

Missions

des médecins

conseils

de la Mutualité Sociale Agricole



santé
famille
retraite
services

Missions des médecins-conseils de la Mutualité Sociale Agricole

PLAN

INTRODUCTION.....	4
1- MISSION D'EXPERTISE MEDICO-SOCIALE INDIVIDUELLE	4
1.1- Données Générales.....	4
1.1.1- Champ de l'expertise médico-sociale individuelle	4
1.1.2- Portée du contrôle médical	5
1.2- Affections de longue durée et soins continus de plus de 6 mois.....	5
1.2.1- Champ d'application	5
1.2.2- Rôle du médecin-conseil	6
a) Admission en ALD et élaboration du protocole de soins.....	6
b) Suivi des patients en ALD	6
1.3- Accidents du travail et maladies professionnelles	7
1.3.1- Champ d'application	7
a) Catégories protégées	7
b) Risques garantis.....	8
1.3.2- Rôle du médecin-conseil	8
a) Au moment de la déclaration.....	8
b) En cours de traitement	9
c) Au moment de la guérison.....	10
d) La consolidation	10
e) Après consolidation : les cas de rechute.....	10
1.4- Arrêts de travail en maladie.....	11
1.4.1- Champ d'application	11
1.4.2- Rôle du médecin-conseil	12
a) Evaluation de la justification médicale de l'arrêt de travail	12
b) Concertation médecin conseil / médecin du travail	12
1.5- Invalidité	13
1.5.1- L'invalidité des salariés.....	13
a) Champ d'application.....	13
b) Le rôle du médecin-conseil	13

1.5.2-	L'invalidité des exploitants	14
a)	Champ d'application	14
b)	Le rôle du médecin-conseil	14
1.6-	L'inaptitude vieillesse.....	15
1.6.1-	Champ d'application	15
a)	L'inaptitude au travail des salariés agricoles.....	15
b)	L'inaptitude au travail des exploitants agricoles	15
1.6.2-	Rôle du médecin-conseil	16
2-	MISSION DE CONTROLE	16
2.1-	Données générales	16
2.2-	Controle de l'activité et de la régularité des prescriptions des professionnels de santé	
	17	
2.2.1-	Champ d'application	17
2.2.2-	Rôle du praticien-conseil	17
2.3-	Contrôle des assurés.....	17
2.3.1-	Champ d'application	17
2.3.2-	Rôle du praticien-conseil	18
2.4-	Contrôle des établissements	18
2.4.1-	Contrôle T2A.....	18
2.4.2-	Contrôle de l'activité des établissements de santé.....	18
2.4.3-	Contrôles ciblés sur les assurés	18
3-	MISSION DE PROMOTION DE LA SANTE ET DE LA QUALITE DES SOINS.....	19
3.1-	Promotion et coordination des actions en santé publique	19
3.1.1-	Champ d'application	19
3.1.2-	Organisation des activités liées à la prévention en MSA.....	20
3.1.3-	Rôle du praticien-conseil	20
3.2-	Analyse et suivi des pratiques professionnelles	20
3.2.1-	Suivi des accords de bon usage des soins, contrats de bonnes pratiques et contrats de santé publique.....	20
a)	Champ d'application.....	20
b)	Rôle du praticien-conseil.....	21
3.2.2-	Suivi des référentiels et analyse comparative collective.....	21

4- MISSION RELATIVE A LA PLANIFICATION ET L'OFFRE DE SOINS	21
4.1- Mission d'ingenierie medico-sociale	21
4.1.1- Champ d'application	21
4.1.2- Rôle du praticien-conseil	22
4.2- Mission d'expert.....	22
4.2.1- Conseil.....	22
a) Au sein des instances	22
b) Au sein des établissements.....	22
4.2.2- Avis	22
a) Avis sur les projets financés par les URCAM et ARH	22
b) Avis sur l'organisation des soins hospitaliers et médico-sociaux	23
5- AUTRES ATTRIBUTIONS.....	23
5.1- Référent technique	23
5.1.1- Auprès de la Caisse.....	23
5.1.2- Auprès de l'assuré	23
5.1.3- Auprès du praticien traitant.....	24
5.2- Recours contre tiers	24
5.2.1- Champ d'application	24
5.2.2- Rôle du praticien-conseil	24
a) Avant la consolidation	24
b) Après la consolidation	24
5.3- Contentieux	25
5.3.1- Contentieux ordinal.....	25
5.3.2- Contentieux conventionnel	25
5.4- Representation de l'institution	26

INTRODUCTION

Le Contrôle médical du régime agricole de protection sociale fonctionne au sein des organismes de MSA.

L'activité des praticiens-conseils s'exerce sous l'autorité du directeur ou de son représentant mandaté par le Conseil d'administration de chaque organisme.

Les praticiens jouissent toutefois d'une totale indépendance technique dans l'exercice de leur activité médicale en conformité avec les dispositions du code de déontologie.

L'organisation du contrôle médical comporte des échelons départementaux et pluri-départementaux et un échelon national. Une coordination s'exerce au niveau de la région par le médecin coordonnateur.

Dans l'exercice de sa fonction, le praticien-conseil s'assure du caractère approprié (en terme de qualité, d'efficacité et de sécurité) des soins présentés au remboursement. Il s'assure également, dans le cadre de sa mission de contrôle, que la délivrance de ces mêmes soins est effectuée en conformité avec les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Le praticien-conseil joue à la fois un rôle d'expert médico-social auprès des assurés et un rôle d'expert du système de santé auprès des caisses et des instances extérieures (dans le cadre des missions de représentation).

Il a par ailleurs un rôle déterminant dans les actions de contrôle.

1- MISSION D'EXPERTISE MEDICO-SOCIALE INDIVIDUELLE

1.1- DONNEES GENERALES

1.1.1- Champ de l'expertise médico-sociale individuelle

Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité, invalidité. Le service de contrôle médical constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prescriptions (cf. L. 315-1 du Code de la sécurité sociale).

L'avis du service du contrôle médical n'est toutefois pas sollicité à l'occasion de chacun des remboursements effectués par la Caisse.

