



 agir ensemble

Rapport Charges et Produits MSA 2021

■ Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement
sur l'évolution des charges et des produits au titre de 2021 (loi du 13 août 2004)



Sommaire

Sommaire

Synthèse	7
Liste des propositions de la MSA pour 2021	13
Axe « Prévention, promotion de la santé et éducation à la santé »	13
Axe « Structuration de l’offre de soins sur les territoires »	13
Axe « Qualité des pratiques et pertinence des soins »	13
Axe « Contrôle et lutte contre la fraude »	13
Axe « Enjeux numériques, science de la donnée et recherche en santé »	13
Partie 1 : Le suivi de l’Ondam au régime agricole	14
1.1. Les prestations prises en charge au régime agricole en 2019	15
1.1.1. L’évolution des soins de ville	16
1.1.2. L’évolution des dépenses au titre des établissements de santé	17
1.2. La crise sanitaire liée au Covid-19 et ses impacts	18
1.2.1. Les prévisions 2020	18
1.2.2. L’impact de la crise sanitaire sur les dépenses de santé	20
1.2.2.1. Résultats nationaux	20
1.2.2.2. Résultats régionaux (en données brutes)	36
1.2.3. Les actions de la MSA durant la crise sanitaire	43
Partie 2 : Les caractéristiques de la population agricole	46
2.1. Les caractéristiques démographiques des personnes protégées en maladie au régime agricole	47
2.2. Les caractéristiques sanitaires des personnes protégées en maladie au régime agricole	53
2.2.1. La prévalence des ALD au régime agricole	53
2.2.2. L’incidence des ALD au régime agricole	57
2.3. Les caractéristiques territoriales de la population agricole	61
2.4. Les passages aux urgences non suivis d’hospitalisation des patients du régime agricole	67

Partie 3 : Les propositions de la MSA pour contribuer aux politiques publiques de santé ...	76
3.1. Accompagner les assurés par la prévention, la promotion de la santé et l'éducation à la santé, en privilégiant une approche globale des besoins de la personne.....	78
3.1.1. Une offre de prévention ciblée, en lien avec l'ensemble des acteurs de santé.....	78
3.1.2. Un accompagnement des personnes dans l'accès aux droits et la prévention du mal-être ...	91
3.1.2.1. Le Rendez-vous Prestations MSA pour favoriser l'accès aux droits	91
3.1.2.2. La prévention du mal-être du monde agricole et rural	92
3.2. Poursuivre l'implication de la MSA dans la structuration de l'offre de soins sur les territoires.....	97
3.3. Renforcer la qualité des pratiques et la pertinence des soins	103
3.3.1. Les actions du plan national GDR 2019 de la MSA	103
3.3.2. Les nouvelles études et propositions	104
3.3.2.1. Pertinence et efficience des produits de santé	104
3.3.2.2. Pertinence et qualité des actes	117
3.3.2.3. Pertinence et efficience des prescriptions d'arrêts de travail	119
3.4. Poursuivre le contrôle et la lutte contre la fraude.....	125
3.4.1. Le bilan lutte contre la fraude 2019 de la MSA dans le domaine santé.....	125
3.4.2. Les nouvelles propositions	127
3.4.2.1. Contrôler les tarifs de location dégressifs.....	127
3.4.2.2. Respecter les prix limites de vente dans le domaine de la LPP.....	128
3.5. Répondre aux enjeux numériques, développer la science de la donnée et promouvoir la recherche en santé.....	130
3.5.1. Etat des lieux du recours à la télémédecine des affiliés du régime agricole	130
3.5.2. Contribuer à l'infogérance de gestion des outils informatiques pour le compte d'autres régimes.....	143
3.5.3. Prédire les arrêts de travail à partir des technologies de l'intelligence artificielle.....	143
3.5.4. Développer des travaux de recherche en partenariat.....	144

Annexes	146
Annexe 1 : Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2019-2020	147
1.1. Axe « Lutte contre les inégalités de santé par la prévention, la promotion de la santé et l'éducation à la santé ».....	147
1.2. Axe « Accès à l'offre de soins sur les territoires ruraux »	155
1.3. Axe « Qualité des pratiques et pertinence des soins »	156
1.4. Axe « Contrôle et lutte contre la fraude »	158
1.5. Axe « Recherche en santé, enjeux numériques et science de la donnée »	159
Annexe 2 : Les effectifs et taux de prévalence et d'incidence bruts des patients en ALD au régime agricole	161
2.1 Effectifs et taux de prévalence.....	161
2.2 Effectifs et taux d'incidence	162
Annexe 3 : Les actions du plan national GDR maladie 2019	163
3.1. Prévention.....	163
3.2. Structuration de l'offre de soins	163
3.2.1. Mise sous accord préalable des établissements-chirurgie ambulatoire.....	163
3.2.2. PRADO	163
3.2.2.1. Maternité.....	164
3.2.2.2. Chirurgie-orthopédie	164
3.2.2.3. Insuffisance cardiaque	165
3.2.2.4. Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).....	165
3.2.3. Action d'accompagnement du parcours de santé en milieu rural : accompagnement des structures d'exercice coordonné	165
3.3. Pertinence et efficience des produits de santé.....	165
3.3.1. Médicaments : action Versatis® et le respect de l'indication remboursable	165
3.3.2. Liste des Produits et Prestations.....	170
3.3.2.1. Contrôle systématique des demandes d'accord préalable de grand appareillage orthopédique	170
3.3.2.2. Sièges coquilles	172

3.4. Pertinence et qualité des actes	173
3.4.1. Gestion des demandes d'accord préalable (DAP).....	173
3.4.2. Actes dentaires – Contrôle des conditions de prise en charge des actes associés aux avulsions dentaires	174
3.5. Pertinence et efficience des prescriptions d'arrêts de travail et de transports.....	175
3.5.1. Contrôle des arrêts de travail répétitifs	175
3.5.2. Ciblage des pathologies lombaires dans le cadre du contrôle des arrêts de travail.....	176
3.6. Le contrôle et la lutte contre la fraude.....	177
3.6.1. Arrêts de travail.....	177
3.6.1.1. Contrôle du respect du délai d'envoi (48h pour les salariés et 72h pour les non-salariés agricoles).....	177
3.6.1.2. Contrôle de la qualité du prescripteur en cas de prolongation	178
3.6.2. Transports : action GDR LCF	178
3.6.3. Actes infirmiers	179
3.6.3.1. Contrôle du respect de la règle de non cumul des AIS3.....	179
3.6.3.2. Contrôle de la justification médicale des majorations de nuit facturées	179
3.6.4. Actes dentaires	180
3.6.4.1. Contrôle du respect de la prise en charge du bridge de plus de trois éléments	180
3.6.4.2. Suivi des traitements en orthopédie dentofaciale	181
3.6.4.3. Contrôle d'un acte CCAM au choix de la caisse.....	181
3.6.5. Tarification à l'activité (T2A) – programme de contrôle.....	182
3.6.6. Contrôle des EHPAD	182
3.6.6.1. Programme de contrôle des EHPAD.....	182
3.6.6.2. Programme de contrôle EHPAD LPP	183
3.6.7. Contrôle du respect des règles de facturation par les infirmiers libéraux (ou centres de santé) intervenant auprès des assurés pris en charge par les SSIAD.....	183
3.6.8. Hospitalisation à domicile (HAD).....	184
3.6.9. Signalements et actions locales de LCF	184
3.7. Autres actions locales.....	184
3.8. Mutualisation du recours contre tiers	185



Synthèse

Synthèse

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

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

Le rapport MSA 2021 présente les propositions de la MSA pour contribuer aux politiques publiques de santé. Ces propositions cherchent à accroître l'efficacité du système de santé au bénéfice des ressortissants agricoles et s'inscrivent dans un cadrage financier contraint par l'objectif national des dépenses d'assurance maladie - l'Ondam - dont la progression est fixée à 2,45 % pour 2020 par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Ces propositions intègrent également le rôle de la MSA en tant qu'acteur du monde rural ainsi que son approche globale de la santé pour apporter une réponse efficace aux besoins de la personne et adaptée à son territoire de vie.

Le rapport Charges et Produits de la MSA pour 2021 comporte trois parties :

- Le suivi de l'Ondam, l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 sur les dépenses de santé et les actions de la MSA durant la crise sanitaire,
- Les caractéristiques de la population agricole : démographiques, sanitaires, territoriales et en termes de recours aux urgences (non suivies d'hospitalisations),
- Les propositions de la MSA pour contribuer aux politiques publiques de santé selon les axes du plan Ondam 2018-2022.

En **annexe** du rapport est présenté un suivi des propositions formulées dans le rapport Charges et Produits MSA 2020.

Les propositions du rapport 2021 feront également l'objet d'un suivi spécifique.

1. La première partie du rapport présente le suivi de l'Ondam, l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 sur les dépenses de santé et les actions de la MSA durant la crise sanitaire

La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2019 fixe l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'exercice 2019 à 200,3 milliards d'euros, ce qui correspond à une progression annuelle des dépenses de 2,5 %.

En 2019, 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 11,68 milliards d'euros. Elles sont en baisse (- 1,6 %) par rapport aux dépenses de 2018. Ce recul des dépenses résulte de la baisse de 5,0 % des dépenses de soins de ville, les dépenses en établissements de santé, quant à elles, augmentent de 1,0 %.

La LFSS pour 2020 fixe l'ONDAM pour les quatre années à venir et retient une évolution annuelle de **2,45 %** pour 2020, puis 2,3 % pour les années suivantes jusqu'en 2023. Pour les soins de ville, l'évolution est fixée à 2,4 % en 2020.

Pour l'ensemble du régime agricole, les prévisions relatives aux dépenses de **soins de ville** sur le champ de l'ONDAM pour 2020, tenant compte de l'impact de la crise sanitaire, s'élèveraient à 5,1 milliards d'euros, en **baisse de 0,7 %**.

Sur le champ des **soins de santé** hors indemnités journalières (IJ), le repli des dépenses serait nettement plus marqué (- **3,4 %**), en lien avec les reports de soins non-urgents ainsi que l'activité restreinte de certains professionnels de santé en ville, en conséquence de l'épidémie de covid-19. À l'inverse, les versements d'**indemnités journalières** progresseraient de **19,6 %**, majorés par les arrêts de travail des patients touchés par le virus, mais aussi ceux des parents d'enfants de moins de 16 ans et des personnes à risque qui n'auront pas pu poursuivre leur activité professionnelle.

Les effets de l'épidémie de Covid-19 sur la consommation de soins sont bien perceptibles.

Par rapport aux mêmes mois de 2019, **les remboursements de soins de ville** pour le régime agricole, en données corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrables, se replient de **3,4 % en mars**, de **14,7 % en avril** et de **4,3 % en mai 2020**.

Sur trois mois (mars-avril-mai 2020), le **recul** des remboursements de soins de ville s'établit à **7,5 %**.

Les évolutions entre ces deux périodes (mars-avril-mai 2020 et mars-avril-mai 2019) sont très différentes selon les professionnels de santé ou les prestations concernés :

- Pour les médecins, la baisse des remboursements est de 19,1 % pour les généralistes et 30,0 % pour les spécialistes ;
- Pour les dentistes, l'impact est plus important (- 57,3 %). Bon nombre de professionnels ont fermé leur cabinet ou se sont limités aux soins urgents ;
- Les remboursements de médicaments sont en progression avec une hausse de 0,6 %.

Ces évolutions négatives sont confirmées au niveau régional et particulièrement en région Grand Est.

Par ailleurs, dès la première semaine de confinement (semaine du 16 au 22 mars), le recours à la télémedecine a connu une croissance inédite au régime agricole. Alors que le nombre hebdomadaire de téléconsultations effectuées pour des patients du régime agricole était inférieur à 600 durant la première quinzaine de mars, il atteint plus de 40 000 actes en semaine 15 (du 6 au 12 avril).

La MSA met en lumière, enfin, les actions qu'elle a mises en œuvre au profit de sa population protégée durant toute la période de la crise sanitaire liée au Covid-19.

Dès le début de la crise, la MSA a lancé l'opération « *MSA solidaire, nos valeurs en action* » qui est **une chaîne de solidarité** portée par les femmes et les hommes du Groupe MSA. **Salariés et délégués se sont ainsi mobilisés** pour accompagner les populations rurales **les plus fragilisées** par la crise sanitaire. Ainsi, plus de **230 000 personnes** ont été accompagnées entre mi-mars et mi-juin 2020.

Pour limiter la propagation du virus Covid-19, la MSA a lancé également le 11 mai un dispositif « *MSA en action* », **une opération de santé publique** menée avec ses 16 000 salariés et ses 17 000 délégués bénévoles, formés en ce sens. Il s'agit de positionner la MSA comme acteur de la prévention du risque épidémique et d'éducation à la santé publique, en valorisant tous les gestes de protection auprès de la population agricole et rurale.

Dans le domaine de l'action sanitaire et sociale (ASS), ce sont plus de 66 000 contacts qui ont été assurés par les travailleurs sociaux de la MSA durant cette même période. Ces derniers ont été particulièrement vigilants à la situation des adhérents les plus fragiles, et pour lesquels la crise a pu aggraver cette dernière : épuisement professionnel, ruptures familiales (séparation, deuil, familles monoparentales), violences conjugales, problématique de santé ou de précarité plus globale, personnes connaissant un risque suicidaire.

Dans le domaine de la santé et sécurité au travail, la MSA a développé un appui pour gérer des situations locales particulières, en particulier la gestion de clusters et les sollicitations de grandes entreprises ; et plus spécifiquement une « Task Force Abattoir » a été constituée. Des fiches conseils Covid ont été créées et mises à disposition des entreprises et des préventeurs. Egalement, la MSA a proposé des consultations en santé au travail à distance (téléconsultations).

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

A la fin de l'année 2019, le régime agricole recense près de 3,2 millions de personnes protégées au titre du risque maladie, un effectif représentant 4,9 % de la population totale en France métropolitaine.

Plus de 1,9 million de personnes relèvent du régime des salariés agricoles pour leur assurance maladie obligatoire (60,4 % de l'effectif total). Sur un an, cette population progresse sans toutefois atteindre le niveau de 2018 (+ 1,6 % en 2019, après + 1,8 % en 2018, et + 0,4 % en 2017).

Au régime des non-salariés agricoles, près de 1,3 million de personnes sont protégées (39,6 % de l'effectif total). La baisse des effectifs se poursuit en 2019 (- 3,1 %, après - 2,9 % en 2018 et - 3,2 % en 2017). Ce recul pèse sur l'évolution globale de la population protégée par le régime agricole.

Les régimes agricoles présentent une structure démographique très différente avec une pyramide des âges qui leur est propre. Ces caractéristiques populationnelles expliquent en partie les évolutions des effectifs de chacun des régimes.

Géographiquement, le régime agricole est présent sur tout le territoire.

Le taux de présence du régime agricole est même supérieur à deux fois la moyenne nationale (4,9 %) dans 689 territoires de vie sur 2 677, 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.

S'agissant de la connaissance du risque pour les populations agricoles, le rapport présente les résultats suivants :

- Avec près de 694 000 personnes exonérées du ticket modérateur au titre d'au moins une **affection de longue durée (ALD)**, le taux de prévalence brut atteint 21,8 % au régime agricole à fin 2019. Les ALD les plus fréquentes sont le diabète (5,6 %), l'insuffisance cardiaque grave (4,8 %), les cancers (4,5 %), la maladie coronaire (3,1 %) et les affections psychiatriques de longue durée (2,0 %). Ainsi, 60 % des patients en ALD sont concernés par l'une des trois principales ALD.
- Une deuxième étude vise à caractériser la population MSA à partir de la typologie de l'accessibilité aux soins et de l'attractivité territoriale de l'Irdes. Elle montre que **la répartition géographique des assurés relevant de la MSA n'est pas homogène sur le territoire** et que 71 % de ses assurés résident dans l'une des trois classes suivantes (contre 45 % pour la population française) :
 - o Marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles (32 %),
 - o Espaces périurbains avec une moindre accessibilité aux soins (29 %),
 - o Espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socioéconomiques et sanitaires (10 %).
- Une troisième étude sur **le recours aux urgences non suivi d'hospitalisation** montre une hausse de ce taux de recours passant de 12 % en 2013 à 14 % en 2018 avec un coût estimé à 47 millions d'euros. Les catégories les plus concernées sont les enfants âgés de 0 à 4 ans (28 %) et les jeunes âgés de 20 à 24 ans (21 %). De fortes disparités géographiques sont mises en évidence, résultant de différents facteurs (offre et permanence de soins, proximité des hôpitaux, situation socio-économique des assurés,...). Par exemple, le recours aux urgences est plus fréquent dans les territoires défavorisés que dans les territoires favorisés au sens de la typologie de l'Irdes et selon l'indice de désavantage social.
- Une dernière étude traite du **recours à la télémédecine (téléconsultation et télé-expertise)** des affiliés du régime agricole avant et durant la crise sanitaire liée au Covid-19. En 2019, les patients du régime agricole ont un recours plus faible à la téléconsultation que l'ensemble des patients tous régimes confondus mais en revanche un recours plus fort à la télé-expertise en moyenne. Les spécialités les plus sollicitées en téléconsultations concernent la psychiatrie, la pédiatrie et la gynécologie obstétrique. La crise sanitaire a eu un fort impact sur le recours à ces modalités de consultation au régime agricole avec une progression de leur part de 0,1 % en semaine 10 (2 au 8 mars 2020) à 24,2 % en semaine 15 (6 au 12 avril 2020).

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

Ces propositions s'inscrivent dans les lignes directrices de la stratégie santé MSA en tant qu'acteur reconnu sur les problématiques de santé sur les territoires ruraux et prennent en compte l'assuré dans l'ensemble de ses dimensions en termes de santé (pathologie et prévention) et dans ses différents environnements (professionnel, familial et social) qui ont une incidence sur sa santé. Ces propositions reflètent également l'ambition de la MSA de contribuer à la maîtrise des dépenses de l'Ondam et à l'efficacité du système de soins.

Les propositions de la MSA pour 2020 s'articulent autour des axes de la stratégie nationale de santé et des six axes du plan Ondam 2018-2022 d'appui à la transformation du système de santé (PATSS), à savoir :

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

En matière de prévention, promotion de la santé et d'éducation à la santé, la MSA entend continuer à développer ses programmes nationaux de prévention santé. De nouvelles actions seront mises en œuvre telles que les entretiens personnalisés par téléphone dans le cadre des bilans de santé ; les modules d'actions collectives seniors en classe virtuelle pour l'action cap bien-être et les ateliers vitalité, et pour les personnes âgées concernant le vécu post-confinement ; le dispositif Rendez-vous prévention jeunes retraités et enfin l'élaboration d'une stratégie globale d'intervention multidisciplinaire en matière de prévention et de lutte contre le mal-être dans le milieu agricole et rural.

Dans la structuration de l'offre de soins sur les territoires, la MSA continuera à s'impliquer en mettant à disposition le diagnostic territorial MSA en *open data* via son outil de cartographie GéoMSA (<https://geomsa.msa.fr>), en poursuivant l'accompagnement des territoires à la création de Structures d'Exercice Coordonné (SEC) et en renforçant son implication dans les Contrats Locaux de Santé (CLS), auprès des ARS et des collectivités locales, en faveur de la population des territoires ruraux.

La MSA détaille également ses actions de gestion du risque, ainsi que ses propositions en matière de lutte contre la fraude. En termes de qualité des pratiques et de pertinence des soins, elle propose de sensibiliser les prescripteurs et les pharmaciens aux associations de médicaments contre-indiqués et d'accompagner les praticiens réalisant des actes bucco-dentaires dans l'application des bonnes pratiques par l'intermédiaire d'actions spécifiques.

Enfin, **dans le cadre des enjeux numériques, de la science de la donnée et de la recherche en santé**, la MSA propose de poursuivre ses partenariats pour le compte d'autres régimes dans l'infogérance des frais de santé et/ou des prestations en espèces des assurances maladie et ATMP. Par ailleurs, elle expérimente des travaux de prédiction des arrêts de travail maladie de longue durée à partir des technologies de l'intelligence artificielle et développe des travaux de recherche avec le milieu académique sur les thématiques du suicide, de la transition agro-écologique et l'efficacité des actions de prévention de la MSA.

Liste des propositions de la MSA pour 2021

Liste des propositions de la MSA pour 2021

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

Proposition 1 : Lancer les entretiens personnalisés par téléphone dans le cadre des Instants Santé et évaluer l'impact sanitaire des Instants Santé

Proposition 2 : Produire un module d'actions collectives seniors en classe virtuelle sur le vécu post-confinement pour les personnes âgées

Proposition 3 : Créer des modules d'actions collectives seniors en classe virtuelle pour l'action cap bien-être et les ateliers vitalité

Proposition 4 : Mettre en place le dispositif Rendez-vous prévention jeunes retraités

Proposition 5 : Elaborer une stratégie globale d'intervention multidisciplinaire en matière de prévention et de lutte contre le mal-être dans le milieu agricole et rural

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

Proposition 6 : Mettre à disposition le diagnostic territorial MSA en *open data* via GéoMSA

Proposition 7 : Poursuivre l'accompagnement par les caisses de MSA à la création de Structures d'Exercice Coordonné (SEC)

Proposition 8 : Renforcer l'implication de la MSA dans les Contrats Locaux de Santé (CLS), auprès des ARS et des collectivités locales, en faveur de la population des territoires ruraux

Axe « Qualité des pratiques et pertinence des soins »

Proposition 9 : Sensibiliser les prescripteurs et les pharmaciens aux associations de médicaments contre-indiqués

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

Axe « Contrôle et lutte contre la fraude »

Proposition 11 : Renforcer le contrôle du non-respect des tarifs dégressifs sur les dispositifs médicaux relevant de la liste des produits et prestations (LPP)

Proposition 12 : Contrôler *a posteriori* les prix limites de vente dans le domaine de la LPP

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

Proposition 13 : Contribuer à l'infogérance de gestion des outils informatiques avec (ou sans) délégation de gestion des frais de santé et/ou des prestations en espèce des assurances maladie et ATMP pour le compte d'autres régimes

Proposition 14 : Prédire les arrêts de travail à partir des technologies de l'intelligence artificielle (IA)

Proposition 15 : Développer des travaux de recherche en partenariat avec le milieu académique sur les thématiques du suicide, de la transition agro-écologique et l'efficacité des actions de prévention de la MSA

Partie 1 :

Le suivi de l'Ondam au régime agricole

1.1. Les prestations prises en charge au régime agricole en 2019

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019 fixe l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'exercice 2019 à 200,3 milliards d'euros, ce qui correspond à une progression annuelle des dépenses de 2,5 % (après 2,3 % de prévu en 2018).

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 11,68 milliards d'euros en 2019. Elles sont en baisse (- 1,6 %) par rapport aux dépenses de 2018 (**Tableau 1**).

Ce recul des dépenses résulte de la baisse de 5,0 % des dépenses de soins de ville, les dépenses en établissements de santé, quant à elles, augmentent de 1,0 %.

Les prestations exécutées en établissement de santé et en ville représentent respectivement 53,6 % et 43,9 % des dépenses du régime agricole suivant le champ de l'ONDAM en 2019.

Tableau 1 :
Prestations champ ONDAM en 2019 - Montants en millions d'euros

	Régime Agricole		Non-salariés		Salariés	
	Montants	Evolution	Montants	Evolution	Montants	Evolution
Honoraires des médecins généralistes	316,5	-2,6%	163,2	-5,2%	153,3	0,5%
Honoraires des médecins spécialistes	567,7	1,5%	280,9	-1,0%	286,9	4,1%
Honoraires des dentistes	155,3	2,1%	65,4	-1,2%	89,9	4,6%
Honoraires paramédicaux	1 011,8	0,5%	681,2	-1,1%	330,6	4,1%
dont honoraires des infirmiers	734,8	0,2%	526,5	-1,2%	208,3	3,8%
dont honoraires des masseurs kinésithérapeutes	233,2	0,3%	138,7	-1,7%	94,5	3,2%
Biologie	174,1	-1,0%	93,2	-3,7%	80,9	2,4%
Transports	304,6	-3,1%	178,7	-5,3%	125,9	0,3%
Produits de santé	1 707,2	1,1%	962,9	-0,7%	744,3	3,4%
dont produits de la LPP	448,5	1,3%	270,5	-0,6%	178,0	4,2%
dont médicaments	1 258,8	1,0%	692,4	-0,8%	566,4	3,2%
Autres prestations (autres honoraires, cures thermales...)	118,0	8,7%	68,1	3,4%	50,0	16,8%
Autres charges (*)	178,3	-63,5%	107,9	-62,1%	70,4	-65,4%
TOTAL SOINS DE VILLE HORS INDEMNITES JOURNALIERES	4 533,6	-5,9%	2 601,4	-7,7%	1 932,2	-3,5%
Indemnités journalières	592,2	3,1%	106,3	-1,1%	485,9	4,1%
TOTAL SOINS DE VILLE	5 125,8	-5,0%	2 707,8	-7,4%	2 418,1	-2,1%
TOTAL SOINS DE VILLE HORS FFIP	5 113,7	1,1%	2 700,3	-1,2%	2 413,4	3,7%
Etablissements hors médico-sociaux (y compris FMESPP)	4 539,9	0,9%	2 862,3	0,5%	1 677,7	1,6%
Etablissements médico-sociaux	1 724,2	1,4%	1 046,8	0,4%	677,4	3,0%
dont Etablissements pour personnes âgées	1 306,0	0,8%	993,8	0,4%	312,2	2,0%
dont Etablissements pour personnes handicapées	418,1	3,3%	53,0	-0,4%	365,1	3,8%
TOTAL PRESTATIONS EXECUTEES EN ETABLISSEMENT	6 264,1	1,0%	3 909,1	0,5%	2 355,0	2,0%
Autres prises en charges et FIR	291,6	5,2%	176,7	3,7%	114,9	7,5%
TOTAL CHARGES ONDAM	11 681,6	-1,6%	6 793,5	-2,8%	4 838,0	0,0%
TOTAL CHARGES ONDAM HORS FFIP	11 669,4	1,1%	6 786,1	-0,1%	4 833,3	2,9%

(*) Autres charges : prise en charge de cotisations des PAM, financement d'actions de coordinations des soins, Source : MSA
Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP), aide à la télétransmission
FMESPP : Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés

Les dépenses suivant le champ de l'ONDAM pour le régime des non-salariés agricoles s'élèvent à 6,79 milliards d'euros en 2019, en diminution de 2,8 % sur un an. Ce net recul résulte de la disparition du Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP). Hors FFIP, les dépenses évoluent de - 0,1 %.

L'évolution des dépenses de soins de ville atteint - 7,4 %. Les dépenses des prestations exécutées en établissements, qui représentent plus de la moitié des dépenses (57,5 %), augmentent de 0,5 %.

Les dépenses suivant le champ de l'ONDAM pour le régime des salariés agricoles sont stables par rapport à 2018, pour un montant total de 4,88 milliards d'euros. Hors FFIP, les dépenses progresseraient de 2,9 %.

Les remboursements de soins de ville des salariés agricoles, qui représentent 49,5 % de la dépense totale, baissent de 2,1 % en 2019. Les dépenses en établissements (48,2 % des dépenses totales de ce régime) progressent de 2,0 % en un an.

1.1.1. L'évolution des soins de ville

L'évolution des dépenses de soins de ville du régime agricole suivant le champ de l'ONDAM s'inverse passant de + 0,5 % en 2018 à - 5,0 % en 2019. Ce net repli des dépenses résulte de la disparition du Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique intégré dans la catégorie *Autres charges*. Hors FFIP le total soins de ville progresse de 1,1 % en 2019, évolution qui gagne 0,4 point par rapport à 2018.

La diminution des remboursements relatifs aux honoraires des médecins généralistes est moins marquée en 2019 qu'en 2018 : - 2,6 % après - 13,6 %. L'évolution 2018 avait été atypique du fait du retrait de ce poste de dépenses des différentes rémunérations forfaitaires versées pour le suivi des patients, en qualité de médecin traitant. Ces dernières ont été remplacées par le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) et intégrées à la catégorie *Autres prestations*.

Les remboursements d'analyses médicales (du fait de la baisse temporaire de tarif en 2018), les honoraires des dentistes, les dépenses de médicaments, les produits de la LPP ainsi que plus marginalement les honoraires de médecins spécialistes connaissent également des évolutions 2019 supérieures aux évolutions 2018, de respectivement + 3,5 points, + 2,3 points, + 1,1 point, + 0,8 point et + 0,2 point par rapport à 2018.

A contrario, les honoraires des infirmiers et des masseurs kinésithérapeutes, et de manière plus marquée les versements d'indemnités journalières et les frais de transports enregistrent des évolutions inférieures à celles de l'année précédente (- 0,1 point, - 0,3 point, - 1,1 point et - 2,9 points).

Les dépenses de soins de ville pour les **non-salariés agricoles** diminuent de 7,4 % en 2019. Cette évolution s'établit à -1,2 % en enlevant l'impact de la disparition du FFIP en 2019. La plupart des postes de dépenses connaissent en 2019 des évolutions supérieures à celles de 2018. Les postes dont la baisse des remboursements s'atténue le plus sont les honoraires des médecins généralistes avec un rebond de 12,5 points et les remboursements d'analyses médicales en laboratoire (+ 3,1 points). A l'inverse, l'évolution des frais de transports perd 3,1 points en un an et celle des indemnités journalières, 1,8 point.

Pour le régime des **salariés agricoles**, les dépenses de soins de ville enregistrent en 2019 une baisse de 2,1 %. Hors FFIP, la tendance s'inverse : le total soins de ville augmente de 3,7 % en 2019, évolution qui gagne 0,4 point par rapport à 2018. Cette progression des dépenses résulte des évolutions à la hausse de l'ensemble des postes de dépenses de soins de ville à l'exception du poste *Autres charges* (sous l'effet de la disparition du Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP)). Les postes contribuant le plus à la dynamique des dépenses sont les dépenses de médicaments et le versement des indemnités journalières avec des contributions respectives de 0,7 point et 0,8 point suivi des honoraires de médecins spécialistes et des honoraires paramédicaux pour 0,5 point chacun.

1.1.2. L'évolution des dépenses au titre des établissements de santé

Les dépenses du régime agricole au titre des établissements augmentent de 1,0 % en 2019, avec une hausse de 0,5 % pour le régime des non-salariés agricoles et de 2,0 % pour le régime des salariés agricoles (**Tableau 2**).

Tableau 2 :
Évolution des dépenses par type d'établissements en 2019

	Total (y compris FMESPP)	Établissements publics de santé (hors FMESPP)	Établissements privés de santé (hors FMESPP)	Établissements médico-sociaux
Régime agricole	1,0%	0,6%	0,6%	1,4%
Non-salariés	0,5%	0,6%	-1,3%	0,4%
Salariés	2,0%	0,8%	3,3%	3,0%

Source : MSA

Les dépenses au titre des établissements publics de santé progressent de 0,6 % en 2019 après un recul de 1,7 % en 2018. Cette augmentation s'observe aussi bien dans le régime des non-salariés (0,6 %) que dans le régime des salariés (0,8 %) et traduit la répartition des dépenses entre les régimes d'assurance maladie.

Les remboursements de soins en établissements privés de santé augmentent de 0,6 %. La croissance est marquée dans le régime des salariés (3,3 %) tandis que les dépenses sont en décroissance dans le régime des non-salariés (- 1,3 %). Les principaux facteurs ayant impacté ces dépenses en 2019 sont l'évolution démographique de chacun des régimes (jouant en positif pour les salariés et en négatif pour les non-salariés), la poursuite du développement de l'hospitalisation à domicile et le dynamisme des dépenses de médicaments en sus suite à l'arrivée de nouveaux médicaments et à des extensions d'indication.

Les dépenses au titre des établissements médico-sociaux augmentent de 1,4 %. Elles sont modérées au régime des non-salariés avec 0,4 % de hausse (0,4 % pour les établissements hébergeant des personnes âgées et - 0,4 % pour les personnes handicapées) et plus marquées au régime des salariés avec une progression de 3,0 % (2,0 % pour les établissements hébergeant des personnes âgées et 3,8 % pour les personnes handicapées).

1.2. La crise sanitaire liée au Covid-19 et ses impacts

1.2.1. Les prévisions 2020

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020 fixe l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (**ONDAM**) pour les quatre années à venir et retient une évolution annuelle de **2,45 %** pour 2020, puis 2,3 % pour les années suivantes jusqu'en 2023. Pour les soins de ville, l'évolution est fixée à 2,4 % en 2020.

Pour l'**ensemble du régime agricole**, les prévisions relatives aux dépenses de **soins de ville** sur le champ de l'ONDAM 2020, à savoir les remboursements de soins de santé liés à la maladie, à la maternité et aux accidents du travail, hors indemnités journalières maternité et rentes accidents du travail, s'élèveraient à **5,1 milliards d'euros**, en **baisse de 0,7 %** (**Tableau 3**).

Tableau 3 :
Prévisions 2020 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 2020	y compris covid-19	Hors impact épidémie covid-19		
		Régime Agricole	Non-salariés	Salariés
Honoraires des médecins généralistes	-11,6%	-4,2%	-6,2%	-1,9%
Honoraires des médecins spécialistes	-8,9%	-1,3%	-3,7%	+1,1%
Honoraires des dentistes	-22,7%	+4,1%	+1,1%	+6,4%
Honoraires paramédicaux	-4,6%	+2,4%	+1,3%	+4,5%
dont honoraires des infirmiers	+0,7%	+1,9%	+1,1%	+3,8%
dont honoraires des masseurs kinésithérapeutes	-19,1%	+2,8%	+1,3%	+4,9%
Biologie	-5,9%	-4,4%	-7,2%	-1,2%
Transports	-1,0%	-1,0%	-2,8%	+1,6%
Produits de santé	+1,4%	+1,4%	-0,1%	+3,2%
dont produits de la LPP	+1,2%	+1,6%	-0,4%	+4,6%
dont médicaments	+1,5%	+1,3%	-0,0%	+2,8%
Autres prestations (*)	+0,0%	+0,0%	+0,0%	+0,0%
Autres charges (**)	+4,0%	+4,0%	+2,6%	+6,2%
TOTAL SOINS DE VILLE HORS INDEMNITES JOURNALIERES	-3,4%	+0,6%	-0,9%	+2,5%
Indemnités journalières	+19,6%	+1,6%	-2,5%	+2,6%
TOTAL SOINS DE VILLE	-0,7%	+0,7%	-1,0%	+2,5%

Source : MSA

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

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

Sur le champ des **soins de santé** hors indemnités journalières (IJ), le repli des dépenses serait nettement plus marqué (**- 3,4 %**), en lien avec les reports de soins non-urgents ainsi que l'activité restreinte de certains professionnels de santé en ville, en conséquence de l'épidémie de covid-19. À l'inverse, les versements d'**indemnités journalières** progresseraient de **19,6 %**, majorés par les arrêts de travail des patients touchés par le virus, mais aussi ceux des parents d'enfants de moins de 16 ans et des personnes à risque qui n'auront pas pu poursuivre leur activité professionnelle.

L'impact du **covid-19** est estimé à **- 1,4 point** (- 3,9 points sur le champ des soins de santé délivrés en ville, + 17,7 points sur l'évolution des IJ). Ainsi, hors épidémie, l'ensemble des dépenses de soins de ville progresseraient de + 0,7 %. Cela constituerait une croissance moins marquée qu'en 2019, où les soins de ville ont augmenté de 1,1 % (hors impact de la disparition du fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP)).

Hors effet covid-19, cette moindre progression par rapport à l'an passé résulterait d'un ralentissement des dépenses de certains postes, et en particulier les honoraires médicaux ainsi que les versements d'indemnités journalières. Les mesures d'économies nettes des surcoûts prévisionnels atteindraient 66,2 millions d'euros et joueraient à la baisse pour 1,3 point sur l'évolution des soins de ville ; ainsi l'évolution tendancielle 2020 est estimée à + 2,0 %.

Pour le **régime des non-salariés agricoles**, les prévisions relatives aux dépenses de **soins de ville** du champ de l'ONDAM 2020 s'élèveraient à 2,6 milliards d'euros et diminueraient de **2,7 %**. Hors épidémie de covid-19, elles baisseraient de 1,0 %, soit un repli légèrement moins marqué que l'an passé : - 1,2 % hors effet de la disparition du FFIP.

Les **mesures d'économies** prises en compte sur les soins de ville atteindraient **92,9 millions** d'euros, pour un impact attendu de - 3,4 points sur l'évolution prévisionnelle du régime. Elles seraient toutefois contrebalancées par des surcoûts évalués à 67,4 millions d'euros (revalorisations tarifaires pour les professionnels de santé, coûts des innovations thérapeutiques, etc.).

Ainsi, s'agissant des **médicaments et des dispositifs médicaux**, les mesures d'économies attendues, sous forme de baisses de prix et des mesures de maîtrise des dépenses, seraient particulièrement importantes (57,2 millions d'euros, soit 12,7 millions de plus qu'en 2019), mais seraient compensées par des surcoûts (augmentation des honoraires de dispensation, innovations thérapeutiques, etc) à hauteur de 51,4 millions. L'impact net sur l'évolution des produits de santé serait ainsi limité à - 0,6 point. En 2020, ces derniers diminueraient de 0,1 % (hors effet covid-19).

Le repli des **honoraires médicaux et dentaires** s'amplifierait en 2020, avec une **baisse de 4,0 %** hors effet covid-19, après - 2,4 % en 2019. A contrario, les honoraires d'**auxiliaires médicaux** enregistreraient une reprise, avec une croissance de 1,3 % (hors covid-19), après - 1,1 % l'année précédente. Ce rebond serait lié aux mesures découlant d'accords conventionnels pour chaque profession (avenants 5 et 6 infirmiers, avenant 5 masseurs-kinésithérapeutes, etc.).

La baisse prévisionnelle des **indemnités journalières** (- **2,5 %** en 2020 hors covid-19) proviendrait principalement des effets escomptés de mesures sur la pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêt de travail, annoncées dans le cadre de la LFSS pour 2020. Hors mesures, les versements d'indemnités journalières diminueraient de 1,1 %, soit une évolution identique à 2019. S'il est ajouté l'impact de l'épidémie covid-19 ce poste serait en forte progression (37,2 %).

Pour le **régime des salariés agricoles**, les prévisions relatives aux dépenses de **soins de ville** sur le champ de l'ONDAM 2020 s'élèveraient à **2,5 milliards** d'euros et progresseraient de **1,6 %**. Hors effet covid-19, leur progression atteindrait + 2,5 %, soit une hausse sensiblement plus contenue que celle observée en 2019 (+ 3,7 % hors effet de la disparition du FFIP).

Les **mesures d'économies** prévues atteignent 81,8 millions d'euros, jouant à la baisse sur l'évolution des remboursements 2020 pour 3,4 points. Les surcoûts prévisionnels s'établiraient à 41,1 millions d'euros, portant l'impact net de ces effets sur l'évolution des dépenses du régime à - 1,5 point.

Sur le champ des **produits de santé**, les économies escomptées (45,0 millions d'euros) sont partiellement compensées par les surcoûts prévus (29,7 millions d'euros liés à l'augmentation des honoraires de dispensation, aux innovations pharmaceutiques, etc). L'impact net des mesures modèrerait de 2,0 points la progression des remboursements en 2020, qui s'établirait ainsi à **3,2 %** (hors effet covid-19).

Hors effet covid-19, les **honoraires médicaux et dentaires** ralentiraient nettement en 2020 (+ **0,9 %** après + 3,1 %) tandis que les soins d'**auxiliaires médicaux** progresseraient de **4,5 %**, en accélération par rapport à 2019 (+ 4,1 %). Ces derniers contribueraient à la croissance des soins de ville du régime à hauteur de 0,6 point.

Les **indemnités journalières** enregistreraient une progression de **2,6 %** en 2020 (+ 15,8 % y compris effet covid-19), en net ralentissement par rapport à l'année précédente (+ 4,1 %) marquée par la mesure de prise en charge plus précoce des maladies professionnelles (décret de juillet 2018).

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

Pour mesurer les effets de la crise sanitaire sur les dépenses d'assurance maladie, une analyse en dates de soins serait appropriée. Elle nécessite cependant un recul important afin de disposer de tous les remboursements des soins effectués sur cette période. A ce jour, les dernières données de remboursement disponibles sont celles issues des remboursements de soins effectués en mai 2020. Hors seuls 59 % des remboursements de ce mois correspondent à des soins réalisés en mai (les 41 % restants étant relatifs à des soins réalisés sur les mois antérieurs).

Aussi, l'analyse ci-après a-t-elle été réalisée en dates de remboursement.

1.2.2.1. Résultats nationaux

a. Remboursements de soins de ville à fin mai 2020 – données CVS-CJO¹

Par rapport aux mêmes mois de 2019, les remboursements de **soins de ville** pour le régime agricole, en données CVS-CJO, se replient de **3,4 % en mars**, de **14,7 % en avril** et de **4,3 % en mai**.

Les baisses sont plus importantes pour le régime des non-salariés (respectivement de mars à mai de - 5,7 %, de - 20,9 % et de - 8,8 %) que pour celui des salariés (- 0,9 %, - 8,0 % et + 0,4 %).

Sur trois mois (mars-avril-mai 2020), le **recul** des remboursements de soins de ville s'établit à **7,5 % (Tableau 4)**, avec une baisse plus prononcée au régime des **non-salariés (- 11,9 %)** qu'au régime des **salariés (- 2,8 %)**.

¹ corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrables

Ces différences d'évolution entre les régimes s'expliquent d'une part, par un **différentiel d'évolution démographique sur un an de 4,3 points**, et d'autre part, par **la croissance du versement des indemnités journalières** et leur poids dans le total des soins de ville nettement plus important dans le régime des **salariés** (+ 61,9 % sur les trois mois, pour 15 % du total des soins de ville) qu'au régime des **non-salariés** (+ 34,3 % sur les trois mois, pour 3 % du total des soins de ville).

Les versements d'IJ, majorés par les IJ dérogatoires pour les personnes fragiles et les parents n'ayant pu poursuivre leur activité professionnelle pendant le confinement, ne sont pas le seul poste de dépenses en progression sur la période.

Les remboursements de **médicaments délivrés en ville** et les remboursements de **soins infirmiers** sont en légère hausse : + 0,6 % pour les premiers et + 0,4 % pour les seconds.

Ce sont les remboursements de soins des dentistes et des masseurs-kinésithérapeutes qui ont le plus chuté du fait de la fermeture des cabinets de ces professions pendant la période de confinement : - 57,3 % pour les premiers et - 49,2 % pour les seconds.

Les remboursements des honoraires des médecins ont également baissé en forte proportion : - 30,0 % pour les spécialistes (- 32,3 % au régime des non-salariés, - 27,9 % au régime des salariés) et - 19,1 % pour les généralistes (- 20,5 % au régime des non-salariés, - 17,6 % au régime des salariés).

Et les remboursements d'analyses médicales (- 18,7 %), de frais de transport des patients (- 18,4 %) et des dispositifs médicaux (- 7,9 %) n'ont pas non plus été épargnés.

Tableau 4 :
Évolution des remboursements de soins de ville
en date de remboursements cvs-cjo à fin mai 2020

Évolution des remboursements de soins de ville en date de remboursement CVS-CJO à fin mai 2020	Évolution mars-avril-mai 2020 par rapport aux memes mois de 2019		
	Régime Agricole	Non-salariés	Salariés
TOTAL SOINS DE VILLE	-7,5%	-11,9%	-2,8%
Soins de ville hors produits de santé	-10,6%	-17,4%	-4,0%
Honoraires des médecins et dentistes libéraux	-30,6%	-31,8%	-29,4%
- Médecins généralistes	-19,1%	-20,5%	-17,6%
- Médecins spécialistes	-30,0%	-32,3%	-27,9%
- Dentistes	-57,3%	-57,7%	-57,0%
Soins d'auxiliaires médicaux libéraux	-13,5%	-11,8%	-16,8%
- Masseurs-kinésithérapeutes	-49,2%	-48,5%	-50,0%
- Infirmiers	+0,4%	-0,5%	+2,5%
Laboratoires	-18,7%	-18,4%	-18,9%
Frais de transports	-18,4%	-18,2%	-18,8%
Indemnités journalières (IJ) :	+35,5%	+19,4%	+39,0%
- IJ maladie	+56,9%	+34,3%	+61,9%
- IJ ATMP	+1,8%	-3,6%	+3,0%
Produits de santé (médicaments + LPP)	-1,7%	-2,8%	-0,3%
Médicaments :	+0,6%	-0,7%	+2,0%
- Médicaments délivrés en ville	+0,6%	-0,7%	+2,2%
- Médicaments rétrocédés	-0,1%	-0,7%	+0,5%
LPP	-7,9%	-8,0%	-7,7%

Source : MSA

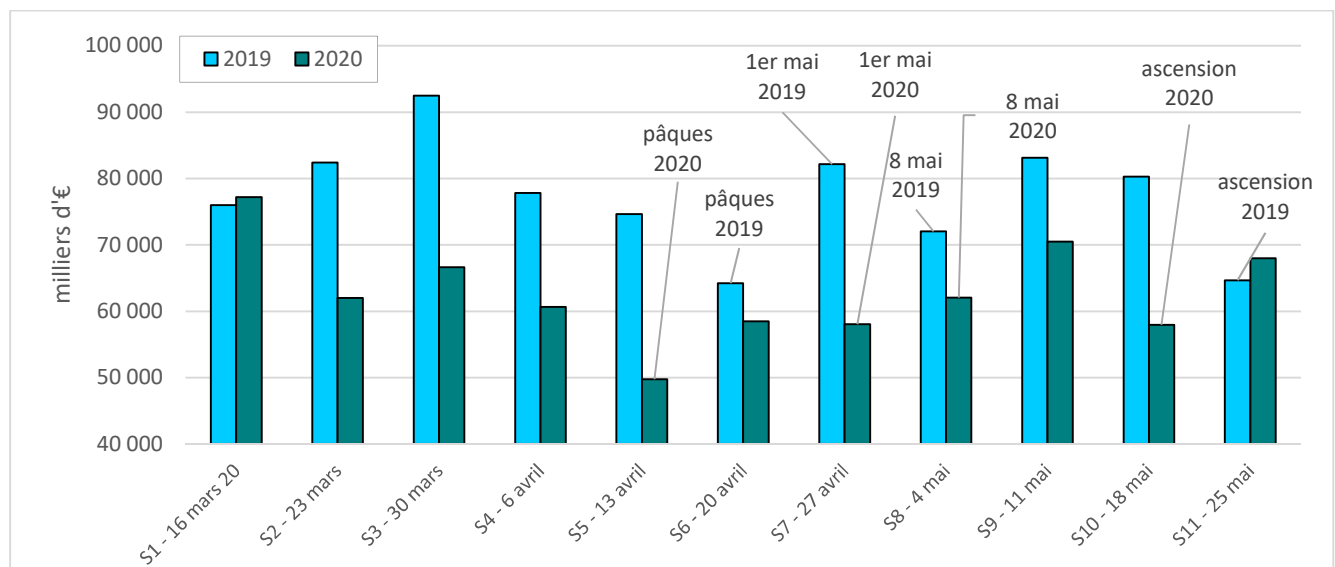
b. Suivi hebdomadaire des remboursements en données brutes

Sur l'ensemble des onze semaines, comprises entre le lundi 16 mars et le dimanche 31 mai 2020 (la mise en place du confinement a démarré le mardi 17 mars avec l'arrêt des activités non essentielles), les remboursements de **soins de ville** hors indemnités journalières ont **diminué de 18,7 %** par rapport à la même période de 2019². Cette évolution n'a pas été homogène sur l'ensemble de la période et diffère largement selon les catégories de professionnels de santé ou les prestations concernées (**Tableau 5**).

On peut néanmoins distinguer trois phases :

- la 1^{ère} semaine, où les remboursements se sont maintenus : + 1,6 %,
- les semaines suivantes de confinement, semaines 2 à 8 (du lundi 23 mars au dimanche 10 mai), où les remboursements ont chuté de 23,5 %,
- les semaines post-confinement : semaines 9 à 11 (du lundi 11 au dimanche 31 mai), où les remboursements s'infléchissent pour amorcer une reprise, ne diminuant plus que de 13,9 %.

Graphique 1 :
Soins de ville hors indemnités journalières, montants remboursés par semaine



Source : MSA

² Du lundi 18 mars au dimanche 2 juin 2019.

Tableau 5 :
Évolution des remboursements hebdomadaires de soins de ville (hors IJ)

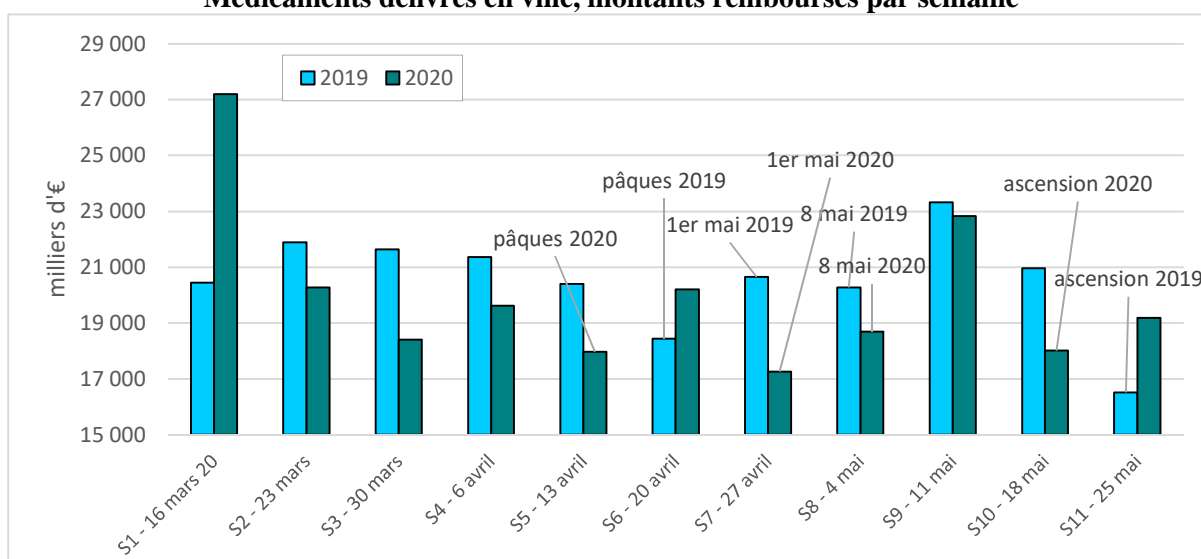
	1 ^{ère} semaine	Semaines 2 à 8	Semaines 9 à 11	Total des 11 semaines
Médecins Généralistes	-25,2%	-27,6%	-11,2%	-22,9%
Médecins Spécialistes	-22,7%	-44,6%	-23,7%	-36,8%
Dentistes	-63,9%	-93,8%	-22,4%	-70,5%
Sages femmes	-20,3%	-26,5%	-4,3%	-19,6%
Masseurs-kinésithérapeutes	15,3%	-75,5%	-44,6%	-58,9%
Infirmiers	1,4%	-3,0%	-8,4%	-4,0%
Autres auxiliaires médicaux	-31,5%	-83,2%	-41,8%	-67,0%
Laboratoires	-15,5%	-33,0%	-4,4%	-23,4%
Frais de transports	19,2%	-26,4%	-32,8%	-24,2%
Médicaments délivrés en ville	33,0%	-8,5%	-1,2%	-2,8%
Médicaments rétrocedés	-6,7%	6,6%	-4,9%	1,8%
LPP (dispositifs médicaux)	-3,0%	-10,0%	-13,3%	-10,2%
TOTAL SDV hors IJ	1,6%	-23,5%	-13,9%	-18,7%

Source : MSA

Lors de la première semaine de confinement, la croissance des remboursements de soins de ville (+ 1,6 %) a essentiellement été portée par un pic de liquidation de **médicaments délivrés en ville** (+ 33,0 % par rapport à la même semaine de 2019) : les patients atteints de maladie chronique, ayant eu la possibilité de renouveler leurs ordonnances, ont vraisemblablement constitué des stocks en prévision d'un long confinement (**Graphique 2**).

Pendant la deuxième phase, entre la 2^e et 8^e semaine de confinement, les remboursements de médicaments de ville ont en revanche enregistré un recul marqué (- 8,5 %), qui s'estompe nettement pendant la 3^e phase post-confinement (- 1,2 %).

Graphique 2 :
Médicaments délivrés en ville, montants remboursés par semaine

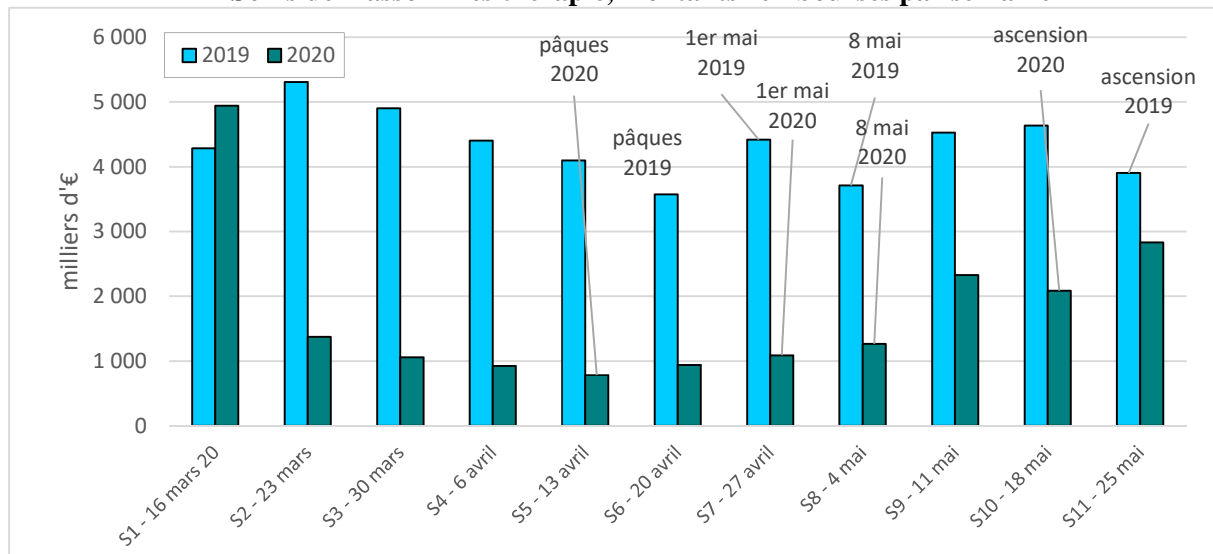


Source : MSA

De manière parallèle, les remboursements de soins prodigués par les **masseurs-kinésithérapeutes** ont enregistré un pic de remboursements pendant la 1^{ère} semaine (+ 15,3 %), correspondant à la facturation de toutes les séquences de soins en cours avant la fermeture des cabinets (**Graphique 3**). L'activité a ensuite été très fortement réduite (- 75,5 % de la semaine 2 à la semaine 8) et reprend progressivement après le confinement (- 44,6 % pour les semaines 9 à 11).

Pour les dentistes et les autres auxiliaires médicaux (orthophonistes, orthoptistes, pédicures) l'activité a été réduite dès la première semaine pour devenir quasiment inexistante ensuite et amorcer une reprise après le confinement.

Graphique 3 :
Soins de masso-kinésithérapie, montants remboursés par semaine

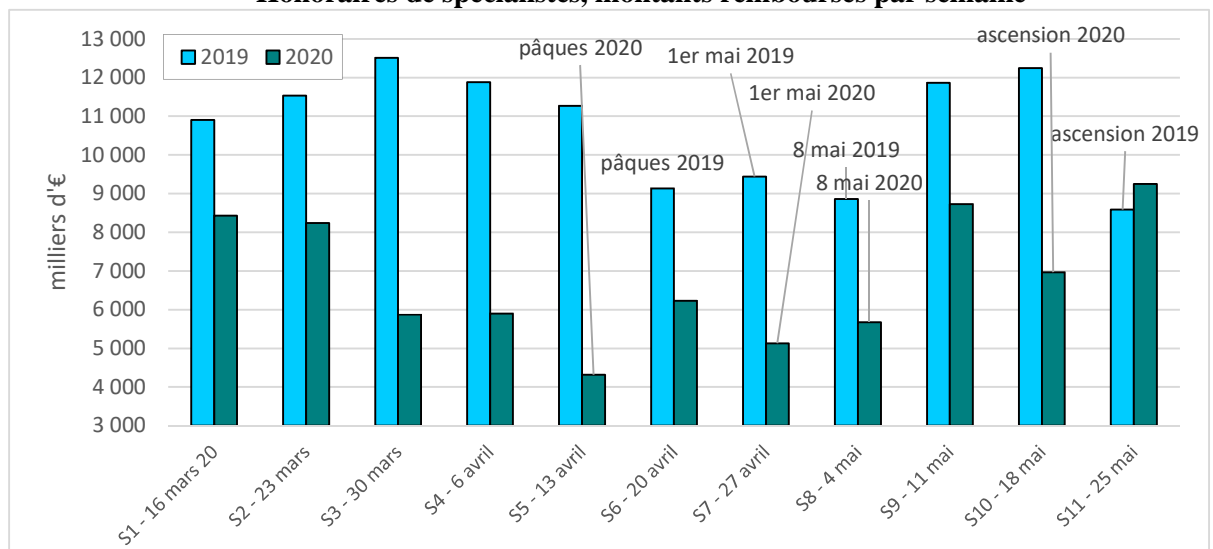


Source : MSA

S'agissant des honoraires médicaux, les différentes phases sur la période sont relativement moins marquées.

Pour les **spécialistes**, la baisse des remboursements s'est établie à - 22,7 % dès la première semaine, s'est accentuée à - 44,6 % pendant la deuxième phase, avant de s'atténuer à - 23,7 % en troisième phase (**Graphique 4**).

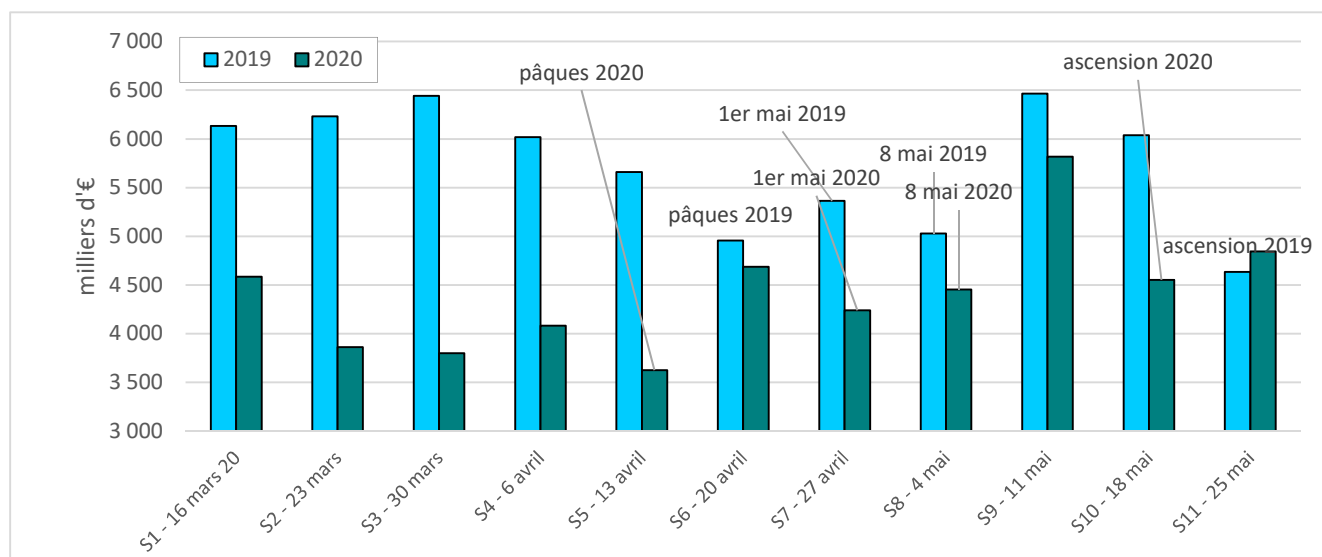
Graphique 4 :
Honoraires de spécialistes, montants remboursés par semaine



Source : MSA

Concernant les honoraires de **généralistes**, la baisse des remboursements a atteint - 25,2 % dès la première semaine, mais ne s'est pas beaucoup intensifié pendant la deuxième phase (- 27,6 %), l'inflexion vers une reprise ayant commencé en amont du déconfinement, dès la 6^e semaine (**Graphique 5**).

Graphique 5 :
Honoraires de généralistes, montants remboursés par semaine

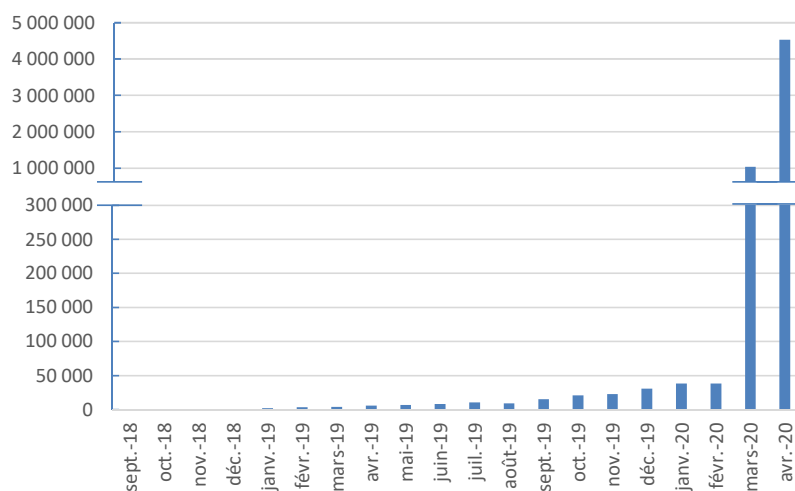


Source : MSA

c. Recours à la télémedecine

Pour répondre aux défis sanitaires, démographiques et économiques auxquels sont confrontés les systèmes de santé, la télémedecine est en plein développement et connaît un essor inédit face à la crise sanitaire du Covid-19. En France, le nombre d'actes de télémedecine remboursés par l'ensemble des régimes d'assurance maladie est passé de moins de 40 000 par mois avant mars 2020 à 4,5 millions pour le seul mois d'avril 2020 (**Graphique 6**).

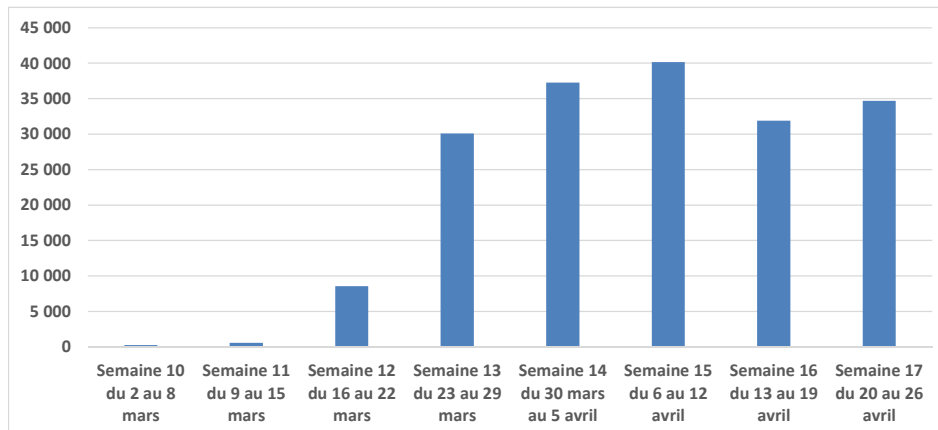
Graphique 6 :
Evolution du nombre d'actes de télémedecine remboursés par l'assurance maladie



Source : SNDS – Exploitation MSA

Dès la première semaine de confinement (semaine du 16 au 22 mars), le recours à la télé médecine a connu une croissance inédite. Alors que le nombre hebdomadaire de téléconsultations effectuées pour des patients du régime agricole était inférieur à 600 durant la première quinzaine de mars (**Graphique 7**), il atteint plus de 40 000 actes en semaine 15 (du 6 au 12 avril)³. Sur l'ensemble des téléconsultations effectuées durant les mois de mars et d'avril, une cinquantaine a été réalisée en officine (0,03 %) et un peu plus de 400 par l'intermédiaire d'un infirmier libéral (0,2 %).

