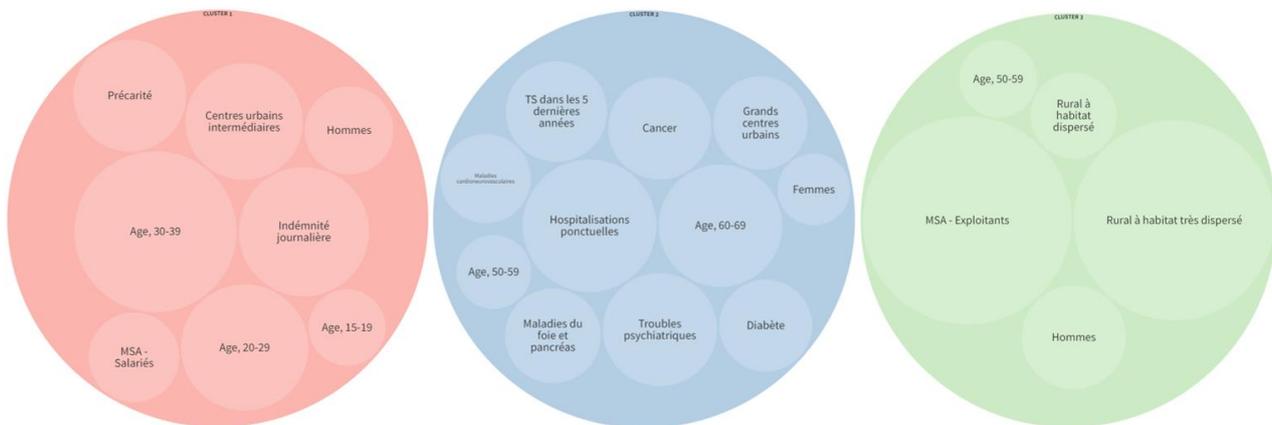
Ainsi, pour illustrer ces propos, nous pouvons prendre l'exemple du cluster 3 (en vert) du **graphique 81**. Les individus de ce cluster présenteront **généralement** les spécificités suivantes :

- Un âge compris entre 50 et 59 ans,
- Être un homme,
- Affilié au régime de la MSA en tant qu'exploitant,
- Habitant en milieu rural (dispersé ou très dispersé).

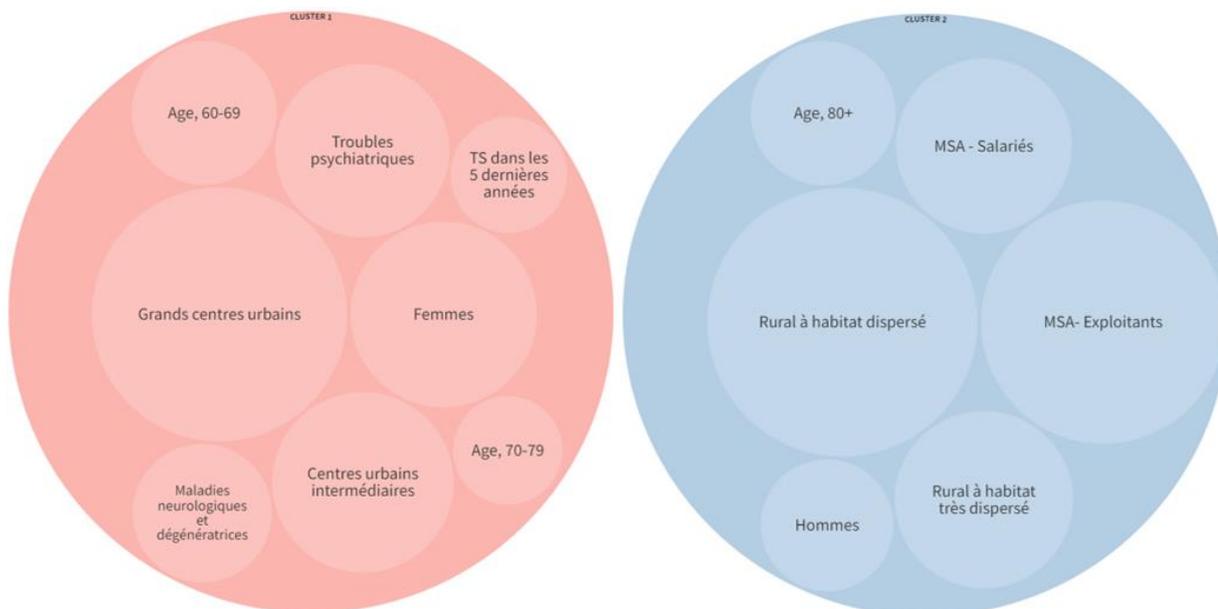
Pour autant, il est possible que des individus de ce même groupe présentent d'autres caractéristiques. Par exemple, être jeune, entre 20 et 29 ans, citadin et du genre féminin.

Néanmoins, ils ne sont pas majoritaires.

Graphique 81 :
Caractéristiques des clusters inter-régimes, population 15-64 ans, période 2018-2021