Les avis constituent le champ de la mission Expertise médico-sociale individuelle (EMSI) dans laquelle le praticien conseil intervient à la fois comme expert médico-légal auprès de la caisse et comme expert médico-social auprès de l'assuré.

Sont principalement concernés les avis portant sur :

- les affections de longue durée
- les accidents du travail et les maladies professionnelles
- les arrêts de travail en maladie
- l'invalidité
- l'inaptitude vieillesse

1.1.2- Portée du contrôle médical

Les avis rendus par le contrôle médical portant sur l'attribution et le service des prestations s'imposent à la caisse (art. L. 315-2 du CSS).

Le praticien-conseil doit faire cesser la prise en charge d'une prestation chaque fois qu'il constate qu'elle est dangereuse, qu'elle n'est pas médicalement justifiée ou qu'elle a été prescrite en dehors des conditions médicales prévues pour son remboursement.

Les contestations d'ordre médical portant sur cette décision donnent lieu à expertise médicale (art. L. 141-1 du CSS en maladie et Nouvel Examen Médical en AT/MP).

1.2- AFFECTIONS DE LONGUE DUREE ET SOINS CONTINUS DE PLUS DE 6 MOIS

1.2.1- Champ d'application

Peuvent bénéficier des prestations accordées au titre des affections de longue durée (ALD), les assurés et leurs ayants-droits atteints des affections suivantes :

- les affections inscrites sur la liste des 30 affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (appelées techniquement ALD 30) (cf. art. D. 322-1 CSS) ;
- les formes évolutives ou invalidantes des affections graves caractérisées non inscrites sur la liste des 30 mais qui nécessitent des soins continus de plus de 6 mois (affections hors liste ou ALD 31) ;
- des affections multiples caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et qui nécessitent des soins continus de plus de six mois (polyopathologies invalidantes ou ALD 32).

1.2.2- Rôle du médecin-conseil

a) Admission en ALD et élaboration du protocole de soins

Tout assuré ou ayant-droit nécessitant des soins de longue durée ou un arrêt de travail supérieur ou égal à six mois doit faire l'objet, à sa demande ou à l'initiative de la caisse, d'un examen effectué conjointement par le médecin traitant et le médecin-conseil pour pouvoir bénéficier :

- de l'exonération du ticket modérateur pour les soins en rapport avec son affectation ;
- d'indemnités journalières sur une longue période (3 ans maximum).

(cf. L. 322-3 du Code de la sécurité sociale)

Le médecin-conseil est appelé à donner son avis pour déterminer :

- le suivi prévisible et le traitement, en concertation avec le médecin traitant ;
- l'octroi de l'exonération du ticket modérateur.

Le médecin traitant et le médecin conseil établissent conjointement un protocole de soins qui est signé par le patient ou son représentant légal.

Ce protocole définit, compte tenu des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS), les actes et prestations nécessités par le traitement de l'affection et pour lesquels la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée.

L'exonération du ticket modérateur ne concerne que les frais en rapport avec le traitement de l'affection défini par le protocole.

b) Suivi des patients en ALD

La durée de validité du protocole de soins est fixée en tenant compte des recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Le protocole est périodiquement révisable, notamment en fonction de l'état de santé du patient et des avancées thérapeutiques.

Pour pouvoir continuer à bénéficier des prestations accordées dans le cadre de l'ALD, le bénéficiaire doit respecter les obligations suivantes :

- se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits d'un commun accord par le médecin traitant et le médecin conseil de la sécurité sociale, et, en cas de désaccord entre ces deux médecins, par un expert ;
- se soumettre aux visites médicales et contrôles spéciaux organisés par la caisse ;
- s'abstenir de toute activité non autorisée ;
- accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

En cas d'inobservation des obligations indiquées ci-dessus, la caisse peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations (art. L.324-1 Css).

1.3- ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

1.3.1- Champ d'application

L'obligation d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles a été instituée, d'une part par la loi du 25 octobre 1972 pour les salariés agricoles (loi portant création d'un régime social de prévention et de réparation des accidents du travail des salariés agricoles), d'autre part par les lois du 22 décembre 1966 et du 30 novembre 2001 pour les exploitants (loi portant amélioration de la couverture des non salariés agricoles contre les accidents du travail et les maladies professionnelles).

Le risque accidents du travail / maladies professionnelles est géré par :

- les caisses de MSA pour les salariés ;
- les compagnies d'assurance habilitées par arrêté ministériel et les caisses de MSA pour les exploitants. Dans ces deux cas, le contrôle médical est assuré par les praticiens-conseils de la MSA.

a) Catégories protégées

Sont protégées, au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles :

- les personnes ayant le statut de salarié agricole, à savoir :
 - o les salariés d'exploitations ou d'entreprises agricoles ;
 - o les élèves des établissements d'enseignement technique et de formation professionnelle agricoles à caractère public ou privé ;
 - o les personnels enseignants des établissements d'enseignement et de formation professionnelle agricoles privés dotés d'un statut de droit privé ;
 - o les membres bénévoles d'organismes à objet social sans caractère lucratif, créés au profit des professions agricoles.
- les personnes ayant le statut d'exploitant agricole, à savoir :
 - o les chefs d'exploitation ou d'entreprise sous forme sociétaire assujettis à l'ATEXA ;
 - o les aides familiaux et associés d'exploitation ;
 - o les conjoints de ces personnes dès lors qu'elles participent aux travaux, qu'elles soient ou non couvertes par un régime obligatoire d'assurance maladie maternité ;
 - o les enfants de 14 ans et plus qui participent occasionnellement aux travaux de l'exploitation qui sont dans le champ de l'ATEXA.

b) Risques garantis

Sont garantis, au titre des accidents du travail, les risques suivants :

