

**PROGRAMME DE QUALITÉ
ET D'EFFICIENCE
« ACCIDENTS DU TRAVAIL –
MALADIES PROFESSIONNELLES »**

PRESENTATION STRATEGIQUE

DU PROGRAMME DE QUALITÉ ET D'EFFICIENCE

« ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES »

La branche « accidents du travail - maladies professionnelles » (AT-MP) pèse d'un poids modeste dans l'ensemble des dépenses des régimes de base de Sécurité sociale : 12,5 milliards d'euros en 2009, soit moins de 3 % de l'ensemble des dépenses consolidées de ces régimes. De plus, l'évolution tendancielle des dépenses au titre de ce risque est moins rapide que celle des recettes des régimes sociaux, en raison de la tendance de long terme à la diminution des accidents du travail. Cette évolution s'explique par la réduction du poids dans l'économie française des secteurs industriels comportant les plus forts risques, mais également par les progrès de la prévention. Dans ce contexte, sans négliger les enjeux de viabilité financière, un accent particulier peut être mis, dans les réflexions sur l'évolution à moyen terme de la branche AT-MP, sur d'une part, l'adéquation des prestations offertes aux besoins de réparation des salariés victimes d'un accident ou d'une maladie d'origine professionnelle, et d'autre part, l'amélioration de l'efficacité des actions et des incitations en faveur de la prévention des risques professionnels.

Pour le seul régime général, ce sont en effet 1,25 million d'accidents du travail, d'accidents de trajet et de maladies professionnelles qui ont été reconnus en 2009, dont un peu moins des deux tiers donnent lieu à un arrêt de travail. L'axe majeur d'évolution de l'action publique dans le domaine de la santé au travail au cours des dernières années est donc la réduction de la fréquence des sinistres par un effort particulier en matière de prévention des risques. Le nouveau plan « Santé au travail » élaboré pour la période 2010-2014 concrétise le haut degré de priorité politique assigné à cet objectif par les pouvoirs publics. La conclusion d'une nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et la branche AT-MP pour la période 2009-2012 a également fourni l'occasion de réaffirmer le rôle décisif de la Sécurité sociale en matière de protection de la santé au travail tout au long de la vie professionnelle.

En particulier, la France dispose, avec une tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles comportant une composante basée sur l'historique individuel de la sinistralité de chaque entreprise et d'autres mécanismes financiers incitatifs, d'instruments puissants pour encourager les employeurs à réduire les risques professionnels tout en assurant l'équilibre financier de la branche AT-MP. Ces outils doivent être continuellement adaptés afin de produire un impact maximum sur les comportements des cotisants. A cet égard, l'année 2010 a été riche d'évolutions, avec la mise en œuvre des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 qui visent à renforcer la lisibilité des dispositifs d'incitation financière et de majoration des cotisations, et surtout l'adoption par les partenaires sociaux gestionnaires de la branche AT-MP d'une réforme de la tarification de ce risque qui prendra son plein effet en 2014.

Le programme de qualité et d'efficacité « Accidents du travail – maladies professionnelles » ambitionne de rendre compte de ces problématiques, et à cette fin distingue trois objectifs principaux assignés aux politiques de prévention et de réparation des risques professionnels qui ont été évoqués dans cette présentation :

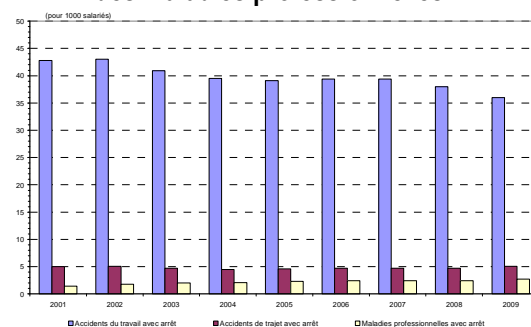
- Réduire la fréquence et la gravité des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles grâce à la prévention.
- Améliorer la reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles et l'équité de la réparation.
- Garantir la viabilité financière de la branche AT-MP.

Les résultats obtenus par les politiques en matière de santé au travail seront successivement examinés au regard de ces trois objectifs.

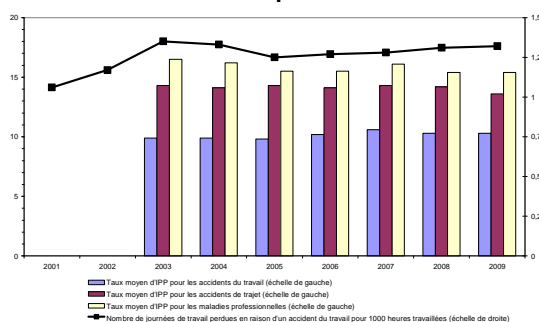
Objectif n° 1 : réduire la fréquence et la gravité des accidents du travail, des accidents du trajet et des maladies professionnelles grâce à la prévention

La réduction de la fréquence et de la gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles constitue une finalité prioritaire de la branche AT-MP, comme en témoigne le premier programme opérationnel de la nouvelle COG qui porte sur la mise en œuvre et le pilotage de programmes de prévention centrés sur des cibles et des risques prioritaires. La tendance observée depuis le début de la présente décennie montre une diminution progressive de la fréquence des accidents du travail ayant entraîné un arrêt de travail (36,0 pour 1 000 salariés en 2009, contre 42,8 en 2001). Alors que la fréquence des accidents de trajet diminuait depuis 2001, on assiste en 2009 à une forte augmentation (5,1 pour 1 000 salariés contre 4,7 en 2008) due notamment aux mauvaises conditions climatiques hivernales de 2009. Parallèlement, la fréquence des maladies professionnelles avec arrêt continue de progresser en 2009 (2,7 pour 1 000 salariés contre 2,4 en 2008 cf. indicateur n° 1-1, 1^{er} sous-indicateur), principalement du fait de la croissance continue des troubles musculo-squelettiques. La diminution des accidents du travail concerne tous les secteurs, à l'exception du secteur des activités de services regroupant les banques, les assurances et les administrations. Dans les secteurs à plus forts risques - BTP, industries (alimentation, textile), etc. (cf. indicateur n° 1-2) -, l'indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt baisse fortement en 2009 pour atteindre 59,4 pour 1 000 salariés, soit en dessous de l'objectif fixé pour 2009 d'un taux d'accidents avec arrêt de 62 pour 1 000 salariés. Enfin, en matière de gravité des accidents, les indicateurs sont défavorablement orientés pour la quatrième année consécutive, si l'on prend pour mesure le nombre de journées de travail perdues en raison d'un accident du travail. Cette évolution est cependant à relativiser car, pour les accidents et les maladies donnant lieu à incapacité partielle permanente, le taux moyen de cette incapacité semble se stabiliser en 2009 (cf. indicateur n° 1-3). Au demeurant, l'allongement des durées d'arrêt peut être dû à des facteurs autres que la seule gravité intrinsèque des sinistres.

Indice de fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles



Indices de gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles



Source : CNAMTS, statistiques nationales technologiques.

Face à ces tendances, le Gouvernement a pris un ensemble de mesures destinées à réduire les risques pour la santé en milieu professionnel. Le nouveau plan de santé au travail pour la période 2010-2014 met l'accent sur la recherche en santé au travail, sur la prévention des risques professionnels - tout particulièrement dans le domaine des risques psycho-sociaux, des risques chimiques et des troubles musculo-squelettiques -, l'accompagnement des entreprises, et notamment des plus petites d'entre elles, dans l'élaboration de leurs stratégies de prévention, et la coordination des interventions des acteurs au niveau régional - services de l'inspection du travail, de la santé au travail, de la branche AT-MP, de l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail et de l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics. Concernant les services de santé au travail, le Gouvernement propose, dans le cadre du projet de loi portant réforme des retraites, de renforcer leur rôle, notamment dans la traçabilité des expositions en confiant au médecin du travail la constitution, pour chaque salarié, d'un dossier médical en santé au travail protégé par le secret médical.

Cet engagement des autorités françaises rejoint celui de l'Union européenne, qui a adopté en février 2007 une stratégie communautaire en matière de santé et de sécurité au travail. Cette stratégie retient l'objectif d'une diminution de 25 % entre 2007 et 2012, en moyenne dans l'ensemble des 27 États membres de l'Union européenne, des accidents de travail donnant lieu à un arrêt de travail de plus de trois jours (*cf. indicateur n° 1-1, 2^{ème} sous-indicateur*) ou entraînant un décès (*cf. indicateur n° 1-3, 3^{ème} sous-indicateur*). Les initiatives prises par la France doivent permettre d'apporter une contribution décisive à cet objectif européen. Eu égard à l'importance qui s'y attache, il est proposé de porter une attention toute particulière à l'évolution des indicateurs associés à cet objectif.

L'amélioration des résultats en matière de lutte contre les accidents du travail et les maladies professionnelles repose d'abord sur les progrès de l'évaluation des risques professionnels au sein des entreprises. Les services de la branche « accidents du travail – maladies professionnelles » procèdent à des visites d'entreprise visant à renforcer les actions de prévention, et peuvent proposer dans ce cadre des contrats de prévention qui prévoient des actions concertées et des incitations financières en faveur de la réduction de la fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles. En 2009, un plan national d'actions coordonnées, définissant un socle d'actions communes à l'ensemble des caisses régionales afin de réduire la sinistralité dans certains secteurs et pathologies ciblés (troubles musculo-squelettiques, cancers d'origine chimique, risques routiers, risques psycho-sociaux, BTP, grande distribution, intérim), a été mis œuvre. Son suivi jusqu'en 2012 permettra d'évaluer les actions menées spécifiquement sur les risques importants (*cf. indicateur n° 1-5, 2^{ème} sous-indicateur*).

Les visites d'entreprises, réalisées par l'inspection du travail, portent dans près de deux cas sur trois sur le thème de la santé et de la sécurité au travail, et donnent lieu le cas échéant à des contre-visites permettant de constater la réalité des actions de mise en conformité avec les normes de sécurité réalisées par les employeurs (*cf. indicateur n° 1-4*). En 2009, environ une visite de contrôle sur trois ayant donné lieu à observation a ainsi été suivie d'effet. A l'avenir, une refonte du système d'information de l'inspection du travail permettra d'enrichir cet indicateur, afin qu'il permette de mesurer l'impact effectif de ces visites sur le respect

par les entreprises de la démarche d'évaluation des risques.

Les autres moyens engagés par la branche AT-MP portent sur les campagnes d'information et de communication menées à l'échelon national et régional (*cf. indicateur n° 1-5, 1^{er} sous-indicateur*).

Par ailleurs, la tarification des risques professionnels incite chaque entreprise à la prévention tout en assurant une mutualisation du financement qui évite de pénaliser trop fortement les entreprises les plus exposées ou de très petite taille. Le compromis trouvé entre ces deux objectifs consiste à fixer des règles de calcul des taux de cotisation différentes selon la taille et le secteur d'activité de l'entreprise : entièrement collectifs en fonction de la sinistralité du secteur pour les entreprises de moins de 10 salariés, partiellement individualisés en fonction de l'historique des risques propres de l'entreprise pour celles qui comptent de 10 à 199 salariés, entièrement individualisés pour les entreprises de 200 salariés et plus. L'incitation à la prévention apparaît logiquement faible pour les entreprises tarifées de manière collective qui constituent, il est vrai, la catégorie pour laquelle l'on dénombre proportionnellement le moins d'accidents du travail (26 pour 1 000 salariés, contre respectivement 36 et 52 pour 1 000 dans les entreprises tarifées de manière individuelle ou mixte). Pour les entreprises relevant des autres modes de tarification, la pénalisation financière apparaît bien plus forte lors de la survenue d'un accident grave que dans le cas d'un accroissement, même élevé, du nombre des accidents bénins (*cf. indicateur n° 1-6*), et c'est notamment cet enjeu qui a conduit à l'adoption par les partenaires sociaux gestionnaires de la branche AT-MP d'une réforme importante de la tarification des risques professionnels.

Cette réforme a été introduite dans la réglementation par un décret du 7 juillet 2010, qui fixe de nouvelles règles de tarification à partir de 2010 conduisant à un nouveau mode d'imputation des sinistres au compte de l'employeur selon des tarifs calculés sur la base de coûts moyens : alors qu'aujourd'hui l'ensemble des dépenses, y compris celles résultant d'accidents ou de maladies très anciens, sont prises en compte, les taux de cotisations seront calculés, sur la base de coûts moyens, en fonction des durées d'arrêt de travail et du degré d'incapacité permanente des seuls AT-MP déclarés dans une période récente. Cette nouvelle règle permettra de rendre plus lisible et plus rapide

l'incidence des sinistres sur l'évolution des taux de cotisation. Elle favorisera également une meilleure sensibilisation des entreprises à l'intérêt des actions de prévention des risques professionnels. Enfin, la référence à des coûts moyens par catégorie d'accident dans chaque grand secteur d'activité limitera les transferts financiers d'un secteur à l'autre.

Ce texte prévoit en outre d'abaisser le seuil de la tarification individuelle de 200 à 150 salariés. Parallèlement, le plafond de la tarification collective passera de 9 à 19 salariés, ce qui apportera une simplification importante aux 60 000 entreprises de moins de vingt salariés. Il en résultera un resserrement des seuils de la tarification mixte, qui s'appliquera donc aux entreprises dont l'effectif est compris entre 20 et 149 salariés, au lieu d'un intervalle compris entre 10 et 199 salariés. De la sorte, ces entreprises de taille intermédiaire, dont la sinistralité est la plus élevée, verront la part de leur taux individuel augmenter, ce qui les incitera à développer leur effort de prévention.

Enfin, ce texte prévoit la possibilité, pour les grandes entreprises multi-établissements, en tarification mixte ou individuelle, de demander le calcul d'un seul taux de cotisation pour l'ensemble

de leurs établissements ayant la même activité, contribuant ainsi au développement d'une politique globale de prévention dans les grandes entreprises.

Objectif n° 2 : améliorer la reconnaissance des AT-MP et l'équité de la réparation

L'amélioration de la reconnaissance des maladies professionnelles et de l'équité de la réparation constitue également un enjeu d'importance de la politique en matière de prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles.

A côté de la procédure de reconnaissance des maladies professionnelles fondée sur des tableaux décrivant les conditions pour bénéficier d'une indemnisation au titre des différentes affections liées au milieu professionnel, il existe des procédures particulières autorisant la reconnaissance des maladies professionnelles qui ne répondent pas aux critères définis dans les tableaux ou qui n'y figurent pas, permettant ainsi de prendre en compte des pathologies nouvelles. Ces procédures se sont développées et ont permis de reconnaître près de 5 700 maladies en 2009 (*cf. indicateur n° 2-1*).

**Nombre de maladies professionnelles reconnues
par dérogation aux critères des tableaux (alinéa 3) et en dehors des tableaux (alinéa 4)**

	2005	2006	2007	2008	2009
Affections rhumatologiques	2 767	3 036	3 150	3 634	4 429
Affections amiante	475	509	524	458	462
Surdité	295	285	245	272	248
Affections respiratoires	86	151	84	166	113
Affections de la peau	32	28	16	26	79
Autres pathologies	151	38	162	119	132
Nombre de pathologies reconnues au titre de l'alinéa 3	3 806	4 169	4 181	4 675	5463
Nombre de pathologies reconnues au titre de l'alinéa 4	129	150	176	186	227

Source : CNAMTS.

L'équité de la reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles passe également par une homogénéisation des pratiques des caisses primaires d'assurance maladie. Ce thème fait d'ailleurs également l'objet d'un programme opérationnel de la nouvelle COG de la branche AT-MP. Les études menées par la CNAMTS montrent que la dispersion des taux de reconnaissance observés dans les différentes caisses primaires est plus forte pour les maladies professionnelles que pour les accidents du travail et

les accidents de trajet (*cf. indicateur n° 2-2*). Dans deux domaines particuliers, les accidents de trajet et les troubles musculo-squelettiques, la réduction des disparités de la prise en charge par les organismes locaux fait l'objet d'un objectif national depuis 2008, et de fait on observe cette année encore une réduction appréciable de cette hétérogénéité dans le cas des accidents de trajet, en particulier, et, dans une moindre mesure des maladies professionnelles, et une stabilisation pour les accidents du travail.

Objectif n° 3 : garantir la viabilité financière de la branche

Un équilibre financier durable est la condition nécessaire pour préserver un haut niveau de qualité de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. C'est pourquoi, à l'instar de ce qui est fait pour l'ensemble des branches dans le cadre des programmes de qualité et d'efficience, il importe de suivre dans la durée son solde financier. Dans la branche AT-MP du régime général, après un exercice 2007 déficitaire en raison de la charge exceptionnelle qu'ont constituée la reprise des déficits pour 2006 et 2007 du Fonds de cessation d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et une régularisation de l'imputation de certaines charges en faveur de la branche maladie, l'année 2008 a vu le retour à un excédent significatif, représentant 2,3 % des charges nettes (cf. indicateur n° 3-1). L'année 2009 a été marquée, comme pour les autres branches, par une baisse des recettes de la branche (- 3,2 %). Par ailleurs, des charges supplémentaires ont été enregistrées au titre de la réparation des maladies liées à l'amiante et de la prise en compte au bénéfice de la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles. Au total, le ratio produits sur charges s'est fortement dégradé pour atteindre 93,6 %.

L'exercice 2010 se présente de façon plus favorable, car d'une part les recettes de la branche devraient retrouver une dynamique positive (+ 4,1 %) et d'autre part les dépenses ralentiraient en 2010 pour progresser à un rythme de 1,9 % contre 5,8 % en 2009. Au total, le ratio d'adéquation des dépenses aux recettes devrait légèrement s'améliorer pour s'établir à 95,7 %. Pour 2011, les comptes prévisionnels associés au projet de loi de financement de la sécurité sociale retiennent l'hypothèse d'un ajustement à la hausse des cotisations - + 0,1 point - permettant d'atteindre l'équilibre financier de la branche AT-MP. Ainsi, les comptes de la branche reflèteront-ils plus fidèlement sa vocation assurantielle, qui commande que les contributions des employeurs soient effectivement calibrées à l'équilibre avec les coûts de l'indemnisation des sinistres.

Les comptes de la branche AT-MP sont affectés par les transferts importants vers d'autres branches ou fonds de financement de la sécurité sociale. Outre la contribution au titre de la sous-déclaration des accidents et des maladies professionnelles déjà

évoquée, une part croissante des ressources de la branche (18,2 % en 2009) est utilisée à l'indemnisation des victimes de l'amiante, et notamment aux fonds finançant les coûts liés à l'exposition à l'amiante d'origine essentiellement professionnelle : le FCAATA pour la préretraite des travailleurs qui ont été exposés à l'amiante, et le FIVA pour l'indemnisation des victimes de l'amiante. Les seuls transferts au profit de ces deux organismes ont représenté une charge de 1,2 milliard d'euros en 2009, soit plus de 10 % de l'ensemble des ressources de la branche, contre 7 % en 2001.

Les comptes de la branche AT-MP auraient connu un solde plus fortement négatif encore sans les efforts réalisés afin de récupérer auprès d'éventuels tiers responsables le montant des indemnités versées. Les sommes recouvrées à ce titre ont progressé entre 2000 et 2009 pour atteindre au total près de 400 millions d'euros en 2009 (cf. indicateur n° 3-3). Le léger repli des montants récupérés observé en 2009 s'explique par des consignes données aux caisses en 2007 et 2008 de comptabilisation des dossiers en instance, ce qui a artificiellement fait augmenter les montants récupérés ces deux années là.

*
**

Synthèse

Les évolutions contrastées de la fréquence et de la gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles au cours des dernières années montrent que les politiques de promotion de la santé au travail et de réparation des risques professionnels portent leurs fruits. Elles doivent être poursuivies sans relâche et encore développées dans le domaine de la réduction de la pénibilité. La mise en œuvre du deuxième plan de santé au travail pour la période 2010-2014 et les actions prévues par la convention d'objectifs et de gestion de la branche AT-MP, notamment dans le cadre du plan national d'actions coordonnées, ainsi que les évolutions à venir de la tarification des risques professionnels sont de nature à renforcer l'engagement des employeurs dans des politiques de management de la sécurité et de prévention active.

*
**

Les responsables administratifs portant à titre principal les politiques sous-jacentes au programme « Accidents du travail – maladies professionnelles » sont les suivants (par ordre alphabétique des institutions concernées) :

- Monsieur Frédéric Van Roekeghem, Directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ;
- Monsieur Jean-Denis Combrexelle, Directeur général du travail (DGT) ;
- Monsieur Dominique Libault, Directeur de la sécurité sociale (DSS).

LISTE DES INDICATEURS DE CADRAGE DU PROGRAMME DE QUALITÉ ET D'EFFICIENCE « ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES »

Partie I - Données de cadrage	Producteurs techniques	Page
1 - Evolution et répartition des prestations d'AT-MP versées par régime	DSS	14
2 - Répartition et évolution du nombre d'accidents du travail, de maladies professionnelles, d'accidents du trajet reconnus par la CNAMTS * répartition de l'ensemble des sinistres survenus en 2009, et évolution depuis 2002 * répartition des sinistres avec arrêt reconnus en 2009, et évolution depuis 2002	CNAMTS / DSS	16 20
3 - Répartition des AT-MP par secteur d'activité au regard des effectifs de salariés affiliés au régime général dans ces secteurs * répartition des accidents du travail avec arrêt par secteur d'activité et évolution du taux d'accidents du travail avec arrêt de 2000 à 2009, par secteur * répartition des accidents de trajet avec arrêt par secteur d'activité et évolution du taux d'accidents de trajet avec arrêt de 2000 à 2009, par secteur * répartition des maladies professionnelles avec arrêt par secteur d'activité et évolution du taux de maladies professionnelles avec arrêt de 2000 à 2009, par secteur	CNAMTS / DSS	22 24 26
4 - Évolution et structure des dépenses d'AT-MP servies par la CNAMTS	CNAMTS / DSS	28
5 - Structure, par âge, des nouveaux bénéficiaires des prestations AT-MP	CNAMTS / DSS	30
6 - Niveaux moyens des flux de rentes et de capitaux d'AT-MP servis par la CNAMTS par bénéficiaire	CNAMTS / DSS	34
7 - Nombre et ventilation par pathologie des maladies professionnelles indemnisées par les Caisses primaires d'assurance maladie	CNAMTS / DSS	36
8 - Nombre de victimes indemnisées par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et/ou par le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), et montants moyens versés * nombre de victimes indemnisées par le FIVA et montants moyens versés * nombre de personnes admises en préretraite FCAATA et montants moyens de l'ACAATA	DSS	38 40
9 - Part des contributions de la branche AT-MP consacrée à l'indemnisation des victimes de l'amiante (tableaux 30, 30bis et dotations aux fonds FIVA et FCAATA) rapportée à l'ensemble des dépenses de la branche	CNAMTS / DSS	42
10 - Répartition des salariés et du nombre d'accidents avec arrêt en fonction du mode de tarification (individuelle / mixte / collective)	CNAMTS / DSS	44

**LISTE DES OBJECTIFS ET INDICATEURS
DU PROGRAMME DE QUALITÉ ET D'EFFICIENCE
« ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES »**

Partie II - Objectifs / résultats		Cibles	Producteurs techniques	Responsables administratifs portant les politiques à titre principal	Page
Objectif	Indicateur				
1 - Réduire la fréquence et la gravité des accidents du travail, des accidents du trajet et des maladies professionnelles grâce à la prévention	Fréquence et gravité des AT-MP				
	1-1 - Indice de fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles * indice de fréquence des AT-MP - avec arrêt de travail - avec incapacité permanente * indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt de travail de plus de 3 jours	Limitation Objectif européen 2012 -25 % par rapport à 2007	CNAMTS / DSS	CNAMTS	48 50
	1-2 - Indice de fréquence des accidents du travail dans les secteurs à plus fort risque	Diminution	CNAMTS / DSS	CNAMTS	52
	1-3 - Indice de gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles * nombre de journées de travail perdues en raison d'un accident du travail pour 1 000 heures travaillées * taux moyen d'une incapacité partielle permanente pour les AT, les MP et les accidents de trajet ayant donné lieu à une incapacité permanente * indice de fréquence des accidents du travail ayant entraîné un décès	Diminution Diminution Objectif européen 2012 -25 % par rapport à 2007	CNAMTS / DSS	CNAMTS	53 54 55
	Efficacité des contrôles				
	1-4 – Evolution du nombre de visites d'inspection sur la conformité des démarches d'évaluation des risques dans les entreprises	Augmentation	DGT	DGT	57
	1-5 - Efficacité des actions de prévention menées par la CNAMTS * évaluation des actions d'information et/ou de communication à visée préventive * évaluation de l'impact du Plan national d'actions coordonnées	* Impact le plus élevé possible * Atteinte des objectifs du PNAC	CNAMTS	CNAMTS	58 60

Partie II - Objectifs / résultats		Cibles	Producteurs techniques	Responsables administratifs portant les politiques à titre principal	Page
Objectif	Indicateur				
1 - Réduire la fréquence et la gravité des accidents du travail, des accidents du trajet et des maladies professionnelles grâce à la prévention	Efficacité de la tarification				
	1-6 - Cas-types appréciant l'impact de la survenue d'accidents sur le niveau des cotisations AT-MP applicables aux entreprises * cas des entreprises « faiblement accidentogènes »	Existence d'une incitation	CNAMTS / DSS	DSS	62
	* cas des entreprises « fortement accidentogènes »				64
2 - Améliorer la reconnaissance des AT-MP et l'équité de la réparation	Reconnaissance des AT-MP				
	2-1 - Évolution de la reconnaissance des maladies professionnelles par des voies non standard * évolution des reconnaissances de maladies professionnelles par les CRRMP au titre des tableaux (alinéa 3) * évolution des reconnaissances de maladies professionnelles par les CRRMP hors tableaux (alinéa 4)	Repérage de maladies professionnelles non reconnues par la voie standard	CNAMTS / DSS	CNAMTS	66
					68
	Equité de la réparation				
	2-2 - Hétérogénéité des taux de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles entre Caisses primaires d'assurance maladie * hétérogénéité pour les accidents du travail et les accidents de trajet * hétérogénéité pour les maladies professionnelles	Réduction de la dispersion	CNAMTS / DSS	CNAMTS	69
				70	
3 - Garantir la viabilité financière de la branche	Soutenabilité financière				
	3-1 - Taux d'adéquation des dépenses avec les recettes de la CNAMTS AT-MP	Equilibre	DSS	DSS	72
	3-2 - Part du taux de cotisation AT-MP non liée à la sinistralité propre des entreprises	Pas d'augmentation	CNAMTS / DSS	DSS	74
	Limitation des débours indus				
	3-3 - Montants récupérés dans le cadre des procédures de recours contre tiers	Augmentation	DSS	CNAMTS	76

