



Rapport d'activité 2016 : Contrôle médical et dentaire de la MSA





santé
famille
retraite
services

Rapport d'activité 2016

Contrôle Médical et Dentaire

de la MSA

SOMMAIRE

<u>1 - LES SERVICES DU CONTROLE MEDICAL ET DENTAIRE</u>	<u>7</u>
1.1 - Le cadre réglementaire de l'activité.....	7
1.1.1 - Le Contrôle Médical exercé par les caisses	7
1.1.2 - Concours du Service du Contrôle Médical aux missions de la caisse de MSA.....	8
1.1.3 - L'Echelon National du Contrôle Médical (ENCM).....	9
1.1.4 - L'Echelon Régional du Contrôle	11
1.2 - La nouvelle organisation de l'Echelon National du contrôle Médical (ENCM)	12
1.3 - Les effectifs.....	12
1.3.1 - Les Praticiens-conseils.....	12
1.3.2 - Le Personnel administratif	13
1.4 - Population Protégée	13
<u>2 - ACTIVITES DES SERVICES DE CONTROLE MEDICAL ET</u>	
<u>DENTAIRE (RECUEIL DECLARATIF)</u>	<u>16</u>
<u>3 - L'ACTIVITE D'EXPERTISE MEDICO-SOCIALE INDIVIDUELLE</u>	
<u>(EMSI)</u>	<u>19</u>
3.1 - Présentation des principaux avis EMSI	19
3.1.1 - Leur nombre.....	19
3.1.2 - Evolution de l'activité d'EMSI par grandes catégories	20
3.1.3 - Répartition des avis (hors avis dentaires et QSA)	21
3.1.4 - Focus sur les Questions des Services Administratifs (QSA) aux services du Contrôle Médical.....	22
3.2 - Le contrôle médical des arrêts de travail (maladie / maternité / accidents du travail, maladies professionnelles)	22
3.2.1 - Arrêts de travail maladie-maternité	22
3.2.1.1- Données de contexte	22
3.2.1.1.1 - <i>Non-salariés agricoles</i>	22
3.2.1.1.2 - <i>Salariés agricoles</i>	26
3.2.1.2 – Avis rendus lors du contrôle médical des arrêts de travail maladie-maternité Salariés et non-salariés agricoles	27
3.2.1.3 - Avis rendus lors du contrôle médical des arrêts de travail maladie avec passage en invalidité	27
3.2.2 – Arrêts de travail Accidents du travail et Maladies Professionnelles.....	28
3.2.2.1- Non-Salariés Agricoles.....	28
3.2.2.1.1 - <i>Données de contexte</i>	28
3.2.2.1.2 - <i>Avis rendus lors du contrôle médical des arrêts de travail AT-MP</i> <i>Non-Salariés Agricoles</i>	30
3.2.2.2 - Salariés Agricoles	31
3.2.2.2.1 - <i>Données de contexte</i>	31
3.2.2.2.2 – <i>Avis rendus lors du contrôle médical des arrêts de travail AT-MP</i> <i>Salariés Agricoles</i>	34

3.2.3 - Autres avis rendus suite à QSA (Questions des Services Administratifs) en lien avec les arrêts de travail	35
3.3 - Le Contrôle médical des Affections de Longue Durée (ALD).....	35
3.3.1 - Contexte	36
3.3.2 - Données de prévalence ALD à la MSA	36
3.3.3 - ALD et activité des SCM.....	36
3.3.4 - Données d'incidence des ALD à la MSA	37
3.3.5 - Avis médicaux concernant les demandes d'ALD.....	39
3.3.6 - Avis rendus lors du contrôle médical des « Soins Longue Durée » (SLD)	40
3.4 - Le contrôle médical des accidents de travail et des maladies professionnelles agricoles (hors IJ).....	41
3.4.1 - Non-salariés Agricoles (NSA)	42
3.4.1.1 - Données de Contexte	42
3.4.1.2 - Avis rendus lors du contrôle médical des Accidents du Travail	42
3.4.1.3 – Avis rendus lors du contrôle médical des Maladies professionnelles.....	44
3.4.1.4 - Autres avis suite à QSA en accidents du travail et maladies professionnelles.....	46
3.4.2 - Salariés agricoles	46
3.4.2.1 - Données de Contexte	46
3.4.2.2 - Avis rendus lors du contrôle médical	47
3.4.2.2.1 – Des accidents du travail.....	47
3.4.2.2.2 – Des Maladies professionnelles.....	50
3.4.2.3 - Autres avis suite à QSA pour accidents du travail et maladies professionnelles.....	52
3.4.3 - Avis pour passage en Commission Régionale de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP).....	53
3.5 - L'invalidité et l'inaptitude vieillesse	54
3.5.1 - Invalidité	54
3.5.1.1 - Contexte	54
3.5.1.2 - Avis rendus lors du contrôle médical pour invalidité.....	55
3.5.2 - Inaptitude vieillesse	56
3.6 - Le Contrôle médical des prestations en nature	57
3.6.1 – Les DAP de la liste des produits et prestations (LPP) : grand appareillage orthopédique et prestations « respiratoire » (oxygénothérapie, PPC).....	58
3.6.1.1 - Données de contexte	58
3.6.1.2 - Avis rendus sur DAP LPP (Grand Appareillage Orthopédique et Respiratoire).....	61
3.6.2 - Les DAP pour transports.....	65
3.6.3 - Autres avis suite à QSA sur prestations en nature	67
3.6.4 – Les DAP dentaires.....	68
3.6.4.1- Données de contexte	68
3.6.4.2 - Les avis en dentaire.....	68
3.6.4.3 - Les QSA en dentaire	69
3.7 – Le contentieux concernant les avis EMSI.....	69

4 - CONTROLE ET RELATIONS AVEC LES PROFESSIONNELS ET

ETABLISSEMENTS DE SANTE ET ACTIONS DE MAITRISE MEDICALISEE 70

4.1 – L'activité de contrôle médical des professionnels et établissements de santé	70
4.1.1 Bilan du plan de gestion du risque 2016	71

4.2 - RCT.....	72
4.2.1 – Données de Contexte : Mutualisation du Recours Contre Tiers	72
4.2.2 - Avis RCT	73
4.2.3 - Les QSA RCT	73
<u>5 - ORGANISATION ET ACCESSIBILITE AU SYSTEME DE SOINS.....</u>	<u>74</u>
5.1 - Réseaux de sante gérontologiques	74
5.2 - Maisons de Santé Pluri-Professionnelles (MSP)	75
5.3 - « La médecine en campagne » (Exercice en milieu rural).....	76
5.4 - Pays de Santé	76
5.5 - Chirurgie ambulatoire en campagne	77
5.6 - Programme d'accompagnement au retour à domicile (PRADO)	77
5.7 - Hôpitaux de proximité	78
<u>6- PREVENTION ET EDUCATION EN SANTE</u>	<u>79</u>
6.1 - L'activité des SCM	79
6.2 - Implication des SCM dans le programme du FNPEISA 2016	79
6.2.1 - Les faits marquants 2016	79
6.2.2 - Les « Instants Santé » et autres actions de suite	80
6.2.3 - programmes d'éducation thérapeutique du patient.....	81
6.2.4 - Plan de lutte contre la précarité et parcours de prévention pour les précaires.....	83
6.2.5 – Parcours nutrition santé.....	83
6.2.6 - Les actions d'initiative locale et régionale (AIL)	84
6.2.7 - Actions MSA du plan de prévention bucco-dentaire	85
6.2.8 - Dépistages des cancers.....	87
<u>7 - ACTIVITES SUPPORTS</u>	<u>89</u>
7.1 - Fonctionnement du service	89
7.2 - Actions de formation et d'évaluation	90
7.2.1 - Formations-dispensées.....	90
7.2.2 - Formations reçues	90
7.2.3 - Harmonisation des pratiques.....	91
7.2.4 - Recueil des activités.....	92
7.3 - Participation à la vie institutionnelle.....	92
7.4 - Autres représentations.....	92
7.4.1 - Représentations CMSA.....	92
7.4.2 - Représentations AROMSA.....	93
7.4.3 - Représentations CCMSA.....	93
7.4.4 - Mandats, délégations.....	93
7.4.5 - Autres organismes locaux	93
<u>LEXIQUE.....</u>	<u>94</u>
<u>GLOSSAIRE</u>	<u>95</u>

1 - LES SERVICES DU CONTROLE MEDICAL ET DENTAIRE

1.1 - LE CADRE REGLEMENTAIRE DE L'ACTIVITE

Le Contrôle Médical et le Contrôle Dentaire (CMCD) des régimes agricoles de protection sociale est confié à la Mutualité Sociale Agricole.

Chaque caisse de MSA doit exercer un contrôle afin de donner le maximum d'efficacité médicale au service des prestations et d'éviter les abus.

Ce contrôle est obligatoirement exercé par (au moins) un médecin-conseil par caisse.

Ci-après sont rappelées les dispositions légales et réglementaires, codifiées dans le code rural et de la pêche maritime et dans le code de la sécurité sociale, qui régissent l'exercice du contrôle médical et dentaire de la MSA.

1.1.1 - Le Contrôle Médical exercé par les caisses

- **Art. R.723-126 du code rural et de la pêche maritime**

Le contrôle porte en particulier, lors du règlement des prestations à l'assuré :

- sur l'appréciation faite par le médecin traitant de l'état de santé et de sa capacité de travail,
- sur l'observation, par le médecin traitant dans ses prescriptions, de la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement,
- le cas échéant, sur les possibilités de prévention de l'invalidité et de réadaptation professionnelle,
- d'une manière générale, sur l'état sanitaire des assurés sociaux des professions agricoles et les conditions dans lesquelles les soins nécessaires leur sont dispensés.

Les caisses de MSA peuvent à tout moment faire procéder par leur médecin-conseil ou par les praticiens désignés sur les propositions desdits médecins à un examen médical des bénéficiaires.

- **Art. L.315-1 et suivants du code de la sécurité sociale**

Le **Contrôle Médical porte sur tous les éléments d'ordre médical** qui commandent l'attribution de **l'ensemble des prestations** de l'assurance maladie, maternité et invalidité.

Le service du Contrôle Médical :

- **constate les abus** en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et prestations,
 - **analyse, sur le plan médical**, l'activité des établissements de santé, des professionnels de santé,
 - **établit des recommandations sur les soins**,
 - **concourt**, par l'ensemble des actions menées à la **gestion du risque (GDR)** assurée par les caisses d'assurance maladie.
- Les dispositions du code rural et de la pêche maritime et de l'article L.442-5 du code de la sécurité sociale rendent **applicables les dispositions qui précèdent** (articles L.315-1 et suivants) **aux accidents du travail et maladies professionnelles agricoles.**

1.1.2 - Concours du Service du Contrôle Médical aux missions de la caisse de MSA

Le Service du Contrôle Médical et Contrôle dentaire, sous l'autorité du Directeur Général de la caisse de MSA, **concourt par ailleurs aux missions de la caisse de MSA** et, en fonction des orientations prises, peut être sollicité pour :

- participer aux **programmes d'accompagnement** des patients atteints de maladies chroniques visant à leur apporter des conseils en termes d'orientation dans le système de soins et d'éducation à la santé mis en place par les caisses nationales,

- participer à la mise en œuvre des **programmes de prévention** et des **examens de santé** (un médecin-conseil nommé par le conseil d'administration),
- accompagner toutes actions visant à favoriser la coordination et l'**offre de soins en milieu rural**,
- apporter une expertise médicale lors de l'instruction des dossiers **recours contre tiers**,
- **participer aux cellules pluridisciplinaires** de repérage et d'accompagnement **des actifs agricoles en risque de désinsertion professionnelle**.

1.1.3 - L'Echelon National du Contrôle Médical (ENCM)

Son activité est encadrée par les articles du code rural et de la pêche maritime suivants :

- **Article D.723-139**

- L'ENCM des régimes de protection sociale agricole assure la représentation de la MSA dans les diverses instances et commissions requérant, au niveau national, la présence d'un praticien conseil ;
- L'ENCM **coordonne l'activité des services du contrôle médical** de la MSA. Il **s'assure de l'application des directives nationales et apporte un appui technique aux services du contrôle médical** ainsi qu'aux associations régionales des MSA ;
- Il peut effectuer, dans son domaine de compétence, des missions d'audit au sein des organismes et se voir confier toutes missions spécifiques par le directeur général de la CCMSA, par le conseil central d'administration de la MSA ou par le ministre chargé de l'agriculture ;
- L'ENCM participe à la formation des praticiens-conseils, tant pour les stages de formation que pour les stages de perfectionnement mentionnés à l'article D. 723-14 du même code.

Par ailleurs, l'ENCM contribue aux missions de la CCMSA encadrées par les articles du code rural et de la pêche maritime suivants :

- **Art L723-12-1**

La CCMSA contribue :

- **à la mise en œuvre par l'assurance maladie de la politique de santé,**
 - **à l'organisation du système de soins,**
 - **au bon usage de la prévention et des soins,**
 - **à la définition :**
 - ❖ des orientations de la politique de **gestion du risque** et des objectifs pour sa mise en œuvre,
 - ❖ des principes régissant les actions de **contrôle, de prévention et de lutte contre les abus et les fraudes,**
 - ❖ des objectifs poursuivis pour **améliorer la qualité des services rendus à l'utilisateur,**
 - ❖ des axes de la **politique de communication** à l'égard des assurés sociaux et des professions de santé.
- **Art. R.732-30**
 - **La CCMSA assure une mission de coordination, de conseil et d'appui technique auprès des caisses dans le domaine de la prévention, de l'éducation et de l'information sanitaires.** Elle participe à l'évaluation des actions correspondantes ;
 - **L'association régionale des caisses de mutualité sociale agricole coordonne les actions de prévention des caisses de la région.** Elle s'assure de la cohérence de ces actions avec celles qui sont entreprises dans ce domaine par d'autres organismes, et notamment l'agence régionale de santé.

1.1.4 - L'Echelon Régional du Contrôle

- Art. R.732-30 CRPM

L'association régionale des caisses de mutualité sociale agricole coordonne les actions de prévention des caisses de la région. Elle s'assure de la cohérence de ces actions avec celles qui sont entreprises dans ce domaine par d'autres organismes, et notamment l'agence régionale de santé.

L'échelon régional est représenté par le médecin coordonnateur régional.

Le médecin coordonnateur régional :

- Est consulté préalablement à toute décision du directeur général ou du président de la CMSA ou de l'ARCMSA en matière de :
 - ❖ Politique de santé,
 - ❖ Gestion du risque,
 - ❖ Activité des praticiens-conseils.
- Coordonne l'action des CMSA en matière médicale :
 - ❖ il préside et anime les réunions périodiques de travail des services du contrôle médical,
 - ❖ il coordonne les activités relevant de la gestion du risque et des politiques de santé,
 - ❖ il assure la consolidation et l'exploitation des statistiques d'activité des services du contrôle médical,
 - ❖ il contribue à l'évaluation du fonctionnement des services du contrôle médical des caisses de mutualité sociale agricole de la région au regard des objectifs et procédures définis par l'ENCM.
- Conjointement, le cas échéant, avec le directeur en charge du domaine de la santé :
 - ❖ Anime les commissions relatives aux politiques de santé et à la gestion du risque,

- ❖ **mobilise les moyens** nécessaires à la réalisation des plans d'action en matière de santé et de gestion du risque,
- ❖ **veille à la mise en œuvre de ces plans d'actions sur le territoire régional,**
- ❖ **rend compte de ses actions** au **comité des directeurs** en charge des politiques de santé et de la gestion du risque.

1.2 - LA NOUVELLE ORGANISATION DE L'ECHELON NATIONAL DU CONTROLE MEDICAL (ENCM)

Au 01/10/2016, l'ENCM est intégré dans la Direction du Contrôle Médical et de l'Organisation des Soins (DCMOS) au sein de la Direction Déléguée aux politiques Sociales.

1.3 - LES EFFECTIFS

1.3.1 - Les Praticiens-conseils

Tableau : nombre de praticiens conseils des SCM

Fonction	2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	PP	ETP	PP	ETP	PP	ETP	PP	ETP	PP	ETP	PP	ETP
Chirurgien-Dentiste conseil	40	30,25	36	27,25	35	26,6	36	26,4	35	25,2	35	24,9
Médecin conseil	164	157,4	167	160,1	163	155,8	164	155,9	163	157	162	154,3
Médecin conseil chef de service	16	16	16	16	15	15	14	13,8	13	12,9	11	11,0
Médecin coordonnateur	22	21	22	21	22	22	22	22	20	20	19	19
Total	242	224,7	241	224,4	235	219,4	236	218,1	231	215,1	227	209,2

(Source FNEMSA)

On note, depuis 2010, une baisse des effectifs de MC hors MCC et MCR de 4% (-7 ETP), de 16% de DC (- 5 ETP)

1.3.2 - Le Personnel administratif

Tableau : nombre de personnel administratif des SCM

Effectifs en E.T.P.	2015	2016	Evolution 2015-2016	Personnes physiques au 31/12/15	Personnes physiques au 31/12/16
Personnel administratif	417,59	415,38	- 0,53%	450	424

(Source Nomenclature d'activité DERS / CCMSA)

Entre 2015 et 2016 on note une baisse des effectifs de 2 ETP (- 0,5%)

1.4 - POPULATION PROTEGEE

Régimes agricoles	Evolution annuelle 2013	Evolution annuelle 2014	Evolution annuelle 2015	Evolution annuelle 2016
Régime SA	- 0,2 %	+ 2,2 %	+ 2,8 %	+ 1,5 %
Régime NSA	- 3,3 %	- 3,0 %	- 3,6 %	- 3,3 %

Source: CNAVTS – CCMSA

Tableau : Population protégée en maladie par le régime agricole au 02/01/2017

Population protégée maladie par le régime agricole	Âge	2014	2015	2016	Evolution 2015/2016	
AMEXA - tous assureurs	0 - 9 ans	61 277	58 603	56 572	-3,47%	
	10 - 19 ans	92 327	87 606	83 933	-4,19%	
	20 - 29 ans	33 959	32 674	32 328	-1,06%	
	30 - 39 ans	75 294	74 224	74 186	-0,05%	
	40 - 49 ans	133 669	125 089	117 412	-6,14%	
	50 - 59 ans	187 596	184 259	180 556	-2,01%	
	60 - 69 ans	221 024	218 415	209 577	-4,05%	
	70 - 79 ans	256 720	234 866	222 834	-5,12%	
	80 - 89 ans	330 926	319 353	307 722	-3,64%	
	90 ans et plus	90 121	94 550	98 026	3,68%	
Total		1 482 913	1 429 639	1 383 146	-3,25%	
% de la population protégée			45,57%	44,00%	42,82%	-1,2 points

ASA	0 - 9 ans	192 884	195 013	195 700	0,35%
	10 - 19 ans	199 154	206 294	208 526	1,08%
	20 - 29 ans	240 713	253 983	255 398	0,56%
	30 - 39 ans	235 697	246 362	255 887	3,87%
	40 - 49 ans	245 478	248 655	248 871	0,09%
	50 - 59 ans	235 935	241 537	246 438	2,03%
	60 - 69 ans	204 040	210 450	212 991	1,21%
	70 - 79 ans	113 644	114 393	119 480	4,45%
	80 - 89 ans	83 029	81 924	81 127	-0,97%
	90 ans et plus	20 364	21 272	22 258	4,64%
Total	1 770 938	1 819 883	1 846 676	1,47%	
% de la population protégée		54,43%	56,00%	57,18%	1,2 points

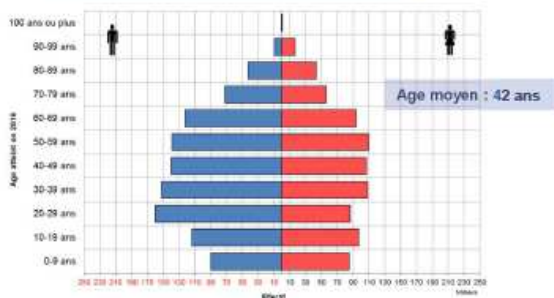
Source : CCMSA – DSEF – DCMOS (calcul d'après le RNIAM)

La population protégée salariée est en croissance de 1,5% compensant en partie la poursuite de la baisse de la population protégée non-salariée de 3,3%.

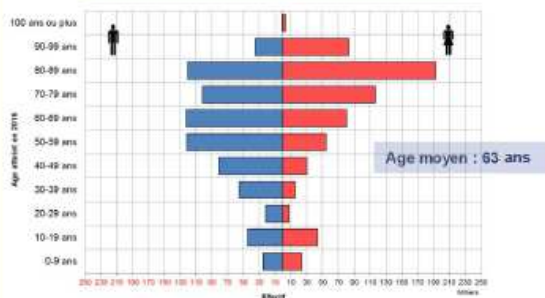
Rniam - Régime agricole

Près de 20 ans d'écart d'âge moyen entre les populations des deux régimes

Pyramide des âges au régime des SA



Pyramide des âges au régime des NSA



Répartition par tranche d'âge de la population protégée en maladie au régime des SA

Régime des SA	% des effectifs selon tranche d'âge en 2016	Evolution des effectifs 2016/2015	Evolution 2015/2014
Moins de 20 ans	21,0%	+0,9%	+2,0%
De 20 à 39 ans	27,4%	+1,8%	+5,5%
De 40 à 59 ans	26,8%	+1,2%	+1,7%
60 ans et plus	24,8%	+1,8%	+1,7%
TOTAL	100,0 %	+1,5%	+2,8%

Source : CNAVTS – CCMSA

Répartition par tranche d'âge de la population protégée en maladie au régime des NSA

Régime des NSA	% des effectifs selon tranche d'âge en 2016	Evolution des effectifs 2016/2015	Evolution 2015/2014
Moins de 20 ans	9,9%	-3,7%	-4,6%
De 20 à 39 ans	7,3%	-0,8%	-2,3%
De 40 à 59 ans	20,8%	-4,0%	-3,9%
60 ans et plus	62,0%	-3,2%	-3,5%
TOTAL	100,0 %	-3,3%	-3,6%

Source : CNAVTS – CCMSA

*Tableau : Ratio population protégée en maladie / praticiens conseils et personnels administratifs
des SCM*

	2015	2016	Evolution 2015/2016
Pop. Protégée / E.T.P. médecins conseils	20 966	20 932	-0,2%
Pop. Protégée / E.T.P. dentistes conseils	128 898	129 712	0,6%
Pop. Protégée / E.T.P. pers. administratif	7 781	7 776	-0,1%

Source CCMSA et FNEMSA

Néanmoins, sur la période 2010-2016, la population protégée par MC hors MCC/MCR a augmenté de 7,3% avec, en 2010, une population protégée par MC de 19 500 assurés pour une population protégée par MC de 20 932 assurés en 2016, soit en moyenne 1,04 % par an.

L'autorisation de recrutement d'un ETP MC pour 19 500 assurés a été maintenue durant cette période en raison de la rationalisation et harmonisation des organisations et des procédures de travail ainsi que la mise à disposition du dossier informatique de synthèse médicale.