- Pour les salariés :
 - les accidents du travail survenus quelle que soit la cause, par le fait ou à l'occasion du travail.
 - les accidents de trajet entre le lieu de travail et la résidence principale ou secondaire ou tout autre lieu où le travailleur se rend habituellement pour des motifs d'ordre familial, ou encore où le travailleur prend habituellement ses repas.
- Pour les exploitants (art. L 752-2 al. 1 du Code rural):
 - o les accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail sur le lieu de l'exploitation, de l'entreprise, de l'établissement ou du chantier
 - o les accidents survenus pendant le trajet d'aller et retour entre le domicile de l'assuré, son lieu de travail et tout lieu où celui-ci est susceptible de se rendre dans l'exercice de son activité

Sont garantis, au titre des maladies professionnelles, les risques suivants :

- les maladies inscrites au tableau des maladies professionnelles, résultant d'une occupation habituelle aux travaux prévus limitativement ou non dans ce tableau, apparues et constatées médicalement avant l'expiration d'un délai de prise en charge prévu au tableau (délai qui court à compter de la cessation de l'exposition au risque professionnel), avec pour certains tableaux, nécessité de satisfaire à une durée d'exposition au risque (ex : troubles musculo-squelettiques, lombalgie). Il est à noter qu'il existe des tableaux spécifiques pour le régime agricole.
- les maladies professionnelles reconnues comme telles par le Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) lorsque la maladie :
 - o est inscrite dans un tableau, mais qu'une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux, ne sont pas remplies ;
 - o n'est pas inscrite dans un tableau mais est causée par le travail habituel de la victime et a entraîné le décès ou un taux d'IPP au moins égal à 25%.

1.3.2- Rôle du médecin-conseil

a) Au moment de la déclaration

- ▶ En matière d'accidents du travail :

L'avis du médecin-conseil n'est en principe pas obligatoire. L'imputabilité à l'accident des lésions décrites sur le certificat médical est admise par présomption de la caisse.

Toutefois l'avis du médecin-conseil est obligatoire pour :

- les cas où le caractère professionnel de l'accident paraît discutable. Il s'agit des accidents pour lesquels les lésions décrites sur le certificat initial ne peuvent être rattachés de façon certaine au fait accidentel, ou encore d'accidents survenus en l'absence de cause extérieure identifiée (ex : infarctus du myocarde pendant le travail).
 - Les certificats médicaux intermédiaires faisant mention d'une lésion nouvelle et/ou d'une hospitalisation non contemporaine de l'accident du travail.
- ▶ En matière de maladie professionnelle :

Le système de reconnaissance des maladies professionnelles reste fondé sur des tableaux.

Toutefois la loi a prévu deux procédures complémentaires de reconnaissance des maladies professionnelles relevant de la compétence des Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles.

Le médecin-conseil est sollicité pour toute demande de reconnaissance de maladie professionnelle (tableaux, hors tableaux et ouverture de tableaux).

Il doit s'assurer, en lien avec les services administratifs, que les manifestations pathologiques décrites sur le certificat médical initial correspondent aux critères de prise en charge :

- inscription de la maladie aux tableaux ou reconnaissance par le Comité de reconnaissance des maladies professionnelles ;
- exercice d'un travail compris dans la liste des travaux incriminés ;
- manifestation des signes pathologiques dans un certain délai de prise en charge.

Pour prendre sa décision, il est préférable que le médecin-conseil contacte le médecin du travail et le médecin traitant et fasse effectuer une enquête par le conseiller en prévention.

Il peut également examiner le malade.

La participation du médecin du travail est effective dans les domaines suivants :

- la caractérisation médicale de la maladie ;
- l'enquête étiologique en étroite collaboration avec le praticien conseil et les praticiens spécialistes ;
- la caractérisation des expositions ;
- la relation qui semble exister entre la maladie et l'exposition professionnelle du demandeur.

b) En cours de traitement

L'avis du praticien-conseil peut être sollicité en cas de doute sur la relation pouvant exister entre les soins prescrits et la lésion accidentelle ou la maladie professionnelle.

c) Au moment de la guérison

La guérison consiste dans la disparition des lésions traumatiques ou morbides occasionnées par l'accident. Elle ne laisse subsister aucune incapacité permanente.

La guérison est établie, le plus souvent, par le médecin traitant sur le certificat final, validée par le médecin-conseil et notifiée à l'assuré par la caisse.

A défaut, elle peut être établie par le médecin conseil.

d) La consolidation

La consolidation est le moment où, à la suite de l'état transitoire que constitue la période de soins, la lésion se fixe et prend un caractère permanent, sinon définitif, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente sous réserve de rechutes possibles.

Le certificat final de consolidation, établi le plus souvent par le médecin traitant, ainsi que toutes les pièces nécessaires à l'étude du dossier par le médecin-conseil sont transmises au contrôle médical.

Dès réception, le praticien-conseil convoque le malade pour examen et se prononce sur la date de consolidation de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, ainsi que sur le taux d'incapacité permanente partielle (IPP) :

- si l'état du malade n'est pas stabilisé, la caisse notifie à l'assuré la non consolidation ;
- si l'état du malade est stabilisé, la caisse notifie la date de consolidation à l'assuré et le médecin-conseil rédige le rapport d'IPP.

Le taux d'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime, ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité (Art. L.434-2 Css).

Compte tenu des éléments d'appréciation contenus dans l'article susvisé, le médecin conseil propose un taux d'IPP global à la Commission des rentes,

Le taux d'IPP est arrêté par la Commission des rentes au vu, notamment, de cette proposition et des éléments transmis par les services administratifs de la Caisse.

Ce taux pourra faire l'objet d'une révision :

- soit à l'initiative de la caisse ;
- soit à l'initiative de l'assuré.

e) Après consolidation : les cas de rechute

La rechute peut survenir après la guérison ou la consolidation pendant toute la vie de l'accidenté. Elle implique l'apparition d'un fait nouveau directement en rapport avec l'accident ou la maladie professionnelle. La rechute se termine par la guérison (disparition des séquelles ou retour à l'état antérieur déjà indemnisé) ou par la consolidation (les séquelles sont à évaluer).

Le médecin-conseil doit statuer sur la prise en charge des rechutes. Il se fonde sur les critères suivants :

- l'apparition d'un fait nouveau après consolidation ;
- le fait nouveau doit être en rapport avec les conséquences de l'accident, lorsqu'il s'agit d'une lésion ne figurant pas parmi les séquelles indemnisées. Il appartient alors au médecin-conseil de prendre nettement position sur son imputabilité ;
- le fait nouveau nécessite ou non un traitement dont le médecin-conseil reconnaît l'utilité.

