

## **PARTIE II OBJECTIFS / RÉSULTATS**

---



# LISTE DES INDICATEURS D'OBJECTIFS/RÉSULTATS

Objectif	Indicateur	Cibles	Producteurs techniques	Responsables administratifs portant les politiques à titre principal
<b>1 – Réduire la fréquence et la gravité des accidents du travail, des accidents du trajet et des maladies professionnelles grâce à la prévention</b>	<b>Fréquence et gravité des AT-MP</b>			
	1-1- Indice de fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles	Diminution	CNAMTS/DSS	CNAMTS
	1-2 - Indice de fréquence des accidents du travail dans les secteurs à plus fort risque	Diminution	CNAMTS/DSS	CNAMTS
	1-3 - Indice de gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles	Diminution	CNAMTS/DSS	CNAMTS
	1-3-1 - Nombre de journées de travail perdues en raison d'un accident du travail pour 1 000 heures travaillées			
	1-3-2 - Taux moyen d'une incapacité partielle permanente pour les AT, les MP et les accidents de trajet ayant donné lieu à une incapacité permanente	Diminution		
	<b>Efficacité des contrôles</b>			
	1-4 - Évolution et ciblage des aides financières relatives à la prévention	75 % des AFS liées aux priorités nat. / reg.	CNAMTS	CNAMTS
1-5 - Évaluation de l'impact des programmes prioritaires nationaux de la branche AT-MP	Objectifs des programmes nationaux	CNAMTS	CNAMTS	
<b>Efficacité de la tarification</b>				
1-6 - Évolution comparée des taux de cotisations AT-MP et de la sinistralité des entreprises		CNAMTS/DSS	DSS	
<b>2 – Améliorer la reconnaissance des AT-MP et l'équité de la réparation</b>	<b>Reconnaissance des AT-MP</b>			
	2-1 - Évolution de la reconnaissance des maladies professionnelles par des voies non standard	Repérage de maladies professionnelles non reconnues par la voie standard	CNAMTS	CNAMTS
	2-1-1 - Évolution des reconnaissances de maladies professionnelles par les CRRMP au titre des tableaux (alinéa 3)			
	2-1-2 - Évolution des reconnaissances de maladies professionnelles par les CRRMP hors tableaux (alinéa 4)			
	<b>Équité de la réparation</b>			
2-2 - Hétérogénéité des taux de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles entre caisses primaires d'assurance maladie	Réduction de la dispersion	CNAMTS/DSS	CNAMTS	
2-2-1 - Hétérogénéité pour les accidents du travail et les accidents de trajet				
2-2-2 - Hétérogénéité pour les maladies professionnelles				
<b>3 – Garantir la viabilité financière de la branche</b>	<b>Soutenabilité financière</b>			
	3-1 - Taux d'adéquation des dépenses avec les recettes de la CNAMTS AT-MP	Équilibre	DSS	DSS
	3-2 - Part du taux de cotisation AT-MP non liée à la sinistralité propre des entreprises	Pas d'augmentation	CNAMTS/DSS	DSS
	<b>Limitation des débours indus</b>			
3-3 - Montants récupérés dans le cadre des procédures de recours contre tiers	Augmentation	DSS	CNAMTS	

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

**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 de travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles avec arrêt évoluent de la manière suivante de 2001 à 2015 pour 1 000 salariés :

Catégorie de sinistre	2001	2007	2008	2009	2010*	2011	2012	2013	2014	2015	Objectif
<b>Accidents de travail avec arrêt</b>	<b>42,8</b>	<b>39,4</b>	<b>38,0</b>	<b>36,0</b>	<b>36,0</b>	<b>36,2</b>	<b>35,0</b>	<b>33,8</b>	<b>34,0</b>	<b>33,9</b>	<b>Diminution</b>
AT ayant entraîné une IP	2,5	2,5	2,4	2,4	2,3	2,2	2,2	2,1	2,0	2,0	
AT avec décès	nd	nd	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	
<b>Accidents de trajet avec arrêt</b>	<b>5,0</b>	<b>4,7</b>	<b>4,7</b>	<b>5,1</b>	<b>5,2</b>	<b>5,3</b>	<b>4,8</b>	<b>5,0</b>	<b>4,7</b>	<b>4,7</b>	
At. ayant entraîné une IP	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	
At. avec décès	nd	nd	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,01	
<b>Maladies professionnelles avec arrêt</b>	<b>1,4</b>	<b>2,4</b>	<b>2,5</b>	<b>2,7</b>	<b>2,7</b>	<b>2,9</b>	<b>2,9</b>	<b>2,8</b>	<b>2,8</b>	<b>2,7</b>	
MP ayant entraîné une IP	0,6	1,2	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	1,5	1,4	1,4	
MP avec décès	nd	nd	0,02	0,03	0,03	0,03	0,03	0,02	0,02	0,02	