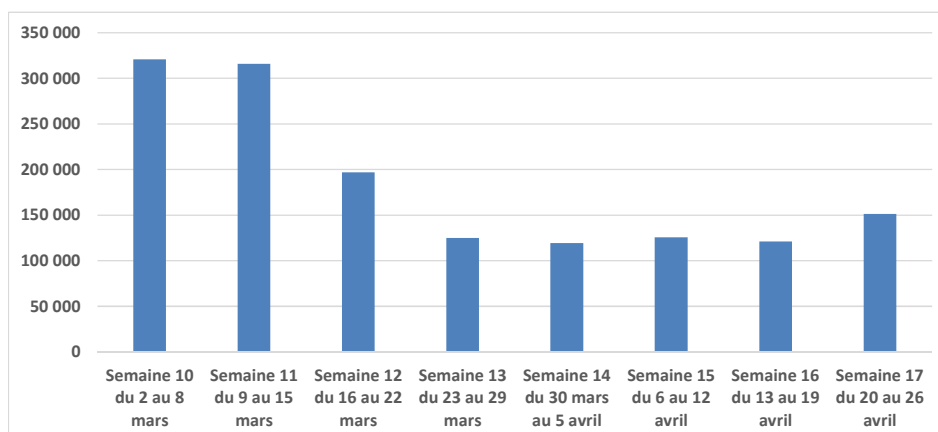
Graphique 7 :
Nombre de téléconsultations effectuées pour des patients du régime agricole en mars et avril 2020 (*)



(*) données en date de soins avec les remboursements à fin avril 2020 Source : MSA

En parallèle, le nombre de consultations et visites a chuté, passant de plus de 300 000 consultations et visites par semaine avant le début du confinement (semaines 10 et 11) à environ 120 000 à partir de la 2^{ème} semaine de confinement (semaine 13)(**Graphique 8**). La part des consultations à distance est ainsi passée de 0,1 % semaine 10, à 24,2 % semaine 15.

Graphique 8 :
Nombre de consultations et visites effectuées pour des patients du régime agricole en mars et avril 2020 (*)



(*) données en date de soins avec les remboursements à fin avril 2020 Source : MSA

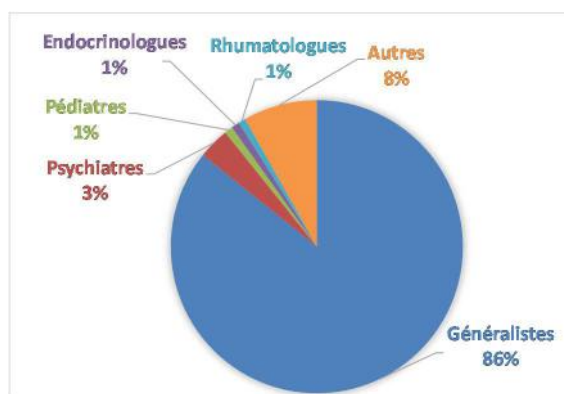
³ Chiffres sous-estimés, notamment pour les deux dernières semaines d'avril, puisque le dernier mois de remboursement à disposition est avril 2020 et que certaines téléconsultations seront remboursées après avril 2020.

Cette forte croissance des téléconsultations a été soutenue par des mesures dérogatoires assouplissant les règles de facturation durant la crise épidémique, avec notamment une prise en charge à 100% pour tous les patients quel que soit le motif, à compter du 20 mars 2020 et jusqu'à la date de cessation de l'état d'urgence sanitaire. Cette dérogation s'applique pour les téléconsultations réalisées par vidéotransmission mais aussi, sous certaines conditions, aux téléconsultations réalisées par simple communication téléphonique. De nouvelles professions telles que sages-femmes, infirmiers, orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes ont également été autorisées à exercer à distance dans le cadre du Covid-19.

La MSA ne dispose dans ses bases de données que des téléconsultations qui ont fait l'objet d'une facturation individuelle. Pour les téléconsultations réalisées en hôpital public, seules celles réalisées par les établissements dans le périmètre FIDES sont disponibles. Ainsi, 98,3 % des téléconsultations remboursées par la MSA ont été réalisées en ville (libéraux en cabinet, centre de santé ou clinique) et 1,7 % réalisées en établissements publics (FIDES).

Avant la crise du Covid-19, 54 % des téléconsultations étaient réalisées par des médecins généralistes libéraux. Sur la période mars-avril 2020, cette part atteint 86 % (**Graphique 9**). La moyenne d'âge des patients ayant télé-consulté est de 59 ans (52 ans avant mars 2020). Ce sont majoritairement des femmes (dans 55 % des cas) et dans 46 % des cas le patient est en ALD (40 % avant mars 2020).

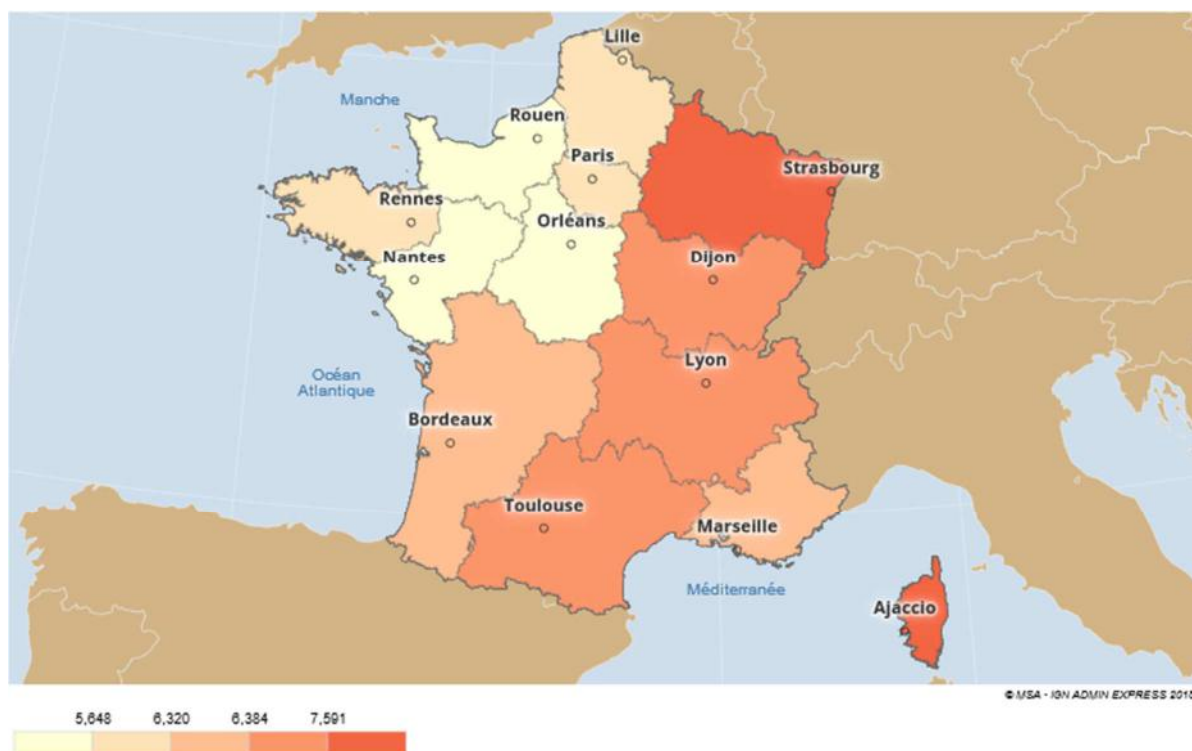
Graphique 9 :
Répartition des téléconsultations réalisées en mars et avril 2020 selon la spécialité du médecin



Source : MSA

Rapporté à la population protégée, le nombre de téléconsultations réalisées en mars et en avril 2020 est plus élevé dans les régions de l'est que dans les régions de l'ouest de la France, avec notamment un fort recours dans le Grand Est fortement touché par le Covid-19 (**Carte 1**).

Carte 1 :
Nombre de téléconsultations réalisées en mars et avril 2020
pour 100 affiliés au régime agricole



Source : MSA, RNIAM

La crise sanitaire du Covid-19 a eu pour conséquence un report des soins non urgents, et notamment une baisse des consultations et visites des médecins généralistes et spécialistes libéraux. En parallèle, le nombre de téléconsultations, en particulier celles réalisées par les généralistes, a connu une croissance sans précédent. Elles ont permis l'orientation et le suivi des patients symptomatiques du Covid-19, mais aussi le suivi des patients ne pouvant reporter leur consultation. Cette nouvelle façon de consulter son médecin pourrait perdurer et être mieux adoptée qu'avant l'épidémie à la fois par les professionnels de santé et par les patients.

d. Suivi hebdomadaire des remboursements de médicaments délivrés en ville

Comme le souligne l'étude pharmaco-épidémiologique concernant l'usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19⁴, différents comportements ont pu être observés à partir de trois catégories de médicaments : les traitements contre les maladies chroniques, les médicaments dont le recours physique à un professionnel de santé est indispensable et les médicaments en lien avec le Covid-19.

Méthodologie

Pour chaque semaine depuis le 16 mars 2020, le nombre de boîtes remboursées par classe thérapeutique a été comparé à celui des boîtes remboursées à la même période en 2019.

Un facteur correctif a été utilisé pour tenir compte des deux jours fériés : le lundi de Pâques et le jeudi de l'Ascension. Le facteur correctif, utilisé lorsqu'une semaine a la particularité d'avoir un jour férié, donc chômé, est de 4,5/5,5. Il tient compte de l'activité partielle du samedi où environ 80 % des pharmacies d'officine sont ouvertes, mais où les cabinets médicaux ne sont que très partiellement ouverts en terme d'accueil et d'amplitude horaire. Les deux autres jours fériés, le 1^{er} et 8 mai, étant positionnés la même semaine, il n'est pas utile d'apporter de correction.

Le **tableau 6** ci-après illustre pour les principales classes thérapeutiques impactées, les évolutions des montants remboursés par semaine.

Les traitements contre les maladies chroniques

Au cours des 2 premières semaines de confinement, on observe une forte croissance du nombre de boîtes remboursées de médicaments pour des maladies chroniques :

- Pour les médicaments cardiovasculaires et diabète : + 39,9 % en 1^{ère} semaine et + 11,0 % en 2^e semaine.
- Pour les médicaments des troubles mentaux et dépendances : + 30,0 % en 1^{ère} semaine et + 12,5 % en 2^e semaine.
- Pour les médicaments antinéoplasiques et immunomodulateurs : + 48,3 % en 1^{ère} semaine et + 11,2 % en 2^e semaine.

Cette forte croissance correspond à un stockage des traitements de pathologies chroniques, lié en partie à la peur de contamination et une crainte du manque de disponibilités des traitements et des professionnels de santé.

Les deux semaines suivantes, les semaines 3 et 4, se caractérisent par une sous-consommation et la semaine 5 par une reprise par rapport à la même période de 2019 :

- Pour les médicaments cardiovasculaires et diabète : - 12,1 % pour la 3^e semaine et - 6,9 % en 4^e semaine, puis + 9,1 % en 5^e semaine.
- Pour les médicaments des troubles mentaux et dépendances : - 8,8 % pour la 3^e semaine et - 0,8 % en 4^e semaine, puis + 15,9 % en 5^e semaine.
- Pour les médicaments antinéoplasiques et immunomodulateurs : - 9,5 % pour la 3^e semaine et - 4,4 % en 4^e semaine, puis + 12,4 % en 5^e semaine.

⁴ Rapport EPI-PHARE Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 – point de situation après 5 semaines de confinement.

**Tableau 6 :
Evolution du nombre de boîtes remboursées par semaine au régime agricole**

Classe de médicaments	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S1 - S11 (3)
	16 - 22 mars	23 - 29 mars	30 mars - 5 avril	6 - 12 avril	13 - 19 avril (1)	20 - 26 avril (1)	27 avril - 3 mai	4 - 10 mai	11 - 17 mai	18 - 24 mai (2)	25 - 31 mai (2)	S1 - S11 (3)
Médicaments cardiovasculaires et diabète	39,9%	11,0%	-12,1%	-6,9%	9,1%	-10,6%	-15,0%	-7,3%	-2,0%	1,1%	31,1%	113 061 1,6%
Troubles mentaux et dépendances	30,0%	12,5%	-8,8%	-0,8%	15,9%	-5,7%	-10,9%	-4,8%	0,3%	4,5%	35,5%	92 506 4,3%
Agents antineurovasculaires oculaires	-24,3%	-42,5%	-49,2%	-38,8%	-19,6%	-28,5%	-24,6%	-19,1%	-7,2%	-8,3%	46,6%	-3 726 -22,4%
Vaccins	-20,3%	-47,5%	-50,8%	-42,7%	-27,9%	-24,4%	-25,3%	-20,1%	-14,8%	-15,2%	19,8%	-25 221 -26,1%
ROR	-31,7%	-52,4%	-44,3%	-36,0%	-19,1%	-11,1%	-24,2%	-21,1%	-17,6%	-19,8%	17,2%	-2 555 -25,1%
Autres vaccins	-18,9%	-45,9%	-50,5%	-42,0%	-27,6%	-25,9%	-26,0%	-20,3%	-14,4%	-14,6%	19,9%	-21 073 -25,8%
Vaccin contre Papillomavirus	-18,1%	-64,8%	-68,4%	-65,4%	-45,4%	-24,7%	-15,7%	-14,5%	-16,0%	-14,3%	24,5%	-1 593 -32,0%
Contraception, traitement hormonal	62,8%	-1,9%	-22,1%	-19,7%	1,4%	-13,5%	-19,9%	-15,5%	-10,2%	-3,2%	16,7%	-3 263 -3,5%
Antibiotiques	9,6%	-19,0%	-34,9%	-37,1%	-30,8%	-39,7%	-40,2%	-39,8%	-33,8%	-32,2%	-14,0%	-282 866 -28,9%
Médicaments en lien avec le Covid-19												
Chloroquine et hydroxychloroquine	81,8%	67,2%	16,8%	10,7%	8,7%	-3,1%	1,4%	-9,0%	-20,9%	9,6%	49,8%	1 462 16,5%
Azithromycine	45,7%	62,9%	25,5%	8,3%	30,7%	18,5%	-5,0%	-7,9%	2,1%	-2,9%	16,1%	4 658 17,4%
Paracétamol	44,9%	9,4%	-12,6%	-7,1%	7,2%	-9,9%	-16,2%	-10,6%	-4,2%	-2,0%	28,1%	53 825 0,9%
Ibuprofène	-37,0%	-74,4%	-80,6%	-77,4%	-73,5%	-72,1%	-71,9%	-70,1%	-63,9%	-62,5%	-46,9%	-89 413 -67,1%
Antinéoplasiques et immunomodulateurs	48,3%	11,2%	-9,5%	-4,4%	12,4%	-5,6%	-14,4%	-8,7%	0,6%	5,4%	31,4%	7 239 4,3%
Produit de contraste iodé	-39,4%	-67,0%	-70,7%	-66,9%	-51,6%	-49,1%	-41,1%	-33,9%	-24,9%	-21,8%	22,1%	-17 099 -42,8%
Produits de contraste pour imagerie	-36,2%	-69,5%	-72,6%	-66,5%	-52,2%	-50,4%	-46,8%	-40,5%	-33,9%	-25,5%	12,8%	-7 781 -46,1%

(1) : prise en compte du jour férié du lundi de Pâques

(2) : prise en compte du jour férié du jeudi de l'Ascension

(3) : données brutes

Source : MSA

Les semaines 6 à 8 se caractérisent à nouveau par une sous-consommation par rapport à la même période de 2019 :

- Pour les médicaments cardiovasculaires et diabète : - 10,6 % en 6^e semaine, - 15,0 % en 7^e semaine et - 7,3 % en 8^e semaine.
- Pour les médicaments des troubles mentaux et dépendances : - 5,7 % en 6^e semaine, - 10,9 % en 7^e semaine et - 4,8 % en 8^e semaine.
- Pour les médicaments antinéoplasiques et immunomodulateurs : - 5,6 % en 6^e semaine, - 14,4 % en 7^e semaine et - 8,7 % en 8^e semaine.

Puis une reprise apparait, surtout sur la dernière semaine de mai :

- Pour les médicaments cardiovasculaires et diabète : - 2,0 % en 9^e semaine puis + 1,1 % pour la 10^e semaine et + 31,1 % en 11^e semaine.
- Pour les médicaments des troubles mentaux et dépendances : + 0,3 % en 9^e semaine puis + 4,5 % pour la 10^e semaine et + 35,5 % en 11^e semaine.
- Pour les médicaments antinéoplasiques et immunomodulateurs : + 0,6 % en 9^e semaine puis + 5,4 % pour la 10^e semaine et + 31,4 % en 11^e semaine.

Pour l'ensemble de la période et par rapport à la même période de 2019, le nombre de boîtes a progressé :

- Pour les médicaments cardiovasculaires et diabète : + 1,6 %
- Pour les médicaments des troubles mentaux et dépendances : + 4,3 %
- Pour les médicaments antinéoplasiques et immunomodulateurs : + 4,3 %

Les médicaments nécessitant le recours d'un professionnel de santé

L'épidémie de Covid-19 a entraîné un effondrement des remboursements de médicaments pour lesquels le recours physique à un professionnel de santé est indispensable :

- Les agents antinéovascularisation oculaire : sous-consommation les dix premières semaines, puis reprise la dernière semaine de + 46,6 %.
- Les vaccins : sous-consommation les dix premières semaines, puis reprise la dernière semaine de + 19,8 %.
- La contraception⁵ : sous-consommation les dix premières semaines (à l'exception de la 1^{ère} et 5^e semaine), puis reprise la dernière semaine de + 16,7 %.
- Produits de contraste iodé : sous-consommation les dix premières semaines, puis reprise la dernière semaine de + 22,1 %.
- Produits de contraste pour IRM : sous-consommation les dix premières semaines, puis reprise la dernière semaine de + 12,8 %.

⁵ Seul l'usage des dispositifs contraceptifs intra-utérins nécessite impérativement le recours physique à une professionnelle de santé, ici l'ensemble de la classe thérapeutique a été considérée.

Pour l'ensemble de la période, le nombre de boîtes a diminué :

- Pour les vaccins : - 26,1 %
- Pour la contraception : - 3,5 %
- Produits de contraste iodé : - 42,8 %
- Produits de contraste pour IRM : - 46,1 %

Les médicaments en lien avec le Covid-19

- Le paracétamol : comme pour les médicaments en lien avec des pathologies chroniques, le nombre de boîtes remboursées a alterné entre des périodes de stockage (1^{ère} semaine : + 44,9 %, 2^e semaine : + 9,4 %, + 7,2 % en 5^e semaine) et des périodes de sous consommation (3^e et 4^e semaines et 6^e à 10^e semaines) avant de progresser en dernière semaine à hauteur de 28,1 %.
- Chloroquine et hydroxychloroquine : le nombre de boîtes remboursées a progressé sur l'ensemble de la période à l'exception des 6^e, 8^e et 9^e semaines.
- Azithromycine : le nombre de boîtes remboursées a progressé sur l'ensemble de la période à l'exception des 7^e, 8^e et 10^e semaines.

Pour l'ensemble de la période, le nombre de boîtes a progressé :

- Pour le paracétamol : + 0,9 %
- Pour la chloroquine et hydroxychloroquine: + 16,5 %
- Pour l'azithromycine: + 17,4 %
- Ibuprofène : le nombre de boîte a baissé chaque semaine du fait de la mise en garde concernant l'utilisation des anti-inflammatoires, émise précocement par les autorités sanitaires françaises pour un risque potentiel d'aggravation du Covid-19.
Pour l'ensemble de la période, le nombre de boîtes délivrées a chuté de 67,1 %.

e. Impact sur les versements d'indemnités journalières

Des mesures dérogatoires pour le versement des IJ maladie sont applicables suite au passage de la France au stade 3 du plan de lutte contre le coronavirus. A compter du 06/03/2020, seules les personnes (salariés agricoles et non-salariés agricoles) répondant à un des critères ci-dessous peuvent bénéficier du versement d'indemnités journalières :

- les personnes exposées au coronavirus contraintes d'interrompre leur activité professionnelle dans le cadre d'un dispositif d'isolement (personnes asymptomatiques dits "cas contacts") ;
- les parents d'enfants de moins de 16 ans dont la structure d'accueil ou l'établissement scolaire est fermé, ou parent d'enfant en situation de handicap pris en charge dans une structure fermée (pas de limite d'âge). Un seul des parents peut en bénéficier, et ils peuvent alterner selon le mode de garde ou les possibilités de télétravail ;
- les personnes à risque élevé, ou personnes à risque : assurée enceinte au cours de son 3^e mois de grossesse ou assuré en ALD, ne pouvant pas télétravailler, ou personne âgée de plus de 70 ans en activité.

Le délai de carence est supprimé pour tous les arrêts de travail maladie prescrits à compter du 24/03/2020.

A partir du 01/05/2020, les salariés qui peuvent bénéficier d'un arrêt de travail pour garde d'enfant ou en raison de leur vulnérabilité sont placés en « chômage partiel ».

Pour les non-salariés, les mesures dérogatoires d'arrêts de travail sont maintenues jusqu'à la levée des mesures sanitaires. En substitution d'IJ Amexa et depuis le 16/03/2020, ils peuvent prétendre à l'allocation de remplacement s'ils sont empêchés d'accomplir les travaux de l'exploitation agricole et ont recours à un Service de Remplacement ou embauchent un salarié, jusqu'à hauteur de 112 € sans plafonnement du nombre de jours de versement.

Il est possible d'avoir une approximation du nombre d'arrêts liés à la crise sanitaire, qu'il s'agisse des arrêts de travail dérogatoires (identifiés grâce à une codification spécifique appliquée au prescripteur), ou des arrêts de travail réellement prescrits aux personnes malades (par différence de dénombrement des nouveaux arrêts entre 2020 et 2019). Le nombre d'arrêts de travail dérogatoires est cependant sous-évalué notamment du fait de l'application tardive des règles de codification spécifiques, ce qui se traduit par un nombre conséquent d'attribution de numéros de prescripteur fictif.

Au régime des salariés agricoles

En mars 2020, ce sont plus de 92 000 nouveaux arrêts de travail maladie qui ont été indemnisés, soit 4,5 fois plus qu'en mars 2019 (**Tableau 7**). Parmi eux, 38 % bénéficient aux parents prenant en charge leurs enfants et 7 % aux personnes à risque. Le nombre d'arrêts prescrits par les médecins libéraux est également 2,5 fois plus important qu'un an plus tôt. A l'inverse, les prescriptions à l'hôpital sont un peu moins nombreuses.

En avril 2020, ce sont près de 29 500 nouveaux arrêts de travail maladie qui ont été indemnisés, soit deux fois plus qu'en avril 2019. Parmi eux, 61 % bénéficient désormais aux parents prenant en charge leurs enfants et 4 % aux personnes à risque. Le nombre d'arrêts prescrits par les médecins libéraux et les prescriptions à l'hôpital sont moins nombreux qu'en 2019.

En mai 2020, seuls 1 700 nouveaux arrêts ont été prescrits (chiffres provisoires), soit deux fois moins qu'en 2019. Les salariés qui gardent leurs enfants ou les personnes vulnérables ne peuvent plus bénéficier d'indemnisation par l'assurance maladie, ils sont placés en « chômage partiel ».

Tableau 7 :
Nombre de nouveaux arrêts de travail indemnisés en maladie,
pour le régime des salariés agricoles

	Prescripteur	Mars			Avril			Mai		
		Nb de nouveaux arrêts	Part	Durée moyenne d'arrêt	Nb de nouveaux arrêts	Part	Durée moyenne d'arrêt	Nb de nouveaux arrêts	Part	Durée moyenne d'arrêt
2020	Médecin généraliste	27 302	30%	18	5 284	18%	15	748	44%	10
	Médecin spécialiste	15 818	17%	17	4 095	14%	15	775	45%	10
	Etablissement de soins (yc Centres de sant	2 847	3%	22	911	3%	17	190	11%	11
	Dérogation : Gardes d'enfant	34 945	38%	15	18 029	61%	6	3	0%	4
	Dérogation : Personnes à risque	6 790	7%	22	990	4%	17	2	0%	9
	Numéro de prescripteur fictif	4 555	5%	14	131	0%	10	1	0%	8
	Total	92 257	100%	17	29 440	100%	9	1 719	100%	10
2019	Médecin généraliste	10 505	51%	17	7 329	51%	14	1 613	46%	10
	Médecin spécialiste	6 446	32%	18	4 695	32%	15	1 287	37%	10
	Etablissement de soins (yc Centres de sant	3 541	17%	21	2 503	17%	18	595	17%	12
	Numéro de prescripteur fictif	4	0%	8	2	0%	13			
	Total	20 496	100%	18	14 529	100%	15	3 495	100%	10

Source : MSA

Sur ces trois mois, on peut estimer à près de 85 000 le nombre d'arrêts de travail indemnisés du fait de la crise sanitaire, soit 2,2 fois plus que ceux indemnisés au cours de la même période en 2019 (Tableau 8). Le nombre d'arrêts dérogatoires représente au moins 77 % de ces arrêts.

Le coût de ces arrêts est de 43,3 millions d'euros. Il tient compte du déficit de nouveaux arrêts en avril et mai 2020 par rapport à 2019, ce qui représente une économie de près d'un million d'euros.

Tableau 8 :
Impacts de la crise sanitaire sur le nombre de nouveaux arrêts de travail
et les montants indemnisés en maladie, pour le régime des salariés agricoles

	Mars		Avril		Mai		Total	
	Nb de nouveaux arrêts	Montants	Nb de nouveaux arrêts	Montants	Nb de nouveaux arrêts	Montants	Nb de nouveaux arrêts	Montants
Arrêts dérogatoires	46 290	25 215 292 €	19 150	4 235 998 €	6	1 156 €	65 446	29 452 446 €
Solde 2020/2019	25 475	14 827 045 €	-4 237	-671 926 €	-1 782	-311 401 €	19 456	13 843 718 €
Total	71 765	40 042 337 €	14 913	3 564 072 €	-1 776	-310 244 €	84 902	43 296 165 €

Source : MSA

Au régime des non-salariés agricoles

En mars 2020, ce sont plus de 11 100 nouveaux arrêts de travail maladie qui ont été indemnisés, soit 4,2 fois plus qu'en mars 2019 (**Tableau 9**). Parmi eux, 43 % bénéficient aux parents prenant en charge leurs enfants et 7 % aux personnes à risque. Le nombre d'arrêts prescrits par les médecins libéraux est également deux fois plus important qu'un an plus tôt. A l'inverse, les prescriptions à l'hôpital sont un peu moins nombreuses.

En avril 2020, ce sont près de 4 000 nouveaux arrêts de travail maladie qui ont été indemnisés, soit deux fois plus qu'en avril 2019. Parmi eux, 53 % bénéficient désormais aux parents prenant en charge leurs enfants et 5 % aux personnes à risque. Le nombre d'arrêts prescrits par les médecins libéraux et les prescriptions à l'hôpital sont moins nombreux qu'en 2019.

En mai 2020, seuls 900 nouveaux arrêts ont été prescrits (chiffres provisoires), soit 1,6 fois plus qu'en 2019. Contrairement aux salariés, les non-salariés qui gardent leurs enfants ou les personnes vulnérables continuent de bénéficier d'indemnisation par l'assurance maladie.

Tableau 9 :
Nombre de nouveaux arrêts de travail indemnisés en maladie,
pour le régime des non-salariés agricoles

	Prescripteur	Mars			Avril			Mai		
		Nb de nouveaux arrêts	Part	Durée moyenne d'arrêt	Nb de nouveaux arrêts	Part	Durée moyenne d'arrêt	Nb de nouveaux arrêts	Part	Durée moyenne d'arrêt
2020	Médecin généraliste	2 412	22%	24	726	19%	21	195	21%	13
	Médecin spécialiste	1 264	11%	25	510	13%	20	173	19%	13
	Etablissement de soins (yc Centres de santé)	625	6%	25	329	8%	20	93	10%	12
	Dérogation : Gardes d'enfant	4 795	43%	27	2 108	53%	16	424	46%	10
	Dérogation : Personnes à risque	771	7%	37	207	5%	28	24	3%	15
	Numéro de prescripteur fictif	1 250	11%	13	83	2%	4	5	1%	2
	Total	11 117	100%	25	3 963	100%	18	914	100%	12
2019	Médecin généraliste	1 074	40%	29	765	40%	23	221	39%	14
	Médecin spécialiste	723	27%	32	549	28%	24	191	33%	14
	Etablissement de soins (yc Centres de santé)	871	33%	26	627	32%	22	161	28%	13
	Numéro de prescripteur fictif									
	Total	2 668	100%	29	1 941	100%	23	573	100%	14

Source : MSA

Sur ces trois mois, on peut estimer à plus de 10 800 le nombre d'arrêts de travail indemnisés du fait de la crise sanitaire (**Tableau 10**), soit 2,1 fois plus que ceux indemnisés au cours de la même période en 2019 (rapport très proche de celui observé dans le régime des salariés agricoles). Le nombre d'arrêts dérogatoires représente au moins 89 % de ces arrêts.

Le coût de ces arrêts est de 5,8 millions d'euros. Il tient compte du déficit de nouveaux arrêts en avril et mai 2020 par rapport à 2019, ce qui représente une économie de 33 000 euros.

Tableau 10 :
Impacts de la crise sanitaire sur le nombre de nouveaux arrêts de travail
et les montants indemnisés en maladie, pour le régime des non-salariés agricoles

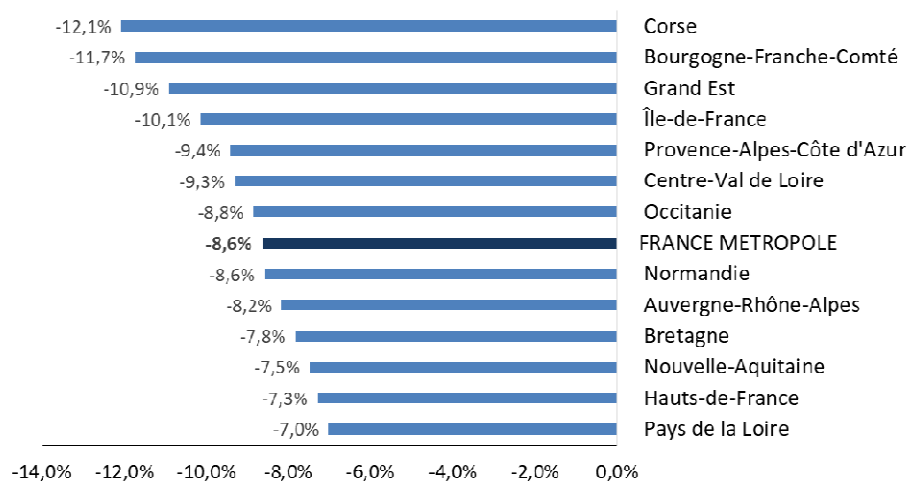
	Mars		Avril		Mai		Total	
	Nb de nouveaux arrêts	Montants	Nb de nouveaux arrêts	Montants	Nb de nouveaux arrêts	Montants	Nb de nouveaux arrêts	Montants
Arrêts dérogatoires	6 816	4 194 759 €	2 398	898 242 €	453	101 248 €	9 667	5 194 250 €
Solde 2020/2019	1 633	612 837 €	-376	-61 182 €	-112	28 131 €	1 145	579 785 €
Total	8 449	4 807 596 €	2 022	837 060 €	341	129 379 €	10 812	5 774 035 €

Source : MSA

1.2.2.2. Résultats régionaux (en données brutes)

L'évolution des montants remboursés en soins de ville des mois de mars, avril et mai 2020 sur la même période de l'année précédente atteint - 8,6 % en France métropolitaine, mais des différences régionales existent (**Graphique 10 et Tableau 11**).

Graphique 10 :
Évolution des remboursements du total soins de ville des mois de mars,
avril et mai 2020 par rapport aux mêmes mois 2019 (en %)



Source : MSA

Parmi les territoires ayant vu leurs dépenses de soins de ville le plus diminuer, la Corse arrive en tête (- 12,1 %) devant la Bourgogne Franche-Comté (- 11,7 %), suivie des régions les plus touchées par le Covid-19 à savoir le Grand Est (- 10,9 %) et l'Île-de-France (- 10,1 %).

Les Pays de la Loire connaissent quant à eux la plus faible diminution de remboursements de soins de ville avec - 7,0 %.

La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 et les mesures de confinement qui l'ont accompagnée ont conduit à **une baisse très importante de l'activité de la plupart des professions de santé**.

Pour les honoraires de **médecins libéraux généralistes et spécialistes**, les régions Bourgogne-Franche-Comté et Grand Est figurent dans le top 3 des régions dont la baisse des remboursements est la plus importante. C'est la région Pays-de-la-Loire, moins sévèrement touchée par le Covid-19, qui voit ses remboursements le moins diminuer.

La Nouvelle-Aquitaine est la région qui enregistre la plus forte baisse d'**honoraires dentaires** (- 60,3 %) entre les deux périodes étudiées. A l'inverse, les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire connaissent les plus faibles baisses avec respectivement - 55,8 % et - 55,9 %.

S'agissant des **auxiliaires médicaux libéraux**, les **soins de masseurs-kinésithérapeutes** et les **soins infirmiers** diminuent respectivement de 49,4 % et 0,9 %. Deux régions connaissent une augmentation de leurs remboursements de soins infirmiers : Nouvelle-Aquitaine de 0,3 % et Pays de la Loire de 0,4 %.

Les remboursements d'actes réalisés par les **biologistes** baissent de 19,2 %. Toutes les régions sont concernées par un recul des remboursements allant de - 27,7 % pour la Corse à - 13,7 % pour la région Centre-Val de Loire.

Les dépenses de **frais de transports** enregistrent une baisse de 20,1 %. C'est encore la Corse qui enregistre le plus fort repli avec - 38,6 %.

Les **médicaments** (- 0,7 %) figurent parmi les postes de dépenses de soins de ville qui baissent de façon modérée. La Corse est la région qui connaît le plus fort recul avec - 5,6 %. À l'inverse, la Nouvelle-Aquitaine enregistre une hausse de 1,2 %.

Les remboursements des produits inscrits sur la liste des produits et prestations (**LPP**) diminuent de 8,3 %. Seule la région Île-de-France voit ses dépenses de biens médicaux augmenter (+ 0,5 %). À l'inverse, en Bretagne ces remboursements reculent de 14,1 %.

Tableau 11 :
Évolution des remboursements de soins de ville par région

Évolution des dépenses de soins de ville des mois de mars-avril-mai 2020 par rapport à mars-avril-mai 2019 - Régime agricole	Auvergne- Rhône- Alpes	Bourgogne- Franche- Comté	Bretagne	Centre-Vai de Loire	Corse	Grand Est	Hauts-de- France	Normandie	Nouvelle- Aquitaine	Occitanie	Pays de la Loire	Provence- Alpes-Côte d'Azur	Île-de- France	FRANCE METROPOLE
TOTAL SOINS DE VILLE	-8,2%	-11,7%	-7,8%	-9,3%	-12,1%	-10,9%	-7,3%	-8,6%	-7,5%	-8,8%	-7,0%	-9,4%	-10,1%	-8,6%
Soins de ville hors produits de santé	-11,2%	-15,7%	-9,5%	-12,7%	-13,7%	-14,7%	-11,0%	-12,2%	-11,0%	-11,7%	-9,9%	-11,8%	-13,8%	-11,7%
Honoraires des médecins et dentistes libéraux	-34,2%	-37,0%	-29,1%	-30,5%	-34,0%	-35,5%	-26,1%	-31,3%	-32,6%	-29,9%	-26,4%	-32,4%	-32,7%	-31,3%
- Médecins généralistes	-20,4%	-22,4%	-18,3%	-17,7%	-19,9%	-21,0%	-18,6%	-24,2%	-18,6%	-19,7%	-16,9%	-18,3%	-17,9%	-19,4%
- Médecins spécialistes	-34,2%	-38,6%	-26,3%	-29,2%	-36,9%	-37,0%	-23,2%	-29,4%	-33,9%	-29,2%	-22,4%	-33,0%	-31,9%	-30,7%
- Dentistes	-59,6%	-57,8%	-58,0%	-59,8%	-56,7%	-58,5%	-56,8%	-57,2%	-60,3%	-56,5%	-55,9%	-55,8%	-57,0%	-57,9%
Soins d'auxiliaires médicaux libéraux	-15,1%	-19,4%	-13,1%	-17,0%	-12,6%	-17,9%	-17,4%	-13,7%	-13,4%	-13,1%	-19,7%	-13,1%	-24,9%	-14,9%
- Masseurs-kinésothérapeutes	-49,9%	-54,1%	-51,5%	-49,4%	-40,5%	-52,9%	-49,4%	-48,6%	-50,2%	-47,3%	-51,6%	-45,7%	-48,7%	-49,4%
- Infirmiers	-2,1%	-3,8%	-0,8%	-0,7%	-3,3%	-1,5%	-1,2%	-1,4%	0,3%	-0,7%	0,4%	-0,1%	-6,2%	-0,9%
Laboratoires	-19,3%	-19,7%	-14,2%	-13,7%	-27,7%	-17,4%	-22,1%	-20,9%	-21,6%	-19,7%	-15,8%	-20,6%	-21,1%	-19,2%
Frais de transports	-18,2%	-28,9%	-15,5%	-24,2%	-38,6%	-20,3%	-24,7%	-23,6%	-19,3%	-13,1%	-11,3%	-26,2%	-31,9%	-20,1%
Indemnités journalières (IJ) :	44,2%	34,1%	28,7%	40,1%	22,7%	37,0%	34,5%	33,3%	32,2%	36,5%	31,6%	40,2%	20,6%	34,3%
- IJ maladie	66,4%	64,7%	43,0%	50,0%	59,7%	53,2%	56,2%	57,7%	56,8%	54,3%	60,9%	65,7%	28,2%	55,3%
- IJ ATMP	3,1%	-15,1%	1,8%	19,3%	-16,8%	-8,6%	-3,6%	-1,9%	5,4%	5,3%	-17,1%	0,3%	5,3%	0,0%
Produits de santé (médicaments + LPP)	-2,5%	-5,2%	-4,5%	-4,0%	-6,4%	-4,1%	-0,8%	-2,8%	-0,8%	-2,6%	-2,4%	-4,0%	-2,2%	-2,7%
Médicaments :	0,2%	-3,2%	-1,1%	-2,0%	-5,6%	-0,6%	-0,8%	-1,3%	1,2%	0,0%	-1,3%	-2,2%	-2,9%	-0,7%
- Médicaments délivrés en ville	0,7%	-2,0%	1,2%	-2,0%	-1,6%	-2,3%	-1,8%	-3,5%	1,2%	0,2%	-1,1%	-2,7%	-2,2%	-0,7%
- Médicaments rétrocedés	-4,2%	-16,6%	-21,3%	-2,5%	-41,6%	22,4%	8,4%	30,0%	1,1%	-2,1%	-3,2%	4,6%	-8,4%	-0,8%
LPP	-9,6%	-11,1%	-14,1%	-9,9%	-8,5%	-13,2%	-0,8%	-6,7%	-6,2%	-8,8%	-6,0%	-9,2%	0,5%	-8,3%

Source : MSA

Évolutions des dépenses, des spécificités pour les malades chroniques

La diminution des dépenses des mois de mars, avril et mai est souvent moins marquée pour les patients présentant des affections de longue durée (**Tableau 12**).

Tableau 12 :
Évolution des remboursements des honoraires selon le type de patients

Evolution des montants remboursés Mars-Avril-Mai 2020 / Mars-Avril-Mai 2019	France métropole		
	ALD (1)	non-ALD (2)	Ecart
Total médecins généralistes	-16,0%	-23,2%	7,3 pt
Total médecins spécialistes	-25,6%	-38,0%	12,4 pt
dont Cardiologie	-28,5%	-33,5%	5,0 pt
dont Gastro-entérologie	-29,2%	-41,4%	12,3 pt
dont Gynécologie	-28,4%	-24,7%	-3,8 pt
dont ORL	-39,1%	-46,1%	7,0 pt
dont Oncologie	-10,1%	-13,8%	3,7 pt
dont Ophtalmologie	-45,9%	-47,3%	1,3 pt
dont Psychiatrie	-20,3%	-22,4%	2,2 pt
dont Radiologie	-16,3%	-47,0%	30,6 pt
dont Spécialiste Autres	-25,2%	-33,9%	8,7 pt
Total dentistes	-59,8%	-57,8%	-2,0 pt

Source : MSA

(1) ALD : Patients en affection de longue durée

(2) Non-ALD : Patients ne présentant pas d'affection de longue durée

Pour les **honoraires des médecins généralistes**, la baisse totale des dépenses de 19,4 %, s'élève ainsi à 16,0 % pour les patients en affection de longue durée, alors que pour les patients sans ALD cette diminution s'établit à 23,2 %, soit une différence de 7,3 points.

Pour les **honoraires des médecins spécialistes**, ce différentiel est encore plus marqué avec 12,4 points d'écart. Le nonaccès au soin des patients sans affection chronique est particulièrement noté pour les médecins radiologues (20 % des dépenses de médecins spécialistes) avec une chute de 47,0 % des dépenses sur cette période pour ces patients alors que pour les patients en ALD ce recul n'est que de 16,3 %. Les dépenses des médecins ophtalmologues et des ORL connaissent une chute équivalente (respectivement - 47,3 % et - 46,1 %) chez les patients non atteints d'une ALD mais elle concerne également dans des proportions relativement similaires les patients en ALD (- 45,9 % et - 39,1 %).

La quatrième spécialité connaissant une diminution importante des dépenses pour les patients non en ALD sont les gastro-entérologues (- 41,4 %), soit 12,3 points de moins que pour les patients en ALD.

En revanche, la chute des dépenses des soins effectués par les **dentistes** concernent dans les mêmes proportions les patients en ALD et les autres (- 59,8 % et - 57,8 %).

Les résultats régionaux montrent des différences conséquentes (**Tableau 13**).

Tableau 13 :
Évolutions régionales des remboursements d'honoraires selon le type de patients

Evolution des montants remboursés Mars-Avril-Mai 2020 / Mars-Avril-Mai 2019	Médecins Généralistes			Médecins Spécialistes			Dentistes		
	ALD	non-ALD	Ecart	ALD	non-ALD	Ecart	ALD	non-ALD	Ecart
Auvergne-Rhône-Alpes	-16,7%	-24,3%	7,6 pt	-31,9%	-38,9%	7,0 pt	-61,0%	-59,7%	1,3 pt
Bourgogne-Franche-Comté	-19,1%	-25,4%	6,4 pt	-32,0%	-46,3%	14,3 pt	-59,4%	-57,4%	2,0 pt
Bretagne	-13,7%	-22,7%	9,0 pt	-19,8%	-36,7%	16,9 pt	-60,0%	-57,7%	2,3 pt
Centre-Val de Loire	-14,1%	-21,9%	7,8 pt	-24,2%	-36,9%	12,7 pt	-60,1%	-59,8%	0,3 pt
Corse	-16,8%	-24,5%	7,7 pt	-34,5%	-42,3%	7,8 pt	-66,0%	-57,4%	8,6 pt
Grand Est	-17,5%	-25,0%	7,4 pt	-33,3%	-42,5%	9,2 pt	-60,8%	-58,3%	2,5 pt
Hauts-de-France	-14,6%	-23,2%	8,6 pt	-16,3%	-35,2%	18,9 pt	-56,9%	-56,7%	0,2 pt
Normandie	-21,1%	-28,0%	6,9 pt	-25,7%	-38,0%	12,3 pt	-54,7%	-58,1%	-3,5 pt
Nouvelle-Aquitaine	-15,0%	-22,3%	7,3 pt	-26,8%	-41,9%	15,1 pt	-61,3%	-60,1%	1,1 pt
Occitanie	-17,3%	-23,0%	5,8 pt	-23,4%	-35,5%	12,1 pt	-58,3%	-56,4%	1,8 pt
Pays de la Loire	-12,8%	-20,1%	7,3 pt	-17,7%	-30,6%	12,8 pt	-61,6%	-54,4%	7,2 pt
Provence-Alpes-Côte d'Azur	-13,9%	-23,6%	9,7 pt	-27,9%	-39,1%	11,2 pt	-58,3%	-56,5%	1,8 pt
Île-de-France	-17,2%	-18,9%	1,7 pt	-33,2%	-32,8%	-0,5 pt	-61,5%	-56,0%	5,6 pt
France métropole	-16,0%	-23,2%	7,3 pt	-25,6%	-38,0%	12,4 pt	-59,8%	-57,8%	2,0 pt

Source : MSA

Pour le **Grand Est**, le différentiel entre les patients en ALD et les autres est proche du constat national pour les dépenses des généralistes et des dentistes mais il s'éloigne pour les dépenses des spécialistes, principalement pour la gynécologie, la radiologie et les ophtalmologues.

En revanche pour l'**Île-de-France**, le constat est très différent avec des différentiels de dépenses ALD/ non-ALD nettement plus faibles qu'au niveau national. Pour les spécialistes et les dentistes, les dépenses des patients en ALD enregistrent mêmes des baisses plus importantes que pour les autres patients. Ces résultats sont sûrement à rapprocher de l'atypie de cette région et une analyse plus poussée permettrait d'en comprendre les résultats.

Pour les autres régions, les différentiels les plus importants entre l'évolution des patients en ALD et les autres concernent la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur pour les dépenses des médecins généralistes (9,7 points d'écart), les Hauts-de-France pour les dépenses des médecins spécialistes (18,9 points) et la Corse pour les dentistes (8,6 points).

Comme les dentistes, les remboursements de soins des **masseurs-kinésithérapeutes** ont été très faibles sur la période avec une baisse de presque 50 % (- 49,4 %).

Pour les patients n'ayant pas d'affection de longue durée, le recul atteint 53,9 % soit 6,6 points de plus que pour les patients en ALD (**Tableau 14**). Cet écart est particulièrement important en Auvergne-Rhône-Alpes (10,0 points), en Provence-Alpes-Côte d'Azur (8,9 points) et en Centre-Val de Loire (8,5 points). Les régions Ile-de-France et Grand Est ont des écarts inférieurs au national.

A contrario les dépenses des **infirmiers** se maintiennent avec une évolution de - 0,9 % sur ces trois mois.

Là encore, une différence importante existe entre les patients en ALD et les autres (**Tableau 14**). Pour les patients en ALD, l'évolution est de - 0,4 %, allant de - 7,0 % en Ile-de-France à + 0,9 % en Provence-Alpes-Côtes d'Azur. Pour les patients non en ALD, la baisse des dépenses est de 8,0 % et varie de - 17,3 % en Bourgogne-Franche-Comté à +1,2 % en Ile-de-France. L'Ile-de-France fait figure d'exception avec une évolution des dépenses d'infirmiers plus élevée pour les patients non en ALD que pour ceux en ALD.

Tableau 14 :
Évolutions régionales des remboursements des auxiliaires médicaux selon le type de patients

Evolution des montants remboursés Mars-Avril-Mai 2020 / Mars Avril-Mai 2019	Masseurs			Infirmiers		
	ALD	non-ALD	Ecart	ALD	non-ALD	Ecart
Auvergne-Rhône-Alpes	-46,5%	-56,4%	10,0 pt	-1,0%	-10,2%	9,2 pt
Bourgogne-Franche-Comté	-53,4%	-55,2%	1,8 pt	-2,0%	-17,3%	15,3 pt
Bretagne	-49,2%	-55,6%	6,4 pt	-0,1%	-7,1%	7,0 pt
Centre-Val de Loire	-46,2%	-54,7%	8,5 pt	0,8%	-13,1%	13,9 pt
Corse	-38,6%	-45,1%	6,6 pt	-2,0%	-12,2%	10,1 pt
Grand Est	-51,0%	-56,6%	5,6 pt	-1,5%	-10,5%	9,1 pt
Hauts-de-France	-48,3%	-52,0%	3,7 pt	-0,1%	-9,3%	9,2 pt
Normandie	-46,1%	-53,7%	7,7 pt	-0,5%	-9,1%	8,5 pt
Nouvelle-Aquitaine	-48,0%	-54,8%	6,8 pt	0,4%	-5,4%	5,8 pt
Occitanie	-46,1%	-50,2%	4,2 pt	-0,7%	-4,1%	3,4 pt
Pays de la Loire	-48,5%	-56,0%	7,5 pt	0,4%	-6,6%	7,0 pt
Provence-Alpes-Côte d'Azur	-42,9%	-51,8%	8,9 pt	0,9%	-9,6%	10,5 pt
Île-de-France	-46,7%	-52,2%	5,5 pt	-7,0%	1,2%	-8,2 pt
France métropole	-47,2%	-53,9%	6,6 pt	-0,4%	-8,0%	7,6 pt

Source : MSA

A l'exception de l'Ile-de-France, des différences particulièrement marquées sont observées sur l'ensemble du territoire entre ces deux populations pour les dépenses de **laboratoires** avec une baisse des dépenses de 13,6 % pour les patients en ALD et une chute de 29,0 % pour les autres soit un écart de 15,4 points (**Tableau 15**).

Pour les **frais de transport**, l'écart national observé est proche des autres professions avec 7,5 points. En revanche, des différences conséquentes existent selon les régions (**Tableau 15**).

Tableau 15 :
Évolutions régionales des remboursements des frais de transport
et des laboratoires selon le type de patients

Evolution des montants remboursés Mars-Avril-Mai 2020 / Mars Avril-Mai 2019	Frais de transport			Laboratoires		
	ALD	non-ALD	Ecart	ALD	non-ALD	Ecart
Auvergne-Rhône-Alpes	-17,5%	-22,9%	5,4 pt	-13,7%	-29,4%	15,8 pt
Bourgogne-Franche-Comté	-29,1%	-30,3%	1,2 pt	-13,1%	-32,0%	18,9 pt
Bretagne	-13,7%	-24,4%	10,8 pt	-7,6%	-24,9%	17,3 pt
Centre-Val de Loire	-23,4%	-28,5%	5,1 pt	-8,8%	-22,6%	13,8 pt
Corse	-37,7%	-41,4%	3,7 pt	-19,8%	-39,8%	19,9 pt
Grand Est	-20,5%	-16,9%	-3,6 pt	-12,2%	-26,0%	13,8 pt
Hauts-de-France	-23,9%	-28,0%	4,0 pt	-14,9%	-34,2%	19,3 pt
Normandie	-22,5%	-29,6%	7,2 pt	-15,9%	-30,6%	14,6 pt
Nouvelle-Aquitaine	-18,3%	-27,1%	8,8 pt	-15,0%	-33,5%	18,5 pt
Occitanie	-10,9%	-29,9%	19,0 pt	-15,7%	-27,0%	11,3 pt
Pays de la Loire	-11,3%	-10,5%	-0,8 pt	-10,4%	-25,1%	14,7 pt
Provence-Alpes-Côte d'Azur	-24,4%	-40,7%	16,3 pt	-14,0%	-31,4%	17,4 pt
Île-de-France	-31,6%	-35,3%	3,7 pt	-18,5%	-24,1%	5,6 pt
France métropole	-19,1%	-26,6%	7,5 pt	-13,6%	-29,0%	15,4 pt

Source : MSA

1.2.3. Les actions de la MSA durant la crise sanitaire

L'ensemble du groupe MSA s'est fortement mobilisé durant la crise sanitaire liée au Covid-19 que ce soit dans les domaines médical, santé-sécurité au travail, médico-social, législatif, informatique,...

Dès le début de la crise, la MSA a lancé l'opération « *MSA solidaire, nos valeurs en action* » qui est **une chaîne de solidarité** portée par les femmes et les hommes du Groupe MSA. **Salariés et délégués se sont ainsi mobilisés** pour accompagner les populations rurales **les plus fragilisées** par la crise sanitaire. Ainsi, avec l'opération MSA Solidaire, plus de **230 000** personnes ont été accompagnées entre mi-mars et mi-juin 2020.

Pour limiter la propagation du virus Covid-19, la MSA a lancé également le 11 mai un dispositif « *MSA en action* », **une opération de santé publique** menée avec ses 16 000 salariés et ses 17 000 délégués bénévoles, qui sont formés en ce sens. Il s'agit de positionner la MSA comme acteur de la prévention du risque épidémique et d'éducation à la santé publique, en valorisant tous les gestes de protection auprès de la population agricole et rurale. Dans la même perspective, la MSA va nouer un partenariat avec l'ANCT pour lancer une opération appelée "Covid-19 tous mobilisés", également destinée à inciter la population à respecter au mieux les attitudes permettant de freiner l'épidémie.

Par ailleurs, en plus d'avoir des correspondants dans chacune des caisses pour participer au suivi des cas-contacts parmi ses assurés, il a été décidé d'appuyer notamment les agences régionales de santé dans la gestion des clusters pour les cas les plus intenses de propagation du virus, **grâce à 244 médecins, infirmiers et préventeurs mis à leur disposition.**

Dès la mise en place du confinement, **tous les services de l'action sanitaire et sociale (ASS) se sont mobilisés** pour mener une démarche proactive en proposant des contacts individuels aux adhérents faisant déjà l'objet d'un suivi individuel ASS MSA. Près de 40 000 contacts ont pu ainsi être établis auprès de personnes déjà accompagnées (**Tableau 16**). La réactivité de l'ASS MSA a permis que les adhérents les plus fragiles soient rappelés par les travailleurs sociaux dès les 15 premiers jours du confinement, soit 9 800 entretiens téléphoniques réalisés par les travailleurs sociaux sur cette période. Ceux-ci ont été particulièrement vigilants aux situations des adhérents déjà fragilisés et pour qui la crise a pu aggraver la situation : épuisement professionnel, ruptures familiales (séparation, deuil, familles monoparentales), violences conjugales, problématique de santé ou de précarité plus globale, personnes connaissant un risque suicidaire. Au total, entre le 16 mars et le 2 juin 2020, ce sont plus de **66 000 contacts** qui ont été assurés par les travailleurs sociaux de la MSA.

Tableau 16 :
Nombre de contacts établis par les travailleurs sociaux de la MSA
entre le 16 mars et 2 juin 2020

entre le 16 mars et le 02 juin

	Contacts des personnes déjà accompagnées par les TS	Contacts Personnes âgées-non connues	Contacts ress. confrontés à un décès	Contacts des aidants	Autres public contactés	Total
Nombre de contacts	39594	6362	495	715	19539	66705

Source : MSA

Par ailleurs, afin de répondre aux situations d'urgence sociale et pour répondre aux besoins d'aide de nécessité, les CMSA ont attribué des secours exceptionnels. Du 15 mars au 30 avril, ce sont 528 secours qui ont été attribués pour environ 460 € par secours.

Un partenariat avec l'AMRF (l'Association des maires ruraux de France) a également permis aux délégués de la MSA de s'intégrer dans les actions mises en place par les mairies, en mettant les ressources du régime agricole au service des territoires afin là encore, d'être présents aux côtés des plus fragiles.

Concernant l'aide au remplacement des exploitants agricoles considérés comme des personnes à risque ou soumis à l'obligation de garde d'enfant, les caisses de MSA ont également été mobilisées pour intervenir en complément des IJ à titre dérogatoire (article 4 de l'ordonnance n°2020-428 du 15 avril 2020) dès lors que la situation sociale l'exigeait.

Au-delà de la mise en œuvre des mesures demandées par les pouvoirs publics de report de cotisation sociale, de facilité de paiement voire d'exonération sociale, comme dans la filière viticole, **la MSA a souhaité répondre au sentiment d'isolement, de fragilité, voire de désespoir survenu chez des personnes dont l'activité s'est effondrée.** Les fédérations professionnelles de la filière horticole, particulièrement touchée par la crise, ont ainsi sollicité la MSA pour bénéficier d'un accompagnement « sur mesure » reposant sur l'utilisation du service « Agri'écoute ». Ce service de prévention du risque psycho social, qui permet de joindre des psychologues 24h/24 et 7jours/7 est d'ordinaire destiné à prévenir le risque suicidaire ; le recours au traitement du sentiment d'isolement et des situations de burn-out a ainsi été élargi. Un comité de suivi a été mis en place avec la filière horticole pour évaluer le dispositif, et le cas échéant, l'adapter au mieux aux besoins.

La crise sanitaire liée au Covid-19 a confronté **les équipes de santé-sécurité au travail (SST)** à la nécessité de modifier de manière inédite leurs pratiques professionnelles afin de répondre, pour elles-mêmes et pour les assurés agricoles, à de nouveaux enjeux de prévention et de réglementation (risque biologique nouveau et peu connu, état d'urgence sanitaire, téléconsultations et travail à distance, *etc.*).

Des liens renforcés et réciproques ont été déployés, dès le mois de mars, entre les équipes des services de santé-sécurité au travail (SST) et la Direction de la CCMSA en charge du pilotage du réseau SST (DSST). Ces échanges réguliers ont reposé sur un partage accru d'informations, un appui technique et réglementaire, une réactivité aux évolutions des textes et des connaissances.

Afin d'accompagner le travail des équipes sur le terrain et prévenir les risques professionnels des assurés agricoles, **les dispositions suivantes ont été mises en place :**

- Un appui a été assuré pour gérer des situations locales particulières, en particulier la gestion de clusters et les sollicitations de grandes entreprises.
- Une « Task Force Abattoir » a été constituée après les clusters ; des outils sont en cours de diffusion.
- Un système d'aide financière aux entreprises (APCovid) a été mis en place pour permettre aux entreprises de financer l'achat de matériels pour les mesures barrière.
- Des fiches conseils Covid destinées aux entreprises et aux préventeurs ont été co-construites en réseau dès le début de la crise.
- Des réponses concertées au fil de l'eau ont été apportées aux multiples questions individuelles techniques, médicales et réglementaires. De nombreuses réponses ont été mutualisées dans des foires aux questions successives adressées à l'ensemble du réseau.

- Un espace partagé « OneDrive » intitulé « COVID 19 espace partage RESEAU SST » a été créé, en libre accès pour l'ensemble des équipes. Il a permis de rassembler l'ensemble des documents de références, réglementaires, foires aux questions, comptes rendus et notes mutualisées.
- Des visioconférences hebdomadaires ont été mises en place entre la DSST et les médecins chefs, les responsables de prévention des risques professionnels, les agents de direction et responsables administratifs, suivi d'un compte-rendu hebdomadaire diffusé au réseau.
- Des consultations en santé au travail à distance (téléconsultations) ont été développées.
- Plusieurs groupes se sont réunis en région et avec la CCMSA afin de mettre à disposition du réseau et des entreprises les différents modules de sensibilisation, formation (en français et langue étrangère). Un partenariat a été établi avec OCPIAT pour la mise à disposition d'outils numériques de formation.

L'adaptation de l'organisation et du travail en SST en période de crise Covid 19 a permis d'expérimenter des approches inédites pour faire face aux enjeux de santé et de prévention au travail, dans leurs relations avec les entreprises, les travailleurs et les partenaires. Une réflexion sera engagée pour capitaliser sur cette expérience et envisager de nouvelles façons d'exercer la SST.

Encadré 1 : La crise du Covid-19 au sein des Marpa du réseau MSA

Concernant les 197 Marpa (**Maisons d'accueil rural pour personnes âgées**) du réseau MSA, les liens avec les services d'appui gériatrique mis en place par les ARS ont été renforcés immédiatement au démarrage de la crise pour pouvoir intervenir auprès des Marpa qui se trouvaient en difficulté.

Des mesures spécifiques aux Marpa ont été développées en interne, sous l'égide d'un médecin et d'un hygiéniste, afin de faciliter le "bien vivre" durant le confinement dans ces structures et faire en sorte que les gestes barrières soient bien respectés.

Ainsi, **les Marpa n'ont pas été trop touchées par le Covid** alors que la moyenne d'âge des résidents est de 86 ans. Seuls 4 décès et 20 malades sont à déplorer parmi les 4 700 résidents.

Enfin, à la suite de la période de confinement entre mi-mars et mi-mai 2020, **Santé publique France** (SPF) a lancé une enquête auprès des participants à l'étude Coset⁶ afin de documenter l'impact de l'épidémie de la covid-19 sur l'activité des travailleurs indépendants et des actifs du monde agricole et sur leur état de santé. Pour la MSA, Santé publique France mobilise la cohorte Coset-MSA mise en œuvre en 2017-2018 avec les travailleurs du monde agricole.

Depuis la fin mai 2020, les participants à la **cohorte Coset-MSA** sont invités à répondre à un nouveau questionnaire en ligne. Y sont notamment abordées les questions relatives aux caractéristiques de leur(s) activité(s) professionnelle(s) juste avant la mise en place du confinement, à leur santé et leurs recours aux soins durant cette période, à leur vécu de la période de confinement et aux modifications de leur activité ou de leurs conditions de travail induites.

Les résultats seront rendus publics sous forme de rapports d'études consultables sur le site internet de Santé publique France et le site dédié au programme Coset.

⁶ Cohortes pour la surveillance épidémiologique en lien avec le travail.

Partie 2 :

Les caractéristiques de la population agricole

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

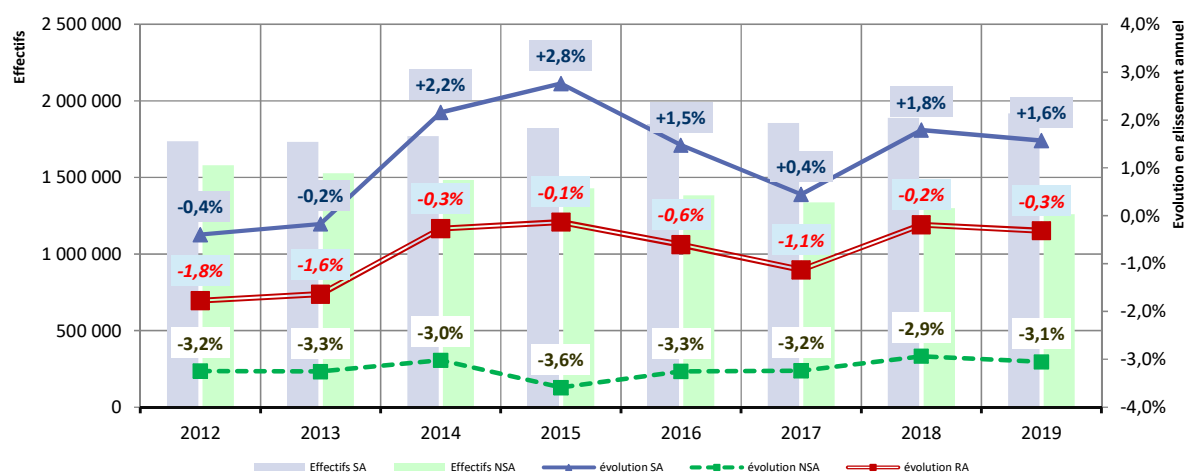
A la fin de l'année 2019, le régime agricole recense près de 3,2 millions de personnes protégées au titre du risque maladie, un effectif représentant 4,9 % de la population totale en France métropolitaine.

Plus de 1,9 million de personnes relèvent du régime des salariés agricoles pour leur assurance maladie obligatoire (60,4 % de l'effectif total). Sur un an, cette population progresse sans toutefois atteindre le niveau de 2018 (+ 1,6 % en 2019 et + 1,8 % en 2018).

Au régime des non-salariés agricoles, près de 1,3 million de personnes sont protégées (39,6 % de l'effectif total). La baisse des effectifs se poursuit en 2019 (- 3,1 %, après - 2,9 % en 2018 et - 3,2 % en 2017). 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 et 2015, la démographie du régime agricole avait connu une période de stabilisation de ses effectifs (**Graphique 11**). Cette évolution favorable trouvait principalement son origine dans l'accroissement net des effectifs de personnes protégées au régime des salariés, dont le taux de croissance annuel a atteint 2,2 % en 2014 et 2,8 % en 2015. En 2016 et 2017, le recul global a été plus marqué en raison de la moindre progression des effectifs au régime des salariés. Depuis 2018, la progression est à nouveau dynamique au régime des salariés (+ 1,8 % en 2018 et +1,6 % en 2019), ce qui atténue le recul de la population protégée au régime agricole (- 0,2 % en 2018 et - 0,3 % en 2019).

Graphique 11 :
Évolution annuelle de la population protégée en maladie des régimes agricoles



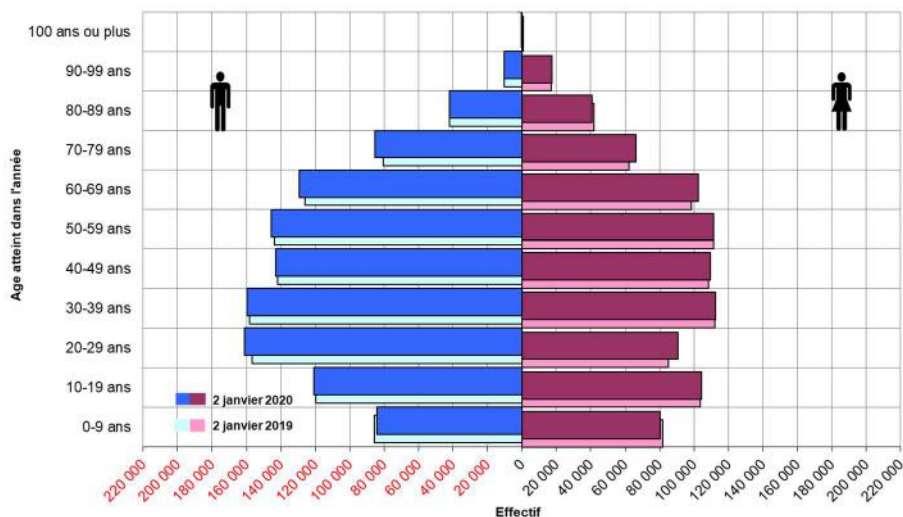
Sources : CNAV, CCMSA

Les régimes agricoles présentent une structure démographique très différente avec une pyramide des âges qui leur est propre (**Graphiques 12 et 13**). Ces caractéristiques populationnelles expliquent en partie les évolutions des effectifs de chacun des régimes.