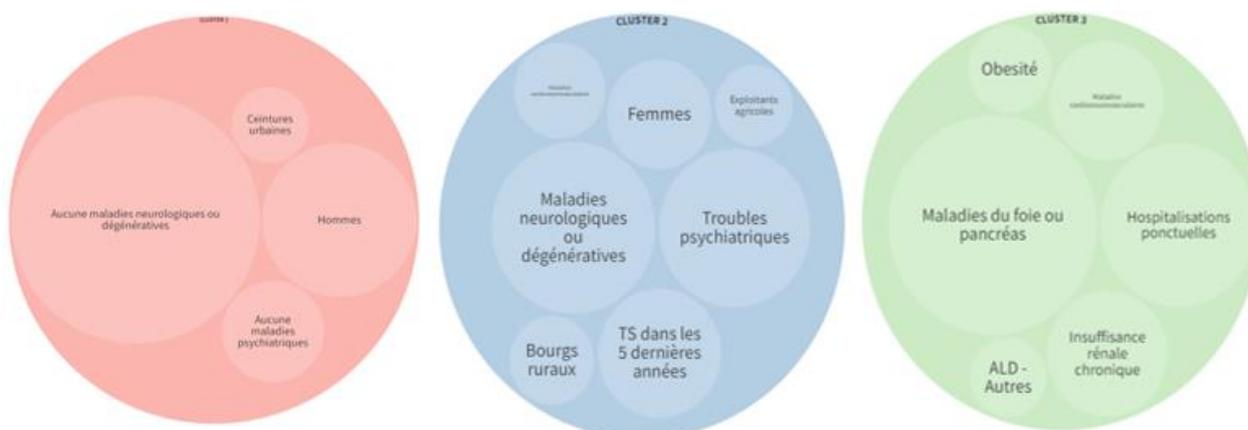
Graphique 82 :
Caractéristiques des clusters inter-régimes, population 65 ans et plus, période 2018-2021



Graphique 83 :
Caractéristiques des clusters intra-MSA, population 15-64 ans, période 2018-2021



Graphique 84 :
Caractéristiques des clusters intra-MSA, population 65 ans et plus, période 2018-2021



Annexe 5 : Les actions du plan national GDR maladie 2023

Les actions du plan GDR national MSA 2023 comportait 24 actions déclinées autour de 6 axes :

- Prévention (4 actions)
- Structuration de l'offre de soin (3 actions)
- Pertinence et efficacité des produits de santé (3 actions)
- Pertinence et qualité des actes (2 actions)
- Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail (2 actions)
- Contrôle et lutte contre la fraude (10 actions)

L'action inter-régime de contrôle de la T2A n'a pas été lancée pour l'année 2023.

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. 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).

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 **264 780 euros** pour l'année 2023. Au total, **9 247 assurés MSA** ont été accompagnés au titre d'un PRADO en 2023 (versus 6 461 assurés MSA accompagnés en 2022) (**Tableau 48**).

Tableau 48 :
Nombre d'assurés adhérents au PRADO et montants remboursés par le régime agricole en 2023

PRADO	Maternité	Chirurgie/ Orthopédie	Insuffisance cardiaque	BPCO	AVC	Personnes âgées
Nombre d'assurés adhérents	842	4 023	2 105	263	681	1 333
Montant (en euros)	12 630 €	120 690 €	63 150 €	7 890 €	20 430 €	39 990 €
Montant total	264 780 €					

Source : CNAM - Exploitation MSA

5.2.1.1. 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 2023, 842 assurées (versus 931 en 2022) ont adhéré au programme Prado Maternité pour un montant total de 12 630 €.

5.2.1.2. 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 2017⁴¹. 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 2023, 4 023 assurés du régime agricole (versus 3 022 en 2022) ont adhéré à ce programme pour un montant total de 120 690 €.

5.2.1.3. 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 2023, 2 105 assurés (versus 1 315 en 2022) ont adhéré à ce programme pour un montant total de 63 150 €.

⁴¹ 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.

5.2.1.4. 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 2023, 263 adhésions (versus 120 en 2022) ont été recensées pour un montant total de 7 890 €.

5.2.1.5. 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 2023, 681 assurés (versus 374 en 2022) ont adhéré à ce programme pour un montant total de 20 430 €.

5.2.1.6. Personnes âgées (PA)

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 2023, 1 333 assurés (versus 699 en 2022) ont adhéré à ce programme pour un montant total de 39 990 €.

5.2.2. Accompagnement des structures d'exercice coordonné

Cf partie 3.4.

5.2.3. Déploiement du parcours insuffisance cardiaque

Cf partie 3.5.2.2.

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).

Cette classe représente une part de plus en plus importante des remboursements de la LPP, supérieure à 8 % depuis 2018 (**Tableau 49**).

Après une baisse de 2,1 % en 2021, les remboursements repartent à la hausse en 2023 avec 42,4 millions d'euros pris en charge pour un grand appareillage (soit une hausse de 1,8 %).

Cette hausse est principalement portée par les orthoprothèses (+ 6,3 %). En revanche, les remboursements des véhicules pour handicapés (qui représente le poste majoritaire du grand appareillage) diminuent de 1,3 %.

Tableau 49 :

Montants remboursés en millions d'euros et évolution du GAO et de la LPP au régime agricole de 2015 à 2023

Montants en millions d'euros	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Véhicules pour handicapés	18,47	18,35	18,76	19,35	20,84	19,68	20,81	20,47	20,20
Prothèses oculaires et faciales	0,63	0,76	0,75	0,82	0,78	0,72	0,69	0,74	0,76
Chaussures orthopédiques	5,82	5,65	5,58	5,29	5,38	4,81	5,32	5,20	5,24
Orthoprothèses	12,94	13,49	14,31	14,65	14,87	13,81	15,71	15,22	16,18
Total GAO	37,86	38,25	39,40	40,11	41,86	39,03	42,53	41,62	42,38
Total LPP	483,00	494,00	498,69	490,01	498,53	485,54	522,71	519,37	524,00
Part GAO / LPP	7,84%	7,74%	7,90%	8,19%	8,40%	8,04%	8,14%	8,01%	8,09%
Evolution GAO	2,40%	1,03%	3,02%	1,80%	4,36%	-6,78%	8,99%	-2,14%	1,81%
Evolution LPP	2,88%	2,28%	0,95%	-1,74%	1,74%	-2,61%	7,66%	-0,64%	0,89%

Source : MSA

Les demandes préalables de prise en charge de grand appareillage orthopédique et de fauteuils roulants, ainsi que les devis des fournisseurs font systématiquement l'objet d'un avis du binôme médico-administratif du service du contrôle médical de la caisse de MSA. En 2023, plus de 17 500 demandes ont été étudiées (+ 2 % par rapport à 2022). Le taux de refus de ces demandes est de 10,5 % (10,0 % en 2022).