L'acceptation de la prise en charge d'une rechute permet d'attribuer à l'intéressé les mêmes avantages que l'accident initial. Elle se termine par une guérison ou une consolidation. Dans ce dernier cas, il y a lieu de procéder à une évaluation du taux d'IPP.

1.4- ARRETS DE TRAVAIL EN MALADIE

1.4.1- Champ d'application

L'assuré doit se trouver dans l'incapacité physique constatée par un médecin (voire dans certains cas par une sage-femme) de continuer ou reprendre le travail.

Les assurés salariés ou assimilés, en arrêt de travail médicalement justifié, peuvent prétendre, sous réserve de remplir les conditions requises, au versement d'indemnités journalières destinées à compenser leur perte de salaire.

(cf. art. L. 321-1-5 et L. 323-1 Css).

L'assuré est soumis, en cas d'interruption d'arrêt de travail à un certain nombre d'obligations de nature administrative (cf. Art. L. 323-6 Css), à savoir :

- observer les prescriptions du praticien ;
- se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical ;
- respecter les heures de sortie autorisées par le praticien, qui ne peuvent excéder 3 heures consécutives par jour ;
- s'abstenir de toute activité non autorisée.

En cas d'inobservation volontaire de ces obligations, la caisse peut retenir, à titre de pénalité, tout ou partie des indemnités journalières dues.

1.4.2- Rôle du médecin-conseil

a) Evaluation de la justification médicale de l'arrêt de travail

▶ Principe

Le médecin prescripteur de l'arrêt de travail est tenu de mentionner sur l'avis d'arrêt de travail, les éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail (cf. L. 162-4-1 al.1^{er} Css).

Lorsque les informations médicales sont insuffisantes ou absentes, le contrôle médical fait connaître au service administratif les arrêts pour lesquels l'obligation susvisée n'est pas remplie. Dans ce cas, le service administratif est fondé à notifier à l'assuré un refus de droit aux prestations en espèces maladie.

Le médecin conseil évalue l'intérêt thérapeutique des arrêts de travail (art. R. 315-2-1 Css). Si l'arrêt de travail n'est plus justifié, il peut demander à la caisse de notifier la fin du versement des indemnités journalières.

▶ En cas de mise sous procédure d'accord préalable du professionnel de santé

En cas de non respect répété des dispositions relatives aux prescriptions d'arrêts de travail, le directeur de la caisse peut décider de subordonner pour une durée maximale de 6 mois, à l'accord préalable du service du contrôle médical, le versement des indemnités journalières maladie (cf. L. 162-1-15 Css)

Pendant la durée de mise sous contrôle, un arrêt de travail ne pourra faire l'objet d'une indemnisation par l'assurance maladie que si l'accord préalable a été donné par le contrôle médical.

A noter toutefois, que cette mesure de mise sous contrôle des prescriptions abusives d'arrêt de travail ne doit pas intervenir sur des prescriptions en cours d'indemnisation. En revanche, elle s'applique, le cas échéant, aux prolongations d'arrêts de travail qui suivent l'arrêt en cours.

b) Concertation médecin conseil / médecin du travail

.Au cours de toute interruption de travail dépassant 3 mois, le médecin-conseil en liaison avec le médecin traitant peut solliciter le médecin du travail, pour préparer et étudier, le cas échéant, les conditions et les modalités de la reprise du travail ou envisager les démarches de formation (cf. art. L. 323-4-1 Css).

1.5- INVALIDITE

1.5.1- L'invalidité des salariés

a) Champ d'application

La pension d'invalidité est attribuée à l'assuré de moins de 60 ans dont la capacité de travail ou de gain est réduite des 2/3 au moins, c'est-à-dire, présentant un handicap le mettant hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur au 1/3 de celui perçu dans la même région par des travailleurs de la même catégorie dans la profession qu'il exerçait avant l'arrêt de travail.

L'attribution de la pension d'invalidité a pour but d'indemniser l'incapacité de travail et donc de gain qui en résulte.

L'état d'invalidité est apprécié soit :

- après stabilisation de l'état du patient ;
- à l'expiration du délai triennal pendant lequel l'assuré a bénéficié des prestations en espèces ;
- au moment de la constatation médicale de l'invalidité, lorsque cette invalidité résulte de l'usure prématurée de l'organisme.

La pension d'invalidité est toujours concédée à titre temporaire.

Elle peut être révisée, suspendue ou supprimée en fonction de l'évolution de l'état de l'assuré.

A l'âge de 60 ans, la pension d'invalidité est automatiquement transformée en pension vieillesse au titre de l'inaptitude au travail.

b) Le rôle du médecin-conseil

Le médecin-conseil apprécie le degré d'invalidité en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge, et des facultés physiques et mentales de l'assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle.

Le médecin-conseil, en même temps qu'il se prononce sur la mise en invalidité, indique la catégorie dans laquelle doit être classé l'assuré atteint d'une incapacité des 2/3 :

- catégorie 1 : y sont classés les invalides présentant une incapacité de travail au moins égale aux 2/3 mais étant toutefois capables d'exercer une activité rémunérée. Dans ce cas, la pension d'invalidité est égale à 30% du « salaire moyen ». Le salaire annuel moyen est donc la base de calcul de la pension. Il correspond aux cotisations versées au cours des 10 meilleures années d'assurance accomplies par l'assuré, c'est-à-dire celles dont la prise en compte est la plus avantageuse ;
- catégorie 2 : y sont classés les invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque. La pension d'invalidité est égale à 50% du salaire annuel moyen ;

- Catégorie 3 : y sont classés les invalides incapables d'exercer une profession quelconque, mais également dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Etant donné que la pension d'invalidité est toujours concédée à titre temporaire, les assurés invalides peuvent être soumis à des contrôles périodiques de la part du médecin-conseil.