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2016.

nd : non disponible.

\*nouveau périmètre des CTN appliqué à partir de 2010.

Depuis 2001, l'indice de fréquence des accidents de travail avec arrêt est tendanciellement en baisse (-1,7 % en moyenne annuelle entre 2001 et 2015). S'il est en diminution quasi constante depuis 2006 (sauf pour 2014, +0,2 point) et s'établit désormais à 33,9 pour 1 000 salariés, l'indice de fréquence des accidents de trajet avec arrêt n'a pas connu cette même tendance régulière. Compris entre 4,7 et 5,3 ‰ sur la période 2007-2015, ce dernier fluctue entre ces bornes : stable entre 2006 et 2008 (4,7 ‰), il a ensuite progressé entre 2009 et 2011. Après un net recul de 5,3 à 4,8 ‰ en 2012, puis une légère hausse en 2013 (+0,2 point), il retrouve son niveau initial de 2006, avec 4,7 accidents de travail avec arrêt pour 1 000 salariés depuis 2014.

Sur le champ plus précis des accidents de travail ayant entraîné une incapacité permanente, c'est-à-dire ceux pour lesquels la gravité du sinistre est relativement importante, la baisse de l'indice de fréquence est similaire à celle de l'indice de fréquence des accidents de travail avec arrêt (-1,7 % en moyenne annuelle entre 2001 et 2015). L'indice de fréquence des accidents de trajet ayant entraîné une incapacité permanente baisse de façon un peu plus significative sur la période (-2,0 % en moyenne annuelle).

Sur le champ des maladies professionnelles, les indices de fréquence de celles ayant donné lieu à un arrêt de travail, ou à la reconnaissance d'une incapacité permanente, sont tous deux en nette progression sur la période 2001-2015 (avec des moyennes annuelles respectives de 4,8 % et 6 %), bien que leur niveau de fréquence reste faible avec 2,7 maladies professionnelles avec arrêt pour 1 000 salariés (respectivement 1,4 ‰ ayant entraîné une IP). Cette évolution est le corollaire de la progression en volume du nombre de maladies professionnelles nouvellement reconnues sur cette période, et révèle par ailleurs une évolution de la gravité des maladies professionnelles, l'indice de fréquence des maladies professionnelles avec IP ayant évolué de façon plus dynamique que celui de ces maladies avec arrêt.

La part des accidents et maladies professionnelles mortels est très faible quelque soient les sinistres, elle est comprise entre 1 et 3 décès pour 100 000 salariés.

**Construction de l'indicateur** : 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. 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.

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

**Précisions méthodologiques** : les sinistres avec arrêt s'agissent 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 (CTN, comités techniques nationaux), à l'exclusion des bureaux, sièges sociaux et des catégories professionnelles particulières* » 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 (le champ étudié y est un peu plus large, au-delà de ces 9 CTN précités).

Ainsi, cette légère différence de champs sectoriels considérés peut entraîner une surévaluation des indices de fréquence relatifs aux accidents de trajet et aux maladies professionnelles.

**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 sur la période 2010-2015 (*l'industrie, la construction, et les activités de commerce, transports, hébergement-restauration, cf. sous-indicateur de cadrage n°3-1*), l'indicateur choisi vise à apprécier si la fréquence des accidents du travail de ces trois secteurs diffère de la moyenne générale.