Ces refus ont généré une économie nette de plus de 1 736 000 euros (**Tableau 50**).

Tableau 50 :

Economies réalisées sur la base des demandes d'accord préalable de grand appareillage orthopédique, en 2023

	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	1 290	3 020 646 €	508	1 470 680 €	1 549 966 €	1 736 425 €
Accord partiel	404	186 459 €			186 459 €	

Source : MSA

Les binômes des caisses sont chargés de traiter les éventuelles situations de non-convenance d'appareillage signalées par les assurés : en 2023, 83 attestations de convenance ont été adressées à 25 caisses par les assurés, générant la convocation de 3 assurés et 40 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 / d'une sensibilisation. Le principe de l'action est de détecter systématiquement les associations médicamenteuses contre-indiquées (AMCI) et d'informer les médecins et pharmaciens des anomalies repérées par l'envoi d'un courrier.

L'objectif 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 2023, l'action a été menée sur la base de plus de 24 millions d'ordonnances de pharmacie liquidées par les caisses de MSA parmi lesquelles plus de 6 500 AMCI ont été détectées, soit un taux brut d'AMCI de 27 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 de la présence 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 1 400 courriers ont ainsi été envoyés aux médecins prescripteurs, leur signalant les nouvelles AMCI détectées, ce qui représente un taux de nouvelles AMCI de 5,9 pour 100 000.

5.3.3. Sensibilisation des prescripteurs au bon usage du Fentanyl transmuqueux

Le Fentanyl transmuqueux est un antalgique opioïde dont l'indication de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) est le traitement des accès douloureux paroxystiques chez les patients adultes recevant déjà un traitement de fond morphinique pour des douleurs chroniques d'origine cancéreuse. Le recours au fentanyl transmuqueux peut être envisagé (usage hors AMM) dans la prévention des douleurs rebelles provoquées en situation palliative, dans certaines situations spécifiques identifiées par la Haute Autorité de Santé (HAS).

L'action de contrôle des prescriptions de Fentanyl transmuqueux initiée par la MSA vise à garantir que les prescriptions respectent les indications de l'AMM, face aux préoccupations croissantes liées à l'abus et au mésusage de cet opioïde puissant, tant au niveau international qu'en France.

Une analyse préliminaire à l'action a révélé que 63 % des assurés MSA traités le sont en dehors des indications approuvées par l'AMM, attestant d'un problème potentiel de conformité des prescriptions. L'objectif principal de l'action est donc de remédier à cette situation en rappelant aux prescripteurs les indications de l'AMM et en les informant de l'arrêt de la prise en charge par la MSA lorsque les prescriptions ne les respectent pas. L'objectif secondaire de l'action est de recueillir les indications hors AMM ayant conduit à la prescription de la molécule.

En 2023, 65 % des assurés agricoles sous Fentanyl transmuqueux ne remplissaient pas les critères de l'AMM, et 29 % des prescripteurs ne suivaient pas les indications de l'AMM.

285 courriers de sensibilisation (comportant une plaquette d'information sur la prescription du fentanyl transmuqueux) ont été adressés aux prescripteurs, leur demandant de préciser l'indication de leur prescription, avec un taux de réponse de 55 %. Les situations de prescription hors AMM les plus souvent rencontrées étaient les douleurs rhumatologiques, les douleurs rebelles ou encore les pratiques sédatives chez les adultes en phase palliative. Seules 10 % des prescriptions hors AMM étaient poursuivies à 4 mois.

Cette action souligne donc la nécessité d'une surveillance continue et d'une sensibilisation des prescripteurs pour garantir une utilisation sûre et appropriée du Fentanyl transmuqueux, en conformité avec les directives de l'AMM.

5.4. Pertinence et qualité des actes

5.4.1. Gestion des demandes d'accord préalable (DAP)

L'instruction des demandes d'accord préalable est une mission essentielle des services du contrôle médical. Prévues à l'article L.315-2 du Code de la Sécurité Sociale, la procédure d'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 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, l'instruction des demandes d'AP est obligatoire concernant les produits et prestations regroupés au sein des cinq grands thèmes suivants : assistance respiratoire, traitements d'ODF, grand appareillage orthopédique, actes inscrits à la CCAM et médicaments.

Le contrôle des demandes d'accord préalable de catégorie 1 à fort enjeu a conduit les contrôles médicaux à examiner près de 80 300 demandes en 2023 contre 72 000 en 2022. 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 (**Tableau 51**).

En ce qui concerne les autres DAP (DAP de catégorie 2), leur instruction systématique est laissée à l'appréciation des caisses.

Un focus est fait ci-dessous sur les DAP de catégorie 1 relatives à des « produits de santé », comme le grand appareillage orthopédique, l'assistance respiratoire et les médicaments. Les autres DAP de la catégorie 1, relatives à des « actes », et les DAP de la catégorie 2 sont détaillées ci-après.

DAP Grand Appareillage Orthopédique

Cf Partie 5.3.1.

DAP Assistance respiratoire

Les prestations de pression positive continue (PPC - Forfait 9), de ventilation assistée inférieure à 12 heures (forfait 6), ainsi que certaines prestations d'oxygénothérapie, ont le taux le plus élevé de refus des DAP de catégorie 1, avec 11 % de refus de la prise en charge de la prestation (versus 12 % en 2022) et 4 % de refus partiels (**Tableau 51**).

En 2023, les refus médicaux, administratifs et les refus partiels ont permis d'économiser 461 674 €, soit 9 % des remboursements effectués sur les prestations de catégorie 1.