1.5.2- L'invalidité des exploitants

a) Champ d'application

L'assurance invalidité de l'Assurance maladie des exploitants agricoles (AMEXA) permet d'attribuer une pension à l'assuré. Le bénéficiaire de cette pension lui ouvre droit, au même titre qu'au salarié agricole invalide, aux prestations en nature de l'assurance maladie avec exonération totale du ticket modérateur et aux prestations en nature de l'assurance maternité.

L'article 18 du décret du 31 mars 1961 précise que pour pouvoir bénéficier de la pension d'invalidité, les demandeurs doivent être reconnus totalement inaptes à l'exercice de la profession agricole avant l'âge de 60 ans.

La possibilité d'octroi d'une pension d'invalidité pour inaptitude partielle a été ouverte par l'article 14 de la loi de finance rectificative pour 1975 et son décret d'application n°76-761 du 5 août 1976.

Ainsi les chefs d'exploitation qui présentent une invalidité réduisant au moins des deux tiers leur capacité à l'exercice de la profession agricole peuvent prétendre à une pension d'invalidité si durant les cinq dernières années, ils n'ont exercé cette profession qu'avec le concours de leur conjoint et éventuellement d'un seul salarié ou aide familial.

Le montant de la pension pour inaptitude partielle est fixé aux $\frac{3}{5}$ ^{ème} du montant servi pour inaptitude totale sans pouvoir être inférieur au minimum des avantages de vieillesse ou d'invalidité.

La pension d'invalidité est toujours concédée à titre temporaire et ne peut être révisée qu'en cas d'aggravation.

b) Le rôle du médecin-conseil

L'état d'invalidité est apprécié compte tenu de l'état général, de l'âge, des facultés physiques et mentales, des aptitudes et de la formation professionnelle de l'intéressé, ainsi que de ses possibilités de reclassement.

Le médecin-conseil se prononce sur l'attribution :

- d'une invalidité partielle, si l'assuré présente une inaptitude réduisant au moins des $\frac{2}{3}$ sa capacité à l'exercice de la profession agricole ;
- d'une invalidité totale, si l'assuré est totalement inapte à l'exercice de la profession agricole ;
- d'une majoration pour tierce personne, si l'état de santé de l'assuré le justifie.

Pour pouvoir statuer, le médecin-conseil doit donc avoir connaissance de la situation exacte de l'assuré, notamment en ce qui concerne son contexte social, sa qualification professionnelle, la part de travail prise dans l'exploitation avant l'invalidité et les conséquences de cet état dans la mise en valeur de l'exploitation, ses facultés de réinsertion dans la vie active au regard des possibilités d'emploi dans la région.

C'est au service administratif qu'il appartient de recueillir des renseignements sur ces différents points et de les communiquer au médecin-conseil.

Le médecin-conseil, en possession des renseignements transmis par le service administratif, procède à l'examen médical du requérant.

Ainsi et en cas d'amélioration de l'état de santé, la pension d'invalidité est supprimée à l'invalidé à qui l'on reconnaît médicalement un recouvrement de capacité générale de travail d'au moins 50%.

En cas d'aggravation de l'état de santé, la pension d'invalidité pour inaptitude totale peut se substituer à la pension d'invalidité pour incapacité des deux tiers dès lors que la condition médicale est remplie.

A noter qu'à 60 ans, la pension d'invalidité est automatiquement transformée en pension de vieillesse au titre de l'inaptitude au travail.

1.6- L'INAPTITUDE VIEILLESSE

1.6.1- Champ d'application

A partir de 60 ans, l'assuré inapte au travail peut obtenir une pension de vieillesse anticipée, compte tenu du taux normalement applicable à 65 ans.

Cette mesure intéresse aussi bien les salariés que les exploitants agricoles. Les conditions requises pour l'ouverture des droits diffèrent cependant.

a) L'inaptitude au travail des salariés agricoles

Peut être reconnu inapte au travail, l'assuré âgé de 60 à 65 ans qui n'est pas en mesure de poursuivre l'exercice de son emploi sans nuire gravement à sa santé et qui se trouve définitivement atteint d'une incapacité de travail de 50% médicalement constatée, compte tenu de ses aptitudes physiques et mentales à l'exercice d'une activité professionnelle.

Lorsque l'assuré n'a exercé aucune activité professionnelle au cours des cinq années antérieures à sa demande, l'inaptitude est appréciée exclusivement par référence à l'incapacité générale de 50%.

b) L'inaptitude au travail des exploitants agricoles

L'inaptitude au travail est appréciée en déterminant si, à la date de la demande ou à une date postérieure, l'assuré, compte tenu de son âge, de son état de santé, de ses capacités physiques et mentales, de ses aptitudes et de sa formation professionnelle, n'est plus en mesure d'exercer une activité professionnelle.

L'inaptitude vieillesse chez un exploitant n'est accordée que si les conditions suivantes sont remplies :

- justifier d'un état d'incapacité générale de travail de 50%, médicalement constaté ;
- être dans l'impossibilité de continuer son activité professionnelle sans nuire gravement à sa santé.

1.6.2- Rôle du médecin-conseil

Le médecin-conseil a pour mission d'apprécier l'inaptitude de l'assuré.

Si l'inaptitude a été accordée par un autre régime ou si le malade est déjà en invalidité, l'inaptitude peut être attribuée au vu du seul dossier.

La personne désireuse d'obtenir un avantage vieillesse, au titre de l'inaptitude, doit transmettre à la caisse un dossier contenant une information suffisante à l'appréciation par le médecin-conseil de son état.

L'assuré doit ainsi produire à l'appui de sa demande :

- un rapport établi par son médecin traitant, assorti d'une déclaration de l'assuré sur ses activités passées et, le cas échéant sa situation durant la guerre. Ce rapport comporte l'indication par le médecin traitant de ses constatations relatives à l'état général et aux manifestations pathologiques présentées par le requérant, ainsi que son avis quant à la réduction de la capacité de travail de celui-ci et au caractère définitif de son état ;
- le cas échéant, une fiche remplie par le médecin du travail.