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 (pour 1 000 salariés) dans les trois secteurs visés évolue comme suit de 2010 à 2015 :

Secteurs d'activité	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Objectif
<b>Indice moyen* national des secteurs d'activité les plus à risque (NAF) (1)</b>	<b>46,1</b>	<b>45,9</b>	<b>43,9</b>	<b>42,3</b>	<b>41,8</b>	<b>41,3</b>	<b>Diminution</b>
(AZ) Industrie	37,8	37,8	35,4	33,7	32,8	32,3	
(BE) Construction	70,4	70,6	66,4	62,8	61,7	60,1	
(FZ) Commerce, transports, hébergement-restauration	43,6	43,2	42,1	41,2	41,2	41,2	
<b>Indice moyen* national des accidents du travail, tous secteurs (2)</b>	<b>35,6</b>	<b>35,8</b>	<b>34,7</b>	<b>33,5</b>	<b>33,7</b>	<b>33,6</b>	
<b>Surreprésentation** par rapport à la moyenne des accidents dans les trois secteurs les plus à risque (1) / (2)</b>	<b>1,29</b>	<b>1,28</b>	<b>1,26</b>	<b>1,26</b>	<b>1,24</b>	<b>1,23</b>	
(AZ) Industrie	1,06	1,06	0,99	0,95	0,92	0,91	
(BE) Construction	1,98	1,98	1,86	1,76	1,73	1,69	
(FZ) Commerce, transports, hébergement-restauration	1,22	1,21	1,18	1,16	1,16	1,16	

Source : Calculs DSS sur données CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2016.

\* Indice de fréquence pour 1 000 salariés.

\*\* Lecture : un ratio égal à 1,23 signifie une surreprésentation de 23 % 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.

L'indice de fréquence accidents du travail (pour 1 000 salariés) des trois secteurs à plus forte sinistralité s'établit à 41,3 en 2015. Il est en diminution progressive entre 2010 et 2015 (au total -10 % sur la période) à un rythme plus rapide que celui de l'indice de fréquence moyen tous secteurs confondus (-6 % sur la même période). Ces trois secteurs représentent en termes d'effectifs 9,3 millions de salariés, soit près d'un salarié sur deux du total des effectifs salariés couverts par l'indice (18,9 millions de salariés en 2015). Dans le détail, *l'industrie* représente 15 % du total de l'effectif salarié, *la construction* environ 8 %, et les *activités de commerce, transports, restauration-hébergement* près de 26 %.

Rapportés à cet effectif total de salariés du régime général, les trois secteurs les plus à risques se caractérisent en 2015 par une sinistralité qui demeure supérieure de 23 % à la moyenne nationale, en particulier pour la construction (supérieure de 69 %), bien que l'indice soit en baisse sur la période (-10 points). Si l'industrie était légèrement surreprésentée en 2010 (1,06), son indice de fréquence est, depuis plusieurs années, inférieur à la moyenne nationale, tous secteurs confondus.

**Construction de l'indicateur** : l'indice de fréquence est calculé en rapportant le nombre des accidents du travail avec arrêt des secteurs concernés à la moyenne des nombres de salariés de ces derniers, 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.

Les secteurs d'activité présentés ici correspondent au niveau d'agrégation A10 de la nomenclature NAF de l'Insee (pour plus de précisions, se reporter au sous-indicateur de cadrage n°3-1).

**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.

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

**Finalité** : la gravité des AT-MP 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 qui se base, par construction, sur le champ réduit des sinistres ayant entraîné une IP.

### Sous-indicateur n°1-3-1 : 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 2015 :

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Objectif
1,06	1,17	1,35	1,33	1,25	1,27	1,28	1,31	1,32	1,32	1,39	1,39	1,38	1,42	1,45	Diminution

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2016.

Exprimé en nombre de journées perdues pour 1 000 heures travaillées, le taux de gravité des accidents du travail avec arrêt a progressé de 2,3 % en moyenne par année entre 2001 et 2015. Sur la période récente, si, de 2011 à 2013, une relative stagnation de cet indice aux alentours de 1,39 a pu être observée, le nombre de journées perdues pour 1 000 heures travaillées a connu un ressaut en 2014 et 2015, pour atteindre 1,45. Il était à 1,06 en 2001.