DAP Médicaments

En 2023, le périmètre du contrôle DAP médicaments s'est limité aux médicaments Repatha et Praluent (qui sont des anticorps monoclonaux indiqués pour la prise en charge thérapeutique des hypercholestérolémies), dont la prise en charge est soumise à l'accord préalable du service du contrôle médical depuis décembre 2020.

En 2023, les contrôles médicaux de la MSA ont traité 1 569 DAP de médicaments, contre 767 en 2022, soit une augmentation de 49 % au niveau de cette catégorie de demandes. 95 % des avis donnés étaient des accords de prise en charge (versus 93 % en 2022) (**Tableau 51**).

Les avis ont été donnés majoritairement par le pré-médical (947 avis, soit 60,3 %).

Tableau 51 :
Nombre de demandes d'accord préalable à fort enjeux et nature des avis rendus en 2023

	Accords		Refus Medical		Refus administratif		Refus Partiel		Total Refus	
Assistance respiratoire	14 751	85%	160	1%	1 767	10%	731	4%	2 658	15%
Grand Appareillage	17 097	90%	101	1%	1 505	8%	396	2%	2 002	10%
Dentaire (ODF)	33 237	94%	163	0%	1 881	5%	0	0%	2 044	6%
Soins (CCAM)	7 914	93%	68	1%	482	6%	43	1%	593	7%
Médicaments	1 494	95%	24	2%	46	3%	5	0%	75	5%
	72 999	91%	492	1%	5 635	7%	1 170	1%	7 297	9%

Source: MSA

Les autres DAP de catégorie 1 : Orthopédie dentofaciale et Actes CCAM

Orthopédie dentofaciale

Le domaine dentaire représente le domaine avec le plus grand nombre de DAP (35 281) car près de 44 % des DAP de catégorie 1 concernent l'orthodontie. 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 2023 sont de 1 503 839 €, soit 30 % des remboursements effectués sur les prestations de catégorie 1.

Actes de la CCAM

Au sein de la classification commune des actes médicaux (CCAM), 79 codes sont soumis à une DAP et font l'objet d'un examen systématique par les contrôles médicaux. Le taux de refus de prise en charge de ces actes est de 7 % en 2023.

Les dépenses évitées grâce à ce contrôle s'élèvent à 537 663 €, soit 11 % des remboursements effectués sur les prestations de catégorie 1.

Gestion des demandes d'accord préalable de catégorie 2

Pour les DAP de catégorie 2, à contrôle non obligatoire, les demandes les plus examinées par les contrôles médicaux concernent les transports des malades, qui dans 11 % des cas, sont refusées.

Les DAP de catégorie 2 enregistrant le plus de refus sont les cures thermales (31 %), pour lesquelles la majorité des refus se rapportent à la modification du taux de prise en charge (27 % de refus partiel) (Tableau 52).

Tableau 52 :
Nombre de demandes d'accord préalable de catégorie 2 et nature des avis rendus en 2023

	Accords		Refus Medical		Refus administratif		Refus Partiel		Total Refus	
LPP (hors ass respiratoire)	4 568	85%	37	1%	528	10%	264	5%	829	15%
Dentaire (hors ODF)	952	95%	3	0%	50	5%	0	0%	53	5%
Soins (CCAM)	1 491	97%	15	1%	29	2%	4	0%	48	3%
Transports	25 494	89%	200	1%	1 115	4%	1967	7%	3 282	11%
Cures	1 194	69%	32	2%	27	2%	473	27%	532	31%
Hospitalisations	42	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	33 741	88%	287	1%	1 749	5%	2 708	7%	4 744	12%

Source: MSA

En 2023, les refus médicaux, administratifs et les refus partiels ont permis d'économiser 174 706 € sur les dépenses des prestations de catégorie 2, soit 3 % des remboursements effectués sur toutes prestations confondues (catégorie 1 et catégorie 2).

Méthode de calcul des dépenses évitées DAP

En 2023, les dépenses évitées correspondent aux dénombrements de factures rejetées, identifiées dans le cadre de la stratégie institutionnelle de contrôle des feuilles de soins nécessitant une DAP, et les montants ainsi évités d'une prise en charge.

La comparaison avec les résultats de 2022 n'est pas pertinente, en raison du changement de la méthode de calcul des dépenses évitées pour 2023.

En tout, le contrôle des DAP de catégorie 1, aura permis d'économiser **4 893 761 euros** en 2023 ; économie à laquelle peuvent être ajoutées les dépenses évitées grâce au contrôle des DAP de catégorie 2, soit une économie globale de **5 068 467 €**.

5.4.2. Action dentaire supplément YYYY614

Cette nouvelle action dentaire inscrite au plan de gestion du risque 2023 consiste à vérifier le respect de la réglementation appliquée par les chirurgiens-dentistes lors de la facturation du supplément d'acte YYYY614.

La convention dentaire⁴² a introduit dans son article 13 de nouveaux actes CCAM dont le supplément d'acte YYYY614 pour soins chirurgicaux dentaires pour un patient en ALD et traité par anticoagulants oraux directs [AOD] ou par antivitamine K [AVK]. La codification YYYY614 doit obligatoirement accompagner un code d'acte chirurgical, et ne peut-être facturable qu'une seule fois par séance.

Pour 2023, cette action est une action d'accompagnement, elle ne prévoit pas de récupération d'indu. L'objectif de cette action est d'informer les professionnels de santé des anomalies détectées et de procéder à un rappel de la réglementation, de façon à obtenir une modification de leur pratique et leur notifier pour information le montant des actes en anomalie.

En 2023, plus de 3 300 praticiens ont été étudiés⁴³. Parmi eux, 28 % ont reçu un courrier de rappel réglementaire de la part des services du contrôle dentaire des caisses de MSA.

⁴² Parue au JO du 25/08/2018.

⁴³ Sur les remboursements de soins du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022.

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.

Trois programmes ont été déployés portant sur les arrêts de travail, en législation maladie ou AT/MP, pour les pathologies lombaires mécaniques (2018), les pathologies mentales (2020) et les IJ à 12 mois.