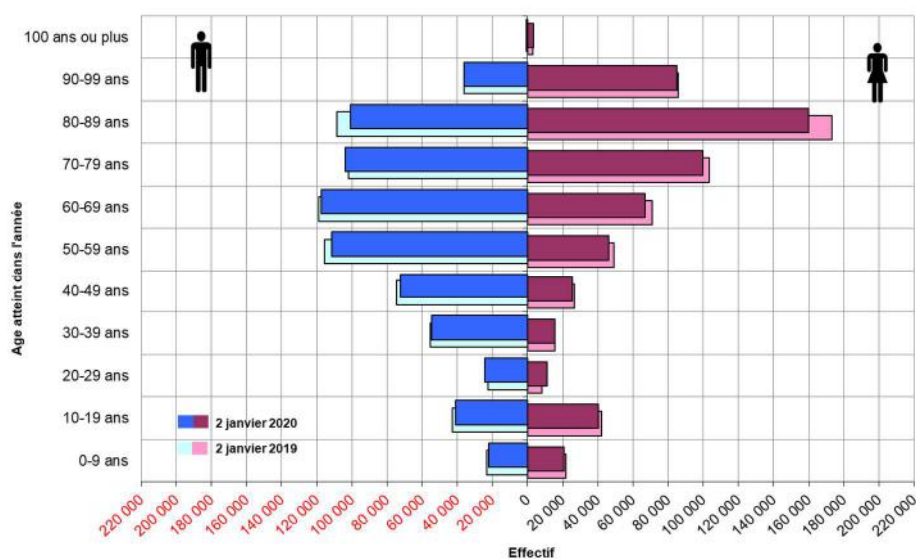
Au régime des salariés agricoles, la pyramide des âges est comparable à celle de la population française métropolitaine. Les personnes en âge de travailler représentent 53,9 % des effectifs, les moins de 20 ans, 20,3 %, et les 60 ans et plus, 25,8 % (**Tableau 17**).

Le régime des non-salariés agricoles a la spécificité d'avoir une forte proportion de personnes âgées. En effet, 61,4 % des effectifs sont âgés de 60 ans et plus, alors que seuls 9,9 % ont moins de 20 ans (**Tableau 18**).

Graphique 12 :
Pyramide des âges au régime des salariés agricoles



Graphique 13 :
Pyramide des âges au régime des non-salariés agricoles



Sources : CNAV, CCMSA

- La population protégée en maladie au régime des salariés augmente en 2019 (+ 1,6 % après + 1,8 % en 2018) (**Tableau 17**). Elle retrouve une dynamique déjà observée entre 2014 et 2015. Toutes les tranches d'âge de 20 à 79 ans contribuent à la croissance annuelle de l'effectif total du régime des salariés. La population protégée en maladie progresse de 2,3 % sur un an pour les 20-39 ans (27,3 % des effectifs) et de 0,9 % pour les 40-59 ans (26,6 % des effectifs). La hausse est marquée pour les 60-79 ans (+ 4,3 % sur un an). Les générations du baby-boom soutiennent en effet les effectifs de cette tranche d'âge. L'évolution de la population totale est limitée par le recul des effectifs des personnes âgées de 80 ans et plus (- 0,9 %) et des effectifs des moins de 20 ans (- 0,4 %).

Tableau 17 :
Répartition et évolution de la population protégée en maladie au régime des salariés agricoles

	Répartition des effectifs par tranches d'âge en 2019	Évolution des effectifs 2019/2018	Évolution des effectifs 2018/2017
Moins de 20 ans	20,3 %	- 0,4 %	+ 2,0 %
<i>dont moins de 18 ans</i>	17,6 %	- 0,4 %	- 0,4 %
<i>dont 18-19 ans</i>	2,7 %	- 0,1 %	+ 20,8 %
De 20 à 39 ans	27,3 %	+ 2,3 %	+ 1,6 %
De 40 à 59 ans	26,6 %	+ 0,9 %	+ 1,1 %
De 60 à 79 ans	20,0 %	+ 4,3 %	+ 3,6 %
80 ans et plus	5,8 %	- 0,9 %	- 0,7 %
TOTAL	100,0 %	+ 1,6 %	+ 1,8 %

Sources : CNAV, CCMSA

- La baisse régulière et continue des effectifs relevant du régime des non-salariés agricoles pèse sur la population totale protégée (**Tableau 18**). Toutes les tranches d'âge sont affectées par ce recul, à l'exception des effectifs âgés de 20 à 39 ans, en progression de 4,1 % sur un an. Avec un nombre de décès supérieur au nombre d'entrées dans le régime (actifs ou ayants droits) et un âge élevé de ses ressortissants (61,4 % d'entre eux étant âgés de 60 ans et plus), la structure démographique est vieillissante (**Graphique 13**), 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 18 :
Répartition et évolution de la population protégée en maladie au régime des non-salariés agricoles

	Répartition des effectifs par tranches d'âge en 2019	Évolution des effectifs 2019/2018	Évolution des effectifs 2018/2017
Moins de 20 ans	9,9 %	- 4,1 %	- 1,3 %
<i>dont moins de 18 ans</i>	8,5 %	- 3,8 %	- 4,2 %
<i>dont 18-19 ans</i>	1,4 %	- 6,0 %	+ 21,1 %
De 20 à 39 ans	8,4 %	+ 4,1 %	+ 0,7 %
De 40 à 59 ans	20,3 %	- 3,9 %	- 3,9 %
De 60 à 79 ans	30,8 %	- 1,8 %	- 3,1 %
80 ans et plus	30,6 %	- 5,1 %	- 3,6 %
TOTAL	100,0 %	- 3,1 %	- 2,9 %

Sources : CNAV, CCMSA

- Compte tenu des premiers constats observés sur le 1^{er} trimestre 2020 et des prévisions de l'emploi agricole marquées par une baisse très soutenue du nombre d'actifs en raison de la crise économique résultant de la crise sanitaire déclenchée au début de 2020, le rythme d'évolution des effectifs protégés en maladie au régime des salariés serait en recul de 0,8 % sur l'année 2020 (**Tableau 19**). Cette prévision reste très incertaine et tributaire des développements de la crise sanitaire au cours de l'année, notamment de la profondeur de la récession économique et du rythme de destruction de l'emploi. Au régime des non-salariés, la baisse de la population devrait se poursuivre sur un rythme un peu plus soutenu.

Ainsi, les effectifs du régime agricole (salariés et non-salariés agricoles) devraient connaître une baisse dont le taux serait de 1,9 % en 2020.

Tableau 19 :
Prévisions* d'évolution de la population protégée en maladie

Régime des salariés agricoles	Évolution 2020/2019
Assurés ouvrants-droits	- 0,4 %
actifs (en emploi ou non)	- 1,5 %
retraités	+ 2,4 %
invalides	+ 3,0 %
Ayants-droits	- 4,9 %
enfants	- 1,0 %
conjointes et autres personnes couvertes	- 6,3 %
Total	- 0,8 %
Régime des non-salariés agricoles	Évolution 2020/2019
Assurés ouvrants-droits	-2,7 %
en activité	-1,4 %
retraités	-3,6 %
invalides	+1,2 %
Ayants-droits	-7,4 %
collaborateurs d'exploitation (conjointes et membres de la famille)	-8,9 %
enfants	-4,2 %
autres personnes couvertes	-11,6 %
Total	-3,4 %
Ensemble des régimes agricoles	Évolution 2020/2019
Total	- 1,9 %

Source : CCMSA - Données pour la Commission des comptes de la sécurité sociale -
Prévisions mai 2020

*(Prévisions basées sur des effectifs annuels moyens)

Depuis 2012, la croissance de la population salariée a été très dynamique dans les régions de la côte atlantique ainsi que dans le sud du territoire métropolitain (+ 22,4 % en MSA Alpes Vaucluse et + 23,4 % en MSA Grand Sud). Les effectifs salariés reculent pour la seule MSA Picardie (- 0,8 %) (**Carte 2**).

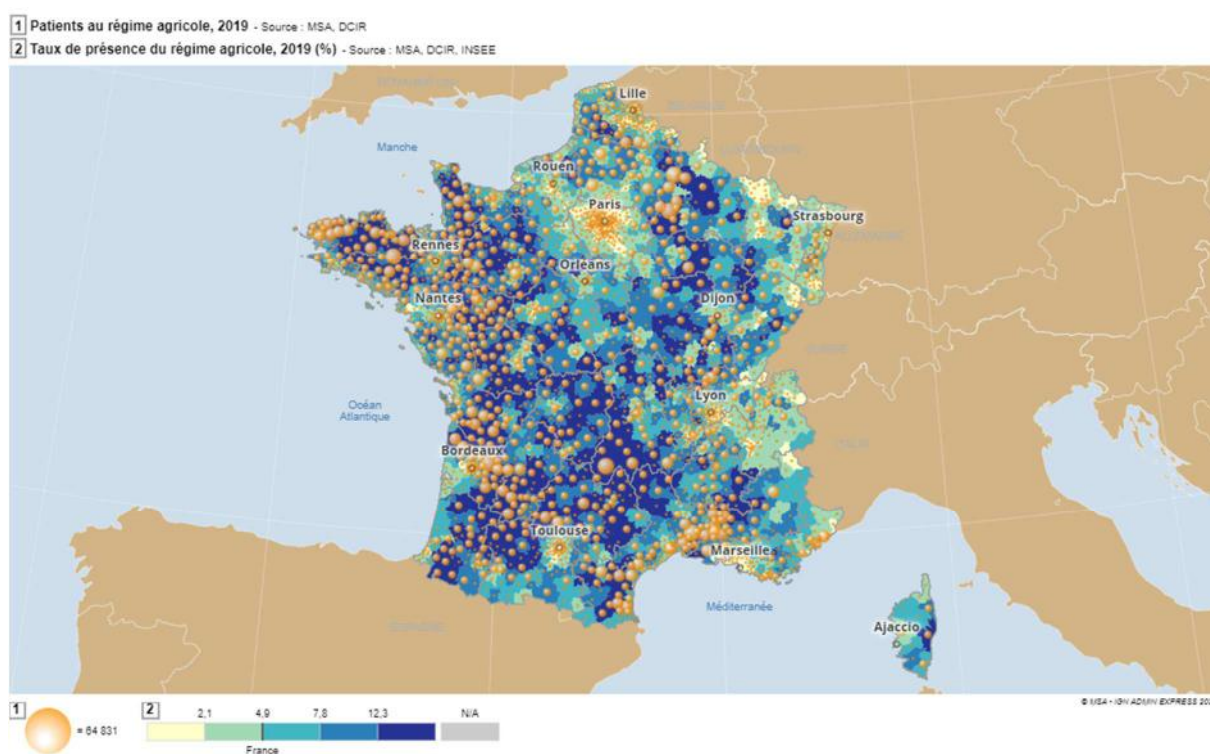
En revanche, pour la population non-salariée agricole, l'érosion s'effectue presque uniformément sur l'ensemble du territoire avec quelques variations. Le recul des effectifs non-salariés est marqué pour la MSA Armorique (- 27,4 %) (**Carte 3**).

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

Ainsi, le taux de présence du régime agricole - exprimé comme le rapport de la population des patients (personnes ayant eu au moins un remboursement de soins dans l'année) relevant du régime agricole (année 2019) à la population française (année 2016) - est de 4,9 %.

Ce taux de présence est même supérieur à deux fois la moyenne nationale dans 689 territoires de vie sur 2 677, situés pour l'essentiel à l'ouest d'une ligne reliant Caen à Marseille ainsi que dans les régions viticoles de Champagne et de Bourgogne, et dans les régions arboricoles et viticoles du nord de la Provence.

Carte 4 :
Effectifs de patients et taux de présence du régime agricole par territoire de vie
(population agricole 2019 - population française 2016)



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

2.2.1. La prévalence des ALD au régime agricole

Au 31 décembre 2019, avec 693 826 personnes exonérées du ticket modérateur au titre d'au moins une ALD, le régime agricole compte 1 509 assurés en ALD 1 à 32 de plus qu'au 31 décembre 2018. Ce mouvement de hausse est porté uniquement par les hommes (3 676 hommes en ALD de plus) ; il est atténué par la diminution du nombre de femmes en ALD (2 167 femmes en moins).

La progression du nombre d'assurés en ALD combinée à la baisse de la population assurée au régime agricole conduit à une hausse du taux de prévalence, qui passe de 217,2 ‰ à 218,4 ‰ (**Tableau 20**). Cette progression concerne aussi bien les hommes que les femmes. Pour ces dernières, le taux de prévalence brut est plus important que pour les hommes, avec respectivement 233 ‰ contre 206,7 ‰. Les femmes en ALD sont en moyenne plus âgées que les hommes de 5,6 ans.

Tableau 20 :
Effectif et taux de prévalence des ALD par sexe au 31 décembre 2019

	Population RNIAM au 01/01/2020	Nombre d'assurés en ALD	Répartition	Âge moyen	Âge médian	Taux de prévalence (%)	Taux de prévalence standardisé[1] (%)	Comparative Morbidity Figure[2]		
Hommes	1 766 143	365 069	53%	69,7	72	206,7	232,4	CMF H/F	IC 95% CMF	
Femmes	1 411 106	328 757	47%	75,4	81	233,0	204,4	1,14	1,13	1,14
Total	3 177 249	693 826	100%	72,4	76	218,4	-			

Source : MSA

A structure d'âge identique, les rapports s'inversent, les femmes ont un taux de prévalence standardisé par âge moins important que les hommes, respectivement de 204,4 ‰ contre 232,4 ‰ (**Tableau 21**).

Tableau 21 :
Taux de prévalence brut et standardisé des ALD par sexe (‰) de 2017 à 2019

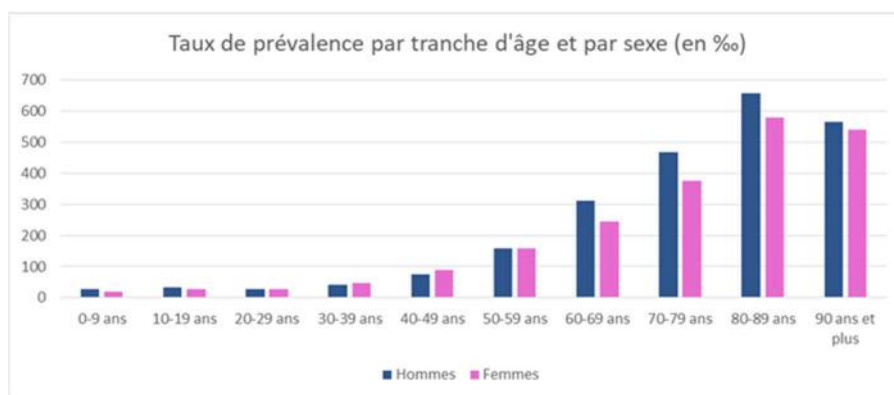
Taux de prévalence brut	2017	2018	2019
Hommes	201,9	204,8	206,7
Femmes	230,7	232,6	233,0
Total	214,8	217,2	218,4

Taux de prévalence standardisé	2017	2018	2019
Hommes	233,1	235,1	232,4
Femmes	198,6	201,0	204,4

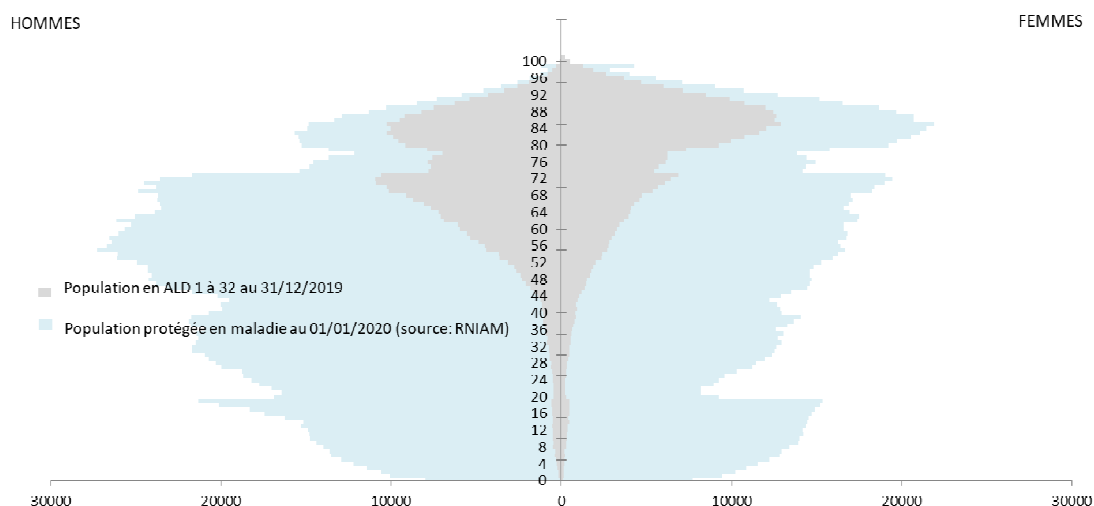
Source : MSA

Le taux de prévalence augmente avec l'âge des patients (**Graphique 14**). A partir de 60 ans, le taux de prévalence dans la population masculine est plus élevé que dans la population féminine.

Graphique 14 :
Taux de prévalence des ALD par sexe et classe d'âge en 2019



Graphique 15 :
Pyramide des âges de la population prise en charge au titre d'une ALD 1 à 32 au 31/12/2019 (source MSA) et de la population couverte en maladie au régime agricole au 01/01/2020 (source RNIAM)



L'âge moyen de la population en ALD continue de diminuer : il passe de 73,0 ans en moyenne en 2018 à 72,4 ans en 2019. Cette baisse concerne aussi bien les hommes que les femmes (**Tableau 22**).

Tableau 22 :
Age moyen de la population en ALD

	2017	2018	2019
Hommes	70,6	70,4	69,7
Femmes	76,1	76,0	75,4
Total	73,3	73,0	72,4

Source : MSA

Comme les années précédentes, le taux de prévalence brut chez les personnes relevant du régime des non-salariés agricoles est deux fois supérieur à celui de la population relevant du régime des salariés agricoles (**Tableau 23**).

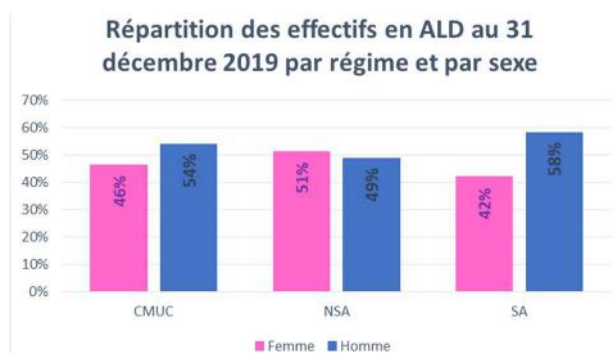
Tableau 23 :
Effectif et taux de prévalence en ALD par régime

	Population RNIAM au 01/01/2020	Nombre d'assurés en ALD	Répartition du nombre d'assurés en ALD	Âge moyen	Âge médian	Taux de prévalence (‰)	Taux de prévalence standardisé ^[1] (‰)	Comparative Morbidity Figure [2]	
Salariés	1 917 848	286 305	41%	64,2	67	149,3	213,5	CMF SA/ NSA	IC 95% CMF
Non-salariés	1 259 401	407 389	59%	78,1	82	323,5	216,6	0,99	0,98 | 0,99
CMU	-	132	0%	63,0	62	-	0		
Total	3 177 249	693 826	100%	72,4	76	218,4	-		

Source : MSA

Les deux populations ont une structure par âge et sexe différente. Les non-salariés agricoles sont en moyenne 14 ans plus âgés que les salariés agricoles. La part des femmes est plus élevée au régime des non-salariés : 51% contre 42 % au régime des salariés (**Graphique 16**).

Graphique 16 :
Répartition des effectifs en ALD par régime et sexe



Source : MSA

A structure d'âge et de sexe identique, les non-salariés bénéficient davantage d'une prise en charge en ALD que les salariés, mais l'écart est plus faible (le taux de prévalence standardisé par âge et sexe est de 213,5 ‰ chez les salariés contre 216,6 ‰ chez les non-salariés). C'est la première année où l'ordre des taux n'est pas inversé après standardisation.

L'affection de longue durée la plus fréquente au 31 décembre 2019 est le diabète avec un taux de prévalence de 55,6 ‰ (**Tableau 24**). Ce taux est en augmentation régulière au cours de ces dernières années (53,6 ‰ en 2016, 54,5 ‰ en 2017 et 54,9 ‰ en 2018).

Après le diabète, les taux de prévalence les plus importants concernent les ALD Insuffisance cardiaque grave (47,8 ‰ en 2019 contre 48,3 ‰ en 2018) et Cancers (44,8 ‰ en 2019 contre 44,5 ‰ en 2018).

Les diabétiques ont, en moyenne, 8 ans de moins que les personnes atteintes d'une insuffisance cardiaque grave.

Ces trois principales ALD 8, 5 et 30 concentrent 60 % des patients en ALD au 31 décembre 2019 : 418 147 personnes sont exonérées pour au moins l'une de ces pathologies.

Tableau 24 :
Pathologies les plus fréquentes

	2019			2018	
	Nombre d'assurés par ALD	Âge moyen	Âge médian	Taux de prévalence (‰)	Taux de prévalence (‰)
08 - DIABETE DE TYPE 1 ET DIABETE DE TYPE 2	176 804	72,4	73	55,6	54,9
05 - INSUFFISANCE CARDIAQUE GRAVE	151 821	80,6	84	47,8	48,3
30 - CANCERS	142 366	74,0	76	44,8	44,5
13 - MALADIE CORONAIRE	99 878	77,3	80	31,4	31,5
23 - AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES DE LONGUE DUREE	62 316	58,5	61	19,6	19,5
01 - ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL INVALIDANT	43 032	78,0	82	13,5	13,5
03 - ARTERIOPATHIES CHRONIQUES AVEC MANIFESTATIONS ISCHEMIQUES	41 439	77,9	81	13,0	13,2
15 - MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES DEMENCES	41 005	86,9	88	12,9	13,4

Source : MSA

Au 31 décembre 2019, les assurés pris en charge en ALD au titre d'au moins une maladie cardio-vasculaire (ALD n°1, 3, 5, 12 et 13) représentent 44,8 % des assurés en ALD (contre 45,5 % en 2018), avec un taux de prévalence de 97,9 ‰ contre 98,8 ‰ en 2018 (et 100,1 ‰ en 2017) (**Tableau 25**).

Cette diminution concerne principalement les femmes dont la prévalence baisse de 1,8 point avec un taux de 95,2 ‰ en 2019, accentuant l'écart avec la population masculine qui passe de 100,3 ‰ en 2018 à 100,0 ‰ en 2019.

Les ALD principalement concernées par cette diminution sont l'insuffisance cardiaque grave (recul de 1 % des effectifs) et les artériopathies chroniques avec manifestation ischémiques (-2 %).

La prise en charge au titre d'une ALD hypertension artérielle sévère (ALD 12) continue de diminuer depuis la suppression⁷ des nouvelles prises en charge en 2011. Le taux de prévalence passe de 12,8 ‰ en 2017 à 7,7 ‰ en 2018 pour s'établir à 6,6 ‰ en 2019. La prévalence concerne uniquement les patients dont le protocole a été initié avant le décret de 2011.

On note également une diminution des effectifs en ALD Insuffisance respiratoire chronique grave de 6 % entre 2018 et 2019, avec 23 144 patients en 2019.

Tableau 25 :
Effectif et taux de prévalence par groupe d'ALD

N° ALD	Intitulé ALD	Nombre d'assurés ayant au moins une maladie du groupe	Taux de prévalence (%)	Taux de prévalence brut (‰)		Taux de prévalence standardisé (‰)	
				Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
1,3,5,12,13	Groupe cardio-vasculaire	310 949	97,9	95,2	100,0	75,7	120,0
1 à 30	ALD Liste	674 958	212,4	224,8	202,5	196,4	229,0
1 à 32	Toutes ALD 1 à 32	693 826	218,3	232,9	206,7	203,6	233,5

Source : MSA

La part des patients mono ALD est en constante augmentation pour atteindre 71 % en 2019 (**Tableau 26**). Moins d'un tiers des patients en ALD est exonéré au titre d'au moins deux pathologies.

⁷ Décret n°2011-276 du 24 juin 2011.

Tableau 26 :
Nombre d'affections exonérantes

Nombre de pathologies exonérantes	Nombre d'assurés en ALD	Répartition				Evolution en nombre de points		
		2019	2016	2017	2018	2019	2016/2017	2017/2018	2018/2019
1	495 513	68%	69%	70%	71%	1,3	1,3	1,2
2	151 238	24%	23%	23%	22%	- 0,8	- 0,8	- 0,8
3	39 261	7%	6%	6%	6%	- 0,5	- 0,4	- 0,4
4 et plus	7 814	1%	1%	1%	1%	- 0,0	- 0,1	- 0,0
Total	693 826	100%	100%	100%	100%			

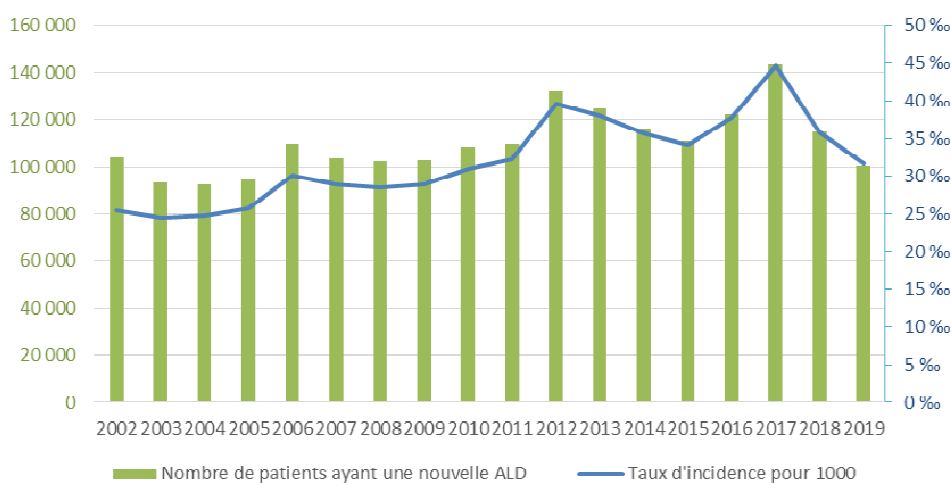
Source : MSA

2.2.2. L'incidence des ALD au régime agricole

Au cours de l'année 2019, 100 687 personnes ont été admises pour une nouvelle ALD 1 à 32 au régime agricole, ce qui représente un taux d'incidence⁸ de 31,6 ‰ (baisse de 4,3 points par rapport à 2018, représentant une diminution de 12 % des effectifs). Ce taux est en décroissance continue depuis 2017, il est passé de 44,6 ‰ en 2017 à 35,9 ‰ en 2018. On revient à un niveau d'incidence équivalent aux années 2010 et 2011 (**Graphique 17**).

Graphique 17 :
Evolution annuelle de l'incidence de 2002 à 2019

Evolution annuelle de l'incidence de 2002 à 2019



Source : MSA

Le taux d'incidence des femmes est plus important que celui des hommes avec 2 points d'écart (32,9 ‰ contre 30,6 ‰). A noter que les femmes ont en moyenne 5,9 ans de plus que les hommes lors de leur admission pour une nouvelle ALD (**Tableau 27**).

Au global, les nouvelles populations en ALD concernent des personnes plus jeunes. L'âge moyen⁹ passe de 71,0 ans en 2018 à 69,6 ans en 2019.

⁸ Pour rappel, le taux d'incidence représente le rapport entre le nombre de patients exonérés du ticket modérateur au titre d'une nouvelle ALD au cours de l'année d'étude et le nombre d'assurés au régime agricole sur l'année d'étude.

⁹ Âge atteint au cours de l'année 2019.

Tableau 27 :
Effectif et taux d'incidence de la prise en charge au titre d'une nouvelle ALD 1 à 32 au cours de l'année 2019

	Population RNIAM[1]	Nombre d'assurés ayant une nouvelle ALD	Répartition	Âge moyen	Âge médian	Taux d'incidence (%)	Taux d'incidence standardisé [2] (‰)	Comparative Morbidity Figure		
								CMF F/H	IC 95% CMF	
Hommes	1 765 490	54 054	54%	66,9	70	30,6	33,9			
Femmes	1 416 767	46 633	46%	72,8	79	32,9	29,4	0,87	0,86	0,88
Total	3 182 257	100 687	100%	69,6	73	31,6	-			

[1] Population moyenne du 01/01/2019 et du 01/01/2020

[2] Standardisation par âge

Source : MSA

A structure d'âge identique, l'ordre des taux s'inverse ; ainsi le taux d'incidence standardisé par âge des hommes se trouve plus élevé de 4,5 points que celui des femmes avec respectivement une valeur de 33,9 ‰ contre 29,4 ‰ (**Tableau 28**).

A structure d'âge identique à celle de l'année 2019, les taux d'incidence chez les hommes et chez les femmes diminuent depuis 2017, notamment dans la population masculine avec une baisse de 10 points entre 2017 et 2018 poursuivie par une baisse de 5 points entre 2018 et 2019 (**Tableau 28**).

Tableau 28 :
Taux d'incidence standardisé (‰) par âge avec la même population de référence (population moyenne 2019)

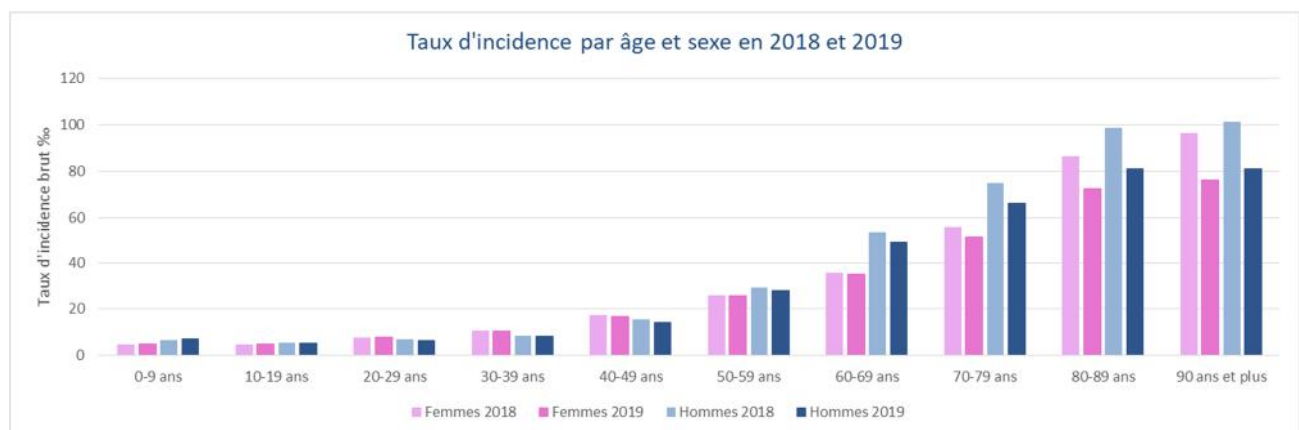
Taux d'incidence standardisé*	2016	2017	2018	2019	Variation 2017/2018 (en points)	Variation 2018/2019 (en points)
Homme	40,9	48,6	38,8	33,9	- 10	- 5
Femme	35,8	41,4	33,1	29,4	- 8	- 4

Source : MSA

La baisse du taux d'incidence, depuis 2017, n'est donc pas entièrement imputable à une évolution de la structure de la population.

Le taux d'incidence augmente avec l'âge (**Graphique 18**). Entre 20 ans et 49 ans les femmes ont un taux d'incidence plus élevé que les hommes. A partir de 50 ans le phénomène s'inverse, le taux d'incidence chez les hommes est plus élevé que chez les femmes avec des écarts plus importants.

Graphique 18 :
Taux d'incidence brut par classe d'âge et par sexe



Source : MSA

La baisse du taux d'incidence, entre 2018 et 2019, concerne principalement les tranches d'âges les plus élevées, avec - 20 points pour les hommes et les femmes chez les 90 ans et plus, - 17 points chez les hommes et - 14 points chez les femmes de 80-89 ans, - 8,4 points chez les hommes et - 4,5 points chez les femmes de 70-79 ans.

En 2019, comme durant les six dernières années, les ALD présentant le taux d'incidence brut le plus élevé demeurent les cancers (ALD 30) avec un taux d'incidence de 7,1 ‰, suivi de l'insuffisance cardiaque grave (ALD 5) avec 5,6 ‰ et les diabètes de type 1 et 2 (ALD 8) avec 4,4 ‰ (**Tableau 29**).

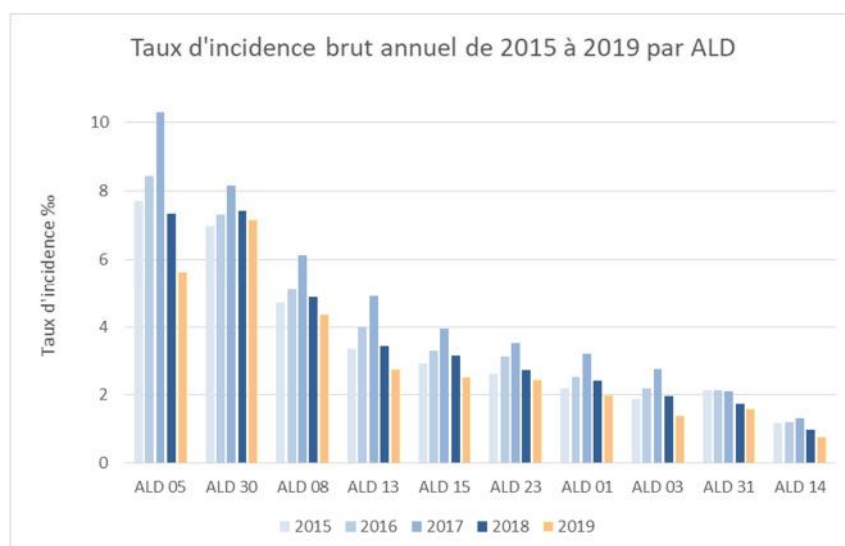
Tableau 29 :
Caractéristiques des principales nouvelles ALD exonérantes

ALD	2019				2018
	Nombre d'assurés ayant une nouvelle ALD par ALD	Âge moyen	Âge médian	Taux d'incidence (‰)	Taux d'incidence (‰)
30 - CANCERS	22 723	70,9	72	7,1	7,4
05 - INSUFFISANCE CARDIAQUE GRAVE	17 879	79,0	83	5,6	7,3
08 - DIABETE DE TYPE 1 ET DIABETE DE TYPE 2	13 867	65,6	66	4,4	4,9
13 - MALADIE CORONAIRE	8 730	72,1	72	2,7	3,4
15 - MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES DEMENCES	8 048	86,3	87	2,5	3,2
23 - AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES DE LONGUE DUREE	7 764	48,1	49	2,4	2,7
01 - ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL INVALIDANT	6 283	75,4	79	2,0	2,4
ALD 31	5 020	62,5	71	1,6	1,7

Source : MSA

L'incidence est en baisse pour ces 3 pathologies entre 2018 et 2019 (**Graphique 19**). Pour l'ALD 5, on note une diminution de 24 % des effectifs (qui fait suite à une baisse de 29 % entre 2017 et 2018). Le nombre de nouvelles admissions en ALD 8 chute de 11 % après une baisse de 21 % entre 2017 et 2018. Enfin, la diminution est moins marquée pour l'ALD 30, avec une baisse de 4 % des effectifs.

Graphique 19 :
Evolution du taux d'incidence de 2015 à 2019 par ALD



Source : MSA

La décroissance du taux d'incidence concerne également :

- les maladies coronaires (ALD 13) : - 20 % des effectifs entre 2018 et 2019,
- la maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD 15) : - 20 %,
- les accidents vasculaires cérébraux (ALD 1) : - 19 %.

Et dans une moindre mesure (plus faible volumétrie) :

- l'artériopathie chronique avec manifestation ischémique (ALD 3) : - 29 %,
- l'insuffisance respiratoire chronique grave (ALD 14) : - 20 %.

La baisse des effectifs en incidence concerne la quasi-totalité des ALD exonérantes, hormis la scoliose structurale évolutive (ALD 26, + 8 % avec 315 nouveaux patients en 2019) et la sclérose en plaques (ALD 25, +4 % avec 236 nouveaux patients en 2019).

Les hypothèses susceptibles d'expliquer ces variations concernent, d'une part, l'évolution de l'épidémiologie des ALD dans la population agricole et, d'autre part, le processus de simplification des demandes et des renouvellements d'ALD. Ces éléments font actuellement l'objet d'une analyse approfondie.

2.3. Les caractéristiques territoriales de la population agricole

Dans le cadre de sa mission de contribution au développement sanitaire et social des territoires ruraux inscrite dans le code rural¹⁰, la MSA poursuit et affine ses travaux de caractérisation territoriale de sa population.

L'an passé, dans son rapport Charges et Produits MSA 2020, la MSA avait étudié les caractéristiques de sa population à partir d'une part de deux zonages de l'Insee (zonage en aires urbaines et tranches détaillées d'unités urbaines) et d'autre part de deux typologies : la typologie des campagnes françaises de l'ANCT (ex-CGET) et la typologie de l'accessibilité aux soins et de l'attractivité territoriale de l'Irdes.

Pour rappel, le croisement des deux zonages de l'Insee montrait que la population affiliée au régime agricole (ayant consommé des soins) réside plus fréquemment que l'ensemble de la population française dans une commune rurale (53% versus 23%). Néanmoins, il n'y avait pas de concentration de la population couverte par le régime agricole dans un seul type de commune.

La typologie des campagnes françaises, avec une approche qui allie démographie et économie, affinait cette vision des espaces ruraux. Selon cette typologie, les assurés agricoles résident à :

- 32 % dans des campagnes à proximité des villes, du littoral et des vallées urbanisées,
- 22 % dans des campagnes vieilles à très faibles densités,
- 22 % dans des unités urbaines de plus de 10 000 emplois,
- 20 % dans des campagnes agricoles et industrielles sous faible influence urbaine.

Dans le cadre de la typologie de l'accessibilité aux soins et de l'attractivité territoriale réalisée par l'Irdes en 2019, la majorité (32%) des assurés du régime agricole réside dans la classe « marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles » contre 13% pour la population métropolitaine (**Tableau 30**).

Tableau 30 :
Répartition des populations (générale et agricole) dans les catégories de la typologie de l'accessibilité aux soins et de l'attractivité territoriale de l'Irdes

	Population légale municipale 2016	en %	Nombre d'assurés du régime agricole avec un remboursement de soins en 2017	en %	Actifs Saliés agricoles - nombre de contrats au 31/12/2016	en %	Actifs Non Saliés - nombre de chefs au 1er janvier 2017	en %	Retraités affiliés à la MSA à titre principal SA + NSA	en %
1 Périurbain avec une moindre accessibilité aux soins	13 757 265	21%	924 298	29%	170 276	25%	140 151	31%	304 733	30%
2 Marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles	8 344 397	13%	1 004 217	32%	150 251	22%	191 331	42%	365 509	37%
3 Espaces de retraite et tourisme bien dotés en offre de soins	4 788 330	7%	311 261	10%	55 906	8%	43 994	10%	91 913	9%
4 Espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socio-économiques et sanitaires	7 289 493	11%	320 259	10%	70 091	10%	36 905	8%	94 543	9%
5 Villes centres, hétérogènes socio-économiquement, à l'offre de soins abondante	19 002 698	29%	379 314	12%	151 706	22%	20 688	5%	90 498	9%
6 Villes et couronnes périurbaines favorisées	11 286 609	18%	209 201	7%	78 757	12%	20 032	4%	52 541	5%
TOTAL	64 468 792	100%	3 148 550	100%	676 987	100%	453 101	100%	999 737	100%

Source : MSA

¹⁰ L'article L723-11 du code rural stipule : « La caisse centrale de la mutualité sociale agricole a pour missions :...9° De contribuer au développement sanitaire et social des territoires ruraux et, par ses avis, à la définition des orientations et des conditions de mise en œuvre de la politique de développement rural en matière sanitaire et sociale ».

A partir de la typologie de l'accessibilité aux soins et de l'attractivité territoriale, la MSA a analysé son positionnement sur les 3 classes de cette typologie qui concernent des espaces ruraux :

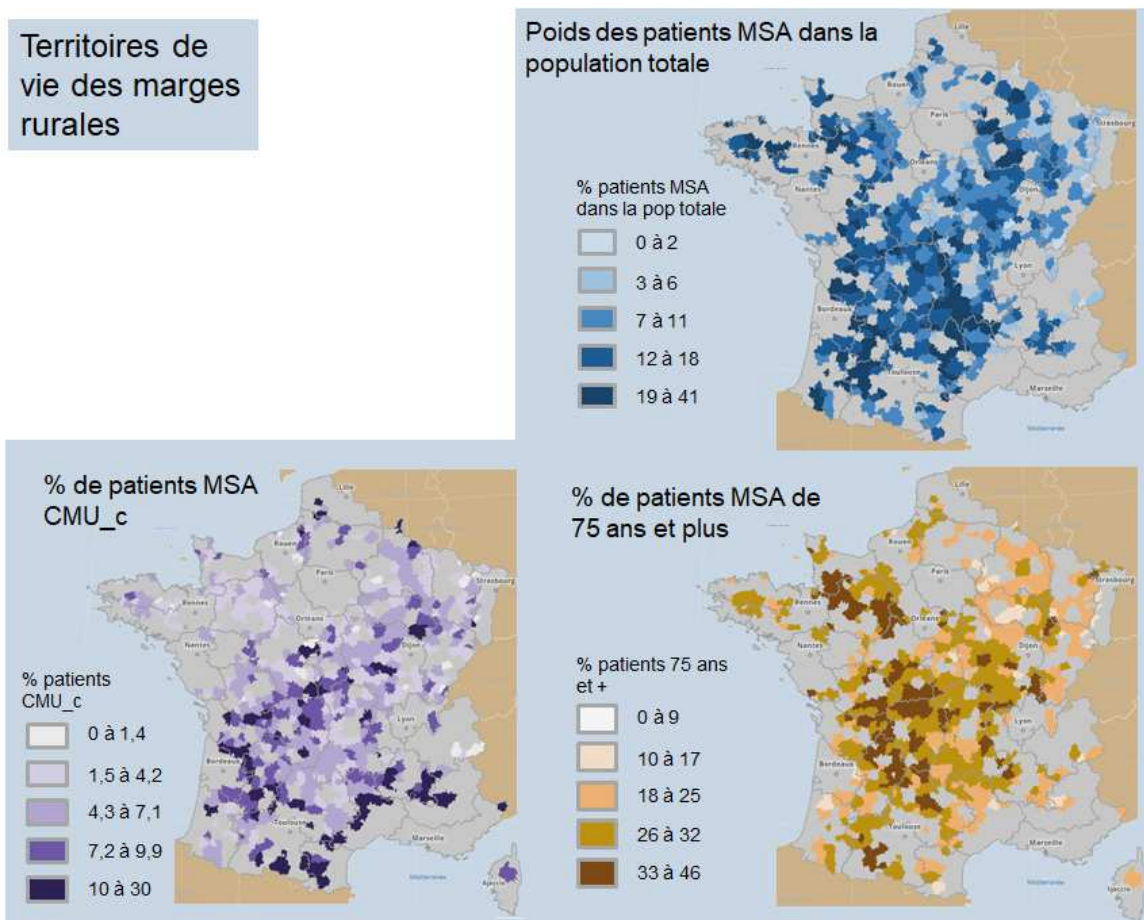
- **Les marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles**

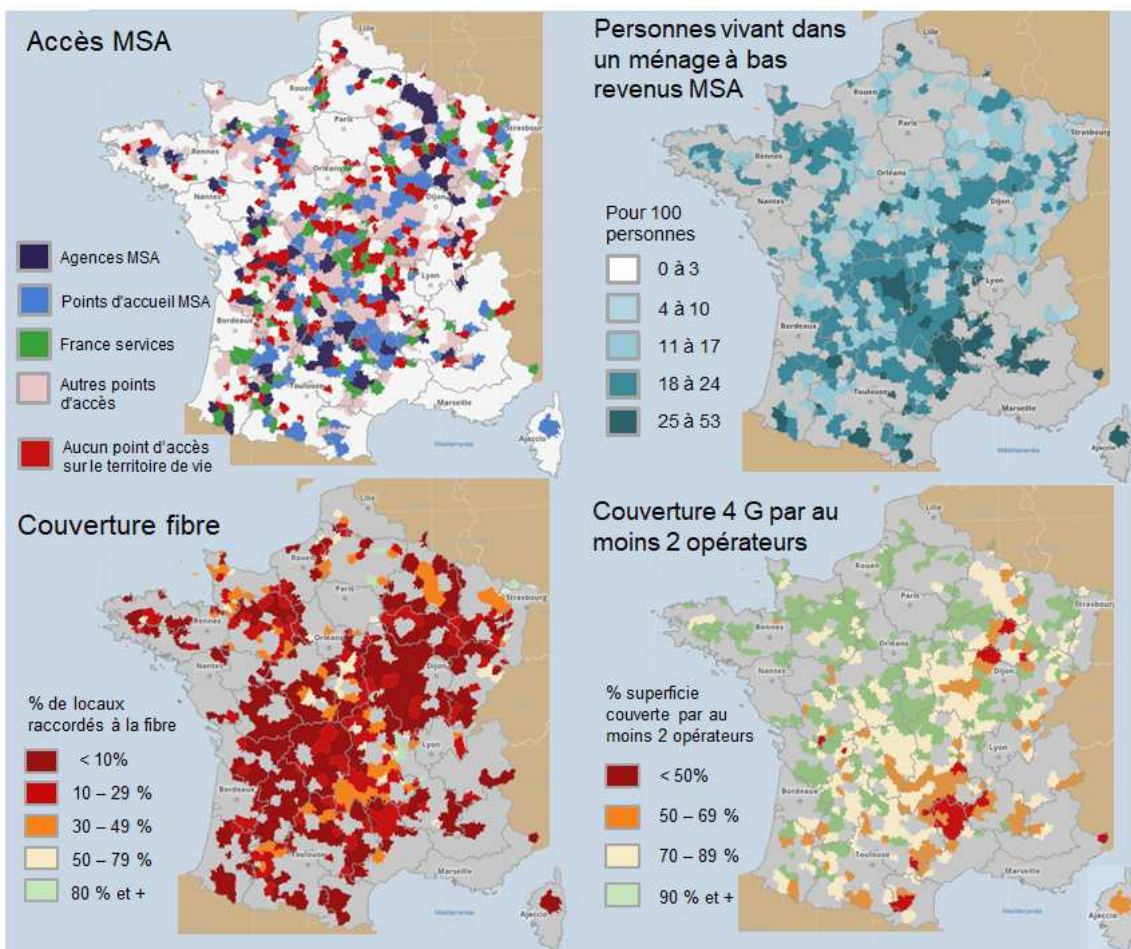
Dans ces espaces de faible densité couvrant un large territoire avec seulement 13 % de la population métropolitaine, la population couverte par le régime agricole est surreprésentée (32 %). Les personnes ayant consommé des soins remboursés par la MSA représentent 12 % de la population municipale de ces territoires contre 5 % au niveau national. Et c'est un tiers de la population du régime qui réside dans un territoire de vie des marges rurales.

Les marges rurales sont enclavées, la distance aux services intermédiaires y est supérieure à la moyenne ainsi qu'aux établissements de santé. Les indicateurs de santé y sont défavorables et l'accès aux soins de premier recours y est moins bon que la moyenne. La couverture haut débit y est très mauvaise, 15 % des locaux sont raccordés à la fibre contre 66 % au plan national.

La population est âgée (27 % des assurés MSA a plus de 75 ans) avec une proportion importante de personnes vivant dans un ménage à bas revenus (18 %). Toutefois, ces territoires sont relativement bien couverts par la MSA, soit par ses propres agences ou points d'accès (sur 26 % des territoires de vie) ou, plus indirectement, par les agences France services et les points d'accès mutualisés, soit un total de 73 % des territoires de vie couverts.

Cartes 5.1 à 5.7 :
Cartographie des territoires de vie des marges rurales, peu attractives
et aux populations fragiles selon différents indicateurs



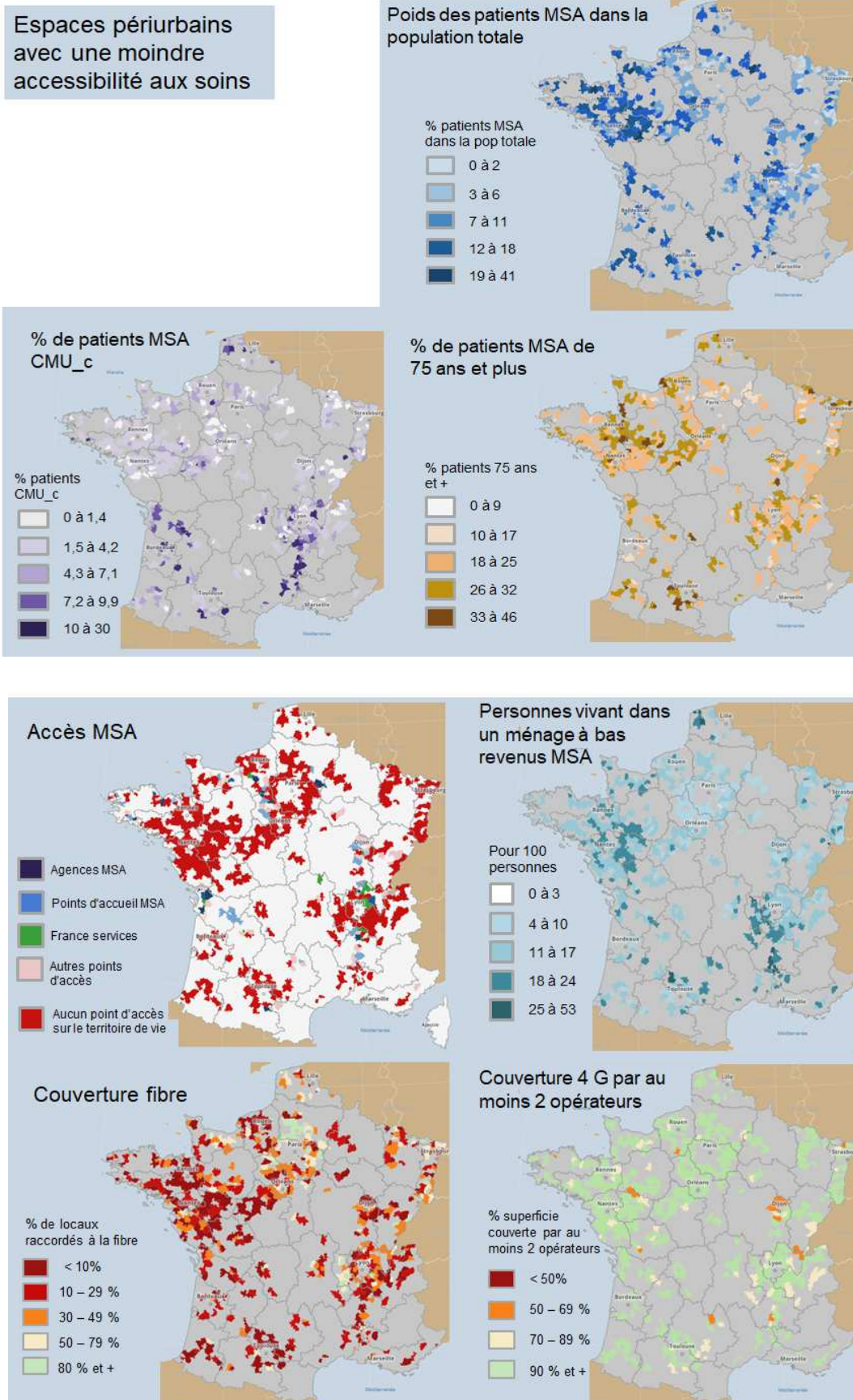


- **Les espaces périurbains avec une moindre accessibilité aux soins**

Ces territoires de vie concentrent 21 % de la population métropolitaine et 29 % des assurés MSA.

Localisés à la périphérie de grands pôles urbains, ils constituent un groupe de territoires ruraux moins enclavés que les marges rurales et plus dynamiques qui couvre une grande partie de l’ouest agricole et de la vallée du Rhône. Ces espaces ont cependant une faible offre de soins. Ils sont aussi légèrement plus éloignés des pôles de services de proximité. Les ouvriers y sont légèrement surreprésentés. L’accès au haut débit y est déficient avec 28 % des locaux raccordés à la fibre, mais ils bénéficient d’une bonne couverture 4G. Les points d’accueil physiques MSA sont moins présents sur ces territoires de vie (14 % des territoires de vie ont une agence ou un point d’accueil MSA et 29 % en incluant les autres types de point d’accueil). Les caractéristiques de la population du régime agricole se situent dans la moyenne nationale avec toutefois une sous-représentation des bénéficiaires de la CMU-C, sauf dans la vallée du Rhône.

Cartes 6.1 à 6.7 :
Cartographie des territoires de vie des espaces périurbains avec une moindre accessibilité aux soins selon différents indicateurs



- **Les espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socio-économiques et sanitaires**

Ces espaces regroupent 11 % de la population métropolitaine et 10 % des assurés MSA.

Ils sont principalement situés dans le nord-est de la France et comprennent les anciens territoires industriels et miniers, mais ils couvrent aussi des espaces ruraux de l'ouest et des terres viticoles où la population du régime agricole est très présente (Pauillac, Epernay, Lesnevel,...).

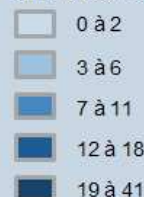
Les populations résidant sur ces territoires se caractérisent par un état de santé plus dégradé, des indicateurs de fragilité plus élevés, un niveau d'éducation plus faible et le taux d'emploi le plus bas. Ces espaces sont moins attractifs et leur solde migratoire est déficitaire. La proportion de patients MSA bénéficiaires de la CMU-C y est plus élevée que la moyenne nationale (10 % vs 7 %).

Cartes 7.1 à 7.7 :
Cartographie des territoires de vie des espaces urbains ou ruraux défavorisés
aux plans socio-économiques et sanitaires selon différents indicateurs

Espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socio-économique et sanitaire

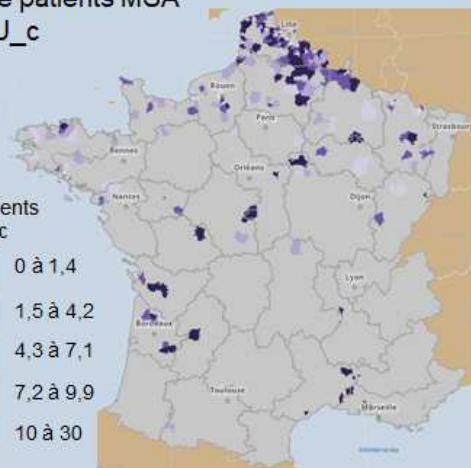
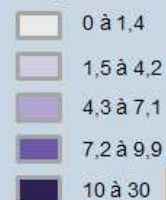
Poids des patients MSA dans la population totale

% patients MSA dans la pop totale



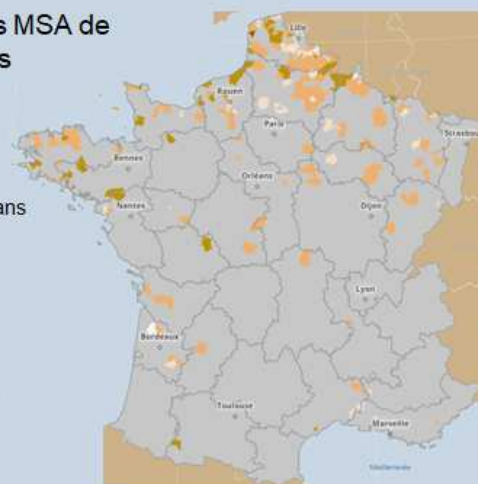
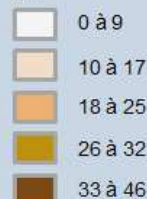
% de patients MSA CMU_c

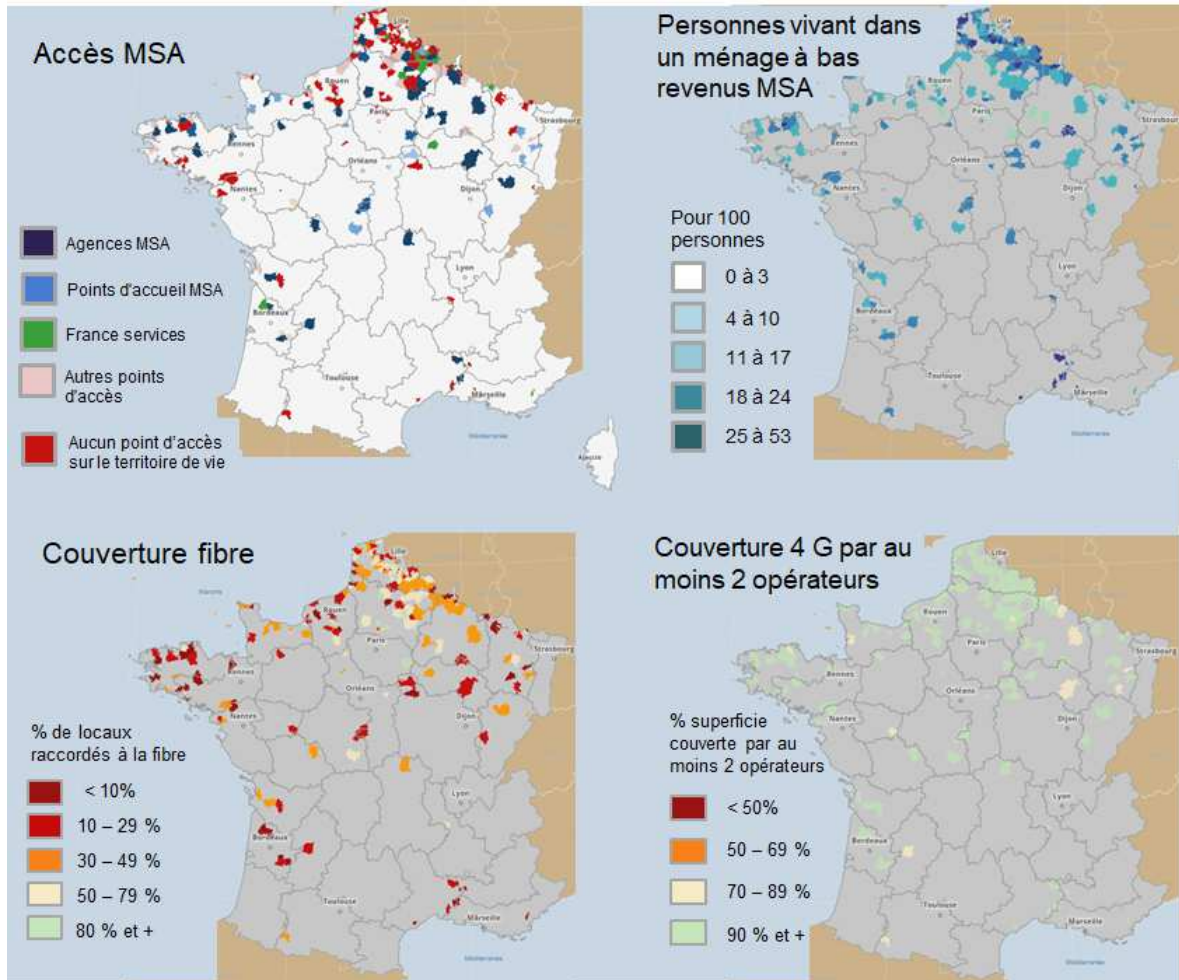
% patients CMU_c



% de patients MSA de 75 ans et plus

% patients 75 ans et +





2.4. Les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation des patients du régime agricole

Le recours aux urgences hospitalières croît chaque année et fait l'objet de nombreux travaux et débats sur le juste usage du système de soins, le rôle de la médecine de ville dans la prise en charge des soins non programmés et sur les parcours de soins. La MSA est mobilisée depuis de nombreuses années sur ces sujets en développant des actions telles que celles issues du programme « éducation à la santé familiale » (ESF) ou de l'offre de prévention « jeunes ». Pour renforcer encore son rôle dans les territoires ruraux, la connaissance et le suivi du recours aux urgences par ses ressortissants semblent indispensables. C'est dans ce cadre que s'inscrit cette analyse réalisée à partir des données du PMSI accessibles via le SNDS. Elle se concentre sur les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation dont une partie d'entre eux est potentiellement évitable.

En 2018, le nombre de passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation réalisés par des patients affiliés au régime agricole est de 572 000. Sur une année, un affilié sur sept s'est orienté vers un service d'urgences (434 000 patients), majoritairement dans un hôpital public (dans 87 % des cas). Le coût pour le régime agricole est estimé à 47 millions d'euros (via les bases de valorisation du SNDS).

La moyenne d'âge des patients est de 45 ans. Le nombre de passages est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, excepté pour les patients âgés de plus de 80 ans (**Graphique 20**). Cela s'explique par la structure démographique du régime agricole.

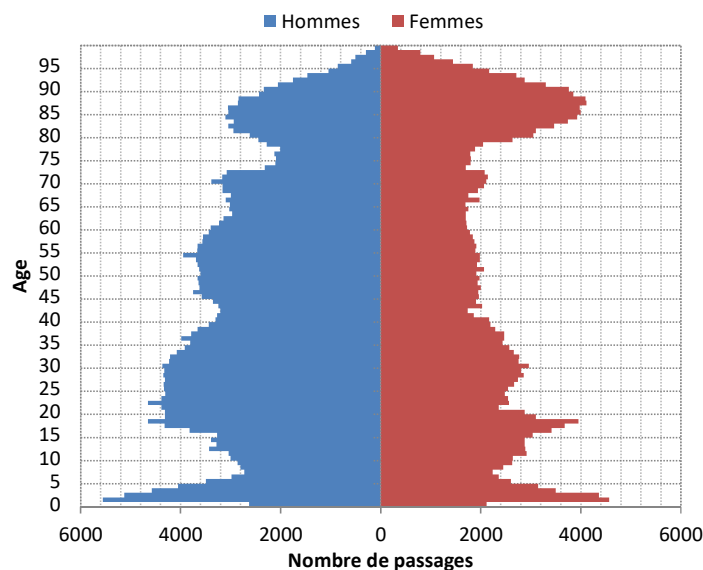
Rapporté à la population protégée, le recours aux urgences est particulièrement fort pour la petite enfance (**Graphique 21**). Parmi les patients âgés de moins de 5 ans, 28 % ont eu recours aux urgences (contre 14 % toutes classes d'âge confondues). Une partie d'entre eux y a fait plusieurs passages (42 passages pour 100 affiliés, contre 18 passages pour 100 affiliés toutes classes d'âge confondues).

La fréquence des passages aux urgences est également élevée pour les patients de 20 à 24 ans (29 passages pour 100 affiliés), en particulier chez les femmes (34 passages pour 100 affiliées). Parmi les affiliés de cette classe d'âge, 21 % sont passés aux urgences (22 % chez les femmes).

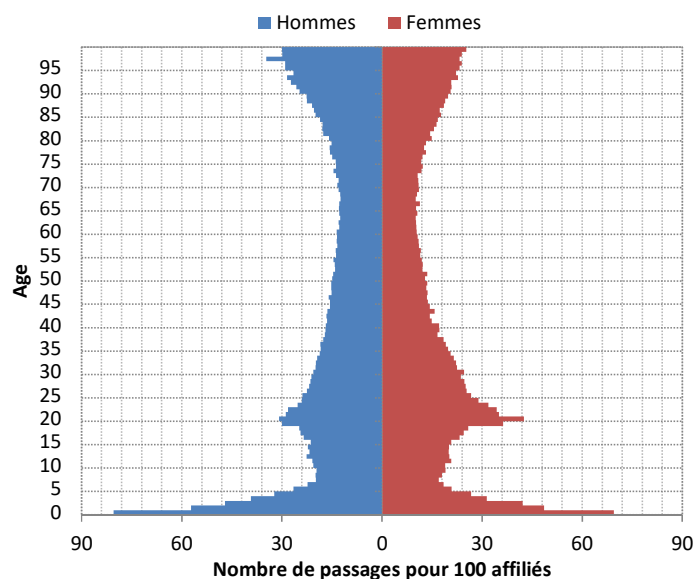
Chez les plus âgés (80 ans et plus), 15 % ont eu recours aux urgences (19 passages pour 100 affiliés), soit un taux un peu plus élevé que la moyenne toutes classes d'âge confondues. Ce taux est relativement modéré mais cela s'explique par le fait qu'à cet âge les passages aux urgences sont souvent suivis d'une hospitalisation et que ceux-ci sont exclus du champ de l'étude¹¹.

¹¹ Dans une précédente étude réalisée par la MSA sur le recours aux urgences en 2014 (Rapport Charges et Produits MSA 2017), la part de passages aux urgences suivis d'une hospitalisation était de 16 % chez les 0-4 ans, 13 % chez les 15-29 ans et de 66 % chez les 80 ans ou plus.