Deux phénomènes expliquent la hausse tendancielle de l'indice depuis 2005: d'une part, celle-ci dépend de la gravité des sinistres et, d'autre part, des comportements de prescription, se traduisant par une prescription plus importante d'indemnités journalières, toutes choses égales par ailleurs. À 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 par les médecins prescripteurs des dommages subis par les victimes d'accidents.

Cet indicateur doit donc être interprété avec précaution, parallèlement aux autres indicateurs de mesure de la gravité.

**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 et retours entre le domicile et le lieu de travail et éventuellement entre le lieu de travail et le lieu du repas. Le mode de transport utilisé, la distance entre le domicile et le lieu de 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.

### Sous-indicateur n°1-3-2 : 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 entre 2003 et 2015 varient comme suit :

Catégorie de sinistre	2003	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Objectif
Accidents du travail	9,9	10,6	10,3	10,3	10,7	10,3	10,2	10,1	10,2	10,1	Diminution
Accidents de trajet	14,3	14,3	14,2	13,6	14,2	13,9	13,5	13,5	13,1	13,2	
Maladies professionnelles	16,5	16,1	15,4	15,4	15,1	14,5	13,9	13,5	13,9	14,1	

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) – 2016.

Le taux moyen d'incapacité permanente pour les accidents de travail a augmenté de 0,2 point entre 2003 et 2015, et demeure le taux moyen d'IPP le plus faible (10,1 %) des trois catégories de sinistre (accidents de travail, accidents de trajet et maladies professionnelles). Cette faible évolution (0,2 % par an en moyenne) peut s'expliquer par le fait que seuls 6 % des accidents du travail avec arrêt ont donné lieu en 2015 à une incapacité permanente. Ils concernent donc une population réduite aux caractéristiques particulières.

8 % des accidents de trajet ont donné lieu à une incapacité permanente en 2015. Pour ces accidents, le taux moyen d'incapacité permanente s'est établi à 13,2 % en 2015. Ce taux diminue de façon tendancielle depuis 2010 (-7 % sur la période 2010-2015, soit une baisse de 1,4 % en moyenne chaque année). Cette réduction a été particulièrement marquée entre 2013 et 2014 où la baisse a atteint près de 3 %. Cette contraction est en premier lieu imputable à la réduction de la somme des taux d'IP, bien que le nombre d'accidents de trajet avec IP et de décès ait également diminué en 2014. A l'inverse, en 2015, la légère augmentation du taux moyen d'IP pour les accidents de trajet résulte d'une diminution de la somme des taux d'IP plus modérée que celle du nombre d'accidents de trajet ayant donné lieu à une IP ou à un décès.

Enfin, la moitié des maladies professionnelles (50 %) ont donné lieu à une incapacité permanente en 2015. Le taux moyen d'incapacité permanente sur ce champ s'établit à 14,1 % en 2015. Alors qu'il avait fortement diminué sur la période 2003-2013 (-18 %) du fait de l'accroissement de la part des maladies relativement moins graves (pour lesquelles les taux d'incapacité sont les plus faibles) dans l'ensemble des sinistres avec incapacité permanente, il est reparti à la hausse ces deux dernières années (+5 % entre 2013 et 2015).

Ces taux moyens ne rendent en revanche pas compte de la distribution des taux d'IP des sinistres. Au regard de l'indicateur de cadrage n°5, hors IP dont le taux est inférieur à 10 %, le niveau moyen du taux d'IP se rapproche (accidents du travail, 17,7 % en 2015) ou dépasse le taux de 20 % (accidents de trajet, 21,4 %; maladies professionnelles, 26,3 %). L'amplitude de la distribution<sup>1</sup> ne peut donc pas être parfaitement distinguée ici, compte tenu du fait que 67 % des IP notifiées en 2015 (tous sinistres confondus, hors rentes optionnelles) relèvent d'une IP inférieure à 10 %<sup>2</sup>.

**Construction de l'indicateur :** le taux moyen d'une IP correspond à la somme des taux d'incapacité permanente rapportée au nombre de nouvelles IP et de décès. Le champ retenu est le plus large fourni par la CNAMTS (9 CTN, bureaux et sièges sociaux, et autres catégories particulières).

**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.

<sup>1</sup> Se reporter à l'indicateur de cadrage n°5 pour des éléments sur la distribution des IP selon sinistre.