**PROGRAMME DE QUALITÉ ET D'EFFICIENCE
« ACCIDENTS DU TRAVAIL –
MALADIES PROFESSIONNELLES »**

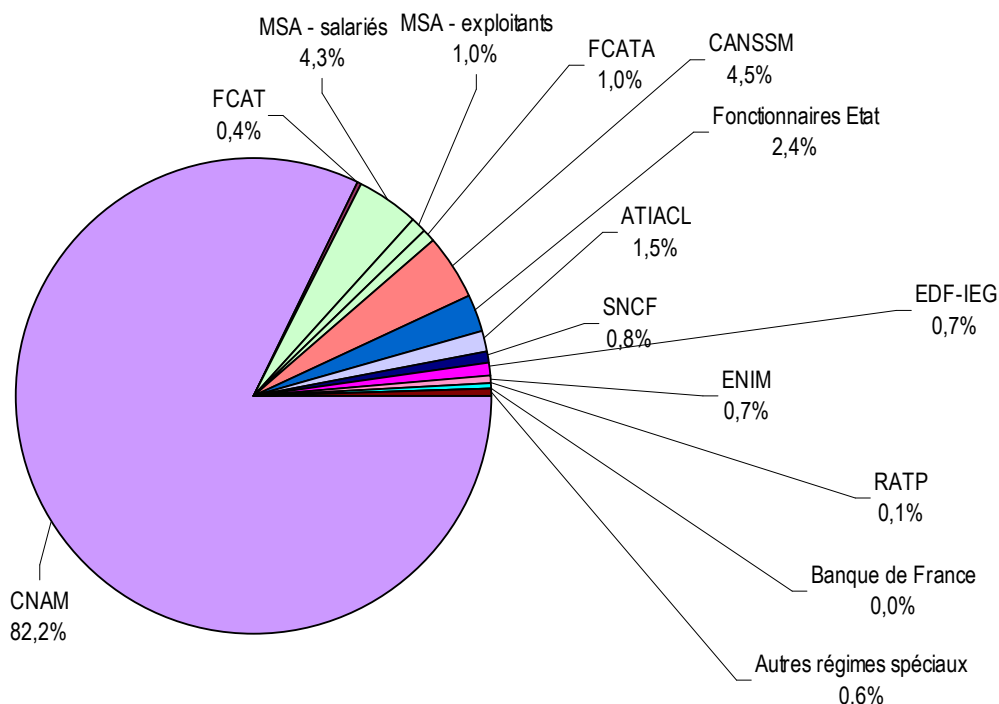
**PARTIE I
DONNÉES DE CADRAGE**

Indicateur n° 1 : Evolution et répartition des prestations d'AT-MP versées par régime

Dépenses en M€ courants	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Part 2009 de chacun des régimes	évolution annuelle 2002 / 2009
CNAM	6 145,0	6 330,5	6 520,0	6 613,1	6 744,0	7 244,0	7 260,8	7 502,8	82,2%	2,9%
FCAT	68,0	61,5	55,6	50,0	45,0	40,8	36,5	32,1	0,4%	-10,2%
MSA - salariés	322,1	339,0	345,3	355,7	361,6	365,1	383,4	388,5	4,3%	2,7%
MSA - exploitants	19,8	68,0	84,5	82,6	82,0	82,9	87,8	89,2	1,0%	24,0%
FCATA	118,6	114,2	110,1	106,4	102,6	98,3	93,9	89,8	1,0%	-3,9%
CANSSM	443,3	478,1	469,3	468,7	458,0	442,3	427,9	406,8	4,5%	-1,2%
Fonctionnaires Etat	215,4	216,3	217,9	219,7	233,8	240,4	254,1	219,6	2,4%	0,3%
ATIACL	109,8	111,5	113,7	117,2	121,6	125,9	130,4	133,9	1,5%	2,9%
SNCF	70,8	71,4	70,6	70,1	68,8	69,6	69,0	69,5	0,8%	-0,3%
EDF-IEG	55,1	55,1	64,8	64,0	64,8	64,4	64,5	64,8	0,7%	2,4%
ENIM	64,3	62,8	61,6	62,7	63,0	63,1	63,1	63,3	0,7%	-0,2%
RATP	8,7	9,8	11,4	11,3	12,5	11,8	12,3	12,8	0,1%	5,6%
Banque de France	2,9	2,9	3,1	3,2	3,3	3,0	3,0	2,3	0,0%	-3,2%
Autres régimes spéciaux	34,5	41,2	62,5	62,5	58,4	59,0	59,8	57,1	0,6%	7,5%
Tous régimes de base	7 678	7 962	8 190	8 287	8 419	8 911	8 946	9 133	100,0%	2,5%

Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale – septembre 2010 – chiffres arrondis.

Répartition des dépenses d'AT-MP par régime en 2009



Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale - septembre 2010.

La distribution par régime des prestations légales versées au titre de l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles laisse apparaître une forte prédominance du régime général. En effet, la CNAMTS représente à elle seule en 2009 7,5 Mds€ sur un total de 9,1 Mds€ de prestations versées, soit 82,2 % du total. C'est la raison pour laquelle la plupart des indicateurs suivants sont centrés sur le régime général.

Au-delà du régime général, si les masses des prestations versées au titre des AT-MP se répartissent sur un grand nombre de régimes, trois d'entre eux se distinguent par leur part non négligeable dans le total de ces prestations : il s'agit des régimes des salariés et des exploitants agricoles (5,3 % des prestations dépensées en 2009), du régime des mines (4,5 % pour la Caisse autonome nationale de Sécurité sociale dans les mines - CANSSM -) et de celui des fonctionnaires d'Etat (2,4 %). Chacun des autres régimes, pris isolément, représente moins de 1,5 % du total des prestations en 2009.

Il est à noter toutefois que la dynamique des prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles varie fortement d'un régime à l'autre. Les prestations légales servies par le régime général ont progressé de 2,9 % par an en moyenne de 2002 à 2009 en euros courants. Celles de certains régimes spéciaux ont des évolutions très irrégulières (+ 2,4 % par an pour les industries électriques et gazières - IEG - mais avec une progression très forte entre 2003 et 2004 liée aux modifications des taux de réversion servis en cas de sinistre mortel décidées à la suite de la catastrophe d'AZF). Les prestations de régimes spéciaux comme la RATP (+ 5,6 % par an en moyenne) ou de régimes de création récente progressent bien plus vite (les dépenses du régime AT-MP des exploitants agricoles, qui n'existait pas en 2001, ont plus que quadruplé de 2002 à 2004, pour se stabiliser ensuite à plus de 80 M€). *A contrario*, d'autres régimes qui comptent de moins en moins d'affiliés et sont en voie d'extinction comme le Fonds commun des accidents du travail - FCAT- pour le régime général et le FCATA pour les salariés et exploitants agricoles, voient leurs prestations servies en diminution, du fait d'une baisse des effectifs (- 11 % par an pour le FCAT et - 5 % pour le FCATA). Ces régimes versent notamment des majorations de rentes à des personnes bénéficiant d'une rente au titre d'un accident ou d'une maladie professionnelle survenus avant le 1^{er} juillet 1962 pour le FCAT et, respectivement, avant le 1^{er} juillet 1973 et 2002 pour les salariés et les exploitants pris en charge au titre du FCATA.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 1 :

Les montants présentés sont repris des rapports de la Commission des comptes de la Sécurité sociale. Ils sont donc exprimés en droits constatés et en millions d'euros courants.

Ces montants reflètent les dépenses de l'ensemble des prestations légales versées au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles, c'est-à-dire les dépenses d'indemnités journalières (IJ) et de soins liés à ces événements ainsi que les rentes ou capitaux versés au titre de l'indemnisation des accidents du travail ou des maladies professionnelles. Les prestations extra-légales et autres ne sont pas comptabilisées ici. Il en est de même pour les charges techniques couvrant les dotations au FIVA et au FCAATA (qui concernent uniquement le régime général et, de façon très limitée la MSA) qui sont traitées dans le cadre de l'indicateur de cadrage n° 8.

Pour les années 2002 à 2009, il s'agit des charges figurant dans les comptes arrêtés par les différentes caisses.

Précisions sur certains sigles du tableau précédent :

- FCAT : Fonds commun des accidents du travail ;
- MSA : Mutualité sociale agricole ;
- FCATA : Fonds commun des accidents du travail agricole ;
- ATIACL : Allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales ;
- CANSSM : Caisse autonome nationale de Sécurité sociale dans les mines ;
- EDF- IEG : Caisse des industries électriques et gazières ;
- ENIM : Etablissement national des invalides de la marine.

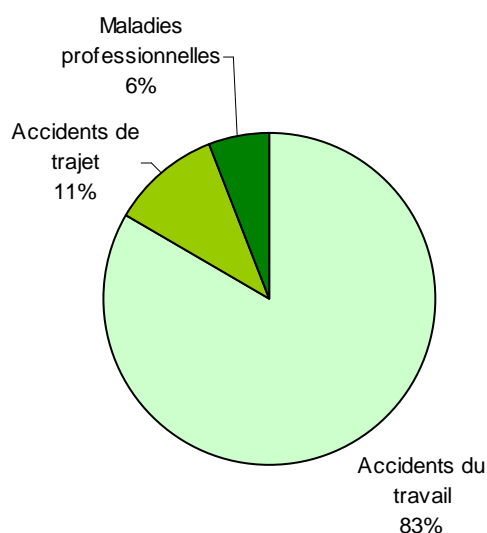
Enfin, les « Autres régimes spéciaux » comprennent, pour le risque accident du travail considéré ici, le régime des ouvriers des établissements militaires (RATOCEM) et ceux des collectivités locales de Paris.

Indicateur n° 2 : Répartition et évolution du nombre d'accidents du travail, de maladies professionnelles et d'accidents de trajet reconnus par la CNAMTS

1^{er} sous-indicateur : répartition de l'ensemble des sinistres survenus en 2009, et évolution depuis 2002 (champ CNAMTS)

Il s'agit ici d'appréhender de manière globale le nombre d'AT-MP survenus sur la période 2002-2009, qu'ils aient donné lieu ou non à un arrêt de travail, afin de présenter un panorama global de la sinistralité.

Répartition des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles survenus en 2009 (champ régime général)



Source : CNAMTS (statistiques trimestrielles) - juin 2010.

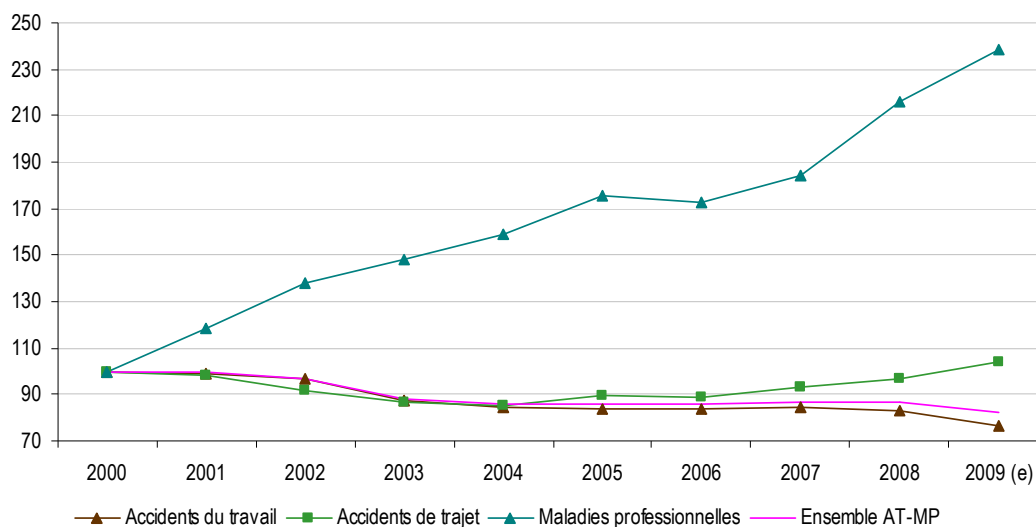
Sur environ 1 251 000 sinistres constatés et reconnus en 2009, 83 % concernent des accidents du travail, 11 % des accidents de trajet et 6 % des maladies professionnelles.

Evolution du nombre d'accidents du travail, d'accidents de trajet et de MP de 2002 à 2009 (champ régime général)

Catégorie de sinistre	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 (e)
Accidents du travail	1 313 811	1 185 291	1 152 865	1 139 063	1 144 431	1 145 397	1 129 314	1 041 498
Accidents de trajet	121 337	113 918	112 366	118 304	117 552	122 480	127 859	137 037
Maladies professionnelles	41 673	44 653	48 130	52 979	52 140	55 618	65 234	72 052
Total AT-MP	1 476 821	1 343 862	1 313 361	1 310 346	1 314 123	1 323 495	1 322 407	1 250 587

Source : CNAMTS (statistiques trimestrielles) - juin 2010. (e) : estimé.

Evolution du nombre d'accidents du travail, d'accidents de trajet et de MP du régime général, de 2000 à 2009 (base 100 en 2000)

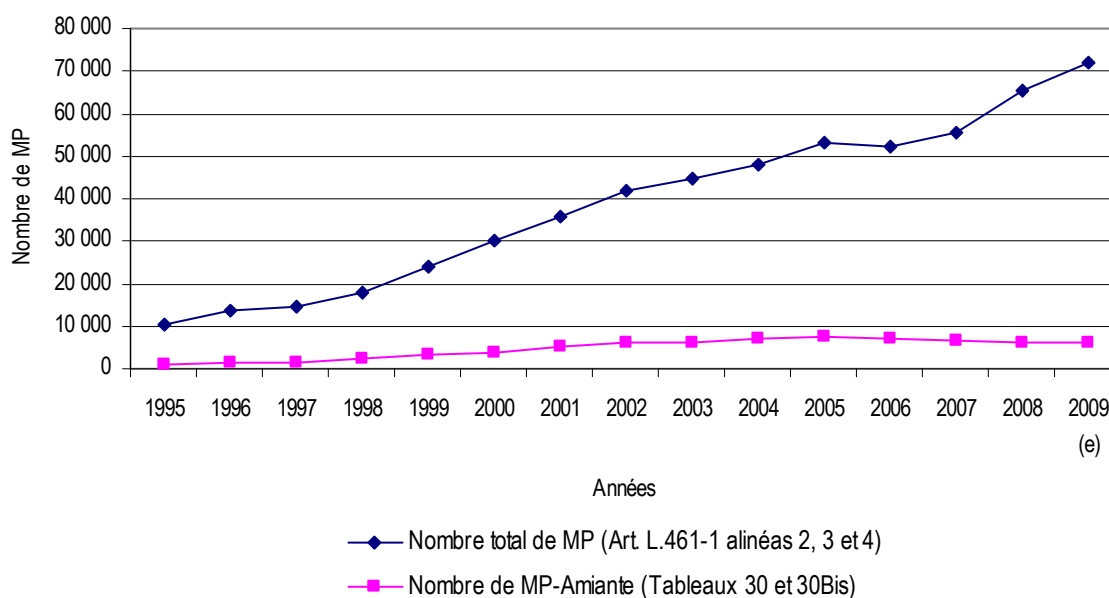


Source : CNAMTS (statistiques trimestrielles) - juin 2010.

Alors que le nombre d'accidents du travail est globalement en baisse sur la période 2002 - 2009 (- 21 % sur la période, soit - 3 % en moyenne annuelle), on constate une augmentation très importante du nombre de maladies professionnelles reconnues (+ 73 %, soit + 7 % en moyenne annuelle). Il est à noter que depuis 2007, une nouvelle consigne, appelant à considérer les MP syndrome par syndrome et non plus en multi-syndrome a été largement diffusée auprès des médecins conseil, ce qui peut avoir un impact sur le nombre de MP observée ces dernières années (+ 10,5 % entre 2008 et 2009).

Le nombre de maladies professionnelles reconnues est en croissance très forte depuis 10 ans, du fait notamment de l'élargissement du champ des maladies reconnues, et d'une meilleure information tant des médecins que des salariés. L'indicateur de cadrage n° 7 montre par ailleurs la part prépondérante des affections périarticulaires et des affections liées à l'amiante dont on sait qu'elles ont progressé de façon très rapide sur la période récente.

Evolution du nombre de maladies professionnelles nouvellement reconnues (dont pathologies liées à l'amiante)



Source : CNAMTS (statistiques trimestrielles) - juin 2010.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 2, 1^{er} sous-indicateur :

Les données présentées ici sont issues des statistiques trimestrielles publiées par la CNAMTS en juin 2010. Les séries transmises font l'objet d'un redressement pour les années 2008 et 2009. L'application de redressement s'explique par des délais d'instruction parfois importants, s'écoulant entre la date de survenance du sinistre et la date de décision définitive de reconnaissance ou non reconnaissance du caractère professionnel du sinistre. Par convention, le nombre de sinistres reconnus, survenus l'année n , est considéré comme définitif en fin d'année $n+2$. Ces statistiques ne concernent que le régime général. Le champ couvert par ces statistiques est plus large que celui des statistiques nationales financières et technologiques qui sont utilisées pour l'ensemble des autres indicateurs figurant dans le dossier.

Les statistiques technologiques dénombrent les sinistres AT-MP sur la base de la date de premier règlement d'une prestation en espèce (suite à un arrêt de travail d'au moins 24 heures, à une incapacité permanente ou à un décès - avant consolidation). *A contrario*, les statistiques trimestrielles comptabilisent l'ensemble des sinistres AT-MP reconnus, en fonction de la date de survenance du sinistre, que ces sinistres aient donné lieu à un arrêt de travail, à une incapacité permanente, à un décès, ou non.

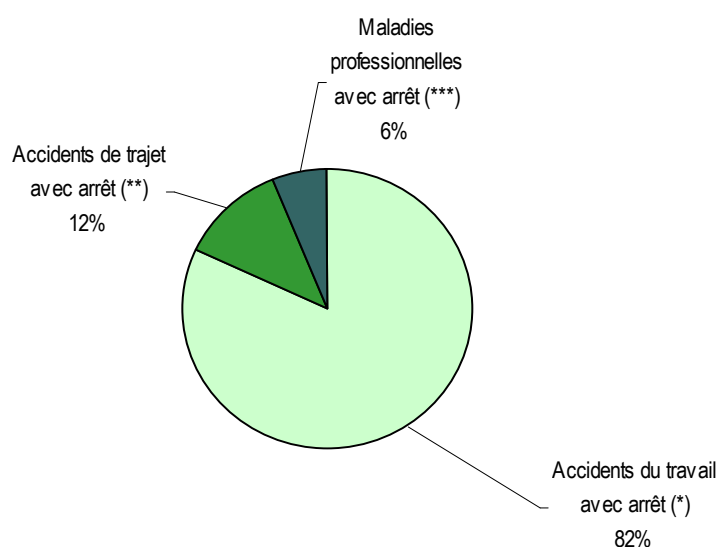
Les statistiques présentées ici mesurent les sinistres déclarés sur l'année considérée dont le caractère professionnel est reconnu par la sécurité sociale. Les sinistres survenus mais non déclarés sont, par définition, exclus du champ de recueil statistique. Leur estimation fait l'objet d'une commission chargée d'évaluer la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

La ventilation des résultats concernant les maladies professionnelles est établie en tenant compte des modes complémentaires de reconnaissance mis en place par la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993. On rappelle à ce titre qu'une victime qui ne remplit pas une ou plusieurs des conditions expressément prévues par un tableau peut être reconnue au titre du système complémentaire dès lors qu'un lien direct est établi entre la maladie et le travail habituel de la victime (*cf.* indicateur « objectifs/résultats » n° 2-1).

Indicateur n° 2 : Répartition et évolution du nombre d'accidents du travail, de maladies professionnelles et d'accidents du trajet reconnus par la CNAMTS

2^{ème} sous-indicateur : répartition des sinistres avec arrêt reconnus en 2009, et évolution depuis 2002 (champ CNAMTS, Fonction publique d'Etat et Fonction publique hospitalière)

Répartition des accidents du travail, des accidents de trajet et des MP avec arrêt, ayant fait l'objet d'un premier règlement en 2009 (champ : régime général)



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2010.

Sur un peu plus de 1,25 million de sinistres survenus en 2009 sur le champ du régime général, environ 795 000 - soit 64 % - ont donné lieu à un arrêt de travail.

Evolution du nombre d'accidents du travail, d'accidents de trajet et de MP avec arrêt de 2002 à 2009, champ régime général

Catégorie de sinistre	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Accidents du travail avec arrêt (*)	759 980	721 227	692 004	699 217	700 772	720 150	703 976	651 453
Accidents de trajet avec arrêt (**)	89 592	82 859	78 280	82 965	83 022	85 442	87 855	93 840
Maladies professionnelles avec arrêt (***)	31 461	34 642	36 871	41 347	42 306	43 832	45 411	49 341
Total sinistres avec arrêt	881 033	838 728	807 155	823 529	826 100	849 424	837 242	794 634

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2010.

- (*) : hors bureaux et autres catégories particulières
- (**) : y compris bureaux et autres catégories particulières
- (***) : y compris compte spécial

Après deux années de baisse en 2003 et 2004, le nombre d'accidents du travail avec arrêt a augmenté de 4,1 % entre 2004 et 2007. Depuis 2008, il s'inscrit de nouveau en baisse (- 7,5 % entre 2008 et 2009 ; - 9,5 % en cumulé depuis 2007). Durant la même période 2004 - 2009, l'effectif salarié a augmenté de 0,66 % par an en moyenne.

Après une baisse entre 2002 et 2004, les accidents de trajet avec arrêt n'ont pas cessé de progresser. Ils ont augmenté de 20 % sur la période 2004 - 2009.

De même, on constate une progression soutenue du nombre de maladies professionnelles avec arrêt : + 57 % de 2002 à 2009.

Afin de ne pas se limiter au périmètre du régime général, des données ont pu être recueillies sur les fonctions publiques d'Etat et hospitalière. Ces données portent uniquement sur le champ des accidents du travail avec arrêt.

Evolution du nombre d'accidents du travail avec arrêt de 2000 à 2006
champ fonction publique d'Etat

Catégorie de sinistre	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Accidents du travail avec arrêt	36 960	30 876	32 382	36 680	35 502	39 082	37 822

Source : DGAFP.

champ fonction publique hospitalière

Catégorie de sinistre	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Accidents du travail avec arrêt	28 999	32 246	31 044	31391	29 464	33 132	31 164	33 946

Source : DGOS.

Les évolutions observées peuvent *a priori* refléter une modification de la sinistralité et/ou des effectifs couverts.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 2, 2^{ème} sous-indicateur :

Les données présentées ci-dessus, pour le régime général, sont issues des statistiques nationales technologiques des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles publiées annuellement par la CNAMTS. La dernière publication porte sur l'année 2009. Ont été reprises ici les données concernant la période 2002 à 2009.

Sur le champ du régime général, les accidents avec arrêt (d'au moins 24 heures) et les maladies professionnelles avec arrêt correspondent aux flux des sinistres ayant entraîné l'imputation au compte employeur (ou au compte spécial pour certaines MP) d'un premier règlement d'indemnité journalière, d'indemnité en capital, de rente ou de capital décès l'année considérée.

S'agissant des fonctions publiques d'Etat et hospitalières, les données présentées proviennent de la Direction générale de l'administration et de la Fonction publique (DGAFP) et de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Elles sont reprises du bilan 2009 des conditions de travail (source : Direction générale du travail - DGT -), et portent sur les années 2000 à 2006. Elles concernent exclusivement le champ des accidents du travail avec arrêt.

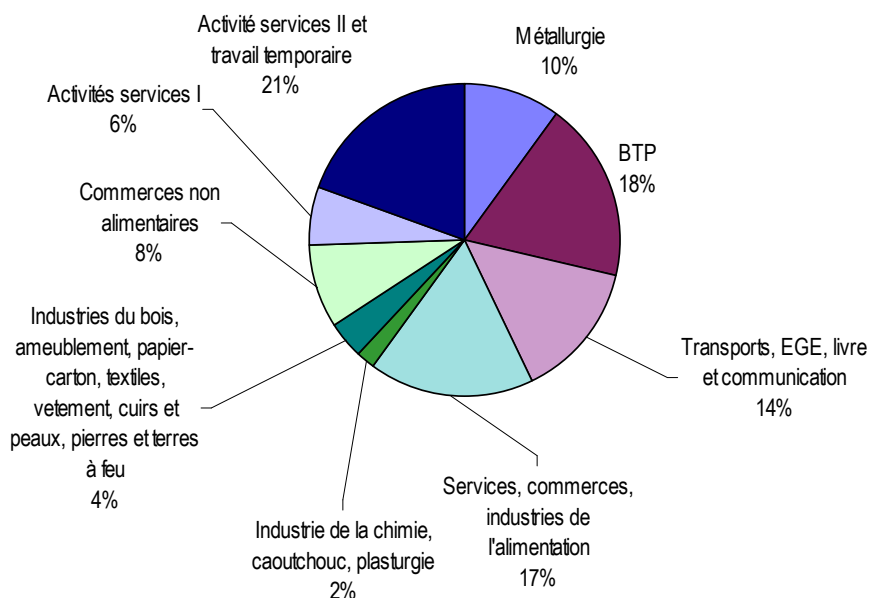
Indicateur n° 3 : Répartition des AT-MP par secteur d'activité au regard des effectifs de salariés affiliés au régime général dans ces secteurs

La répartition des sinistres par secteur d'activité est très variable selon que l'on considère les accidents du travail, les accidents de trajet ou les maladies professionnelles. Ainsi, si le BTP est le deuxième secteur le plus « accidentogène » pour les accidents du travail, il arrive en sixième position pour les accidents de trajet.

Il est donc proposé d'observer la répartition des sinistres par catégorie de sinistre.

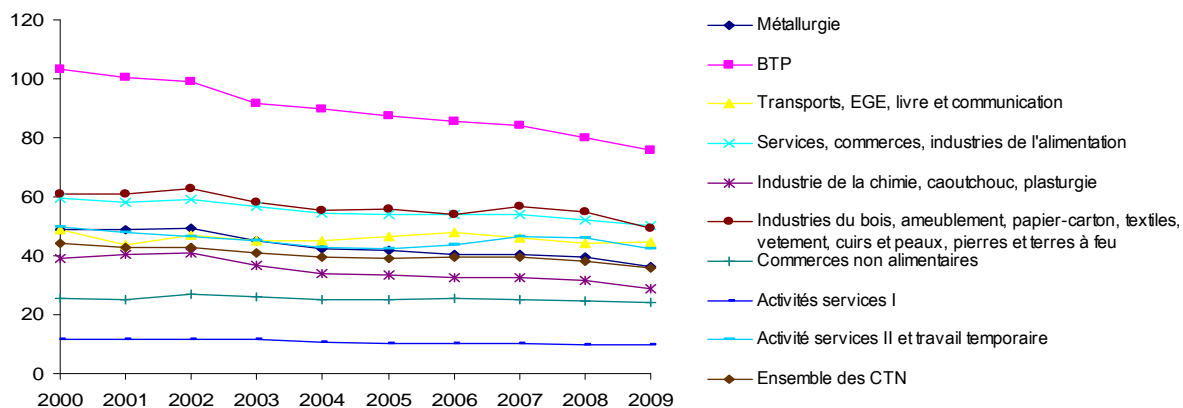
1^{er} sous-indicateur : répartition des accidents du travail avec arrêt par secteur d'activité et évolution du taux d'accidents du travail avec arrêt de 2000 à 2009, par secteur

Répartition des accidents du travail avec arrêt par secteur d'activité CTN en 2009



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2010.