2 - ACTIVITES DES SERVICES DE CONTROLE MEDICAL ET DENTAIRE (RECUEIL DECLARATIF)

5 catégories d'activités sont recensées :

COMPARATIF DES ANNEES 2015 / 2016

Tableau : 5 principales catégories d'activité des SCM

	Médecins chefs et méd. conseils		Dentistes conseils		Praticiens conseils (*)		Personnel adm. CMCD	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Expertise individuelle	55,90%	55,57%	46,92%	43,29%	54,76%	54,09%	62,43%	60,61%
Prévention et éducation en santé	3,67%	3,76%	24,61%	14,24%	6,32%	5,03%	5,95%	5,76%
Organisation et accessibilité au système de soins	1,11%	1,41%	0,12%	0,04%	0,99%	1,25%	0,08%	0,15%
Contrôle et relations avec les professionnels et établissements de santé	21,00%	21,43%	14,68%	27,14%	20,20%	22,12%	16,57%	17,69%
Activités support	18,31%	17,83%	13,67%	15,29%	17,73%	17,52%	14,97%	15,79%

(*) Médecins chefs médecins, conseils et dentistes conseils

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

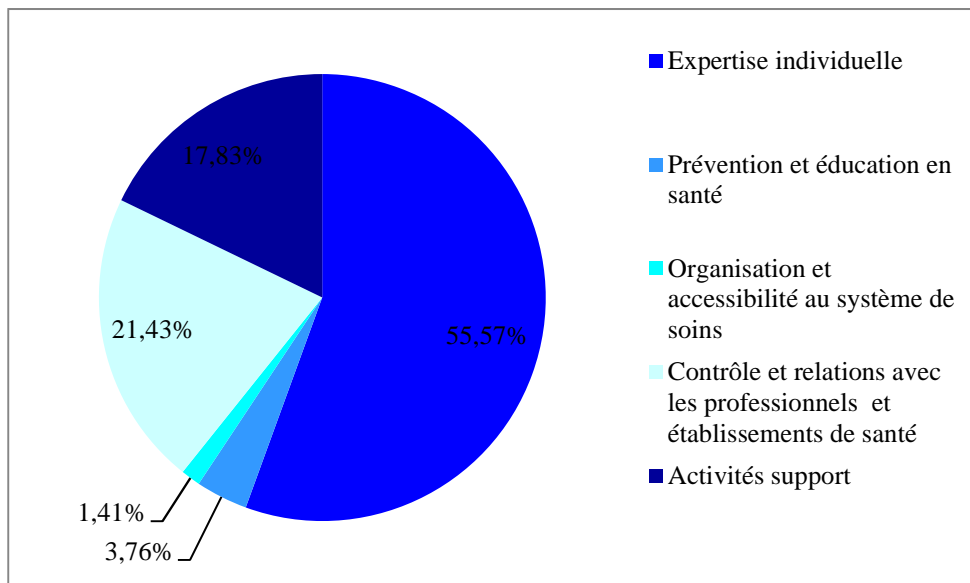
Pour les Chirurgiens-Dentistes Conseils, la lecture des chiffres montre une évolution de l'activité :

- EMSI : La LTC de mars 2017 concernant les DAP en ODF, bien que non appliquée dans toutes les CMSA, a eu pour conséquence une diminution du temps passé.

- Prévention : la non-saisie de tous les éléments médicaux administratifs des bons de prévention bucco-dentaire explique la baisse significative du temps dédié : cela devrait se poursuivre du fait de la modification des bons de prise en charge et la possibilité de télétransmettre les honoraires.

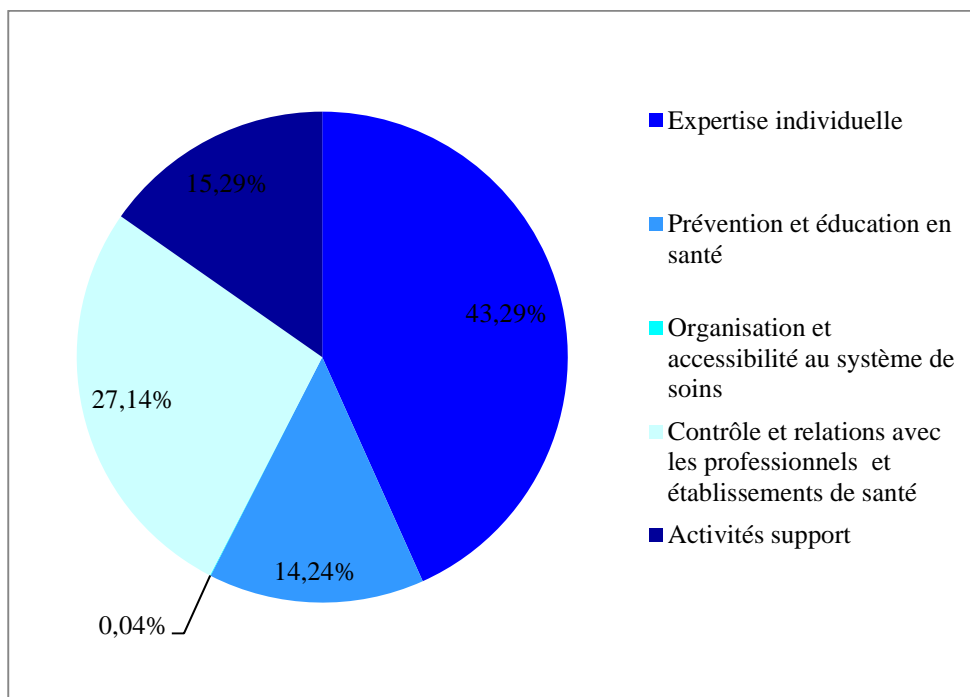
- GDR : Le temps consacré au contrôle à posteriori augmente au dépend du contrôle « à priori » qui diminue.

Figure 1 : Recueil déclaratif d'activité - Médecins conseils (y compris médecins conseils chefs)



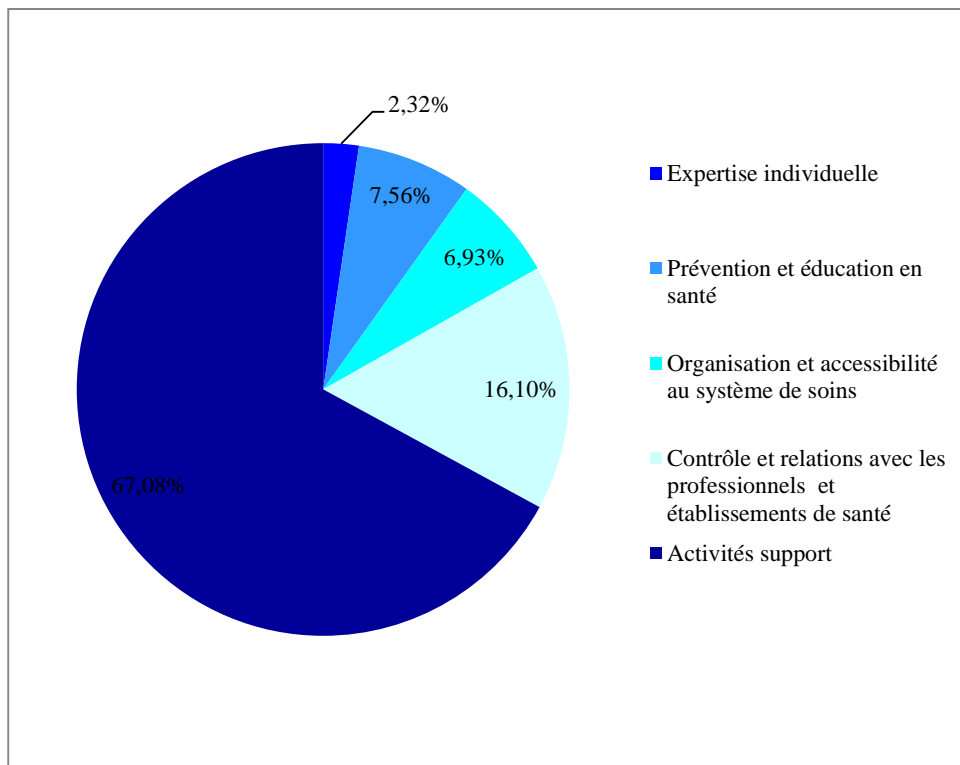
Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Figure 2 : Recueil déclaratif d'activité – Chirurgiens-dentistes conseils



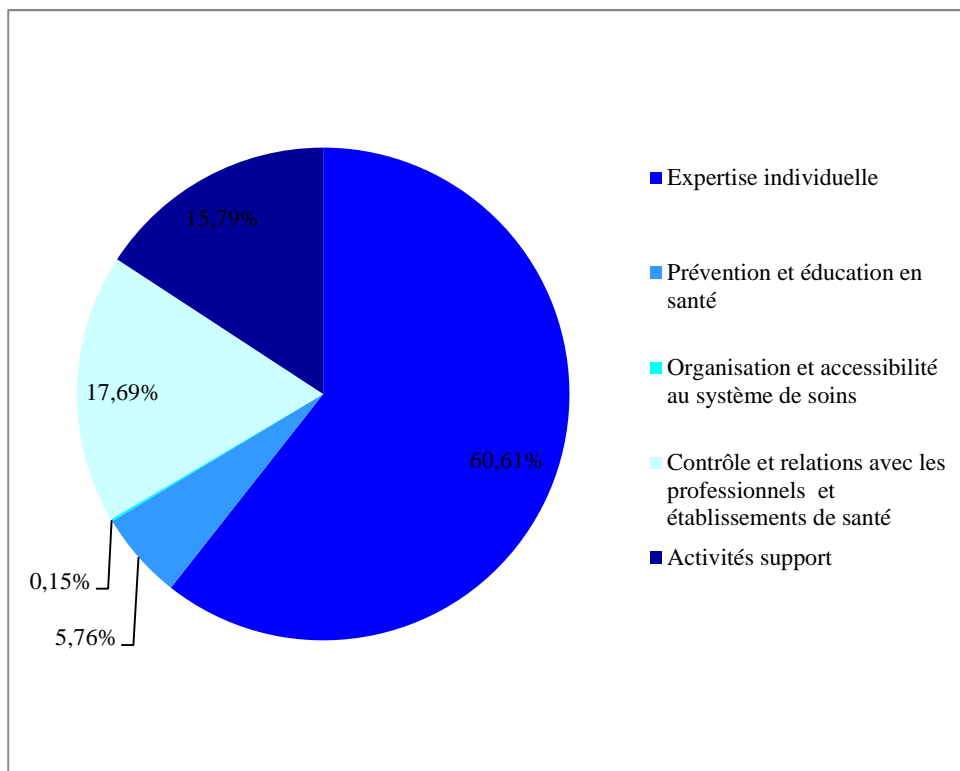
Source : CCMSA – DSEF - DCMOS

Figure 3 : Recueil déclaratif d'activité – Médecins coordonnateurs régionaux



Source : CCMSA – DSEF - DCMOS

Figure 4 : Recueil déclaratif d'activité – Administratifs (y compris responsables)



Source : CCMSA – DSEF - DCMOS

3 - L'ACTIVITE D'EXPERTISE MEDICO-SOCIALE INDIVIDUELLE (EMSI)

Les avis sur les demandes individuelles de prise en charge de certaines prestations par l'assurance maladie constituent le noyau fondateur des missions du contrôle médical. Ils garantissent la bonne attribution des prestations aux bénéficiaires MSA et contribuent à la gestion du risque des caisses (ex : contrôle des IJ, contrôle des prescriptions d'appareillage, contrôle des actes IDE...).

L'activité d'EMSI représente en temps **54,1% (54,8% en 2015, -0,9 points) de l'activité des praticiens conseils et 60,6% (62,4% en 2015, -1,8 points) de l'activité des personnels administratifs des SCM.**

3.1 - PRESENTATION DES PRINCIPAUX AVIS EMSI

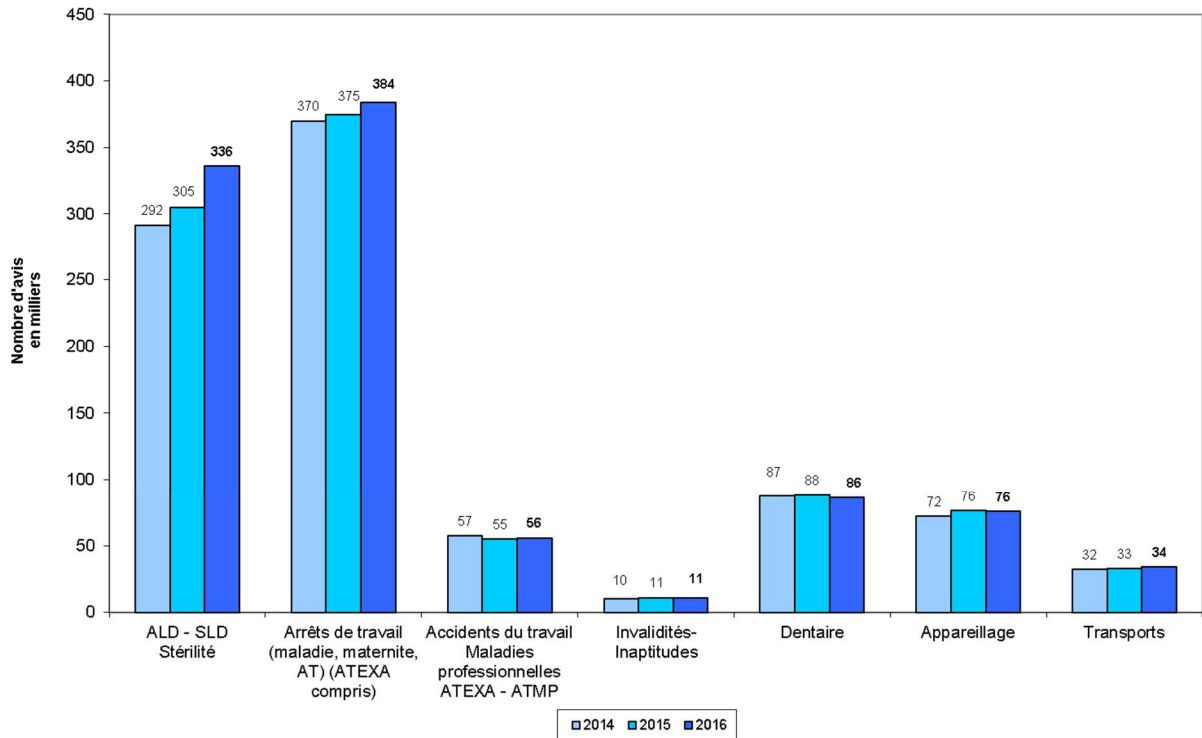
3.1.1 - Leur nombre

En 2016, les services de Contrôle Médical et Contrôle Dentaire (CMCD) ont rendu **872 353 avis individuels (833 595 avis individuels en 2015, +4,6%) auxquels il faut ajouter 170 255 avis pour questions des services administratifs (190 278 avis en 2015, -10,5%), soit au total 1 042 608 avis (1 023 873 avis en 2015, +1,8%).**

Il faut noter que le nombre d'avis des SCM, hors avis QSA, a continué d'augmenter entre 2015 et 2016 (+1,8%).

3.1.2 - Evolution de l'activité d'EMSI par grandes catégories

Figure 5 : Nombre d'avis EMSI par grandes catégories – Evolution 2014-2016



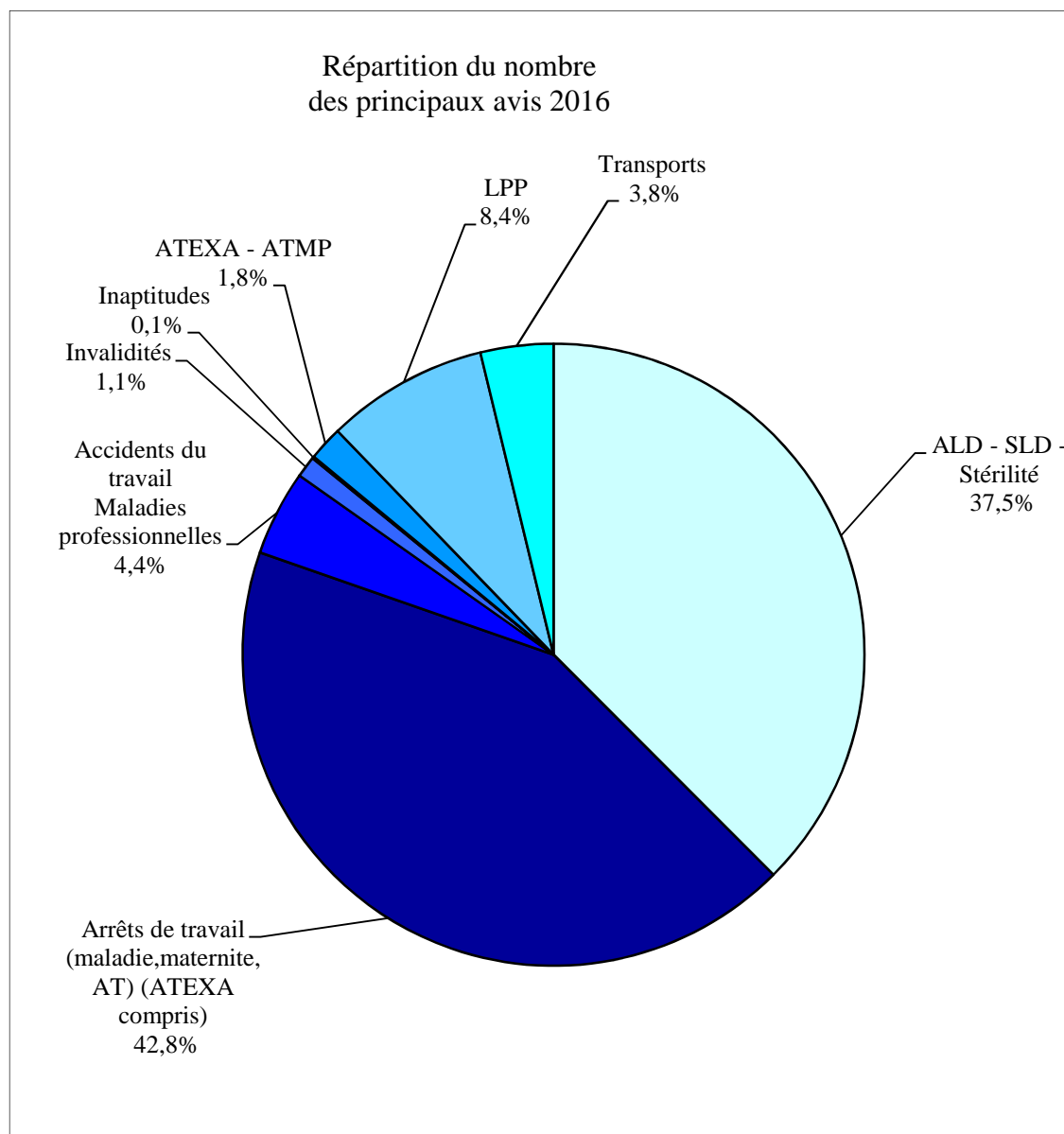
Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Il est important de noter que le temps de traitement d'un dossier générant un avis est variable selon les grandes catégories d'activité et au sein des activités, selon la complexité médicale ou réglementaire du dossier contrôlé. Le traitement d'un dossier IJ ou d'un dossier ATMP (en particulier la réparation) demande un temps d'expertise médicale conséquent qui est en croissance du fait de la complexité des pathologies et des prises en charges.

De 2014 à 2016, l'augmentation des avis est conséquente, en particulier dans les grandes catégories : ALD-SLD (+ 15,2%), arrêts de travail (+ 3,7%), appareillage (+ 5,1%) et transport (+ 5,2%).

3.1.3 - Répartition des avis (hors avis dentaires et QSA)

Figure 6 : Proportion des principaux avis EMSI par grandes catégories - 2016



Source : CCMSA – DSEF - DCMOS

3.1.4 - Focus sur les Questions des Services Administratifs (QSA) aux services du Contrôle Médical

D'autres avis des services CMCD sont rendus suite à des questions complémentaires des services administratifs, pour les besoins de la liquidation des prestations. Ces réponses à « QSA » extraites des remontées statistiques des caisses et comptabilisées par l'applicatif CMCD, en plus des avis stricto sensu, sont faites par les praticiens-conseils sur examen direct ou sur pièces et, le cas échéant, par le personnel administratif des SCM (dans le cadre d'une délégation d'activité du médecin-conseil). Ces données QSA sont enrichies régulièrement.

Le nombre d'avis rendus sur QSA répertoriés nationalement s'élève à 170 255 (190 278 en 2015, 195 858 en 2014). Si l'on inclut les QSA « locales » (questions créées par les caisses localement), ce nombre d'avis atteint **198 119**.

3.2 - LE CONTROLE MEDICAL DES ARRETS DE TRAVAIL (MALADIE / MATERNITE / ACCIDENTS DU TRAVAIL, MALADIES PROFESSIONNELLES)

Il génère 42,8 % des avis d'EMSI des SCM.

3.2.1 - Arrêts de travail maladie-maternité

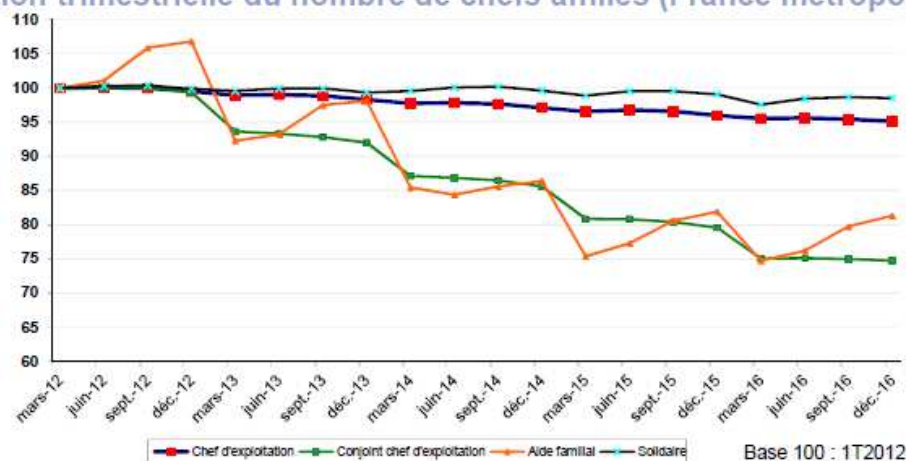
3.2.1.1- Données de contexte

3.2.1.1.1 - Non-salariés agricoles

L'entrée en vigueur du dispositif d'indemnisation pour les non-salariés agricoles au 1^{er} janvier 2014 leur permet de bénéficier d'indemnités journalières (IJ) en cas d'interruption de leur activité pour maladie ou à la suite d'un accident de la vie privée.

Les durées de versement des IJ sont équivalentes à celles applicables aux salariés (3 ans pour les patients en ALD ou, en cas d'interruption de travail supérieure à six mois, 360 jours pour les patients qui ne sont pas atteints d'une ALD ou en cas d'interruption de travail inférieure à six mois).

Evolution trimestrielle du nombre de chefs affiliés (France métropolitaine)



Nombre d'affiliés en fin d'année	2012	2015	2016	Evolution 2016/2015	Evolution 2016/2012
Chefs d'exploitation	469 883	453 267	449 186	- 0,9 %	- 4,4 %
Conjoints de chefs d'exploitation	39 422	31 550	29 635	- 6,1 %	- 24,8 %
Aides familiaux	4 846	3 715	3 688	- 0,7 %	- 23,9 %
Solidaire	59 358	58 883	58 557	- 0,6 %	- 1,3 %
TOTAL	573 509	547 415	541 066	- 1,2 %	- 5,7 %

Tableau : Nombre de bénéficiaires IJ AMEXA en 2016

	Exploitants		Conjoints	Aides fam.	TOTAL	Dt ALD
	Hommes	Femmes				
2014	16640	7225	1536	161	25562	7392
2015	18803	8377	1572	117	28869	8782
2016	19240	8639	1565	127	29571	9480

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Tableau : Nombre d'arrêts de travail AMEXA initiés en 2016

	Nb d'arrêts initiés	Dt nb d'arrêts > 120j	
2014	29032	8785	30,3%
2015	26435	7369	27,9%
2016	26641	7587	28,5%

Tableau : Nombre d'arrêts de travail initiés en 2016, classés selon leur durée

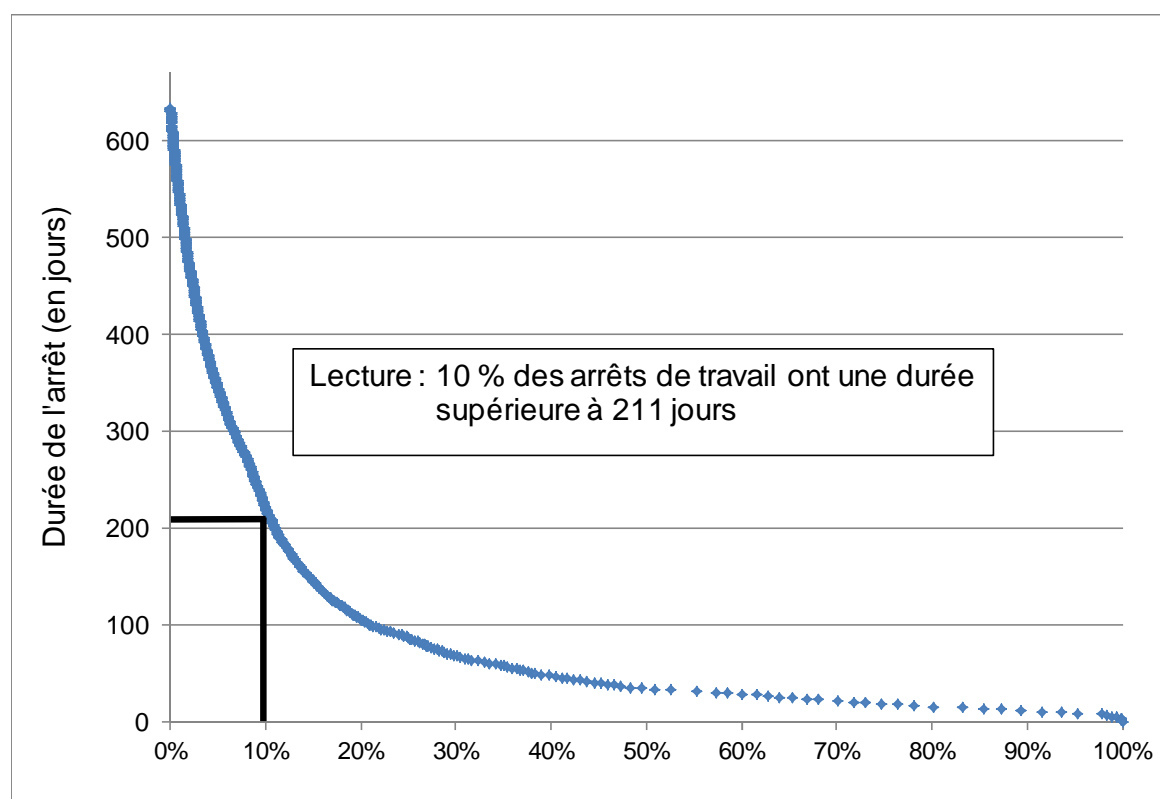
Durée d'arrêt	2015		2016		Evolution 2015/2016	
	Total	Part	Total	Part	Total	Part
moins de 15 jours	4 460	16,9%	4 441	16,7%	-0,5%	-0,2 pt
15 à 30 jours	6 832	25,8%	6 995	26,3%	2,4%	+0,4 pt
31 à 60 jours	6 275	23,7%	6 201	23,3%	-1,2%	-0,5 pt
60 à 120 jours	4 165	15,8%	4 184	15,7%	0,6%	-0,1 pt
Plus de 120 jours	4 703	17,8%	4 816	18,0%	1,6%	+0,1 pt
Total	26 435	100,0%	26 641	100,0%	0,6%	

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

En 2016, 26 641 arrêts de travail ont donné lieu à versement d'indemnités journalières.

