



 agir ensemble

Rapport Charges et Produits MSA 2022

■ Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement
sur l'évolution des charges et des produits au titre de 2022 (loi du 13 août 2004)



Sommaire

Synthèse	6
Liste des propositions de la MSA pour 2022	15
AXE « PREVENTION, PROMOTION DE LA SANTE ET EDUCATION A LA SANTE »	15
AXE « STRUCTURATION DE L'OFFRE DE SOINS SUR LES TERRITOIRES »	15
AXE « QUALITE DES PRATIQUES ET PERTINENCE DES SOINS »	15
AXE « CONTROLE ET LUTTE CONTRE LA FRAUDE »	15
AXE « ENJEUX NUMERIQUES, SCIENCE DE LA DONNEE ET RECHERCHE EN SANTE »	15
Partie 1 : Le suivi de l'Ondam au régime agricole	16
1.1 LES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE AU REGIME AGRICOLE EN 2020.....	17
1.1.1. L'évolution des soins de ville	18
1.1.2. L'évolution des dépenses au titre des établissements de santé	19
1.2. PERSPECTIVES 2021-2022 POUR L'ENVELOPPE DES SOINS DE VILLE.....	19
1.2.1. Les prévisions 2021	19
1.2.2 Les évolutions tendanciellees 2022 en soins de ville	22
1.3. LA CRISE SANITAIRE LIEE A LA COVID-19 ET SES IMPACTS.....	23
1.3.1. L'impact de la crise sanitaire sur les dépenses de santé	23
1.3.1.1 Résultats globaux.....	23
1.3.1.2 L'impact sur la consommation de médicaments délivrés en ville.....	31
1.3.1.3 Incidences des tests COVID-19 au régime agricole	32
1.3.1.4 Résultats régionaux	36
1.3.1.5 Le recours aux téléconsultations pendant la crise sanitaire	39
1.3.2. Les actions de la MSA durant la crise sanitaire	42
Partie 2 : Les caractéristiques de la population agricole	49
2.1. LES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DES PERSONNES PROTEGEES EN MALADIE AU REGIME AGRICOLE	50
2.2. LES CARACTERISTIQUES SANITAIRES DES PERSONNES PROTEGEES EN MALADIE AU REGIME AGRICOLE	57
2.2.1. La cartographie des pathologies au régime agricole.....	57
2.2.2. Les patients en ALD au régime agricole.....	74
2.2.2.1. La prévalence des ALD au régime agricole.....	74
2.2.2.2. L'incidence des ALD au régime agricole	78
2.2.3. La mortalité par suicide des assurés du régime agricole.....	83

Partie 3 : Les propositions de la MSA pour contribuer aux politiques publiques de santé 98

3.1. ACCOMPAGNER LES ASSURES PAR LA PREVENTION, LA PROMOTION DE LA SANTE ET L'EDUCATION A LA SANTE, EN PRIVILEGIANT UNE APPROCHE GLOBALE DES BESOINS DE LA PERSONNE	100
3.1.1. Une offre de prévention ciblée, en lien avec l'ensemble des acteurs de santé.....	100
3.1.2. Un accompagnement des personnes dans l'accès aux droits, leur parcours de santé, la prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien en emploi et la prévention du mal-être.....	111
3.1.2.1. Le Rendez-vous Prestations MSA pour favoriser l'accès aux droits	111
3.1.2.2. L'accompagnement du parcours des malades complexes : les résultats de l'évaluation.....	113
3.1.2.3. La prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien en emploi	115
3.1.2.4. La prévention du mal-être du monde agricole et rural	118
3.2. POURSUIVRE L'IMPLICATION DE LA MSA DANS L'ORGANISATION DES SOINS SUR LES TERRITOIRES	119
3.3. RENFORCER LA QUALITE DES PRATIQUES ET LA PERTINENCE DES SOINS	123
3.3.1. Les actions du plan national GDR 2020 de la MSA.....	123
3.3.2. Les nouvelles études	123
3.3.2.1. Pertinence et efficience des produits de santé	123
3.3.2.2. Pertinence et qualité des actes	139
3.4. POURSUIVRE LE CONTROLE ET LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE	140
3.4.1. Le bilan lutte contre la fraude 2020 de la MSA dans le domaine santé.....	140
3.4.2. Renforcer la collaboration avec la CNAM dans le domaine de la lutte contre la fraude en expérimentant un protocole d'échanges d'informations.....	142
3.5. REpondre AUX ENJEUX NUMERIQUES, DEVELOPPER LA SCIENCE DE LA DONNEE ET PROMOUVOIR LA RECHERCHE EN SANTE	143
3.5.1. Contribuer à l'Espace Numérique de Santé : le Mémo Santé Enfant	143
3.5.2. Le programme METEORe et la stratégie partenariale d'infogérance	143
3.5.2.1. Le programme METEORe	143
3.5.2.2. Poursuivre la stratégie partenariale d'infogérance des outils informatiques pour le compte d'autres régimes	144
3.5.3. Lutter contre le non-recours à la Complémentaire Santé Solidaire à partir des techniques de l'intelligence artificielle.....	145
3.5.4. Développer des travaux de recherche en partenariat	146

Annexes	149
Annexe 1 : Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2021	150
1.1. AXE « PREVENTION, PROMOTION DE LA SANTE ET EDUCATION A LA SANTE »	150
1.2. AXE « STRUCTURATION DE L'OFFRE DE SOINS SUR LES TERRITOIRES »	158
1.3. AXE « QUALITE DES PRATIQUES ET PERTINENCE DES SOINS »	159
1.4. AXE « CONTROLE ET LUTTE CONTRE LA FRAUDE »	159
1.5. AXE « ENJEUX NUMERIQUES, SCIENCE DE LA DONNEE ET RECHERCHE EN SANTE »	160
Annexe 2 : La cartographie des pathologies au régime agricole	161
Annexe 3 : Les effectifs et taux de prévalence et d'incidence bruts des patients en ALD au régime agricole	163
3.1. EFFECTIFS ET TAUX DE PREVALENCE	163
3.2. EFFECTIFS ET TAUX D'INCIDENCE	164
Annexe 4 : La mortalité par suicide des assurés du régime agricole	165
Annexe 5 : Synthèse des volets qualitatifs des diagnostics territoriaux MSA ...	172
Annexe 6 : Les actions du plan national GDR maladie 2020	174
6.1. PREVENTION	174
6.2. STRUCTURATION DE L'OFFRE DE SOINS	174
6.2.1. Mise sous accord préalable des établissements-chirurgie ambulatoire	174
6.2.2. PRADO	174
6.2.2.1. Maternité	175
6.2.2.2. Chirurgie-orthopédie	176
6.2.2.3. Insuffisance cardiaque	176
6.2.2.4. Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)	176
6.2.2.5. Accident Vasculaire Cérébral et Accident Ischémique Transitoire (AVC/AIT)	176
6.2.3. Action d'accompagnement du parcours de santé en milieu rural : accompagnement des structures d'exercice coordonné	177
6.3. PERTINENCE ET EFFICIENCE DES PRODUITS DE SANTE	177
6.3.1. Liste des Produits et Prestations	177
6.3.1.1. Contrôle systématique des demandes d'accord préalable de grand appareillage orthopédique	177
6.3.1.2. Sièges coquilles	178
6.4. PERTINENCE ET QUALITE DES ACTES	180
6.4.1. Gestion des demandes d'accord préalable (DAP)	180
6.4.2. Actes dentaires – Contrôle des conditions de prise en charge des actes associés aux avulsions dentaires	181
6.4.3. Actes dentaires – Accompagnement des professionnels de santé au bilan parodontal chez les assurés en ALD diabète	181
6.5. PERTINENCE ET EFFICIENCE DES PRESCRIPTIONS D'ARRETS DE TRAVAIL ET DE TRANSPORTS	182
6.5.1. Contrôle des arrêts de travail répétitifs	182

6.5.2. Ciblage des pathologies lombaires dans le cadre du contrôle des arrêts de travail.....	183
6.6. LE CONTROLE ET LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE	183
6.6.1. Arrêts de travail	183
6.6.1.1. Contrôle du respect du délai d’envoi.....	183
6.6.1.2. Contrôle de la qualité du prescripteur en cas de prolongation.....	184
6.6.2. Transports : action GDR-LCF	184
6.6.3. Actes infirmiers.....	185
6.6.3.1. Contrôle du respect de la règle de non cumul des AIS3.....	185
6.6.3.2. Contrôle de la justification médicale des majorations de nuit facturées.....	186
6.6.4. Actes dentaires : contrôle d’un acte CCAM au choix de la caisse	186
6.6.5. Tarification à l’activité (T2A) – programme de contrôle	187
6.6.6. Contrôle des EHPAD.....	187
6.6.6.1. Programme de contrôle des EHPAD.....	187
6.6.6.2. Programme de contrôle EHPAD LPP	188
6.6.7. 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.....	188
6.6.8. Hospitalisation à domicile (HAD)	189
6.6.9. Signalements et actions locales de LCF.....	189
6.7. AUTRES ACTIONS LOCALES	189
6.8. MUTUALISATION DU RECOURS CONTRE TIERS.....	190

Synthèse

Synthèse

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

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

Le rapport de la MSA pour 2022 présente les propositions de la MSA pour contribuer aux politiques publiques de santé. Ces propositions cherchent à accroître l'efficacité du système de santé au bénéfice des ressortissants agricoles et s'inscrivent dans un cadrage financier contraint par l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Ces propositions visent également à conforter le rôle de la MSA en tant qu'acteur du monde rural ainsi que son approche globale de la santé pour apporter une réponse adaptée aux besoins de la personne et à son territoire de vie.

Le rapport Charges et Produits de la MSA pour 2022 comporte trois parties :

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

En **annexe** du rapport est présenté un suivi des propositions formulées dans le rapport Charges et Produits de la MSA pour 2021.

Les propositions du rapport 2022 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 à la COVID-19 sur les dépenses de santé et les actions de la MSA durant la crise sanitaire

Avant la crise sanitaire, la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2020 avait fixé l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'exercice 2020 à 205,6 milliards d'euros, soit une progression annuelle des dépenses de 2,45 % (après 2,5 % prévu en 2019).

La crise sanitaire ayant profondément bouleversé cette construction initiale, l'ONDAM pour 2020 a été révisé à la hausse par la LFSS 2021, qui le porte à 219,5 milliards d'euros, ce qui correspond désormais à une progression annuelle des dépenses de 9,5 % (soit +14 milliards d'euros).

En 2020, 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 13,04 milliards d'euros. Elles sont en hausse de 11,7 % par rapport aux dépenses de 2019.

Cette forte progression des dépenses résulte principalement de l'impact de la crise sanitaire sur les établissements. Les dépenses pour ces derniers s'élèvent à 7,28 milliards d'euros en 2020 soit une hausse de 16,1 %. Les prestations exécutées en ville totalisent 5,15 milliards d'euros en 2020, en hausse de 0,7 %.

Les prestations exécutées en établissement de santé et en ville représentent respectivement 55,9 % et 39,5 % des dépenses du régime agricole suivant le champ de l'ONDAM en 2020.

La LFSS pour 2021 fixe l'ONDAM pour les quatre années à venir et retient pour 2021 un montant de 224,6 milliards d'euros, soit une hausse prévisionnelle de **3,5 %** par rapport à 2020 à champ constant. Pour les années suivantes, les évolutions retenues en LFSS s'établissent à + 0,9 % en 2022, puis + 2,4 % en 2023 et enfin + 2,3 % en 2024. S'agissant de l'enveloppe **soins de ville**, la progression prévisionnelle pour 2021 est fixée à **5,8 %**.

Pour l'**ensemble du régime agricole**, les prévisions relatives aux dépenses de **soins de ville** sur le champ de l'ONDAM 2021, à savoir les remboursements de soins de santé liés à la maladie, à la maternité et aux accidents du travail, hors indemnités journalières maternité et rentes accidents du travail, s'élèveraient à **5,4 milliards d'euros**, soit une **hausse de 5,7 %**.

Sur le champ des soins de santé hors indemnités journalières (IJ), la progression des dépenses atteindrait + 7,7 % ; dynamique en contrecoup des baisses enregistrées en 2020 sur une partie des soins de santé et sous l'hypothèse d'un retour à des niveaux de remboursements de soins comparables à la tendance avant le déclenchement de la crise sanitaire. Cette croissance prévisionnelle est par ailleurs majorée de 2,8 points par les surcoûts de la lutte contre la pandémie (tests, vaccins, masques...). À l'inverse, les versements d'indemnités journalières, fortement majorés par la crise sanitaire en 2020, diminueraient de 7,4 % en 2021.

Les effets de la pandémie de Covid-19 sur la consommation de soins sont bien perceptibles.

À fin février 2021, les remboursements de **soins de ville** du régime agricole, en données cvs-cjo, progressent de **0,6 %** sur douze mois glissants. Si cette évolution globale est identique à celle qui prévalait à fin février 2020 à la veille du déclenchement de la crise sanitaire, elle masque néanmoins de grandes disparités selon les postes de remboursements et des impacts d'ampleur différente par régime (**- 2,7 % chez les non-salariés contre + 4,1 % chez les salariés**).

L'accélération des remboursements la plus spectaculaire concerne les **analyses médicales en laboratoires**, portée par les tests de dépistage, avec une croissance sur douze mois glissants majorée de **32,5 points** par rapport à fin février 2020. S'agissant des **indemnités journalières (IJ) maladie**, la croissance des versements s'est quant à elle intensifiée de **23,0 points** par rapport à février 2020.

A contrario, des postes de soins de ville ont été minorés par la crise sanitaire, la baisse des remboursements de soins du premier confinement n'ayant pas donné lieu à des rattrapages d'ampleur équivalente sur les mois suivants. Ainsi, à fin février 2021, l'évolution des **honoraires médicaux et dentaires** s'établit à **9,3 points** en deçà de celle de février 2020 (- 3,8 points pour les généralistes, - 11,3 points pour les spécialistes, - 13,4 points pour les dentistes). Il en est de même pour les remboursements de **masso-kinésithérapie** (- 15,0 points), ceux de frais de **transports de patients** (- 7,5 points) ainsi que ceux de **dispositifs médicaux** (- 3,3 points).

Ces évolutions se confirment au niveau régional, de façon plus ou moins marquée selon les régions.

Par ailleurs, **l'analyse du profil mensuel des remboursements de l'année 2020** conduit à distinguer trois phases depuis le déclenchement de la crise sanitaire :

- Une première phase de mars à mai correspondant au 1^{er} confinement ; en date de soins cvs-cjo, les remboursements de soins de ville chutent de 8,0 % par rapport aux mêmes mois de l'année précédente.
- Une 2^{ème} phase de juin à septembre, qui représente un retour vers les tendances antérieures, avec néanmoins de fortes disparités selon les postes. Sur ces quatre mois, les remboursements de soins de ville progressent de 3,2 % par rapport aux mêmes mois de 2019.
- Une 3^{ème} phase en fin d'année, avec un regain de remboursements (+ 4,9 % par rapport au 4^{ème} trimestre 2019) portés principalement par les tests de dépistage de la Covid-19.

L'impact de la crise sanitaire sur la consommation de médicaments délivrés en ville a également fait l'objet d'une étude spécifique et s'avère très variable selon les classes de médicaments. A titre d'exemple, entre mars 2020 et février 2021, le nombre de boîtes de médicaments remboursés pour les troubles mentaux et les troubles des addictions a excédé de 4,9 % la volumétrie attendue, soit 516 900 boîtes remboursées supplémentaires.

L'incidence des tests Covid-19 a aussi été analysée. Entre mars 2020 et février 2021, la MSA a remboursé 1 147 182 tests en ville dont 1 090 350 tests RT-PCR. Sur cette même période, les montants remboursés associés aux tests Covid-19 en ville s'élèvent à 75,3 millions d'euros dont 66,4 millions pour la partie analyse et 8,9 millions pour la partie prélèvement.

La pandémie de la Covid-19 a accéléré le recours à la télémedecine et plus particulièrement le recours aux téléconsultations. Dans le rapport Charges et Produits 2021, un focus avait montré l'explosion du nombre de téléconsultations en mars et avril 2020, passant d'un nombre hebdomadaire d'environ 600 téléconsultations début mars à plus de 40 000 téléconsultations la deuxième semaine d'avril.

A partir de mai 2020, le recours aux téléconsultations a baissé progressivement mais est resté à un niveau bien plus élevé qu'avant la pandémie. Il a ensuite retrouvé une nouvelle progression en fin d'année 2020 suite à l'arrivée de la seconde vague de la Covid-19.

A fin février 2021, le nombre d'actes de téléconsultations atteint 660 833 sur douze mois glissants, soit un nombre 145 fois supérieur à celui à fin février 2020 (4 553 actes). Cet essor représente 17,8 millions d'euros remboursés sur douze mois, soit 27 € par acte.

Enfin, la MSA rappelle sa mobilisation et les actions qu'elle a mises en œuvre au profit de ses ressortissants et des entreprises agricoles durant cette crise sanitaire.

En collaboration avec la CNAM et les ARS, la MSA est mobilisée depuis plus d'un an dans la gestion de la crise sanitaire **avec une implication notamment dans le dispositif de traçage des cas contacts (contact tracing)**. La MSA a ainsi proposé un appui renforcé dépassant les 350 équivalents temps plein sur l'année, sur l'ensemble du territoire.

La MSA participe à **la campagne de vaccination contre la Covid-19 et au dispositif « Aller vers »** pour contacter les personnes de plus de 75 ans qui n'ont pas encore été vaccinées par sms, par téléphone ou autre moyen.

Grâce à son guichet unique et au déploiement de l'opération MSA solidaire, **elle a accompagné plus de 265 000 personnes** parmi les plus fragilisées par la crise.

Elle a mis en place sans délai toutes les mesures d'urgence gouvernementales avec par exemple les versements d'indemnités journalières dérogatoires, des allocations de remplacement pour les non-salariés et des aides exceptionnelles aux familles et étudiants précaires,...

Auprès des entreprises agricoles, **la MSA a mobilisé l'ensemble de ses services de Santé Sécurité au Travail** au travers d'une « Aide prévention Covid », un dispositif exceptionnel visant à promouvoir une démarche de prévention avec des conseils spécifiques aux filières agricoles, un financement de mesures barrières pour protéger l'ensemble de la profession et un accompagnement très étroit pour contenir l'évolution de clusters. La MSA déploie également des mesures de soutien aux entreprises, avec notamment une aide au paiement des cotisations.

Pour permettre la gestion des différents dispositifs mis en place dans le cadre de la crise sanitaire, **la MSA a développé ainsi plusieurs services en ligne** : services de déclaration des arrêts de travail « personnes à risque », pour « garde d'enfant », service de déclaration d'isolement en cas de symptômes, service de demande de reconnaissance de maladie professionnelle en lien avec la Covid-19, ...

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

A la fin de l'année 2020, le régime agricole recense plus de 3,1 millions de personnes protégées au titre du risque maladie, un effectif représentant 4,8 % de la population totale en France métropolitaine.

Plus de 1,9 million de personnes relèvent du régime des salariés agricoles pour leur assurance maladie obligatoire (61,2 % de l'effectif total). Cet effectif progresse sur un an (+ 0,3 %), moins fortement que les années précédentes (+ 1,6 % en 2019, + 1,8 % en 2018, et + 0,4 % en 2017).

Au régime des non-salariés agricoles, plus de 1,2 million de personnes sont protégées (38,8 % de l'effectif total). La baisse des effectifs se poursuit en 2020 (- 3,2 %, après - 3,1 % en 2019, - 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 est même supérieur à deux fois la moyenne nationale (4,7 %) dans 683 territoires de vie sur 2 673, situés pour l'essentiel à l'ouest d'une ligne reliant Caen à Marseille ainsi que dans les régions viticoles de Champagne et de Bourgogne, et dans les régions arboricoles et viticoles du nord de la Provence.

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

- Une première étude expose pour la première fois **la cartographie des pathologies au régime agricole**.

Cette étude porte sur 2,9 millions de personnes du régime agricole qui ont consommé des soins en 2019. Un assuré sur trois ayant consommé des soins souffre d'au moins une pathologie. Les pathologies affectant le plus d'assurés du régime sont les maladies cardiovasculaires, le diabète et les cancers. D'autre part, le traitement chronique (hors pathologie) le plus suivi concerne le risque vasculaire (556 000 assurés).

Au régime agricole, 410 000 personnes souffrent d'une pathologie cardiovasculaire (soit 14 % des consommateurs de soins du régime). En comparaison avec l'ensemble des consommateurs de soins, ils ont un risque légèrement plus élevé d'être affectés par une de ces pathologies (+ 1 %) ou de recevoir un traitement pour risque vasculaire hors pathologie identifiée (+ 6 %). Ces maladies touchent principalement les personnes de 50 ans et plus, et plus fréquemment les hommes. Cependant, ce risque est à nuancer en fonction des pathologies et des groupes de populations. Les non-salariés agricoles de plus de 65 ans présentent un sur-risque (+ 4,3 %) sur les maladies cardiovasculaires. Les femmes du régime agricole présentent également un sur-risque de développer ces maladies (+ 7,2 %) ou de suivre un traitement pour un risque vasculaire (+ 5,8 %) par rapport à l'ensemble des femmes tous régimes confondus.

Par ailleurs, les résultats montrent qu'il existe un lien entre localisation géographique et maladies cardiovasculaires. En effet, les habitants des territoires avantagés socialement ont moins de risque de développer une maladie cardiovasculaire. Les assurés développeront des maladies cardiovasculaires différentes selon qu'ils résident sur un territoire urbain ou rural.

230 550 assurés du régime agricole souffrent de diabète. La population des non-salariés présente un moindre risque de 18 % de développer cette pathologie par rapport à l'ensemble des consommateurs métropolitains. Cette différence ne s'observe pas chez les salariés.

Toutes localisations cancéreuses confondues, 91 000 assurés du régime agricole sont traités pour un cancer actif et 120 000 ont un cancer en phase de surveillance. Par rapport à l'ensemble des consommateurs de soins, les assurés du régime présentent un sous-risque de cancer actif ou sous surveillance (- 9 %), aussi bien chez les salariés que chez les non-salariés. Ce sous-risque est particulièrement marqué pour les principales localisations cancéreuses : cancer du poumon (-34 %) et cancer du sein chez la femme (- 17 %). Toutefois, il existe un risque accru de cancer de la prostate actif chez les non-salariés (+ 4 %) par rapport à la population tous régimes.

Les maladies respiratoires chroniques affectent 191 000 ressortissants du régime agricole, avec un sous-risque de 4 %.

Sur l'ensemble du groupe des maladies dégénératives, qui affectent 98 000 patients MSA, les assurés du régime agricole ont un risque moindre (- 3 %) que l'ensemble des consommateurs, mais les situations diffèrent selon la pathologie. Les non-salariés ont un sur-risque significatif de présenter la maladie de Parkinson (+ 7 %).

Les non-salariés du régime agricole souffrent moins de maladies psychiatriques, à âge et sexe identique, que l'ensemble des assurés tous régimes.

Les assurés MSA consomment moins de psychotropes que l'ensemble des assurés, sauf en ce qui concerne les traitements neuroleptiques chez les salariés agricoles (+ 5 %).

Près de 50 000 bénéficiaires MSA sont atteints par une maladie inflammatoire chronique. Les assurés du régime agricole ont un risque moindre sur l'ensemble des pathologies de ce groupe, hormis un sur-risque de polyarthrite rhumatoïde de 8 %.

- Une deuxième étude traite **des affections de longue durée (ALD)**.

Avec près de 687 900 personnes exonérées du ticket modérateur au titre d'au moins une **affection de longue durée**, le taux de prévalence brut atteint 21,9 % au régime agricole à fin 2020. Les ALD les plus fréquentes sont le diabète (5,7 %), l'insuffisance cardiaque grave (4,7 %), les cancers (4,4 %), la maladie coronaire (3,1 %) et les affections psychiatriques de longue durée (1,9 %). Ainsi, 60 % des patients en ALD sont concernés par l'une des trois principales ALD.

- Une étude actualisée sur **la mortalité par suicide des assurés du régime agricole** à partir des données du système national des données de santé (SNDS).

En 2016, 529 décès dû à un suicide ont été dénombrés au régime agricole (dont 228 pour la tranche d'âge 15-64 ans, soit 43 %).

Chez les consommateurs tous régimes de 15 ans et plus, le taux de décès par suicide est de 8,9 pour 100 000 (8,2 pour 100 000 pour les 15-64 ans). Il atteint 19,7 pour 100 000 chez les consommateurs du régime agricole de 15 ans et plus (14,2 pour 100 000 pour les 15-64 ans).

Les consommateurs du régime agricole de 15 à 64 ans ont un risque de mortalité par suicide supérieur de 43,2 % à celui des assurés tous régimes. Chez les non-salariés, le sur-risque est de 36,3 %. Chez les salariés, il atteint 47,8 %. Chez les consommateurs de soins de 65 ans et plus, les bénéficiaires du régime agricole présentent un risque de mortalité par suicide deux fois plus élevé que les assurés tous régimes. Le sur-risque est plus marqué chez les non-salariés que chez les salariés (113,7 % vs 74,5 %).

Ces résultats confirment le sur-risque de mortalité par suicide des assurés du régime agricole, salariés et non-salariés, déjà observé sur les données 2015. Dans un contexte de diminution du taux de mortalité par suicide dans l'ensemble de la population, l'excès de risque de la population agricole s'est accentué, notamment chez les non-salariés de 15-64 ans avec un sur-risque qui est statistiquement significatif en 2016 alors qu'il ne l'était pas en 2015.

Cette analyse a par ailleurs été complétée sous deux angles : les affections de longue durée et les typologies territoriales.

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 2022 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 de façon forte ses programmes nationaux de prévention santé. De nouvelles actions seront mises en œuvre telles que les entretiens personnalisés par visioconférence dans le cadre des bilans de santé ; l'essaimage de ses bilans de santé au profit des assurés de la CAVIMAC-SNCF ; une action collective seniors sur la prévention des conduites addictives ; le déploiement de l'action Déclic ; le lancement de son nouvel appel à projets en matière de financement de projets de prévention et d'éducation à la santé ou encore la refonte du dispositif d'évaluation des actions collectives seniors dans le cadre de l'inter-régime. Enfin, elle propose d'élaborer un parcours global pour la prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien en emploi au régime agricole et de renforcer sa stratégie nationale de prévention et d'accompagnement du mal-être dans le milieu agricole.

Dans la structuration de l'offre de soins sur les territoires, la MSA poursuivra son implication dans ses actions pérennes, que ce soit la mise en place des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en milieu rural ou le développement des contrats locaux de santé (CLS). Elle propose par ailleurs deux nouvelles actions. D'une part, elle propose de généraliser de façon progressive pour chaque caisse de MSA l'accompagnement d'hôpitaux de proximité et de CPTS situés sur un même territoire afin de fluidifier les parcours de santé ville-hôpital. D'autre part, elle accompagnera le déploiement du programme Educ'Tour à toutes les caisses de MSA en 2022.

La MSA détaille également ses actions de gestion du risque. En termes de qualité des pratiques et de pertinence des soins, elle propose de poursuivre l'accompagnement des praticiens réalisant des actes bucco-dentaires dans l'application des bonnes pratiques par l'intermédiaire d'actions spécifiques.

Dans le domaine de la lutte contre la fraude, elle renforcera sa collaboration avec la CNAM en expérimentant un protocole d'échanges d'informations en matière de fraudes à enjeux des professionnels de santé et de fraudes aux indemnités journalières des saisonniers.

Enfin, **dans le cadre des enjeux numériques, de la science de la donnée et de la recherche en santé**, la MSA fait cinq propositions. **Concernant les enjeux numériques**, elle exportera la nouvelle version du Mémo Santé Enfant dans le store Espace Numérique de Santé impliquant une ouverture aux assurés MSA ainsi qu'à tous les parents quel que soit leur régime. Elle met en place avec la CNAM un partenariat de coopération et de mutualisation d'une partie des solutions de système d'information et des processus associés, dans le cadre du programme METEORe. Elle va poursuivre également sa stratégie partenariale dans le domaine de l'infogérance des frais de santé pour le compte d'autres régimes. **Dans le domaine de la science de la donnée**, elle réalisera des travaux afin de lutter contre le non-recours à la Complémentaire Santé Solidaire en utilisant les techniques de l'intelligence artificielle. **Concernant la recherche en santé**, elle développe des travaux de recherche avec le milieu académique sur les thématiques d'inégalités sur les territoires ruraux, d'offre de santé sur ces territoires et d'efficacité des actions d'accompagnement social des populations vulnérables.

Liste des propositions de la MSA pour 2022

Liste des propositions de la MSA pour 2022

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

Proposition 1 : Lancer les entretiens personnalisés par visioconférence dans le cadre des Instants santé

Proposition 2 : Essaimer le dispositif Instants Santé à une autre population que celle du régime agricole (CAVIMAC-SNCF)

Proposition 3 : Concevoir une nouvelle action collective seniors sur la prévention des conduites addictives

Proposition 4 : Refondre le dispositif d'évaluation des actions collectives seniors dans le cadre de l'inter-régime

Proposition 5 : Déployer l'action Déclic

Proposition 6 : Lancer le nouvel appel à projets destiné au réseau des caisses de MSA et à la société civile pour le financement de projets de prévention et d'éducation à la santé

Proposition 7 : Elaborer un parcours global pour la prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien en emploi au régime agricole

Proposition 8 : Renforcer le rôle de la MSA sur la prévention et l'accompagnement du mal-être des populations agricoles

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

Proposition 9 : Généraliser de façon progressive pour chaque caisse de MSA l'accompagnement d'hôpitaux de proximité et de CPTS situés sur un même territoire afin de fluidifier les parcours de santé ville-hôpital

Proposition 10: Accompagner le déploiement du programme Educ'Tour à toutes les caisses de MSA en 2022

Axe « Qualité des pratiques et pertinence des soins »

Proposition 11 : Poursuivre l'accompagnement des praticiens réalisant des actes bucco-dentaires dans l'application des bonnes pratiques

Axe « Contrôle et lutte contre la fraude »

Proposition 12 : Renforcer la collaboration avec la CNAM dans le domaine de la lutte contre la fraude en expérimentant un protocole d'échanges d'informations en matière de fraudes à enjeux des professionnels de santé et de fraudes aux indemnités journalières des saisonniers

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

Proposition 13 : Exporter la nouvelle version du Mémo Santé Enfant dans le store Espace Numérique de Santé impliquant une ouverture aux assurés MSA ainsi qu'à tous les parents quel que soit leur régime

Proposition 14 : Mettre en place avec la CNAM un partenariat de coopération et de mutualisation d'une partie des solutions de système d'information et des processus associés, dans le cadre du programme METEORE

Proposition 15 : Poursuivre la stratégie partenariale dans le domaine de l'infogérance des frais de santé pour le compte d'autres régimes

Proposition 16 : Lutter contre le non-recours à la Complémentaire Santé Solidaire en utilisant les techniques de l'intelligence artificielle

Proposition 17 : Développer des travaux de recherche sur les thématiques des inégalités sur les territoires ruraux, d'offre de santé sur ces territoires et d'efficacité des actions d'accompagnement social des populations vulnérables

Partie 1 :

Le suivi de l'Ondam au régime agricole

1.1 Les prestations prises en charge au régime agricole en 2020

Avant la crise sanitaire, la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2020 avait fixé l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'exercice 2020 à 205,6 milliards d'euros, soit une progression annuelle des dépenses de 2,45 % (après 2,5 % prévu en 2019).

La crise sanitaire ayant profondément bouleversé cette construction initiale, l'ONDAM pour 2020 a été révisé à la hausse par la LFSS 2021, qui le porte à 219,5 milliards d'euros, ce qui correspond désormais à une progression annuelle des dépenses de 9,5 % (soit +14 milliards d'euros).

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 13,04 milliards d'euros en 2020. Elles sont en hausse (11,7 %) par rapport aux dépenses de 2019 (**Tableau 1**).

Cette forte progression des dépenses résulte principalement de l'impact de la crise sanitaire sur les établissements. Les dépenses pour ces derniers s'élèvent à 7,28 milliards d'euros en 2020 soit une hausse de 16,1 %. Les prestations exécutées en ville totalisent 5,15 milliards d'euros en 2020, en hausse de 0,7 %.

Les prestations exécutées en établissement de santé et en ville représentent respectivement 55,9 % et 39,5 % des dépenses du régime agricole suivant le champ de l'ONDAM en 2020.

Tableau 1 : Prestations champ ONDAM en 2020 - Montants en millions d'euros

	Régime Agricole		Non-salariés		Salariés	
	Montants	Evolution	Montants	Evolution	Montants	Evolution
Honoraires des médecins généralistes	293,7	-7,2%	148,8	-8,8%	144,9	-5,4%
Honoraires des médecins spécialistes	515,0	-9,3%	246,1	-12,4%	268,9	-6,2%
Honoraires des dentistes	142,1	-8,7%	59,1	-9,8%	83,0	-7,8%
Honoraires paramédicaux	1 002,8	-0,8%	672,2	-1,3%	330,7	0,2%
dont honoraires des infirmiers	763,4	3,9%	540,4	2,6%	223,0	7,2%
dont honoraires des masseurs kinésithérapeutes	200,1	-14,1%	118,3	-14,7%	81,8	-13,2%
Biologie	221,5	27,3%	107,9	15,7%	113,6	40,6%
Transports	271,2	-11,0%	156,6	-12,4%	114,5	-9,0%
Produits de santé	1 730,2	1,7%	962,2	0,3%	768,1	3,5%
dont produits de la LPP	443,4	-0,9%	265,0	-1,9%	178,4	0,7%
dont médicaments	1 286,9	2,6%	697,2	1,2%	589,7	4,4%
Autres prestations (autres honoraires, cures thermales...)	116,2	2,5%	62,1	-8,5%	54,1	19,0%
Autres charges (*)	174,0	-0,1%	102,8	-2,4%	71,2	3,4%
TOTAL SOINS DE VILLE hors Indemnités Journalières	4 466,7	-1,1%	2 517,9	-3,0%	1 948,9	1,3%
Indemnités journalières	680,7	14,9%	113,5	6,9%	567,2	16,7%
TOTAL SOINS DE VILLE	5 147,4	0,7%	2 631,4	-2,6%	2 516,0	4,4%
Etablissements hors médico-sociaux (y compris FMESPP)	5 281,3	16,1%	3 345,3	16,7%	1 936,0	15,1%
Etablissements médico-sociaux	2 001,9	16,1%	1 254,0	19,8%	747,9	10,4%
dont Etablissements pour personnes âgées	1 576,4	20,7%	1 200,0	20,8%	376,4	20,6%
dont Etablissements pour personnes handicapées	425,5	1,7%	54,1	1,9%	371,5	1,7%
TOTAL PRESTATIONS EXECUTEES EN ETABLISSEMENT	7 283,2	16,1%	4 599,4	17,5%	2 683,8	13,8%
Autres prises en charges et FIR (dont participation ANSP)	609,4	110,8%	369,8	108,9%	239,6	113,8%
TOTAL CHARGES ONDAM	13 040,0	11,7%	7 600,6	11,9%	5 439,4	11,5%
TOTAL CHARGES ONDAM hors participation ANSP	12 751,3	9,3%	7 423,9	9,3%	5 327,4	9,2%

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

Source : MSA

Les dépenses suivant le champ de l'ONDAM pour le régime des non-salariés agricoles s'élèvent à 7,60 milliards d'euros en 2020, en hausse de 11,9 % sur un an. En excluant la participation au financement de l'Agence nationale de santé publique (ANSP), cette évolution passe à 9,3 %.

Les dépenses des prestations exécutées en établissements des non-salariés agricoles (60,5 % des dépenses) augmentent de 17,5 % du fait de la crise pandémique de la COVID-19. A l'inverse, l'évolution des dépenses de soins de ville des non-salariés agricoles baisse de 2,6 % en raison principalement des annulations et/ou reports des soins durant le premier confinement.

Les dépenses suivant le champ de l'ONDAM pour le régime des salariés agricoles enregistrent une hausse de 11,5 % par rapport à 2019, pour un montant total de 5,44 milliards d'euros.

Les dépenses en établissements (49,3 % des dépenses totales de ce régime) progressent de 13,8 % en un an du fait de la crise pandémique de la COVID-19. Les remboursements de soins de ville des salariés agricoles, qui représentent 46,3 % de la dépense totale, augmentent de 4,4 % en 2020.

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 évolue de 0,7 % en 2020 après - 5,3 % l'année précédente. La baisse de 2019 résultait d'une année 2018 atypiquement forte en raison de la charge du fonds de financement de l'innovation pharmaceutique. Hors ce fond, l'année 2019 aurait évolué de 0,8 %, proche du taux constaté en 2020. Cette année, la minoration de certains postes de dépenses du fait de la crise sanitaire a été compensée par la majoration d'autres dépenses.

Du fait des annulations et/ou reports des soins durant le premier confinement ou de la fermeture des cabinets, les honoraires de la plupart des professions ont fortement ralenti en 2020 par rapport à 2019. Ainsi les honoraires des masseurs-kinésithérapeutes, des dentistes, des généralistes, des médecins spécialistes, les frais de transports ainsi que plus modérément les produits de la LPP connaissent des évolutions 2020 inférieures à celles de l'année précédente, de respectivement - 14,2 points, - 10,9 points, - 10,8 points, - 7,9 points, - 4,6 points et - 1,8 point.

A contrario, les remboursements d'analyses médicales, les versements d'indemnités journalières, et de manière moins marquée les honoraires des infirmiers et les dépenses de médicaments enregistrent des évolutions supérieures à celles de 2019 (+ 28,2 points, + 11,8 points, + 3,8 points et + 2,1 points). Toutes ces évolutions sont à rapprocher de la crise sanitaire de la COVID-19. En effet, les remboursements d'actes de biologie explosent suite au déploiement massif des examens de dépistage de la COVID-19, avec la prise en charge à 100 % des tests sans prescription médicale. La dynamique des indemnités journalières s'explique par la mise en place de mesures dérogatoires par les pouvoirs publics. Enfin, les soins infirmiers sont en hausse notamment en raison des prélèvements de tests virologiques (RT-PCR) de dépistage de la COVID-19 mais aussi suite aux impacts de l'avenant 6 de leur convention, et les médicaments augmentent, entre autres, sous l'effet des remboursements de masques et des tests antigéniques au cours du dernier trimestre 2020.

Les dépenses de soins de ville pour les **non-salariés agricoles** enregistrent une baisse de 2,6 % en 2020. Les postes dont la baisse des remboursements s'accroît le plus en 2020 sont les honoraires des masseurs-kinésithérapeutes avec un recul de 13,0 points et les honoraires de médecins spécialistes (- 11,4 points). A l'inverse, l'évolution des remboursements d'analyses médicales gagne 19,3 points en un an et celle des indemnités journalières, 8,2 points.

Pour le régime des **salariés agricoles**, les dépenses de soins de ville progressent en 2020 de 4,4 %. Les postes contribuant le plus à la dynamique des dépenses de soins de ville sont le versement des indemnités journalières et les remboursements d'actes de biologie et avec des contributions respectives de 3,4 points et 1,4 point.

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

Les dépenses du régime agricole au titre des établissements augmentent de 16,1 % en 2020, avec une hausse de 17,5 % pour le régime des non-salariés agricoles et de 13,8 % pour le régime des salariés agricoles (**Tableau 2**).

Tableau 2 : Évolution des dépenses par type d'établissements en 2020

	Total (y compris FMESPP)	Établissements publics de santé (hors FMESPP)	Établissements privés de santé (hors FMESPP)	Établissements médico-sociaux
Régime agricole	16,1 %	22,8 %	-13,0 %	16,1 %
Non-salariés	17,5 %	23,4 %	-15,6 %	19,8 %
Salariés	13,8 %	21,8 %	-9,5 %	10,4 %

Source : MSA

Les dépenses au titre des établissements publics de santé progressent de 22,8 % en 2020 après + 0,4 % en 2019. Cette forte augmentation s'observe aussi bien dans le régime des non-salariés (23,4 %) que dans le régime des salariés (21,8 %) et résulte principalement des mesures liées à la COVID-19 et notamment le versement de la prime aux hospitaliers.

Les remboursements de soins en établissements privés de santé baissent de 13,0 % avec - 15,6 % pour le régime des non-salariés et - 9,5 % pour celui des salariés. Cette diminution est la conséquence du report des hospitalisations non urgentes dans le contexte de la crise pandémique de la COVID-19.

Les dépenses au titre des établissements médico-sociaux augmentent de 16,1 % en lien avec les mesures liées à la COVID-19. La progression est particulièrement importante pour le régime des non-salariés avec 19,8 % de hausse (20,8 % pour les établissements hébergeant des personnes âgées et 1,9 % pour les personnes handicapées). Pour le régime des salariés la progression est de 10,4 % (20,6 % pour les établissements hébergeant des personnes âgées et 1,7 % pour les personnes handicapées).

1.2. Perspectives 2021-2022 pour l'enveloppe des soins de ville

1.2.1. Les prévisions 2021

La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2021 fixe l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (**ONDAM**) pour les quatre années à venir et retient pour 2021 un montant de 224,6 milliards d'euros, soit une hausse prévisionnelle de **3,5 %** par rapport à 2020 à champ constant. Pour les années suivantes, les évolutions retenues en LFSS s'établissent à + 0,9 % en 2022, puis + 2,4 % en 2023 et enfin + 2,3 % en 2024.

S'agissant de l'enveloppe **soins de ville**, la progression prévisionnelle pour 2021 est fixée à **5,8 %**.

Pour l'**ensemble du régime agricole**, les prévisions relatives aux dépenses de **soins de ville** sur le champ de l'ONDAM 2021, à savoir les remboursements de soins de santé liés à la maladie, à la maternité et aux accidents du travail, hors indemnités journalières maternité et rentes accidents du travail, s'élèveraient à **5,4 milliards d'euros**, soit une **hausse de 5,7 % (Tableau 3)**.

Sur le champ des **soins de santé** hors indemnités journalières (IJ), la progression des dépenses atteindrait **+7,7 %** ; dynamique en contrecoup des baisses enregistrées en 2020 sur une partie des soins de santé et sous l'hypothèse d'un retour à des niveaux de remboursements de soins comparables à la tendance avant le déclenchement de la crise sanitaire. Cette croissance prévisionnelle est par ailleurs majorée de 2,8 points par les surcoûts de la lutte contre la pandémie (tests, vaccins, masques...).

À l'inverse, les versements d'**indemnités journalières**, fortement majorés par la crise sanitaire en 2020, **diminueraient de 7,4 %** en 2021.

Tableau 3 :
Prévisions 2021 du champ ONDAM, enveloppe des soins de ville pour le régime agricole, le régime des non-salariés et celui des salariés (taux d'évolution)

Évolution prévisionnelle 2021	Régime Agricole	Non-salariés	Salariés
Honoraires des médecins généralistes	+9,7%	+6,1%	+13,4%
Honoraires des médecins spécialistes	+12,0%	+9,5%	+14,3%
Honoraires des dentistes	+17,9%	+13,2%	+21,3%
Honoraires paramédicaux	+8,5%	+5,5%	+14,5%
dont honoraires des infirmiers	+4,5%	+2,5%	+9,1%
dont honoraires des masseurs kinésithérapeutes	+19,9%	+16,2%	+25,1%
Biologie	+14,4%	+3,0%	+25,2%
Transports	+14,2%	+12,7%	+16,3%
Produits de santé	+3,7%	+1,2%	+6,8%
dont produits de la LPP	+4,2%	+2,6%	+6,7%
dont pharmacie	+3,5%	+0,7%	+6,9%
Autres prestations (*)	+5,0%	+9,3%	+0,0%
Autres charges (**)	+0,3%	-1,3%	+2,7%
TOTAL hors indemnités journalières	+7,7%	+4,6%	+14,1%
Indemnités journalières	-7,4%	-7,5%	-7,4%
TOTAL SOINS DE VILLE	+5,7%	+4,1%	+7,3%

Source : MSA

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

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

Pour le **régime des non-salariés agricoles**, les prévisions relatives aux dépenses de **soins de ville** du champ de l'ONDAM 2021 s'élèveraient à 2,7 milliards d'euros, soit une progression de **4,1 %** (après - 2,6 % en 2020).

Les **mesures d'économies** prises en compte sur les soins de ville atteindraient **54,7 millions** d'euros, pour un impact attendu de - 2,1 points sur l'évolution prévisionnelle du régime. Elles seraient toutefois contrebalancées par des **surcoûts** évalués à **68,1 millions** d'euros (lutte contre la COVID-19, revalorisations tarifaires pour les professionnels de santé, etc.), avec un impact de + 2,6 points. La combinaison de ces deux effets conduit à une contribution nette à l'évolution des soins de ville de + 0,5 point.

S'agissant des **médicaments et des dispositifs médicaux**, les mesures d'économies escomptées, sous forme de baisses de prix et des mesures de maîtrise des dépenses atteindraient 32,5 millions d'euros, tandis que les surcoûts attendus s'établiraient à 19,5 millions, conduisant à un impact net de - 1,4 point. Ainsi, la croissance des produits de santé serait de 1,2 % en 2021 (après + 0,3 % en 2020).

En rebond, les **honoraires médicaux et dentaires** augmenteraient de **8,9 %** en 2021, après - 10,9 % en 2020 ; plus de deux points de croissance seraient liés à la campagne de vaccination à laquelle participent largement les médecins généralistes. De la même manière, les honoraires d'**auxiliaires médicaux** progresseraient de 5,5 % (après - 1,3 % en 2020), majorés de 1,9 point par la réalisation de tests de dépistage de la COVID-19 et des revalorisations tarifaires.

Concernant la **biologie** médicale, la progression des remboursements d'analyse désenflerait, passant de + 15,7 % en 2020 à + **3,0 %** en 2021. La contribution des tests de dépistage à l'évolution des montants remboursés resterait néanmoins massive (+ 15,7 points).

La baisse prévisionnelle des **indemnités journalières** (- **7,5 %** en 2021) constitue un retour à un niveau de versements proche de celui de 2019, après une croissance exceptionnelle en 2020 (+ 6,9 %).

Pour le **régime des salariés agricoles**, les prévisions relatives aux dépenses de **soins de ville** sur le champ de l'ONDAM 2021 s'élèveraient à **2,7 milliards** d'euros, en progression de **7,3 %** (après + 4,4 % en 2020).

Les **mesures d'économies** prévues atteignent **50,4 millions** d'euros, jouant à la baisse sur l'évolution des remboursements 2020 pour 2,0 points. Les **surcoûts** prévisionnels s'établiraient à **94,7 millions** d'euros, portant l'impact net de ces effets sur l'évolution des dépenses du régime à + 1,8 point.

Sur le champ des **produits de santé**, les surcoûts prévisionnels (29,4 millions d'euros) dépasseraient les économies escomptées (26,7 millions d'euros). L'impact net des mesures majorerait de 0,4 point la progression des remboursements en 2021, qui s'établirait ainsi à **6,8 %** (après + 3,5 % en 2020).

En 2021, les **honoraires médicaux et dentaires** rebondiraient à + **15,2 %** (après - 6,3 %), avec un impact des surcoûts prévisionnels (lutte contre la COVID-19 et revalorisations tarifaires) de 2,9 points. S'agissant des soins d'**auxiliaires médicaux**, leur croissance s'accélérerait fortement (+ **14,5 %** après + 0,2 %) ; la contribution des surcoûts étant évaluée à 4,3 points.

Après une hausse de 40,6 % en 2020, la progression des remboursements d'analyses de **biologie médicale** resterait exceptionnellement haute en 2021 : + **25,2 %** dont 31,5 points liés à la lutte contre la COVID-19.

En contrecoup de la croissance exceptionnelle de 2020 (+ 16,7 %), les **indemnités journalières** **diminueraient de 7,4 %** en 2021 ; ils s'établiraient toutefois à un niveau sensiblement supérieur à celui de 2019, correspondant à une progression annuelle moyenne de 4,0 % sur les deux dernières années.

1.2.2 Les évolutions tendancielle 2022 en soins de ville

Pour l'ensemble du régime agricole, les prévisions tendancielle relatives aux dépenses de soins de ville sur le champ de l'ONDAM s'établissent à **5,4 milliards** d'euros pour 2022, en **recul de 1,0 %** par rapport aux montants prévisionnels 2021 encore largement majorés par les mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19 (**Tableau 4**).

Pour le régime des non-salariés agricoles, les remboursements de soins de ville atteindraient 2,7 milliards d'euros, correspondant à une baisse tendancielle de 2,3 % ; pour le régime des salariés agricoles, le montant s'élèverait à 2,7 milliards d'euros, pour une évolution tendancielle de + 0,4 %.

Tableau 4 :
Prévisions tendancielle 2022 du champ ONDAM, enveloppe des soins de ville
pour le régime agricole, le régime des non-salariés et celui des salariés
(taux d'évolution)

Évolution tendancielle 2022	Régime Agricole	Non-salariés	Salariés
Honoraires des médecins généralistes	-2,1%	-5,1%	+0,7%
Honoraires des médecins spécialistes	-0,9%	-1,7%	-0,2%
Honoraires des dentistes	-1,1%	-3,9%	+0,7%
Honoraires paramédicaux	-1,7%	-2,2%	-0,6%
dont honoraires des infirmiers	-2,5%	-2,5%	-2,5%
dont honoraires des masseurs kinésithérapeutes	-0,2%	-1,8%	+2,1%
Biologie	-17,6%	-14,9%	-19,8%
Transports	-1,3%	-5,6%	+4,5%
Produits de santé	+0,9%	-0,4%	+2,4%
dont produits de la LPP	-0,2%	-1,6%	+2,0%
dont pharmacie	+1,2%	+0,1%	+2,5%
Autres prestations (*)	+0,0%	+0,0%	+0,0%
Autres charges (**)	-1,5%	-3,0%	+0,6%
TOTAL hors Indemnités journalières	-1,4%	-2,4%	-0,2%
Indemnités journalières	+2,5%	+0,4%	+2,9%
TOTAL SOINS DE VILLE	-1,0%	-2,3%	+0,4%

Source : MSA

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

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

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

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

1.3.1.1 Résultats globaux

- *Remboursements de soins de ville à fin février 2021 - données en date de remboursements cvs-cjo¹*

À fin février 2021, les remboursements de **soins de ville** du régime agricole, en données cvs-cjo, progressent de **0,6 %** sur douze mois glissants (**Tableau 5**). Si cette évolution globale est identique à celle qui prévalait à fin février 2020 à la veille du déclenchement de la crise sanitaire, elle masque néanmoins de grandes disparités selon les postes de remboursements et des impacts d'ampleur différente par régime.

Dans le régime des **non-salariés**, la baisse des remboursements de soins de ville s'est accentuée de 0,8 point en un an, atteignant **- 2,7 %** à fin février 2021, la contribution des postes minorés par la crise (fermeture de cabinets, reports de soins non-urgents...) l'emportant sur les postes qui ont été majorés (arrêts de travail, tests de dépistage, masques,...). A contrario, chez les **salariés**, la croissance s'est amplifiée de 0,7 point, s'établissant à **+ 4,1 %**.

Quatre postes majorés par la crise sanitaire

L'accélération des remboursements la plus spectaculaire concerne les **analyses médicales en laboratoires**, portée par les tests de dépistage, avec une croissance sur douze mois glissants majorée de **32,5 points** par rapport à fin février 2020 (23,5 points chez les non-salariés, 42,2 points chez les salariés). S'agissant des **indemnités journalières (IJ) maladie**, la croissance des versements s'est quant à elle intensifiée de **23,0 points** par rapport à février 2020 (19,0 points chez les non-salariés, 23,7 points chez les salariés).

Dans une moindre mesure, la crise sanitaire a également eu des effets haussiers sur les produits délivrés en **pharmacie**, notamment à travers la délivrance de masques et les tests antigéniques ; la progression des remboursements s'est ainsi accentuée de **2,0 points** par rapport à février 2020. S'agissant des **soins infirmiers**, l'accélération des remboursements atteint **3,3 points**, en partie portée par la réalisation des prélèvements des tests de dépistage ; la dynamique n'est néanmoins pas uniquement liée à la pandémie de Covid-19, elle découle également de la mise en œuvre de mesures conventionnelles (avenant 6).

A contrario, les autres postes impactés à la baisse

Les autres postes de soins de ville ont en revanche été minorés par la crise sanitaire, la baisse des remboursements de soins du premier confinement n'ayant pas donné lieu à des rattrapages d'ampleur équivalente sur les mois suivants. Ainsi, à fin février 2021, l'évolution des **honoraires médicaux et dentaires** s'établit à **9,3 points** en deçà de celle de février 2020 (- 3,8 points pour les généralistes, - 11,3 points pour les spécialistes, - 13,4 points pour les dentistes). Il en est de même pour les remboursements de **masso-kinésithérapie** (- 15,0 points), ceux de frais de **transports de patients** (- 7,5 points) ainsi que ceux de **dispositifs médicaux** (- 3,3 points).

¹ corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrables.

Tableau 5 :

Évolution des remboursements de soins de ville en date de remboursements cvs-cjo à fin février 2021

Évolution des remboursements de soins de ville en date de remboursement CVS-CJO	Évolution à fin février 2021 en ACM (année complète mobile)			Évolution à fin février 2020 en ACM (année complète mobile)			Ecart d'evo ACM en point		
	Régime Agricole	Non-salariés	Salariés	Régime Agricole	Non-salariés	Salariés	Régime Agricole	Non-salariés	Salariés
TOTAL SOINS DE VILLE	+0,6%	-2,7%	+4,1%	+0,6%	-1,9%	+3,4%	-0,0 p	-0,8 p	+0,7 p
Soins de ville hors produits de santé	+0,2%	-4,4%	+4,6%	+0,5%	-2,4%	+3,6%	-0,4 p	-2,0 p	+1,0 p
Honoraires des médecins et dentistes libéraux	-9,3%	-11,7%	-7,0%	+0,1%	-2,9%	+2,9%	-9,3 p	-8,8 p	-10,0 p
- Médecins généralistes	-7,7%	-8,4%	-7,1%	-4,0%	-7,0%	-0,7%	-3,8 p	-1,4 p	-6,3 p
- Médecins spécialistes	-10,1%	-13,7%	-6,7%	+1,2%	-1,3%	+3,8%	-11,3 p	-12,4 p	-10,5 p
- Dentistes	-10,0%	-10,9%	-9,3%	+3,4%	+0,5%	+5,7%	-13,4 p	-11,5 p	-15,0 p
Soins d'auxiliaires médicaux libéraux	-1,5%	-2,1%	-0,3%	+0,5%	-1,1%	+3,8%	-2,0 p	-1,0 p	-4,1 p
- Masseurs-kinésithérapeutes	-14,6%	-15,7%	-13,1%	+0,4%	-1,8%	+3,6%	-15,0 p	-13,9 p	-16,7 p
- Infirmiers	+3,6%	+2,1%	+7,0%	+0,3%	-1,0%	+3,5%	+3,3 p	+3,2 p	+3,4 p
Laboratoires	+32,9%	+20,7%	+46,5%	+0,4%	-2,8%	+4,3%	+32,5 p	+23,5 p	+42,2 p
Frais de transports	-11,8%	-13,2%	-9,9%	-4,3%	-6,8%	-0,6%	-7,5 p	-6,3 p	-9,3 p
Indemnités journalières (IJ) :	+15,4%	+7,7%	+17,0%	+3,6%	-1,4%	+4,7%	+11,8 p	+9,1 p	+12,3 p
- IJ maladie	+25,6%	+16,2%	+27,6%	+2,6%	-2,8%	+3,9%	+23,0 p	+19,0 p	+23,7 p
- IJ ATMP	-0,7%	-5,6%	+0,4%	+5,2%	+0,9%	+6,1%	-5,8 p	-6,5 p	-5,7 p
Produits de santé (médicaments + LPP)	+1,4%	+0,1%	+3,0%	+0,8%	-1,0%	+3,1%	+0,6 p	+1,1 p	-0,1 p
Médicaments :	+2,4%	+1,1%	+4,1%	+0,5%	-1,2%	+2,6%	+2,0 p	+2,3 p	+1,5 p
- Médicaments délivrés en ville	+2,2%	+0,5%	+4,3%	+1,2%	-0,8%	+3,7%	+1,0 p	+1,3 p	+0,6 p
- Médicaments rétrocedés	+4,5%	+7,3%	+1,9%	-6,5%	-6,0%	-7,0%	+11,1 p	+13,4 p	+8,9 p
LPP	-1,6%	-2,5%	-0,2%	+1,7%	-0,5%	+5,0%	-3,3 p	-2,0 p	-5,2 p

Source : MSA

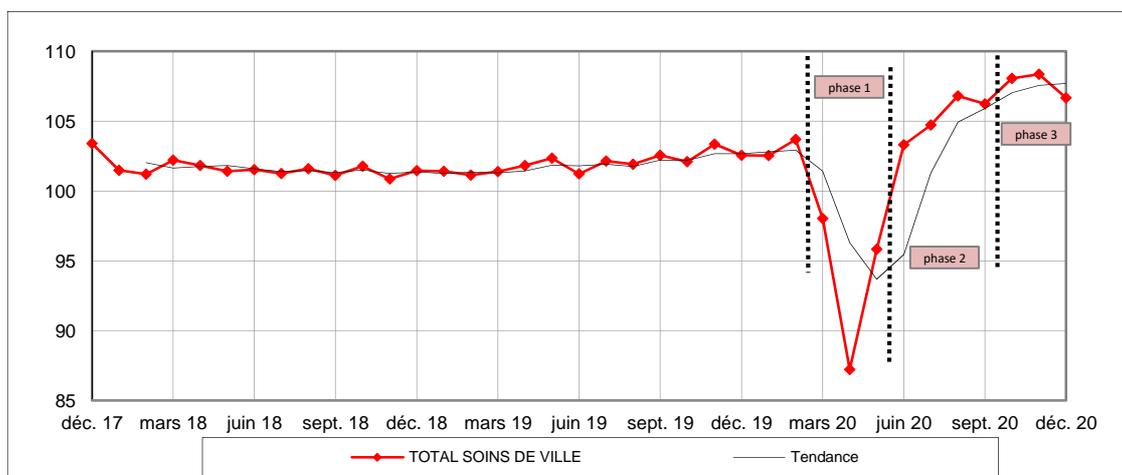
Remarque : l'affaissement des versements d'indemnités journalières accidents du travail maladie professionnelle (IJ ATMP) n'est pas significatif et provient essentiellement de montants en janvier 2021 qui n'ont pas pu être intégrés dans le système d'information statistique.

➤ **Remboursements de soins de ville 2020 cvs-cjo en date de soins (avec les remboursements à fin mars 2021)**

L'analyse du profil mensuel des remboursements de l'année 2020 conduit à distinguer trois phases depuis le déclenchement de la crise sanitaire (**Graphique 1**) :

- Une première phase de mars à mai correspondant au 1^{er} confinement ; en date de soins cvs-cjo, les remboursements de soins de ville chutent de 8,0 % par rapport aux mêmes mois de l'année précédente (**Tableau 6**).
- Une 2^{ème} phase de juin à septembre, qui représente un retour vers les tendances antérieures, avec néanmoins de fortes disparités selon les postes. Sur ces quatre mois, les remboursements de soins de ville progressent de 3,2 % par rapport aux mêmes mois de 2019.
- Une 3^{ème} phase en fin d'année, avec un regain de remboursements (+ 4,9 % par rapport au 4^{ème} trimestre 2019) portés principalement par les tests de dépistage de la Covid-19.