Ainsi, pour les personnes dont le travail sur l'exploitation est surtout manuel la seule incapacité physique peut entraîner la reconnaissance de l'inaptitude. En revanche, pour celles qui se consacrent à la direction de l'exploitation, l'incapacité physique ne permet pas à elle seule la reconnaissance de l'inaptitude.

2- MISSION DE CONTROLE

2.1- DONNEES GENERALES

La mission de contrôle dévolue aux praticiens conseils du régime agricole s'exerce tant sur les soins de ville, que sur les soins hospitaliers. Elle vise le respect des dispositions législatives, réglementaires et conventionnelles.

Le praticien-conseil s'appuie sur les moyens d'observation des pratiques que permet l'informatisation des services de contrôle médical.

Dans le cadre de cette mission, les praticiens conseils du service du contrôle médical, et les personnes placées sous leur autorité, n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission et ce, dans le respect du secret médical (art. L315-1, V Css).

2.2- CONTROLE DE L'ACTIVITE ET DE LA REGULARITE DES PRESCRIPTIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTE

2.2.1- Champ d'application

Le service du contrôle médical procède à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie, notamment au regard des dispositions conventionnelles. (cf. L.315-1, IV Css)

Le droit de la défense du professionnel contrôlé doit être respecté.

2.2.2- Rôle du praticien-conseil

Le praticien-conseil constate le non-respect de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles régissant la prise en charge des frais médicaux au titre des risques maladie, maternité, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles ou de règles de nature législative que les professionnels de santé sont tenus d'appliquer dans leur exercice.

Dans le cadre de cette mission, le praticien-conseil peut se faire communiquer l'ensemble des documents, actes, prescriptions et éléments relatifs à l'activité du professionnel contrôlé.

Dans le respect des règles de déontologie médicale, il peut consulter les dossiers médicaux des patients ayant fait l'objet de soins dispensés par le professionnel concerné au cours de la période d'analyse.

Il peut, en tant que de besoin, entendre et examiner ces patients après en avoir informé le professionnel (cf. art. R. 315-1-1 Css).

2.3- CONTROLE DES ASSURES

2.3.1- Champ d'application

Le service du contrôle médical constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêts de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations (art. L. 315-1 Css).

Il peut également, au vu des dépenses présentées au remboursement, et compte tenu de leur importance, procéder à une évaluation de l'intérêt thérapeutique des soins prodigués à un assuré social « gros consommant » (art. L. 315-2-1 Css).

2.3.2- Rôle du praticien-conseil

Le praticien-conseil peut convoquer l'assuré pour procéder à l'évaluation de l'intérêt thérapeutique des soins dispensés ou des arrêts prescrits.

Le service du contrôle médical peut établir, le cas échéant, conjointement avec un médecin choisi par l'assuré, des recommandations sur les soins et les traitements appropriés. Ces recommandations sont transmises à l'assuré par le médecin choisi par celui-ci, lorsque ces recommandations sont établies conjointement, ou à défaut, par le service du contrôle médical (L. 315-2-1 Css).

Les recommandations ne se substituent pas aux prescriptions médicales et n'interrompent pas les traitements et soins en cours. La procédure d'évaluation peut néanmoins aboutir, le cas échéant, à une suspension des prestations.

2.4- CONTROLE DES ETABLISSEMENTS

Pour l'exercice de leur mission, les médecins-conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, dans le respect des règles de déontologie médicale, aux informations médicales contenues dans le dossier médical du malade hospitalisé (L.315-1, III Css ; L. 710-2 du Code de la santé publique).

2.4.1- Contrôle T2A

Le service du contrôle médical participe au contrôle des informations médico-administratives, pour le compte de l'ARH, en vue de s'assurer de la qualité et de la fiabilité des informations produites dans le cadre du PMSI et utilisées pour la tarification à l'activité (T2A) (L. 162-29 Css) et que l'assurance maladie n'effectue pas de paiement injustifié.

Il s'agit d'un contrôle externe réalisé dans le cadre régional (ARH), coordonné au sein des unités de coordination régionales (UCR) à partir du ciblage d'établissements et d'un contrôle sur site (« sur pièce et sur place »).

2.4.2- Contrôle de l'activité des établissements de santé

Le service du contrôle médical procède à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des établissements de santé dans lesquels sont admis des bénéficiaires de l'assurance maladie (L. 315-1 III Css).

La mise en place de ce contrôle est bien souvent initiée au niveau régional et fait l'objet d'une action collective en inter régimes.

Le praticien-conseil vérifie dans ce cadre le respect de la bonne adéquation des soins.

2.4.3- Contrôles ciblés sur les assurés

Le service du contrôle médical, contrôle périodiquement sur le plan médical les conditions d'hospitalisations des assurés. (art. L. 162-29, R. 166-4 Css)

Le praticien-conseil s'assure dans ce cadre que :

- le patient nécessitait bien un recours à l'hospitalisation ;
- l'hospitalisation est réalisée dans le service le plus adapté ;
- la durée d'hospitalisation correspond à l'état du malade.

En cas de mauvaise orientation ou de séjour excessif, le médecin-conseil peut se prononcer sur la meilleure orientation souhaitable.

3- MISSION DE PROMOTION DE LA SANTE ET DE LA QUALITE DES SOINS

3.1- PROMOTION ET COORDINATION DES ACTIONS EN SANTE PUBLIQUE

La santé publique couvre la santé globale sous les aspects notamment curatifs, préventifs, éducatifs et sociaux. Elle doit contribuer à améliorer l'efficacité et l'efficience du système de soins et réduire les risques, en terme d'apparition ou de réapparition, d'une maladie.

Les actions de santé publique visent notamment à mener des actions de promotion de la santé et de prévention, des actions d'éducation thérapeutique.

3.1.1- Champ d'application

L'activité de médecine préventive s'exerce dans le cadre du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires agricole.

Le programme national de prévention est adopté chaque année par le Conseil d'administration de la Caisse centrale de MSA. Celui-ci intègre les orientations pluriannuelles fixées par la Convention d'objectifs et de gestion (COG), qui, au-delà de la nécessaire implication du régime dans les programmes nationaux de santé publique, met l'accent sur sa volonté de valoriser les examens de santé et de développer des actions thématiques ciblées sur les besoins de la population agricole.