Sont comptabilisées comme un seul arrêt de travail, la prescription initiale et ses prolongations éventuelles, les durées d'arrêt sont alors cumulées.

Les durées d'arrêts prennent en compte les prolongations des prescriptions sur l'année 2016, et ceci jusqu'au mois de septembre (limite de la collecte des données pour le rapport au CSPSA).



En 2016, la population éligible au dispositif d'indemnisation des arrêts de travail est estimée à 470 000 (dont 452 000 en métropole), 92 % sont des chefs d'exploitation et 72 % des hommes.

Les personnes atteintes d'une affection de longue durée reconnue (ALD) sont au nombre de 56 650 (dont 53 100 en métropole), elles représentent 12 % des personnes éligibles au dispositif, mais plus de 25 % de celles âgées de plus de 60 ans.

Dans le cadre du PLFSS 2017, la MSA a proposé la possibilité de versement d'IJ en cas de reprise à temps partiel thérapeutique. Cette proposition a été reprise dans un amendement au PLFSS 2017 présenté par le gouvernement et voté.

Tel qu'exposé, "le temps partiel thérapeutique permet à un assuré qui peut difficilement assumer l'ensemble de son activité, compte tenu de son état de santé, d'adapter son temps de travail à la pathologie dont il est atteint grâce à une reprise du travail progressive jusqu'à son complet rétablissement". Et jusqu'à présent, contrairement aux salariés et aux travailleurs indépendants, les non-salariés agricoles ne pouvaient en bénéficier. "L'amendement poursuit ainsi un objectif d'équité".

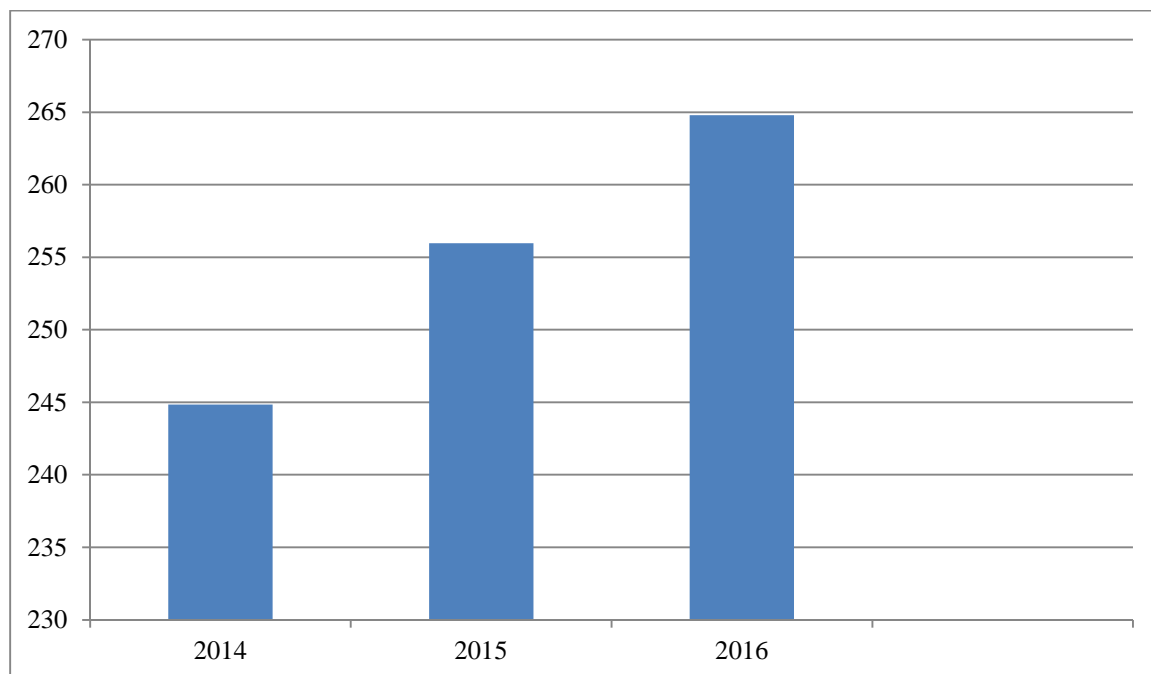
Les non-salariés agricoles pourront "reprendre leur activité à temps partiel pour motif thérapeutique, tout en percevant une indemnité journalière servie, soit au titre de la maladie, soit au titre des accidents du travail et maladies professionnelles en cas de reprise d'un travail léger". Un décret devra fixer le montant des indemnités journalières ainsi que les modalités concernant sa durée de versement.

La MSA propose, pour une application au 1er janvier 2018, que l'indemnité journalière soit d'un même montant qu'en situation d'arrêt complet, toutefois sans faire l'objet d'une majoration au bout de 28 jours. Elle ne pourrait être versée sur une durée excédant 90 jours pour les maladies ordinaires et 9 mois pour personnes atteintes d'affections de longue durée.

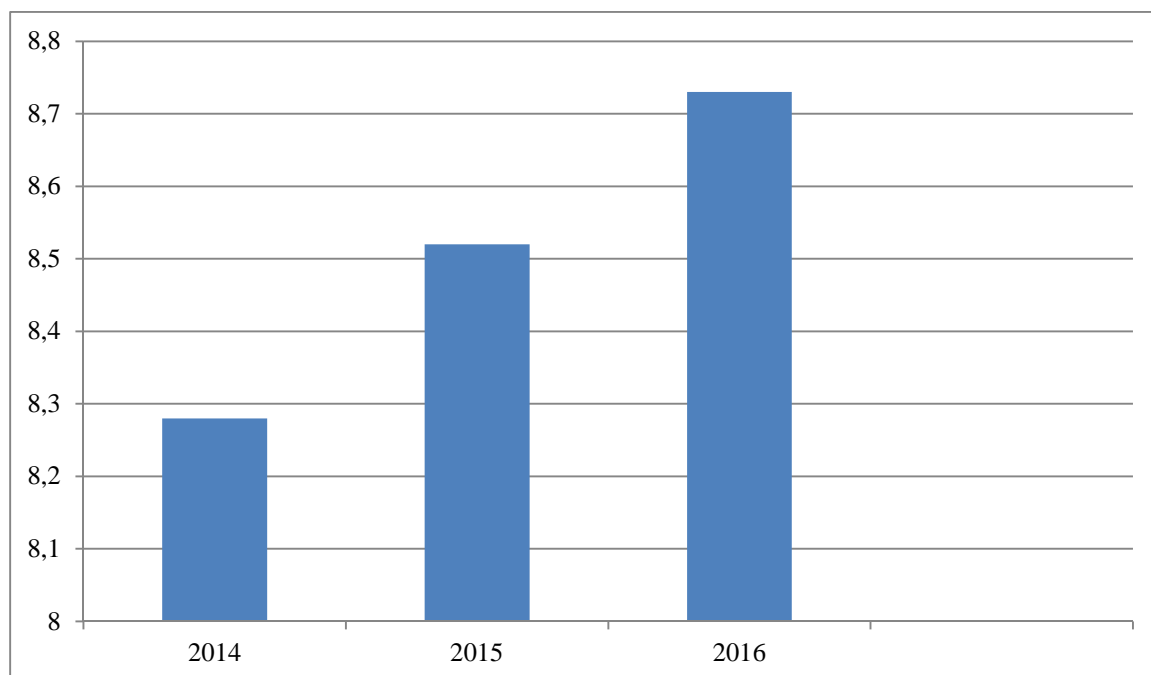
3.2.1.1.2 - Salariés agricoles

Montants versés :

244,85 M€ (2014), 255,97 M€ (2015), 264,80 M€ (2016) soit +3,44% par rapport à 2015



Nombre d'IJ indemnisés : 8,28 M (2014), 8,52 M (2015), 8,73 M (2016), soit + 2,46% par rapport à 2015



3.2.1.2 – Avis rendus lors du contrôle médical des arrêts de travail maladie-maternité Salariés et non-salariés agricoles

Tableau : I.J. maladie et maternité – Salariés et non-salariés agricoles

IJ-maladie maternité SA et NSA	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nature des avis				
Nombre d'avis	230 188	243 915	251 556	3,1%
Intervenant et mode de décision				
Médecin-conseil sur examen direct	14 556	15 382	16 330	6,2%
Médecin-conseil sur examen direct med. T	539	896	1 281	43,0%
Médecin-conseil sur pièces	147 583	154 269	150 275	-2,6%
Personnel administratif	67 510	73 368	83 670	14,0%
% Médecin-conseil sur examen direct	6,3%	6,3%	6,5%	0,2 points
% Médecin-conseil sur examen direct med. T	0,2%	0,4%	0,5%	0,1 points
% Médecin-conseil sur pièces	64,1%	63,2%	59,7%	-3,5 points
% Personnel administratif	29,3%	30,1%	33,3%	3,2 points
% d'avis				
% Salariés	78,1%	73,5%	73,5%	0 points
% Non salariés	20,0%	25,3%	25,7%	0,3 points
% GAMEX	0,5%	0,0%	0,0%	0 points
% Autre	1,4%	1,2%	0,8%	-0,3 points

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Par rapport à 2015, le nombre de contrôles a progressé de +3,1%, celui des convocations de +6,2%

3.2.1.3 - Avis rendus lors du contrôle médical des arrêts de travail maladie avec passage en invalidité

Tableau : Avis d'arrêts de travail avec passage en invalidité

Invalidité suite à arrêt de travail SA et NSA	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis	660	635	660	3,9%
Salariés	591	521	484	-7,1%
Non-salariés	55	103	173	68,0%
Autre	14	11	3	-72,7%
% Salariés	89,5%	82,0%	73,3%	-8,7 points
% Non-salariés	8,3%	16,2%	26,2%	10 points
% Autre	2,1%	1,7%	0,5%	-1,3 points

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

L'entrée en vigueur du dispositif d'indemnisation pour les non-salariés agricoles au 1^{er} janvier 2014 leur permet de bénéficier d'indemnités journalières (IJ) en cas d'interruption de leur activité pour maladie ou à la suite d'un accident de la vie privée. L'augmentation de 68% du nombre d'avis est à corréler à ce nouveau droit.

3.2.2 – Arrêts de travail Accidents du travail et Maladies Professionnelles

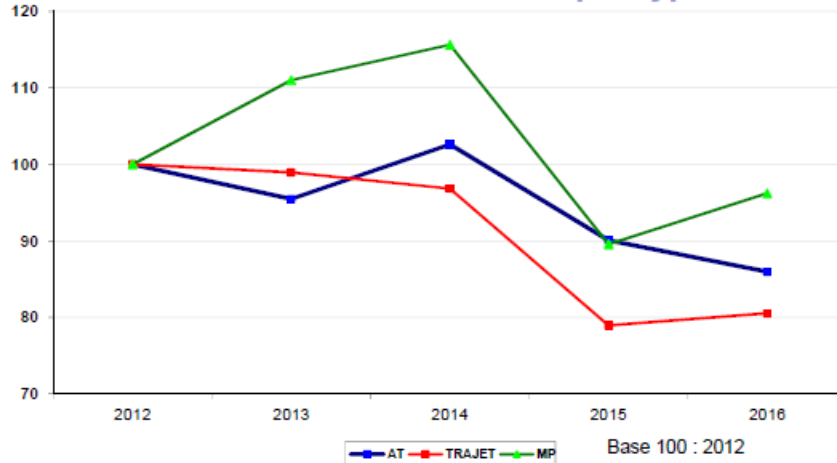
3.2.2.1- Non-Salariés Agricoles

3.2.2.1.1 - Données de contexte

Evolution annuelle du nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles reconnus dans l'année

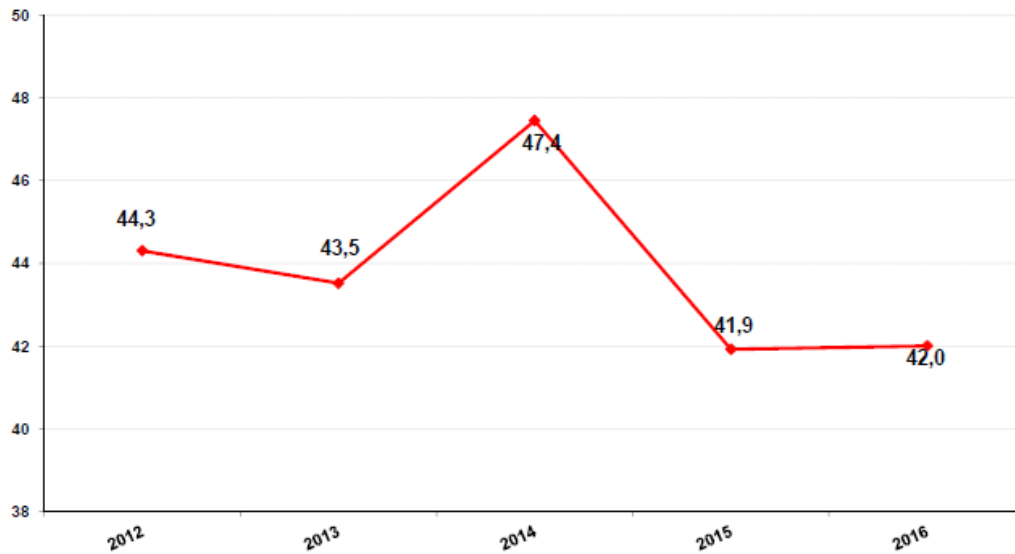
Statut	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2016/ 2015	Evolution 2016/ 2012
Chefs d'exploitation	24 267	23 502	25 250	21 967	21 863	- 0,5 %	- 9,9 %
Conjoints de chef d'exploitation	813	738	817	661	602	- 8,9 %	- 26,0 %
Aides familiaux	116	94	90	82	75	- 8,5 %	- 35,3 %
Solidaire	212	219	210	239	187	- 21,8 %	- 11,8 %
Total déclarations d'AT / MP	25 408	24 553	26 367	22 949	22 727	- 1,0 %	- 10,6 %

Evolution du nombre d'ATMP reconnus par type



	2012	2015	2016	Evolution	
				2016/2015	2016/2012
Accidents du travail	23 068	20 783	19 825	- 4,6 %	- 14,1 %
Accidents de trajet	190	150	153	+ 2,0 %	- 19,5 %
Maladies professionnelles	1 962	1 757	1 888	+ 7,5 %	- 3,8 %
ATMP Provisoires	188	259	861		
Total	25 408	22 949	22 727	- 1,0 %	- 10,6 %

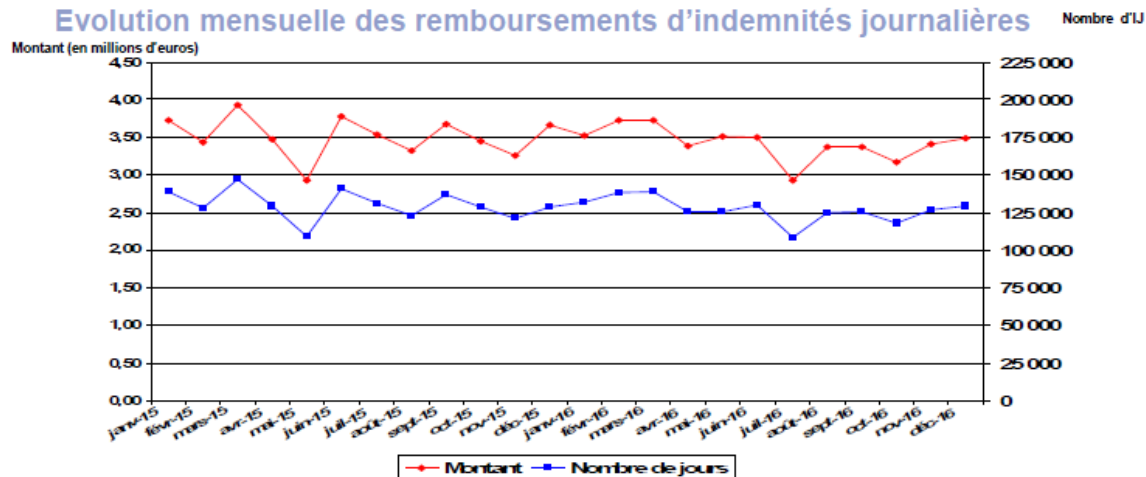
Evolution du taux d'ATMP pour 1 000 affiliés



$$\text{Taux d'ATMP} = \text{Nombre d'ATMP} / \text{Nombre d'affiliés} \times 1000$$

La baisse de sinistralité (nombre d'AT-MP rapporté à 1000 affiliés) observée depuis de nombreuses années, 2014 restant une exception, trouve cette année un palier.

Evolution mensuelle des remboursements d'indemnités journalières



	2015	2016	Evolution 2016 / 2015
Indemnités journalières	42,172	41,099	- 2,5 %
Nombre de jours	1 563 053	1 522 304	- 2,6 %

Pour 2016 (par rapport à 2015) :

- Baisse des effectifs de - 1,1%
- Baisse du nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles de - 1,0 %, avec donc une stabilité du taux d'AT-MP pour 1000 affiliés
- Baisse des indemnités journalières : -2,5% en montant, -2,6% en nombre de jours

3.2.2.1.2 - Avis rendus lors du contrôle médical des arrêts de travail AT-MP Non-Salariés Agricoles

Tableau : Non-Salariés agricoles (NSA) (ATEXA)

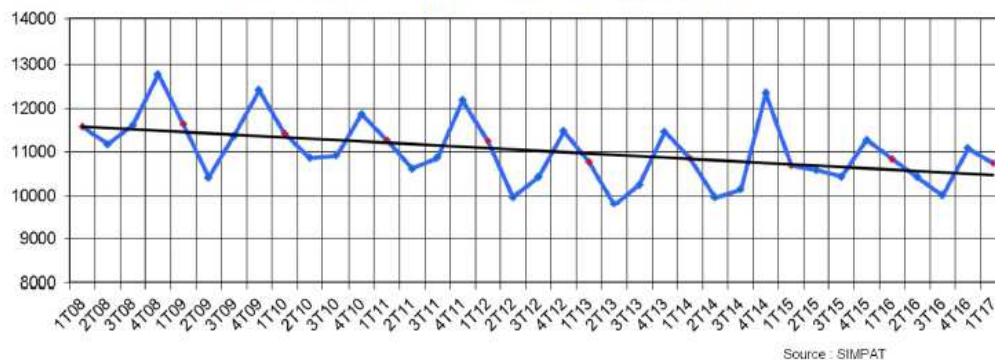
NSA-IJ-ATEXA- MSA+GAMEX	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis	38 372	33 626	32 181	-4,3%
Intervenant et mode de décision				
Médecin-conseil sur examen direct	3 231	3 058	2 811	-8,1%
Médecin-conseil sur pièces	26 539	23 429	21 298	-9,1%
Personnel administratif	8 602	7 139	8 072	13,1%
% Médecin-conseil sur examen direct	8,4%	9,1%	8,7%	-0,4 points
% Médecin-conseil sur pièces	69,2%	69,7%	66,2%	-3,5 points
% Personnel administratif	22,4%	21,2%	25,1%	3,9 points

Source : CCMSA – DSEF - DCMOS

3.2.2.2 - Salariés Agricoles

3.2.2.2.1 - Données de contexte

Evolution du nombre d'AT-MP avec arrêt



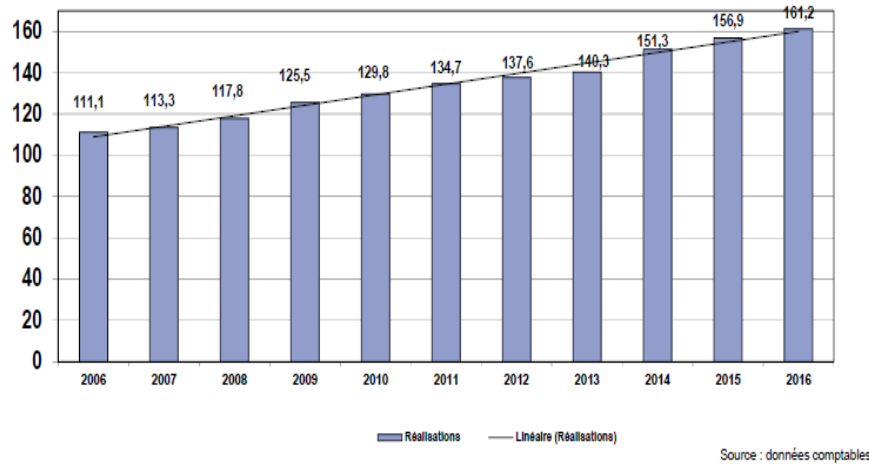
	Réalisation 1T2017	Evolution 1T2017/1T2016	Rappel : Evolution 1T2016/1T2015
ATMP avec arrêt	10 750	-0,9%	+1,3%
Accidents du travail	9 305	-0,2%	+0,2%
Accidents de trajet	744	-3,4%	+5,0%
Maladies professionnelles	701	-6,9%	+12,1%

Branche Accidents du travail et Maladies professionnelles des salariés agricoles

Evolution du nombre de jours indemnisés
(quelque soit la date de survenue de l'ATMP)



Evolution du montant des indemnités journalières (en millions d'euros)

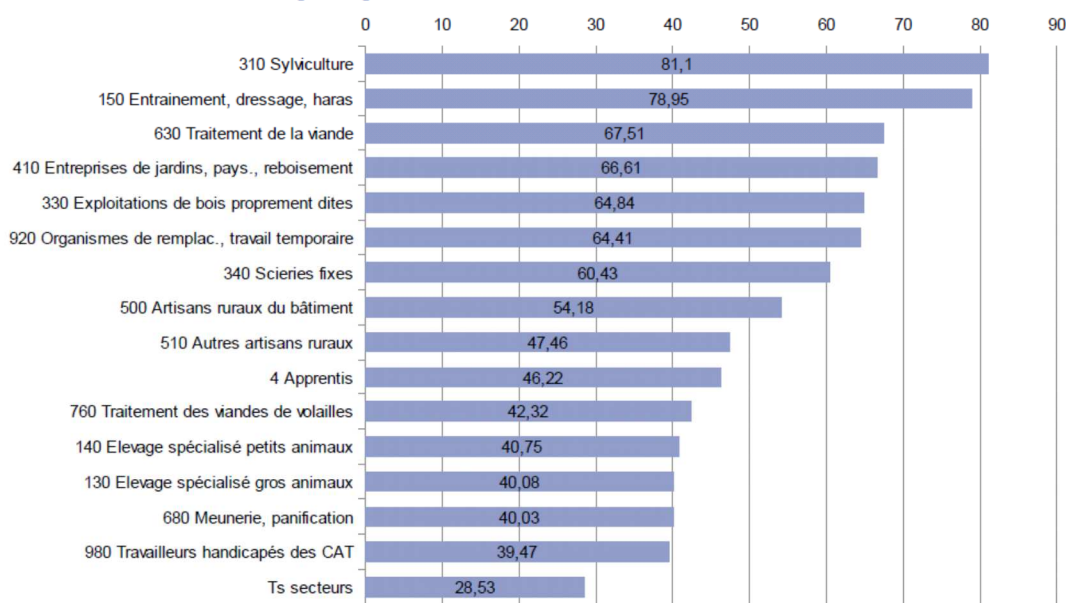


	Réalisation 2016 (en millions d'euros)	Evolution 2016/2015
Indemnités journalières	161,2 M€	+ 2,8 %

36 925 accidents avec arrêts reconnus en 2016 :

- Baisse de 1,5% d'AT entre 2015 et 2016 avec une diminution annuelle moyenne de -0,4% par an sur la période 2012-2016,
- baisse du taux de fréquence en 2016 à 28,5 d'accidents par million d'heures travaillées (-3,1% par rapport à 2015) avec une diminution annuelle moyenne de -0,9% sur la période,
- une durée moyenne d'arrêt de 64,9 jours en 2016 qui augmente de 1,6 jour par an en moyenne sur la période (+0,9 par rapport à 2015),
- 4 299 accidents graves en 2016, soit une hausse de +5,8% mais une baisse moyenne annuelle de -0,9% entre 2012 et 2016,
- un taux moyen d'IPP de 11% en 2016, en augmentation de +3,3% par rapport à 2015, et une hausse moyenne de +2,6% par an sur la période.