Graphique 1 :
Remboursements de soins de ville en date de soins cvs-cjo : montants indicés (base 100 = moyenne 2014)



Source : MSA

Tableau 6 :
Évolution des remboursements de soins de ville cvs-cjo en date de soins avec les remboursements à fin mars 2021

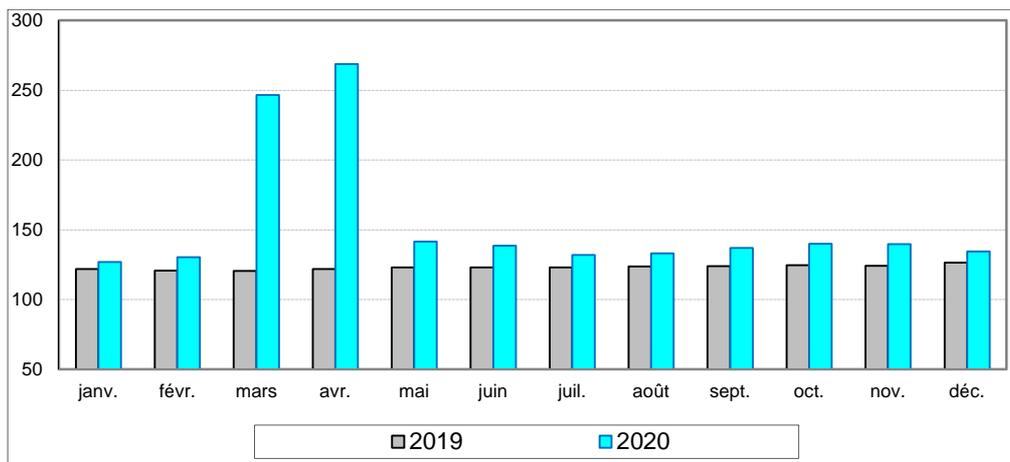
Évolution des remboursements de soins de ville en date de soins CVS-CJO avec les remboursements à fin mars 2021	Évolution mars-avril-mai 2020 par rapport aux mêmes mois de 2019			Évolution juin-juil-août-sept 2020 par rapport aux mêmes mois de 2019			Évolution oct-nov-déc 2020 par rapport aux mêmes mois de 2019			Évolution 2020
	Régime Agricole	Non-salariés	Salariés	Régime Agricole	Non-salariés	Salariés	Régime Agricole	Non-salariés	Salariés	Régime Agricole
TOTAL SOINS DE VILLE	-8,0%	-13,4%	-2,2%	+3,2%	+0,6%	+6,1%	+4,9%	+1,6%	+8,4%	+0,6%
Soins de ville hors produits de santé	-10,6%	-19,3%	-2,1%	+4,0%	+0,7%	+7,2%	+5,3%	+1,1%	+9,2%	+0,3%
Honoraires des médecins et dentistes libéraux	-34,4%	-36,2%	-32,6%	+1,0%	-1,3%	+3,2%	-3,0%	-6,6%	+0,3%	-8,8%
- Médecins généralistes	-19,1%	-20,1%	-18,2%	-1,3%	-3,5%	+0,9%	-5,6%	-5,8%	-5,3%	-7,4%
- Médecins spécialistes	-37,3%	-40,5%	-34,2%	+0,4%	-2,1%	+2,7%	-3,8%	-9,6%	+1,6%	-9,7%
- Dentistes	-56,0%	-57,6%	-54,7%	+7,9%	+7,2%	+8,5%	+4,6%	+4,5%	+4,7%	-9,0%
Soins d'auxiliaires médicaux libéraux	-13,0%	-10,8%	-17,4%	+2,5%	+1,0%	+5,4%	+4,0%	+2,3%	+7,3%	-1,2%
- Masseurs-kinésithérapeutes	-52,4%	-51,3%	-53,9%	-1,8%	-3,4%	+0,4%	-1,9%	-4,1%	+1,1%	-14,0%
- Infirmiers	+2,3%	+1,8%	+3,4%	+4,0%	+2,3%	+7,9%	+6,1%	+4,2%	+10,7%	+3,6%
Laboratoires	-17,3%	-17,7%	-17,0%	+31,8%	+17,3%	+48,2%	+74,6%	+53,5%	+98,0%	+25,2%
Frais de transports	-34,6%	-35,0%	-34,1%	-4,6%	-5,8%	-2,8%	-4,6%	-7,1%	-1,3%	-11,5%
Indemnités journalières (IJ) :	+49,1%	+32,3%	+52,8%	+7,7%	+5,4%	+8,2%	+6,3%	-1,8%	+8,1%	+17,4%
- IJ maladie	+79,9%	+53,7%	+85,6%	+9,4%	+10,3%	+9,2%	+10,4%	+0,1%	+12,5%	+26,5%
- IJ ATMP	+1,1%	-1,5%	+1,7%	+4,9%	-2,3%	+6,5%	-0,1%	-4,7%	+0,9%	+2,9%
Produits de santé	-3,2%	-3,9%	-2,4%	+1,9%	+0,4%	+3,7%	+4,2%	+2,3%	+6,6%	+1,1%
Médicaments :	-1,1%	-2,3%	+0,2%	+2,0%	+0,6%	+3,6%	+4,7%	+2,8%	+6,9%	+1,8%
- Médicaments délivrés en ville	-1,1%	-2,6%	+0,8%	+1,8%	+0,2%	+3,6%	+4,8%	+2,4%	+7,7%	+1,8%
- Médicaments rétrocedés	-1,9%	+1,0%	-4,6%	+3,9%	+4,4%	+3,4%	+3,7%	+7,9%	-0,2%	+1,9%
LPP	-9,0%	-8,0%	-10,4%	+1,7%	+0,1%	+3,9%	+3,0%	+1,0%	+5,7%	-0,9%

Source : MSA

Des résultats par région sont présentés au paragraphe 1.3.1.4 (données brutes en dates de soins).

S'agissant des **IJ maladie**, la progression exponentielle durant la phase 1 (+ 79,9 %) a marqué le pas dès le mois de mai, avec le basculement du dispositif des IJ dérogatoires des salariés agricoles vers le chômage partiel (**Graphique 2**). Les IJ sont toutefois restées très dynamiques pendant les phases 2 et 3, en progression de 9,4 % et 10,4 % respectivement.

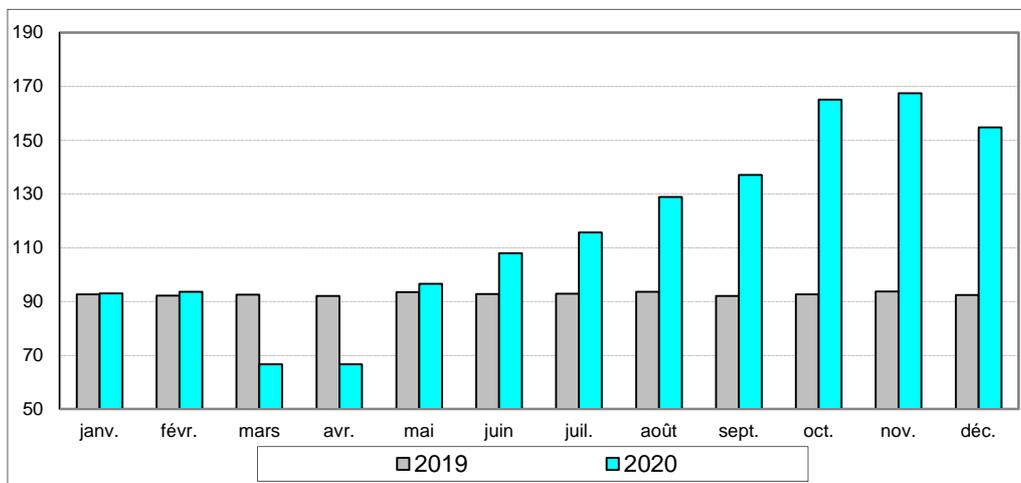
Graphique 2 :
Indemnités journalières maladie (date de soins cvs-cjo, montants indicés base 100 = moyenne 2014)



Source : MSA

À l'inverse, les remboursements d'**analyses en laboratoires** ont d'abord chuté en phase 1 (- 17,3 %), puis se sont accélérés de manière de plus en plus marquée en phase 2 (+ 31,8 %) ; ils s'envolent en phase 3 avec une croissance de 74,6 % (**Graphique 3**) (pour plus de détails, voir partie 1.3.1.3).

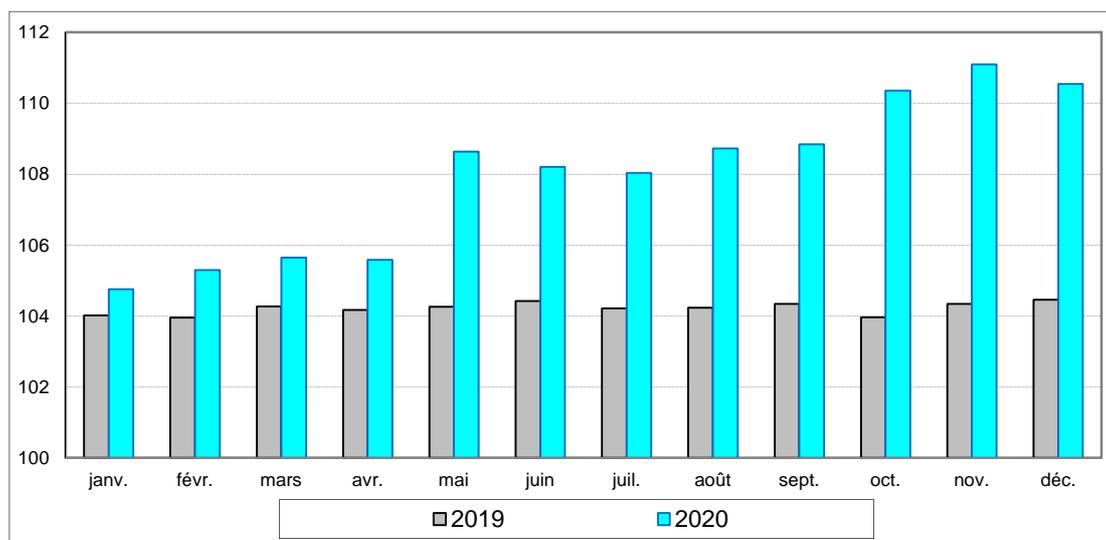
Graphique 3 :
Analyses médicales en laboratoires (date de soins cvs-cjo, montants indicés base 100 = moyenne 2014)



Source : MSA

En hausse de 2,3 % en phase 1, les remboursements de **soins infirmiers** ont enregistré un saut dès le mois de mai (**Graphique 4**) qui doit davantage être rapproché des impacts de l'avenant 6 de leur convention que de la crise sanitaire. Pendant la phase 2, le niveau de remboursements est resté sur un palier haut, en hausse de 4,0 %, puis la phase 3 se caractérise par une accélération (+ 6,1 %) liée à l'accroissement du nombre de tests de dépistage réalisés.

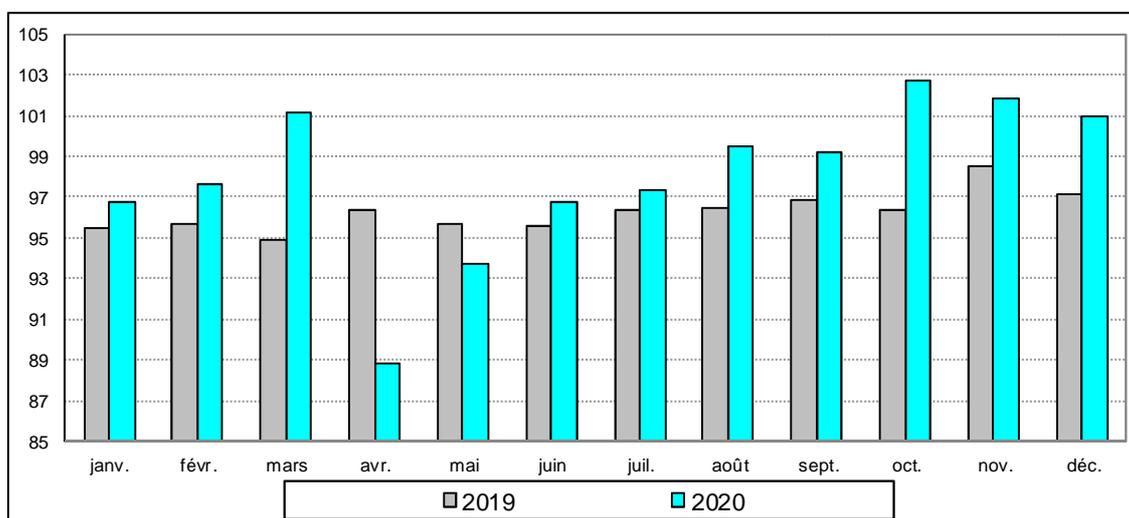
Graphique 4 :
Soins infirmiers (date de soins cvs-cjo, montants indicés base 100 = moyenne 2014)



Source : MSA

S'agissant des **médicaments**, la phase 1 se distingue par un pic en mars 2020, sur les premiers jours de confinement, les patients ayant eu la possibilité de renouveler leur traitement habituel sans nouvelle ordonnance (**Graphique 5**). Le mois d'avril très bas et, dans une moindre mesure, le mois de mai reflètent le contrecoup ; sur l'ensemble de la phase 1, les remboursements de médicaments ont diminué de 1,1 %. Ils renouent avec la croissance en phase 2 (+ 2,0 %) et s'accroissent nettement en fin d'année (+ 4,7 %)(pour plus de détails, voir partie 1.3.1.2).

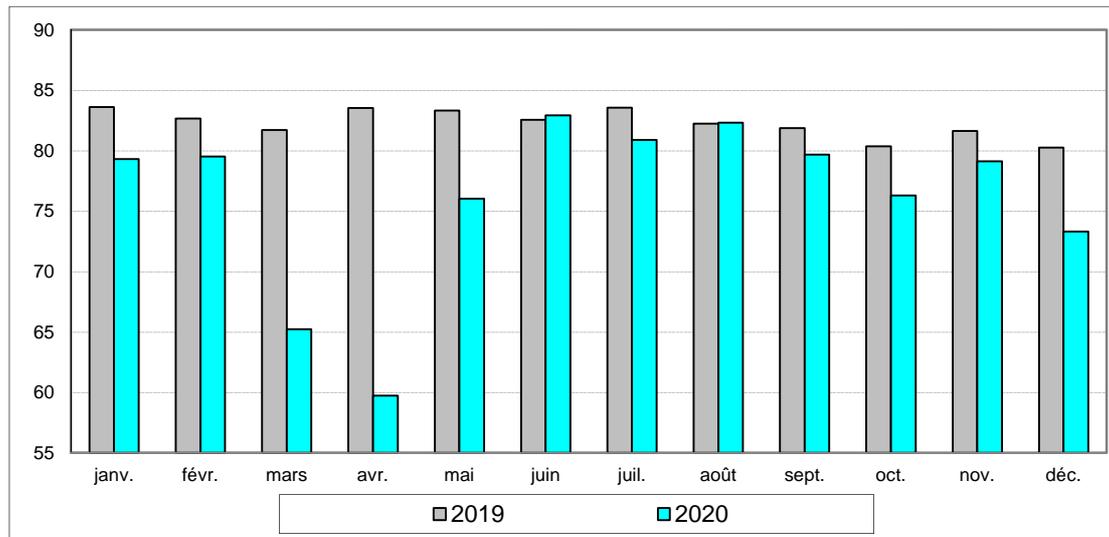
Graphique 5 :
Médicaments (date de soins cvs-cjo, montants indicés base 100 = moyenne 2014)



Source : MSA

En recul de 19,1 % en phase 1, les remboursements d'honoraires de **généralistes** sont revenus sur un rythme de baisse plus habituel en phase 2 (- 1,3 %) (**Graphique 6**). En phase 3, la diminution des remboursements s'est de nouveau accentuée, atteignant - 5,6 %. Autre corollaire de la crise sanitaire, la structure de l'activité des généralistes s'est modifiée, avec une diminution des consultations au profit d'un léger regain des visites et d'un essor des téléconsultations (pour plus de détails, voir partie 1.3.1.5).

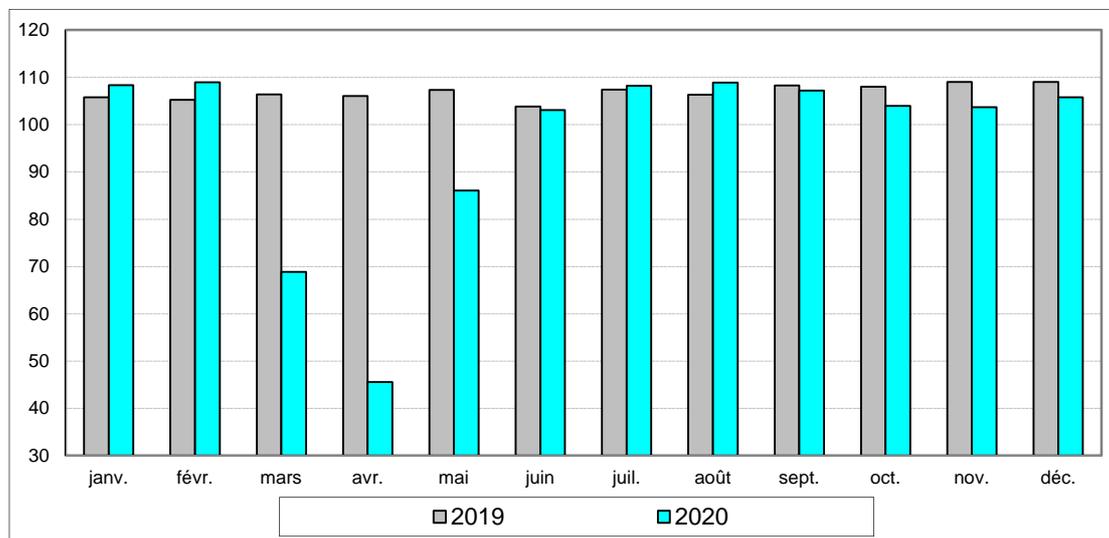
Graphique 6 :
Honoraires de généralistes (date de soins cvs-cjo, montants indicés base 100 = moyenne 2014)



Source : MSA

S'agissant des **spécialistes**, la baisse des remboursements d'honoraires en phase 1 a été plus marquée (- 37,3 %) ; en reprise en phase 2 (+ 0,4 %), les remboursements se replient de nouveau au 4^e trimestre (- 3,8 %) (**Graphique 7**).

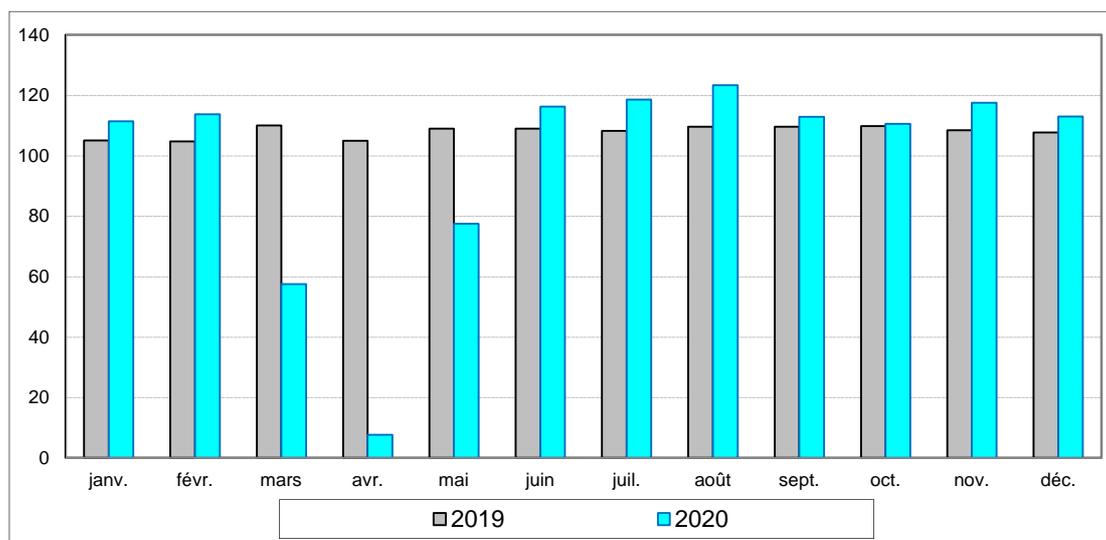
Graphique 7 :
Honoraires de spécialistes (date de soins cvs-cjo, montants indicés base 100 = moyenne 2014)



Source : MSA

Avec la fermeture des cabinets pendant le 1^{er} confinement, les remboursements de **soins dentaires** se sont effondrés en phase 1 (- 56,0 %) (**Graphique 8**). La phase 2, et de manière moins prononcée, la phase 3 constituent un rattrapage d'activité, avec des remboursements en hausse de respectivement 7,9% et 4,6 %.

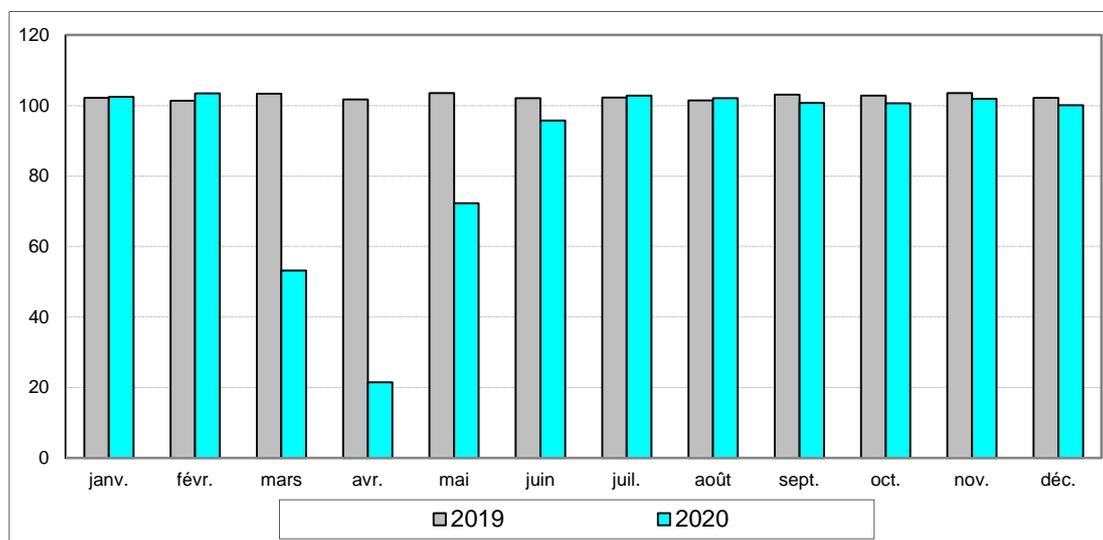
Graphique 8 :
Honoraires de dentistes (date de soins cvs-cjo, montants indicés base 100 = moyenne 2014)



Source : MSA

Si les remboursements de soins des **massieurs-kinésithérapeutes** ont chuté de la même manière en phase 1 (- 52,4 %), ils sont en revanche restés légèrement en deçà de leur niveau de 2019 en phase 2 et 3, avec des évolutions de - 1,8 % puis - 1,9 % (**Graphique 9**).

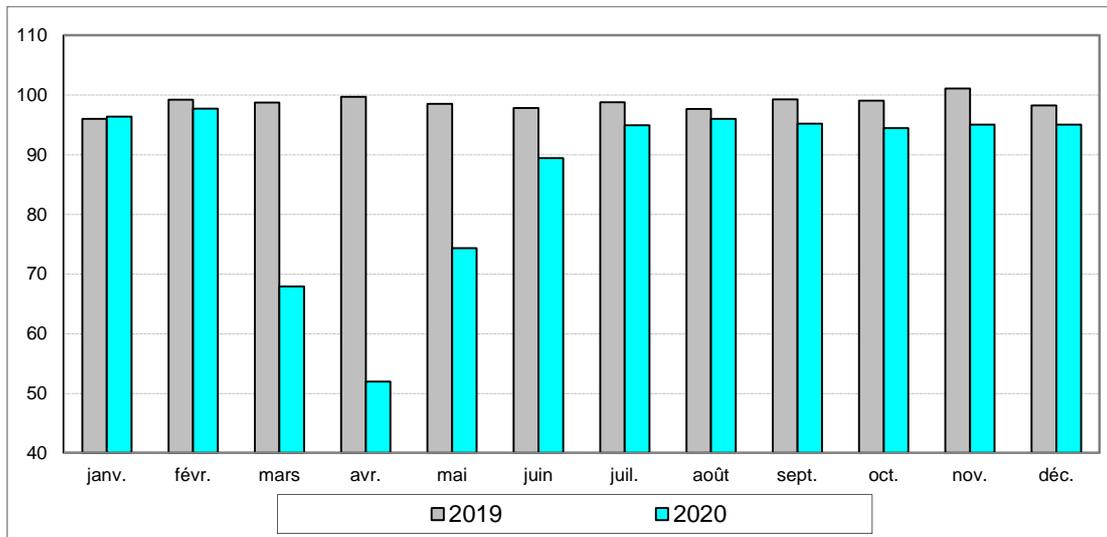
Graphique 9 :
Soins de masso-kinésithérapie (date de soins cvs-cjo, montants indicés base 100 = moyenne 2014)



Source : MSA

Après une baisse de 34,6 % en phase 1, les frais de **transports de patient** se caractérisent par une stabilisation des remboursements à un niveau sensiblement inférieur à la tendance prévalant avant la crise sanitaire : ils diminuent de 4,6 % en phase 2 et 3 (**Graphique 10**).

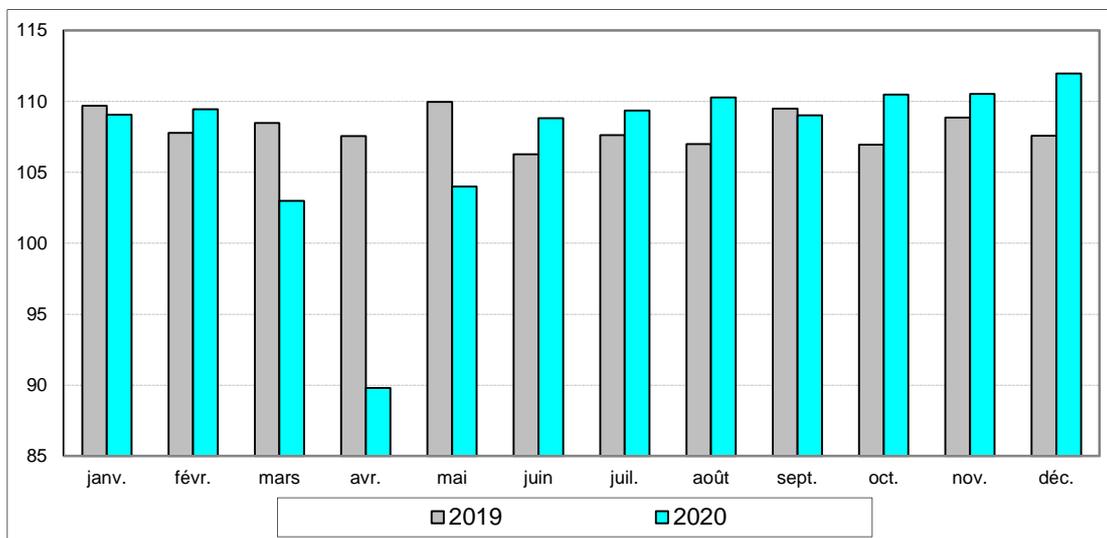
Graphique 10 :
Frais de transports de patients (date de soins cvs-cjo, montants indicés base 100 = moyenne 2014)



Source : MSA

Pour les **dispositifs médicaux**, la baisse des remboursements en phase 1 a été relativement limitée au regard des autres postes de soins de ville (- 9,0 %). De nouveau en hausse en phase 2 (+ 1,7 %), les remboursements s'accroissent en phase 3 (+ 3,0 %) (**Graphique 11**).

Graphique 11 :
Dispositifs médicaux (date de soins cvs-cjo, montants indicés base 100 = moyenne 2014)



Source : MSA

1.3.1.2 L'impact sur la consommation de médicaments délivrés en ville

La mesure de l'impact de la crise sanitaire sur les délivrances de médicaments est effectuée en évaluant l'écart entre le nombre de boîtes remboursées par classe thérapeutique² pour la période allant de mars 2020 à février 2021 avec le nombre de boîtes attendu compte tenu des tendances passées.

Le **tableau 7** illustre les écarts pour les principales classes impactées.

Tableau 7 :
Répartition par classes de médicaments du nombre de boîtes remboursées pour la période allant de mars 2020 à février 2021 et les écarts par rapport à l'attendu

Classe de médicaments	Nombre de boîtes mars 2019 à février 2020	Nombre de boîtes mars 2020 à février 2021	Evolution ACM	Tendance	Nombre de boîtes attendues	Ecart	Ecart en %
Médicaments cardiovasculaires et diabète	22 858 714	22 421 581	-1,9%		22 209 786	211 795	0,9%
Troubles mentaux et dépendances	10 434 454	10 559 222	1,2%		10 042 337	516 885	4,9%
Anxiolytiques	3 474 481	3 510 350	1,0%	-3,3%	3 361 431	148 919	4,4%
Hypnotiques	1 685 555	1 625 662	-3,6%	-12,1%	1 482 190	143 472	9,7%
Antidépresseurs	3 383 551	3 466 670	2,5%	-1,8%	3 321 680	144 989	4,4%
Antipsychotiques	882 945	901 534	2,1%	-2,1%	864 069	37 465	4,3%
Dépendance à l'alcool	54 347	50 228	-7,6%	2,1%	55 496	-5 268	-9,5%
Dépendance aux opiacés	953 575	1 004 779	5,4%	0,4%	957 472	47 308	4,9%
Agents antinéovascularisation oculaire	83 724	84 015	0,3%	8,0%	90 451	-6 436	-7,1%
Vaccins	769 518	767 912	-0,2%		782 037	-14 125	-1,8%
ROR	49 198	43 024	-12,5%	-7,1%	45 716	-2 692	-6,3%
Autres vaccins	713 759	722 860	1,3%	2,0%	728 212	-5 352	-0,7%
Vaccin contre Papillomavirus	6 561	2 028	-69,1%	23,6%	8 108	-6 081	-299,9%
Contraception, traitement hormonal	457 940	458 748	0,2%		463 643	-4 895	-1,1%
Antibiotiques	4 959 432	3 574 838	-27,9%		4 693 190	-1 118 352	-31,3%
Médicaments en lien avec le Covid-19	28 006 398	27 102 128	-3,2%		26 303 986	798 143	2,9%
Chloroquine et hydroxychloroquine	650	511	-21,3%	-2,4%	635	-123	-24,1%
Azithromycine	139 276	144 441	3,7%	1,2%	140 934	3 507	2,4%
Paracétamol	27 198 724	26 603 787	-2,2%	-6,1%	25 546 404	1 057 383	4,0%
Ibuprofène	667 748	353 389	-47,1%	-7,7%	616 014	-262 625	-74,3%
Antinéoplasiques et immunomodulateurs	833 040	845 852	1,5%		838 037	7 815	0,9%
Agents antinéoplasiques	135 207	135 410	0,2%	14,3%	154 518	-19 108	-14,1%
Immunostimulants	79 391	82 301	3,7%	0,8%	79 993	2 308	2,8%
Agents immunosuppresseurs	413 919	426 372	3,0%	-2,5%	403 664	22 708	5,3%
Thérapie endocrine	204 523	201 768	-1,3%	-2,3%	199 861	1 907	0,9%
Divers	281 075	258 261	-8,1%		287 172	-28 912	-11,2%
Produits de contraste iodé	195 358	178 622	-8,6%	1,3%	197 937	-19 314	-10,8%
Produits de contraste pour imagerie par résonance magnétique	85 717	79 638	-7,1%	4,1%	89 235	-9 597	-12,1%

Source : MSA

1- Les médicaments cardiovasculaires et diabète : + 0,9 % de boîtes remboursées par rapport à l'attendu

Les remboursements de boîtes pour chacune des différentes classes présentes dans ce groupe ont faiblement baissé en un an (- 1,9 %), et relativement moins que ce qui était attendu.

2- Les médicaments des troubles mentaux et des troubles des addictions : + 4,9 % de boîtes remboursées par rapport à l'attendu

Entre mars 2020 et février 2021, le nombre de boîte de médicaments pour les troubles mentaux a excédé de 4,9 % la volumétrie attendue, soit 516 900 boîtes remboursées supplémentaires :

- hypnotiques : + 9,7 % par rapport à l'attendu (+ 143 500 boîtes remboursées sur douze mois).
- anxiolytiques : + 4,4 % par rapport à l'attendu (+ 148 900 boîtes remboursées).
- antidépresseurs : + 4,4 % par rapport à l'attendu (+ 145 000 boîtes remboursées).

² Il s'agit des classes thérapeutiques retenues dans l'étude EPI-PHARE, *Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation jusqu'au 22 novembre 2020*, <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/covid-19-usage-des-medicaments-rapport5/>

3- Les médicaments nécessitant le recours d'un professionnel de santé

Entre mars 2020 et février 2021, la crise sanitaire a entraîné une forte diminution de la délivrance et de l'utilisation de produits qui nécessitent une administration par un professionnel de santé :

- Si le nombre de boîtes remboursées pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) est relativement stable sur un an, il reste en-dessous de l'attendu : - 6 400 boîtes (- 7,1 %).
- La vaccination est inférieure de 1,8 % à l'attendu, soit - 14 100 boîtes. Plus particulièrement, le recours à la vaccination contre le Papillomavirus (prévention du cancer du col de l'utérus) baisse fortement (6 100 boîtes de moins que l'attendu), comme la vaccination ROR (- 2 700 boîtes).
- Les recours aux produits iodés pour scanners et aux produits de contraste pour IRM sont moindres, respectivement de 19 300 et 9 600 boîtes par rapport à l'attendu. Comme le précise l'étude EPI-PHARE³, ces fortes diminutions entraînent des retards importants de prise en charge au sein de la filière de cancérologie et de médecine de spécialité.

4- Les classes thérapeutiques ayant subi un effondrement marqué de mars 2020 à février 2021

- Le nombre de boîtes remboursées d'Ibuprofène (anti-inflammatoire non stéroïdien) est inférieur de 74,3 % à l'attendu, ce qui correspond à 262 600 boîtes de moins sur un an. La forte baisse de consommation de cette classe thérapeutique est liée en partie au fait qu'elle soit déconseillée lors d'une infection par la COVID-19.

Le nombre de boîtes d'antibiotiques de la classe ATC J01 recule de 1,1 million par rapport à l'attendu, en lien avec la diminution de la circulation des virus (hors SARS-CoV-2) et autres agents infectieux consécutive aux mesures de distanciation sociale et au port du masque.

1.3.1.3 Incidences des tests COVID-19 au régime agricole

Le dépistage repose sur plusieurs types de tests. Les tests remboursés comprennent d'une part, les tests virologiques RT-PCR qui permettent de savoir si une personne souffre de l'infection au moment du prélèvement, et d'autre part, les tests sérologiques qui permettent de détecter des anticorps propres au coronavirus, dans le sang, et donc de déterminer si une personne a été infectée par le coronavirus. Depuis mi-octobre 2020, sont disponibles des tests rapides antigéniques réalisables dans certaines pharmacies⁴. Ils permettent de détecter la présence de protéines de coronavirus, les antigènes.

I- Nombre de tests RT-PCR et sérologiques

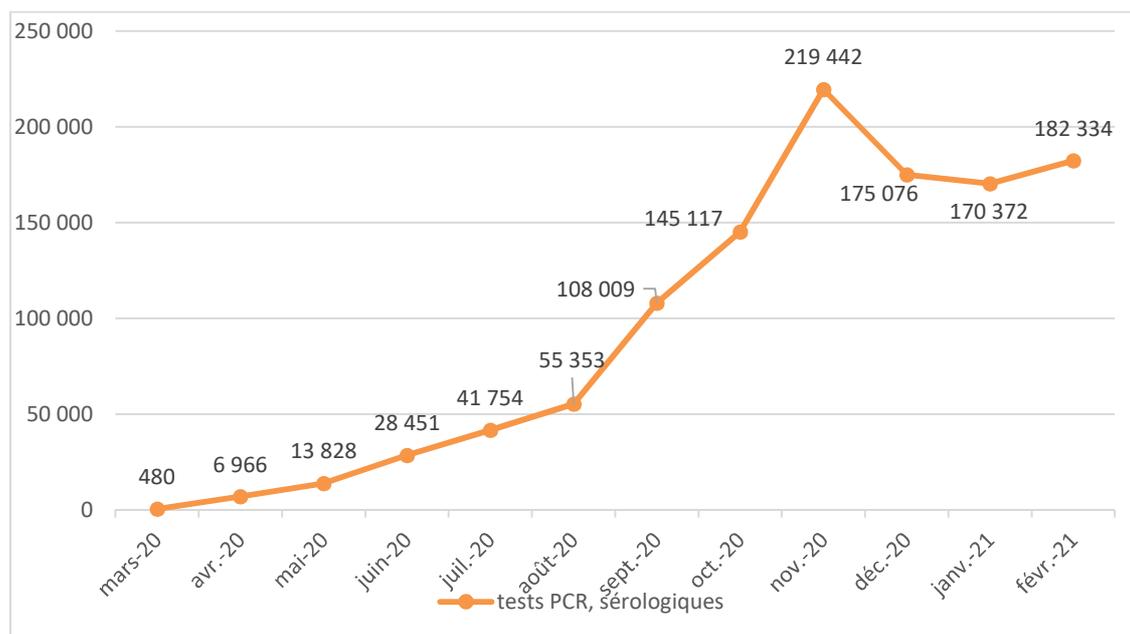
Entre mars 2020 et février 2021, en date de remboursement, le nombre de tests⁵ en ville est de **1 147 182** dont **1 090 350 tests RT-PCR**. L'évolution du nombre de tests Covid-19 remboursés sur cette période est retracée dans le **graphique 12**.

³ EPI-PHARE, *Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation jusqu'au 22 novembre 2020*, <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/covid-19-usage-des-medicaments-rapport5/>, p. 68.

⁴ Les montants des tests antigéniques sont intégrés dans le code acte « PMR » avec les montants des masques.

⁵ Il s'agit du code Biologie 5271 pour le test PCR, et 4719, 4720, 4721, 4722 pour les tests sérologiques.

Graphique 12 :
Evolution du nombre de tests Covid-19 (RT-PCR, sérologiques) entre mars 2020 et février 2021



Source : MSA

II- Montants remboursés associés aux tests PCR et sérologiques

Le coût d'un test est composite ; par exemple, un test PCR prélevé par un médecin biologiste comprend :

- le remboursement du test (partie analyse) : 54 € puis 43,2 € à partir de décembre 2020⁶,
- le remboursement de l'enregistrement dans SI-DEP⁷ : 5,4 €,
- le remboursement du forfait pré-analytique⁸ : 4,59 €,
- le remboursement du prélèvement nasopharyngé par un médecin biologiste⁹ : 9,6 €.

Entre mars 2020 et février 2021, les montants remboursés associés aux tests COVID-19 en ville s'élèvent à **75,3 millions d'euros** dont **66,4 millions pour la partie analyse** et **8,9 millions pour la partie prélèvement**. Le **graphique 13** montre l'évolution mensuelle de ces montants remboursés.

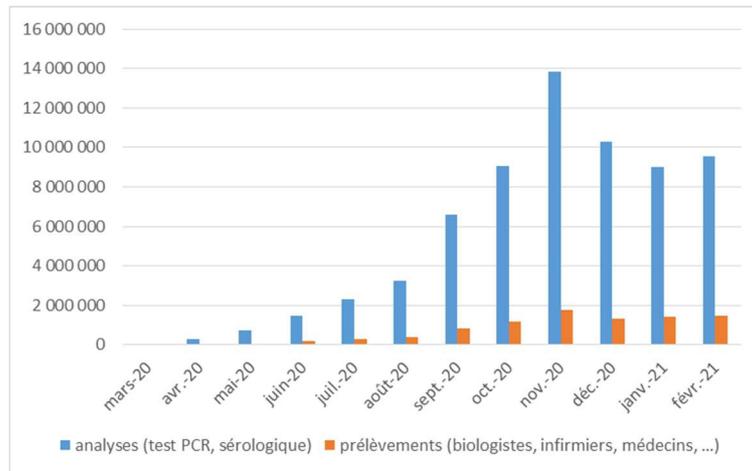
⁶ Code Biologie 5271 pour le test RT-PCR.

⁷ Code Biologie 9006.

⁸ Code Biologie 9005.

⁹ Cotation K 5.

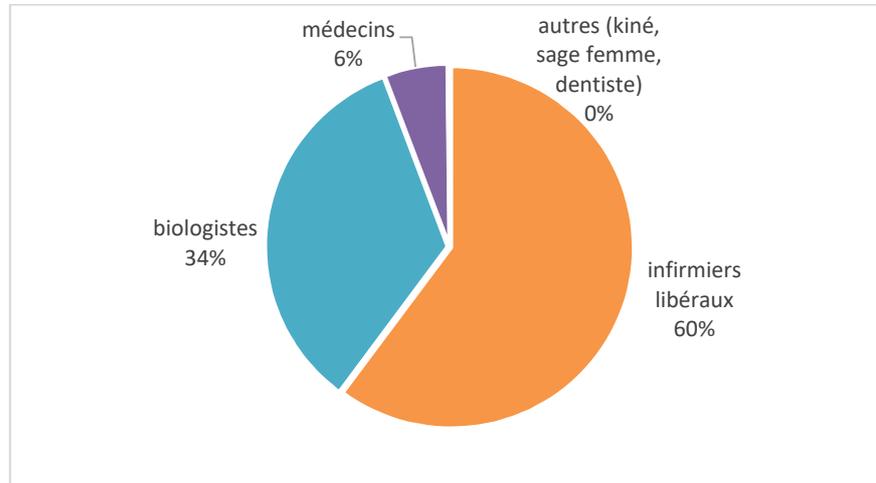
Graphique 13 :
Montants remboursés liés aux tests PCR et sérologiques, avec partie « analyse » et « prélèvement »



Source : MSA

Entre mars 2020 et février 2021, la quasi-totalité (94 %) des montants remboursés pour les prélèvements relèvent de l'exercice des infirmiers (5,4 millions d'euros sur un total de 8,9 millions d'euros) et des biologistes (**Graphique 14**).

Graphique 14 :
Montants remboursés par professionnels de santé pour les prélèvements associés aux tests PCR et sérologiques entre mars 2020 et février 2021



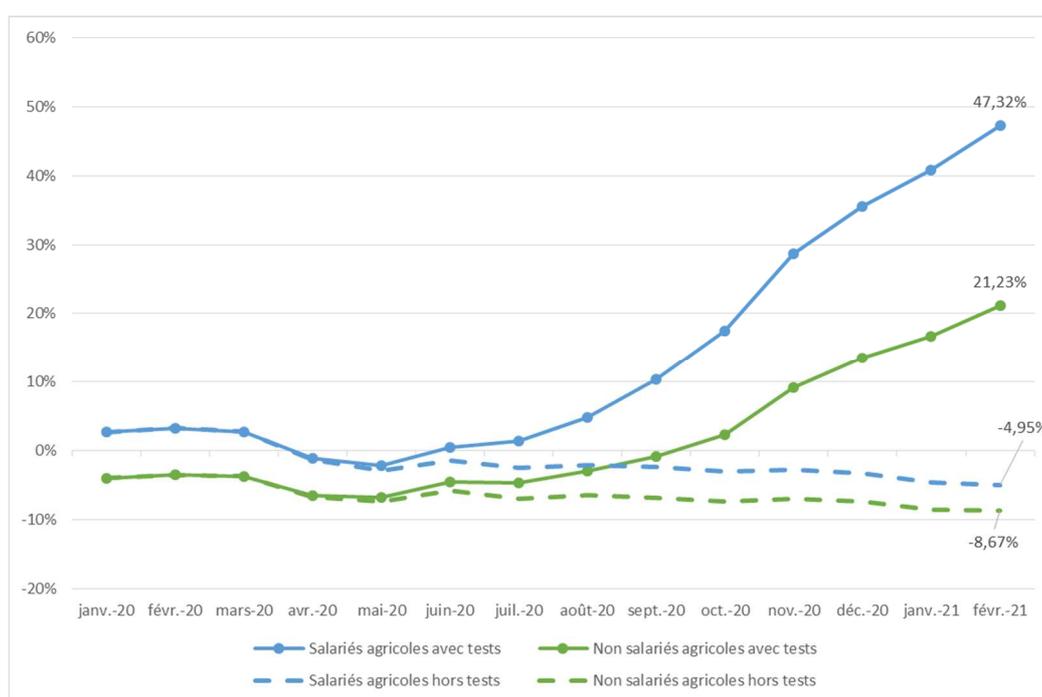
Source : MSA

III- Impact des tests PCR et sérologiques sur les dépenses des postes « Biologie » et « Infirmiers »

Parmi les montants remboursés associés aux tests PCR et sérologiques, les prélèvements réalisés par les laboratoires¹⁰ s'élèvent à **3,2 millions d'euros** et la partie « analyse »¹¹ à **66,4 millions d'euros**, pour un total de 69,6 millions d'euros entre mars 2020 et février 2021.

A fin février 2021, l'impact des tests PCR et sérologiques sur le taux ACM des dépenses du poste « Biologie » est de **40,7 points au régime agricole**. L'impact est plus marqué chez les salariés que chez les **non-salariés agricoles**, il est respectivement de **52,3 points** et de **29,9 points**.

Graphique 15 :
Evolution en taux ACM du poste « Biologie » de janvier 2020 à février 2021



Source : MSA

Entre mars 2020 et février 2021, les montants remboursés associés aux prélèvements des tests PCR et sérologiques¹² par des infirmiers représentent **5,4 millions d'euros**, ce qui correspond à un impact de **0,8 point** sur ce poste.

¹⁰ Il s'agit des cotations KB 5, TB 3,8 et TB 2,3.

¹¹ Acte de biologie : 3211.

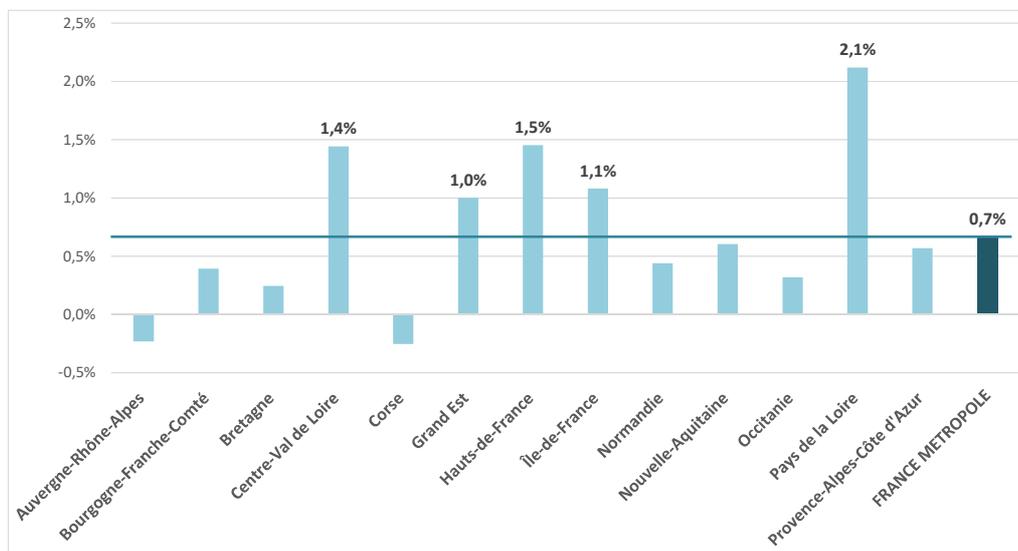
¹² Il s'agit des cotations AMI 3,1, AMI 4,2, AMI 1,9 et AMI 2,6.

1.3.1.4 Résultats régionaux

- *Analyse des remboursements de soins de ville à fin février 2021 en données brutes et en ACM (année complète mobile)*

A fin février 2021, sur douze mois glissants, soit un an après le premier confinement, les montants remboursés en soins de ville progressent de 0,7 % en France métropole. Parmi les 13 régions métropolitaines, les dépenses de soins de ville diminuent pour les seules régions Auvergne-Rhône-Alpes et Corse (respectivement - 0,2 % et - 0,3 %). A l'inverse, les régions ayant une évolution plus importante que la moyenne nationale sont les Pays de la Loire (+ 2,1 %), les Hauts-de-France (+ 1,5 %), le Centre-Val de Loire (+ 1,4 %), l'Île-de-France (+ 1,1 %) et le Grand Est (+ 1,0 %).

Graphique 16 :
Evolution des remboursements du total soins de ville par région



Source : MSA

Tableau 8 :
Évolution des remboursements de soins de ville par région

Évolution des montants remboursés à fin février 2021 en ACM (année complète mobile)	Auvergne-Rhône-Alpes	Bourgogne-Franche-Comté	Bretagne	Centre-Val de Loire	Corse	Grand Est	Hauts-de-France	Île-de-France	Normandie	Nouvelle-Aquitaine	Occitanie	Pays de la Loire	Provence-Alpes-Côte d'Azur	France métropole
TOTAL SOINS DE VILLE	-0,2%	0,4%	0,2%	1,4%	-0,3%	1,0%	1,5%	1,1%	0,4%	0,6%	0,3%	2,1%	0,6%	0,7%
Soins de ville hors produits de santé	-0,9%	-0,3%	0,8%	1,7%	-0,8%	1,1%	0,7%	0,6%	0,0%	0,1%	-0,3%	1,8%	0,5%	0,3%
Honoraires des médecins et dentistes libéraux	-11,0%	-10,6%	-8,4%	-8,0%	-11,1%	-9,3%	-7,9%	-7,7%	-10,4%	-10,3%	-9,1%	-6,9%	-8,6%	-9,2%
- Médecins généralistes	-7,2%	-7,0%	-7,7%	-5,8%	-6,7%	-5,9%	-6,9%	-6,4%	-8,7%	-7,7%	-8,1%	-5,4%	-5,7%	-7,1%
- Médecins spécialistes	-13,2%	-12,4%	-8,1%	-7,7%	-15,2%	-11,0%	-8,3%	-7,7%	-11,3%	-11,4%	-9,9%	-6,8%	-10,3%	-10,1%
- Dentistes	-11,2%	-11,0%	-11,5%	-13,8%	-4,1%	-10,3%	-10,1%	-10,0%	-11,3%	-12,7%	-8,6%	-10,4%	-8,3%	-10,7%
Soins d'auxiliaires médicaux libéraux	-2,4%	-2,2%	-1,8%	-1,5%	-1,0%	-0,6%	-0,9%	-6,3%	1,0%	-0,8%	-1,1%	-0,6%	-1,4%	-1,3%
- Masseurs-kinésithérapeutes	-16,1%	-18,1%	-13,9%	-15,5%	-10,1%	-14,6%	-16,1%	-16,1%	-13,1%	-14,0%	-14,1%	-16,2%	-14,2%	-14,8%
- Infirmiers	2,5%	4,5%	1,9%	5,0%	2,0%	5,6%	6,2%	0,6%	5,7%	3,9%	3,5%	8,3%	3,5%	3,9%
Laboratoires	38,2%	37,2%	29,6%	30,2%	34,7%	44,6%	34,2%	40,2%	21,2%	29,2%	31,4%	33,1%	39,4%	33,6%
Frais de transports	-13,7%	-14,2%	-12,1%	-12,5%	-24,2%	-12,1%	-15,2%	-17,9%	-11,4%	-10,4%	-7,7%	-9,8%	-13,7%	-11,9%
Indemnités journalières (IJ) :	14,0%	17,0%	16,1%	25,2%	13,4%	18,6%	16,9%	12,1%	16,2%	14,3%	13,0%	16,1%	15,7%	15,6%
- IJ maladie	21,9%	29,2%	24,6%	34,1%	28,2%	29,1%	24,8%	20,6%	27,2%	26,0%	20,9%	30,0%	28,6%	25,7%
- IJ ATMP	-0,4%	-3,7%	0,9%	8,0%	-5,4%	-9,0%	3,2%	-4,2%	0,0%	2,1%	0,1%	-6,2%	-3,4%	-0,5%
Produits de santé (médicaments + LPP)	1,1%	1,5%	-0,8%	1,0%	1,6%	0,9%	2,7%	2,1%	1,2%	1,5%	1,6%	2,6%	0,8%	1,3%
Médicaments :	2,3%	2,6%	-0,1%	2,2%	1,7%	2,1%	3,8%	2,9%	1,4%	2,1%	2,6%	3,5%	1,3%	2,2%
- Médicaments délivrés en ville	2,5%	2,1%	1,4%	2,7%	3,8%	2,0%	2,6%	2,3%	0,8%	2,3%	1,6%	3,1%	0,8%	2,1%
- Médicaments rétrocédés	0,1%	7,8%	-13,4%	-4,2%	-16,0%	2,7%	14,2%	8,0%	10,2%	0,6%	13,7%	6,9%	7,9%	3,9%
LPP	-2,1%	-1,8%	-2,9%	-2,8%	1,1%	-2,3%	0,0%	-0,9%	0,4%	-0,4%	-0,9%	-0,5%	-0,6%	-1,1%

Source : MSA

Quatre postes majorés par la crise sanitaire

Les remboursements d'**actes de biologie** bondissent suite au déploiement massif des examens de dépistage de la COVID-19 et ce, quelle que soit la région. La Normandie présente la progression la moins forte, elle reste tout de même importante (+ 21,2 % sur un an). A contrario, les régions dont les remboursements d'analyses médicales augmentent le plus sont Grand Est (+ 44,6 %), l'Île-de-France (+ 40,2 %) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (+ 39,4 %).

Les **indemnités journalières (IJ) maladie** sont également en hausse dans toutes les régions avec des évolutions allant de 20,6 % pour l'Île-de-France à 34,1 % en région Centre-Val de Loire, l'évolution nationale étant de 25,7 %.

Parmi les territoires ayant vu leurs dépenses de **médicaments** le plus augmenter, les Hauts-de-France arrivent en tête (+ 3,8 %), suivis des Pays de la Loire (+ 3,5 %) et de l'Île-de-France (+ 2,9 %).

Sous l'effet des prélèvements de tests PCR et antigéniques lors du dernier trimestre 2020 mais également avec l'impact de l'avenant 6 de la convention nationale des infirmiers libéraux, les remboursements de **soins infirmiers** sont également en hausse dans toutes les régions métropolitaines. Sur les douze derniers mois, l'évolution la plus importante concerne la région Pays de la Loire (+ 8,3 %), alors que la hausse nationale s'établit à 3,9 %.

A contrario, les autres postes impactés à la baisse

Les autres postes des soins de ville ont été minorés par la crise sanitaire, la baisse des remboursements de soins du premier confinement n'ayant pas donné lieu à des rattrapages d'ampleur équivalente sur les mois suivants. Toutes les régions enregistrent des évolutions négatives plus ou moins conséquentes.

Le repli des remboursements des honoraires des **généralistes** sont relativement proches entre régions : de - 8,7 % en Normandie à - 5,4 % pour les Pays-de-la-Loire.

Les baisses sont plus contrastées et plus fortes pour les autres postes.

Les remboursements des honoraires de médecins **spécialistes** reculent de 10,1 % en France métropole et présentent des disparités régionales : de - 15,2 % pour la Corse à - 6,8 % pour les Pays-de-la-Loire.

La chute des honoraires **dentaires** a été la plus importante en Centre-Val-de Loire (- 13,8 %) et en Nouvelle-Aquitaine (- 12,7 %) alors que le sud de la France a été moins impacté. Les trois régions connaissant le plus faible recul sont la Corse (- 4,1 %), la Provence-Alpes-Côtes d'Azur (- 8,3 %) et l'Occitanie (- 8,6 %).

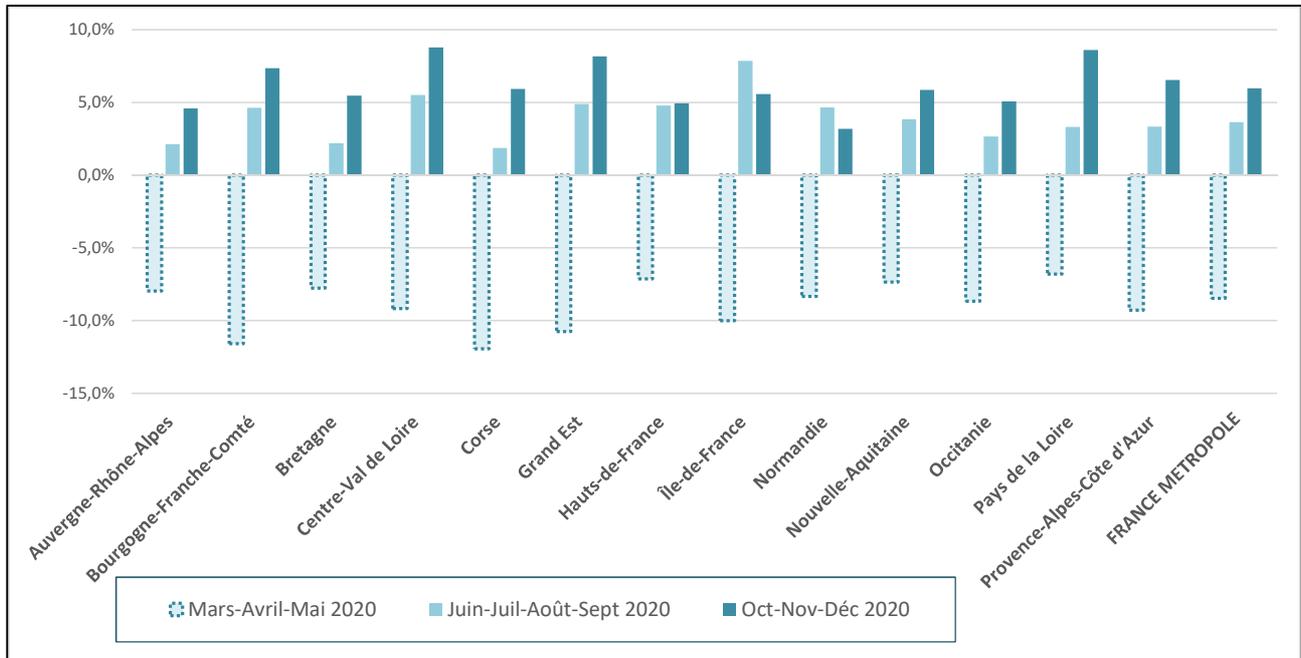
S'agissant des honoraires de **Masseurs-kinésithérapeutes**, la Corse est également la région ayant connu le plus faible recul (-10,1 %) suivie par la Normandie (- 13,1 %). Ces taux atteignent - 18,1% en Bourgogne-Franche-Comté et - 16,2 % dans les Pays-de-la-Loire.

Le poste des frais de **transports** présente le plus de disparités régionales en terme d'évolution des dépenses. L'écart est de 16,5 points entre la région Corse (- 24,2 %) et l'Occitanie (- 7,7 %). L'ouest de la France a été le plus épargné avec les Pays de la Loire (- 9,8 %) et la région Nouvelle-Aquitaine (- 10,4 %). A l'inverse, l'Île-de-France (- 17,9 %) est la deuxième région connaissant la plus forte chute après la Corse (- 24,2 %).

➤ Analyse des remboursements de soins de ville selon trois périodes de remboursements

La structure des remboursements de soins de ville a été profondément modifiée par la crise sanitaire de la Covid-19, sur les trois périodes (cf. partie 1.3.1.1), mars à mai 2020 correspondant au premier confinement, juin à septembre 2020 et le dernier trimestre 2020.

Graphique 17 :
Evolution des remboursements du total soins de ville par région



Source : MSA

Les remboursements de soins de ville **sur les mois de mars, avril et mai 2020** diminuent de 8,5 % en France métropole par rapport aux mêmes mois de l'année précédente, mais aussi dans l'ensemble des régions. Ces évolutions sur la première période s'expliquent par les mesures de confinement ayant entraîné une baisse de l'activité de la plupart des professions de santé. La Corse présente la plus forte baisse des remboursements de soins de ville (- 11,9 %), les Pays de la Loire le recul le moins élevé (- 6,8 %). Ce sont les honoraires dentaires qui ont le plus chuté sur cette période (- 57,9 %) avec une grande homogénéité régionale, de - 55,8 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur à - 60,3 % en Nouvelle-Aquitaine. A l'inverse, les indemnités journalières maladie ont fortement augmenté (+ 55,3 %) avec quatre régions accusant des hausses de plus de 60 % (Auvergne-Rhône-Alpes : + 66,5 %, Provence-Alpes-Côte d'Azur : + 65,6 %, Bourgogne-Franche-Comté : + 64,7 % et Pays de la Loire : + 60,9 %). La région Île-de-France a connu la hausse la plus faible (+ 28,3 %).

Sur la période juin-juillet-août-septembre, les dépenses de soins de ville de toutes les régions sont supérieures en 2020 à celles de 2019, de + 1,9 % pour la Corse à + 7,8 % pour l'Île-de-France, pour une moyenne nationale (hors DOM) de 3,6 %. Les versements d'indemnités journalières maladie sont toujours soutenus avec un taux de 24,2 %. Trois régions connaissent des hausses de plus de 30 % (le Centre-Val de Loire : + 42,9 %, l'Île-de-France : + 35,6 % et le Grand Est : + 31,7 %). A l'inverse, l'Occitanie n'a progressé que de 13,8 %. De leur côté, les dépenses de biologie progressent en France métropole (+ 26,4 %), l'évolution est importante dans le Grand-Est (+ 35,8 %) mais aussi en Île-de-France (+ 35,0 %) et en Provence-Alpes-Côte d'Azur (+ 34,0 %).

Enfin, le **dernier trimestre 2020** est à nouveau marqué par des remboursements de soins de ville plus importants que les remboursements du dernier trimestre 2019 et ce, pour les 13 régions métropolitaines. L'évolution s'établit à + 6,0 % en France métropole. Le Centre-Val de Loire (+ 8,8 %) et les Pays de la Loire (+ 8,6 %) sont les régions qui présentent les plus fortes hausses sur cette période alors que les remboursements augmentent plus faiblement pour la Normandie (+ 3,2 %). Les dépenses d'analyses médicales en laboratoires explosent (+ 76,0 %) sous le poids des tests de dépistage. Les évolutions sont fortes dans toutes les régions mais plus particulièrement dans le Grand-Est (+ 94,6 %), en Île-de-France (+ 89,7 %), en Auvergne-Rhône-Alpes (+ 89,5 %) et en Bourgogne-Franche-Comté (+ 88,7 %). Les versements d'indemnités journalières maladie restent dynamiques (+ 13,0 %), tout particulièrement dans le Centre-Val de Loire (+ 37,0 %). A contrario, les honoraires de médecins généralistes s'infléchissent dans toutes les régions, ainsi que ceux des médecins spécialistes (sauf en Île-de-France et dans le Grand-Est) et les frais de transport (sauf pour les Pays de la Loire).