Fréquence des accidents du travail avec arrêt pour 1 000 employés, selon le secteur d'activité (CTN) de 2000 à 2009



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2010.

Comme indiqué précédemment (cf. indicateur de cadrage n° 2, 2^{ème} sous-indicateur), le nombre d'accidents du travail avec arrêt a diminué de 7,5 % entre 2008 et 2009. Le nombre de salariés a baissé de - 2,2 % sur la même période. Ainsi, la fréquence des accidents du travail pour 1 000 salariés, qui rapporte le nombre de sinistres à l'effectif total salarié, a diminué entre 2008 et 2009 passant de 38 à 36.

Les secteurs d'activité qui regroupent le plus grand nombre d'accidents du travail avec arrêt sont les *Activités de services et travail intérimaire* (20 % des AT en 2009), le *BTP* (18 %), les *Services, commerces, industries de l'alimentation* (17 %) et les *Transports, eau, gaz et électricité (EGE), livre et communication* (14 %).

Si l'on rapporte le nombre de ces sinistres aux effectifs des secteurs considérés, on observe que certains secteurs sont particulièrement "accidentogènes". C'est notamment le cas du *BTP* avec 76 AT avec arrêt pour 1 000 employés de ce secteur en 2009. Viennent ensuite les *Services, commerces, industries de l'alimentation* (environ 50 AT pour 1 000 employés) et les secteurs des *Industries du bois, ameublement, papier carton* (environ 49 AT pour 1 000 employés).

Sur l'ensemble des secteurs considérés, la fréquence des accidents du travail avec arrêt pour 1 000 employés est en diminution sur la période 2000 - 2009 (- 18 %). Cette diminution est assez marquée dans les secteurs de *l'Industrie de la chimie du caoutchouc et de la plasturgie* (- 26,7 %), du *BTP* (- 26,5 %), et de la *métallurgie* (-26 %) sur l'ensemble de la période.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 3, 1^{er} et 2^{ème} sous-indicateurs :

Les données présentées ci-dessus sont issues des statistiques nationales des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles publiées annuellement par la CNAMTS ; elles ne concernent donc que le régime général (nombre de sinistres et effectifs salariés) et se rapportent à la période 2000-2009.

On rappelle que les statistiques technologiques des AT-MP permettent de répertorier, à travers neuf grandes branches d'activité (ou comités techniques nationaux - CTN) chaque activité professionnelle.

Les accidents avec arrêt (d'au moins 24 heures) et les maladies professionnelles avec arrêt correspondent aux flux des sinistres ayant entraîné l'imputation au compte employeur (ou au compte spécial pour certaines MP) d'un premier règlement d'indemnité journalière, d'indemnité en capital, de rente ou de capital décès l'année considérée.

Les indices de fréquence sont calculés en rapportant le volume des sinistres à la moyenne des nombres de salariés présents au dernier jour ouvré de chaque trimestre civil de l'année considérée multiplié par 1 000. Les salariés à temps partiel entrent en compte dans l'effectif au prorata du rapport entre la durée légale de travail inscrite dans leur contrat et la durée légale de travail au cours du trimestre civil considéré, ou, si elle est inférieure à la durée légale, la durée normale de travail accomplie dans l'établissement au cours du trimestre considéré.

L'estimation des indices de fréquence est particulièrement sensible aux évaluations des effectifs de salariés des différents secteurs qui figurent au dénominateur qui peuvent varier selon les sources. Les différents indices affichés sont donc à considérer avec prudence.

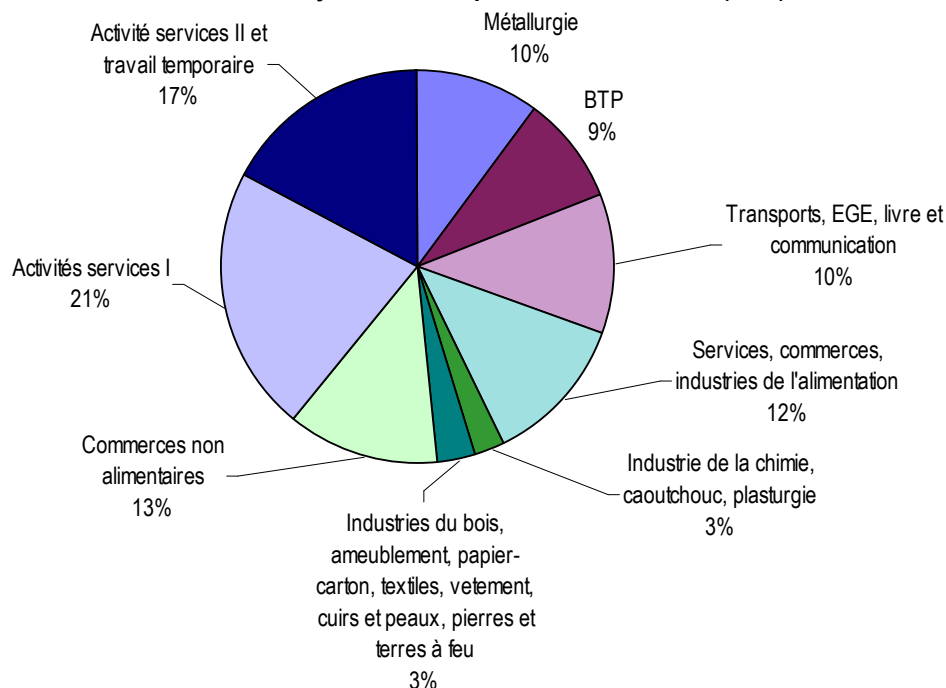
Les neufs CTN sont les suivants :

- industries de la métallurgie,
- industries du bâtiment et travaux publics (BTP),
- industries du transport, eau, gaz, électricité (EGE), livre et communication,
- services et commerces de l'alimentation,
- industries de la chimie, du caoutchouc et de la plasturgie,
- industries du bois, de l'ameublement, du papier carton, des textiles, du vêtement, des cuirs et peaux et des pierres et terres à feu,
- commerce non alimentaire,
- activités de services I (banques, assurances, administrations, ...),
- activités de services II (travail temporaire, santé, nettoyage...).

Indicateur n° 3 : Répartition des AT-MP par secteur d'activité au regard des effectifs de salariés affiliés au régime général dans ces secteurs

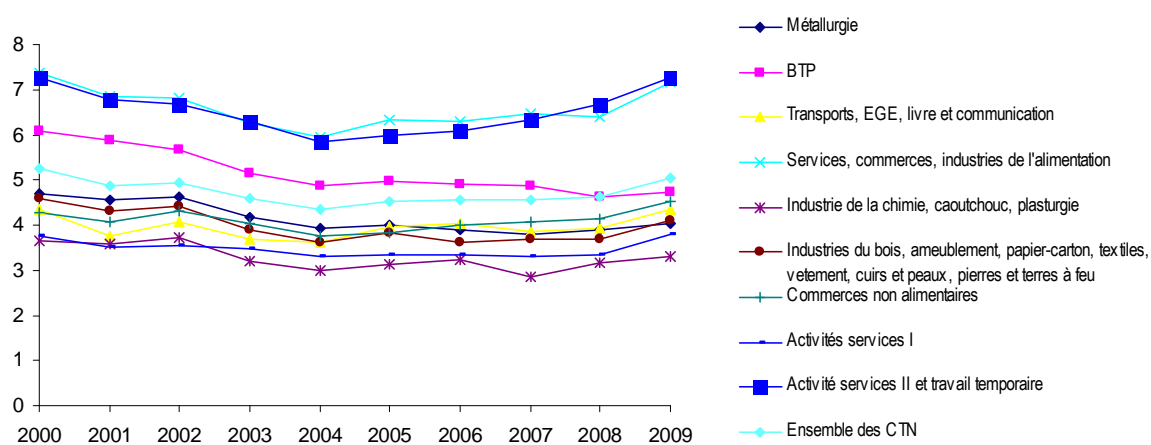
2^{ème} sous-indicateur : répartition des accidents de trajet avec arrêt par secteur d'activité et évolution du taux d'accidents de trajet avec arrêt de 2000 à 2009, par secteur

Répartition des accidents de trajet avec arrêt par secteur d'activité (CTN) en 2009



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2010.

Fréquence des accidents de trajet avec arrêt pour 1 000 employés, selon le secteur d'activité (CTN) de 2000 à 2009



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2010.

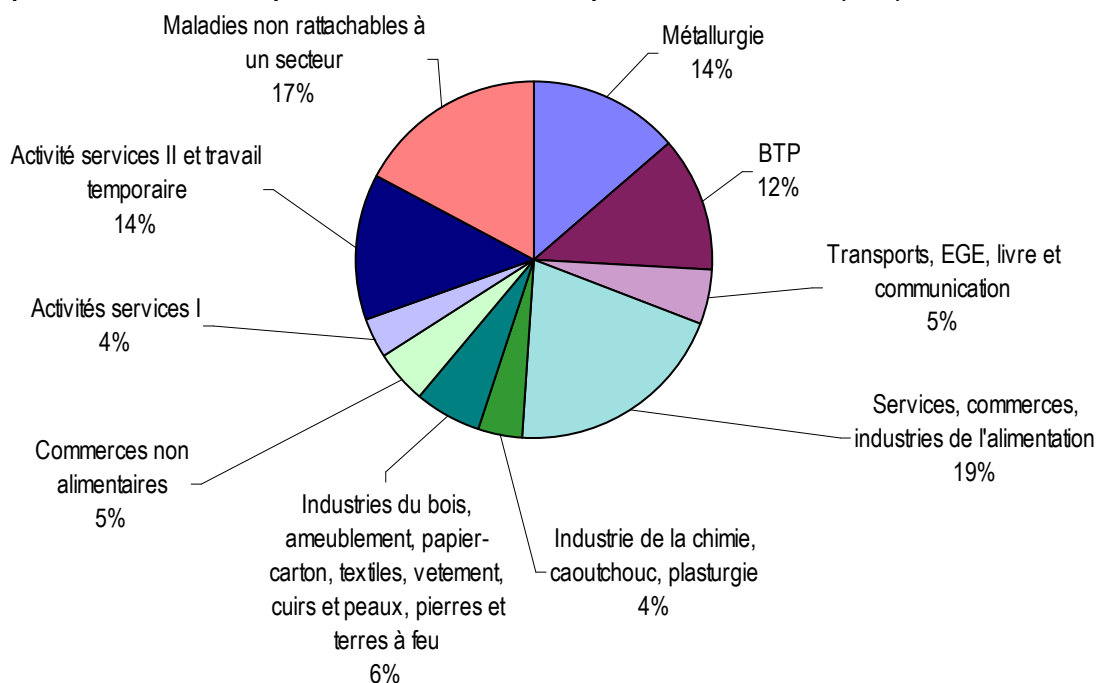
Les secteurs d'activité dans lesquels les accidents de trajet sont les plus nombreux en valeur absolue sont ceux des *Activités de services II et travail temporaire* (24 %), des *Services, commerces, industries de l'alimentation* (18 %) et des *Services, banques, assurances, administrations* (17 % de l'ensemble des secteurs).

La fréquence des accidents de trajet pour 1 000 salariés, calculé comme le nombre d'accident de trajet rapporté à l'effectif du secteur considéré multiplié par 1 000, est beaucoup plus faible en moyenne que celui des accidents du travail (5 contre 36 pour 1 000 employés sur l'ensemble des secteurs). C'est dans le secteur des *Activités de services et travail intérimaire* que la fréquence des accidents de trajet est la plus élevée avec 7,2 accidents de trajet pour 1 000 employés en 2009 devant le secteur des *Services, commerces, industries de l'alimentation* avec 7 accidents de trajet pour 1 000 salariés. Globalement, la fréquence des accidents de trajet a diminué sur la période 2000-2009 (- 3,4 %), malgré une remontée en 2009 (+ 9,2 % entre 2008 et 2009). Les évolutions les plus fortes concernent le *BTP* (- 22 % entre 2000 et 2009), la *Métallurgie* (-14 % sur la même période), et les *Industries du bois, ameublement, papier-carton, textiles, vêtement, cuirs et peaux, pierres et terres à feu* (-11 %).

Indicateur n° 3 : Répartition des AT-MP par secteur d'activité au regard des effectifs de salariés affiliés au régime général dans ces secteurs

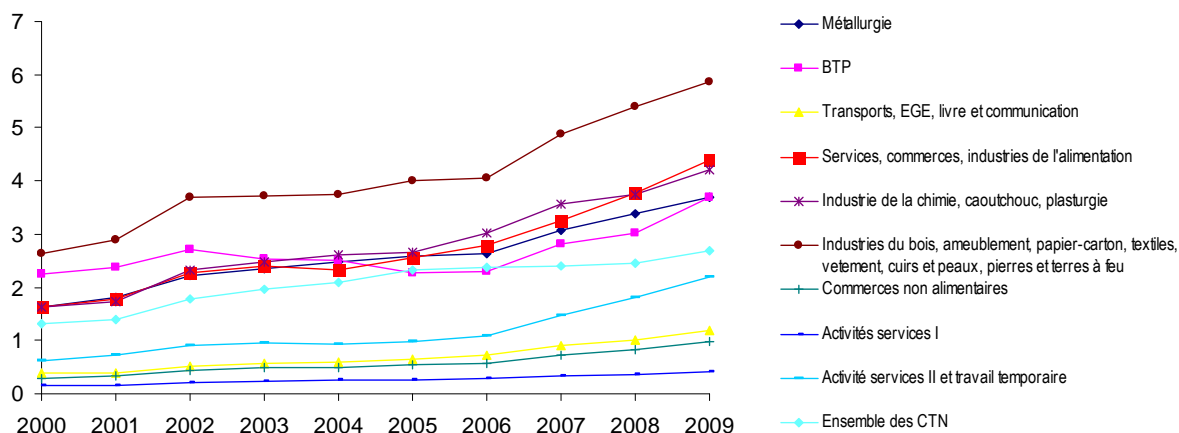
3^{ème} sous-indicateur : répartition des maladies professionnelles avec arrêt par secteur d'activité et évolution du taux de maladies professionnelles avec arrêt de 2000 à 2009, par secteur

Répartition des maladies professionnelles avec arrêt par secteur d'activité (CTN) en 2009



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2010.

Fréquence des maladies professionnelles avec arrêt pour 1 000 employés, selon le secteur d'activité (CTN) de 2000 à 2009



Source : Calculs DSS sur la base de données CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2010.

La ventilation par secteur des maladies professionnelles met en évidence une prépondérance des secteurs des *Services, commerce et industries de l'alimentation* (20 % de l'ensemble), de la *Métallurgie* (14 %), des *Activités de services II et travail temporaire* (13,5 %) et du *BTP* (12 %). On note par ailleurs la part non négligeable des maladies professionnelles qui n'ont pu être imputées formellement à un employeur et qui par conséquent sont enregistrées au sein d'un compte spécial (17 % - des détails sur l'imputation à ce compte spécial sont donnés dans les précisions méthodologiques). Cette part tend toutefois à diminuer : en effet, elle n'est plus que de 17 % en 2009 alors qu'elle atteignait 41 % de l'ensemble des MP avec arrêt en 2005.

Le rapport du nombre de maladies nouvellement reconnues dans l'année à l'effectif de chaque CTN multiplié par 1 000 montre que les secteurs les plus accidentogènes sont les *Industries du bois, ameublement, papier-carton* avec 5,8 maladies professionnelles nouvellement reconnues pour 1 000 employés en 2009, devant les *Industries de la chimie* et le secteur *Services, commerces, industries de l'alimentation* avec 4,4 maladies professionnelles pour 1 000 employés en moyenne dans ces secteurs.

Ce taux de maladies professionnelles avec arrêt est en augmentation dans tous les secteurs (+ 103 % entre 2000 à 2009), corollaire de la forte progression du nombre de MP sur la période considérée (cf. indicateur de cadrage n° 2, 1^{er} sous-indicateur). Les secteurs où l'évolution est la plus forte sont le *Commerce non alimentaire* (+ 257 %) et les *Activités de service et travail intérimaire* (+ 246 %) sur la période allant de 2000 à 2009.

Plus généralement, certaines spécificités des maladies professionnelles (liées notamment aux délais de latence entre l'activité professionnelle et la révélation de la maladie) rendent l'indicateur de fréquence moins aisé à cerner dans ce cas que pour les accidents du travail et les accidents de trajet.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 3, 3^{ème} sous-indicateur :

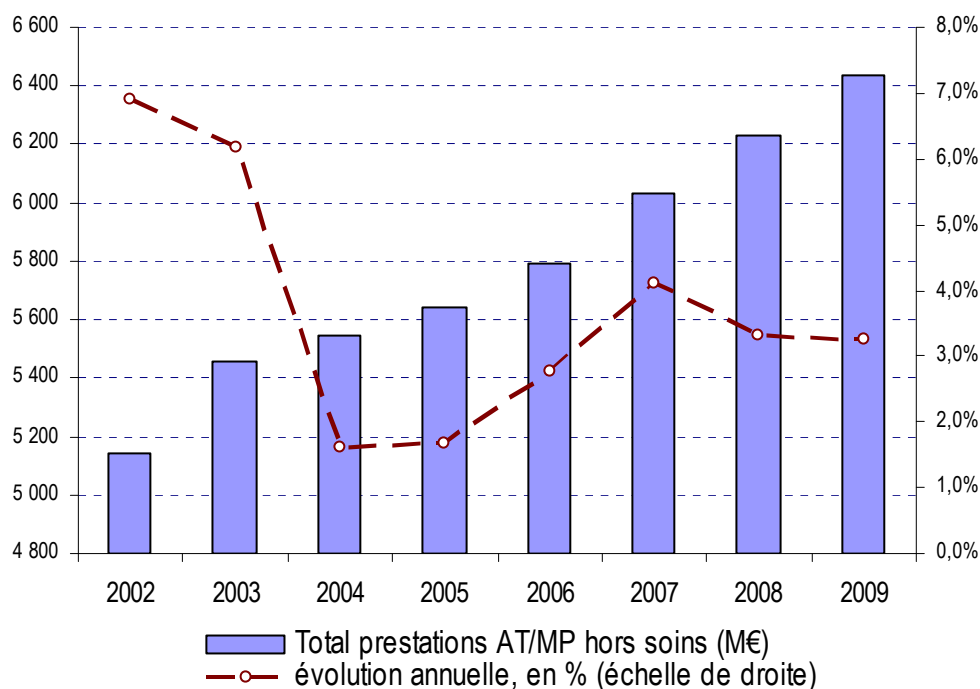
Le mécanisme d'imputation des maladies professionnelles sur les comptes des employeurs est le même que pour les accidents du travail conformément à l'article D. 242-6-3 du Code de la Sécurité sociale. Toutefois, un compte spécial a été créé pour enregistrer les maladies et leurs conséquences financières dont l'imputation à un employeur déterminé ne serait pas justifiée.

Le compte spécial « maladies professionnelles » est un compte faisant l'objet d'une mutualisation sur l'ensemble des entreprises par le biais des charges générales. Sont inscrites au compte spécial les dépenses afférentes à des maladies professionnelles constatées ou contractées dans des conditions particulières. Il s'agit notamment :

- des maladies professionnelles qui ont fait l'objet d'une première constatation médicale entre le 1^{er} janvier 1947 et la date d'entrée en vigueur d'un nouveau tableau de MP la concernant ;
- des maladies constatées dans un établissement dont l'activité n'expose pas au risque ;
- de maladies relevant d'expositions au risque successivement dans plusieurs établissements d'entreprises différentes, sans qu'il soit possible de déterminer celle dans laquelle l'exposition au risque a provoqué la maladie ;
- sont également inscrites au compte spécial les dépenses relatives aux MP consécutives à l'inhalation de poussières d'amiant ou provoquées par elles et indemnisées en application des II et III de l'article 40 de la loi du 23 décembre 1998.

Indicateur n° 4 : Évolution et structure des dépenses d'AT-MP servies par la CNAMTS

Evolution en valeur et taux de croissance des indemnités AT-MP servies par la CNAMTS



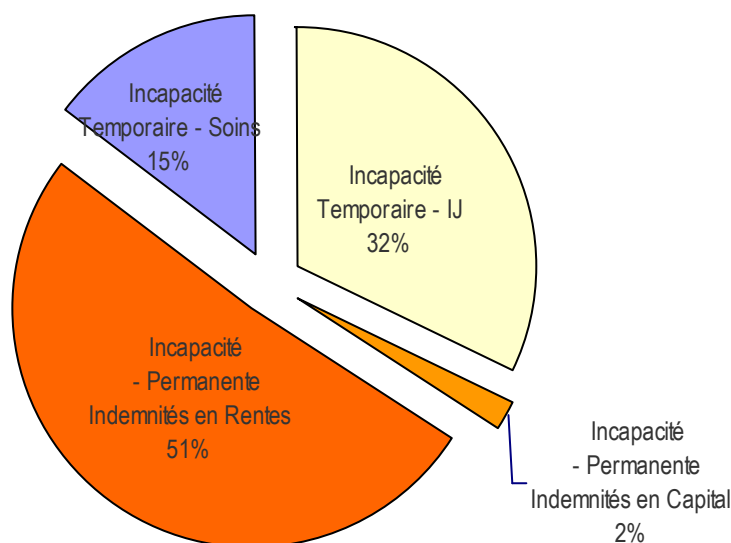
Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale - 2010.

Les prestations versées par la CNAMTS au titre des accidents du travail, des accidents du trajet et des maladies professionnelles progressent continuellement et atteignent en 2009 un montant total de 7,6 Mds€, dont 6,4 Mds€ hors soins. La croissance de ces prestations marque un léger ralentissement depuis 2008 avec une hausse de 3,3 % en 2008 et 2009 (contre un peu plus de 4 % en 2007). Ces évolutions sont à rapprocher non seulement des dynamiques d'évolution des prestations moyennes (les indemnités en capital et les rentes sont indexées sur les pensions tandis que les indemnités journalières sont calculées sur la base d'une fraction des salaires), mais aussi des évolutions respectives de la sinistralité constatées pour ces trois types de risque, telles que retracées à l'indicateur précédent.

En termes de structure, la ventilation par poste des dépenses versées par la CNAMTS en 2009 laisse apparaître une prépondérance des prestations pour incapacité permanente qui, avec 4 Mds€ en 2009, représentent 53 % du total. Près de 97 % de ces indemnisations pour incapacité permanente, soit 3,86 Mds€, sont versées sous forme de rente, contre 3 % sous forme de capital.

Les indemnisations en rente sont versées lorsque l'incapacité partielle permanente (IPP) est supérieure ou égale à 10 % ; en deçà, le versement s'effectue sous forme d'un capital, croissant avec le taux d'IPP. Bien que les accidents qui entraînent une incapacité permanente d'au moins 10 % soient proportionnellement plus rares (cf. indicateur « objectifs/résultats » n° 1-1), leur forte prédominance en termes financiers s'explique par le fait que les montants individuels versés sont supérieurs et que les rentes sont viagères, tandis que les capitaux sont versés en une seule fois pour solde de tout compte.

Ventilation par poste des indemnités AT-MP versées par la CNAMTS en 2009 (droits constatés)



Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale - 2010.

L'autre poste financièrement important (3,56 Mds€ en 2009, soit 47 % du total) est constitué par les prestations pour incapacité temporaire. Plus des deux tiers de ces prestations (2,43 Mds€ en 2009) recouvrent les indemnités journalières versées par la CNAMTS lorsque les arrêts de travail sont imputables à des AT-MP. Le reste (1,12 Md€ en 2009) représente les dépenses de soins consécutives à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

A compter de 2007, une part des dépenses hospitalières de la CNAM a été requalifiée en dépenses AT-MP pour tenir compte d'une sous-déclaration des prestations effectuées au titre des AT-MP par les établissements de santé. De plus, une régularisation comptable a été effectuée en 2007 au titre de 2006. Au total, le poids relatif des dépenses d'incapacité temporaire en soins a été majoré de plus de deux points en 2007 avant de se stabiliser autour de 15 % en 2008 et 2009.

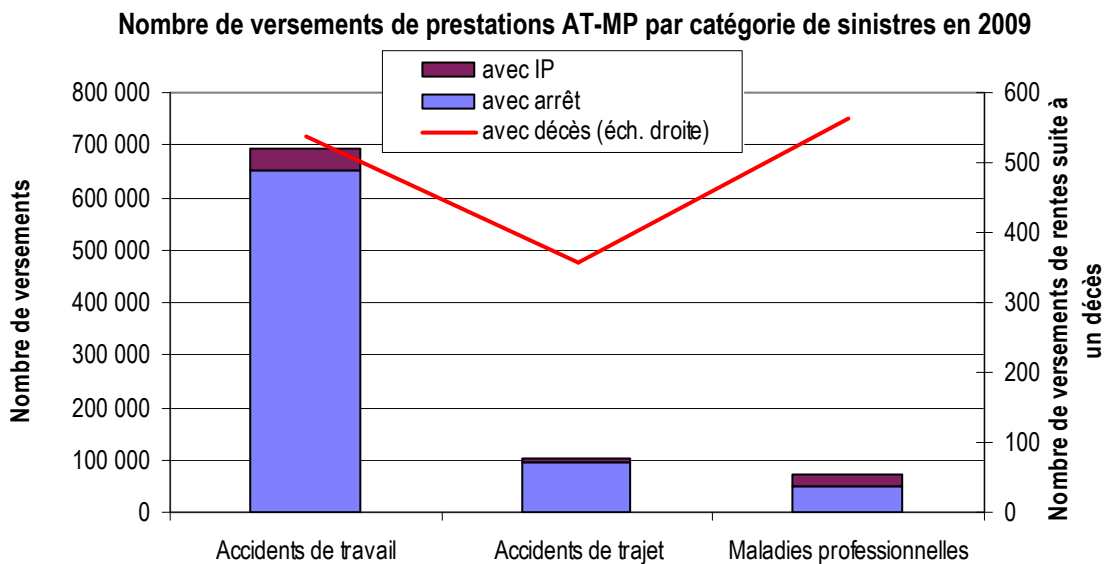
Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 4 :

Les données présentées ci-dessus sont issues des comptes de la CNAMTS, branche AT-MP, pour les années 2002 à 2009, tels que retranscrits dans les rapports de la Commission des comptes de la Sécurité sociale. Ils sont donc exprimés en droits constatés (y compris dotations aux provisions et reprises sur provisions) et en millions d'euros courants.