Taux de fréquence les plus élevés des accidents du travail proprement dit avec arrêt en 2016



Unité : accidents avec arrêt par million d'heures travaillées

accidents du travail

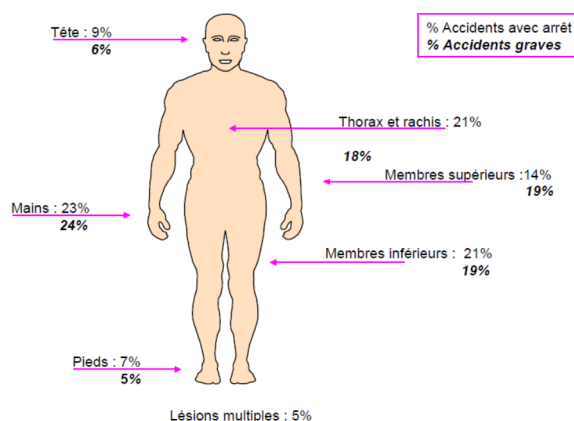
Circonstances des accidents du travail proprement dit avec arrêt en 2016

- Les lésions les plus fréquemment rencontrées sont :
 - des contusions ou des lésions superficielles (23,5%)
 - des plaies (17,1%)
 - des douleurs d'effort ou lumbagos (13,8%)
 - des entorses-foulures (13,6%)
- Elles surviennent surtout :
 - aux mains (22,4%)
 - au tronc et rachis (21,4%)
 - aux membres inférieurs - hors pieds (21,2%)
- Les principales combinaisons de sièges et natures de lésions sont :
 - les lésions superficielles ou contusions et les entorses aux membres inférieurs
 - les plaies aux mains
 - les douleurs d'effort, lumbago au thorax et rachis

Accidents du travail

Répartition des accidents du travail proprement dit avec arrêt et AT graves en 2016 selon le siège de la lésion

Accidents du travail



Maladies Professionnelles

Parmi les 3 831 maladies professionnelles reconnues en 2016, 91% sont des troubles musculo-squelettiques dont une majorité de personnes atteintes d'un syndrome du canal carpien.

Augmentation du nombre de maladies professionnelles, après 2 années de baisse, de +6,2% en 2016.

3.2.2.2.2 – Avis rendus lors du contrôle médical des arrêts de travail AT-MP

Salariés Agricoles

Tableau : Salariés MSA - I.J. – AT-MP

SA-IJ-AT-MP	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis	101 336	97 079	99 940	2,9%
Intervenant et mode de décision				
Médecin conseil sur pièces	69 999	67 652	63 458	-6,2%
Médecin conseil après contact avec le méd. Trait.	243	418	576	37,8%
Médecin conseil sur examen direct	9 258	8 716	9 385	7,7%
Personnel administratif	21 836	20 293	26 521	30,7%
% Médecin conseil sur pièces	69,1%	69,7%	63,5%	-6,2 points
% Médecin conseil après contact avec le méd. Trait.	0,2%	0,4%	0,6%	0,1 points
% Médecin conseil sur examen direct	9,1%	9,0%	9,4%	0,4 points
% Personnel administratif	21,5%	20,9%	26,5%	5,6 points

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Par rapport à 2015, le nombre de contrôles a progressé de +2,9%, celui des convocations de +7,7%

3.2.3 - Autres avis rendus suite à QSA (Questions des Services Administratifs) en lien avec les arrêts de travail

Tableau : QSA en lien avec les arrêts de travail

Arrêts de travail		Examen direct	Sur pièces	Personnel administratif	Ensemble
Q101	Arrêt de travail en relation avec une situation médico-administrative précise, en relation avec L324 1, en relation avec l'invalidité	1 775	13 714	11 810	27 299
Q102	Pour justification de l'arrêt temps partiel	686	3 469	744	4 899
Q104	Séjour hors circonscription	169	2 677	2 012	4 858
Q105	Pour avis sur la justification des heures de sortie	13	659	4 121	4 793
Q108	SST visite de pré reprise	219	1 646	413	2 278
Q199	Autres questions sur prestations en espèces	2 389	5 160	4 372	11 921
Q803	Cessation d'IJ	16	31	26	73

Source : CCMSA – DSEF - DCMOS

En 2016, les SCM ont émis 56 121 avis (+18,3% par rapport à 2015) sur « Questions des Services Administratifs » (QSA), concernant les arrêts de travail sur l'ensemble des risques.

3.3 - LE CONTROLE MEDICAL DES AFFECTIONS DE LONGUE DUREE (ALD)

Ce domaine du contrôle médical génère 37,5% des avis concernant l'activité EMSI des principaux avis (+1,8 points de plus par rapport à 2015).

3.3.1 - Contexte

Au 1^{er} janvier 2017, la **population protégée** par la branche maladie du régime agricole comptait 3 229 822 personnes. Il s'agit d'une **population âgée** : son âge moyen est de 50,2 ans, contre environ 41,2 ans pour l'ensemble de la population française.

3.3.2 - Données de prévalence ALD à la MSA

Au 31/12/2016, 683 095 personnes sont prises en charge en ALD, soit 21,1 % des assurés maladie du régime agricole (30,8 % chez les non-salariés agricoles et 13,9 % chez les salariés agricoles).

L'âge moyen de la population des non-salariés agricoles exonérée du ticket modérateur pour au moins une des 32 ALD est de 78,5 ans (âge médian 81 ans) et de 65,1 ans pour celle des salariés (âge médian 67 ans).

Le taux de prévalence brut au 31/12/2016 du régime agricole est plus élevé que le taux de prévalence observé au régime général au 31/12/2015 (165,9 ‰). Cette différence s'explique par la structure par âge de la population protégée au régime agricole, plus âgée. En effet, le taux de prévalence au régime agricole, standardisé avec une structure par âge et sexe proche de celle du régime général (population française métropolitaine au 1er janvier 2017) se trouve à un niveau inférieur à celui du régime général : 139,1‰ vs 165,9‰.

(Source : Tableau de bord des ALD au 31/12/2016 du régime agricole).

3.3.3 - ALD et activité des SCM

En 2016, l'activité des SCM dédiée aux ALD correspond essentiellement à l'admission et à la prolongation. L'indicateur correspondant est le taux d'incidence brut. (cf. Lexique Indicateurs ALD). L'année 2016 a été marquée par la simplification des demandes d'ALD, mise en œuvre à partir du 6 juin (cf. encadré).

En termes d'activité ALD, 2016 est une année charnière pour le contrôle médical des ALD, car elle correspond à la mise en œuvre, à partir du 6 Juin, de la simplification des demandes d'ALD (LMNSS n°2016-41 du 26 janvier 2016).

Jusqu'à la fin du 1^{er} semestre, toutes les demandes d'ALD faisaient l'objet d'un examen à priori par le médecin conseil. Au 2^{ème} semestre, les demandes d'ALD dites « simplifiées » (91% des protocoles de soins) ont été systématiquement accordées sans contrôle a priori (une procédure de contrôle à posteriori 6 à 12 mois plus tard, donc en 2017 est instaurée). Seules les ALD dites « argumentées » (9% des protocoles de soins) continuent à faire l'objet d'un examen et d'un avis du médecin-conseil au moment de la demande. Dans le même temps, le protocole de soins électronique (PSE) a vu son utilisation promue à la fois par la simplification et par une campagne d'incitation (le taux de PSE est passé de 17% début 2016 à environ 66% au dernier trimestre de la même année).

L'étude détaillée des données d'incidence montre que la simplification et l'utilisation beaucoup plus fréquente du PSE ont contribué au moins pour une part, à la croissance globale de l'incidence.

A ce stade, on ignore si cette augmentation correspond à un rattrapage d'ALD jusqu'alors sous déclarées (notamment la 2^{ème} ALD), ou à des ALD déclarées « par excès ». Les données relatives aux contrôles post admission pourront, en 2017, apporter des éléments de réponse.

3.3.4 - Données d'incidence des ALD à la MSA

122 107 personnes ont été admises au titre d'une nouvelle ALD 1 à 32, soit une évolution de +9% par rapport à l'année 2015. Le taux d'incidence passe de 34,2 ‰ en 2015 à 37,7 ‰ en 2016. Cette hausse est en grande partie imputable à la réforme de la simplification des ALD entrée en vigueur en juin 2016.

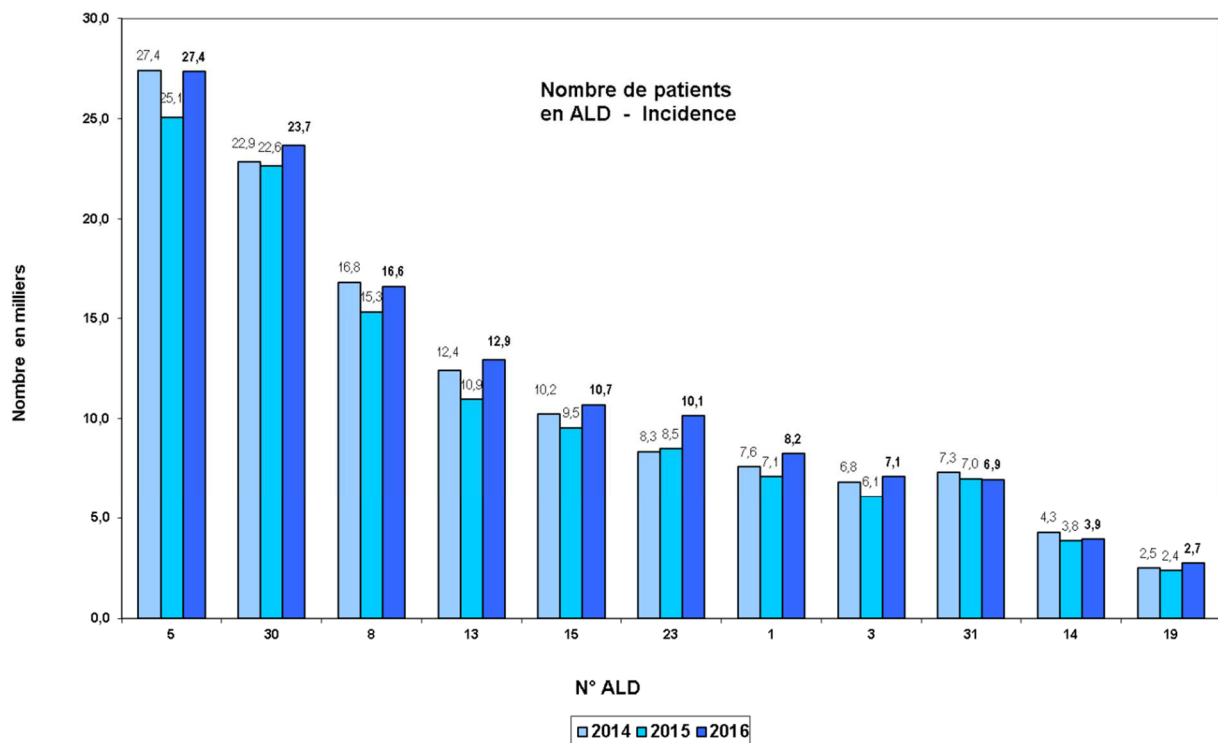
Les ALD présentant les taux d'incidence brut les plus élevés demeurent l'ALD 5 (insuffisance cardiaque, valvulopathie et trouble du rythme) : 27 363 patients et taux d'incidence de 8,4 ‰, ALD 30 (tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique) : 23 663 patients et taux d'incidence de 7,3 ‰, ALD 8 (diabète de type I et II) : 16 590 patients et taux d'incidence de 5,1 ‰.

Tableau : Effectifs admis en ALD - Incidence 2016 (tête de liste par ordre décroissant)

N° ALD	Pathologie	Nombre de patients pour l'ALD
5	Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires, cardiopathies congénitales graves	27 363
30	Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	23 663
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2	16 590
13	Maladie coronaire	12 928
15	Maladie d'Alzheimer	10 653
23	Affections psychiatriques de longue durée	10 122
1	Accident vasculaire cérébral invalidant	8 234
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	7 095
31	Hors liste	6 942
14	Insuffisance respiratoire chronique grave	3 932
19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	2 739

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Figure 7 : Effectifs admis en ALD - Incidence de 2014 à 2016 (tête de liste par ordre décroissant)



Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

3.3.5 - Avis médicaux concernant les demandes d'ALD

Tableau : Nombre d'avis ALD (protocoles papier et en ligne)

ALD Salariés et Non-Salariés	2014	2015	2016
Nombre de décisions	279 132	290 463	319 583
Accords	261 890	274 703	306 309
% Accords	93,8%	94,6%	95,8%
Refus-Avis technique impossible	17 242	15 760	13 274
% Refus-Avis technique impossible	6,2%	5,4%	4,2%
Intervenant et mode de décision			
% Médecin conseil sur pièces et protocoles en ligne	84,8%	85,7%	59,6%
% Médecin conseil sur pièces après contact avec le méd. Trait.	1,5%	0,9%	0,5%
% Médecin conseil sur examen direct	0,3%	0,1%	0,1%
% Personnel administratif	13,5%	13,2%	39,8%

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Tableau : Nombre d'avis ALD rendus à partir d'un protocole de soins électronique (PSE)

ALD Salariés et Non-Salariés	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis sur PSE	40 419	102 566	153,8%

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

La simplification de la procédure de demande d'ALD, la simplification du protocole de soins et la promotion du protocole de soins électronique (PSE) auprès des professionnels de santé expliquent pour une large part les constats suivants :

- l'augmentation du nombre de décisions (+10%) ;
- l'augmentation du taux d'accord (+1,2 points), correspondant à des accords par défaut (avis initial systématiquement favorable pour les ALD simplifiées) ;
- la forte augmentation du nombre de dossiers traités par un agent administratif (qui ne correspond pas à une délégation de la décision mais à l'enregistrement de l'ALD avec avis initial systématiquement favorable pour les ALD simplifiées) ;

- la multiplication par 2,5 de l'utilisation du PSE (fin 2016, les PSE représentaient environ 2/3 des demandes d'ALD, contre 17% avant la simplification).

3.3.6 - Avis rendus lors du contrôle médical des « Soins Longue Durée » (SLD)

Les avis SLD concernent **les soins continus et les arrêts de travail d'une durée supérieure à 6 mois pour le même motif médical**, sans exonération du ticket modérateur. La fréquence importante des avis motivés par un arrêt de travail supérieur à 6 mois justifie une présentation distincte des données, d'une part celles concernant les salariés, d'autre part celles concernant les exploitants.

Tableau : Nombre d'avis SLD (sur demande du médecin et à l'initiative du SCM)

SLD Salariés et Non-Salariés	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis	9 304	10 992	12 539	14,1%
% Refus	1,3%	1,4%	1,3%	-0,1 points
SLD Salariés	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis	5 591	6 372	7 243	13,7%
% Refus	1,1%	1,2%	1,0%	-0,2 points
SLD Non-Salariés	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis	3 713	4 620	5 296	14,6%
% Refus	1,6%	1,7%	1,6%	-0,1 points

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Le nombre d'avis progresse sensiblement tant chez les exploitants que chez les salariés. Le taux de refus reste stable.

Tableau : Intervenant et mode de décision pour les SLD

Intervenant et mode de décision	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
% Médecin conseil sur pièces	85,2%	88,0%	87,9%	-0,1 points
% Médecin conseil après contact avec le médecin traitant	2,5%	1,7%	1,3%	-0,4 points
% Médecin conseil sur examen direct	1,3%	1,1%	1,0%	-0,1 points
% Personnel administratif	11,1%	9,2%	9,8%	0,6 points

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Sur 3 années, les parts d'activité respectives des intervenants (médecins-conseil / agents administratifs) paraissent stables. Les modalités de décision nécessitant un contact avec l'assuré ou avec son médecin montrent une tendance à la baisse, nette pour les contacts avec le médecin traitant, moindre pour les convocations d'assurés.

Conclusion

Le processus de simplification des demandes d'ALD a été initié mi-2016, les contrôles post admission ont débuté en 2017 et les prolongations à l'initiative des services du contrôle médical sont prévus pour 2018.

Une série de visites sur sites des services du contrôle médical a débuté (à l'échelle régionale).

Lors de ces visites les échanges avec les responsables des services et les agents médicaux et administratifs concernés par les ALD permettent un premier point sur les nouvelles modalités de traitement des ALD. Cette évaluation, encore partielle permettra un premier bilan des procédures adoptées et fournira des orientations pour l'évolution du dispositif ALD, notamment en termes de temps d'activité et de qualification des intervenants.

3.4 - LE CONTROLE MEDICAL DES ACCIDENTS DE TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES AGRICOLES (HORS IJ)

Le contrôle médical des accidents du travail et des maladies professionnelles génère, hors IJ, 4,4 % des avis de l'activité EMSI.

3.4.1 - Non-salariés Agricoles (NSA)

3.4.1.1 - Données de Contexte

Tableau : Données de contexte AT-Accident de trajet-MP

	2014			2015			2016		
	Reconnus	Refus	Total	Reconnus	Refus	Total	Reconnus	Refus	Total
Accidents de travail	23 667	619	24 286	20 769	603	21 372	19 861	650	20 511
Accidents de trajet	184	14	198	150	17	167	153	19	172
Maladies professionnelles	2 269	460	2 729	1 754	464	2 218	1 782	447	2 229
Accidents provisoires	216	0	216	237	0	237	260	0	260
ENSEMBLE	26 336	1 093	27 429	22 910	1 084	23 994	22 056	1 116	23 172
% Accord/refus	97,5%	2,5%		97,2%	2,8%		96,8%	3,2%	
Taux déclaration n-1/n			7,6%			-12,5%			-3,4%

*Déclarations - Date de connaissance - Source ATEXA

Source : CCMSA – DSEF - DCMOS

3.4.1.2 - Avis rendus lors du contrôle médical des Accidents du Travail

Tableau : AT 1^{ère} demande NSA

NSA-AT-1 ^{ère} _demande	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis	8 527	6 861	6 686	-2,6%
Nb avis pour 1000 non-salariés protégés	5,8	4,8	4,8	0,0
Nature des avis				
Accords	7 828	6 129	5 917	-3,5%
Refus	699	732	769	5,1%
Accords	91,8%	89,3%	88,5%	-0,8 points
Refus	8,2%	10,7%	11,5%	0,8 points
Intervenant et mode de décision				
Médecin-conseil sur examen direct	790	788	746	-5,3%
Médecin-conseil sur pièces	5 859	5 029	4 825	-4,1%
Dentiste-conseil sur examen direct	6	9	6	-33,3%
Dentiste-conseil sur pièces	88	90	64	-28,9%
Personnel administratif CM	1 784	945	1 045	10,6%
% Médecin-conseil sur examen direct	9,3%	11,5%	11,2%	-0,3 points
% Médecin-conseil sur pièces	68,7%	73,3%	72,2%	-1,1 points
% Dentiste-conseil sur examen direct	0,1%	0,1%	0,1%	0 points
% Dentiste-conseil sur pièces	1,0%	1,3%	1,0%	-0,4 points
% Personnel administratif CM	20,9%	13,8%	15,6%	1,9 points

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Depuis 2010 le nombre d'avis d'accidents du travail 1eres demandes a vu son nombre se réduire de la moitié (-56%), enregistrant 6 686 avis en 2016 contre 15 187 en 2010.