<sup>2</sup> A partir de données complémentaires fournies par l'Assurance maladie - Risques professionnels (CNAMTS), sous-jacentes à son rapport de gestion 2015.



## Indicateur n°1-4 : Évolution et ciblage des aides financières relatives à la prévention

**Finalité :** à travers des outils « négatifs » comme la majoration de cotisation ou « positifs » comme la ristourne, le système de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles est en lui-même un outil d'incitation à la prévention. Cependant, les dispositifs d'aides financières constituent des instruments de prévention complémentaires, efficaces et ciblés, au service des priorités de prévention définies dans la convention d'objectif et de gestion (COG). Ces aides peuvent prendre la forme d'aides financières simplifiées (AFS) destinées aux entreprises de moins de 50 salariés et adaptées à leur gestion pour des thématiques prioritaires de prévention, définies régionalement. Elles peuvent également prendre la forme de contrats de prévention (CP) pour les entreprises de moins de 200 salariés, conclus entre les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et les entreprises souscrivant à une convention nationale d'objectifs (CNO) souscrite par la branche professionnelle à laquelle ces entreprises se rattachent et qui fixe un programme de prévention spécifique à la branche d'activité dont relève l'entreprise.

La COG 2014-2017 se traduit notamment par une orientation plus forte des incitations financières sur les priorités nationales et régionales. Ainsi, trois cibles prioritaires (troubles musculo-squelettiques, chutes dans le BTP, agents cancérigènes, mutagènes et repro-toxiques) et cinq problématiques particulières (pénibilité au travail des seniors, formation des jeunes et nouveaux embauchés aux principes de prévention, TPE, amiante et risques psycho-sociaux) ont été définies. La COG vise également une meilleure cohérence des pratiques régionales dans le recours aux divers dispositifs. L'objectif est d'accorder d'ici 2017 75 % des AFS selon les priorités nationales et régionales et 30 % des contrats de prévention selon les recommandations des comités techniques nationaux (CTN).

### Précisions sur les dispositifs :

Le contrat de prévention, dispositif créé en 1987<sup>1</sup>, est destiné aux entreprises de moins de 200 salariés. Ce dispositif consiste en une avance financière en contrepartie de l'application par l'entreprise d'un programme spécifique de prévention fixé dans la CNO à laquelle l'entreprise adhère. Le contrat de prévention définit précisément les objectifs sur lesquels l'entreprise s'engage et les aides, notamment financières, que la caisse lui octroie (de 20 % à 30 % de l'investissement réalisé).

Les aides financières simplifiées ont pour objectif d'aider les entreprises de moins de 50 salariés à améliorer le niveau de prévention d'un risque spécifique. Expérimentée en 2008 puis pérennisée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010<sup>2</sup> (conformément aux orientations fixées dans la COG 2009-2012), cette nouvelle incitation financière prend la forme d'une subvention directe aux petites entreprises éligibles aux programmes de prévention définis par la CNAMTS ou la CARSAT plafonnées à 25 000 €. Ces aides peuvent concerner des investissements d'équipements, de formation, ou des études. Une entreprise peut cumuler théoriquement plusieurs AFS (dans la limite de l'enveloppe attribuée à la CARSAT) si elle comporte plusieurs activités correspondant à plusieurs programmes de prévention.

**Résultats :** le nombre et les montants des aides financières évoluent comme suit :

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Objectif 2017
<b>Aides financières simplifiées (AFS)</b>							
nombre	1 311	2 332	5 468	6 058	4 336	2926	
montant	9,7 M€	13,6 M€	25 M€	34,2 M€	28,2 M€	16,2 M€	
dont liées aux priorités nationales et régionales					82 %	85 %	<b>75 %</b>
<b>Contrats de prévention (CP)</b>							
nombre	1382	1 045	739	547	502	847	
montant	36,8 M€	29,3 M€	20,4 M€	16,1 M€	14,8 M€	21,7 M€	
dont liés à des recommandations					nd	nd	<b>30 %</b>

Source : CNAMTS.

Champ : Régime général, France entière.