Ces montants reflètent les dépenses de l'ensemble des prestations légales versées au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles, c'est-à-dire les dépenses d'indemnités journalières (IJ), les dépenses de soins (en ville ou en établissement) et les rentes ou capitaux versés pour l'indemnisation des accidents du travail et maladies professionnelles. Les prestations extra-légales, autres prestations, ainsi que les charges techniques couvrant les dotations au FIVA et au FCAATA (qui concernent uniquement le régime général et, de façon très limitée, la MSA) ne sont pas comptabilisées ici.

Ces comptes ne permettent pas d'isoler les dépenses inhérentes à chacun des risques « accident du travail », « accident de trajet » et « maladie professionnelle » qui sont donc présentés de manière agrégée.

Indicateur n° 5 : Structure, par âge, des nouveaux bénéficiaires des prestations AT-MP



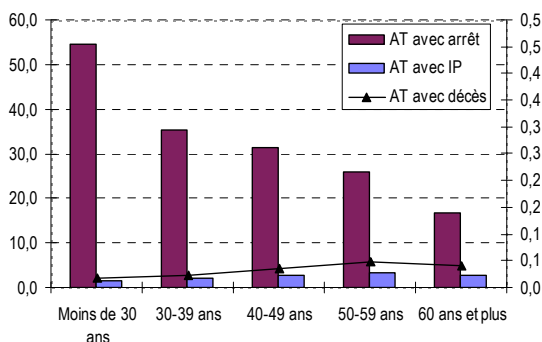
Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2010.

En 2009, près de 695 000 versements de prestations au titre des accidents du travail ont été effectués. Soit une baisse d'environ 7 % par rapport à 2008. Dans le même temps, plus de 102 000 versements de prestations au titre des accidents de trajet ont été effectués (+ 6,6 % de plus qu'en 2008) et près de 75 000 au titre des maladies professionnelles (+ 8,2 % par rapport à 2008). Pour les accidents de travail et les accidents de trajet, on constate que plus de 90 % des prestations sont liées à un sinistre avec arrêt. Pour les maladies professionnelles, la proportion de maladies professionnelles avec incapacité permanente représente un tiers des prestations.

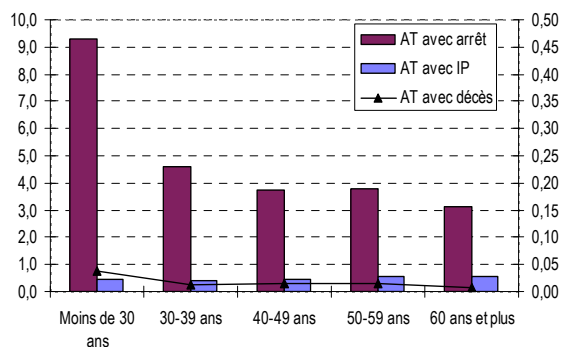
L'âge moyen des victimes de maladies professionnelles ayant perçu une rente de la CNAMTS pour la première fois au cours de l'année (c'est-à-dire avec un taux d'incapacité permanente supérieur à 10 %) est d'environ 56 ans en 2009. Cet âge les situe à un niveau nettement supérieur à celui des victimes d'accidents du travail (environ 46 ans en moyenne) et, plus encore, de celui des accidents de trajet qui affectent des personnes plus jeunes (44 ans en moyenne).

Afin d'apprécier la distribution de la sinistralité en fonction de l'âge, la fréquence de sinistres pour 1 000 actifs occupés a été calculée pour cinq grandes classes d'âge.

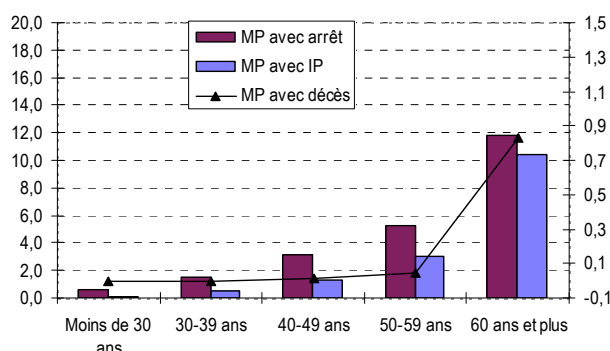
Taux d'accidents de travail pour 1 000 actifs selon l'âge en 2009



Taux d'accidents de trajet pour 1 000 actifs selon l'âge en 2009



Taux de maladies professionnelles pour 1 000 actifs selon l'âge en 2009



Source : Calculs DSS sur la base de données CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2010.

Note de lecture : l'échelle de gauche concerne les sinistres avec arrêt et les sinistres avec IP ; l'échelle de droite concerne les sinistres qui ont entraîné un décès.

Accidents du travail :

Pour la classe d'âge des moins de 30 ans, les accidents du travail avec arrêt représentent 35 % de l'ensemble des AT en 2009. Rapportée à l'effectif des actifs occupés, la fréquence des AT chez les personnes âgées de moins de 30 ans est de 55 pour 1 000. Le poids important de cette classe d'âge peut s'expliquer par la part élevée des activités intérimaires (secteur fortement « accidentogène ») dans cette classe d'âge.

La fréquence des accidents du travail avec arrêt décroît ensuite avec l'âge. A l'inverse, le nombre d'accidents du travail ayant entraîné une incapacité permanente ou un décès tend à augmenter en fonction de la classe d'âge jusqu'à 60 ans et plus.

Accidents de trajet :

Une part importante d'accidents de trajet avec arrêt concerne des personnes de moins de 30 ans (41 % du total), ce qui se traduit par une fréquence d'accidents de trajet de 9,3 pour 1 000 actifs occupés. Cette part décroît ensuite rapidement entre 30 et 40 ans (réduite de plus de moitié par rapport à la classe des moins de 30 ans).

La fréquence des accidents de trajet avec incapacité permanente est faible, quel que soit l'âge. Elle est, de plus, répartie de façon uniforme sur l'ensemble des classes d'âge considérées. Celle des accidents de trajet mortels est extrêmement faible. Ces sinistres sont légèrement plus fréquents chez les actifs les plus jeunes (avec une fréquence bien inférieure toutefois à 0,1 pour 1 000). Ils diminuent ensuite avec l'âge jusqu'à 60 ans.

Maladies professionnelles :

Lorsque la maladie professionnelle se déclare et est portée à la connaissance des caisses d'assurance maladie, les victimes des tranches d'âges élevées sont plus nombreuses, en particulier après 60 ans. Cela peut s'expliquer par la longueur du délai de latence qui peut atteindre plusieurs dizaines d'années après l'exposition avant que la maladie ne se déclare. C'est le cas en particulier des maladies de l'amiante, qui représentent en 2009 environ 19 % du flux des maladies professionnelles avec incapacité permanente nouvellement indemnisées par la CNAMTS, (cf. indicateur de cadrage n° 7).

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 5 :

Comme pour l'indicateur de cadrage n° 3, la statistique présentée ici correspond aux accidents et aux maladies professionnelles avec arrêt ayant entraîné l'imputation au compte employeur (ou au compte spécial pour certaines MP) du régime général d'un premier règlement d'indemnité journalière, d'indemnité en capital, de rente ou de capital décès l'année considérée.

Les âges moyens présentés ici ont été calculés sur les flux de nouveaux rentiers de la CNAMTS au cours de l'année 2009. Ils ne concernent donc par définition que les personnes ayant une incapacité permanente supérieure à 10 %.

La ventilation des sinistres par classe d'âge est issue des statistiques nationales technologiques AT-MP de la CNAMTS pour 2009.

L'effectif des actifs occupés, utilisé pour déterminer la distribution de la sinistralité par âge, a été estimé à partir de l'enquête emploi 2008 (INSEE). Les données de la CNAMTS ne concernant que le régime général, les actifs non salariés et ceux travaillant pour l'Etat ou une collectivité locale ainsi que les actifs du régime agricole ont été retranchés du total des actifs occupés.

Indicateur n° 6 : Niveaux moyens des flux de rentes et de capitaux d'AT-MP servis par la CNAMTS par bénéficiaire

Caractéristiques des flux de capitaux servis par la CNAMTS de 2004 à 2009 (IP<10 %)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Accidents du travail						
Taux IPP moyen	4,6 %	4,7 %	4,8 %	4,8 %	4,8 %	4,8 %
Montant moyen	1 555 €	1 612 €	1 706 €	1 744 €	1 767 €	1 804 €
Age moyen	43,7 ans	42,8 ans	43,0 ans	43,2 ans	43,3 ans	43,6 ans
Accidents du trajet						
Taux IPP moyen	4,5 %	4,6 %	4,9 %	4,8 %	4,8 %	4,9 %
Montant moyen	1 535 €	1 596 €	1 719 €	1 752 €	1 754 €	1 811 €
Age moyen	41,6 ans	40,7 ans	41,0 ans	41,4 ans	41,4 ans	41,7 ans
Maladies professionnelles						
Taux IPP moyen	5,0 %	5,0 %	5,1 %	5,0 %	5,0 %	4,9 %
Montant moyen	1 700 €	1 734 €	1 793 €	1 808 €	1 815 €	1 804 €
Age moyen	54,0 ans	53,8 ans	54,1 ans	54,2 ans	53,6 ans	53,2 ans

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2010.

Le taux moyen des incapacités partielles permanentes (IPP) de moins de 10 % est très proche d'un type de sinistre à l'autre, de l'ordre de 5 %. En conséquence, les indemnités servies sous forme d'un capital forfaitaire - capital ne pouvant excéder 10% - (voir *Précisions méthodologiques*) sont également voisines, de l'ordre de 1 804 € à 1 811 € en moyenne en 2009.

Caractéristiques des flux de rentes servies par la CNAMTS de 2004 à 2009 (IP≥10 %)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Accidents du travail						
Taux IPP moyen	18,8 %	18,9 %	18,8 %	18,9 %	18,6 %	18,6 %
Montant moyen	2 068 €	2 111 €	2 146 €	2 189 €	2 132 €	2 174 €
Age moyen	46,7 ans	45,9 ans	45,9 ans	46,1 ans	46,4 ans	46,3 ans
Accidents du trajet						
Taux IPP moyen	22,2 %	23,0 %	22,4 %	21,9 %	21,6 %	21,5 %
Montant moyen	2 759 €	2 951 €	2 893 €	2 865 €	2 754 €	2 766 €
Age moyen	42,9 ans	42,6 ans	42,9 ans	43,1 ans	42,8 ans	43,7 ans
Maladies professionnelles						
Taux IPP moyen	25,0 %	24,7 %	25,2 %	26,6 %	26,0 %	25,8 %
Montant moyen	3 386 €	3 439 €	3 606 €	3 988 €	3 873 €	3 963 €
Age moyen	55,7 ans	54,6 ans	55,0 ans	55,7 ans	55,6 ans	55,6 ans

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2010.

Pour les IPP de 10 % et plus, associés aux sinistres donnant lieu à une indemnisation sous forme de rente - dont le taux est nécessairement supérieur à 10 % -, les montants servis sont croissants avec le taux d'incapacité permanente et le salaire. Ils sont donc logiquement les plus élevés pour les maladies professionnelles qui combinent, en moyenne, le taux d'incapacité le plus élevé (environ 4 points de plus que pour les accidents du trajet et 7 points de plus que pour les autres accidents du travail) avec un âge des victimes plus avancé et donc un salaire plus élevé. L'indemnisation moyenne de l'incapacité permanente au titre des maladies professionnelles atteint donc 3 960 € par an en 2009, contre environ 2 770 € pour les accidents de trajet et 2 170 € pour les autres

accidents du travail, pour lesquels les séquelles sont en moyenne, moins graves. À niveau d'incapacité donné, leur évolution d'une année sur l'autre résulte tant des revalorisations annuelles des rentes que de la progression des salaires moyens au sein de la population active.

Que l'on considère les accidents du travail ou les maladies professionnelles entraînant une incapacité permanente inférieure à 10 % ou celles qui engendrent les séquelles les plus graves (incapacité permanente de 10 % et plus), l'âge des victimes est assez similaire par catégorie de sinistre. Il est plus élevé pour les maladies professionnelles (53 à 56 ans en moyenne), en raison du temps de latence généralement long de ces pathologies et plus bas pour les accidents du trajet (42 à 44 ans), ce qui s'explique par une sur-représentation des personnes jeunes au sein des accidents de la route, qui constituent l'essentiel de ces sinistres.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 6 :

Les statistiques présentées ici portent sur le champ de la CNAMTS pour les années 2004 à 2009 (statistiques technologiques annuelles). Elles portent sur les flux des victimes d'un accident du travail, de trajet ou d'une maladie professionnelle ayant perçu une rente ou un capital au titre d'une incapacité permanente pour la première fois au cours de l'année considérée,

Depuis 2007, l'âge moyen est calculé à partir de l'âge du bénéficiaire au 31 décembre de l'année n et non plus au 31 décembre de l'année n+1 comme cela était le cas auparavant.

Au régime général, lorsque le taux de l'incapacité partielle permanente consécutive à l'accident ou à la maladie professionnelle est inférieur à 10 %, l'indemnité est versée à la victime en une seule fois sous forme d'un capital forfaitaire, indépendant du salaire antérieurement perçu. En 2009, le montant de capital versé en une fois au titre d'un accident de travail varie en moyenne de 385 € (pour un taux d'IPP de 1 %) à 3 850 € (pour un taux de 9 %).

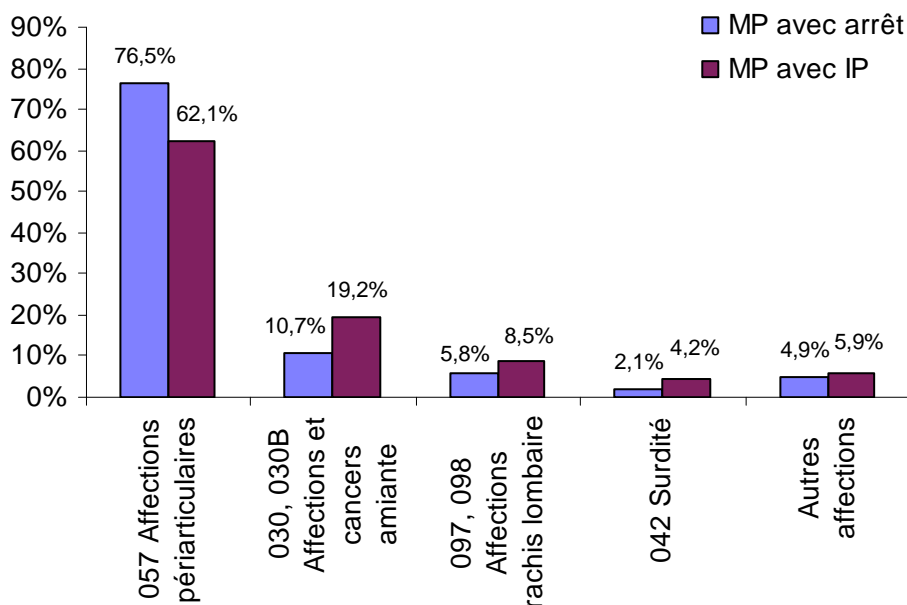
Lorsque le taux est égal à 10 % ou plus, l'indemnisation est versée sous forme d'une rente. Cette rente est :

- proportionnelle au taux utile : dérivé du taux d'IPP (minoré de moitié pour la fraction de ce taux inférieure à 50 %, majoré de moitié au-delà, de telle sorte que la valeur du taux utile rejoint celle du taux d'IPP lorsque ce dernier atteint 100 %), le taux utile permet de majorer proportionnellement l'indemnisation des sinistres ayant entraîné les incapacités permanentes les plus importantes;
- croissante avec le salaire de référence de la victime (le salaire perçu au cours des 12 derniers mois est pris en compte en tout ou partie selon son niveau ; pour l'année 2009, en dessous de 34 077 €, le salaire est pris en compte intégralement et entre 34 077 € et 136 309 €, le salaire n'entre que pour un tiers dans le calcul de la rente). Le niveau du salaire annuel de référence retenu pour le calcul de la rente ne peut être inférieur à 17 038 € ni supérieur à 68 155 € en 2009.

Les montants des indemnités en capital et en rente sont revalorisés chaque année de manière analogue aux pensions de retraite.

Indicateur n° 7 : Nombre et ventilation par pathologie des maladies professionnelles indemnisées par les Caisses primaires d'assurance maladie

Répartition des MP par pathologie (flux CNAMTS 2009)



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2010.

On observe une très forte concentration du nombre de maladies professionnelles reconnues sur un petit nombre de pathologies. Sur les 49 341 maladies professionnelles avec arrêt dénombrées en 2009 par la CNAMTS, plus de 76 % sont des affections péri-articulaires (visées au tableau 57), 11 % sont des maladies dues à l'amiante (tableaux 30 et 30bis), 6 % sont des affections chroniques du rachis lombaire (tableaux 97 et 98), les 7 % restants sont des maladies diverses (surdité, allergies, affections respiratoires...).

S'agissant des maladies professionnelles avec incapacité permanente (IP), la répartition par pathologie diffère quelque peu. En effet, certaines maladies donnent par nature plus souvent lieu à l'attribution d'un taux d'incapacité permanente que d'autres : c'est le cas en particulier des maladies dues à l'amiante, en raison de leur gravité. Ainsi, environ 90 % des maladies dues à l'amiante avec arrêt de travail recensées aux tableaux 30 et 30 bis donnent lieu en 2009 à l'attribution d'une incapacité permanente contre environ 50 % en moyenne sur l'ensemble des autres maladies professionnelles. Dès lors, les maladies dues à l'amiante occupent structurellement une part plus importante dans le total des maladies avec incapacité permanente : elle atteint 19 % (contre 11 % pour les maladies avec arrêt) alors qu'à l'inverse, la part des affections péri-articulaires est ramenée à un peu plus de 62 % du total.

Il est à noter que l'on observe également par sexe le même type de structure que celle mise en évidence par âge à l'indicateur de cadrage n  5, au détriment des hommes : tous âges confondus, ils représentent, en 2009, 51 % des victimes de maladies professionnelles avec arrêt mais leur part atteint 58 % parmi les maladies avec incapacité permanente et dépasse 96 % du total des décès. Ce constat est toutefois à nuancer par l'importance respective de ces catégories d'accidents : tous sexes confondus, la CNAMTS dénombre en 2009 plus de 49 300 nouvelles maladies professionnelles avec arrêt, mais elles ne sont que 24 734 avec incapacité permanente et 564 à entraîner des décès.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 7 :

Les statistiques présentées ici portent sur le champ de la CNAMTS pour l'année 2009 (statistiques technologiques annuelles).

Sont prises en compte les maladies professionnelles ayant entraîné l'imputation au compte employeur (ou au compte spécial pour certaines maladies professionnelles) du régime général d'un premier règlement d'indemnité journalière, d'indemnité en capital, de rente ou de capital décès l'année considérée.

Comme elle ne porte que sur les flux de reconnaissance ou d'indemnisation de l'année 2009, la part des différentes pathologies ne reflète pas nécessairement celle mesurée sur l'ensemble des personnes indemnisées par la CNAMTS au titre d'une maladie professionnelle.

Indicateur n° 8 : Nombre de victimes indemnisées par le FIVA et/ou par le FCAATA, et montants moyens versés

1^{er} sous-indicateur : nombre de victimes indemnisées par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et montants moyens versés

Les personnes victimes de pathologies liées à l'exposition à l'amiante et leurs ayants droit peuvent obtenir du FIVA la réparation intégrale de leurs préjudices. Cette indemnisation vient compléter celle réalisée par ailleurs, notamment par les régimes de Sécurité sociale. Le FIVA permet ainsi d'éviter aux victimes une procédure contentieuse. Chaque victime reçoit une offre d'indemnisation pour tous les postes de préjudice reconnus par les tribunaux.

Nombre de nouvelles victimes indemnisées par le FIVA, de 2003 à 2010

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010(p)*	2011(p)*
4 700	8 500	8 300	7 850	8 900	7 400	6 200	7 000	12 000

Source : FIVA et prévision 2010 sous-jacente aux données présentées dans le rapport de la CCSS de septembre 2010 - chiffres arrondis.

* Ce nombre d'offres tient compte de la mise en place d'une cellule d'appui visant à apurer le stock de dossiers.

Le nombre de nouvelles victimes indemnisées par le FIVA a progressé de façon très dynamique jusqu'en 2004, ce qui traduit la montée en charge du dispositif. À ses débuts, le FIVA a en particulier dû traiter les dossiers des personnes reconnues atteintes d'une pathologie de l'amiante à une date antérieure à la mise en place du fonds. De 2005 à 2006, le nombre d'offres proposées par le Fonds a fléchi, ce qui, compte tenu de l'augmentation des demandes de victimes a induit un accroissement des stocks de dossiers.

L'année 2007 a été une année record en termes d'offres proposées aux victimes (8 900 offres environ) en raison de l'échéance du délai de prescription des dossiers au 31 décembre 2007. Toutefois, plus de 10 500 demandes de victimes sont parvenues au fonds cette même année, ce qui a conduit à accroître le stock de dossiers. L'activité du fonds en 2008, 2009 et prévue pour 2010 se situe autour de 7 000 offres en moyenne, soit une baisse de 17 % par rapport à 2007. Dans le même temps, le nombre de demandes de victimes adressées au FIVA a également fortement diminué (6 500 demandes de victimes).

Un inventaire réalisé début juillet 2010 a montré que 14 000 dossiers de victimes étaient en instance au FIVA. L'activité du fonds devra donc être assez soutenue au cours des années à venir pour traiter ce stock de dossiers. C'est pour cette raison que le volume d'offres d'indemnisation prévu pour 2011 est de 12 000, conformément à l'engagement pris par le FIVA dans le cadre du contrat de performance 2010 - 2012.

En 2009, les montants versés par le FIVA pour l'indemnisation des victimes atteignent en moyenne 60 000 € par dossier. Ces montants sont progressifs au fur et à mesure que le taux d'incapacité permanente (IP) de la victime augmente : environ 24 000 € dans le cas de pathologies bénignes (épaississements pleuraux et plaques pleurales), 45 000 € dans le cas d'une asbestose, 125 000 € pour un mésothéliome et 136 000 € pour les cancers pulmonaires en 2009.

Il est à noter que les indemnisations servies par le FIVA aux victimes viennent, dans la très grande majorité des cas, compléter les sommes versées par les organismes sociaux et ne constituent donc pas l'intégralité des sommes perçues par les victimes.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 8, 1^{er} sous-indicateur :

Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) a été mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 et le décret d'application du 23 octobre 2001 pour prendre en charge l'indemnisation en réparation intégrale des personnes atteintes d'une pathologie liée à l'amiante, qu'elle soit ou non contractée dans un cadre professionnel.

Le Fonds prend en charge les maladies d'origine professionnelle occasionnées par l'amiante reconnues par la Sécurité sociale, les maladies spécifiques figurant dans l'arrêté du 5 mai 2002 (pour lesquelles le constat vaut justification de l'exposition à l'amiante) et enfin toute maladie pour laquelle le lien avec une exposition à l'amiante est reconnu par le FIVA après examen par la commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante. Les premières victimes ont été indemnisées en 2003.

Les prévisions du nombre d'offres formulées par le fonds sont identiques à celles présentées dans le rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS) de septembre 2010.

Pour plus de détails sur le barème indicatif d'indemnisation du FIVA, la gestion des dossiers par le Fonds et les caractéristiques des victimes qu'il indemnise, se rapporter au rapport d'activité du FIVA (année 2009), téléchargeable sur le site internet de l'organisme.

Indicateur n° 8 : Nombre de victimes indemnisées par le FIVA et/ou par le FCAATA et montants moyens versés

2^{ème} sous-indicateur : nombre de personnes admises en préretraite FCAATA et montant moyen de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA)

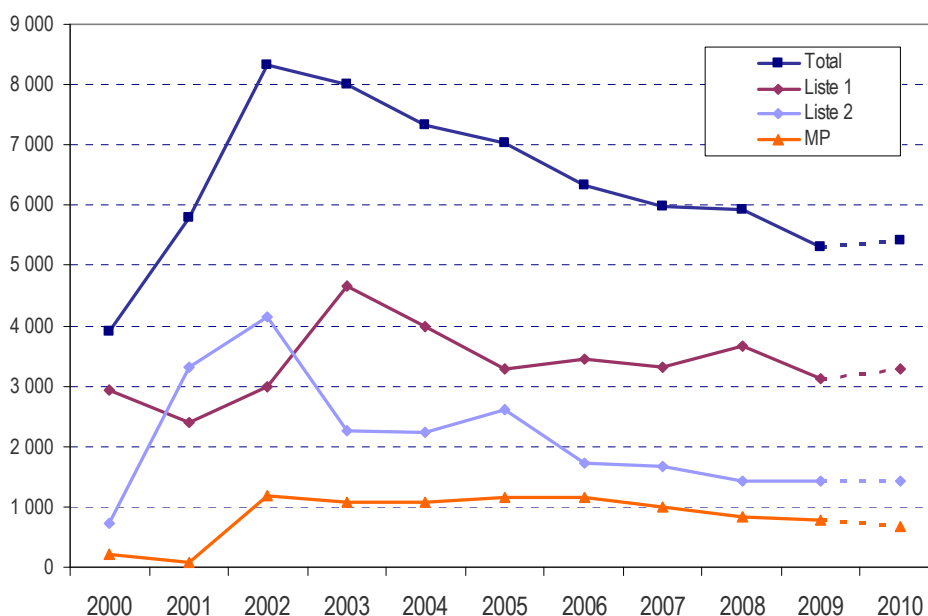
L'allocation du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA, créé en 2000) est servie aux travailleurs de l'amiante qui bénéficient d'une retraite anticipée et dont l'âge est compris entre 50 ans (âge minimal d'entrée dans le dispositif) et 65 ans. L'allocation cesse d'être versée lorsque le bénéficiaire remplit les conditions requises pour bénéficier d'une retraite à taux plein (soit, au plus tard, à 65 ans).

Cette allocation est destinée à trois catégories de travailleurs :

- les salariés ou anciens salariés d'établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante ou établissements de flocage et de calorifugeage à l'amiante (liste 1) ;
- les salariés ou anciens salariés de ports ou d'établissements de la construction et de la réparation navale ayant, pour ces établissements, exercé un métier listé par arrêté interministériel (liste 2).
- les salariés ou anciens salariés du régime général ou du régime AT-MP des salariés agricoles reconnus atteints d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante (asbestose, mésothéliome, cancer broncho-pulmonaire, tumeur pleurale bénigne et plaque pleurale).