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 2022, la prévalence de l'ALD 23 approche 20 pour 1 000 (22 pour les femmes et 18 pour les hommes), 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 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 2023, plus de 8 000 arrêts de travail ont été ciblés (contre 7 000 en 2022) dans le cadre des actions sur les arrêts de travail de longue durée. Parmi ces arrêts de travail, 1 sur 10 (soit 800) sont imputables à des pathologies lombaires et un quart (soit 2 000) à des pathologies psychiatriques. Afin de traiter les dossiers les plus complexes, près de 300 réunions (contre 200 en 2022) ont été mises en place par les services des contrôles médicaux ; ce qui a permis à 261 et 488 assurés souffrant respectivement de pathologies lombaires et de pathologies psychiatriques, de se faire accompagner (**Tableau 53**).

Tableau 53 :
Mise en œuvre des réunions de supervisions en 2023

	Pathologies lombaires	Pathologies psychiatriques	Autres pathologies	TOTAL
Nombre de dossiers ciblés par la requête	796	1 983	5 528	8 307
Nombre de dossiers accompagnés⁴⁴	261	488	1 526	2 275
Nombre de dossiers traités en réunion	182	533	975	1 690
Taux de dossiers traités en réunion	22,9 %	26,9 %	17,6 %	20,3 %

Source : MSA

5.5.2. Prévention de la désinsertion professionnelle et maintien en emploi

Cf Partie 3.5.2.3.

⁴⁴ A l'issue ou non de la réunion de supervision. Autrement dit, les dossiers accompagnés peuvent être issus aussi bien des dossiers traités en réunion de supervision, que des dossiers n'ayant pas nécessité d'être exposés en réunions de supervisions.

5.6. Contrôle et lutte contre la fraude

5.6.1. Transports : action GDR-LCF

Depuis 2020, en réponse aux recommandations de la mission nationale de contrôle (MNC), une action portant exclusivement sur les taxis est déployée dans le réseau MSA. Cette action 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.

Chaque caisse doit contrôler a minima un taxi parmi une liste de cinq taxis identifiés par la caisse centrale, sur la base de l'écart observé entre le montant remboursable moyen par bénéficiaire pour chacun des taxis et le montant médian observé pour l'ensemble des taxis facturés les assurés de la caisse.

En 2023, 63 taxis ont ainsi été contrôlés. Parmi ces transporteurs, 16 taxis ont fait l'objet d'une détection d'anomalie : absence de pièces justificatives, anomalies kilométriques, absence de soins le jour du transport, non application des remises.

Pour la moitié d'entre eux, les anomalies ont été qualifiées en faute ou abus ; d'autres dossiers faisaient encore l'objet d'une procédure au moment de la remontée des données.

Le montant associé à ces anomalies (faute ou abus) relevées par 10 caisses s'élève à près de 300 000 euros (pour certaines caisses, le montant de ces anomalies est calculé sur la base de 3 années d'activité).

Un des taxis contrôlés à l'occasion des précédentes années et dont le montant de la fraude s'élevait à plus de 175 000 euros a fait l'objet d'un décommissionnement.

L'action a été reconduite pour l'année 2024.

5.6.2. Actes dentaires

5.6.2.1. 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 ».

Depuis 2022, cette action a été élargie afin de vérifier le respect des conditions de prise en charge des actes HBQD001 (bilan parodontal) mais aussi des actes HBJA003, HBJA171, HBJA634 (assainissement parodontal, dénommé également : détartrage-surfçage radiculaire - DSR). Ces actes ne sont facturables à l'assurance maladie que pour les assurés diabétiques⁴⁵.

Cette action permet également de vérifier l'absence de facturation d'un détartrage HBJD001 dans les six mois suivant la réalisation d'un DSR.

⁴⁵ Bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD 08.

Cette action a un double objectif :

- d'une part, contrôler le respect de l'application des référentiels en vigueur pour le codage et la facturation des actes soumis à des notes de facturation,
- d'autre part, informer les professionnels de santé des anomalies détectées en faisant un rappel à la réglementation avec une récupération d'indus, de façon à obtenir une modification des pratiques.

Du 1^{er} janvier 2022 au 30 juin 2023, plus de 900 praticiens ayant réalisé ces actes ont été étudiés. Suite à l'analyse des services du contrôle dentaire des caisses de MSA, 31 % de ces praticiens se sont avérés être en anomalie. Cette action a permis de détecter 46 000 euros d'anomalies sur la part obligatoire.

5.6.2.2. Action racine incluse

Vérification du respect de la réglementation par les praticiens quant à la réalisation et à la conformité des cotations des extractions des racines dentaires incluses

Cette nouvelle action dentaire est une action de contrôle du respect de la réglementation par les chirurgiens-dentistes quant à la réalisation et à la conformité des cotations des extractions des racines dentaires incluses ainsi que le respect des recommandations de bonne pratique clinique relatives à ces actes.

Il s'agit de contrôler la réalisation ainsi que la conformité aux règles de facturation et aux référentiels de bonne pratique clinique des actes HBGD016, HBGD466, HBGD299, HBGD102, HBGD159 et HBGD465 et des radiographies associées et, d'informer les professionnels de santé des anomalies détectées et de procéder à un rappel de la réglementation et/ou des bonnes pratiques, de façon à obtenir une modification de leur pratique.

S'agissant d'une action de contrôle, des indus sont notifiés aux professionnels de santé ne répondant pas aux demandes de renseignements ou ne respectant pas la réglementation et/ou les bonnes pratiques, y compris pour les actes associés (radiographies non conformes, absentes et facturées...).

En 2023, parmi les 1 000 praticiens étudiés⁴⁶, 59 % d'entre eux présentaient au moins une anomalie⁴⁷. Cette action de contrôle a permis de détecter près de 97 000 euros d'anomalies sur la part obligatoire.