Graphique 20 :
Répartition par âge des passages aux urgences non suivis d'hospitalisation réalisés par les patients du régime agricole en 2018

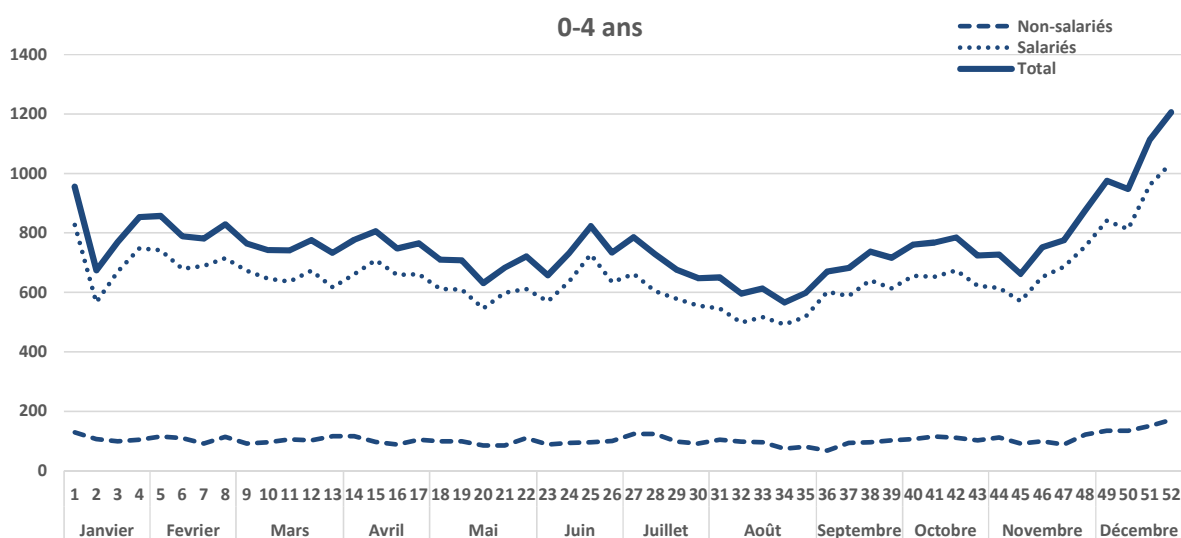
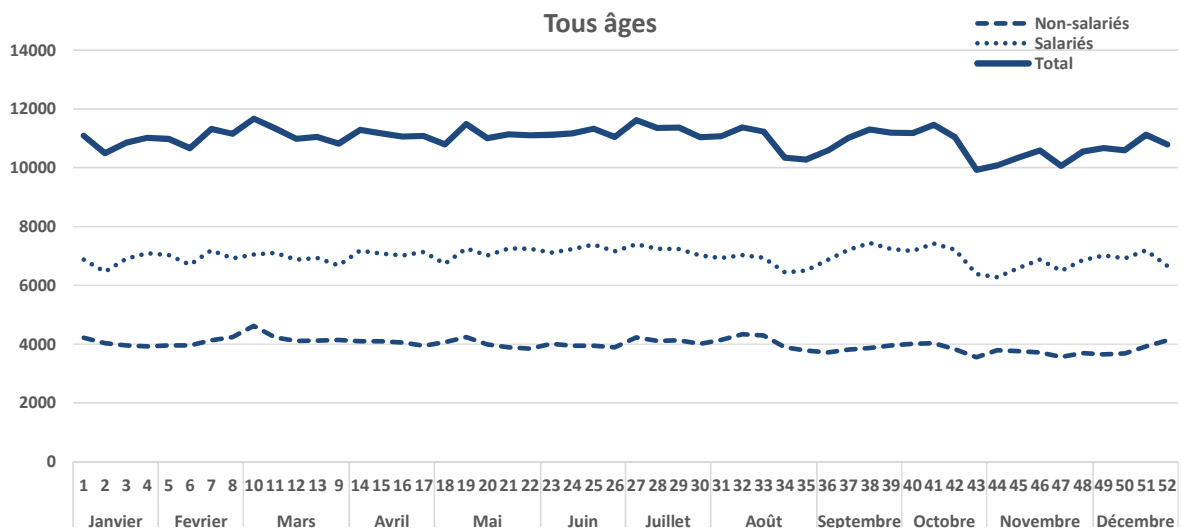


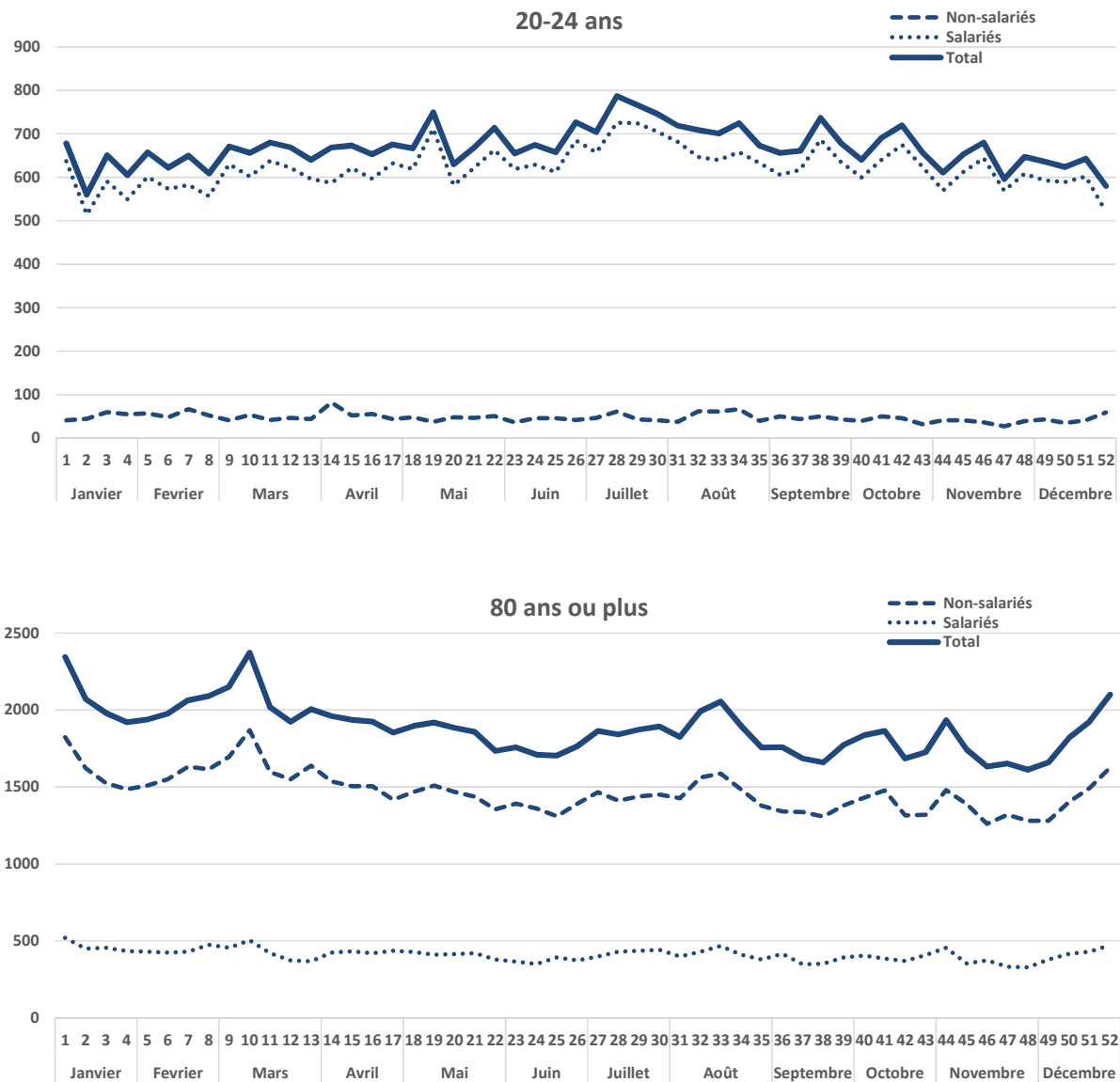
Graphique 21 :
Répartition par âge du nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation pour 100 affiliés au régime agricole en 2018



Toutes classes d'âge confondues, le nombre de passages aux urgences est relativement stable au fil des mois, avec une affluence tout de même plus faible lors des deux dernières semaines d'août et pendant les vacances de la Toussaint (**Graphique 22.1**). La saisonnalité est plus marquée par classe d'âge. Chez les moins de 5 ans, le recours aux urgences est particulièrement élevé de mi-novembre à mi-janvier en lien possiblement avec les épidémies (**Graphique 22.2**). A l'inverse, chez les jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans, le nombre de passages aux urgences est plus important pendant l'été que durant les mois d'hiver (**Graphique 22.3**). Chez les 80 ans ou plus, le recours aux urgences connaît un pic à chaque période de vacances scolaires (hors Pâques)(**Graphique 22.4**). Ce phénomène est à rapprocher de l'accessibilité à l'offre de soins durant ces périodes.

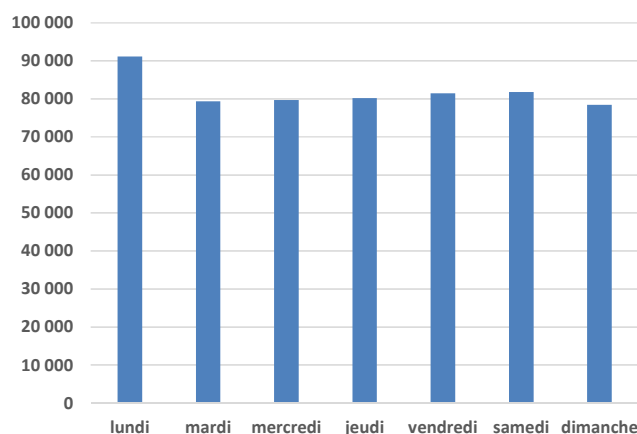
Graphiques 22.1 à 22.4 :
Évolution du nombre hebdomadaire de passages aux urgences non suivis
d'une hospitalisation réalisés par les patients du régime agricole en 2018





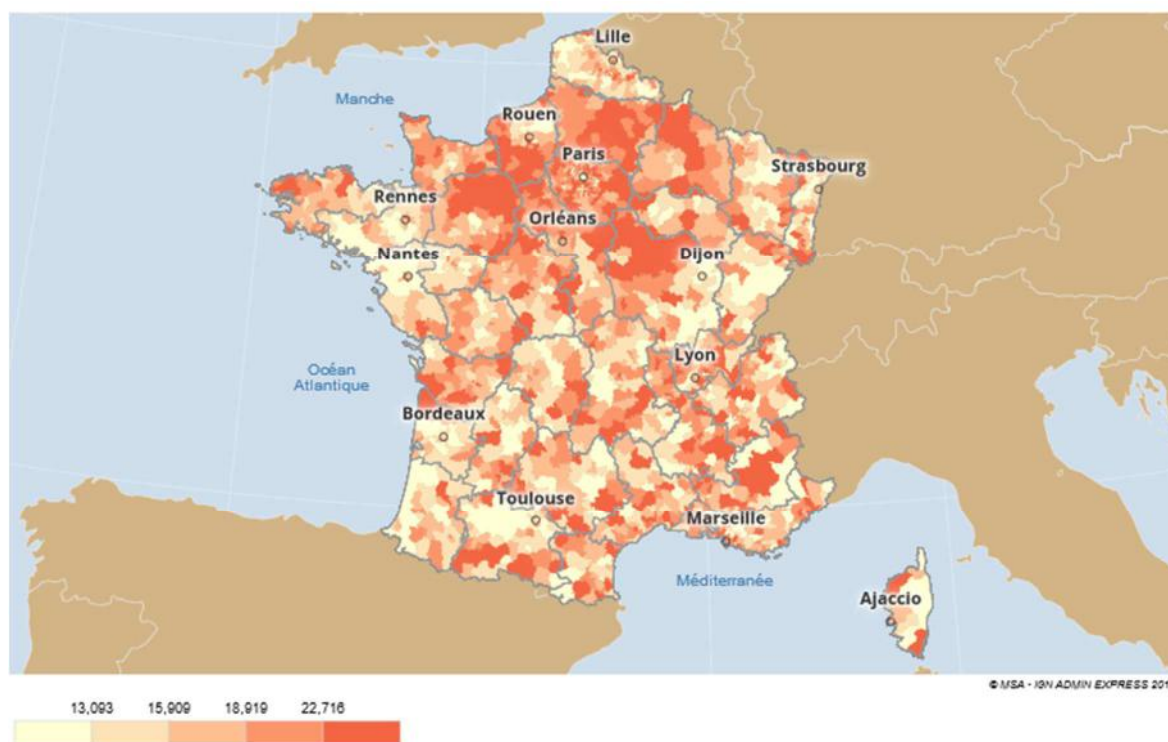
Le jour de la semaine enregistrant le plus de passages aux urgences est le lundi (**Graphique 23**), excepté pour les patients âgés de 0 à 4 ans qui recourent aux urgences plus souvent les samedis et dimanches.

Graphique 23 :
Répartition par jour de la semaine du nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation réalisés par les patients du régime agricole en 2018



Il existe des disparités géographiques concernant le taux de recours aux urgences. Les territoires de vie ayant un taux élevé se situent le plus souvent dans la moitié nord de la France (**Carte 8**).

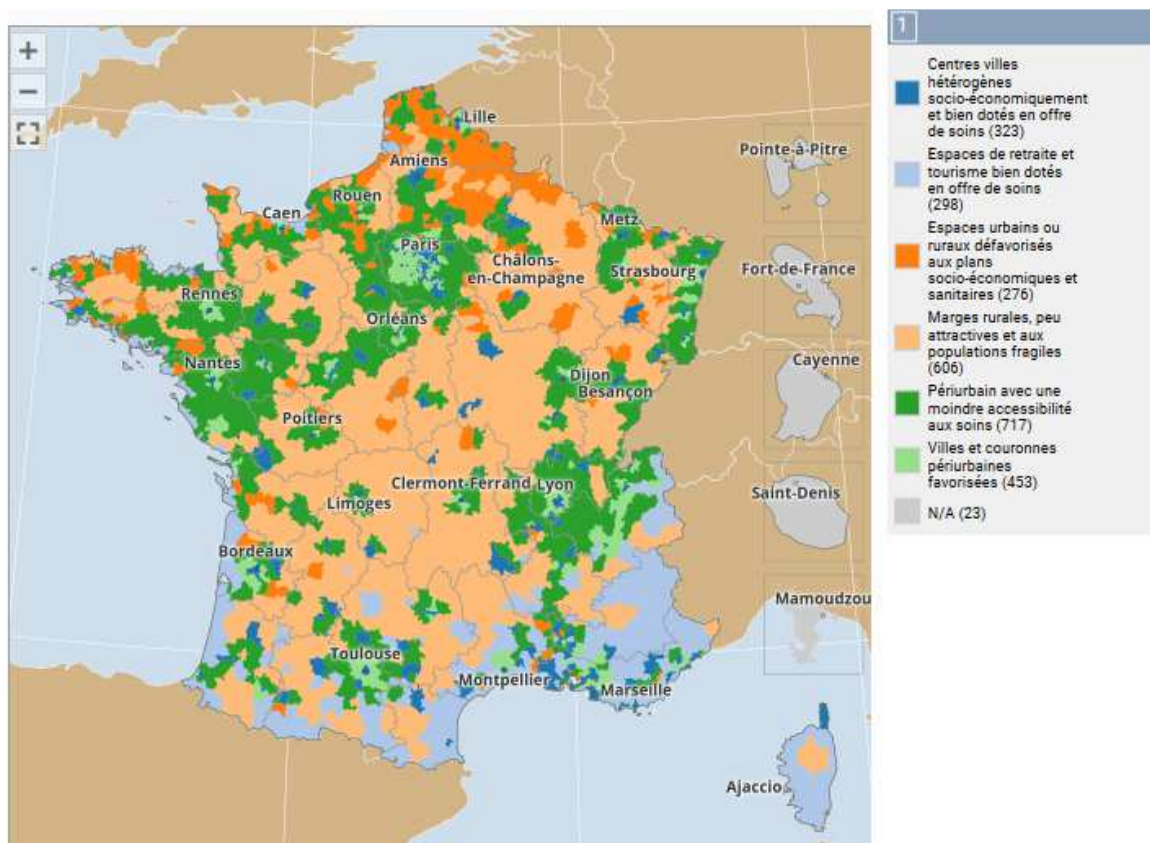
Carte 8 :
Taux de recours aux urgences non suivis d'hospitalisation des patients
du régime agricole en 2018 par territoire de vie (nombre de passages pour 100 patients)



Les explications des contrastes territoriaux peuvent être diverses et propres à chaque territoire. L'offre de soins en ville, l'organisation de la permanence des soins, la proximité des hôpitaux ou encore la situation socio-économique des assurés (dispense d'avance des frais), leur comportement (ex : retard à consulter), leurs « habitudes » figurent probablement parmi les principaux facteurs influant sur le recours aux urgences.

Pour mieux identifier les potentielles causes de recours aux urgences, les résultats par maillage territorial ont été croisés avec la typologie des territoires de l'IRDES¹², l'indice de désavantage social (FDep)¹³ et un indicateur du diagnostic territorial recensé par la MSA et disponible sur le portail GéoMSA (<https://geomsa.msa.fr>). Les cartographies pour chaque indicateur sont disponibles ci-après (Cartes 9 à 11).

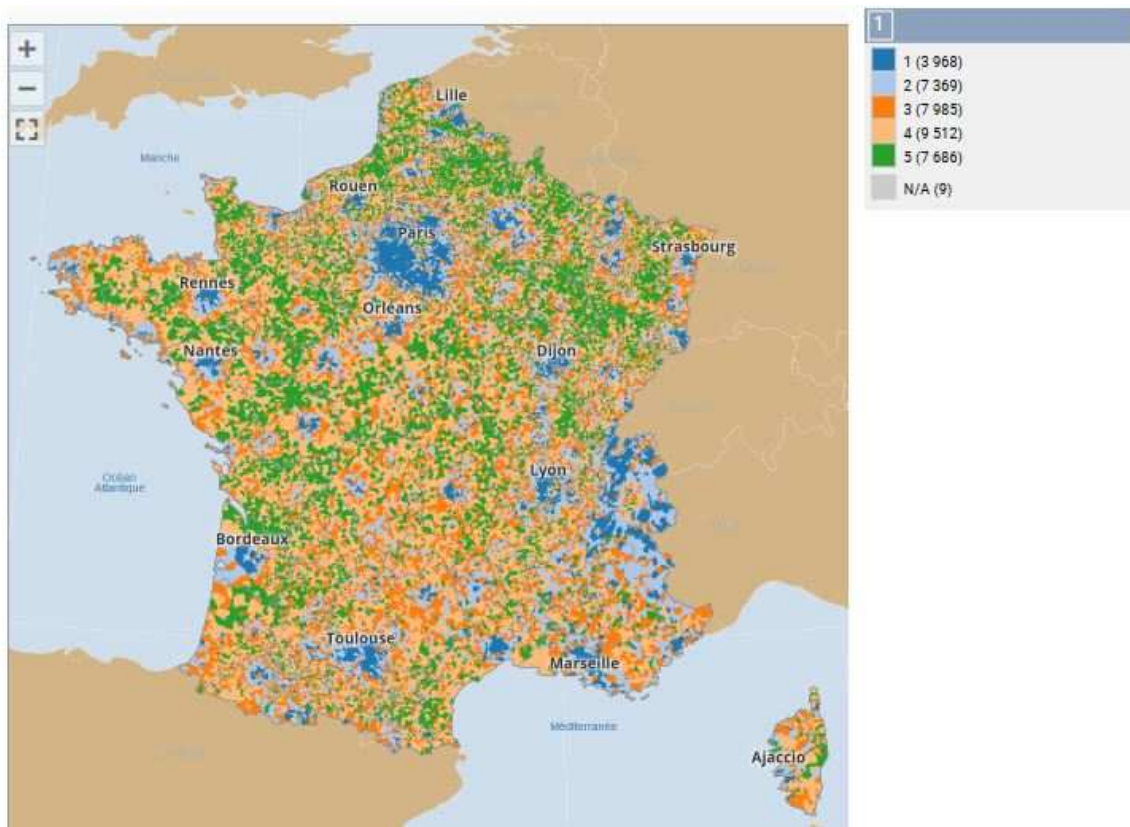
Carte 9 :
Typologie des territoires de vie de l'IRDES



¹² Chevillard G., Mousquès J. (2019) « Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français » Irdes DT n°76.

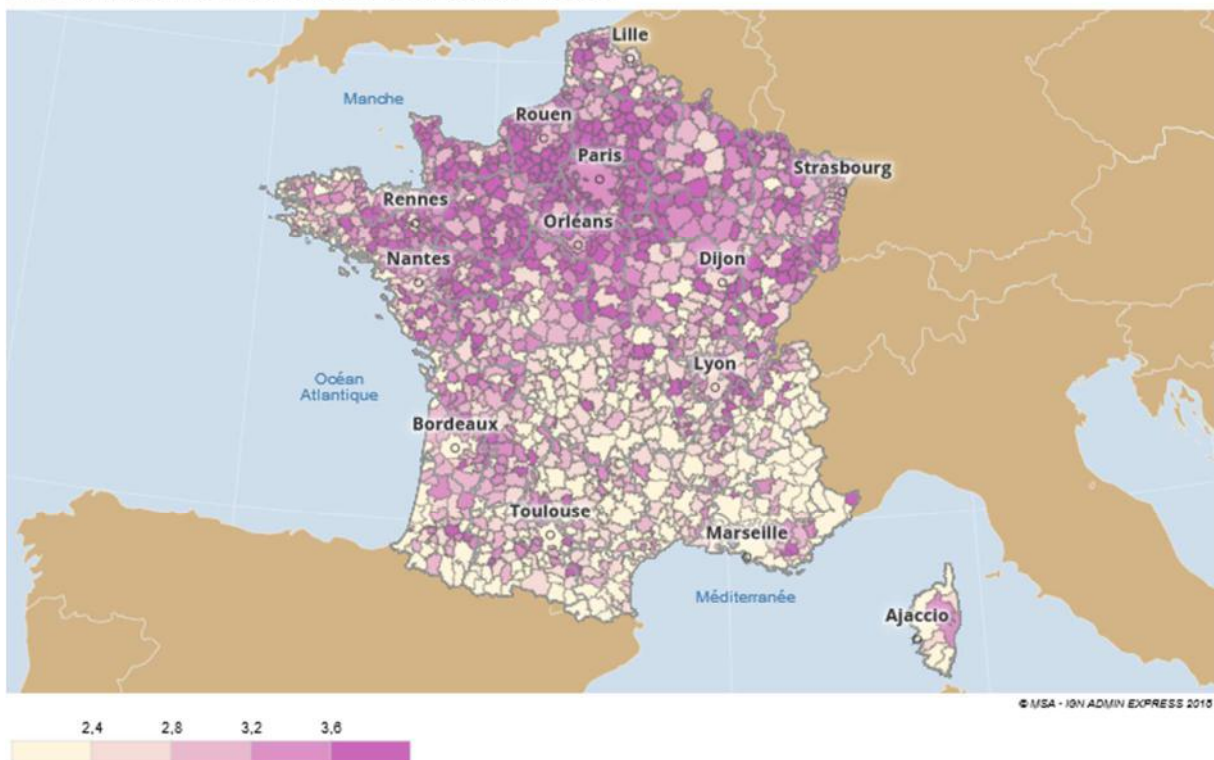
¹³ L'indice de désavantage social (FDep) a été élaboré par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (CépiDc-Inserm). Il permet de mesurer l'hétérogénéité socio-économique et la présence de précarité sur un territoire. Il est construit à partir de quatre indicateurs issus de l'INSEE : la part des ouvriers dans la population active de 15 à 64 ans ayant un emploi, la part de bacheliers parmi les personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire, le taux de chômage et le revenu disponible médian par unité de consommation.

Carte 10 :
Typologie des communes selon l'indice de désavantage social (quintile population)



Carte 11 :
Indicateur thématique Offre ambulatoire du diagnostic territorial MSA

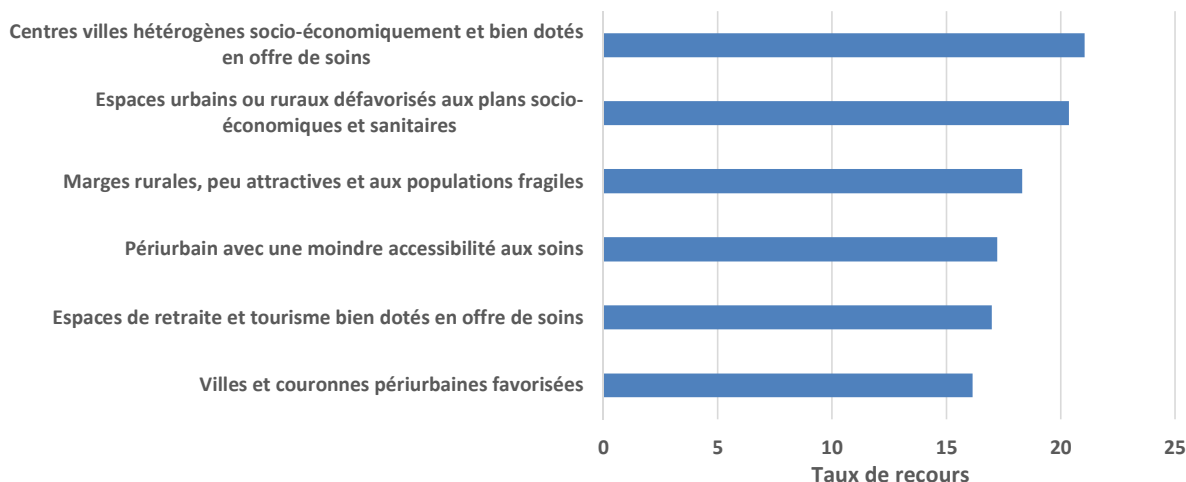
Indicateur thématique Offre ambulatoire - Source : CCMSA/DDPS/DGDR



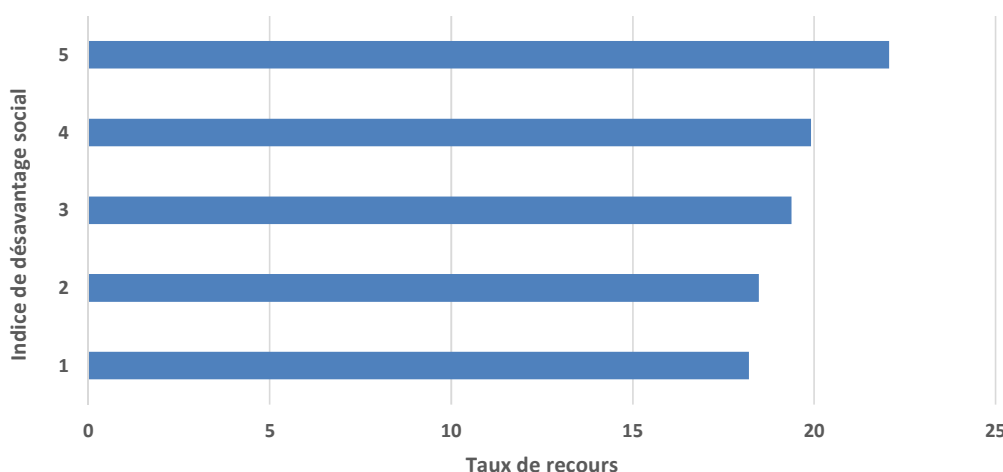
Le premier croisement avec la typologie de l'IRDES montre que le recours aux urgences est moins fréquent dans les territoires favorisés que dans les territoires défavorisés (**Graphique 24**).

L'influence de la situation socio-économique se confirme également lors du croisement des données avec l'indice de désavantage social (**Graphique 25**). En effet, plus cet indice est élevé, plus le territoire est désavantagé socio-économiquement, et plus le taux de recours aux urgences est important.

Graphique 24 :
Taux de recours aux urgences non suivis d'hospitalisation réalisés par les patients du régime agricole en 2018 par typologie de territoire



Graphique 25 :
Taux de recours aux urgences non suivis d'hospitalisation réalisés par les patients du régime agricole en 2018 par indice de désavantage social



L'offre de soins de ville a également un impact sur le recours aux urgences. Pour l'identifier, l'indicateur thématique offre ambulatoire du diagnostic territorial MSA a été utilisé. Plus la valeur de cet indicateur est élevée, plus le bassin de vie est considéré comme fragile. La corrélation de cet indicateur avec le taux de recours aux urgences est positive et statistiquement significative ($r = 0.153$, $p < 0.001$).

Conclusions et perspectives

Les données disponibles pour cette étude ne permettent pas de connaître les motifs de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation. Néanmoins, sans pouvoir en mesurer l'ampleur, il existe des passages aux urgences potentiellement évitables.

Chez les plus petits (0-4 ans), une partie des passages aux urgences avec retour à domicile provient de l'inquiétude des parents et pourrait être évitée grâce notamment à l'éducation à la santé familiale permettant une prise en charge précoce adaptée. Cette autogestion précoce est également susceptible de prévenir une partie des aggravations des affections suscitées. Pour cette classe d'âge, le recours a lieu plus fréquemment les samedis et dimanches. Un renforcement de la permanence des soins et le développement des maisons médicales de garde permettrait également de limiter ces recours.

Pour les jeunes adultes, des actions renforcées de prévention afin de limiter les risques (accidents, alcool, ...) pourraient être développées, notamment dans le cadre des actions du plan de prévention des conduites addictives de la MSA.

Pour les plus âgés, l'étude montre une sollicitation des urgences accrue lors des vacances scolaires. Là encore, une meilleure permanence des soins, notamment dans les EHPAD, pourrait limiter les passages aux urgences.

L'analyse montre qu'il existe des disparités territoriales dans la fréquence de recours pouvant s'expliquer par l'environnement socio-économique du patient et par le manque d'offre de soins de ville. Les actions à développer, s'inscrivant dans une logique d'efficacité sans nuire à la qualité des prises en charge, pourraient être ciblées dans les territoires fragiles.

Partie 3 :

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

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

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

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

Au reste, son guichet unique est un atout primordial pour lui permettre d'aborder ces différents angles, avec bien évidemment l'approche en terme de risque maladie, avec en particulier son contrôle médical et ses services de prévention, qu'en santé-sécurité au travail alliant tant les compétences médicales et paramédicales de la santé-travail, que la prévention des risques professionnels, ses travailleurs sociaux, rouages importants également de nos services administratifs, qui travaillent, au niveau des territoires et au plus près des personnes, en parfaite intelligence avec les 17 000 délégués cantonaux de son réseau déployés sur l'ensemble du territoire. Ces derniers constituent des relais naturels des problématiques réellement vécues par les habitants sur leur territoire.

Les propositions de la MSA pour 2020 s'articulent autour des axes de la stratégie nationale de santé et des six axes du plan Ondam 2018-2022 d'appui à la transformation du système de santé (PATSS), à savoir :

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

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

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

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

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

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

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

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

Avec 37,60 millions d'euros consacrés à ses actions de prévention en **2019** par l'intermédiaire des trois fonds (le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires des professions agricoles (FNPEISA) **pour 24,90 millions d'euros**, le fonds national de prévention des risques professionnels (FNPR) **pour 10,61 millions d'euros** et le fonds national d'action sanitaire et social (FNASS) **pour 2,09 millions d'euros**), la MSA confirme sa valeur ajoutée portée par sa gouvernance mutualiste originale et son organisation en guichet unique assurant l'ensemble des risques santé, famille, retraite du monde agricole et rural.

Instants Santé

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

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

En 2019, près de 17 000 personnes sous-consommantes de soins ont participé aux séances du premier rendez-vous. Les premiers résultats montrent que **plus de 70 % des participants à ces séances réintègrent le parcours de santé.**

Instants Santé jeunes

Pour les jeunes de 16 à 24 ans, une consultation de prévention chez un médecin généraliste est proposée avec au préalable un questionnaire à renseigner sur le site isjeunes.msa.fr. Ces jeunes reçoivent un chèque sport d'une valeur de 30 euros. En 2019, 9 145 jeunes ont bénéficié de ce dispositif.

Vaccination antigrippale

La campagne nationale de vaccination 2019-2020 contre la grippe s'est déroulée du 15 octobre 2019 au 29 février 2020. Chaque année, elle permet de sensibiliser les personnes fragiles à l'importance de se faire vacciner, en leur proposant une prise en charge gratuite du vaccin. Les personnes pour lesquelles la vaccination est recommandée sont les personnes âgées de 65 ans et plus et les personnes atteintes de l'une des douze affections de longue durée (ALD) ciblées. Par ailleurs, une population dite en « extension » - les personnes atteintes de maladies respiratoires chroniques (asthme, bronchite chronique obstructive,...) et les femmes enceintes - est également concernée par cette campagne.

Sur cette campagne, le taux de couverture vaccinale contre la grippe atteint **56,6 %** au régime agricole (donnée provisoire), en hausse de 0,6 point par rapport à la campagne 2018-2019.

Tableau 31 :
Taux de couverture vaccinale contre la grippe au régime agricole

	Campagne 2018-2019	Campagne 2019-2020*
Taux de couverture vaccinale des 65 ans et plus	54,7 %	55,6 %
Taux de couverture vaccinale des assurés en ALD	73,3 %	68,8 %
Taux de couverture vaccinale total	56,0 %	56,6 %

* données provisoires.

Source : CCMSA

Vaccination ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole)

En 2019, le taux de couverture vaccinale contre la rougeole, les oreillons et la rubéole est de **73,8 %** : 19 513 enfants âgés de 24 mois relevant du régime agricole sur une cible totale de 26 446 ont reçu au moins une dose de vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. Ce taux est toutefois sous-évalué dans la mesure où ces chiffres ne prennent pas en compte les vaccinations effectuées dans le cadre scolaire ou dans le cadre de la protection maternelle et infantile (PMI). Ce taux est stable depuis 2016 (**Tableau 32**).

Tableau 32 :
Nombre d'enfants vaccinés et taux de couverture vaccinale ROR au régime agricole

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Nombre d'enfants	29 476	29 028	26 778	27 103	27 089	26 796	26 446
Nombre d'enfants vaccinés	20 425	20 325	19 986	19 999	19 906	19 743	19 513
Taux de couverture vaccinale	69,3 %	70,0 %	74,6 %	73,8%	73,5 %	73,7%	73,8%

Source : CCMSA

Dépistage organisé du cancer du sein

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

En 2019, sur 189 045 femmes invitées relevant du régime agricole, 95 650 ont été dépistées, soit un taux de participation de **50,6 %** (- 2,5 points par rapport à 2018). Ce taux de participation est supérieur à celui des femmes invitées tous régimes confondus qui s'établit à **48,6 %**.

Tableau 33 :
Nombre de femmes invitées au dépistage organisé du cancer du sein, nombre de femmes dépistées et taux de participation

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Nombre de femmes invitées	210 934	206 365	208 383	204 956	201 243	196 576	189 045
Nombre de femmes dépistées	113 802	114 970	117 608	109 301	105 147	104 341	95 650
Taux de participation	54,0 %	55,7 %	56,4 %	53,3%	52,2%	53,1%	50,6%

Source : Santé Publique France

Dépistage organisé du cancer colorectal

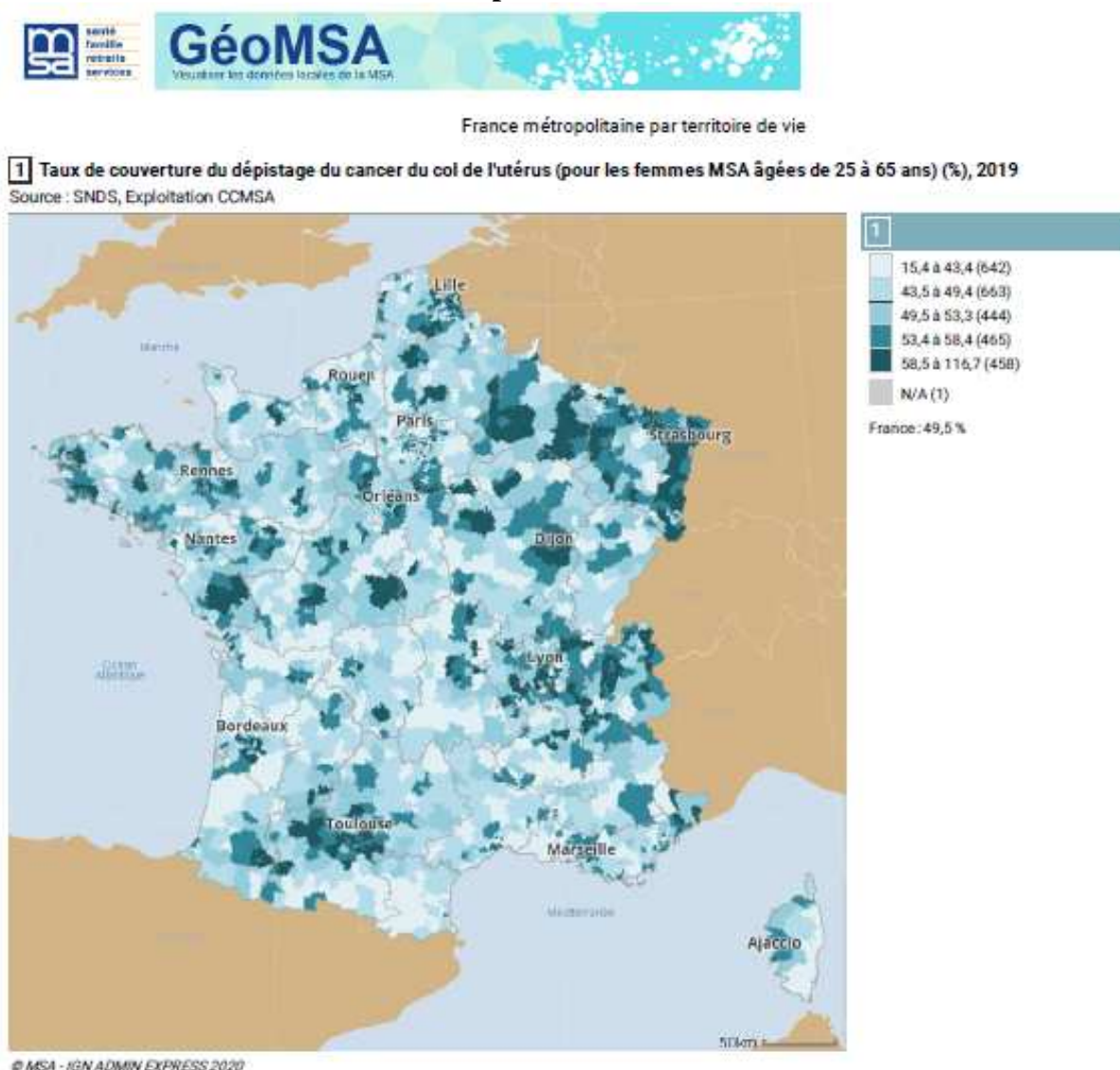
En 2019, 235 788 adhérents du régime agricole âgés de 50 à 74 ans ont participé au dépistage organisé. Le taux de participation national du régime agricole atteint **30,1 %** (- 0,9 point par rapport à 2018) contre **30,5 %** tous régimes confondus.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

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

Le taux de couverture national du dépistage du cancer du col de l'utérus au régime agricole - calculé sur les périodes cumulées de soins des années 2017, 2018 et 2019 - est de **49,5 %**. Il affiche toutefois de fortes disparités selon les territoires de vie (**Carte 12**).

Carte 12 :
Taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus au régime agricole sur la période 2017-2019



Prévention bucco-dentaire MSA

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

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

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

Près de 64 000 enfants et jeunes du régime agricole 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 2019, ce dispositif a permis à 63 898 enfants et jeunes du régime agricole de bénéficier d'un examen de prévention bucco-dentaire. Le taux de participation national est de 29,6 %, en hausse de 3,5 points par rapport à 2018.

Tableau 34 :
Dispositif conventionnel de prévention bucco-dentaire M'T dents :
nombre d'invités, examens réalisés et taux de participation en 2019

	3 ans	6 ans	9 ans	12 ans	15 ans	18 ans	21 ans	24 ans	Total
Nombre d'invités	21 862	25 605	27 616	28 264	28 973	33 272	23 400	27 060	216 052
Nombre d'examen de prévention réalisés	6 851	12 123	11 116	10 732	9 497	6 924	3 206	3 449	63 898
Taux de participation	31,3%	47,3 %	40,3 %	38,0 %	32,8 %	20,8 %	13,7%	12,7%	29,6 %

Source : CCMSA

Depuis 2016, ce dispositif a été renforcé par l'action d'accompagnement du dispositif M'T dents auprès des jeunes non-consommateurs de soins dentaires. Il s'agit d'une action de relance destinée aux jeunes de 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 6, 9 et 12 ans. Cette action comprend également un système de relances adressées à l'ouvrant droit dans les 4 mois qui suivent le mois d'invitation.

Dans ce cadre, en 2019, 5 857 jeunes du régime agricole ont pu bénéficier d'un examen bucco-dentaire intégralement pris en charge (**Tableau 35**). Le taux de participation national est de 19,6 %. Le taux de participation à l'examen de prévention M'T dents pour les enfants de 6, 9 et 12 ans augmente en 2019 de 7,2 points grâce à cette action de relance passant de 41,7 % à 48,9 %.

Tableau 35 :
Action d'accompagnement du dispositif M'T dents :
nombre d'invités, taux de relance, nombre d'examens réalisés, taux de participation en 2019

	7 ans	10 ans	13 ans	Total
Nombre d'invités	10 441	10 137	9 290	29 868
Taux de relance sur le nombre d'invitations réalisées	77,9%	76,0%	77,6%	77,2%
Nombre d'examens bucco-dentaires réalisés	2 320	2 043	1 494	5 857
Taux de participation	22,2%	20,2%	16,1%	19,6%

Source : CCMISA

Plan de lutte contre les substances psychoactives

- **Substituts nicotiniques**

Le montant total de substituts nicotiniques remboursés par le régime agricole s'élève à plus de 2 M € en 2019 (**Tableau 36**).

Tableau 36 :
Montants remboursés de substituts nicotiniques au régime agricole par mois en 2019

	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre	Total
FNPEISA	6 400	5 300	3 186	1 599	1 226	1 024	1 253	452	239	481	475	259	21 896
Risque maladie	172 945	158 360	183 178	174 024	163 458	145 442	167 466	135 407	157 706	178 213	190 198	186 388	2 012 783
Total	179 345	163 660	186 364	175 623	164 683	146 467	168 719	135 860	157 945	178 693	190 673	186 647	2 034 679

Source : MSA/SNDS

Près de 80 000 personnes du régime agricole ont bénéficié de remboursements de substituts nicotiniques en 2019 (**Tableau 37**).

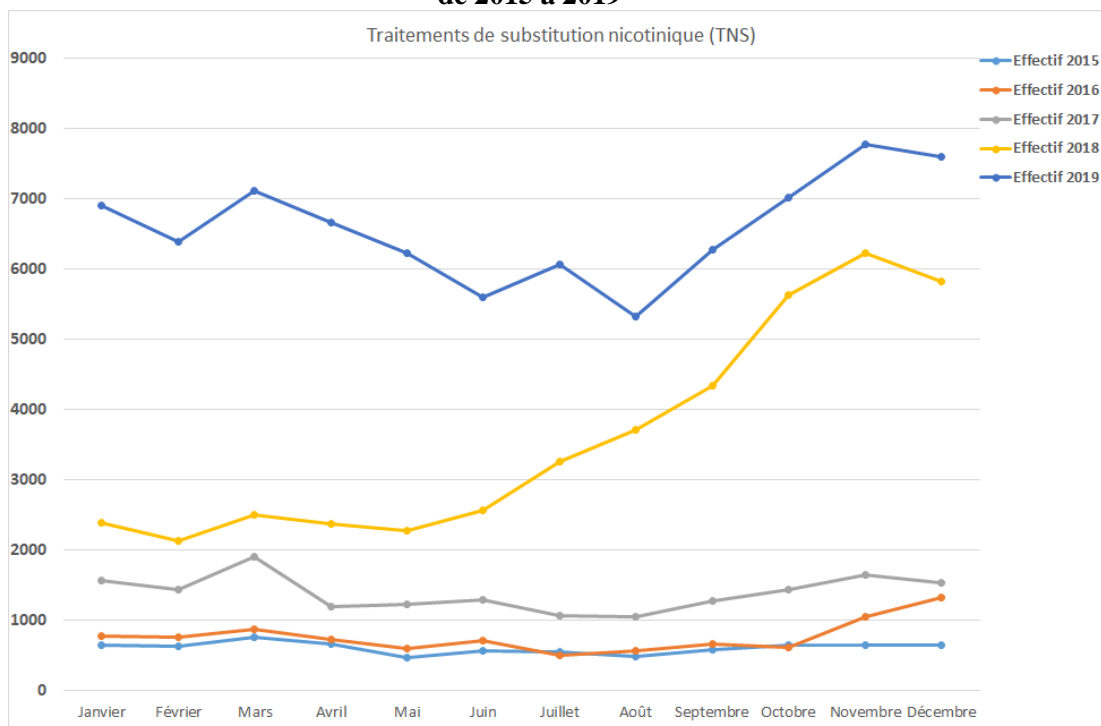
Tableau 37 :
Bénéficiaires de substituts nicotiniques au régime agricole par mois en 2019

	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre	Total
FNPEISA	177	133	73	43	26	22	20	12	9	11	11	7	544
Risque maladie	6 903	6 389	7 121	6 667	6 228	5 595	6 068	5 329	6 282	7 018	7 780	7 590	78 970
Total	7 080	6 522	7 194	6 710	6 254	5 617	6 088	5 341	6 291	7 029	7 791	7 597	79 514

Source : MSA/SNDS

En 2019, le recours mensuel est globalement élevé et supérieur à tous les niveaux de recours mensuel des années précédentes (**Graphique 26**).

Graphique 26 :
Nombre de bénéficiaires de traitements nicotiniques de substitution au régime agricole par mois de 2015 à 2019



- **Entretien motivationnel à l'arrêt du tabac**

Cette action est proposée dans le cadre des Instants santé, dispositif ciblant les sous-consommateurs de soins. Elle comprend un premier temps avec un infirmier nommé le premier rendez-vous, un entretien motivationnel sur la santé globale de l'adhérent puis une consultation de prévention chez le médecin de son choix. Lors du premier rendez-vous, les assurés fumeurs, ont la possibilité de s'inscrire à un entretien motivationnel spécifique pour engager une démarche de sevrage tabagique.

En 2019, 1 072 assurés ont participé aux entretiens motivationnels à l'arrêt du tabac.

Au global, 89 % des adhérents sont satisfaits des Instants santé proposés par la MSA. Plus de 95 % d'entre eux sont satisfaits à la fois de l'attention que l'infirmière leur a réservé mais aussi de la qualité des échanges lors de l'entretien.

L'entretien motivationnel à l'arrêt du tabac sera proposé dès 2020 dans le cadre du nouveau dispositif des rendez-vous prévention jeune retraité.

L'entretien motivationnel au sevrage tabagique sera également intégré aux offres proposées aux assurés bénéficiaires du nouveau dispositif parcours santé/social MSA qui sera mis progressivement en place en 2020 sur l'ensemble du territoire.

L'extension des entretiens motivationnels à d'autres dispositifs permettra de bénéficier d'une évaluation d'impact prochainement.

- **Déclic Stop Tabac**

L'action Déclic Stop Tabac a pour population cible :

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

Le dispositif se décompose en 3 temps distincts :

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

En 2019 :

- 48 structures collectives ont participé à l'action,
- les ateliers collectifs de sensibilisation ont regroupé plus de 2 145 participants,
- 317 fumeurs ont signé une charte d'engagement dans un arrêt de consommation de tabac.

Actions collectives de prévention pour les seniors

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

En 2019, **82 273 personnes ont participé à une action collective seniors organisée par la MSA** contre 71 481 en 2018.

Le nombre de participants aux différentes actions (multithématiques, stimulation cognitive, nutrition...) est relativement stable. On peut noter une augmentation des participants dans les ateliers équilibre et les conférences thématiques santé.

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

Programme d'éducation thérapeutique MSA

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

Le programme d'éducation thérapeutique de la MSA concerne les malades atteints d'une insuffisance cardiaque, d'une hypertension artérielle ou d'une maladie coronaire.

Les séances sont animées par des éducateurs (professionnels de santé des territoires) spécifiquement formés à la méthodologie, aux principes d'éducation thérapeutique des patients et aux outils d'animation rattachés au programme.

Depuis sa généralisation en 2006, son programme pour patients atteints d'affections cardiovasculaires a touché plus de **25 000 patients**.

Parcours de prévention pour les personnes en situation de précarité

Le parcours de prévention pour les personnes en situation de précarité est spécifiquement conçu pour les publics fragiles. Il comprend les actions suivantes :

- bilans de santé,
- action bucco-dentaire,
- prescription pour le parcours nutrition santé,
- ateliers « Prendre soin de sa santé »,
- actions d'initiative locale pour compléter l'offre nationale.

En 2019, des travaux ont été initiés dans le but de :

- renforcer la prise en charge globale de ces personnes, en regroupant des réponses qui relèvent du domaine de la prévention santé, de l'action sanitaire et sociale et des prestations légales,
- structurer l'offre proposée dans le cadre d'un parcours permettant d'identifier les besoins de chacun.

Actions d'initiative locale : 49 projets locaux de promotion et d'éducation à la santé financés

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

En 2019, 49 projets portés par les caisses de MSA ont été financés. Par l'accompagnement des MSA sur l'ingénierie de projet, chacune des actions financées comporte un protocole d'intervention cadré ainsi qu'un dispositif d'évaluation. Ces projets portent principalement sur la prévention de l'autonomie auprès des seniors ainsi que la promotion du bien-être chez les jeunes et de l'équilibre alimentaire. Ces actions chez les jeunes ont été menées principalement auprès des élèves de maisons familiales et rurales (MFR) ou de lycées agricoles.

En juillet 2019, un nouveau dispositif permettant de financer les actions d'information en santé a été mis en œuvre. Chaque caisse de MSA bénéficiait d'un montant défini, destiné à concevoir et mettre en place des actions sur le territoire en lien avec l'information et la sensibilisation des bénéficiaires sur divers sujets de prévention santé. Ainsi, 30 actions ont pu être menées en 2019 via ce nouveau dispositif, qui est reconduit en 2020.

**Encadré 2 :
Exemples de nouveautés des actions du programme de prévention 2020**

▪ **Les petits ateliers nutritifs**

La MSA investit les services numériques en santé en lançant la première classe virtuelle sur la nutrition du petit enfant : « Les P'tits Ateliers Nutritifs ».

À destination des futurs parents et parents d'enfants de 0 à 2 ans, ce webinaire prend la forme d'ateliers interactifs avec une diététicienne par classe virtuelle. Il vise à améliorer les connaissances et les compétences des parents sur l'alimentation du petit enfant.

Lors de ces ateliers, les parents sont invités à partager, depuis chez eux, leurs expériences et à poser des questions à la diététicienne. Les ateliers réalisés par groupe de 10 personnes maximum au format de classe virtuelle donnent une valeur ajoutée au dispositif en combinant à la fois le côté humain des échanges et l'aspect innovant du format.

La classe virtuelle comprend un atelier général sur l'équilibre alimentaire, à l'issue duquel les participants peuvent choisir de suivre un ou plusieurs des trois ateliers spécifiques :

- « L'étape de la diversification alimentaire »,
- « L'arrivée à la table des grands »,
- « Les bons achats pour sa santé ».

Tous les ateliers durent entre 45 mn et une heure. A cela il faut ajouter 15 mn en amont pour le temps dédié à l'installation et 15 mn en post-atelier pour le debriefing de 15 mn.

Cette nouvelle offre sera généralisée sur les territoires au début du 2^{ème} semestre 2020.

▪ **Cap bien-être**

Cap Bien-être, la nouvelle action collective seniors initiée par la MSA, a pour objectif de développer la capacité des personnes à adopter un comportement approprié et positif face aux épreuves de la vie quotidienne. La gestion du stress et des émotions est l'une des principales thématiques abordées.

L'action comprend 4 étapes collectives d'environ 3 heures :

- 1^{ère} étape : émotions, bien-être et santé,
- 2^{ème} étape : gestion du stress,
- 3^{ème} étape : bien vivre avec soi,
- 4^{ème} étape : bien vivre avec les autres,
- 5^{ème} étape : garder le cap (entretien téléphonique individuel).

Un entretien téléphonique individuel est réalisé en fin de cycle pour faire le point sur les acquis et guider les participants sur les actions de suite à envisager.

Les contenus des séances sont orientés vers la promotion du bien-être et le développement des compétences psychosociales et présentés par des méthodes d'intervention participatives et collaboratives.

L'action sera déployée sur le territoire à partir du second semestre 2020 par l'organisation de premières sessions de formation des animateurs.

Encadré 3.1 : Les propositions pour 2020-2021

- **Proposition : lancer les entretiens personnalisés par téléphone dans le cadre des Instants Santé**

L'objectif de la mise en place des entretiens personnalisés par téléphone est de déployer une alternative aux premiers rendez-vous des Instants Santé pour favoriser l'accès des adhérents ciblés à la consultation de prévention et ainsi augmenter le taux de participation.

Ce dispositif sera proposé en priorité de juin à octobre 2020 (plan de reprise des actions post-covid-19) à toutes les personnes ciblées par le dispositif Instants santé.

Le but est de faire participer un profil de personnes qui ne participeraient pas aux séances en face à face.

L'entretien personnalisé par téléphone garde le même objectif que l'entretien personnalisé en face à face ; le professionnel de santé infirmier doit identifier les besoins de l'assuré et les actions de prévention adaptées permettant de répondre à ces besoins. Il transcrit ensuite les recommandations formulées à l'adhérent au cours de l'entretien sur la fiche de liaison destinée au médecin traitant.

- **Proposition : évaluer l'impact sanitaire des Instants Santé**

Le dispositif des instants santé vise deux objectifs :

- Favoriser la prévention primaire (vaccination, dépistage,...) ;
- Veiller à l'intégration dans un parcours de santé des adhérents renonçant, sous-consommant ou subissant un accès restreint aux soins.

Au regard de ces objectifs ambitieux, une évaluation d'impact du dispositif est menée en partenariat avec l'équipe de recherche du Pr Chevreul de l'Inserm. Elle tend à mesurer l'efficacité du dispositif en direction des catégories d'assurés ciblés et à tirer des conclusions permettant de l'améliorer et/ou de le réorienter.

Trois hypothèses d'impact sont formulées. Le dispositif permet de :

- Inciter les personnes ciblées à participer aux Instants santé ;
- Améliorer l'accès aux soins des personnes ciblées ;
- Favoriser la réduction des inégalités de santé.

Quant à la méthode, elle s'appuie sur la mesure des indicateurs relatifs à trois champs d'analyse :

- La consommation de soins de prévention et de soins (droit commun et extra-légaux) ;
- L'accès aux soins et les inégalités territoriales de santé ;
- Le parcours de santé des adhérents ciblés.

L'évaluation d'impact des Instants Santé fera l'objet d'un article qui sera proposé à la publication au dernier trimestre 2020.

Encadré 3.2 :
Les propositions pour 2020-2021 (suite)

- **Proposition : produire un module d’actions collectives seniors en classe virtuelle sur le vécu post-confinement pour les personnes âgées**

Les seniors apparaissent comme une population particulièrement vulnérable au Covid-19 notamment face aux complications liées à la maladie, ainsi qu’au contexte de crise sanitaire qui l’accompagne. En effet, le confinement aura vraisemblablement un impact important sur leur santé physique, mentale et sociale puisque les seniors, notamment ceux de plus de 75 ans, vivent le plus souvent seuls.

Face à ce constat, la MSA proposera, à partir de juillet 2020, un nouveau module collectif d’éducation à la santé. Celui-ci s’articulera autour de 3 temps :

- un temps d’échanges entre pairs sur leur vécu du confinement et de la menace épidémique,
- un temps d’apport d’informations valides sur l’épidémie,
- un temps de valorisation des comportements mis en place par les seniors au cours de cette période.

Les modules collectifs seront réalisés à distance sous la forme de classes virtuelles. Ce nouveau format intègre des animations ludiques et favorise l’interaction des participants sans risque pour leur santé.

Les modules seront animés par des animateurs formés spécifiquement et maîtrisant les compétences techniques essentielles pour l’organisation des classes virtuelles.

- **Proposition : créer des modules d’actions collectives seniors en classe virtuelle pour l’action cap bien être et les ateliers vitalité**

Dans le cadre de son programme de prévention, la MSA propose des actions collectives destinées aux seniors. Cependant, le contexte de crise sanitaire lié au Covid-19 ne permet pas la mise en place de ces actions réalisées habituellement en présentiel. En réponse à cette situation particulière, la MSA adapte deux de ses programmes d’éducation à la santé sous la forme de classes virtuelles afin que les seniors puissent y participer depuis leur domicile :

1. **Les Ateliers Vitalité**, le programme d’éducation à la santé généraliste a pour objectif de permettre aux seniors d’adopter les comportements favorables à la santé. Le programme abordera l’importance du suivi médical et de l’observance du traitement, sensibilisera les seniors à l’alimentation équilibrée en lien avec une activité physique régulière, et aidera les seniors à identifier les activités favorisant leur bien-être.
2. **Cap bien-être** a pour objectif de permettre aux participants d’adopter un comportement approprié et positif face aux épreuves de la vie quotidienne, notamment par la gestion du stress et des émotions. Le nouveau programme réalisé à distance reviendra sur l’identification du stress et sa gestion ainsi que sur les méthodes permettant de bien vivre avec soi et avec les autres malgré la situation actuelle.

A partir de juin 2020, la MSA proposera ces deux programmes aux seniors de plus de 60 ans sous la forme de 3 modules de 2h. Chaque module représentera ainsi un rendez-vous pour les seniors inscrits et participera à l’objectif de rompre avec l’isolement des participants durant la période de crise sanitaire. Le format des classes virtuelles permettra d’intégrer tout au long des modules des animations spécifiques contribuant à l’interaction entre les participants.

Ces modules seront animés par des animateurs formés aux contenus des modules et maîtrisant les compétences techniques essentielles pour l’organisation des classes virtuelles.

Encadré 3.3 :
Les propositions pour 2020-2021 (suite et fin)

▪ **Proposition : mettre en place le dispositif Rendez-vous prévention jeunes retraités**

A compter de juillet 2020, la MSA proposera un nouveau rendez-vous prévention à ses assurés au moment du passage à la retraite. En effet, cette période constitue un moment clé pour mener des actions préventives.

Les objectifs sont d'inciter les personnes à adopter des comportements favorables à leur santé et réduire les facteurs de risques de perte d'autonomie par une approche personnalisée.

Le ciblage concernera prioritairement les personnes les plus à risque en fonction de leurs caractéristiques géographiques, socio-économiques et de leur niveau de consommation de soins. Ce rendez-vous prévention se basera sur le profil de santé, les choix de vie et les leviers de motivation de la personne pour établir des recommandations et orientations opérationnelles lui permettant d'agir sur son comportement (« empowerment »).

Il s'articulera avec le médecin traitant et les acteurs de prévention du territoire.

Ainsi, sur ce second semestre 2020, la MSA ciblera un public d'environ 12 000 assurés qui seront invités à un rendez-vous prévention jeune retraité sur 2020 ou début 2021.

3.1.2. Un accompagnement des personnes dans l'accès aux droits et la prévention du mal-être

3.1.2.1. Le Rendez-vous Prestations MSA pour favoriser l'accès aux droits

Le Rendez-vous Prestations MSA consiste en un entretien individuel et personnalisé, d'une durée moyenne d'une heure. 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 et retraite, ainsi que les aides diverses et l'offre de service de la MSA.

La MSA vérifie à l'occasion du Rendez-vous Prestations que l'assuré a fait le plein de ses droits dans tous les domaines qu'elle gère, l'objectif étant que l'assuré bénéficie de tous ses droits mais rien que ses droits.

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

La MSA consciente des enjeux et portant une attention toute particulière à la qualité de service aux assurés, a inscrit un objectif de développement homogène du Rendez-vous Prestations sur l'ensemble du territoire dans la COG 2016-2020.

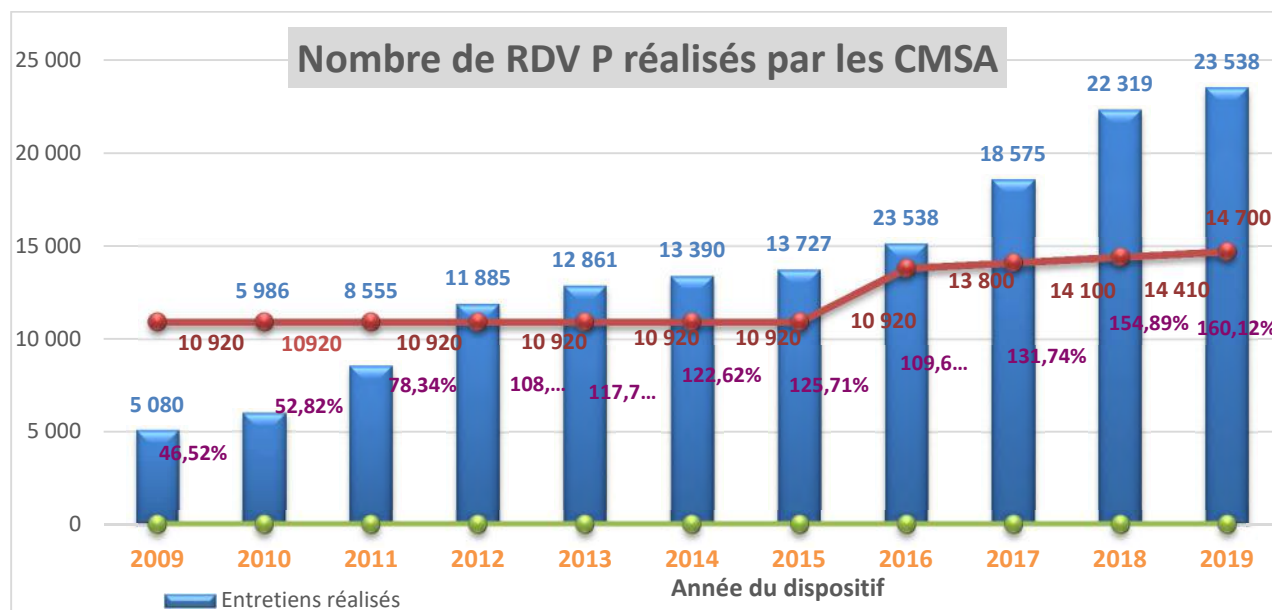
La progression constante du nombre d'entretiens démontre combien ils sont appréciés des assurés. Le taux de satisfaction en 2019 se situe de nouveau à plus de 97%.

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

La cible nationale retenue dans le cadre de la COG 2016-2020 pour l'année 2019 était de 14 700 Rendez-vous Prestations annuels. La cible est dépassé depuis plusieurs années.

Le volume des entretiens atteint en 2019 le résultat de 23 538 Rendez-vous Prestations réalisés par l'ensemble des 35 caisses de MSA (**Graphique 27**). Ce chiffre est en augmentation de 5,5 % par rapport à 2018.

Graphique 27 :
Nombre de Rendez-vous Prestations réalisés de 2009 à 2019



Les caisses de MSA ont procédé tous domaines confondus à 8 838 ouvertures de droits dont 3 773 dans le domaine de la santé, soit 43 % du total des ouvertures de droits. Le domaine santé représente ainsi le premier domaine en termes d'étude ou de révision de droits, devant la retraite (33 %) et la famille (20%).

Plus spécifiquement, l'ouverture des droits en santé concerne principalement les prestations maladie en nature (39,7 %), la CMU-C (28,5 %), devant la carte vitale (21 %) et l'aide à la complémentaire (6,8 %).

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

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

Les différentes crises économiques et sociales ainsi que les récents enjeux environnementaux impactent fortement les modèles de production ainsi que les métiers et professions du monde agricole¹⁴. Fort est le constat des conséquences sociales, en termes de risques psycho-sociaux et de risques du phénomène suicidaire, d'une transformation du modèle agricole vécue par les populations agricoles.

¹⁴ <https://www.oecd.org/fr/agriculture/sujets/agriculture-et-environnement/>

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 unique pour « faciliter les démarches des agriculteurs en difficultés et identifier les dispositifs les plus appropriés pour répondre à leurs besoins ». Aussi, au vu de l'évolution des situations de détresse et de mal-être au sein du milieu agricole, pouvant être à la source d'une augmentation du taux de suicide des ressortissants MSA, les pouvoirs publics ont décidé de renforcer leur intervention à côté du groupe MSA en lançant une mission sur la prévention et l'accompagnement des difficultés rencontrées par les agriculteurs.