Pour que les travailleurs de ces secteurs soient éligibles à l'allocation, les établissements des listes 1 et 2 doivent figurer sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail, de la Sécurité sociale et du budget.

Flux annuels de nouveaux allocataires du FCAATA par mode d'entrée, de 2000 à 2010



Source : CNAMTS (application AGATA), jusqu'en 2009 et projections CCSS de septembre 2010.

Au 31 décembre 2009, en données cumulées depuis la création du Fonds en 2000, 53 % des allocataires présents dans le dispositif étaient entrés en tant qu'anciens salariés d'un établissement inscrit sur la *liste 1*, 34 % étaient d'anciens salariés d'établissements de la *liste 2* et 13 % étaient atteints d'une maladie liée à l'amiante. Les listes évoluent peu, la quasi-totalité des entreprises des secteurs éligibles au dispositif y étant déjà inscrites. Toutefois, la part respective des différents modes d'entrée dans le dispositif continue d'évoluer, dans un contexte

de décroissance globale des flux entrants depuis 2003. En effet, les entrées au titre de la liste 2, en recul depuis 2003, pourraient se stabiliser, tandis que le nombre d'entrées au titre des maladies professionnelles, longtemps stable en valeur absolue, est en baisse depuis début 2007. Par ailleurs, la régression globale des entrées au titre de la liste 1 depuis 2003 pourrait s'arrêter et un regain ponctuel de dynamisme pourrait suivre.

À partir de 2008, compte tenu de la durée de présence dans le Fonds, estimée à environ 5 ans en moyenne, le nombre de bénéficiaires présents dans le dispositif du FCAATA commence à se réduire légèrement, sous l'effet d'une progression des flux de sortie qui s'est déjà amorcée.

Effectifs d'allocataires du FCAATA au 31 décembre, de 2000 à 2010

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (p)
3 800	9 200	16 700	22 800	27 200	31 400	33 100	33 900	33 200	32 900	31 100

Source : CNAMTS jusqu'en 2009 (chiffres arrondis) et projections CCSS de septembre 2010 pour 2010.

Le montant mensuel de l'ACAATA servie est proportionnel aux derniers salaires perçus par le bénéficiaire (cf. *Précisions méthodologiques*). Son montant moyen atteint 1 625 € mensuels en 2009, et il évolue sous l'effet des revalorisations annuelles des allocations déjà liquidées et des écarts entre les montants servis aux personnes composant les flux entrants et sortants.

Montants mensuels moyens de l'ACAATA brute, de 2000 à 2010 (€ courants)

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (p)
1 290	1 545	1 516	1 525	1 516	1 541	1 584	1 596	1 609	1 625	1 680

Source : CNAMTS jusqu'en 2009 et projections CCSS de septembre 2010 pour 2010.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 8, 2^{ème} sous-indicateur :

Le nombre de personnes présentes en préretraite FCAATA est comptabilisé par différence entre les flux mensuels de nouveaux allocataires et les flux mensuels de sortie du dispositif – pour motif de décès ou de départ en retraite. Ces données sont fournies par l'application AGATA de la CNAMTS.

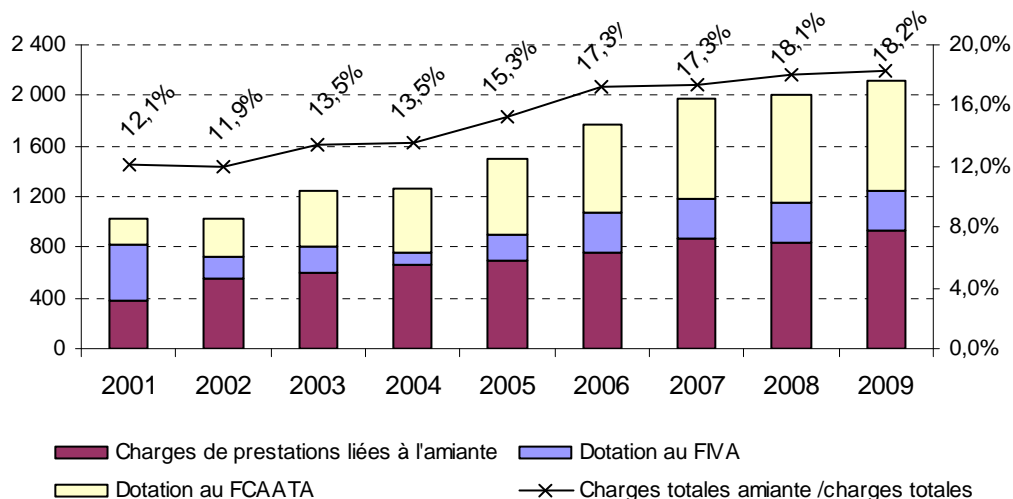
La prévision de croissance des effectifs pour l'année 2010 présentée est cohérente avec celle de la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de septembre 2010. Il s'agit d'un scénario de projection qui prolonge la tendance d'évolution du nombre de nouvelles demandes observée depuis la mise en place du fonds ; ce scénario prévoit par ailleurs une très légère dérive du taux de décès d'un stock d'allocataires vieillissant et un taux de départ en retraite progressant pour atteindre 25 % en 2015, ce qui traduira le passage d'un temps moyen de présence dans le dispositif de 5 à 4 ans.

Le nombre de personnes indemnisées par le FIVA et celui d'allocataires du FCAATA ne sont pas cumulables. En effet, certaines victimes indemnisées par le FIVA peuvent également bénéficier du dispositif de préretraite FCAATA (sous réserve qu'elles satisfassent les conditions d'âge et de durée d'exposition professionnelle, ou lorsqu'elles sont entrées dans le dispositif parce qu'elles étaient atteintes d'une pathologie professionnelle provoquée par l'amiante).

L'allocation des travailleurs de l'amiante est calculée en fonction de la moyenne actualisée des salaires mensuels bruts des 12 derniers mois d'activité salariée (pour lesquels ne sont pas prises en compte les périodes d'activité donnant lieu à rémunération réduite). Elle est égale à 65 % du salaire de référence dans la limite du plafond de la sécurité sociale (soit 2 885 € mensuels en 2010), et à 50 % de ce salaire pour la fraction comprise entre une et deux fois ce plafond.

Toutefois, le montant de l'allocation ne peut être inférieur à 120 % du montant minimal de l'allocation spéciale du Fonds national de l'emploi (AS-FNE), soit 1 095,73 € bruts mensuels au 1^{er} avril 2010, sans toutefois être supérieur à 85 % du salaire de référence de la personne. Une fois liquidée, l'ACAATA est revalorisée chaque année comme les pensions.

Indicateur n° 9 : Part des contributions de la branche AT-MP consacrée à l'indemnisation des victimes de l'amiante (tableaux 30, 30 bis et dotations aux fonds FIVA et FCAATA) rapportée à l'ensemble des dépenses de la branche



Source : CNAMTS Statistiques nationales technologiques AT-MP, CCSS - 2010.

La part des charges liées à l'amiante rapportée aux dépenses totales de la branche AT-MP, pour le régime général, est passée de 12 % en 2001 (1 Md€ sur 8,4 Mds€) à un peu plus de 18 % en 2009 (2,1 Mds€ sur 11,7 Mds€), soit une progression de 50 %.

Cette évolution s'explique principalement par la croissance des dotations aux FCAATA, qui ont été multipliées par 4,4 entre 2001 (200 M€) et 2009 (880 M€) en raison de la montée en charge du dispositif. Ainsi, en moyenne annuelle, le nombre d'allocataires est passé de 2 900 en 2000 à 32 550 en 2009 (soit un taux de progression moyen annuel d'environ 31 % sur la période).

S'agissant du FIVA, le niveau des dotations a évolué de façon assez irrégulière du fait d'une dotation initiale particulièrement importante (438 M€ versés en 2001). La progression de la dépense est de ce fait négative sur la période 2001-2009, puisque la dotation en 2009 s'élève à 315 M€, tout comme les 3 dernières années. En valeurs cumulées, les dotations au FIVA sont venues accroître les charges de la CNAMTS liées à l'amiante d'environ 2,4 Mds€ depuis 2001.

Par ailleurs, les « charges de prestations » liées à l'amiante ont, elles aussi, progressé (en termes absolu et relatif). En effet, les charges imputables à l'amiante portées aux comptes employeurs ont été multipliées par 2,4 sur la période 2001 - 2009, passant de 380 M€ en 2001 à 925 M€ en 2009. Sur la même période, le coût de toutes les pathologies indemnisées a progressé un peu moins vite, il a été multiplié par 2,25 (de 920 M€ en 2001 à 2 083 M€ en 2009). Ceci expliquerait l'augmentation du ratio des charges imputées à l'amiante aux charges totales des maladies professionnelles.

L'augmentation des coûts imputés au titre des tableaux de maladies professionnelles liées à l'amiante peut être rapprochée du nombre de maladies reconnues par le régime général. En effet, celui-ci a augmenté d'environ 53 % sur la période 2001-2009 (passant de 3 354 à 5 139). On observe toutefois une baisse du nombre de maladies reconnues au titre des tableaux 30 et 30bis depuis 2008, ce qui pourrait s'expliquer par le fléchissement récent des reconnaissances des maladies bénignes, telles que les plaques pleurales et les épaissements pleuraux, dont le coût est moins élevé que les cancers ou encore les mésothéliomes.

La forte progression des reconnaissances de maladies professionnelles liée à l'amiante s'explique par plusieurs facteurs :

- des modifications des tableaux : élargissement des possibilités de prise en charge des pathologies dues à l'amiante (création d'un nouveau tableau - n° 30 bis relatif au cancer broncho-pulmonaire - en 1996 notamment), allongement des délais de prise en charge (les délais étaient respectivement de 10 et 15 ans selon que les pathologies étaient bénignes ou malignes avant le décret du 22 mai 1996, ils sont depuis passés respectivement à 20 et 40 ans) ;
- des modifications de la législation : plus forte fréquence des reconnaissances en faute inexcusable de l'employeur du fait de la jurisprudence de la Cour de cassation depuis février 2002 ; allègement des procédures de reconnaissance du caractère professionnel des mésothéliomes ; fixation des délais de la prise de décision de la caisse... (cf. étude de la CNAMTS de février 2005 sur les affections professionnelles dues à l'amiante).

Par ailleurs, rapporté au seul champ des charges de prestations de l'ensemble des tableaux de maladies professionnelles (c'est-à-dire hors charges techniques), les affections provoquées par les poussières d'amiante (tableaux 30 et 30 bis) représentent 44 % de l'ensemble des charges de maladies professionnelles imputées aux entreprises. Après avoir progressé entre 2001 et 2002, cette composante des charges a toutefois légèrement diminué ensuite, passant de 49 % à 44 % en 2009.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 9 :

Les données présentées dans l'indicateur de cadrage n° 9 ne reflètent pas strictement toutes les charges de la branche liées aux maladies professionnelles. En effet, les données constituant l'indicateur sont hétérogènes par leur source et leur nature :

- les montants des dotations au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) sont repris des rapports de la Commission des comptes de la Sécurité sociale ; il s'agit de charges exprimées en droits constatés ;
- faute de pouvoir identifier dans le compte les charges de la branche inhérentes à la prise en charge des maladies professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante, le choix a été fait de présenter une estimation des coûts résultant de la prise en charge des pathologies liées à l'amiante. Ainsi, les montants des sommes portées aux comptes employeurs et mutualisées au sein du compte spécial « maladies professionnelles » ont été estimés par la CNAMTS sur la base de données statistiques utilisées pour la tarification des entreprises. Ces montants concernent les rentes imputées aux entreprises, ainsi que les prestations de soins (frais médicaux, de pharmacie et d'hospitalisation), les indemnités journalières versées en cas d'arrêt de travail et les indemnités en capital.

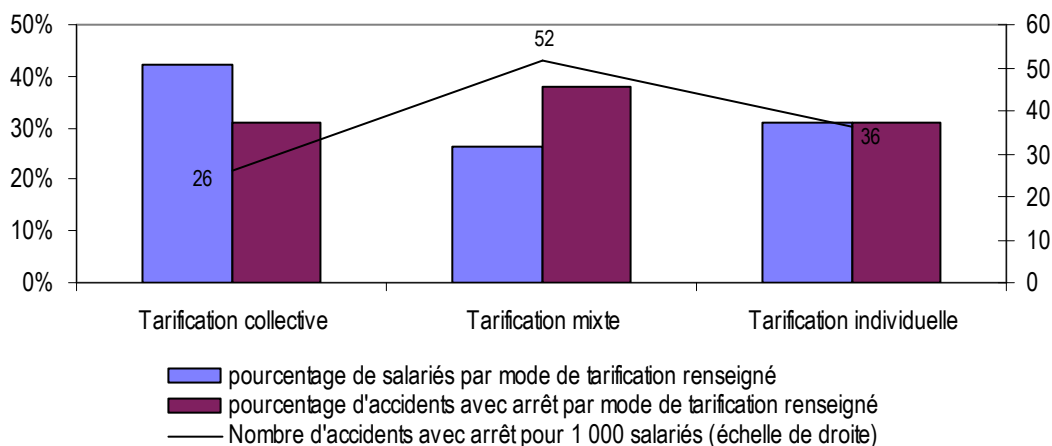
L'ensemble de ces données concerne uniquement le régime général de la Sécurité sociale.

Pour mémoire :

- le tableau 30 : affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante ;
- le tableau 30 bis : cancers broncho-pulmonaires provoqués par l'inhalation de poussières d'amiante.

Indicateur n° 10 : Répartition des salariés et du nombre d'accidents avec arrêt en fonction du mode de tarification (individuelle / mixte / collective)

Répartition, en pourcentage du total, des effectifs salariés et des accidents du travail(*) avec arrêt selon le mode de tarification des entreprises en 2009



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques) - 2010.

(*) Sont comptabilisés les accidents du travail ayant donné lieu à un arrêt d'au moins 24 heures en 2009.

Lecture : 42,3 % des salariés du régime général travaillent dans des entreprises à tarification collective qui concentrent 30,8 % des accidents, soit 26 accidents pour 1 000 salariés dans ces entreprises.

Le mode de tarification des cotisations AT-MP est différencié principalement en fonction du nombre de salariés dans l'entreprise, mais aussi, dans certains cas, en fonction du secteur d'activité (BTP, intérim, ...) et/ou de la localisation géographique (Alsace-Moselle) (cf. ci-dessous, *Précisions méthodologiques*). Trois modes de tarification coexistent : du plus mutualisé (tarification collective) au moins mutualisé (tarification individuelle), en passant par une situation intermédiaire (tarification mixte).

En 2009, près de 32 % des salariés sont concernés par la tarification individuelle, contre 26,5 % par la tarification mixte et 42,8 % par la tarification collective.

Le nombre de sinistres (accidents du travail avec arrêt réglés en 2009) est plus important dans les entreprises à tarification mixte (soit les entreprises ayant de 10 à 199 salariés) que dans les entreprises à tarification individuelle (entreprises de plus de 200 salariés) et dans les entreprises à tarification collective (principalement des très petites entreprises, cf. ci-dessous *Précisions méthodologiques*).

Le rapport du nombre de sinistres aux effectifs montre que les entreprises à tarification collective constituent la catégorie la moins accidentogène (taux de 26 pour 1 000), derrière les entreprises à tarification individuelle (36 pour 1 000), et les entreprises à tarification mixte (taux de 52 pour 1 000). Sans même évoquer de possibles effets de composition liés à la corrélation entre sinistralité et taille et donc mode de tarification au niveau individuel de l'entreprise, cette hiérarchie peut s'expliquer par la sensibilisation des petites structures à la survenue de sinistres, et à la place croissante accordée par les grandes entreprises aux politiques de prévention des accidents du travail.

D'un point de vue dynamique, le nombre d'accidents du travail avec arrêt est en baisse quel que soit le mode de tarification appliqué (54 accidents pour les entreprises soumises à la tarification mixte en 2008, 39 pour celles soumises à la tarification individuelle et 27 pour celles soumises à la tarification collective).

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 10 :

La notion d'accident avec arrêt est définie à l'indicateur de cadrage n° 2, 2^{ème} sous-indicateur. Les effectifs de salariés sont estimés par la moyenne des nombres de salariés présents au dernier jour de chaque trimestre civil de l'année.

La *tarification collective* s'applique aux entreprises de moins de 10 salariés et, à titre dérogatoire pour certaines activités, à certaines entreprises de 200 salariés et plus (décret du 6 décembre 1995).

La *tarification mixte* s'applique aux entreprises ayant de 10 à 199 salariés.

La *tarification individuelle* s'applique aux entreprises de plus de 200 salariés.

Les modes de tarification se distinguent par le calcul du taux net appliqué aux établissements (cf. indicateur « objectifs/résultats » n° 3-2), et plus particulièrement par la part de leur taux propre qui leur est imputée. Ainsi, le taux net, ou taux réel, est calculé :

- au niveau national pour l'estimation du taux net moyen annuel,
- au niveau de chaque établissement pour les entreprises relevant de la tarification individuelle ou mixte : le taux réel de chaque établissement est calculé à partir de son taux brut propre,
- au niveau de chaque branche professionnelle pour la fixation du barème annuel des taux de cotisations d'AT-MP, applicable aux entreprises à tarification collective.

Nombre de salariés de l'entreprise	Mode de tarification applicable	Fraction du taux réel propre à l'établissement	Fraction du taux collectif correspondant à l'activité de l'établissement
Moins de 10 salariés	Collectif	0	1
10 à 199 salariés	Mixte	$\frac{E-9}{191}$ (1)	$1 - \frac{E-9}{191}$
200 salariés et plus ⁽²⁾	Individuel « coût réel »	1	0

(1) E = effectif moyen de l'entreprise ou de l'établissement.
 (2) Par dérogation, certaines entreprises de 200 salariés et plus appliquent une tarification collective (arrêté du 6 décembre 1995).

Pour les entreprises du BTP, la définition de l'établissement est différente du cas général. Au sein d'une même entreprise, peuvent être considérés comme des établissements distincts et, à ce titre, se voir attribuer une tarification spécifique :

- l'ensemble des chantiers relevant d'un même code risque ;
- l'ensemble des dépôts, ateliers, magasins et services relevant d'un même code risque ;
- le siège social et les bureaux.

Pour les entreprises du BTP à tarification mixte ou réelle, la valeur du risque tient compte du produit du coût moyen de ces accidents par leur nombre au lieu des capitaux représentatifs des rentes et des accidents mortels.

En Alsace-Moselle, une tarification spécifique s'applique, qui est fonction de l'effectif du ou des établissements appartenant à la même entreprise, à savoir :

Effectif Entreprises hors BTP	Effectif Entreprises de BTP	Mode de tarification Alsace Moselle
Moins de 50 salariés	Moins de 50 salariés	Tarification collective Taux fixé en fonction des résultats statistiques régionaux
Entre 50 et 199 salariés	Entre 50 et 499 salariés	Tarification mixte Taux déterminé par la CRAM Alsace-Moselle en additionnant une fraction de taux réel et une fraction complémentaire de taux collectif
200 salariés et plus	500 salariés et plus	Tarification individuelle réelle Taux déterminé par la CRAM Alsace-Moselle en fonction des résultats statistiques de l'entreprise

D'autres règles spécifiques s'appliquent à des catégories d'entreprises ou d'établissements particuliers. On citera notamment les établissements de travail temporaire, les sièges sociaux et bureaux, les établissements nouvellement créés, les établissements ou collectivités gérant la totalité du risque (en auto-assurance), les exploitations minières ou assimilées, les élèves et étudiants de l'enseignement technique, les centres de formation professionnelle ou encore les personnes ayant souscrit une assurance volontaire.

PROGRAMME DE QUALITÉ ET D'EFFICIENCE
« ACCIDENTS DU TRAVAIL –
MALADIES PROFESSIONNELLES »

PARTIE II
« OBJECTIFS / RÉSULTATS »

Programme « accidents du travail - maladies professionnelles » - Partie II « Objectifs / Résultats »
Objectif n° 1 : Réduire la fréquence et la gravité des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles grâce à la prévention

Indicateur n° 1-1 : Indice de fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles

1^{er} sous-indicateur : indice de fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles :

- avec arrêt de travail
- avec incapacité permanente

Finalité : les indices de fréquence renseignent sur l'évolution de la sinistralité dans le domaine des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Résultats : les indices de fréquence des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles avec arrêt évoluent de la manière suivante de 2001 à 2009 pour 1 000 salariés* :

Catégorie de sinistre	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Objectif
Accidents du travail avec arrêt	42,8	43,0	40,9	39,5	39,1	39,4	39,4	38,0	36,0	Limitation
<i>AT ayant entraîné une IP</i>	2,5	2,7	2,8	3,0	2,9	2,6	2,5	2,4	2,4	
Accidents de trajet avec arrêt	5,0	5,1	4,7	4,5	4,6	4,7	4,7	4,7	5,1	
<i>At ayant entraîné une IP</i>	0,5	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	
Maladies professionnelles avec arrêt	1,4	1,8	2,0	2,1	2,3	2,4	2,4	2,4	2,7	
<i>MP ayant entraîné une IP</i>	0,6	0,8	0,9	1,1	1,2	1,3	1,2	1,2	1,3	

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2010.

* Les valeurs figurant dans le tableau sont arrondies.

Depuis 2001, on observe d'une manière générale une diminution progressive de l'indice de fréquence des accidents du travail (-15,9 % sur la période 2001 - 2009). Si l'indice de fréquence des accidents du travail est en baisse constante (à part une très légère hausse en 2006-2007), et s'établit désormais à 36 pour mille salariés, l'indice des accidents de trajet avec arrêt qui était stable depuis 2006 à 4,7 accidents pour mille salariés a progressé en 2009 et atteint 5,1 accidents pour milles salariés, ce qui pourrait être le reflet de conditions climatiques particulièrement défavorables.

Sur le champ plus précis des accidents du travail ayant entraîné une incapacité permanente, c'est-à-dire ceux pour lesquels la gravité du sinistre est plus importante, la baisse de l'indice de fréquence est moins forte (- 5 % entre 2001 et 2009). En revanche, l'indice de fréquence des accidents de trajet ayant entraîné une incapacité permanente baisse plus fortement (- 9 %).

Sur le champ des maladies professionnelles, l'indice de fréquence des maladies professionnelles avec arrêt, comme l'indice de fréquence des maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente, sont tous deux en nette progression sur la période 2001 - 2009 (+ 90 % pour l'indice avec arrêt et + 123 % pour l'indice avec IP). Cette évolution est le corollaire de la progression en volume du nombre de maladies professionnelles nouvellement reconnues (cf. indicateur de cadrage n° 2), et marque par ailleurs une évolution de la gravité des maladies professionnelles.

Construction de l'indicateur : l'indice de fréquence correspond au nombre de sinistres observés au cours de l'année pour 1 000 salariés. Pour chaque catégorie de sinistre, on mesure l'indice de fréquence de l'ensemble des sinistres avec arrêt, mais aussi l'indice propre aux sinistres ayant entraîné une incapacité permanente (IP), voire un décès.

Précisions méthodologiques : les sinistres avec arrêt sont dénombrés de la façon suivante : il s'agit des sinistres ayant entraîné l'imputation au compte employeur (ou au compte spécial) d'un premier règlement d'indemnité journalière (correspondant à un arrêt de travail d'au moins vingt-quatre heures), d'indemnité en capital, de rente ou de capital décès dans l'année étudiée.

La CNAMTS rappelle que « *pour les indices de fréquence des accidents du travail, l'usage est de travailler sur l'ensemble correspondant aux salariés et aux accidents des 9 principaux secteurs d'activité, à l'exclusion des bureaux, sièges sociaux et des catégories professionnelles particulières* » (cf. indicateur de cadrage n° 3 pour plus de précisions sur le champ) alors que l'indice de fréquence n'est pas défini sur un ensemble particulier dans le cas des accidents de trajet et des maladies professionnelles. Si les données présentées pour chaque catégorie de sinistres recouvrent le même champ, cette différence peut entraîner une surévaluation des indices de fréquence relatifs aux accidents de trajet et aux maladies professionnelles.

Le nombre de salariés correspond à la moyenne du nombre de salariés présents à la fin de chaque trimestre.

Programme « accidents du travail - maladies professionnelles » - Partie II « Objectifs / Résultats »
Objectif n° 1 : Réduire la fréquence et la gravité des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles grâce à la prévention

Indicateur n° 1-1 : Indice de fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles

2^{ème} sous-indicateur : indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt de travail de plus de 3 jours

Finalité : dans le cadre de la stratégie de Lisbonne, les États membres ont reconnu que la garantie de la qualité et de la productivité du travail peut largement contribuer à promouvoir la croissance économique et l'emploi. C'est pourquoi la Commission européenne a proposé le 21 février 2007 une stratégie pour la promotion de la santé et de la sécurité au travail. Celle-ci prolonge celle déjà mise en œuvre sur la période 2002-2006 qui a permis une baisse de 14 % du nombre d'accidents du travail au sein des pays de l'Union. La nouvelle stratégie pour 2007-2012 « propose d'être plus ambitieux encore et de réduire de 25 % le taux d'incidence global des accidents du travail d'ici à 2012 dans l'UE 27, en améliorant la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs, contribuant ainsi de manière essentielle au succès de la stratégie pour la croissance et l'emploi ». Le Conseil européen réuni à Bruxelles le 25 juin 2007 a entériné cette stratégie, en reconnaissant notamment que « les chiffres relatifs aux accidents du travail et à l'incidence des maladies professionnelles, qui varient d'un État à l'autre, restent trop élevés en valeur absolue dans certains secteurs et pour certaines catégories de travailleurs et qu'il est dès lors important que la nouvelle stratégie remédie à cette situation ». Le Conseil « soutient la Commission dans sa démarche visant à réduire de 25 % le taux d'incidence des accidents du travail au niveau communautaire (...) ».

Résultats : l'indicateur structurel suivi au niveau européen porte sur l'incidence des accidents du travail ayant entraîné un arrêt de plus de trois jours pour 100 000 personnes au travail :

	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Objectif 2012
France	100	102	98	99	95	90	90	82	-25 % par rapport à 2007
<i>dont femmes</i>	100	111	110	117	112	107	111	103	
<i>dont hommes</i>	100	101	94	95	92	87	87	79	
Allemagne	100	96	88	82	74	73	65	66	
Suède	100	111	113	101	94	86	85	82	
Espagne	100	108	106	103	100	92	87	85	
Italie	100	99	92	83	80	75	71	69	
Grande-Bretagne	100	106	110	108	107	88	84	75	
UE 15	100	98	94	86	81	78	76	74	
<i>dont femmes</i>	100	103	100	96	91	86	82	81	
<i>dont hommes</i>	100	98	93	88	83	80	75	73	
UE 27	n.d.	100	96	88	84	80	78	76	
<i>dont femmes</i>	<i>n.d.</i>	100	98	94	90	86	85	82	
<i>dont hommes</i>	<i>n.d.</i>	100	96	90	86	82	81	77	
Etats-Unis	100	92	85	81	74	70	68	n.d.	
Japon	100	91	91	86	86	83	81	n.d.	