En 2015, 2926 AFS ont été accordées pour un total de 16,2 M€, contre 4 336 en 2014 (28 M€). Cette forte baisse du niveau des AFS peut tout d'abord s'expliquer par l'arrêt des anciens dispositifs régionaux et le temps de lancement des nouvelles AFS votées fin 2014 pour concentrer les dépenses sur les priorités. D'autre part, la demande plus faible de la part des entreprises, en particulier les TPE, a réduit l'utilisation des AFS en nombre mais aussi en montant (baisse de

<sup>1</sup> Art. 18-1 de la loi n°87-39 du 27 janvier 1987 portant diverses mesures d'ordre social, codifié au 1er alinéa de l'article L. 422-5 du code de la sécurité sociale.

<sup>2</sup> Art. 74 de la loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009, codifié au 2nd alinéa de l'article L. 422-5 du CSS.

10 % du montant des AFS en 2015). Enfin, il est à noter que la faible utilisation des AFS se conjugue avec une augmentation significative du nombre de CP signés lors de cette même année (cf. ci-dessous).

### **La répartition des AFS en 2015 en fonction des priorités nationales et régionales**

Les dispositifs d'AFS nationales (Aquabonus, Preciseo, Echafaudage+, Airbonus) et régionales ont été lancés en 2014 et 2015. Au cours de l'année 2015, le montant des AFS s'est élevé à 16,2M€ en direction de 2926 entreprises. 92 % d'entre elles ont été accordées dans le cadre des priorités nationales exprimées dans la COG, en particulier dans les pressings (substitution du perchloréthylène par de l'aqua-nettoyage) avec 158 AFS, les salons de coiffure (prévention des troubles musculo-squelettiques) avec 618 AFS, le BTP (prévention des chutes d'échafaudages) avec 958 AFS et les centres de contrôle technique (aspiration) avec 27 AFS. En parallèle, chaque CARSAT, en accord avec ses priorités régionales, a délivré des AFS régionales ciblées, qui ont concerné 919 entreprises pour un montant de 6 M€.

Au total, 85 % des AFS ont été octroyées en lien avec des priorités nationales et régionales en 2015 ; l'objectif prévu par la COG pour l'année 2017 a été donc rempli pour la deuxième année consécutive. Cet objectif sera poursuivi en 2016 avec le lancement d'AFS nationale TMS Pros et la montée en charge de l'AFS Airbonus.

Parallèlement à ce dispositif ciblé sur les petites et moyennes entreprises, le contrat de prévention a été réorienté pour aider les entreprises de moins de 200 salariés à réaliser leurs plans de prévention. Cette réorientation, accompagnée d'une reprise de l'investissement, ont mené à une augmentation significative du nombre de contrats de préventions conclus en 2015 : 847 contrats de prévention ont ainsi été signés pour un montant de 21,7 M€, contre 502 contrats pour un montant de 14,8 M€ en 2014.

Ces contrats ont été signés majoritairement dans les activités couvertes par le comité technique national (CTN) B (BTP) pour 29 % des investissements et le CTNA (métallurgie) pour 24 % des engagements. La forte augmentation du nombre de contrats de prévention conclus dans le secteur du BTP est liée à la signature de deux conventions nationales d'objectifs dans le secteur.

### **La répartition des CP en 2015 liés à des recommandations**

Selon l'indicateur de la COG, 30 % des contrats de prévention devront être liés à des recommandations de CTN en 2017.

Il est difficile d'établir dès à présent le nombre de contrats de prévention qui, parmi les 847 signés en 2015, sont liés à des recommandations. En effet, ceux-ci constituent la déclinaison des conventions nationales d'objectifs (CNO) qui, pour un certain nombre d'entre elles, datent d'années antérieures à la COG 2014-2017 et sont toujours en vigueur. Or, la COG précédente ne fixait pas d'objectif relatif au lien entre recommandations et contrats de prévention.

**Construction de l'indicateur :** le pourcentage d'AFS (respectivement de CP) accordés selon les priorités nationales et régionales (respectivement de recommandations du CNO) rapporte le nombre d'AFS (respectivement de CP) accordés selon ces priorités à l'ensemble des AFS (respectivement CP) accordés dans l'année.