Le 18 décembre 2019¹⁵, la commission des affaires économiques du Sénat a décidé de la création d'un groupe de travail sur les moyens mis en œuvre par l'État en matière de prévention, d'identification et d'accompagnement des agriculteurs en situation de détresse ; les deux rapporteurs de ce groupe étant Mme Françoise Férat (Marne) et M. Henri Cabanel (Hérault). Par ailleurs, le 10 mars 2020, Didier Guillaume, ministre de l'Agriculture et de l'Alimentation a remis une lettre de mission interministérielle sur la prévention et l'accompagnement des difficultés rencontrées par les agriculteurs à Olivier Damaisin¹⁶, député du Lot-et-Garonne.

Depuis plusieurs années, le groupe MSA est à l'initiative de différentes politiques et met en œuvre des dispositifs, comme indiqué dans son livre blanc, pour intervenir avec force sur les situations de détresse et de mal-être des populations agricoles.

En 2020, la MSA travaille à l'élaboration d'une stratégie globale d'intervention multidisciplinaire, qui s'inscrira dans la future COG. Pour ce faire, elle s'appuiera sur son expérience : elle mène depuis plusieurs années des actions de prévention et d'accompagnement du mal-être auprès des salariés et non-salariés agricoles, mais également en faveur de l'ensemble des publics en milieu rural.

Elle dispose d'une palette diversifiée d'outils, de dispositifs ainsi que de modalités d'accompagnement portés et développés par différents acteurs des organismes MSA :

- Repérages, état des lieux, action de sensibilisation,
- Compréhension et analyse des risques psycho-sociaux et des phénomènes suicidaires (études de Santé publique France en collaboration avec la CCMSA, étude de la CCMSA¹⁷, appel à projets du conseil scientifique de la MSA(Cf partie 3.5.4.)),

La partie « Mieux connaître la réalité du suicide dans le monde agricole » correspond au volet 1 du plan national MSA de prévention du suicide 2016-2020.

- Plateforme de contact (Agri'écoute),

Le dispositif Agri'écoute est un numéro de téléphone unique (**09 69 39 29 19**) à disposition des assurés MSA en grande détresse et joignable 24h/24 et 7 jours/7. Il a enregistré une augmentation régulière d'appels depuis sa mise en service, le 13 octobre 2014 : de 90 appels mensuels en 2015, à près de 280 appels mensuels en 2019. Il fait partie du volet 2 du plan national MSA de prévention du suicide 2016-2020.

¹⁵ <http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20191216/eco.html>

¹⁶ <https://agriculture.gouv.fr/lancement-dune-mission-sur-la-prevention-et-laccompagnement-des-difficultes-rencontrees-par-les>

¹⁷ Charges et Produits MSA 2020, pages 41 à 44.

Depuis 2018, le service Agri'écoute fonctionne avec la collaboration du prestataire, PSYA, partenaire privé d'écouter professionnels psychologues cliniciens. Ce prestataire possède son propre réseau de 1 000 psychologues répartis sur tout le territoire national et peut aussi proposer une consultation rapidement pour l'assuré en face-à-face avec un des leurs. Le bilan du dispositif sur l'exercice 2019 est disponible en Annexe 1 (Proposition 5).

- Coordination multidisciplinaire (cellules de prévention du suicide),

La mise en place des **cellules pluridisciplinaires de prévention du suicide, les CPP**, qui réunissent plusieurs métiers dont l'action sanitaire et sociale, le contrôle médical et la santé sécurité au travail, permet d'accompagner les assurés MSA en grande détresse après un signalement à la CPP.

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

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,...).

Initié en 2017 grâce à l'aide exceptionnelle du Ministère de l'Agriculture, il a été prolongé en 2018 puis en 2019 en mobilisant 3 fonds : FNASS, FNPEISA et FNPR. En 2019, 3 530 affiliés et 712 ayants droit ont été accompagnés sur l'ensemble des actions possibles. Pour 2020, 3,1 millions d'euros sont mobilisés pour la reconduite du dispositif.

Ce dispositif a fait l'objet d'une évaluation dont les éléments sont détaillés dans l'**encadré 4**.

L'appel à projets « déploiement d'actions collectives à visée préventive des phénomènes dépressifs ou suicidaires » cherche à favoriser la mise en place sur les territoires d'actions collectives à but préventif orientées vers la prévention du stress, de la dépression et du suicide, dits risques psycho-sociaux.

L'appel à projets est ouvert sur la période 2017-2020. Les caisses se sont mobilisées autour de deux grands types d'actions : actions d'accompagnement ou de sensibilisation à destination directe de bénéficiaires (groupes de paroles, représentations théâtrales, actions ou dispositifs existants de valorisation de l'estime de soi, de bien-être,...) et actions de formation ou sensibilisation de relais, pour diffuser les actions de la MSA et favoriser le repérage et l'orientation (mise en place ou formation de réseaux sentinelles, veilleurs,...). A fin décembre 2019, 28 projets de caisses locales ont reçu un appui financier de la CCMSA (238 331 € de dotations accordées).

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

ESOPT est une démarche de prévention primaire des risques psychosociaux (RPS) centrée sur la prise en compte du travail réel et développée par les services de santé-sécurité au travail de la MSA. Elle est constituée d'une réunion-débat organisée autour de la projection du film ESOPT (rapport audiovisuel de 4 études ergonomiques de l'activité d'exploitants agricoles) puis d'une formation intitulée « cultiver son bien-être au travail » dont l'objectif général est de permettre aux exploitants agricoles d'analyser leur activité professionnelle, d'identifier les points forts de leur organisation, les difficultés et leur origine, de rechercher des améliorations possibles et ainsi prévenir les RPS. En quatre ans d'utilisation d'ESOPT, environ 2 700 exploitants ont participé à une réunion-débat et plus de 500 ont été ou sont en cours d'accompagnement par les services SST de la MSA.

- Coopérations-Partenariats (profession agricole et professionnels de santé),

Face au constat alarmant du taux de suicide en agriculture et plus particulièrement en élevage, les acteurs du monde agricole (techniciens, conseillers, vétérinaires, agriculteurs, institutionnels dont la MSA,...) se sont mobilisés pour créer en 2018 un réseau multi-partenarial : **le Réseau Agri-Sentinelles**.

Ce réseau vise à **sensibiliser, former, outiller** les femmes et hommes volontaires qui travaillent au contact des agriculteurs pour s'impliquer dans la prévention du suicide.

Trois maîtres-mots caractérisent ce réseau :

- Repérer : Mieux repérer les agriculteurs qui rencontrent de graves difficultés ou qui sont en détresse psychologique.
- Alerter : Orienter les agriculteurs pour faciliter leur accès à un dispositif d'accompagnement adapté déjà existant.
- Agir : Développer des attitudes adaptées aux agriculteurs en situation de fragilité, sans pour autant jouer le rôle d'assistant social ou de psychologue. Partager ses expériences au sein du Réseau Agri-Sentinelles.

- Projets d'outils numériques (Stop Blues, Diad).

Ces différents outils, dispositifs et modalités d'accompagnement se sont construits au fil du temps, en fonction des besoins d'intervention relevés par les acteurs de terrain.

Une stratégie globale « programme de prévention du mal-être » va être élaborée pour articuler les différents dispositifs. Le plan d'action et le schéma de pilotage associé ont pour vocation de renforcer la capacité de la MSA à assurer une approche globale, en proposant des parcours de prévention et d'accompagnement des situations de mal-être, et d'introduire une logique de performance et de résultat pour chaque dispositif et action à travers la mise en place d'une démarche de pilotage et/ou évaluation commune. La mise en œuvre du programme est prévue pour le 1^{er} semestre 2021.

Ainsi, la MSA entend démontrer la force de son guichet unique et mettre en avant sa capacité à prendre pleinement en charge une spécificité de sa population.

Encadré 4 : Evaluation de l'aide au répit

Dans le cadre de la préparation de la prochaine COG, la CCMSA souhaite mesurer l'impact du dispositif d'aide au répit. Il s'agit à la fois de démontrer l'efficacité et l'impact de ce dispositif (et de chacune des actions de ce programme), mais également de définir les points d'amélioration à prendre en compte pour la pérennisation de ce programme. Il s'agit plus globalement de sécuriser (et donc de documenter) l'enveloppe financière nécessaire au financement de ce programme dans le cadre de la future COG.

Les grandes étapes du dispositif aide au répit :

- Fin 2016, le **Gouvernement** allouait à la MSA une enveloppe de 4 millions d'euros pour mettre en place l'aide au répit via une aide au remplacement pour les exploitants agricoles en situation d'épuisement professionnel du fait de leur exposition aux crises agricoles.
- En 2018, le dispositif a été reconduit pour tous les actifs agricoles en situation d'épuisement professionnel, intégrant par conséquent les salariés des secteurs confrontés aux crises agricoles, sans moyen spécifique, en faisant appel au FNASS, FNPEISA et FNPR.
- En 2020, la CCMSA entreprend une démarche d'évaluation des impacts du dispositif afin de l'inscrire dans le cadre de la COG 2021-2025 et d'améliorer le dispositif.

Les enjeux à l'origine de la mission d'évaluation :

- Pérennisation du dispositif aide au répit ;
- Evaluation et amélioration de l'aide au répit ;
- Meilleure articulation du dispositif aide au répit avec les dispositifs existants de détection et l'accompagnement de situations de difficultés et d'épuisement professionnel.

Quel est le périmètre de la mission d'évaluation ?

Une problématique d'épuisement professionnel et de risques psycho-sociaux est constatée auprès de la population active agricole (exploitants comme salariés) nécessitant une prise en charge globale dans le cadre d'un parcours d'accompagnement (relevant du champ de la protection sociale et des services proposés par la MSA), coordonné, fluide et plus efficace.

Les étapes de l'évaluation (janvier – juillet 2020) :

- Phase 1 : cadrage et pilotage de la mission d'évaluation, analyse documentaire et réalisation de 10 entretiens au niveau de la caisse centrale,
- Phase 2 (mi-avril – fin mai) : analyse quantitative visant à comprendre les besoins, les impacts de ce dispositif et identifier les points d'amélioration à envisager via la diffusion d'un questionnaire auprès des bénéficiaires,
- Phase 3 (mi-avril – fin avril) : étudier les modes de fonctionnement internes et analyser les bonnes pratiques au sein des caisses via la diffusion d'un questionnaire auprès des professionnels des caisses,
- Phase 4 (mi-mai – juillet) : enrichir les analyses des phases précédentes en réalisant des ateliers de travail avec les professionnels et si le contexte le permet - sur la base du volontariat - avec les bénéficiaires via des entretiens individuels.

3.2. Poursuivre l'implication de la MSA dans la structuration de l'offre de soins sur les territoires

La stratégie Santé MSA contribue à la réalisation de la politique gouvernementale « Ma santé 2022 » notamment dans le champ de l'Organisation de l'offre de soins et plus particulièrement sur le volet déploiement de structures d'exercice coordonné (en 2022 : doublement des MSP avec 2 000 MSP et déploiement de 1 000 CPTS).

La stratégie Santé MSA a pour un de ses objectifs de lutter contre les inégalités territoriales de santé en développant les modes d'exercice attractif et en favorisant la prise en charge des patients. Ainsi, dans les territoires ruraux, les MSA contribuent à l'émergence de structures d'exercice coordonné (SEC) autour d'une patientèle (maison de santé pluri-professionnelle, équipe de soins primaires, centre de santé) et autour d'une population d'un territoire (communauté professionnelle territoriale de santé), en coordination avec les ARS et l'Assurance Maladie.

Concrètement, les MSA peuvent mobiliser les professionnels de santé à se constituer en structure d'exercice coordonné par de l'appui en ingénierie de projet.

A cet effet, un objectif COG, en cours, a été fixé : « *Chaque CMSA accompagne au moins une nouvelle structure d'exercice coordonné chaque année* », évalué à partir de l'indicateur 14.2.2 calculé comme suit : « *Nombre de nouvelles structures d'exercice coordonné ou regroupé (CDS, MSP, ESP CPTS) accompagnées dans l'année par la CMSA en accord avec l'ARS, la DCGDR/CPAM, l'URPS, la FRMPS* ».

Dans cet objectif, la Direction du Contrôle Médical et de l'Organisation des Soins a défini depuis 2019 une stratégie de soutien au réseau MSA qui se poursuit en 2020.

Le but est d'aider les MSA à mieux connaître les différents types de SEC, leurs déploiements, les évolutions législatives en la matière et de leur apporter conseils et soutien dans leurs démarches d'appui aux professionnels de santé :

- à partir de 2017, une démarche a été initiée afin de mieux connaître l'offre et l'organisation en santé des territoires (réalisation de diagnostics territoriaux) ;
- en 2019, la priorité de la CCMSA a été portée sur les CPTS, nouveau dispositif créé en 2016 par le législateur mais encore peu connu ;
- en 2020, un focus sera fait sur l'implication de la MSA dans les contrats locaux de santé, outils mis en place sur des territoires particulièrement défavorisés en termes d'accès aux soins.

Enfin, les instants santé et les actions consécutives constituent aussi une démarche de prévention réellement intégrée et coordonnée avec les soins habituels.

1- L'ensemble des caisses de MSA a réalisé un diagnostic territorial

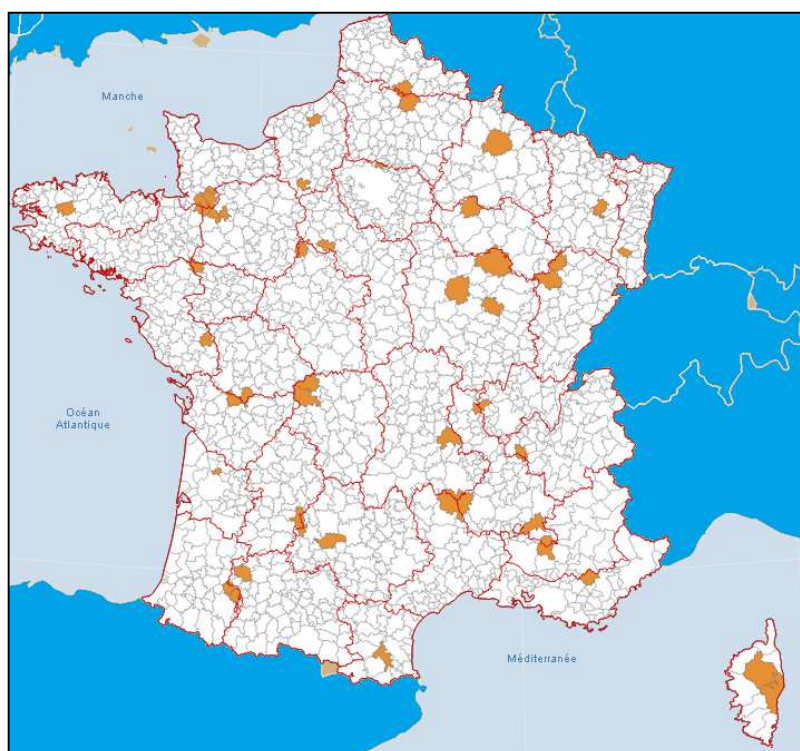
En 2017, la MSA a développé un outil précurseur GéoMSA pour réaliser des diagnostics territoriaux permettant d'objectiver l'accessibilité à l'offre de soins mais également de santé (prévention, médico-social) et de cibler des territoires fragiles requérant une attention particulière en termes d'accompagnement.

Le volet quantitatif GéoMSA comporte 7 thématiques à partir de 70 indicateurs simples et 7 indicateurs composites. Afin de mieux comprendre les mécanismes et dynamiques des territoires concernés, il est complété par un volet qualitatif pour approfondir les problématiques ayant émergé, effectué à partir de 15 interviews ciblées d'acteurs de la santé du territoire (professionnels de santé, représentants d'établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux, représentants des collectivités, usagers, élus,...) et de 2 focus groupes.

Entre 2017 et 2019, les 35 caisses de MSA ont réalisé au moins un diagnostic complet sur leur périmètre, en accord avec les ARS concernées : 28 MSA sur 1 territoire, 5 MSA sur 2 territoires et 2 MSA sur 3 territoires (**Carte 13**).

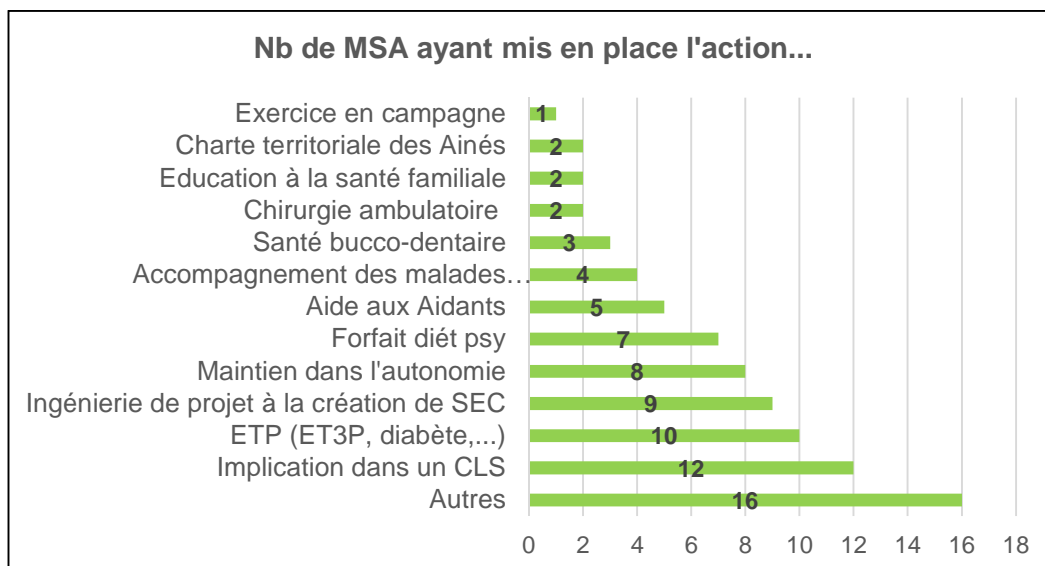
Pour la majorité des caisses, l'échelle du territoire était le bassin de vie mais pour certaines les contours du canton, de l'intercommunalité ou bien du contrat local de santé ont été identifiés comme plus pertinents.

Carte 13 :
Localisation des 44 diagnostics territoriaux réalisés par la MSA



La réalisation des diagnostics a permis de mettre nouvellement en place des actions MSA répondant aux besoins repérés sur les territoires concernés. Ainsi, en partenariat avec les acteurs locaux, 29 caisses de MSA (83%) ont développé les actions renseignées au sein du **graphique 28**.

Graphique 28 :
Actions mises en place par les caisses de MSA suite aux diagnostics territoriaux réalisés



*SEC : structure d'exercice coordonné, CLS : contrat local de santé

Les autres actions développées portent sur des bilans de prévention (Instants Santé, ...), de la sensibilisation à la vaccination, la prévention et lutte contre les addictions (Déclic Stop Tabac), des ateliers d'inclusion (Estime de soi, Avenir en soi, ...), des ateliers sommeil.

Enfin, la MSA propose de mettre à disposition le diagnostic territorial MSA en *opendata* à partir de fin juin 2020, via son outil de cartographie GéoMSA (<https://geomsa.msa.fr>). Il comportera de nouvelles données, une nouvelle thématique (Typologies) et des nouveaux portraits de territoire adapté au périmètre des CPTS.

2- La MSA s'est fortement impliquée dans la mise en place des CPTS

La MSA contribue à l'accompagnement des professionnels de santé dans leur volonté de s'organiser en mode coordonné. Des partenaires tels que les CPAM, les URPS, les fédérations régionales des maisons et pôles de santé offrent le même type de services. Cependant, au vu des objectifs ambitieux gouvernementaux, ces acteurs travaillent en concertation et en complémentarité pour mailler l'ensemble des territoires, au même titre que les ARS et DCGDR, pilotes de cet objectif gouvernemental.

Pour ce faire, la MSA s'est dotée d'une organisation renforcée et a mis au point un outillage opérationnel en faveur des caisses de MSA :

- **Mise en place d'une organisation en MSA**
 - Nomination de référents « organisation des soins » (liste finalisée fin octobre 2019):
 - ✓ En ARCMSA (réfèrent en lien avec les ARS) : binôme MCR et agent de direction
 - ✓ En MSA : binôme cadre dirigeant, chargé de mission
 - Chaque région MSA bénéficie de l'appui d'un « tuteur » référent, collaborateur MSA expérimenté.

- **Sensibilisation, formation et mobilisation des MSA** dans la mise en œuvre du projet « Appui au déploiement des CPTS » : journées nationales à la caisse centrale, création d'un curriculum Santé Publique/Organisation des Soins en partenariat avec l'université de Santé Publique de Nancy.

- **Développement d'outillage opérationnel à destination des MSA**
 - Rédaction d'un guide méthodologique sur l'accompagnement à la création de CPTS ;
 - Mise en place de groupes mensuels d'échanges de pratique par visio pour répondre aux problématiques et difficultés opérationnelles des MSA ;
 - Appui aux MSA « à la carte » : un parrain expérimenté et dédié par région, auquel les MSA peuvent faire appel ponctuellement pour les aider face à leurs difficultés opérationnelles ;
 - Création d'une bibliothèque partagée de documents.

Bilan 2019 de l'accompagnement par la MSA

Fin 2019, la MSA a participé à la création de 67 structures d'exercice coordonné :

- 40 CPTS ;
- 16 MSP ;
- 7 équipes de soins primaires ;
- 4 Centres de santé.

Pour 2020-2021, la MSA entend donc poursuivre l'accompagnement des structures d'exercice coordonné et le développement des CPTS dans les territoires ruraux.

Encadré 5 :
La CPTS Sud 28 réagit face à la crise du COVID 19

En Centre Val de Loire, la MSA Beauce Cœur de Loire soutient depuis 2018 la CPTS Sud 28. La MSA a contribué à son émergence par de l'appui en ingénierie de projet et reste présente à ses côtés par la mise à disposition d'une chargée de mission assurant la coordination administrative de la structure.

Face à la crise COVID 19, la MSA Beauce Cœur de Loire a, en lien avec la chargée de mission, dégagé du temps afin d'aider au mieux le coordonnateur médical, l'ensemble des professionnels de santé et les élus investis dans la gestion des centres COVID 19.

En effet, la CPTS Sud 28 s'est organisée dès le 16 mars 2020, en lien avec l'ARS et la Préfecture d'Eure et Loir, pour mettre en place et gérer 5 centres COVID 19 qui ont ouvert le 23 mars 2020 sur les 5 secteurs de son territoire.

L'orientation des patients s'est effectuée à partir des cabinets médicaux, du médecin traitant, du Centre 15 qui ont pu adresser les patients au centre d'accueil et d'orientation COVID 19 le plus proche du domicile du patient. Les centres ont travaillé en lien permanent avec les urgences, l'hôpital, le SAMU et les pompiers.

Depuis le 18 mai 2020, les centres ont évolué d'une activité à visé diagnostic vers une activité de prélèvement avec une augmentation significative de prélèvements préopératoires. Les horaires ont été modifiés (14h/16h). L'ouverture des centres se fait 1J/2 du lundi au vendredi.

Au plus fort de la crise, début avril, environ 150 patients (adultes et enfants) étaient reçus chaque semaine dans les 5 centres.

Il a notamment été confié à la chargée de mission mise à disposition par la MSA :

- la rédaction de document (protocoles, fiches de suivi, notes, tableaux, 7 points de situation, communiqué de presse)
- les commandes de produit et matériel de protection, le suivi des livraisons et le paiement des factures
- les relations avec les élus et services techniques des municipalités concernées par les 5 centres
- le suivi journalier de l'activité des 5 centres en lien avec les référents des centres
- la remontée hebdomadaire de l'activité des 5 centres à l'ARS
- la mise en place de la plateforme de télé suivi en lien avec la personne ressource du GIP e-santé
- la gestion administrative de la plateforme « Médiconsult » dédiée au suivi des patients vus dans les centres
- la coordination avec les différents partenaires en lien avec le médecin coordonnateur de la CPTS Sud 28 (Hôpitaux de Châteaudun, Chartres et CHU Tours, CPAM, ARS...

3- Participation croissante de la MSA dans les Contrats locaux de santé (CLS)

A travers l'ensemble de ses missions, la MSA est particulièrement investie dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales en santé. La MSA est convaincue de l'utilité du dispositif « Contrat local de santé » qui permet de décliner localement le Projet Régional de Santé ainsi que de prendre en compte et de décroiser les secteurs impactant l'état de santé des populations. Il s'agit ainsi de fédérer l'ensemble des partenaires autour d'une vision commune et partagée de la santé. En effet, l'organisation interne des caisses de MSA en « guichet unique » rassemblant les services médicaux du contrôle médical et de la santé au travail, le développement social local, la prévention, génèrent une culture interne reposant sur une approche globalisée de la santé.

Depuis 2017, elle s'est donc engagée dans cette démarche et est particulièrement active dans les zones rurales, aux côtés des collectivités locales, des ARS, des CPAM.

Ainsi, une enquête réalisée début 2020 a révélé que les trois-quarts des MSA (26 MSA sur 35) étaient signataires et/ou partenaires de 241 CLS : 100 CLS ont été signés par 23 MSA et 26 MSA sont partenaires de 141 CLS. La MSA participe activement aux différentes étapes du projet, du diagnostic partagé à l'évaluation, ainsi qu'aux instances de gouvernance tant décisionnaires (COPIL) que plus opérationnelles (comité technique). Elle assure également le pilotage et la mise en œuvre d'actions (10 caisses de MSA sur 26) notamment d'actions de prévention et contribue également au développement d'actions en santé environnementale et d'accès aux soins.

En 2020, la volonté de la MSA est de renforcer son engagement dans les CLS auprès des collectivités locales et des ARS, en faveur de la population des territoires ruraux.

4- Les Instants santé et l'organisation des soins

L'un des objectifs des Instants santé est de réintégrer les personnes âgées de 25 à 74 ans éloignées des soins de ville dans le parcours de santé. L'entretien motivationnel réalisé par l'infirmière et la consultation de prévention avec un médecin choisi par l'assuré permettent de faire le point sur les sujets de santé qui le préoccupent. Des actions de prévention, de soins et des suites sociales 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,...). Les instants santé et les actions consécutives constituent ainsi une démarche de prévention réellement intégrée et coordonnée avec les soins habituels (cf. partie 3.1.1.).

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

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

En 2020, le plan national de gestion du risque maladie de la MSA a été conçu autour des six thématiques du plan Ondam 2018-2022 d'appui à la transformation du système de santé (PATSS) afin de s'articuler avec ce dernier.

La partie 3.3. correspond ainsi aux axes 3, 4, et 5 du plan Ondam, à savoir améliorer la pertinence et l'efficacité :

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

3.3.1. Les actions du plan national GDR 2019 de la MSA

Le plan national de gestion du risque (GDR) de la MSA, qui comporte des actions menées en inter-régimes, a notamment porté en 2019 sur :

- le contrôle des arrêts de travail comprenant 4 actions,
- le traitement des demandes d'accord préalable de grand appareillage orthopédique,
- la prescription médicamenteuse avec l'action Versatis®,
- le contrôle des actes infirmiers avec 2 actions,
- le contrôle des EHPAD, des SSIAD et des établissements de santé,
- les actions dentaires.

Le bilan des actions du plan GDR 2019 de la MSA est annexé à ce rapport (**Annexe 3**).

Il présente globalement des résultats significatifs à plusieurs titres et notamment :

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

Les caisses de MSA poursuivront ainsi la mise en œuvre des actions inscrites dans le plan annuel de gestion du risque MSA 2020 dont l'objectif est d'accroître l'efficacité du système de soins au bénéfice des ressortissants agricoles tout en s'inscrivant dans le cadrage financier de l'Ondam.

Ce plan national GDR MSA 2020 comprend les actions pérennes du plan 2019 et des actions nouvelles, présentées en partie dans le rapport Charges et Produits MSA 2020.

3.3.2. Les nouvelles études et propositions

3.3.2.1. Pertinence et efficience des produits de santé

Dans le cadre de la pertinence et l'efficience des produits de santé, la MSA propose de nouvelles études pour 2020-2021 concernant :

- d'une part, les médicaments,
- d'autre part, la liste des produits et prestations.

a. Les médicaments

En 2019, les montants remboursés de médicaments délivrés en ville (honoraires de dispensation à la boîte inclus) et de médicaments rétrocedés représentent 25,3 % des dépenses de soins de ville du régime agricole, pour un montant de 1 187 millions d'euros.

a.1. Les dépenses de médicaments délivrés en officine

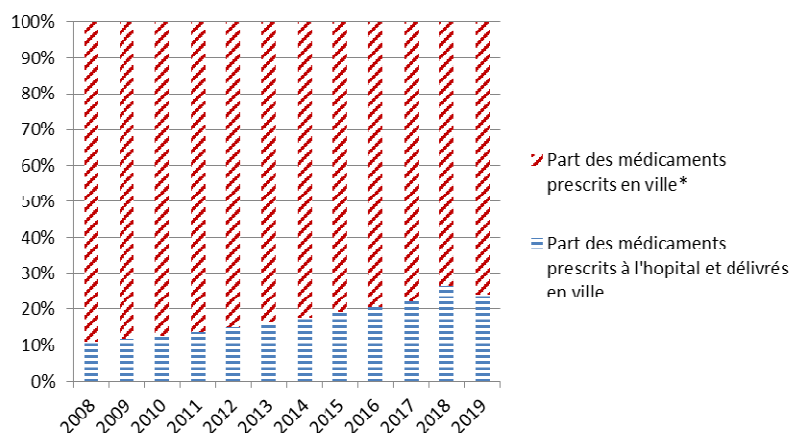
En 2019, le régime agricole a remboursé 128 millions de boîtes de médicaments délivrées en officine de ville (- 5,2 % sur un an après - 3,3 % en 2018). Plus d'un cinquième des boîtes délivrées sont des antalgiques (26,9 %). Les trois produits les plus délivrés sont d'ailleurs des antalgiques à base de paracétamol seul : DOLIPRANE®, DAFALGAN®, ensemble des produits génériques à base de paracétamol.

Les montants présentés au remboursement s'élèvent à 1 284 millions d'euros (honoraires de dispensation à la boîte inclus), en baisse de 4,4 %.

Outre la baisse des volumes, cette diminution s'explique en partie par les mesures de baisse de prix. En effet, au 1^{er} janvier 2019, trois nouveaux honoraires de dispensation ont été mis en place pour compenser les différentes baisses de prix des médicaments : un premier perçu pour l'exécution de toute ordonnance de médicaments remboursables (0,51 € TTC), un second pour toute exécution d'ordonnance pour les moins de 3 ans et les 70 ans et plus (0,51 € TTC), un troisième pour toute exécution d'ordonnance comportant un ou plusieurs médicaments dits spécifiques (2,04 € TTC).

Les médicaments prescrits à l'hôpital et faisant l'objet d'une délivrance en officine de ville progressent de 5,0 % en 2019. Ils représentent une part toujours plus importante dans la dépense de médicaments : 26,6 % en 2019 (24,3 % en 2018 - **Graphique 29**).

Graphique 29 :
Décomposition du montant remboursable par type de prescripteurs



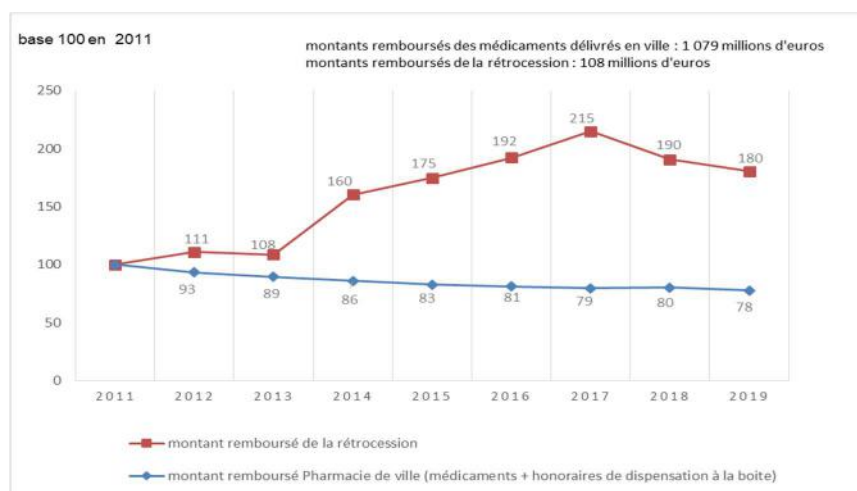
*Les prescriptions en ville sont celles effectuées par les professionnels de santé exerçant à titre libéral. Source : MSA

a.2. Les montants remboursés de 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 non disponibles en officine de ville (à l'exception des médicaments du VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C).

Les montants remboursés des médicaments de la rétrocession hospitalière continuent leur décroissance initiée depuis 2018, avec le passage vers la ville de plusieurs médicaments notamment IBRANCE®, un anticancéreux, et ENTRESTO®, un traitement de l'insuffisance cardiaque chronique (**Graphique 30**).

Graphique 30 :
Evolution indiciaire des montants remboursés pour la délivrance en ville et la rétrocession



Source : MSA

Les montants remboursés de la rétrocession hospitalière diminuent de 5,3 %, pour représenter 107,9 millions d'euros en 2019, soit 9,1 % de l'ensemble des médicaments délivrés en ville (honoraires à la boîte inclus) et de la rétrocession (contre 9,3 % en 2018).

a.3. La décomposition des dépenses par classe pharmaco-thérapeutique

La décroissance du marché des médicaments remboursables délivrés en ville (- 4,4 %) résulte d'une dynamique qui recouvre des réalités très différentes selon les classes étudiées.

Les cinq premières classes pharmaco-thérapeutiques concentrent près des deux tiers des montants présentés au remboursement (60,6 %). La classe N "Système nerveux central" est, depuis 2016, la classe la plus importante en montants présentés au remboursement (15,1 % des montants, mais en décroissance de 6,8 % en 2019), devant la classe C "Système cardiovasculaire" (12,1 % des montants, également en décroissance de 13,9 %).

Parmi les cinq premières classes, une seule progresse en 2019 : il s'agit de la classe L "Agents antinéoplasiques et immunomodulants" (+ 7,9 %) dont l'acétate de cyprotérone (ANDROCUR®) est associé (**Encadré 6**).

Encadré 6 : Androcur®

L'objectif du bilan présenté dans ce rapport est de valoriser l'action conduite par la MSA sur le risque de méningiome associé à la prise d'acétate de cyprotérone.

Contexte

L'acétate de cyprotérone (ANDROCUR® et ses génériques) est un progestatif de synthèse utilisé depuis les années 60 chez l'homme comme traitement palliatif anti-androgénique du cancer de la prostate et comme réduction des pulsions sexuelles dans les paraphilies en association à une prise en charge psychothérapeutique, et chez la femme, comme traitement des hirsutismes féminins majeurs d'origine non tumorale (hyperandrogénie). L'acétate de cyprotérone est également utilisé à forte dose chez la femme pour des indications hors AMM : hyperandrogénie, traitement de l'acné, syndrome des ovaires polykystiques, alopecie androgénique, contraception, endométriose,...

Depuis 2009, l'acétate de cyprotérone fait l'objet d'une surveillance particulière suite au signal émis par l'ANSM au niveau européen sur le risque d'apparition de méningiome (tumeur cérébrale bénigne dans 70% à 80% des cas mais pouvant se présenter sous des formes agressives). L'évaluation de ce signal par l'Agence européenne des médicaments a conduit à faire figurer ce risque dans la notice du médicament en 2011 (contre-indications en cas d'antécédents de méningiomes ; mise en garde en cas de durée prolongée ; arrêt en cas d'apparition de cette tumeur).

La quantification de ce risque a été déterminée en 2018¹⁸ par une étude de pharmaco-épidémiologie menée par la CNAM en collaboration avec l'ANSM et le service de neurochirurgie de l'hôpital Lariboisière sur 250 000 femmes exposées à l'acétate de cyprotérone : l'apparition d'un méningiome est proportionnelle à la dose et à la durée de traitement. Le risque de méningiome est ainsi multiplié par 7 chez les femmes exposées à des fortes doses d'acétate de cyprotérone (plus de 3g sur 6 mois, soit au moins 3 boîtes, puis poursuite du traitement), et multiplié par 20 au-delà d'une dose cumulée de 60g, soit environ 5 ans de traitement à 50mg/j ou 10 ans de traitement à 25mg/j (lorsque le traitement est pris 20 jours par mois). Le méningiome aurait tendance à régresser suite à l'arrêt du traitement.

Action d'information des prescripteurs et des assurés du risque de méningiome associé à la prise d'acétate de cyprotérone

Un plan d'action national a été mis en œuvre par l'ANSM afin d'encadrer le risque lié à l'utilisation de l'acétate de cyprotérone. Outre la diffusion de recommandations à destination des professionnels de santé, il a été proposé que les **caisses d'assurance maladie obligatoire adressent des courriers d'information ciblés à l'ensemble des prescripteurs et des personnes traitées par acétate de cyprotérone au cours des 24 derniers mois**, dans l'objectif d'inciter :

- les prescripteurs et les assurés à **échanger sur ce risque** et à **réévaluer le bien-fondé de la prescription** ;
- les prescripteurs à mettre en œuvre une **surveillance radiologique par IRM cérébrale** (en cas de découverte de méningiome, le traitement doit être arrêté définitivement et un avis neurochirurgical est recommandé) :
 - pour les patients actuellement traités, si la poursuite du traitement est décidée ;
 - pour les patients ayant arrêté le traitement, selon les résultats de l'examen clinique ;
 - pour chaque nouveau patient traité par acétate de cyprotérone et tous les 5 ans, puis tous les 2 ans.

¹⁸ Résultats rendus publics par l'ANSM le 27 août 2018.

La MSA a mis en œuvre cette action au cours du 1^{er} semestre 2019. Tous les assurés (adultes, enfants à partir de 11 ans, hommes, femmes) s'étant vu délivrer une boîte d'acétate de cyprotérone au cours des 24 derniers mois ont été ciblés :

- 3008 courriers ont été adressés à des prescripteurs libéraux, avec la liste de leurs patients MSA concernés (plis envoyés le 11 juin 2019) ;
- 557 courriers ont été adressés à des présidents de CME d'établissements à l'origine de prescriptions hospitalières (plis envoyés le 11 juin 2019) ;
- 3052 courriers ont été adressés à des assurés MSA majeurs (plis envoyés le 14 juin) ;
- 93 courriers ont été adressés aux ouvriers de droits d'assurés mineurs à la date d'envoi du courrier (plis envoyés le 14 juin).

Méthodologie d'évaluation

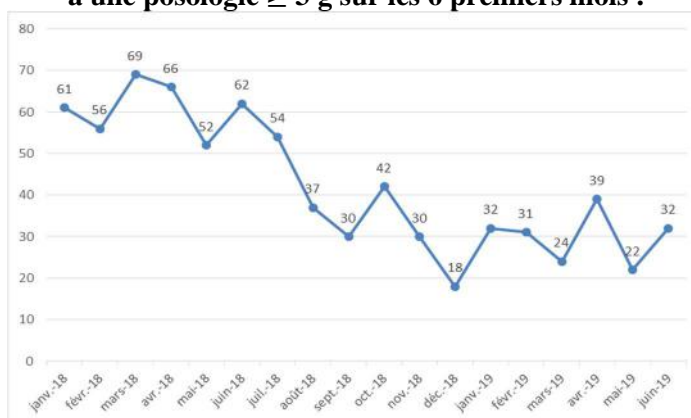
- **Objectifs :**
 - ➔ Évaluer l'impact de l'action Androcure sur l'exposition prolongée à l'acétate de cyprotérone à forte dose chez les assurés MSA : population MSA exposée au risque avant et après l'action (mesure du taux effectif d'arrêt d'acétate de cyprotérone chez ces assurés)
 - ➔ Évaluer l'impact de l'action sur la détection de méningiomes : actes d'imagerie cérébrale par résonance magnétique (IRM) ou scanners, diagnostics de méningiome, traitements (chirurgicaux ou par radiothérapie) en hospitalisation
- **Populations étudiées :**
 - ➔ bénéficiaires « incidents » exposés à de forte dose = bénéficiaires ayant initié un traitement entre janvier 2018 et juin 2019 et ayant eu un dosage ≥ 3 g sur les 6 premiers mois.
 - ➔ bénéficiaires « prévalents » = bénéficiaires avec un traitement entre janvier 2016 et juin 2019 et ayant eu un dosage ≥ 3 g.

Résultats

- **Impact de l'action sur la poursuite du traitement par acétate de cyprotérone**
 - 1- Bénéficiaires ayant initié un traitement entre janvier 2018 et juin 2019 à une posologie ≥ 3 g sur les 6 premiers mois
 - a- Dénombrement des bénéficiaires « incidents »

757 assurés ont initié un traitement par acétate de cyprotérone entre janvier 2018 et juin 2019, à une posologie ≥ 3 g sur les 6 premiers mois.

**Graphique 31 :
Nombre d'assurés ayant initié un traitement entre janvier 2018 et juin 2019
à une posologie ≥ 3 g sur les 6 premiers mois :**



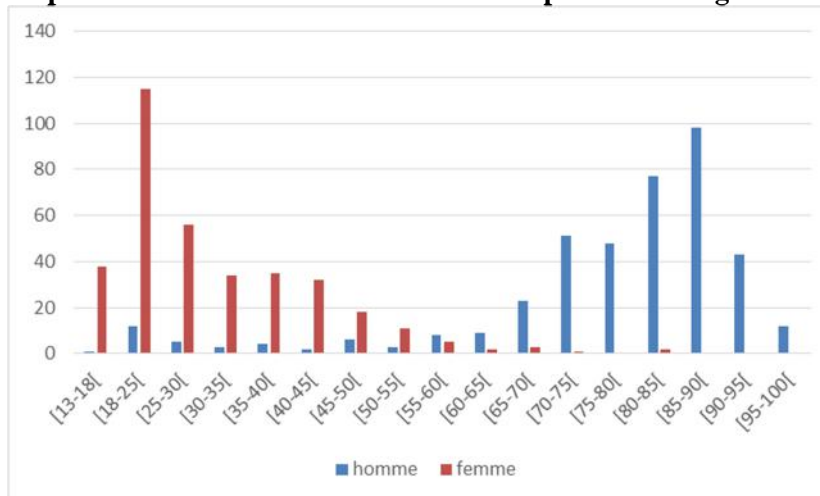
Source : SNDS - exploitation MSA

On peut supposer que la baisse du nombre de bénéficiaires s'explique en partie par la diffusion des premiers résultats d'une étude CNAM ANSM rendue publique le 27 août 2018 et par la diffusion de recommandations ANSM à destination des professionnels de santé en septembre et octobre 2018.

En juillet 2019, 18 assurés ont initié un traitement et en août 2019, 10 assurés ont initié un traitement. S'agissant de données en date de soins vues à fin février en date de remboursement, ces résultats restent à consolider dans les prochains mois.

- b- Répartition par sexe et classe d'âge des bénéficiaires « incidents » pour la période de janvier 2018 à juin 2019 et exposés à de fortes doses au cours des 6 premiers mois

Graphique 32 :
Répartition des bénéficiaires « incidents » par classe d'âge et sexe



Source : SNDS - exploitation MSA

Les femmes s'étant vu rembourser de l'acétate de cyprotérone ont un âge moyen de 29,8 ans et 43,5 % ont moins de 25 ans. 40 assurées sont en ALD, soit 11,4 % d'entre elles.

Chez les hommes s'étant vu rembourser de l'acétate de cyprotérone, l'âge moyen est de 76,6 ans et deux-tiers des assurés ont plus de 75 ans. 367 assurés sont en ALD, soit 90,6 % d'entre eux.

- c- Suivi des bénéficiaires « incidents » ayant eu au moins une délivrance d'acétate de cyprotérone 3 mois avant l'envoi des courriers (juin 2019)

351 bénéficiaires « incidents » ont eu une délivrance d'acétate de cyprotérone au cours des 3 derniers mois précédents la réception du courrier et sont concernés par le suivi.

Tableau 38 :
Répartition du nombre de bénéficiaires « incidents » selon arrêt ou non du traitement

	Nombre de bénéficiaires
arrêt de traitement*	151
traitement en cours	200

* pas de remboursement entre juillet 2019 et février 2020

La part des bénéficiaires « incidents » n'ayant pas eu de délivrance d'acétate de cyprotérone après l'envoi des courriers, entre juillet 2019 et février 2020 est de 43 %. Cette proportion se décline par classe d'âge et sexe (Tableau 39).

Tableau 39 :
Taux d'arrêt de l'acétate de cyprotérone par sexe et classe d'âge pour les bénéficiaires « incidents »

classe d'âge	bénéficiaires incidents et avec une délivrance entre avril 2019 et juin 2019		bénéficiaires incidents et pas de délivrance entre juillet 2019 et février 2020		taux d'arrêt de l'acétate de cyprotérone	
	homme	femme	homme	femme	homme	femme
[15-20[	3	40	1	19	33%	48%
[20-25[	6	36	3	14	50%	39%
[25-30[	3	26	0	9	0%	35%
[30-35[	3	18	1	6	33%	33%
[35-40[	3	14	1	5	33%	36%
[40-45[	1	18	1	6	100%	33%
[45-50[	4	9	1	3	25%	33%
[50-55[	1	3	0	2	0%	67%
[55-60[	5	2	1	1	20%	50%
[60-65[	6	1	2	0	33%	0%
[65-70[	13	0	8	0	62%	-
[70-75[	16	1	8	0	50%	0%
[75-80[	23	0	10	0	43%	-
[80-85[	32	0	16	0	50%	-
[85-90[	44	0	20	0	45%	-
90 ans et plu	20	0	13	0	65%	-
Ensemble	183	168	86	65	47%	39%

Source : SNDS - exploitation MSA

Parmi les 168 femmes ayant eu une délivrance d'acétate de cyprotérone entre avril et juin 2019, 39% (65 assurées, dont 13 en ALD) n'ont plus eu de délivrance entre juillet 2019 et février 2020. Le taux d'arrêt atteint 47 % pour les hommes.

Au total, 43% des 351 bénéficiaires « incidents » ayant eu une délivrance d'acétate de cyprotérone à forte dose au cours des 3 mois précédents l'envoi du courrier MSA n'ont pas eu de nouvelle délivrance entre juillet 2019 et février 2020.

2- Bénéficiaires « prévalents » avec une posologie ≥ 3 g entre janvier 2016 et juin 2019

4 264 assurés ont eu un traitement par acétate de cyprotérone à une posologie ≥ 3 g entre janvier 2016 et juin 2019. Parmi eux, 1 129 ont eu au moins une délivrance d'acétate de cyprotérone entre avril et juin 2019.

Tableau 40 :
Répartition du nombre de bénéficiaires « prévalents » selon arrêt ou non du traitement

	Nombre de bénéficiaires
arrêt de traitement*	502
traitement en cours	627

*pas de remboursement entre juillet 2019 et février 2020

La part des bénéficiaires « prévalents » n'ayant pas eu de délivrance d'acétate de cyprotérone entre juillet 2019 et février 2020 est de 44,5 %. Cette proportion se décline par classe d'âge et sexe (**Tableau 41**).

Tableau 41 :
Taux d'arrêt de l'acétate de cyprotérone par sexe et classe d'âge pour les bénéficiaires «prévalents»

	bénéficiaires prévalents et avec une délivrance entre avril 2019 et juin 2019		bénéficiaires prévalents et pas de délivrance entre juillet 2019 et février 2020		taux d'arrêt de l'acétate de cyprotérone	
	homme	femme	homme	femme	homme	femme
[15-20[	3	70	1	38	33%	54%
[20-25[	7	54	3	22	43%	41%
[25-30[	11	67	1	34	9%	51%
[30-35[	7	70	1	30	14%	43%
[35-40[	8	85	5	35	63%	41%
[40-45[	4	71	1	30	25%	42%
[45-50[	10	51	3	25	30%	49%
[50-55[	10	29	1	15	10%	52%
[55-60[	15	9	2	6	13%	67%
[60-65[	20	7	6	3	30%	43%
[65-70[	38	3	17	2	45%	67%
[70-75[	43	3	21	1	49%	33%
[75-80[	65	1	33	0	51%	0%
[80-85[	144	1	64	1	44%	100%
[85-90[	163	0	77	0	47%	-
90 ans et plu	60	0	24	0	40%	-
Ensemble	608	521	260	242	43%	46%

Source : SNDS - exploitation MSA

Parmi les 521 femmes ayant eu une délivrance d'acétate de cyprotérone entre avril et juin 2019, 46 % (242 assurées) n'ont plus eu de délivrance entre juillet 2019 et février 2020.

Au total, 44,5 % des 1 129 bénéficiaires « prévalents » ayant eu au moins une délivrance d'acétate de cyprotérone à forte dose dans les trois mois précédant l'envoi des courriers MSA n'ont pas eu de nouvelle délivrance entre juillet 2019 et février 2020.

- **Impact de l'action sur le diagnostic de méningiome, la réalisation d'IRM ou scanner cérébral, et la mise en œuvre d'un traitement chirurgical**

1- Actes CCAM

Parmi les 4 264 assurés ayant eu un traitement par acétate de cyprotérone à une posologie ≥ 3 g entre janvier 2016 et juin 2019, **554** (dont 306 femmes) ont eu un des actes CCAM renseignés dans le **tableau 42 après juillet 2019, soit 13,0 %** d'entre eux.

Tableau 42 :
Nombre de bénéficiaires « prévalents » ayant eu un acte CCAM spécifique après juillet 2019

libellé CCAM	nombre de bénéficiaires après juillet 2019 dans établissements publics ou privés	nombre de bénéficiaires après juillet 2019 dans centres d'imagerie médicale
Exérèse de tumeur de la région optochiasmatique et/ou hypothalamique, par craniotomie	2	-
Préparation à une irradiation externe en conditions stéréotaxiques sans synchronisation avec la respiration avec dosimétrie tridimensionnelle avec HDV après repérage par fusion numérique multimodale et simulation virtuelle utilisant la fonction "vue de la source" [beam's eye view] [BEV] et la restitution tridimensionnelle et fabrication de filtre compensateur personnalisé ou de cache personnalisé focalisé et/ou paramétrage d'un collimateur multilame	1	-
Remnographie [IRM] du crâne et de son contenu, avec injection intraveineuse de produit de contraste	5	373
Remnographie [IRM] du crâne et de son contenu, sans injection intraveineuse de produit de contraste	11	54
Scanographie du crâne et de son contenu, avec injection intraveineuse de produit de contraste	7	24
Scanographie du crâne et de son contenu, sans injection de produit de contraste	43	33
Séance d'irradiation externe en conditions stéréotaxiques par machine dédiée produisant des photons avec guidage par imagerie, sans synchronisation avec la respiration	1	0
Ensemble	70	484

Source : SNDS - exploitation MSA

Parmi ces 4 264 assurés, **552 ont eu un examen d'imagerie cérébrale et 2 ont eu une exérèse de tumeur par craniotomie** après juillet 2019.

2- Diagnostic de méningiome

Parmi les 4 264 assurés ayant eu un traitement par acétate de cyprotérone à une posologie ≥ 3 g entre janvier 2016 et juin 2019 :

- 7, dont 3 femmes ont eu un diagnostic de méningiome¹⁹ en 2018,
- 7, dont 2 femmes ont eu un diagnostic de méningiome en 2019.

¹⁹ codes CIM-10 D32 en diagnostic principal, diagnostic relié ou diagnostic associé lors d'un séjour.

Encadré 7 : Inhibiteur de la pompe à protons (IPP)

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont utilisés pour diminuer la quantité d'acide produite par l'estomac, par inhibition de la pompe H⁺, K⁺-ATPase. Ils sont indiqués dans les pathologies du reflux et la maladie ulcéreuse. Cinq molécules sont actuellement disponibles, toutes sont génériques.

Les IPP ont trois indications principales :

- traitement du reflux gastro-oesophagien (RGO) et de l'oesophagite par RGO.
- prévention et traitement des lésions gastroduodénales dues aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque.
- éradication d'*Helicobacter pylori* et traitement des ulcères gastroduodénaux.

Leur utilisation au long cours peut être à l'origine d'effets indésirables graves :

- ***risques d'hypomagnésémies sévères chez des patients sous traitement prolongé par IPP***

Des cas d'hypomagnésémies sévères ont été rapportés chez des patients traités par des IPP pendant au moins 3 mois et, dans la plupart des cas, pendant un an. L'hypomagnésémie peut se manifester par des signes cliniques graves tels que fatigue, tétanie, bouffées délirantes, convulsions, sensations vertigineuses, arythmie ventriculaire, mais elle peut débuter de façon insidieuse et passer inaperçue.

Chez la plupart des patients, l'hypomagnésémie s'améliore après supplémentation en magnésium et arrêt de l'IPP. Chez les patients nécessitant un traitement prolongé ou en cas d'association des IPP avec de la digoxine ou avec des médicaments pouvant induire une hypomagnésémie, un dosage du taux de magnésium sanguin doit être envisagé par les professionnels de santé avant de commencer le traitement par l'IPP puis régulièrement pendant le traitement.

- ***risques de fractures osseuses***

Les IPP, en particulier s'ils sont utilisés à fortes doses et sur une durée prolongée (> 1 an), peuvent modérément augmenter le risque de fracture de la hanche, du poignet et des vertèbres, principalement chez les patients âgés ou en présence d'autres facteurs de risque identifiés. Des études observationnelles suggèrent que les IPP peuvent augmenter le risque global de fracture de 10 à 40 %.

- ***risque de cancers gastriques***

Une étude rétrospective²⁰ sur 64 000 personnes a montré que le risque de développer un cancer gastrique sous IPP est notamment lié à la durée du traitement. Le risque est multiplié par 5 après un an de traitement, par 6,6 après 2 ans et par 8,3 après 3 ans de traitement.

- ***risque de diarrhées à *Clostridium difficile****

En 2012, l'agence américaine des produits alimentaires et médicamenteux (FDA)²¹ a émis un communiqué sur le risque de diarrhée à *Clostridium difficile* associé aux IPP et a rappelé en conséquence que les doses et la durée de traitement par IPP doivent être les plus faibles possibles afin d'éviter l'apparition de diarrhées à *Clostridium difficile*.

Ainsi, la Commission de la Transparence rappelle dans ses réévaluations²² des IPP **la nécessité de respecter les durées de prescription** préconisées par l'AMM pour limiter la survenue de ces risques d'effets indésirables graves.

Les résumés caractéristiques produits (RCP) de ces spécialités pharmaceutiques précisent également **qu'en raison de données de sécurité d'emploi limitées chez les patients sous traitement d'entretien pendant plus d'1 an, un suivi régulier du traitement et une évaluation approfondie du rapport bénéfice/risque doivent être régulièrement réalisés chez ces patients.**

²⁰ Long-term proton pump inhibitors and risk of gastric cancer development after treatment for *Helicobacter pylori*: a population-based study, Cheung KS et al., Gut. 2018 ; 67:28–35.

²¹ <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-clostridium-difficile-associated-diarrhea-can-be-associated-stomach>

²² Avis de la Commission de la Transparence sur la spécialité LANZOR (lansoprazole), HAS, 11 janvier 2017.

L'ANSM a également rappelé fin 2018²³ que, bien que les IPP soient généralement bien tolérés à court terme, leur utilisation au long cours (durée supérieure à 6 mois) n'est pas sans risques.

Au régime agricole, en 2019, il a été observé une baisse de 20,4 % des montants remboursés des IPP (**Tableau 44**). Mais la baisse en volume des prescriptions d'IPP est moins importante (- 3,8 % en 2019 par rapport à 2018) (**Tableau 45**). La baisse des montants remboursés est principalement due aux baisses successives de prix des IPP et non à une modification des modalités de leur prescription.

Tableau 43 :
Montant remboursable des IPP au régime agricole et évolution

	MONTANT REMBOURSABLE						
	MONTANT EN EUROS				EVOLUTION		
	2016	2017	2018	2019	2016/2017	2017/2018	2018/2019
ESOMEPRAZOLE	15 371 714	14 248 761	13 259 030	10 862 491	-7,3%	-6,9%	-18,1%
LANSOPRAZOLE	4 777 212	4 353 787	4 178 431	3 585 099	-8,9%	-4,0%	-14,2%
OMEPRAZOLE	9 675 692	8 732 194	6 885 675	5 140 738	-9,8%	-21,1%	-25,3%
PANTOPRAZOLE	8 792 450	8 801 991	8 694 442	7 487 573	0,1%	-1,2%	-13,9%
RABEPRAZOLE	3 825 550	3 290 746	2 898 944	2 235 477	-14,0%	-11,9%	-22,9%
	42 442 617	39 427 479	35 916 522	29 311 377	-7,1%	-8,9%	-18,4%

Source : SNDS – exploitation MSA

Tableau 44 :
Montant remboursé des IPP au régime agricole et évolution

	MONTANT REMBOURSE						
	MONTANT EN EUROS				EVOLUTION		
	2016	2017	2018	2019	2016/2017	2017/2018	2018/2019
ESOMEPRAZOLE	11 828 872	10 960 396	9 027 832	7 194 214	-7,3%	-17,6%	-20,3%
LANSOPRAZOLE	3 559 643	3 274 870	2 828 647	2 395 672	-8,0%	-13,6%	-15,3%
OMEPRAZOLE	7 251 069	6 544 040	4 416 053	3 152 872	-9,8%	-32,5%	-28,6%
PANTOPRAZOLE	6 840 476	6 904 450	6 054 526	5 115 333	0,9%	-12,3%	-15,5%
RABEPRAZOLE	2 835 030	2 442 307	1 913 694	1 439 379	-13,9%	-21,6%	-24,8%
	32 315 091	30 126 063	24 240 753	19 297 470	-6,8%	-19,5%	-20,4%

Source : SNDS – exploitation MSA

Tableau 45 :
Nombre de boîtes de prescriptions d'IPP remboursées au régime agricole et évolution

	NOMBRE DE BOITES						
	NOMBRE				EVOLUTION		
	2016	2017	2018	2019	2016/2017	2017/2018	2018/2019
ESOMEPRAZOLE	1 785 341	1 759 965	1 722 187	1 649 207	-1,4%	-2,1%	-4,2%
LANSOPRAZOLE	544 878	527 885	534 511	538 671	-3,1%	1,3%	0,8%
OMEPRAZOLE	1 192 248	1 140 243	1 106 786	1 018 052	-4,4%	-2,9%	-8,0%
PANTOPRAZOLE	1 068 110	1 128 367	1 168 722	1 173 028	5,6%	3,6%	0,4%
RABEPRAZOLE	431 058	395 645	368 501	334 034	-8,2%	-6,9%	-9,4%
	5 021 635	4 952 106	4 900 707	4 712 992	-1,4%	-1,0%	-3,8%

Source : SNDS – exploitation MSA

²³ <https://www.anism.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Pres-de-16-millions-de-personnes-ont-eu-une-prescription-d-inhibiteurs-de-la-pompe-a-protons-IPP-en-2015-en-France-Point-d-Information>

Méthodologie

Les patients n'ayant bénéficié d'aucun remboursement pour une délivrance d'IPP dans les 12 mois précédant la première date de délivrance d'IPP en 2018 ont été définis comme des utilisateurs incidents. Les utilisateurs incidents ont été suivis pendant au minimum 1 an à partir de la date de primo-délivrance d'IPP en 2018.

Résultats

Parmi les 224 606 bénéficiaires ayant eu une délivrance d'IPP initiée en 2018, **5 617 d'entre eux** ont une durée maximale de traitement **supérieure à 1 an**, soit **2,5 % des bénéficiaires** (- 0,2 point par rapport à 2017) (**Tableau 46**).

Tableau 46 :
Répartition du nombre de bénéficiaires incidents en 2018 par la durée en mois de traitement d'IPP

duree en mois max	nombre de bénéficiaires parmi ceux ayant initié le traitement en 2018	part
1	162 139	72,2%
2	27 685	12,3%
3	9 284	4,1%
4	4 873	2,2%
5	3 248	1,4%
6	2 629	1,2%
7	2 051	0,9%
8	1 880	0,8%
9	1 625	0,7%
10	1 321	0,6%
11	1 191	0,5%
12	1 063	0,5%
13	793	0,4%
14	722	0,3%
15	745	0,3%
16	626	0,3%
17	585	0,3%
18	413	0,2%
19	367	0,2%
20	320	0,1%
21	239	0,1%
22	198	0,1%
23	196	0,1%
24	179	0,1%
25	142	0,1%
26	92	0,0%
TOTAL	224 606	100,0%

Source : SNDS – exploitation MSA

Plus des trois-quarts des utilisateurs dont la durée de traitement est supérieure à un an sont âgés de 65 ans et plus (Tableau 47).

Tableau 47 : Répartition par classe d'âge des bénéficiaires ayant eu une durée de traitement d'IPP au-delà d'un an

classe d'âge	nombre de patients	part
[0-15[	14	0,2%
[15-25[	12	0,2%
[25-35[	50	0,9%
[35-45[	140	2,5%
[45-55[	292	5,2%
[55-65[	732	13,0%
[65-75[	894	15,9%
[75-85[	1445	25,7%
[85-95[	1834	32,7%
95 ans et plu	204	3,6%
TOTAL	5617	100,0%

Source : SNDS –exploitation MSA

Les prescriptions associées aux prescriptions d'IPP longue durée, notamment d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et la part des prescriptions à visée préventive (protection gastrique) n'ont pas pu être étudiées et devront être analysées afin d'affiner le profil des consommateurs d'IPP de longue durée.

L'ANSM a récemment rappelé qu'à ce jour l'intérêt de la prévention des lésions gastro-duodénales en cas de prise d'AINS, chez l'adulte, n'est établi **qu'en présence des facteurs de risque suivants** :

- âge supérieur à 65 ans ;
- antécédent d'ulcère gastrique ou duodéal ;
- traitement associé par antiagrégant plaquettaire, anticoagulant ou corticoïde.

b. La liste des produits et prestations (LPP)

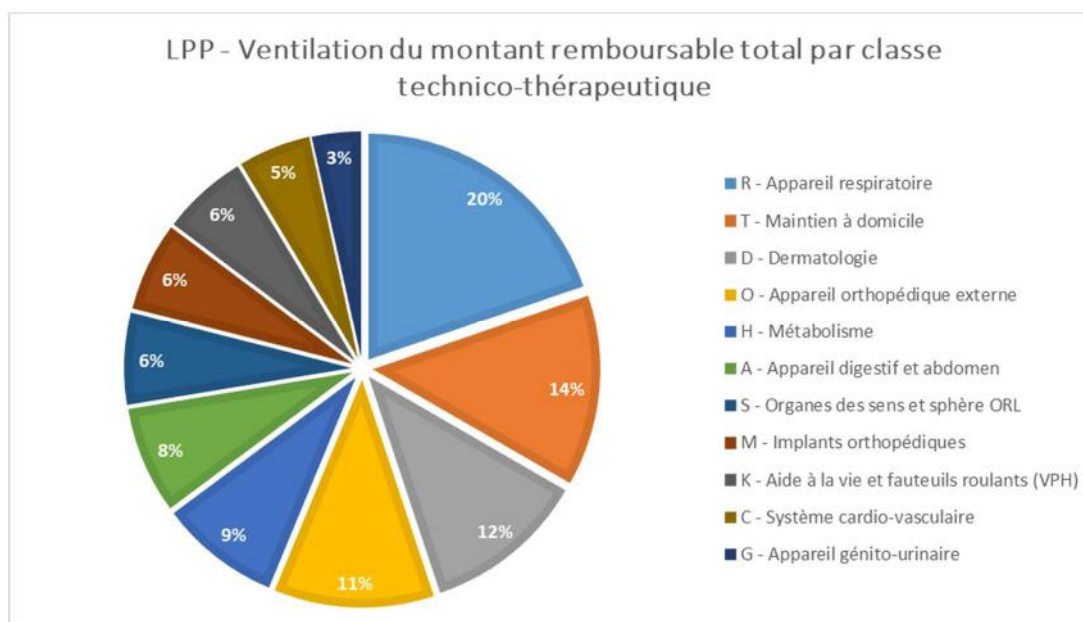
Le montant total des dépenses des assurés du régime agricole liées aux produits de la LPP (dépenses totales, dépassements compris) s'élève à 917 millions d'euros en 2019 contre 895 millions en 2018, soit une hausse de 2,5 % des dépenses. Cela fait suite à une baisse de 0,2 % entre 2017 et 2018.

Le montant des dépenses des assurés augmente de 14 % pour l'achat et la réparation de fauteuils roulants (titre IV), de 3,5 % pour les dépenses en Orthèses et prothèses externes (titre II) et de 2 % pour les produits de maintien à domicile (titre I). A contrario, les dépenses liées aux produits implantables (titre III) continuent de diminuer entre 2018 et 2019 de 2 % (après une baisse de 3,3 % entre 2017 et 2018).

Les postes de dépenses les plus élevés sont « organes des sens et sphère ORL » (optique et audioprothèses) avec près de 351 millions d'euros (en hausse de 4 % entre 2018 et 2019), « appareil respiratoire » avec 114 millions d'euros (hausse de 8 %), et « appareils orthopédiques externes » pour 84 millions d'euros (hausse de 2 %). Ces trois postes représentent 61 % de la dépense totale de la LPP.

Le montant remboursable total s'élève à 577 millions d'euros, fortement concentré sur 4 classes qui représentent 56 % du montant total. Il s'agit de l'appareil respiratoire (20 % contre 18 % en 2018), du maintien à domicile (stable à 14%), de la dermatologie (stable à 12%) et de l'appareillage orthopédique externe (stable à 11%). Après une baisse de 1,9% entre 2017 et 2018, le montant remboursable augmente de 2% en 2019.