Source : Eurostat - 2010. Base 100 en 1998 (en 2000 pour l'UE 27) ; n.d. : non disponible.

L'indicateur porte sur l'évolution de la fréquence des accidents du travail entraînant un arrêt de plus de trois jours, en prenant l'année 1998 pour référence. En France, l'indicateur structurel des accidents du travail avec arrêt de plus de 3 jours est de 18 % inférieur en 2006 (dernière donnée disponible) à sa valeur de référence de 1998. Cette tendance générale à la baisse cache toutefois une évolution divergente par genre observable depuis 1998 : tandis que l'indice de fréquence des accidents des hommes continue de décroître pour atteindre 79 en 2005,

celui relatif aux femmes connaît une évolution plus erratique (pic à 117 en 2002, reflux en 2004, nouvelle hausse en 2005 puis nouveau reflux en 2006).

Le recul de l'incidence des accidents du travail constaté au niveau national apparaît plus faible que pour l'Europe des 15, avec huit points d'écart en moyenne en 2006. Cette situation doit inciter notre pays à renforcer son dispositif de santé et de sécurité au travail afin de contribuer plus fortement à l'objectif communautaire. Il convient au demeurant de noter que cet écart s'est fortement réduit par rapport à 2005, où il s'élevait à 14 points.

La comparaison avec des pays de l'OCDE non européens pour lesquels Eurostat dispose également de données montre que la réduction de l'incidence a été globalement comparable au Japon à celle observée en Europe depuis le milieu des années 1990 et plutôt plus prononcée aux Etats-Unis.

L'objectif européen d'une réduction supplémentaire de 25 % de l'incidence d'ici 2012 apparaît ambitieux, une baisse de cette ampleur correspondant à celle observée en moyenne au sein de l'UE 15 entre 1998 et 2006.

Construction de l'indicateur : à la différence des indicateurs usuellement suivis au niveau national, l'indicateur européen s'intéresse aux seuls accidents du travail (il exclut donc les accidents du trajet et les maladies professionnelles, toutefois, les accidents de circulation (mission) et les accidents à bord d'un moyen de transport sont insérés dans cet indicateur structurel), considérés comme graves au sens où ils ont entraîné un arrêt de travail de plus de trois jours.

Le taux d'incidence est calculé en rapportant le nombre d'accidents avec plus de trois jours d'arrêt survenus dans l'année au nombre de personnes au travail dans la population de référence (les données relatives au nombre de personnes occupées sont fournies par l'enquête sur les forces de travail EFT). Afin d'obtenir des valeurs comparables entre des pays dont les structures de production diffèrent et de faciliter la lecture des résultats, les taux d'incidence ainsi calculés par Eurostat font l'objet de plusieurs retraitements. Ils sont calculés sur les neuf secteurs recensés par la nomenclature statistique des activités économiques dans la Communauté européenne (NACE), sont agrégés de manière standardisée en donnant à chacune des branches le même poids au niveau national qu'à celui de l'UE 15. Ils sont présentés non en niveau absolu mais en évolution indicelle (base 100 en 1998 pour chacun des pays et pour l'UE 15, à l'exception de l'UE 27, dont l'année de référence est 2000).

Précisions méthodologiques : l'indicateur est alimenté par les États membres, suivant une méthodologie harmonisée (statistiques SEAT), à partir de données administratives. D'après Eurostat, pour les accidents graves, les taux d'incidence sont pleinement comparables à l'intérieur de chacun des deux groupes d'États membres suivants : ceux dans lesquels le système est fondé sur l'assurance (Belgique, Allemagne, Grèce, Espagne, France, Italie, Luxembourg, Autriche, Portugal et Finlande) et ceux à système de sécurité sociale universel (Danemark, Irlande, Pays-Bas, Suède, Royaume-Uni et Norvège), mais pas strictement comparables entre ces deux groupes, malgré les corrections effectuées. En particulier, des corrections pour sous-déclaration des accidents sont apportées notamment dans les pays à système de sécurité sociale universel pour lesquels l'enregistrement n'est pas exhaustif, sur la base des taux de déclaration (par activité économique, profession, statut professionnel et taille d'entreprise) évalués par les États membres et fournis à Eurostat.

Les dernières données disponibles pour les pays européens sont relatives à l'année 2006. Les données pour les États-Unis et le Japon, fournies respectivement par le Ministère américain du travail et les rapports annuels de l'inspection du travail japonaise, sont indisponibles pour l'année 2006.

Programme « accidents du travail - maladies professionnelles » - Partie II « Objectifs / Résultats »

Objectif n° 1 : Réduire la fréquence et la gravité des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles grâce à la prévention

Indicateur n° 1-2 : Indice de fréquence des accidents du travail dans les secteurs à plus fort risque

Finalité : si l'indice de fréquence des accidents du travail au niveau national permet de suivre l'évolution globale de la sinistralité, il ne rend pas compte de l'hétérogénéité entre les différents secteurs d'activité. En retenant les trois secteurs à plus fort taux de sinistralité (BTP, services, commerces et industries de l'alimentation et le secteur du Bois, ameublement, papier-carton, vêtements des textiles, du vêtement, des cuirs et peaux et des pierres et terres à feu, cf. indicateur de cadrage n° 3), l'indicateur choisi vise à apprécier si la fréquence des accidents du travail de ces trois secteurs diffère de la moyenne générale, une fois neutralisés les effets liés à la taille des différents secteurs. Il s'inscrit dans le droit fil des recommandations du Conseil européen qui, par sa résolution du 25 juin 2007, invite les États membres « à définir et à mettre en œuvre des stratégies nationales de santé et de sécurité qui soient cohérentes et adaptées aux réalités nationales, en coopération avec les partenaires sociaux et, s'il y a lieu, en fixant dans ce contexte des objectifs mesurables en vue de réduire encore le nombre d'accidents du travail et l'incidence des maladies professionnelles, particulièrement dans les secteurs d'activité où les taux sont supérieurs à la moyenne ».

Résultats : l'indice de fréquence des accidents du travail dans les trois secteurs visés évolue comme suit de 2001 à 2009 :

Secteurs d'activité (comités techniques nationaux - CTN)	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Objectif 2010
Indice moyen national des CTN B, D et F* (1)	71,3	71,7	67,6	65,6	65,2	64,9	65,1	62,6	59,4	Diminution
Indice moyen national Accidents du travail (2)	42,8	43,0	40,9	39,5	39,1	39,4	39,4	38,0	36,0	
Surreprésentation** par rapport à la moyenne des accidents dans les trois secteurs les plus à risque = (1) / (2)	1,67	1,67	1,65	1,66	1,67	1,65	1,65	1,65	1,65	

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2010.

* Indice de fréquence pour 1 000 salariés.

CTN B : BTP ; CTN D : Services, commerces, industries de l'alimentation ; CTN F : Bois, ameublement, papier-carton, textiles, vêtement, cuirs et peaux, pierres et terres à feu.

** lecture : un ratio égal à 1,65 signifie une surreprésentation de 65 % de la fréquence des accidents du travail (par salarié du régime général) dans ces trois secteurs par rapport à la moyenne globale de l'ensemble des secteurs.

On observe que l'indice de fréquence des trois secteurs à plus forte sinistralité est en diminution progressive entre 2001 et 2009 (- 16,7 % sur la période) à un rythme similaire à celui de l'indice de fréquence moyen tous secteurs confondus (- 15,9 %). Toutefois, rapportés à l'effectif des salariés du régime général des différents secteurs, les trois secteurs les plus à risque se caractérisent en 2009 par une sinistralité qui demeure supérieure de 65 % à la moyenne nationale.

Construction de l'indicateur : on retient ici comme référence un indice unique : l'indice de fréquence des accidents avec arrêt. Il s'agit du nombre d'accidents du travail avec arrêt réglés dans l'année pour 1 000 salariés relevant du régime général. Les secteurs d'activité appartiennent aux neuf grandes branches d'activité correspondant aux comités techniques nationaux (CTN). Pour plus de précisions, cf. l'indicateur de cadrage n° 3.

Précisions méthodologiques : les indices de fréquence présentés ici ne couvrent pas le champ des accidents de trajet ni des maladies professionnelles, mais uniquement celui des accidents du travail.

Programme « accidents du travail - maladies professionnelles » - Partie II « Objectifs / Résultats »
Objectif n° 1 : Réduire la fréquence et la gravité des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles grâce à la prévention

Indicateur n° 1-3 : Indice de gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles

Finalité : la gravité peut être appréciée à travers plusieurs indicateurs, notamment :

- le taux de gravité des accidents du travail avec arrêt qui renseigne sur le volume des arrêts de travail corrigé du nombre d'heures travaillées ;
- le taux moyen d'incapacité permanente (IP) des accidents du travail, de trajet et des maladies professionnelles ayant donné lieu à une IP se base, par construction, sur le champ réduit des sinistres ayant entraîné une IP (à savoir 7 % des accidents du travail avec arrêt, 9 % des accidents de trajet avec arrêt et 50 % des maladies professionnelles avec arrêt pour l'année 2009) ;
- l'indice standardisé des accidents du travail ayant entraîné un décès, suivi au niveau européen.

1^{er} sous-indicateur : nombre de journées de travail perdues en raison d'un accident du travail pour 1 000 heures travaillées

Résultats : le nombre de journées perdues pour cause d'accident du travail pour 1 000 heures travaillées évolue comme suit de 2001 à 2009 :

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Objectif
1,06	1,17	1,35	1,33	1,25	1,27	1,28	1,31	1,32	Diminution

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2010.

Exprimé en nombre de journées perdues pour 1 000 heures travaillées, le taux de gravité des accidents du travail avec arrêt a progressé de 24 % entre 2001 et 2009 malgré deux années de baisse en milieu de période (2004 et 2005). Deux phénomènes expliquent cette évolution : elle dépend étroitement, d'une part, de la gravité des sinistres et, d'autre part, des comportements de prescription. A taux de gravité donné, ces comportements vont dans le sens d'une augmentation de la durée moyenne d'un arrêt qui peut refléter une meilleure reconnaissance des dommages à la personne.

Par ailleurs, l'estimation du nombre d'heures travaillées retenue comme dénominateur est elle-même sensible aux hypothèses prises sur le volume horaire moyen (qui a pu diminuer sur la période considérée, du fait de la mise en application progressive de la loi sur les 35 heures) et sur l'effectif moyen de salariés, donnée qui pourrait s'avérer fragile.

Construction de l'indicateur : le taux de gravité d'un accident du travail avec arrêt correspond au nombre de journées perdues (arrêts de travail) pour 1 000 heures travaillées. Les heures travaillées sont déterminées par grande branche d'activité à partir notamment de la durée hebdomadaire du travail et du nombre de salariés.

Précisions méthodologiques : l'indicateur ne concerne que les accidents du travail et non les accidents de trajet ou les maladies professionnelles. En effet, la référence au nombre d'heures travaillées n'est pertinente ni pour les accidents de trajet, ni pour les maladies professionnelles :

- pour les accidents de trajet, le risque n'est pas lié à la durée du travail mais aux allers-retours domicile/travail et éventuellement travail/lieu du repas. Le mode de transport utilisé, la distance domicile/travail, le fait de disposer d'un restaurant d'entreprise ou non, de déjeuner sur place ou non, modifient grandement le risque encouru ;
- s'agissant des maladies professionnelles, celles-ci résultent à la fois d'une exposition au risque mais aussi d'une durée d'exposition (cf. conditions de prise en charge des tableaux de maladies professionnelles) qui peuvent dépasser une année.

Programme « accidents du travail - maladies professionnelles » - Partie II « Objectifs / résultats »
Objectif n° 1 : Réduire la fréquence et la gravité des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles grâce à la prévention

Indicateur n° 1-3 : Indice de gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles.

2^{ème} sous-indicateur : taux moyen d'une incapacité partielle permanente pour les AT, les MP et les accidents de trajet ayant donné lieu à une incapacité permanente

Résultats : les taux moyen d'incapacité partielle permanente (IPP) pour les accidents du travail, de trajet et les maladies professionnelles, de 2003 à 2009 varient comme suit :

Catégorie de sinistre	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Objectif
Accidents du travail	9,9	9,9	9,8	10,2	10,6	10,3	10,3	Diminution
Accidents de trajet	14,3	14,1	14,3	14,1	14,3	14,2	13,6	
Maladies professionnelles	16,5	16,2	15,5	15,5	16,1	15,4	15,4	

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) – 2010.

Le taux moyen d'incapacité permanente pour les accidents de travail a légèrement augmenté entre 2003 et 2009. Cette évolution peut s'expliquer par le fait que seuls 7 % des accidents du travail avec arrêt en 2009 donnent lieu à une incapacité permanente. Ils concernent donc une population réduite aux caractéristiques particulières.

L'évolution retracée par ce sous-indicateur n'est pas exactement conforme à celle décrite par le précédent sous-indicateur, qui porte sur le nombre de journées de travail perdues. La comparaison de ces deux informations n'est cependant pas aisée : en effet, l'augmentation du nombre de jours d'arrêt n'implique pas nécessairement une évolution à la hausse du taux moyen d'une incapacité permanente, ce taux d'incapacité étant évalué sur des critères médicaux indépendants de la durée de l'arrêt de travail.

S'agissant des accidents de trajet, le taux moyen d'incapacité permanente, qui concerne 9 % des accidents de trajet avec arrêt, a diminué sur la période allant de 2003 à 2009 (- 4,9 %). Cette évolution renvoie à la cause de l'accident de trajet qui est en majeure partie imputable à un accident de véhicule.

Sur le champ des maladies professionnelles, le taux moyen d'incapacité permanente est mesuré sur la moitié des maladies professionnelles avec arrêt (50 %). Il évolue également à la baisse (- 6,7 % sur la période 2003 - 2009). Si l'on rapproche cette évolution des résultats mis en évidence au 1^{er} sous-indicateur, on note une progression très dynamique de la fréquence des maladies avec incapacité permanente alors que le taux moyen d'incapacité permanente tend à diminuer. Ce phénomène pourrait s'expliquer par l'accroissement de la part des maladies les moins graves (celles pour lesquelles les taux d'incapacité sont les plus faibles) au sein des sinistres avec incapacité permanente. Ainsi, les troubles musculo-squelettiques, qui comptent pour 83 % des pathologies professionnelles reconnues et dont le taux d'IP est faible en moyenne, ont fortement augmenté sur la période : les affections périarticulaires, qui représentent plus de 90 % des TMS, sont passées de 20 000 en 2000 à 37 700 en 2009.

Construction de l'indicateur : pour plus de cohérence, la CNAMTS a modifié le calcul du taux moyen d'une IP, qui rapporte désormais la somme des taux d'incapacité permanente au nombre de nouvelles IP et décès. De ce fait, la série n'est disponible qu'à partir de l'année 2003.

Précisions méthodologiques : lorsque les séquelles d'un accident sont consolidées, la victime se voit attribuer un taux d'incapacité permanente compris entre 1 % et 100 %. Le taux moyen d'une incapacité permanente correspond à la moyenne des taux observés au sein de chaque catégorie de sinistres ayant donné lieu à une incapacité permanente.

Programme « accidents du travail - maladies professionnelles » - Partie II « Objectifs / Résultats »
Objectif n° 1 : Réduire la fréquence et la gravité des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles grâce à la prévention

Indicateur n° 1-3 : Indice de gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles.

3^{ème} sous-indicateur : indice de fréquence des accidents du travail ayant entraîné un décès

Résultats : l'indicateur structurel des accidents du travail avec décès suivi au niveau européen a évolué comme suit depuis 1998 :

	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Objectif 2012
France	100	85	79	65	69	68	50	50 (p)	-25 % par rapport à 2007
Allemagne	100	95	89	112	105	100	82	95	
Suède	100	85	105	91	89	81	131	115	
Espagne	100	85	81	79	67	59	64	64	
Italie	100	66	62	42	57	50	52	58	
Grande-Bretagne	100	106	92	85	70	90	88	81	
UE 15	100	88	85	80	78	75	74	73 (p)	
UE 27	n.d.	100	97	91	90	88	86	81	
Etats-Unis	100	93	93	88	89	91	89	n.d.	
Japon	100	103	98	91	90	88	82	n.d.	

Source : Eurostat – 2009 ; n.d. : non disponible ; (p) : provisoire.

L'indicateur porte sur l'évolution de la fréquence des accidents du travail mortels, en prenant l'année 1998 pour référence. L'indice de fréquence des accidents du travail mortels a continuellement diminué en France sur la période de mesure, la baisse atteignant 50 % entre 1998 et 2006. Cette réduction significative du nombre de décès consécutifs à des accidents du travail pour 100 000 personnes occupées est supérieure à celle observée en moyenne dans l'Europe des 15 sur la même période (- 27 %). Dans certains grands pays européens (Italie, Espagne), la diminution observée est également plus importante.

A l'inverse des évolutions du 2^{ème} sous-indicateur de l'indicateur n° 1-1, les résultats obtenus par le Japon et les Etats-Unis en la matière apparaissent plutôt plus défavorables que dans les pays européens, mais ils doivent être interprétés avec prudence en raison d'effets de champ (cf. *Précisions méthodologiques*).

Construction de l'indicateur : cet indicateur européen s'intéresse aux seuls accidents du travail, à l'exclusion des accidents de trajet et des maladies professionnelles, qui entraînent le décès de la victime dans un délai d'un an.

Le taux d'incidence est calculé en rapportant le nombre d'accidents du travail mortels survenus durant l'année considérée (de source SEAT) au nombre de personnes occupées dans la population de référence, mesuré par l'enquête sur les forces de travail (EFT). Le résultat obtenu est ensuite multiplié par 100 000 afin d'obtenir un taux d'incidence pour 100 000 travailleurs.

Afin d'obtenir des valeurs comparables entre des pays dont les structures de production diffèrent et de faciliter la lecture des résultats, les taux d'incidence ainsi calculés par Eurostat font l'objet des mêmes retraitements que ceux présentés au 2^{ème} sous-indicateur de l'indicateur « objectifs/résultats » n° 1-1. Toutefois, contrairement à ce dernier, l'indice des décès consécutifs à des accidents du travail n'est pas disponible par genre.

Précisions méthodologiques : les données sont renseignées sur la base des sources administratives communiquées par les États. D'après Eurostat, les données des accidents du travail mortels sont pleinement comparables entre tous les États membres, que le système de sécurité sociale soit assuranciel ou universel.

Toutefois, les procédures nationales de notification d'un accident comme mortel peuvent varier d'un pays à l'autre : dans certains pays ce n'est le cas que si la victime décède le jour même (Pays-Bas) ou dans les 30 jours suivant l'accident (Allemagne). Dans d'autres pays, l'accident peut être considéré comme mortel sans limite de temps (Belgique, Grèce, France - sauf pour les décès intervenus après la reconnaissance d'une invalidité permanente - Italie, Luxembourg, Autriche, Suède et Norvège). Enfin, pour les autres États membres, le délai est d'un an - 1,5 an pour l'Espagne - après la date de l'accident. En fait, d'après Eurostat, les décès interviennent, en général, quelques jours après l'accident et seule la limitation au « jour même de l'accident » implique une sous-estimation significative.

Pour les États-Unis et le Japon, les données sont issues des mêmes sources que pour le 2^{ème} sous-indicateur de l'indicateur « objectifs/résultats » n° 1-1. Celles-ci ne sont pas rigoureusement comparables à celles présentées pour les pays de l'Union européenne car elles ne distinguent pas les accidents mortels de circulation et de transport des autres accidents mortels.

Les dernières données disponibles pour les pays européens sont relatives à l'année 2006. Les données pour les États-Unis et le Japon, fournies respectivement par le Ministère américain du travail et les rapports annuels de l'inspection du travail japonaise, sont indisponibles pour l'année 2006.

Programme « accidents du travail - maladies professionnelles » - Partie II « Objectifs / Résultats »
Objectif n° 1 : Réduire la fréquence et la gravité des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles grâce à la prévention

Indicateur n° 1-4 : Evolution du nombre de visites d'inspection sur la conformité des démarches d'évaluation des risques dans les entreprises

Finalité : le recul de la sinistralité en milieu professionnel dépend étroitement de la rigueur avec laquelle les entreprises appliquent les règles du droit du travail et les engagements contractuels en matière de prévention passés avec l'assurance maladie. Les inspections et contrôles mis en œuvre par les services de l'inspection du travail ou par les caisses régionales d'assurance maladie visent à s'assurer de la bonne application des normes et des stipulations contractuelles. Il est donc important d'apprécier l'impact des visites et contre-visites menées par ces services sur les changements de pratiques d'exposition aux risques professionnels.

Résultats : le nombre de visites de contrôles de l'inspection du travail dans les entreprises évolue comme suit :

	2007	2008	2009	Objectif
Nombre de visites de contrôle	134 000	152 000	170 000	Augmentation
▪ dont santé-sécurité au travail	83 100	96 100	108 900	
(%)	62 %	63 %	64 %	
- dont évaluation des risques professionnels	10 900	20 000	29 000	
(%)	8 %	13 %	17 %	
- ayant donné lieu à contre-visites	5 100	8 900	12 900	
(%)	6 %	9 %	12 %	

Source : Direction générale du Travail - CAP SITERE.

Sur les 170 000 visites de contrôle réalisées par l'inspection du travail en 2009, près de 109 000 ont porté sur le champ santé-sécurité au travail (64 %). A l'intérieur de ce champ, 29 000 - soit 17 % du total- ont été saisies dans le système d'information métier de l'inspection du travail comme ayant porté sur l'évaluation des risques professionnels. Ce chiffre contribue à faire de l'évaluation des risques professionnels une des cinq priorités nationales du suivi de l'inspection du travail qui mobilise le plus les agents de contrôle. Il est à noter que la progression de ces indicateurs s'inscrit dans un contexte de forte augmentation de l'activité globale (+ 12 % de visites).

S'il est difficile de mesurer précisément l'impact de ces visites de contrôle, la Direction générale du travail estime qu'en 2009, près d'une contre-visite de contrôle sur trois (31 %) a été suivie d'effet ce qui constitue une légère diminution par rapport à 2008 (36 %).

Cependant, il faut rappeler que les contre-visites physiques en entreprise ne constituent pas le seul outil à disposition des agents de l'inspection du travail, des mises en conformité des démarches d'évaluation des risques pouvant leur être signifiées par écrit, en dehors de toute contre-visite.

Précisions méthodologiques : l'impact des visites d'inspection sur la conformité des démarches d'évaluation des risques dans les entreprises est actuellement calculé sur la base d'un rapport entre, d'une part, les contre-visites sans observation et, d'autre part, l'ensemble des contre-visites ayant porté sur la priorité nationale de la politique du travail que constitue l'évaluation des risques professionnels.

Programme « accidents du travail - maladies professionnelles » - Partie II « Objectifs / Résultats »
Objectif n° 1 : Réduire la fréquence et la gravité des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles grâce à la prévention

Indicateur n° 1-5 : Efficacité des actions de prévention menées par la CNAMTS

1^{er} sous indicateur : évaluation des actions d'information et/ou communication à visée préventive

Finalité : l'objet de cet indicateur est d'évaluer le pourcentage de la cible visée par une action d'information et/ou communication qui a été effectivement atteint par cette action.

Résultats : 2009 a été la première année où toutes les actions d'information et/ou de communication à visée préventive organisées par les Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail - CARSAT - (nouveau nom des Caisses régionales d'assurance maladie - CRAM - depuis le 1^{er} juillet 2010) et les Caisses générales de sécurité sociale (CGSS dans les DOM), portant sur les thèmes du Plan national d'actions coordonnées (PNAC - cf. 2^{ème} sous indicateur), ont fait l'objet d'une évaluation. Celle-ci, basée sur des référentiels communs pour toutes les caisses, porte sur les divers types d'actions d'information et/ou de communication à visée préventive.

Ainsi, 264 actions de communication ont été réalisées par les caisses en 2009 sur les thèmes du PNAC ; il s'agit d'actions presse (44), de salons (7), de publications (9), mais surtout de colloques ou conférences (204) qui ont réuni 12 378 participants.

Parmi ces colloques et conférences, on peut citer :

- la conférence/débat organisée par la CRAMIF le 15 mai 2009 sur le thème « Agir ensemble pour prévenir les TMS, comment ? Des partenariats à construire ». 520 personnes ont participé à cette rencontre. La réunion a répondu à l'attente de 84 % des participants. Les témoignages ont intéressé également 84 % des personnes. Pour 78 % d'entre elles, la réunion a permis d'avoir des pistes pour mettre en œuvre des actions de prévention en entreprise. Enfin, les actions de la CRAMIF ont été mieux perçues par 84 % des participants ;
- la réunion d'information organisée par la CGSS de la Martinique sur le thème « Prévention des Risques Professionnels dans le BTP - socle commun de prévention ». Les 74 participants ont été enthousiastes. Ainsi, pour 100 % d'entre eux, la conférence a répondu à leurs attentes. Ils sont satisfaits de la qualité des interventions à l'unanimité et ont envie de se mobiliser pour la prévention des risques professionnels ;
- la rencontre animée par la CRAM d'Alsace-Moselle à Mulhouse le 22 octobre 2009 sur le thème « Le socle commun des intervenants de l'acte de construire et la réalité sur les chantiers. Quelles contraintes ? Quels bénéfices ? ». 130 personnes ont répondu à l'invitation de la CRAM. 94 % des participants ont apprécié la qualité des exposés, 61 % l'apport des tables rondes. De façon globale, 94 % ont donné une bonne appréciation globale de la rencontre.
- la conférence-débat de la CRAM Alsace-Moselle sur le thème de « La prévention du risque routier lié à l'utilisation de véhicules utilitaires légers (VUL) ». 303 personnes en provenance de 166 entreprises et 20 organismes ou collectivités y ont participé. Le taux de satisfaction a été de 85 %.

Depuis 2009, les retombées presse de l'ensemble des organismes de la Branche AT-MP font l'objet d'un suivi systématique ; pour la CNAMTS/DRP, on recense 199 articles, dont 92 sur la « Semaine des TMS », et pour les CRAM/CGSS: 679, dont 43 % portent sur les thèmes du PNAC, dont 95 sur les TMS, 87 sur le risque routier et 41 sur le BTP.

Les salons auxquels les CRAM participent sont l'occasion d'informer un large public sur des thématiques de prévention ; il peut s'agir de salons spécialement dédiés à la sécurité ou santé au travail, comme « Préventica » ou celui de la CGSS de la Martinique, ou bien de salons grand public : « Foire européenne de Strasbourg et Foire Internationale de Metz ».