Tableau : AT rechutes

NSA-AT- Rechutes	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis	579	623	610	-2,1%
Nature des avis				
Accords	400	425	431	1,4%
Refus	179	198	179	-9,6%
Accords	69,1%	68,2%	70,7%	2,4 points
Refus	30,9%	31,8%	29,3%	-2,4 points
Intervenant et mode de décision				
Nombre d'avis du contrôle médical	575	622	607	-2,4%
Médecin-conseil sur examen direct	243	269	239	-11,2%
Médecin-conseil sur pièces	325	349	363	4,0%
Dentiste-conseil sur examen direct			1	
Dentiste-conseil sur pièces	4	1	2	100,0%
Personnel administratif	7	4	5	25,0%
% Médecin-conseil sur examen direct	42,3%	43,2%	39,4%	-3,9 points
% Médecin-conseil sur pièces	56,5%	56,1%	59,8%	3,7 points
% Dentiste-conseil sur examen direct	0,0%	0,0%	0,2%	0,2 points
% Dentiste-conseil sur pièces	0,7%	0,2%	0,3%	0,2 points
% Personnel administratif	1,2%	0,6%	0,8%	0,2 points

Source : CCMSA – DSEF - DCMOS

Tableau : AT Réparation

NSA-AT-Réparation	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis	6 453	5 484	5 339	-2,6%
Nb avis pour 1000 non-salariés protégés	4,4	3,8	3,9	0,0
Nature des avis				
Guérisons	3 340	2 208	2 018	-8,6%
Consolidations	3 113	3 276	3 321	1,4%
I.P.P. < 30%	2 490	2 548	2 558	0,4%
I.P.P. > 30%	623	728	763	4,8%
Guérisons %	51,8%	40,3%	37,8%	-2,5 points
Consolidations %	48,2%	59,7%	62,2%	2,5 points
I.P.P. < 30%	80,0%	77,8%	77,0%	-0,8 points
I.P.P. > 30%	20,0%	22,2%	23,0%	0,8 points

Intervenant et mode de décision				
Nombre d'avis du contrôle médical	6 559	5 570	5 432	-2,5%
Médecin-conseil sur examen direct	3 942	4 100	3 964	-3,3%
Médecin-conseil sur pièces	1 256	1 096	1 107	1,0%
Dentiste-conseil sur examen direct	30	28	23	-17,9%
Dentiste-conseil sur pièces	28	29	19	-34,5%
Personnel administratif	1 303	317	319	0,6%
% Médecin-conseil sur examen direct	60,1%	73,6%	73,0%	-0,6 points
% Médecin-conseil sur pièces	19,1%	19,7%	20,4%	0,7 points
% Dentiste-conseil sur examen direct	0,5%	0,5%	0,4%	-0,1 points
% Dentiste-conseil sur pièces	0,4%	0,5%	0,3%	-0,2 points
% Personnel administratif	19,9%	5,7%	5,9%	0,2 points

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

3.4.1.3 – Avis rendus lors du contrôle médical des Maladies professionnelles

Tableau : MP 1^{ère} demandes

NSA-MP-1 ^{ère} demandes	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis	2 317	2 123	2 147	1,1%
Nb d'avis pour 1000 non-salariés protégés	1,6	1,5	1,6	0,1
Nature des avis				
Accords	1 808	1 611	1 624	0,8%
Refus	509	512	523	2,1%
% Accords	78,0%	75,9%	75,6%	-0,3 points
% Refus	22,0%	24,1%	24,4%	0,3 points
Intervenant et mode de décision				
Nombre d'avis du contrôle médical	2 317	2 123	2 147	1,1%
Médecin-conseil sur examen direct	1 062	1 049	1 029	-1,9%
Médecin-conseil sur pièces	1 202	1 053	1 095	4,0%
Dentiste-conseil sur examen direct				
Dentiste-conseil sur pièces				
Personnel administratif	53	21	23	9,5%
% Médecin-conseil sur examen direct	45,8%	49,4%	47,9%	-1,5 points
% Médecin-conseil sur pièces	51,9%	49,6%	51,0%	1,4 points
% Dentiste-conseil sur examen direct	0,0%	0,0%	0,0%	0 points
% Dentiste-conseil sur pièces	0,0%	0,0%	0,0%	0 points
% Personnel administratif	2,3%	1,0%	1,1%	0,1 points

Source : CCMSA – DSEF - DCMOS

Tableau : MP rechutes

NSA-MP-Rechutes	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis	127	153	160	4,6%
Nature des avis				
Accords	88	114	110	-3,5%
Refus	39	39	50	28,2%
Accords	69,3%	74,5%	68,8%	-5,8 points
Refus	30,7%	25,5%	31,3%	5,8 points
Intervenant et mode de décision				
Médecin-conseil sur examen direct	67	66	69	4,5%
Médecin-conseil sur pièces	60	87	91	4,6%
Dentiste-conseil sur examen direct				
Dentiste-conseil sur pièces				
Personnel administratif				
% Médecin-conseil sur examen direct	52,8%	43,1%	43,1%	0 points
% Médecin-conseil sur pièces	47,2%	56,9%	56,9%	0 points
% Dentiste-conseil sur examen direct	0,0%	0,0%	0,0%	0 points
% Dentiste-conseil sur pièces	0,0%	0,0%	0,0%	0 points
% Personnel administratif	0,0%	0,0%	0,0%	0 points

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Tableau : MP - Réparations

NSA-MP-Réparations	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis	841	822	942	14,6%
Nb d'avis pour 1000 non-salariés protégés	0,6	0,6	0,7	0,1
Nature des avis				
Guérisons	329	252	289	14,7%
Consolidations	512	570	653	14,6%
I.P.P. < 30%	376	408	459	12,5%
I.P.P. > 30%	136	162	194	19,8%
Guérisons %	39,1%	30,7%	30,7%	0 points
Consolidations %	60,9%	69,3%	69,3%	0 points
I.P.P. < 30%	73,4%	71,6%	70,3%	-1,3 points
I.P.P. > 30%	26,6%	28,4%	29,7%	1,3 points
Intervenant et mode de décision				
Nombre d'avis du contrôle médical	841	822	942	14,6%
Médecin-conseil sur examen direct	604	663	774	16,7%
Médecin-conseil sur pièces	155	112	131	17,0%
Dentiste-conseil sur examen direct				
Dentiste-conseil sur pièces				
Personnel administratif	82	47	37	-21,3%
% Médecin-conseil sur examen direct	71,8%	80,7%	82,2%	1,5 points
% Médecin-conseil sur pièces	18,4%	13,6%	13,9%	0,3 points

% Dentiste-conseil sur examen direct	0,0%	0,0%	0,0%	0 points
% Dentiste-conseil sur pièces	0,0%	0,0%	0,0%	0 points
% Personnel administratif	9,8%	5,7%	3,9%	-1,8 points

Source : CCMSA – DSEF - DCMOS

L'évolution du nombre d'avis des SCM pour évaluation des séquelles de MP change de tendance en 2016 (+14,6 %). Cette augmentation impacte avec la même intensité les avis par guérisons et consolidations.

3.4.1.4 - Autres avis suite à QSA en accidents du travail et maladies professionnelles

En 2016, 4 526 avis pour QSA ATMP / 4 799 en 2015 / 7 848 avis en 2014 / 11 843 en 2013.

Evolution sur la période 2013-2016 en baisse de 61,8%.

Tableau : QSA en lien avec les AT, MP des exploitants

Accidents du travail et Maladies Professionnelles exploitant		Examen direct	Sur pièces	Personnel administratif	Ensemble
Q305	ATEXA (imputabilité)	79	194	134	407
Q306	ATEXA (soins)	232	2 399	999	3 630
Q307	ATEXA (rentes)	13	102	341	456
Q502	Dentaire - soins en ATEXA	4	27	2	33

Source : CCMSA – DSEF - DCMOS

3.4.2 - Salariés agricoles

3.4.2.1 - Données de Contexte

Tableau : Evolution des ATMP au cours de la période 2012-2016

	2015			2016			Evo n/n-1
	Accord	Refus	Total	Accord	Refus	Total	
Accidents de travail	61 628	2 876	64 504	60 444	2 906	63 350	-1,8%
	95,5%	4,5%	100%	95,4%	4,6%	100%	-
Accidents de trajet	4 367	418	4 785	4 386	454	4 840	1,1%
	91,3%	8,7%	100%	90,6%	9,4%	100%	-
Maladies professionnelles	4 745	1 332	6 077	4 760	1 318	6 078	0,0%
	78,1%	21,9%	100%	78,3%	21,7%	100%	-
Accidents provisoires	2 539		2 539	3 751		3 751	-
Total	73 279	4 626	77 905	73 341	4 678	78 019	0,1%
	94,1%	5,9%	100%	94,0%	6,0%	100%	-

Source : CCMSA – DSEF - DCMOS

Nombre d'IJ	Nouveaux ATMP (indemnisés pour la première fois dans l'année)			Anciens ATMP (toujours indemnisés)			Ensemble		
	2015	2016	Evolution	2015	2016	Evolution	2015	2016	Evolution
Accidents de travail	975 426	975 704	0,03%	1 433 869	1 423 871	-0,70%	2 409 295	2 399 575	-0,40%
Accidents de trajet	76 789	79 805	3,93%	117 483	125 549	6,87%	194 272	205 354	5,70%
Maladies professionnelles	323 861	330 887	2,17%	585 130	580 593	-0,78%	908 991	911 480	0,27%
TOTAL	1 376 076	1 386 396	0,75%	2 136 482	2 130 013	-0,30%	3 512 558	3 516 409	0,11%

Source : CCMSA – DSEF - DCMOS

3.4.2.2 - Avis rendus lors du contrôle médical

3.4.2.2.1 – Des accidents du travail

Tableau : AT 1^{ère} demande

SA-AT-1 ^{ère} demande	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Avis sur imputabilité	16 643	17 093	17 576	2,8%
Nature de l'avis				
Accord	14 907	15 339	15 791	2,9%
Refus	1 736	1 754	1 785	1,8%
% Accord	89,6%	89,7%	89,8%	0,1 points
% Refus	10,4%	10,3%	10,2%	-0,1 points
Intervenant et mode de décision				
Nombre d'avis du contrôle médical	16 643	17 093	17 576	2,8%
Médecin-conseil sur examen direct	1 761	1 846	2 018	9,3%
Médecin-conseil sur pièces	12 575	13 208	12 817	-3,0%
Dentiste-conseil sur examen direct	9	16	6	-62,5%
Dentiste-conseil sur pièces	128	107	134	25,2%
Personnel administratif	2 170	1 916	2 601	35,8%
% Médecin-conseil sur examen direct	10,6%	10,8%	11,5%	0,7 points
% Médecin-conseil sur pièces	75,6%	77,3%	72,9%	-4,3 points
% Dentiste-conseil sur examen direct	0,1%	0,1%	0,0%	-0,1 points
% Dentiste-conseil sur pièces	0,8%	0,6%	0,8%	0,1 points
% Personnel administratif	13,0%	11,2%	14,8%	3,6 points

Source : CCMSA – DSEF - DCMOS

La démarche d'harmonisation et de rationalisation de l'activité des contrôles médicaux a simplifié certaines procédures entre les services administratifs et médicaux des caisses, l'avis du contrôle médical étant sollicité uniquement pour les dossiers sélectionnés selon des critères définis entre les deux services.

Tableau : AT Rechutes

SA-AT-Rechutes	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis	1 978	1 981	1 824	-7,9%
Nature des avis				
Accord	1 302	1 303	1 134	-13,0%
Refus	676	678	690	1,8%
% Accord	65,8%	65,8%	62,2%	-3,6 points
% Refus	34,2%	34,2%	37,8%	3,6 points
Intervenant et mode de décision				
Nombre d'avis du contrôle médical	1 978	1 965	1 813	-7,7%
Médecin-conseil sur examen direct	916	962	919	-4,5%
Médecin-conseil sur pièces	1 035	990	874	-11,7%
Dentiste-conseil sur examen direct	2	1	3	200,0%
Dentiste-conseil sur pièces	12	15	8	-46,7%
Personnel administratif	13	13	20	53,8%
% Médecin-conseil sur examen direct	46,3%	49,0%	50,7%	1,7 points
% Médecin-conseil sur pièces	52,3%	50,4%	48,2%	-2,2 points
% Dentiste-conseil sur examen direct	0,1%	0,1%	0,2%	0,1 points
% Dentiste-conseil sur pièces	0,6%	0,8%	0,4%	-0,3 points
% Personnel administratif	0,7%	0,7%	1,1%	0,4 points

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Tableau : AT Révisions

SA-AT-Révisions	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis	863	592	640	8,1%
Nature des avis				
Maintiens I.P.P.	769	477	508	6,5%
Modifications ou suppressions I.P.P.	94	115	132	14,8%
% Maintiens I.P.P.	89,1%	80,6%	79,4%	-1,2 points
% Modifications ou suppressions I.P.P.	10,9%	19,4%	20,6%	1,2 points
Intervenant et mode de décision				
Nombre d'avis du contrôle médical	863	592	640	8,1%
Médecin-conseil sur examen direct	431	349	412	18,1%
Médecin-conseil sur pièces	424	230	212	-7,8%
Dentiste-conseil sur examen direct	1	2		-100,0%
Dentiste-conseil sur pièces		4	1	-75,0%
Personnel administratif	7	7	15	114,3%
% Médecin-conseil sur examen direct	49,9%	59,0%	64,4%	5,4 points
% Médecin-conseil sur pièces	49,1%	38,9%	33,1%	-5,7 points
% Dentiste-conseil sur examen direct	0,1%	0,3%	0,0%	-0,3 points
% Dentiste-conseil sur pièces	0,0%	0,7%	0,2%	-0,5 points
% Personnel administratif	0,8%	1,2%	2,3%	1,2 points

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Les directives de l'ENCM en la matière sont d'espacer les échéances de réévaluation des séquelles ou de ne pas réévaluer les séquelles lorsqu'aucune évolution de l'I.P.P. n'est prévisible.

Tableau : AT Réparations

SA-AT-Réparations	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis	9 941	9 824	10 431	6,2%
pour 1000 salariés protégés	5,6	5,4	5,6	0,3
Nature des avis				
Guérisons	5 117	4 906	5 220	6,4%
Consolidations	4 824	4 918	5 211	6,0%
I.P.P. < 10%	2 822	2 727	2 882	5,7%
I.P.P. > 10%	2 002	2 191	2 329	6,3%
Guérisons %	51,5%	49,9%	50,0%	0,1 points
Consolidations %	48,5%	50,1%	50,0%	-0,1 points
I.P.P. < 10%	58,5%	55,4%	55,3%	-0,1 points
I.P.P. > 10%	41,5%	44,6%	44,7%	0,1 points
Intervenant et mode de décision				
Nombre d'avis du contrôle médical	9 941	9 824	10 431	6,2%
Médecin-conseil sur examen direct	6 382	6 624	6 864	3,6%
Médecin-conseil sur pièces	2 763	2 505	2 735	9,2%
Dentiste-conseil sur examen direct	48	46	30	-34,8%
Dentiste-conseil sur pièces	47	34	41	20,6%
Personnel administratif	701	615	761	23,7%
% Médecin-conseil sur examen direct	64,2%	67,4%	65,8%	-1,6 points
% Médecin-conseil sur pièces	27,8%	25,5%	26,2%	0,7 points
% Dentiste-conseil sur examen direct	0,5%	0,5%	0,3%	-0,2 points
% Dentiste-conseil sur pièces	0,5%	0,3%	0,4%	0 points
% Personnel administratif	7,1%	6,3%	7,3%	1 points

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

3.4.2.2.2 – Des Maladies professionnelles

Tableau : MP 1^{ère} demande

SA-MP-1 ^{ère} demande	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis	5 695	5 711	5 831	2,1%
pour 1000 salariés protégés	3,2	3,1	3,2	0,0
Nature des avis				
Accords	4 344	4 251	4 308	1,3%
Refus	1 351	1 460	1 523	4,3%
Accords	76,3%	74,4%	73,9%	-0,5 points
Refus	23,7%	25,6%	26,1%	0,5 points
Intervenant et mode de décision				
Nombre d'avis du contrôle médical	5 695	5 711	5 831	2,1%
Médecin-conseil sur examen direct	2 829	2 918	2 853	-2,2%
Médecin-conseil sur pièces	2 816	2 725	2 916	7,0%
Personnel administratif	50	68	62	-8,8%
% Médecin-conseil sur examen direct	49,7%	51,1%	48,9%	-2,2 points
% Médecin-conseil sur pièces	49,4%	47,7%	50,0%	2,3 points
% Personnel administratif	0,9%	1,2%	1,1%	-0,1 points
Intervenant et mode de décision sur consultation				
Médecin-conseil sur examen direct	2 829	2 918	2 853	-2,2%
Nombre d'avis médecin conseil sur consultation domicile		1		-100,0%
Nombre d'avis médecin conseil sur consultation établissement	185	207	202	-2,4%
Nombre d'avis médecin conseil sur consultation caisse	2 558	2 597	2 567	-1,2%
Nombre d'avis médecin conseil sur consultant	86	113	84	-25,7%

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Tableau : MP – Rechutes

SA-MP-Rechutes	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis	681	691	651	-5,8%
Nature des avis				
Accords	535	530	474	-10,6%
Refus	146	161	177	9,9%
% Accords	78,6%	76,7%	72,8%	-3,9 points
% Refus	21,4%	23,3%	27,2%	3,9 points
Intervenant et mode de décision				
Nombre d'avis du contrôle médical	681	691	651	-5,8%
Médecin-conseil sur examen direct	344	340	341	0,3%
Médecin-conseil sur pièces	334	348	305	-12,4%

Personnel administratif	3	3	5	66,7%
% Médecin-conseil sur examen direct	50,5%	49,2%	52,4%	3,2 points
% Médecin-conseil sur pièces	49,0%	50,4%	46,9%	-3,5 points
% Personnel administratif	0,4%	0,4%	0,8%	0,3 points
Intervenant et mode de décision sur consultation				
Médecin-conseil sur examen direct	344	340	341	0,3%
Nombre d'avis médecin conseil sur consultation établissement	35	28	31	10,7%
Nombre d'avis médecin conseil sur consultation caisse	296	299	299	0,0%
Nombre d'avis médecin conseil sur consultant	13	13	11	-15,4%

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Tableau : MP – Révision

SA-MP-Révision	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis	263	238	181	-23,9%
Nature des avis				
Maintiens I.P.P.	208	196	126	-35,7%
Modifications ou suppressions I.P.P.	55	42	55	31,0%
% Maintiens I.P.P.	79,1%	82,4%	69,6%	-12,7 points
% Modifications ou suppressions I.P.P.	20,9%	17,6%	30,4%	12,7 points
Intervenant et mode de décision				
Nombre d'avis du contrôle médical	263	238	181	-23,9%
Médecin-conseil sur examen direct	154	132	130	-1,5%
Médecin-conseil sur pièces	108	100	50	-50,0%
Personnel administratif	1	6	1	-83,3%
% Médecin-conseil sur examen direct	58,6%	55,5%	71,8%	16,4 points
% Médecin-conseil sur pièces	41,1%	42,0%	27,6%	-14,4 points
% Personnel administratif	0,4%	2,5%	0,6%	-2 points

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Tableau : MP – Réparation

SA-MP-Réparation	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis	2 182	2 513	2 623	4,4%
pour 1000 salariés protégés	1,2	1,4	1,4	0,0
Nature des avis				
Guérisons	691	838	762	-9,1%
Consolidations	1 491	1 675	1 861	11,1%
I.P.P. < 10%	647	708	765	8,1%
I.P.P. > 10%	844	967	1 096	13,3%
% Guérisons	31,7%	33,3%	29,1%	-4,2 points
% Consolidations	68,3%	66,7%	70,9%	4,2 points

I.P.P. < 10%	43,4%	42,3%	41,1%	-1,2 points
I.P.P. > 10%	56,6%	57,7%	58,9%	1,2 points
Intervenant et mode de décision				
Nombre d'avis du contrôle médical	2 182	2 513	2 623	4,4%
Médecin-conseil sur examen direct	1 753	2 045	2 200	7,6%
Médecin-conseil sur pièces	343	362	339	-6,4%
Personnel administratif	86	106	84	-20,8%
% Médecin-conseil sur examen direct	80,3%	81,4%	83,9%	2,5 points
% Médecin-conseil sur pièces	15,7%	14,4%	12,9%	-1,5 points²
% Personnel administratif	3,9%	4,2%	3,2%	-1 points

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Le nombre d'avis du service de Contrôle Médical pour évaluation des séquelles de MP augmente de 4,4% en 2016. Après une baisse de 5,3% en 2014, l'augmentation se poursuit enregistrant une augmentation de 20,2% pour la période de 2014 à 2016.

3.4.2.3 - Autres avis suite à QSA pour accidents du travail et maladies professionnelles

Tableau : QSA en lien avec les AT, MP des salariés

Accidents du travail et Maladies Professionnelles salarié		Examen direct	Sur pièces	Personnel administratif	Ensemble
Q302	Sur le respect des conditions des tableaux MP	625	558	137	1 320
Q303	Sur la justification médicale d'arrêts de travail liés à l'AT-MP	5 131	10 717	6 556	22 404
Q304	Sur les soins après reprise du travail	539	6 157	3 515	10 211
Q399	Sur les autres questions relatives à l'application de la législation AT MP	1 801	8 107	4 963	14 871
Q503	Dentaire - soins en AT/MP	7	101	11	119
Q308	Suivi Post Professionnel				0

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Tableau : QSA en lien avec les AT, MP des exploitants

Accidents du travail et Maladies Professionnelles exploitant		Examen direct	Sur pièces	Personnel administratif	Ensemble
Q305	ATEXA (imputabilité)	79	194	134	407
Q306	ATEXA (soins)	232	2 399	999	3 630
Q307	ATEXA (rentes)	13	102	341	456
Q502	Dentaire - soins en ATEXA	4	27	2	33

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

La QSA 301 « Imputabilité lésions à l'AT » n'est pas remontée cette année.

3.4.3 - Avis pour passage en Commission Régionale de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP)

Tableau : CRRMP

CRRMP	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis demandés	1 064	1 623	1769	+9%

Entre 2015 et 2016, le nombre d'avis pour passage en CRRMP pour l'accès au système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles agricoles ralentit son augmentation, probablement du fait de l'harmonisation des pratiques de saisie en CMCD.

Ce tableau ne collige pas les résultats des différents Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) traitant les demandes concernant les assurés du régime agricole à travers la France mais reprend les données d'utilisation de l'outil métier CMCD.

Rappelons qu'un dossier de reconnaissance fait l'objet d'un passage en CRRMP soit parce que l'affection figurant à un des 59 tableaux MP du régime agricole ne remplit pas toutes les conditions requises (saisine du CRRMP au titre de l'alinéa 3) soit parce que la maladie, d'une gravité suffisante, se situe hors des tableaux (saisine du CRRMP au titre de l'alinéa 4).

Il existe un autre outil, le C2RMP, rempli manuellement par le médecin MSA participant au CRRMP après chaque séance et qui donne les résultats des décisions de la Commission.

Tableau : Nombre et % de décisions CRRMP au titre de l'alinéa 3

Alinéa 3	2014	%	2015	%	2016	%
Accord	308	54%	313	54%	312	56%
Refus	256	44%	270	46%	239	43%
Différé ou réorienté	9	2%	2	<1%	9	1%
Total des décisions	573	100%	585	100%	560	100%

Source : MSA/C2RMP

Tableau : Nombre et % de décisions CRRMP au titre de l'alinéa 4

Alinéa 4	2014	%	2015	%	2016	%
Accord	60	34%	56	35%	55	31%
Refus	111	63%	99	63%	122	68 %
Différé ou réorienté	6	3%	3	2%	2	1%
Total des décisions	177	100%	158	100%	179	100%

Source : MSA/C2RMP

3.5 - L'INVALIDITE ET L'INAPTITUDE VIEILLESSE

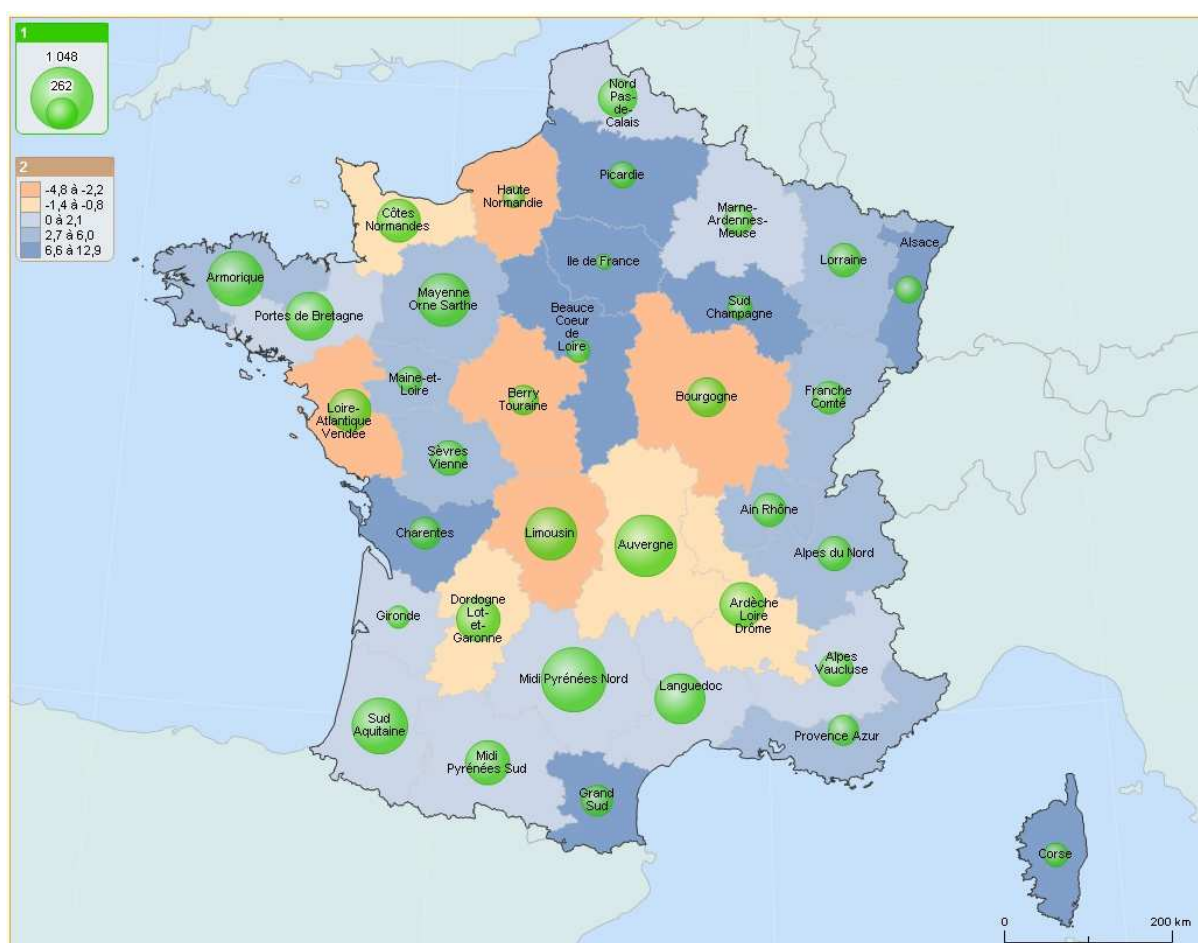
3.5.1 - Invalidité

3.5.1.1 - Contexte

Carte 1 : Nombre de non-salariés en invalidité et taux d'évolution par caisses MSA en 2016