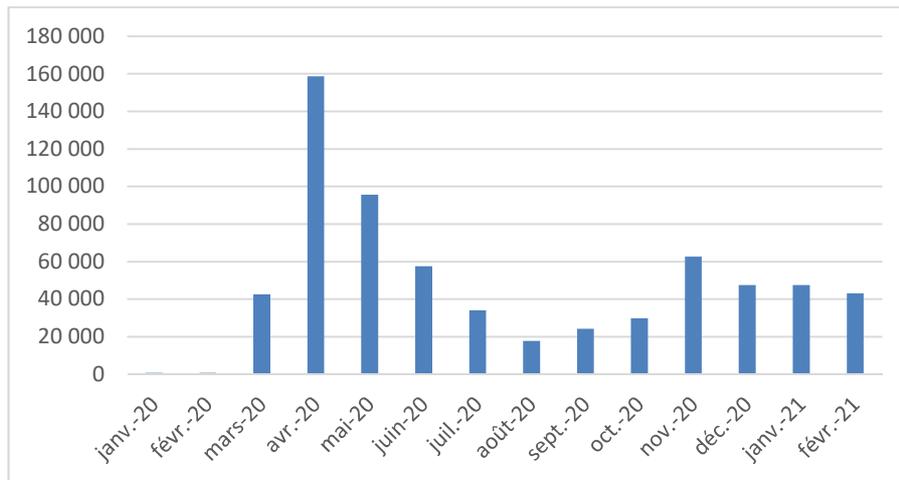
1.3.1.5 Le recours aux téléconsultations pendant la crise sanitaire

La pandémie de la Covid-19 a accéléré le recours à la télémédecine et plus particulièrement le recours aux téléconsultations. Dans le rapport Charges et Produits 2021, un focus avait montré l'explosion du nombre de téléconsultations en mars et avril 2020, passant d'un nombre hebdomadaire d'environ 600 téléconsultations début mars à plus de 40 000 téléconsultations la deuxième semaine d'avril. En parallèle, le recours aux consultations et visites avait baissé, passant de plus de 300 000 consultations et visites par semaine avant le début du confinement à environ 120 000 à partir de la seconde semaine de confinement. Dans 86 % des cas, la consultation à distance était réalisée par un médecin généraliste.

A partir de mai 2020, le recours aux téléconsultations a baissé progressivement mais est resté à un niveau bien plus élevé qu'avant la pandémie (**Graphique 18**). Il a ensuite retrouvé une nouvelle progression en fin d'année 2020 suite à l'arrivée de la seconde vague de la Covid-19.

A fin février 2021, le nombre d'actes de téléconsultations atteint 660 833 sur douze mois glissants, soit un nombre 145 fois supérieur à celui à fin février 2020 (4 553 actes). Cet essor représente 17,8 millions d'euros remboursés sur douze mois, soit 27 € par acte. Pendant la période pandémique, toutes les consultations à distance, quel qu'en soit le motif, sont prises en charge à 100 % par l'assurance maladie jusqu'à la fin de l'état d'urgence sanitaire.

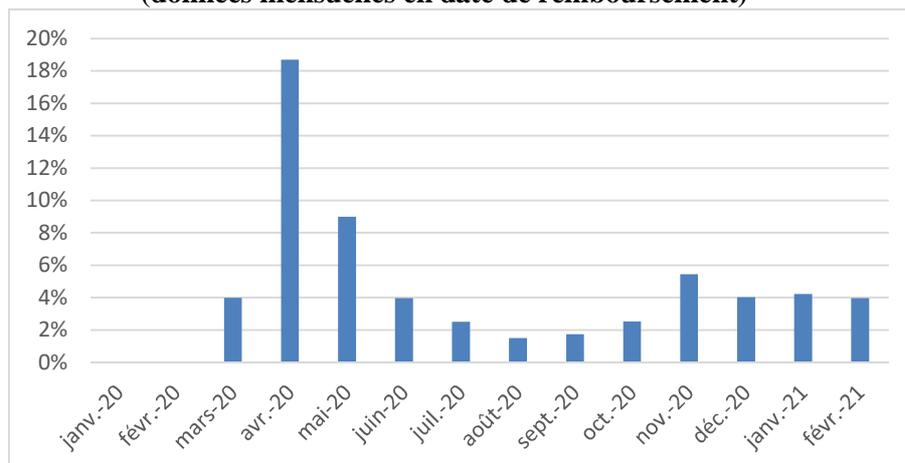
Graphique 18 :
Historique du nombre d'actes de téléconsultations
(données mensuelles en date de remboursement)



Source : RAAMSES

Avant l'arrivée de la Covid-19, la part des téléconsultations dans l'ensemble des consultations et visites des généralistes était très faible, de l'ordre de 0,1 %. Au mois d'avril 2020, cette part est passée à 18,7 % (**Graphique 19**). Le recours a été plus faible durant les mois d'été (1,5 % de l'ensemble des consultations et visites au mois d'août). Puis, la téléconsultation a été à nouveau plus sollicitée lors de la seconde vague (5,4 % de l'ensemble des consultations et visites en novembre). Depuis décembre 2020, ces actes représentent mensuellement environ 4 % de l'ensemble des consultations et visites des généralistes. Sur douze mois, à fin février 2021, la part est de 4,8 %.

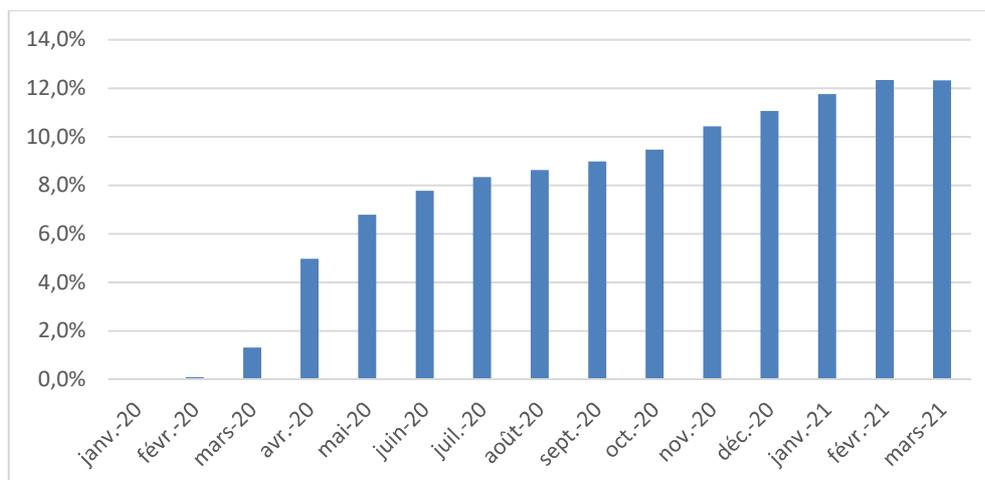
Graphique 19 :
Part des téléconsultations dans l'ensemble des consultations et visites des généralistes
(données mensuelles en date de remboursement)



Source : RAAMSES

Sur douze mois glissants à fin février 2021, 12,3 % des patients du régime agricole (assurés ayant eu un remboursement de soins de ville par la MSA) ont fait appel au moins une fois à la téléconsultation. Ils n'étaient que 0,1 % à y avoir eu recours fin février 2020 (**Graphique 20**).

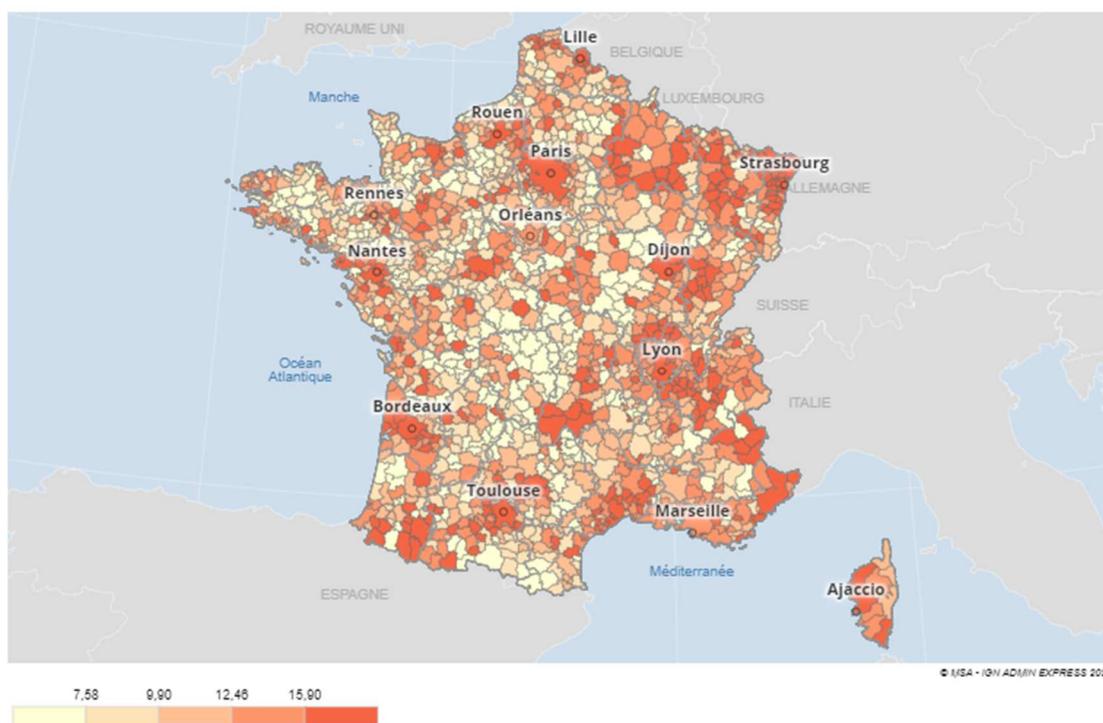
Graphique 20 :
Part des patients du régime agricole ayant eu recours à la téléconsultation
au moins une fois dans les douze derniers mois (données ACM en date de remboursement)



Source : RAAMSES

Le taux de recours varie selon la situation géographique des patients (**Carte 1**) avec un plus fort recours dans les grandes villes (Paris : 16,8 % ; Lyon : 17,8 % ; Bordeaux : 18,1 %) et dans les territoires plus fortement touchés par le virus, notamment dans le nord-est de la France (Strasbourg : 24,6 %, Nancy : 20,0 %, Reims : 21,7 %). A l'inverse, certains territoires ruraux, moins touchés par la pandémie, ont peu utilisé la téléconsultation (département de la Creuse : 4,3 %, département de la Corrèze : 6,7 %, département du Lot : 7,4 %). D'autres territoires ruraux, ont cependant fait appel plus fortement à la consultation à distance (département du Cantal : 18,1 %).

Carte 1 :
Part des patients du régime agricole ayant eu recours à la téléconsultation au moins une fois dans les
douze derniers mois (données ACM en date de remboursement à fin février 2021) par bassin de vie



Source : RAAMSES

Ces consultations à distance présentent des avantages, en particulier en période d'épidémie, à la fois pour les patients (facilité d'accès aux soins, limitation des contacts avec d'autres malades, meilleure continuité des soins lors des pics épidémiques, gain de temps), pour les professionnels de santé (désengorgement des cabinets et réduction des contaminations, maintien de l'activité et des revenus malgré l'épidémie, suivi des patients chroniques facilité) mais aussi pour l'organisation du système de santé (aide à la lutte contre les déserts médicaux, limite le recours aux urgences et l'engorgement des hôpitaux). La pandémie de Covid-19 a accéléré le recours à la télémédecine et ces avantages ont permis d'ancrer son usage dans les pratiques médicales et dans les habitudes de recours aux soins. Cela devrait perdurer au-delà de la crise sanitaire.

1.3.2. Les actions de la MSA durant la crise sanitaire

L'ensemble du groupe MSA s'est fortement mobilisé durant la crise sanitaire liée à la 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 mené de nombreuses actions pour accompagner les populations les plus fragilisées par la crise sanitaire. Le rapport Charges et Produits MSA 2021 en avait fait état.

Depuis juillet 2020, la MSA continue cet accompagnement et s'adapte afin de répondre aux besoins de sa population.

Différentes actions témoignent de l'investissement de la MSA dans la gestion de la crise sanitaire :

- **Mise en place dans des délais très brefs de toutes les mesures d'urgence gouvernementales :** versements des indemnités journalières dérogatoires, des aides exceptionnelles aux familles et étudiants précaires, mesures de soutien aux entreprises (aide au paiement en cotisation sur salaires et non-salariés, reports de cotisations), allocation de remplacement dérogatoire pour les exploitants agricoles (**Encadré 1**), participation renforcée du personnel médical et paramédical des caisses de MSA,...
- **Renforcement de ses services :** élaboration et déploiement de **MSA solidaire avec 265 000 personnes accompagnées**, conseils spécifiques aux assurés dans le cadre de la santé et sécurité au travail (fiches pratiques SST), création d'un dispositif exceptionnel « Aide Prévention COVID » visant à promouvoir une démarche de prévention accompagnée d'un financement de mesures barrières, accompagnement spécifique des MARPA, déclinaison des directives nationales, organisation de webinaires spécifiques, mise en place d'une communication hebdomadaire puis bi-mensuelle auprès de tous les élus (33 numéros en avril),...
- **Appui aux CPAM et aux ARS pour le traçage des cas contacts :** l'effectif actuel est de 374 CDD (359 Téléconseillers, 15 Superviseurs),
- **Participation à la campagne de vaccination :**
 - o Participation de la MSA dans le dispositif de vaccination voulu par les pouvoirs publics avec une adaptation des moyens des services SST locaux des caisses (**Encadré 2**),
 - o Participation de la MSA au dispositif « Aller Vers » pour contacter les personnes de plus de 75 ans qui n'ont pas encore été vaccinées par sms, par téléphone ou autre moyen.
- **Adaptation de son organisation interne :** déclenchement des plans de continuité, mise en place d'une cellule de crise CCMSA, accompagnement des caisses dans leur gestion des ressources humaines, sécurisation des systèmes d'information et augmentation des capacités

de connexions à distance, déploiement rapide du télétravail et des outils collaboratifs pour les salariés de la CCMSA et des caisses locales, sécurisation des lieux de travail des salariés et d'accueil du public lors de la phase de déconfinement progressif,...

Pour permettre la gestion des différents dispositifs mis en place dans le cadre de la crise sanitaire, la MSA a développé ainsi **plusieurs services en ligne** :

- Service de déclaration des Arrêts de travail pour « garde d'enfant » : permet aux employeurs de déclarer les arrêts de travail pour les personnes devant garder les enfants, qui ne peuvent pas télétravailler et ne bénéficient pas du dispositif de chômage partiel.
- Service de déclaration des Arrêts de travail « personnes à risque » : permet aux personnes correspondant à des critères de risque face au virus et ne pouvant pas télétravailler de déclarer un arrêt de travail. Les modalités d'accès à ce dispositif ont évolué selon les étapes de la crise sanitaire.
- Service de déclaration d'isolement en cas de symptômes : permet aux personnes présentant des symptômes du virus et ne pouvant pas télétravailler de déclarer leur isolement immédiat avant la réalisation d'un test PCR.
- Formulaire de déclaration des arrêts de travail en cas de retour de l'étranger pour déplacement par motif impérieux : permet aux employeurs de déclarer les arrêts de travail en lien avec l'isolement d'un salarié suite au retour d'un déplacement à l'étranger par motif impérieux.
- Service de demande de reconnaissance maladie professionnelle en lien avec la Covid-19 : ce service est à disposition des adhérents MSA ou ayant un proche décédé, affilié à la MSA, contaminés par la Covid-19 nécessitant de réaliser une déclaration de maladie professionnelle.

Encadré 1 : Dispositif allocation de remplacement dérogatoire et Covid-19

La propagation du Coronavirus a conduit les pouvoirs publics à mettre en place des mesures exceptionnelles dans le cadre de la crise sanitaire afin de protéger les personnes les plus vulnérables et de freiner la propagation de l'épidémie.

Ainsi, pendant les différentes périodes de l'état d'urgence sanitaire (soit du 16 mars 2020 au 10 juillet 2020 puis du 30 octobre 2020 jusqu'au 1^{er} juin 2021), les pouvoirs publics ont décidé du versement d'une allocation de remplacement à titre dérogatoire aux exploitants agricoles en lieu et place des indemnités journalières AMEXA.

En effet, en raison de la situation sanitaire, ces exploitants se trouvent de fait empêchés, d'accomplir les travaux sur leur exploitation agricole alors que certaines tâches ne peuvent pas être reportées. Les indemnités journalières maladie AMEXA auxquelles ils peuvent prétendre, ne leurs permettent pas de supporter le coût du remplacement pour mener à bien ces tâches.

En conséquence, une allocation de remplacement peut être versée aux exploitants agricoles qui, en raison de l'épidémie de Covid-19, sont dans l'obligation de rester à domicile, soit parce qu'ils sont atteints du coronavirus, soit en raison d'une mesure d'isolement, soit qu'ils doivent garder un enfant (...).

L'allocation de remplacement (prévue par l'ordonnance n° 2020-418 du 15 avril 2020, puis par celle de 2020-1553 du 9 décembre 2020 qui a reconduit le dispositif adopté précédemment), permet de soutenir les exploitants agricoles en prenant en charge le coût du remplacement sur l'exploitation agricole dans la limite d'un plafond de 112 € par jour.

Le remplacement est effectué au choix de l'assuré, soit par un service de remplacement, soit par une embauche directe d'un salarié spécialement recruté à cette fin.

L'allocation de remplacement dérogatoire est versée par les caisses de MSA, sur justificatifs, aux services de remplacement si l'exploitant fait appel à leur service ou bien directement à l'exploitant s'il a procédé à une embauche directe.

Les assurés qui ne font pas de demande d'allocation de remplacement bénéficient toujours pour les interruptions de travail en lien avec l'épidémie du covid-19 des indemnités journalières AMEXA sans application du délai de carence.

Enfin, il importe de préciser également que chaque caisse de MSA peut, dans le cadre de sa politique d'action sanitaire et sociale, attribuer une aide complémentaire FNASS, afin de couvrir le reste à charge pour les personnes non salariées, suite à une évaluation sociale.

Encadré 2 : Zoom sur la campagne de vaccination contre la COVID-19

La campagne de vaccination contre la COVID-19, débutée fin décembre 2020 en France, se poursuit tout au long de l'année 2021 conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé.

A ce jour, cinq phases de vaccination, selon les types de publics sont identifiées (**Tableau 9**) :

- les phases 1, 2 et 3 permettront la vaccination de l'ensemble des personnes à risque ainsi que les personnes fortement exposées au virus,
- les phases 4 et 5 permettront d'ouvrir largement la vaccination aux plus de 18 ans sans comorbidités.

Tableau 9 : Stratégie de priorisation des populations à vacciner

	
◆ Stratégie de priorisation des populations à vacciner	
Phase 1 (dès livraison des premières doses disponibles)	<ul style="list-style-type: none"> • Les résidents d'établissements accueillant des personnes âgées et résidents en services de longs séjours (EHPAD, USLD ...) • Les professionnels exerçant dans les établissements accueillant des personnes âgées (en premier lieu en EHPAD, USLD) présentant eux-mêmes un risque accru de forme grave/de décès (plus de 65 ans et/ou présence de comorbidité(s))
Phase 2	<ul style="list-style-type: none"> • Les personnes âgées de plus de 75 ans, en commençant par les plus âgées/présentant une ou plusieurs comorbidité(s) • Puis les personnes âgées de 65-74 ans, en priorisant celles présentant une ou plusieurs comorbidité(s) • Puis les professionnels des secteurs de la santé et du médico-social âgés de 50 ans et plus et/ou présentant une ou plusieurs comorbidité(s) (quel que soit le mode d'exercice)
Phase 3	<ul style="list-style-type: none"> • Les personnes à risque du fait de leur âge (50-65 ans) ou de leur(s) comorbidité(s) non vaccinées antérieurement • Les professionnels des secteurs de la santé et du médico-social non vaccinés antérieurement • Les opérateurs/professionnels des secteurs « essentiels »
Phase 4	<ul style="list-style-type: none"> • Les personnes vulnérables et précaires (sans domicile fixe...), vivant en collectivité (prisons, établissements psychiatriques, foyers...) non vaccinés antérieurement du fait de leur âge ou comorbidité • Les professionnels prenant en charge les personnes vulnérables dont les travailleurs sociaux, non vaccinés antérieurement du fait de leur âge ou comorbidité(s) • Les personnes vivant dans des hébergements confinés ou encore travaillant dans des lieux clos favorisant l'acquisition de l'infection (ouvriers du bâtiments, abattoirs, etc) non vaccinés antérieurement du fait de leur âge ou comorbidité(s)
Phase 5	<ul style="list-style-type: none"> • Autres tranches de la population susceptibles d'être infectées (18-50 ans) et non ciblées antérieurement

Afin de déployer cette stratégie de vaccination, le Ministre de la Santé a confié à la CNAM la mise en œuvre technique d'un système d'information (« SI Vaccin COVID ») qui permettra la bonne mise en œuvre de cette stratégie pour le compte de l'ensemble des régimes. La CNAM est ainsi l'organisme centralisateur pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

La MSA a fourni les fichiers listant l'ensemble de la population du régime agricole à inviter selon les critères de ciblage établis pour chaque phase. Ce fichier a été intégré dans le SI Vaccin COVID.

Au total, le fichier inclut plus de 2,6 millions d'assurés MSA à inviter (les moins de 18 ans étant exclus) qui se répartissent selon le **tableau 10** ci-après.

Tableau 10 : Nombre d'assurés MSA à inviter à la campagne de vaccination contre la COVID-19

Tranches d'âge	Assurés MSA avec comorbidité	Assurés MSA sans comorbidité	Total
74 ans et plus	384 130	232 605	616 735
64-73 ans	176 162	232 897	409 059
51-63 ans	136 973	398 973	535 946
50 ans et moins	98 262	1 002 830	1 101 092
Total	795 527	1 867 305	2 662 832

Source: MSA

Selon le référentiel HAS, les comorbidités identifiées à ce stade comme à risque avéré d'hospitalisations ou de décès sont :

- ✓ l'obésité (IMC >30), particulièrement chez les plus jeunes,
- ✓ le diabète (de type 1 et de type 2),
- ✓ l'insuffisance rénale chronique,
- ✓ la BPCO et l'insuffisance respiratoire,
- ✓ l'hypertension artérielle compliquée,
- ✓ l'insuffisance cardiaque,
- ✓ les cancers et maladies hématologiques malignes actifs et de moins de 3 ans
- ✓ le fait d'avoir une transplantation d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques
- ✓ la trisomie 21.

Afin d'accompagner les phases successives de déploiement de la campagne vaccinale, la MSA a développé les outils de publipostage des courriers d'invitation adressés à nos ressortissants.

Le dispositif « Aller Vers », déployé au mois d'avril 2021, a eu pour objectif de contacter les personnes de plus de 75 ans n'ayant toujours pas été vaccinées afin de leur proposer un accompagnement à la prise de rendez-vous. Dans le cadre de ce dispositif, les caisses ont effectué des campagnes d'appels et de SMS vers la population ciblée, à l'aide des fichiers extraits depuis le SIVAC et transmis à la MSA par la CNAM.

Les services sociaux de la MSA sont également et plus que jamais mobilisés pour renouveler et renforcer leur action envers les ressortissants.

Dès lors, l'engagement de l'action sanitaire et sociale de la MSA repose sur plusieurs actions concrètes :

1. **Maintenir ou prendre contact avec les adhérents en situation de fragilité,**
2. **Attribuer des secours exceptionnels aux personnes les plus fragiles en cette situation de crise,**
3. **Favoriser le remplacement et le répit au besoin,**
4. **Adapter les aides individuelles et collectives dans le cadre de l'Assurance retraite,**
5. **Soutenir les structures d'accueil petite enfance,**
6. **Suspendre ou adapter les actions collectives de type « Ateliers de l'Inclusion »,**
7. **Favoriser l'utilisation du dispositif de remplacement dérogatoire « garde d'enfant ».**

Face à cette crise de longue durée touchant l'ensemble de la France, et afin d'assurer une véritable cohérence de ces actions sur l'ensemble du territoire, il est recommandé à toutes les caisses de MSA de mettre en œuvre ces 7 actions.

Ces différentes actions donneront à nouveau lieu à un suivi régulier. Afin d'assurer la mise en œuvre de ces actions, des fiches pratiques ont été conçues permettant de donner les objectifs et des modalités de mise en œuvre et d'évaluation.

Enfin, peu après la mise en confinement de la majeure partie de la population en France, en réponse à l'épidémie de la Covid-19, **Santé publique France** a décidé de réaliser une enquête ponctuelle auprès des participants à la cohorte Coset¹³-MSA mise en œuvre en 2017-2018 avec les travailleurs du monde agricole. Elle vise à documenter l'impact de cette épidémie sur l'activité des actifs du monde agricole et faire le point sur leur état de santé au sortir de la première période de confinement.

Entre mai et juillet 2020, les 27 000 participants à la cohorte Coset-MSA ont ainsi été 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. Cette même enquête a également été conduite en parallèle sur la même période auprès des participants à la cohorte Coset-indépendants, concernant les indépendants non agricoles (artisans, commerçants et professions libérales) ce qui permet de confronter la situation des différents types de travailleurs.

Les premiers résultats sont détaillés dans l'**encadré 3**.

¹³ Cohorte pour la surveillance épidémiologique en lien avec le travail.

Encadré 3 : Premiers résultats de l'étude sur les conséquences professionnelles du confinement du printemps 2020 au sein de la cohorte Coset-MSA

Après plusieurs relances par mail et courrier postal, 34 % des personnes sollicitées ont finalement complété le questionnaire en ligne, la participation augmentant avec l'âge et étant sensiblement plus forte pour les femmes et pour les salariés. La majorité des personnes étaient en activité avant le début de la mise en confinement permettant ainsi d'étudier l'impact de la crise sur l'activité professionnelle pour les principaux groupes professionnels représentés au régime agricole. Selon les groupes d'actifs, on observe ainsi des différences importantes dans les adaptations du travail. Les non-salariés ont connu proportionnellement moins d'interruptions d'activité professionnelle et sont globalement moins nombreux à avoir modifié les modalités d'exercice de leur activité professionnelle par rapport aux salariés. Pour les salariés ayant des activités de bureau, on observe un très fort recours au télétravail. Les modifications du travail sur la période ont été étudiées et déclinées au sein des types d'activité en termes de modification des contacts, d'adoption des mesures barrière, de sécurité et de modification des rythmes de travail, de tensions relationnelles et de sécurité ressenties dans le cadre professionnel.

Enfin, l'état de santé notamment en termes d'anxiété et de symptomatologie dépressive a été décrit en lien avec les différentes situations et le vécu professionnel de la crise. Les analyses se poursuivent pour étudier le rôle respectif des différents facteurs professionnels et non professionnels dans les différences observées entre les différents types d'activité.

Les résultats de cette enquête seront détaillés dans un rapport d'étude à publier prochainement par Santé publique France sur son site internet et le site dédié au programme Coset.

Un nouveau questionnaire sera proposé aux participants fin 2021. Cette nouvelle vague d'enquête permettra notamment de mettre en perspectives les résultats obtenus au sortir du premier confinement et de faire le point sur les conséquences de l'épidémie sur le parcours professionnel des personnes et sur leur état de santé. Un intérêt particulier sera porté à l'état de santé mentale (anxiété, dépression), et aux démarches individuelles en termes de recours aux soins ou de comportements à risque (facteurs de risque cardiovasculaire notamment).

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 2020, le régime agricole recense plus de 3,1 millions de personnes protégées au titre du risque maladie, un effectif représentant 4,8 % de la population totale en France métropolitaine.

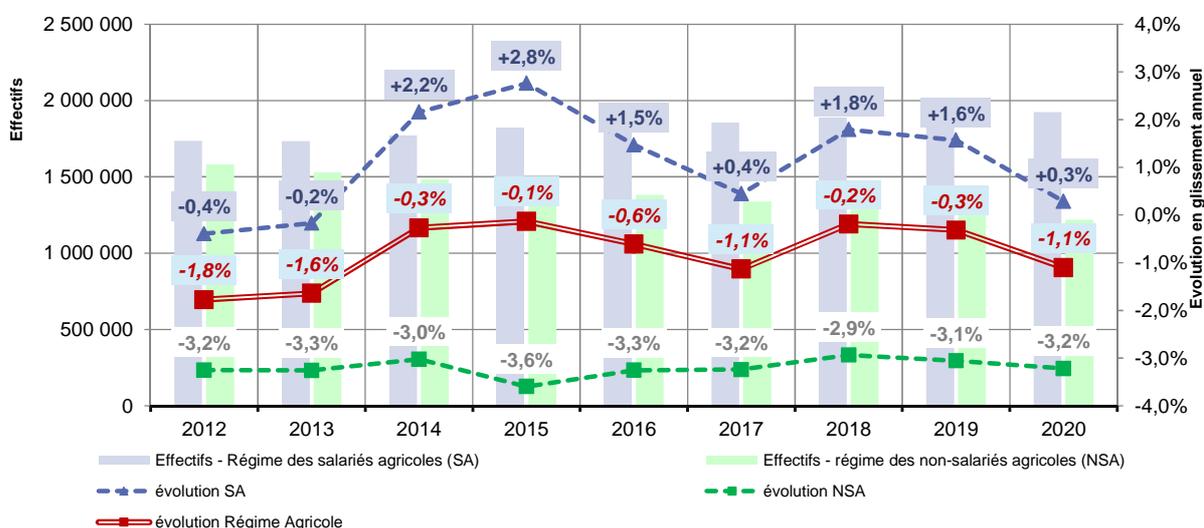
Plus de 1,9 million de personnes relèvent du régime des salariés agricoles pour leur assurance maladie obligatoire (61,2 % de l'effectif total). Cet effectif progresse sur un an (+ 0,3 %), moins fortement que les années précédentes (+ 1,6 % en 2019, + 1,8 % en 2018, et + 0,4 % en 2017).

Au régime des non-salariés agricoles, plus de 1,2 million de personnes sont protégées (38,8 % de l'effectif total). La baisse des effectifs se poursuit en 2020 (- 3,2 %, après - 3,1 % en 2019, - 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 2014/2015 et 2018/2019, la démographie du régime agricole avait connu une période de stabilisation de ses effectifs (**Graphique 21**). Cette évolution favorable trouvait principalement son origine dans l'accroissement net des effectifs de personnes protégées au régime des salariés. En 2016/2017, le recul global a été plus marqué en raison de la moindre progression des effectifs au régime des salariés.

En 2020, la population salariée augmente de 0,3 %, conduisant la population totale protégée au régime agricole à refluer de nouveau de manière importante.

Graphique 21 :
Évolution annuelle de la population protégée en maladie des régimes agricoles



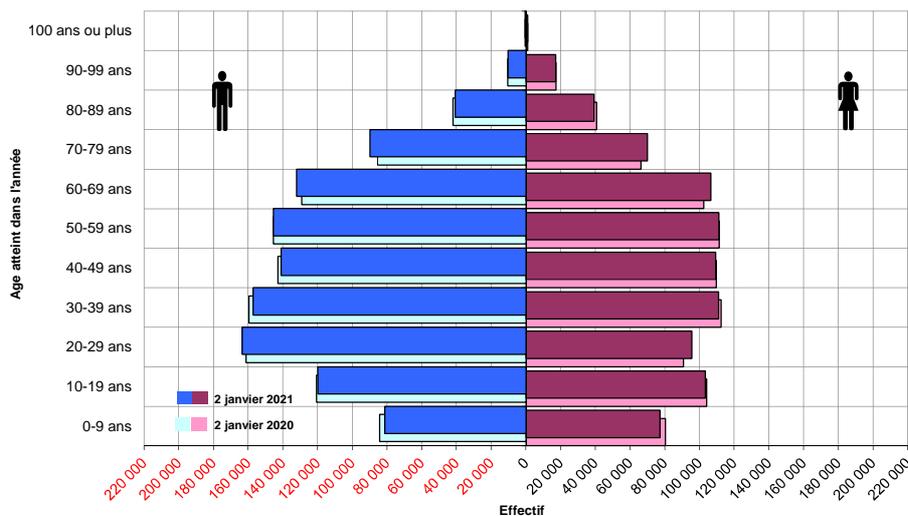
Sources : CNAV, CCMSA

Les régimes agricoles présentent une structure démographique très différente avec une pyramide des âges qui leur est propre (**Graphiques 22 et 23**). Ces caractéristiques populationnelles expliquent en partie les évolutions des effectifs de chacun des régimes.

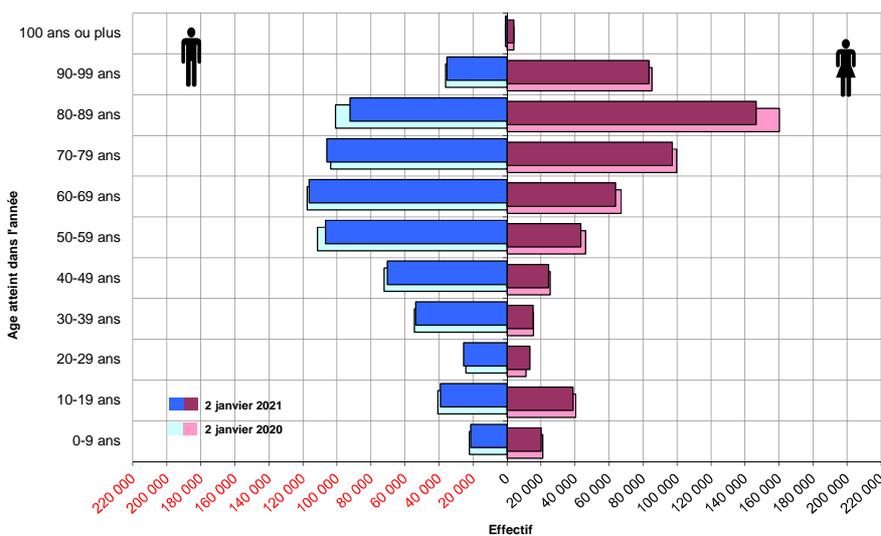
Au régime des salariés agricoles, la pyramide des âges est comparable à celle de la population française métropolitaine. Les personnes en âge de travailler représentent 53,7 % des effectifs, les moins de 20 ans, 19,9 %, et les 60 ans et plus, 26,4 % (**Tableau 11**).

Le régime des non-salariés agricoles a la spécificité d'avoir une forte proportion de personnes âgées. En effet, 61,2 % des effectifs sont âgés de 60 ans et plus, alors que seuls 9,8 % ont moins de 20 ans (**Tableau 12**).

Graphique 22 :
Pyramide des âges au régime des salariés agricoles



Graphique 23 :
Pyramide des âges au régime des non-salariés agricoles



Sources : CNAV, CCMSA

La population protégée en maladie au régime des salariés augmente légèrement en 2020 (+ 0,3 %, après + 1,6 % en 2019) (**Tableau 11**). Les populations âgées de 20 à 39 ans (+ 0,6 %, 27,4 % des effectifs) et celles âgées de 60 à 79 ans (+ 3,9 %, 20,7 % des effectifs) contribuent à la croissance annuelle de l'effectif total du régime des salariés. Les générations du baby-boom soutiennent en effet les effectifs de cette tranche d'âge. L'évolution de la population totale est limitée par le recul des effectifs de personnes âgées de 80 ans et plus (- 2,4 %).

Tableau 11 :
Répartition et évolution de la population protégée en maladie au régime des salariés agricoles

	Répartition des effectifs par tranches d'âge en 2020	Évolution des effectifs 2020/2019	Évolution des effectifs 2019/2018
Moins de 20 ans	19,9 %	- 0,2 %	- 0,4 %
<i>dont moins de 18 ans</i>	17,2 %	- 2,2 %	- 0,4 %
<i>dont 18-19 ans</i>	2,7 %	- 0,3 %	- 0,1 %
De 20 à 39 ans	27,4 %	+ 0,6 %	+ 2,3 %
De 40 à 59 ans	26,3 %	- 0,5 %	+ 0,9 %
De 60 à 79 ans	20,7 %	+ 3,9 %	+ 4,3 %
80 ans et plus	5,7 %	- 2,4 %	- 0,9 %
TOTAL	100,0 %	+ 0,3 %	+ 1,6 %

Sources : CNAV, CCMSA

Au régime des non-salariés agricoles, toutes les tranches d'âge sont affectées par un recul, à l'exception des 20 à 39 ans, en progression de 2,6 % sur un an (**Tableau 12**). Avec un nombre de décès supérieur au nombre d'entrées dans le régime (actifs ou ayants droits) et un âge élevé de ses ressortissants

(61,2 % d'entre eux étant âgés de 60 ans et plus), la structure démographique est vieillissante (**Graphique 23**), 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 12 :
Répartition et évolution de la population protégée en maladie au régime des non-salariés agricoles

	Répartition des effectifs par tranches d'âge en 2020	Évolution des effectifs 2020/2019	Évolution des effectifs 2019/2018
Moins de 20 ans	9,8 %	- 3,8 %	- 4,1 %
<i>dont moins de 18 ans</i>	8,5 %	- 3,6 %	- 3,8 %
<i>dont 18-19 ans</i>	1,3 %	- 5,1 %	- 6,0 %
De 20 à 39 ans	8,9 %	+ 2,6 %	+ 4,1 %
De 40 à 59 ans	20,1 %	- 4,0 %	- 3,9 %
De 60 à 79 ans	31,4 %	- 1,2 %	- 1,8 %
80 ans et plus	29,8 %	- 6,1 %	- 5,1 %
TOTAL	100,0 %	- 3,2 %	- 3,1 %

Sources : CNAV, CCMSA

Compte tenu des premiers constats observés sur le 1^{er} trimestre 2021 et des prévisions de l'emploi agricole marquées par la quasi-stabilisation du nombre d'actifs en raison de la crise économique résultant de la crise sanitaire déclenchée au début de 2020, les effectifs protégés en maladie au régime des salariés seraient stables sur l'année 2021 (**Tableau 13**). Cette prévision reste très incertaine et tributaire des développements de la crise sanitaire au cours de l'année, notamment de la vigueur de la reprise économique. Au régime des non-salariés, la baisse de la population devrait se poursuivre selon un rythme identique.

Ainsi, les effectifs du régime agricole (salariés et non-salariés agricoles) devraient connaître une baisse de 1,1 % en 2021.

Tableau 13 :
Prévisions* d'évolution de la population protégée en maladie

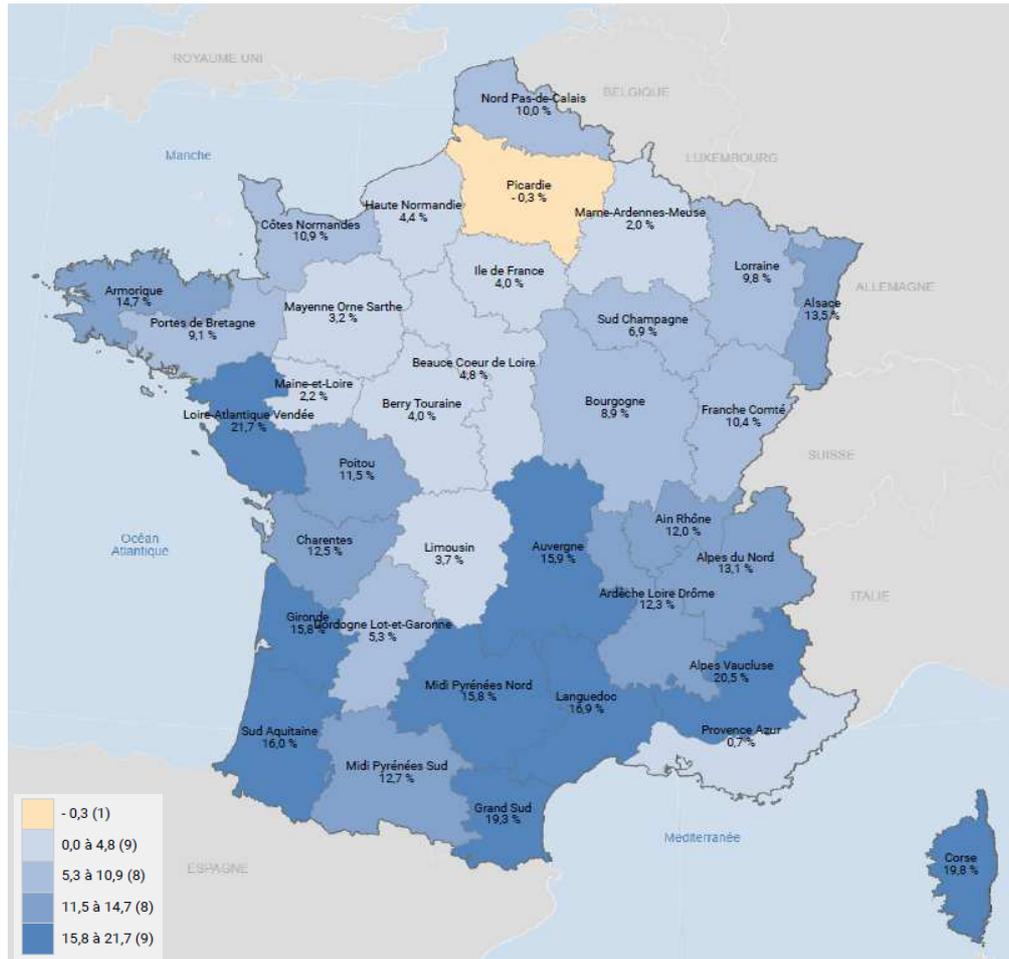
Régime des salariés agricoles	Évolution 2021/2020
Assurés ouvrants-droits	+0,8 %
actifs (en emploi ou non)	+0,2 %
retraités	+ 2,3 %
invalides	+ 0,6 %
Ayants-droits	- 2,4 %
enfants	- 0,9 %
conjointes et autres personnes couvertes	- 9,2 %
Total	+ 0,1 %
Régime des non-salariés agricoles	Évolution 2021/2020
Assurés ouvrants-droits	- 2,3 %
en activité	- 1,1 %
retraités	- 3,2 %
invalides	- 3,1 %
Ayants-droits	- 6,8%
collaborateurs d'exploitation (conjointes et membres de la famille)	- 6,8 %
enfants	- 4,1 %
autres personnes couvertes	-11,1 %
Total	-3,0 %
Ensemble des régimes agricoles	Évolution 2021/2021
Total	- 1,1 %

Source : CCMSA - Données pour la Commission des comptes de la sécurité sociale - Prévisions mai 2021
*(Prévisions basées sur des effectifs annuels moyens)

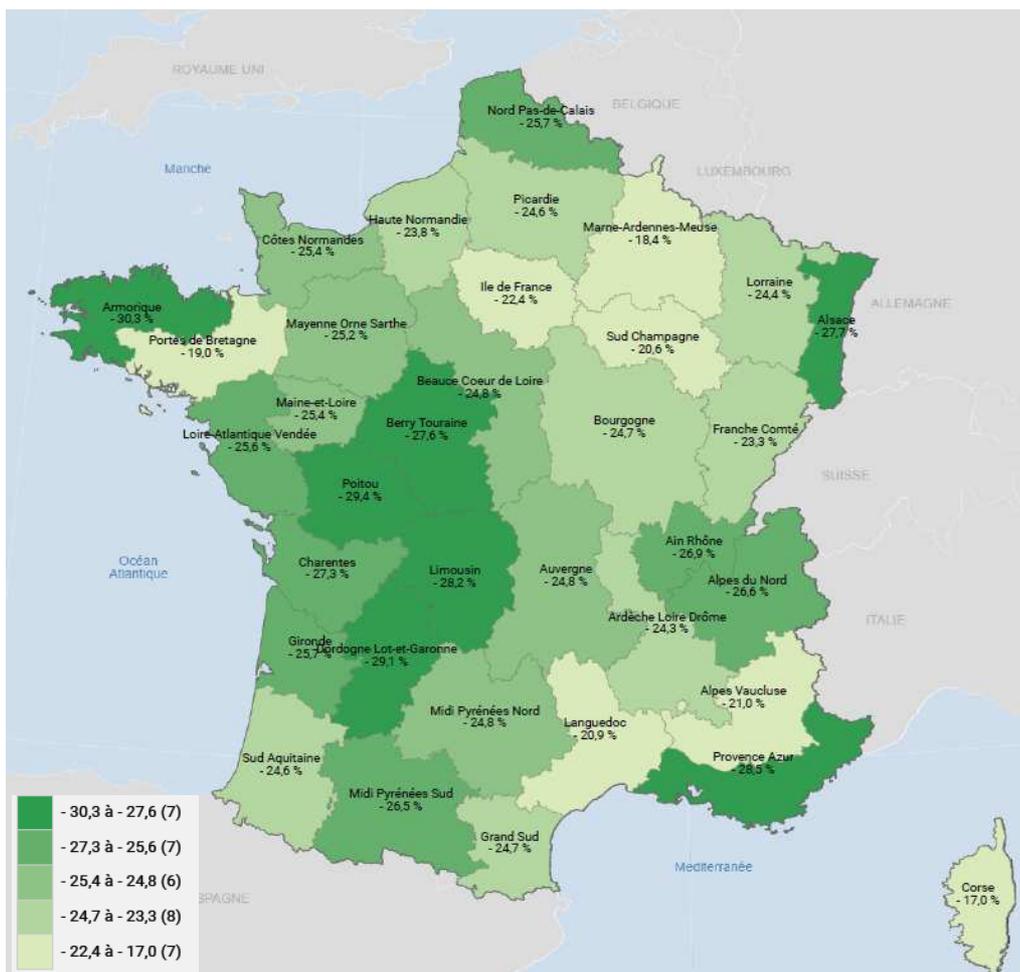
Depuis 2012, la croissance de la population salariée a été très dynamique dans les régions de la côte atlantique ainsi que dans le sud du territoire métropolitain (+ 21,7 % en MSA Loire-Atlantique Vendée et + 19,3 % en MSA Grand Sud). Les effectifs salariés reculent pour la seule MSA Picardie (- 0,3 %) (**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 (- 30,3 %) (**Carte 3**).

**Carte 2 :
Taux d'évolution des personnes protégées en maladie de 2012 à 2020
au régime des salariés agricoles**



Carte 3 :
Taux d'évolution des personnes protégées en maladie de 2012 à 2020
au régime des non-salariés agricoles

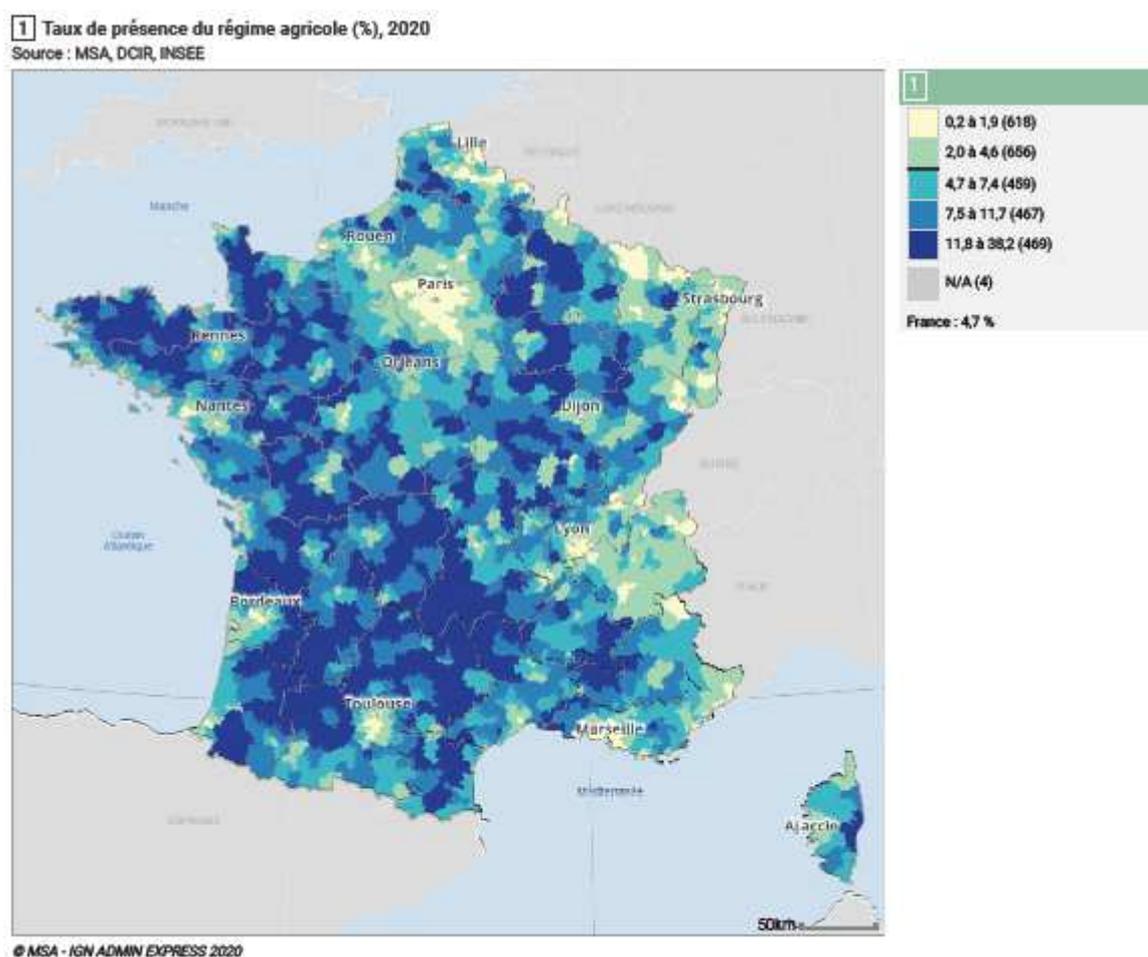


Géographiquement, le régime agricole est présent sur tout le territoire (**Carte 4**).

Ainsi, le taux de présence du régime agricole - exprimé comme le rapport de la population des patients (personnes ayant eu au moins un remboursement de soins dans l'année) relevant du régime agricole (année 2020) à la population française (année 2018) - est de 4,7 %.

Ce taux de présence est même supérieur à deux fois la moyenne nationale dans 683 territoires de vie sur 2 673, situés pour l'essentiel à l'ouest d'une ligne reliant Caen à Marseille ainsi que dans les régions viticoles de Champagne et de Bourgogne, et dans les régions arboricoles et viticoles du nord de la Provence.

Carte 4 :
Effectifs de patients et taux de présence du régime agricole par territoire de vie
(population du régime agricole 2020 - population française 2018)



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

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

2.2.1. La cartographie des pathologies au régime agricole

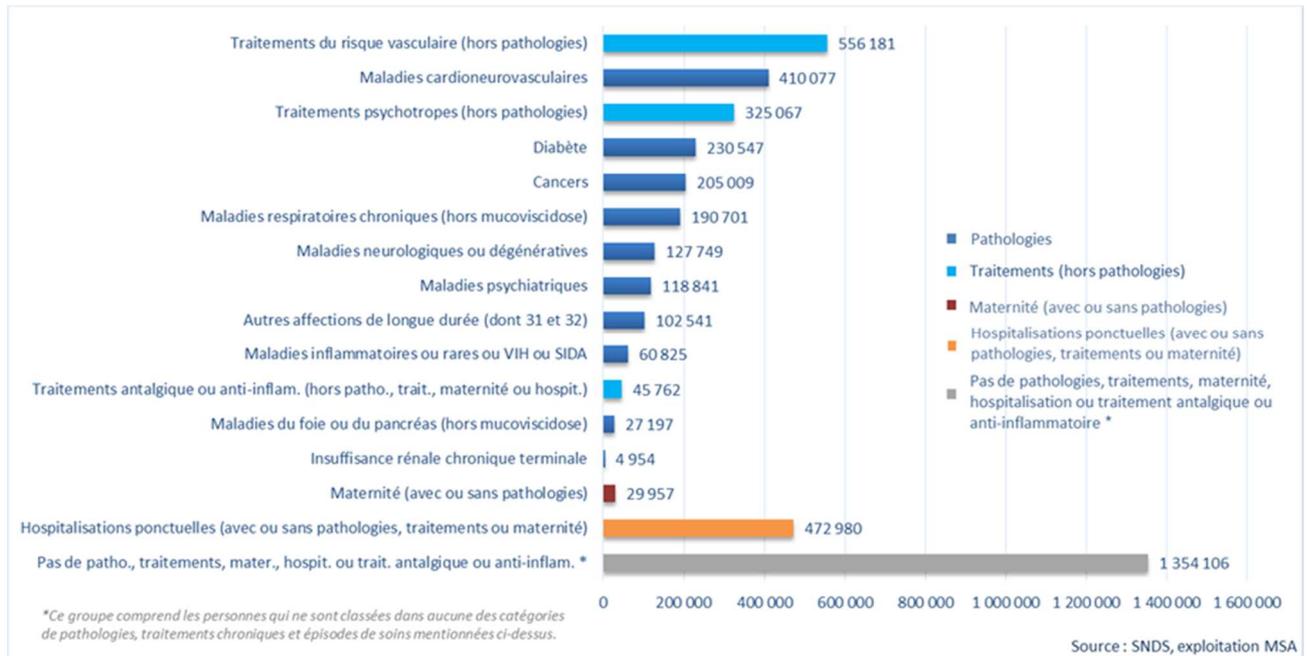
Les études, présentées ci-après, ont été menées sur la dernière version (G8) des données de la cartographie des pathologies et des dépenses. La cartographie développée par la CNAM a été élargie, dans cette version, à l'ensemble des régimes en collaboration avec la CCMSA.

Les données portent sur l'année 2019 et décrivent, pour l'ensemble de la population ayant consommé des soins, les principales pathologies ou les événements de santé de chaque individu à partir d'algorithmes validés scientifiquement.

Peuvent ainsi être étudiées les pathologies dont souffrent les bénéficiaires du régime agricole qui consomment des soins, soit 2,9 millions de personnes. La fréquence de ces pathologies dans la population du régime agricole est comparée, à âge et sexe égal, à celle de l'ensemble des consommateurs de soins tous régimes confondus. L'indice comparatif mesure ces différences ; il indique un sur-risque lorsqu'il est supérieur à 100 et un moindre risque lorsqu'il est inférieur à 100. La significativité de l'indice est mesurée et matérialisée dans les tableaux aux seuils de : 1 % (***) , 5 % (**), 10 % (*).

En 2019, un assuré sur trois du régime agricole ayant consommé des soins souffre d'au moins une pathologie (33 %). Les pathologies affectant le plus d'assurés du régime sont les maladies cardiovasculaires, le diabète et les cancers. D'autre part, le traitement chronique (hors pathologie) le plus suivi concerne le risque vasculaire (556 181 assurés) (**Graphique 24**).

Graphique 24 :
Nombre de consommateurs du régime agricole affectés par une pathologie ou un épisode de soins



Au régime agricole, 410 000 personnes souffrent d'une **pathologie cardiovasculaire** (soit 14% des consommateurs de soins du régime). En comparaison avec l'ensemble des consommateurs de soins, ils ont un risque légèrement plus élevé d'être affectés par une de ces pathologies (+ 1,0 %) ou de recevoir un traitement pour risque vasculaire hors pathologie identifiée (+ 5,9 %) (voir analyse détaillée ci-après).

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

230 550 assurés du régime agricole souffrent de **diabète** (soit 8 % des consommateurs). Cette pathologie est moins fréquente dans la population des non-salariés agricoles que dans l'ensemble des consommateurs métropolitains, ils présentent un moindre risque de 18,1 %. Cette différence ne s'observe pas chez les salariés.

Par rapport à l'ensemble des consommateurs de soins, les assurés du régime agricole présentent un sous-risque de **cancer** actif ou sous surveillance (- 8,8 %), aussi bien chez les salariés que chez les non-salariés. Ce sous-risque est particulièrement marqué pour les principales localisations cancéreuses : cancer du poumon (- 33,9 %) et cancer du sein chez la femme (- 17,5 %). Mais il existe un risque accru de cancer de la prostate actif chez les non-salariés de 3,6 % par rapport à la population tous régimes. Toutes localisations cancéreuses confondues, 91 000 assurés MSA (3 % des consommateurs) sont traités pour un cancer actif et 120 000 (4 % des consommateurs) ont un cancer en phase de surveillance.

Les **maladies respiratoires chroniques** affectent 191 000 ressortissants du régime agricole (7 % des consommateurs), avec un sous-risque de 4,1 %.

Sur l'ensemble du groupe des **maladies dégénératives**, qui affectent 98 000 patients MSA, les assurés du régime agricole ont un risque moindre que l'ensemble des consommateurs, mais les situations diffèrent selon la pathologie. Les non-salariés ont un sur-risque significatif de présenter la maladie de Parkinson (+ 6,8 %).

Les **maladies neurologiques**, qui touchent 33 540 patients MSA, affectent de façon moins prononcée les non-salariés que l'ensemble des consommateurs, leur sous-risque atteint 17,1 %. Chez les salariés, ce phénomène est moins marqué, leur sous-risque est de 3,7 %. Ils présentent même un risque accru d'épilepsie (+ 7,4 %).

Tableau 14.1 :
Nombre de patients et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole et les consommateurs tous régimes, par pathologie

Grand groupe de pathologies, épisode de soins...	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles		Salariés agricoles		
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	indice comparatif	significativité	indice comparatif	significativité	
Maladies cardioneurovasculaires	Syndrome coronaire aigu	7 159	94,4	***	93,5	***	95,8	**
	Maladie coronaire chronique	138 101	89,2	***	88,0	***	91,3	***
	Maladie coronaire	145 260	89,4	***	88,3	***	91,5	***
	Accident vasculaire cérébral aigu	10 483	101,7	*	102,7	**	99,1	Non-significatif
	Séquelle d'accident vasculaire cérébral	66 501	101,6	***	102,9	***	98,9	*
	Accident vasculaire cérébral	76 984	101,6	***	102,9	***	98,9	*
	Insuffisance cardiaque aiguë	22 441	113,2	***	115,9	***	104,9	***
	Insuffisance cardiaque chronique	74 145	118,7	***	121,4	***	111,4	***
	Insuffisance cardiaque	96 586	117,4	***	120,1	***	109,9	***
	Artériopathie oblitérante du membre inférieur	47 585	83,4	***	78,1	***	93,7	***
	Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque	177 224	113,4	***	116,2	***	106,6	***
	Maladie valvulaire	47 925	120,7	***	127,3	***	105,2	***
	Embolie pulmonaire aiguë	3 325	101,8	Non-significatif	106,5	***	92,9	**
	Autres affections cardiovasculaires	31 405	124,3	***	128,9	***	116,3	***
	Maladies cardioneurovasculaires aiguës	41 779	105,9	***	108,2	***	100,1	Non-significatif
	Maladies cardioneurovasculaires chroniques	400 227	101,1	***	102,2	***	98,8	***
	Maladies cardioneurovasculaires	410 077	101,0	***	102,1	***	98,8	***
Traitements du risque vasculaire	Traitements antihypertenseurs (hors pathologies)	490 195	106,3	***	108,7	***	102,7	***
	Traitements hypolipémiants (hors pathologies)	201 123	105,3	***	105,5	***	105,1	***
	Traitements du risque vasculaire (hors pathologies)	556 181	105,9	***	108,0	***	102,9	***
Diabète	Diabète	230 547	89,2	***	81,9	***	100,1	Non-significatif
Cancers	Cancer du sein de la femme actif	10 181	89,3	***	81,6	***	99,2	Non-significatif
	Cancer du sein de la femme sous surveillance	23 376	79,9	***	75,3	***	87,8	***
	Cancer du sein de la femme	33 557	82,5	***	76,9	***	91,4	***
	Cancer du côlon actif	10 023	95,8	***	92,2	***	101,8	Non-significatif
	Cancer du côlon sous surveillance	15 893	92,5	***	91,1	***	95,4	***
	Cancer du côlon	25 916	93,7	***	91,5	***	98,0	*
	Cancer du poumon actif	4 277	68,5	***	51,1	***	92,2	***
	Cancer du poumon sous surveillance	2 281	62,0	***	49,1	***	81,8	***
	Cancer du poumon	6 558	66,1	***	50,3	***	88,5	***
	Cancer de la prostate actif	18 122	100,7	Non-significatif	103,6	***	95,6	***
	Cancer de la prostate sous surveillance	25 590	95,7	***	96,8	***	93,8	***
	Cancer de la prostate	43 712	97,7	***	99,5	Non-significatif	94,5	***
	Autres cancers actifs	52 383	91,5	***	88,6	***	96,2	***
	Autres cancers sous surveillance	58 842	91,5	***	89,8	***	94,3	***
	Autres cancers	111 225	91,5	***	89,3	***	95,2	***
	Cancers actifs	91 115	92,4	***	89,6	***	96,9	***
	Cancers sous surveillance	120 300	89,8	***	88,0	***	92,9	***
	Cancers	205 009	91,2	***	89,1	***	94,8	***
	Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	190 701	95,9	***	93,2	***	99,0	***

Source : SNDS, exploitation MSA

Les non-salariés du régime agricole souffrent moins de **maladies psychiatriques**, à âge et sexe identique, que l'ensemble des assurés tous régimes. Le moindre risque est de 8,0 % pour les troubles névrotiques et de l'humeur, de 33,6 % pour les troubles psychotiques et de 51,4 % pour les troubles addictifs. En revanche chez les salariés agricoles, il existe un sur-risque de 18,6 % d'être atteint de troubles addictifs par rapport à la population tous régimes, dont 23,2 % pour les troubles addictifs liés à la consommation d'alcool et 40,2 % pour les « troubles addictifs liés à des substances autres que l'alcool, le cannabis ou le tabac ». Les salariés présentent également un sur-risque de dépression (+ 6,8 %) et de déficience mentale (+ 9,6 %).