Les CRAM d'Auvergne et de Rhône-Alpes, en partenariat avec l'INRS, ont participé au salon « Préventica Lyon » sur l'hygiène, la sécurité, l'ergonomie et la santé au travail. Ce salon, avec 412 exposants, a accueilli 10 231

visiteurs dont 3 000 sur le stand des CRAM. Les conférences animées par les CRAM ont réuni 1 709 participants qui ont jugé très favorablement ce salon :

- 97 % sont très satisfaits ou satisfaits des sujets traités ;
- 95 % sont très satisfaits ou satisfaits de la qualité des conférenciers ;
- 89 % sont très satisfaits ou satisfaits de l'utilité des informations ;
- 87 % sont très satisfaits ou satisfaits de la nouveauté des informations.

La CGSS de la Martinique a organisé la seconde édition du salon « Santé et sécurité au travail » sur l'amélioration des conditions de travail et la réduction des risques professionnels. Cette manifestation ouverte à tous a accueilli 1 500 visiteurs. Plusieurs conférences étaient animées par la CGSS, qui ont attiré chacune entre 110 et 150 participants. Chaque conférence faisait l'objet de sa propre évaluation ;

- pour 93 % des participants, les conférences ont répondu à l'attente ;
- pour 95 % des participants, les conférences ont donné envie de se mobiliser pour la prévention des risques professionnels ;
- 92 % des participants ont obtenu des informations ré-exploitable et 90 % des pistes pour mettre en œuvre des actions de prévention en entreprise ;
- enfin, 30 % des participants ont découvert toutes les activités menées par la Direction des risques professionnels de la CGSS au niveau régional.

La CRAM d'Alsace Moselle a proposé un stand d'animation aux foires Européenne de Strasbourg (du 4 au 14 septembre 2009) et Internationale de Metz (du 2 au 12 octobre 2009) sur le thème « Lombalgies, plein le dos ! ». L'objectif était d'informer le grand public sur les TMS localisés autour de la colonne vertébrale (les lombalgies), les principaux facteurs de risques, l'offre de service pour l'évaluation et la mise en place d'actions de prévention et les conséquences financières et sociales de ces pathologies (statistiques AT-MP, réparation, réinsertion). 4 460 personnes à Strasbourg ont répondu à l'enquête/jeu concours et 3 883 à Metz. Le grand public a bien perçu l'objectif du stand. Pour 80 % des personnes, le stand sert plutôt à « donner des informations sur les facteurs de risques des lombalgies et proposer des solutions de prévention ». D'ailleurs, 96 % des personnes interrogées considèrent qu'il est normal pour un organisme de sécurité sociale de tenir un stand sur ce thème et 83 % déclarent avoir appris quelque chose de neuf sur le stand.

La CRAM Rhône Alpes a animé également des conférences lors de salons professionnels. Ainsi, durant le salon Chimie-Pharma qui s'est tenu les 22 et 23 septembre 2009 à Grenoble, deux conférences portant sur « Le nouvel étiquetage des produits chimiques SGH/CLP » et « L'évaluation du risque chimique », ont intéressé chacune une vingtaine de participants. L'appréciation des participants à ces conférences a été particulièrement bonne puisque la première a recueilli 100 % de satisfaction (satisfaits - 50% - ou très satisfaits - 50% -) et la seconde 90% (satisfaits - 45% - ou très satisfaits - 45% -).

D'autres conférences/débats ont été organisées par les CRAM/CGSS au cours de l'année 2009, notamment par la CRAM Aquitaine sur le thème « Le nouvel étiquetage des produits chimiques ». 324 personnes ont répondu à l'invitation de la CRAM qui avait organisé 5 réunions dans les différentes villes de la région. Ces journées qui visaient un public d'entrepreneurs, de médecins du travail, de représentants de comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), ont donné satisfaction à 95 % des participants (20 % de très satisfaits).

La CRAM Nord Picardie, le 24 mars 2009, animait avec une conférence-débat intitulé « Un bon éclairage pour de bonnes conditions de travail » où l'apport de connaissance par rapport au thème a convaincu 100 % des 38 participants. Cette CRAM poursuivait le 7 avril 2009 avec une conférence intitulée « Les E.P.I. - équipements de protection individuelle - : Réglementation, procédure d'achat et d'utilisation ». Sur ce thème elle a réuni 190 personnes. Le contenu de la conférence a répondu à 90 % aux attentes des participants. La satisfaction générale est de 77 % et même 19 % de très satisfait. L'apport de connaissance par rapport au thème a convaincu 92 % des personnes présentes.

La CRAM d'Alsace Moselle a organisé une rencontre sur le thème « La prévention de la désinsertion professionnelles du lombalgique, un projet partagé : une réinsertion réussie » qui a réuni 190 membres de CHSCT et représentants de DRH. L'appréciation globale de cette rencontre était de 84 %. La qualité de l'information a été évaluée à 79 % comme satisfaisante et à 17 % comme étant importante.

Programme « accidents du travail - maladies professionnelles » - Partie II « Objectifs / Résultats »
Objectif n°1 : Réduire la fréquence et la gravité des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles grâce à la prévention

Indicateur n° 1-5 : Efficacité des actions de prévention menées par la CNAMTS

2^{ème} sous-indicateur : évaluation de l'impact du Plan national d'actions coordonnées

Finalité : cet indicateur vise à évaluer l'action du Plan national d'actions coordonnées (PNAC), mis en œuvre pour la première fois en 2009. Ce plan définit un socle d'actions communes à l'ensemble des CARSAT (nouveau nom des Caisses régionales d'assurance maladie - CRAM - depuis le 1^{er} juillet 2010) et des CGSS (dans les DOM) qui sera déployé dans toutes les régions de façon simultanée afin de diminuer les risques de sinistralité dans certains secteurs ciblés. Sa mise en œuvre s'appuiera sur des partenariats renforcés avec les autres acteurs de la prévention, notamment avec les services de santé au travail. Le PNAC 2009-2012 comprend 5 programmes : réduire les troubles musculo-squelettiques (TMS), éviter les cancers de demain liés au risque chimique, prévenir le risque routier professionnel, répondre à la forte demande de prévention des risques psychosociaux (RPS) et réduire la sinistralité dans 3 secteurs à haut risque que sont le BTP, la grande distribution et l'intérim.

Résultats : les premiers résultats du PNAC 2009-2012 sont les suivants :

Programme	Indicateur	Valeur de l'indicateur 2009	Objectif
Troubles musculo-squelettiques TMS	Indice de fréquence des TMS dans les secteurs d'activité ciblés	4,24	Stabilisation des indices de fréquence d'ici fin 2012 dans les secteurs ciblés
Risque cancérigène, mutagène et reprotoxique (CMR)	Nombre de salariés exposés aux risques CMR	2000	100 000 salariés soustraits aux risques entre 2009 et 2012
Risque Routier	Indicateur de sinistralité des véhicules utilitaires légers à définir	-	Baisse de la sinistralité en 2012 sur la base de l'indicateur défini en 2010.
Risques psycho-sociaux RPS	- Nombre d'actions d'information et de sessions de formation sur les RPS vers les entreprises	-	200 Ets/an bénéficiant d'une session de formation ou d'une information en CHSCT
	- Nombre d'intervenants internes et externes référencés par le réseau de la branche AT-MP pour agir sur les situations difficiles	109 intervenants extérieurs recensés et 140 contrôleurs de sécurité et ingénieurs conseils formés à l'évaluation des RPS	Doublement du nombre d'intervenants internes et externes référencés pendant la période 2009/2012
Secteurs à forte sinistralité AT-MP	Taux de fréquence des AT graves dans les 3 secteurs concernés : BTP, grande distribution, intérim	3,06 (3,23 en 2008)	-15% du taux de fréquence des AT graves entre 2008 et 2011 dans les 3 secteurs concernés

Source : Direction des risques professionnelles – CNAMTS.

En 2009, on observe un indice de fréquence des TMS de 4,24, en croissance de 11 % par rapport à 2008. L'importance de cette évolution est à tempérer compte tenu notamment de la sensibilisation de l'ensemble des acteurs au risque TMS, qui a sans doute participé à favoriser la déclaration de cette pathologie. Cette situation nous incite à poursuivre nos efforts de prévention pour maîtriser cette augmentation.

En termes de risques cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR), 2 400 entreprises ont été visitées en 2009 par les contrôleurs de sécurité, en majorité dans le secteur industriel. Pour chaque visite, une fiche permettant de repérer le nombre de salariés exposés aux produits cancérigènes et listant les actions de prévention à mener, a été ouverte. Ainsi, 36 000 salariés exposés ont été identifiés. La mise en place de la substitution du produit ou de la réduction à son exposition aura permis de clôturer 110 fiches actant ainsi que 2 000 salariés ont été soustraits aux risques CMR. Cette action se poursuivra jusqu'en 2012 dans le but de suivre la soustraction effective au risque CMR de 100 000 salariés. Le souhait de la Caisse nationale est de conclure avec les services de santé au travail des partenariats pour déployer cette action dans les 10 000 entreprises ciblées.

Après un pic observé en 2008, les accidents routiers reviennent globalement en deçà de leur niveau de 2007. Il convient toutefois de distinguer :

- les accidents routiers de travail où la baisse est proportionnellement plus forte que la diminution de l'emploi salarié, mais moins fortement que ce qui a été constaté pour les accidents du travail en général (-7,5%) ;
- et les accidents routiers de trajet dont le nombre reste quasiment stable.

A partir de ces deux statistiques, un nouvel indicateur sera défini en 2010 pour suivre l'évolution de la sinistralité du risque routier.

Afin d'évaluer les risques psychosociaux (RPS) le plus en amont possible, 200 nouvelles entreprises bénéficieront, chaque année, dans une logique de prévention primaire, d'une formation ou d'une information sur les Risques psychosociaux (RPS). Ces formations et informations sont délivrées aux comités d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) par les caisses régionales. Pour faire face aux situations difficiles et aux demandes nombreuses des entreprises, il est prévu de repérer, dans chaque région, les consultants spécialisés sur ce sujet et de construire avec eux une offre de prévention cohérente avec les valeurs de l'Assurance Maladie - Risques Professionnels : respect de la personne, transparence et dialogue social. En 2009, l'INRS a contribué à la formation de 140 agents de terrain. Fin 2009, 50% des contrôleurs de sécurité et des ingénieurs-conseils étaient formés à l'évaluation des risques psychosociaux. Cette formation leur permet d'aider les entreprises et leur CHSCT dans l'évaluation des facteurs de risques psychosociaux et de les orienter vers des mesures de prévention primaire.

Sur les trois secteurs ciblés à forte sinistralité que sont le BTP, la grande distribution et l'intérim, on observe en 2009 une baisse du taux de fréquence des AT graves avec incapacité permanente de 5,25 %. La poursuite des actions engagées devra confirmer cette tendance à la baisse pour atteindre l'objectif cible de 15% de réduction de ce taux de fréquence.

Construction de l'indicateur : l'indice de fréquence des TMS pour 1 000 salariés dans les secteurs d'activité ciblés est calculé en rapportant le nombre de sinistres en 1^{er} règlement observés aux tableaux 57A (Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail), 69A (Affections provoquées par les vibrations et chocs transmis par certaines machines-outils, outils et objets et par les chocs itératifs du talon de la main sur des éléments fixes), 79A (Lésions chroniques du ménisque), 97A (Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier) et 98A (Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes) au nombre de salariés de ces secteurs, multiplié par 1 000. Afin de suivre une évolution de l'indice de fréquence dans le temps, une règle de réaffectation a été effectuée sur toutes les maladies professionnelles du compte spécial, en réaffectant les TMS du compte spécial aux secteurs professionnels au prorata des TMS qui leur sont directement imputés.

Le taux de fréquence des AT graves pour 1 million d'heures travaillées dans les 3 secteurs ciblés à plus forte sinistralité (BTP, grande distribution, intérim) est défini par le nombre d'accidents donnant lieu à incapacité permanente (IP) ou à décès imputés au compte employeur pendant l'année écoulée rapporté au nombre d'heures travaillées cette année, multiplié par 1 million. Par ailleurs, ce calcul tient compte du temps d'imputation des IP qui résulte de deux phénomènes, le temps de consolidation de l'IP et le temps de traitement administratif de reconnaissance de l'IP et d'imputation au compte employeur, en étudiant la sinistralité sur 4 années si besoin.

Programme « accidents du travail - maladies professionnelles » - Partie II « Objectifs / Résultats »

Objectif n° 1 : Réduire la fréquence et la gravité des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles grâce à la prévention

Indicateur n° 1-6 : Cas-types appréciant l'impact de la survenue d'accidents sur le niveau des cotisations d'AT-MP applicables aux entreprises

1^{er} sous-indicateur : cas des entreprises « faiblement accidentogènes »

Finalité : les différents cas-types présentés ont pour objet d'illustrer l'impact sur le taux de cotisation AT-MP acquitté par les entreprises de la survenue d'un ou plusieurs accidents supplémentaires, selon que ces accidents sont bénins ou très graves (un décès) et selon leur fréquence. Deux cas sont présentés en fonction du mode de tarification des entreprises : individuelle ou mixte (cf. indicateur de cadrage n° 10). Sont exclues de cette analyse les entreprises de moins de 10 salariés, qui se voient appliquer une tarification collective : le taux de cotisation est calculé sur la base de la sinistralité et de la masse salariale globales du secteur auquel elles appartiennent.

Résultats : pour les entreprises « faiblement accidentogènes », les résultats s'établissent comme suit suivant le mode de tarification :

Entreprises de 200 salariés, à tarification individuelle

	Taux net de cotisations			Objectif
	(N-1)	(N)	Variation du taux N-1/N	
Survenue d'un sinistre supplémentaire non grave en N, par rapport à N-1	1,31 %	1,36 %	0,05 pt soit 4 %	Existence d'une incitation
Survenue d'un sinistre supplémentaire grave dans l'année (décès), par rapport à N-1	1,31 %	2,31 %	1 pt soit 77 %	
Doublement de la fréquence des sinistres en N, par rapport à N-1 ; aucun décès	1,31 %	1,71 %	0,4 pt soit 31 %	

Entreprises de 50 salariés, à tarification mixte

	Taux net de cotisations			Objectif
	(N-1)	(N)	Variation du taux N-1/N	
Survenue d'un sinistre supplémentaire non grave en N, par rapport à N-1	1,30 %	1,35 %	0,05 pt soit 3 %	Existence d'une incitation
Survenue d'un sinistre supplémentaire grave dans l'année (décès), par rapport à N-1	1,30 %	2,30 %	1 pt soit 77 %	
Doublement de la fréquence des sinistres en N, par rapport à N-1 ; aucun décès	1,30 %	1,39 %	0,09 pt soit 7 %	

Source : calculs DSS sur données CNAMTS.

Note : Les données présentées ci-dessus correspondent aux années 2004 (N-1) et 2005 (N), mais demeurent valables de façon générale.

Pour les entreprises à tarification individuelle ou mixte, les cas-types présentés montrent que la survenue d'un accident supplémentaire non grave (avec arrêt de moins de cinq jours) a un impact réduit sur la variation du taux de cotisation (0,05 point aussi bien pour les entreprises de 200 salariés que celles comptant 50 salariés). Lorsque l'on simule un doublement de la fréquence des sinistres, l'impact sur le taux de cotisation apparaît là encore modéré en valeur absolue (+ 0,4 point pour les entreprises de 200 salariés et + 0,09 pour les entreprises de 50 salariés), mais sensiblement supérieur en valeur relative (31 % pour les entreprises de 200 salariés).

En cas de survenue d'un accident grave ayant entraîné le décès de la victime, l'impact est nettement plus fort. Il se traduit, quelle que soit la taille de l'entreprise, par une majoration d'un point de cotisation (soit + 77 % de variation de taux). Ce taux résulte de la règle suivante : pour les entreprises faiblement accidentogènes, c'est-à-dire celles ayant une fréquence d'accidents inférieure à 40 pour 1 000 l'année N-1, la majoration ne peut excéder un point l'année N. Toutefois, cette majoration sera reconduite les deux années suivantes (soit, au total, deux points en N+1, trois points en N+2, ..., pour ensuite décroître symétriquement les années suivantes jusqu'au retour au taux initial mesuré en N-1).

Construction de l'indicateur : pour les tarifications individuelle et mixte, le taux de cotisation de l'année de référence (N-1, c'est à dire 2004 dans le cas-type) a été calculé au regard des effectifs salariés et des indices de fréquence retenus. Ces derniers correspondent aux valeurs moyennes sur trois ans, avec un décalage d'une année supplémentaire. Pour 2004, le taux de cotisation fixé fin 2003 utilisait donc les données de la période 2000-2002.

Sont considérées ici comme « faiblement » accidentogènes, les entreprises dont le taux net moyen de cotisation (cf. l'indicateur « objectifs/résultats » n° 3-2) est fixé à 40 accidents avec arrêt pour 1 000 salariés (soit 8 accidents pour les entreprises de 200 salariés et 2 pour celles de 50 salariés) qui est l'indice moyen observé en 2004 (pour plus de détail sur les niveaux moyens d'accidentologie en fonction de la taille de l'entreprise, cf. indicateur de cadrage n° 10).

Les estimations reposent, par ailleurs, sur les hypothèses suivantes :

- une rémunération moyenne fixée à 1,5 SMIC, en euros 2005 ;
- par convention, l'évaluation du coût des sinistres retenue pour l'élaboration du taux initial repose sur le coût moyen des sinistres, en considérant que la moitié ont donné lieu à des arrêts courts (de moins de 5 jours) et l'autre moitié à des arrêts longs (de plus de 5 jours) ; les sinistres supplémentaires bénins considérés en N sont des sinistres avec arrêt de moins de 5 jours ; les coûts moyens sont ceux estimés par la CNAMTS pour 2005 à partir des accidents survenus entre 2002 et 2004 ;
- les niveaux des majorations M1, M2 et M3 (cf. indicateur « objectifs/résultats » n° 3-2) de l'année 2005 sont appliqués à l'ensemble des cas, pour les années N-1 et N (soit 2004 et 2005) ;
- aucun accident mortel en N-1.

Précisions méthodologiques : les cas présentés ici correspondent à des situations théoriques et reposent sur une série d'hypothèses conventionnelles décrites ci-dessus, qui conditionnent les résultats obtenus. En particulier, il est supposé que les accidents supplémentaires qui surviennent l'année N (2005) sont des accidents avec arrêts courts et longs (à parité). Si l'on avait retenu l'hypothèse d'accidents avec arrêts longs, les ordres de grandeur auraient été différents, analogues à ceux observés suite à la survenue d'un décès.

Les taux s'entendent avant abattements liés à d'éventuels dispositifs d'allègement ; ces abattements seraient opérés au prorata du taux global de cotisation.

Programme « accidents du travail - maladies professionnelles » - Partie II « Objectifs / résultats »
Objectif n° 1 : Réduire la fréquence et la gravité des accidents du travail, des accidents du trajet et des maladies professionnelles grâce à la prévention

Indicateur n° 1-6 : Cas-types appréciant l'impact de la survenue d'accidents sur le niveau des cotisations d'AT-MP applicables aux entreprises

2^{ème} sous-indicateur : cas des entreprises « fortement accidentogènes »

Finalité : à l'instar de ceux présentés au premier sous-indicateur, les différents cas-types qui suivent ont pour objet d'illustrer l'impact sur la tarification de la survenue d'un ou plusieurs accidents supplémentaires, selon leur gravité et leur fréquence. Le champ étudié est cette fois celui des entreprises « fortement accidentogènes ». Cet impact de la survenue des sinistres sur le taux de cotisation est mesuré pour les trois catégories principales de tarification. Sont exclues de cette analyse les entreprises de moins de 10 salariés, qui se voient appliquer une tarification collective : le taux de cotisation est calculé sur la base de la sinistralité et de la masse salariale globales du secteur auquel elles appartiennent.

Résultats : pour les entreprises « fortement accidentogènes », les résultats s'établissent comme suit en fonction du mode de tarification :

Entreprises de 200 salariés, à tarification individuelle

	Taux net de cotisations			Objectif
	(N-1)	(N)	Variation du taux N-1/N	
Survenue d'un sinistre supplémentaire non grave en N, par rapport à N-1	4,70 %	4,70 %	0 pt soit 0 %	Existence d'une incitation
Survenue d'un sinistre supplémentaire grave dans l'année (décès), par rapport à N-1	4,70 %	5,87 %	1,17 pt soit 25 %	
Doublement de la fréquence des sinistres en N, par rapport à N-1 ; aucun décès	4,70 %	4,97 %	0,27 pt soit 6 %	

Entreprises de 50 salariés, à tarification mixte

	Taux net de cotisations			Objectif
	(N-1)	(N)	Variation du taux N-1/N	
Survenue d'un sinistre supplémentaire non grave en N, par rapport à N-1	4,62 %	4,87 %	0,25 pt soit 5 %	Existence d'une incitation
Survenue d'un sinistre supplémentaire grave dans l'année (décès), par rapport à N-1	4,62 %	5,78 %	1,16 pt soit 25 %	
Doublement de la fréquence des sinistres en N, par rapport à N-1 ; aucun décès	4,62 %	4,92 %	0,3 pt soit 7 %	

Source : calculs DSS sur données CNAMTS.

Note : Les données présentées ci-dessus correspondent aux années 2004 (N-1) et 2005 (N), mais demeurent valables de façon générale.

Pour les entreprises « fortement » accidentogènes, la survenue d'un accident supplémentaire non grave n'a pratiquement pas d'impact sur le taux de cotisation, surtout en valeur relative, quelle que soit la taille de l'entreprise. En effet, la croissance du taux observée pour les entreprises à tarification mixte est simplement due à la progression de 0,3 point du taux sectoriel de référence.

En revanche, la survenue d'un décès conduit à une majoration du taux en valeur absolue (qui se répercutera sur plusieurs années) plus élevée que dans le cas des entreprises « faiblement » accidentogènes. En effet, pour les

entreprises « fortement » accidentogènes, c'est-à-dire ayant une fréquence d'accidents supérieure à 40 pour 1 000, la réglementation prévoit une majoration maximale de 25 % du taux, au lieu d'un point de cotisation pour les entreprises « faiblement » accidentogènes. Cette majoration se traduit par une hausse du taux de cotisation supérieure à un point (ici + 1,17 ou + 1,16 point), dont l'impact financier, en particulier pour les entreprises de grande taille, est appréciable (d'autant que la majoration s'applique à un taux déjà nettement plus élevé, puisque supposé supérieur à 4 %).

En revanche, le doublement du nombre de sinistres non graves a un impact très modéré tant en valeur absolue que relative (+ 0,3 point pour les entreprises de 200 et de 50 salariés – soit respectivement + 6 % et + 7 %). La majoration est, là encore, un peu plus forte dans les entreprises à tarification mixte du fait du poids du taux collectif qui a progressé sur la période dans notre exemple.

Afin de rendre encore plus incitatives les règles de tarification des AT-MP, un décret portant réforme de la tarification de cette branche a été publié le 7 juillet 2010 dont les principes sont les suivants :

- réforme des seuils de tarification ;
- abandon de la tarification sur la base des coûts réels pour les entreprises soumises à la tarification mixte ou individuelle, passage à des coûts moyens ;
- possibilité, pour les entreprises à établissements multiples soumises à la tarification individuelle ou mixte d'opter pour un taux unique.

Les nouvelles règles devraient conduire à une plus grande réactivité de la tarification : en effet, les conséquences financières d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle seront désormais imputées l'année de survenue du sinistre, et non plus sans limitation dans le temps en fonction des coûts réels occasionnés chaque année suivant le sinistre comme c'était le cas auparavant. En raison d'une application progressive, la réforme atteindra son plein effet à partir de 2014.

Construction de l'indicateur : le mode d'élaboration des cas-types est identique à celui du 1^{er} sous-indicateur, à deux différences près :

- sont considérées ici les entreprises « fortement » accidentogènes, c'est-à-dire celles dont le taux de cotisation est supérieur à 4 % ; ce taux de 4 % correspond au seuil retenu dans la réglementation de la tarification des AT-MP au delà duquel la majoration maximale du taux est fixée à 25 % de la valeur de l'année précédente (en deçà de ce seuil, le taux est majoré dans la limite d'un point) ; l'indice de fréquence retenu est de 200 accidents du travail pour 1 000, soit 40 accidents pour les entreprises de 200 salariés et 8 pour celles de 50 salariés ;
- l'évaluation du coût des sinistres retenue pour l'élaboration du taux initial repose sur le coût moyen des sinistres avec arrêt long (de plus de cinq jours), estimés par la CNAMTS pour 2005, sur la triennale 2002-2004.

Précisions méthodologiques : les entreprises considérées ici sont dites fortement accidentogènes : leur indice de fréquence - 200 pour 1 000 - est nettement plus élevé que l'indice moyen observé en 2004 (40 pour 1 000, cf. l'indicateur « objectifs/résultats » n° 1-1).

Les taux s'entendent avant abattements liés à d'éventuels dispositifs d'allègement ; ces abattements seraient opérés au prorata du taux global de cotisation.

Indicateur n° 2-1 : Évolution de la reconnaissance des maladies professionnelles par des voies non standard

1^{er} sous-indicateur : évolution des reconnaissances de maladies professionnelles par les CRRMP au titre des tableaux (alinéa 3)

Finalité : la reconnaissance des maladies professionnelles indemnifiables, présentées à l'indicateur de cadrage n° 7, passe généralement par leur inscription dans un tableau spécifiant les conditions à remplir : délai de prise en charge, le cas échéant, durée d'exposition au risque et liste de travaux effectués... Un patient dont la maladie ne remplit pas tous les critères pour être reconnue dans le cadre d'un tableau peut avoir recours à un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) pour la faire reconnaître au titre de l'alinéa 3 de l'article L 461-1 du code de la Sécurité sociale. Le suivi des décisions des CRRMP relatives à ces pathologies permet donc d'apprécier l'importance de l'écart entre le cadre strict défini par les tableaux de maladies professionnelles et la pratique de reconnaissance de ces maladies et fournit, par là-même, des indications sur les risques professionnels susceptibles d'émerger.

Résultats : l'évolution des reconnaissances au titre des tableaux (alinéa 3), tous régimes confondus, est présentée dans le tableau ci-dessous :

	2005	2006	2007	2008	2009	Objectif
Affections rhumatologiques	2 767	3 036	3 150	3634	4429	Repérage de maladies professionnelles non reconnues par la voie standard
Affections amiante	475	509	524	458	462	
Surdité	295	285	245	272	248	
Affections respiratoires	86	151	84	166	113	
Affections de la peau	32	28	16	26	79	
Autres pathologies	151	38	162	119	132	
Nombre de pathologies reconnues au titre de l'alinéa 3	3 806	4 169	4 181	4675	5463	

Source: Bilan des CRRMP CNAMTS, 2010.