1 - Nombre de non-salariés en invalidité

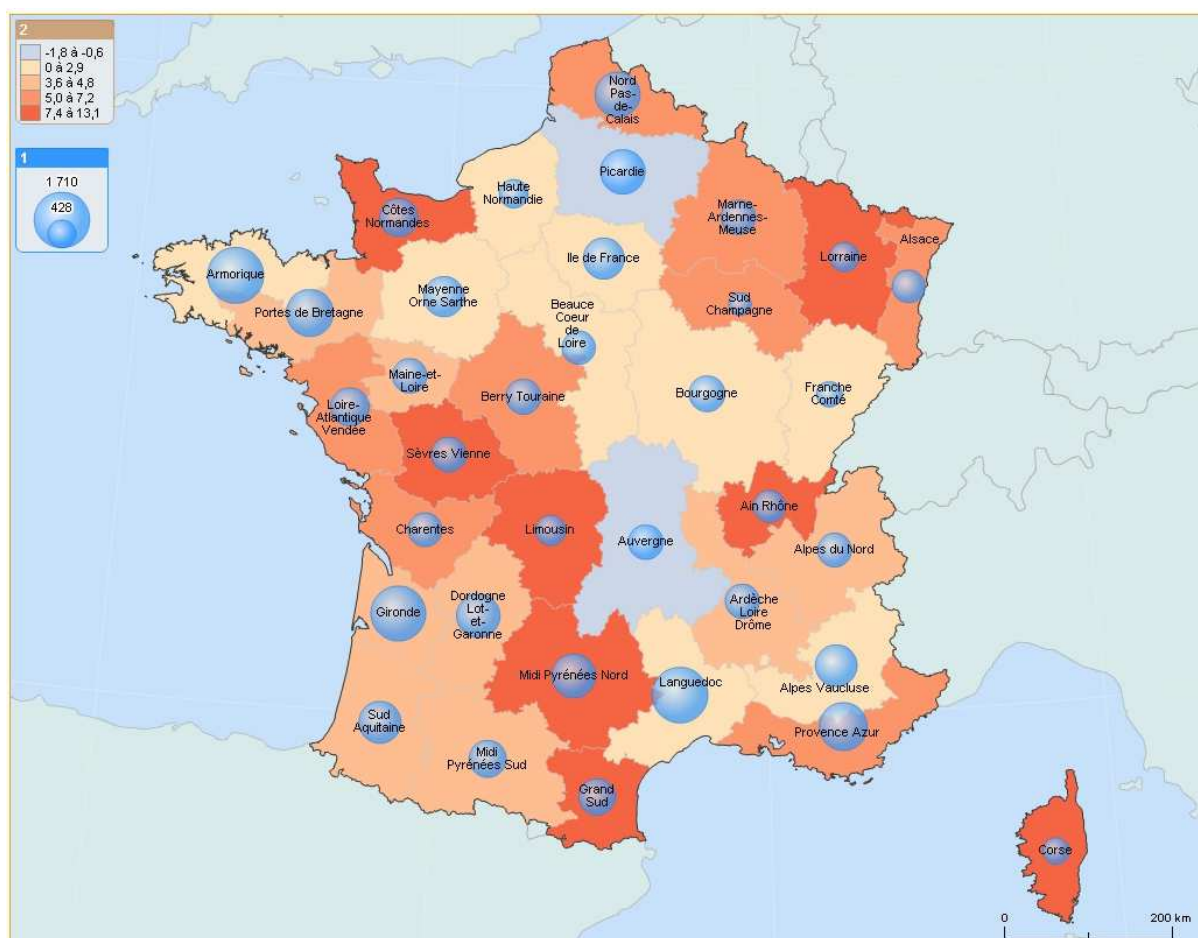
2 - Taux d'évolution 2015 / 2016



Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Carte 2 : Nombre de salariés en invalidité et taux d'évolution par MSA en 2016

- 1 - Nombre de salariés en invalidité
- 2 - Taux d'évolution 2015 / 2016



Source : CCMSA – DSEF - DCMOS

3.5.1.2 - Avis rendus lors du contrôle médical pour invalidité

Tableau : Invalidité 1^{ère} demande - Salariés et non-salariés

SA-NSA-Invalidité - 1 ^{ère} demande	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis pour 1000 pers. protégées	5 835 1,8	6 359 2,0	6 730 2,1	5,8% 0,1
Nature des avis				
Accord pour 1000 pers. protégées	4 528 1,4	5 051 1,6	5 261 1,6	4,2% 0,1
% Accord	77,6%	79,4%	78,2%	-1,3 points
% Refus	22,4%	20,6%	21,8%	1,3 points

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Tableau : Invalidité 1^{ère} demande - Salariés

SA-Invalidité - 1 ^{ère} demande	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis pour 1000 pers. protégées	4 112 2,3	4 539 2,5	4 704 2,5	3,6% 0,1
Nature des avis				
Accord pour 1000 pers. protégées	3 290 1,9	3 624 2,0	3 641 2,0	0,5% 0,0
% Accord	80,0%	79,8%	77,4%	-2,4 points
% Refus	20,0%	20,2%	22,6%	2,4 points

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Tableau : Invalidité 1^{ère} demande – Non-salariés

NSA-Invalidité - 1 ^{ère} demande	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis pour 1000 pers. protégées	1 723 1,2	1 820 1,3	2 026 1,5	11,3% 0,2
Nature des avis				
Accord pour 1000 pers. protégées	1 238 0,8	1 427 1,0	1 620 1,2	13,5% 0,2
% Accord	71,9%	78,4%	80,0%	1,6 points
% Refus	28,1%	21,6%	20,0%	-1,6 points

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

3.5.2 - Inaptitude vieillesse

Avis rendus par le contrôle médical

Tableau : Inaptitude vieillesse - Salariés et non-salariés

SA-NSA-Inaptitude vieillesse	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis pour 1000 pers. protégées	1 136 0,3	1 092 0,3	963 0,3	-11,8% 0,0
Nature des avis				
Accord pour 1000 pers. protégées	1 002 0,3	958 0,3	843 0,3	-12,0% 0,0
% Accord	88,2%	87,7%	87,5%	-0,2 points
% Refus	11,8%	12,3%	12,5%	0,2 points

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Tableau : Inaptitude vieillesse - Salariés

SA-Inaptitude vieillesse	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis pour 1000 pers. protégées	854 0,5	821 0,5	734 0,4	-10,6% -0,1
Nature des avis				
Accord pour 1000 pers. protégées	745 0,4	711 0,4	626 0,3	-12,0% -0,1
% Accord	87,2%	86,6%	85,3%	-1,3 points
% Refus	12,8%	13,4%	14,7%	1,3 points

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Tableau : Inaptitude vieillesse - Non-salariés

NSA-Inaptitude vieillesse	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis pour 1000 pers. protégées	282 0,2	271 0,2	229 0,2	-15,5% 0,0
Nature des avis				
Accord pour 1000 pers. protégées	257 0,2	247 0,2	217 0,2	-12,1% 0,0
% Accord	91,1%	91,1%	94,8%	3,6 points
% Refus	8,9%	8,9%	5,2%	-3,6 points

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Par ailleurs, la loi de réforme des retraites du 9 novembre 2010, applicable au 1^{er} juillet 2011 (article 79 de la loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites), a entraîné une nouvelle activité pour les contrôles médicaux, à savoir l'étude des dossiers de demande de retraite anticipée du fait de la pénibilité au travail.

3.6 - LE CONTROLE MEDICAL DES PRESTATIONS EN NATURE

Les demandes d'accords préalables (DAP) constituent une forme particulière d'avis individuel ; leur régime juridique prévoit que le silence gardé plus de 15 jours par l'organisme de sécurité sociale sur la demande de prise en charge vaut décision d'acceptation.

Le périmètre du contrôle médical des prestations en nature englobe notamment les DAP de la liste des produits et prestations (LPP) remboursables (grand appareillage orthopédique, prestations « respiratoire », orthèses d'avancée mandibulaire...), les DAP transports et les DAP dentaire.

Le contrôle des autres prestations en nature peut être l'objet d'actions locales de contrôle médical, d'actions de Gestion du Risque locales ou nationales dans le cadre du plan national de GDR avec contrôles a posteriori.

3.6.1 – Les DAP de la liste des produits et prestations (LPP) : grand appareillage orthopédique et prestations « respiratoire » (oxygénothérapie, PPC)

3.6.1.1 - Données de contexte

En 2016, le montant global remboursé au titre de la LPP par le régime agricole est de 494 millions d'euros, en croissance de + 2,4% (+ 2,9% en 2015) :

Tableau : LPP montant global remboursés

	2012	2013	2014	2015	2016
Montants remboursés LPP	447,7 M€	458 M€	469,5 M€	482 M€	494 M€
Evolution LPP	-0,16%	+ 2,30%	+ 2,51%	+ 2,90%	+ 2,40%

Le montant global remboursé pour **l'appareil respiratoire** est de 84 millions d'euros, soit près de **17% des remboursements de la LPP** (en **croissance de 2,38%** par rapport à 2015). Une partie de ces prestations est soumise à l'accord préalable du médecin conseil : oxygénothérapie à long terme, oxygénothérapie pour dyspnée, forfait 6, forfait 9 et forfaits associés. Environ 36% de ces remboursements concernent la prestation de location d'un dispositif médical à pression positive continue (PPC) pour le traitement de l'apnée du sommeil. La prestation d'oxygénothérapie représente 33% des montants remboursés au titre de l'appareil respiratoire :

Tableau : LPP - Montant global remboursé pour l'appareil respiratoire

	2012	2013	2014	2015	2016
I - Oxygénothérapie	30 325 993 €	31 177 115 €	30 73 932 €	29 493 893 €	28 249 615 €
II - Ventilation assistée	8 735 909 €	8 404 557 €	8 209 357 €	8 096 073 €	7 803 674 €
III - Trachéotomie sans ventilation	423 450 €	446 010 €	458 058 €	472 108 €	506 438 €
IV - PPC	22 544 262 €	22 810 750 €	24 201 789 €	23 00 984 €	30 693 016 €
V - Forfaits associés	15 434 982 €	15 797 341 €	16 605 762 €	16 565 084 €	16 622 517 €
Total remboursements respiratoire	77 464 597 €	78 635 772 €	80 210 896 €	81 928 142 €	83 875 260 €
Evolution		+ 1,51%	+ 2,00%	+ 2,14%	+ 2,38%

Tableau : Appareil respiratoire - Répartition en % du montant remboursé

	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2015/2016
I - Oxygénothérapie	39,15%	39,65%	38,32%	36,00%	33,68%	-2,3 points
II - Ventilation assistée	11,28%	10,69%	10,23%	9,88%	9,30%	-0,6 points
III - Trachéotomie sans ventilation	0,55%	0,57%	0,57%	0,58%	0,60%	0 points
IV - PPC	29,10%	29,01%	30,17%	33,32%	36,59%	+ 3,3 points
V - Forfaits associés	19,93%	20,09%	20,70%	20,22%	19,82%	-0,4 points
Total remboursements respiratoire	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

Le montant global remboursé pour la catégorie « **grand appareillage orthopédique** » est de 38,2 millions d'euros, soit près de **7,7% des remboursements de la LPP**. Ces montants restent **en progression (+ 1,03% en 2016)** mais sur une évolution moins importante que les années précédentes (+ 2,40% en 2015), et moins importante que la progression globale des dépenses de la LPP.

Tableau : Grand appareillage orthopédique – Montant global remboursé

	2012	2013	2014	2015	2016
Véhicules pour personnes handicapées (achats et locations)	18 096 392 €	18 272 262 €	18 705 378 €	18 469 990 €	18 352 606 €
Prothèses oculaires et faciales	609 350 €	623 924 €	638 847 €	630 919 €	756 058 €
Chaussures orthopédiques	5 687 167 €	5 698 993 €	5 990 996 €	5 816 005 €	5 469 602 €
Orthoprothèses	10 637 347 €	10 959 297 €	11 634 135 €	12 939 308 €	13 489 286 €
Total grand appareillage orthopédique	35 030 256 €	35 554 476 €	36 969 356 €	37 856 222 €	38 247 552 €
Evolution	-0,79%	+ 1,50%	+ 3,98%	+ 2,40%	+ 1,03%

Tableau : Grand appareillage orthopédique - Répartition en % du montant remboursé

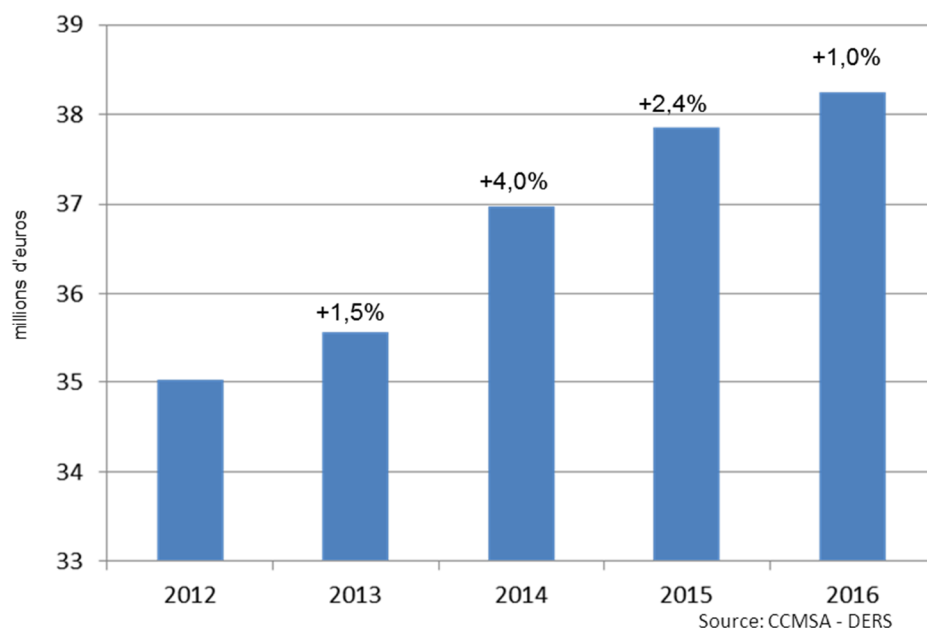
	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2015/2016
Véhicules pour personnes handicapées (achats et locations)	51,66%	51,39%	50,60%	48,79%	47,98%	- 0,8 points
Prothèses oculaires et faciales	1,74%	1,75%	1,73%	1,67%	1,98%	+ 0,3 points
Chaussures orthopédiques	16,24%	16,03%	16,21%	15,36%	14,77%	- 0,6 points
Orthoprothèses	30,37%	30,82%	31,47%	34,18%	35,27%	+ 1,1 points
Total grand appareillage orthopédique	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

Cette maîtrise des montants remboursée peut être imputée à l'organisation mise en place dans les caisses en matière de traitement des demandes d'accords préalables du grand appareillage orthopédique.

En effet, depuis 2012, pour palier à la suppression des centres régionaux d'appareillage, et donc des consultations médicales d'appareillage (CMA), le traitement des demandes d'accord de grand appareillage orthopédique est mené par les services du contrôle médical des caisses. Cette activité a nécessité de mettre en place un binôme médico-administratif dans chaque caisse, ainsi que des formations *ad hoc*. Toutes les demandes d'accord préalable du grand appareillage orthopédique sont traitées par ce binôme référent. Pour les dossiers nécessitant un degré d'expertise élevé, des experts régionaux (médecin-conseil du réseau ayant obtenu un diplôme universitaire d'appareillage) viennent en appui du binôme médico-administratif. Par ailleurs, la caisse centrale a établi un partenariat avec un établissement (pôle régional du handicap) afin d'obtenir la mise à disposition de deux orthoprothésistes pour avis techniques sur certains devis complexes.

Cette organisation désormais effective dans toutes les caisses de MSA a permis de maîtriser l'évolution de ce poste de dépenses : en effet, depuis 2014 l'évolution des montants remboursés reste positive mais s'est infléchi : de +4% en 2014 et +2,4% en 2015, la progression a été réduite à 1% en 2016. Elle est notamment due à la baisse consécutive depuis 2014 des remboursements du poste « VPH » passant de 18,7 millions d'euros en 2014 à 18,4 millions d'euros en 2016.

Figure 8 : Remboursement du grand appareillage et évolutions annuelles de 2012 à 2016



3.6.1.2 - Avis rendus sur DAP LPP (Grand Appareillage Orthopédique et Respiratoire)

Tableau : Appareillage – Maladie – AT/MP – Salariés et Non-salariés

Appareillage - Maladie –AT/MP SA-NSA	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis	71 922	76 165	75 567	-0,8%
Nature des avis				
Accords	66 419	70 285	68 767	-2,2%
Modifications	2 843	3 268	3 600	10,2%
Refus	2 660	2 612	3 200	22,5%
% Accords	92,3%	92,3%	91,0%	-1,3 points
% Modifications	4,0%	4,3%	4,8%	0,5 points
% Refus	3,7%	3,4%	4,2%	0,8 points
Intervenant et mode de décision				
Médecin-conseil sur examen direct	295	157	163	3,8%
Médecin-conseil sur pièces	26 046	25 626	23 059	-10,0%
Personnel administratif	45 581	50 382	52 345	3,9%
% Médecin-conseil sur examen direct	0,4%	0,2%	0,2%	0 points
% Médecin-conseil sur pièces	36,2%	33,6%	30,5%	-3,1 points
% Personnel administratif	63,4%	66,1%	69,3%	3,1 points

Source : CCMSA – DSEF - DCMOS

En 2016, les SCM ont rendu **75 567 avis** pour DAP LPP (Grand Appareillage Orthopédique, prestations « respiratoire ») en maladie et ATMP, avec **4,2% de refus** et **4,8% de modifications**.

Le nombre de refus est en progression de 22,5% par rapport à 2015.

Parmi ces 75 567 avis, 16 400 concernent des DAP de grand appareillage orthopédique : de 50 dossiers pour la caisse de Corse jusqu'à plus de 1000 dossiers dans les caisses d'Armorique et Midi Pyrénées Nord.

Tableau : Appareillage – Maladie

Appareillage - Maladie	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis	70 780	75 026	74 403	-0,8%
Nature des avis				
Accords	65 386	69 297	67 806	-2,2%
Modifications	2 789	3 188	3 521	10,4%
Refus	2 605	2 541	3 076	0,21
% Accords	92,4%	92,4%	91,1%	-1,2 points
% Modifications	3,9%	4,2%	4,7%	0,5 points
% Refus	3,7%	3,4%	4,1%	0,7 points
Intervenant et mode de décision				
Médecin-conseil sur examen direct	283	152	144	-5,3%
Médecin-conseil sur pièces	25 281	24 866	22 317	-10,3%
Personnel administratif	45 216	50 008	51 942	3,9%
% Médecin-conseil sur examen direct	0,4%	0,2%	0,2%	0 points
% Médecin-conseil sur pièces	35,7%	33,1%	30,0%	-3,1 points
% Personnel administratif	63,9%	66,7%	69,8%	3,2 points

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Tableau : Appareillage – AT/MP – Salariés et Non-salariés

Appareillage - AT/MP SA-NSA	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis	1 142	1 139	1 164	2,2%
Nature des avis				
Accords	1 033	988	961	-2,7%
Modifications	54	80	79	-1,3%
Refus	55	71	124	0,75
% Accords	90,5%	86,7%	82,6%	-4,2 points
% Modifications	4,7%	7,0%	6,8%	-0,2 points
% Refus	4,8%	6,2%	10,7%	4,4 points

Intervenant et mode de décision				
Médecin-conseil sur examen direct	12	5	19	280,0%
Médecin-conseil sur pièces	765	760	742	-2,4%
Personnel administratif	365	374	403	7,8%
% Médecin-conseil sur examen direct	1,1%	0,4%	1,6%	1,2 points
% Médecin-conseil sur pièces	67,0%	66,7%	63,7%	-3 points
% Personnel administratif	32,0%	32,8%	34,6%	1,8 points

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Tableau : Appareillage – AT/MP – Salariés

Appareillage - Salariés AT/MP	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis	755	800	803	0,4%
Nature des avis				
Accords	686	698	681	-2,4%
Modifications	31	49	45	-8,2%
Refus	38	53	77	0,45
% Accords	90,9%	87,3%	84,8%	-2,4 points
% Modifications	4,1%	6,1%	5,6%	-0,5 points
% Refus	5,0%	6,6%	9,6%	3 points

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Tableau : Appareillage – AT/MP – Non-salariés

Appareillage - Non-salariés AT/MP	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis	387	339	361	6,5%
Nature des avis				
Accords	347	290	280	-3,4%
Modifications	23	31	34	9,7%
Refus	17	18	47	1,61
% Accords	89,7%	85,5%	77,6%	-8 points
% Modifications	5,9%	9,1%	9,4%	0,3 points
% Refus	4,4%	5,3%	13,0%	7,7 points

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Pour les DAP Grand appareillage orthopédique, 1 demande d'accord préalable sur 10 a été refusée en 2016.

Ces refus sont de 2 types :

- Un refus global qui rejette la totalité de la demande d'accord préalable et qui peut donner lieu à une nouvelle demande d'accord. Près de 1000 dossiers ont ainsi été refusés, mais 50% d'entre eux ont fait l'objet d'une nouvelle demande d'accord préalable. La caisse du Maine et Loire est la seule caisse n'ayant pas fait de refus global.

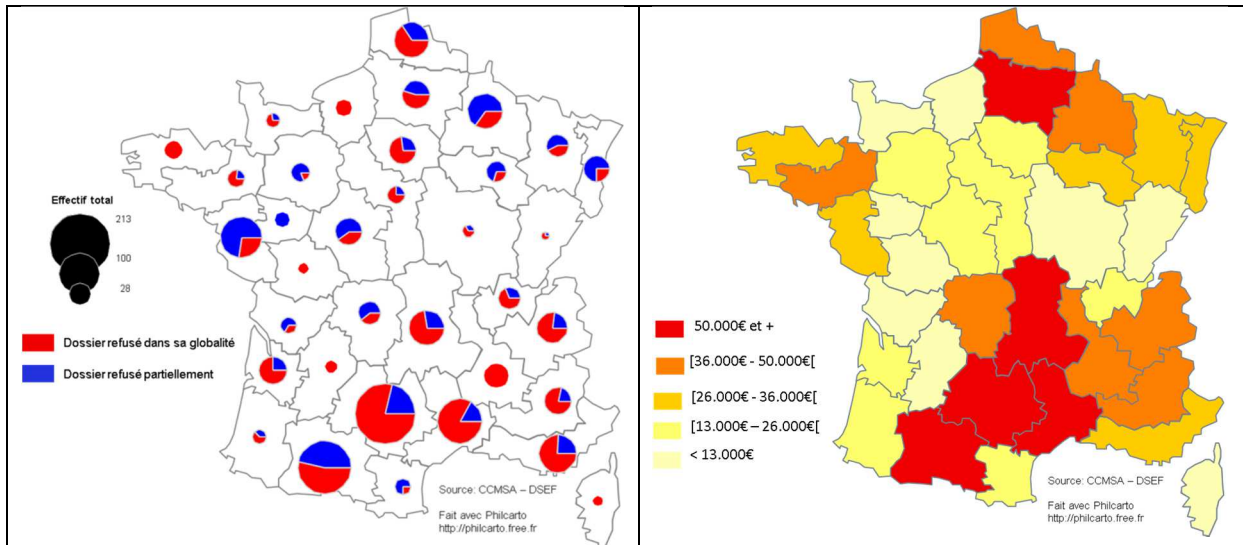
L'économie nette réalisée sur ce type de refus est de 911 000 euros (montant correspondant aux des demandes d'accord préalables refusées déduites des nouvelles demandes d'accord préalables).

- Un refus partiel qui valide la demande d'appareillage mais qui rejette une partie du devis. Vingt-neuf caisses de MSA ont ainsi émis un refus partiel pour 584 dossiers, réalisant ainsi une économie de 273 000 euros.

Deux caisses (Midi Pyrénées Nord et Midi Pyrénées Sud) concentrent à elles seules près d'un quart des économies, avec respectivement 162 000 euros et 117 000 euros.

Les cinq experts régionaux (établis dans les caisses d'Ardèche Drôme Loire, Lorraine, Nord pas de Calais, Gironde et Loire Atlantique Vendée) ont été sollicités pour l'examen de 368 dossiers.