Tableau 14.2 :
Nombre de patients et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole
et les consommateurs tous régimes, des maladies psychiatriques

Grand groupe de pathologies, épisode de soins...	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles		Salariés agricoles	
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	indice comparatif	significativité	indice comparatif	significativité
Troubles psychotiques	18 026	77,8	***	66,4	***	86,9	***
Troubles névrotiques et de l'humeur:	75 417	97,2	***	92,0	***	103,6	***
dont dépression et autres troubles de l'humeur	48 021	98,3	***	91,2	***	106,8	***
dont troubles maniaques et bipolaires	11 685	93,6	***	94,0	***	93,2	***
dont troubles névrotiques liés au stress et somatoformes	28 514	95,0	***	91,4	***	100,1	Non-significatif
Déficience mentale	4 721	84,2	***	41,3	***	109,6	***
Troubles addictifs:	18 997	87,9	***	48,6	***	118,6	***
Maladies psychiatriques							
dont troubles addictifs (hormis ceux liés à l'utilisation d'alcool, du tabac et du cannabis)	2 871	102,4	Non-significatif	33,0	***	140,2	***
dont troubles addictifs liés à l'utilisation d'alcool	13 924	92,1	***	52,2	***	123,2	***
dont troubles addictifs liés à l'utilisation du cannabis	1 206	81,8	***	21,3	***	106,2	**
dont troubles addictifs liés à l'utilisation du tabac	4 750	70,9	***	38,8	***	99,5	Non-significatif
Troubles psychiatriques débutant dans l'enfance	5 331	88,4	***	69,6	***	95,2	***
Autres troubles psychiatriques	16 653	71,2	***	60,9	***	83,1	***
Maladies psychiatriques	118 841	89,9	***	79,6	***	100,7	*

Source : SNDS, exploitation MSA

Les assurés MSA, qu'ils souffrent ou non de pathologies psychiatriques, consomment moins de **psychotropes** que l'ensemble des assurés, sauf en ce qui concerne les traitements neuroleptiques chez les salariés agricoles (+ 5,2 %).

Près de 50 000 bénéficiaires MSA (2 % des consommateurs) sont atteints par une **maladie inflammatoire chronique**. Les assurés du régime agricole ont un risque moindre sur l'ensemble des pathologies de ce groupe, hormis pour la polyarthrite rhumatoïde qui présente un sur-risque de 8,3 %.

Par rapport à l'ensemble de la population, les assurés agricoles ont un risque moindre d'être atteints du SIDA ou d'être porteurs du VIH (- 64,1 %). Ils présentent également un sous-risque de mucoviscidose, de maladies du foie ou du pancréas, ou encore d'hémophilie.

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

Les salariés et les non-salariés ont un risque moindre de développer une insuffisance rénale chronique terminale (- 20,4 %).

Tableau 14.3 :
Nombre de patients et indice comparatif entre les consommateurs du régime agricole
et les consommateurs tous régimes, par pathologie

Grand groupe de pathologies, épisode de soins...	Ensemble des consommateurs du régime agricole			Non salariés agricoles		Salariés agricoles		
	nombre de consommateurs	indice comparatif	significativité	indice comparatif	significativité	indice comparatif	significativité	
Traitements psychotropes	Traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur (hors pathologies)	159 138	93,6	***	92,8	***	94,5	***
	Traitements neuroleptiques (hors pathologies)	22 027	101,7	**	99,6	Non-significatif	105,2	***
	Traitements anxiolytiques (hors pathologies)	184 588	97,4	***	96,1	***	99,3	**
	Traitements hypnotiques (hors pathologies)	74 503	90,0	***	87,6	***	94,2	***
	Traitements psychotropes (hors pathologies)	325 067	95,4	***	93,9	***	97,6	***
Maladies psychiatriques ou psychotropes	443 908	93,8	***	90,4	***	98,6	***	
Maladies neurologiques ou dégénératives	Démences (dont maladie d'Alzheimer)	77 901	94,1	***	92,7	***	98,9	Non-significatif
	Maladie de Parkinson	24 416	105,4	***	106,8	***	101,8	Non-significatif
	Maladies dégénératives (démences et Parkinson)	97 912	96,6	***	95,5	***	100,1	Non-significatif
	Sclérose en plaque	4 048	85,4	***	79,4	***	89,6	***
	Paraplégie	4 147	82,0	***	78,2	***	85,4	***
	Myopathie ou myasthénie	1 923	78,2	***	76,7	***	79,6	***
	Epilepsie	17 790	98,9	Non-significatif	90,5	***	107,4	***
	Autres affections neurologiques	7 396	79,5	***	72,3	***	86,6	***
	Maladies neurologiques	33 540	89,7	***	82,9	***	96,3	***
Maladies neurologiques ou dégénératives	127 749	94,9	***	93,2	***	98,5	***	
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA	Maladies inflammatoires chroniques intestinales	9 923	79,9	***	71,1	***	86,5	***
	Polyarthrite rhumatoïde et maladies apparentées	19 602	108,3	***	112,3	***	102,2	*
	Spondylarthrite ankylosante et maladies apparentées	9 867	88,8	***	86,0	***	91,1	***
	Autres maladies inflammatoires chroniques	12 694	97,8	**	101,8	Non-significatif	91,6	***
	Maladies inflammatoires chroniques	49 458	95,4	***	97,4	***	93,2	***
	Maladies métaboliques héréditaires ou amylose	6 838	104,4	***	104,3	**	104,5	**
	Mucoviscidose	279	85,4	***	89,2	Non-significatif	83,8	**
	Hémophilie ou troubles de l'hémostase graves	2 141	78,5	***	73,7	***	83,4	***
	Maladies rares	9 240	96,4	***	95,3	***	97,6	*
	VIH ou SIDA	2 504	35,9	***	20,3	***	46,5	***
	Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA	60 825	89,6	***	91,1	***	88,0	***
Insuffisance rénale chronique terminale	Dialyse chronique	3 136	78,4	***	74,9	***	83,9	***
	Transplantation rénale	129	75,9	***	66,6	***	82,3	*
	Suivi de transplantation rénale	1 689	82,3	***	72,5	***	90,8	***
	Insuffisance rénale chronique terminale	4 954	79,6	***	74,1	***	86,7	***
Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose)	27 197	79,2	***	68,3	***	91,9	***	

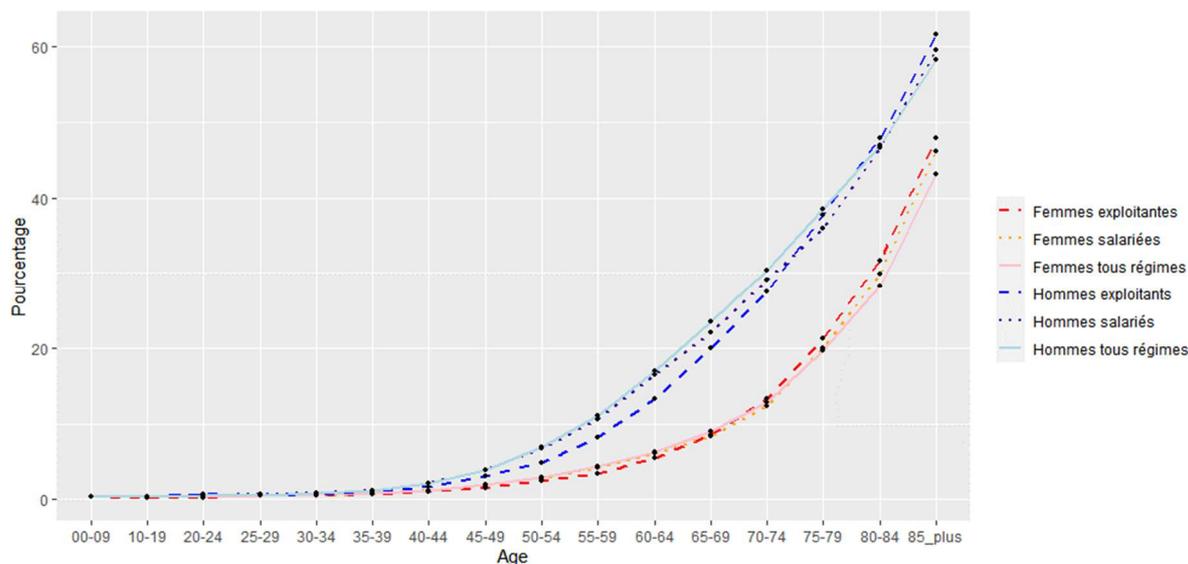
Source : SNDS, exploitation MSA

Les assurés du régime agricole particulièrement touchés par certaines maladies cardionévrosoculaires

La cartographie des pathologies a mis en évidence un excès de risque sur les maladies cardionévrosoculaires, qui concernent 410 000 personnes (soit 14,0 % des consommateurs du régime agricole). Sur l'ensemble des régimes, ces pathologies touchent 4 983 000 personnes soit 8 % des consommateurs.

Les distributions par âge et sexe de ces maladies montrent qu'elles touchent principalement les personnes qui ne sont plus en âge d'activité, et plus fréquemment les hommes. Le taux de prévalence, inférieur à 10 % sur la tranche d'âge des 50-54 ans, atteint 40 % chez les femmes de 85 ans et plus, et 60 % chez les hommes.

Graphique 25 :
Prévalence des pathologies du groupe cardiovasculaire, selon le régime, l'âge et le sexe



Source : SNDS, exploitation MSA

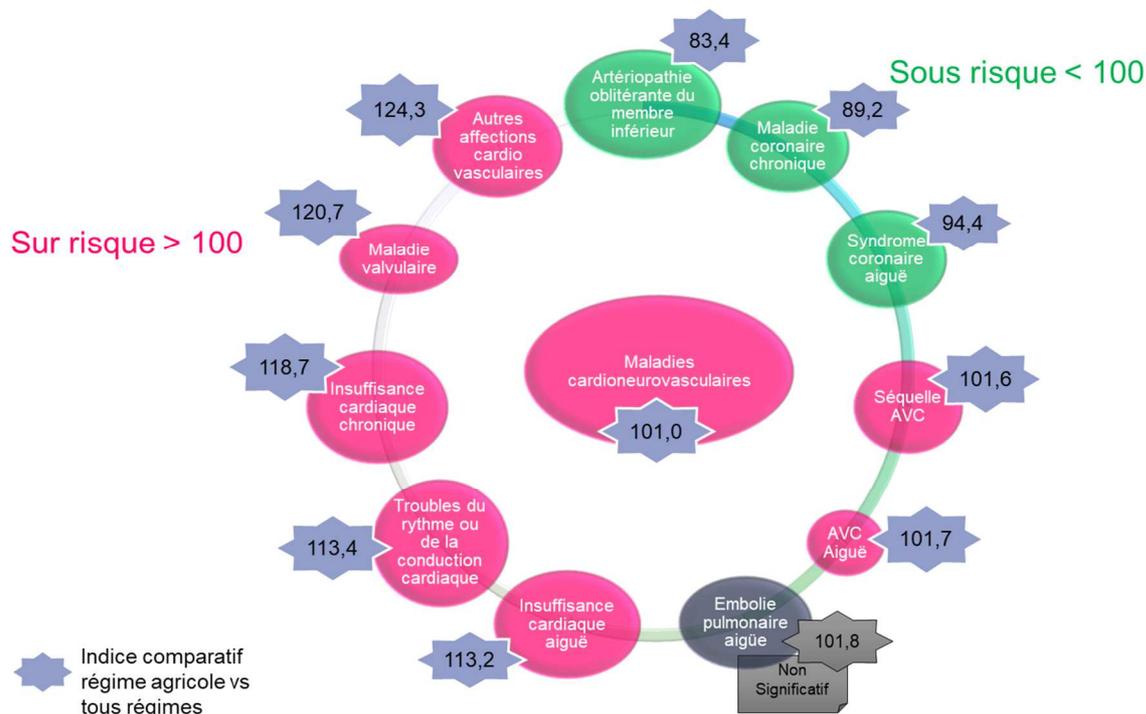
Dans une première partie, les assurés du régime agricole sont comparés aux consommateurs de l'ensemble des régimes à sexe et âge égal afin d'identifier les sur-risques et sous-risques spécifiques sur les maladies cardiovasculaires. Pour cela, la population a été scindée en deux groupes d'âge sur l'hypothèse de la fin d'activité professionnelle à 65 ans pour la majorité des assurés.

Dans une seconde partie, les maladies cardiovasculaires sont étudiées d'un point de vue territorial sur l'ensemble des consommateurs qui résident en France métropolitaine, sans distinction de régime. L'analyse territoriale repose sur différentes typologies caractérisant la commune de résidence des consommateurs afin de mettre en perspective les caractéristiques des territoires avec le risque de développer une des maladies cardiovasculaires.

1) Les maladies cardiovasculaires à la MSA comparativement à l'ensemble des régimes

Les assurés du régime agricole présentent un léger sur-risque de 1,0 % de développer une maladie cardiovasculaire par rapport à l'ensemble des consommateurs à âge et sexe identique. Ce risque est à nuancer en fonction des pathologies et des groupes de populations.

Figure 1 :
Indice comparatif par pathologie cardiovasculaire
(régime agricole vs ensemble des régimes)



Source : SNDS, exploitation MSA

Par rapport à l'ensemble des consommateurs tous régimes confondus, les non-salariés agricoles présentent un sur-risque (+ 2,1 %) (**Tableau 14.1**) tandis qu'un sous-risque est observé chez les salariés agricoles (- 1,2 %).

- a) Les non-salariés agricoles de plus de 65 ans présentent un sur-risque sur les maladies cardiovasculaires

Le sur-risque des maladies cardiovasculaires au régime agricole est observé spécifiquement chez les non-salariés de plus de 65 ans (+ 4,3 %) (**Tableau 16**).

A partir de 65 ans, les non-salariés agricoles ont un sur-risque de développer des maladies cardiovasculaires, excepté l'artériopathie oblitérante du membre inférieur (AOMI) pour laquelle le risque est moindre que dans la population tous régimes de la même classe d'âge (- 17,8 %) et la maladie coronaire chronique (- 9,0 %). Les sur-risques les plus élevés concernent la maladie valvulaire (+ 28,9 %), l'insuffisance cardiaque chronique (+ 21,0 %) et les « autres affections cardiovasculaires » (+ 33,6 %).

Tableau 15 :
Indice comparatif par classe d'âge des pathologies cardioneurovasculaires

	Moins de 65 ans	65 ans et plus
	MSA VS TR	MSA VS TR
Autres affections cardiovasculaires	105,6	129,4
Maladie valvulaire	101,1	122,9
Insuffisance cardiaque aiguë	86,5	114,4
Insuffisance cardiaque chronique	97,5	120,4
Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque	105,6	114,2
Accident vasculaire cérébral aigu	91,0	103,3
Séquelle d'accident vasculaire cérébral	89,4	103,9
Syndrome coronaire aigu	84,2	97,8
Maladie coronaire chronique	78,9	91,3
Embolie pulmonaire aiguë	91,8	104,3
Artériopathie oblitérante du membre inférieur	77,3	84,6
Maladies cardioneurovasculaires	89,1	103,2

Source : SNDS, exploitation MSA

Tableau 16 :
Indice comparatif par classe d'âge et régime des pathologies cardioneurovasculaires

	Moins de 65 ans		65 ans et plus	
	NON-SALARIES vs TR	SALARIES vs TR	NON-SALARIES vs TR	SALARIES vs TR
Autres affections cardiovasculaires	97,3	110,5	133,6	119,7
Maladie valvulaire	96,8	103,8	128,9	105,4
Insuffisance cardiaque aiguë	77,7	93,2	115,0	105,6
Insuffisance cardiaque chronique	90,1	102,8	121,0	112,4
Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque	107,7	104,2	116,0	106,9
Accident vasculaire cérébral aigu	82,0	97,0	103,9	99,7
Séquelle d'accident vasculaire cérébral	77,1	97,3	105,1	99,4
Syndrome coronaire aigu	71,1	94,2	98,1	96,8
Maladie coronaire chronique	65,2	89,8	91,0	91,8
Embolie pulmonaire aiguë	91,0	92,5	108,6	93,2
Artériopathie oblitérante du membre inférieur	43,0	104,9	82,2	89,9
Maladies cardioneurovasculaires	77,3	97,5	104,3	99,1

Source : SNDS, exploitation MSA, population générale

b) Un sous-risque important chez les non-salariés agricoles de moins de 65 ans

Au contraire des non-salariés agricoles de plus de 65 ans, ceux de moins de 65 ans présentent un sous-risque important (- 22,7 %) en particulier sur l'AOMI (- 57,0 %), la maladie coronaire chronique (- 34,8 %) et le syndrome coronaire aigu (- 28,9 %).

c) Le niveau de risque chez les salariés agricoles se rapproche de la population générale

Comparativement à l'ensemble de la population consommante, le risque d'être atteint par une pathologie cardioneurovasculaire n'excède pas 12,4 % chez les salariés agricoles ; sauf chez les salariés agricoles de 65 ans et plus, qui présentent un risque de 19,7 % d'être atteint par une des « Autres affections cardiovasculaires ».

d) Deux maladies présentent un risque similaire chez les salariés et les non-salariés agricoles indépendamment de la classe d'âge

Deux maladies se distinguent chez les ressortissants du régime agricole. L'ensemble des consommateurs du régime agricole a un excès de risque de développer des troubles du rythme ou de la conduction cardiaque avant 65 ans (+ 7,7 % chez les non-salariés et + 4,2 % chez les salariés) et à partir de 65 ans (+ 16,0 % chez les non-salariés et + 6,9 % chez les salariés).

Au contraire, les ressortissants du régime ont un moindre risque de présenter une maladie coronaire chronique avant 65 ans (- 34,8 % chez les non-salariés et - 10,2 % chez les salariés) et à partir de 65 ans (- 9,0 % chez les non-salariés et - 8,2 % chez les salariés).

Graphique 26 :
Mesure du risque de maladie cardiovasculaire au régime agricole par comparaison aux consommateurs de l'ensemble des régimes, chez les moins de 65 ans



Graphique 27 :
Mesure du risque de maladie cardiovasculaire au régime agricole par comparaison aux consommateurs de l'ensemble des régimes, chez les 65 ans et plus



2) Maladies cardiovasculaires et localisation géographique

Le lien entre le risque de développer des pathologies cardiovasculaires et le type de commune de résidence des assurés est abordé au travers de quatre classifications décrivant le niveau socioéconomique et/ou la ruralité des communes en France métropolitaine. Pour chaque classification, des indices comparatifs, ajustés sur l'âge et le sexe, ont été calculés. Cette analyse est menée sur l'ensemble de la population ayant consommé des soins en 2019 et ce, quel que soit son régime.

Une première analyse a permis d'établir un constat commun aux différentes pathologies étudiées. Les communes les plus avantagées socialement¹⁴ sont celles où il existe un sous-risque de développer une maladie cardiovasculaire quelle qu'elle soit. A l'opposé, pour toutes les pathologies du groupe cardiovasculaire un excès de risque est constaté dans les espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socio-économiques et sanitaires.

¹⁴Villes et couronnes périurbaines favorisées, banlieues, communes favorisées sur les deux premiers quintiles.

Une deuxième analyse a permis la caractérisation des territoires à partir des indicateurs retenus. Elle permet de séparer les territoires en deux grands groupes. Ces deux groupes opposeraient les habitants des communes rurales ou des marges rurales peu attractives et aux populations fragiles, aux habitants des villes centres hétérogènes socio économiquement et bien dotées en offres de soins à forte densité. Les habitants des milieux ruraux auraient un risque plus important de développer des maladies valvulaires, une insuffisance cardiaque chronique et aiguë, des troubles du rythme ou de la conduction cardiaque et un sous-risque d'AVC. A l'opposé, les habitants des milieux urbains à forte densité auraient un risque plus important de présenter un accident vasculaire cérébral aigu, une séquelle d'accident vasculaire cérébral ou encore une embolie pulmonaire aiguë.

Tableau 17 :
Indice comparatif, selon la grille communale de densité, par pathologie cardiovasculaire

	Densité			
	Espaces densément peuplés	Espaces de densité intermédiaire	Espaces peu denses	Espaces très peu denses
Autres affections cardiovasculaires	90,4	102,1	106,9	114,7
Maladie valvulaire	92,4	100,1	106,5	112,5
Insuffisance cardiaque aiguë	96,9	98,4	103,8	108,5
Insuffisance cardiaque chronique	95,9	97,9	104,7	113,7
Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque	92,1	101,4	105,7	110,8
Accident vasculaire cérébral aigu	104,1	99,2	97,3	91,7
Séquelle d'accident vasculaire cérébral	101,3	101,0	98,6	93,0
Syndrome coronaire aigu	93,9	104,7	101,6	104,4
Maladie coronaire chronique	98,7	102,3	99,3	98,9
Embolie pulmonaire aiguë	102,9	101,5	95,0	100,9
Artériopathie oblitérante du membre inférieur	95,5	104,8	100,8	95,8
Maladies cardiovasculaires	96,5	101,8	101,7	103,0

Source : SNDS, exploitation MSA, population générale

Tableau 18 :
Indice comparatif, selon le statut de la commune, par pathologie cardiovasculaire

	Statut de la commune			
	Banlieue	Ville Centre	Commune isolée	Commune rurale
Autres affections cardiovasculaires	95,5	97,6	103,4	109,0
Maladie valvulaire	96,3	97,5	101,3	108,6
Insuffisance cardiaque aiguë	97,0	99,3	99,4	105,8
Insuffisance cardiaque chronique	95,4	99,7	100,2	107,3
Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque	96,7	97,5	101,8	107,7
Accident vasculaire cérébral aigu	96,7	107,2	97,9	95,7
Séquelle d'accident vasculaire cérébral	98,4	103,6	101,6	96,9
Syndrome coronaire aigu	92,9	106,6	102,3	101,0
Maladie coronaire chronique	99,1	101,4	101,0	99,1
Embolie pulmonaire aiguë	100,0	104,5	92,4	96,5
Artériopathie oblitérante du membre inférieur	95,1	105,1	105,5	98,4
Maladies cardiovasculaires	97,6	100,8	101,6	101,9

Source : SNDS, exploitation MSA, population générale

Tableau 19 :
Indice comparatif, selon l'accès aux soins et l'attractivité territoriale,
par pathologie cardioneuovasculaire

	Typologie IRDES					
	Périurbain avec une moindre accessibilité aux soins	Marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles	Espaces de retraite et tourisme bien dotés en offre de soins	Espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socio- économiques et sanitaires	Villes centres, hétérogènes socio- économiquement et bien dotés en offre de soins	Villes et couronnes périurbaines favorisées
Autres affections cardiovasculaires	104,3	113,7	100,8	105,9	96,4	84,3
Maladie valvulaire	104,9	109,6	92,7	108,5	96,5	89,3
Insuffisance cardiaque aiguë	102,2	111,1	82,2	118,6	98,5	87,0
Insuffisance cardiaque chronique	100,2	112,5	92,9	108,9	99,3	86,8
Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque	102,9	108,9	96,9	112,8	94,6	90,3
Accident vasculaire cérébral aigu	95,4	97,2	96,5	111,0	107,9	90,2
Séquelle d'accident vasculaire cérébral	98,1	98,6	97,8	109,5	103,1	93,6
Syndrome coronaire aigu	96,7	109,3	106,7	110,8	103,9	78,5
Maladie coronaire chronique	98,7	102,1	101,1	108,4	100,5	92,7
Embolie pulmonaire aiguë	99,5	101,8	82,8	108,2	103,7	97,2
Artériopathie oblitérante du membre inférieur	99,2	104,3	102,5	119,8	102,0	79,3
Maladies cardioneuovasculaires	100,1	104,8	99,5	110,0	99,4	90,0

Source : SNDS, exploitation MSA

Tableau 20 : Indice comparatif, selon l'indice de désavantage social, par pathologie cardioneuovasculaire

	Quintile de défavorisation				
	1er quintile : 20% des plus favorisées	2e quintile : 21% à 40% des plus favorisées	3e quintile : moyennement favorisées	4e quintile : 21% à 40% des moins favorisées	5e quintile : 20% des moins favorisées
Autres affections cardiovasculaires	84,0	95,8	101,8	106,4	110,6
Maladie valvulaire	89,2	98,0	100,6	103,5	107,4
Insuffisance cardiaque aiguë	85,5	92,2	97,0	103,9	118,5
Insuffisance cardiaque chronique	85,9	94,2	99,6	104,2	113,7
Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque	90,1	97,6	100,1	103,3	107,5
Accident vasculaire cérébral aigu	91,6	96,9	101,2	102,2	107,1
Séquelle d'accident vasculaire cérébral	92,2	96,4	100,5	102,8	107,2
Syndrome coronaire aigu	80,6	94,5	102,6	107,9	112,6
Maladie coronaire chronique	91,7	97,0	100,6	101,9	107,9
Embolie pulmonaire aiguë	99,1	97,3	97,2	100,1	106,1
Artériopathie oblitérante du membre inférieur	78,2	95,6	102,3	106,0	115,6
Maladies cardioneuovasculaires	89,4	96,9	100,7	103,3	108,5

Source : SNDS, exploitation MSA

En conclusion, il existe un sur-risque de développer certaines maladies cardiovasculaires au sein du régime agricole comparativement à l'ensemble des régimes ; ce sur-risque étant porté principalement par les non-salariés agricoles de plus de 65 ans. Quant aux personnes âgées de moins de 65 ans relevant du régime agricole, elles présentent un sous-risque comparativement à l'ensemble des régimes.

Certaines pathologies cardiovasculaires se démarquent au sein du régime. Les troubles du rythme ou de la conduction cardiaque présentent un sur-risque chez les salariés et les non-salariés agricoles indépendamment de leur classe d'âge. A l'inverse, la maladie coronaire chronique présente un sous-risque chez les salariés et non-salariés indépendamment de la classe d'âge.

Il existe un lien entre localisation géographique et maladies cardiovasculaires. D'une part, les habitants des territoires avantagés socialement ont moins de risque de développer une maladie cardiovasculaire. D'autre part, les assurés, selon qu'ils résident sur un territoire urbain ou rural, développeront des maladies cardiovasculaires différentes.

Encadré 4 : Zoom sur les pathologies des femmes affiliées à la MSA

Les femmes du régime agricole présentent un sur-risque de développer des maladies cardionéurovasculaires ou de suivre un traitement pour un risque vasculaire par rapport à l'ensemble des femmes tous régimes confondus (respectivement + 7,2 % et + 5,8 %).

A contrario, elles présentent un sous-risque pour les catégories de pathologies ou traitements suivants :

- les cancers,
- le diabète,
- les maladies psychiatriques,
- les traitements psychotropes,
- les maladies neurologiques ou dégénératives,
- les maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA,
- l'insuffisance rénale chronique terminale,
- les maladies du foie ou du pancréas,
- les maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose).

Parmi ces grands regroupements de pathologies, un sur-risque est observé pour certaines pathologies chez les femmes du régime agricole comparativement aux femmes tous régimes. C'est le cas de la maladie de Parkinson, avec un sur-risque de + 5,5 %, ou de la polyarthrite rhumatoïde et maladies apparentées (+ 6,5 %).

Lorsqu'un sur-risque (ou un sous-risque) est constaté au sein de la population des femmes du régime agricole, la tendance est très souvent encore plus marquée chez les non-salariées.

Quelques pathologies font exception, comme le diabète et les troubles addictifs (hormis ceux liés à la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis) avec un sous-risque calculé chez les femmes exploitantes agricoles alors que les salariées agricoles sont en sur-risque par rapport aux femmes tous régimes. Les AVC et l'embolie pulmonaire aiguë sont en sur-risque chez les exploitantes mais en sous-risque chez les salariées.

Enfin, la population féminine agricole présente des spécificités au sein du régime agricole. En effet, pour certaines pathologies, les constats ne sont pas les mêmes selon qu'ils sont établis sur la population agricole dans sa globalité (hommes et femmes confondus) ou spécifiquement chez les femmes. Ainsi, par exemple, les femmes du régime agricole ont un risque accru d'être affectées par un syndrome coronaire aigu alors qu'un sous-risque a été calculé sur l'ensemble des assurés du régime agricole.

Tableau 21 :
Nombre de patients et indice comparatif entre les femmes consommatrices du régime agricole
et les femmes consommatrices tous régimes, par pathologie

Grand groupe de pathologies, épisode de soins...		Ensemble des consommatrices femmes du régime agricole			Femmes non-salariées agricoles		Femmes salariées agricoles	
		nombre de consommatrices	indice comparatif	significativité	indice comparatif	significativité	indice comparatif	significativité
Maladies cardionerveuses	Syndrme coronaire aigu	2 621	104,7	**	103,7	Non-significatif	107,1	*
	Maladie coronaire chronique	46 496	99,2	*	99,3	Non-significatif	98,9	Non-significatif
	Maladie coronaire	49 117	99,5	Non-significatif	99,5	Non-significatif	99,3	Non-significatif
	Accident vasculaire cérébral aigu	5 291	104,7	***	106,8	***	98,2	Non-significatif
	Séquelle d'accident vasculaire cérébral	32 169	104,8	***	107,2	***	98,4	Non-significatif
	Accident vasculaire cérébral	37 460	104,8	***	107,1	***	98,3	*
	Insuffisance cardiaque aiguë	11 769	115,7	***	117,6	***	108,2	***
	Insuffisance cardiaque chronique	38 619	120,5	***	122,3	***	113,9	***
	Insuffisance cardiaque	50 388	119,3	***	121,2	***	112,6	***
	Artériopathie oblitérante du membre inférieur	18 274	95,4	***	96,5	***	92,1	***
	Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque	82 663	114,7	***	117,4	***	106,2	***
	Maladie valvulaire	22 731	122,3	***	128,9	***	101,8	Non-significatif
	Embolie pulmonaire aiguë	1 719	101,1	Non-significatif	105,8	**	89,5	**
	Autres affections cardiovasculaires	13 016	135,4	***	143,4	***	118,3	***
	Maladies cardionerveuses aiguës	20 584	110,0	***	112,1	***	103,0	**
	Maladies cardionerveuses chroniques	175 599	107,5	***	109,6	***	101,7	***
	Maladies cardionerveuses	180 324	107,2	***	109,3	***	101,5	***
Traitements du risque vasculaire	Traitements antihypertenseurs (hors pathologies)	275 103	106,5	***	109,3	***	101,7	***
	Traitements hypolipémiants (hors pathologies)	104 436	105,7	***	107,1	***	103,2	***
	Traitements du risque vasculaire (hors pathologies)	306 304	105,8	***	108,2	***	101,6	***
Diabète	Diabète	101 089	95,2	***	88,8	***	106,7	***
Cancers	Cancer du sein de la femme actif	10 181	89,3	***	81,6	***	99,2	Non-significatif
	Cancer du sein de la femme sous surveillance	23 376	79,9	***	75,3	***	87,8	***
	Cancer du sein de la femme	33 557	82,5	***	76,9	***	91,4	***
	Cancer du côlon actif	4 068	95,5	***	92,0	***	102,4	Non-significatif
	Cancer du côlon sous surveillance	7 101	92,2	***	91,1	***	95,1	**
	Cancer du côlon	11 169	93,4	***	91,4	***	98,0	Non-significatif
	Cancer du poumon actif	1 292	68,0	***	53,7	***	88,1	***
	Cancer du poumon sous surveillance	688	59,6	***	51,3	***	73,3	***
	Cancer du poumon	1 980	64,8	***	52,7	***	82,8	***
	Autres cancers actifs	22 413	96,4	***	96,3	***	96,7	***
	Autres cancers sous surveillance	28 485	96,2	***	96,1	***	96,4	***
	Autres cancers	50 898	96,3	***	96,2	***	96,5	***
	Cancers actifs	36 577	93,7	***	91,1	***	97,8	***
	Cancers sous surveillance	57 314	88,6	***	86,6	***	92,3	***
Cancers	91 804	90,8	***	88,6	***	94,6	***	

Tableau 21 bis :
Nombre de patients et indice comparatif entre les femmes consommandes du régime agricole
et les femmes consommandes tous régimes, par pathologie

Grand groupe de pathologies, épisode de soins...	Ensemble des consommandes femmes du régime agricole			Femmes non-salariées agricoles		Femmes salariées agricoles		
	nombre de consommandes	indice comparatif	significativité	indice comparatif	significativité	indice comparatif	significativité	
Maladies psychiatriques	Troubles psychotiques	7 360	78,3	***	81,0	***	75,5	***
	Troubles névrotiques et de l'humeur	47 506	97,2	***	96,1	***	98,6	**
	Déficience mentale	1 518	73,6	***	49,6	***	86,1	***
	Troubles addictifs	4 050	77,2	***	47,0	***	98,6	Non-significatif
	Troubles psychiatriques débutant dans l'enfance	1 492	89,9	***	70,7	***	97,3	Non-significatif
	Autres troubles psychiatriques	8 488	68,7	***	64,6	***	74,0	***
	Maladies psychiatriques	61 851	90,3	***	88,2	***	93,0	***
Traitements psychotropes	Traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur (hors pathologies)	102 370	93,4	***	93,2	***	93,6	***
	Traitements neuroleptiques (hors pathologies)	11 878	101,3	Non-significatif	102,4	**	98,7	Non-significatif
	Traitements anxiolytiques (hors pathologies)	116 366	97,7	***	97,8	***	97,4	***
	Traitements hypnotiques (hors pathologies)	45 887	91,8	***	90,5	***	94,4	***
	Traitements psychotropes (hors pathologies)	202 011	95,8	***	95,4	***	96,4	***
Maladies psychiatriques ou psychotropes	263 862	94,5	***	93,8	***	95,4	***	
Maladies neurologiques ou dégénératives	Démences (dont maladie d'Alzheimer)	53 253	94,7	***	93,9	***	98,2	*
	Maladie de Parkinson	11 422	105,5	***	107,3	***	100,1	Non-significatif
	Maladies dégénératives (démences et Parkinson)	62 498	96,5	***	95,9	***	98,9	Non-significatif
	Sclérose en plaque	2 696	89,6	***	85,3	***	92,2	***
	Paraplégie	1 504	80,3	***	81,0	***	79,4	***
	Myopathie ou myasthénie	841	77,4	***	76,0	***	79,0	***
	Epilepsie	7 451	96,3	***	96,1	**	96,5	**
	Autres affections neurologiques	3 171	77,9	***	73,1	***	83,0	***
	Maladies neurologiques	14 880	88,4	***	86,7	***	90,1	***
Maladies neurologiques ou dégénératives	75 331	95,0	***	94,8	***	95,5	***	
Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	83 708	92,2	***	90,5	***	94,4	***	
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA	Maladies inflammatoires chroniques intestinales	4 455	82,0	***	74,3	***	87,2	***
	Polyarthrite rhumatoïde et maladies apparentées	12 949	106,5	***	110,8	***	99,6	Non-significatif
	Spondylarthrite ankylosante et maladies apparentées	4 105	87,3	***	84,4	***	89,5	***
	Autres maladies inflammatoires chroniques	8 405	95,8	***	100,3	Non-significatif	88,9	***
	Maladies inflammatoires chroniques	28 328	96,5	***	99,9	Non-significatif	92,4	***
	Maladies métaboliques héréditaires ou amylose	2 531	97,4	Non-significatif	95,9	Non-significatif	99,1	Non-significatif
	Mucoviscidose	117	87,1	Non-significatif	84,0	Non-significatif	88,4	Non-significatif
	Hémophilie ou troubles de l'hémostase graves	939	75,7	***	69,9	***	82,1	***
	Maladies rares	3 580	90,3	***	87,5	***	93,3	***
	VIH ou SIDA	613	37,1	***	22,0	***	43,7	***
	Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA	32 343	93,1	***	96,6	***	89,2	***
Insuffisance rénale chronique terminale	Dialyse chronique	1 082	79,7	***	75,9	***	87,0	***
	Transplantation rénale	39	81,5	Non-significatif	77,4	Non-significatif	84,1	Non-significatif
	Suivi de transplantation rénale	491	79,9	***	77,8	***	81,6	***
	Insuffisance rénale chronique terminale	1 612	79,8	***	76,3	***	84,6	***
Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose)	10 542	81,1	***	74,2	***	90,0	***	

Source : SNDS, exploitation CNAM/MSA

2.2.2. Les patients en ALD au régime agricole

2.2.2.1. La prévalence des ALD au régime agricole

Au 31 décembre 2020, avec 687 914 personnes exonérées du ticket modérateur au titre d'au moins une ALD, le régime agricole compte 5 912 assurés de moins qu'au 31 décembre 2019 (- 0,9 % sur un an). Ce mouvement de baisse est principalement porté par les femmes (5 864 femmes en ALD de moins).

La diminution du nombre d'assurés en ALD étant moins importante que la baisse du nombre d'assurés au régime agricole (- 0,9 % contre - 1,1 %), le taux de prévalence augmente légèrement en passant de 218,4 ‰ en 2019 à 218,9 ‰ en 2020 (**Tableau 22**).

Cette variation concerne uniquement les hommes : + 1,8 point pour atteindre un taux de prévalence de 208,5 ‰ en 2020. Dans la population féminine, la prévalence diminue de 1,0 point (232 ‰ en 2020) (**Tableau 23**).

Tableau 22 :
Effectif et taux de prévalence des ALD par sexe au 31 décembre 2020

	Population RNIAM au 01/01/2021	Nombre d'assurés en ALD	Répartition	Âge moyen	Âge médian	Taux de prévalence (%)	Taux de prévalence standardisé [1] (%)	Comparative Morbidity Figure [2]		
Hommes	1 750 353	365 021	53%	70,0	72	208,5	233,3	CMF H/F	IC 95% CMF	
Femmes	1 391 903	322 893	47%	75,7	80	232,0	204,0	1,14	1,14	1,15
Total	3 142 256	687 914	100%	72,7	75	218,9	-			

[1] Standardisation par âge

[2] Comparaison des taux standardisés

Source : MSA

La prévalence est plus importante dans la population féminine dont l'âge moyen est de 5 ans supérieur à celui de la population masculine. 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 204,0 ‰ contre 233,3 ‰ (**Tableau 23**).

Tableau 13 :
Taux de prévalence brut et standardisé des ALD par sexe (‰) de 2018 à 2020 et taux d'évolution (en points)

Taux de prévalence brut	2018	2019	2020	Var 18/19	Var 19/20
Hommes	204,8	206,7	208,5	+ 1,9	+ 1,8
Femmes	232,6	233,0	232,0	+ 0,4	- 1,0
Total	217,2	218,4	218,9	+ 1,2	+ 0,6

Taux de prévalence standardisé	2018	2019	2020	Var 18/19	Var 19/20
Hommes	235,1	232,4	233,3	- 2,7	+ 0,9
Femmes	201,0	204,4	204,0	+ 3,4	- 0,3

Source : MSA

L'âge moyen des assurés au régime agricole diminue légèrement tandis que l'âge moyen de la population en ALD augmente légèrement : ce dernier passe de 72,4 ans en moyenne en 2019 à 72,7 ans en 2020. Cette hausse concerne aussi bien les hommes que les femmes (**Tableau 24**).

Tableau 24 :
Age moyen de la population en ALD

Age moyen des assurés en ALD	2018	2019	2020
Hommes	70,4	69,7	70,0
Femmes	76,0	75,4	75,7
Total	73,0	72,4	72,7

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 25**).

Tableau 25 :
Variation du taux de prévalence brut par régime

Taux de prévalence brut	2018	2019	2020	Var 18/19	Var 19/20
Salariés	146,8	149,3	152,7	+ 2,5	+ 3,4
Non-salariés	319,4	323,5	323,3	+ 4,1	- 0,1
Total	217,2	218,4	218,9	+ 1,2	+ 0,6

Source : MSA

Les deux populations ont une structure par âge et sexe différente. Les non-salariés agricoles sont en moyenne 14 ans plus âgés que les salariés agricoles (**Tableau 26**).

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 214,7 ‰ chez les salariés contre 215,8 ‰ chez les non-salariés) et la différence n'est pas significative.

Tableau 26 :
Effectif et taux de prévalence en ALD par régime

	Population RNIAM au 01/01/2021	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	1 923 345	293 683	43%	64,7	67	152,7	214,7	CMF SA/ NSA	IC 95% CMF	
Non-salariés	1 218 911	394 114	57%	78,7	82	323,3	215,8	1,00	0,99	1,00
CMU		117	0%	63,7	63					
Total	3 142 256	687 914	100%	72,7	75	218,9	-			

[1] Standardisation par âge et sexe

[2] Comparaison des taux standardisés

Source : MSA

Le contexte sanitaire n'a pas eu de répercussion sur la structure des pathologies au sein du régime. A l'identique des années précédentes, l'affection de longue durée la plus fréquente au 31 décembre 2020 est le diabète avec un taux de prévalence de 56,9 ‰ (Tableau 27). Ce taux est en augmentation régulière au cours de ces dernières années (53,6 ‰ en 2016, 54,5 ‰ en 2017, 54,9 ‰ en 2018 et 55,6 ‰ en 2019).

Après le diabète, les taux de prévalence les plus importants concernent les ALD au titre d'une insuffisance cardiaque grave (47,1 ‰ en 2020 contre 47,8 ‰ en 2019) et d'un cancer (43,6 ‰ en 2020 contre 44,8 ‰ en 2019).

Ces trois principales ALD (diabète, insuffisance cardiaque grave et cancers) concentrent 60 % des patients en ALD au 31 décembre 2020 : 413 778 personnes sont exonérées pour au moins l'une de ces pathologies.

Tableau 27 :
Pathologies les plus fréquentes

ALD	2020			2019		Variation en pts
	Nombre d'assurés en ALD	Âge moyen	Âge médian	Taux de prévalence brut (‰)	Taux de prévalence brut (‰)	
08 - DIABETE DE TYPE 1 ET DIABETE DE TYPE 2	178 876	72,6	73	56,9	55,6	+ 1,3
05 - INSUFFISANCE CARDIAQUE GRAVE	147 853	80,9	84	47,1	47,8	- 0,7
30 - CANCERS	137 003	74,7	76	43,6	44,8	- 1,2
13 - MALADIE CORONAIRE	98 651	77,6	79	31,4	31,4	0,0
23 - AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES DE LONGUE DUREE	60 904	58,4	60	19,4	19,6	- 0,2
01 - ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL INVALIDANT	40 792	78,8	82	13,0	13,5	- 0,6
03 - ARTERIOPATHIES CHRONIQUES AVEC MANIFESTATIONS ISCHEMIQUES	40 426	78,1	80	12,9	13,0	- 0,2
15 - MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES DEMENCES	38 170	87,5	88	12,1	12,9	- 0,8

Source : MSA

Au 31 décembre 2020, les assurés pris en charge en ALD au titre d'au moins une maladie cardio-vasculaire (ALD 1, 3, 5, 12 et 13) représentent 44,0 % des assurés en ALD (contre 44,8 % en 2019 et 45,5 % en 2018), avec un taux de prévalence de 96,4 ‰, soit 1,5 point de moins par rapport à 2019 (Tableau 28).

Cette diminution concerne principalement les femmes dont la prévalence baisse de 2,4 points avec un taux de 92,8 ‰ en 2020. Chez les hommes, ce taux diminue de 0,7 point, en passant de 100,0 ‰ en 2019 à 99,3 ‰ en 2020.

La prise en charge au titre d'une ALD hypertension artérielle sévère (ALD 12) continue de diminuer depuis la suppression des nouvelles prises en charge en 2011. Le taux de prévalence passe de 7,7 ‰ en 2018 à 6,6 ‰ en 2019 pour s'établir à 5,3 ‰ en 2020. La prévalence concerne uniquement les patients dont le protocole a été initié avant le décret de 2011.

Tableau 28 :
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 brut (‰)	Taux de prévalence brut (‰)		Taux de prévalence standardisé par âge et régime (‰)	
				Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
1,3,5,12,13	Groupe cardio-vasculaire	302 982	96,4	92,8	99,3	73,8	118,6
1 à 30	ALD Liste	670 705	213,4	224,4	204,7	196,5	230,3
1 à 32	Toutes ALD 1 à 32	687 914	218,9	231,9	208,5	203,2	234,5

Source : MSA

Un peu plus d'un quart (26,4 %) des patients en ALD est exonéré au titre d'au moins deux pathologies. La part des patients pris en charge au titre d'une seule ALD (mono ALD) ne cesse de croître pour atteindre 73,6 % en 2020 contre 71,4 % en 2019 (soit une hausse de 2,1 points) (**Tableau 29**).

Tableau 29 :
Nombre d'affections exonérantes

Nombre de pathologies exonérantes	Nombre d'assurés en ALD	Répartition				Evolution en nombre de points		
		2020	2017	2018	2019	2020	2017/2018	2018/2019
1	506 049	68,9%	70,2%	71,4%	73,6%	+ 1,3	+ 1,2	+ 2,1
2	141 385	23,4%	22,6%	21,8%	20,6%	- 0,8	- 0,8	- 1,2
3	33 891	6,5%	6,0%	5,7%	4,9%	- 0,4	- 0,4	- 0,7
4 et plus	6 589	1,2%	1,2%	1,1%	1,0%	- 0,1	0,0	- 0,2
Total	687 914	100%	100%	100%	100%			

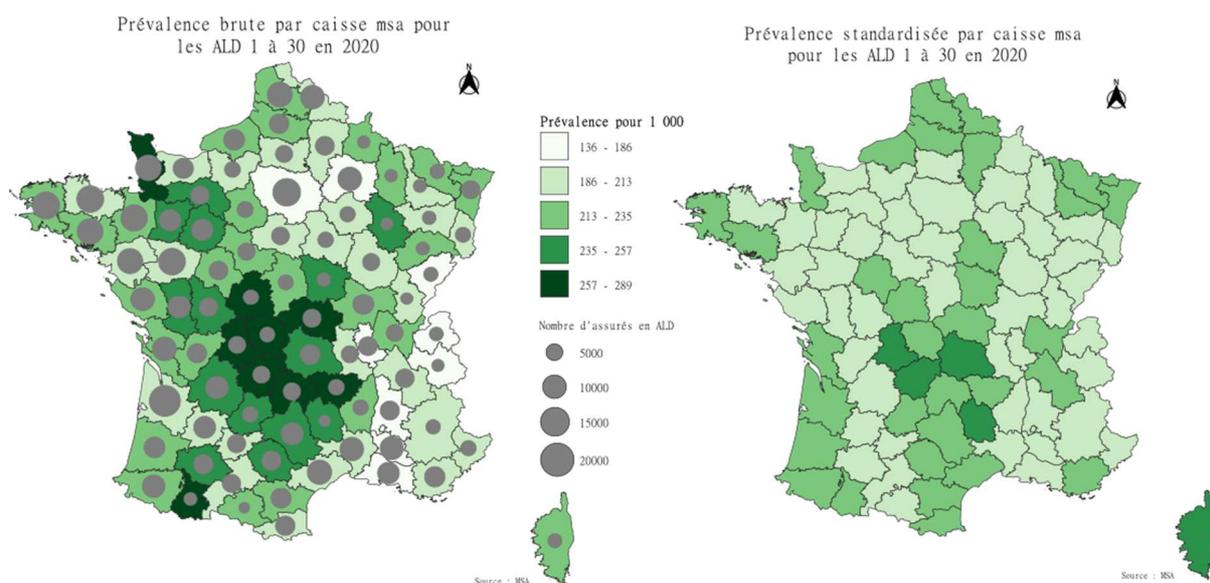
Source : MSA

Les taux de prévalence brut les plus élevés concernent l'Indre (288,6‰), la Manche (268,0 ‰), les Hautes-Pyrénées (263,1 ‰) ainsi que les départements du Limousin (Creuse : 285,5 ‰; Corrèze : 280,3 ‰; Haute-Vienne : 261,5 ‰) et de l'Auvergne (Cantal : 263,5 ‰; Haute-Loire : 260,6 ‰; Allier : 259,9 ‰) (**Carte 5a**).

La prévalence la plus faible concerne les départements d'Île de France (136,3 ‰), de Haute-Savoie (162,5 ‰) et des Bouches du Rhône (166,3 ‰).

Ces taux de prévalence résultent en partie de la différence d'âge. A structure d'âge et de sexe identique, la dispersion des taux se réduit : la valeur maximale est de 242,2 ‰ pour le Puy de Dôme et la valeur minimale est de 187,4 ‰ pour l'Île de France (**Carte 5b**).

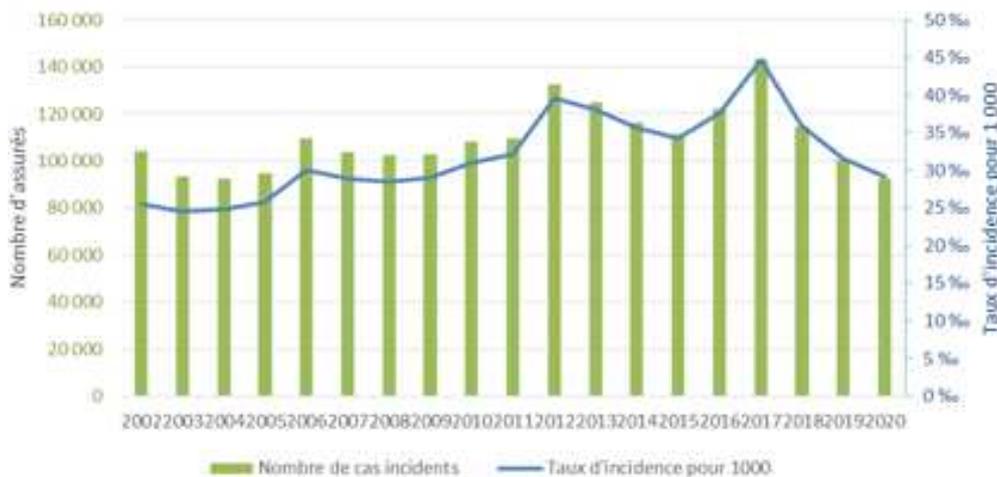
Cartes 5a et 5b :
Taux de prévalence brut et standardisé au 31 décembre 2020 par département de gestion



2.2.2.2. L'incidence des ALD au régime agricole

Au cours de l'année 2020, 92 326 personnes ont été admises pour une nouvelle ALD 1 à 32 au régime agricole. Le taux d'incidence est en décroissance continue depuis 2017, il passe de 44,6 ‰ en 2017 à 29,2 ‰ en 2020. Cette année, malgré un contexte sanitaire particulier, la diminution est moins importante que précédemment (- 2,4 points entre 2019 et 2020 contre - 4,3 points entre 2018 et 2019 et - 8,7 points entre 2017 et 2018). Cette diminution concerne à la fois les hommes et les femmes (respectivement -2,3 points et -2,6 points) (**Graphique 28**).

Graphique 28 :
Evolution annuelle de l'incidence de 2002 à 2020



Source : MSA

Le taux d'incidence des femmes est plus important que celui des hommes avec 2 points d'écart (30,3 ‰ contre 28,3 ‰). A structure d'âge identique, l'ordre des taux s'inverse : le taux d'incidence standardisé par âge chez les hommes est plus élevé que celui des femmes (30,7 ‰ contre 27,5 ‰). Les femmes ont en moyenne 5,9 ans de plus que les hommes lors de leur admission pour une nouvelle ALD (**Tableau 30**).

Tableau 30 :
Effectif et taux d'incidence de la prise en charge au titre d'une nouvelle ALD 1 à 32 au cours de l'année 2020

	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	1 758 248	49 823	54%	65,7	68	28,3	30,7			
Femmes	1 401 505	42 503	46%	71,6	77	30,3	27,5	0,90	0,89	0,91
Total	3 159 753	92 326	100%	68,4	71	29,2	-			

[1] Population moyenne du 01/01/2020 et du 01/01/2021

[2] Standardisation par âge

Source : MSA

Au global, les nouvelles populations en ALD concernent des personnes de plus en plus jeunes. L'âge moyen¹⁵ passe de 72,5 ans en 2017 à 68,4 ans en 2020 (**Tableau 31**).

¹⁵ Âge atteint au cours de l'année 2020.

Tableau 31 :
Age moyen des cas incidents entre 2017 et 2020

Age moyen	2017	2018	2019	2020	Variation 2018/2019	Variation 2019/2020
Homme	69,6	68,1	66,9	65,7	-1,2	-1,2
Femme	75,8	74,4	72,8	71,6	-1,6	-1,2
Total	72,5	71,0	69,6	68,4	-1,4	-1,2

Source : MSA

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 9,8 points entre 2017 et 2018 poursuivie par une baisse de 4,9 points entre 2018 et 2019. Cette diminution s'atténue entre 2019 et 2020 : - 3,0 points dans la population masculine et - 1,6 point dans la population féminine (**Tableau 32**).

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

Tableau 32 :
Taux d'incidence standardisé (%) par âge et taux d'évolution

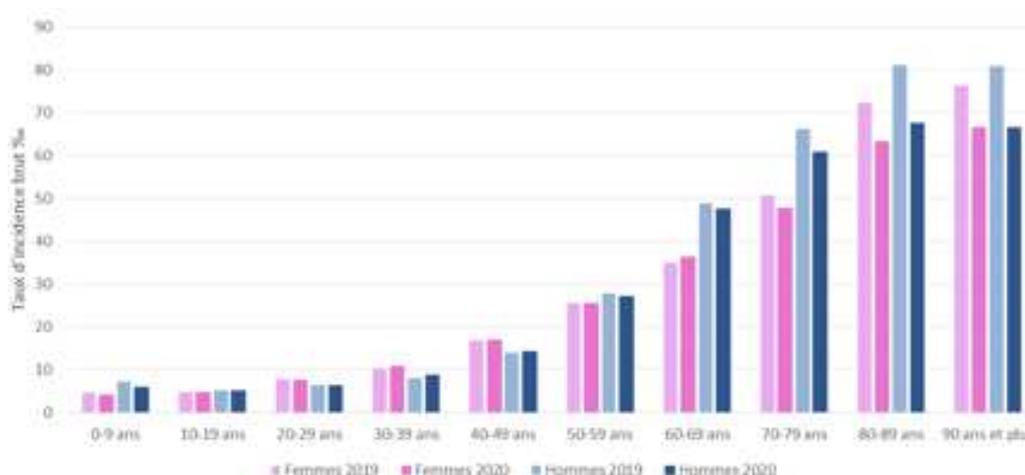
Taux d'incidence standardisé*	2017	2018	2019	2020	Variation 2017/2018 (en points)	Variation 2018/2019 (en points)	Variation 2019/2020 (en points)
Homme	48,6	38,8	33,9	30,9	- 9,8	- 4,9	- 3,0
Femme	41,4	33,1	29,4	27,7	- 8,4	- 3,7	- 1,6

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

Source : MSA

Le taux d'incidence augmente avec l'âge (**Graphique 29**). 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.

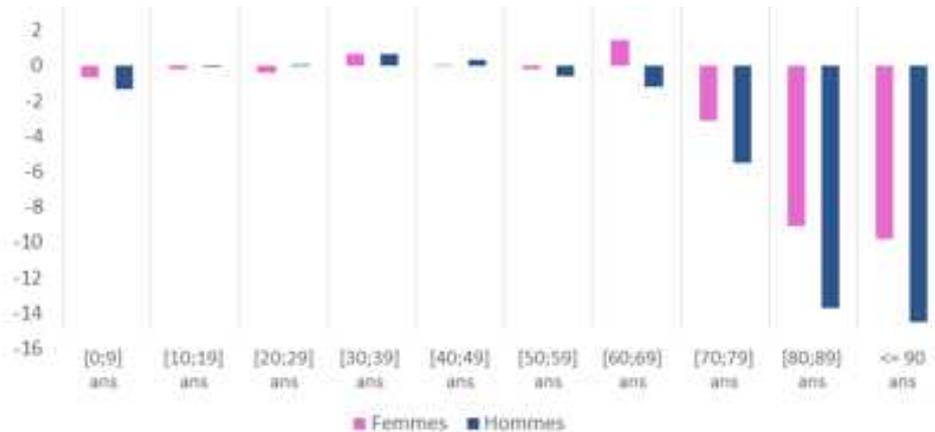
Graphique 29 :
Taux d'incidence brut par classe d'âge et par sexe



Source : MSA

Entre 2019 et 2020, la baisse du taux d'incidence concerne principalement les tranches d'âges les plus élevées, avec - 10 points chez les femmes et - 14 points chez les hommes de 80-89 ans et de 90 ans et plus (**Graphique 30**).

Graphique 30 :
Variation du taux d'incidence par sexe et classe d'âge entre 2019 et 2020



En 2020, comme durant les sept dernières années, les ALD présentant le taux d'incidence brut le plus élevé demeurent les cancers (ALD 30) avec un taux d'incidence de 6,6 %, suivi de l'insuffisance cardiaque grave (ALD 5) avec 4,6 % et des diabètes de type 1 et 2 (ALD 8) avec 4,2 % (**Tableau 33**).

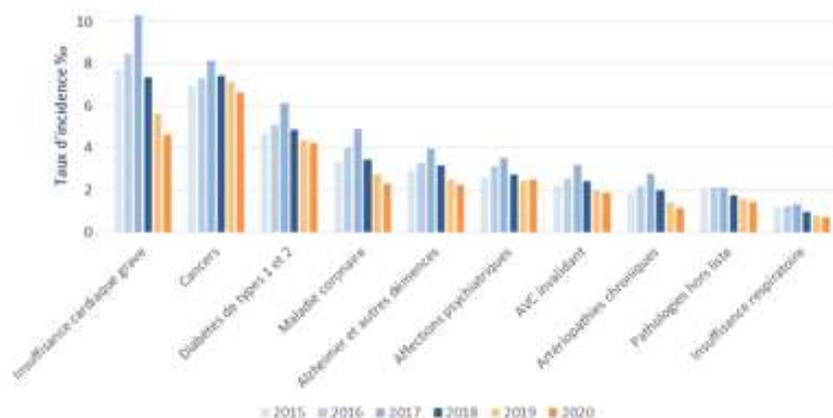
Tableau 33 :
Caractéristiques des principales nouvelles ALD exonérantes

ALD	2020				2019	2018
	Nombre d'assurés ayant une nouvelle ALD par ALD	Âge moyen	Âge médian	Taux d'incidence brut (%)	Taux d'incidence brut (%)	Taux d'incidence brut (%)
30 - CANCERS	20 998	70,3	71	6,6	7,1	7,4
05 - INSUFFISANCE CARDIAQUE GRAVE	14 631	78,0	82	4,6	5,6	7,3
08 - DIABETE DE TYPE 1 ET DIABETE DE TYPE 2	13 417	64,1	64	4,2	4,4	4,9
23 - AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES DE LONGUE DUREE	7 871	49,3	51	2,5	2,4	2,7
13 - MALADIE CORONAIRE	7 235	70,6	71	2,3	2,7	3,4
15 - MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES DEMENCES	7 162	86,2	87	2,3	2,5	3,2
01 - ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL INVALIDANT	5 836	73,8	76	1,8	2,0	2,4
31 - PATHOLOGIES HORS LISTE	4 473	61,5	68	1,4	1,6	1,7

Source : MSA

L'incidence est en baisse et concerne la quasi-totalité des principales ALD exonérantes (**Graphique 31**). Le taux d'incidence des cancers baisse de 0,5 point et celui du diabète diminue très légèrement (- 0,1 point). Enfin, le taux d'incidence de l'insuffisance cardiaque grave chute de moitié entre 2017 et 2020, il passe de 10,3 % en 2017 à 4,6 % en 2020.

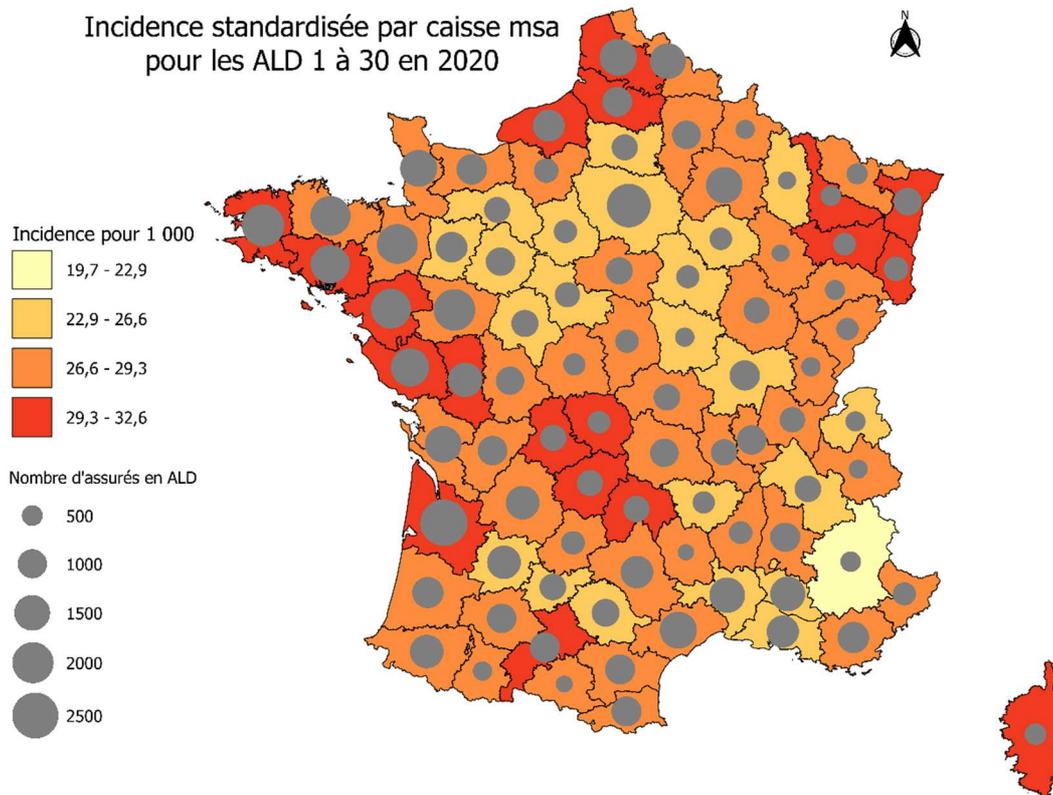
Graphique 31 :
Evolution du taux d'incidence de 2015 à 2020 par ALD



Source : MSA

En 2020, à âge et sexe égal, l'incidence touche principalement les départements du Limousin (Corrèze : 32,6 ‰ ; Haute-Vienne : 32,3 ‰ ; Creuse : 30,3 ‰), de la Corse (30,9 ‰) et des Vosges (32,6).