5.6.3. Contrôle des centres de santé ophtalmologiques

L'axe contrôle et lutte contre la fraude prévoyait une action spécifique portant sur les centres de santé ophtalmologiques. Celle-ci a été portée conjointement en inter-régime, à l'instigation de la CNAM, qui, suite à des signalements de plusieurs régions, a identifié des pratiques frauduleuses portant sur la tarification émanant de plusieurs centres ophtalmologiques appartenant au même groupe : Alliance Vision.

Un état des lieux national des facturations de 12 centres ophtalmologiques a mis en exergue de nombreuses atypies de facturation (doubles facturations, facturations dissociées, séances de soins facturées à tous les membres d'une même famille, etc...).

Ce travail a été mené en lien avec l'OCLTI (Office Central de Lutte contre le Travail Illégal) et a débouché sur des perquisitions et des auditions. Les CPAM concernées ont déposé des plaintes pénales (25 plaintes contre 12 centres).

Dans le cadre des travaux réalisées en inter-régime, la MSA s'est inscrite dans cette action et a mené des travaux de détection et d'analyse d'anomalies avec, à l'issue, un dépôt de plainte à l'encontre des centres ciblés.

⁴⁶ Sur les remboursements de soins du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022.

⁴⁷ L'anomalie peut porter soit sur la réalité de l'inclusion de la racine, sur l'existence de radiographie(s) diagnostique(s) préopératoire(s) ou sur la qualité des clichés radiographiques fournis.

Le montant total du préjudice pour la MSA s'élève à **463 880 €**.

Une **plainte nationale** a été déposée le 26/07/2023 par la CCMSA auprès du Procureur du **Tribunal Judiciaire de Paris**.

5.6.4. Contrôle des centres de santé dentaires

En 2021, la CNAM a présenté à la CCMSA les actions menées à l'encontre de centres de santé dentaires dans le cadre du programme national de prévention de la fraude pour les centres nouvellement ouverts. Après plusieurs réunions opérationnelles entre la CNAM et la CCMSA sur les typologies d'anomalies détectées et les méthodologies d'analyses de ces anomalies, la MSA s'est positionnée pour réaliser les contrôles des facturations des centres dentaires, pour ses assurés, en 2023.

Parallèlement, l'Office Central de Lutte contre le Travail Illégal (OCLTI) a émis auprès de la CCMSA une réquisition visant à identifier les fraudes liées à un acte dentaire du groupe de centres de santé dentaire Nobel Santé +. Pour la MSA, 322 remboursements de cet acte ont été constatés sur la période considérée, pour un montant total de 20 863 €. Ce volume très faible comparé au volume identifié au régime général s'explique par la localisation de ces centres, principalement implantés en zone urbaine dense (Ile de France principalement).

En conséquence, une action GDR/LCF de contrôle des centres de santé dentaires Nobel Santé + a été inscrite au plan national de gestion du risque de la MSA pour 2023. La méthodologie de cette action consistait à rechercher des facturations d'un acte considéré comme à 100 % frauduleux parmi l'ensemble des facturations émises par le groupe de Centres de Santé Dentaire Nobel Santé + sur la période 2018 à 2023. Dans ce cadre, il était demandé aux caisses de présenter ces dossiers aux Comités de Lutte Contre la Fraude, quel que soit le montant des anomalies constatées, et de qualifier le caractère frauduleux des montants. Aucune notification d'indus n'était formalisée à l'égard des centres de santé dentaires concernés pour cet acte spécifique.

Une plainte pénale à l'encontre du groupe Nobel Santé + est en cours de dépôt par la CCMSA (plainte nationale).

5.6.5. Actes infirmiers : contrôle de facturation BSI et non cumul AIS4

Cette action a pour objectif de maîtriser les dépenses de soins infirmiers en assurant le respect de la NGAP, grâce aux contrôles suivants :

- Bilan de Soins Infirmiers (BSI) initial coté DI 2.5, facturable une fois tous les 12 mois.
- Bilan de Soins intermédiaire coté DI 1.2, facturable 2 fois maximum par 12 mois, en cas de situation clinique évolutive du patient.
- Forfaits de soins infirmiers journaliers cotés BSA 1 / BSB 1 / BSC 1, facturables une fois par jour, quel que soit le nombre de visites et le nombre d'infirmiers intervenant au cours d'une même journée.
- AIS 4, séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière d'une demi-heure, facturable une fois par semaine.

Le contrôle des caisses de MSA a porté sur les remboursements de soins du 1^{er} janvier au 31 décembre 2022. Sur cette période, au moins une anomalie de facturation a été constatée sur près de 9 000 infirmiers ce qui représente plus de 1,2 million d'euros d'anomalies. Plus de la moitié des anomalies portent sur les forfaits de soins infirmiers journaliers cotés BSA 1 / BSB 1 / BSC 1.

Près de la moitié des infirmiers ont été destinataires d'une notification d'indus⁴⁸ et un infirmier sur 10 a reçu un courrier de mise en garde.

⁴⁸ 8 MSA ont établi un seuil d'analyse des dossiers (loi de Pareto, seuil de récupération ou un montant d'anomalie cumulé).

En fonction de l'importance du cumul irrégulier observé, l'action peut être orientée vers la lutte contre la fraude. Au total, 3 % des dossiers ont été transmis à la LCF dont plus de 8 dossiers sur 10 ont été qualifiés en abus ou fraude.

5.6.6. Actes de kinésithérapie

Contrôle de facturations des actes AMK/AMC 20 et AMK/AMC 28 subordonnés à une ALD 14 (insuffisance respiratoire chronique grave de l'adulte)

Cette nouvelle action a pour objectif de contrôler a posteriori des anomalies de facturation, d'accompagner les assurés pour lesquels une ALD 14 pour BPCO serait justifiée et non encore en place et de sensibiliser les masseurs-kinésithérapeutes aux règles de bonnes pratiques de facturation des actes inscrits à la NGAP.