Carte 3 : Refus des prescriptions de grand appareillage et économies réalisées (nombre de dossiers refusés et montant net des économies résultant des refus)



En cas d'accord de prise en charge, les caisses ont la possibilité d'adresser à l'assuré un certificat de non convenance, lui permettant d'informer la caisse si l'appareillage réalisé par l'orthoprothésiste ne lui convient pas (auquel cas la caisse pourra demander la réalisation d'un nouvel appareillage, aux frais de l'orthoprothésiste).

En 2016, 91 certificats de non convenance ont été adressés à 25 caisses, générant 34 demandes de modifications de la part du contrôle médical (toutes réalisées à l'exception de 2 cas en Picardie et Haute Normandie) et 21 convocations.

3.6.2 - Les DAP pour transports

Le contrôle des DAP transports est mené de manière systématique par les services des Contrôles Médicaux.

Avis rendus pour DAP transports

Tableau : Transport – Maladie – AT/MP – Salariés et Non-salariés

Transports Maladie AT/MP SA - NSA	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis	32 217	32 773	33 902	3,4%
Nature des avis				
Accords	27 169	27 757	29 169	5,1%
Modifications	2 396	2 434	2 417	-0,7%
Refus	2 652	2 582	2 316	-10,3%
% Accords	84,3%	84,7%	86,0%	1,3 points
% Modifications	7,4%	7,4%	7,1%	-0,3 points
% Refus	8,2%	7,9%	6,8%	-1 points

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Tableau : Transport – Maladie – Salariés et Non-salariés

Transport - Maladie SA - NSA	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis	30 641	31 127	32 301	3,8%
Nature des avis				
Accords	25 806	26 357	27 819	5,5%
Modifications	2 253	2 285	2 254	-1,4%
Refus	2 582	2 485	2 228	-0,10
% Accords	84,2%	84,7%	86,1%	1,4 points
% Modifications	7,4%	7,3%	7,0%	-0,4 points
% Refus	8,4%	8,0%	6,9%	-1,1 points

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Tableau : Transport – AT/MP – Salariés et Non-salariés

Transports AT/MP SA - NSA	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis	1 576	1 646	1 601	-2,7%
Nature des avis				
Accords	1 363	1 400	1 350	-3,6%
Modifications	143	149	163	9,4%
Refus	70	97	88	-0,09
% Accords	86,5%	85,1%	84,3%	-0,7 points
% Modifications	9,1%	9,1%	10,2%	1,1 points
% Refus	4,4%	5,9%	5,5%	-0,4 points

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Tableau : Transport – AT/MP – Salariés et Non-salariés

Transports AT/MP	Salariés		Non-Salariés		Ensemble		Evolution 2015 / 2016
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	
Nombre d'avis	1 125	1 113	521	488	1 646	1 601	-2,7%
Nature des avis							
Accords	952	950	448	400	1 400	1 350	-3,6%
Modifications	94	101	55	62	149	163	9,4%
Refus	79	62	18	26	97	88	-9,3%
% Accords	84,6%	85,4%	86,0%	82,0%	85,1%	84,3%	-0,7 points
% Modifications	8,4%	9,1%	10,6%	12,7%	9,1%	10,2%	1,1 points
% Refus	7,0%	5,6%	3,5%	5,3%	5,9%	5,5%	-0,4 points

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Tableau : Transport – AT/MP – Salariés

Transports AT/MP SA	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis	869	1 125	1 113	-1,1%
Nature des avis				
Accords	738	952	950	-0,2%
Modifications	82	94	101	7,4%
Refus	49	79	62	-0,22
% Accords	84,9%	84,6%	85,4%	0,7 points
% Modifications	9,4%	8,4%	9,1%	0,7 points
% Refus	5,6%	7,0%	5,6%	-1,5 points

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Tableau : Transport – AT/MP – Non-salariés

Transports AT/MP NSA	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nombre d'avis	707	521	488	-6,3%
Nature des avis				
Accords	625	448	400	-10,7%
Modifications	61	55	62	12,7%
Refus	21	18	26	0,44
% Accords	88,4%	86,0%	82,0%	-4 points
% Modifications	8,6%	10,6%	12,7%	2,1 points
% Refus	3,0%	3,5%	5,3%	1,9 points

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

3.6.3 - Autres avis suite à QSA sur prestations en nature

Tableau : QSA – Prestations en nature

Avis sur prestation en nature (hors soins dentaire)		Examen direct	Sur pièces	Personnel administratif	Ensemble
Q201	Soins en relation avec L324-1	7	412	1 037	1 456
Q204	Autres questions transport	9	753	802	1 564
Q206	Autres questions/prestations en nature	248	3 082	6 426	9 756

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Tableau : QSA – AT/MP et ATEXA

AT MP et ATEXA		Examen direct	Sur pièces	Personnel administratif	Ensemble
Q304	Sur les soins après reprise du travail	539	6 157	3 515	10 211
Q306	ATEXA (soins)	232	2 399	999	3 630

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Tableau : QSA – Soins à l'étranger

Soins à l'étranger		Examen direct	Sur pièces	Personnel administratif	Ensemble
Q601	Accord délivrance médicament à l'étranger	5	912	199	1 116
Q603	Autres soins à l'étranger	8	1 946	508	2 462

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

3.6.4 – Les DAP dentaires

La formalité de l'entente préalable pour le contrôle dentaire a été réduite depuis 2003 aux demandes d'accord préalables des actes d'orthopédie dento-faciale.

3.6.4.1- Données de contexte

Le nombre d'actes TO remboursés en 2016 pour les assurés du régime agricole est de 130.766, pour un montant de 14 092 915 €.

3.6.4.2 - Les avis en dentaire

Tableau : Orthopédie Dento-faciale

Orthopédie Dento-Faciale	Salariés		Non-Salariés MSA		Non-Salariés GAMEX		Ensemble	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Nombre d'avis	57 138	57 742	30 914	28 199	16	8	88 068	85 949
Nature des avis								
Accord	55 552	56 004	30 271	27 509	14	7	85 837	83 520
Refus	1 586	1 738	643	690	2	1	2 231	2 429
% Accord	97,2%	97,0%	97,9%	97,6%	87,5%	87,5%	97,5%	97,2%
% Refus	2,8%	3,0%	2,1%	2,4%	12,5%	12,5%	2,5%	2,8%

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

Ces taux sont sensiblement constants d'une année sur l'autre mais risquent d'être en forte diminution avec l'application des LTC pour l'ODF. Mais le temps passé par les CDC à l'analyse des dossiers en amont sera dévolu à l'analyse en aval qui elle est beaucoup plus chronophage.

3.6.4.3 - Les QSA en dentaire

Tableau : QSA Dentaire

Dentaire		Examen direct	Sur pièces	Personnel administratif	Ensemble
Q501	Dentaire - soins en CMU		474	102	576
Q502	Dentaire - soins en ATEXA	4	27	2	33
Q503	Dentaire - soins en AT/MP	7	101	11	119
Q504	Dentaire: nomenclature	3	283	35	321
Q505	Dentaire: autres questions	36	1 188	130	1 354
Q507	Suivi médical post ALD	5	81	47	133
Q508	Etude de devis dentaire	4	85	3	92
Q509	Question dentaire-Prévention		57	7	64
Q510	Questions diverses dentaire		2		2
Q602	Soins dentaires à l'étranger	10	566	64	640
Q703	RCT - Avis sur prestations dentaires	2	63	17	82

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

3.7 – LE CONTENTIEUX CONCERNANT LES AVIS EMSI

	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nb. d'expertises mises en œuvre	450	586	551	-6,0%
Avis CM confirmés par expert	329	432	445	3,0%
<i>soit en %</i>	<i>73,10%</i>	<i>73,70%</i>	<i>80,8%</i>	7 points
Expertises à la demande du TASS	331	372	391	5,1%
Nouveaux examens médicaux (NEM) AT.MP	397	383	439	14,6%
Contentieux technique d'invalidité	2014	2015	2016	Evolution 2015 / 2016
Nb. de contentieux	133	135	109	-19,3%
Avis CM confirmés par expert	115	105	88	-16,2%
<i>soit en %</i>	<i>86,50%</i>	<i>77,80%</i>	<i>80,7%</i>	3 points
Mémoires rédigés (TASS, Cour d'appel, Cour de cassation...)	775	862	904	4,9%
Rapports rédigés au C.R.R.M.P	770	716	747	4,3%

Source : CCMSA – DSEF – DCMOS

4 - CONTROLE ET RELATIONS AVEC LES PROFESSIONNELS ET ETABLISSEMENTS DE SANTE ET ACTIONS DE MAITRISE MEDICALISEE

4.1 – L'ACTIVITE DE CONTROLE MEDICAL DES PROFESSIONNELS ET ETABLISSEMENTS DE SANTE

	Médecins coordonnateurs		Personnel adm. AROMSA		Médecins chefs et méd. conseils		Dentistes conseils		Praticiens conseils (*)		Personnel adm. CMCD	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Contrôle et relations avec les professionnels et établissements de santé	18,48 %	16,10 %	25,64 %	37,23 %	21,00 %	21,43 %	14,68 %	27,14 %	20,20 %	22,12 %	16,57 %	17,69 %

Contrôle et relations avec les professionnels et établissements de santé	Médecins coordonnateurs	Personnel adm. AROMSA	Médecins chefs et méd. conseils	Dentistes conseils	Praticiens conseils (*)	Personnel adm. CMCD
Plan de maîtrise médicalisée	2,4%	7,4%	17,0%	14,5%	16,7%	16,2%
Contrôles T2A	2,4%	1,1%	1,3%	0,0%	1,2%	0,1%
RCT (recours contre tiers)	1,4%	0,0%	1,9%	0,5%	1,8%	0,1%
Programmes du plan ONDAM triennal GDR ARS Assurance maladie	5,5%	19,1%	0,2%	0,5%	0,3%	0,2%
EPHAP et USLD	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Suivi conventionnel	1,4%	4,2%	0,3%	1,9%	0,5%	0,2%
Contrôle contentieux des professionnels de santé	2,5%	0,2%	0,2%	7,6%	1,1%	0,4%
Relations confraternelles individuelles avec un PS hors action de GdR hors avis EMSI	0,0%	0,0%	0,1%	1,0%	0,2%	0,0%
Lutte contre la fraude	0,6%	5,3%	0,3%	1,2%	0,4%	0,7%

(*) médecins chefs médecins conseils et dentistes conseils

Selon les organisations, l'activité de Gestion du risque peut être pilotée par le Médecin-conseil chef du contrôle médical avec contribution médicale et administrative du service de Contrôle Médical et coordination avec les services prestations santé, lutte contre la fraude ou par un service administratif de la caisse. Les contributions en effectifs sont donc variables selon l'organisation des caisses.

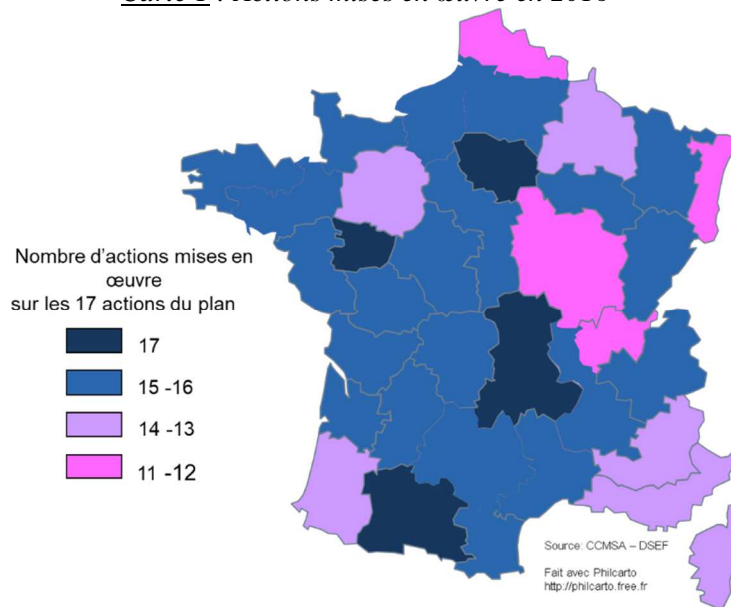
4.1.1 Bilan du plan de gestion du risque 2016

Le plan de Gestion du Risque (GdR) propose, au niveau national, un ensemble d'actions articulées autour de différents axes : l'amélioration de la pertinence et le bon usage des soins en ville et à l'hôpital, l'amélioration de la qualité et de l'efficience de l'offre et le déploiement du virage ambulatoire.

En 2016, 20 actions ont été mises en œuvre par le réseau MSA. Toutes ces actions n'ont pas été déployées par l'intégralité des caisses selon qu'il s'agissait d'une expérimentation (carte transport), d'une action facultative (Associations médicamenteuses formellement contre indiquées - AFCI), d'actions à caractère réglementaire (contrôle des arrêts de travail), d'actions tributaires de ressources spécialisées au sein de la caisse (actions dentaires), ou encore d'actions dépendantes de partenaires externes (Mise Sous Accord Préalable -MSAP, Contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins -CAQOS, T2A).

Les actions les mieux suivies sont celles qui portent sur les actes infirmiers ainsi que les contrôles de facturation des hôpitaux, au travers de la T2A (tarification à l'activité), et des EHPAD (établissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes). Les actions réglementaires (arrêts de travail) ainsi que les actions relatives à la liste des produits et prestations (grand appareillage orthopédique, Versatis®) ont été mises en œuvre par la plupart des caisses.

Carte 1 : Actions mises en œuvre en 2016¹



D'autre part, certaines caisses ont mis en œuvre de leur propre initiative des actions locales relatives à différents domaines (transport, médicament, contrôle des professionnels de santé et/ou des établissements...).

4.2 - RCT

4.2.1 – Données de Contexte : 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. Cette mutualisation a débuté fin 2013 et s'est achevée à la fin de l'année 2014. Les dossiers RCT sont désormais gérés par les 5 caisses MSA de gestion (Haute-Normandie, Loire-Atlantique-Vendée, Dordogne Lot-et-Garonne, Alpes-Vaucluse et Sud-Champagne), vers lesquelles les 35 caisses ont progressivement transféré le traitement des dossiers. En qualité de caisses d'affiliation, elles conservent des prérogatives essentiellement en matière de détection et d'exécution des décisions de justice.

¹ N'ont pas été pris en compte dans les 17 actions : CAQOS, MSAP et « carte transport ».

4.2.2 - Avis RCT

□ Statistiques Mutualisation WEB RCT / Volet expertise médicale :

	Sélection des soins	Avis conclusions droit commun	Evaluation frais futurs	Traitement d'une aggravation	Rapprochement amiable	Arbitrage	Participation expertise	Total	Observations
n° item	1	2	3	4	5	6	7		
CENTRE NORD	11	51	141	0	13	0	4	220	STAT ACTIVITES RCT MEDICAL Situation arrêtée au 31.12.16 Données issues du B8503 pour les items 1 à 3 Données issues des TDB RCT pour les items 4 à 7
NORD EST	173	103	105	1	7	0	0	389	
NORD OUEST	91	60	86	1	10	1	1	250	
SUD EST	125	150	113	0	5	0	3	396	
SUD OUEST	63	69	54	0	1	0	0	187	
TOTAL	463	433	499	2	36	1	8	1 442	

4.2.3 - Les QSA RCT

Tableau : QSA - RCT

RCT		Examen direct		Sur pièces		Personnel administratif		Ensemble	
		2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Q701	Rapprochement amiable	3	3	43	66	3	15	49	84
Q702	Frais facturés	2		14	13	7	7	23	20
Q703	Avis sur prestations dentaires	6	2	56	63	5	17	67	82

Source : CCMSA – DSEF - DCMOS

5 - ORGANISATION ET ACCESSIBILITE AU SYSTEME DE SOINS

L'activité relative à l'organisation et l'accessibilité au système de soins correspond à plus de 1% de l'activité des services de Contrôle Médical et 7% des AROMSA

	Médecins coordonnateurs		Personnel adm. AROMSA		Médecins chefs et méd. conseils		Dentistes conseils		Praticiens conseils (*)		Personnel adm. CMCD	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Organisation et accessibilité au système de soins	6,78%	6,93%	4,60%	0,33%	1,11%	1,41%	0,12%	0,04%	0,99%	1,25%	0,08%	0,15%

Organisation et accessibilité au système de soins	Médecins coordonnateurs	Personnel adm. AROMSA	Médecins chefs et méd. conseils	Dentistes conseils	Praticiens conseils (*)	Personnel adm. CMCD
Maintien à domicile	0,3%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%
Maintien de l'offre de soins en milieu rural	5,0%	0,3%	1,1%	0,0%	1,0%	0,1%
Participation à l'organisation territoriale des soins dans le cadre des ARS	1,7%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%

(*) médecins chefs médecins conseils et dentistes conseils

5.1 - RESEAUX DE SANTE GERONTOLOGIQUES

Quelques données chiffrées :

- **30 associations porteuses d'un réseau** accompagnées conjointement par la MSA et la Fédération nationale des réseaux gérontologiques (FNRG)
- Des associations dynamiques également porteuses de **10 MAIA, 8 CLIC et 3 PAERPA**
- **Plus de 26 400 personnes âgées de plus de 60 ans** pris en charge depuis 2004
- **Plus de 3 800 patients** pris en charge par ces associations en 2015
- **Près de 2 150 professionnels de santé** impliqués (environ 800 médecins généralistes, 1050 infirmiers, 254 masseurs-kinésithérapeutes) et **plus de 70 travailleurs sociaux**

5.2 - MAISONS DE SANTE PLURI-PROFESSIONNELLES (MSP)

La MSA apporte son expertise dans la coordination des soins primaires auprès des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) pour renforcer la coordination, l'efficacité et la qualité de la prise en charge des patients et conforter l'offre de soins.

En 2016, **les caisses de MSA ont accompagné 78 maisons de santé pluriprofessionnelles**, à différents stades de maturité (du pré-projet au suivi du projet après création de la maison, en passant par l'ouverture des locaux).

Cet accompagnement est assuré à la demande des ARS, qui possèdent la compétence d'organisation de l'offre de soins primaires sur leur territoire. Cet accompagnement est complémentaire de celui assuré par les fédérations régionales des maisons et pôles de santé.

L'accompagnement de ces structures revêt 2 composantes : d'une part un apport d'ingénierie médico-administrative à la création et au suivi des projets de santé, d'autre part le développement d'actions au service de la prise en charge globale des patients, notamment de prévention (éducation thérapeutique, ateliers du bien vieillir...).

Le nombre de MSP accompagnées par la MSA reste significatif en 2016 :

Nombre de MSP accompagnées	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	186	164	173	210	235	78

Conclusion

Tout en subissant une baisse marquée en 2016 par rapport aux années précédentes, l'accompagnement des maisons de santé reste une activité réelle des services du contrôle médical des MSA qui témoigne de la préoccupation du régime pour l'accessibilité aux soins dans les secteurs ruraux.

Centrée sur les territoires ruraux isolés, très en lien avec la future stratégie nationale de santé, et maintenant soutenue par un outil de diagnostic territorial MSA, l'intervention de la MSA dans le champ de l'organisation et de l'accessibilité au système de soins devrait se recentrer sur l'accompagnement de nouveaux projets de maisons de santé rurales en soutenant les professionnels volontaires dans l'élaboration d'un projet de santé cohérent, global et permettant de délivrer des soins efficaces.

5.3 - « LA MEDECINE EN CAMPAGNE »

(EXERCICE EN MILIEU RURAL)

Cette action, contribuant au pacte territoire santé a été élaborée en 2012. Elle vise à sensibiliser des jeunes professionnels de santé à l'exercice et l'installation en milieu rural.

Elle s'adresse à eux sur le thème de l'incitation à l'exercice en campagne, via les établissements de formation (facultés, instituts de formation de kinésithérapie et IFSI), et prend la forme d'une campagne d'affichage et/ou de réunions d'informations, assorties de cours ou stages encadrés par les médecins conseils.

En 2016, 34 caisses de MSA ont pu la mettre en place. Cette action est une action obligatoire pour les services de Contrôle Médical avec un indicateur CPG pour les caisses.

5.4 - PAYS DE SANTE

Pays de santé a pour objectif de faciliter l'exercice médical des médecins généralistes et de mieux répondre aux besoins de santé de la population.

Le nouveau "Pays de Santé Conflent" mis en place depuis 2015 sur le territoire de Prades (65) en lien avec un réseau de santé « personnes âgées » et une Maison de Santé Pluriprofessionnelle continue d'être accompagné par la MSA Grand Sud. Un premier bilan est possible après 18 mois d'activité.

"Pays de Santé Conflent" a commencé par un diagnostic partagé avec enquête auprès des professionnels de santé, de la population et des élèves du Lycée de Prades.

Les professionnels de santé ont choisi de mettre en œuvre des formations pluridisciplinaires (utilisation de Picc Line, la personne de confiance (Loi Léonetti), BMR/BHRe, les directives anticipées, pharmacovigilance), des protocole pluri professionnels (prise en charge des patients porteurs d'une BHR à domicile, dossier de soins partagé du patient à domicile, parcours du patient présentant une demande de contraception et des rapports sexuels non protégés, IST) ainsi que des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (1 RCP par semaine).

L'approche populationnelle a été prise en compte avec la Prévention pour un vieillissement actif et en bonne santé des seniors en risque de fragilité (centrée sur la nutrition et l'activité physique) et la mise en place de l'éducation thérapeutique du patient diabétique.

Le partenariat territorial met en relation le réseau de soins palliatifs, la MAIA, les associations, les professionnels de santé.

5.5 - CHIRURGIE AMBULATOIRE EN CAMPAGNE

Un groupe de travail « chirurgie ambulatoire en campagne » s'est constitué à la CCMSA avec des médecins conseils de différentes caisses afin de proposer une méthodologie de projet pour l'accompagnement et la diffusion de l'action chirurgie ambulatoire au sein des CMSA. Cet objectif de développement de la chirurgie ambulatoire s'inscrit dans le cadre de la COG 2016-2020 pour amener à un taux de recours égal dans le régime agricole et les autres régimes et arriver à 66% des actes de chirurgie.

5.6 - Programme d'accompagnement au retour à domicile (PRADO)

La MSA participe à ce jour à trois de ces programmes :

- maternité (toutes les MSA),
- chirurgie – orthopédie (28 MSA), transports (8 MSA),
- insuffisance cardiaque (26 MSA).

Le PRADO volet Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) n'a pas encore été formellement démarré. Cependant, en 2016, 4 caisses de MSA se sont inscrites dans le PRADO BPCO ce qui a permis à 8 assurés d'en bénéficier.

Tableau : Nombre de personnes concernées par les PRADO au Régime Agricole

PRADO 2016 au régime agricole		
	nombre d'assurés éligibles	nombre d'assurés adhérents
Maternité	10417	9517
Chirurgie	1636	1502
Insuffisance cardiaque	382	354

5.7 - HOPITAUX DE PROXIMITE

La DCMOS participe au sein de la DGOS au groupe de travail sur les hôpitaux de proximité. La MSA est caisse pivot de 94 établissements de proximité ancrés dans les territoires. La liste des hôpitaux est actualisée tous les ans, l'équilibre budgétaire des établissements est pris en compte.

L'intérêt des hôpitaux de proximité est mis en évidence dans la prise en charge des ressortissants de la MSA à travers une étude statistique (voir « le recours des patients du régime agricole aux hôpitaux de proximité en 2015 »).

6- PREVENTION ET EDUCATION EN SANTE

6.1 - L'ACTIVITE DES SCM

	Médecins coordonnateurs		Personnel adm. AROMSA		Médecins chefs et méd. conseils		Dentistes conseils		Praticiens conseils (*)		Personnel adm. CMCD	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Prévention et éducation en santé	8,96%	7,56%	3,40%	0,87%	3,67%	3,76%	24,61%	14,24%	6,32%	5,03%	5,95%	5,76%

Prévention et éducation en santé	Médecins coordonnateurs	Personnel adm. AROMSA	Médecins chefs et méd. conseils	Dentistes conseils	Praticiens conseils (*)	Personnel adm. CMCD
Examens de santé et actions de suite	1,5%	0,0%	0,6%	1,4%	0,7%	2,9%
Actions institutionnelles déclinées dans le cadre de plans	2,7%	0,0%	2,3%	10,6%	3,3%	1,7%
Actions impulsées par l'Etat (réglementaires, conventionnelles ...)	0,9%	0,7%	0,3%	0,8%	0,3%	0,5%
Actions d'initiative locale (AIL)	0,4%	0,0%	0,3%	0,7%	0,3%	0,1%
Etudes et recherches	0,3%	0,1%	0,0%	0,6%	0,1%	0,1%
Coordination Financement FNPEISA	1,8%	0,0%	0,2%	0,2%	0,2%	0,4%

(*) médecins chefs médecins conseils et dentistes conseils

6.2 - IMPLICATION DES SCM DANS LE PROGRAMME DU FNPEISA 2016

6.2.1 - Les faits marquants 2016

- Suite des travaux de refonte des Instants Santé ayant mobilisés l'ensemble des acteurs de la prévention santé des caisses et de la CCMSA. Tests sur requête de la population ciblée.
- Modification des modalités de traitement des actions d'initiatives locales. Mise en place d'un jury présidé conjointement par le directeur de la DPESS et celui de la DCMOS.