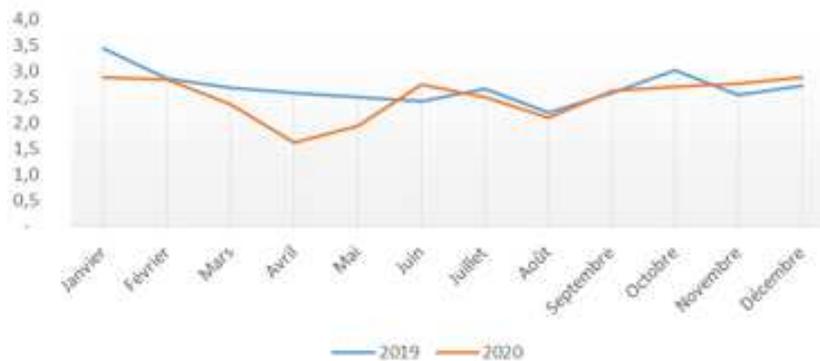
Carte 6 :
Taux d'incidence standardisé par âge et sexe en 2020 par département de gestion



Source : MSA

L'incidence brut mensuelle suit la tendance de 2019, hormis sur les mois de mars, avril et mai 2020 correspondant à la période du premier confinement. Entre 2019 et 2020, l'écart s'élève à 1 point au mois d'avril et à 0,6 point au mois de mai.

Graphique 32 :
Taux d'incidence brut par mois (début d'exonération) en 2019 et 2020 (en %)



Source : MSA

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 évolutions réglementaires ont pu modifier les habitudes de déclaration des médecins traitants. Le contexte sanitaire a également pu avoir un léger impact, notamment sur les classes d'âges les plus élevées et lors du premier confinement.

2.2.3. La mortalité par suicide des assurés du régime agricole

Dans le prolongement de l'étude « *La mortalité par suicide dans le Système national des données de santé (SNDS), approche méthodologique et résultats pour le régime agricole en 2015* »¹⁶, les causes médicales de décès de l'année 2016 incluses dans le SNDS ont été traitées selon la même méthode, afin de produire des résultats sur 2016. En cumulant les données de ces deux années, un éclairage complémentaire sur la survenue de cet événement a pu être apporté à cette précédente étude¹⁷.

Un premier angle d'analyse étudie la mortalité par suicide selon les affections de longue durée (ALD) pour lesquelles un assuré est pris en charge : le risque de se suicider est-il plus important lorsqu'un individu est en ALD ? Ce sur-risque est-il plus important pour les affiliés agricoles ? Pour quelles ALD la mortalité par suicide est-elle la plus élevée ?

Dans une deuxième partie, l'étude porte sur la mortalité par suicide selon les typologies territoriales : la zone d'habitation a-t-elle une influence sur le risque de suicide ? Qu'en est-il pour les affiliés agricoles ? Pour répondre à ces questions, quatre typologies ont été retenues catégorisant les communes de résidence selon l'accessibilité aux soins/l'attractivité territoriale, la densité de population, les avantages de socialisation ou encore le statut de la commune.

Enfin, dans la troisième partie, le modèle de Cox multivarié permet d'évaluer le risque de suicide supplémentaire engendré par chacun des facteurs, dont les caractéristiques sont étudiées dans les deux premières parties, ajustés sur l'ensemble des autres variables.

La population de référence regroupe tous les assurés, quel que soit leur régime¹⁸, ayant eu un remboursement de soins, sur le risque maladie ou maternité. Au fil de l'étude, cette population sera nommée « consommateurs » ou « assurés ». La population étudiée est scindée en deux classes d'âges distinctes : les 15-64 ans d'une part et les 65 ans et plus d'autre part.

¹⁶ <https://statistiques.msa.fr/publication/la-mortalite-par-suicide-dans-le-systeme-national-des-donnees-de-sante-snds-approche-methodologique-et-resultats-pour-le-regime-agricole-en-2015-etude/>

¹⁷ L'étude sera diffusée dans son intégralité au cours de l'année 2021.

¹⁸ L'analyse méthodologique réalisée sur les données 2015 a conduit à ne pas retenir les assurés du régime social des indépendants (statistiques.msa.fr).

Encadré 5 : La mortalité par suicide en 2016

Les données mobilisées, au sein du Système National des Données de Santé (SNDS), sont issues de la base nationale des causes de mortalité, produites par le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC, Inserm). Ces données sont transmises à la CNAM et intégrées dans le SNDS. Cet appariement étant imparfait, les dénombrements constituent vraisemblablement un minorant du risque de mortalité par suicide.

En 2016, on dénombre dans le SNDS 4 480 décès par suicide de personnes âgées de 15 ans et plus (dont 3 125 pour les 15-64 ans) en France métropolitaine.

Pour le régime agricole, 529 décès dus à un suicide ont été dénombrés (dont 228 pour les personnes de 15 à 64 ans, soit 43 %).

Chez ces consommateurs tous régimes de 15 ans et plus, le taux de décès par suicide est de 8,9 pour 100 000 (8,2 pour 100 000 pour les 15-64 ans). Il atteint 19,7 pour 100 000 chez les consommateurs MSA de 15 ans et plus (et 14,2 pour 100 000 pour les 15-64 ans). Le taux de suicide étant variable selon l'âge et le genre, pour établir une comparaison « toutes choses égales par ailleurs », il est nécessaire de neutraliser ces effets.

L'indice comparatif mesure le risque de suicide dans la population du régime agricole comparativement à celui de l'ensemble des régimes, à structure par âge et sexe identique.

Les consommateurs du régime agricole de 15 à 64 ans ont un risque de mortalité par suicide supérieur de 43,2 % à celui des assurés tous régimes. Chez les non-salariés, le sur-risque est de 36,3 %. Chez les salariés, il atteint 47,8 %. Ces différences sont significatives au seuil de 1 %.

Chez les consommateurs de soins de 65 ans et plus, les bénéficiaires du régime agricole présentent un risque de mortalité par suicide deux fois plus élevé que les assurés tous régimes. Le sur-risque est plus marqué chez les non-salariés que chez les salariés (113,7 % vs 74,5 %).

Ces résultats vont dans le même sens et confirment le sur-risque de mortalité par suicide des assurés du régime agricole, salariés et non-salariés, déjà observé sur les données 2015. Dans un contexte de diminution du taux de mortalité par suicide dans l'ensemble de la population, l'excès de risque de la population agricole s'est accentué, notamment chez les non-salariés de 15-64 ans avec un sur-risque qui est statistiquement significatif en 2016 alors qu'il ne l'était pas en 2015.

Tableau 34 :
Mortalité par suicide, par régime d'affiliation des consommateurs de 15 à 64 ans et de 65 ans et plus et
Indice comparatif calculé par rapport à l'ensemble des consommateurs tous régimes

2016		Nombre de consommateurs (population soumise au risque calculée)	Taux brut de décès par suicide pour 100 000	Indice comparatif	Significativité de l'incide comparatif	2015 Indice comparatif	2015 Significativité de l'incide comparatif
Consommateurs métropolitains de 15 à 64 ans							
	Ensemble des régimes	38 154 555	8,19	100,0	-	100,0	-
	Régime agricole (1)	1 606 157	14,20	143,2	***	129,4	***
	- dont régime des salariés	1 077 294	13,09	147,8	***	137,7	***
	- dont régime des exploitants	528 343	16,47	136,3	***	117,7	non significatif
Consommateurs métropolitains de 65 ans et plus							
	Ensemble des régimes	12 023 069	11,27	100,0	-	100,0	-
	Régime agricole	1 079 533	27,88	202,8	***	194,9	***
	- dont régime des salariés	317 453	22,68	174,5	***	141,1	***
	- dont régime des exploitants	761 940	30,05	213,7	***	215,2	***

(1) L'effectif du régime agricole est supérieur à la somme salariés + exploitants (non présentés CMU base).

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

Clé de lecture : en 2016, au régime agricole, dans la population des 15-64 ans, le taux de suicides (identifiés dans le SNDS) est de 14,20 pour 100 000 consommateurs ; l'indice comparatif est de 143,2 soit un sur risque de 43,2 % par rapport aux consommateurs de l'ensemble des régimes de la même tranche d'âge. En 2015, l'excès de risque était de 29,4 %.

1) Le risque de suicide selon la prise en charge en affection de longue durée (ALD)

1.1) Les 15-64 ans en ALD

Les assurés ayant au moins une affection de longue durée (ALD de 1 à 30) ont un risque accru de suicide aussi bien chez les consommateurs tous régimes (indice comparatif ou IC : 256) que chez les assurés du régime agricole (IC : 251) (**Tableau 35 et Tableau 35 bis**).

Les personnes en ALD pour affections psychiatriques (ALD 23) ont le sur-risque de mortalité par suicide le plus élevé. Pour l'ensemble des consommateurs tous régimes confondus, ce sur-risque est multiplié par 8,18 par rapport à l'ensemble des consommateurs de 15-64 ans. Il est multiplié par 9,30 pour les consommateurs du régime agricole par rapport à l'ensemble de la population agricole des 15-64 ans.

Pour l'ensemble des assurés, parmi ces affections psychiatriques le sur-risque le plus important s'observe pour les assurés pris en charge pour un trouble névrotique et de l'humeur (risque 10,50 fois plus élevé que pour l'ensemble des consommateurs de 15 à 64 ans). Ce sur-risque est particulièrement marqué chez les personnes souffrant de dépression (IC : 1079) ou de troubles maniaques et bipolaires (IC : 1038). Il en est de même chez les assurés agricoles pour lesquels la dépression ou les troubles maniaques et bipolaires entraînent un sur-risque de suicide par rapport à l'ensemble de la population de référence (IC respectivement de 1263 et 1052). Les troubles psychotiques sont également l'une de ces affections qui multiplie le risque de suicide. Les assurés agricoles pris en charge pour cette pathologie ont 10,57 fois plus de risque de se suicider que l'ensemble de la population agricole des 15-64 ans. Ce sur-risque de mortalité est également présent pour les consommateurs de l'ensemble des régimes (IC : 696). Avoir un trouble lié à une addiction augmente également le risque de suicide pour les assurés du régime agricole et le multiplie par 9,95 comparativement aux assurés agricoles de 15 à 64 ans.

Les consommateurs en âge d'activité ayant au moins deux ALD ont un sur-risque de suicide multiplié par 2,85 par rapport à l'ensemble des 15-64 ans et pour les assurés agricoles jusqu'à 3,29 fois plus élevé par rapport à l'ensemble de la population agricole de 15-64 ans.

Tableau 35 :
Mortalité par suicide des consommateurs tous régimes confondus de 15 à 64 ans en ALD et Indice comparatif calculé par rapport à l'ensemble des consommateurs tous régimes confondus, avec ou sans ALD, de 15 à 64 ans (années 2015-2016)

	Taux brut de décès par suicides pour 100 000	Indice comparatif SMR	Significativité
Consommateurs tous régimes confondus, avec ou sans ALD, de 15 à 64 ans	8,8	100	-
ALD 1 à 30	28,8	256	***
Affections psychiatriques de longue durée (ALD23)	83,8	818	***
- troubles névrotiques et de l'humeur :	101,2	1050	***
- dépression	103,6	1079	***
- troubles maniaques et bipolaires	101,4	1038	***
- les autres troubles de l'humeur et le troubles névrotiques liés au stress et somatoformes	72,5	771	***
- autres troubles psychiatriques	88,2	889	***
- troubles addictifs :	100,2	693	***
- alcool	114,7	764	***
- addictifs autres	61,9	466	***
- troubles psychotiques	81,0	696	***
Maladie de Parkinson (ALD16)	43,1	341	***
Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (ALD6)	36,3	263	***
Hors liste (ALD31)	23,4	246	***
Vascularites, Lupus érythémateux systémique, Sclérodémie systémique (ALD21)	17,5	238	***
Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont Myopathie), Epilepsie grave (ALD9)	22,4	233	***
Insuffisance respiratoire chronique grave (ALD14)	18,9	183	***
Accident vasculaire cérébral invalidant (ALD1)	22,9	182	***
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (ALD30)	18,0	181	***
Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques (ALD3)	26,0	179	***
Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et infection par le VIH (ALD7)	19,6	146	**
Spondylarthrite grave (ALD27)	14,6	137	*
Maladie coronaire (ALD13)	19,8	124	**
Au moins une ALD	28,8	256	***
Au moins deux ALD	35,3	285	***
Au moins trois ALD	33,3	259	***

Source : SNDS - exploitation MSA

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

Clé de lecture : l'indice comparatif de chaque ligne est calculé par rapport à l'ensemble des consommateurs 15 à 64 ans de la même catégorie. Les assurés en ALD 1 à 30 ont un taux de suicide de 28,8 pour 100 000, l'indice comparatif est de 256 ce qui traduit un sur risque multiplié par 2,56, ce sur risque est significatif au seuil de 1%.

Tableau 35 bis :
Mortalité par suicide des consommateurs du régime agricole de 15 à 64 ans en ALD et
Indice comparatif calculé par rapport à l'ensemble des consommateurs du régime agricole,
avec ou sans ALD, de 15 à 64 ans (années 2015 et 2016)

	Taux brut de décès par suicides pour 100 000	Indice comparatif SMR	Significativité
Consommateurs du Régime agricole, avec ou sans ALD, de 15 à 64 ans	14,5	100	-
ALD 1 à 30	43,4	251	***
Affections psychiatriques de longue durée (ALD23)	144,2	930	***
- troubles névrotiques et de l'humeur :	158,0	1086	***
- dépression	180,7	1263	***
- troubles maniaques et bipolaires	160,8	1052	***
- troubles psychotiques	189,8	1057	***
- troubles addictifs	203,7	995	***
Maladie coronaire (ALD13)	41,0	178	**
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (ALD30)	25,9	171	**
Au moins une ALD	43,4	251	***
Au moins deux ALD	61,0	329	***

Source : SNDS - exploitation MSA

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

Clé de lecture : l'indice comparatif de chaque ligne est calculé par rapport à l'ensemble des consommateurs 15 à 64 ans de la même catégorie. Les assurés en ALD 1 à 30 ont un taux de suicide de 43,4 pour 100 000, l'indice comparatif est de 251 ce qui traduit un sur risque multiplié par 2,51, ce sur risque est significatif au seuil de 1%.

La population agricole prise en charge au titre d'une ALD 23 est particulièrement exposée au risque de suicide, en effet le risque des consommateurs du régime agricole de 15-64 ans souffrant d'un trouble psychiatrique est de 64 % plus élevé que celui de l'ensemble des consommateurs de 15-64 ans en ALD 23. Ce sur-risque est plus prononcé pour les non-salariés agricoles (+ 116 %) que pour les salariés agricoles (+ 48 %) en comparaison à la population tous régimes en ALD 23 (**Tableau 35 ter**).

Tableau 35 ter :
Mortalité par suicide, par régime d'affiliation des consommateurs de 15 à 64 ans et
Indice comparatif calculé par rapport à l'ensemble des consommateurs de 15 à 64 ans
tous régimes en ALD 23

	Taux brut de décès par suicides pour 100 000	Indice comparatif SMR	Significativité
Ensemble des consommateurs métropolitains de 15 à 64 ans en ALD 23	83,8	100	-
Régime agricole	144,2	164	***
Non salariés agricoles	191,7	216	***
Salariés agricoles	130,1	148	***

Source : SNDS - exploitation MSA

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

Clé de lecture : l'indice comparatif de chaque ligne est calculé par rapport à l'ensemble des consommateurs 15 ans à 64 ans de la même catégorie. Les assurés du régime agricole en ALD 23 ont un taux de suicide de 144,2 pour 100 000, l'indice comparatif est de 164 ce qui traduit un sur risque de 64%, ce sur risque est significatif au seuil de 1%.

1.2) Les 65 ans et plus en ALD

Les assurés de plus de 65 ans pris en charge au titre d'une ALD 1 à 30, tous régimes confondus, présentent un sur-risque de se suicider de 35 % par rapport à l'ensemble des consommateurs de 65 ans et plus. Quelle que soit l'ALD, les assurés ont un risque significativement plus élevé de se suicider, sauf pour les assurés atteints de la maladie d'Alzheimer (ALD 15) dont la sous mortalité par suicide est de 30 % par rapport à l'ensemble des consommateurs tous régimes confondus. Être atteint d'au moins une affection psychiatrique de longue durée (ALD 23), multiplie par 6,33 le risque de se suicider par rapport à l'ensemble des consommateurs tous régimes confondus. Ce sur-risque est multiplié par plus de 8 pour les patients atteints de troubles maniaques et bipolaires, et par 7,60 pour ceux souffrant d'une dépression (**Tableau 36**).

Au sein du régime agricole, les assurés de plus de 65 ans atteints d'au moins une affection, présentent un excès de risque de suicide de 18 % par rapport à l'ensemble des assurés du régime de la même classe d'âge. Ce sur-risque est multiplié par 4,68 pour ceux qui sont atteints d'au moins une affection psychiatrique. Le risque de se suicider est encore plus accentué lorsque ces derniers sont pris en charge pour une dépression (IC : 527) ou pour des troubles névrotiques et de l'humeur (IC : 558) et plus particulièrement encore pour des troubles maniaques et bipolaires (IC : 805) (**Tableau 36 bis**).

Pour les assurés tous régimes confondus, plus un individu a d'affections, plus le risque de suicide est élevé : chez les assurés qui ont au moins une affection, le risque de se suicider est multiplié par 1,35 alors que chez les assurés qui ont au moins quatre affections, le risque est multiplié par 2,14 par rapport à l'ensemble des consommateurs de 65 ans et plus. Pour les assurés agricoles de 65 ans et plus, avoir au moins une ALD multiplie par 1,18 le risque de se suicider et d'en avoir au moins deux, multiplie ce risque par 1,30.

Les assurés du régime agricole atteints d'une ALD 23 présentent un sur-risque de se suicider de 77 % par rapport à l'ensemble des assurés tous régimes confondus de 65 ans et plus pris en charge pour la même ALD. Ce sur-risque est encore plus important pour les non-salariés agricoles en ALD 23 (+ 90 %) et un peu moindre mais toujours existant chez les salariés agricoles (+ 50 %) (**Tableau 36 ter**).

Tableau 36 :
Mortalité par suicide des consommateurs tous régimes confondus de 65 ans et plus en ALD et
Indice comparatif calculé par rapport à l'ensemble des consommateurs tous régimes,
avec ou sans ALD de plus de 65 ans (années 2015 et 2016)

	Taux brut de décès par suicides pour 100 000	Indice comparatif SMR	Significativité
Consommateurs tous régimes confondus, avec ou sans ALD, de 65 ans et plus	12,3	100	-
ALD 1 à 30	19,2	135	***
Affections psychiatriques de longue durée (ALD23)	60,1	633	***
- troubles névrotiques et de l'humeur :	68,6	745	***
- troubles maniaques et bipolaires	77,9	837	***
- dépression	69,8	760	***
- les autres troubles de l'humeur et le troubles névrotiques liés au stress et somatoformes	36,8	408	***
- troubles psychotiques	38,9	395	***
Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont Myopathie), Epilepsie grave (ALD9)	31,0	229	***
Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques (ALD2)	34,0	217	***
Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (ALD6)	24,3	216	***
Spondylarthrite grave (ALD27)	24,8	203	***
Insuffisance respiratoire chronique grave (ALD14)	28,3	183	***
Vascularites, Lupus érythémateux systémique, Sclérodémie systémique (ALD21)	18,0	168	**
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (ALD30)	24,3	164	***
Maladie de Parkinson (ALD16)	26,4	160	***
Hors liste (ALD31)	19,0	155	***
Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (ALD19)	26,0	154	***
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves (ALD5)	25,0	151	***
Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques (ALD3)	24,1	135	***
Maladie coronaire (ALD13)	21,1	116	***
Maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD15)	9,8	70	***
Au moins une ALD	19,2	135	***
Au moins deux ALD	25,7	158	***
Au moins trois ALD	30,2	170	***
Au moins quatre ALD	40,4	214	***

Source : SNDS - exploitation MSA

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

Clé de lecture : l'indice comparatif de chaque ligne est calculé par rapport à l'ensemble des consommateurs 65 ans et plus de la même catégorie. Les assurés en ALD 1 à 30 ont un taux de suicide de 19,2 pour 100 000, l'indice comparatif est de 135 ce qui traduit un sur risque de 35%, ce sur risque est significatif au seuil de 1%.

Tableau 36 bis :
Mortalité par suicide des consommateurs du régime agricole de 65 ans et plus en ALD et
Indice comparatif calculé par rapport à l'ensemble des consommateurs du régime agricole, avec
ou sans ALD de plus de 65 ans (années 2015 et 2016)

	Taux brut de décès par suicides pour 100 000	Indice comparatif SMR	Significativité
Consommateurs du Régime agricole, avec ou sans ALD, de 65 ans et plus	29,6	100	-
ALD 1 à 30	41,4	118	***
Affections psychiatriques de longue durée (ALD23)	109,3	468	***
- troubles névrotiques et de l'humeur :	124,9	558	***
- troubles maniaques et bipolaires	176,7	805	***
- dépression	118,8	527	***
Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (ALD19)	67,2	166	*
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (ALD30)	55,3	144	***
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves (ALD5)	51,6	128	***
Au moins une ALD	41,4	118	***
Au moins deux ALD	51,0	130	***

Source : SNDS - exploitation MSA

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

Clé de lecture : l'indice comparatif de chaque ligne est calculé par rapport à l'ensemble des consommateurs 65 ans et plus de la même catégorie. Les assurés en ALD 1 à 30 ont un taux de suicide de 41,4 pour 100 000, l'indice comparatif est de 118 ce qui traduit un sur risque de 18%, ce sur risque est significatif au seuil de 1%.

Tableau 36 ter :
Mortalité par suicide, par régime d'affiliation des consommateurs de 65 ans et plus et
Indice comparatif calculé par rapport à l'ensemble des consommateurs de 65 ans et plus
tous régimes en ALD 23

	Taux brut de décès par suicides pour 100 000	Indice comparatif SMR	Significativité
Ensemble des consommateurs métropolitains de 65 ans et plus en ALD 23	60,1	100	-
Régime agricole	109,3	177	***
Non salariés agricoles	111,9	190	***
Salariés agricoles	103,1	150	*

Source : SNDS - exploitation MSA

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

Clé de lecture : l'indice comparatif de chaque ligne est calculé par rapport à l'ensemble des consommateurs 65 ans et plus de la même catégorie. Les assurés du régime agricole en ALD 23 ont un taux de suicide de 109,3 pour 100 000, l'indice comparatif est de 177 ce qui traduit un sur risque de 77%, ce sur risque est significatif au seuil de 1%.

2) Le risque de suicide selon le type de commune de résidence

L'analyse des suicides selon les différentes typologies territoriales repose sur quatre indicateurs. Le premier indicateur, réalisé par l'Irdes, répartit les communes en 6 classes selon l'accessibilité aux soins et l'attractivité territoriale. La deuxième typologie est l'indice de défavorisation sociale (produite par l'Inserm et disponible dans le SNDS). Le troisième indicateur est l'indicateur de densité reposant sur la grille communale de densité de l'Insee, et enfin le quatrième indicateur est le statut de la commune calculé sur la base de la population au recensement 2015.

2.1) Les 15-64 ans

2.1.1) Accessibilité aux soins et attractivité territoriale (indicateur Irdes)

La population des 15-64 ans résidant dans les espaces ruraux ont un risque de se suicider supérieur, aussi bien pour l'ensemble des consommateurs de 15-64 ans tous régimes confondus que pour ceux du régime agricole. Dans cette population, les assurés vivant dans une commune des marges rurales ont un risque plus élevé de se suicider que l'ensemble des assurés de 15-64 ans tous régimes confondus de 48 %. Aussi, les assurés du régime agricole vivant dans ces espaces ont un excès de risque de se suicider de 14 % par rapport à l'ensemble des consommateurs du régime agricole (**Annexe 4, Tableau 55**).

Les assurés, tous régimes confondus, résidant dans des espaces urbains ou ruraux défavorisés présentent un sur-risque significatif de se suicider par rapport à l'ensemble des assurés métropolitains (+ 47 %). Les assurés du régime agricole vivant dans ces espaces ont également un sur-risque de suicide (+ 23 %) par rapport aux assurés du régime agricole, toutefois ce sur-risque n'est pas significatif.

Vivre au sein des espaces de retraite et tourisme bien dotés en offre de soins présente un sur-risque de se suicider de 9 % chez les résidents tous régimes confondus par rapport aux assurés tous régimes métropolitains. A contrario, chez les assurés du régime agricole, vivre dans ces espaces diminue le risque de suicide de 26 % par rapport aux assurés du régime agricole métropolitains.

Résider dans une ville centre¹⁹ ou dans une ville et une couronne périurbaine favorisée présente un sous-risque de mortalité par suicide respectivement de 25 % et 42 % chez les résidents tous régimes confondus par rapport aux assurés tous régimes métropolitains. Cette tendance est accentuée au sein du régime agricole : les résidents du régime agricole des villes centres ont un sous-risque de se suicider de 39 % par rapport aux assurés du régime agricole. De même, les assurés agricoles vivant en villes et couronnes périurbaines favorisées affichent une sous mortalité de 58 % par rapport à l'ensemble des assurés agricoles.

2.1.2) Indice de défavorisation sociale (Inserm)

Cet indice est construit à partir de quatre variables (le revenu médian par unité de consommation dans le ménage, le pourcentage de bacheliers dans la population de plus de 15 ans, le pourcentage d'ouvriers dans la population active et le taux de chômage). Habiter dans une commune faisant partie des 20 % les plus défavorisées, augmente significativement le risque de mortalité par suicide de 32 % chez les 15-64 ans de l'ensemble des régimes en comparaison à la population de référence. Au régime agricole ce sur-risque existe également mais le résultat n'est pas significatif. En revanche, les consommateurs en âge d'activité du régime agricole résidant dans les communes faisant partie des 21 à 40 % les moins favorisées ont un risque de suicide 1,15 fois supérieur à l'ensemble des consommateurs de 15-64 ans du régime.

A contrario, les résidents des communes les plus avantagées sur le plan socio-économique ont un plus faible risque de mortalité par suicide tant pour les assurés agricoles (- 35 %) que pour les assurés tous régimes (- 40 %) en comparaison à l'ensemble de la population de référence (**Annexe 4, Tableau 56**). Au sein de ces communes avantagées, le risque de suicide est tout de même plus important pour les assurés du régime agricole (IC des deux premiers quintiles de favorisation : 149 et 156) comparativement à l'ensemble des assurés vivant dans ces zones (**Annexe 4, Tableau 57**).

2.1.3) Grille communale de densité (Insee)

Les assurés de 15-64 ans tous régimes confondus vivant dans des espaces très peu denses présentent un sur-risque de se suicider de 30 % par rapport à la population en âge d'activité vivant sur l'ensemble du territoire. En revanche, les consommateurs de 15-64 ans du régime agricole ont un sous-risque non significatif de 6 % de se suicider dans ces espaces par rapport à l'ensemble des assurés de 15-64 du régime agricole vivant sur l'ensemble du territoire (**Annexe 4, Tableau 58**).

Les consommateurs de 15-64 ans tous régimes confondus résidant dans les espaces peu denses et des espaces de densité intermédiaire ont un risque de surmortalité respectif de 29 % et 12 % par rapport à l'ensemble des consommateurs. Les assurés agricoles qui vivent dans les espaces peu denses présentent aussi un sur-risque de suicide de 14 % par rapport à l'ensemble des assurés agricoles.

Aussi bien pour les assurés tous régimes confondus que pour les assurés agricoles, vivre dans des espaces densément peuplés diminue le risque de suicide respectivement de 34 % et 47 % par rapport à l'ensemble des consommateurs âgés de 15-64 ans.

¹⁹ Si une commune représente plus de 50 % de la population de l'agglomération multicommunale, elle est seule ville-centre. Sinon, toutes les communes qui ont une population supérieure à 50 % de celle de la commune la plus peuplée, ainsi que cette dernière, sont villes-centres.

2.1.4) Statut de la commune (Insee)

Vivre dans une commune isolée accroît le risque de suicide de 27 % pour l'ensemble des consommateurs de 15-64 ans tous régimes confondus et de 55 % pour les consommateurs agricoles de cette tranche d'âge.

En revanche, aussi bien pour l'ensemble des consommateurs en âge d'activité tous régimes que pour les assurés agricoles vivre en banlieue diminue le risque de se suicider respectivement de 22 % et 39 % par rapport à l'ensemble des consommateurs de leur catégorie (**Annexe 4, Tableau 59**).

2.2) Les 65 ans et plus

2.2.1) Accessibilité aux soins et attractivité territoriale (Irdes)

Les consommateurs de 65 ans et plus, tous régimes confondus, ont un sur-risque de mortalité par suicide lorsque ces derniers résident dans une commune des marges rurales (48 %), des espaces urbains ou ruraux défavorisés (+ 33 %) et des espaces périurbains (+ 9 %), par rapport à l'ensemble des assurés métropolitains de 65 ans et plus.

Les consommateurs agricoles de 65 ans et plus, résidant au sein des marges rurales, ont également un sur-risque significatif de se suicider (+ 18 %) par rapport à l'ensemble des assurés agricoles de 65 ans et plus (**Annexe 4, Tableau 60**).

En revanche, les résidents des villes centres ou des villes favorisées présentent un plus faible risque de se suicider aussi bien pour l'ensemble des assurés tous régimes confondus que pour les assurés du régime agricole de 65 ans et plus. Pour les assurés tous régimes confondus de cette classe d'âge, habiter dans une ville centre baisse le risque de se suicider de 25 % et vivre dans une ville ou couronne périurbaine favorisée, de 41 % par rapport à l'ensemble des assurés métropolitains de 65 ans et plus tous régimes confondus.

2.2.2) Indice de défavorisation sociale (Inserm)

Les non-salariés agricoles de plus de 65 ans ont un sur-risque de mortalité par suicide important par rapport à l'ensemble des consommateurs ; ce sur-risque augmente lorsqu'ils habitent dans une commune favorisée socialement.

Le risque de mortalité par suicide est 2,19 fois plus important lorsque les consommateurs de plus de 65 ans du régime agricole vivent dans une commune favorisée (**Annexe 4, Tableau 61**). En revanche, il y a un sur-risque, 1,92 fois plus important, s'ils vivent dans une commune très favorisée par rapport à l'ensemble des consommateurs de 65 et plus vivant dans ces communes. Le sur-risque reste important lorsqu'ils vivent dans une commune peu favorisée socialement, même si ce sur-risque baisse comparativement à l'ensemble de la population des 65 ans et plus passant à un indice comparatif (IC) de 178 (pour les communes du 3^{ème} quintile), à un IC de 188 (communes du 4^{ème} quintile) puis à un IC de 175 (communes du 5^{ème} quintile).

Toutefois, au sein de la population de 65 ans et plus du régime agricole, les résidents des communes les plus favorisées ont un risque moindre de suicide (- 42 %)(**Annexe 4, Tableau 62**).

2.2.3) Grille communale de densité (Insee)

Les assurés tous régimes confondus de 65 ans et plus vivant dans des espaces très peu denses et ceux résidant dans des espaces peu denses présentent un sur-risque de se suicider (respectivement de 52 % et 31 %) par rapport aux consommateurs de 65 ans et plus vivant sur l'ensemble du territoire (**Annexe 4, Tableau 63**).

Les assurés agricoles de 65 ans et plus qui vivent dans des espaces peu denses présentent également un sur-risque de suicide de 8 % par rapport à l'ensemble des assurés agricoles de 65 ans et plus.

Les personnes de 65 ans et plus résidant dans des espaces densément peuplés ont un risque moindre de suicide que l'ensemble des résidents métropolitains (de 35 % pour les assurés tous régimes, et de 61 % pour les assurés MSA).

2.2.4) Statut de la commune (Insee)

A l'instar des assurés en âge d'activité, vivre en banlieue pour les assurés de 65 ans et plus diminue le risque de se suicider de 17 % pour les consommateurs tous régimes confondus et de 21 % pour les assurés agricoles par rapport à l'ensemble des consommateurs de leur catégorie.

Les consommateurs tous régimes confondus ont un sous-risque significatif de mortalité par suicide de 11 % lorsqu'ils vivent en centre-ville (**Annexe 4, Tableau 64**).

En revanche, pour les assurés de plus de 65 ans tous régimes confondus vivre au sein d'une commune rurale multiplie par 1,36 le risque de se suicider par rapport à l'ensemble des assurés vivant sur tout le territoire.

3) Modèle de Cox multivarié

3.1) Méthode

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

Après avoir analysé l'effet de différentes variables ajustées par âge et sexe sur le risque de suicide, des analyses de survie multivariées ont été effectuées à l'aide de modèles de Cox. Ces analyses ont permis de calculer des hazards ratios (HR) ainsi que leur intervalle de confiance à 95 %, et présentent pour chacune des caractéristiques étudiées, le sur-risque (ou sous-risque) de décéder par suicide par rapport à la modalité de référence.

Les variables d'ajustement intégrées dans notre modèle sont l'âge et le sexe. Différentes variables ont pu être testées dans des modèles de Cox univariés ajustés sur l'âge et le sexe. Les variables intégrées dans le modèle final l'ont été après avoir été déclarées comme expliquant significativement le risque de décès à 5 % dans les modèles univariés. Parmi les variables possiblement corrélées, un choix a été fait pour n'en conserver qu'une, la plus pertinente au niveau statistique et au niveau métier. Des regroupements ont pu être réalisés pour avoir des effectifs suffisants dans chacune des modalités présentes dans le modèle final.

Les variables explicatives d'intérêt intégrés dans le modèle final sont :

- la typologie IRDES,
- l'indice de désavantage social (Inserm),
- le bénéfice de la CMU-C (chez les 15-64 ans),

- le bénéfice d'une pension d'invalidité (chez les 15-64 ans),
- le statut Ouvrant droit/Ayant droit de l'individu (chez les 15-64 ans),
- le régime d'assurance maladie d'appartenance de l'individu,
- le bénéfice d'une ALD 1-30 hors ALD23,
- le bénéfice de l'ALD 23 pour des troubles addictifs,
- le bénéfice de l'ALD 23 pour des troubles névrotiques et de l'humeur,
- le bénéfice de l'ALD 23 pour des troubles psychotiques,
- le bénéfice de l'ALD 23 pour des troubles autres que ceux cités précédemment.

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

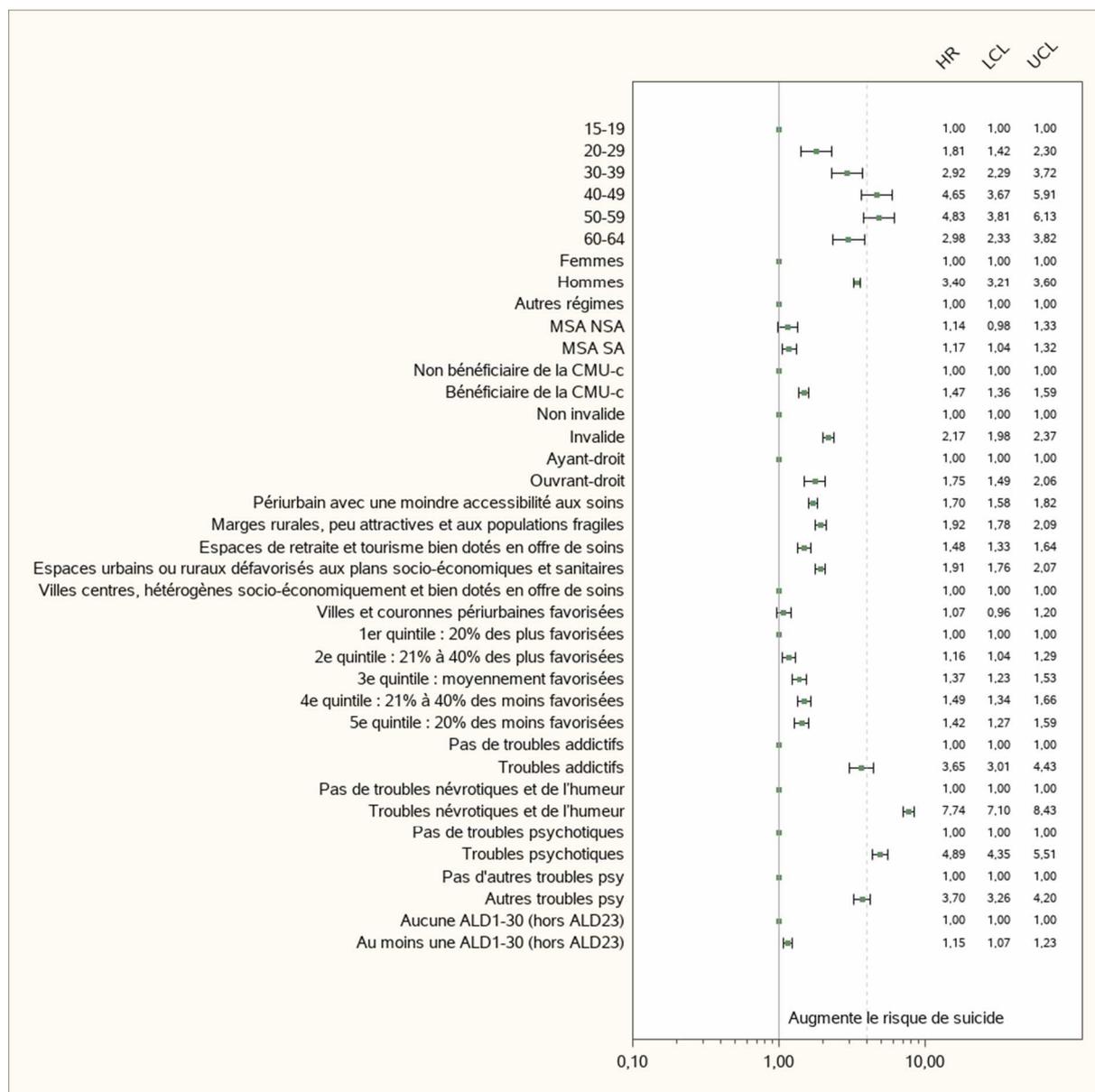
L'estimation du modèle a pu être réalisée sur la base des suicides identifiés en 2015 et en 2016. La base a alors été décomposée en sous-périodes de un an. Les individus peuvent donc avoir des valeurs renseignées différentes sur chaque sous-période. Les variables restaient constantes sur chaque sous-période. Le jour a été utilisé comme échelle de temps dans les modèles de Cox. La période de suivi de l'individu se finissant en cas de décès.

3.2) Résultats et interprétation

L'avancée en âge augmente le risque de suicide de façon non linéaire avec des seuils. Au sein de la classe des 15-64 ans, le sur-risque de suicide comparativement aux individus de 15 à 19 ans augmente progressivement dans les différentes classes d'âge excepté chez les 60-64 ans où il diminue bien que le sur-risque par rapport aux 15-19 ans soit toujours vérifié. Les hommes ont un sur-risque important de suicide (chez les 15-64 ans, et les 65 ans et plus, respectivement de 3,4 et 4,6 fois plus important que les femmes). Avoir une ALD augmente le risque de suicide, et avoir une ALD 23 augmente le risque encore plus fortement. Parmi les individus exonérés au titre d'une ALD 23, ceux qui sont atteints par des troubles névrotiques et de l'humeur sont les plus à risque (respectivement chez les 15-64 ans et les 65 ans et plus, de 7,7 et 6,4 fois plus important que ceux qui n'en sont pas atteints). Habiter dans une commune favorisée protégerait du risque de suicide. Ainsi, les habitants des communes les moins favorisées, qui regroupent 60 % de la population, ont un sur-risque de suicide supérieur à 1,3 comparativement aux habitants des communes les plus favorisées, qui regroupent 20 % de la population. Habiter dans des villes centres ainsi que dans des villes et couronnes périurbaines favorisées protégerait du suicide.

Un autre constat est observé : le sur-risque de suicide chez les salariés du régime agricole, que ce soit chez les 15-64 ans ou chez les 65 ans et plus, est significatif (après ajustement sur les différents facteurs de confusions identifiés comme expliquant également le risque de suicide). Pour les exploitants agricoles après ajustement sur les différents facteurs de confusions, le sur-risque est identifié chez les 65 ans et plus. Chez les 15-64 ans ce sur-risque n'est significatif qu'au seuil de 10 %.

Figure 2 :
Modèle de Cox multivarié chez les 15-64 ans (échelle logarithmique)
avec hazard ratio et intervalle de confiance à 95 %



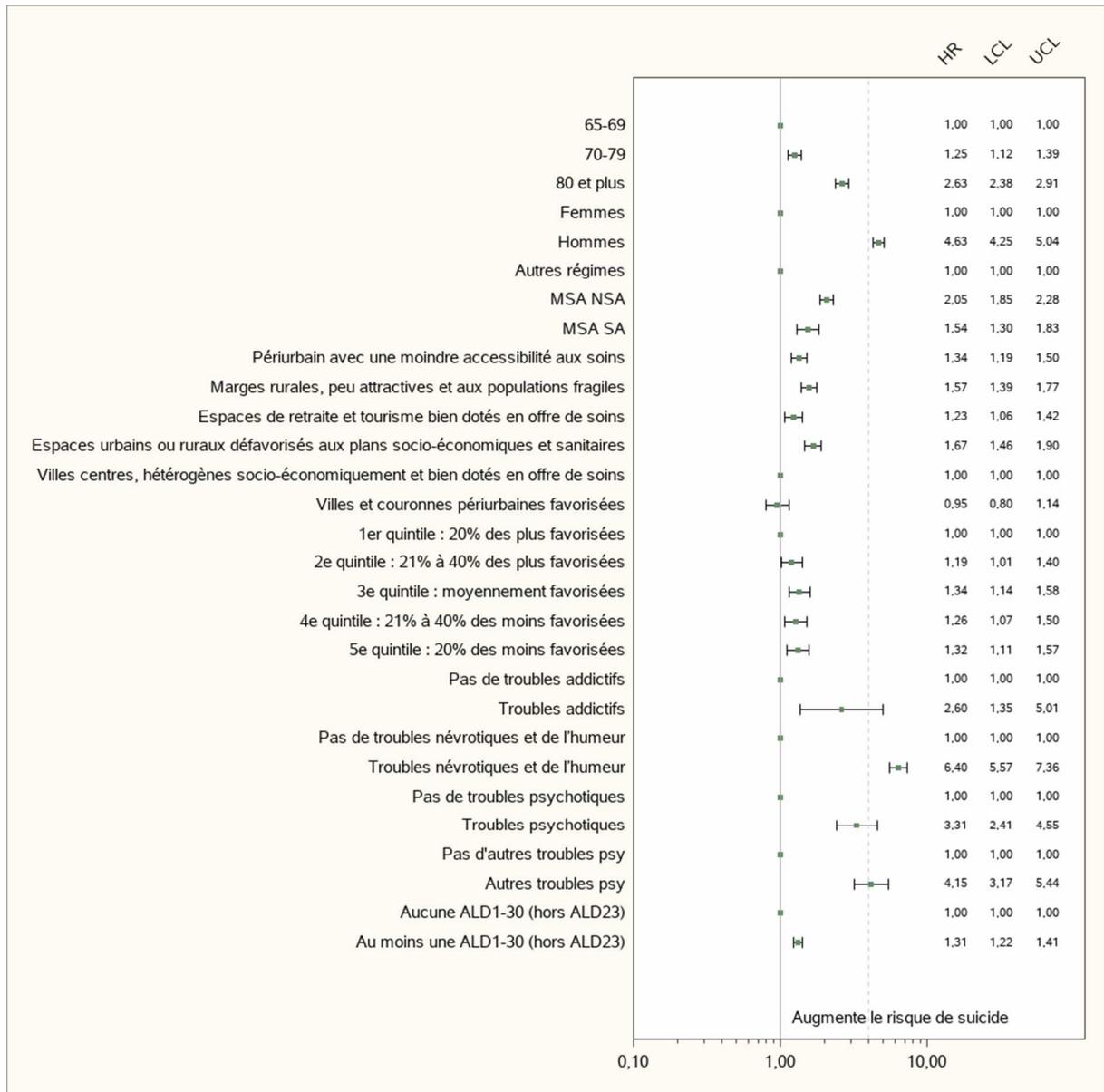
Source : SNDS – exploitation MSA

HR : hazard ratio, risque relatif

LCL : lower confidence limit, limite inférieure de l'intervalle de confiance

UCL : upper confidence limit, limite supérieure de l'intervalle de confiance

Figure 3 :
Modèle de Cox multivarié chez les 65 ans et plus (échelle logarithmique)
avec hazard ratio et intervalle de confiance à 95 %



Source : SNDS – exploitation MSA

HR : hazard ratio, risque relatif

LCL : lower confidence limit, limite inférieure de l'intervalle de confiance

UCL : upper confidence limit, limite supérieure de l'intervalle de confiance

Conclusion

Les salariés agricoles âgés de 15-64 ans ainsi que les plus de 65 ans ont un sur-risque de suicide même après ajustement sur de nombreux facteurs de confusion. Chez les non-salariés agricoles, un sur-risque est également observé, bien qu'il ne soit significatif qu'au seuil de 10 % chez les 15-64 ans.

Etre atteint de troubles psychiatriques augmente fortement le risque de suicide, ces résultats rejoignent ceux déjà établis dans différentes études. Dans l'étude « *Le décès par suicide des personnes souffrant de troubles mentaux* »²⁰, les auteurs concluent à une surmortalité suicidaire de patients ayant été hospitalisés en psychiatrie. Par ailleurs, selon l'OMS, il est de fait difficile d'identifier les raisons qui poussent à l'acte suicidaire. Néanmoins, un certain nombre de facteurs ont été mis en évidence (OMS, rapport sur la prévention du suicide de 2014) : des facteurs individuels (antécédents de tentative de suicide, problèmes de santé physiques ou psychiatriques) repris dans le 3^{ème} rapport de l'Observatoire National du Suicide.

Les différents résultats sur les risques de mortalité par suicide étudiés en fonction des différents types de lieu d'habitation rejoignent les conclusions de Clément Previtali dans son article « *Les conditions du suicide des professionnels agricoles* »²¹ qui aborde l'impact du milieu de vie rural sur le suicide ainsi que les nouvelles problématiques sociales liées à la diffusion du mode de vie urbain à la campagne. Les caractéristiques socio-démographiques de la campagne ont un impact négatif sur le bien-être de la personne dû, entre autres, à des liens sociaux qui se dégradent et également à l'isolement, la précarité aurait ainsi un impact sur le phénomène suicidaire. Ces conclusions convergent avec la présente étude sur les risques de suicide bien plus importants pour les personnes vivant dans « les communes isolées et rurales », ou vivant dans « les marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles » ainsi que les personnes résidant dans « les espaces peu denses ou très peu denses ».

Les difficultés financières ou la disqualification sociale (perte d'emploi, manque d'anonymat, isolement social, stigmatisation) des ruraux sont également soulignées dans les deux études, comme éléments impactant le risque de suicide. Par ailleurs, vivre dans une commune socialement défavorisée augmente le risque de suicide.

²⁰ *Le décès par suicide des personnes souffrant de troubles mentaux*, C. Coton, A. Amariei, T. Danel, C.-L. Charrel, Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Volume 68, Supplément 1, Mars 2020, Pages S31-S32.

²¹ *Les conditions du suicide des professionnels agricoles*, C. Previtali, Cairn info 2015/1 n° 38.

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 2022 s’articulent autour des axes de la stratégie nationale de santé 2018-2022 et des six axes du plan ONDAM 2018-2022 d’appui à la transformation du système de santé (PATSS), à savoir :

- Prévention,
- Structuration de l’offre de soins,
- Pertinence et 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 35,94 millions d'euros consacrés à ses actions de prévention en **2020** par l'intermédiaire des trois fonds (le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires des professions agricoles (FNPEISA) **pour 25,48 millions d'euros**, le fonds national de prévention des risques professionnels (FNPR) **pour 8,50 millions d'euros** et le fonds national d'action sanitaire et social (FNASS) **pour 1,96 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 2020, près de 16 000 personnes sous-consommantes de soins ont participé aux séances du premier rendez-vous. Plus de 500 fumeurs ont bénéficié d'un entretien motivationnel à l'arrêt du tabac.

L'impact sanitaire des Instants Santé a fait l'objet d'une évaluation. Les résultats sont présentés en **Annexe 1** (voir Proposition 1.2).

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 2020, 6 400 jeunes ont bénéficié de ce dispositif.

Vaccination antigrippale

La campagne nationale de vaccination 2020-2021 contre la grippe s'est déroulée du 13 octobre 2020 au 28 février 2021. 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 **62,4 %** au régime agricole, en hausse de 5,8 points par rapport à la campagne 2019-2020.

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

	Campagne 2019-2020	Campagne 2020-2021
Taux de couverture vaccinale des 65 ans et plus	55,6 %	61,9 %
Taux de couverture vaccinale des assurés en ALD	68,8 %	68,7 %
Taux de couverture vaccinale total	56,6 %	62,4 %

Source : CCMSA

Vaccination ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole)

En 2020, le taux de couverture vaccinale contre la rougeole, les oreillons et la rubéole est de **73,9 %** : 19 424 enfants âgés de 24 mois relevant du régime agricole sur une cible totale de 26 275 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 38**).

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

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre d'enfants	29 476	29 028	26 778	27 103	27 089	26 796	26 446	26 275
Nombre d'enfants vaccinés	20 425	20 325	19 986	19 999	19 906	19 743	19 513	19 424
Taux de couverture vaccinale	69,3 %	70,0 %	74,6 %	73,8 %	73,5 %	73,7 %	73,8 %	73,9 %

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 39 :
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 %

* données 2020 en attente de transmission par SPF

Source : Santé Publique France

Dépistage organisé du cancer colorectal

Sur la période 2019-2020, 220 813 adhérents du régime agricole âgés de 50 à 74 ans ont participé au dépistage organisé. Le taux de participation national du régime agricole atteint **28,2 %** (- 2,4 points par rapport à 2019) contre **27,8 %** 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 par frottis au régime agricole pour l'année 2020 est de 49,9 %.

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.

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 2020, plus de 54 000 enfants et jeunes du régime agricole ont bénéficié d'un examen de prévention bucco-dentaire dans le cadre du dispositif M'T dents. Le taux de participation national est de 25,1 % (29,6 % en 2019).

Tableau 40 :
Dispositif conventionnel de prévention bucco-dentaire M'T dents :
nombre d'invités, examens réalisés et taux de participation en 2020

	3 ans	6 ans	9 ans	12 ans	15 ans	18 ans	21 ans	24 ans	Total
Nombre d'invités	21 094	24 526	26 589	27 903	28 651	32 436	26 809	27 072	215 080
Nombre d'examens de prévention réalisés	5 748	10 137	9 478	9 035	7 478	6 432	2 905	2 828	54 041
Taux de participation	27,2 %	41,3 %	35,6 %	32,4 %	26,1 %	19,8 %	10,8 %	10,4 %	25,1 %

Source : CCMSA

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

Dans ce cadre, en 2020, 5 820 jeunes du régime agricole ont pu bénéficier d'un examen bucco-dentaire intégralement pris en charge (**Tableau 41**). Le taux de participation national est de **12,8 %**. La tranche d'âge des enfants de 4 ans a été intégrée, entraînant une diminution du taux de participation global de 6,8 points par rapport à 2019.

Tableau 41 :
Action d'accompagnement du dispositif M'T dents :
nombre d'invités, taux de relance, nombre d'examens réalisés, taux de participation en 2020

	4 ans	7 ans	10 ans	13 ans	Total
Nombre d'invités	11 797	11 818	11 397	10 541	45 553
Taux de relance sur le nombre d'invitations réalisées	48,1 %	73,8 %	73,0 %	74,7 %	67,2 %
Nombre d'examens bucco-dentaires réalisés	1 059	1 903	1 668	1 190	5 820
Taux de participation	9,0 %	16,1 %	14,6 %	11,3 %	12,8 %

Source : CCMSA

Plan de lutte contre les substances psychoactives

- **Déclic Stop Tabac**

L'action Déclic Stop Tabac a pour population cible :

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

Le dispositif se décompose en 3 temps distincts :

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

En 2020 :

- 49 structures collectives ont participé à l'action,
- les ateliers collectifs de sensibilisation ont regroupé 1 851 participants,
- 295 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 2020, en raison de la crise sanitaire impliquant l'arrêt des ateliers, **59 753 personnes ont participé à une action collective seniors organisée par la MSA** contre 82 273 en 2019.

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.

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

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

Depuis sa généralisation en 2006, les programmes d'ETP développés par la MSA ont bénéficié à **plus de 28 000 patients**.

Parcours de prévention pour les personnes en situation de précarité

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

En 2020,

- 581 participants ont bénéficié d'un bilan de santé,
- 383 participants ont bénéficié de l'action bucco-dentaire,
- 92 personnes ont participé aux ateliers « Prendre soin de sa santé »,
- 24 actions d'initiative locale ont été menées pour compléter l'offre nationale.

Actions d'initiative locale : 64 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 2020, 64 projets portés par les caisses de MSA ont été financés. Par l'accompagnement des caisses de MSA sur l'ingénierie de projet, chacune des actions financées comporte un protocole d'intervention cadré ainsi qu'un dispositif d'évaluation. Ces projets portent principalement sur la prévention de l'autonomie auprès des seniors ainsi que la promotion du bien-être chez les jeunes et de l'équilibre alimentaire. Ces actions chez les jeunes ont été menées principalement auprès des élèves de maisons familiales et rurales (MFR) ou de lycées agricoles.

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, 14 actions ont pu être menées en 2020.

Encadré 6 : Les propositions pour 2021-2022

- **Proposition 1 : Lancer les entretiens personnalisés par visioconférence dans le cadre des Instants santé**

L'objectif de la mise en place des entretiens personnalisés par visioconférence est de proposer une alternative aux premiers rendez-vous des Instants santé en présentiel et par téléphone pour favoriser l'adhésion des assurés âgés entre 30 et 50 ans au premier rendez-vous, à la consultation de prévention et ainsi augmenter le taux de participation.

Cette nouvelle offre sera proposée à partir de juillet 2021. Elle permettra d'inclure des personnes qui ne participeraient pas aux séances en présentiel ou par téléphone. Cette alternative se veut plus flexible que les séances en présentiel et s'adaptera plus facilement au mode de vie des personnes actives et à leur vie de famille.

Les entretiens personnalisés par visioconférence proposeront :

- une animation nutritionnelle, par visioconférence, en groupe (cette action n'était effectuée que dans les RDV présentiel),
- un entretien motivationnel en tête à tête avec un IDE, en visioconférence, permettant d'identifier les besoins de l'assuré et les actions de prévention adaptées 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.
- un espace personnalisé, disponible 4 jours après la date de connexion, proposant un contenu interactif sur le thème de la nutrition et des informations sur les différentes actions de prévention.

- **Proposition 2 : essaimer le dispositif Instants santé à une autre population que celle du régime agricole (CAVIMAC-SNCF)**

La CAVIMAC, caisse unique à compétence nationale, gère la protection sociale des ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses. Elle couvre plus de 38 600 bénéficiaires en maladie dont un peu plus de 4 200 ayants droit. Ce régime a souhaité bénéficier du savoir-faire de la MSA pour mettre en œuvre des Instants santé à destination de ses assurés.

Dans une première phase expérimentale (février 2020 à juin 2021), le dispositif est mis en place sur 10 départements (Aisne, Ardennes, Charente-Maritime, Côtes-d'Armor, Eure-et-Loir, Finistère, Loire-Atlantique, Morbihan, Moselle, Pas-de-Calais) sur la base de 1 696 assurés âgés de 24 à 80 ans.

La Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF (CPR SNCF), souhaite mettre en œuvre le dispositif des « Instants Santé », initié et déjà éprouvé au sein du régime agricole, pour ses assurés, bénéficiant ainsi du savoir-faire de la MSA et de l'étendue de sa couverture géographique.

Les Instants Santé seront mis en œuvre lors d'une première phase à valeur expérimentale, sur un périmètre limité. Ce dispositif sera déployé, soit de « manière dédiée » aux assurés de la CPR SCNF, soit de « manière mutualisée » avec les assurés du régime agricole.

La CCMSA sera notamment chargée d'accompagner la CPR SNCF durant la phase d'ingénierie du projet et tout au long du processus, et de coordonner la mise en place d'une évaluation organisationnelle à valeur d'impact sur l'ensemble de la phase expérimentale menée.

- **Proposition 3 : concevoir une nouvelle action collective seniors sur la prévention des conduites addictives.**

En raison de la vulnérabilité des seniors, l'émergence de pratiques addictives peut apparaître ou se renforcer, souvent à la suite d'événements négatifs et anxiogènes.

Face à ce constat, la MSA s'est donnée pour objectif de concevoir une nouvelle action collective seniors sur la prévention des conduites addictives (alcool, tabac, médicaments psychotropes), en 2021.

Cette action s'articulera autour de trois modules collectifs, d'une durée maximale de 3 heures, portant sur :

- les substances psychoactives et leurs effets ;
- les représentations et idées reçues sur les substances psychoactives et les conduites addictives ;
- la gestion du stress et des émotions.

L'identification des compétences psychosociales des participants et leur renforcement occuperont une place centrale dans les modules, afin que les participants puissent répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie.

Les modules se voudront ludiques, interactifs et participatifs, afin que les participants puissent être acteurs de ces ateliers et plus largement de leur propre santé.

Une formation spécifique à cette action sera mise en œuvre pour permettre aux intervenants de maîtriser les différentes composantes du parcours dont ils assureront l'animation.

- **Proposition 4 : refondre le dispositif d'évaluation des actions collectives seniors dans le cadre de l'interrégime**

Construit en 2016 par les partenaires interrégimes, le dispositif actuel d'évaluation des ateliers de prévention de la perte d'autonomie a permis de produire un outil commun en ligne de recueil de données intitulé le Web-Report (WR).

Le double objectif de ce dispositif d'évaluation est de s'assurer :

- de l'acquisition de connaissances spécifiques par les bénéficiaires (mémorisation des messages),
- des changements de comportements des bénéficiaires en vue de préserver leur capital santé.

Il repose sur une enquête avant/après auprès des bénéficiaires se déroulant en trois temps (T0/T1/T2). Les questionnaires renseignés sont saisis en ligne sur l'outil Web Report soit par l'animateur, un membre de la structure opératrice ou encore un prestataire, selon une fréquence hétérogène dépendante des structures.

Les données actuelles récoltées par l'outil permettent :

- de produire un bilan organisationnel : nombre d'ateliers et de participants par structure et par unité territoriale, etc.
- d'obtenir des résultats de mesure d'acquisition des connaissances entre T0 et T1 sur de la mesure d'écart.

Après 5 années d'utilisation, plusieurs diagnostics ont été menés en 2020 identifiant des axes de progression :

- des questionnaires plus ergonomiques,
- une optimisation des sollicitations des bénéficiaires,
- une communication des résultats plus offensive.

La nouvelle version du Web-Report (WR) va s'inspirer du modèle des stades du changement de comportement (Prochaska et DiClemente). Des nouvelles questions seront posées sur le profil, les référentiels, la qualité de l'animation. Les données seront récoltées au moment de l'inscription à une action (ou lors du premier atelier) et à la fin du dernier atelier. Elles serviront de base à la conduite d'une enquête 6 mois à 1 an

plus tard auprès des participants ayant consenti à être contactés. Cette enquête s'attachera, sur la base d'un échantillon représentatif, à identifier des adoptions ou des maintiens de comportements favorables à la santé ainsi qu'à évaluer l'influence de l'atelier collectif.

Le Web Report Bien Vieillir 2.0 sera déployé au 1^{er} janvier 2022 dans toutes les structures opératrices déjà utilisatrices du Web Report.

- **Proposition 5 : déployer le programme DÉCLIC – Programme de prévention santé/social pour les personnes en situation de précarité**

A travers la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, la lutte contre la précarité est au cœur des préoccupations des politiques publiques. A partir des constats suivants :

- constat n°1 : les difficultés sociales et de santé sont bien souvent cumulées chez les personnes vulnérables,
- constat n°2 : les déterminants sociaux limitent fréquemment l'accès aux soins,
- constat n°3 : la santé est un facteur favorisant la réinsertion sociale et professionnelle,
- constat n°4 : le décloisonnement entre la démarche sanitaire et sociale permet d'accroître l'efficacité de l'accompagnement des bénéficiaires,

et en s'appuyant sur son organisation en guichet unique, la MSA est en mesure d'accroître son impact dans la lutte contre la précarité.

En 2021, la MSA a généralisé le programme DÉCLIC. Il s'adresse aux assurés MSA en situation de précarité. Au-delà de la situation précaire de la personne, les critères d'inclusion sont les suivants :

- présenter une problématique santé et une problématique sociale,
- être peu autonome dans la réalisation des démarches administratives quotidiennes.

L'objectif est d'amener les assurés vers une gestion autonome de leur parcours de vie en améliorant leur capacité d'agir et en proposant un accompagnement global (santé/social) leur permettant d'améliorer leurs déterminants sociaux de santé (ressources financières, emploi, logement, accès aux soins, alimentation,...).