Cf. Précisions méthodologiques pour le détail des tableaux pris en compte dans chaque catégorie.

Tous régimes confondus, les reconnaissances des CRRMP au titre des tableaux (alinéa 3) concernent environ 5 500 demandes, dont 5 400 au régime général. Ce nombre a presque doublé depuis 2000. Les pathologies les plus fréquemment reconnues sont les affections rhumatologiques (81 %), devant les affections liées à l'amiante (10 %). Le nombre de reconnaissances par les CRRMP au titre des tableaux a augmenté de 43 % entre 2005 et 2009. En 2009, les reconnaissances au titre de l'alinéa 3 représentent 7,5 % de l'ensemble des maladies professionnelles reconnues au régime général.

Le niveau de reconnaissance de certaines pathologies peut s'expliquer par les éléments suivants :

- la création des tableaux 97 et 98 spécifiques aux affections du rachis lombaire, en février 1999, s'est traduite par une augmentation progressive, les années suivantes, de la reconnaissance au titre de l'alinéa 3 par les CRRMP des affections rhumatologiques venant s'ajouter au tableau 57 ;
- concernant les pathologies liées au bruit (affections auditives), avant la modification de 2003, le tableau 42 exigeait, notamment, la réalisation d'un audiogramme tonal et vocal dans certaines conditions. Cette contrainte a depuis été supprimée, mais la condition du délai de prise en charge demeure pour entrer dans le cadre des tableaux standards.

En moyenne durant ces dernières années, environ la moitié des demandes déposées devant les CRRMP au titre de l'alinéa 3 ont fait l'objet d'un avis favorable (47 % d'avis favorable en 2009).

Construction de l'indicateur : l'indicateur est construit comme la somme des reconnaissances, pour les diverses pathologies, au titre de l'alinéa 3. Pour plus de lisibilité des résultats, des regroupements ont été opérés ici par grande catégorie de pathologies.

	N° des tableaux concernés
Affections rhumatologiques	57, 69, 79, 97 et 98 du Régime général (RG) 29, 39, 53, 57 et 57 bis du Régime agricole (RA)
Affections amiante	30 et 30 bis du RG 47 et 47 bis du RA
Surdité	42 du RG 46 du RA
Affections respiratoires	10 bis, 15 bis, 25, 37 bis, 41, 43, 47, 49 bis, 50, 62, 63, 66, 70, 74, 82, 90, 91, 94, 95 du RG 36 et 45 du RA
Affections de la peau	2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 31, 32, 33, 36, 37, 38, 41, 43, 49, 50, 51, 62, 63, 65, 70, 73, 76, 77, 78, 82, 84, 95 du RG
Autres pathologies	Les autres tableaux

Précisions méthodologiques : le champ des CRRMP couvre l'ensemble des régimes. Les comités peuvent être saisis au titre de l'alinéa 3 de l'article L 461-1 du code de la sécurité sociale qui prévoit que si une ou plusieurs des conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la maladie telle qu'elle est désignée dans un tableau de maladies professionnelles peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime.

Programme « AT-MP » - Partie II « Objectifs / Résultats »
Objectif n° 2 : Améliorer la reconnaissance des AT-MP et l'équité de la réparation.

Indicateur n° 2-1 : Évolution de la reconnaissance des maladies professionnelles par des voies non standard

2^{ème} sous-indicateur : évolution des reconnaissances de maladies professionnelles par les CRRMP hors tableaux (alinéa 4)

Finalité : l'indicateur mesure l'importance des pathologies professionnelles reconnues par une voie non standard, hors tableaux, au titre de l'alinéa 4 de l'article L 461-1 du code de la Sécurité sociale (voir *Précisions méthodologiques*). L'évolution de ce type de reconnaissance vise à refléter de nouvelles catégories de pathologies liées à des agents causaux déjà identifiés, ou encore l'apparition de nouveaux agents causaux. Il s'agit donc de repérer les domaines dans lesquels la reconnaissance des maladies professionnelles pourrait être améliorée, en particulier par la création éventuelle de nouveaux tableaux.

Résultats : l'évolution depuis 1995 des reconnaissances au titre de l'alinéa 4, tous régimes confondus, est la suivante :

	1995	2000	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Objectif
Nombre de pathologies reconnues hors tableaux (alinéa 4)	17	31	134	129	150	176	186	227	Repérage de maladies professionnelles non reconnues par la voie standard

Source: Bilan des CRRMP CNAMTS, 2010.

Comme pour les reconnaissances au titre de l'alinéa 3, seul le bilan des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) comptabilise de façon correcte les reconnaissances au titre de l'alinéa 4. Celles-ci ont été multipliées par six depuis 2000, reflétant la prise en compte de nouveaux risques. Entre 2005 et 2009, elles ont progressé de 76 %, passant de 129 à 227 tous régimes confondus.

Environ 28 % des demandes déposées devant les CRRMP au titre de l'alinéa 4 ont fait l'objet d'un avis favorable en 2009. Les cancers représentent largement près de 25 % des avis favorables rendus en 2009 au titre des reconnaissances hors tableaux, dont un peu plus de 7 % pour les seuls cancers liés à l'amiante. Viennent ensuite les affections rhumatologiques (environ 28 %) et les affections psychologiques (plus de 31 %).

Construction de l'indicateur : ce sous-indicateur est construit de manière similaire au précédent, à partir cette fois des statistiques des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) relatives à l'alinéa 4.

Précisions méthodologiques : le champ des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) comprend tous les régimes. Les CRRMP peuvent être saisis au titre de l'alinéa 4 de l'article L 461-1 du code de la sécurité sociale qui prévoit que peut être également reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux évalué à au moins 25 %.

Indicateur n° 2-2 : Hétérogénéité des taux de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles entre Caisses primaires d'assurance maladie

Finalité : l'objet de cet indicateur est de mesurer les écarts entre les caisses d'assurance maladie (128 caisses primaires en métropole et 4 caisses générales de sécurité sociale outre-mer) en matière de reconnaissance des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles. L'objectif visé est de réduire le plus possible ces écarts afin de renforcer l'équité de la réparation.

1^{er} sous-indicateur : hétérogénéité pour les accidents du travail et les accidents de trajet

Résultats : des données relatives aux taux de reconnaissance sont présentées pour les années 2006 à 2009 :

	Moyenne (en %)	Ecart-type	Moyenne pondérée 1er décile	Moyenne pondérée 9e décile	Ecart D1-D9	Objectif
Accidents du travail						
2006	78,1	5,7	67,8	86,8	19,0	Réduction de la dispersion
2007	77,0	5,7	66,5	86,3	19,8	
2008	75,9	5,8	65,2	85,1	19,9	
2009	76,1	6,0	65,7	85,6	19,9	
Accidents de trajet						
2006	67,5	10,9	45,3	83,1	37,9	
2007	66,8	11,0	46,5	82,8	36,4	
2008	66,8	9,4	50,0	81,0	31,0	
2009	70,2	6,5	59,5	81,8	22,3	

Source : CNAMTS – statistiques annuelles Orphée 2010.

En 2009, les caisses ont reconnu en moyenne 76,1 % des accidents de travail déclarés (contre 75,9 % en 2008). L'écart-type, qui mesure la dispersion des taux de reconnaissances entre caisses primaires, est en très légère augmentation par rapport à 2008 (6 % en 2009 contre 5,8 % en 2008), ce qui traduit la persistance d'une hétérogénéité des pratiques de reconnaissance. Pour les accidents de trajet, le taux de reconnaissance est inférieur en moyenne (70,2 % en 2009 après 66,8 % en 2008), mais en revanche l'évolution de l'écart-type, à la baisse (6,5% en 2009 contre 9,4% en 2008), traduit un rapprochement des pratiques des caisses primaires dans ce domaine.

La réduction de l'hétérogénéité des taux de reconnaissance des accidents de trajet entre les caisses primaires d'assurance maladie constitue, depuis 2008, un objectif national pour la branche AT-MP. La concrétisation de cet objectif consiste dans un premier temps, à mieux comprendre les écarts de pratique entre caisses puis, à tenter de réduire de 25 % les écarts entre les déciles extrêmes des distributions des taux de reconnaissance pour les accidents de trajet.

Précisions méthodologiques : les données des taux de reconnaissance sont collectées et analysées par la CNAMTS à partir des statistiques annuelles Orphée depuis 2003. Afin de tenir compte des différences de population salariée existant entre caisses, les moyennes des déciles extrêmes sont pondérées par le nombre de dossiers déclarés à la caisse. En 2009, les données présentées ici portent sur l'ensemble des caisses d'assurance maladie (128 CPAM et 4 CGSS pour les départements et territoires d'outre-mer).

L'indicateur suivi concerne les reconnaissances en « première décision », ce qui exclut les dossiers repris en charge après refus. Cet indicateur a été retenu par la CNAMTS afin de mesurer la qualité de traitement des dossiers par les caisses dans le cadre de l'objectif d'harmonisation des pratiques.

Programme « accidents du travail - maladies professionnelles » - Partie II « Objectifs / résultats »
Objectif n° 2 : Améliorer la reconnaissance des AT-MP et l'équité de la réparation

Indicateur n° 2-2 : Hétérogénéité des taux de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles entre Caisses primaires d'assurance maladie

2^{ème} sous-indicateur : hétérogénéité pour les maladies professionnelles

Résultats : des données relatives aux taux de reconnaissance des maladies professionnelles sont présentées pour les années 2006 à 2009 :

Maladies professionnelles	Moyenne (en %)	Ecart-type	Moyenne pondérée 1er décile	Moyenne pondérée 9e décile	Ecart D1-D9	Objectif
2006	80,0	9,3	62,9	93,4	30,5	Réduction de la dispersion
2007	78,1	11,6	53,6	93,3	39,7	
2008	75,6	10,8	54,0	92,5	38,5	
2009	73,7	10,2	54,1	88,3	34,3	

Source : CNAMTS – statistiques annuelles Orphée 2010.

En 2009, le taux moyen de reconnaissance des maladies professionnelles s'est établi à 73,7 %, contre 75,6 % en 2008. L'écart-type s'est réduit entre 2008 et 2009, passant de 10,8 % à 10,2 %. Cette réduction traduit des progrès vers l'objectif national que constitue également pour la branche AT-MP la diminution des écarts de pratiques de reconnaissance des troubles musculo-squelettiques entre caisses primaires d'assurance maladie, le but étant de réduire ces écarts d'au moins 15 %.

Construction de l'indicateur : identique à celle du précédent indicateur.

Précisions méthodologiques : le taux de reconnaissance calculé ici a pour base les maladies professionnelles du tableau 57 (affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail), pour les syndromes affectant le membre supérieur. Deux raisons expliquent ce choix :

- d'une part, le taux de reconnaissance global concernant l'ensemble des maladies masquerait une très grande diversité de taux suivant les secteurs d'activité. En effet, le caractère professionnel de la maladie ne peut être établi systématiquement de façon évidente, dépendant du type de pathologie ;
- d'autre part, les maladies professionnelles du tableau 57 du membre supérieur représentent les trois quarts des maladies reconnus chaque année et permettent donc d'établir un constat robuste sur le plan statistique.

Programme « accidents de travail – maladies professionnelles » - Partie II « Objectifs / Résultats »
Objectif n° 3 : Garantir la viabilité financière de la branche accidents du travail / maladies professionnelles

Indicateur n° 3-1 : Taux d'adéquation des dépenses avec les recettes de la CNAMTS AT-MP

Finalité : l'indicateur de taux d'adéquation des dépenses et des recettes retenu est similaire à celui présenté pour chacune des branches de la sécurité sociale examinées dans les différents programmes de qualité et d'efficience. Il vise à apprécier l'équilibre financier du régime général de la branche accidents du travail - maladies professionnelles.

Résultats : l'équilibre réalisé et projeté pour la CNAMTS AT-MP est le suivant :

Année	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (p)	2011 (p)	Objectif 2010
Dépenses (Mds€)	9,0	9,4	9,7	10,7	10,5	11,1	11,3	11,6	
Recettes (Mds€)	8,8	9,0	9,7	10,2	10,8	10,4	10,9	11,7	
Solde (Mds€)	-0,2	-0,4	-0,1	-0,5	+0,2	-0,7	-0,5	+0,1	
Recettes / dépenses	98,0 %	95,7 %	99,4 %	95,9 %	102,3 %	93,6 %	95,7 %	100,7 %	Équilibre

Source : PLFSS pour 2011.

Le taux d'adéquation des dépenses avec les recettes montre une évolution assez heurtée au cours des dernières années. Inférieur à 100 % depuis 2002, le taux d'adéquation des dépenses avec les recettes de la branche AT-MP du régime général s'améliore très nettement en 2006 (+ 3,3 points en un an) et atteint 99,4 %, grâce à une hausse de 0,1 point du taux de cotisation employeur au 1^{er} janvier 2006. Toutefois, la branche est restée très légèrement déficitaire, essentiellement du fait d'une augmentation de 215 M€ des dotations aux fonds amiante par rapport à 2005. Le taux d'adéquation montre une dégradation de la situation financière de la branche AT-MP du régime général en 2007, les produits ayant été inférieurs de 4,1 % aux charges. Cette situation défavorable s'explique toutefois par des événements ayant eu des conséquences exceptionnelles sur les comptes de l'exercice 2007, à savoir la reprise des déficits pour 2006 et 2007 du Fonds de cessation d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et une régularisation de l'imputation de certaines charges en faveur de la branche maladie. L'année 2008 ayant été immune de tels chocs, la branche a renoué avec un excédent significatif, représentant 2,3 % des charges nettes de l'exercice.

L'évolution observée en 2009 a été tributaire d'une part d'une hausse importante des charges (+5,8 %) imputable au renchérissement du transfert à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles (*cf. infra*), et d'autre part à la diminution de ses recettes en valeur sous l'effet de la dégradation de l'activité économique. De ce fait, l'exercice s'est conclu sur un retour à un solde négatif, à hauteur de 6,4 % des charges. *A contrario*, l'année 2010 enregistre une progression modérée des charges par rapport à 2009, sous l'effet de la stabilisation de la contribution à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des sinistres, et une croissance assez vigoureuse des produits, qui permettent de ramener le ratio recettes / dépenses au-dessus de 95 %. En 2011, une augmentation des taux de cotisation à la charge des employeurs, d'environ 0,1 point en moyenne, est prévue : elle permettra à la branche AT-MP de dégager un léger excédent. Ainsi, les comptes de la branche reflèteront-ils plus fidèlement sa vocation assurantielle, qui commande que les contributions des employeurs soient effectivement calibrées à l'équilibre avec les coûts de l'indemnisation des sinistres.

Les comptes de la branche AT-MP sont affectés par des transferts importants vers d'autres branches ou fonds de financement de la sécurité sociale. En premier lieu, elle verse à la branche maladie une contribution au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui s'est élevée à 710 millions d'euros en 2009 et en 2010. En second lieu, une part croissante (18,2 % en 2009) des ressources de la branche est utilisée à l'indemnisation des victimes de l'amiante, dont 10,3 % sous forme de transferts aux fonds finançant les coûts liés à l'exposition à l'amiante d'origine essentiellement professionnelle : le FCAATA pour la préretraite des travailleurs qui ont été exposés à l'amiante et le FIVA pour l'indemnisation des victimes de l'amiante.

Construction de l'indicateur : l'indicateur est fondé sur les comptes de la branche accidents du travail - maladies professionnelles du régime général pour les exercices clos jusqu'en 2009 et prévisionnels pour 2010 et 2011. Il rapproche, année après année, le total des charges supportées par la CNAMTS AT-MP du total de ses produits et apprécie l'écart éventuel entre ces deux grandeurs. L'équilibre de base de la branche est apprécié à l'aide du scénario macroéconomique sous-jacent aux projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2011. Ce scénario inclut les mesures nouvelles et peut de ce fait différer des prévisions publiées dans le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Précisions méthodologiques : le champ de cet indicateur est celui de la branche AT-MP du régime général. Les dépenses sont exprimées en milliards d'euros courants. Les charges et produits présentés ici sont cohérents avec la définition retenue pour la LFSS : il s'agit de grandeurs nettes. Ainsi, les charges nettes sont diminuées des reprises de provisions sur prestations et n'intègrent pas les dotations sur provisions et admissions en non valeur (ANV) sur actifs circulants (annulations de créances n'ayant plus de chances raisonnables d'être recouvrées). Les produits nets ne prennent pas en compte les reprises de provisions sur prestations et sont diminués des dotations aux provisions et ANV sur actifs circulants.

Indicateur n° 3-2 : Part du taux de cotisation AT-MP non liée à la sinistralité propre des entreprises

Finalité : l'indicateur s'intéresse à la fraction mutualisée entre entreprises du taux de cotisation « accidents du travail / maladies professionnelles » qui permet à la branche de tendre tendanciellement vers l'équilibre financier. Évaluer l'importance des majorations d'équilibre utilisées pour la fixation du taux net moyen de cotisation de la branche permet ainsi d'estimer la part des dépenses qui ne peut strictement être imputée à la sinistralité propre des entreprises ou des branches d'activité. Il s'agit notamment des dépenses de la branche au titre des accidents de trajet, des maladies professionnelles - car elles ont par nature un délai de latence très long - ou encore de charges de gestion ou de compensation. Les politiques menées par la branche - que ce soit en matière de prévention, de responsabilisation ou de bonne gestion - doivent permettre de contenir l'importance de la part de ces dépenses mutualisées.

Précisions sur les majorations d'équilibre de la branche AT-MP : trois types de majorations sont utilisées par la branche pour couvrir ses dépenses mutualisées (cf. ci-dessous, *Précisions méthodologiques* pour l'explicitation des sigles) :

- M1 : majoration forfaitaire « accidents de trajet » fixée en fonction du coût global des accidents du trajet inscrits à un compte collectif national ;
- M2 : majoration couvrant les charges suivantes : frais de rééducation professionnelle, charges de gestion du FNPAT, dépenses liées aux prélèvements au profit du FNPAT, du FNASS, du FNPEIS, du FNCM et du FNGA ;
- M3 : majoration couvrant les charges liées aux compensations inter régimes, au FCAT, et les dépenses inscrites au compte spécial (maladies professionnelles, charges du FIVA et du FCAATA).

Résultats : la part des majorations d'équilibre dans le taux de cotisation net moyen de la branche (désigné ici pour simplifier sous le terme de « taux de cotisation AT-MP ») évolue comme suit :

Part des majorations d'équilibre...	2000	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Objectif
M1 (accidents du trajet)	16,4 %	15,1 %	13,7 %	12,7 %	12,3 %	11,8 %	11,8 %	12,3 %	
M2* (charges diverses)	27,1 %	24,4 %	23,6 %	22,8 %	21,4 %	20,2 %	20,0 %	20,3 %	
M3 (compte spécial...)	15,9 %	20,1 %	21,5 %	22,8 %	25,0 %	26,7 %	27,2 %	27,6 %	
Part mutualisée (total M1+M2+M3)	59,9 %	59,7 %	58,8 %	58,3 %	58,7 %	58,7 %	59,1 %	60,2 %	Pas d'augmentation

Source : CNAMTS statistiques nationales technologiques AT-MP - 2010, valeurs arrondies.

* Cf. la partie *Construction de l'indicateur* pour plus de précisions concernant la construction de la part de M2 dans le taux net.

L'ensemble des majorations d'équilibre représente une part du taux de cotisation AT-MP de l'ordre de 60 %. L'analyse en dynamique de la part mutualisée ne fait pas apparaître de tendance nette : en effet, la légère hausse globale constatée entre 2000 à 2003 (année au cours de laquelle elle a atteint 60,8 %), a été suivie d'une baisse entre 2004 et 2006, puis d'une nouvelle hausse à partir de 2007. De façon symétrique, la part des dépenses directement liée à la sinistralité des entreprises ou des branches (aussi appelée taux brut) connaît une évolution discontinue pour s'établir à un peu moins de 40 % des charges totales de la branche en 2010.

Ces évolutions globales peu heurtées résultent d'effets de structure de plus grande ampleur mais qui se compensent approximativement sur la période 2000 - 2010 : une diminution des parts relatives des majorations M1 et M2 et une augmentation de celle de M3.

Ainsi, la part de la majoration M1, qui mutualise le coût des accidents de trajet, décroît constamment sur la période 2000 - 2010 (- 25,1 % au total, soit - 2,9 % en moyenne annuelle). La majoration M2, qui couvre les charges de gestion de la branche, a également diminué entre 2000 et 2010 dans les mêmes proportions que M1. À l'inverse des évolutions constatées pour M1 et M2, la part relative de la majoration M3 a progressé entre 2000 et 2010 (+ 5,7 % en moyenne annuelle). Cette hausse reflète la dynamique des dépenses inscrites dans le champ de la majoration. Les maladies professionnelles imputées au compte spécial et surtout l'indemnisation des personnes exposées à l'amiante constituent les facteurs principaux de progression de M3 sur la période 2000-2009. En particulier, les dotations annuelles versées par la branche AT-MP au FIVA et au FCAATA ont joué un rôle important dans l'évolution de M3 (respectivement 2,4 Mds€ et 5,3 Mds€ d'euros versés sur la période 2001 - 2009, cf. l'indicateur de cadrage n° 9).

Construction de l'indicateur : le taux net représente la valeur du taux de cotisation qui, appliquée à la masse salariale des employés, permet d'assurer un rendement garantissant l'équilibre financier de la branche. En pratique, ce taux se calcule selon la formule suivante :

$$\text{taux net} = \text{taux brut} + M1 + [M2 * (\text{taux brut} + M1)] + M3,$$

où le *taux brut moyen* est égal au « coût du risque », soit l'ensemble des charges imputables aux accidents du travail et maladies professionnelles au niveau national (hors MP inscrites au compte spécial) rapporté à la masse salariale totale.

L'indicateur consiste à rapporter les majorations d'équilibre M1, M2 et M3 au taux net moyen de cotisation de la branche « accidents du travail / maladies professionnelles » ainsi calculé. Il est exprimé en pourcentage de ce taux. Pour M2, compte tenu de la formule de calcul du taux net ci-dessus où M2 apparaît multiplicativement avec M1 et le taux brut, la part de la majoration M2 relativement aux taux net correspond en fait à $[M2 * (\text{taux brut} + M1)] / \text{taux net}$.

Précisions méthodologiques : les valeurs des différents agrégats constitutifs des taux moyens nationaux net et brut utilisés pour les calculs de l'indicateur sont publiées par la CNAMTS dans ses « Statistiques nationales des AT-MP ».

Le « coût du risque » servant à déterminer le taux de cotisation brut recouvre le montant global des prestations versées sur la dernière période triennale connue lors de l'établissement de ce taux, à savoir : au titre des frais médicaux et pharmaceutiques, des frais d'hospitalisation, des indemnités journalières, des indemnités en capital (affectées d'un coefficient de 1,1), des capitaux représentatifs des rentes versées en cas d'incapacité permanente et des capitaux décès.

Les sigles utilisés dans la description de l'indicateur sont :

- FCAT : fonds commun des accidents du travail ;
- FCAATA : fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante ;
- FIVA : fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante ;
- FNASS : fonds national d'action sanitaire et sociale ;
- FNCM : fonds national du contrôle médical ;
- FNGA : fonds national de la gestion administrative ;
- FNPAT : fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
- FNPEIS : fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire.

Indicateur n° 3-3 : Montants récupérés dans le cadre des procédures de recours contre tiers

Finalité : l'indicateur permet de suivre, année après année, et pour chaque régime de sécurité sociale, les sommes recouvrées au titre du recours contre tiers, c'est-à-dire dans les situations où la responsabilité d'un tiers est engagée dans la survenue de l'accident ou de la maladie professionnelle. Une grande partie des situations de recours contre tiers concerne des accidents de trajet.

Résultats : les montants récupérés évoluent comme suit :

Millions d'€ courants	2006	2007	2008	2009	Part 2009 de chacun des régimes	Evolution annuelle 2006 / 2009	Taux moyen de recouvrement 2009*	Objectif*
CNAM	330,6	380,5	416,4	379,9	95,9%	4,7%	5,1%	
MSA - salariés	9,9	9,6	9,9	8,5	2,1%	-5,0%	2,2%	
MSA - exploitants	1,4	1,7	2,2	1,8	0,5%	9,8%	2,0%	
ATIACL	1,5	1,3	1,2	1,3	0,3%	-4,0%	1,0%	
CANSSM	0,2	0,1	0,1	0,3	0,1%	20,0%	0,1%	
SNCF	4,8	6,6	6,2	-0,3	-0,1%	-140,5%	-0,5%	
RATP	0,7	0,6	1,1	1,4	0,4%	23,5%	11,0%	
ENIM	2,4	2,5	1,5	2,5	0,6%	1,1%	4,0%	
Banque de France	0,1	0,3	0,1	0,8	0,2%	78,4%	32,9%	
Tous régimes de base	351,6	403,3	438,6	396,1	100,0%	4,1%	4,3%	

Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale - septembre 2010.

* Il s'agit du montant recouvré rapporté à l'ensemble des prestations légales du régime.

96 % des sommes récupérées au titre du recours contre tiers dans la branche « accidents du travail – maladies professionnelles » en 2009 sont recouvrées par le régime général qui totalise 82 % de la dépense de prestations légales d'AT-MP, soit un rendement estimé à 380 M€.

En 2009, les sommes recouvrées par la CNAMTS au titre des recours contre tiers représentent 5,1 % des charges de la caisse, soit un pourcentage supérieur à celui constaté dans la plupart des autres régimes, à l'exception de la SNCF et de la Banque de France. Le taux moyen de recouvrement en 2009 est estimé à 4,3 %, tous régimes confondus. Pour le régime général, après deux années de forte hausse en 2007 et 2008 (+ 15 % et + 9 % respectivement) dues à des consignes auprès des caisses de comptabilisation des dossiers en instance, le rendement des recours contre tiers a baissé de près de 9 % en 2009 reflétant ainsi à un retour à une situation « plus normale ».

Construction de l'indicateur : les données figurant dans les comptes de chaque régime de sécurité sociale, au titre de la branche AT-MP, sont reprises des comptes arrêtés de ces régimes. La part de chaque régime sur le total des montants récupérés a été calculée. Par ailleurs, l'évolution annuelle moyenne du rendement des recours a été estimée sur la période 2006 - 2009.

Précisions méthodologiques : les montants sont ceux des comptes de la Sécurité sociale, tous régimes, établis selon la nomenclature des droits constatés. Ils sont exprimés en millions d'euros courants. Les sigles figurant dans le tableau sont explicités à l'indicateur de cadrage n° 1. L'objectif pertinent en matière de recours contre tiers serait une hausse des récupérations en part des créances. Les données actuellement disponibles ne permettent pas de mesurer ce taux, faute d'une vision globale des créances. L'objectif retenu est donc une augmentation des montants récupérés.