Le programme national de prévention comporte :

- des actions obligatoires, d'origine réglementaire initiées par l'Etat ou conventionnelles, qui sont :
 - soit communes à toutes les caisses (ex : campagnes de vaccination / de dépistage des cancers / de prévention bucco-dentaire) ;
 - soit développées sur des sites géographiques accrédités.

- des actions proposées par la Caisse centrale aux caisses départementales :
 - o des actions de suite aux examens de santé, mises en place après observations issues de l'analyse des données des examens de santé ;
 - o des actions institutionnelles thématiques (ex : action « seniors soyez acteurs de votre santé »).

- des actions d'initiative locale liées aux caractéristiques, au mode de vie et à l'environnement de la population agricole.

3.1.2- Organisation des activités liées à la prévention en MSA

Au sein d'une caisse de MSA, il n'y a pas de service dédié exclusivement à la médecine préventive, mais cette activité est rattachée soit à la médecine du travail, soit au contrôle médical. A de rares exceptions, il n'y a pas, au sein des Caisses du réseau MSA, de médecin dédié exclusivement à la médecine préventive.

L'activité de prévention implique également l'investissement des services administratifs et sociaux.

3.1.3- Rôle du praticien-conseil

Le praticien-conseil exerce dans ce cadre un rôle de coordination des actions de promotion de la santé, tant au sein de l'organisme ou de l'institution qu'auprès des partenaires et des acteurs locaux, ainsi que des fonctions d'expert.

Dans le cadre de ces actions, le médecin conseil peut être amené à exercer des fonctions d'information, d'éducation, d'animation vis-à-vis des assurés.

3.2- ANALYSE ET SUIVI DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

3.2.1- Suivi des accords de bon usage des soins, contrats de bonnes pratiques et contrats de santé publique

a) Champ d'application

Les accords de bon usage des soins, contrats de bonnes pratiques et contrats de santé publique sont destinés à améliorer la qualité des soins et à faire évoluer les pratiques par la mise en place de dispositifs incitatifs des professionnels. Ils sont signés entre l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé.

▶ L' Acbus (accord de bon usage des soins) est un engagement collectif prévoyant un objectif médicalisé d'évolution des pratiques et les actions permettant de les atteindre.

▸ Le contrat de bonnes pratiques (CBP) est un engagement négocié collectivement avec une adhésion individuelle du professionnel facultative. Il comprend obligatoirement un item sur les pratiques professionnelles et un sur les modalités de suivi par les services médicaux de l'assurance maladie de l'activité du professionnel. Le contrat de bonnes pratiques ouvre droit à rémunération forfaitaire.

▸ Le contrat de santé publique (CSP) est un engagement négocié collectivement avec une adhésion individuelle facultative portant sur des actions de permanence et de coordination des soins et/ou des actions de prévention. Le contrat de santé publique ouvre droit à des rémunérations forfaitaires.

b) Rôle du praticien-conseil

Le rôle du praticien-conseil est d'assurer le suivi du respect de ces accords par les professionnels avant paiement des rémunérations forfaitaires prévues dans les accords. Il s'agit pour les CBP et CSP d'un suivi individuel des professionnels sur les actes concernant les assurés du régime agricole. Ce suivi du respect des engagements de pratique médicale est réalisé dans le cadre des instances conventionnelles, en coordination avec le régime général et le régime des travailleurs indépendants.

3.2.2- Suivi des référentiels et analyse comparative collective

Il s'agit, de réaliser un état des lieux dans un domaine, en vue de participer à des études de besoins ou de contribuer à l'élaboration de référentiels ou de préparer une décision.

Les interventions sont de type informatif vis-à-vis de la profession ou des décideurs.

Le rôle du praticien-conseil est de procéder à une analyse descriptive de pratiques médicales au regard de référentiels.

4- MISSION RELATIVE A LA PLANIFICATION ET L'OFFRE DE SOINS

4.1- MISSION D'INGENIERIE MEDICO-SOCIALE

4.1.1- Champ d'application

L'ingénierie médico-sociale recouvre l'ensemble des prestations qui consistent à analyser les besoins, puis à étudier, concevoir et accompagner la promotion et la mise en place de nouvelles organisations d'offre de soins.

Les champs investis par le régime agricole concernent pour l'essentiel l'offre de soins en milieu rural (ex : réseaux gérontologiques, maisons médicales, dispensation de médicaments au domicile des patients, prestations de pharmaciens pour le maintien à domicile ...).

4.1.2- Rôle du praticien-conseil

Dans le cadre de cette mission, le praticien-conseil est amené à :

- initier des projets, aider des promoteurs à préciser des projets en cours, apporter une méthodologie, un savoir-faire, des propositions et des informations sur ce qui se fait ailleurs dans le même domaine ;
- accompagner des professionnels de santé, notamment pour l'élaboration du projet médical ;
- mener des actions d'évaluation et de sensibilisation des professionnels de santé ;
- mettre en place des actions de communication ;
- participer à l'évaluation du projet.

Le praticien-conseil, en collaboration avec les services administratifs de la caisse, entretient des relations avec les autres institutions concernées, à la recherche de financement, au montage des dossiers, aux actions de lobbying, au suivi et à l'évaluation des projets.

4.2- MISSION D'EXPERT

4.2.1- Conseil

a) Au sein des instances

En partenariat avec les médecins de l'Etat et des autres régimes, les médecins-conseils peuvent apporter leur expertise, en portant notamment une appréciation médicale sur le fonctionnement des structures et l'organisation des soins, pour les contrats d'objectifs et de moyens, les autorisations, l'élaboration des SROS... Les conclusions de leurs travaux sont utilisées par l'ARH dans ses négociations et ses décisions.

b) Au sein des établissements

Le praticien-conseil peut siéger au sein des Commissions médicales (CME) des établissements pour lesquels il participe à l'analyse d'activité.

Le praticien-conseil peut apporter son expertise et émettre un avis plus particulièrement sur le projet médical (réponses apportées par l'hôpital aux besoins de santé de la population qui lui est confiée, en matière de discipline, de spécialités...)