Pour atteindre cet objectif, le programme DÉCLIC repose sur 4 principes :

- réaliser un diagnostic global incluant systématiquement les volets santé/social,
- coordonner les interventions de la MSA et de ses partenaires afin de répondre aux enjeux concrets rencontrés par les bénéficiaires,
- proposer un programme personnalisé « sur mesure » afin d'augmenter l'efficacité du service rendu,
- accompagner de manière limitée dans le temps (une durée maximum de 2 ans a été fixée), rythmé par des points d'étape réguliers (des bilans trimestriels sont réalisés avec le bénéficiaire).

Sa mise en œuvre fait appel aux missions suivantes :

- la mission de repérage relevant d'acteurs spécifiques au sein de chaque MSA. Elle a pour objectif d'identifier les assurés en situation de précarité puis de les orienter vers un coordinateur de programme,
- la mission de coordination des accompagnements en assurant un suivi personnalisé du bénéficiaire en initiant et dynamisant son accompagnement,
- la mission de prise en charge relevant d'acteurs spécifiques identifiés par chaque MSA. Cette mission permet de mettre en œuvre, en lien avec le coordinateur, les actions permettant de répondre aux besoins identifiés lors du diagnostic,
- la mission de supervision, plus globale, mise en place au sein de chaque MSA pour assurer le pilotage de l'activité du dispositif et garantir la dynamique transversale nécessaire au déploiement du dispositif.

Les missions « supervision » et « coordination » sont 2 missions pivot du dispositif.

- **Proposition 6 : lancer le nouvel appel à projets destiné au réseau des caisses de MSA et à la société civile pour le financement de projets de prévention et d'éducation à la santé**

A partir de septembre 2021, un nouveau dispositif d'appel à projets MSA dédié aux actions d'éducation sanitaire et sociale va être déployé sur l'ensemble des territoires.

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

L'objectif de l'appel à projets est de repérer, accompagner et financer des actions répondant à un besoin identifié sur un territoire pour apporter des bénéfices réels et mesurables aux publics ciblés.

L'appel à projets est ouvert :

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

Les projets pouvant intégrer l'appel à projets doivent s'inscrire dans le champ des actions de prévention et d'éducation sanitaire et sociale. Ils doivent également respecter les critères de recevabilité suivants :

- proposer des objectifs ciblés qui répondent aux priorités de prévention définies par les pouvoirs publics nationaux et locaux,
- choisir une cible pertinente en lien avec les objectifs proposés,
- décrire les moyens opérationnels pour donner une visibilité détaillée sur la mise en œuvre et l'évaluation de l'action en matière d'efficacité et d'impact sur les publics visés.

Pour préparer ce lancement, un dispositif d'accompagnement dédié aux MSA a été organisé. A travers celui-ci, l'objectif était de faciliter la prise en main de ce nouvel appel à projets ainsi que sa diffusion et promotion par les MSA sur le territoire. Dans ce cadre, un pilote pour chaque MSA a été désigné. Acteur pivot pour le lancement du dispositif, le pilote MSA a pour missions spécifiques de participer à la mise en place de l'appel à projets sur son territoire et d'assurer le renforcement des partenariats locaux pour l'intégration de la société civile dans le dispositif.

Des temps d'accompagnement réservés aux pilotes MSA et adaptés à leurs besoins ont été proposés à partir de mi-mai 2021 afin de leur apporter les outils nécessaires pour la réalisation de leurs missions respectives.

3.1.2. Un accompagnement des personnes dans l'accès aux droits, leur parcours de santé, la prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien en emploi 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 de 40 à 45 mn. Il est proposé par la MSA ou demandé par l'assuré lorsque sa situation rend nécessaire de faire un point complet sur l'état de ses droits sociaux. L'objectif est de permettre aux assurés agricoles (exploitants, salariés ou retraités) de faire valoir l'intégralité de leurs droits auprès de la MSA et de ses partenaires.

Ce dispositif phare du guichet unique concerne l'ensemble des prestations légales et extralégales, de base et complémentaires, en santé, famille, retraite, invalidité, ainsi que les aides diverses et l'offre de service de la MSA. Il contribue ainsi à lutter contre le non-recours.

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

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

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

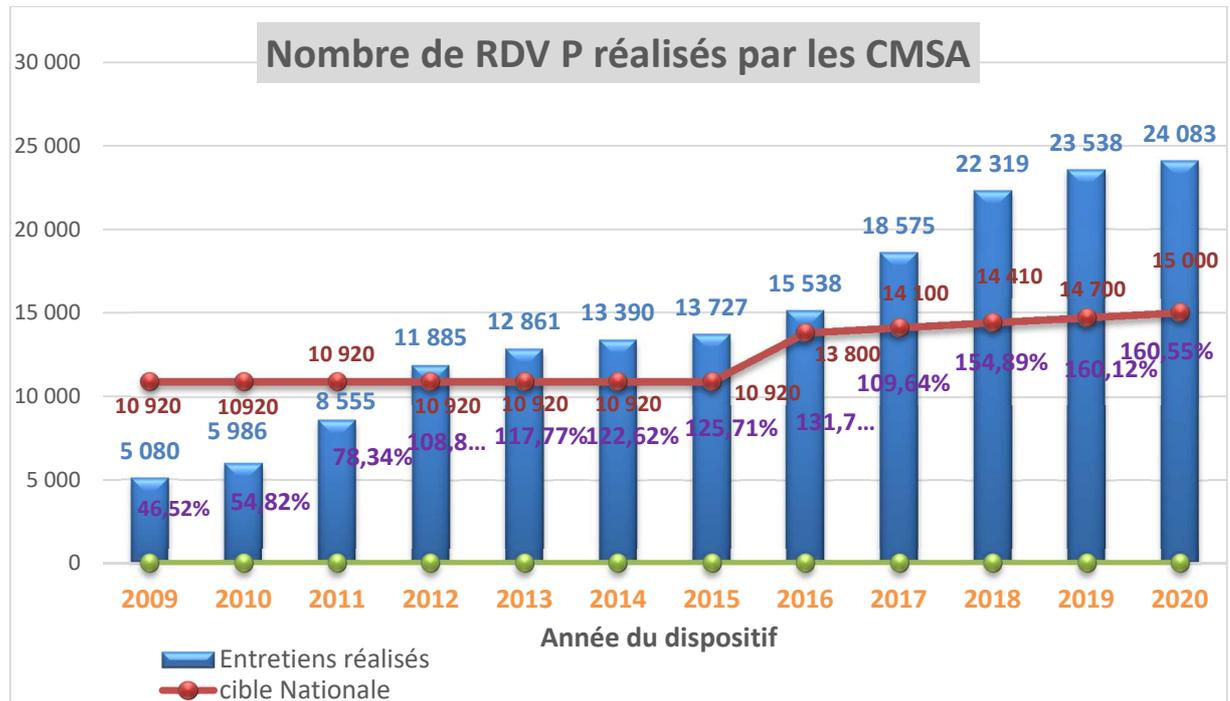
La progression constante du nombre d'entretiens démontre l'investissement des caisses et combien ils sont appréciés des assurés. Le taux de satisfaction en 2020 se situe à 97,2 %.

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

La cible nationale retenue dans le cadre de la COG 2016-2020 pour l'année 2020 était de 15 000 Rendez-vous Prestations annuels. La cible est dépassée depuis plusieurs années.

En 2020, le volume des entretiens atteint le résultat de 24 083 Rendez-vous Prestations réalisés par l'ensemble des 35 caisses de MSA (**Graphique 33**). Ce chiffre est en augmentation de 2,3 % par rapport à 2019. Les caisses se sont adaptées à la fermeture des accueils de la première période de confinement et aux consignes sanitaires ensuite, en aménageant leur activité, ce qui a permis l'atteinte d'un résultat national exceptionnel compte tenu de la situation sanitaire.

Graphique 33 :
Nombre de Rendez-vous Prestations réalisés de 2009 à 2020



Les caisses de MSA ont procédé tous domaines confondus à 7 222 ouvertures de droits, 1 799 révisions et 226 fermetures de droits.

Concernant les ouvertures de droit, on dénombre :

- 3 032 ouvertures de droits en santé, soit 42 % du total,
- 2 202 ouvertures de droits en retraite, soit 30,5 % du total,
- 1 520 ouvertures de droits en famille, soit 21 % du total,
- le reste concerne l'ASS (6,1 % du total) et l'invalidité (0,4 %).

Par rapport au nombre total de droits ouverts, l'ouverture des droits en santé est concentrée d'abord sur les prestations maladie en nature (17,3 %), la CMU-C (11,3 %), puis la carte vitale (8,1 %). En retraite, l'ouverture des droits est plus dispersée et concerne la pension de réversion SA (6,3 %), la retraite de réversion RCO SA (4,5 %), la retraite personnelle SA (3,5 %) et NSA (3,4 %). En famille, les trois principales prestations avec des droits ouverts sont la prime d'activité (3,6 %), le rSa (3,1 %) et la prime de naissance (3 %).

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

3.1.2.2. L'accompagnement du parcours des malades complexes : les résultats de l'évaluation

L'action expérimentale « accompagnement des malades complexes » (AMC) correspond à une exploration des possibilités d'évolution de l'activité des médecins-conseils : consacrer une part de leur activité à l'amélioration de la pertinence des parcours de santé en s'appuyant sur une connaissance globale des assurés et des professionnels de santé qui les prennent en charge, nécessitant une organisation de leur activité par portefeuille territorial et des contacts réguliers.

a. Description de l'action

Dans cette action expérimentale, l'hypothèse reposait sur le constat que les malades présentant une situation complexe ne bénéficient pas toujours d'un parcours de santé optimisé.

La cible choisie était composée des patients assurés agricoles pris en charge pour au moins 3 ALD liste (1-30) ou 32 (ALD hors liste 31 non incluse).

Le mode d'intervention utilisé était un entretien entre le médecin-conseil et le médecin généraliste traitant de ces patients.

La question était d'évaluer si l'intervention du médecin-conseil auprès du médecin généraliste traitant par un entretien optimise la prise en charge de ces assurés.

Après avoir déclaré être volontaires pour participer à l'expérimentation, les médecins traitants ont été randomisés en 2 groupes : médecins traitants « cas » bénéficiant d'un entretien avec un médecin-conseil et médecins traitants « témoins » sans entretien (sans qu'ils connaissent les résultats du tirage au sort). Tous devaient recruter deux patients et, pour chacun des patients, remplir 3 questionnaires : à l'inclusion, 3 mois après et 6 mois après. L'entretien avec les médecins traitants « cas » était planifié après l'inclusion de leurs deux patients.

Les domaines d'intervention ont été fixés en fonction des principaux besoins exprimés par les médecins généralistes recensés à partir de différentes sources (enquête d'une URPS, thèse, points critiques des parcours de soins repérés avec un médecin généraliste du CNGE, plan personnalisé de coordination en santé établi par la HAS). Les 6 axes fixés pour l'entretien étaient :

1. Optimisation de la couverture médicosociale,
2. Information sur les possibilités de financement de prises en charge spécifiques adaptées aux patients (dans le cadre du droit commun et par le fonds national d'action sanitaire et sociale),
3. Optimisation de l'utilisation de l'offre sanitaire et sociale locale (dont nouveaux modes de soins) et de leur coordination,
4. Information sur les possibilités de soutien à l'aidant (offre MSA et autres),
5. Contribution à la réduction des effets indésirables liés aux soins,
6. Ecoute des besoins non couverts et recensement des manques dans l'offre territoriale.

b. Résultats de l'évaluation

Le nombre d'assurés atteints de 3 ALD ou plus inclus dans l'action expérimentale AMC était de 308 (175 en 2019, 133 en 2020). Ce nombre correspond à 65 % de l'objectif initial. Le nombre de médecins qui ont accepté de s'engager dans l'action est de 178 (64 % de l'objectif initial).

La principale difficulté rencontrée a été le recrutement des médecins généralistes traitants : difficultés pour les contacter et pour les recruter.

Évaluation quantitative

L'évaluation quantitative a été menée à partir des questionnaires remplis par les médecins traitants « cas » et « témoins » à l'inclusion des patients, 3 mois après et 6 mois après.

Le nombre limité d'observations et la qualité inégale des données n'ont pas permis d'aboutir à une analyse sur la base de résultats significatifs.

Si le volume insuffisant interdit toute conclusion sur l'efficacité ou pas de la démarche du médecin-conseil vers le médecin traitant, certaines des données médicosociales recueillies illustrent, par la fréquence des constats dans l'échantillon, l'inadaptation du système de santé et les besoins non couverts pour les assurés agricoles :

- des besoins d'aide à domicile non couverts (diététicien, kinésithérapeute, ergothérapeute) ;
- la présence massive d'un aidant naturel (presque toujours), lui-même nécessitant des soins (care + cure) ;
- l'absence totale de recours ou d'accès au psychologue ;
- la quasi absence de recours ou d'accès à l'ETP et à d'autres formes d'éducatives en santé ;
- la quasi absence de recours ou d'accès à une prise en charge dédiée spécifiquement aux patients complexes (CLIC, etc.) ;
- dans une moindre mesure, le recours relativement fréquent à l'hospitalisation non programmée ;
- le faible recours à une évaluation du risque médicamenteux.

Pourtant, les assurés agricoles inclus dans l'action étaient réputés complexes et les besoins mis en évidence correspondent à des soins primaires. Ces soins sont fondamentaux, ils devraient être universellement disponibles et devraient être mis en œuvre dans une majorité des situations complexes.

Ces constats ne sont pas une découverte de l'expérimentation AMC et ne sont pas récents. Ils continuent pourtant d'interroger sur l'intensité, la nature et la répartition des efforts d'organisation des soins ambulatoires restant à faire.

Évaluation qualitative

L'évaluation qualitative a consisté en des entretiens semi-structurés avec des médecins généralistes et des caisses ayant participé à l'action.

Les principales recommandations issues de cette évaluation sont :

- préciser la définition de la complexité pour mieux cibler les patients et augmenter la valeur ajoutée de l'entretien entre le médecin-conseil et le médecin généraliste traitant ;
- simplifier la prise en charge des bénéficiaires MSA complexes par les médecins généralistes ;
- optimiser le temps consacré par les médecins généralistes à l'action ;
- clarifier les missions et les rôles des médecins-conseils de la MSA dans le contexte de baisse de la démographie médicale ;
- communiquer en direction des médecins généralistes sur le portefeuille de services offerts par la MSA.

c. Conclusion

L'expérimentation « accompagnement des malades complexes » a permis de dégager des pistes d'optimisation d'interventions en direction des professionnels de santé. Ces constats permettront de guider la conception de futures actions d'accompagnement des parcours de soins reposant sur une communication en direction des professionnels de santé.

3.1.2.3. La prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien en emploi

a. Contexte : la politique de maintien en emploi de la MSA depuis 2013

Depuis 2013, la MSA s'est engagée dans une démarche partenariale à travers la convention nationale multipartite pour l'emploi des travailleurs handicapés.

Dans cette optique, mais également dans le cadre de la mise en œuvre de la COG 2016-2020, la MSA a pris l'engagement auprès des pouvoirs publics de déployer des cellules pluridisciplinaires de maintien en emploi (CPME) pour accompagner les actifs agricoles en risque de désinsertion professionnelle consécutivement à un problème de santé ou à un handicap.

Toutes les MSA sont dotées d'une CPME depuis fin 2017, suite à l'envoi de la lettre à toutes les caisses du 9 juillet 2015 qui a permis de généraliser l'existence des CPME.

La CPME permet d'accompagner la personne en risque de désinsertion professionnelle (SA et NSA), de manière renforcée, grâce à la détection précoce des difficultés éventuelles, de nature sociale, économique ou de santé, pouvant avoir un impact sur son aptitude professionnelle. Elle constitue également un moyen de lutte contre la précarité des ressortissants agricoles dès lors qu'elle contribue, par cette approche multiple, à rechercher et à proposer des solutions adaptées à la situation de ces personnes.

b. Les enjeux de la politique de maintien en emploi pour les personnes en situation à risque de désinsertion professionnelle suite à un accident, une maladie ou un handicap

Le maintien en emploi est une démarche partenariale qui mise sur une logique de parcours pour prévenir les risques d'inaptitude et de désinsertion professionnelle d'une personne dont l'état de santé peut avoir un impact sur son emploi.

La réussite de l'accompagnement des personnes repose sur 3 facteurs :

- la détection la plus précoce possible des situations à risque de désinsertion professionnelle une fois le problème de santé avéré avec ou sans arrêt de travail,
- la coordination des acteurs et la complémentarité des moyens mobilisés pour mettre en place des solutions adaptées,
- la sensibilisation des employeurs.

L'enjeu est d'autant plus important que la population active française menacée de désinsertion professionnelle est appelée à croître. L'estimation de 1 à 2 millions de personnes soit 5 à 10 % des salariés concernés à court-moyen terme au niveau national se base sur différents constats :

- l'allongement de la durée de la vie au travail,
- l'augmentation des maladies professionnelles, des maladies chroniques,
- le progrès médical permettant une activité professionnelle aménagée pour les personnes vivant avec une pathologie chronique évolutive,

- 75 % des avis d'inaptitude ont pour causes des troubles ostéo-articulaires ou des troubles mentaux avec une augmentation chez les moins qualifiés et les plus âgés.

Parallèlement, le contexte institutionnel évolue également favorablement : financement de la formation lors des arrêts de travail, élargissement de l'offre de service Cap emploi au maintien dans l'emploi, mobilisation du compte pénibilité, Plan santé au travail, Plan de santé publique.

Encadré 7 : Projet de data science et de détection précoce du risque de désinsertion professionnelle

Un projet prévu en 2021 est d'outiller le réseau MSA pour améliorer la capacité de détection précoce des signaux faibles de désinsertion professionnelle grâce à l'élaboration d'un outil d'intelligence artificielle. La finalité est de mettre à disposition des professionnels MSA un outil opérationnel à partir de l'année 2022.

Contexte du chantier

Problématiques de plus en plus visibles des politiques de santé publique et de santé au travail, la prévention de la désinsertion professionnelle ou le maintien dans l'emploi constituent des enjeux majeurs pour la MSA. Dans un contexte de vieillissement de la population active, de prévalence des maladies chroniques et de recul progressif de l'âge de départ en retraite, la prévention de la désinsertion professionnelle et les actions en faveur du maintien en emploi produisent en effet des effets positifs tant en termes de santé et de parcours professionnels des salariés qu'en termes d'emploi.

Une prévention à outiller pour une détection précoce des situations de fragilité

Le facteur déterminant pour le maintien dans l'emploi est une détection précoce pour une prise en charge la plus rapide possible des situations de fragilité. Au régime général, il existe un dispositif de repérage des situations de risque de désinsertion professionnelle. Celui-ci repose sur des requêtes conçues pour cibler les arrêts de travail de longue durée. Dans un deuxième temps, les assurés ciblés sont invités à des entretiens collectifs ou individuels menés par les travailleurs sociaux. Comme le souligne cependant l'IGAS « il apparaît souhaitable de réviser ce processus de requêtage en raccourcissant les délais d'une part et en introduisant d'autres critères de fragilité d'autre part ».

Il est proposé d'outiller la prévention du risque de désinsertion professionnelle des assurés MSA en s'inspirant du ciblage mis en œuvre au régime général. Il s'agit cependant d'élargir les critères de fragilité en tirant profit des potentialités offertes par les algorithmes d'apprentissage automatique ou d'intelligence artificielle.

Cibles identifiées

Les assurés dont les signaux d'altération de la santé induisent un risque de désinsertion professionnelle. Outre les TMS, les troubles de santé mentale, les pathologies cardiovasculaires, la littérature indique que l'âge, le niveau d'étude, l'isolement social, les arrêts de travail répétitifs ou longs comptent parmi les facteurs individuels de risque. L'absentéisme, le turn over des employés, l'indice de sinistralité constituent d'autres facteurs, observés cette fois-ci au niveau de l'employeur, contribuant au risque de désinsertion professionnelle.

c. Elaboration d'un parcours maintien en emploi MSA

Sur la période 2016-2020, les bilans d'activité des CPME montrent une forte diversité d'organisation et de fonctionnement des modalités de travail des caisses sur ce sujet, mettant en lumière la difficulté de définition commune des cas complexes devant faire l'objet d'un examen en CPME et la diversité d'approche du sujet dans le réseau.

Pour aller plus loin dans l'accompagnement des personnes concernées par un risque de désinsertion professionnelle au titre d'une problématique de santé ou de handicap, il convient d'élaborer un parcours global d'accompagnement qui dépasse le cadre de la CPME, dans une logique de guichet unique, avec pour objectif de prévenir ce risque de désinsertion professionnelle. Dès lors, les CPME constitueront un outil essentiel d'un parcours plus global qui devra également induire une évaluation.

Pour cela, il convient de conduire des travaux en transversalité durant l'année 2021 afin de proposer un parcours opérationnel en 2022.

d. Méthode envisagée

❖ Objectif 1/ Faire un état des lieux de la politique de maintien en emploi

Il s'agit de réaliser une cartographie des services MSA et des partenaires MSA, en comparaison avec d'autres organismes de protection sociale.

L'état des lieux doit permettre notamment de mieux identifier l'offre d'accompagnement de nos partenaires et de connaître les événements de santé et de vie (ex : accident du travail, maladie professionnelle, handicap...) des assurés MSA (salariés et non-salariés), prévus ou imprévus, qui impactent durablement les capacités de maintien en emploi.

❖ Objectif 2/ Formaliser un parcours cible

Il s'agit de définir une méthodologie et un processus de fonctionnement MSA de prévention de la désinsertion professionnelle avec un groupe d'experts du réseau MSA.

Le parcours cible doit notamment permettre d'outiller le réseau MSA pour améliorer les étapes d'identification, d'analyse des situations individuelles, d'accompagnement et de suivi de la situation individuelle du travailleur concerné.

❖ Objectif 3/ Organiser le déploiement du parcours avec le réseau MSA

Il s'agit d'accompagner le déploiement du parcours auprès du réseau MSA, via notamment :

- La mise en œuvre de la méthodologie et du processus de fonctionnement MSA de prévention de la désinsertion professionnelle,
- Une étape de paramétrage de l'outil métier pour le suivi et l'évaluation du parcours,
- Une période de test par un groupe de caisses,
- Une possible articulation avec le Programme de prévention et d'accompagnement du mal-être MSA (en cours d'élaboration en 2021) et, plus particulièrement, les dispositifs de prévention des risques psycho-sociaux au travail.

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

Dans le cadre du programme qu'elle développe, la MSA se mobilise auprès des populations agricoles en situation de mal-être. A ce titre, elle vient répondre à des situations dans lesquelles ses adhérents se trouvent en état physique ou mental dégradé, issu de difficultés multifactorielles : professionnelles, personnelles, économiques ou encore sociales ; difficultés qui peuvent conduire jusqu'au suicide.

La CCMSA a engagé au début de l'année 2021, l'élaboration d'un programme national de prévention et d'accompagnement des ressortissants agricoles en situation de mal-être. Ces travaux sont réalisés dans un contexte où le sujet du mal-être dans le monde agricole revêt un caractère prégnant et où il constitue aujourd'hui une des priorités des pouvoirs publics, comme l'illustrent le rapport du député Olivier Damaisin et la mission sénatoriale co-animée par Françoise Férat et Henri Cabanel.

Dans ce cadre, la MSA s'est donnée l'ambition d'asseoir son rôle de guichet unique en articulant ses actions à destination de ses adhérents, au-delà même du plan suicide dont elle a la charge depuis 2011. Cette stratégie vise à améliorer la qualité de prise en charge de ses assurés, notamment en développant les synergies liées à son approche multidisciplinaire de la protection sociale.

Les dispositifs développés jusqu'à ce jour ont vocation à être réorganisés dans une logique de parcours, autour des différentes étapes où la MSA intervient auprès de ses bénéficiaires : prévention, repérage, accompagnement et prise en charge, suivi. Ces dispositifs s'inscrivent en complément des missions traditionnelles de la MSA, en tant qu'organisme de protection sociale. A cet égard, des parcours spécifiques sont en cours de développement.

Pour répondre à ces évolutions, l'organisation interne doit également être repensée de manière à positionner les cellules pluridisciplinaires de prévention du suicide sur tout le champ du mal-être. Au-delà de cette réorganisation et afin de répondre à ces nouvelles pratiques, le réseau sera également outillé et équipé. Les premiers travaux ont abouti à l'élaboration d'une grille multi-critères d'orientation des bénéficiaires et un catalogue des offres pour chacune des caisses de MSA.

A travers la structuration de son approche sur la problématique du mal-être, la MSA souhaite améliorer la prévention et l'accompagnement en rendant son action plus accessible et plus visible, tant pour les assurés que pour ses partenaires. L'élaboration de ce programme a également pour objectif de positionner la MSA comme un acteur incontournable de la mise en œuvre du futur plan d'actions interministériel de prise en charge du mal-être agricole.

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

Dès 2017 la MSA, à partir de son outil « GéoMSA », a développé dans chaque caisse en concertation avec l'ARS un diagnostic territorial sur au moins un territoire fragile afin de déterminer les actions à mettre en place notamment en matière d'organisation des soins. Un rapport national de synthèse a été élaboré en 2020.

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

Depuis 2019, la Direction du Contrôle Médical et de l'Organisation des Soins a élaboré avec des représentants du réseau une stratégie et des outils pour venir en appui des caisses dans leur accompagnement à la création de SEC. Cet appui s'est poursuivi tout au long de l'année 2020.

La stratégie santé MSA a fixé également comme objectif le développement de l'implication des caisses de MSA dans les Contrats Locaux de Santé. Dans ce but, un guide méthodologique et des outils ont été élaborés en 2020.

Enfin, la MSA pour promouvoir l'exercice regroupé et l'installation en milieu rural auprès des jeunes professionnels de santé développe le programme « Educ'Tour ».

1- Elaboration d'un rapport de synthèse des volets qualitatifs des diagnostics territoriaux réalisés

En 2017, la MSA a développé un outil précurseur « GéoMSA » pour réaliser des diagnostics territoriaux (<https://geomsa.msa.fr>) 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 matière d'accompagnement.

Le volet quantitatif du diagnostic territorial MSA comporte à ce jour 8 thématiques à partir de 140 indicateurs primaires 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.

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.

En 2020, un rapport de synthèse du volet qualitatif des 35 diagnostics territoriaux (560 entretiens semi-directifs auprès notamment des élus locaux, des usagers, des professionnels de santé, des élus MSA et 36 focus groupe) a été réalisé par l'ASEPT Franche-Comté Bourgogne sous l'égide de la CCMSA. La synthèse du rapport de synthèse est publiée en **Annexe 5**.

Les principaux résultats confirment des constats connus mais renforcés dans les territoires ruraux :

- le médecin généraliste plébiscité comme professionnel de santé de référence du 1er recours ;
- un système de santé organisé autour du soin hospitalier avec des cloisonnements entre soins primaires et spécialisés ;
- des inégalités d'accès aux soins accrues dans les territoires ruraux ;
- les personnes âgées agricoles et les précaires plus particulièrement exposés ;
- des liens entre les élus communautaires et les structures organisatrices de l'offre de soins qui se renforcent ;
- des outils identifiés comme des réponses aux déserts médicaux incarnés par les maisons de santé et la télémédecine ;
- des collaborations locales non formalisées (prises en charge de personnes âgées isolées) existent et fonctionnent ;
- une confusion entre MSP labellisées et regroupements de professionnels de santé ;
- le constat préoccupant du peu de place occupé par la prévention.

2- La MSA poursuit son implication dans la mise en place de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) en milieu rural

La MSA contribue au côté des ARS et de l'Assurance Maladie à l'accompagnement des professionnels de santé dans leur volonté de s'organiser en mode coordonné.

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.

En 2020, l'accompagnement des caisses a été renforcé par la :

- Conception de webinaires thématiques ;
- Mise en place d'un réseau social interne sur ce projet, pour fédérer la « communauté » des référents « structure d'exercice coordonné » (SEC) en MSA et favoriser l'interactivité entre les CMSA du réseau.

En 2020, malgré la crise sanitaire, le projet s'est poursuivi bien qu'avec une certaine hétérogénéité selon les territoires, variant selon les possibilités de mobilisation des professionnels de santé libéraux. Il est à noter que la crise a permis de mettre en avant le rôle pivot de la CPTS dans la coordination des professionnels de santé notamment en situation d'urgence. Ainsi, des centres de dépistage et de vaccination se sont organisés rapidement grâce à ce nouveau dispositif.

A fin mars 2021, la MSA a participé à la création de 67 structures d'exercice coordonné :

- 44 CPTS ;
- 16 MSP ;
- 5 équipes de soins primaires ;
- 2 Centres de santé.

Le Livre Blanc et la stratégie santé MSA ont affiché l'objectif de développer l'accompagnement des hôpitaux de proximité par la MSA.

Les CPTS ont pour objectif une meilleure coordination sur un territoire des professionnels de santé libéraux entre eux mais aussi avec les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Dans ce but, la MSA développe en 2021, à titre expérimental, avec 4 caisses l'accompagnement conjoint sur un même territoire d'une CPTS et d'un hôpital de proximité afin notamment de fluidifier les parcours ville-hôpital des patients.

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. L'organisation 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, favorise une approche globalisée de la santé que l'on retrouve dans le dispositif « Contrat local de santé » qui permet de décloisonner les secteurs impactant l'état de santé des populations.

Depuis 2017, elle s'est 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 et 10 caisses de MSA sur 26 rapportent qu'elles assurent le pilotage et la mise en œuvre d'actions notamment de prévention et contribuent au développement d'actions en santé environnementale et d'accès aux soins.

Fin 2020, afin de renforcer son engagement dans les CLS auprès des collectivités locales et des ARS, en faveur de la population des territoires ruraux, un comité technique réunissant des représentants des directions concernées de la CCMSA et des CMSA expérimentées du réseau a été mis en place afin de développer un outillage opérationnel à destination des CMSA. Un guide méthodologique à destination des caisses locales a été élaboré et diffusé au cours du second trimestre 2021.

4- Educ'tour

Il s'agit d'une formation interprofessionnelle facultative, proposée par la MSA en co-construction avec les universités. Elle a pour objectif la pratique et la promotion de l'exercice coordonné, la reconnaissance de chaque métier en santé pour créer des synergies ainsi que la facilitation à l'installation notamment en milieu rural. Elle permet aux étudiants en santé d'envisager les différents aspects d'un travail en interdisciplinarité, ses difficultés, ses avantages, de savoir monter un projet de santé adapté à un territoire sous dense, et en faire la promotion au sein de leur institut de formation. Cette action s'inscrit dans le plan gouvernemental pour renforcer l'accès territorial aux soins - Stratégie Ma santé 2022.

Elle concerne tous les étudiants en santé principalement en médecine générale, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et assistants sociaux.

La formation se déroule en deux temps :

1. **Théorique** : La formation théorique intervient dans les campus universitaires. Les étudiants sont répartis en groupe interprofessionnel. Les groupes sont invités à interroger les représentations, la conception de chaque métier de la santé et la notion d'identité professionnelle afin de s'approprier les démarches de coordination de soins et de connaître les différentes structures de collaboration (réseaux, maisons et pôles de santé etc.) Les travaux se poursuivent avec la construction d'un projet de santé interprofessionnel basé sur un diagnostic de zone rurale sous dense.
2. **Pratique** : La MSA organise une journée terrain avec les professionnels de santé. Elle consiste à plonger ces jeunes étudiants dans le territoire d'application choisi en favorisant la découverte du territoire et les échanges professionnels pour découvrir l'exercice coordonné, son organisation pratique et créer du lien. Le projet de santé interdisciplinaire est le support des échanges.

Encadré 8 : Zoom sur la 5^{ème} édition de l'EDUC'TOUR

Le contexte

L'Association Française pour le Développement de l'Education Thérapeutique (AFDET) porte un séminaire interprofessionnel « Apprendre à travailler ensemble », composé d'étudiants en fin d'études de kinésithérapie, médecine générale, psychologie, soins infirmiers, sage-femme, assistant de service social et orthophonie.

Il a pour objectifs de leur apprendre à se connaître, à travailler ensemble. La création d'un projet de santé en milieu rural et en groupes interprofessionnels en milieu rural en est l'aboutissement.

L'EDUC'TOUR est une journée de visite et de rencontres entre étudiants et professionnels du territoire afin de co-construire un projet local de santé.

L'EDUC'TOUR s'inscrit dans le cadre des Contrats Locaux de Santé des Pays Graylois, des Vosges Saônoises et Vesoul-Val de Saône, en partenariat avec l'Agence Régionale de Santé Bourgogne Franche-Comté (ARS BFC) et avec l'appui de l'Association Santé Education et Prévention sur les Territoires Franche-Comté/Bourgogne (ASEPT FC/B) et la Mutualité Sociale Agricole de Franche-Comté.

La date

Journée du 27 janvier 2020

Le public

96 étudiants et leurs enseignants en provenance de Besançon, ainsi que les acteurs du territoire.

Les territoires

- Le Pays Graylois : 37 434 habitants, composé de 3 EPCI.
- Le Pays des Vosges Saônoises : 81 455 habitants, composé de 6 EPCI.
- Le Pays Vesoul-Val de Saône : 76 326 habitants, composé de 5 EPCI.

Les objectifs

Les rencontres et les temps d'échanges programmés sur la journée avec les acteurs du territoire (professionnels de la santé et du social, structures et établissements médico-sociaux, représentants institutionnels et élus) ont pour objectifs de :

- faire évoluer les représentations des étudiants par rapport à l'exercice en milieu rural,
- faire découvrir les Pays Graylois, des Vosges Saônoises et Vesoul-Val de Saône,
- promouvoir les projets et les dynamiques portés sur les territoires,
- co-construire avec les étudiants un projet de santé interprofessionnel.

Le bilan/l'évaluation de la journée

Disponible à partir de :

https://www.asept.org/images/Animation_territoriale/Livret_bilan_EducTour_2020.pdf

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 2021, 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.

3.3.1. Les actions du plan national GDR 2020 de la MSA

Le plan national de gestion du risque (GDR) 2020 de la MSA comportait 22 actions, dont certaines menées en inter-régimes.

Le bilan de ces actions du plan GDR 2020 de la MSA est annexé à ce rapport (**Annexe 6**).

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

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

Les caisses de MSA poursuivront ainsi la mise en œuvre des actions inscrites dans le plan annuel de gestion du risque MSA 2021 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 2021 comprend les actions pérennes du plan 2020 et des actions nouvelles, présentées en partie dans le rapport Charges et Produits MSA 2021.

3.3.2. Les nouvelles études

3.3.2.1. Pertinence et efficacité des produits de santé

Dans le cadre de la pertinence et l'efficacité des produits de santé, la MSA propose de nouvelles études pour 2021-2022 concernant les médicaments.

En 2020, les montants remboursés de médicaments délivrés en officine de ville (honoraires de dispensation à la boîte inclus) et de médicaments rétrocédés représentent 24,8 % des dépenses de soins de ville du régime agricole, pour un montant de **1 173 millions d'euros**.

a. Les dépenses de médicaments délivrés en officine

En 2020, le régime agricole a remboursé **124 millions de boîtes de médicaments** délivrées en officine de ville (- **3,0 % sur un an** après - 5,2 % en 2019). Les trois produits les plus délivrés sont 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 **1 249 millions d'euros** (honoraires de dispensation à la boîte inclus), en baisse de 2,7 %.

Outre la baisse des volumes, cette diminution s'explique en partie par les mesures de baisse de prix. Pour compenser celles-ci, différents honoraires de dispensation ont été accordés. Au 1^{er} janvier 2020, une revalorisation de deux honoraires de dispensation a eu lieu : d'une part, l'honoraire pour toute exécution d'ordonnance pour les patients de moins de 3 ans et ceux de 70 ans et plus est passé de 0,51 € TTC à 1,58 € TTC ; d'autre part, l'honoraire pour toute exécution d'ordonnance comportant un ou plusieurs médicaments dits spécifiques est passé de 2,04 € TTC à 3,57 € TTC. Ces différents honoraires représentent **69,0 millions d'euros** en 2020, soit 5,5 % du total du poste pharmacie.

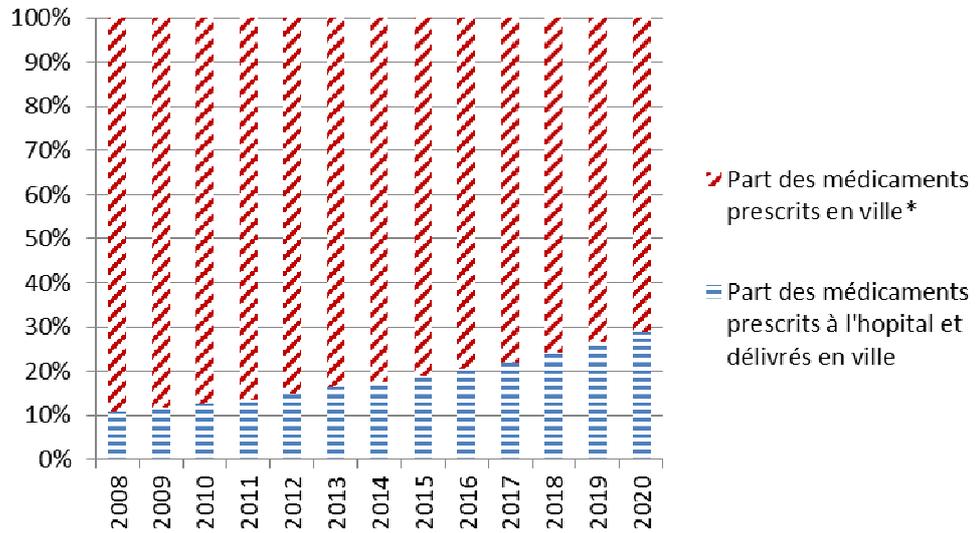
Tableau 42 :
Honoraires de dispensation

	2017	2018	2019	2020
TOTAL PHARMACIE (ville + rétrocession)	1 208 933 145 €	1 215 527 502 €	1 218 075 713 €	1 246 478 978 €
dont Autres honoraires (hors honoraires à la boîte)	- €	- €	41 461 859 €	68 958 228 €
Part des Autres honoraires	0,0%	0,0%	3,4%	5,5%
dont Honoraires de dispensation			11 822 506 €	11 259 196 €
dont Honoraires de dispensation de médicaments spécifiques			23 421 859 €	39 135 164 €
dont Honoraires de dispensation lié à l'âge			6 217 494 €	18 563 868 €

Source : MSA

Les médicaments prescrits à l'hôpital et faisant l'objet d'une délivrance en officine de ville progressent de **5,1 % en 2020**. Ils représentent une part toujours plus importante dans la dépense de médicaments : 28,8 % en 2020 (26,6 % en 2019 – **Graphique 34**).

Graphique 34 :
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

Encadré 9 : Praluent® et Repatha®

Les différentes étapes du traitement de l'hypercholestérolémie isolée (élévation du LDL-cholestérol) ou de la dyslipidémie mixte (élévation du LDL-cholestérol et des triglycérides sanguins) reposent sur :

- des mesures hygiéno-diététiques en prévention primaire ;
- un traitement par statine en prévention primaire et/ou en prévention secondaire ;
- un traitement par ézétimibe seul en cas de contre-indication ou d'intolérance aux statines, ou en association avec une statine, en prévention secondaire (fiche de Bon Usage des Médicaments, HAS, 2009).

Les anti-PCSK9 (evolocumab - Repatha® - et alirocumab - Praluent®) sont des médicaments de 3^{ème} intention réservés aux patients qui restent non contrôlés malgré l'utilisation de l'ensemble des traitements hypolipémiant disponibles (conformément au périmètre de remboursement défini par la HAS).

Ils ont d'abord été admis au remboursement début 2018 dans des indications thérapeutiques de niche (hypercholestérolémies familiales) visant peu de patients (population cible tous régimes estimée à 300 patients).

Après extension de leurs autorisations de mise sur le marché (AMM) et évaluation de la HAS (5 septembre 2018 et 17 juillet 2019), le champ de leur remboursement a été élargi en juillet 2020^{22,23} aux indications de prévention secondaire du risque cardiovasculaire, en 3^{ème} ligne et en association à un traitement hypolipémiant optimisé (indications restreintes par rapport à leurs AMM qui permettent leur utilisation en l'absence d'hypolipémiant optimisé). La population cible totale a ainsi été multipliée par 1 000 (314 730 assurés tous régimes selon la HAS).

L'admission au remboursement de ces nouvelles indications thérapeutiques a donné lieu à une nouvelle négociation de prix entre les laboratoires et le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) afin de contenir les dépenses et de limiter l'impact budgétaire de ces produits dans la prévention secondaire du risque cardiovasculaire.

Au régime agricole, les montants remboursés de Repatha® et Praluent® ont augmenté de 651 % entre 2018 et 2020. Cette augmentation est particulièrement marquée à partir de juillet 2020, date d'admission au remboursement des indications de prévention secondaire du risque cardiovasculaire.

Tableau 43 :
Montants remboursés de Repatha® et Praluent® de 2018 à 2020

Montants remboursés MSA	2018	2019	2020
Repatha	1 179 €	28 407 €	124 016 €
Praluent	44 547 €	125 491 €	219 229 €
Total anti-PCSK9	45 727 €	153 899 €	343 245 €

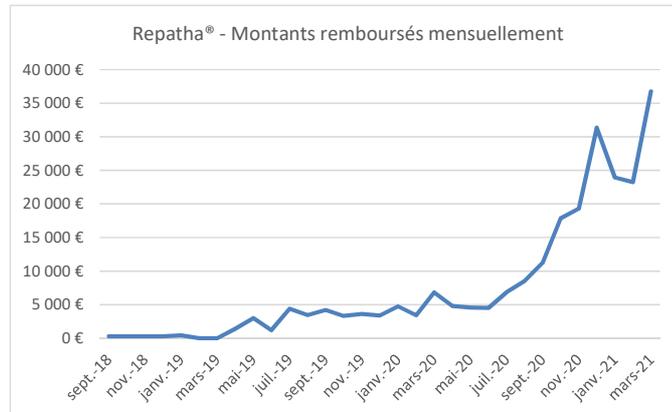
Hors honoraire de dispensation

Source : SNDS – exploitation MSA

²² Arrêté du 20 juillet 2020 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.

²³ Arrêté du 27 juillet 2020 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.

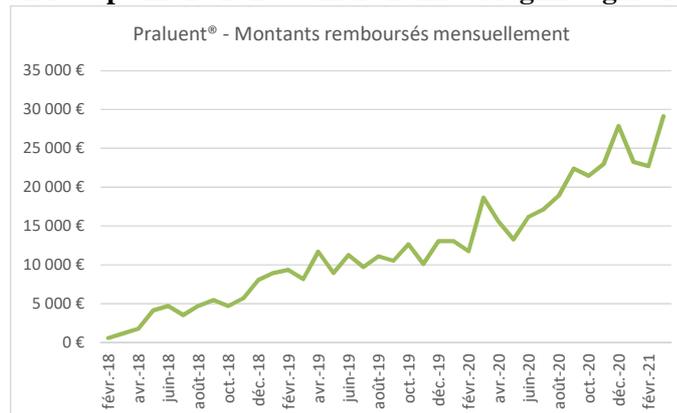
Graphique 35 :
Evolution des montants remboursés de Repatha®
entre septembre 2018 et mars 2021 au régime agricole



Hors honoraire de dispensation

Source : SNDS – exploitation MSA

Graphique 36 :
Evolution des montants remboursés de Praluent®
entre septembre 2018 et mars 2021 au régime agricole



Hors honoraire de dispensation

Source : SNDS – exploitation MSA

Le nombre d'assurés ayant initié un traitement par Repatha® ou Praluent® depuis septembre 2018 au régime agricole a augmenté de **638 %** entre 2018 et 2020.

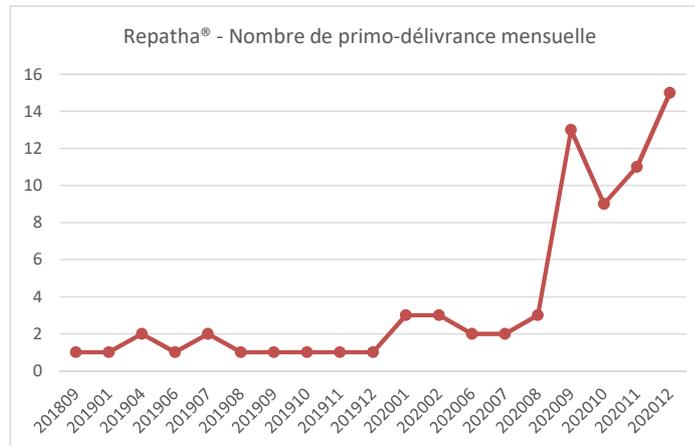
Tableau 44 :
Nombre de bénéficiaires de 2018 à 2020, en date de soins
(données à fin mars 2021 en date de remboursement)

Nombre de bénéficiaires MSA (date de soins)	2018	2019	2020
Repatha	1	11	61
Praluent	15	10	41
Total anti-PCSK9	16	21	102

Source : SNDS – exploitation MSA

Graphique 37 :*

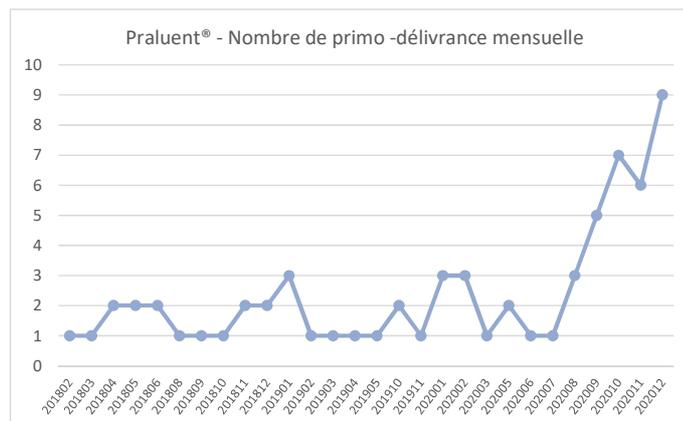
Evolution du nombre de bénéficiaires ayant initié un traitement de Repatha® depuis septembre 2018 au régime agricole (à fin mars 2021 en date de remboursement)



Source : SNDS – exploitation MSA

Graphique 38 :

Evolution du nombre de bénéficiaires ayant initié un traitement de Praluent® depuis septembre 2018 au régime agricole (à fin mars 2021 en date de remboursement)



Source : SNDS – exploitation MSA

Conditions de prescription de Repatha® et Praluent®

Compte-tenu de leur caractère particulièrement coûteux (coût moyen du traitement mensuel : 450 €) et de l'existence d'indications précises, ces spécialités pharmaceutiques relèvent du régime des médicaments d'exception.

L'ANSM a réservé la prescription initiale de Repatha® et Praluent® ainsi que le renouvellement annuel aux seuls cardiologues, endocrinologues, diabétologues et internistes. Le renouvellement infra-annuel est ouvert aux médecins généralistes.

Pour Repatha® et Praluent®, dans plus de 90 % des cas, la prescription réservée à certains prescripteurs est respectée.

Tableau 45 :
Répartition par type de prescripteurs du nombre de boîtes remboursées de Repatha®
entre septembre 2018 et mars 2021

Prescripteurs	Nombre de boîtes Repatha® remboursées entre septembre 2018 et mars 2021	Part
ETABLISSEMENT	458	39,7%
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE	331	28,7%
MEDECINE GENERALE	215	18,6%
CHIRURGIE UROLOGIQUE	66	5,7%
GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	42	3,6%
MEDECINE INTERNE	22	1,9%
ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISMES	12	1,0%
OPHTALMOLOGIE	3	0,3%
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	2	0,2%
NEPHROLOGIE	2	0,2%
ENSEMBLE	1 153	100,0%

Source : SNDS – exploitation MSA

Tableau 46 :
Répartition par type de prescripteurs du nombre de boîtes remboursées de Praluent®
entre février 2018 et mars 2021

Prescripteurs	Nombre de boîtes Praluent® remboursées entre février 2018 et mars 2021	Part
ETABLISSEMENT	640	72,6%
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE	103	11,7%
MEDECINE GENERALE	97	11,0%
ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISMES	35	4,0%
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	2	0,2%
DERMATOLOGIE ET VENEROLOGIE	1	0,1%
MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	1	0,1%
RADIOLOGIE DIAGNOSTIC ET IMAGERIE MEDICALE	1	0,1%
RHUMATOLOGIE	1	0,1%
ENSEMBLE	881	100,0%

Source : SNDS – exploitation MSA

La prise en charge de Repatha® et Praluent® n'est possible qu'en association à un traitement par statine associé à l'ezetimibe seule ou à la cholestyramine. Les associations simples à des statines, sans cholestyramine ni ezetimibe, ne sont pas remboursables.

Tableau 47 :
Nombre de bénéficiaires avec un traitement ou non en association

	nombre de bénéficiaire ayant eu au moins une délivrance entre janvier 2018 et mars 2021
Repatha / Praluent seul	8
Repatha / Praluent avec statine	13
Repatha / Praluent avec cholestyramine / ezetimibe	145
Ensemble	166

Source : SNDS – exploitation MSA

Parmi les 166 bénéficiaires ayant eu une délivrance de Repatha® ou Praluent® entre janvier 2018 et mars 2021, 21 d'entre eux n'ont pas eu d'association avec cholestyramine ou ezetimibe, soit 12,7 % des bénéficiaires.

La mise sous demande d'accord préalable (DAP) de Praluent® et Repatha® et leur traitement par la MSA

Afin de contenir le risque de non-respect des indications remboursables et d'accompagner les prescripteurs dans le respect des recommandations et de la stratégie thérapeutique actuelle, les ministres ont décidé de subordonner la prise en charge de Repatha® et de Praluent® à l'accord préalable du service du contrôle médical des caisses d'assurance maladie^{24,25} à compter du **15 décembre 2020**.

La DAP concerne à la fois les prescripteurs en ville et les prescripteurs hospitaliers.

Les prescripteurs équipés doivent établir ces DAP de manière dématérialisée par le biais du télé-service dédié « Accord Préalable Médicament », sur le portail amelipro. Par dérogation, dans l'attente de la mise à disposition effective du téléservice à l'ensemble des prescripteurs (hospitaliers notamment), la DAP peut être établie sur un formulaire papier spécifique.

S'agissant des DAP dématérialisées, la décision de prise en charge résulte - pour partie - d'un algorithme appliqué aux données de santé renseignées par le prescripteur, dans le respect des indications thérapeutiques remboursables. Les logigrammes décisionnels soutenant la décision de prise en charge ont été publiés au Journal Officiel en même temps que la décision de mise sous demande d'accord préalable. En cas d'accord, le téléservice permet de générer une prescription valant ordonnance de médicament d'exception. En cas de non-conformité aux indications thérapeutiques remboursables, la demande est transmise au service du contrôle médical de la caisse d'affiliation de l'assuré pour décision.

S'agissant des DAP établies sur formulaire papier, la décision de prise en charge résulte de l'avis du médecin-conseil de la caisse d'affiliation de l'assuré.

Compte tenu des enjeux liés au risque de mésusage de ces spécialités pharmaceutiques et de la nécessité de garantir une équité de traitement entre les assurés des différents régimes, les DAP Repatha® et Praluent® sont systématiquement traitées par les services du contrôle médical de la MSA comme des DAP à fort enjeu institutionnel.

b. Les montants remboursés de la rétrocession hospitalière

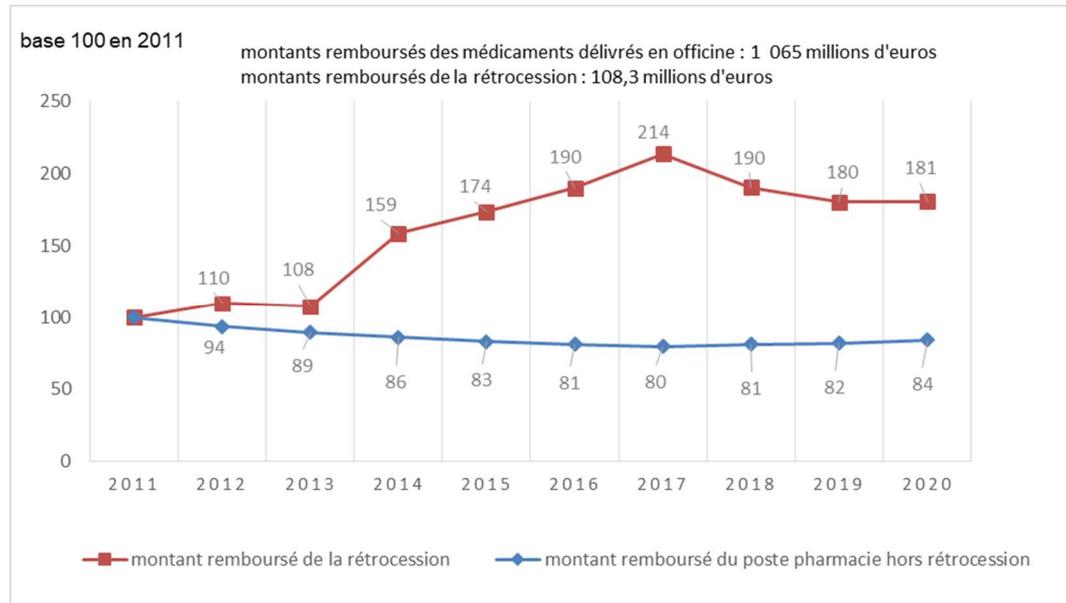
La rétrocession hospitalière correspond aux médicaments délivrés par les pharmacies à usage intérieur d'établissements de santé à des patients ambulatoires (non hospitalisés) et non disponibles en officine de ville (à l'exception des médicaments du VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C).

Les montants remboursés des médicaments de la rétrocession hospitalière progressent légèrement en 2020 : **+ 0,4 % (après - 5,4 % en 2019)**. Différents produits contribuent fortement à cette progression : dans le traitement de l'amylose cardiaque à transthyrétine, le Vyndaqel® (tafamidis) à hauteur de + 6,1 points ; 1,6 point pour le traitement de l'hémophilie A Hemlibra® (emicizumab) et 1,1 point pour l'anticancéreux Revlimid® (lenalidomide) (**Graphique 39**).

²⁴ Arrêté du 8 décembre 2020 relatif à la procédure d'accord préalable pour bénéficier de la prise en charge de la spécialité Praluent® (alirocumab).

²⁵ Arrêté du 8 décembre 2020 relatif à la procédure d'accord préalable pour bénéficier de la prise en charge de la spécialité Repatha® (evolocumab).

Graphique 39 :
Evolution indiciaire des montants remboursés pour la délivrance en ville et la rétrocession



Source : MSA

Les montants remboursés de la rétrocession hospitalière représentent **108,3 millions d'euros** en 2020, soit 8,7 % de l'ensemble du poste pharmacie (- 0,2 point par rapport à 2019).

c. La décomposition des dépenses par classe pharmaco-thérapeutique

La décroissance du marché des médicaments remboursables délivrés en ville (- 2,7 %) résulte d'une dynamique qui recouvre des réalités très différentes selon les classes étudiées.

Les cinq premières classes pharmaco-thérapeutiques concentrent plus des deux tiers des montants présentés au remboursement (68,6 %). La classe L "Agents antinéoplasiques et immunomodulants" est la classe la plus importante en montants présentés au remboursement (17,6 %).

La classe G « Système génito-urinaire et hormones » se classe au 10^e rang des classes pharmaco-thérapeutiques en montants présentés au remboursement (2,6 %). Au sein de cette dernière figure en particulier l'acétate de cyprotérone (ANDROCUR®) (**Encadré 10**).

Encadré 10 : 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 2018²⁶ 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.

²⁶ Résultats rendus publics par l'ANSM le 27 août 2018.

La MSA a mis en œuvre cette action au cours du premier semestre 2019 (cf. modèles de courrier adressé aux prescripteurs et aux assurés). 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 :

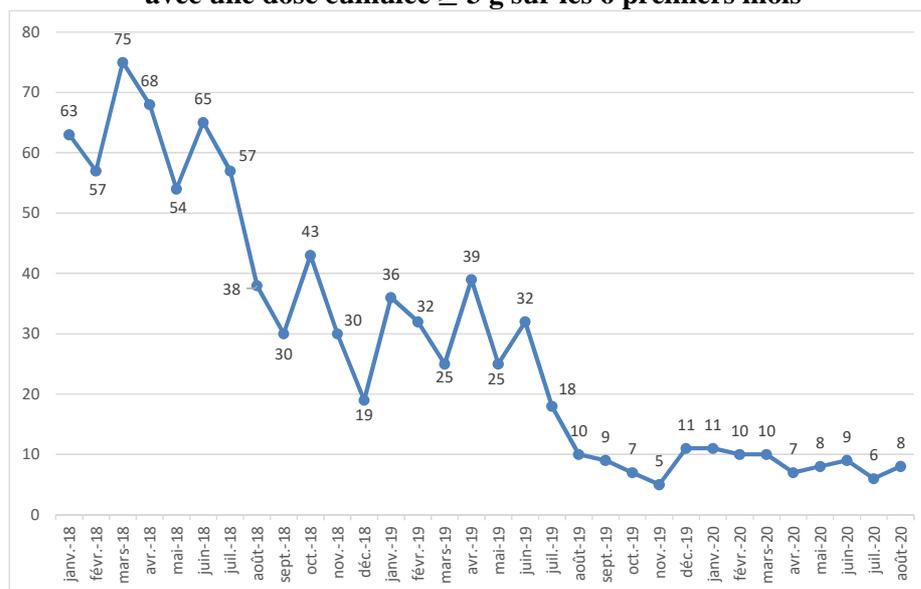
- 3 008 courriers ont été adressés à des prescripteurs libéraux, avec la liste de leurs patients MSA concernés (plis envoyés le 11 juin 2019) ;
- 557 courriers ont été adressés à des présidents de CME d'établissements à l'origine de prescriptions hospitalières (plis envoyés le 11 juin 2019) ;
- 3 052 courriers ont été adressés à des assurés MSA majeurs (plis envoyés le 14 juin 2019) ;
- 93 courriers ont été adressés aux ouvriers de droits d'assurés mineurs à la date d'envoi du courrier (plis envoyés le 14 juin 2019).

Impact de l'action mise en œuvre par la MSA

- **Arrêt du traitement par acétate de cyprotérone**

Entre janvier 2018 et août 2020, 906 assurés ont initié un traitement par acétate de cyprotérone, pour une dose cumulée supérieure ou égale à 3g sur les 6 premiers mois.

**Graphique 40 :
Nombre d'assurés ayant initié un traitement entre janvier 2018 et août 2020
avec une dose cumulée ≥ 3 g sur les 6 premiers mois**



Source : SNDS – exploitation MSA

On peut supposer que la baisse du nombre de bénéficiaires observée à partir de janvier 2019 (- 42,9 % en janvier 2019 par rapport à janvier 2018) s'explique en partie par la diffusion de recommandations ANSM à destination des professionnels de santé en septembre et octobre 2018.

Il est également observé une nouvelle phase de baisse du nombre de bénéficiaires incidents du régime agricole dès juillet 2019 (- 68,4 % par rapport à juillet 2018), à la suite de l'envoi le mois précédent des courriers de sensibilisation au risque de méningiome, aux prescripteurs et aux assurés MSA.

A partir du mois d'août 2019, le nombre d'assurés ayant initié un traitement varie désormais entre 5 et 11 chaque mois.

○ **Alternatives de traitement et reports de prescription éventuels**

A l'issue de la réévaluation du service médical rendu d'ANDROCUR et de ses génériques, le 7 octobre 2020, la Commission de la Transparence (CT) de la HAS a émis :

- un **avis favorable** au maintien du remboursement d'ANDROCUR dans :
 - L'hirsutisme uniquement chez les **femmes non ménopausées** dans l'indication des hirsutismes féminins majeurs d'origine non tumorale (idiopathique, syndrome des ovaires polykystiques), lorsqu'ils retentissent gravement sur la vie psycho-affective et sociale et lorsque l'utilisation de médicaments à base d'acétate de cyprotérone à plus faible dose ou d'autres options de traitement n'a pas permis d'obtenir des résultats satisfaisants. La population cible d'ANDROCUR dans cette indication est estimée à **12 600 femmes (tous régimes)**.
 - La société française d'endocrinologie recommande l'acétate de cyprotérone, associé à un estrogène, en traitement de 1^{ère} intention, à la posologie minimale efficace et avec une durée de traitement la plus courte possible.
 - Bien qu'à un dosage d'acétate de cyprotérone beaucoup plus faible, la spécialité pharmaceutique **DIANE 35** (acétate de cyprotérone 2 mg/ éthinylestradiol 0,035 mg) des laboratoires Bayer est également indiquée dans l'hirsutisme en prise quotidienne du 1er au 21e jour du cycle. DIANE 35 n'est **pas remboursable** par l'assurance maladie.
 - D'après avis d'expert, la **spironolactone** (hors AMM), sous couvert d'une contraception efficace, est le traitement de 2e intention en cas d'effets indésirables, de contre-indication, de refus de la patiente ou d'absence d'efficacité de l'acétate de cyprotérone.
 - Des mesures cosmétiques permettant une épilation prolongée peuvent être proposées en association aux traitements anti-androgènes : électrolyse ou photoépilation.
 - le **traitement palliatif anti-androgénique du cancer de la prostate** :
 - L'AFU (Association Française d'Urologie) dans ses recommandations de 2018 souligne que l'intérêt de l'utilisation de l'acétate de cyprotérone réside dans la gestion des bouffées de chaleur liée au traitement hormonal. Seules les bouffées de chaleur invalidantes doivent être prises en charge par un traitement médicamenteux.
 - La place d'ANDROCUR est aujourd'hui très restreinte au regard des alternatives disponibles dans le traitement palliatif anti-androgénique du cancer de la prostate.
 - Le risque de méningiome est très limité avec ANDROCUR dans cette indication possiblement en raison de la durée d'exposition plus courte que chez la femme pour le traitement de l'hirsutisme majeur invalidant.
- un **avis défavorable** au remboursement d'ANDROCUR dans l'hirsutisme chez les **femmes ménopausées** :
 - Chez la femme ménopausée, ANDROCUR (acétate de cyprotérone) n'est pas recommandé. Cette restriction d'utilisation est notamment liée à l'épidémiologie des méningiomes qui augmente avec l'âge, et au sur-risque de cancer du sein en post-ménopause sous oestrogènes associés à des progestatifs de synthèse.
 - Des solutions alternatives chirurgicales (annexectomie) peuvent être envisagées dans le cas rare où une hyperactivité ovarienne androgénique non tumorale perdurerait en post-ménopause.
 - Des mesures cosmétiques permettant une épilation prolongée peuvent être proposées en association aux traitements anti-androgènes : l'électrolyse ou la photoépilation. Ces actes sont remboursés dans l'hirsutisme confirmé et documenté.
 - D'après avis d'expert, la **spironolactone**, peut être utilisée hors AMM en cas de refus de la patiente de l'annexectomie ou lorsque l'origine ovarienne n'est pas confirmée. Cependant, en France, cette spécialité n'a jamais été évaluée dans cette indication et ne dispose pas d'AMM.