Les actes AMK/AMC 20 et AMK/AMC 28 sont pris en charge par l'assurance maladie pour les bronchopneumopathies chroniques obstructives « BPCO » en affection de longue durée. Pour les patients sans ALD, les masseurs-kinésithérapeutes doivent utiliser la cotation AMK 8.5 de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

Du 2 juin 2020 au 31 décembre 2022, les masseurs-kinésithérapeutes pouvaient coter, sur prescription médicale, les AMK 20 et 28 dans le cadre d'une rééducation individuelle après hospitalisation pour affections liées à la Covid-19 (mesures dérogatoires).

Le contrôle des caisses de MSA a porté sur les remboursements de soins du 1^{er} janvier au 31 décembre 2022. Sur cette période, plus de 1 300 masseurs-kinésithérapeutes ont été ciblés par la requête⁴⁹. Après analyse du médecin-conseil, 20 % des professionnels ciblés présentaient au moins une anomalie de facturation, ce qui représente plus de 222 000 euros d'anomalies. Au moment de la remontée des indicateurs⁵⁰, 58 % de ce montant était notifié.

En fonction de l'importance du cumul irrégulier observé, l'action peut être orientée vers la lutte contre la fraude. Au total, 9 dossiers ont été transmis à la LCF et 21 courriers de mise en garde envoyés.

5.6.7. Contrôle de la facturation des actes de radiologie

Cette nouvelle action a pour objectif de détecter et contrôler les facturations des actes bilatéraux de radiologie, réalisés par les radiologues, les centres de radiologie et/ou les établissements. Cette action consiste à détecter les professionnels de santé ayant des pratiques de facturations déviantes et de les sensibiliser aux bonnes pratiques de facturation.

Le contrôle des facturations des actes bilatéraux de radiologie a porté sur les remboursements de soins du 1^{er} janvier 2022 au 31 août 2023. Sur cette période, 6 500 professionnels ont été détectés comme réalisant une double facturation d'actes bilatéraux, dont trois-quarts pratiqués par des radiologues et ¼ par des cabinets ou établissements. Ces anomalies de facturations représentent 350 000 euros.

⁴⁹ Masseurs-kinésithérapeutes ayant facturé au moins un code acte AMK/AMC coefficient 20 ou 28.

⁵⁰ Janvier 2024.

5.6.8. Contrôle administratif des facturations en sus des forfaits versés aux EHPAD

Cette action inter-régime a pour objectif de s'assurer du respect des règles de facturation par les professionnels de santé en ville, d'actes et de prestations pris en charge dans le forfait soins des EHPAD.

Pour la campagne 2023, les caisses de MSA ont contrôlé les EHPAD dont la MSA est pivot. Le montant des anomalies constatées dans ces EHPAD (quel que soit le régime d'appartenance des résidents) s'élève à près de 1,4 million d'euros. A fin janvier 2024, le montant des notifications d'indus aux établissements s'élève à plus de 700 000 € (Tableau 54).

Tableau 54 :

Montant des indus constatés et notifiés (en euros) par les caisses de MSA pivots d'EHPAD, pour la campagne 2023

	Montant des anomalies constatées	Montant des anomalies notifiées
Assurés MSA	745 864 €	366 987 €
Assurés des autres régimes	635 149 €	351 711 €
Total	1 381 013 €	718 698 €

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 2,1 millions d'euros.

5.6.9. Contrôle de la T2A

L'action inter-régime de contrôle de la T2A n'a pas été lancée pour l'année 2023.

5.6.10. Contrôler administrativement des facturations en sus des forfaits versés aux SSIAD

Depuis 2009, la MSA mène cette action administrative afin de s'assurer du respect des règles de facturation par les infirmiers libéraux (ou centres de santé infirmiers) intervenant auprès des personnes dépendantes prises en charge par les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Les SSIAD ont un rôle important dans la prise en charge à domicile de la dépendance, ils sont et seront amenés à prendre en charge un nombre croissant d'individus vieillissants.

Dans ce cadre, l'objectif principal de cette action est de contrôler la bonne application des règles de facturation par les infirmiers libéraux et de contrôler la bonne facturation du petit matériel et fournitures médicales listés dans le cadre de l'arrêté du 30 mai 2008⁵¹ et inclus dans le forfait soins des SSIAD.

Les requêtes ciblent tous les assurés agricoles ayant été pris en charge par un SSIAD sur l'année 2022 avec des facturations sur l'enveloppe de ville concomitantes à la période de leur prise en charge par le service, pour des actes infirmiers ou des dispositifs de la LPP facturés du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022 et inclus dans la dotation globale de financement.

Pour 2023, le contrôle s'effectue uniquement sur les remboursements relatifs aux assurés du régime agricole dont la caisse gestionnaire de MSA de l'assuré est également la caisse pivot du SSIAD. Le régime général procède de la même façon en ne contrôlant que leurs affiliés dépendant d'une CPAM qui est à la fois caisse gestionnaire de l'assuré et caisse pivot du SSIAD. Toutefois, certaines caisses ont contrôlé des SSIAD dont la CPAM est pivot en cas d'absence ou de faible volume de SSIAD pour lesquels la MSA est pivot.

⁵¹ Arrêté du 30 mai 2008 fixant la liste du petit matériel médical et des fournitures médicales et la liste du matériel médical amortissable compris dans le tarif journalier afférent aux soins mentionnés à l'article R. 314-161 du code de l'action sociale et des familles en application des articles L. 314-8 et R. 314-162 du même code.

Les caisses de MSA ont contrôlé plus de 240 SSIAD pour lesquelles elles sont pivots. A l'issue de ce contrôle, les trois-quarts des SSIAD étudiés présentaient au moins une anomalie de facturation.