4.2.2- Avis

a) Avis sur les projets financés par les URCAM et ARH

Le praticien-conseil peut être sollicité pour rendre un avis sur l'opportunité et le fonctionnement des réseaux (notamment pour apprécier l'éligibilité du dossier à un financement par l'assurance maladie (FAQSV (Fonds d'aide à la qualité des soins de ville) , DRDR (dotation régionale des réseaux)...))

b) Avis sur l'organisation des soins hospitaliers et médico-sociaux

Le praticien-conseil peut être désigné comme rapporteur, par exemple d'une demande d'autorisation. Dans ce cadre, il est chargé d'étudier et présenter le projet à l'ensemble des membres de la commission du CROSS (comité régional d'organisation sanitaire et sociale) en formulant une proposition d'avis.

5- AUTRES ATTRIBUTIONS

5.1- REFERENT TECHNIQUE

5.1.1- Auprès de la Caisse

Ce rôle s'exerce :

Sur le plan technique afin d'éclairer, à l'occasion d'un dossier particulier, l'analyse que doit faire le service prestations pour déterminer le montant de la prise en charge et éventuellement apprécier la qualité de la prestation,

Sur le plan plus global concernant la définition et l'orientation de la politique de santé de la caisse.

A ce titre, le médecin-conseil est consulté à l'occasion :

- de la définition d'une politique générale à défendre au sein des diverses instances traitant des questions médicales et médico-sociales au sein desquelles la MSA doit être représentée (ex : COTOREP (Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel)...))
- de toute création d'œuvres ou institutions à caractère médical, sanitaire et social, dont le financement est assuré par le Fonds d'action sanitaire et sociale de la Caisse,
- de la conception et de la réalisation d'actions de prévention.

5.1.2- Auprès de l'assuré

Le médecin-conseil doit d'efforcer de rechercher tous les éléments permettant d'assurer la meilleure prestation possible. Il semble utile que s'instaure un dialogue entre l'assuré, le médecin-conseil et le médecin traitant.

Le médecin-conseil ne pourra intervenir dans le plan de soins qu'en matière d'affection de longue durée.

Dans toute la mesure de ses possibilités, le médecin-conseil doit, en concertation avec le médecin du travail, aider l'assuré à rétablir l'équilibre social, familial et économique compromis par la maladie. Il devient ainsi un conseiller en médecine sociale.

5.1.3- Auprès du praticien traitant

Le médecin-conseil doit apporter aux praticiens traitants une information sur une législation complexe et en constante évolution et leur faire prendre conscience de leur responsabilité économique dans le fonctionnement de l'assurance maladie.

5.2- RECOURS CONTRE TIERS

5.2.1- Champ d'application

Lors d'une consultation, le professionnel de santé a l'obligation de compléter la rubrique de la feuille de soins indiquant si les soins sont consécutifs ou non à un accident. Lorsque celui-ci est causé par un tiers responsable, la Caisse peut alors mettre en place la procédure de "recours contre tiers".

Cette disposition permet à la MSA de récupérer auprès du responsable de l'accident (ou de son assureur) les sommes correspondant aux prestations versées aux victimes.

5.2.2- Rôle du praticien-conseil

La mission du contrôle médical dans le recours contre tiers est de permettre au service administratif de :

- déterminer quelles sont les prestations en lien avec l'accident ;
- déterminer au mieux la créance (y compris les frais futurs) ;
- savoir si l'assiette du recours a été déterminée de façon juste par la compagnie d'assurance.

a) Avant la consolidation

Le praticien-conseil est chargé de :

- examiner les pièces du dossier, éventuellement la victime, pour déterminer les soins en rapport avec l'accident ;
- dégager un éventuel état antérieur ;
- étudier l'imputabilité des lésions à l'accident.

b) Après la consolidation

Après la consolidation, le praticien-conseil devra évaluer de façon définitive :

- la durée d'incapacité totale de travail (ITT) ;
- les soins en rapport ;
- la date de consolidation ;

- l'incapacité permanente partielle (IPP) en droit commun ;
- une éventuelle invalidité ;
- un éventuel reclassement professionnel ;
- les frais futurs.

Enfin, il devra aussi intervenir dans le cas de litige et si nécessaire en cas d'aggravation.

5.3- CONTENTIEUX

Le praticien-conseil doit engager des procédures contentieuses lorsqu'il estime que les griefs relevés à l'encontre d'un professionnel de santé le justifient.

Il est ainsi compétent pour :

- saisir ou faire saisir les juridictions ordinaires ;
- saisir les instances conventionnelles.

5.3.1- Contentieux ordinal

Le praticien peut saisir :

- la section des assurances sociales du Conseil de l'Ordre pour les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre d'un professionnel de santé à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux ;
- la section disciplinaire pour tout manquement au code de déontologie.

Les abus, fautes et fraudes constituant le plus souvent des manquements au code de déontologie, il est parfaitement possible d'engager une action tant devant la section disciplinaire que devant la section des assurances sociales.

Il est à noter toutefois que la procédure devant la section des assurances sociales est une procédure lourde qui ne peut être engagée qu'en cas de mise en cause grave ou répétée de la qualité des soins ou en cas d'infraction répétée à la réglementation.

5.3.2- Contentieux conventionnel

Le praticien conseil peut saisir les instances conventionnelles pour inobservation des règles de bonne pratique par les professionnels liés par les conventions avec l'assurance maladie et exerçant à titre libéral.

5.4- REPRESENTATION DE L'INSTITUTION

Le praticien-conseil est chargé de représenter, à titre d'expert, l'Institution dans certaines instances (commission exécutive des ARH, commissions paritaires locales et régionales mises en place dans le cadre des conventions signées avec les professionnels de santé, commission technique d'orientation et de reclassement professionnel, commission d'éducation spéciale ...).

MSA Caisse Centrale

Les Mercuriales

40, rue Jean Jaurès

93547 Bagnolet Cedex

Direction de la Santé

Echelon National du Contrôle Médical

tél. 01 41 63 73 11