Au régime agricole, un report de prescription d'ANDROCUR (et ses génériques) vers la spironolactone (hors AMM) n'a pas été identifié.

Entre janvier 2018 et juin 2019, 585 bénéficiaires ont initié un traitement avec une posologie supérieure ou égale à 3g, puis n'ont plus eu de délivrance à partir de juillet 2019. Parmi eux, seuls 31 bénéficiaires (soit 5,3 %) ont une délivrance de spironolactone entre janvier 2019 et février 2021.

Risque de méningiomes associés à d'autres progestatifs

Un risque de méningiome, augmentant fortement avec la dose utilisée, la durée du traitement et l'âge de la patiente, a également été confirmé en juin 2020 dans le cadre d'une étude épidémiologique du groupement d'intérêt scientifique (GIS) Epi-Phare, avec d'autres progestatifs que sont l'acétate de chlormadinone (LUTERAN et génériques) et l'acétate de nomégestrol (LUTENYL et génériques).

L'ANSM a émis des recommandations préliminaires en juin 2020 :

- A destination des professionnels de santé : informer leurs patientes du risque, réévaluer la pertinence d'un traitement par LUTENYL ou LUTERAN, limiter la durée d'utilisation de ces médicaments ainsi que leurs posologies aux doses minimales efficaces, ne pas substituer les macroprogestatifs entre eux (LUTENYL, LUTERAN, ANDROCUR) en cas de méningiome ou d'antécédent de méningiome, faire réaliser une IRM cérébrale en cas de symptôme évocateur d'un méningiome, proposer aux femmes de plus de 35 ans en cas de traitement prolongé (à partir de 5 ans) une imagerie cérébrale par IRM.
- A destination des patientes traitées par LUTENYL ou LUTERAN : invitation à consulter leur médecin

Par la suite, un travail de fond engagé avec les professionnels de santé et les acteurs associatifs a abouti à des recommandations sur les conditions d'utilisation de ces médicaments et sur les modalités de suivi des patientes. Ces recommandations, publiées en janvier 2021 sur le site de l'ANSM, seront complétées par un dispositif d'information en cours de finalisation qui reposera sur :

- une fiche d'information destinée aux patientes, résumant le niveau de risque, les recommandations sur le traitement et le suivi par imagerie et symptômes devant alerter ;
- une attestation annuelle d'information, à co-signer par le praticien et sa patiente. La présentation de cette attestation signée sera indispensable pour la dispensation de ces médicaments dès lors qu'ils sont utilisés au-delà d'un an.
- Des courriers d'information ciblés, adressés aux professionnels de santé et aux patients, ayant respectivement prescrit et reçu LUTENYL, LUTERAN ou leurs génériques. Dans le cadre de l'inter-régime, ces courriers seront adressés par la MSA à ses assurés ciblés, ainsi qu'à leurs prescripteurs.

d. Polymédication et bilan partagé de médication

Polymédication

La polymédication est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou par l'administration d'un nombre excessif de médicaments ».

Il est considéré que chaque nouveau médicament administré augmente de 12 à 18 % le risque d'effets indésirables médicamenteux, responsables de 5 à 25 % des hospitalisations et de 10 % des admissions aux urgences²⁷. Ces risques peuvent être augmentés par la multiplicité des prescripteurs, à l'origine d'interactions médicamenteuses.

Selon une étude de l'IRDES (n°213 – Octobre 2015), la polymédication est classée :

- en polymédication « simultanée » si l'on s'intéresse aux médicaments pris simultanément un jour donné,
- « cumulative » si l'on prend en compte l'ensemble des médicaments administrés sur une période donnée,
- « continue » si l'on s'intéresse aux médicaments pris de façon prolongée et régulière.

L'étude rappelle également que :

- la définition de l'OMS ne précise pas le nombre de molécules à partir duquel on parle de polymédication.
- dans la littérature, ce nombre varie en fonction des études. Les seuils les plus utilisés sont ceux de 5 médicaments ou plus et, plus récemment devant l'augmentation de la charge thérapeutique, un seuil à 10 médicaments ou plus a été proposé.

La lutte contre la polymédication et la iatrogénie, en particulier chez la personne âgée, est un des objectifs de la stratégie nationale de santé 2018-2022, et fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation pluriannuelle par la DREES via l'indicateur « taux de polymédication chez les personnes âgées ». La polymédication des personnes âgées de plus de 75 ans est définie par au moins 3 délivrances effectuées pour 10 molécules différentes sur une année.

Polymédication au régime agricole

Dans le cadre de la polymédication « continue » (médicaments pris de façon prolongée et régulière), plusieurs méthodes de calcul sont proposées dans la littérature.

Ici, l'indicateur continu est défini comme le nombre de classes ATC de niveau 5 différentes délivrées au moins 3 fois dans l'année 2020 (chronicité) dans le cadre de la rétrocession ou de la délivrance en ville. L'impact du conditionnement trimestriel est nul car l'étude est menée sur un an. Les associations ne sont pas prises en compte.

Comme le souligne l'étude de l'Irdes réalisée en 2015, les principaux facteurs sociodémographiques associés à la polymédication sont les suivants : être affilié au régime général ou à la MSA plutôt qu'au RSI, avoir plus de 85 ans, être de sexe féminin.

L'étude porte donc sur les personnes les plus âgées (plus de 65 ans). Le taux de prévalence varie de 58 % à 19 % en fonction du seuil de médicaments retenu (**Tableau 48**).

²⁷ La polymédication : définitions, mesures et enjeux. Revue de la littérature et tests de mesure. Marlène Monégat et Catherine Sermet. Questions d'économie de la Santé n°204, IRDES, décembre 2014.

Tableau 48 :
Part des personnes de 65 ans et plus en situation de polymédication en 2019
en fonction du seuil de médicaments retenu

	nombre de bénéficiaires polymédiqués âgés de plus de 65 ans	population RNIAM au 1er juillet 2029, âgée de 65 ans et plus	taux de prévalence
seuil de 5 classes ATC 5 chroniques différentes	606 422	1 042 889	58%
seuil de 10 classes ATC 5 chroniques différentes	201 015	1 042 889	19%

Source : SNDS (DCIRS) – exploitation MSA

En comparaison, les résultats issus de l'étude de l'IRDES (études n°213 – Octobre 2015) pour les données de 2013 tous régimes étaient :

- pour un seuil à 5 médicaments, environ 80 % des 75 ans et plus sont ciblés en ambulatoire.
- les prévalences de la polymédication au seuil de 10 médicaments en France (hors Territoires d'Outre-mer, Guyane et Mayotte) sont respectivement de 33,0 % et 40,5 %, après prise en compte des associations et conditionnements trimestriels, avec les indicateurs de polymédication continue et cumulative.

Les résultats des différents taux de prévalence par département d'affiliation sont détaillés dans le **tableau 49**.

Tableau 49 :
Classement des 20 premiers départements en taux de prévalence
de la polymédication au seuil de 10 médicaments en 2019

Département d'affiliation	Nombre de bénéficiaires polymédiqués âgés de plus de 65 ans	Population RNIAM au 1er juillet 2029 âgée de 65 ans et plus	Taux de prévalence
SOMME	3 683	12 019	30,6%
NORD	4 893	16 592	29,5%
HAUTE-VIENNE	2 588	8 961	28,9%
CALVADOS	3 758	13 424	28,0%
COTE-D'OR	2 579	9 493	27,2%
VIENNE	3 235	12 350	26,2%
LOZERE	990	3 860	25,6%
SARTHE	4 031	15 869	25,4%
HAUTE-MARNE	1 332	5 406	24,6%
EURE	2 064	8 474	24,4%
PUY-DE-DOME	2 843	11 818	24,1%
AISNE	2 749	11 556	23,8%
PAS-DE-CALAIS	4 356	18 763	23,2%
LOIR-ET-CHER	2 336	10 331	22,6%
AVEYRON	3 583	15 850	22,6%
CORREZE	2 031	9 020	22,5%
MEURTHE-ET-MOSELLE	1 189	5 283	22,5%
CREUSE	1 706	7 598	22,5%
CANTAL	2 101	9 487	22,1%
COTES-D'ARMOR	5 086	22 998	22,1%

Source : SNDS (DCIRS) – exploitation MSA

Bilan partagé de médication

L'avenant n°12 à la convention nationale des pharmaciens, publié au JO du 16 mars 2018, met en place un nouveau dispositif d'accompagnement pharmaceutique, financé par l'assurance maladie : le bilan partagé de médication. Ce dispositif permet aux pharmaciens d'officine d'accompagner les patients de 65 ans et plus avec ALD et les 75 ans et plus pour lesquels plus de cinq médicaments sont prescrits.

Les modalités de mise en œuvre de ce dispositif ont été modifiées par l'avenant 19, publié au JO du 4 février 2020, qui ouvre cet accompagnement à tous les patients polymédiqués de 65 ans et plus et le rend accessible à titre expérimental à la population des personnes âgées résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Les patients éligibles au bilan partagé de médication sont les patients de 65 ans et plus, pour lesquels au moins cinq molécules ou principes actifs remboursés sont prescrits, pour une durée consécutive de traitement supérieure ou égale à 6 mois, durée constatée avant ou après l'adhésion au dispositif.

Le bilan partagé de médication a pour objectif de réduire le risque iatrogénique mais aussi de répondre aux interrogations des patients sur leurs traitements et leurs effets, de les aider dans l'appropriation et l'adhésion à leur(s) traitement(s) ainsi que d'optimiser les prises de médicaments.

Le bilan partagé de médication mis en œuvre par le pharmacien prend en compte tous les médicaments pris et à prendre par le patient à des fins d'analyse des consommations et d'élaboration de recommandations pour le patient et son ou ses prescripteurs, notamment lors des sorties d'hospitalisation.

Lors du bilan, le pharmacien effectue les actions suivantes :

- évaluation de l'observance et de la tolérance du traitement,
- identification des interactions médicamenteuses,
- rappel des conditions de prise et de bon usage des traitements,
- information du médecin traitant.

La population éligible à un bilan partagé de médication au régime agricole (assuré de 65 ans et plus ayant eu au moins 5 traitements chroniques sur une durée de 6 mois) est estimée à **428 873**.

Le nombre d'assurés MSA ayant bénéficié d'un bilan partagé de médication est de 1 850, soit 0,4 % de la population cible du régime agricole.

Tableau 50 :
Suivi du nombre de bilans en dates de soins au régime agricole

	2019	2020	janvier-février 2021
Bilan de médication partagé (1ère année)	510	1 061	107
Bilan de médication sans changement de traitement (années suivantes)	43	195	5
Bilan de médication avec changement de traitement (années suivantes)	100	540	25
TOTAL	653	1 796	137

Source : SNDS (DCIRS) – exploitation MSA

3.3.2.2. Pertinence et qualité des actes

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

Les actions bucco-dentaires de gestion du risque proposées pour 2022 seront au nombre de quatre : il s'agit de s'assurer auprès des professionnels de santé de la pertinence des actes, réalisés en 2021, 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 pour information dans les conditions habituelles.

Les actions proposées sont donc les 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 (poursuite de l'action de 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)²⁸²⁹ en lien avec la réalisation de HBFD008 (chapitre 07.02.02.06)³⁰, ainsi que le **contrôle de la qualité de ces radiographies.**
- Vérification du respect de l'application des conditions restrictives de remboursement de l'acte « Bilan Parodontal » **et des actes d'« assainissement parodontal, détartrage-surfaçage radiculaire (DSR) »** pour les assurés diabétiques en ALD8.
Les actions 2 et 3 correspondent à la reprise de deux actions de 2021 **avec des compléments apportés.**
- Vérification du respect de la prise en charge du bridge remplaçant une incisive (HBLD785 chapitre 07.02.03.04), nouvelle action introduite en 2022.

²⁸ HBQK040 : Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle ou perinterventionnelle avec radiographie finale pour acte thérapeutique endodontique.

²⁹ HBQK303 : Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle, perinterventionnelle et finale pour acte thérapeutique endodontique.

³⁰ HBFD008 : Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente.

3.4. Poursuivre le contrôle et la lutte contre la fraude

3.4.1. Le bilan lutte contre la fraude 2020 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 2020, le montant du préjudice constaté (subi et évité) au titre des fraudes dans le domaine de la santé s’élève à 2,8 millions d’euros, soit une diminution de 46,6 % par rapport à l’année 2019. La forte baisse du préjudice détecté concernant les établissements et les professionnels de santé a été en partie compensée par les actions de contrôle sur les assurés (**Tableau 51**). Cette baisse est liée à la crise sanitaire qui a entraîné la suspension de certaines actions de contrôles telles que les actions EHPAD ou SSIAD pour les établissements.

Tableau 51 :
Montant des fraudes entre 2017 et 2020

Total des fraudes constatées (préjudice subi et évité)	2017	2018	2019	2020	Evolution 2019-2020
Professionnels de santé	2,4 M €	2,7 M €	2,8 M €	1,5 M €	-48,7 %
Etablissements de santé	2,2 M €	2,2 M €	1,7 M €	0,4 M €	-74,4 %
Assurés/ ayant droit	0,3 M €	0,4 M €	0,6 M €	0,9 M €	47,6 %
Total	5 M €	5,4 M €	5,2 M €	2,8 M €	-46,6 %

Concernant les professionnels de santé et les établissements, la fraude à la tarification et à la facturation constituent la part la plus importante des fraudes, suivie par la sur-cotation, le non-respect de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), et de la réglementation. (**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’activité (dissimulation d’une activité rémunérée non cumulable avec une situation d’arrêt de travail) et 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**

Fraude à la tarification et à la facturation	43,53 %
Sur-cotation, non-respect de la NGAP et de la réglementation	37,78 %
Fraude documentaire non identitaire	6,54 %
Fraude à l'activité	2,75 %
Actes/services fictifs, produits non délivrés, facturation non-conforme à la prescription	2,48 %
Fraude à l'état de santé	2,35 %
Fraude à l'identité (identité fictive, usurpée ou échangée)	0,92 %
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	0,78 %
Fausse déclarations CMU de base et complémentaire (ressources)	0,65 %
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	0,39 %
Trafic de médicaments	0,39 %
Fraude à la résidence en France	0,39 %
Fraude à la constitution des droits (cessation d'activité)	0,26 %
Fraude aux revenus ou rémunérations (surévaluations)	0,26 %
Utilisation frauduleuse du système SESAM Vitale (carte Vitale et carte PS)	0,13 %
Fraude documentaire identitaire	0,13 %
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les IJ	0,13 %
Fraude à la tarification et la facturation concernant le taux d'occupation des lits	0,13 %

3.4.2. Renforcer la collaboration avec la CNAM dans le domaine de la lutte contre la fraude en expérimentant un protocole d'échanges d'informations

La MSA propose de renforcer sa collaboration avec la CNAM dans le domaine de la lutte contre la fraude avec l'expérimentation d'un protocole d'échanges d'informations en matière de fraudes à enjeux des professionnels de santé et de fraudes aux indemnités journalières des saisonniers (assurés en arrêt de travail au régime général et connus comme saisonniers au régime agricole).

Dans le cadre de son Plan d'action LCF, la Direction de la sécurité sociale a souhaité renforcer la coopération entre Organismes de Protection Sociale en matière de lutte contre la fraude. Cette expérimentation en 2021 entre la CCMSA et la CNAM s'inscrit pleinement dans ce plan d'action et prend la forme d'un échange de données entre ces organismes afin de procéder à des contrôles ciblés.

D'une part, le régime général va procéder à des contrôles de travailleurs saisonniers affiliés tant à la MSA qu'au régime général (poly-actifs). L'objectif de ce contrôle est de mettre en parallèle les assurés en arrêt de travail et bénéficiant des indemnités journalières côté régime général, et étant connus comme percevant une rémunération au titre d'une activité de saisonniers par la MSA, au cours de cette même période. Ceci caractériserait un cumul IJ activité non autorisé, répréhensible selon l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale.

D'autre part, à partir des signalements de fraudes à enjeux de professionnels de santé transmis par la CNAM à la CCMSA, les caisses de MSA concernées par le périmètre d'intervention de ces professionnels de santé pourront procéder à des investigations ciblées dans leurs bases en s'appuyant sur les éléments transmis par la CNAM (période, critères, etc). Les MSA pourront ainsi valoriser une fraude qui viendra en complément de celle déjà valorisée par le régime général pour ces mêmes professionnels de santé. Non seulement la MSA pourra ainsi appliquer des sanctions administratives mais cette double évaluation de la fraude permettra de donner plus de poids à d'éventuelles sanctions pénales inter régime.

3.5. Répondre aux enjeux numériques, développer la science de la donnée et promouvoir la recherche en santé

3.5.1. Contribuer à l'Espace Numérique de Santé : le Mémo Santé Enfant

Le Mémo Santé Enfant est le premier service en ligne prévention santé à destination des parents d'enfants de 0 à 16 ans, qui a été lancé en octobre 2020, aux assurés MSA. Véritable aide-mémoire, il permet de suivre au quotidien la santé des jeunes. Complémentaire au carnet de santé, il alerte sur les rendez-vous à ne pas oublier et fournit conseils et informations médicales certifiées. A début avril 2021, plus de 11 000 assurés MSA bénéficient de ce service.

En décembre 2020, le GIE SESAM-Vitale, sous l'égide de la Délégation ministérielle au Numérique en Santé (DNS) au sein du Ministère des Solidarités et de la Santé, a lancé un appel à projets pour sélectionner des applications numériques intégrables au store de l'Espace Numérique en Santé (ENS).

Ces applications permettront à tous les ressortissants d'accéder à une offre de services référencée dans le domaine de la santé, du bien-être et de l'autonomie... La MSA avec le Mémo Santé Enfant a été retenue parmi les 30 candidats sélectionnés.

La MSA propose donc d'exporter la nouvelle version du Mémo Santé Enfant dans le store Mon compte santé impliquant une ouverture aux assurés MSA ainsi qu'à tous les parents quel que soit leur régime.

Des évolutions du Mémo Santé Enfant sont prévues, notamment dans son architecture, pour s'adapter à tous les ressortissants quel que soit leur régime. Ils pourront par exemple se connecter par des sources différentes (connexion via le compte MSA, via Mon compte santé, en autonomie). Le Mémo Santé Enfant sera ainsi diffusé début 2022, pour tous les parents, lors de la mise en production du store Mon compte santé.

3.5.2. Le programme METEORe et la stratégie partenariale d'infogérance

3.5.2.1. Le programme METEORe

Le 2 avril 2021, les Directeurs Généraux de la CNAM et de la MSA ont signé une convention de partenariat pour la coopération et la mutualisation d'une partie de leurs systèmes d'information et des processus métiers associés.

Ce programme de transformation porté sous le nom de METEORe a vocation pour les deux régimes à :

- Contribuer à la maîtrise des risques,
- Accroître leur efficacité pour transposer la législation et la réglementation dans les Systèmes d'Information.

Centré dans un premier temps sur les frais de santé, METEORe a pour cible le déploiement à l'horizon 2025 pour l'ensemble des caisses de l'assurance maladie, de la MSA et de leurs partenaires, d'une solution de système d'information permettant de rembourser des frais de santé avec pour ambitions principales :

- L'augmentation et la recherche de gain d'efficacité des processus opérationnels (renforcement de l'ordonnancement automatique...),
- L'harmonisation des pratiques inter-régime en matière de contrôle interne et des contrôles ordonnateur et comptable,
- La mise en œuvre d'un processus commun CNAM/MSA de maintenance réglementaire et conventionnelle.

Pour 2021, les objectifs principaux sont :

- L'installation des composants MSA du SI @tom dans le SI de la CNAM et la réalisation des premières fonctionnalités en pré production (palier 0)
- Le cadrage en vue de la mise en production de la chaîne de gestion des frais de santé refondue pour la filière Pharmacie, avec un objectif de déploiement à horizon mi-2022 (palier 1)
- La poursuite des travaux portant sur :
 - L'expérimentation CNAM/CCMSA de mise en place d'un processus commun de maintenance pour les solutions partagées dans le cadre du partenariat (volet réglementaire et conventionnel),
 - L'harmonisation des stratégies de contrôle entre les deux organismes.
- L'installation de la gouvernance opérationnelle du partenariat.

Le programme METEORe ayant pour vocation à s'étendre sur un périmètre plus étendu que celui des frais de santé (prestations en espèce, AT-MP, Contrôle Médical, Référentiel Offreurs de Soins), il est envisagé de démarrer dès la fin 2021 une phase exploratoire pour examiner l'opportunité d'une reprise par la MSA des solutions déployées par la CNAM.

3.5.2.2. Poursuivre la stratégie partenariale d'infogérance 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. L'objectif de la MSA est de poursuivre sa stratégie partenariale dans le domaine des SI de la branche maladie.

Après les partenariats historiques avec la CPR-SNCF et la CCAS RATP et le démarrage de quatre nouveaux partenariats sur le domaine de la gestion des Frais de Santé entre 2019 et 2020³¹, un nouveau projet de partenariat démarre en 2021. Il concerne l'infogérance des outils de gestion de la

³¹ Pour rappel, 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.

branche maladie pour la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN).

Par ailleurs, l'élargissement du nombre de partenaires nécessite la mise en place d'une organisation dédiée pour permettre le bon fonctionnement de l'intégration des évolutions réglementaires et autres projets inter régimes dans le SI MSA dans un contexte d'utilisation par 6 autres régimes en plus de la MSA.

Ainsi, pour 2022, la MSA poursuivra sa stratégie partenariale d'infogérance 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. Lutter contre le non-recours à la Complémentaire Santé Solidaire à partir des techniques de l'intelligence artificielle

Au printemps 2021, la MSA a lancé une expérimentation afin d'évaluer le non recours à la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) au régime des non-salariés agricoles. Entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2019 en remplacement de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS), la C2S vise à lutter contre le non-recours à travers la simplification des dispositifs d'accès à la complémentaire santé pour les publics en situation de précarité.

En 2018, le taux de couverture à la CMU-C et l'ACS s'élevait à plus de 10 % tous régimes confondus contre moins de 7 % au régime agricole. En première analyse, le non-recours serait donc supérieur au régime agricole et ce particulièrement au sein de la population non-salariée dont le taux de couverture à la CMU-C et à l'ACS atteignait 3 % fin 2018. Délivrées sous conditions de ressources, ces dispositifs auraient dû en toute logique concerner relativement plus de foyers dont l'un des membres actifs relève du régime des non-salariés agricoles eu égard à la distribution des revenus des actifs relevant de ce régime : un actif non salarié agricole sur 5 avait déclaré des revenus nuls ou déficitaires en 2017, période de référence prise en compte pour le bénéfice de ces prestations en 2018.

L'évaluation va se fonder sur l'appariement des données de revenus déclarés à la MSA et de recours à la C2S ou aux dispositifs lui préexistant, la CMU-C et l'ACS. Les informations sur les ressources des foyers et provenant des systèmes d'information statistiques de la MSA se limiteront cependant à celles déclarées par les assurés dans le cadre de leur activité relevant du régime agricole.

Aujourd'hui, la MSA met en œuvre deux dispositifs pour lutter contre le non-recours aux droits :

- Le portail national mesdroitssociaux.gouv.fr qui permet aux ressortissants MSA de connaître leurs droits et de réaliser leurs démarches en ligne,
- Les Rendez-vous Prestations qui offrent un accompagnement personnalisé aux ressortissants MSA. A l'occasion de ces rendez-vous individuels, les conseillers MSA vérifient que les assurés disposent des prestations auxquelles ils ont droit (cf. partie 3.1.2.1)

Dans une seconde phase du projet initié au printemps, l'articulation avec les Rendez-vous Prestations sera recherchée via l'optimisation du ciblage des populations reçues grâce au *datamining* et aux techniques d'intelligence artificielle.

3.5.4. Développer des travaux de recherche en partenariat

Le premier Appel à Projets MSA 2020 (AAP) mené dans le cadre du Conseil scientifique (CS) a été lancé le 27 janvier 2020 sur le site internet msa.fr et reposait sur les 3 axes de recherche suivants définis par le Comité d'orientation scientifique (COS) :

- Axe 1 : Améliorer la compréhension de la survenue du suicide dans les professions de l'agriculture,
- Axe 2 : Etudier les impacts de la transition agro-écologique sur la santé dans les professions de l'agriculture,
- Axe 3 : Mesurer l'efficacité d'actions de prévention réalisées par la MSA.

Il a retenu pour financement, au terme du processus de sélection prévu par les règlements d'organisation des instances CS et COS, **les 7 projets suivants** (acronyme précisé entre parenthèses) :

- o 2 projets dans l'axe 1 :
 - Suicides chez les Travailleurs agricoles : Observer et comprendre les facteurs de risques pour agir en Prévention (projet STOP)
 - Les motifs du suicide en agriculture : entre socialisation anticipatrice et absence de succession familiale (projet MOSA)
- o 3 projets dans l'axe 2 :
 - Du travail soutenable en agriculture durable. Quelles transformations des conditions de travail dans les exploitations entamant une transition agro-écologique ? (Projet TraSAD)
 - Eleveurs tâcherons en abattoir. Un double métier ? (projet ELTA2W)
 - Santé mentale des agriculteurs en transition agro écologique (projet MENTAGRO)
- o 2 projets dans l'axe 3 :
 - Evaluer pour produire quel type de connaissances ? De la pertinence sociale des preuves (projet PREUVES)
 - Validation d'un score de climat de sécurité en viticulture par l'évaluation d'une action de formation (projet VIT'ALL).

7 conventions entre la CCMSA et les laboratoires de recherche porteurs des projets sélectionnés dans ce cadre ont été signés fin 2020, pour une durée de 2 ans.

Par cet engagement à long terme, la MSA souhaite enrichir et appuyer scientifiquement sa connaissance des populations et territoires ruraux, et porter de manière documentée, la rigueur de construction de ses actions en direction de l'ensemble des ressortissants du régime agricole.

L'AAP annuel 2021 inscrit au programme annuel du projet scientifique MSA depuis 2019, s'est ouvert pour sa seconde édition consécutive en janvier sur 4 axes de recherche définis en Comité d'Orientation Scientifique.

La MSA a privilégié cette année une approche exploratoire de ses territoires ruraux sous plusieurs angles d'entrée : celui des différents types d'inégalités (axe 2), celui des vulnérabilités et de l'efficacité des accompagnements sociaux (axe 3), celui de l'offre de santé et de son adéquation aux besoins des populations de ces territoires (axe 4), tout en maintenant l'intérêt porté au risque suicidaire (axe 1), thématique rejoignant un programme institutionnel MSA rénové en cours de finalisation.

Les axes se définissent précisément de la façon suivante :

- Axe 1 : Etude du risque suicidaire chez les professionnels agricoles : analyse du risque et proposition d'outils de prévention.
- Axe 2 : Inégalités sociales, de genre, d'âge et de santé dans les territoires ruraux
- Axe 3 : Analyse de l'efficacité d'action d'accompagnement social des populations vulnérables en zones rurales. Pistes d'amélioration.
- Axe 4 : l'offre de santé dans les territoires ruraux : comment répondre aux besoins des populations ?

Reflets des problématiques prégnantes en milieu agricole, les axes s'attachent à une meilleure connaissance de la ruralité, unique ou plurielle, et questionne en profondeur les situations dont la validité scientifique mérite d'être appréhendée, analysée et clarifiée pour soutenir une conception efficace et documentée des actions menées ou à venir.

La clôture de la première étape de l'AAP en février dernier a permis à la MSA de réunir 30 lettres d'intention éligibles selon des critères préétablis par le Conseil scientifique. Une première sélection en avril 2021 permet la poursuite du processus devant aboutir à un arbitrage final des projets en octobre 2021.

Les actions retenues seront alors mises en œuvre par les laboratoires de recherche, avec le partenariat et le soutien financier de la MSA, pour les deux années à venir.

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 au sein de la population agricole ». Entre 2017 et 2020, le projet TRACTOR a fait l'objet de deux conventions tripartite CCMSA-ANSES- laboratoire TIMC de Grenoble.

La dernière convention tripartite CCMSA-ANSES-laboratoire TIMC de Grenoble s'est achevée fin 2020, avec un rapport de plus de 600 pages contenant principalement les résultats d'analyses descriptives (taux de prévalence, taux d'incidence et ratios standardisés d'incidence) des différentes pathologies selon les secteurs d'activité.

Depuis début 2021, des modélisations statistiques (modèles de Cox), qui viennent en complément des analyses descriptives, permettent d'aller plus loin dans l'analyse par l'identification de potentiels facteurs déterminants professionnels participant à la survenue de maladie dans la population agricole. Les modélisations viennent de se terminer pour les non-salariés agricoles actifs et les résultats sont en cours d'analyse. Les modélisations seront prochainement lancées pour les salariés agricoles actifs. Concernant les retraités, l'équipe de recherche est en attente de données complémentaires (département de résidence, dernière activité professionnelle réalisée) afin de pouvoir intégrer cette population dans ses analyses (important pour des maladies chroniques type maladies neurodégénératives ou cancers).

Afin d'affiner les analyses et d'en améliorer la sensibilité et la robustesse, les bases de dépenses de soins de santé (ex. : acte médical, prise de médicaments) seront prises en compte après une importante étape de data management de la base RAAMSES (« nettoyage » et mise en forme).

L'année 2020, a permis d'obtenir deux financements permettant de continuer de travailler sur le projet TRACTOR, en ciblant des cas d'études particuliers. Le premier financement par la MSA, d'une durée de 18 mois, a pour objectif de caractériser, sur l'ensemble de la population agricole française métropolitaine active, les caractéristiques, notamment professionnelles, des populations prises en charge pour dépression (identifiées par ALD et consommation d'antidépresseurs). Ce projet se dénomme STOP (Suicides chez les Travailleurs agricoles : Observer et comprendre les facteurs de risques pour agir en Prévention). Le second financement par la fondation pour la Recherche sur Alzheimer, d'une durée d'un an, a pour objectif d'étudier le risque de survenue de la maladie d'Alzheimer (et autres démences associées) en fonction des pratiques agricoles. Ce projet se dénomme DEMENTIA (Détection et Exploration des MaladiEs Neurodégénératives chez les Travailleurs Agricoles).

A court terme (fin 2021), les perspectives sont de finaliser les modèles en intégrant les données médicamenteuses, et de commencer à discuter les résultats (signaux statistiques) avec des comités d'experts incluant des partenaires MSA. Il s'agit ensuite d'actualiser l'accord CNIL afin d'intégrer des données plus récentes tout en conservant l'antériorité.

Enfin, à l'instar de ce qui se fait pour d'autres entrepôts de données de santé, il conviendrait de créer une base de données graphe connectant les variables des bases MSA selon la nature de leurs liens, et de les enrichir avec le contenu de bases connexes complémentaires susceptibles d'être corrélées à des événements de santé (pratiques agricoles, consommation de phytosanitaires, etc). Ceci permettrait de faciliter la navigation au sein des données MSA, leur exploration croisée, ainsi que les travaux épidémiologiques et les analyses non supervisées, au besoin en intégrant des données complémentaires, le tout au profit de la veille sanitaire des ressortissants du régime agricole. Un projet en ce sens (description du modèle graphe et son implémentation) a été écrit et sera discuté en fin d'année avec le comité de la MSA chargé de réfléchir aux orientations stratégiques dans le cadre de la politique « intelligence artificielle » de la MSA.

Annexes

Annexe 1 : Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2021

1.1. 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 1.1 : Lancer les entretiens personnalisés par téléphone dans le cadre des Instants Santé

Socle de la politique de prévention de la MSA, les Instants santé sont un dispositif, à destination des assurés de 25 à 74 ans, sous-consommateurs de soins, visant la réintégration de ces derniers dans un parcours de santé.

Ils comprennent 3 temps :

1. le premier rendez-vous santé, comprenant un entretien infirmier personnalisé,
2. la consultation de prévention réalisée par le médecin désigné par l'adhérent,
3. des actions de prévention adaptées qui peuvent être proposées à la suite des séances ou à l'issue de la consultation de prévention.

L'entretien personnalisé par téléphone a pour objectif de favoriser l'accès des adhérents ciblés à la consultation de prévention et ainsi d'augmenter le taux de participation des publics ciblés aux Instants santé. Il se déroule de façon similaire à l'entretien motivationnel en présentiel.

Cette modalité de réalisation des Instants santé a été généralisée à partir du 15 juin 2020. Entre juin et décembre 2020, 9 023 assurés ont été invités aux Instants santé dans ce cadre et 7 877 entretiens personnalisés par téléphone ont été réalisés.

La mise en place des entretiens personnalisés par téléphone a permis de faire baisser le taux d'accès direct à la consultation de prévention de 7 points entre 2019 et 2020 malgré le contexte de crise sanitaire.

Proposition 1.2 : Evaluer l'impact sanitaire des Instants Santé

Le dispositif des *Instants Santé MSA*

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

- Étape 1 : **Le 1^{er} Rendez-Vous** est consacré à l'accueil des invités autour d'une animation diététique collective. Vient ensuite une consultation individuelle avec une infirmière en prévention qui consiste en un entretien motivationnel, un bilan sanguin et des conseils de santé.
- Étape 2 : **La Consultation médicale de prévention** est réalisée avec le médecin choisi par l'assuré. Elle permet de faire le point sur les sujets de santé qui le préoccupent.
- Étape 3 : **Les actions complémentaires**, prescrites par le médecin traitant et/ou proposées par la MSA (bilan bucco-dentaire, parcours nutrition santé, actions collectives seniors,...).

I. ÉVALUATION D'IMPACT EN SANTÉ

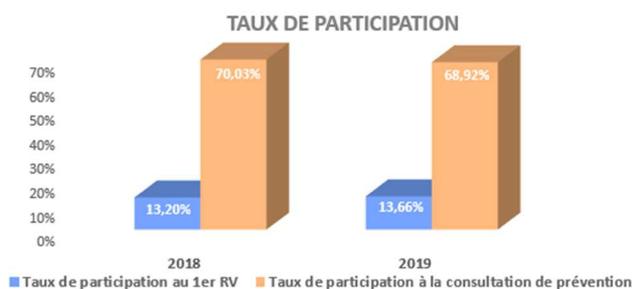
L'évaluation de l'impact du dispositif des *Instants Santé* s'intéresse aux effets sur la santé des participants aux instants santé. A cette fin, elle interroge :

- Les caractéristiques sociologiques et médicales des personnes ciblées non-consommantes de soins ainsi que leur taux de participation
- L'identification de besoins en santé y compris de novo
- L'impact du dispositif sur la consommation de prévention et de soins droit commun et extra-légale
- L'accès aux soins et la question des inégalités territoriales de santé

II. RESULTATS

1. LE DISPOSITIF DES INSTANTS SANTÉ INCITE-T-IL LES PERSONNES CIBLÉES À Y PARTICIPER ?

- **ACCOMPAGNEMENT RÉALISÉ ANNUELLEMENT POUR PRÈS DE 20 000 ASSURÉS EN RUPTURE AVEC LE SYSTÈME DE SOINS**
- **PRÈS DE 15 000 PERSONNES SOUS-CONSOUMANTES DE SOINS ONT PARTICIPÉ AUX SÉANCES DU PREMIER RENDEZ-VOUS.**
- **PRISE EN CHARGE ADAPTÉE ET PERSONNALISÉE**
- **TAUX DE PARTICIPATION DE L'ENSEMBLE DES INVITÉS EN AUGMENTATION AU 1ER RV (+ 0,46 point)**



Source : MSA

En 2019, à la **première étape du dispositif** - le 1^{er} RV avec l'IDE et la diététicienne - le **taux de participation approche les 14 %**. A la **seconde étape** - la consultation de prévention - le **taux de participation³² bondit** (multiplié par 5), avec **69 %**.

- **TAUX DE PARTICIPATION AU PARCOURS COMPLET DU DISPOSITIF SUPÉRIEUR CHEZ LES EXPLOITANTS AGRICOLES (1^{er} RV + Consultation de prévention)**

³²Le taux de participation à la consultation de prévention est calculé sur l'ensemble des participants au 1er RDV.

- **RÉSULTATS :**

- **Les exploitants agricoles** (plus éloignés du soin, plus âgés, présentant plus de comorbidités) ont un **taux de participation significativement supérieur** (de 9,4% à 10,5%) à celui de l'ensemble des invités (7,01%).

Catégorie professionnelle	1er RV + CP
Ayant-droit Exploitant	7,32%
Ayant-droit Salarié	3,73%
Exploitant	9,40%
Exploitant non actif	10,47%
Salarié	5,18%
Salarié non actif	5,97%
Ensemble des invités	7,01%

Source : MSA

- **Les invités résidant en milieu rural** présentent également **une participation plus élevée et des besoins plus importants.**

- **AU MOINS DEUX BESOINS DE SANTE IDENTIFIÉS POUR LA MAJORITÉ DES INVITÉS**

Nombre de besoins identifiés par invité	Nombre d'invités	Part (%)
0	1 463	9,87%
1	3 652	24,64%
2	5 174	34,91%
≥3	4 532	30,58%

Source : MSA

Type de besoins	Nombre d'invités	Parts (%)
Dispositif de prévention de droit commun (dont bucco-dentaire)	11 262	75,99%
Risque cardiovasculaire	6 891	46,49%
Remise du bon pour bilan bucco-dentaire	5 597	37,76%
Mal-être	4 117	27,78%
Démarche d'arrêt du tabac	936	6,32%

Source : MSA

En 2019, près de deux tiers des invités présentent au moins 2 besoins de santé. Parmi ces besoins, les **dispositifs de prévention de droit commun** (vaccination, bucco-dentaire, dépistages organisés des cancers,...) et le **risque cardiovasculaire** s'avèrent prépondérants.

2. LE DISPOSITIF CONTRIBUE-T-IL A L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES CIBLÉES ?

- **PLUS D'UN TIERS DES INVITÉS DU 1ER RV ONT BÉNÉFICIÉ D'UNE NOUVELLE PRISE EN CHARGE : MAJORITAIREMENT POUR LA PREVENTION ET LES SOINS DENTAIRES**

Nouvelle prise en charge		Besoin identifié n (%)	Pas de besoin n (%)	p
Cardiovasculaire				
Oui	549 (7,97)	323 (4,07)	< 0,0001	
Non	6 342 (92,03)	7 607 (95,93)		
Santé mentale				
Oui	138 (3,35)	232 (2,17)	< 0,0001	
Non	3 979 (96,65)	10 472 (97,83)		
Sevrage tabagique				
Oui	112 (11,97)	47 (0,34)	< 0,0001	
Non	824 (88,03)	13 838 (99,66)		
Prévention				
Oui	2 535 (22,51)	736 (20,68)	0,0218	
Non	8 727 (77,49)	2 823 (79,32)		
Soins dentaires				
Oui	794 (14,19)	1 160 (12,58)	0,005	
Non	4 803 (85,81)	8 064 (87,42)		

	Nombre d'invités	Part (%)
Nouvelle* prise en charge	5 469	36,90%
Nombre de nouvelles prises en charge		
1	4 335	79,26%
2	974	17,81%
3	136	2,49%
4	22	0,40%
5	2	0,04%

Source : MSA

Source : MSA

* Concerne les invités aux Instants santé bénéficiant d'une nouvelle prise en charge alors qu'ils n'avaient bénéficié d'aucune prise en charge durant les 12 derniers mois.

En 2019, près de 37 % des invités ont bénéficié d'une nouvelle prise en charge de santé, et parmi eux près de 18 % de deux prises en charge. Les prises en charge les plus fréquentes sont : les **dispositifs de prévention de droit commun** (vaccination, bucco-dentaire,...), les **soins dentaires** et la **prise en charge cardiovasculaire**.

- **FOCUS : RISQUE CARDIOVASCULAIRE**

ÉVALUATION INSTANTS SANTÉ MSA 2019

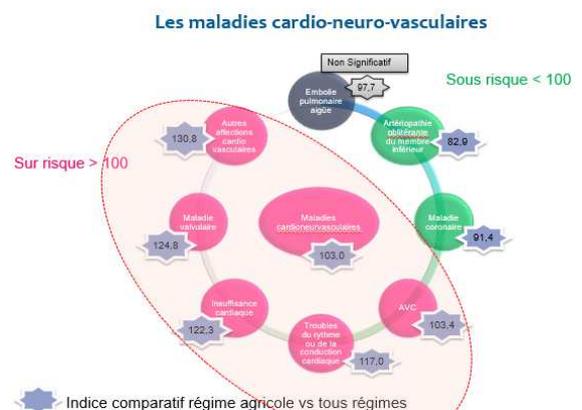
CARTOGRAPHIE 2019 DES PATHOLOGIES AU RÉGIME AGRICOLE (indices comparatifs vs tous régimes)

↓

Profil type des invités :

- 59% en surpoids ou obèses
- 37% avec tension artérielle élevée
- Anomalies du bilan lipidique fréquentes

Risque cardio-vasculaire



3. LE DISPOSITIF FAVORISE-T-IL LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ?

- **RÉDUCTION DES INÉGALITÉS TERRITORIALES D'ACCÈS AUX SOINS ET DE SANTÉ**

COG MSA 2016-2020 : « CONTRIBUER AUX POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTÉ EN ACCOMPAGNANT LES TERRITOIRES RURAUX » (Engagement n°14)

- **7,5 %** des invités aux Instants santé MSA n'ont **pas déclaré de médecin traitant** ;
- Près de **60 %** des invités résident dans une **commune rurale**, tandis que **11 %** résident dans une **ville isolée** ;
- Près de **45 %** résident dans une **commune défavorisée**.
- Le dispositif permet d'**identifier des besoins de santé supérieurs** parmi les **invités issus des communes rurales et défavorisées** (respectivement + 40 points et +10 points de plus que la moyenne) et ainsi de leur proposer un **accompagnement renforcé** ;
- Les **invités issus des communes les plus défavorisées participent davantage au parcours complet** des Instants santé.

- **Les résultats mis en lumière par l'évaluation des Instants Santé, démontrent tant l'ampleur que l'efficacité du dispositif auprès des adhérents MSA.**
- **Une conclusion très encourageante au regard de l'exigence de service rendu du dispositif, qui permet d'aller vers la mise en œuvre de prises en charges toujours plus adaptées aux besoins.**

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

Dès l'annonce du confinement en mars 2020, la MSA s'est mobilisée pour créer des actions visant à rompre l'isolement des seniors, population très vulnérable à la COVID-19. Elle a notamment conçu un nouveau programme collectif d'éducation à la santé, intitulé COVID-19 : votre vécu hier et aujourd'hui...

L'objectif opérationnel de ce programme est de proposer des contenus valides sur la pandémie (l'origine, l'évolution, la maladie, les pistes de traitement et de vaccin,...), des temps de partage sur le vécu des confinements et les comportements mis en place par les participants dans ce contexte particulier.

Il s'articule autour de 2 modules collectifs d'1h30 réalisés à distance sous la forme de classes virtuelles :

- **Le confinement : pourquoi et comment ?** Comprendre l'évolution de la pandémie pour expliquer le confinement. Pouvoir s'exprimer sur son vécu du confinement et de la menace pandémique. Comprendre les modes de transmission du SARS-CoV-2 et les moyens de protection, sur le plan individuel et collectif.
- **La vie d'après** : s'approprier les connaissances sur la maladie, les pistes de traitement et de vaccin. Trouver sa façon de concilier choix individuels et santé collective.

Ce nouveau format intègre des animations ludiques et favorise l'interaction des participants sans risque pour leur santé.

Les modules sont animés par des animateurs formés spécifiquement et maîtrisant les compétences techniques essentielles pour l'organisation des classes virtuelles sur cette thématique. La formation pour le programme COVID-19 vécu se déroule en 3 temps :

- un temps **d'appropriation collective** permettant d'acquérir les fondamentaux, l'objectif, le déroulement et le contenu du module sous la forme d'une webconférence d'une heure,
- un temps **d'appropriation personnelle du corpus de connaissances** sur la COVID-19, structuré en 6 parties (origine et évolution de la pandémie, mode de transmission et moyens de protection, population touchée, symptômes-maladies et traitements, tests, diagnostics et les stratégies de lutte contre les pandémies), d'une durée estimée de 3h30,
- un temps **d'expérimentation et de mise en situation des animations de 2h30**, en petits groupes pour une prise en main technique de l'outil pour l'animation des ateliers à distance (découverte des fonctionnalités associées à la « classe virtuelle » pour la gestion du module et de l'organisation pratique du programme COVID-19 : votre vécu hier et aujourd'hui... réalisé à distance) et une animation des séquences en conditions réelles.

Les animateurs formés sont dans la quasi-totalité satisfaits voire très satisfaits :

- du contenu de la formation (taux de satisfaction de 99 %),
- du climat et de l'ambiance de la formation (taux de satisfaction de 98 %),
- des qualités pédagogiques du formateur (taux de satisfaction de 100 %),
- de la disponibilité du formateur (taux de satisfaction de 100 %),
- du rythme de la formation (taux de satisfaction de 85 %).

17 ateliers COVID-19 ont été organisés entre juillet et décembre 2020, réunissant une centaine de participants.

Sur l'ensemble des inscrits :

- un peu plus d'un tiers a assisté aux 2 modules du programme,
- plus de 40 % n'y ont pas du tout assisté,
- les autres ont assisté à l'un ou l'autre des modules.

Quel que soit le programme concerné (Ateliers Vitalité, Cap Bien-être ou COVID vécu), les participants expriment globalement une très bonne satisfaction (88 à 96 %) pour le format classe virtuelle, les contenus abordés et les animations proposées. **81 %** des participants estiment que le programme a répondu à leurs attentes en grande partie ou totalement.

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

Depuis juillet 2020, la MSA propose aux assurés seniors des actions collectives en classe virtuelle. Conçus en réponse à la situation sanitaire ayant empêché l'organisation d'ateliers collectifs seniors en présentiel, ces nouveaux ateliers d'éducation à la santé ont bénéficié d'une ingénierie spécifique afin d'en adapter le contenu et les objectifs pour une intervention à distance.

Deux programmes sont ainsi proposés aux seniors de plus de 60 ans sous la forme de classes virtuelles :

1. **Les Ateliers Vitalité** : programme d'éducation à la santé généraliste ayant pour objectif de permettre aux seniors d'adopter les comportements favorables à la santé. Le programme aborde l'importance du suivi médical et de l'observance du traitement, sensibilise les seniors à l'alimentation équilibrée en lien avec une activité physique régulière, et aide les seniors à identifier les activités favorisant leur bien-être,
2. **Cap Bien-être** : programme ayant 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 revient 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 distance.

Ces deux programmes comprennent chacun 3 modules de 1h30. Le format des classes virtuelles permet d'intégrer de nouveaux types d'animation pour inciter l'interaction entre les participants. Ces programmes ludiques sont animés par des animateurs formés selon un programme spécifique pour leur permettre de maîtriser les notions principales ainsi que les compétences techniques essentielles pour l'animation des ateliers à distance. Cette formation se déroule en deux temps :

- un temps **d'appropriation collective** permettant d'acquérir les fondamentaux, l'objectif, le déroulement et le contenu des programmes sous la forme d'une webconférence d'une heure,
- un temps **d'expérimentation et de mise en situation des animations de 2h30**.

Sur l'année 2020, 79 Ateliers Vitalité et 17 ateliers Cap Bien-être ont été réalisés à distance. 778 seniors se sont inscrits pour participer à ces ateliers.

Quel que soit le programme concerné (Ateliers Vitalité, Cap Bien-être ou COVID vécu) :

- **86 %** des participants disent avoir reçu des informations utiles en grande partie ou totalement par les ateliers en ligne suivis,
- **89 %** pensent mettre en pratique les conseils donnés en grande partie ou totalement.

Un très bon taux de recommandation est également observé pour les ateliers en ligne :

- **98 %** des participants recommandent ces ateliers,
- **94 %** souhaitent participer à un autre atelier en ligne (dont 58 % certainement).

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

En 2019, l'Etat a lancé la concertation Grand âge et autonomie en vue du rapport « Vieillir en bonne santé », une stratégie globale pour prévenir la perte d'autonomie mise en œuvre sur 2020-2022. En prévision de la transition démographique en cours avec une forte augmentation des plus de 65 ans d'ici 2030, l'Etat a validé des mesures notamment pour provoquer des réflexes de prévention le plus tôt possible : le rendez-vous prévention jeune retraité. La MSA, aux côtés de la Cnam, la Cnav et l'Agirc-Arrco, a signé la convention avec l'Etat le 16 janvier 2020 pour la mise en place de cette action en 2020.

Ce dispositif de droit commun est un moment de prévention renforcé au moment du passage à la retraite pour les plus fragiles. Il est en conséquence proposé aux retraités ayant ouvert leurs droits à la retraite depuis 6 à 18 mois (retraite, retraite progressive ou cumul emploi retraite). Ces retraités ont obligatoirement un des critères de fragilité sanitaire ou sociale suivants : absence de complémentaire de santé, absence de déclaration de médecin traitant, absence de consultation de médecine générale en ambulatoire durant les 12 derniers mois, bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (ex CMU-C ou ACS).

La MSA, premier organisme à avoir déployé ce dispositif en France, s'appuie sur le modèle du protocole des Instants santé, et notamment celui de l'entretien motivationnel personnalisé. Les assurés sont contactés par téléphone pour participer à cet entretien avec une infirmière diplômée d'Etat (IDE). A l'issue de cet échange, ils sont orientés :

- vers un médecin généraliste,
- et selon leur besoin, vers le service social CMSA qui reprend contact avec eux dans un délai maximum de 10 jours.

Le dispositif a été lancé à compter de juillet 2020 dans 6 CMSA puis généralisé sur l'ensemble du territoire à compter de septembre 2020. Au 30 octobre 2020, les séances en présentiel ont été reportées par téléphone en raison de la crise sanitaire.

En 2020, 11 100 assurés MSA ont été invités. Lors de l'invitation par voie téléphonique, les personnes répondent :

- **favorablement à hauteur de 29 %** (3 209 personnes) : 23 % pour un entretien par téléphone, 2 % pour un entretien en présentiel et 4 % pour une consultation directe chez le médecin traitant,
- **défavorablement pour 21 %** d'entre eux (2 332 personnes).

50 % des personnes n'ont pas répondu aux tentatives d'appels.

Les participants sont majoritairement :

- **des jeunes seniors** (73 % ont entre 60 et 64 ans),
- **des anciens salariés agricoles** (66 % contre 34 % d'exploitants retraités),
- **des hommes** (64 % contre 36 % de femmes).

Au total, 2 058 personnes (18,5 % des invités) ont réalisé un entretien motivationnel du rendez-vous prévention jeune retraité en présentiel ou par téléphone. Parmi eux, 35 % ont réalisé la consultation de prévention chez un médecin traitant, soit 8 % des invités.

En ce qui concerne le volet social :

- 1 personne sur 4 est orientée vers les services sociaux des CMSA, soit près de 300 personnes.
- 93 % des personnes ont été recontactées sous 7 jours après la date de l'entretien motivationnel.
- 112 assurés (41 %) ont bénéficié d'une évaluation individuelle avec un travailleur social.
- 76 % des personnes n'étaient pas connues des services ASS.

Au cours de l'année 2021, de nouveaux indicateurs de résultat viendront préciser la joignabilité des assurés et la typologie des orientations préconisées par le service social des CMSA.

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

La mise en œuvre du projet de programme a été officialisée en janvier 2021 par sa présentation à diverses instances internes et par le démarrage des travaux opérationnels.

Le premier objectif a été de réaliser une cartographie des dispositifs MSA de prévention et de prise en charge des personnes en situation de mal-être, segmentée selon les typologies de profils et de situations. A cet effet, un questionnaire multi-réseau MSA, FNSEA et APCA a été administré en février afin d'effectuer un état des lieux des dispositifs mis en œuvre au niveau local en lien avec le mal-être. En parallèle, des travaux ont été menés afin d'établir une définition du champ de la MSA en matière de prévention du mal-être et ont permis d'élaborer des outils pour le réseau des MSA, tels que la grille multi-critères d'orientation des bénéficiaires et un catalogue d'offres pour chacune des caisses de MSA.

A court terme, il s'agira de constituer une gouvernance pérenne et adaptée pour mobiliser et fédérer l'ensemble des acteurs autour des enjeux de la prévention et de l'accompagnement du mal-être.

Sur un plan très opérationnel, un parcours d'accompagnement des publics en situation de mal-être, est en cours de construction, centré sur le dispositif Aide au répit destiné aux non-salariés agricoles. Il devrait être déployé à la fin du 1^{er} semestre 2021. D'autres parcours ciblés seront ensuite élaborés, en capitalisant sur cette démarche.

Afin de favoriser l'échange en transversalité sur ce sujet majeur et sensible, un comité spécifique CASS/CPSS/CPSNS s'est tenu le 3 mars 2021 sur la thématique transversale du « mal-être ».

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

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

Le diagnostic territorial MSA est disponible en *open data* via GéoMSA, accessible depuis l'url <https://geomsa.msa.fr/>, depuis juillet 2020.

La MSA s'inscrit dans la stratégie d'ouverture des données (open data) promue par les pouvoirs publics en mettant à la disposition du public l'ensemble des thématiques et des portraits de territoire du diagnostic territorial au niveau du territoire de vie dans le respect du secret statistique.

Outre la création d'une 8^{ème} thématique consacrée aux typologies des territoires et de nouveaux indicateurs, l'outil GéoMSA s'est enrichi également de nouvelles fonctionnalités et notamment celle de pouvoir créer :

- des portraits de territoire sur les périmètres des territoires de vie (en lieu et place des bassins de vie) d'une part et des communes d'autre part. Pour chacune des thématiques, ces portraits synthétisent les informations essentielles sous la forme de tableaux, graphiques et cartes interactives.
- des portraits de territoire sur des périmètres « à façon » à partir de l'agrégation des communes, notamment sur le périmètre des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

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

Cf partie 3.2.

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.
Cf partie 3.2.

1.3. Axe « Qualité des pratiques et pertinence des soins »

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

L'action de sensibilisation des prescripteurs et des pharmaciens aux associations de médicaments contre-indiquées a été inscrite au plan national de gestion du risque MSA 2021, et diffusée au réseau des caisses de MSA début février 2021. L'action est mise en œuvre par les médecins-conseils des caisses de MSA, qui examinent mensuellement les ordonnances sélectionnées par l'outil de gestion du risque, et adressent des courriers de sensibilisation aux prescripteurs et pharmaciens. Ces courriers retracent l'ensemble de la prescription et précisent la nature du risque de l'interaction identifiée, ainsi que, le cas échéant, la conduite à tenir.

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

Cf Annexe 6, parties 6.4 et 6.6.

1.4. 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)

Action en cours de construction avec quelques caisses de MSA.

Proposition 12 : Contrôler *a posteriori* 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, pour les équipements optique et audio (périmètre de la réforme 100% santé), depuis le 1er janvier 2019.

Les données 2020 sont en cours d'analyse.

1.5. 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

Comme prévu et malgré les contraintes liées à la crise sanitaire, 3 nouveaux partenaires ont démarré courant 2020 l'utilisation des outils informatiques de la MSA pour la gestion des frais de santé. Il s'agit du Fonds de Sécurité Sociale de l'Assemblée Nationale (FSSAN), du Régime Autonome de Sécurité Sociale du Sénat (RA3S) et de la Mutuelle Autonome Générale de l'Education (MAGE).

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

Dans le cadre des perspectives de développement de la science des données, la MSA a initié en 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 a consisté, en partant d'un historique des situations d'incapacité de travail (hors accident du travail, maladie professionnelle, congé maternité) et de consommations de soins à délivrer un gradient de risque de prolongement de l'arrêt pour une période donnée. L'expérimentation qui s'est principalement concentrée sur la prédiction des arrêts de travail en maladie au régime des salariés agricoles 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, des prolongements opérationnels en matière de détection précoce de la désinsertion professionnelle sont envisagés mais les modalités concrètes de déploiement du projet restent à définir avec les directions informatiques et métier.

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

Cf partie 3.5.4.

Annexe 2 : La cartographie des pathologies au régime agricole

Méthodologie sur les typologies utilisées :

1) Indice de défavorisation de l'INSERM

L'indice de désavantage social est calculé au niveau communal à partir de données socioéconomiques issues du recensement de la population et des données sur les revenus fiscaux des ménages en 2015 :

- part des ouvriers dans la population active de 15 à 64 ans,
- part des chômeurs dans la population active de 15 à 64 ans,
- part des diplômés de niveau baccalauréat (minimum) dans la population de 15 ans ou plus non scolarisée,
- revenu fiscal médian des ménages.

2) Accessibilité aux soins et attractivité territoriale de l'Irdes

La typologie de l'accessibilité aux soins et de l'attractivité territoriale utilisée est celle de l'Irdes. Cette typologie se compose de 6 classes :

- Les espaces périurbains avec une moindre accessibilité aux soins : ces espaces sont localisés dans la périphérie des grands pôles urbains, formant, selon la taille des agglomérations, l'unique couronne ou la deuxième couronne (1).
- Les marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles : ces espaces sont à l'intérieur des terres, éloignés des grands pôles urbains et recouvrent pour une grande part les espaces ruraux de faible densité (2).
- Les espaces de retraite et tourisme bien dotés en offre de soins : ces espaces, principalement dans la moitié sud de la France, sont situés sur les littoraux français ou dans les massifs Alpains, Corse et Pyrénéens (3).
- Les espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socio-économiques et sanitaires : ils sont principalement situés dans le nord-est de la France autour de villes petites et moyennes ou d'anciens bassins miniers fortement peuplés (4).
- Les villes centres, hétérogènes socio économiquement et bien dotés en offre de soins : elles correspondent pour la plupart au cœur des métropoles ou aux préfectures régionales et départementales (5).
- Les villes et couronnes périurbaines favorisées : elles correspondent aux banlieues des principales métropoles régionales ou à des villes favorisées (6).

3) Grille communale de densité de l’Insee

La grille communale de densité (communes (2020)) est définie par l’Agence Nationale de la Cohésion du Territoire (ANCT). Pour prendre en compte la répartition de la population de manière fine, la grille communale de densité s’appuie sur la distribution de la population à l’intérieur de la commune en découpant le territoire en carreaux de 1 kilomètre de côté. Elle repère ainsi des zones agglomérées. C’est l’importance de ces zones agglomérées au sein des communes qui va permettre de les caractériser (et non la densité communale moyenne, habituellement utilisée). Cette classification mise en place par l’Insee reprend les travaux d’Eurostat, en introduisant une catégorie supplémentaire pour tenir compte des espaces faiblement peuplés, plus fréquents en France que dans d’autres pays européens.

La grille communale de densité permet de distinguer quatre catégories de communes :

- densément peuplées (1),
- de catégorie intermédiaire (2),
- peu denses (3),
- très peu denses (4).

4) Statut de la commune de l’Insee

Cette classification est réalisée en fonction de la population au recensement de 2015, excepté pour les communes de Mayotte pour lesquelles le statut est calculé sur le dernier recensement de la population de Mayotte, soit 2017. Cet indicateur a été pris avec la composition communale au 01/01/2018.

Il est composé de quatre statuts de commune :

- Rural,
- Ville-centre,
- Banlieue,
- Ville isolée.