Cette action a permis d'étudier près de 900 infirmiers et 450 fournisseurs, dont la moitié présentent une anomalie de facturation. Plus de 800 000 euros d'anomalies ont été détectés à l'issue de ce contrôle.

5.7. Autres actions locales

Dans le réseau MSA, 32 caisses ont mené des actions de gestion du risque répondant à des problématiques locales et portant sur des thématiques variées. Les thématiques sur lesquelles portent environ deux-tiers des actions d'initiative locale réalisées en 2023 sont : les actions d'information et d'éducation à la santé, les actes dentaires, les facturations durant hospitalisation, la bonne prescription des médicaments et les hospitalisations à domicile (HAD).

Aussi, les cibles de ces actions locales sont multiples, dont les plus fréquentes sont les assurés (actions de prévention notamment), les chirurgiens-dentistes et les médecins prescripteurs.

En 2023, le nombre minimum d'action d'initiative locale (AIL) exigé par caisse était de 1. A ce titre, 28 caisses ont réalisé 1 AIL, 3 caisses ont réalisé 2 AIL chacune et 2 caisses ont réalisé respectivement 3 et 8 AIL. En tout, 45 actions locales ont été réalisées en 2023, par rapport à 35 attendues.

L'axe du plan gestion du risque (GDR) qui a connu le plus grand nombre d'AIL réalisées est le Contrôle et la lutte contre la Fraude (**Tableau 55**).

Tableau 55 :
Nombre d'AIL réalisées par axe du plan GDR 2023

Axes du plan GDR 2023	Nombre d'AIL
Poursuivre et renforcer les actions de prévention	10
Améliorer la pertinence et l'efficacité des produits de santé	4
Améliorer la pertinence et la qualité des actes	2
Contrôle et lutte contre la fraude	29
Total	45

Source : MSA

Sur la base des remontées des caisses, et toutes actions locales confondues, en 2023 :

- 1 644 personnes ont été sensibilisées, dont 431 enfants, sur des thématiques comme les addictions au tabac, le diabète, l'alimentation saine..., ceci à travers des journées d'informations, des conférences débats, des théâtres forum, des ateliers... ;
- 196 personnes ont été sensibilisées pour incitation au dépistage des cancers du sein et de la peau ;
- 101 courriers de rappel réglementaires ont été envoyés à des professionnels de santé sortis en anomalies après un contrôle ;
- 180 chirurgiens-dentistes ont été sensibilisés par des courriers de rappel de bonnes pratiques, suite à des constats de mauvaise prescription d'antibiotiques ;
- Environ 41 000 € d'anomalies ont été détectées ;
- Environ 14 000 € ont été notifiés en indus ;
- Environ 11 000 € ont été recouvrés.

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 2019-2023 des enquêtes accident et des montants récupérés pour le régime agricole est détaillé dans le **tableau 56**.

L'analyse des encaissements s'est améliorée de 11 % en 2023 par rapport à 2022 (SA+NSA).

En effet, en 2023 pour les salariés agricoles, les caisses ont encaissé **31 094 251 €**, soit 15,92 € en montant recouvré par affilié, après 25 737 395 € en 2022.

Quant aux non-salariés agricoles, les caisses ont encaissé en 2023 **11 472 104 €**, soit 9,77 € en montant recouvré par affilié, après 12 547 087 € en 2022.

Ces résultats sont à nuancer car on constate que la population protégée (SA + NSA) a diminué de 2,8 % entre 2021 et 2023 tandis que les indicateurs COG augmentent :

- Pour les SA : en 2021, l'indicateur COG était de 16,27 € par affilié, alors qu'en 2023 le montant à recouvrer par affilié est de 16,92 €, soit + 4 %.
- Pour les NSA : en 2021 l'indicateur COG était de 10,45 € par affilié, alors qu'en 2023 le montant à recouvrer est de 10,86 € soit + 3,9 %.

Il faut noter également que l'évolution du nombre de blessés toutes gravités est estimée en baisse par rapport à 2019 (- 1,8 %) (**Tableau 57**).

Ainsi, d'après la méthode d'estimation de l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR), 234 836 personnes auraient été blessées en 2023 sur les routes de France métropolitaine, contre 236 834 en 2022.

Il s'avère que les préjudices corporels ont été moins importants en 2023.

Tableau 56 :
Nombre d'enquêtes accident, montants récupérés au régime agricole entre 2019 et 2023

2019	2020	2021	2022	2023	Evolution 2020-19	Evolution 2021-19	Evolution 2022-19	Evolution 2023-19
Nombre d'enquêtes accident								
18 038	13 870	15 596	13 653	10 759	- 23,1 %	- 13,5 %	- 24,3 %	- 40,4 %
Montant récupéré auprès des assureurs des tiers responsables								
43 287 342 €	40 624 756 €	44 075 114 €	38 317 688 €	42 566 355 €	- 6,2 %	+ 1,8 %	- 11,4 %	- 1,7 %
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€	SA : 15,92€ NSA : 9,77€	-	-	-	-

Source : MSA

Tableau 57 :
Données relatives aux accidents corporels enregistrés par les forces de l'ordre, en France métropolitaine de 2019 à 2023

	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
2023	51 641	181 170	64 674	234 836	15 936	3 167
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 %
Evolution 2023/2019	- 4 375	- 2 898	- 5 816	- 4 208	- 312	- 77
	- 7,8 %	- 1,6 %	- 8,3 %	- 1,8 %	- 1,9 %	- 2,4 %

*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.

Lors de la Commission Paritaire Nationale PAOS du 15 novembre 2022, le lancement des travaux de révision du Protocole d'accord a été annoncé aux représentants des sociétés d'assurances. Les deux grands axes de cette révision concernent :

- Les modalités de gestion et de calcul des frais futurs,
- L'actualisation et la simplification de certaines dispositions conventionnelles.

- *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).

Les travaux se poursuivent en 2024.

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