- Fin de la concertation citoyenne sur le dépistage organisé du cancer du sein ayant pour objectif de déboucher sur un programme mieux adapté.
- Initialisation de la concertation citoyenne concernant les vaccins
- Extension de l'expérimentation du dépistage organisé du cancer du col utérin à 9 départements.
- Régionalisation des structures de gestions des dépistages organisés en commençant par le cancer du col utérin et les modalités de financement.
- Relai du nouveau dispositif national « moi sans tabac » ainsi le programme « déclic stop tabac » proposé aux jeunes des MFR et aux personnes en structures d'insertion. La montée en charge du nombre de bénéficiaires de traitements nicotiques a continué de progresser : 7973 personnes en ont bénéficiés en 2016 soit 24,62 % de plus qu'en 2015.

6.2.2 - Les « Instants Santé » et autres actions de suite

Source : CCMSA/Bilan national 2016 Prévention et Education Sanitaire et Sociale

- **Objectifs**

Les Instants Santé sont proposés à tous les assurés MSA de 16 à 74 ans pour :

- prévenir et dépister certains facteurs de risque liés à l'âge, et identifier éventuellement de nouvelles pathologies,
- leur faire bénéficier d'actions de prévention gratuites en fonction de leurs besoins et sur la base de critères d'inclusion,
- les informer sur des thématiques de santé.

Ils se déroulent en 3 étapes : un bilan infirmier avec un bilan biologique et des examens complémentaires en fonction de l'âge, une consultation de prévention avec le médecin de leur choix et des actions de suite personnalisées.

Cette action est une action obligatoire pour les services de prévention (souvent dans les contrôles médicaux) avec un indicateur CPG pour les caisses.

- **Résultats Instants Santé**

Le taux de participation pour les personnes de **25 à 74** ans est de **16,6 %** (+**0,3** point par rapport à 2015).

Sur les **198 879 (212 371 en 2015)** adhérents âgés de **25 à 74** ans invités à ces Instants Santé :

- **53 444** personnes ont réalisé l'examen pré-médical, soit **26,9 %** de la population invitée (+**0,6** points par rapport à 2015),
- **32 933** personnes ont réalisé la consultation de prévention, soit **16,6 %** de la population invitée (+**0,3** point par rapport à 2014)

- **Résultats en actions de suite des Instants Santé**

Plus de **15 865** adhérents se sont vu proposer une mise à jour de leur calendrier vaccinal et **5 922** personnes ont réalisé un bilan bucco-dentaire.

- **Résultats Instants Santé Jeunes**

Sur les **45 596** adhérents de **16 à 24** ans invités aux Instants Santé Jeunes, **9 292** ont réalisé la consultation de prévention et reçu un chèque de **30 €** pour financer la pratique d'une activité sportive.

Le taux de participation s'élève à **20 %** ; il est en baisse de **5** points par rapport à 2014 (**25 %** en 2014).

6.2.3 - programmes d'éducation thérapeutique du patient

Source : CCMSA/Bilan national 2016- Prévention et Education Sanitaire et Sociale

- **Objectif**

Aider les patients à mieux comprendre et gérer leur maladie cardiovasculaire et leur traitement afin d'améliorer leur qualité de vie.

- **Contexte**

Les affections cardiovasculaires et le diabète concernent plus de la moitié des ressortissants agricoles pris en charge en ALD (Affections de Longue Durée). L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) constitue une des réponses pour améliorer la prise en charge de ces malades chroniques.

Le réseau d'équipes éducatives mis en place depuis plus de 10 ans s'appuie sur des professionnels de soins primaires, supervisés par les référents MSA pour l'éducation thérapeutique.

- **Résultats**

La mise en œuvre du programme d'ETP pour malades cardiovasculaires, généralisé au territoire national en 2006, s'est poursuivie en 2016 :

- **40** nouveaux éducateurs ont été formés par l'IPCEM.
- **325** cycles d'ETP ont été organisés (**308** cycles en 2015).
- Plus de **2 600** patients ont suivi le programme (+3,8% par rapport à 2015).
- Stabilité de la participation des ressortissants agricoles **57%** contre **58 %** en 2015.

Conclusion

Le développement du dispositif d'ETP mis en place par la MSA se poursuit grâce à l'investissement des référents ETP des caisses de MSA. Sans dispenser eux-mêmes l'ETP, ces médecins-conseils recrutent et supervisent de nouvelles équipes éducatives composées de professionnels de soins primaires volontaires pour se former et mettre en œuvre l'ETP dans leur territoire d'activité habituel. Depuis la généralisation du programme pour malades cardiovasculaires, en 2016, plus de 650 éducateurs ont été formés et plus de 20.000 patients ont pu bénéficier de l'ETP.

A la suite, de travaux épidémiologiques constatant la prévalence croissante de la polypathologie, tenant compte de la structuration progressive de l'offre de soins primaires autour des MSP, et après l'avoir expérimenté avec satisfaction en 2016, la MSA a décidé de réorienter sa stratégie en procédant à l'extension de son nouveau programme d'ETP pour patients atteints de polypathologie délivré par des équipes éducatives intégrées à des MSP.

6.2.4 - Plan de lutte contre la précarité et parcours de prévention pour les précaires

Source : CCMSA/Bilan national 2015 Prévention et Education Sanitaire et Sociale

- **Objectifs**

Faciliter l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation précaires et/ou d'exclusion, dépister et contribuer à la prise en charge précoce des facteurs de risque et des pathologies éventuelles.

Les Contrôles Médicaux contribuent, pour ce plan, au pilotage et à la coordination et, pour les chirurgiens-dentistes conseils, aux actions.

- **Résultats en 2016**

- **547** bilans de santé en approche individuelle ont été réalisés, soit une diminution de **22,7 %** enregistrée par rapport à 2015.
- **872** bilans de santé en approche collective sont recensés, soit une augmentation de **9%**.
- Plus de **1 200** personnes en situation de précarité (- **18,7 %** par rapport à 2015) ont bénéficié d'une action bucco-dentaire. **106** ont réalisé un bilan bucco-dentaire et **93** personnes ont été accompagnées via le plan de traitement spécifique MSA.
- **179** ateliers "Prendre soin de sa santé" ont été réalisés sur **39** cycles. **361** personnes ont pu y participer.
- Certaines MSA ont renforcé ce parcours en proposant :
 - . la mise à jour du calendrier vaccinal (**35** MSA),
 - . une information sur l'incontinence urinaire de la femme (**9** MSA),
 - . le conseil nutritionnel.

6.2.5 – Parcours nutrition santé

Ce programme d'accompagnement est proposé aux assurés MSA de **16 à 74** ans. Les actions sont prescrites par le médecin traitant lors de la consultation de prévention des Instants Santé.

- **Objectifs**

- Prévenir des risques d'obésité, de diabète, de maladies cardiovasculaires, et d'autres pathologies liées aux déséquilibres nutritionnels.
- Améliorer l'information nutritionnelle et promouvoir l'adoption de comportements nutritionnels favorables à la santé (alimentation et activité physique).

- **Résultats**

- **3 293** parcours nutrition santé ont été prescrits par les médecins traitant lors des Instants Santé MSA (+ **6,95 %** par rapport à 2015), dont **552** à l'attention des jeunes de **16 à 25** ans.
- **271** séances d'animations nutritionnelles ont été réalisées par un diététicien lors des séances pré-médicales des Instants Santé.

6.2.6 - Les actions d'initiative locale et régionale (AIL)

Source : CCMSA/Bilan national 2015 Prévention et Education Sanitaire et Sociale

- **Objectifs**

Les actions d'initiative locale répondent à des besoins identifiés par les CMSA au plus près des territoires et adaptés à leurs spécificités. Les Contrôles Médicaux contribuent à ces actions.

Un jury attribue le financement des actions par le FNPEISA en fonction des critères suivants :

- respect des recommandations en santé publique,
- réponse aux besoins de la population agricole,
- reproductibilité de l'action,
- mise en place sur des territoires de densité significative,
- impact mesurable et vérifiable de l'action.

- **Résultats en 2016**

- **202** actions ont été retenues et financées soit 79,5 % des actions proposées (254) pour un montant total attribué de **458 407 €**.
- A noter que **64 601 €** ont été consacrés à des actions de sensibilisation au dépistage organisé des cancers.

6.2.7 - Actions MSA du plan de prévention bucco-dentaire

Source : CCMSA/Bilan national 2015 Prévention et Education Sanitaire et Sociale

- **Les actions à destination des jeunes**

Dispositif à destination des jeunes MT dents :

- Sur **144 118** jeunes invités, tous âges confondus, **51 426** enfants et adolescents ont bénéficié d'un examen de prévention bucco-dentaire, soit un taux national de participation de **35,9 % (+1,2 point par rapport à 2015)**.
- L'évolution des taux de participation des jeunes ressortissants agricoles au dispositif "M'T dents", par âge, depuis 2011

Ages						
Années	6	9	12	15	18	Tous âges confondus
2011	51,7 %	42,3 %	41,2 %	30,7 %	14,2 %	35,5 %
2012	50,9 %	43,8 %	38,9 %	31,1 %	14,1 %	35,1 %
2013	50,5 %	44,6 %	41,5 %	32,9 %	14,9 %	36,1 %
2014	51,1%	44,7%	42,7%	33,7%	14,3%	36,6 %
2015	49,5%	43 %	41,9%	32,1%	11,3%	34,7%
2016	51,7%	41,7%	43,4%	34,9%	11,4%	35,9%

- **Les actions à destination de la femme enceinte**

21,8 % des **16 367** femmes enceintes invitées ont réalisé un examen bucco-dentaire de prévention.

Le bilan bucco-dentaire de la femme en post natal (6 mois après accouchement) :

	2015	2016
Nombre de femmes invitées	10 939	10 600
Nombre d'examens de prévention bucco-dentaire réalisés	1 896	1 583
Taux de participation	17,3 %	14,9 %

Une baisse de **2,9** points est enregistrée cette année sur cette action qui est récente.

- **Le bilan bucco-dentaire des enfants de 3 ans**

	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre d'enfants invités	26 054	24 230	24 134	24 415	23 893
Nombre d'examens de prévention bucco-dentaire réalisés	9 165	8 656	8 572	7 995	7 205
Taux de participation	35,2 %	35,7 %	35,5%	32,7%	30,2 %

Une baisse de **2,5** points est enregistrée sur cette action.

- **Le bilan bucco-dentaire des enfants de 7 ans non-consommants**

	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre d'enfants invités	10 823	10 128	10 852	10 538	5 741
Nombre d'examens de prévention bucco-dentaire réalisés	3 539	3 162	3 918	2 641	711
Taux de participation	32,7 %	31,2 %	26,9%	25,1%	12,4 %

Une baisse de **12,7** points est enregistrée sur cette action, ce qui peut s'expliquer par la mise en œuvre tardive de la nouvelle formule (Août 2016).

- **Le bilan bucco-dentaire des personnes de 65 ans**

	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de personnes invitées	49 615	45 020	43 791	43 209	40 269
Nombre d'examens de prévention bucco-dentaire réalisés	10 335	10 074	9 940	9 093	8 514
Taux de participation	20,8 %	22,4 %	22,7%	21 %	21,1 %

Une hausse de 0,1 point est enregistrée sur cette action.

6.2.8 - Dépistages des cancers

Source : CCMSA/Bilan national 2015 Prévention et Education Sanitaire et Sociale

- **Cancer du sein**

53,3 % des femmes invitées âgées de 50 à 74 ans, relevant du régime agricole, ont été dépistées en 2016 soit une baisse de **3,1** point par rapport à 2015.

La MSA a participé activement à la concertation citoyenne.

- **Cancer colo-rectal**

29,2 % des adhérents du régime agricole âgés de 50 à 74 ans ont participé au dépistage organisé en 2016.

La transition de tests en 2015 ne permet pas d'afficher un taux avant 2018.

La MSA a mis en place des ateliers santé « Découvrez le nouveau kit de dépistage colorectal » dont l'objectif est de renforcer son recours grâce à une information/banalisation des modalités de ce dépistage.

- **Cancer du col de l'utérus**

En 2016, **5 472** frottis ont été réalisés pour les ressortissantes agricoles âgées de 25 à 65 ans sur les 9 départements participants à l'expérimentation contre 6 488 en 2015.

- **Cancers de la peau**

Pour la 8^{ème} année consécutive, la CCMSA a organisé un dépistage des cancers de la peau en partenariat avec le Syndicat National des Dermatologues et Vénérologues (SNDV). En effet, l'étude AGRICAN 2014 montre que la population agricole, et notamment les femmes, sont plus touchées par les mélanomes de la peau que le reste de la population : + **26 %**.

Le 26 mai 2016, 20 MSA ont participé à la journée nationale. 25 centres MSA ont été ouverts avec une participation de plus de **59 %** de ressortissants agricoles.

7 - ACTIVITES SUPPORTS

	Médecins coordonnateurs		Personnel adm. AROMSA		Médecins chefs et méd. conseils		Dentistes conseils		Praticiens conseils (*)		Personnel adm. CMCD	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Activités support	59,81%	67,08%	66,35%	42,27%	18,31%	17,83%	13,67%	15,29%	17,73%	17,52%	14,97%	15,79%

Activités support	Médecins coordonnateurs	Personnel adm. AROMSA	Médecins chefs et méd. conseils	Dentistes conseils	Praticiens conseils (*)	Personnel adm. CMCD
Fonctionnement du service	24,8%	6,3%	6,6%	4,8%	6,4%	9,8%
Actions de formation et d'évaluation	4,8%	2,9%	5,6%	4,4%	5,5%	3,7%
Participation à la vie institutionnelle	37,4%	33,1%	5,4%	5,4%	5,4%	2,2%
Autres représentations	0,1%	0,0%	0,2%	0,7%	0,2%	0,0%

(*) *médecins chefs, médecins conseils et dentistes conseils*

Les activités supports concernent les activités liées au fonctionnement et à la représentation des services, mais également à la formation continue institutionnelle. Elles sont importantes pour les Médecins coordonnateurs, proche de 60%. Leur volume est stable pour les services de Contrôle Médical.

Les activités supports intègrent, également le temps dédié à la formation continue institutionnelle.

7.1 - FONCTIONNEMENT DU SERVICE

Il s'agit du temps passé :

- A l'**animation du service et à la gestion des ressources humaines** : réunions, évaluations du personnel du service et entretiens, management,
- A l'**organisation matérielle du service, budget** : gestion administrative et suivi du budget,

- Aux **activités des caisses pivots, Agora** : caisses pivots et MO, CMCD et GDR / caisses utilisatrices aux comités techniques nationaux ou régionaux /diffusion des informations / maintenance et mises à jour des produits afférents/ actions liées à l'implantation des versions.
- **Autres** : veille documentaire, messagerie....

7.2 - ACTIONS DE FORMATION ET D'EVALUATION

7.2.1 - Formations-dispensées

Il s'agit du temps passé aux formations, médicales ou médico-administratives dispensées au titre de l'activité du service, quel qu'en soit le lieu (dans ou hors l'institution) et la qualité des participants (personnel MSA et administrateurs, professionnels de santé, étudiants, stagiaires).

6 praticiens-conseils (dont 5 référents appareillage) et 1 cadre administratif de service de Contrôle Médical de caisse de MSA et de CCMSA ont donné 18 jours de formation aux personnels des CM, dans le cadre de l'ASFOSAR.

A noter : les formations FPM03C et FPM10 (acquérir et actualiser les connaissances fonction de gestion en CMCD) ont été suspendues en 2016.

7.2.2 - Formations reçues

Il s'agit du temps passé aux formations médicales ou autres, reçues au titre de l'activité du service, quel qu'en soit le lieu (dans ou hors l'Institution) et les modalités, mais également aux obligations en matière de DPC (enregistrement, attestations et collecte participations auprès d'organismes agréés).

▪ **Avec l'INMA en 2016**

- 132 médecins-conseils ont suivi un enseignement post-universitaire organisé en région, en partenariat avec l'université
- 78 médecins conseils ont suivi une formation technique et de perfectionnement à l'Institut National de Médecine Agricole (INMA), en lien avec l'exercice de leur activité
- 11 médecins conseils ont suivi le colloque INMA « Prévention de la désinsertion professionnelle »
- 5 médecins conseils ont suivi le Symposium INMA sur le thème « Qualité de vie au travail »
- 1 CDC a suivi la formation initiale Med3.
- 17 CDC ont suivi une formation ayant pour thème : « le recours contre tiers » dans le cadre du MED9.
- 19 CDC ont suivi la formation Med11 sur les thèmes :
 - . les cancers oro-faciaux
 - . le contentieux du contrôle dentaire.

▪ **Avec l'ASFOSAR, en 2016**

- 23 personnes formées en GDR
- 99 personnes formées en CM dont 35 en médico administrative en grand appareillage.

7.2.3 - Harmonisation des pratiques

Ce sont des activités destinées à harmoniser les décisions médico-administratives et les procédures de traitement des dossiers (exemple : procédures ALD, invalidité, AT/MP...) ;
Activités rattachées à l'EMSI.

7.2.4 - Recueil des activités

Il s'agit du temps consacré au recueil d'activité réalisé par le médecin coordonnateur, le médecin chef, les praticiens-conseils et le personnel administratif (remontées annuelles, suivi des tableaux de bord, suivi COG...).

7.3 - PARTICIPATION A LA VIE INSTITUTIONNELLE

En 2016 :

- 148 praticiens-conseils (138 médecins-conseils et 30 chirurgiens-dentistes conseils) se sont rencontrés au cours des **5 journées régionales** pour évoquer l'actualité politique institutionnelle et participer à des ateliers en sous-groupe sur des cas pratiques en EMSI,
- 1 journée de séminaire médical avec des thématiques Maintien dans l'emploi – Thérapie – Prévention/dépistage (Directeurs Santé, MCC, MCT),
- 2 réunions des médecins coordonnateurs et des médecins-conseils chefs avec la Direction du Contrôle Médical et de l'Organisation des Soins (DCMOS).

7.4 - AUTRES REPRESENTATIONS

7.4.1 - Représentations CMSA

La représentation CMSA recouvre le temps passé aux assemblées d'élus (conseil d'administration, commission des rentes, Assemblée Générale, etc...), aux réunions internes des caisses (comité directeur, réunions de cadres, réunions inter-services, aux réunions de coordination médico-administrative, commission santé).

7.4.2 - Représentations AROMSA

Il s'agit du temps passé :

- à la participation aux assemblées régionales d'élus, et aux réunions régionales institutionnelles (comité de direction, comité de Gestion du Risque, réunion de coordination médicale et médico-administrative),
- aux réunions AROMSA/CCMSA, à l'élaboration et au suivi du programme de GDR, aux activités de veille statistique et d'observatoire (suivi de consommations, de données épidémiologiques),
- à l'activité du Médecin coordonnateur : Comités de direction AROMSA, conseil d'administration AROMSA...
- aux réunions de pilotage GdR élaboration et suivi du plan.

7.4.3 - Représentations CCMSA

Il s'agit du temps passé à la participation aux groupes de travail institutionnels, et autres comités directeurs.

7.4.4 - Mandats, délégations

Est comptabilisé le temps des mandats, délégations (CE, DP, CHSCT, Syndicats....).

7.4.5 - Autres organismes locaux

Il s'agit du temps passé dans les représentations au Conseil Général et Régional, à la Maison Départementale du handicap (CDAPH).

LEXIQUE

ALD

Liste :

ADL 1 à 30 : affections inscrites sur liste.

Hors liste :

ALD 31 : forme grave d'une maladie ou forme évolutive ou invalidante d'une pathologie grave ne figurant pas sur la liste des ALD 30, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à six mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

ALD 32 : poly pathologies invalidantes, nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois.

INDICATEURS – ALD :

- **Taux d'incidence brut**

Nombre de nouvelles ALD accordées dans l'année, rapporté à la population couverte en maladie par le régime agricole issue du Répertoire National inter-régimes de l'Assurance Maladie (RNIAM).

- **Taux de prévalence brut**

Nombre de patients en ALD à une date donnée, rapporté à la population du RNIAM, c'est-à-dire la population couverte en maladie par le régime agricole à la même date.

- **Taux de prévalence standardisé par l'âge et le sexe**

C'est le taux de cas attendus dans la population observée si celle-ci avait la même structure par âge et sexe qu'une population de référence (par exemple : population du RNIAM, population française INSEE...). Ce taux varie en fonction de la population de référence utilisée pour la standardisation.

GLOSSAIRE

A

ABV	Ateliers du Bien Vieillir
AIL	Actions d'initiative locale
AINS	Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens
ALD	Affection de Longue Durée
AMEXA	Assurance Maladie des Exploitants Agricoles
ARCMSA	Association Régionale des Caisses de MSA
AROMSA	Association Régionale des Organismes de MSA
ARS	Agence Régionale de Santé
ASEPT	Association pour la Santé, l'Éducation et la Prévention sur les Territoires
ASFOSAR	Association syndicale pour la formation professionnelle continue du personnel des organismes de sécurité sociale du secteur agricole et rural
ATEXA	Assurance Accident du Travail des EXploitants Agricoles
ATMP	Accident de Travail / Maladies Professionnelles

C

CMSA	Caisse de Mutualité Sociale Agricole
CCMSA	Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole
CDAPH	Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CM / CD	Contrôle Médical / Contrôle Dentaire
CMCD	Applicatif informatique Contrôle Médical / Contrôle Dentaire
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPG	Contrat Pluriannuel de Gestion
CRRMP	Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles
CSPSA	Conseil Supérieur des Prestations Sociales Agricoles

D

DAP	Demande d'Accord Préalable
DPC	Développement Professionnel Continu
DCMOS	Direction du Contrôle Médical et de l'Organisation des Soins
DSEF	Direction des Statistiques, Etudes et Fonds

E

EHPAD	Etablissement d' H ébergement pour P ersonnes A gées D épendantes
EMSI	Expertise M édico- S ociale I ndividuelle
ENCM	Echelon National du C ontrôle M édical
EPU	Enseignement P ost U niversitaire
ESAT	Etablissement et S ervice d' A ide par le T ravail
ETP	Education T hérapeutique du P atient

F

FNPEISA	F onds N ational de P révention, d' E ducation et d' I nformation S anitaires A gricole
---------	---

G

GDR	G estion d u r isque
-----	---

H

HAS	H aute A utorité de s anté
-----	---

I

IJ	I ndemnité J ournalière
INMA	I nstitut N ational de M édecine A gricole
IPP	I ncapacité P ermanente P artielle
IRC	I nsuffisance R énale C hronique

L

LPP	L iste des P roduits et P restations
-----	---

M

MARPA	Maison d'Accueil Rural pour Personnes Agées
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MP	Maladie Professionnelle
MSP	Maison de Santé Pluri-professionnelle

N

NSA	Non-Salariés Agricoles
-----	------------------------

P

PAERPA	Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie
PDI	Plan Dentaire Institutionnel
PPC	Pression Positive Continue
PRADO	Programme de Retour A Domicile
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
PSE	Protocole de Soins Electronique

Q

QSA	Questions des Services Administratifs
-----	---------------------------------------

R

RCT	Recours Contre Tiers
-----	----------------------

S

SA	Salariés Agricoles
SCM	Service de Contrôle Médical
SID AT	Système d'Information Décisionnel Accidents du Travail
SLD	Soins Longue Durée
SOLIDEL	Réseau pour les travailleurs handicapés du secteur agricole et des territoires ruraux
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile

T

TASS Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale

T2A Tarification à l'Activité

U

UCR Unité de Coordination Régionale



L'essentiel & plus encore