Annexe 3 : Les effectifs et taux de prévalence et d'incidence bruts des patients en ALD au régime agricole

3.1. Effectifs et taux de prévalence

Tableau 53 :
Effectifs et taux de prévalence bruts des patients en ALD 1 à 32 au 31/12/2020, 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	178 876	56,9
05	INSUFFISANCE CARDIAQUE GRAVE	147 853	47,1
30	CANCERS	137 003	43,6
13	MALADIE CORONAIRE	98 651	31,4
23	AFFECTIIONS PSYCHIATRIQUES DE LONGUE DUREE	60 904	19,4
01	ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL INVALIDANT	40 792	13,0
03	ARTERIOPATHIES CHRONIQUES AVEC MANIFESTATIONS ISCHEMIQUES	40 426	12,9
15	MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES DEMENCES	38 170	12,1
31	Pathologies hors liste	27 952	8,9
14	INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE GRAVE	20 880	6,6
09	AFFECTIIONS NEUROLOGIQUES ET MUSCULAIRES, EPILEPSIE	17 209	5,5
22	POLYARTHRITE RHUMATOIDE EVOLUTIVE GRAVE	17 042	5,4
12	HYPERTENSION ARTERIELLE SEVERE	16 784	5,3
19	NEPHROPATHIE	13 692	4,4
16	MALADIE DE PARKINSON	12 756	4,1
21	PERIARTERITE, LUPUS, SCLERODERMIE	7 406	2,4
24	MALADIE DE CROHN ET RCH EVOLUTIVES	7 002	2,2
06	MALADIES CHRONIQUES ACTIVES DU FOIE ET CIRRHOSSES	6 043	1,9
27	SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE GRAVE	5 573	1,8
32	Polypathologies	4 216	1,3
17	MALADIES METABOLIQUES HEREDITAIRES (MMH)	4 081	1,3
25	SCLEROSE EN PLAQUES	3 484	1,1
07	VIH	2 262	0,7
02	INSUFFISANCES MEDULLAIRES ET AUTRES CYTOPENIES CHRONIQUES	1 892	0,6
11	TROUBLES DE L'HEMOSTASE, HEMOPHILIE	1 883	0,6
26	SCOLIOSE STRUCTURALE EVOLUTIVE	1 702	0,5
20	PARAPLEGIE	1 392	0,4
28	SUITES DE TRANSPLANTATION D'ORGANE	1 018	0,3
10	HEMOGLOBINOPATHIES, HEMOLYSES CHRONIQUES,	377	0,1
29	TUBERCULOSE ACTIVE ET LEPRE	319	0,1
18	MUCOVISCIDOSE	194	0,1
04	BILHARZIOSE COMPLIQUEE	4	0,0

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

3.2. Effectifs et taux d'incidence

Tableau 54 :
Effectifs et taux d'incidence bruts des patients en 2020 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	20 998	6,6
05	INSUFFISANCE CARDIAQUE GRAVE	14 631	4,6
08	DIABETE DE TYPE 1 ET DIABETE DE TYPE 2	13 417	4,2
23	AFFECTIIONS PSYCHIATRIQUES DE LONGUE DUREE	7 871	2,5
13	MALADIE CORONAIRE	7 235	2,3
15	MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES DEMENCES	7 162	2,3
01	ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL INVALIDANT	5 836	1,8
31	Pathologies hors liste	4 473	1,4
03	ARTERIOPATHIES CHRONIQUES AVEC MANIFESTATIONS ISCHEMIQUES	3 598	1,1
14	INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE GRAVE	2 262	0,7
22	POLYARTHRITE RHUMATOIDE EVOLUTIVE GRAVE	2 004	0,6
09	AFFECTIIONS NEUROLOGIQUES ET MUSCULAIRES, EPILEPSIE	1 919	0,6
19	NEPHROPATHIE	1 676	0,5
16	MALADIE DE PARKINSON	1 369	0,4
21	PERIARTERITE , LUPUS, SCLERODERMIE	891	0,3
32	Polypathologies	877	0,3
06	MALADIES CHRONIQUES ACTIVES DU FOIE ET CIRRHOSSES	867	0,3
24	MALADIE DE CROHN ET RCH EVOLUTIVES	686	0,2
27	SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE GRAVE	651	0,2
17	MALADIES METABOLIQUES HEREDITAIRES (MMH)	372	0,1
02	INSUFFISANCES MEDULLAIRES ET AUTRES CYTOPENIES CHRONIQUES	335	0,1
26	SCOLIOSE STRUCTURALE EVOLUTIVE	277	0,1
07	VIH	253	0,1
25	SCLEROSE EN PLAQUES	247	0,1
11	TROUBLES DE L'HEMOSTASE, HEMOPHILIE	234	0,1
12	HYPERTENSION ARTERIELLE SEVERE	142	0,0
20	PARAPLEGIE	119	0,0
28	SUITES DE TRANSPLANTATION D'ORGANE	99	0,0
29	TUBERCULOSE ACTIVE ET LEPRE	83	0,0
10	HEMOGLOBINOPATHIES, HEMOLYSES CHRONIQUES.	58	0,0
18	MUCOVISCIDOSE	19	0,0
04	BILHARZIOSE COMPLIQUEE	2	0,0

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 4 : La mortalité par suicide des assurés du régime agricole

Tableau 55 :
Mortalité par suicide, par typologie de l'accessibilité des soins et de l'attractivité territoriale de l'Irdes, des consommateurs de 15 à 64 ans, Indice comparatif calculé au sein de chaque population

Consommateurs métropolitains de 15 à 64 ans	Taux brut de décès par suicides pour 100 000	Indice comparatif SMR	Significativité
Tous régimes confondus	8,9	100	-
Périurbain avec une moindre accessibilité aux soins	10,3	114	***
Marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles	13,8	148	***
Espaces de retraite et tourisme bien dotés en offre de soins	9,9	109	**
Espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socio-économiques et sanitaires	13,1	147	***
Villes centres, hétérogènes socio-économiquement et bien dotés en offre de soins	6,4	75	***
Villes et couronnes périurbaines favorisées	5,1	58	***
Régime agricole	14,5	100	-
Périurbain avec une moindre accessibilité aux soins	16,7	115	*
Marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles	17,3	114	*
Espaces de retraite et tourisme bien dotés en offre de soins	10,6	74	*
Espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socio-économiques et sanitaires	17,7	123	non significatif
Villes centres, hétérogènes socio-économiquement et bien dotés en offre de soins	8,1	61	***
Villes et couronnes périurbaines favorisées	5,7	42	***

Source : SNDS - exploitation MSA

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

Clé de lecture : l'indice comparatif de chaque ligne est calculé par rapport à l'ensemble des consommateurs 15-64 ans de la même catégorie. Les assurés vivant en zone "Périurbain avec une moindre accessibilité aux soins" ont un taux de suicide de 10,3 pour 100 000, l'indice comparatif est de 114 ce qui traduit un sur risque de 14%, ce sur risque est significatif au seuil de 1%.

Tableau 56 :
Mortalité par suicide, par indice de défavorisation, des consommateurs de 15 à 64 ans et Indice comparatif calculé au sein de chaque population

Consommateurs métropolitains de 15 à 64 ans	Taux brut de décès par suicides pour 100 000	Indice comparatif SMR	Significativité
Tous régimes confondus	8,9	100	-
1er quintile : 20% des plus favorisées	5,3	60	***
2e quintile : 21% à 40% des plus favorisées	6,9	78	***
3e quintile : moyennement favorisées	9,2	104	non significatif
4e quintile : 21% à 40% des moins favorisées	11,4	127	***
5e quintile : 20% des moins favorisées	11,8	132	***
Régime agricole	14,5	100	-
1er quintile : 20% des plus favorisées	9,1	65	**
2e quintile : 21% à 40% des plus favorisées	13,1	90	non significatif
3e quintile : moyennement favorisées	13,1	90	non significatif
4e quintile : 21% à 40% des moins favorisées	17	115	*
5e quintile : 20% des moins favorisées	16	111	non significatif

Source : SNDS - exploitation MSA

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

Clé de lecture : l'indice comparatif de chaque ligne est calculé par rapport à l'ensemble des consommateurs 15-64 ans de la même catégorie. Les assurés du 1er quintile c'est-à-dire les consommateurs résidents dans une commune faisant partie des 20% les favorisées (tout en tenant compte de la taille de la commune en terme de population) ont un taux de suicide de 5,3 pour 100 000, l'indice comparatif est de 60 ce qui traduit un sous risque de 40%, ce sous risque est significatif au seuil de 1%.

Tableau 57 :
Mortalité par suicide, par régime, par indice de défavorisation des consommateurs de 15 à 64 ans
et Indice comparatif calculé au sein de chaque population

Consommateurs métropolitains de 15 à 64 ans	Taux brut de décès par suicides pour 100 000	Indice comparatif SMR	Significativité
1er quintile : 20% des plus favorisées			
Tous régimes	5,3	100	-
Régime Agricole	9,1	149	**
Non salariés agricoles	9,0	117	non calculable
Salariés agricoles	9,1	164	**
2e quintile : 21% à 40% des plus favorisées			
Tous régimes	6,9	100	-
Régime Agricole	13,1	156	***
Non salariés agricoles	16,5	161	***
Salariés agricoles	11,3	152	***
3e quintile : moyennement favorisées			
Tous régimes	9,2	100	-
Régime Agricole	13,1	119	*
Non salariés agricoles	12,8	97	non significatif
Salariés agricoles	13,3	135	**
4e quintile : 21% à 40% des moins favorisées			
Tous régimes	11,4	100	-
Régime Agricole	17,0	123	***
Non salariés agricoles	20,2	123	*
Salariés agricoles	15,2	123	**
5e quintile : 20% des moins favorisées			
Tous régimes	11,8	100	-
Régime Agricole	16,0	113	non significatif
Non salariés agricoles	16,7	99	non significatif
Salariés agricoles	15,7	122	*

Source : SNDS - exploitation MSA

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

Clé de lecture : l'indice comparatif de chaque ligne est calculé par rapport à l'ensemble des consommateurs 15-64 ans de la même catégorie. Les assurés agricoles ont un taux de suicide de 9,1 pour 100 000, l'indice comparatif est de 149 ce qui traduit un sur risque de 49%, ce sur risque est significatif au seuil de 5%.

Tableau 58 :
Mortalité par suicide, selon la grille communale de densité, des consommateurs de 15 à 64 ans,
Indice comparatif calculé au sein de chaque population

Consommateurs métropolitains de 15 à 64 ans		Taux brut de décès par suicides pour 100 000	Indice comparatif SMR	Significativité
Tous régimes confondus		8,9	100	-
	Espaces densément peuplés	5,6	66	***
	Espaces de densité intermédiaire	10,1	112	***
	Espaces peu denses	11,8	129	***
	Espaces très peu denses	12,1	130	***
Régime agricole		14,5	100	-
	Espaces densément peuplés	6,8	53	***
	Espaces de densité intermédiaire	12	88	non significatif
	Espaces peu denses	16,9	114	**
	Espaces très peu denses	14,9	94	non significatif

Source : SNDS - exploitation MSA

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

Clé de lecture : l'indice comparatif de chaque ligne est calculé par rapport à l'ensemble des consommateurs 15-64 ans de la même catégorie. Les assurés vivants dans des espaces densément peuplés ont un taux de suicide de 5,6 pour 100 000, l'indice comparatif est de 66 ce qui traduit un sous risque de 34%, ce sous risque est significatif au seuil de 1%.

Tableau 59 :
Mortalité par suicide, par statut de commune, des consommateurs de 15 à 64 ans,
Indice comparatif calculé au sein de chaque population

Consommateurs métropolitains de 15 à 64 ans		Taux brut de décès par suicides pour 100 000	Indice comparatif SMR	Significativité
Tous régimes confondus		8,9	100	-
	Banlieue	6,9	78	***
	Centre ville	8,7	101	non significatif
	Commune isolée	11,5	127	***
	Commune rurale	11,6	126	***
Régime agricole		14,5	100	-
	Banlieue	8,4	61	***
	Centre ville	12,9	97	non significatif
	Commune isolée	22,1	155	***
	Commune rurale	15,6	102	non significatif

Source : SNDS - exploitation MSA

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

Clé de lecture : l'indice comparatif de chaque ligne est calculé par rapport à l'ensemble des consommateurs 15-64 ans de la même catégorie. Les assurés vivant en banlieue ont un taux de suicide de 6,9 pour 100 000, l'indice comparatif est de 78 ce qui traduit un sous risque de 22%, ce sous risque est significatif au seuil de 1%.

Tableau 60 :
Mortalité par suicide, par typologie de l'accessibilité des soins et de l'attractivité territoriale de l'Irdes,
des consommateurs de 65 ans et plus, Indice comparatif calculé au sein de chaque population

Consommateurs métropolitains de 65 ans et plus	Taux brut de décès par suicides pour 100 000	Indice comparatif SMR	Significativité
Tous régimes confondus	12,3	100	-
Périurbain avec une moindre accessibilité aux soins	13,5	109	**
Marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles	18,9	148	***
Espaces de retraite et tourisme bien dotés en offre de soins	12	96	non significatif
Espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socio-économiques et sanitaires	15,9	133	***
Villes centres, hétérogènes socio-économiquement et bien dotés en offre de soins	9,2	75	***
Villes et couronnes périurbaines favorisées	7,2	59	***
Régime agricole	29,6	100	-
Périurbain avec une moindre accessibilité aux soins	27,7	93	non significatif
Marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles	36	118	***
Espaces de retraite et tourisme bien dotés en offre de soins	25,7	88	non significatif
Espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socio-économiques et sanitaires	34,3	120	non significatif
Villes centres, hétérogènes socio-économiquement et bien dotés en offre de soins	15,2	55	***
Villes et couronnes périurbaines favorisées	19,6	70	*

Source : SNDS - exploitation MSA

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

Clé de lecture : l'indice comparatif de chaque ligne est calculé par rapport à l'ensemble des consommateurs de 65 ans et plus de la même catégorie. Les assurés vivant en zone "Périurbain avec une moindre accessibilité aux soins" ont un taux de suicide de 13,5 pour 100 000, l'indice comparatif est de 109 ce qui traduit un sur risque de 9%, ce sur risque est significatif au seuil de 5%.

**Tableau 61 :
Mortalité par suicide, par indice de défavorisation des consommateurs 65 ans et plus,
Indice comparatif calculé au sein de chaque population**

Consommateurs métropolitains de 65 ans et plus		Taux brut de décès par suicides pour 100 000	Indice comparatif SMR	Significativité
1er quintile : 20% des plus favorisées				
Tous régimes		7,4	100	-
Régime Agricole		16,3	192	***
Non salariés agricoles		22,2	250	***
Salariés agricoles		6,7	84	non calculable
2e quintile : 21% à 40% des plus favorisées				
Tous régimes		10,7	100	-
Régime Agricole		28,0	219	***
Non salariés agricoles		33,0	252	***
Salariés agricoles		15,7	131	non significatif
3e quintile : moyennement favorisées				
Tous régimes		13,2	100	-
Régime Agricole		27,7	178	***
Non salariés agricoles		30,3	191	***
Salariés agricoles		21,1	141	*
4e quintile : 21% à 40% des moins favorisées				
Tous régimes		14,2	100	-
Régime Agricole		32,2	188	***
Non salariés agricoles		33,5	193	***
Salariés agricoles		28,7	172	***
5e quintile : 20% des moins favorisées				
Tous régimes		15,3	100	-
Régime Agricole		33,0	175	***
Non salariés agricoles		35,7	187	***
Salariés agricoles		26,4	145	**

Source : SNDS - exploitation MSA

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

Clé de lecture : l'indice comparatif de chaque ligne est calculé par rapport à l'ensemble des consommateurs 65 ans et plus de la même catégorie. Les assurés agricoles ont un taux de suicide de 16,3 pour 100 000, l'indice comparatif est de 192 ce qui traduit un sur risque de 92%, ce sur risque est significatif au seuil de 1%.

Tableau 62 :
Mortalité par suicide, par indice de défavorisation des consommateurs de 65 ans et plus
et l'Indice comparatif calculé au sein de chaque population

Consommateurs métropolitains de 65 ans et plus		Taux brut de décès par suicides pour 100 000	Indice comparatif SMR	Significativité
Tous régimes confondus		12,3	100	-
1er quintile : 20% des plus favorisées		7,4	61	***
2e quintile : 21% à 40% des plus favorisées		10,7	87	***
3e quintile : moyennement favorisées		13,2	107	*
4e quintile : 21% à 40% des moins favorisées		14,2	114	***
5e quintile : 20% des moins favorisées		15,3	123	***
Régime agricole		29,6	100	-
1er quintile : 20% des plus favorisées		16,3	58	***
2e quintile : 21% à 40% des plus favorisées		28	97	non significatif
3e quintile : moyennement favorisées		27,7	94	non significatif
4e quintile : 21% à 40% des moins favorisées		32,2	108	non significatif
5e quintile : 20% des moins favorisées		33	109	non significatif

Source : SNDS - exploitation MSA

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

Clé de lecture : l'indice comparatif de chaque ligne est calculé par rapport à l'ensemble des consommateurs 65 ans et plus de la même catégorie. Les assurés du 1er quintile c'est-à-dire les consommateurs résidents dans une commune faisant partie des 20% les plus favorisées (tout en tenant compte de la taille de la commune en terme de population) ont un taux de suicide de 7,4 pour 100 000, l'indice comparatif est de 61 ce qui traduit un sous risque de 39%, ce sous risque est significatif au seuil de 1%.

Tableau 63 :
Mortalité par suicide, selon la grille communale de densité des consommateurs de 65 ans et plus,
Indice comparatif calculé au sein de chaque population

Consommateurs métropolitains de 65 ans et plus		Taux brut de décès par suicides pour 100 000	Indice comparatif SMR	Significativité
Tous régimes confondus		12,3	100	-
Espaces densément peuplés		8	65	***
Espaces de densité intermédiaire		12,1	99	non significatif
Espaces peu denses		16,3	131	***
Espaces très peu denses		20	152	***
Régime agricole		29,6	100	-
Espaces densément peuplés		10,4	39	***
Espaces de densité intermédiaire		25,4	89	non significatif
Espaces peu denses		32,6	108	*
Espaces très peu denses		30,6	101	non significatif

Source : SNDS - exploitation MSA

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

Clé de lecture : l'indice comparatif de chaque ligne est calculé par rapport à l'ensemble des consommateurs de 65 ans et plus de la même catégorie. Les assurés vivant dans des espaces densément peuplés ont un taux de suicide de 8 pour 100 000, l'indice comparatif est de 65 ce qui traduit un sous risque de 35%, ce sous risque est significatif au seuil de 1%.

Tableau 64 :
Mortalité par suicide, par statut de commune des consommateurs de 65 ans et plus,
Indice comparatif calculé au sein de chaque population

Consommateurs métropolitains de 65 ans et plus		Taux brut de décès par suicides pour 100 000	Indice comparatif SMR	Significativité
Tous régimes confondus		12,3	100	-
Banlieue		10,2	83	***
Centre ville		10,9	89	***
Commune isolée		13,6	110	non significatif
Commune rurale		17,2	136	***
Régime agricole		29,6	100	-
Banlieue		22,4	79	**
Centre ville		27,0	95	non significatif
Commune isolée		30,5	102	non significatif
Commune rurale		32,0	106	non significatif

Source : SNDS - exploitation MSA

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

Clé de lecture : l'indice comparatif de chaque ligne est calculé par rapport à l'ensemble des consommateurs 65 ans et plus de la même catégorie. Les assurés vivant en banlieue ont un taux de suicide de 10,2 pour 100 000, l'indice comparatif est de 83 ce qui traduit un sous risque de 17%, ce sous risque est significatif au seuil de 1%.

Annexe 5 : Synthèse des volets qualitatifs des diagnostics territoriaux MSA

SYNTHÈSE DES VOLETS QUALITATIFS DES DIAGNOSTICS TERRITORIAUX MSA

NOVEMBRE 2020

 Association santé
éducation et prévention
sur les territoires
Franche-Comté/Bourgogne

 santé
famille
retraite
services

POURQUOI UNE DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE TERRITORIALE AU SEIN DE LA MSA ?

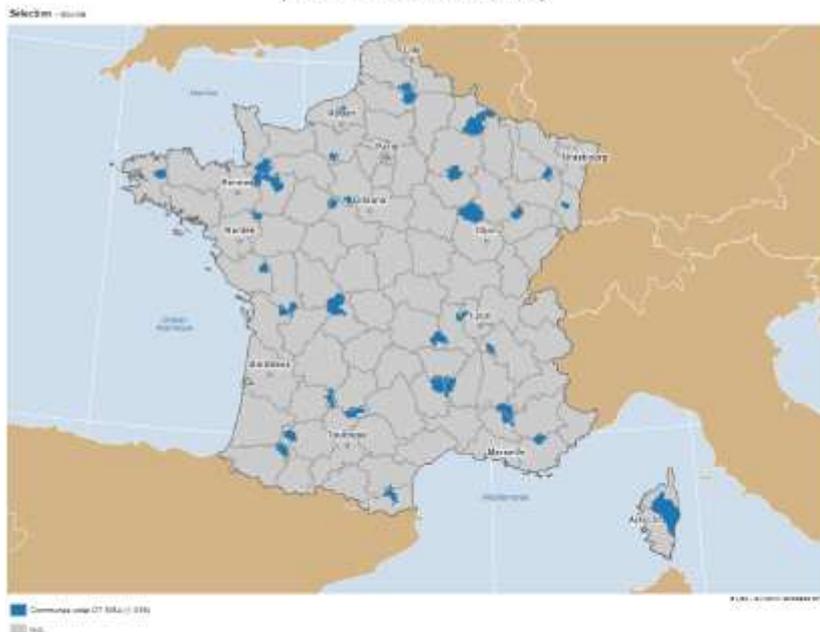
Entre 2016 et 2019, 35 rapports qualitatifs ont été rédigés sur l'accès aux soins primaires en milieu rural au sein des caisses de MSA en France, en prenant appui sur des bassins de vie dits « fragiles » identifiés au préalable.

La démarche diagnostique visait à identifier les territoires ruraux les plus « à risques » du point de vue de l'accessibilité de la population aux soins primaires.

L'objectif de la MSA, en se dotant d'une démarche diagnostique sur l'accès aux soins primaires en milieu rural, était de partager avec d'autres acteurs (Agence Régionale de Santé, Assurance Maladie, Action Sociale, Collectivités territoriales etc.) un constat initial permettant de proposer un plan d'actions en réponse aux fragilités repérées.

Le rapport de synthèse final a été consolidé et diffusé en octobre 2020.

SITUATION GÉOGRAPHIQUE DES BASSINS DE VIE RETENUS (ECHELLE COMMUNALE)



EN BREF

Le médecin généraliste plébiscité comme professionnel de santé de référence du 1er recours

Un système de santé organisé autour du soin hospitalier avec des cloisonnements entre soins primaires et spécialisés

Des inégalités d'accès aux soins accrues dans les territoires ruraux

Les personnes âgées agricoles et les précaires plus particulièrement exposés

Des liens entre les élus communautaires et les structures organisatrices de l'offre de soins qui se renforcent

Les outils identifiés comme des réponses aux déserts médicaux incarnés par les maisons de santé et la télémédecine

Des collaborations locales non formalisées (prises en charge de personnes âgées isolées) existent et fonctionnent

Une confusion entre MSP labellisées et regroupements de professionnels de santé

Le renforcement du constat du peu de place occupé par la prévention

LES DIAGNOSTICS TERRITORIAUX EN CHIFFRES

560 entretiens directs dont 182 auprès de professionnels de santé, 59 auprès d'élus locaux, 55 auprès d'élus MSA, 54 auprès d'usagers, 27 auprès d'acteurs du médico-social, 17 auprès de représentants institutionnels, 7 auprès d'acteurs du social, 5 avec des animateurs de Contrats Locaux de Santé (CLS)



VIVRE À LA CAMPAGNE

Des représentations opposées de la vie à la campagne coexistent, polarisées entre, d'un côté un cadre de vie calme et agréable, marqué par une solidarité entre habitants et de l'autre des territoires en déclin.

Le déclin à la fois économique et de baisse de présence des services renforce la nécessité de la voiture individuelle qui occupe une place centrale pour ces territoires, symbolisant la nécessité d'être mobile pour vivre à la campagne.

Déclin économique d'une part, avec des activités qui sont en constante baisse, qu'il s'agisse de l'industrie ou des activités agricoles. Désengagement des services publics d'autre part, dus à une politique de rationalisation et de centralisation sur les centres urbains, qui fragilise fortement ces territoires.

De ce constat partagé sur tous les territoires investigués, il ressort une revendication très présente d'accessibilité des commerces et des services, leur présence étant un lieu de jugement de la dynamique locale et du désinvestissement des politiques publiques. L'utilisation de commerces ou de services semble répondre prioritairement à des considérations pratiques (tout au même endroit, comme dans une grande surface ou présence sur un trajet quotidien).

En parallèle de ce déclin, on constate l'apparition de populations pauvres, non originaires du territoire et stigmatisées. Ces personnes précaires, dont pour beaucoup les personnes âgées sont donc confrontées à des difficultés d'accès aux soins, l'enjeu primordial étant comme pour le reste du territoire national le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie.

QUELS ENSEIGNEMENTS SUR L'OFFRE DE SOINS PRIMAIRES EN MILIEU RURAL ?

L'offre de soins primaires dans les 35 territoires investigués est très souvent en tension et concentrée avec une recombinaison de l'offre au sein des bourgs centres, parfois avec des satellites.

Cette offre est d'abord et avant tout représentée par le médecin généraliste. Or, le milieu rural est jugé peu attractif et peu valorisé par les médecins en exercice eux-mêmes alors que nombre d'entre eux sont très attachés à leurs patients et à leur pratique professionnelle. Dans ce contexte d'une offre rare, il peut devenir impossible de choisir « son » médecin. Or, la liberté de choisir « son » médecin répond à la liberté d'installation.

Les métiers d'infirmier(e)s, de pharmacien(ne)s et de masseurs-kinésithérapeutes sont étroitement associés, dans les représentations sociales, à l'activité de médecins généralistes.

Les infirmiers jouissent d'une représentation très positive ; leur dévouement est reconnu et estimé.

Les prises en charge des kinésithérapeutes ne sont pas forcément bien comprises par les usagers. Il existe en effet de très grande disparité dans l'offre de soins en masso-kinésithérapie avec dans certains endroits des difficultés à répondre aux demandes de rééducation. On constate qu'une pression sociale s'exerce sur les kinésithérapeutes plus que sur les autres professionnels de santé.

Les pharmaciens sont identifiés dans un rôle de conseil et d'orientation dans le système de santé.

Ces professionnels sont considérés comme dépendants des prescriptions médicales (quelle que soit la spécialité et le mode d'exercice). Or, ils peuvent tous proposer des conseils voire des soins en dehors ou en complément de prescriptions initiales (avec des critères de prise en charge par l'assurance maladie et les mutuelles qui diffèrent).

Les dentistes et les sages-femmes sont quant à eux peu identifiés comme des acteurs des soins primaires.

ORGANISER TERRITORIALEMENT L'OFFRE POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS

Pour le premier recours, les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) apparaissent comme « La » solution principale aux problèmes d'accès aux soins primaires en milieu rural car elles sont associées dans les représentations sociales à un élément permettant l'installation de nouveaux médecins.

Leur déploiement est une volonté politique souvent portée par les collectivités territoriales sans que cela s'inscrive nécessairement dans un projet territorial de santé construit.

Dans les territoires où des difficultés existent pour accéder aux soins primaires, elles sont renforcées par des difficultés d'accès aux soins du second recours. Ainsi, l'articulation complexe et déficiente hôpital-ville, ou plutôt ici hôpital-campagne, est souvent complexe et nuit à la continuité des soins. Dans ces cas-là, le recours aux urgences peut apparaître comme la seule solution pour être pris en charge rapidement.

Les informations contenues dans les rapports des DT MSA relatives aux outils organisationnels et numériques, censés améliorer l'accès aux soins, sont insuffisantes pour en tirer des enseignements probants.

Annexe 6 : Les actions du plan national GDR maladie 2020

En accord avec les directives de la CNAM du 30/06/2020 (LR-DACCRF-3/2020), les actions inter-régimes suivantes n'ont pas été lancées pour l'année 2020 :

- le programme de contrôle Ehpad,
- la campagne T2A,
- l'action portant sur les SSIAD,
- l'action optionnelle HAD.

De plus, il a été décidé de suspendre les actions suivantes sur les arrêts de travail :

- le contrôle du respect du délai d'envoi des arrêts de travail maladie,
- le contrôle de la qualité du prescripteur en cas de prolongation,
- le contrôle des arrêts de travail répétitifs.

Au mois de juillet 2020, les contrôles portant sur les actes infirmiers et sur les transports ont repris avec notification des seuls indus frauduleux.

6.1. Prévention

La thématique sur la prévention est développée dans la partie 3.1.1.

6.2. Structuration de l'offre de soins

6.2.1. 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 2020, dans le cadre de la MSAP chirurgie ambulatoire, une seule caisse a traité les MSAP. Les médecins-conseils MSA ont reçu 5 demandes de réalisation, en hospitalisation complète, d'actes éligibles à l'ambulatoire, émanant de 3 établissements. Sur l'ensemble de ces demandes, aucune n'a fait l'objet d'un refus.

6.2.2. 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 six de ces programmes :

- maternité
- chirurgie-orthopédie
- insuffisance cardiaque
- broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)
- Accident Vasculaire Cérébral (AVC)
- PRADO COVID-19

Dans un premier temps, 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. Le dispositif PRADO BPCO est généralisé depuis le 1^{er} novembre 2018. Depuis février 2020, la MSA a intégré le PRADO AVC.

En outre, compte tenu du contexte sanitaire depuis mars 2020, plusieurs régions ont mis en œuvre un accompagnement de sorties d'hospitalisation de type Prado pour des patients « COVID-19 » pour permettre leur retour à domicile.

Ces demandes ont exigé une adaptation du cadre conventionnel des Prado. Pour les établissements déjà conventionnés Prado, aucune formalité n'est exigée. Pour les établissements non conventionnés, il est en revanche préconisé d'élaborer un protocole définissant les conditions de réalisation et les modalités de l'accompagnement à distance par les CAM entre les établissements de santé/établissements de soins de suite et de réadaptation et les professionnels de santé de ville susceptibles d'assurer la prise en charge des soins.

Enfin, la MSA est en cours d'instruction avec la CNAM sur sa participation à venir au PRADO Personnes âgées (PA) mis en place par l'Assurance maladie. Ce programme sera proposé aux personnes âgées de 75 ans et plus relevant du régime agricole quel que soit le motif de leur hospitalisation.

Concernant la participation financière de la MSA aux différents PRADO, cette dernière s'élève à 15 € par adhésion pour le PRADO maternité et 30 € par adhésion pour les PRADO Chirurgie-Orthopédie, Insuffisance cardiaque, BPCO et AVC. Ainsi, la contribution de la MSA à la mise en œuvre de ces programmes pour ses adhérents s'élève à 183 555 euros pour l'année 2020 (**Tableau 65**).

Tableau 65 :
Nombre d'assurés MSA éligibles, adhérents au PRADO en 2020
et montants remboursés par le régime agricole

PRADO	Maternité	Chirurgie / Orthopédie	Insuffisance cardiaque	BPCO	AVC
Nombre d'assurés éligibles	4 064	3 054	1 153	105	161
Nombre d'assurés adhérents	3 753	2 870	1 114	104	154
Taux d'adhésion	92 %	94 %	97 %	99 %	96 %
Montant (en euros)	56 295	86 100	33 420	3 120	4 620

6.2.2.1. 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 2020, 3 753 assurées ont adhéré au programme Prado Maternité pour un montant total de 56 295 €. Le nombre d'assurées adhérentes recule de 56,2 % sur un an principalement en raison de la crise sanitaire (COVID-19).

6.2.2.2. 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 2017³³. 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 2020, 2 870 assurés du régime agricole ont adhéré à ce programme pour un montant total de 86 100 €. Cet effectif diminue de 35,6 % par rapport à 2019 principalement en raison de la crise sanitaire (COVID-19).

6.2.2.3. Insuffisance cardiaque (IC)

Dans les établissements, à l'issue d'une hospitalisation pour décompensation cardiaque, l'équipe médicale valide l'éligibilité du patient au programme PRADO IC. Le CAM fait choisir à l'assuré, en lien avec le médecin traitant, l'infirmier et le cardiologue qui le suivront après son retour à domicile, et fixe les premiers rendez-vous avec ces professionnels de santé.

Ce dispositif PRADO, expérimenté en MSA en 2014, est généralisé à l'ensemble des caisses depuis juillet 2017.

En 2020, 1 114 assurés ont adhéré à ce programme pour un montant total de 33 420 €. Le nombre d'assurés adhérents recule de 38,1 % par rapport à 2019 principalement en raison de la crise sanitaire (COVID-19).

6.2.2.4. 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 2020, 104 adhésions ont été recensées pour un montant total de 3 120 €. Le nombre d'adhésion recule de 55,6 % sur un an principalement en raison de la crise sanitaire (COVID-19).

6.2.2.5. Accident Vasculaire Cérébral et Accident Ischémique Transitoire (AVC/AIT)

Le programme PRADO AVC/AIT accompagne le retour à domicile des patients hospitalisés ayant subi un accident vasculaire cérébral ou un accident ischémique transitoire. Ainsi, à travers les deux parcours proposés (AVC/AIT), ce PRADO a pour finalité de diminuer les récurrences, les ré-

³³ 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.

hospitalisations et les décès suite à un accident vasculaire cérébral ou un accident ischémique transitoire.

La MSA a déployé ce PRADO depuis février 2020.

En 2020, 154 assurés ont adhéré à ce programme pour un montant total de 4 620 €.

6.2.3. Action d'accompagnement du parcours de santé en milieu rural : accompagnement des structures d'exercice coordonné

Cf partie 3.2.

6.3. Pertinence et efficacité des produits de santé

6.3.1. Liste des Produits et Prestations

6.3.1.1. Contrôle systématique des demandes d'accord préalable de grand appareillage orthopédique

Le grand appareillage orthopédique (GAO) est composé des : fauteuils roulants, prothèses oculaires et faciales, podo-orthèses (chaussures orthopédiques et appareils podo-jambiers) et orthoprothèses (prothèses qui visent à remplacer un segment de membre ou un membre entier amputé, appareils d'orthopédie destinés à corriger une déviation, à soutenir un membre déficient ou à compenser certaines lésions fonctionnelles). Depuis 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 66**). 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 siège 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 66 :
Montants remboursés et évolution du GAO et de la LPP au régime agricole de 2011 à 2019*

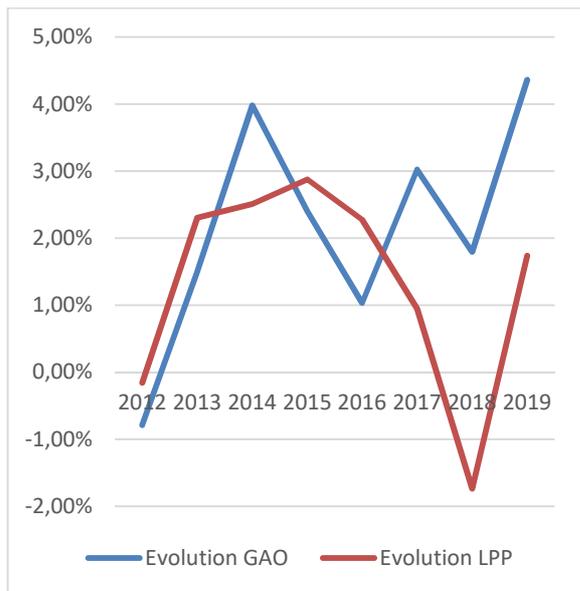
Montants remboursés	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Véhicules pour handicapés	18 156 604 €	18 096 392 €	18 272 262 €	18 705 378 €	18 469 990 €	18 352 606 €	18 757 839 €	19 353 752 €	20 837 202 €
Prothèses oculaires et faciales	605 405 €	609 350 €	623 924 €	638 847 €	630 919 €	756 058 €	752 516 €	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%

* Données 2020 complètes non encore disponibles.

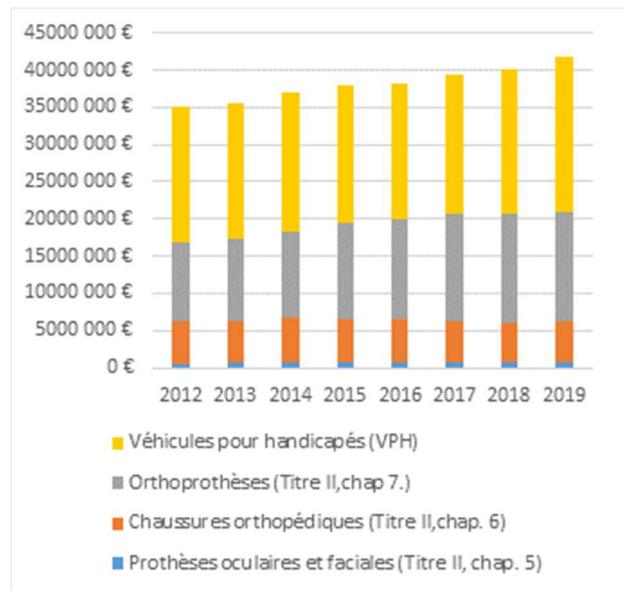
Source : MSA

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 41 :
Évolution des montants remboursés pour le GAO et la LPP de 2012 à 2019



Graphique 42 :
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 2020, plus de 14 900 demandes ont été étudiées (- 14 % par rapport à 2019). Le taux de refus de ces demandes est de 10 % (ratio stable depuis 2017).

Ces refus ont généré une économie nette de 1 288 300 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 2020, ces experts ont été sollicités pour l'examen de 729 dossiers, soit 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 2020, 69 certificats de non convenance (contre 78 en 2019) ont été adressés à 24 caisses par les assurés, générant la convocation de 13 assurés demandeurs et de 19 demandes de modifications de l'appareillage au fournisseur de la part du contrôle médical.

6.3.1.2. 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. Cette tendance se confirme pour 2020 avec un montant remboursé de 190 000 euros (sur 10 mois).

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. En 2020, 30 caisses de MSA ont mis en œuvre cette action pour l'analyse des facturations de 2018 et 34 caisses sur les facturations de 2019.

Parmi les 2 010 factures de sièges coquilles étudiées (sur les remboursements de 2018 et 2019), 16 % n'avaient pas fait l'objet d'une DAP et 4 % 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 et 2019 s'élève à près de 150 000 euros, soit 15 % du montant des factures.

Ces notifications d'indus ont généré 39 contentieux dans 13 caisses de MSA.

6.4. Pertinence et qualité des actes

6.4.1. 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 2020 est reporté dans le **tableau 67**. Concernant les produits et prestations à fort enjeu, 59 766 demandes d'accord préalable ont été instruites par les caisses de MSA en 2020 contre 70 391 en 2019. 54 749 demandes ont fait l'objet d'un accord, soit 92 % des demandes totales. Le domaine dentaire représente à la fois le domaine avec le plus grand nombre de DAP (plus de 24 600, soit 41 %) et le domaine ayant le taux d'accord le plus élevé (95 %).

Tableau 67 :
Dénombrement des dossiers AP instruits par les services médicaux des caisses de MSA et remontés dans le DIAM en 2020

Domaine	Prestations à fort enjeu						Autres Prestations						Total général
	Accord	Refus Médical	Refus Administratif	Partiel taux	Partiel autres	Total	Accord	Refus Médical	Refus Administratif	Partiel taux	Partiel autres	Total	
Assistance resp.	12 727	85	1 173	495	131	14 611							14 611
Autres codes LPP							4 150	45	546	143	16	4 900	4 900
Grand Appareillage	15 390	69	1 197	187	144	16 987			1			1	16 988
Dentaire	23 275	83	1 254			24 612	3 706	21	107			3 834	28 446
Soins	3 357	53	138	5	3	3 556	1 965	1	59	14	10	2 049	5 605
Transport							23 138	138	819	771	580	25 446	25 446
Hospit.							2 279	2	12	4	3	2 300	2 300
Cure							3 194	25	12		316	3 547	3 547
Total général	54 749	290	3 762	687	278	59 766	38 432	232	1 556	932	925	42 077	101 843

6.4.2. 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 2020, la MSA a ciblé ses contrôles des conditions de prise en charge 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 2020, l'analyse réalisée par 34 caisses de MSA a porté sur plus de 1 770 praticiens, dont la moitié s'est révélée être en anomalie dans le cadre de cette action, pour une patientèle de 1 863 assurés.

Parmi ces praticiens, 764 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 1 763 pour un montant de plus de 42 800 euros (part obligatoire) dont 8 % ont été notifiés.

6.4.3. Actes dentaires : Accompagnement des professionnels de santé au bilan parodontal chez les assurés en ALD diabète

Cette nouvelle action permet le contrôle du respect de la prise en charge de l'acte HBQD001 « bilan parodontal ». Ce nouvel acte, inscrit à la CCAM, est remboursable depuis le 1^{er} avril 2019 pour un montant de 50 € ; il a été créé au bénéfice des assurés diabétiques pris en charge au titre de l'ALD 8 au moment de la consultation.

L'action consiste à accompagner les professionnels de santé qui auraient présenté, à tort, cet acte au remboursement alors que ce dernier est soumis à des conditions restrictives. Cette action ne prévoit pas de récupérations d'indus.

En 2020, l'analyse réalisée par 34 caisses de MSA a porté sur plus de 340 praticiens, dont 40 % se sont révélés être en anomalie dans le cadre de cette action, pour une patientèle de 176 assurés.

Parmi ces praticiens, 97 ont fait l'objet d'un courrier de mise en garde après avoir reçu un premier courrier de demande d'information.

6.5. Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports

L'évolution des montants remboursés des indemnités journalières est en croissance constante depuis plusieurs années. Une des orientations de la stratégie santé de la MSA est l'optimisation du contrôle médical notamment en matière d'arrêt de travail.

Le Plan National de Contrôle Médical (PNCM), volet médical du plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins, vise à harmoniser, rationaliser et sécuriser (contrôle interne) les processus.

Le premier volet de ce plan concerne les modalités de contrôle médical des assurés en situation d'arrêt de travail.

Afin d'améliorer l'efficacité du contrôle médical des arrêts de travail, une stratégie de contrôle des assurés tenant compte de leur situation de santé et des pathologies les plus fortement en cause dans les motifs des arrêts de longue durée est mise en place.

6.5.1. Contrôle des arrêts de travail répétitifs

Le contrôle des arrêts de travail répétitifs, réalisé par les services de contrôle médical, permet :

- d'apprécier la conformité de la prescription avec les dispositions prévues à l'article L321-1 du Code de la sécurité sociale,
- d'accompagner les assurés vers la reprise d'une activité professionnelle, dans une démarche de prévention de la désinsertion professionnelle et de l'invalidité,
- de participer à la lutte contre les fautes, fraudes et abus. Cette action a pour objectif de maîtriser les dépenses d'indemnités journalières sur les risques maladie et AT/MP, en repérant des situations potentiellement abusives de façon à induire un changement de comportement chez les assurés concernés.

Les assurés ciblés sont les individus présentant au moins 4 arrêts de travail initiaux (qui ne sont pas liés à une ALD ou à un congé maternité) indemnisés dans les 9 mois qui précèdent la requête. Ces situations d'arrêts de travail à répétition sont signalées au médecin-conseil qui analyse la situation et détermine, après convocation ou sur pièces, si les arrêts sont justifiés ainsi que l'accompagnement qu'il convient de mettre en œuvre.

Suite à la crise sanitaire, la présente action a été suspendue. Certaines caisses ont malgré tout maintenu ce contrôle. Ainsi, en 2020, les caisses de MSA ont détecté plus de 1 360 assurés distincts répondant à ces critères, soit près de 7 921 prescriptions d'arrêts de travail initiaux ou de prolongations.

Les médecins-conseils ont pris la quasi-totalité des décisions sur pièces (99 %) et 1 % a nécessité la convocation des assurés (soit 14 arrêts de travail).

Consécutivement aux décisions des médecins-conseils, 194 assurés ont été mis sous surveillance, ce qui représente 14 % des assurés ciblés.

6.5.2. 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'incapacité 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 2020, 189 réunions de supervision dont 53 pour les pathologies lombaires ont été réalisées et 769 dossiers ont été exposés dans ce cadre dont 102 pour les pathologies lombaires.

6.6. Le contrôle et la lutte contre la fraude

6.6.1. Arrêts de travail

6.6.1.1. Contrôle du respect du délai d'envoi

La transmission de l'avis d'arrêt de travail à la MSA, dans un délai défini suivant la date d'interruption de travail, constitue l'une des obligations pesant sur l'assuré pour obtenir le versement de ses indemnités journalières maladie. En cas d'envoi tardif de l'avis d'arrêt de travail maladie, la réglementation prévoit que la MSA peut minorer le montant de l'indemnité journalière, voire refuser son versement à l'assuré en incapacité de reprendre le travail.

Dans le cadre du dispositif du droit à l'erreur issu de la loi ESSOC du 10 août 2018, la CCMSA s'est positionnée sur plusieurs règles dont celles relatives au délai d'envoi de l'avis d'arrêt de travail maladie par l'assuré (cf. LTC n° DR-2020-023 du 15 janvier 2020).

Depuis 2020, dans une démarche de tolérance administrative envers **les salariés** affiliés au régime agricole, la CCMSA s'aligne sur la pratique de la CNAM en appliquant un délai de tolérance de réception de l'avis d'arrêt de travail maladie de 5 jours à compter du lendemain de la date de la prescription médicale. Cette mesure de tolérance s'articule avec les dispositions de la loi ESSOC relatives au droit à l'erreur.

Pour **les non-salariés agricoles**, conformément aux instructions du ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt de 2013, un délai de tolérance de 4 jours, dit délai d'éloignement rural, a été admis pour la transmission de l'avis d'arrêt de travail à la caisse de MSA.

Suite à la crise sanitaire, la présente action a été suspendue.

Certaines caisses ont toutefois maintenu ce contrôle. Ainsi, en 2020, pour le régime des salariés, 7 754 prescriptions d'arrêts maladie ont été transmises hors délai aux caisses de MSA. Ces salariés ont fait l'objet d'une transmission d'un courrier de mise en garde. Malgré ce courrier, 1 262 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 sanction³⁴ et une information à l'employeur des salariés concernés.

Pour les exploitants, ce sont 1 624 lettres de sanctions qui ont été émises à leur encontre.

6.6.1.2. Contrôle de la qualité du prescripteur en cas de prolongation

Suite à la crise sanitaire, la présente action a été suspendue. Certaines caisses de MSA ont toutefois maintenu cette action de contrôle. Ainsi, en 2020, 1 192 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, 69 % des dossiers ont été justifiés. Des refus de prise en charge ont été notifiés en conséquence de l'absence de justification ; ces refus concernent 201 prolongations, soit 17 % des prolongations sans motif.

6.6.2. Transports : action GDR-LCF

En réponse aux recommandations de la mission nationale de contrôle (MNC), la CCMSA a mis en place dès 2019 une action concertée entre les secteurs Gestion du risque (GDR) et Lutte contre la fraude (LCF), 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 ».

En 2019, 15 caisses expérimentatrices avaient bénéficié d'outils leur permettant de cibler des transporteurs (ambulances, taxis ou VSL) 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,

³⁴ 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.

- 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.

Des anomalies à caractères frauduleux avaient 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. Chaque caisse doit contrôler un taxi ou plus, parmi une liste de cinq taxis identifiés par la caisse centrale, sur la base de l'écart observé entre le montant remboursable moyen par bénéficiaire pour chacun des taxis et le montant médian observé pour l'ensemble des taxis facturant les assurés de la caisse.

En 2020, 55 taxis ont ainsi été contrôlés. Parmi ces transporteurs, 23 taxis ont fait l'objet d'une détection d'anomalie et 7 d'entre eux ont fait l'objet d'une procédure en fraude (d'autres dossiers faisaient encore l'objet d'une procédure en cours au moment de la remontée des données). Le montant des anomalies constatées par 15 caisses s'élève à 320 000 euros dont 102 000 euros de fraudes.

Les fraudes détectées ont essentiellement porté sur la non application des remises conventionnelles, des surfacturations, des transports fictifs ou encore la non transmission de justificatifs.

Au regard des résultats de l'action, celle-ci a été maintenue dans le plan GDR 2021.

6.6.3. Actes infirmiers

6.6.3.1. Contrôle du respect de la règle de non cumul des AIS3

Les soins infirmiers d'accompagnement des malades (nursing, toilettes,...), codés AIS3, sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire dans la limite de 4 par jour (NGAP Infirmiers : titre XVI, chapitre I, article 11, §2 et 4). Un contrôle du respect de ce seuil de facturation par les professionnels de santé est effectué par les caisses de MSA, sur un semestre ciblé.

Les actes dépassant la limite réglementaire sont extraits puis analysés. Ce contrôle, *a posteriori*, porte sur les anomalies de facturation. Le ciblage s'effectue sur les assurés ayant eu plus de 4 AIS3 par jour et ce, quel que soit l'infirmier diplômé d'Etat (IDE) les ayant réalisés.

En fonction du cumul irrégulier observé, les cas sont orientés, soit vers la gestion du risque qui mettra en œuvre une récupération des indus auprès des infirmiers concernés, soit vers la lutte contre la fraude qui réalisera une analyse d'activité.

En cas de réitération de l'anomalie de facturation par les IDE, 6 mois après la première phase de contrôle, une nouvelle procédure de récupération d'indus est engagée et le dossier est transmis au service de lutte contre la fraude.

En 2020, pendant la crise sanitaire, les contrôles portant sur les actes infirmiers ont été réalisés avec notification des seuls indus portant sur la fraude.

Le contrôle initial a permis d'identifier que le nombre d'AIS3 avait été supérieur à 4 par jour pour 1 716 assurés MSA. Ces actes ont été réalisés par 2 309 IDE, soit 2 % des IDE libéraux.

Le montant des anomalies constatées s'élève à plus de 347 200 euros dont 100 000 euros ont fait l'objet d'une émission d'indus auprès des IDE (soit une baisse de 72 % par rapport à 2019).

A l'issue de ce contrôle initial, 27 dossiers ont été orientés vers la cellule de lutte contre la fraude (contre 61 en 2019) afin de réaliser une analyse globale de l'activité de l'IDE.

En 2020, dans les caisses de MSA qui ont mené la phase de contrôle à 6 mois, 23 % des IDE contrôlés initialement ont réitéré le dépassement de la limite de 4 AIS3 par jour ; 57 167 euros d'anomalies ont été détectés à l'encontre des IDE dont 26 000 euros d'indus émis.

6.6.3.2. 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 700 assurés du régime agricole ; ces actes en anomalie ont été exécutés par près de 1 200 IDE.

Le contrôle médical a adressé une demande d'information quant à la justification médicale de ces prescriptions de nuit à 65 médecins ; près d'un quart a répondu. Après analyse par le contrôle médical des réponses des praticiens, 7 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 30 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 52 000 €.

6.6.4. Actes dentaires : contrôle d'un acte CCAM au choix de la caisse

Cette action laisse aux chirurgiens-dentistes conseils le libre choix d'un acte CCAM à contrôler en fonction des spécificités ou des atypies locales. L'étude porte sur les actes codés soumis ou non à des conditions restrictives de facturation.

Les chirurgiens-dentistes conseils de 34 caisses de MSA ont réalisé des contrôles sur un total de 11 actes CCAM. Ces actes ont été réalisés par 2 850 chirurgiens-dentistes libéraux. Les taux de praticiens en anomalie les plus élevés s'observent sur les actes suivants :

- L'ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire (HBGD027) : 84 % des 531 praticiens étudiés présentaient des anomalies (88 % en 2019),
- L'ablation d'un bloc métallique coulé ou d'une prothèse dentaire à tenon radiculaire scellé (HBGD011) : 93 % des 30 praticiens étudiés présentaient des anomalies (92 % en 2019).

L'ensemble de ces contrôles a généré près de 66 000 euros d'anomalies en 2020.

6.6.5. 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 2017 à 2019).

En raison de la crise sanitaire, la campagne 2020 sur les facturations 2019 de cette action a été suspendue. Une seule caisse a toutefois notifié des indus envers des établissements privés pour un montant de 1 100 €.

Les données consolidées des campagnes 2019 et 2018 font état respectivement de 616 600 € et 870 000 € d'indus notifiés.

Tableau 68 :
Montants notifiés par les caisses de MSA aux établissements publics et privés dont elles sont pivots

	campagne 2020 suspendue			campagne 2019			campagne 2018		
	sur facturations	sous facturations	montant net notifié	sur facturations	sous facturations	montant net notifié	sur facturations	sous facturations	montant net notifié
établissements publics	0 €	0 €	0 €	608 680 €	125 323 €	48 402 €	896 853	142 358	754 495
établissements privés	1 087 €	0 €	1 087 €	147 958 €	14 23 €	133 235 €	128 001	12 360	115 641
Ensemble	1 087 €	0 €	1 087 €	756 637 €	140 046 €	616 636 €	1 024 853 €	154 718 €	870 35 €

source : CCMSA

6.6.6. Contrôle des EHPAD

6.6.6.1. 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.

En raison de la crise sanitaire, la campagne 2020 sur les facturations 2019 a été suspendue. Cependant, il a été demandé aux caisses de MSA de valoriser, au même titre que l'Assurance Maladie, le montant des anomalies constatées à partir de la requête fournie par la CNAM sans procéder à la notification des indus. Ainsi, à titre exceptionnel, les montants consolidés correspondent aux montants détectés en sortie de requête.

Le montant des anomalies constatées par les caisses³⁵, auprès des EHPAD dont elles sont pivots, s'élève à 346 000 € (quel que soit le régime d'appartenance des résidents), contre 828 000 € en 2019. Le montant des anomalies détectées par les caisses de MSA pour leurs ressortissants dans des établissements dont les CPAM sont pivots s'élève à 1 811 390 €.

³⁵ 22 caisses ont remonté des données.

Tableau 69 :
Montant des anomalies constatées par les caisses de MSA pivots d'EHPAD en 2020

	Montant des anomalies constatées
Assurés MSA	307 426 €
Assurés des autres régimes	38 564 €
Total	345 989 €

Source : MSA

6.6.6.2. Programme de contrôle EHPAD LPP

En 2020, malgré le contexte sanitaire, l'action de contrôle des EHPAD sur la location de produits appartenant à la liste des produits et prestations (LPP) a été réalisée par 8 caisses de MSA (dont 2 en inter-régime), qu'elles soient ou non pivots. Des anomalies ont été repérées dans 418 EHPAD et concernent 1 001 résidents.

La MSA, en tant que pivot d'EHPAD, a détecté plus de 262 550 euros d'anomalies (contre 81 310 en 2019) pour 1 001 assurés tous régimes.

Tableau 70 :
Montant des indus constatés et notifiés pour la LPP par les caisses de MSA pivots d'EHPAD et nombre d'assurés en anomalies en 2020

Régime d'affiliation	Nombre d'assurés avec anomalies LPP	Montants constatés	Montants notifiés
MSA	194	36 724 €	19 188 €
Régime général	807	225 830 €	34 413 €
Autres	0	0 €	0 €
Total	1 001	262 554 €	53 601 €

Source : MSA

6.6.7. 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 2020, malgré le contexte sanitaire, les caisses de MSA ont contrôlé 888 SSIAD. Des anomalies ont été détectées pour 61 % d'entre eux, portant sur 2 298 IDE libéraux.

Les anomalies constatées s'élèvent à 576 500 € (1 164 000 € en 2019). Le montant total des notifications est de 95 900 euros (dont seulement 5 % réclamés directement auprès des IDE).

6.6.8. 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 2020, 86 % des 29 établissements contrôlés (publics et privés) par les caisses MSA gestionnaires présentaient des anomalies de facturation dans le cadre de la HAD. Ces anomalies concernent 38 % des patients hospitalisés à domicile.

En tant que caisses pivots, les caisses de MSA ont constaté 5 000 euros d'anomalie pour les établissements publics (dont la totalité pour les assurés agricoles).

Les caisses de MSA avaient également constaté 183 000 euros d'anomalies dans les établissements privés pour les assurés agricoles.

6.6.9. Signalements et actions locales de LCF

Les services de gestion du risque de 5 caisses de MSA ont réalisé des actions d'initiative locale dans le domaine de 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 falsification de prescriptions médicales par des assurés, le signalement d'employeurs dans le cadre des arrêts de travail et le signalement par un assuré d'un transport facturé mais non réalisé.

Les anomalies constatées en 2020 émanant de ces actions s'élèvent à près de 126 000 euros dont près de 10 000 euros ont été notifiés.

6.7. Autres actions locales

Dans le réseau MSA, 61 actions locales (hors signalements et actions de lutte contre la fraude) ont été mises en place par 21 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 sur 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.

Plus de 345 000 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 225 400 euros, montant auquel s'ajoutent 400 500 euros de dépenses évitées sur les prestations en espèces.

6.8. 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 avait 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.

Des propositions d'aménagements de ce plan d'action détection ont été présentées lors de la réunion plénière du 11 février 2021:

- *Les actions mises en œuvre par la Caisse de Gestion* : Exploitation de la requête « accidents de trajet »
- *Les actions mises en œuvre par la CCMSA* :
 - Mise à jour des essentiels métiers – santé/AT : intégrer dans le processus de gestion des dossiers AT-SANTE l'information à relayer à la Caisse de gestion en cas de RCT,
 - S'assurer de la diffusion du support de formation destiné à sensibiliser les délégués MSA au RCT.
- *Les actions mises en œuvre par la Caisse d'affiliation* :
 - Nomination d'un référent "détection" au sein de la Caisse d'affiliation pour accompagner le plan d'action et en assurer le suivi.
 - Sensibilisation du personnel MSA, des assurés, des délégués cantonaux, étant donné que les changements importants de référents dans les caisses nécessitent des actions fréquentes de sensibilisation au RCT,

- Généralisation de l'utilisation de la procédure de WF "détection" pour signaler un accident par les agents disposant de l'outil GEIDE,
- Généralisation de l'utilisation des procédures « envoi d'un message au BO » via ARSENE détection RCT (respect de la procédure diffusée via les Essentiels Accueil),
- Gestion des relances enquêtes accidents (1^{ère} et 2^{ème} relance).

La demande visant à permettre aux assurés de compléter le questionnaire accident en ligne a été validée par la CCMSA qui indique que le développement des téléservices constitue un objectif global de la COG.

Plus généralement, les différents courriers utilisés pour la gestion des RCT devront être modernisés.

Par ailleurs, toujours dans le cadre de l'amélioration de la détection des accidents, un lot de requêtes au niveau des contrôles médicaux sera développé. Ces requêtes seraient exécutées une fois/semestre. Les dossiers issus des requêtes seraient alors « analysés » au sein des contrôles médicaux et « confrontés aux données médicales disponibles » afin d'identifier les cas de RCT possibles. Les cas identifiés seraient ensuite signalés à la Caisse de gestion pour prise en charge et traitement (envoi de l'enquête accident, analyse, ouverture et instruction des cas de RCT avérés).

En matière de statistiques, 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 €**.

Pour l'année 2020, la MSA a adressé auprès de ses adhérents **13 870 enquêtes accident** avec un taux de retour de 85,92 %.

Le montant récupéré auprès des assureurs des tiers responsables s'élève à **40 624 756 € en 2020**, soit **un montant recouvré par assuré de 12,81 €**.

Les résultats de l'année 2020 ont été fortement impactés par la crise sanitaire notamment du fait :

- **d'une baisse de l'accidentologie routière pendant le confinement,**
- **de la suspension pour 6 mois des délais de gestion prévus dans le cadre du protocole d'accord entre les assureurs et les organismes sociaux ayant eu pour conséquence de retarder la gestion des dossiers et le paiement des créances notifiées,**
- **des retards au niveau des procédures judiciaires : suspension de l'instruction des dossiers dans le cadre de l'Etat d'urgence sanitaire : pas d'audience, pas de jugement, pas de créance validée.**

Sur la période COG qui se termine (2016-2020), l'effort demandé au régime agricole en matière de recouvrement RCT avait été fixé à + 35 % alors que les données connues sur l'accidentologie routière montrent une diminution significative et continue des accidents corporels graves soit - 38 % depuis 2017.

Lors de la réunion plénière de janvier 2020, il avait d'ailleurs été convenu d'engager une réflexion sur l'évolution des indicateurs COG pour les caisses de gestion et les caisses d'affiliation.

Des propositions avaient 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-salariée agricole observés dans les résultats CPG 2016-2020).

Lors de la réunion plénière du 11/02/2021, ces orientations ont été précisées.

L'analyse des résultats en matière de recouvrement sur la période 2017-2019 a révélé des écarts significatifs entre le montant moyen encaissé en salariés et en non-salariés :

- 16,09 € en salarié,
- 11,52 € en non-salarié (soit un écart de -28 % par rapport au montant moyen encaissé salarié).

Cette tendance est observée dans toutes les Caisses d'affiliation.

Les Caisses de gestion expliquent ces écarts par un effet « prix » et un effet « volume » :

→ **Effet prix** : les prestations servies aux non-salariés agricoles sont moins élevées que celles servies aux salariés agricoles soit un écart de -31% :

- Rente ATEXA à partir de 30 % d'AIPP contre 10 % pour les SA ou capital en deçà de 10 %,
- Montant d'IJ forfaitaire pour les exploitants (28 premiers jours à 21,39 € et 28,52 € à compter du 29^{ème} jour,
- En AT, un délai de carence de 3 jours s'applique même en cas d'hospitalisation,
- En maladie, un délai de carence de 7 jours s'applique sauf en cas d'hospitalisation où le délai de carence est de 3 jours.

→ **Effet volume** : Le nombre de dossiers encaissés pour la population non-salariée est plus faible par rapport à la population des salariés soit un écart de - 47 % :

- Une population vieillissante: un tiers des accidents concernent les moins de 25 ans,
- Une population moins procédurière, moins déclarative,
- Lieu de vie: moins de densité de circulation.

Ces orientations concernant les indicateurs RCT pour la COG 2021-2025 ont été validées par la CCMSA et transmis à la tutelle :

- l'objectif du montant encaissé par affilié au titre du RCT pour les salariés allant de 16,27 € en 2021 à 17,57 € en 2025,
- l'objectif du montant encaissé par affilié au titre du RCT pour les non-salariés allant de 10,45 € en 2021 à 10,97 € en 2025.

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