Graphique 33 :
Décomposition du montant remboursable selon la classe technico-thérapeutique



Source : MSA

Le montant global remboursé par le régime agricole est de 498 millions d'euros en 2019 contre 490 millions en 2018, soit une hausse de 1,7 % qui fait suite à une baisse de 1,7 % entre 2017 et 2018.

Cette hausse concerne principalement les produits du maintien à domicile (titre I ; poste qui représente 70 % du montant remboursé en 2019) et des orthèses et prothèses externes (titre II ; 15 % du montant remboursé) avec respectivement +1,9 % et +2,4 % et dans une moindre mesure l'achat et réparation de fauteuils roulants (titre IV ; 2 % du montant remboursé) avec une augmentation de 15 %. Seuls les remboursements liés aux produits implantables (titre III) ont baissé de 2 % entre 2018 et 2019, après une diminution de 3,1 % entre 2017 et 2018.

3.3.2.2. Pertinence et qualité des actes

Dans le cadre de la pertinence et la qualité des actes, la MSA propose de mettre en œuvre plusieurs actions pour 2020-2021 :

- La sensibilisation des prescripteurs et des pharmaciens aux associations de médicaments contre-indiquées,
- Des actions d'accompagnement des praticiens réalisant des actes bucco-dentaires dans leur mode de prescription.

a. Sensibiliser les prescripteurs et les pharmaciens aux associations de médicaments contre-indiquées

Une interaction médicamenteuse résulte d'une modification de l'activité thérapeutique d'un médicament, liée à la prise d'un ou plusieurs autres médicaments. Elle peut mener à des conséquences plus ou moins graves sur la santé des assurés, selon le niveau de risque associé à cette interaction.

Une interaction peut provoquer ou majorer des effets indésirables ou entraîner, par réduction de l'activité, une moindre efficacité des traitements.

Quatre niveaux de contraintes existent pour qualifier ces interactions médicamenteuses :

- contre-indication : la contre-indication revêt un caractère absolu. Elle ne doit pas être transgressée.
- association déconseillée : l'association déconseillée doit être le plus souvent évitée, sauf après un examen approfondi du rapport bénéfice/risque. Elle impose une surveillance étroite du patient.
- précaution d'emploi : c'est le cas le plus fréquent. L'association est possible dès lors que sont respectées, notamment en début de traitement, les recommandations simples permettant d'éviter la survenue de l'interaction (adaptation posologique, renforcement de la surveillance clinique, biologique, ECG, etc.).
- à prendre en compte : le risque d'interaction médicamenteuse existe ; il correspond le plus souvent à une addition d'effets indésirables. Aucune recommandation pratique ne peut être proposée, il revient au prescripteur d'évaluer l'opportunité de l'association.

L'ANSM met à la disposition des professionnels de santé l'ensemble des interactions médicamenteuses identifiées par un groupe de travail ad hoc et regroupées dans un Thesaurus²⁴ qui présente, pour chaque interaction, la nature du risque, son niveau de contrainte ainsi que l'éventuelle conduite à tenir.

²⁴ [https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Interactions-medicamenteuses/Interactions-medicamenteuses/\(offset\)/0](https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Interactions-medicamenteuses/Interactions-medicamenteuses/(offset)/0)

Dans un objectif de diminution du risque iatrogénique, une action de sensibilisation des prescripteurs et des pharmaciens aux associations de médicaments contre-indiquées a été mise en œuvre par les médecins-conseils de la MSA de 2009 à 2016. La méthodologie de l'action prévoit la détection mensuelle des interactions contre-indiquées à partir des bases de remboursement, l'analyse par le médecin-conseil, puis l'envoi de courriers de sensibilisation au prescripteur et au pharmacien. Cette action d'accompagnement n'a pas d'impact économique direct mais une forte valeur ajoutée médicale dans le domaine de la qualité des pratiques et de la santé publique.

Des travaux ont été conduits afin de mettre à jour, à partir du Thésaurus ANSM, le référentiel de la requête qui permet la détection des interactions médicamenteuses contre-indiquées. Les contre-indications médicamenteuses pour lesquelles une condition externe intervient (dosage sanguin, posologie, dosage du produit lui-même, etc.) ont été exclues de la requête. Le nouveau référentiel finalisé en 2019 permet de détecter 279 associations contre-indiquées différentes.

L'action de sensibilisation des prescripteurs et des pharmaciens aux associations de médicaments contre-indiquées sera déployée par les caisses de MSA en 2021, à partir de ce nouveau référentiel.

b. Accompagner les praticiens réalisant des actes bucco-dentaires dans l'application des bonnes pratiques

Les actions bucco-dentaires de gestion du risque obligatoires pour 2021 seront au nombre de quatre : il s'agit de s'assurer auprès des professionnels de santé de la pertinence des actes, réalisés en 2020, en les accompagnant pour leur rappeler les bonnes pratiques et ce sans récupération d'indus. Toutefois, quatre tableaux récapitulatifs des sommes indûment versées seront transmis à la CCMSA dans les conditions habituelles.

Comme en 2020, il s'agit des deux actions suivantes :

- Vérification du respect de la prise en charge d'un acte CCAM soumis au choix du chirurgien-dentiste conseil en fonction des atypies locales,
- Vérification du respect de l'application des conditions restrictives de remboursement de l'acte « Bilan Parodontal » pour les assurés diabétiques en ALD8.

Deux nouvelles actions sont introduites en 2021 :

- Vérification des bonnes pratiques avec la réalisation de radiographies lors du traitement radiculaire en endodontie à partir de l'exemple suivant : cotation de HBQK040 ou de HBQK303 (chapitre 18.02.07.01)²⁵²⁶ en lien avec la réalisation de HBFD008 (chapitre 07.02.02.06)²⁷,
- Vérification du non cumul d'une consultation (classique ou d'urgence) avec un acte CCAM ou un bilan bucco-dentaire dans la même séance.

²⁵ HBQK040 : Radiographies intrabucales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle ou perinterventionnelle avec radiographie finale pour acte thérapeutique endodontique.

²⁶ HBQK303 : Radiographies intrabucales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle, perinterventionnelle et finale pour acte thérapeutique endodontique.

²⁷ HBFD008 : Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente.

3.3.2.3. Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail

Cette partie décrit la méthodologie et les résultats d'une expérimentation menée en 2019 sur la prédiction des arrêts de travail au régime des salariés agricoles.

L'arrêt de travail est un acte médical qui fait partie de l'arsenal thérapeutique à la disposition du médecin. Sa prescription permet à une personne en situation d'incapacité physique de bénéficier d'une période d'interruption de l'exercice de son activité professionnelle. Sous certaines conditions, le régime d'assurance maladie auquel il est rattaché lui verse une prestation en espèces sous forme d'indemnités journalières (IJ).

En 2019, près de **15 millions de jours d'arrêts maladie**²⁸ ont été indemnisés par la MSA pour un total de **365 millions d'euros** versés aux assurés (300 millions au régime des salariés agricoles, 65 millions au régime des non-salariés agricoles). Les IJ (hors accidents du travail) représentent seulement 8 % des dépenses en soins de ville en 2019. Ces dernières années, **les dépenses d'IJ ont cependant été particulièrement dynamiques**. Entre 2012 et 2019, la hausse a été de près de 60 % au régime agricole, soit un taux de croissance annuel moyen de 7 %.

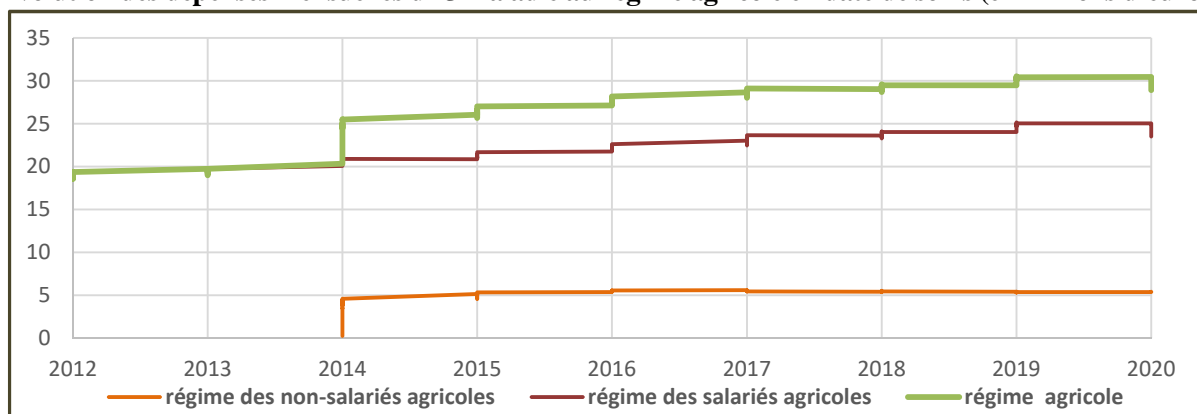
Des facteurs conjoncturels et structurels à l'augmentation des dépenses d'IJ

La montée en charge de l'indemnisation des arrêts maladie pour les non-salariés

Depuis le 1^{er} janvier 2014, la couverture du risque accident de la vie privée et maladie non professionnelle est prise en charge pour les non-salariés agricoles sous certaines conditions²⁹. Sur la période 2012-2019 (**Graphique 34**), cette **montée en charge des IJ Amexa** a donc concouru à hauteur de la moitié de l'augmentation des dépenses d'IJ maladie au régime agricole.

Graphique 34 :

Evolution des dépenses mensuelles d'IJ maladie au régime agricole en date de soins (en millions d'euros)



Source : MSA

²⁸ Les IJ maternité au régime des salariés agricoles sont intégrés à ce décompte.

²⁹ Les non-salariés doivent être affiliés depuis au moins un an à l'assurance maladie des exploitants agricoles (Amexa) et à jour de la cotisation indemnités journalières Amexa.

Des facteurs structurels au dynamisme des IJ maladie

La dépense d'IJ maladie pour les salariés agricoles représente 300 M € en 2019, soit 82 % de la dépense totale d'IJ maladie de la MSA. Au régime des salariés agricoles, l'évolution des dépenses d'IJ maladie sont dynamiques, en croissance de 4 % en moyenne ces 5 dernières années.

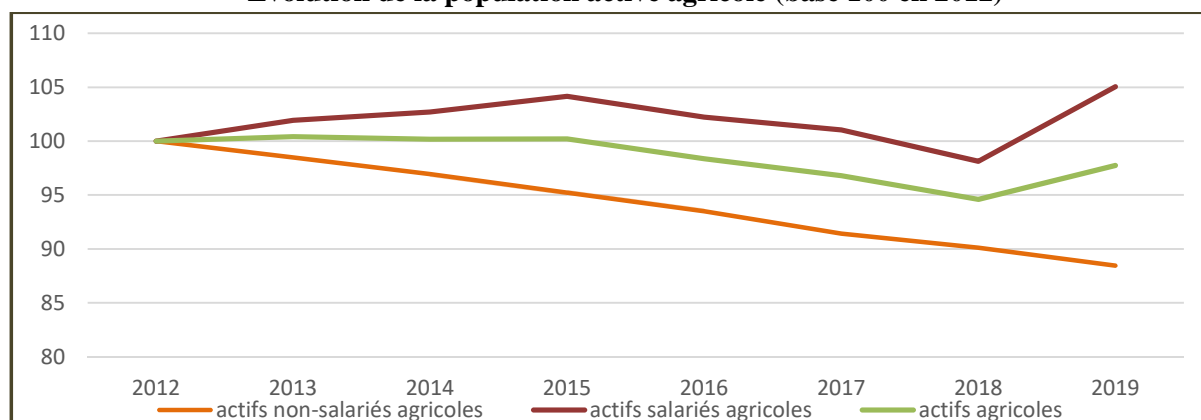
Au niveau macroéconomique, des facteurs structurels expliquent ces tendances, en premier lieu :

- l'évolution de **l'emploi**,
- **le vieillissement de la population active**,
- le développement des **pathologies chroniques**.

i. Evolution de l'emploi

Sur la période 2012-2016 (**Graphique 35**), si l'emploi au régime agricole diminue de 2 %, la situation est plus favorable au régime des salariés agricoles. Depuis 2012, l'emploi a en effet crû au régime des salariés agricoles (+ 5 %) en alternant phases de contraction, à la suite de crises agricoles, et d'augmentation à la faveur d'embellies économiques sur les marchés ou de modifications réglementaires assouplissant les conditions d'ouverture et de maintien des droits.

Graphique 35 :
Evolution de la population active agricole (base 100 en 2012)



Sources : MSA

ii. Vieillesse de la population active

Les régimes agricoles présentent une structure démographique très hétérogène. La structure par âge au régime des salariés agricoles est comparable à celle de la population française métropolitaine alors que le régime des non-salariés agricoles a la spécificité d'avoir une forte proportion de personnes âgées (**Tableau 48**).

Tableau 48 :
Caractéristiques par régime de la population agricole inscrite au Rniam

	Non-salariés agricoles		Salariés agricoles	
	juillet-12	juillet-19	juillet-12	juillet-19
Age moyen	61,3 ans	61,9 ans	40,9 ans	41,6 ans
Moins de 20 ans	10,7%	10,3%	22,0%	21,1%
Part des 20-59 ans	28,7%	28,9%	54,0%	53,8%
Part des 60 ans et plus	60,7%	60,8%	23,9%	25,0%

Sources : CNAVTS - MSA - Rniam

Le vieillissement de la population protégée en maladie au régime des salariés agricoles est peu prégnant sur la période 2012-2019, la part des 20-59 ans reculant de 54,0 % à 53,8 %, l'âge moyen passant de 40,9 ans à 41,6 ans. Au régime des non-salariés agricoles, la part des 20-59 ans au sein de la population protégée en maladie ou l'âge moyen évoluent dans les mêmes proportions sur la période (+ 0,2 point et + 0,6 année).

Sous l'effet du relèvement de l'âge de départ à la retraite, le constat est en revanche sensiblement différent pour les populations actives. Parmi les salariés agricoles, l'âge moyen a progressé de 2 ans entre 2012 et 2018, la part des plus de 51 ans passant de 20,4 % à 23,2 %. Sur la même période, l'âge moyen des chefs d'exploitation et d'entreprises agricoles est passé de 48 à 49 ans, la part des plus de 51 ans de 44,3 % à 50,5 %.

iii. Développement des pathologies chroniques

Au 31 décembre 2019, en raison de ses caractéristiques démographiques, le taux de prévalence brut de la population assurée à la MSA est significativement élevé, de l'ordre de 220 ‰ (**Tableau 49**).

Entre 2012 et 2019, les effectifs de personnes exonérées du ticket modérateur au titre d'au moins une ALD au régime agricole reculent de 3,4 %. Au régime des non-salariés agricoles, les effectifs de patients en ALD se replient de 13,6 % en raison de la diminution des populations protégées, la prévalence progressant de 298 ‰ à 323,5 ‰ sur la même période. Au régime des salariés agricoles, les effectifs de personnes exonérées de ticket modérateur au titre d'une ALD progressent à l'inverse de 16,1 %, et la prévalence de 142 ‰ à 149 ‰.

Tableau 49 :
Prévalence des ALD par régime – période 2012-2019

	Population RNIAM		Nombre de patients en ALD		Taux de prévalence brut (‰)	
	2019	2012	2019	2012	2019	2012
Non-salariés	1 259 401	1 580 551	407 389	471 271	323,5	298
Salariés	1 917 848	1 736 447	286 305	246 618	149,3	142
CMU			132	245		
Total	3 177 249	3 316 998	693 826	718 134	218,4	216,5

Durées d'interruption et désinsertion professionnelle

i. Dispositions relatives aux indemnités maladie

Pour les salariés et non-salariés agricoles, la durée de versement des indemnités journalières maladie est de 360 jours par période de 3 ans³⁰. Pour les personnes en ALD la durée d'indemnisation peut s'étendre à 3 années.

ii. Durée d'interruption et dépenses d'IJ maladie

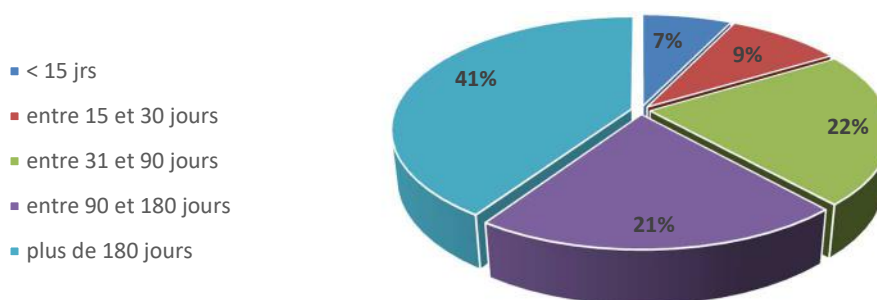
Au régime des salariés agricoles, les arrêts de moins de 30 jours représentent près des trois-quarts des arrêts initiés en 2019, les arrêts de plus de 90 jours seulement 11 % (**Tableau 50**). Au régime des non-salariés agricoles, la structure diffère. Les arrêts maladie de moins de 30 jours représentent en effet 43 % des arrêts initiés, ceux de plus de 90 jours le quart.

Tableau 50 :
Répartition des arrêts maladie initiés en 2019 selon leur durée

	Régime des salariés agricoles		Régime des non-salariés agricoles	
	Nombre	% sur le total	Nombre	% sur le total
Moins de 15 jours	121 190	57%	4 560	17%
Entre 15 et 30 jours	36 560	17%	6 830	26%
Entre 31 et 90 jours	32 760	15%	8 520	32%
Entre 90 et 180 jours	12 170	6%	3 590	14%
Plus de 180 jours	10 110	5%	2 840	11%
Total	212 790	100%	26 340	100%

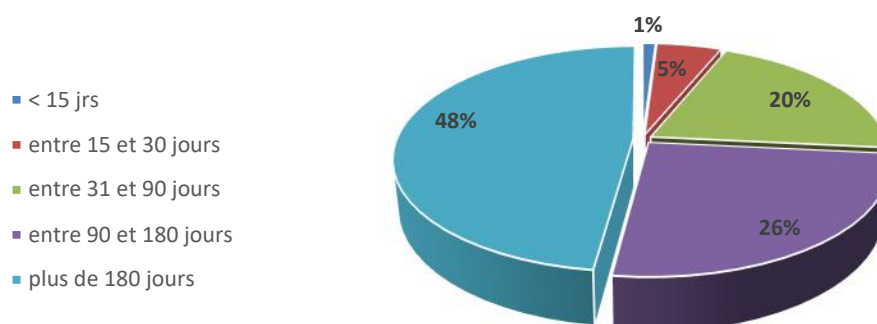
Les arrêts maladie de plus de 90 jours représentent 62 % des dépenses au régime des salariés agricoles (**Graphique 36**), 74 % au régime des non-salariés agricoles (**Graphique 37**).

Graphique 36 :
Répartition des dépenses d'IJ maladie au régime des salariés agricoles selon la durée de l'arrêt



³⁰ Les indemnités sont versées sous condition d'affiliation et cotisation avec un délai de carence.

Graphique 37 :
Répartition des dépenses d'IJ maladie au régime des non-salariés agricoles selon la durée de l'arrêt



iii. Déterminants individuels des arrêts et de leur durée

Au niveau microéconomique, les études réalisées par l'IRDES³¹ et la DREES³² mettent en lumière la diversité des déterminants à la survenue d'un arrêt maladie et de sa durée :

- le genre ;
- l'âge ;
- la catégorie socioprofessionnelle ;
- l'état de santé fragile, notamment la déclaration d'une ALD ;
- l'arrivée plus tardive sur le marché du travail ;
- la présence d'un enfant dans le foyer.

Parmi ces facteurs, l'âge constitue une variable décisive, la durée de l'arrêt maladie s'allongeant fortement pour les plus de 50 ans.

iv. Arrêts de longue durée et désinsertion professionnelle

D'après une étude de la DREES³³, un arrêt maladie de plus d'un mois augmente, à niveau égal de qualification, de salaire ou de stabilité de l'emploi, la probabilité de transition vers une période d'inactivité ou de chômage l'année suivante. L'arrêt maladie peut donc entraîner des conséquences importantes sur les carrières professionnelles.

Actuellement, coexistent deux dispositifs assurant une transition entre la période d'interruption totale de travail et le retour à l'emploi :

- la mise en invalidité ;
- le temps partiel thérapeutique.

³¹ M. Ali Ben Halima, T. Debrand, « Durée d'arrêt de travail, salaire et Assurance maladie : application microéconomique à partir de la base Hygie », IRDES, septembre 2011.

³² N. Missègue, « Les arrêts de travail des séniors en emploi », Dossiers solidarité et santé N°2, DREES, 2007.

³³ T. Barnay, J. Favrot, C. Pollac., « Les arrêts maladie de longue durée pénalisent les trajectoires professionnelles », Etudes et résultats, DREES, numéro 0938, octobre 2015.

L'invalidité ne constitue pas une interdiction de travailler. Temporaire ou définitive, elle se décline en trois catégories, les pensions d'invalidité de première catégorie permettant aux salariés atteints par un handicap ou une maladie chronique de poursuivre durablement une activité professionnelle à temps partiel.

Prescrite par le médecin traitant, le temps partiel thérapeutique est une autre alternative à l'arrêt de travail. Il est mis en place lorsque le médecin juge que l'état de santé du patient n'autorise pas une reprise du travail à temps plein mais qu'un retour à l'emploi peut malgré tout favoriser le rétablissement de celui-ci.

Prévention et détection des arrêts de travail de longue durée

Détection précoce des arrêts de longue durée : éviter la désinsertion professionnelle

La **détection précoce en matière de désinsertion professionnelle** constitue donc un enjeu structurant pour les organismes de sécurité sociale. Pour les arrêts de travail « longs », il revient donc au médecin-conseil **d'apprécier, le plus tôt possible, l'aptitude des salariés à la reprise d'activité, d'accorder le bénéfice d'une pension d'invalidité ou d'un temps partiel thérapeutique**. C'est pourquoi la MSA a initié en juillet 2019 une expérimentation basée sur l'exploitation de ses bases de données administratives et les technologies dites d'intelligence artificielle.

A partir d'un historique des situations d'incapacité de travail hors accident du travail, maladie professionnelle ou congé maternité, les algorithmes mis en œuvre ont permis de délivrer un gradient de risque de prolongement de l'arrêt pour une période donnée. L'expérimentation s'est principalement concentrée sur la prédiction des arrêts de travail en maladie au régime des salariés agricoles, la date de mise en place du dispositif d'indemnisation des arrêts de travail liés à la maladie – 1^{er} janvier 2014 - rendant l'exercice plus incertain au régime des non-salariés agricoles.

3.4. Poursuivre le contrôle et la lutte contre la fraude

3.4.1. Le bilan lutte contre la fraude 2019 de la MSA dans le domaine santé

Depuis 2016, la MSA veille à renforcer l'articulation entre la gestion du risque et la lutte contre la fraude ; cette dernière représentant de forts enjeux notamment financiers pour le régime agricole.

En 2019, le montant du préjudice constaté (subi et évité) au titre des fraudes dans le domaine de la santé s'élève à 5,2 millions d'euros, soit une diminution de 4,3% par rapport à l'année 2018, après une forte augmentation de 8,2% entre 2017 et 2018 (**Tableau 51**).

Tableau 51:
Montant des fraudes entre 2017 et 2019

Total des fraudes constatées (préjudice subi et évité)	2017	2018	2019	Evolution 2018-2019
Professionnels de santé	2,4 M €	2,7 M €	2,8 M €	4%
Etablissements de santé	2,2 M €	2,2 M €	1,7 M €	-21,6%
Assurés/ ayant droit	0,3 M €	0,4 M €	0,6 M €	39,4%
Total	5 M €	5,4 M €	5,2 M €	-4,3%

Concernant les professionnels de santé et les établissements, la sur-cotation, le non-respect de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), et de la réglementation constituent la part la plus importante des fraudes, suivie de près par la fraude à la tarification et à la facturation. (**Tableau 52**).

Pour les assurés, la fraude aux indemnités journalières maladie, AT/MP compose la part la plus importante des fraudes détectées dans ce domaine et se caractérise très majoritairement par la fraude à l'état de santé (prescriptions de repos non justifiées au regard de l'état de santé de l'assuré).

**Tableau 52 :
Ventilation par typologie de fraudes**

Sur-cotation, non-respect de la NGAP et de la réglementation	39,82%
Fraude à la tarification et à la facturation	33,41%
Fraude à l'état de santé	18,31%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	1,21%
Actes/services fictifs, produits non délivrés, facturation non-conforme à la prescription	0,98%
Fraude documentaire identitaire	0,98%
Fraude à l'activité	0,74%
Fausses déclarations CMU de base et complémentaire (ressources)	0,74%
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les IJ	0,70%
Fraude documentaire non identitaire	0,65%
Fraude à la résidence en France	0,60%
Fraude à la nationalité	0,46%
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	0,33%
Abus volontaire d'une qualité erronée de cotisant	0,23%
Fraude à la constitution des droits (activité)	0,14%
Fraude à l'identité (identité fictive, usurpée ou échangée)	0,14%
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de rentes AT	0,09%
Fraude à l'utilisation de la carte Vitale ou de l'attestation de droits	0,05%
Divers	0,28%

3.4.2. Les nouvelles propositions

3.4.2.1. Contrôler les tarifs de location dégressifs

La prise en charge de la location de dispositifs médicaux inscrits sur la LPP est conditionnée au respect de certaines règles de facturation par les prestataires de service et distributeurs de matériel et les pharmaciens d'officine.

Ainsi, certains produits de la LPP sont soumis à des tarifs dégressifs : après un certain nombre de semaines, leur tarif de location se voit diminuer.

Un programme national de lutte contre la fraude portant sur la LPP, et notamment le respect des tarifs dégressifs de location, a été mis en œuvre par la CNAM fin 2014. Les caisses de MSA ont été invitées à s'associer à cette action dans le cadre des coopérations régionales inter-régimes. Il s'agissait d'une action de contrôle de type purement administratif puisqu'elle concernait le respect de la réglementation de la LPP.

Le rapport Charges et Produits MSA pour 2016 en a présenté le bilan : 30 caisses de MSA ont mis en place cette action. Plus de 5 000 fournisseurs (pharmaciens ou prestataires de service et distributeurs de matériel) de produits de la LPP ont été contrôlés par les caisses de MSA. Les contrôles ont mis en évidence des anomalies de facturation pour un tiers d'entre eux (**Tableau 53**).

Tableau 53 :
Nombre de signalements et montant des anomalies constatées suite au contrôle LPP

	lits médicaux et accessoires	fauteuils et soulève-malades	forfaits livraison	sièges coquilles	autres produits et prestations	total
nbre de signalements issus de la requête	7 954	31 444	27 999	1 687	104 521	173 605
nbre de signalements traités	5 408	15 922	20 860	252	19 791	62 233
nbre de signalements (traités) en anomalie non frauduleuses	1 798	9 508	1 277	22	4 969	17 574
nbre de signalements (traités) en anomalie frauduleuse	13	142	68	2	14	239
nbre total de signalements (traités) en anomalie	1 811	9 650	1 345	24	4 983	17 813
montant global (notifié ou non) des anomalies constatées	177 265 €	174 078 €	86 354 €	7 978 €	124 394 €	570 068 €
montant total notifié des indus	57 263 €	86 794 €	13 701 €	1 840 €	29 852 €	189 449 €

source: CCMSA / DERS

Le montant total des anomalies détectées s'était élevé à plus de 570 000 €.

Le respect de l'application des tarifs dégressifs a fait l'objet d'une nouvelle analyse sur les données MSA 2017 à 2019.

Sur la période 2018-2019, il ressort de cette étude que les locations de véhicules pour handicapés physiques (VHP) ou fauteuils roulants manuels (tous modèles confondus) ont un montant total d'anomalies s'élevant à 379 000 € (383 000 € sur la période 2017-2018) et les soulèvements-malades un montant de 330 000 € (321 000 € sur la période 2017-2018) (**Tableau 54**).

Tableau 54 :
Nombre et montants des anomalies des produits LPP soumis au tarif dégressif
au régime agricole sur la période 2018-2019

Produit LPP	Nombre d'assurés en anomalie	Nombre de semaines de facturation en anomalies	Tarif de base (€)	Tarif dégressif (€)	Différence tarifaire (€)	Montant en anomalie (€)
Soulève-malade (32 semaines locations avant tarif dégressif)	2132	49253	17,53	10,82	6,71	330 488
VHP 1 accessoire (52 semaines avant tarif dégressif)	1886	40612	16,45	10,12	6,33	257 074
VHP 2 accessoires (52 semaines avant tarif dégressif)	297	7540	21,3	13,07	8,23	62 054
VHP + de 2 accessoires (52 semaines avant tarif dégressif)	241	6035	25,51	15,6	9,91	59 807
Potence de support (65 semaines avant tarif dégressif)	688	15999	2,29	1,52	0,77	12 319
Déambulateurs (26 semaines avant tarif dégressif)	415	9735	2,21	1,34	0,87	8 469
Aspirateur trachéaux (65 semaines avant tarif dégressif)	57	1397	20,15	15,27	4,88	6 817
Total						737 029

Les facturations de location de déambulateurs, d'aspirateur trachéaux et de potence de support sont également en anomalie, mais dans une moindre mesure, un peu moins de 28 000 € au total.

Sur la période 2018-2019, le montant total des anomalies s'élève donc à plus de 730 000 euros au régime agricole. Ce montant est quasiment identique à celui de la période 2017-2018.

Ainsi, la MSA propose de reconduire cette action de contrôle pour les VHP et soulèvements-malades.

3.4.2.2. Respecter les prix limites de vente dans le domaine de la LPP

Les tarifs des dispositifs médicaux sont fixés par arrêté. Pour un même produit ou prestation, deux tarifs sont fixés :

- le tarif de responsabilité (TR) : c'est le tarif sur la base duquel intervient le remboursement de la sécurité sociale,
- le prix limite de vente (PLV) : il correspond au prix maximum de vente du produit au public.

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (article L. 165-3-1 du CSS), les organismes d'assurance maladie peuvent sanctionner une personne ayant facturé un produit ou une prestation inscrit à la LPP ne respectant pas le prix limite de vente selon une procédure définie par décret.

Ainsi, lorsqu'un organisme d'assurance maladie constate un non-respect de prix, le directeur de cet organisme adresse à la personne ayant facturé le produit ou la prestation une notification par laquelle il lui indique les faits reprochés. Une copie de ce courrier est adressée à l'assuré. La personne a la possibilité de faire parvenir ses observations à l'organisme. L'assuré peut également faire part de ses propres observations à l'organisme d'assurance maladie.

En cas de confirmation de la matérialité des faits, l'organisme d'assurance maladie verse à l'assuré la différence entre le prix facturé et le prix fixé. Il adresse à la personne ayant facturé le produit ou la prestation une mise en demeure de lui rembourser cette somme.

En outre, en cas de non-exécution de la mise en demeure, l'organisme peut prononcer à l'encontre de cette personne, en fonction de la gravité des faits reprochés, une pénalité financière.

Ce dispositif de contrôle a posteriori n'avait pas été mis en œuvre par les régimes d'assurance maladie jusqu'alors. La réforme dite du 100 % santé qui s'applique aux secteurs des aides auditives, du dentaire et de l'optique prévoit l'utilisation de cet article en cas de non-respect des PLV.

Un processus de contrôle de PLV en plusieurs étapes a donc été mis en place depuis le 1^{er} janvier 2019 :

- Constat du manquement et notification des faits :

un signalement à ordonnancer a été implémenté dans le système d'information MSA pour que les factures contenant des actes ne respectant pas le PLV soient transmises aux agents afin qu'ils puissent intervenir. La caisse de MSA adresse au professionnel de santé (PS), une notification par laquelle il lui indique les faits reprochés. Une copie de la notification est adressée à l'assuré.

Le PS comme l'assuré ont un délai d'un mois pour faire valoir leurs observations par écrit.

- Confirmation de la matérialité des faits :

la caisse de MSA doit apprécier la matérialité des faits au regard des observations écrites que lui auront éventuellement fait parvenir l'assuré ou le PS.

- Si le dépassement est justifié :

l'agent envoie un courrier au PS et un autre à l'assuré pour les informer de l'arrêt de la procédure.

- Si le dépassement est injustifié ou en cas d'absence de réponse du PS :

au bout d'un délai des 2 mois, l'agent fait les actions suivantes :

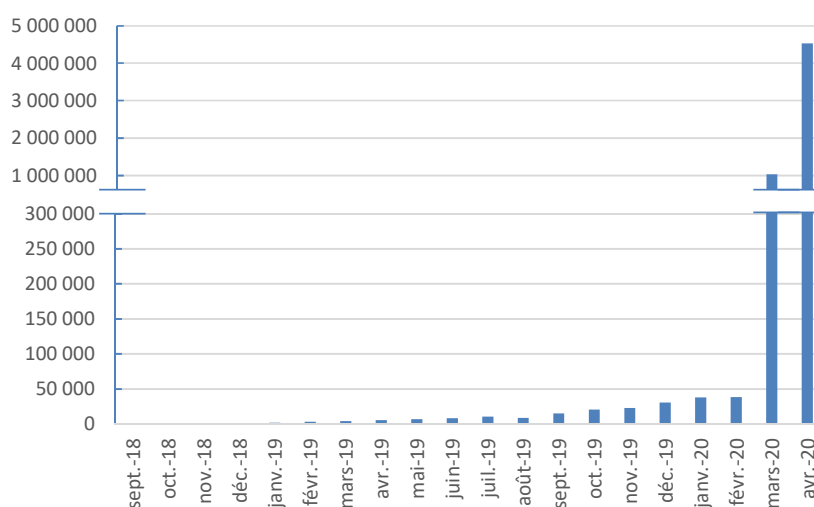
- en cas de confirmation de la matérialité des faits, l'agent verse à l'assuré la différence entre le prix facturé et le prix fixé,
- il génère un indu au PS du montant du différentiel entre le montant facturé et le PLV,
- il saisit une facture (toujours en hors TP) avec un acte « PDZ » du même montant qui génère un décompte NOEMIE OC à destination de la complémentaire afin qu'elle puisse générer un indu à l'assuré si besoin et éviter un enrichissement sans cause,
- il envoie un courrier au PS et un courrier à l'assuré pour les informer.

3.5. Répondre aux enjeux numériques, développer la science de la donnée et promouvoir la recherche en santé

3.5.1. Etat des lieux du recours à la télémédecine des affiliés du régime agricole

Pour répondre aux défis sanitaires, démographiques et économiques auxquels sont confrontés les systèmes de santé, la télémédecine est en plein développement et connaît un essor inédit face à la crise sanitaire du Covid-19. En France, le nombre d'actes de télémédecine remboursés par l'ensemble des régimes d'assurance maladie est passé de moins de 40 000 par mois avant mars 2020 à 4,5 millions pour le seul mois d'avril 2020 (**Graphique 38**).

Graphique 38 :
Évolution du nombre d'actes de télémédecine remboursés par l'assurance maladie



Source : SNDS – Exploitation MSA

La télémédecine est définie par le Code de la santé publique (art. L.6316-1), comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication » et correspond à cinq types d'actes :

- La téléconsultation : un médecin donne une consultation à distance à un patient, lequel peut être assisté par un professionnel de santé.
- La télé-expertise : un médecin sollicite à distance l'avis d'un ou plusieurs confrères sur la base d'informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.
- La télé-surveillance médicale : un médecin surveille et interprète à distance les paramètres médicaux d'un patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.
- La télé-assistance médicale : un médecin assiste à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
- La régulation médicale : les médecins des centres 15 établissent par téléphone un premier diagnostic afin de déterminer et de déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature de l'appel.

L'objectif de cette étude est d'établir un état des lieux du recours des affiliés du régime agricole à la télémédecine. Le champ de l'étude intègre les téléconsultations et les télé-expertises qui, après une phase d'expérimentation, sont entrées dans le périmètre des actes remboursables par l'assurance maladie. La première partie de l'analyse sera consacrée au recours à la télémédecine avant l'épidémie de Covid-19 avec des données issues de tous les régimes d'assurance maladie disponibles dans le Système National des Données de Santé (SNDS). La deuxième partie présentera un focus sur le recours aux téléconsultations par les patients du régime agricole durant les deux premiers mois de la crise sanitaire, à partir des données les plus récentes disponibles dans le système d'information de la MSA.

Le recours à la télémédecine avant la pandémie de Covid-19 (de septembre 2018 à février 2020)

Le déploiement de la télémédecine est une des mesures du plan « Ma santé 2022 » lancé par le ministère de la santé en 2018 s'appuyant sur le rapport « Accélérer le virage numérique » de la stratégie de transformation du système de santé. Pour favoriser son développement, la téléconsultation et la télé-expertise sont entrées dans le périmètre des actes remboursables par l'assurance maladie depuis septembre 2018 pour les téléconsultations et depuis février 2019 pour la télé-expertise. Cette mise en place fait suite à l'arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n°6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.

De plus, pour contribuer au développement de la télémédecine et faciliter le recours à la téléconsultation, l'avenant n°15 à la convention des pharmaciens (signé le 6 décembre 2018), intègre le déploiement des téléconsultations en officine. Le réseau officinal peut jouer un rôle important dans le développement de la télémédecine du fait de sa proximité d'accès qu'il offre à la population et notamment dans les déserts médicaux. La mission qui leur est confiée consiste à proposer aux patients l'accès à la téléconsultation en officine permettant de préserver la confidentialité des données, ainsi qu'une assistance au médecin téléconsultant pour la réalisation des actes nécessaire à l'examen. Une participation forfaitaire sera versée par l'assurance maladie annuellement afin de soutenir leur investissement. Le décompte des téléconsultations réalisées au sein de l'officine intervient sur la base d'un code traceur dans les bases de l'assurance maladie. Les premières données apparues en janvier 2020 dans le système d'information de la MSA indiquent que leur nombre est pour l'instant limité (environ 40 sur les mois de janvier et février 2020).

L'avenant n°6 à la convention des infirmiers libéraux prévoit également d'encourager la télémédecine avec la participation des infirmiers dans sa mise en œuvre. Cette nouvelle mesure valorise l'infirmier amené à accompagner le patient dans le cadre de téléconsultations organisées à la demande et avec le médecin. Trois nouveaux actes ont été créés en janvier 2020. Sur les mois de janvier et février 2020, une vingtaine de ces actes a été remboursée par la MSA.

Les objectifs poursuivis par les pouvoirs publics sont multiples :

- lutter contre les déserts médicaux en facilitant l'accès aux soins ;
- renforcer la qualité des soins, améliorer la santé et la qualité de vie des patients, en renforçant notamment la coordination entre les professionnels de santé ;
- améliorer l'efficacité du système de santé en garantissant des soins de qualité tout en réalisant des économies, grâce notamment à une baisse du nombre de séjours hospitaliers, des frais de transport des patients et des arrêts de travail liés aux consultations de suivi.

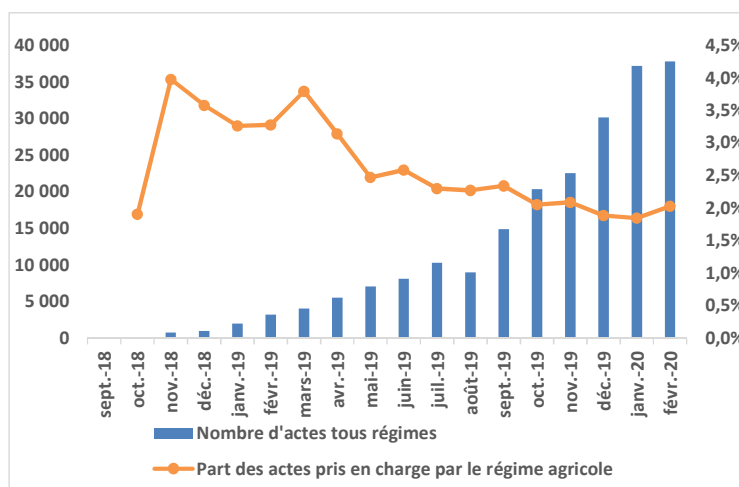
Le recours à ces actes est soumis à certaines conditions :

- Respect du parcours de soins, avec les exceptions standards : spécialités en accès direct, patients de moins de 16 ans, patients ne disposant pas de médecin traitant ou dont le médecin traitant n'est pas disponible dans le délai compatible avec leur état de santé.
- Consentement préalable du patient.
- Le patient doit être connu du médecin télé-consultant, c'est-à-dire avoir effectué au moins une consultation en présentiel dans les 12 mois précédent la téléconsultation, sauf dans le cas d'une télé-expertise de premier niveau, ou si le patient ne dispose pas de médecin traitant, ou si le médecin traitant n'est pas disponible dans le délai compatible avec l'état
- Respect des conditions de sécurité et de confidentialité : la téléconsultation doit obligatoirement être réalisée par vidéotransmission. Les échanges entre médecin requis et médecin requérant dans le cadre d'une télé-expertise, doivent s'appuyer sur le recours à une Messagerie Sécurisée de Santé (MSS) ou une plateforme garantissant les conditions de confidentialité et de sécurité dues au traitement des données de santé.
- Une téléconsultation ou télé-expertise doit faire l'objet d'un compte-rendu établi par le médecin télé-consultant archivé dans son propre dossier patient et dans le dossier médical partagé (DMP) du patient si ce dernier est ouvert.
- Un avenant à la convention de 2016 signé le 11 février 2020 a élargi les conditions d'accès à la télémédecine. Il prévoit d'une part que les structures d'exercice coordonnées pour pouvoir intervenir dans ce domaine doivent recueillir l'avis de la commission paritaire locale. Il indique par ailleurs des exceptions à la connaissance préalable nécessaire du patient pour ce qui concerne l'ophtalmologie et la psychiatrie.

En 2019, 139 850 actes de téléconsultation ou de télé-expertise ont été remboursés par l'assurance maladie (98% concernent des actes de téléconsultation, 2% de télé-expertise) pour un montant remboursé total de 2,8 millions d'euros, soit un montant moyen remboursé par acte de 20 €. Ces actes ont concerné 98 995 patients. Depuis leur prise en charge, la croissance de ces actes est exponentielle. Le nombre d'actes remboursés en février 2020 atteint 37 769 pour la téléconsultation et 782 pour la télé-expertise (tous régimes).

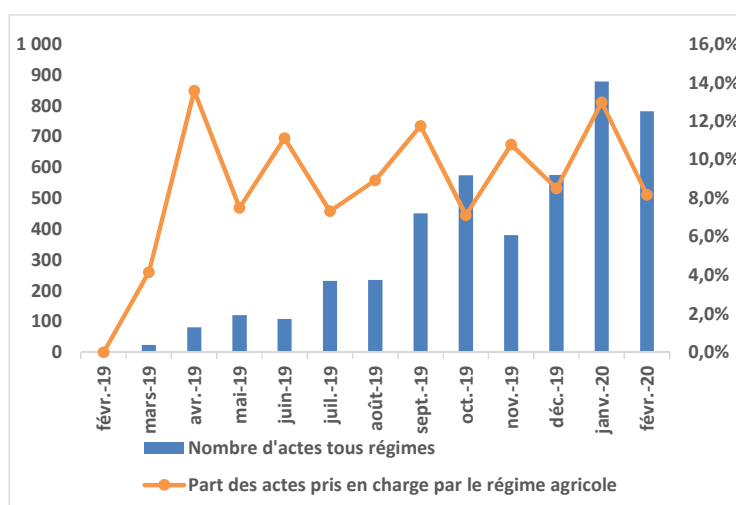
On observe la même augmentation rapide du nombre d'actes de télémédecine réalisés pour des patients affiliés au régime agricole. En février 2020, 764 actes de téléconsultation et 64 actes de télé-expertise ont été remboursés par la MSA. La part des actes de téléconsultation remboursés par la MSA sur le total inter-régimes est assez faible (2,3 % en 2019, soit 3 123 actes). Elle est en revanche plus élevée pour la télé-expertise (9,2 % en 2019, soit 255 actes). Cela s'explique par le fait que les patients ayant recours à la télé-expertise sont plus âgés (moyenne d'âge : 64 ans) que ceux ayant recours à la téléconsultation (moyenne d'âge : 37 ans) et que le régime agricole concentre une patientèle plus âgée que les autres régimes.

Graphique 39 :
Évolution du nombre de téléconsultations remboursées par l'assurance maladie



Source : SNDS – Exploitation MSA

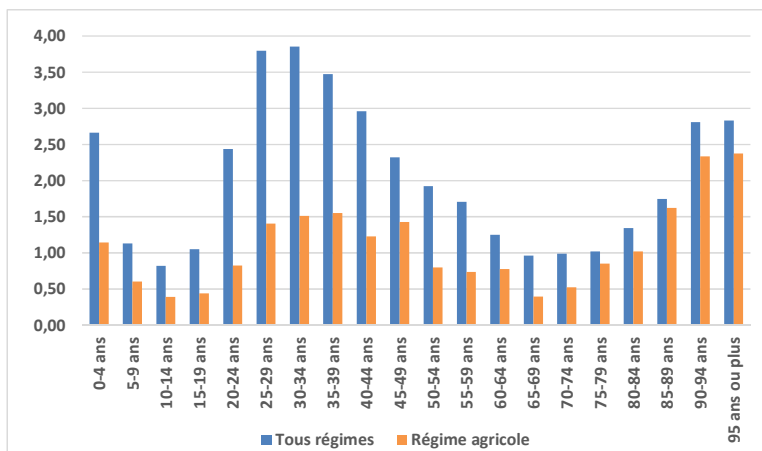
Graphique 40 :
Évolution du nombre de télé-expertises remboursées par l'assurance maladie



Source : SNDS – Exploitation MSA

Tous régimes confondus, les patients ayant le plus fréquemment recours aux téléconsultations sont ceux situés dans la classe d'âge des jeunes actifs (25-45 ans) et aux âges extrêmes de la vie (moins de 4 ans et plus de 90 ans). Au régime agricole, ce sont les patients de plus de 85 ans qui ont davantage recours aux téléconsultations. Pour toutes les classes d'âge, on observe que les patients du régime agricole ont un recours plus faible que l'ensemble des patients tous régimes confondus, particulièrement chez les moins de 4 ans et la classe d'âge des actifs (20-64 ans).

Graphique 41 :
Nombre de téléconsultations remboursées en 2019 pour 1 000 patients



Source : SNDS – Exploitation MSA

La télé-expertise concerne des patients plus âgés et plus malades que ceux ayant recours à la téléconsultation. En effet, le recours est plus fréquent pour les patients âgés de plus de 85 ans en comparaison aux autres classes d'âge. La part de patients en affection de longue durée (ALD) est de 73 % pour la télé-expertise, tandis qu'elle est de 29 % pour la téléconsultation.

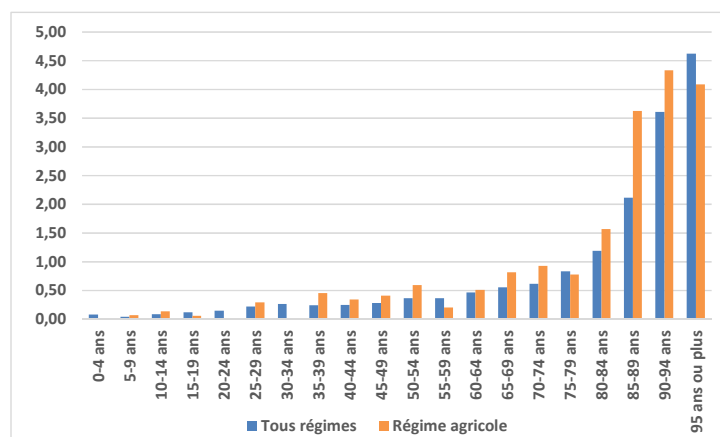
La population du régime agricole a un taux de recours à la télé-expertise plus élevé en moyenne que l'ensemble de la population.

Ceci semble conforme aux volontés des pouvoirs publics qui souhaitent pour l'instant réserver la télé-expertise aux patients résidant en zones sous denses, et dans lesquelles s'appliquent les aides démographiques conventionnelles, en plus des situations suivantes :

- en affection de longue durée (ALD),
- atteints de maladies rares,
- résidant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou dans des structures médico-sociales,
- détenus.

Le calendrier de déploiement de la télé-expertise au profit de l'ensemble des patients devrait être défini avant la fin de l'année 2020.

**Graphique 42 :
Nombre de télé-expertises remboursées en 2019 pour 10 000 patients**



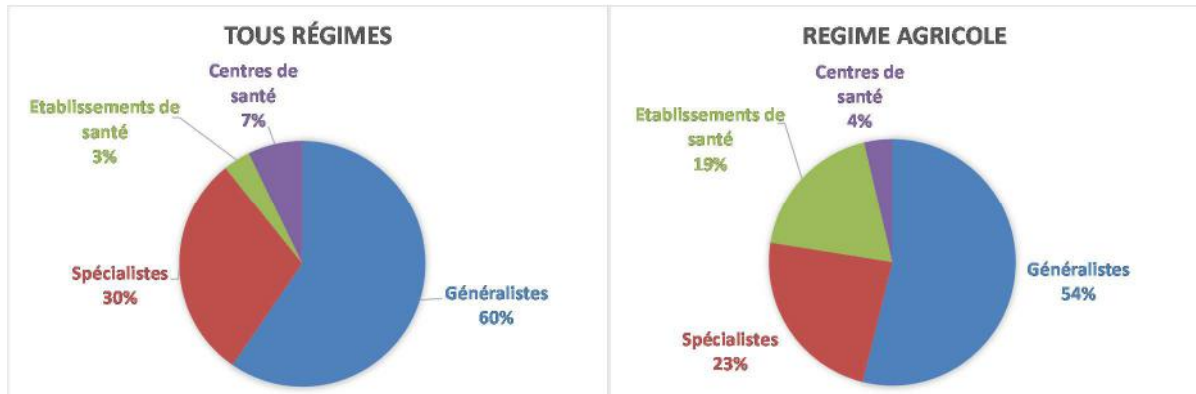
Source : SNDS – Exploitation MSA

Les ALD les plus courantes pour les patients ayant recours à la télé-médecine sont le diabète, les épisodes dépressifs, les tumeurs malignes du sein et les dorsalgies.

Les patients ayant recours à la télé-médecine et âgés de 16 ans ou plus ont déclaré un médecin traitant dans 96% des cas.

Les médecins les plus souvent téléconsultés sont les généralistes libéraux (60%) et les spécialistes libéraux (30%). Parmi les spécialités les plus sollicitées figurent la psychiatrie, la pédiatrie et la gynécologie obstétrique. Au régime agricole, les patients recourent plus souvent aux médecins salariés des établissements de santé (activité externe) que dans les autres régimes (19% des actes versus 3% pour l'ensemble des patients).

Graphiques 43.1 et 43.2 :
Répartition du nombre de téléconsultations par type de professionnel de santé



Source : SNDS – Exploitation MSA

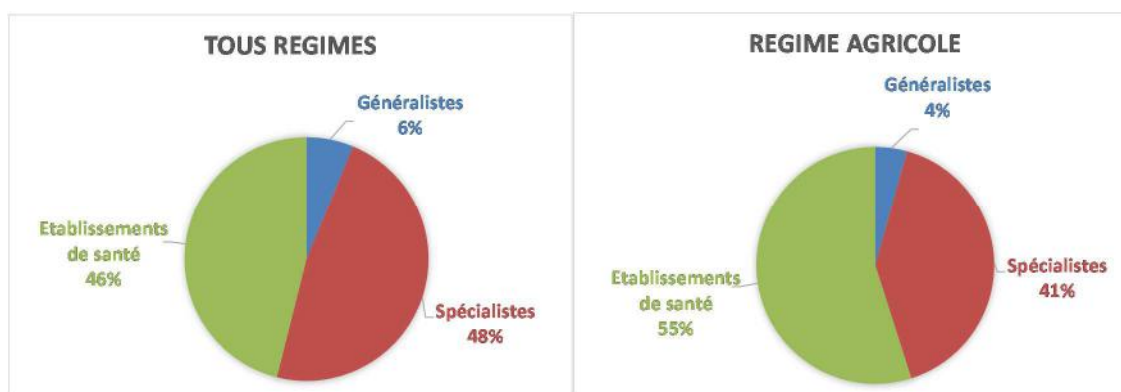
Tableau 55 :
Répartition des téléconsultations réalisées en 2019 selon la spécialité du professionnel de santé

Type de professionnel de santé	Tous régimes		Régime agricole	
	Nombre de téléconsultations	%	Nombre de téléconsultations	%
Généralistes	81 706	59,6%	1 682	53,9%
Spécialistes	40 641	29,7%	739	23,7%
PSYCHIATRIE GENERALE	12652	9,2%	248	7,9%
PEDIATRIE	8747	6,4%	112	3,6%
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	8576	6,3%	194	6,2%
ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISMES	2039	1,5%	29	0,9%
NEPHROLOGIE	1939	1,4%	12	0,4%
GYNECOLOGIE MEDICALE	1491	1,1%	21	0,7%
DERMATOLOGIE ET VENEROLOGIE	992	0,7%	25	0,8%
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE	597	0,4%	29	0,9%
GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	461	0,3%	13	0,4%
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE MEDICALE	440	0,3%	5	0,2%
NEUROPSYCHIATRIE	313	0,2%	1	0,0%
OTO RHINO-LARYNGOLOGIE	309	0,2%	6	0,2%
MEDECINE INTERNE	298	0,2%	12	0,4%
CHIRURGIE GENERALE	287	0,2%	4	0,1%
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	262	0,2%	7	0,2%
RHUMATOLOGIE	250	0,2%	5	0,2%
PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT	242	0,2%	6	0,2%
NEUROLOGIE	197	0,1%	4	0,1%
CHIRURGIE UROLOGIQUE	117	0,1%	0	0,0%
AUTRES SPECIALITES	432	0,3%	6	0,2%
Etablissements de santé	4 890	3,6%	587	18,8%
DERMATOLOGIE ET VENEROLOGIE	1 305	1,0%	0	0,0%
NON RENSEIGNE	936	0,7%	587	18,8%
GERIATRIE	538	0,4%	0	0,0%
MEDECINE GENERALE	517	0,4%	0	0,0%
PSYCHIATRIE GENERALE	175	0,1%	0	0,0%
MEDECINE INTERNE	171	0,1%	0	0,0%
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	125	0,1%	0	0,0%
ANESTHESIOLOGIE - REANIMATION CHIRURGICALE	116	0,1%	0	0,0%
ONCOLOGIE MEDICALE	111	0,1%	0	0,0%
ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISMES	100	0,1%	0	0,0%
CHIRURGIE VASCULAIRE	100	0,1%	0	0,0%
AUTRES SPECIALITES	696	0,5%	0	0,0%
Centres de santé	9 828	7,2%	115	3,7%
Inconnu	1	0,0%	0	0,0%
TOTAL	137 066	100%	3 123	100%

Source : SNDS – Exploitation MSA

Concernant la télé-expertise, la plupart des actes est effectuée par des spécialistes libéraux en ville ou en clinique (48%), ou lors de l'activité externe des médecins salariés des établissements de santé (46%). Pour les patients affiliés au régime agricole, ce sont les médecins des établissements de santé qui sont le plus souvent sollicités (55% des actes). Les spécialités les plus sollicitées sont la cardiologie, la médecine interne, la dermatologie, la gériatrie, la rhumatologie et l'oto-rhino-laryngologie (ORL).

Graphiques 44.1 et 44.2 :
Répartition du nombre de télé-expertises par type de professionnel de santé



Source : SNDS – Exploitation MSA

Tableau 56 :
Répartition des télé-expertises réalisées en 2019 selon la spécialité du professionnel de santé

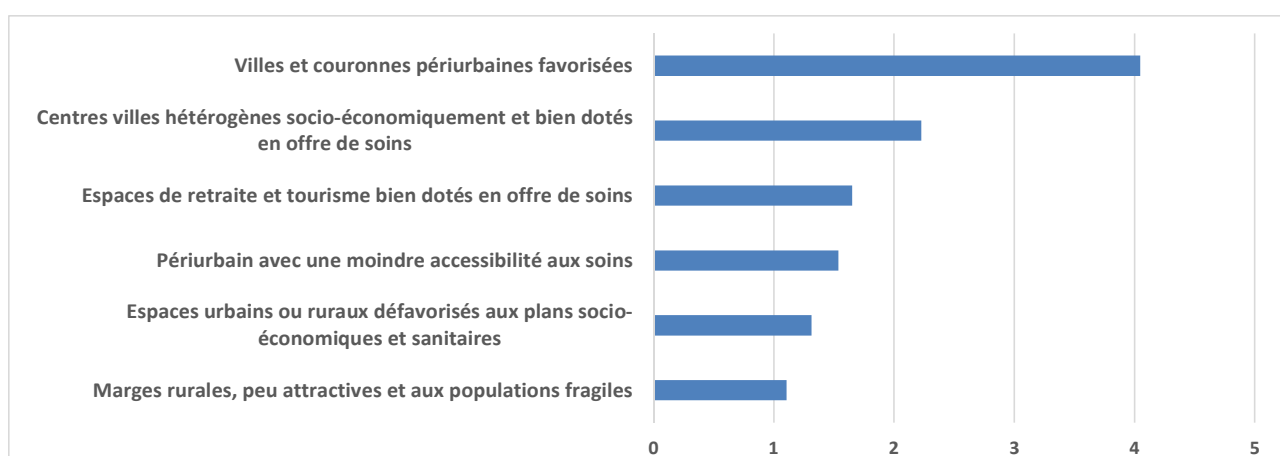
Type de prescripteurs	Tous régimes		Régime agricole	
	Nombre de télé-expertises	%	Nombre de télé-expertises	%
Généralistes	173	6,2%	11	4,3%
Spécialistes	1 328	47,7%	104	40,8%
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE	629	22,6%	54	21,2%
DERMATOLOGIE ET VENEROLOGIE	284	10,2%	19	7,5%
OTO RHINO-LARYNGOLOGIE	130	4,7%	1	0,4%
OPHTALMOLOGIE	92	3,3%	16	6,3%
PNEUMOLOGIE	74	2,7%	5	2,0%
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	43	1,5%	4	1,6%
CHIRURGIE GENERALE	43	1,5%	4	1,6%
AUTRES SPECIALITES	33	1,2%	1	0,4%
Etablissements de santé	1 283	46,1%	140	54,9%
MEDECINE INTERNE	295	10,6%	0	0,0%
NON RENSEIGNE	201	7,2%	140	54,9%
GERIATRIE	199	7,1%	0	0,0%
DERMATOLOGIE ET VENEROLOGIE	155	5,6%	0	0,0%
RHUMATOLOGIE	154	5,5%	0	0,0%
RADIOLOGIQUE ET IMAGERIE MEDICALE	84	3,0%	0	0,0%
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE	41	1,5%	0	0,0%
CHIRURGIE VASCULAIRE	27	1,0%	0	0,0%
MEDECINE GENERALE	20	0,7%	0	0,0%
AUTRES SPECIALITES	107	3,8%	0	0,0%
TOTAL	2 784	100%	255	100%

Source : SNDS – Exploitation MSA

L'analyse au niveau géographique cumule les deux types de télémédecine du fait du faible effectif de télé-expertises qui rend difficilement interprétables les résultats au niveau des territoires de vie.

Le recours à la télémédecine concerne majoritairement des zones urbaines à la population plutôt jeune et/ou favorisée (région parisienne, grandes villes de l'est, du nord et du sud de la France) (**Carte 14 et Graphique 45**). Cela peut s'expliquer par la meilleure adhésion de cette population aux moyens numériques pour le recours aux soins. Par ailleurs, dans les zones rurales et semi-rurales, l'offre de télémédecine est moins importante du fait notamment d'un accès plus difficile au réseau numérique.

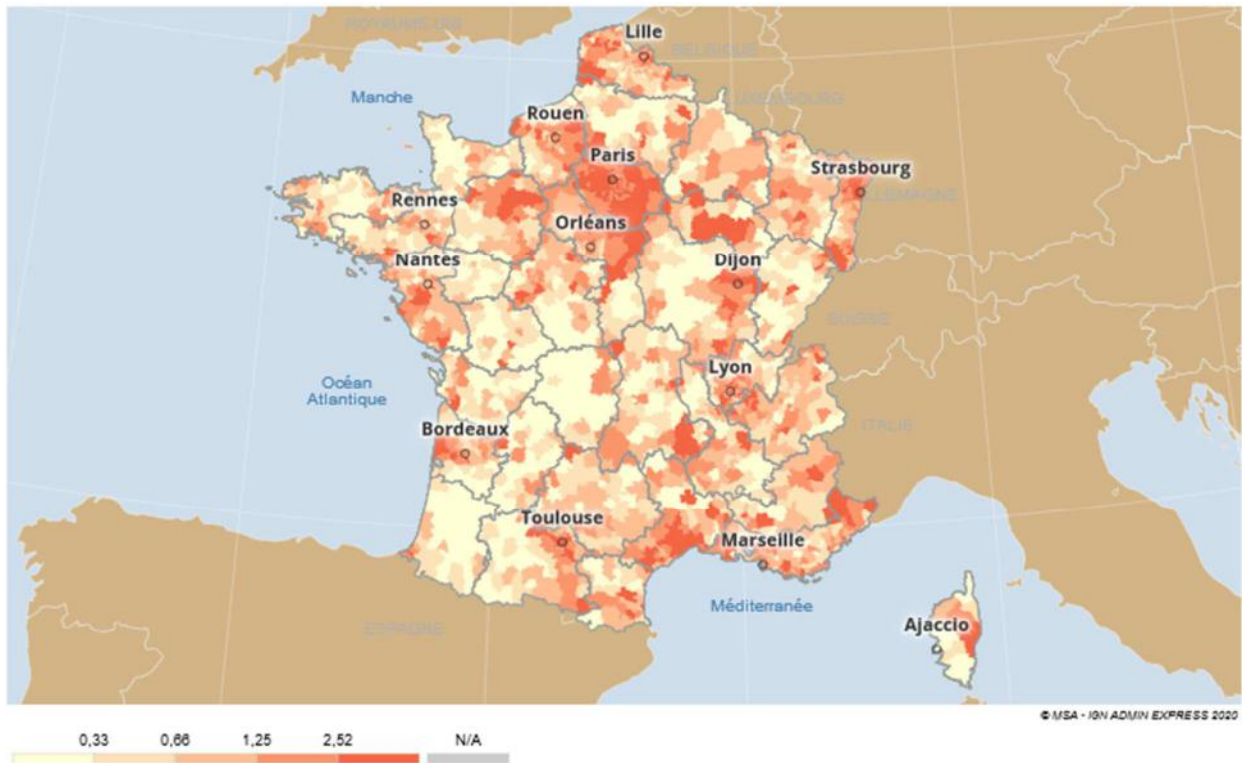
Graphique 45 :
Nombre de téléconsultations ou de télé-expertises remboursées en 2019
pour 1 000 habitants (tous régimes) selon la typologie des territoires de l'IRDES



Source : SNDS – Exploitation MSA

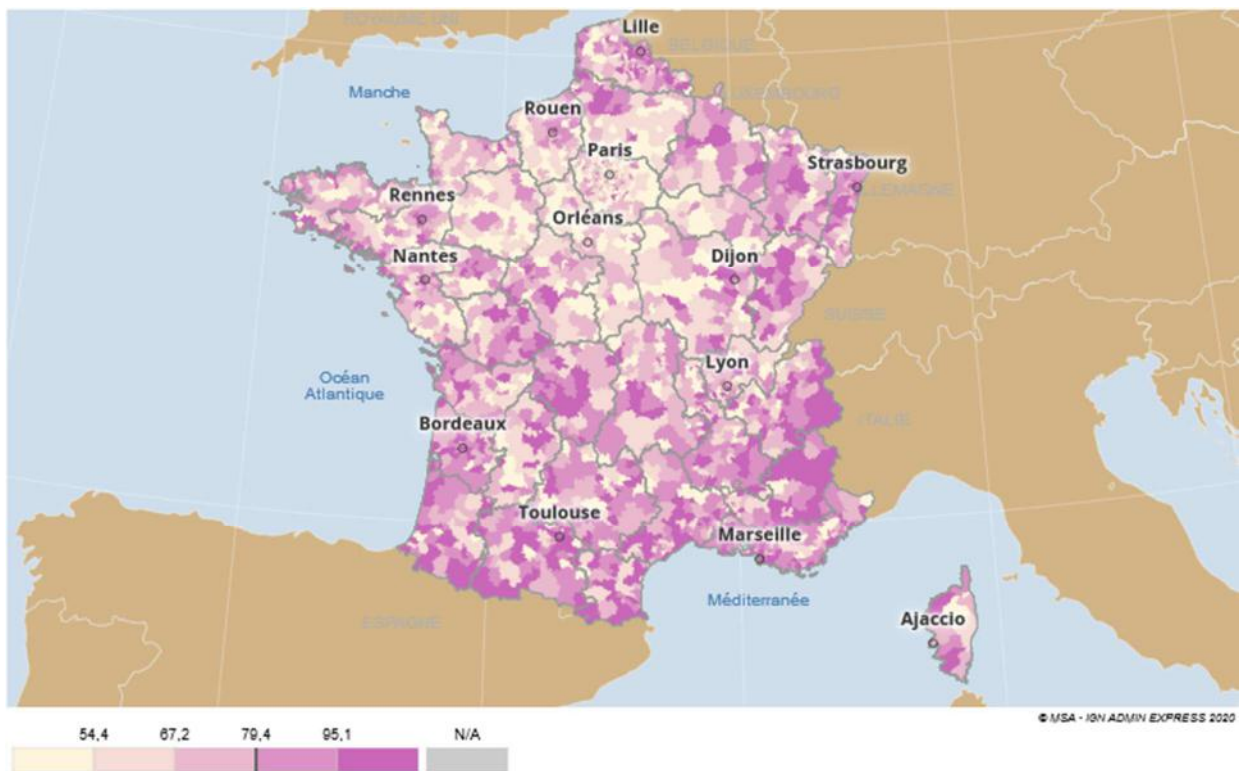
En comparant la cartographie du recours à la télémédecine et celle de l'offre ambulatoire de médecins généralistes (**Cartes 14 et 15**), on peut voir que, dans certaines zones, notamment en Ile-de-France et autour de cette région, le recours à la télémédecine peut compenser la faiblesse de l'offre de soins. Mais cette corrélation ne se vérifie pas sur tous les territoires. Au global, on note une très légère corrélation négative entre le taux de recours à la télémédecine et la densité de médecins généralistes ($r = - 0.05$, $p < 0.05$).

Carte 14 :
Nombre d'actes de télémedecine remboursés en 2019 (tous régimes) par territoire de vie pour 1 000 habitants selon le lieu de résidence du patient



Source : SNDS – Exploitation MSA, Insee RP 2016

Carte 15 :
Densité de médecins généralistes libéraux actifs par territoire de vie (pour 100 000 habitants) en 2018



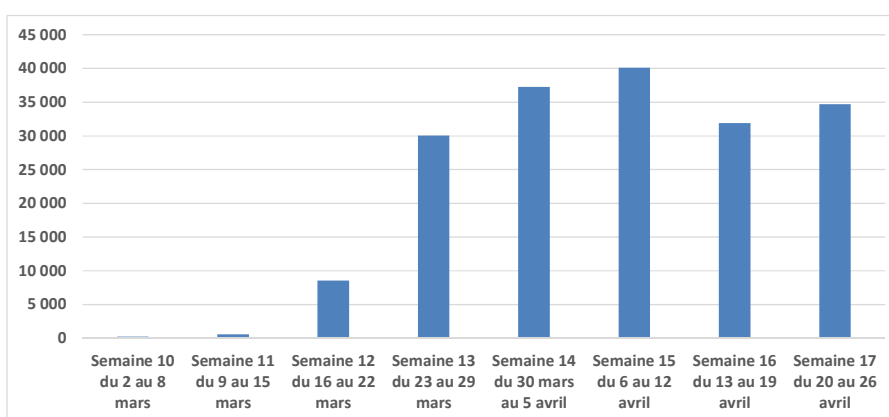
Source : CartoSanté, SNDS, Insee RP 2016

Focus sur le recours aux téléconsultations par les patients du régime agricole durant la crise sanitaire du Covid-19

Les mois de mars et avril 2020 ont été marqués par les mesures de confinement prises suite à l'arrivée du Covid-19 en France. Dès la première semaine de confinement, le recours à la télémédecine a connu une croissance inédite. Alors que le nombre hebdomadaire de téléconsultations effectuées pour des patients du régime agricole était inférieur à 600 durant la première quinzaine de mars (**Graphique 46**), il atteint plus de 40 000 actes en semaine 15 (du 6 au 12 avril)³⁴. Sur l'ensemble des téléconsultations effectuées durant les mois de mars et d'avril, une cinquantaine a été réalisée en officine (0,03 %) et un peu plus de 400 par l'intermédiaire d'un infirmier libéral (0,2 %).

Graphique 46 :

Nombre de téléconsultations effectuées pour des patients du régime agricole en mars et avril 2020 (données en date de soins avec les remboursements à fin avril 2020)

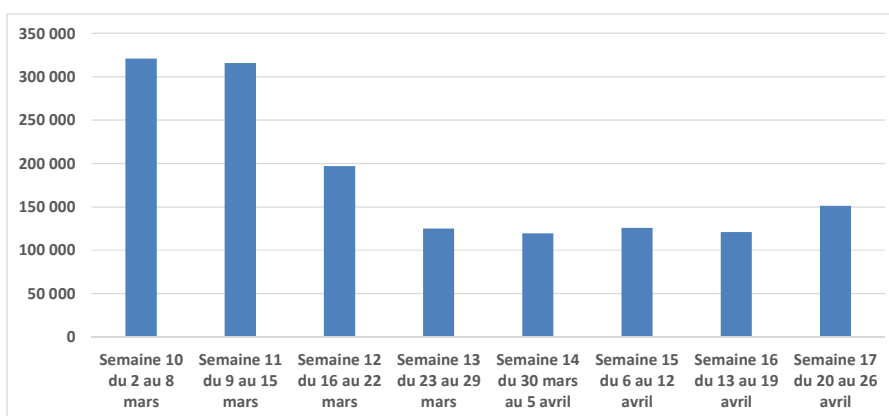


Source : CCMSA/Flux RAAMSES

En parallèle, le nombre de consultations et visites a chuté (**Graphique 47**), passant de plus de 300 000 consultations et visites par semaine avant le début du confinement (semaines 10 et 11) à environ 120 000 à partir de la 2^{ème} semaine de confinement (semaine 13). La part des consultations à distance est ainsi passée de 0,1 % semaine 10 à 24,2 % semaine 15.

Graphique 47 :

Nombre de consultations et visites effectuées pour des patients du régime agricole en mars et avril 2020 (données en date de soins avec les remboursements à fin avril 2020)



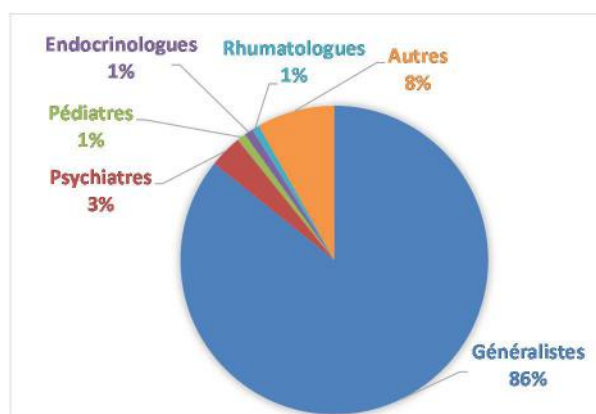
Source : CCMSA/Flux RAAMSES

³⁴ Chiffres sous-estimés, notamment pour les deux dernières semaines d'avril, puisque le dernier mois de remboursement à disposition est avril 2020 et que certaines téléconsultations seront remboursées après avril 2020.

Cette forte croissance des téléconsultations a été soutenue par des mesures dérogatoires assouplissant les règles de facturation durant la crise épidémique, avec notamment une prise en charge à 100 % pour tous les patients quel que soit le motif, à compter du 20 mars 2020 et jusqu'à la date de cessation de l'état d'urgence sanitaire. Cette dérogation s'applique pour les téléconsultations réalisées par vidéo-transmission mais aussi, sous certaines conditions, aux téléconsultations réalisées par simple communication téléphonique. De nouvelles professions telles que sages-femmes, infirmiers, orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes ont également été autorisées à exercer à distance dans le cadre du Covid-19.

La MSA ne dispose dans ses bases de données que des téléconsultations qui ont fait l'objet d'une facturation individuelle. Pour les téléconsultations réalisées en hôpital public, seules celles réalisées par les établissements dans le périmètre FIDES sont disponibles. Ainsi, 98,3 % des téléconsultations remboursées par la MSA ont été réalisées en ville (libéraux en cabinet, centre de santé ou clinique) et 1,7 % réalisées en établissements publics (FIDES). Avant la crise du Covid-19, 54 % des téléconsultations étaient réalisées par des médecins généralistes libéraux (cf. première partie de l'étude). Sur la période mars-avril 2020, cette part atteint 86 % (**Graphique 48**). La moyenne d'âge des patients ayant télé-consulté est de 59 ans (52 ans avant mars 2020). Ce sont majoritairement des femmes (dans 55 % des cas) et dans 46 % des cas le patient est en ALD (40 % avant mars 2020).

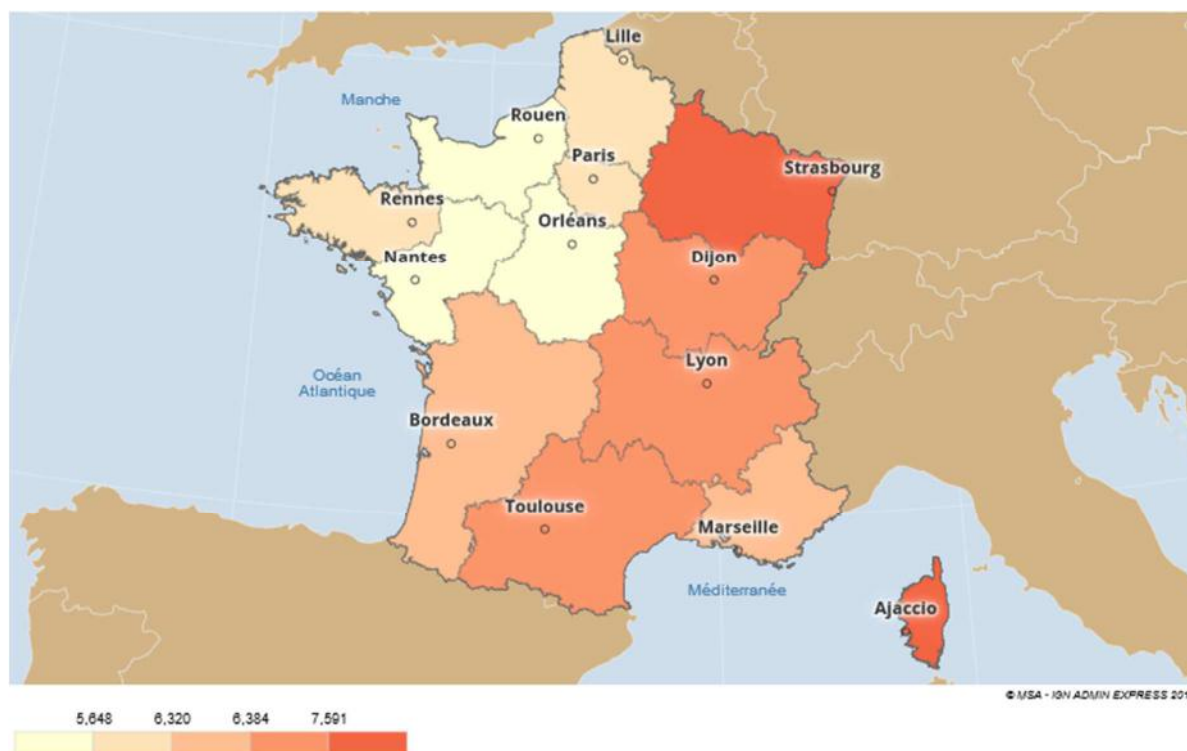
Graphique 48 :
Répartition des téléconsultations réalisées en mars et avril 2020 selon la spécialité du médecin



Source : CCMSA/Flux RAAMSES

Rapporté à la population protégée, le nombre de téléconsultations réalisées en mars et en avril 2020 est plus élevé dans les régions de l'est que dans les régions de l'ouest de la France, avec notamment un fort recours dans le Grand Est fortement touché par le Covid-19 (**Carte 16**).

Carte 16 :
Nombre de téléconsultations réalisées en mars et avril 2020 pour 100 affiliés au régime agricole



Source : CCMSA/Flux RAAMSES, RNIAM

La crise sanitaire du Covid-19 a eu pour conséquence un report des soins non urgents, et notamment une baisse des consultations et visites des médecins généralistes et spécialistes libéraux. En parallèle, le nombre de téléconsultations, en particulier celles réalisées par les généralistes, a connu une croissance sans précédent. Elles ont permis l'orientation et le suivi des patients symptomatiques du Covid-19, mais aussi le suivi des patients ne pouvant reporter leur consultation. Cette nouvelle façon de consulter son médecin pourrait perdurer et être mieux adoptée qu'avant l'épidémie à la fois par les professionnels de santé et par les patients. Pour accompagner le développement de la télémédecine pour les ressortissants du régime agricole et répondre aux objectifs fixés par les pouvoirs publics, il paraît nécessaire de s'assurer que l'ensemble des territoires, et plus particulièrement les territoires ruraux, sont équipés des outils nécessaires à son recours et les professionnels de santé formés à ceux-ci. Il convient également de renforcer l'information et la promotion de ce dispositif auprès des assurés et des professionnels de santé au sein de ces territoires.

3.5.2. Contribuer à l'infogérance de gestion des outils informatiques pour le compte d'autres régimes

Le développement des partenariats est un fort enjeu pour la MSA pour renforcer sa position vis-à-vis des Pouvoirs Publics et de l'inter-régime.

Le champ du partenariat entre la MSA et d'autres régimes obligatoires d'Assurance maladie et d'Accident du travail s'est fortement élargi depuis 2019 puisque 5 nouveaux organismes ont choisi de déléguer tout ou partie de leur activité à la MSA. Il s'agit de la Caisse des Français de l'Etranger (CFE), du Fonds de Sécurité Sociale de l'Assemblée Nationale (FSSAN), du Régime Autonome de Sécurité Sociale du Sénat (RA3S), de la Mutuelle Autonome Générale de l'Education (MAGE) dans le champ de l'assurance maladie et de la Caisse Nationale des Industries Electriques et Gazières (CNIEG) dans le champ des rentes Accidents du Travail Maladies Professionnelles.

Pour la CFE, le partenariat comporte deux volets : une infogérance de l'outil informatique pour la gestion des soins de ville France et une délégation de gestion. Le projet a abouti à une mise en service en décembre 2019. Cela permet à la CFE notamment de commencer progressivement la délivrance des cartes vitale pour leur population protégée pour les « soins France », comme prévu par la LFSS 2017.

Pour le Fonds de Sécurité Sociale de l'Assemblée Nationale (FSSAN), du Régime Autonome de Sécurité Sociale du Sénat (RA3S), de la Mutuelle Autonome Générale de l'Education (MAGE), il s'agit d'une mise à disposition des outils informatiques pour la gestion des frais de santé. Cette infogérance doit être opérationnelle au 3^{ème} trimestre 2020.

Ainsi, pour 2021, la MSA poursuivra sa contribution dans l'infogérance de gestion des outils informatiques avec (ou sans) délégation de gestion des frais de santé et/ou des prestations en espèces des assurances maladie et ATMP pour le compte d'autres régimes.

3.5.3. Prédire les arrêts de travail à partir des technologies de l'intelligence artificielle

La MSA a initié en juillet 2019 une expérimentation basée sur l'exploitation de ses bases de données administratives et les technologies dites d'intelligence artificielle. Le cas d'usage de l'expérimentation en science de la donnée a eu trait à la prédiction des arrêts de travail en maladie de « longue durée ».

A partir d'un historique des situations d'incapacité de travail hors accident du travail, maladie professionnelle ou congé maternité, les algorithmes mis en œuvre ont permis de délivrer un gradient de risque de prolongement de l'arrêt pour une période donnée. L'expérimentation s'est principalement concentrée sur la prédiction des arrêts de travail en maladie au régime des salariés agricoles, la date de mise en place du dispositif d'indemnisation des arrêts de travail liés à la maladie - 1^{er} janvier 2014 - rendant l'exercice plus incertain au régime des non-salariés agricoles. L'appréciation du caractère « long » de l'arrêt maladie a reposé sur des critères opérationnels ou statistiques et non réglementaires. Selon l'article L324-1 du Code de la Sécurité sociale, l'arrêt de travail en maladie est de longue durée s'il excède une période 6 mois. Dans le cas de l'expérimentation, la borne a été fixée à trois mois. Dans toutes ses phases, ce travail s'est appuyé sur des données individuelles pseudonymisées avec des garanties prises pour minimiser les risques de réidentification.

Au final, l'expérimentation a démontré la faisabilité et l'intérêt de mobiliser les technologies de pointe d'apprentissage automatique pour la détection de situation de fragilité. A ce stade, les premiers résultats, prometteurs, autorisent des prolongements opérationnels dont les modalités concrètes restent à définir en 2020 avec les services du contrôle médical et de la médecine du travail en charge d'apprécier l'aptitude des salariés à la reprise d'activité.

3.5.4. Développer des travaux de recherche en partenariat

Pour mémoire, la MSA mettait en œuvre **en 2019** les bases institutionnelles et organisationnelles de son projet scientifique par la création de deux instances spécifiques : un **Comité d'orientation scientifique**, en charge d'orienter la politique scientifique de la MSA et composé d'élus, **appuyé** par un **Conseil scientifique**, comprenant des personnalités extérieures qualifiées issues de différentes disciplines, chargé de garantir la qualité des méthodes de recherche et d'acquisition des connaissances.

En cohérence avec la politique d'innovation portée par la stratégie MSA 2025, la MSA souhaitait **marquer son soutien aux projets d'exploration scientifique pertinents, innovants dans leur approche, et relevant de la protection sociale agricole**, sous la condition d'une démarche structurée et valide en terme d'exigence scientifique, l'objectif étant d'enrichir sa connaissance du monde rural et de ses ressortissants **dans leurs multiples dimensions** : sanitaire, préventive, médico-sociale, sociale, professionnelle, alimentaire et environnementale.

Les axes stratégiques mis en relief par le Comité d'orientation scientifique ont permis au Conseil scientifique de dégager les 3 questions de recherche suivantes :

- L'amélioration de la compréhension de la survenue du suicide dans les professions de l'agriculture,
- L'étude des impacts de la transition agro écologique sur la santé dans les professions de l'agriculture,
- La mesure de l'efficacité d'actions de prévention réalisées par la MSA.

Sur la méthode, le Conseil scientifique a estimé que l'appel à projets constituait le support le plus adapté, notamment en ce qu'il reste ouvert à une pluralité d'hypothèses de travail.

Un premier appel à projets, lancé le 27 janvier 2020 sur le site internet de la MSA ([msa.fr](https://www.msa.fr)³⁵), a recueilli à sa date de clôture **28 propositions**, sous forme de lettres d'intention, émanant d'équipes de recherche évaluées par le Haut Conseil de l'Évaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur (HCERES), laboratoires ou institutions.

La présélection réalisée par le Conseil scientifique à mi-avril, ouvre actuellement sur une phase de sélection finale basée sur l'analyse des projets complets.

Cette seconde étape permettra au Conseil scientifique d'arrêter à mi-septembre 2020, la liste des projets retenus.

³⁵ <https://www.msa.fr/lfy/fr/recherche-innovation>

Par ailleurs, **la CCMSA a initié un partenariat avec le laboratoire TIMC**, porteur d'une chaire santé au sein de l'Institut d'Intelligence Artificielle « MIAI » de Grenoble, autour d'un projet dénommé TRACTOR, pour « TRACKing and MoniToring Occupational Risks in agriculture », c'est-à-dire, « détecter et surveiller les risques professionnels dans le monde agricole ».

Ce partenariat s'inscrit dans la continuité des travaux réalisés dans le cadre d'une convention recherche développement tripartite CCMSA-ANSES-TIMC financée par l'ANSES (et dont le financement arrive à échéance au 30/09/2020).

D'autres modèles statistiques (modèles de Cox) seront déployés afin de mieux prendre en compte la dimension temporelle. A partir de ces modèles, les données nettoyées et préparées seront analysées en vue d'identifier des signaux statistiques dénotant d'une association entre pratiques agricoles et maladies incidentes chez les non-salariés agricoles et salariés agricoles.

Plusieurs réponses à des appels d'offre sont en cours pour obtenir les financements nécessaires pour poursuivre ces développements et tenter d'explorer certains signaux particuliers. A titre d'exemple, un travail d'analyse descriptive des cas des maladies d'Alzheimer et autres démences associées a été réalisé dans le cadre d'un master recherche, pour l'instant chez les non-salariés agricoles (permettant de décrire les différences d'incidence selon les métiers, tout en prenant en compte l'âge et le sexe qui sont deux paramètres majeurs). Ces travaux seront prochainement étendus aux salariés agricoles et retraités. De nombreux autres cas d'études ont été identifiés. Les médicaments seront prochainement ajoutés aux algorithmes, et un projet de réunir les différentes données au sein d'une base graphe permettant de mieux relier les données a été proposé.



Annexes

Annexe 1 : Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2019-2020

1.1. Axe « Lutte contre les inégalités de santé par la prévention, la promotion de la santé et l'éducation à la santé »

Proposition 1 : Mettre en œuvre un plan de prévention des conduites addictives

Le plan de prévention des conduites addictives MSA contribue à la prévention des conduites addictives (alcool, tabac, médicaments psychotropes, cannabis) pour les assurés du régime agricole.

En 2020, la MSA initie la conception d'un atelier collectif senior sur la thématique des addictions. L'offre de la MSA en matière de prévention auprès des seniors est centrée principalement sur les actions collectives seniors de prévention. Ces ateliers sont en conformité avec des référentiels thématiques, élaborés par l'interrégime retraite (CNAV, CCMSA, CNRACL). La diversité des sujets proposés (multithématiques ou une seule thématique) permet une complémentarité les uns avec les autres pour répondre aux besoins et aux questionnements les plus larges des seniors. Ils peuvent ainsi intégrer un « parcours de prévention » abordant l'ensemble du Bien Vieillir. Ces actions collectives de prévention sont identifiées comme actions concrètes du plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie en réponse aux mesures de la loi ASV.

L'action reposera sur les objectifs opérationnels suivants :

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

L'action se présente sous la forme d'un programme composé de séances collectives d'une durée de une heure trente au maximum et d'une séance d'évaluation individuelle finale (un mois après le dernier module collectif).

Chaque module porte sur une thématique principale en réponse aux objectifs opérationnels identifiés.

Elles visent principalement à développer des compétences psychosociales à partir d'outils pédagogiques afin de fournir aux seniors les clés pour se prémunir contre les substances psychoactives et réduire les comportements à risque. Ces séances intégreront des activités pratiques et ludiques pour favoriser la participation et la prise de conscience. Des temps de paroles et de débats auront également lieu afin de travailler sur les représentations individuelles, d'apporter et d'identifier des informations sur les conséquences d'une conduite addictive, les concomitances de substances et les orientations possibles en cas de difficultés. Les séances seront animées par des animateurs spécifiquement formés.

Quelques données sur les seniors

Les substances psychoactives à partir de 60 ans concernent essentiellement les produits licites que sont l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs) avec ou sans prescription médicale. La prévalence du tabagisme quotidien observée en 2018 était de 21,6 % pour les hommes et de 19,8 % pour les femmes pour la tranche d'âge des 55-64 ans et 11,3 % pour les hommes et 8,8 % pour les femmes pour la tranche d'âge des 65-75 ans (BEH 2019). La régularité de la consommation de l'alcool est plus fréquente à mesure que l'âge augmente pour parvenir à 84 % parmi les 65-74 ans (BEH 2019).

Selon la HAS, la consommation des médicaments psychotropes est excessive et tend à se banaliser particulièrement chez les personnes âgées. On estime qu'au-delà de 70 ans, une personne sur deux consomme de façon prolongée des médicaments anxiolytiques ou hypnotiques (benzodiazépines).

Le rapport d'analyse de collecte des données du dispositif Instants santé (2009-2014) faisait remonter que 14 % des 45-64 ans et 3,2 % des 65-74 ans déclaraient consommer du tabac.

Concernant la consommation de médicaments hypnotiques : 16,5 % des 45-64 ans déclaraient prendre au moins parfois des médicaments pour dormir et 23,6 % des 65-74 ans.

Proposition 2 : Étendre l'accompagnement du dispositif M'T dents aux enfants âgés de 4 ans non-consommants d'actes dentaires dans l'année de leurs 3 ans

En 2020, une nouvelle action de prévention bucco-dentaire à destination des enfants de 4 ans non-consommants de soins dentaires est mise en œuvre.

Cette action intégrée au dispositif institutionnel d'accompagnement du programme M'T dents prévoit la mise en place d'un examen de prévention bucco-dentaire entièrement pris en charge et sans avance de frais.

Cette action vise à augmenter le nombre de consultations des enfants de 3 ans auprès d'un chirurgien-dentiste. En cela, l'action cible exclusivement les enfants de 4 ans non-consommants de soins dentaires n'ayant bénéficié d'aucun acte bucco-dentaire dans l'année de leurs 3 ans.

L'examen est intégralement pris en charge au titre du FNPEISA et suit les mêmes modalités que les autres actions inscrites dans le dispositif d'accompagnement du M'T dents (envoi d'un courrier d'invitation et de relance, bon de prise en charge valable 1 an).

Proposition 3 : Accompagner le parcours des malades complexes en lien avec leur médecin traitant

L'action expérimentale « accompagnement des malades complexes » (AMC) a été conçue à partir des demandes récurrentes des professionnels de santé, afin de les aider à prendre en charge les assurés agricoles malades chroniques complexes.

L'intervention a consisté en un entretien entre le médecin-conseil et le médecin généraliste traitant portant sur des assurés agricoles pris en charge pour trois affections de longue durée (ALD) ou plus. Cet entretien a porté sur l'optimisation des droits sociaux des assurés, l'utilisation de l'offre locale de santé (dont les nouveaux modes de soins), les possibilités de

contribution aux frais hors du droit commun (FNASS et complémentaire santé), les prises en charge spécifiques pour certaines situations, l'aide aux aidants, la gestion des effets indésirables liés aux soins, plus un recensement des manques perçus dans l'offre territoriale. L'intervention a été menée entre avril et novembre 2019 au niveau des services du contrôle médical des caisses de MSA. Les médecins-conseils et les agents administratifs investis dans l'action ont été accompagnés par la mise à disposition d'une documentation et d'outils, des visioconférences (4), un dispositif de questions-réponses par mail et une « feuille de route de l'AMC » périodique (5 publications).

L'évaluation a eu pour finalité d'apprécier les conditions et modalités de mise en œuvre, l'efficacité, et de faire des recommandations pour la conception de futures actions de communication structurée et proactive des services du contrôle médical vers les professionnels de santé. Elle a été conduite au premier trimestre 2020 et met en lumière plusieurs enseignements dans la mise en œuvre du dispositif.

Côté MSA, une satisfaction concernant la communication (communication avec l'équipe centrale de pilotage et communication intra-caisse entre les différents services et branches des MSA) ainsi que les ressources documentaires mises à disposition. Les acteurs étant dans l'ensemble favorables à cette forme de gouvernance. Le recrutement des médecins généralistes a été rendu compliqué et laborieux par le barrage des secrétariats médicaux et le manque de disponibilité des médecins (en particulier en zones de désertification sanitaire). Les médecins-conseils ont présenté deux types d'approche selon qu'ils se sentaient légitimes dans la discussion d'une prise en charge clinique ou qu'ils se positionnaient au contraire comme non-cliniciens et plutôt experts juridico-administratifs de la santé.

Les médecins-conseils et les médecins généralistes étaient d'accord pour indiquer qu'il fallait séparer l'entretien (échange entre confrères) de son support (discussion autour des cas complexes proposés). Malgré des échanges autour de situations qui, dans certains cas, ne posaient pas de problème, les entretiens confraternels se sont pratiquement tous bien passés, qu'ils aient été réalisés par téléphone ou bien au cabinet. Certains médecins-conseils ont fait valoir que leur apport était sans doute plus important vis-à-vis des médecins généralistes qui exerçaient dans les territoires ruraux et avec une démographie faible plutôt qu'en zone urbaine. Bien qu'il soit difficile de juger de leur utilité sur la prise en charge des patients, les médecins généralistes et les médecins-conseils ont rapporté que certains des entretiens confraternels ont abouti à des prises de contact ultérieures. Par exemple pour faire avancer des projets de structuration de l'offre de soins.

Les médecins généralistes ont souvent reconnu avoir des attentes vis-à-vis d'un accompagnement par la MSA, celles-ci ne relevant pas souvent de l'ordre d'un dispositif supplémentaire mais au contraire de solutions leur permettant d'économiser leur temps dans la prise en charge des malades complexes. Ces médecins attendent donc un allègement de leur charge de travail d'ordre social, ce qui se traduit pour eux par la connaissance d'un numéro de téléphone auquel joindre un médecin-conseil ou une assistante sociale qui pourra prendre leur relais à la sortie du cabinet. Ils ont mentionné que leurs attentes relèvent souvent d'un manque d'offre sanitaire dans leur territoire. Quant au choix de la population d'assurés cible, le consensus semble être le suivant : si, par un souci de pragmatisme, la sélection (en l'occurrence la complexité) doit être appréhendée au travers des données disponibles dans les bases de la MSA (en l'occurrence les ALD), alors il faut préciser ce choix en ajoutant des critères additionnels. Ces critères de pertinence de l'intervention pourraient être l'âge des patients par exemple, avec une limite supérieure permettant de cibler des patients dans la vie active ou nouvellement retraités, voire nouvellement diagnostiqués.

Une approche différente par remontée type « bottom-up », où les professionnels de santé identifient les patients qu'ils jugent complexes et saisissent alors un médecin-conseil pour les accompagner dans l'optimisation de la prise en charge a été suggérée. Cette approche pourrait se combiner avec une démarche de présentation régulière de l'offre de la MSA aux professionnels de santé. Enfin, ces entretiens semblent mettre en lumière une corrélation entre la désertification sanitaire des territoires et la complexité des patients, suggérant une potentielle approche par ciblage géographique.

En conclusion, l'évaluation a permis d'identifier des recommandations utiles : définir précisément la population ciblée pour augmenter la valeur ajoutée de l'entretien confraternel, simplifier la prise en charge des bénéficiaires MSA par les professionnels de santé, optimiser le temps consacré par les professionnels à l'intervention, clarifier les missions et rôles des médecins-conseils de la MSA, communiquer en direction des professionnels de santé sur le portefeuille de services offerts par la MSA.

Proposition 4 : Accompagner le parcours des assurés présentant des pathologies pulmonaires agricoles sur tout le territoire

Pour mémoire, le **Réseau de prise en charge et de recherche sur les Pathologies Respiratoires Agricoles National (REPRAN)** est un réseau qui permet une prise en charge pluri-professionnelle grâce à la coordination des services SST de la MSA, les médecins-conseils et travailleurs sociaux de la MSA, les Centres de Consultations sur les Pathologies Professionnelles, les pneumologues hospitaliers des CHU. La coordination et l'animation du réseau sont assurées par l'ASEPT Franche-Comté Bourgogne. Ses principaux objectifs sont :

- **Améliorer le diagnostic et l'accompagnement médico-social des ressortissants agricoles atteints de pathologies respiratoires professionnelles agricoles** en faisant du lien entre les différents intervenants : services MSA (SST, contrôle médical, ASS), services hospitaliers (pneumologies, pathologie professionnelle), libéraux (médecin généraliste, pneumologue, etc.) et les organismes de maintien dans l'emploi ;
- **Proposer une coordination médico-administrative sur l'ensemble du territoire**, dans un souci d'équité ;
- **Former et informer** sur les Pathologies Pulmonaires Professionnelles Agricoles (PAPPA) auprès des professionnels des MSA, de santé, des filières professionnelles agricoles ;
- **D'associer les malades** dans l'esprit de l'éducation thérapeutique ;
- **De faciliter et participer à l'organisation de travaux de recherche**, à leur valorisation.

Le projet de ce réseau a été initié en 2017 et est devenu pleinement opérationnel en janvier 2019. **Le renouvellement de la convention CCMSA-MSA Franche-Comté initiale 2017-20 est en cours de signature.**

L'année 2019 a été consacrée à la mise en place de ce réseau autour de trois activités majeures (*cf. Rapport d'activité (RA), annexe*) :

1. **L'information des personnels des services MSA concernés, SST, CM, ASS**, par la réalisation de 4 journées d'information à destination des 35 CMSA à Rennes, Toulouse, Paris et Lyon (*cf annexe : RA déroulement p. 31*).

2. L'activité du REPRAN :

- Le **suivi des patients** avec les MSA et les CHU, peu nombreux, dans la mesure où la phase de communication grand public, qui ne peut commencer qu'après informations des professionnels de santé, des CHU et des services MSA, n'a pas encore débuté à ce jour.
- La **mise en place d'un tableau de suivi** des actions collectives du REPRAN (*annexe 5 du RA p. 39/40*) et d'un **outil d'enquête** des MSA pour répertorier et diffuser les modalités d'intervention sur le sujet des équipes MSA (partage de retour d'expériences).
- La diffusion des **outils de communication** (site internet, brochure, films, bibliographie,...) à destination des MSA et des professionnels de santé a été faite via les réunions d'information et les envois aux URPS et conseil des ordres professionnels, elle se poursuit au rythme des informations possibles en vie conventionnelle.
- La **construction de partenariats** en région MSA CHU (6 sites ont été visités : Tours, Montpellier, Lille, Strasbourg, Lyon, Clermont-Ferrand, *cf. annexe RA p. 11*). Ces visites où la MSA a toujours été accueillie avec intérêt et désir de collaborer, renforcent la lisibilité de l'institution auprès des CHU (pneumologie, pathologies professionnelles) qui restent des maillons forts du système de santé.
- **Formations universitaires** : Sollicitations par des MSA, à Saintes, Bordeaux et Tours pour participer à des enseignements universitaires ou pour produire des documents supports de l'action dans le cadre de cet enseignement.
- **Tableau géographique des filières agricoles et population métiers** : A de nombreuses reprises il a été demandé par les CHU, les pneumologues, les médecins généralistes quelles étaient les populations à qui REPRAN s'adressait et leur métier, un document a été réalisé à leur intention pour situer l'agriculture locale auprès de ses partenaires. (*cf. : <https://www.asept.org/images/pdf/donneesregionales.pdf>*)
- **Partenariat avec la fondation du souffle** : Commencement d'un travail avec cette fondation pour relayer les messages vers le grand public en 2020 via leur journal qui aura un numéro consacré à REPRAN.
- **Newsletters** : Trois lettres ont été adressées en 2019 à nos partenaires, MSA, CHU, médecins ayant fait appel au réseau ou malades pour les informer de l'évolution de l'activité (*cf. annexe RA p. 34*).

3. Les activités scientifiques dans la poursuite des études PASTURE et BALISTIC comme en attestent 10 publications internationales (*cf. RA p. 27*) où la MSA apparaît comme acteur dans le recueil des données initiales.

Conclusion

Informé, communiquer, former, faciliter la recherche, mutualiser des savoirs, constituent autant de petites graines destinées à préparer le terrain pour réussir. Il s'agit d'obtenir des partenariats avec les équipes locales MSA et des services de CHU, et avec les acteurs libéraux de proximité. Dans notre système de santé, la place n'est plus à l'exercice isolé de l'art médical face aux maladies chroniques et invalidantes. Une erreur aurait été d'aller trop vite vers les malades en oubliant d'informer au préalable les soignants et les MSA. L'enjeu est désormais de réussir l'information aux salariés et aux non-salariés de notre existence et de la nécessité de consulter lorsque l'on est gêné au plan respiratoire tout en étant soumis à une aéro-contamination par des poussières agricoles.

Lien vers le rapport d'activité complet sur le site ASEPT Franche-Comté Bourgogne/REPRAN : <https://www.asept.org/repran.html>

Proposition 5 : Renforcer le plan d’actions de la MSA pour prévenir le mal-être de ses assurés (suicide, prévention primaire dans les domaines de la santé-sécurité au travail et de l’action sanitaire et sociale)

Le plan national MSA de prévention du suicide 2016-2020 comporte 3 volets :

- Volet 1 : Mieux connaître la réalité du suicide dans le monde agricole,
- Volet 2 : Consolider le dispositif Agri’écoute,
- Volet 3 : Développer le fonctionnement des cellules pluridisciplinaires de prévention.

Le dispositif Agri’écoute, numéro de téléphone unique (09 69 39 29 19) à disposition des assurés MSA en grande détresse, a enregistré une augmentation régulière depuis sa mise en service, le 13 octobre 2014 : de 90 appels mensuels en 2015, à près de 280 appels mensuels en 2019.

La mise en place des **cellules pluridisciplinaires de prévention du suicide, les CPP**, qui réunissent plusieurs métiers dont l’action sanitaire et sociale, le contrôle médical et la santé sécurité au travail, permet d’accompagner les assurés MSA en grande détresse après un signalement à la CPP.

En 2019, 3 310 appels via Agri’écoute ont été enregistrés chez PSYA.

Les caractéristiques de ces appels sont les suivantes :

Semaine : bon équilibre tout au long de la semaine du lundi au vendredi entre 17 % et 19% chaque jour des appels et ce depuis mars 2018 ; on note une légère augmentation des appels le samedi en 2019.

Horaires : ils se répartissent entre 8h et 20h avec une petite fréquence plus importante entre 8h et 12h, le matin (34% versus 31% en début d’après-midi et 27% en fin de journée (16h-20h). Au fil de 2018, on avait noté une augmentation dans le créneau de nuit (20h-8h) mais on ne la retrouve pas en 2019.

Durée des entretiens : il faut observer une progression du temps d’entretien au fil des mois en comparaison avec 2018 et les psychologues le notent volontiers. Entre 10 et 20 minutes d’entretiens, d’échanges et d’écoute active, il leur permet de souligner que ce dispositif est important pour les appelants assurés MSA.

Répartition par sexe : les appelants hommes restent majoritaires et en forte augmentation en 2019 (65% versus 56% en 2018).

La tranche d’âge des appelants reste majoritaire entre 51 et 60 ans, suivie de près par les 41-50 ans pour un total de 30% des appels. Les 31-40 ans, peu représentés en 2018, le sont à 10% des appelants pour ceux ayant précisé leur âge. Ils sont 54% en 2019 contre 45% en 2018 à donner leur âge, les écoutants ne posent pas la question directement mais laissent l’assuré l’exprimer librement.

Les problématiques évoquées en 2019 comme en 2018 sont tout d'abord d'ordre personnel avec le ressenti d'isolement et de solitude, les ruptures sentimentales ou familiales, la charge des aînés et la maladie. Les raisons d'ordre professionnel sont les difficultés financières, la charge de travail et les contraintes administratives, suivies des crises sanitaires ou climatiques.

Les troubles décelés par les psychologues écoutants sont surtout des troubles anxio-dépressifs, de l'anxiété qui dérivent ensuite en dépression (31%), un sentiment de solitude et de détresse (*je n'y arrive plus et je n'y arriverai pas tout seul*) (14%) mais l'important est le pourcentage très majoritaire des « sans troubles spécifiques », des appelants qui ressentent d'abord le besoin de parler et d'être écoutés, à 42% en 2019 versus 38% en 2018. Tous les appelants ne présentent pas de troubles psychiques mais presque la moitié est sans trouble spécifique. Le pourcentage de personnes évoquant des idées suicidaires reste stable à 9% mais néanmoins très élevé.

Le travail réalisé par les psychologues cliniciens consiste principalement (36%) en du recentrage sur le vécu, ce qui correspond aux appels sans trouble spécifique (besoin de se dire et se redire son vécu plus ou moins récent avec une personne neutre extérieure au vécu). Depuis le début, un travail de réassurance sur les cas anxieux et angoissés et de renforcement de la confiance en soi est fait au cours des entretiens et c'est tout l'intérêt de pouvoir rappeler le même psychologue, à distance, pour se conforter, se réassurer, se renforcer. Il faut noter une forte baisse des appels pour de simples renseignements ou informations sur les services MSA notamment. Le numéro Agri'écoute semble être mieux appréhender dans sa mission véritable d'aide et d'accompagnement à des moments plus difficiles du quotidien. Le débriefing après quelques appels reste anecdotique et arrive en fin d'accompagnement pour se conforter dans des décisions prises avec un interlocuteur professionnel qui vous écoute encore après plusieurs entretiens téléphoniques.

Les orientations proposées par l'écouter représentent finalement très peu des appels, 22% en 2018 et en diminution en 2019 à 15%, puisque la grande majorité à 85% ne nécessite pas d'orientation à suivre à l'issue des entretiens téléphoniques. Les orientations vers les CPP de la MSA sont conseillées à l'appelant, qui décidera s'il donne suite ou non.

En 2018, sur 10 mois, on note 20 orientations vers les CPP et en 2019, 93 orientations vers 21 MSA. Certaines MSA sont plus souvent concernées avec de forte différence comme en Bourgogne et les Côtes-Normandes pour 20 et 19 personnes orientées, l'Auvergne pour 8 personnes alors que les autres ont eu entre 1 et 6 orientations en 2019.

Le déclenchement du dispositif d'urgence, prérogative du cahier des charges, permet de déclencher les secours à toute heure avec la certitude d'une prise en charge médicale SAMU. 11 situations ont nécessité ce déclenchement en 2019 pour 4 en 2018. De l'expérience du prestataire avec d'autres « clients », c'est un chiffre exorbitant mais **la confirmation de la bonne prise en charge hospitalière à l'issue de ce déclenchement doit nous conforter dans la nécessité et l'utilité de ce dispositif Agri'écoute.**

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

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

En quatre ans d'utilisation d'ESOPT, **environ 2 700 exploitants ont participé à une réunion-débat et plus de 500 ont été ou sont en cours d'accompagnement par les services SST de la MSA**. L'efficacité de la prévention primaire des RPS s'inscrit dans la durée, en 2019 par exemple 170 exploitants ont été accompagnés suite à une participation à une réunion-débat (sur 735 participants à une réunion-débat), les autres le seront peut-être en 2020 ou 2021 voire plus tard, le cheminement pour se lancer dans une démarche engageante de prévention portant sur une compréhension fine des liens entre la santé et la performance de l'entreprise est propre à chacun. Il faut également accepter que certains exploitants cheminent seuls et développent de manière autonome des améliorations à leur organisation du travail. L'objectif est de poursuivre dans le temps cet accompagnement global des exploitants que seule la MSA peut leur offrir et qui permet également d'inclure dans la réflexion toutes les problématiques du moment.

En parallèle du plan de prévention du suicide, **plusieurs actions sont menées par l'action sanitaire et sociale de la MSA :**

- **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,...).

Initié en 2017 grâce à l'aide exceptionnelle du Ministère de l'Agriculture, il a été prolongé en 2018 puis en 2019 en mobilisant 3 fonds : FNASS, FNPEISA et FNPR. **En 2019, 3 530 affiliés et 712 ayants droit ont été accompagnés sur l'ensemble des actions possibles pour un montant total dépensé de 2 769 142 €: 1 831 297 € pour le remplacement (1 766 non-salariés ayant bénéficié de 11 095 jours de remplacement) et 937 845 € pour les actions de prévention et d'accompagnement (2 054 affiliés et 712 ayants droit).** **Pour 2020, 3,1 millions d'euros sont mobilisés pour la reconduction du dispositif.**

- **L'appel à projets « déploiement d'actions collectives à visée préventive des phénomènes dépressifs ou suicidaires » cherche à favoriser la mise en place sur les territoires d'actions collectives à but préventif orientées vers la prévention du stress, de la dépression et du suicide, dits risques psycho-sociaux.**

L'appel à projets est ouvert sur la période 2017-2020. Les caisses se sont mobilisées autour de deux grands types d'actions : actions d'accompagnement ou de sensibilisation à destination directe de bénéficiaires (groupes de paroles, représentations théâtrales, actions ou dispositifs existants de valorisation de l'estime de soi, de bien-être,...) et actions de formation ou sensibilisation de relais, pour diffuser les actions de la MSA et favoriser le repérage et l'orientation (mise en place ou formation de réseaux sentinelles, veilleurs,...). A fin décembre 2019, 28 projets de caisses locales ont reçu un appui financier de la CCMSA (238 331 € de dotations accordées)

1.2. Axe « Accès à l'offre de soins sur les territoires ruraux »

Proposition 6 : Amplifier l'accompagnement de la coordination de l'offre de soins à l'échelle des patientèles (MSP, ESP, centres de santé, etc.)

Proposition 7 : Contribuer à la mise en place de la coordination des acteurs de santé à l'échelle des territoires (CPTS)

Accompagnement des structures d'exercice coordonné en 2019-2020 :

1/ Mise en place d'une organisation en MSA

Désignation :

Au niveau de chaque ARCMSA d'un référent cadre dirigeant « organisation des soins »

Au niveau de chaque caisse, d'une équipe projet composée :

- D'un agent de direction, référent « organisation des soins »
- D'un chargé de développement territorial
- D'un médecin conseil référent « organisation des soins »

Mise en place d'un parrainage par des collaborateurs expérimentés des caisses ayant déjà accompagnés la création des structures d'exercice coordonné.

2/ Mobilisation des MSA

Organisation de 2 journées « organisation des soins » à la CCMSA :

- Avec les ARCMSA le 6/9/2019
- Avec les CMSA le 25/10/2019

3/ Développement d'outillage opérationnel en faveur des CMSA

Réalisation d'un guide méthodologique à destination des caisses pour accompagner les professionnels de santé à s'organiser en CPTS.

Création d'une bibliothèque de documents (share-point) pour partage de documents entre les caisses.

Organisation de visio mensuelle entre CCMSA et CMSA pour échanges de bonnes pratiques
Mise en place d'un tableau de suivi mensuel collaboratif rempli par les caisses.

4/ Renforcement des partenariats au niveau central et déconcentré avec le Ministère des Solidarités et de la Santé et de la CNAM

Liens avec les partenaires nationaux confortés (Ministère, CNAM, ARS) :

- Participation de la CCMSA à la rédaction d'une instruction commune Ministère/ARS/Assurance Maladie
- Participation de la CCMSA à la réunion CPTS commune DG ARS/DCGDR
- Accès du réseau au share- point mis en place par le Ministère et la CNAM
- Participation CCMSA aux réunions CPTS ARS/Assurance Maladie/MSA organisées dans plusieurs régions (PACA, Grand Est, Bretagne).

Participation des collaborateurs MSA aux formations CPTS de 1er niveau organisées en région par ARS et AM.

Bilan de l'accompagnement :

Fin 2019, la plupart des MSA accompagne au moins une structure d'exercice coordonné : 67 structures d'exercice coordonné (dont 40 CPTS, 16 MSP, 7 équipes de soins primaires et 4 Centres de santé).

Proposition 8 : Expérimenter l'accueil des futurs professionnels de santé dans le cadre du service sanitaire

Retard règlementaire jusqu'à nouvel ordre. La gouvernance du service sanitaire est assurée par le DG d'ARS et le recteur de la région académique. Le service sanitaire vise à initier tous les futurs professionnels de santé aux enjeux de la prévention primaire, à contribuer à favoriser l'interprofessionnalité et l'interdisciplinarité, et à constituer un vecteur de lutte contre les inégalités territoriales et sociales. Toutes les actions proposées par les caisses de MSA sont en attente des évolutions des arrêtés d'agrément des lieux de réalisation.

Proposition 9 : Expérimenter une offre de services aux assurés dans le cadre de leur parcours de santé

Finalisation de la phase de marché pour le choix du prestataire en charge de la réalisation de l'expérimentation de la plateforme en juillet 2020.

L'expérimentation de cette plateforme débutera en janvier 2021, une première version devant être rendue disponible en décembre 2020. L'expérimentation durera un an en vue d'un déploiement national à horizon 2022.

1.3. Axe « Qualité des pratiques et pertinence des soins »

Proposition 10 : Accompagner et contrôler la pertinence et la justification médicale des prescriptions de fentanyl transmuqueux

Travaux en cours pour élaborer une action de gestion du risque visant à accompagner et contrôler la pertinence et la justification médicale des prescriptions de Fentanyl transmuqueux, prenant en compte les dernières recommandations disponibles en matière de prévention des douleurs rebelles provoquées en situation palliative (recommandations HAS de janvier 2020) : ces recommandations prévoient que le recours au fentanyl transmuqueux peut être envisagé de façon exceptionnelle dans des situations palliatives, en hors AMM.

Des médecins-conseils du réseau participent à l'élaboration de cette méthodologie de gestion du risque.

Proposition 11 : Contrôler la pertinence et la justification médicale des prescriptions de dispositifs Freestyle Libre (lecteur et capteurs)

Action reportée dans l'attente des effets sur le régime agricole de la campagne d'information menée par la CNAM auprès des prescripteurs n'ayant pas respecté les règles de prescription (été 2018) et de la campagne générale lancée en 2019 auprès de l'ensemble des prescripteurs et des pharmaciens d'officine sur les conditions de prise en charge de Freestyle Libre.

Proposition 12 : S'assurer de la conformité de la facturation des sièges coquilles

En prévision du plan GDR MSA 2020, une méthodologie d'action de gestion du risque « sièges coquilles » a été diffusée au réseau en juillet 2019.

Cette méthodologie vise à contrôler le bien-fondé des facturations de sièges coquilles aux caisses de MSA (présence d'une DAP). Des indus sont notifiés aux fournisseurs (prestataires, pharmaciens) si une facturation est réalisée en l'absence de DAP ou en cas de non respect de la décision de refus donnée par le service du contrôle médical.

Cette action de GDR ne figurait pas au plan de GDR 2019 mais a été rendue obligatoire dans le cadre du plan de GDR MSA 2020. Les caisses ont été invitées à mettre en oeuvre cette action dès le deuxième semestre 2019 pour les données de facturation de l'année 2018 ; les données de facturation de l'année 2019 devant être traitées au cours du premier semestre 2020.

Les premiers résultats de l'action ont été remontés à la caisse centrale dans le cadre du bilan du plan GDR 2019 (Cf Annexe 3, partie 3.3.2.2.). L'analyse permettra de quantifier le phénomène de la facturation sans DAP, les montants correspondants (montant des anomalies constatées, indus notifiés et indus récupérés) et de mesurer la variabilité d'impact de l'action. Par ailleurs, le suivi du montant des remboursements de sièges coquilles de série, semestre par semestre, permettra de quantifier l'impact global de l'intervention.

Proposition 13 : Accompagner les professionnels de santé en odontologie dans le cadre de la nouvelle cotation du bilan parodontal chez les assurés du régime agricole reconnu en ALD 8 (diabète)

Les actions de GDR dentaires prévues dans le rapport Charges et Produits MSA 2020 ont été mises en place suivant la LTC DCMOS-2020-117.

Proposition 14 : Accompagner et contrôler les assurés en arrêts de travail pour pathologies psychiatriques

Un groupe de travail thématique a :

- défini les 4 pathologies retenues : épisode dépressif caractérisé /burn out/stress post - traumatique/anxiété ;
- élaboré des modalités d'évaluation de ces pathologies par des grilles d'évaluation ;
- proposé des outils et des supports afin de faciliter les tenues des réunions collégiales de supervision avec élaboration d'une requête et d'une fiche de supervision spécifique aux arrêts de travail liés à des pathologies psychiatriques avec réalisation d'une évaluation à un an ;
- rédigé un arbre décisionnel pour passage devant un Comité Régional de Reconnaissance des Maladies professionnelles (CRRMP avec un taux d'IPP prévisible supérieur à 25%) et un modèle de rapport pour le CRRMP ;
- proposé des modalités de rédaction des rapports d'IPP à partir des barèmes existants et des grilles d'évaluation ;
- rédigé une procédure de prise en charge des arrêts de travail liés à des pathologies psychiatriques avec formalisation de l'articulation avec d'autres services (Action Sanitaire Sociale et Santé et Sécurité au Travail).

1.4. Axe « Contrôle et lutte contre la fraude »

Proposition 15 : Rénover la stratégie de contrôle des frais de santé

La rénovation de la stratégie de contrôle des frais de santé s'inscrit dans un objectif de plus grande efficacité du processus de contrôle des feuilles de soins, cadré par une harmonisation des pratiques entre MSA, des exigences de productivité et de qualité de service. Ce principe est partagé en inter-régime en lien avec le déploiement du tiers payant généralisé.

En effet, dans le cadre de la mise en œuvre du tiers payant de nombreuses situations ne sont plus opposables au professionnel de santé (ex : situation de l'assuré vis-à-vis du parcours de soins,...). Ces situations impliquent un paiement garanti au professionnel de santé dans le délai réglementaire de 7 jours.

En conséquence, il incombe à l'assurance maladie de contrôler les feuilles de soins post paiement pour s'assurer soit de la légitimité du paiement effectué soit d'un paiement à régulariser.

La MSA a donc construit les évolutions de son système d'information (SI) pour prendre en compte ce nouveau paradigme consistant à décorréliser la relation professionnel de santé et la relation assuré pour le remboursement des soins. Ce paradigme a vocation à s'étendre, selon la législation ou les choix stratégiques institutionnels, à de nombreuses situations telles que la gestion des feuilles de soins AT/MP, des accords préalables, des prestations à délai, de la continuité de paiement PUMa,...

Les premiers travaux ont porté sur la mise en œuvre du contrôle des feuilles de soins dans le cadre de la présomption d'accident du travail. Ce processus est complètement opérationnel au sein de l'institution depuis mars 2019. Environ **30 %** des feuilles de soins reçues sur le risque AT sont ainsi payées en présomption d'AT, dont **84 %** sont confirmées en AT après contrôle post paiement.

En outre, la MSA a rénové au cours de l'année 2019, le dispositif permettant la surveillance des feuilles de soins (contrôle interne, lutte contre la fraude, gestion du risque,...). Une gestion rationalisée de la classification des surveillances, basée sur une bibliothèque institutionnelle, a été associée à un bornage obligatoire des surveillances. 14 typologies de surveillances ont été identifiées et référencées (ex : « OS » pour la surveillance d'un offreurs de soins ; « DAP » pour la surveillance d'un acte ou traitement soumis à DAP,...). Le nombre de surveillances actives à traiter par les caisses est ainsi passé de **6 476** en octobre 2018 à **2 028** en janvier 2020. L'harmonisation des pratiques caisses permet ainsi un suivi attentionné au niveau caisse et institutionnel de la pertinence des surveillances mises en place.

Enfin, la MSA améliore l'automatisation de différents processus de contrôles afin de renforcer les contrôles conduisant à la bonne application de la réglementation, à réduire les risques de paiement erroné et à limiter les actions agents nécessaires à la bonne instruction des frais de santé. Pour 2020, les travaux en cours concernent la gestion de la garantie de paiement, le contrôle de factures en suspicion de doubles et les courriers de rejets aux offreurs de soins.

En conclusion, la MSA continue de renforcer, au travers de son SI, le niveau d'efficacité des contrôles automatiques, tout en poursuivant sa politique d'harmonisation des pratiques entre les caisses. Les évolutions réalisées ainsi que celles à venir permettent la suppression de contrôles manuels, engendrant ainsi des gains de productivité.

Proposition 16 : Généraliser l'action GDR-LCF en matière de transport

Cf Annexe 3, partie 3.6.2.

1.5. Axe « Recherche en santé, enjeux numériques et science de la donnée »

Proposition 17 : Créer un comité d'orientation scientifique et un conseil scientifique en MSA pour la recherche en santé

La MSA a mis en œuvre en 2019 les bases institutionnelles et organisationnelles de son projet scientifique par la création de deux instances spécifiques : un Comité d'Orientation Scientifique, en charge d'orienter la politique scientifique de la MSA et composé d'élus, appuyé par un Conseil Scientifique, comprenant des personnalités extérieures qualifiées issues de différentes disciplines, chargé de garantir la qualité des méthodes de recherche et d'acquisition des connaissances.

Proposition 18 : Contribuer à la recherche en santé à partir des technologies de l'intelligence artificielle

Dans le cadre des perspectives de développement de la science des données, la MSA a rejoint en tant que partenaire, l'une des chaires en santé portée par le laboratoire TIMC, de l'institut interdisciplinaire en intelligence artificielle grenoblois (MIAI) récemment labellisé par les pouvoirs publics (Programme Investissements d'Avenir, janvier 2019).

Cette chaire, dénommée « Deep Care » a pour projet d'articuler l'intelligence artificielle et une vision intégrative de la santé, dépassant la seule prise en charge thérapeutique (« cure »), en lien avec la vision de la médecine 4P (prédictive, préventive, personnalisée et participative).

Elle rassemble des chercheurs et partenaires institutionnels ou industriels autour des thématiques de capture et fusion de données, puis d'« empowerment » des individus ou de collectifs à partir d'une nouvelle expertise issue de ces données (outils d'aide à la décision, etc). La chaire intègre l'usage de données complexes en santé publique, comme d'autres types de données (dispositifs médicaux, etc).

La MSA s'intègre ainsi dans une réflexion à la pointe de l'intelligence artificielle en santé, et ce sur ces différents volets, tant techniques qu'éthiques. Elle met à disposition des jeux de données sur les populations agricoles et apportera son expertise notamment en matière de risques professionnels.

Pour remplir à bien ses missions et assurer les remboursements de soins, la MSA collecte des informations sur ses assurés et les prestations dont ils bénéficient, le tout au sein de différentes bases de données. Ces données sont régulièrement utilisées pour des études ciblées permettant de mieux décrire tel ou tel aspect de la population agricole et de ses besoins de santé.

La MSA a souhaité franchir une nouvelle étape en croisant ces données et en les analysant par des méthodes non supervisées à des fins de veille sanitaire. En d'autres mots, il s'agit de rechercher des « signaux » (informations) en faveur de risques non encore identifiés qu'il convient d'explorer de façon plus précise, afin de repérer les situations qui nécessitent la mise en place d'études ciblées pour mieux les préciser et/ou l'instauration de mesures de précaution (si le risque est suspecté) ou de prévention (si le risque est avéré).

Les travaux de data management (nettoyage et mise en forme des données), d'exploration de ces données et de modélisation se sont poursuivis, avec un effort de « data-visualisation » pour simplifier le rendu visuel des nombreux résultats.

Un travail de thèse de sciences s'est terminé (soutenance novembre 2019) utilisant une première technique de modélisation. Un article décrivant ce travail et ses résultats a été soumis dans une revue scientifique, et un article scientifique présentant les données MSA et leur intérêt pour la recherche en santé est en cours d'écriture ; pour mémoire, un autre article présentant le croisement de bases de données MSA avec des bases de données externes a été publié.

Proposition 19 : Contribuer à la mise en œuvre du virage numérique et à la création de l'espace numérique de santé

La MSA s'est fortement positionnée auprès des pouvoirs publics afin de contribuer au déploiement du virage numérique en santé.

Elle s'est notamment donnée pour objectif :

- de contribuer à la construction de l'ENS en participant à l'élaboration de certaines « briques » du futur système d'information et en mobilisant des moyens humains et financiers (1,5 M € en 2019) ;
- de s'assurer que la déclinaison opérationnelle des services numériques, notamment dans le cadre de l'ENS, prenne entièrement en compte la population protégée par la MSA ;
- de préserver la visibilité des outils MSA, notamment de msa.fr et « Ma MSA & moi », afin de garantir aux assurés agricoles le bon fonctionnement du guichet unique.

La MSA s'inscrit pleinement dans la mise en œuvre du virage numérique en santé voulu par la stratégie gouvernementale.

Elle participe activement aux travaux de conception de l'Espace Numérique de Santé en collaboration avec la DNS et la CNAM.

Cette contribution permet par la suite de décliner opérationnellement ces travaux pour la MSA et de faire en sorte que la construction de l'ENS et des différentes composantes de la stratégie numérique en santé prennent entièrement en compte la population protégée par la MSA.

A ce titre, la MSA mène plus particulièrement, en lien avec la CNAM, le chantier de préparation de la création des ENS pour les adhérents MSA, à échéance de janvier 2022.

D'un point de vue des services numériques, le MSE (Mémo Santé Enfant), qui a commencé à être déployé en MSA, a vocation à être intégré à l'ENS.

Par ailleurs, les caisses de MSA Ain-Rhône et Provence-Azur participent, aux côtés des CPAM de Lyon et de Nice, à l'expérimentation de la carte vitale sur smartphone (ApCV), qui a démarré en octobre 2019.

Annexe 2 : Les effectifs et taux de prévalence et d'incidence bruts des patients en ALD au régime agricole

2.1 Effectifs et taux de prévalence

Tableau 57 :
Effectifs et taux de prévalence bruts des patients en ALD 1 à 32 au 31/12/2019, par ALD

N° ALD	Intitulé ALD	Nombre d'assurés par ALD	Taux de prévalence brut (%)
08	DIABETE DE TYPE 1 ET DIABETE DE TYPE 2	174 975	54,9
05	INSUFFISANCE CARDIAQUE GRAVE	153 842	48,3
30	CANCERS	141 947	44,5
13	MALADIE CORONAIRE	100 260	31,5
23	AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES DE LONGUE DUREE	62 281	19,5
01	ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL INVALIDANT	43 156	13,5
15	MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES DEMENCES	42 787	13,4
03	ARTERIOPATHIES CHRONIQUES AVEC MANIFESTATIONS ISCHEMIQUES	42 196	13,2
31	Pathologies hors liste	36 920	11,6
12	HYPERTENSION ARTERIELLE SEVERE	24 613	7,7
14	INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE GRAVE	24 684	7,7
22	POLYARTHRITE RHUMATOIDE EVOLUTIVE GRAVE	17 419	5,5
09	AFFECTIONS NEUROLOGIQUES ET MUSCULAIRES, EPILEPSIE	16 172	5,1
19	NEPHROPATHIE	13 938	4,4
16	MALADIE DE PARKINSON	13 438	4,2
21	PERIARTERITE, LUPUS, SCLERODERMIE	7 634	2,4
06	MALADIES CHRONIQUES ACTIVES DU FOIE ET CIRRHOSSES	6 577	2,1
24	MALADIE DE CROHN ET RCH EVOLUTIVES	6 329	2,0
27	SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE GRAVE	5 501	1,7
32	Polypathologies	4 674	1,5
17	MALADIES METABOLIQUES HEREDITAIRES (MMH)	4 399	1,4
25	SCLEROSE EN PLAQUES	3 248	1,0
07	VIH	2 080	0,7
02	INSUFFISANCES MEDULLAIRES ET AUTRES CYTOPENIES CHRONIQUES	1 947	0,6
11	TROUBLES DE L'HEMOSTASE, HEMOPHILIE	1 760	0,6
26	SCOLIOSE STRUCTURALE EVOLUTIVE	1 649	0,5
20	PARAPLEGIE	1 350	0,4
28	SUITES DE TRANSPLANTATION D'ORGANE	1 060	0,3
29	TUBERCULOSE ACTIVE ET LEPRE	438	0,1
10	HEMOGLOBINOPATHIES, HEMOLYSES CHRONIQUES.	368	0,1
18	MUCOVISCIDOSE	195	0,1
04	BILHARZIOSE COMPLIQUEE	3	-

Source : MSA

Rappel : les patients pouvant bénéficier de plus d'une ALD, le nombre total de patients ayant au moins une ALD est différent de la somme des patients comptabilisés par ALD

2.2 Effectifs et taux d'incidence

Tableau 58 :
Effectifs et taux d'incidence bruts des patients en 2019 pour des ALD 1 à 32, par ALD

N° ALD	Intitulé ALD	Nombre d'assurés ayant une nouvelle ALD par ALD	Taux d'incidence brut (%)
30	CANCERS	22 723	7,1
05	INSUFFISANCE CARDIAQUE GRAVE	17 879	5,6
08	DIABETE DE TYPE 1 ET DIABETE DE TYPE 2	13 867	4,4
13	MALADIE CORONAIRE	8 730	2,7
15	MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES DEMENCES	8 048	2,5
23	AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES DE LONGUE DUREE	7 764	2,4
01	ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL INVALIDANT	6 283	2,0
31	Pathologies hors liste	5 020	1,6
03	ARTERIOPATHIES CHRONIQUES AVEC MANIFESTATIONS ISCHEMIQUES	4 442	1,4
14	INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE GRAVE	2 460	0,8
19	NEPHROPATHIE	2 014	0,6
09	AFFECTIONS NEUROLOGIQUES ET MUSCULAIRES, EPILEPSIE	1 948	0,6
22	POLYARTHRITE RHUMATOIDE EVOLUTIVE GRAVE	1 882	0,6
16	16 - MALADIE DE PARKINSON	1 619	0,5
06	MALADIES CHRONIQUES ACTIVES DU FOIE ET CIRRHOSSES	936	0,3
32	Polypathologies	913	0,3
21	PERIARTERITE , LUPUS, SCLERODERMIE	910	0,3
24	MALADIE DE CROHN ET RCH EVOLUTIVES	667	0,2
27	SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE GRAVE	623	0,2
02	INSUFFISANCES MEDULLAIRES ET AUTRES CYTOPENIES CHRONIQUES	401	0,1
17	MALADIES METABOLIQUES HEREDITAIRES (MMH)	400	0,1
26	SCOLIOSE STRUCTURALE EVOLUTIVE	315	0,1
07	VIH	263	0,1
25	SCLEROSE EN PLAQUES	236	0,1
11	TROUBLES DE L'HEMOSTASE, HEMOPHILIE	235	0,1
12	HYPERTENSION ARTERIELLE SEVERE	145	0,0
20	PARAPLEGIE	124	0,0
28	SUITES DE TRANSPLANTATION D'ORGANE	95	0,0
29	TUBERCULOSE ACTIVE ET LEPRE	91	0,0
10	HEMOGLOBINOPATHIES, HEMOLYSES CHRONIQUES.	69	0,0
18	MUCOVISCIDOSE	23	0,0
04	BILHARZIOSE COMPLIQUEE	-	-

Source : MSA

Remarque : les ALD dénombrées sont les nouvelles ALD, indépendamment du fait que le patient qui en bénéficie ait pu être pris en charge pour une pathologie différente les années précédentes.

Annexe 3 : Les actions du plan national GDR maladie 2019

3.1. Prévention

La thématique sur la prévention est développée dans la partie 3.1.1.

3.2. Structuration de l'offre de soins

3.2.1. Mise sous accord préalable des établissements-chirurgie ambulatoire

Afin de contribuer à la réorientation de l'activité des établissements de santé, certains actes pouvant être pratiqués en chirurgie ambulatoire, ainsi que certaines orientations en soins de suite et de réadaptation (SSR), sont soumis à accord préalable du service du contrôle médical (Mise Sous Accord Préalable - MSAP).

En 2019, dans le cadre de la MSAP chirurgie ambulatoire, les médecins-conseils MSA ont reçu 114 demandes de réalisation, en hospitalisation complète, d'actes éligibles à l'ambulatoire (132 en 2018 et 166 en 2017), émanant de 38 établissements (60 en 2018 et 72 en 2017). Sur l'ensemble de ces demandes, une seule a fait l'objet d'un refus.

Les soins de suite et de réadaptation ont fait l'objet de 17 demandes (99 en 2018 et 109 en 2017) sur 10 établissements ciblés (36 en 2018 et 35 en 2017) sur les territoires de 16 caisses (16 en 2018 et 13 en 2017). Aucune n'a fait l'objet de refus.

3.2.2. PRADO

Les programmes de retour à domicile (PRADO), constituent l'un des leviers majeurs du virage ambulatoire. Les assurés, lorsqu'ils sont éligibles, ont la possibilité d'être accompagné 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 quatre de ces programmes :

- maternité,
- chirurgie-orthopédie,
- insuffisance cardiaque,
- broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO),

Tout d'abord, le dispositif PRADO maternité a été généralisé durant l'année 2013.

Les PRADO orthopédie et insuffisance cardiaque ont été généralisés à compter du 1^{er} juillet 2017. Enfin, le dispositif PRADO BPCO est expérimenté par six caisses de MSA depuis le 1^{er} août 2017 et généralisé depuis le 1^{er} novembre 2018.

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 et BPCO. Ainsi, la contribution de la MSA à la mise en œuvre de ces programmes pour ses adhérents s'élève à 323 145 euros pour l'année 2019.

A noter que depuis février 2020, la MSA a intégré un nouveau PRADO récemment mis en place par le régime général : le PRADO AVC (Accident Vasculaire Cérébral).

Tableau 59 :
Nombre d'assurés MSA éligibles, adhérents au PRADO en 2019
et montants remboursés par le régime agricole

PRADO	Maternité	Chirurgie / Orthopédie	Insuffisance cardiaque	BPCO
Nombre d'assurés éligibles	9 197	4 922	1 870	244
Nombre d'assurés adhérents	8 561	4 456	1 801	234
Taux d'adhésion	93%	91%	96%	96%
Montant (en euros)	128 415	133 680	54 030	7 020

3.2.2.1. Maternité

Ce dispositif de sortie de maternité facilite l'accès à des soins de sages-femmes libérales pour les femmes venant d'accoucher, favorisant ainsi un retour rapide et sécurisé à domicile.

Après une expérimentation en 2012 sur trois caisses de MSA, ce PRADO a été généralisé en 2013 à toutes les caisses de MSA.

Le PRADO Maternité a été étendu à la maternité sortie précoce à compter du 1^{er} juillet 2018 pour l'ensemble des caisses de MSA.

En 2019, 8561 assurées ont adhéré au programme Prado Maternité (-11,7 % par rapport à 2018), pour un montant total de 128 415 €.

3.2.2.2. Chirurgie-orthopédie

Le programme PRADO chirurgie orthopédique est proposé aux patients dont l'état de santé ne nécessite pas un séjour en soins de suite et de réadaptation (SSR) après une intervention chirurgicale orthopédique. La rééducation est réalisée en ville par les professionnels de santé choisis par le patient.

Après une phase d'expérimentation débutée en 2014, le PRADO orthopédie a été généralisé par le régime agricole en juillet 2017³⁶. 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 2019, 4456 assurés du régime agricole ont adhéré à ce programme (+ 7,3% par rapport à 2018) pour un montant total de 133 680 €.

³⁶ 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.

3.2.2.3. Insuffisance cardiaque

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 2019, 1 801 assurés ont adhéré à ce programme (+ 3,1 % par rapport à 2018) pour un montant total de 54 030 €.

3.2.2.4. Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Le programme PRADO Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) accompagne le retour à domicile des patients hospitalisés en raison de cette pathologie en organisant la prise en charge par des professionnels de santé (médecin traitant, infirmier (ère), masseur-kinésithérapeute et pneumologue) pendant les six mois suivant leur sortie.

L'expérimentation a débuté avec 6 caisses de MSA le 1^{er} août 2017. Ce PRADO a été généralisé à l'ensemble des caisses de MSA à compter du 1^{er} novembre 2018.

En 2019, 234 adhésions ont été recensées (+ 1,1%) pour un montant total de 7 020 €.

3.2.3. Action d'accompagnement du parcours de santé en milieu rural : accompagnement des structures d'exercice coordonné

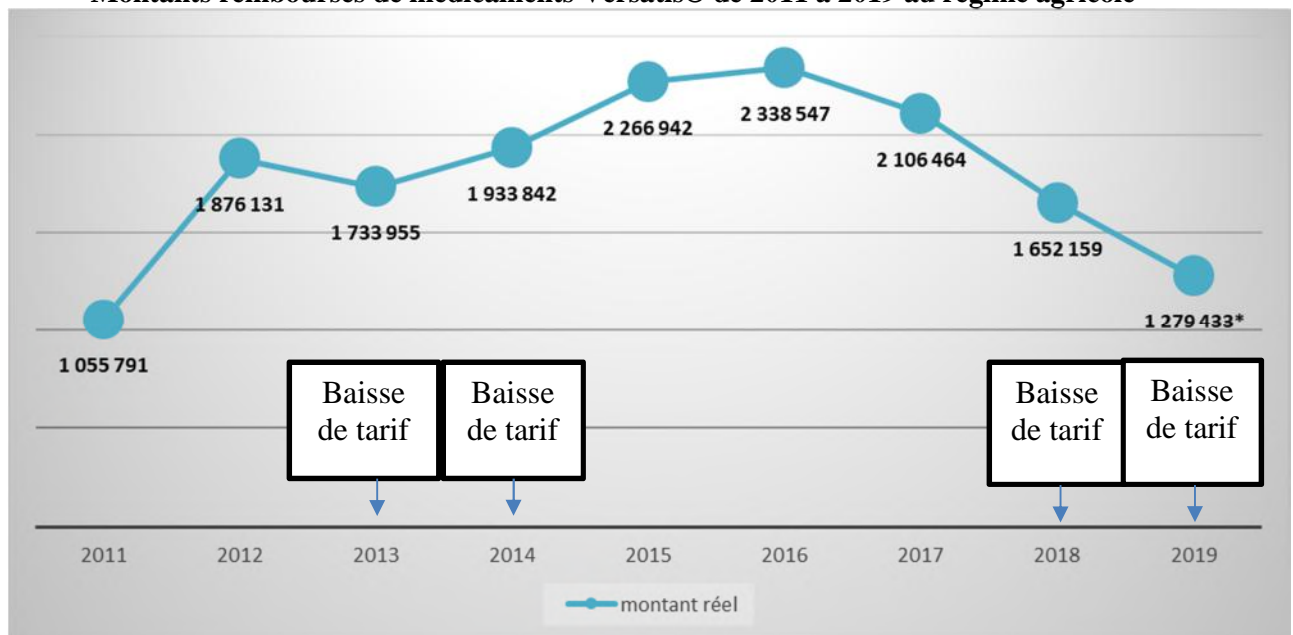
Cf Annexe 1, partie 1.2, propositions 6 et 7.

3.3. Pertinence et efficience des produits de santé

3.3.1. Médicaments : action Versatis® et le respect de l'indication remboursable

Le médicament Versatis® (emplâtre à la lidocaïne, principe actif de la classe des anesthésiques locaux), inscrit sur la liste des spécialités remboursables en 2011, est indiqué dans le traitement symptomatique des douleurs neuropathiques post-zostériennes (zona) chez l'adulte. Dans un contexte d'augmentation constante des demandes de remboursement et d'une indication de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) très restreinte, la MSA Ile-de-France a mis en évidence en 2012 qu'un grand nombre des prescriptions étaient réalisées dans des indications différentes de celle qui ouvre droit à une prise en charge par l'assurance maladie.

Graphique 49 :
Montants remboursés de médicaments Versatis® de 2011 à 2019 au régime agricole



*les données sont estimées en novembre et décembre 2019.

Pour la sixième année consécutive, la MSA a reconduit cette action nationale (expérimentée en 2013 puis généralisée en 2014) dont l'objectif principal est de vérifier la conformité de l'indication de prescription à l'AMM.

En cas de suspicion de prescription de Versatis® hors AMM (absence de prescription d'antiviraux dans les six mois précédents), la caisse demande tout d'abord au prescripteur de confirmer que sa prescription est en rapport avec l'indication de l'AMM. Si le prescripteur n'a pas respecté les indications de l'AMM, il est alors informé de l'arrêt de la prise en charge de Versatis® par la caisse de MSA. Les prescripteurs ayant fait l'objet de cette information sont alors suivis et, en cas de réitération de l'anomalie de prescription, un indu peut leur être notifié.

En 2019, la MSA a complété cette action avec deux volets : l'un à destination des établissements à l'origine de la prescription (la plupart des prescriptions ayant été initiées par des centres antidouleurs) et l'autre à destination des pharmacies délivrant le médicament n'ayant pas respecté la mention « NR » appliquée par le prescripteur sur l'ordonnance.

Dans le premier cas, le pharmacien chef de service et le président de la Commission Médicale d'Etablissement sont désormais destinataires de courriers de sensibilisation sur la pratique de prescription hors AMM au sein de leur établissement.

Dans le second cas, lorsque la mention « non remboursable » apposée par le prescripteur n'a pas été respectée, un courrier de notification d'indu est directement adressé à la pharmacie ayant délivré du Versatis®, sans qu'il ne soit envoyé de courrier au prescripteur.

Dans le cadre de cette action, les indications hors AMM ayant conduit à la prescription de Versatis® sont recueillies (oncologie, rhumatologie, douleurs chroniques, ...). La douleur neuropathique reste le motif principalement avancé par les médecins pour justifier leur prescription hors AMM (dans près d'un cas sur trois), en lien avec l'arsenal thérapeutique limité dans ce domaine. La rhumatologie simple et la douleur (non précisée) représentent respectivement 14% et 13% des motifs de prescription hors AMM (**Tableau 60**).

Tableau 60 :
Répartition des motifs des prescriptions hors AMM³⁷ de Versatis®

Motifs des prescriptions hors AMM	2019	2018
Douleurs neuropathiques	31%	33%
Rhumatologie simple	14%	18%
Douleurs (non précisé)	13%	15%
Sciatique / cruralgie	10%	11%
Douleur post opératoire	7%	5%
Traumatologie simple	6%	4%
Cancérologie	5%	5%
Autre	15%	12%
Total	100%	100%

Source : MSA

En 2019, le ciblage a concerné 2 827 assurés pour lesquels la MSA a remboursé du Versatis®, sans prescription préalable d'antiviraux signalant un zona (soit - 26% par rapport à 2018) générant l'envoi de 2 102 courriers aux prescripteurs. Le taux de réponse à ce courrier est de 42% ; la prescription n'a été confirmée que pour 17% des cas. L'arrêt des prescriptions qui n'ont pas été justifiées est vérifié 3 mois plus tard.

Au moment de la remontée des indicateurs, les indus constatés s'élevaient à 17 000 euros. Les résultats consolidés de l'année 2018 font état de 45 000 euros d'anomalies constatées dont 6 300 euros notifiés.

Pour la délivrance de Versatis® alors que l'ordonnance portait la mention « non remboursable », 238 courriers de notification d'indus ont été adressés aux pharmaciens pour un montant total de 2 634 euros³⁸.

La sensibilisation des établissements quant à la prescription hors AMM pour certains de leurs patients a fait l'objet de 430 courriers.

Si l'on regarde annuellement l'impact de chacune des actions menées, sans tenir compte du bénéfice des actions précédentes, on obtient les estimations suivantes selon une première méthode décrite ci-dessous³⁹ et notamment 434 621 euros pour 2018, et 60 769 euros pour 2019 (**Graphique 50**).

³⁷.A partir de données de 32 caisses MSA.

³⁸ Sur 13 caisses de MSA

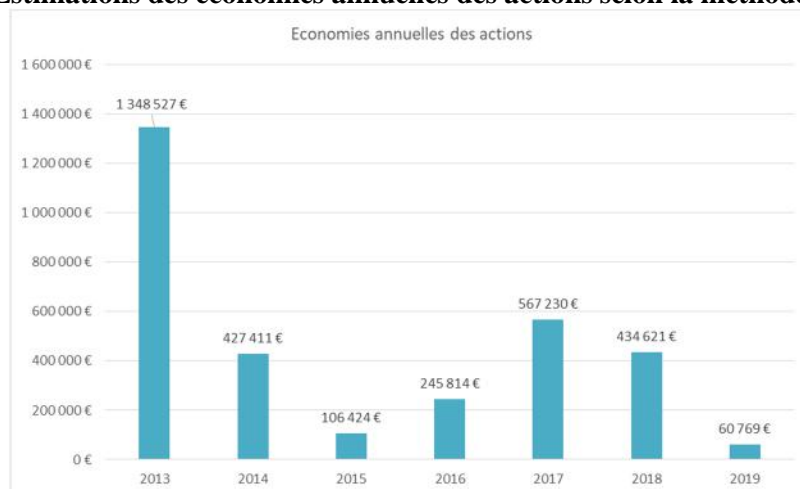
³⁹ **Méthode 1** : impacts des actions prises isolément. On recalcule, pour chaque année, une évolution tendancielle calculée à partir des 3 dernières années selon la formule suivante : $\sum ((1+\text{taux brut en volume}) / (1+\text{effet population}) / (1+\text{taux CJO}) - 1) / 3$,

Puis on détermine les économies en prenant en compte l'effet prix et l'effet démographique obtenu en ciblant la population du Répertoire national interrégime des bénéficiaires (RNIAM) des plus de 50 ans, suivant la formule suivante :

montant remboursé année N - montant remboursé (N - 1) x (1+taux d'évolution attendue N/N-1)

avec évolution attendue = $(1 + \text{évolution tendancielle}) \times (1 + \text{évolution prix}) \times (1 + \text{évolution démographique}) \times (1 + \text{évolution CJO})$.

Graphique 50 :
Estimations des économies annuelles des actions selon la méthode 1

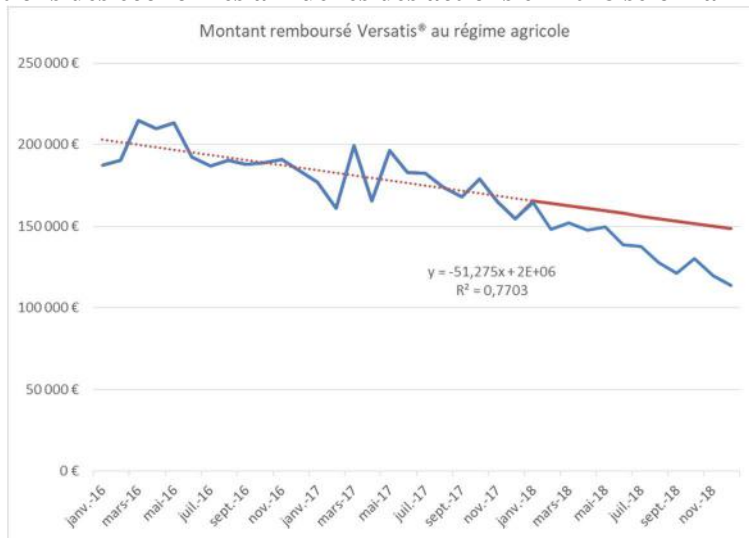


Source : SNIIRAM – exploitation MSA

Selon une seconde méthode⁴⁰ pour déterminer l'impact annuel des actions, s'appuyant sur une extrapolation de la tendance depuis 2016 pour rechercher une tendance, l'économie estimée en 2018 pour le régime agricole est de 233 566 euros (**Graphique 51.1**). Pour 2019, on ne réalise pas d'économies (**Graphique 51.2**). En conséquence, l'action de GDR Versatis n'a pas été reconduite en 2020.

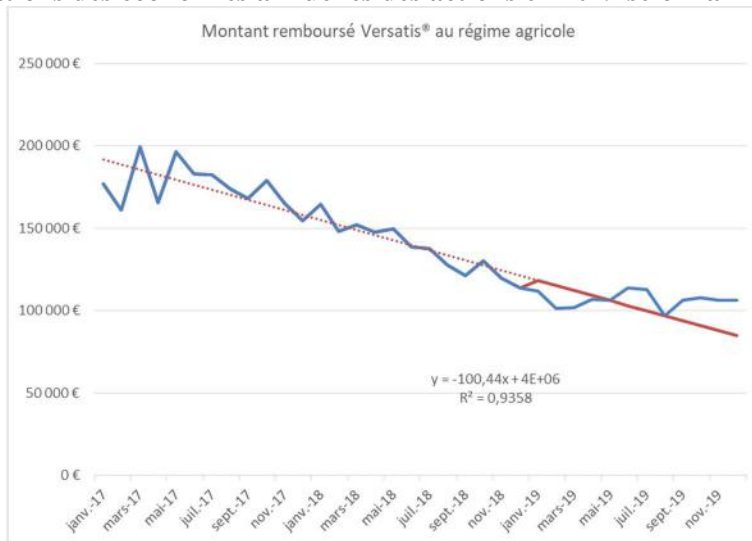
⁴⁰ Méthode 2 : extrapolation de la tendance « toutes choses égales par ailleurs » ; la technique des moindres carrés ordinaires permet de déterminer les coefficients a et b de l'équation linéaire de la tendance.

Graphique 51.1 :
Estimations des économies annuelles des actions en 2018 selon la méthode 2



Source : SNIIRAM – exploitation MSA

Graphique 51.2 :
Estimations des économies annuelles des actions en 2019 selon la méthode 2



Source : SNIIRAM – exploitation MSA

3.3.2. Liste des Produits et Prestations

3.3.2.1. Contrôle systématique des demandes d'accord préalable de grand appareillage orthopédique

Le grand appareillage orthopédique (GAO) est composé des : fauteuils roulants, prothèses oculaires et faciales, podo-orthèses (chaussures orthopédiques et appareils podo-jambiers) et orthoprothèses (prothèses qui visent à remplacer un segment de membre ou un membre entier amputé, appareils d'orthopédie destinés à corriger une déviation, à soutenir un membre déficient ou à compenser certaines lésions fonctionnelles). Depuis 2016, sa croissance annuelle est nettement supérieure à celle de l'ensemble des produits de la LPP. Le grand appareillage orthopédique représente une part de plus en plus importante des remboursements de la LPP, supérieure à 8 % depuis 2018 (**Tableau 61**). Les tarifs du GAO ont été revalorisés chaque année entre 2012 et 2017 (revalorisation totale de 6,4 %).

En 2019, près de 42 M d'euros ont ainsi été consacrés au remboursement des dépenses liées au grand appareillage, soit une évolution annuelle de + 4,4 %. Cette hausse est la plus forte de ces dernières années.

Elle s'explique notamment par la forte croissance des véhicules pour handicapés qui concentrent près de la moitié des remboursements de GAO. Pour exemple, les remboursements du véhicule pour handicapés physiques (VHP), poussette ou fauteuil, dossier ou dossier et siège inclinable (code 4263950, non soumis à accord préalable) ont explosé passant de 38 000 euros en 2018 à 1,5 M d'euros en 2019.

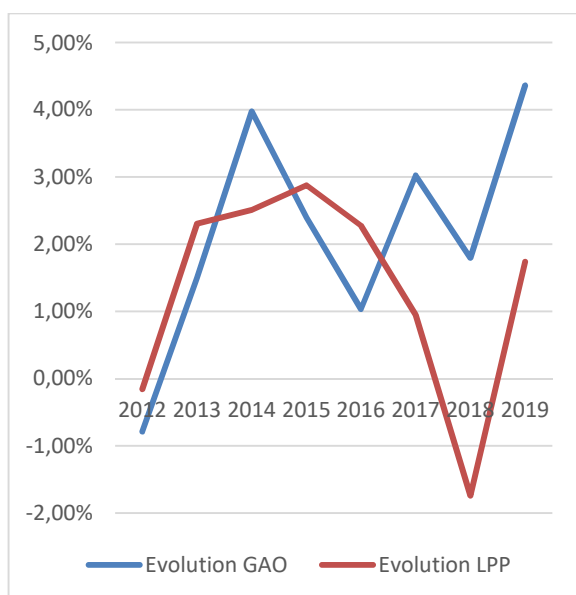
Tableau 61 :
Montants remboursés et évolution du GAO et de la LPP au régime agricole de 2011 à 2019

Montants remboursés	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Véhicules pour handicapés	18 156 604 €	18 096 392 €	18 272 262 €	18 705 378 €	18 469 990 €	18 352 606 €	18 757 839 €	19 353 752 €	20 837 202 €
Prothèses oculaires et faciales	605 405 €	609 350 €	623 924 €	638 847 €	630 919 €	756 058 €	752 516 €	816 603 €	778 472 €
Chaussures orthopédiques	5 810 488 €	5 687 167 €	5 698 993 €	5 990 996 €	5 816 005 €	5 649 602 €	5 578 735 €	5 293 825 €	5 376 725 €
Orthoprothèses	10 737 016 €	10 637 347 €	10 959 297 €	11 634 135 €	12 939 308 €	13 489 286 €	14 314 843 €	14 647 878 €	14 869 527 €
Total GAO	35 309 513 €	35 030 256 €	35 554 476 €	36 969 356 €	37 856 222 €	38 247 552 €	39 403 933 €	40 112 058 €	41 861 927 €
Total LPP	448 393 422 €	447 684 149 €	458 000 000 €	469 500 000 €	483 000 000 €	494 000 000 €	498 689 377 €	490 008 861 €	498 530 176 €
Part GAO / LPP		7,82%	7,76%	7,87%	7,84%	7,74%	7,90%	8,19%	8,40%
Evolution GAO		-0,79%	1,50%	3,98%	2,40%	1,03%	3,02%	1,80%	4,36%
Evolution LPP		-0,16%	2,30%	2,51%	2,88%	2,28%	0,95%	-1,74%	1,74%

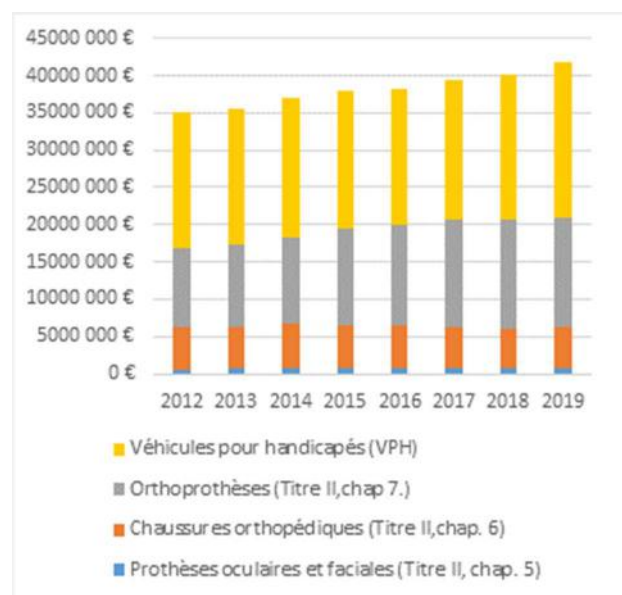
Source : MSA

La prise en charge du grand appareillage orthopédique, de certains fauteuils roulants (électriques, verticalisateurs, manuels évolutifs pour jeunes enfants), des poussettes multiréglables et évolutives, des dispositifs de propulsion et d'assistance électrique à la propulsion et des scooters est soumise à l'accord préalable des services du contrôle médical des caisses.

Graphique 52 :
Évolution des montants remboursés pour le GAO et la LPP de 2012 à 2019



Graphique 53 :
Composition des remboursements du grand appareillage orthopédique de 2012 à 2019



Source : MSA

La justification des demandes, ainsi que les devis des fournisseurs d'appareillage font systématiquement l'objet d'un avis du binôme médico-administratif du service du contrôle médical de la caisse de MSA. En 2019, plus de 17 000 demandes ont été étudiées (- 4,3% par rapport à 2018). Le taux de refus de ces demandes est de 10 % (ratio stable depuis 2017).

Ces refus ont généré une économie nette⁴¹ de 1 565 000 euros. Les remboursements de GAO ayant un poids de plus en plus important dans la LPP, il est impératif de veiller à les contenir.

En cas de demande complexe, les binômes peuvent solliciter l'avis de l'un des cinq médecins-conseils experts régional. En 2019, ces experts ont été sollicités pour l'examen de 266 dossiers, soit 1,5 % de l'ensemble des demandes d'accord préalable de GAO.

Les binômes des caisses sont également chargés de traiter les éventuels certificats de non convenance transmis par les assurés : en 2019, 78 certificats de non convenance ont été adressés à 23 caisses par les assurés, générant la convocation de 10 assurés demandeurs et de 32 demandes de modifications de l'appareillage au fournisseur de la part du contrôle médical.

⁴¹ Le montant des dossiers refusés s'élève à 2,5 M € mais les fournisseurs ont rectifié leurs devis à hauteur de près de 1 M €.

3.3.2.2. Sièges coquilles

Dans son rapport Charges et Produits 2017, la MSA mettait en évidence des dérives en matière de prescription et de prise en charge des sièges coquilles de série, appareillages destinés à maintenir une personne en position assise, dont les montants remboursés ont augmenté de 70% entre 2010 et 2015. Une proposition a été faite, conformément aux préconisations de la HAS, de restreindre les indications remboursables de ces produits aux seuls assurés GIR 1 et GIR 2 et de subordonner leur prise en charge à une demande d'accord préalable.

L'arrêté du 17 octobre 2017 a modifié les conditions de prise en charge des sièges coquilles de série. A compter du 1^{er} janvier 2018, la prise en charge du siège coquille de série est soumise à une procédure de demande d'accord préalable (DAP) lors de la première prescription et à chaque renouvellement (article R.165-23 du CSS) :

- du 1^{er} janvier au 30 juin 2018, 3 codes LPP étaient concernés par cette procédure de DAP (codes LPP 1277270, 1283365 et 1202674),
- depuis le 1^{er} juillet 2018, date de la radiation des deux anciens codes de sièges coquilles (1277270 et 1283365), un seul code LPP est désormais concerné par cette DAP : le code 1202674 « siège de série, siège coquille ».

Par décision du Conseil d'Etat en date du 1^{er} avril 2019, l'arrêté du 17 octobre 2017 a été partiellement annulé en ce qui concerne les indications de prise en charge des sièges coquilles. En conséquence, par arrêté du 15 juillet 2019, les indications remboursables des sièges coquilles sont modifiées et l'obligation pour le prescripteur de faire figurer le classement GIR sur la prescription et sur la DAP est supprimée. Les nouvelles indications remboursables des sièges coquilles sont les suivantes : patients âgés ayant une impossibilité de se maintenir en position assise sans un système de soutien et n'ayant pas d'autonomie de déplacement et se rattachant à une des catégories suivantes :

- personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ;
- personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées mais dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ;
- personnes en fin de vie.

La modification de la nomenclature de prise en charge des sièges coquilles et la subordination de leur prise en charge à l'accord préalable du service du contrôle médical ont eu un réel impact sur les prescriptions et donc sur les remboursements des sièges coquilles : de près de 7 millions d'euros (siège coquilles + accessoires) en 2017, ce poste a baissé drastiquement en 2018 (-82%) car il n'était plus que de 1,25 million d'euros. L'année 2019 marque à nouveau un véritable palier car les remboursements s'élèvent à 508 000 euros.

Ces économies sont toutefois à relativiser car si les dépenses des sièges coquilles ont été maîtrisées, la tendance inverse est observée sur d'autres produits comme certaines catégories de VHP et accessoires associés. La question du report de prescription des sièges coquilles vers l'association des codes 4263950 (« VHP, poussette ou fauteuil, > ou = 16 ans, dossier ou dossier et siège inclinables ») et 1211489 (appareil de soutien partiel de la tête) est actuellement à l'étude.

Une action de gestion du risque visant à contrôler les facturations de sièges coquilles a été proposée aux caisses de MSA en 2019 de façon optionnelle. Cette action consiste à vérifier, pour chaque facturation de siège coquille, la présence d'une demande d'accord préalable et d'un accord délivré par la caisse.

Cette action de GDR ne figurait pas au plan de GDR 2019 mais a été rendue obligatoire dans le cadre du plan de GDR 2020. Malgré son caractère facultatif, 26 caisses de MSA ont mis en œuvre cette action en 2019 pour l'analyse des facturations de 2018 et 20 caisses sur les facturations de 2019.

Parmi les 1 246 factures de sièges coquilles étudiées (sur les remboursements de 2018 et 2019), près de 20 % n'avaient pas été précédées d'une DAP et 4,5 % étaient présentées au remboursement en dépit d'un refus de la part du médecin-conseil. Le montant des indus notifiés sur les facturations de 2018 s'élève à 92 000 euros, soit près de 15 % du montant des factures.

Ces notifications d'indus ont généré 9 contentieux dans 5 caisses de MSA.

3.4. Pertinence et qualité des actes

3.4.1. Gestion des demandes d'accord préalable (DAP)

L'instruction des demandes d'accord préalable (AP, anciennement « entente préalable ») est une mission essentielle des services du contrôle médical.

Prévue à l'article L.315-2 du code de la sécurité sociale, la procédure d'AP est en effet le seul dispositif permettant aux caisses d'effectuer le contrôle de certains actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie avant même leur exécution, avec pour conséquence possible un refus de prise en charge de l'acte ou de la prestation, refus basé sur des éléments d'ordre médical constatés.

Afin de parvenir à une meilleure harmonisation des pratiques des caisses, améliorer la productivité et l'efficacité des contrôles, la MSA a défini des principes directeurs métiers de gestion des demandes d'AP.

Il s'agit d'inscrire la gestion des demandes d'AP au sein d'une véritable stratégie de contrôle médical de la MSA, dans le cadre global de son Plan National de Contrôle Médical (PNCM) et en application des recommandations émises par la Cour des Comptes.

La nouvelle stratégie de gestion des demandes d'AP repose essentiellement sur le contrôle des produits et prestations à fort enjeu (coût au regard de la prise en charge par l'assurance maladie, pratiques observées chez les professionnels de santé,...). Ainsi, concernant les produits et prestations regroupés au sein des quatre grands thèmes suivants : assistance respiratoire, traitements d'ODF, grand appareillage orthopédique et actes inscrits à la CCAM, l'instruction des demandes d'AP est obligatoire.

Le bilan de l'exercice 2019 est reporté dans le **tableau 62**. Concernant les produits et prestations à fort enjeu, 70 391 demandes d'accord préalable ont été instruites par les caisses de MSA en 2019. 64 033 demandes ont fait l'objet d'un accord, soit 91 % des demandes totales. Le domaine dentaire représente à la fois le domaine avec le plus grand nombre de DAP (plus de 32 000, soit 45%) et le domaine ayant le taux d'accord le plus élevé (96%).

**Tableau 62 :
Dénombrement des dossiers AP instruits par les services médicaux des caisses de MSA
et remontés dans le DIAM pour contrôle des feuilles de soins en 2019**

Domaine	Prestation à fort enjeu						Autres Prestations						Total général
	Accord	Refus Medical	Refus Administratif	Partiel taux	Partiel autres	Total	Accord	Refus Medical	Refus Administratif	Partiel taux	Partiel autres	Total	
Assistance resp	12 956	83	1 551	1 022	160	15 772						0	15 772
Autres codes LPP						0	8 981	62	1 010	421	54	10 528	10 528
Grand Appareillage	15 979	83	1 342	209	304	17 917	3		1			4	17 921
Dentaire	30 706	85	1 217			32 008	4 385	15	78			4 478	36 486
Soins	4 392	58	234	5	5	4 694	2 254	5	120	70	9	2 458	7 152
Transport						0	32 025	270	1 466	1 029	947	35 737	35 737
Total général	64 033	309	4 344	1 236	469	70 391	47 648	352	2 675	1 520	1 010	53 205	123 596

3.4.2. Actes dentaires – Contrôle des conditions de prise en charge des actes associés aux avulsions dentaires

Conformément à l'article L. 314-1 du Code de la sécurité sociale, les services de contrôle dentaire des MSA vérifient la conformité des actes et traitements ouvrant droit aux prestations de l'assurance maladie et le respect des recommandations de bonne pratique :

- ils informent les professionnels de santé des anomalies de facturation détectées et procèdent, le cas échéant, à une récupération des sommes indûment versées ;
- ils informent les professionnels de santé du « non-respect » des recommandations de bonne pratique et relèvent la somme des coûts des actes correspondant à ces critères.

Il leur est possible de demander les radiographies pré et/ou post opératoires au praticien. En cas de non-réponse dans un délai de 30 jours, un courrier de rappel est envoyé par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de refus du praticien traitant de fournir les éléments nécessaires aux vérifications, dans les 15 jours suivant le courrier de rappel, une lettre avec demande d'indus pour la totalité des actes concernés lui est adressée.

En 2019, la MSA a ciblé ses contrôles des conditions de prise en charge en dentaire sur les actes associés aux avulsions dentaires. La CCAM précise que les actes associés aux avulsions dentaires constituent un acte global et que, pour chaque libellé, le code acte correspond à une « avulsion de dent et/ou de racine dentaire, avec ou sans curetage alvéolaire et régularisation osseuse de l'arcade alvéolaire ».

Ainsi, certains actes peuvent faire l'objet d'une double facturation : codés et facturés à tort car ils relèvent d'une étape d'un acte global.

L'action de contrôle consiste à rechercher si, pour un assuré, il existe une facturation le même jour, par le même praticien (chirurgien-dentiste ou médecin stomatologue), d'un acte d'avulsion (commençant par le code HBDG) associé aux actes tels que :

- autres actes thérapeutiques sur le parodonte,
- traitement de plaie intra-buccale,
- autres actes et thérapeutiques sur la cavité orale,
- autres résections osseuses de l'étage moyen de la face.

Ainsi, en 2019, l'analyse réalisée par 31 caisses de MSA a porté sur 1 700 praticiens, dont les deux-tiers se sont révélés être en anomalie dans le cadre de cette action, pour une patientèle de 2 237 assurés.

Parmi ces praticiens, 716 ont fait l'objet d'un courrier de mise en garde après avoir reçu un premier courrier de demande d'information.

Les anomalies relevées dans le cadre de cette action sont au nombre de 1 848 pour un montant de plus de 57 000 euros (part obligatoire) dont 80% ont été notifiés et 24 000 euros récupérées au moment de la remontée des données.

3.5. Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports

L'évolution des montants remboursés des indemnités journalières est en croissance constante depuis plusieurs années, croissance davantage marquée sur le risque AT/MP. Une des orientations de la stratégie santé de la MSA est l'optimisation du contrôle médical notamment en matière d'arrêt de travail.

Le Plan National de Contrôle Médical (PNCM), volet médical du plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins, vise à harmoniser, rationaliser et sécuriser (contrôle interne) les processus.

Le premier volet de ce plan concerne les modalités de contrôle médical des assurés en situation d'arrêt de travail.

Afin d'améliorer l'efficacité du contrôle médical des arrêts de travail, une stratégie de contrôle des assurés tenant compte de leur situation de santé et des pathologies les plus fortement en cause dans les motifs des arrêts de longue durée est mise en place.

3.5.1. Contrôle des arrêts de travail répétitifs

Le contrôle des arrêts de travail répétitifs, réalisé par les services de contrôle médical, permet :

- d'apprécier la conformité de la prescription avec les dispositions prévues à l'article L321-1 du code de la sécurité sociale,
- d'accompagner les assurés vers la reprise d'une activité professionnelle, dans une démarche de prévention de la désinsertion professionnelle et de l'invalidité,
- de participer à la lutte contre les fautes, fraudes et abus. Cette action a pour objectif de maîtriser les dépenses d'indemnités journalières sur les risques maladie et AT/MP, en repérant des situations potentiellement abusives de façon à induire un changement de comportement chez les assurés concernés.

Les assurés ciblés sont les individus présentant au moins 4 arrêts de travail initiaux (qui ne sont pas liés à une ALD ou à un congé maternité) indemnisés dans les 9 mois qui précèdent la requête. Ces situations d'arrêts de travail à répétition sont signalées au médecin conseil qui analyse la situation et détermine, après convocation ou sur pièces, si les arrêts sont justifiés ainsi que l'accompagnement qu'il convient de mettre en œuvre.

En 2019, les caisses de MSA ont détecté plus de 2 500 assurés distincts qui répondaient à ces critères, soit près de 19 000 prescriptions d'arrêts de travail initiaux ou de prolongations.

La quasi-totalité des décisions prises par les médecins-conseils (95,5 %) a été prise sur pièces ; 4,2 % ont nécessité la convocation des assurés et seuls 7 arrêts ont fait l'objet d'un échange téléphonique entre le médecin conseil et le médecin prescripteur, soit 0,3%.

Consécutivement aux décisions des médecins-conseils, 808 assurés ont été mis sous surveillance, ce qui représente 32 % des assurés ciblés (ratio similaire à celui de 2018).

3.5.2. Ciblage des pathologies lombaires dans le cadre du contrôle des arrêts de travail

Les arrêts de travail, en législation maladie ou AT/MP, pour une pathologie lombaire mécanique représentent un poids économique important avec un retentissement socio-professionnel pouvant être majeur du fait du handicap ou de l'inaptitude au travail engendrée.

Un processus de contrôle spécifique des arrêts de travail pour ces pathologies a été déployé dans le respect des durées indicatives d'arrêts de travail recommandées par la HAS, durées à l'issue desquelles la majorité des patients sont capables de reprendre le travail. Ces durées sont modulables en fonction des complications ou des comorbidités du patient, mais également du type d'emploi et des conditions de retour en emploi.

Après sélection sur le flux des arrêts de travail pour pathologies lombaires adressés au service médical, le médecin conseil vérifie la justification médicale de l'arrêt, établit une évaluation initiale du degré d'incapacité fonctionnelle, facilite le lien avec le médecin traitant pour éviter la chronicisation de l'arrêt et prévenir la désinsertion socio-professionnelle (en lien étroit avec le service santé au travail, l'ASS et la cellule pluridisciplinaire de maintien en emploi).

Une action de contrôle interne est mise en place par l'intermédiaire d'une supervision. Elle permet, outre l'harmonisation des pratiques et l'équité de traitement des bénéficiaires, d'aider le médecin-conseil dans la prise en charge de certaines situations complexes en optimisant le parcours de soins des assurés lombalgiques. La supervision est réalisée par l'intermédiaire d'une réunion mensuelle regroupant les médecins-conseils présents. La supervision est assurée par un médecin-conseil du service. Le temps imparti dédié permet l'examen, au maximum, de 10 dossiers par réunion.

En 2019, 323 réunions de supervision (227 en 2018) ont été réalisées et 1 568 dossiers ont été exposés dans ce cadre (1 112 en 2018).

3.6. Le contrôle et la lutte contre la fraude

3.6.1. Arrêts de travail

3.6.1.1. Contrôle du respect du délai d'envoi (48h pour les salariés et 72h pour les non-salariés agricoles)

La transmission de l'avis d'arrêt de travail à la MSA, dans un délai défini suivant la date d'interruption de travail, constitue l'une des obligations pesant sur l'assuré pour obtenir le versement de ses indemnités journalières maladie. En cas d'envoi tardif de l'avis d'arrêt de travail maladie, la réglementation prévoit que la MSA peut minorer le montant de l'indemnité journalière, voire refuser son versement à l'assuré en incapacité de reprendre le travail.

Depuis le 1^{er} janvier 2014, les exploitants agricoles peuvent être indemnisés au titre d'un arrêt de travail sur le risque maladie. Toutefois, jusqu'en 2019, les salariés et les exploitants n'étaient pas soumis aux mêmes règles et obligations, notamment en ce qui concerne le délai d'envoi. En effet, les salariés avaient l'obligation d'envoyer leur arrêt de travail dans les 48h alors que les exploitants disposent d'un délai de tolérance de 3 jours dit « délai d'éloignement rural ».

En 2019, pour le régime des salariés, 13 232 prescriptions d'arrêts maladie ont été transmises hors délai (> 48h) aux caisses de MSA (- 22% par rapport à 2018). Ces salariés ont fait l'objet d'une transmission d'un courrier de mise en garde. Malgré ce courrier, près de 2 200 nouvelles prescriptions (soit 16% des premiers envois tardifs) ont été transmises hors délai par les mêmes assurés dans les 24 mois qui ont suivi, générant l'application d'une sanction⁴² et une information à l'employeur des salariés concernés.

Pour les exploitants, la législation ne prévoit pas de lettre de mise en garde mais une lettre de sanction immédiate correspondant à 4 jours d'indemnités journalières. Ce sont 2 800 lettres de sanctions qui ont été émises à l'encontre des exploitants, soit une hausse de 5 % par rapport à 2018.

Dans le cadre du dispositif du droit à l'erreur issu de la loi ESSOC du 10 août 2018, la CCMSA s'est positionnée sur plusieurs règles dont celles relatives au délai d'envoi de l'avis d'arrêt de travail maladie par l'assuré (cf. LTC n° DR-2020-023 du 15 janvier 2020).

Depuis 2020, dans une démarche de tolérance administrative envers les salariés affiliés au régime agricole, la CCMSA s'aligne sur la pratique de la CNAM en appliquant un délai de tolérance de réception de l'avis d'arrêt de travail maladie de 5 jours à compter du lendemain de la date de la prescription médicale. Cette mesure de tolérance s'articule avec les dispositions de la loi ESSOC relatives au droit à l'erreur. Cette évolution du délai d'envoi de l'avis d'arrêt de travail s'applique uniquement aux salariés agricoles dans la mesure où les assurés non-salariés agricoles bénéficient déjà d'un dispositif dérogatoire spécifique.

⁴² Pouvant aller jusqu'à une diminution de 50 % des indemnités journalières pour la période écoulée entre la date de prescriptions et la date de l'envoi.

3.6.1.2. Contrôle de la qualité du prescripteur en cas de prolongation

En 2019, 2 234 prolongations d'arrêts de travail, adressées au service médical des caisses de MSA, ont été rédigées par un prescripteur autre que le prescripteur initial ou le médecin traitant de l'assuré, sans motif recevable.

En réponse aux courriers adressés aux prescripteurs, 87 % des dossiers ont été justifiés. Des refus de prise en charge ont été notifiés en conséquence de l'absence de justification ; ces refus concernent 172 prolongations, soit 8% des prolongations sans motif.

3.6.2. Transports : action GDR-LCF

En réponse aux recommandations de la mission nationale de contrôle (MNC), la CCMSA a mis en place une action concertée entre les secteurs Gestion du risque (GDR) et Lutte contre la fraude (LCF), afin d'aborder cette problématique de manière globale et de mobiliser tous les leviers disponibles : prévention, échanges avec les prescripteurs, communication, action avec récupération d'indus et possiblement actions contentieuses dans le cadre de procédures fraude. Cette dynamique vertueuse GDR-LCF a déjà été attestée dans le cadre de l'action sur les actes infirmiers « AIS3 ».

Des outils directement issus des expériences locales ont été mis à la disposition de caisses expérimentatrices, permettant de cibler des transporteurs jugés à risque par identification préalable au niveau central. Cette démarche a permis de définir une méthodologie de contrôle 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.

Il a ainsi été demandé aux caisses de réaliser une analyse d'activité de 4 transporteurs au choix parmi une liste de cinq pré-identifiés comme potentiellement déviants : 2 Véhicules Sanitaires Légers (VSL), 1 taxi et 1 ambulance ou 2 Véhicules Sanitaires Légers (VSL) et 2 ambulances, si le contrôle des taxis constituait des difficultés locales (recherche de pièces notamment).

Les 15 caisses expérimentatrices de 2019 ont ainsi réalisé leurs contrôles sur 26 VSL, 24 ambulances et 7 taxis. Parmi ces transporteurs, 18 (9 ambulances, 8 VSL et un taxi) ont fait l'objet d'une détection d'anomalie mais sans caractère frauduleux pour un montant total de 23 000 euros. Ces anomalies portaient sur l'absence de prescription, le taux de prise en charge, l'absence (ou la mauvaise) déclaration du moyen de transport ou encore l'ubiquité.

Des anomalies à caractères frauduleux ont été repérées chez 4 transporteurs (2 VSL et 2 taxis) pour un montant total de 100 000 euros, dont 95% émanaient des taxis.

La MSA a donc décidé de poursuivre cette action en 2020 en se concentrant sur les taxis pour l'ensemble des caisses du réseau.

3.6.3. Actes infirmiers

3.6.3.1. Contrôle du respect de la règle de non cumul des AIS3

Les soins infirmiers d'accompagnement des malades (nursing, toilettes,...), codés AIS3, sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire dans la limite de 4 par jour (NGAP Infirmiers : titre XVI, chapitre I, article 11, §2 et 4). Un contrôle du respect de ce seuil de facturation par les professionnels de santé est effectué par les caisses de la MSA, sur un semestre ciblé.

Les actes dépassant la limite réglementaire sont extraits puis analysés. Ce contrôle, *a posteriori*, porte sur les anomalies de facturation. Le ciblage s'effectue sur les assurés ayant eu plus de 4 AIS3 par jour et ce, quel que soit l'infirmier diplômé d'Etat (IDE) les ayant réalisés.

En fonction du cumul irrégulier observé, les cas sont orientés, soit vers la gestion du risque qui mettra en œuvre une récupération des indus auprès des infirmiers concernés, soit vers la lutte contre la fraude qui réalisera une analyse d'activité.

En cas de réitération de l'anomalie de facturation par les IDE, 6 mois après la première phase de contrôle, une nouvelle procédure de récupération d'indus est engagée et le dossier est transmis au service de lutte contre la fraude.

En 2019, le contrôle initial a permis d'identifier que le nombre d'AIS3 avait été supérieur à 4 par jour pour 2 850 assurés MSA. Ces actes ont été réalisés par 3 096 IDE, soit 3% des IDE libéraux (taux similaire à 2018).

Le chiffrage initial de ce dépassement s'élève à plus de 426 000 euros dont 327 000 euros ont fait l'objet d'une émission d'indus auprès des IDE (soit une hausse de 20 % par rapport à 2018).

A l'issue de ce contrôle initial, 61 dossiers ont été orientés vers la cellule de lutte contre la fraude (contre 93 en 2018) afin de réaliser une analyse globale de l'activité de l'IDE.

En 2019, dans les caisses de MSA qui ont mené la phase de contrôle à 6 mois, 18% des IDE contrôlés initialement ont réitéré le dépassement de la limite de 4 AIS3 par jour ; 74 000 euros d'indus ont été émis à leur rencontre.

3.6.3.2. Contrôle de la justification médicale des majorations de nuit facturées

Ce contrôle s'assure de la justification médicale des majorations de nuit facturées par les IDE. Le ciblage s'effectue sur les assurés ayant eu un remboursement d'au moins 2 majorations de nuit en 24 heures en rapport avec des soins médicaux (AMI) ou des soins d'accompagnement des malades (AIS). Sont exclus de cette action de contrôle les bénéficiaires atteints de cancers reconnus en ALD depuis moins d'un an à la date des soins.

Ces anomalies de facturation ont été relevées chez 880 assurés du régime agricole ; ces actes en anomalie ont été exécutés par près de 1 500 IDE.

Le contrôle médical a adressé une demande d'information quant à la justification médicale de ces prescriptions de nuit à 177 médecins ; près de la moitié a répondu. Après analyse par le contrôle médical des réponses des praticiens, 89 IDE, ayant facturé des actes de nuit sans prescription médicale (absence de la mention « de nuit » sur l'ordonnance ou absence de justification médicale), ont été mis sous surveillance.

Les 51 IDE n'ayant pas respecté la prescription ont fait l'objet d'une récupération d'indus et l'activité de ceux qui présentaient trop d'anomalies a été analysée dans sa globalité par la cellule de lutte contre la fraude. Les indus notifiés s'élèvent à 90 000 €.

3.6.4. Actes dentaires

L'objectif de ces actions est, d'une part, de s'assurer du respect de l'application des référentiels en vigueur, et d'autre part d'informer les professionnels de santé des anomalies détectées et de procéder à un rappel de la réglementation, de façon à obtenir une modification de leur pratique. Le cas échéant, les caisses peuvent procéder à une récupération des sommes indûment remboursées.

3.6.4.1. Contrôle du respect de la prise en charge du bridge de plus de trois éléments

L'entité prothétique du bridge, inexistante en NGAP, est apparue avec la CCAM, modifiant également les conditions de sa prise en charge. En CCAM, le bridge de base comprend 3 éléments (2 piliers et un élément intermédiaire). La prise en charge du bridge par l'assurance maladie est soumise aux conditions suivantes :

- Si au moins l'un des deux piliers n'est pas reconstituable durablement par une obturation, le bridge est alors remboursé sur la base de 279,50 euros,
- Si les deux piliers sont reconstituables durablement, le bridge de base n'est pas remboursé.

Les bridges de plus grande étendue se construisent à partir d'un bridge de base et de piliers et/ou d'éléments intermédiaires supplémentaires. Les bridges de plus de 3 éléments ont des codifications spécifiques et donc des conditions de remboursement différentes.

Les chirurgiens-dentistes conseils des caisses de MSA ont envoyé 767 courriers aux praticiens ayant réalisé des bridges, afin de leur demander les informations et compte-rendus nécessaires pour procéder au contrôle. Après analyse des informations fournies, et vérification des conditions d'attribution et de la conformité des soins aux recommandations de bonne pratique, des anomalies ont été détectées chez 21% des praticiens libéraux contrôlés (contre un tiers en 2018), pour un montant global de 24 000 €. Au moment de la remontée des indicateurs, 88 % du montant des anomalies avait été notifié aux chirurgiens-dentistes par les caisses.

Les données consolidées de l'année 2018 pour cette action font état de 20 000 euros d'indus récupérés.

Par ailleurs, les chirurgiens-dentistes conseils ont envoyé des lettres de mise en garde à 163 praticiens (contre 226 en 2018), rappelant les recommandations de bonne pratique ou les règles de facturation.

3.6.4.2. Suivi des traitements en orthopédie dentofaciale

Cette action a pour objectif de s'assurer du respect de l'application des référentiels en vigueur par les chirurgiens-dentistes omnipraticiens ou spécialistes en orthodontie dentofaciale (ODF), par les médecins stomatologues ou par les centres mutualistes facturant certains actes d'orthodontie. Ce contrôle a posteriori s'assure du respect de la prise en charge d'un acte coté en NGAP TO180 (disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée) et/ou TO200 et/ou TO60 (Orthopédie des malformations consécutives au bec de lièvre total ou à la division palatine).

Très peu d'anomalies sont détectées à l'occasion de cette action. Parmi les dossiers analysés par le contrôle dentaire, 4 caisses ont adressé des lettres de mise en garde ou des notifications d'indus pour un nombre total de 6 anomalies, dont le montant de la part obligatoire s'élève à 817 euros.

3.6.4.3. Contrôle d'un acte CCAM au choix de la caisse

Cette action laisse aux chirurgiens-dentistes conseils le libre choix d'un acte CCAM à contrôler en fonction des spécificités ou des atypies locales. L'étude porte sur les actes codés soumis ou non à des conditions restrictives de facturation.

Les chirurgiens-dentistes conseils de 32 caisses de MSA ont réalisé des contrôles sur un total de 16 actes CCAM. Ces actes ont été réalisés par 1 420 chirurgiens-dentistes libéraux. Les taux de praticien en anomalie les plus élevés s'observent sur les actes suivants :

- L'ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire (HBGD027) : 88% des 291 praticiens étudiés présentaient des anomalies (82% en 2018),
- L'ablation d'un bloc métallique coulé ou d'une prothèse dentaire à tenon radiculaire scellé (HBGD011) : 92% des 12 praticiens étudiés présentaient des anomalies (contre 71% en 2018)
- L'avulsion d'une racine incluse (HBGD016), 52% des 174 praticiens étudiés présentaient des anomalies.

A l'opposé, les conditions de prise en charge de certains actes sont relativement mieux appliquées :

- Pose d'une couronne dentaire implantoportée (HBLD418), 12% des 315 praticiens étudiés présentaient des anomalies (contre 19% en 2018),
- Détartrage et polissage des dents, 32% des 315 praticiens étudiés présentaient des anomalies.

L'ensemble de ces contrôles a généré près de 44 000 euros de notification d'indus en 2019.

3.6.5. Tarification à l'activité (T2A) – programme de contrôle

Les caisses de MSA pivots des établissements contrôlés ont fourni les montants des « sur et des sous-facturations » relevés lors des contrôles pour les 3 dernières campagnes (sur les activités de 2016 à 2018).

En janvier 2020, seules deux caisses étaient en mesure de fournir le montant issu de la campagne de contrôle 2019 de l'activité 2018 (Ile-de-France et Haute Normandie) et avaient notifié les indus envers des établissements publics, pour lesquels elles sont pivots, pour un montant de 544 000 €. A la même période, sept caisses du réseau avaient notifié des indus (concernant les assurés MSA) envers des établissements privés pour un montant global de 35 600 €.

Les données consolidées des campagnes 2018 et 2017 font état respectivement de 599 000 € et 915 000 € d'indus notifiés.

Tableau 63 :
Montants notifiés par les caisses de MSA aux établissements publics et privés dont elles sont pivots

	campagne 2019(en cours)			campagne 2018			campagne 2017		
	sur facturations	sous facturations	montant net notifié	sur facturations	sous facturations	montant net notifié	sur facturations	sous facturations	montant net notifié
établissements publics	595 005 €	50 606 €	544 399 €	608680 €	125 278 €	483 402 €	697 243	66 791	630 452
établissements privés	35 929 €	322 €	35 606 €	131 188 €	15 539 €	115 650 €	348 917	64 013	284 904
Ensemble	630 934 €	50 928 €	580 006 €	739 868 €	140 817 €	599 051 €	1 046 160	130 804	915 356

Source : CCMSA

3.6.6. Contrôle des EHPAD

3.6.6.1. Programme de contrôle des EHPAD

Cette action inter-régime a pour objectif de s'assurer du respect des règles de facturation par les professionnels de santé en ville, d'actes et de prestations pris en charge par ailleurs dans le forfait soins des EHPAD.

Au premier trimestre 2020, 15 CMSA avaient terminé la campagne 2019 de contrôle de double facturation.

Le montant des anomalies constatées (quel que soit le régime d'appartenance des résidents) auprès des EHPAD dont la MSA est pivot s'élève à 828 127 €, soit - 17 % par rapport à 2018 (994 000 €). Les notifications aux établissements s'élèvent à près de 600 000 € d'indus. La campagne n'étant pas achevée au moment de la consolidation des résultats, seuls 107 315 € ont été recouverts (dont 58 % ont été récupérés sur dotation).

Tableau 64 :
Montant des indus constatés et notifiés par les caisses de MSA pivots d'EHPAD en 2019

	Montant des anomalies constatées	Montant des anomalies notifiées
Assurés MSA	333 407 €	242 578 €
Assurés des autres régimes	494 720 €	357 187 €
Total	828 127 €	599 765 €

Source : MSA

Le montant des anomalies détectées par les CMSA pour leurs ressortissants dans des établissements dont les CPAM sont pivots s'élève à 779 000 €.

3.6.6.2. Programme de contrôle EHPAD LPP

En 2019, l'action de contrôle des EHPAD sur la location de produits appartenant à la liste des produits et prestations (LPP) a été réalisée par 9 caisses de MSA (dont 5 en inter-régime), qu'elles soient ou non pivots. Des anomalies ont été repérées dans 243 EHPAD et concernent 639 résidents.

La MSA, en tant que pivot d'EHPAD, a notifié plus de 70 000 euros (contre 25 000 en 2018) pour des anomalies constatées sur 394 assurés tous régimes.

Tableau 65 :
Montant des indus constatés et notifiés pour la LPP
par les caisses de MSA pivots d'EHPAD et nombre d'assurés en anomalies en 2019

Régime d'affiliation	Nombre d'assurés avec anomalies LPP	Montants constatés	Montants notifiés
MSA	196	29 735 €	28 123 €
Régime général	198	51 576 €	42 427 €
Autres	0	0 €	0 €
Total	394	81 310 €	70 550 €

Source : MSA

3.6.7. Contrôle du respect des règles de facturation par les infirmiers libéraux (ou centres de santé) intervenant auprès des assurés pris en charge par les SSIAD

Depuis 2009, la MSA mène cette action administrative afin de s'assurer du respect des règles de facturation par les infirmiers libéraux (ou centres de santé infirmiers) intervenant auprès des personnes dépendantes prises en charge par les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Les SSIAD et infirmiers sont préalablement informés du contrôle par le président de la commission paritaire locale.

Lorsqu'une anomalie de facturation est constatée par la caisse, c'est-à-dire des actes infirmiers facturés en sus du forfait SSIAD, elle adresse un courrier notifiant les anomalies, soumis à une procédure contradictoire (d'un délai d'un mois), pour déterminer les éventuels indus à notifier.

En 2019, les caisses de MSA ont contrôlé 1 470 SSIAD. Des anomalies ont été détectées pour deux-tiers d'entre eux, portant sur 3 580 IDE libéraux.

Les anomalies constatées s'élèvent à 1 164 000 € (690 000 € en 2018). Le montant total des notifications est de 932 000 euros dont plus de la moitié (53 %) réclamés directement auprès des IDE.

3.6.8. Hospitalisation à domicile (HAD)

La MSA s'inscrit dans cette action inter-régime, coordonnée au niveau régional, dont l'objectif est de contrôler les facturations des soins de ville réglementairement financés par les forfaits GHT pour les patients en hospitalisation à domicile (HAD). Il s'agit de s'assurer que ces soins (médicaments, produits et prestations inscrits à la LPP, actes de biologie, charges relatives à la rémunération des auxiliaires médicaux et sages-femmes) sont bien inclus dans les forfaits et ne font pas l'objet d'une double facturation.

En 2019, 87% des 79 établissements contrôlés (publics et privés) par les caisses de MSA gestionnaires, présentaient des anomalies de facturation pour la HAD. Ces anomalies concernent un tiers des patients hospitalisés à domicile.

En tant que caisses pivots, les caisses de MSA ont constaté 217 000 euros d'anomalie pour les établissements publics (dont 137 000 euros pour les assurés agricoles) ; les deux-tiers de ce montant ont été notifiés par les régimes d'assurance maladie.

Au moment de la remontée des données, les caisses de MSA avait également notifié 18% des 289 000 euros d'anomalies constatées dans les établissements privés pour les assurés agricoles.

3.6.9. Signalements et actions locales de LCF

Les services de gestion du risque de 6 caisses de MSA ont réalisé des actions d'initiative locale dans le domaine de la lutte contre la fraude. Les sujets sur lesquels ces actions ont porté sont : l'étude systématique de la facturation des professionnels de santé avec anomalies signalées par les CPAM, la surdélivrance médicamenteuse (application de l'article L315-2), la fraude de la part d'assurés.

Les anomalies constatées en 2019 émanant de ces actions s'élèvent à près de 495 000 euros dont 487 000 euros ont été notifiés.

3.7. Autres actions locales

Dans le réseau MSA, 84 actions locales (hors signalements et actions de lutte contre la fraude) ont été mises en place par 22 caisses. Ces actions ont majoritairement porté sur les professionnels de santé (activité et/ou facturation des actes dentaires et infirmiers), le contrôle des arrêts de travail ainsi que les facturations de transporteurs. Certaines caisses ont également mis en place des actions visant à contrôler la suite donnée aux avis du contrôle médical et du contrôle dentaire ou les facturations des produits de LPP.

Près de 1,5 M d'euros d'anomalies ont été détectés par ces actions. Au moment de la remontée des données sur la réalisation du plan, les deux-tiers de ce montant ont été notifiés, soit 1 M d'euros, montant auquel s'ajoutent 930 000 euros de dépenses évitées sur les prestations en espèces.

3.8. 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 progressivement transféré le traitement des dossiers au cours de l'année 2014.

Afin de mesurer les évolutions en matière de recouvrement RCT, il a été décidé de prendre en compte comme données de départ la moyenne du recouvrement des années 2012-2013-2014 (avant mutualisation) soit un montant moyen recouvré de 39 083 198 €. Rapporté à la population couverte, le montant moyen recouvré par affilié s'élève à 11,46 €.

Pour l'année 2015, le recouvrement RCT s'élève à 44 120 170 € lequel comprend des dossiers soldés en 2015 (non transférés dans le cadre de la mutualisation) par les 35 caisses d'affiliations et les dossiers gérés par les 5 caisses de gestion.

Parallèlement, 2015 aura été une année de consolidation des données comptables RCT et de mise en place des tableaux de bord permettant un suivi mensuel et un reporting trimestriel des caisses de gestion vers les caisses d'affiliation.

Afin de redynamiser le fonctionnement du RCT et optimiser ses résultats, d'autres actions ont été entreprises au cours des années 2015 et 2016 par la MSA, à savoir :

- 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.

Il a été décidé, lors de la réunion plénière du 22 janvier 2020, que le plan national d'amélioration de la détection de 2016 ferait l'objet d'un bilan et que des modifications seraient proposées.

Par ailleurs, des travaux sur la détection des RCT ont été engagés par la CNAM en concertation avec la MSA afin de sensibiliser les différents acteurs sur l'importance du signalement d'un accident auprès des organismes d'assurance maladie.

Ces travaux ont permis la mise en place d'une procédure d'échange d'annuaires des caisses entre la MSA et le régime général pour transmission des signalements d'un régime à l'autre.

Une sensibilisation des établissements de santé a également été menée par le biais d'actions d'incitation afin que les établissements remplissent leur obligation de signalements au moment de la facturation (urgences et services de traumatologie et d'orthopédie) :

- sensibilisation par les DAM (avec extension de cette action aux professionnels de santé libéraux),
- un partenariat d'échanges a été acté : le régime général centralise les signalements et les transmet à la MSA pour ses ressortissants.

D'autres travaux initiés par la CNAM ont été suspendus ; il s'agissait notamment de la sensibilisation des forces de l'ordre avec un projet de convention prévoyant la transmission des signalements (gendarmerie) ou l'ensemble des procès-verbaux établis dans le département (police) pour les accidents de la circulation ; les travaux portaient également sur d'autres projets de convention avec la FNMF et l'ANSM.

Compte tenu de ce contexte, afin d'agir pour améliorer la détection, il a été décidé, lors de la réunion plénière des caisses de gestion RCT du 22 janvier, de mettre en place un groupe de travail national afin de partager les pratiques locales en MSA. La Direction Déléguée au Réseau assure le pilotage de ce groupe de travail avec les médecins-conseils RCT référents des 5 caisses de gestion, l'objectif étant l'élaboration d'un lot de requêtes permettant de détecter des RCT potentiels.

Ces requêtes, testées et validées par les caisses de gestion, doivent être diffusées au sein du réseau.

Un indicateur de suivi est prévu dans le cadre de la nouvelle COG 2021-2025 : « exécution de la ou des requêtes selon la fréquence retenue par les Caisses d'affiliation ».

En matière de statistiques, pour l'année 2018, la MSA a adressé auprès de ses adhérents **16 887 enquêtes accident** avec un taux de retour de 81,69 %.

Le montant récupéré auprès des assureurs des tiers responsables s'élève à **47 061 746 € en 2018**, ce qui correspond à **un montant recouvré par assuré de 14,70 €**.

Pour l'année 2019, la MSA a adressé auprès de ses adhérents **18 038 enquêtes accident** avec un taux de retour de 82,54 %.

Le montant récupéré auprès des assureurs des tiers responsables s'élève à **43 287 342 € en 2019**, ce qui correspond à **un montant recouvré par assuré de 13,62 €**.

Lors de la réunion plénière du 22 janvier, il a été convenu d'engager une réflexion sur l'évolution des indicateurs COG pour les caisses de gestion et les caisses d'affiliation.

Des propositions ont été émises pour faire évoluer l'indicateur CPG recouvrement sur la base des orientations suivantes :

- Une évolution dans les modalités de calcul de l'indicateur recouvrement afin de s'approcher au plus près du modèle retenu par le régime général et permettre ainsi une comparaison inter-régime par les pouvoirs publics,
- La prise en compte des particularités de la population couverte au régime agricole par rapport à celle du régime général (impacts de la population non-salarié agricole observés dans les résultats CPG 2016-2020).

Les indicateurs pour les caisses d'affiliation ont également fait l'objet de propositions d'évolution.

www.msa.fr
<https://statistiques.msa.fr>
<https://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