## Indicateur n°1-5 : Évaluation de l'impact des programmes prioritaires nationaux de la branche AT/MP

**Finalité** : la convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue entre l'État et l'assurance maladie pour la période 2014-2017 a défini des plans d'action nationaux pour renforcer la prévention de trois risques : les troubles musculo-squelettiques (TMS), l'exposition à certains facteurs cancérigènes, le risque de chute dans la construction. Ces plans définissent un socle d'actions communes, au niveau régional. Leur mise en œuvre s'appuie sur des partenariats renforcés avec les autres acteurs de la prévention.

Programme	Indicateur	Valeur de l'indicateur				Objectif	
		2014	2015	2016*	2017*		
<b>Réduire les troubles musculo-squelettiques (TMS)</b>	% d'établissements inscrits	30	75	90		<b>Réduction de 5 % de l'écart de sinistralité entre le panel et les autres entreprises</b>	
	% d'établissements dont l'étape 1 (risques identifiés) est validée	25	70	85			
	% d'établissements dont l'étape 2 (priorités d'actions définies) est validée		55	80			
	% d'établissements dont l'étape 3 (plan d'action défini) est validée		40	70	80		
	% d'établissements dont l'étape 4 (évaluation) est validée				50		
<b>Prévention des cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR)</b>	2014 : état des lieux 2015-2017 : maîtrise du risque CMR dans les 4 secteurs d'activité ciblés	Pressing (% SE)	100	36	40	70	<b>Au moins la moitié des entreprises maîtrisent le risque selon les critères pré-établis</b>
		Chaudronnerie (% SE)	75	21	40	60	
		Centre de contrôle technique (% SE)	100	27	40	70	
		Polyester stratifié (% SE)	75	78	40	60	
<b>Prévention des chutes dans la construction</b>	(2014) 500 MOA mobilisés sur le programme (2015) 700 représentants de MOA formés (2016) 500 opérations lancées en cumul avec 2014 (2017) 500 opérations lancées sur l'année en cours					<b>Amener les acteurs de la construction à prendre en compte et à développer la prévention des chutes (de plain-pied et de hauteur) dans la construction</b>	

\* Cibles

Source : Direction des risques professionnels – CNAMTS.

### Troubles musculo-squelettiques (TMS)

Le programme TMS pros constitue l'une des trois priorités nationales de prévention de la COG 2014-2017. Il repose sur l'offre de services TMS pros disponible en ligne sur un site internet dédié tmspros.fr qui permet aux entreprises de toutes tailles et tous secteurs d'activité d'engager et de mettre en œuvre une démarche de prévention des TMS basée sur un parcours en quatre étapes : en quoi suis-je concerné ? Par quoi commencer ? Comment agir ? Quels résultats pour mon entreprise ?

#### Objectif du programme

Le programme TMS pros cible de façon spécifique environ 8 000 établissements ayant une sinistralité TMS avérée (*ils représentent en termes d'indemnisation par la branche AT/MP : 35 % du nombre de TMS et 33 % des JJ TMS*). Il vise à faire progresser la prise en compte effective d'une démarche de prévention des TMS pour ce panel d'établissements.

Ce programme a un double objectif : contribuer à faire baisser leur sinistralité liée aux TMS et faire en sorte que ces entreprises deviennent plus autonomes et proactives en matière de prévention.

La COG retient un indicateur de sinistralité. Elle détermine également un indicateur de moyens : 80 % des établissements suivis devront avoir produit en 2017 un plan d'action pour prévenir les TMS.

### *Principes du programme*

Le programme TMS pros s'appuie sur un site extranet intégré au site public tmspros.fr, mais dont l'accès est réservé aux établissements de ce panel. Tout établissement ciblé sera incité à s'y inscrire et un accompagnement dans la démarche de prévention sera présenté par la caisse régionale. En s'inscrivant au programme, l'établissement peut renseigner sa progression et témoigner des actions menées à chacune des étapes du parcours.

Les caisses régionales assurent pendant quatre ans le suivi de ces établissements en validant leur progression étape après étape et en accompagnant les établissements dans la mise en œuvre de leur projet de prévention TMS.

### *Déroulement du programme*

Pour inciter les entreprises à participer au programme et à progresser dans la mise en œuvre de leur démarche de prévention des TMS, les caisses régionales ont organisé, tout au long de l'année 2015, des actions collectives sous différents formats :

- des réunions d'information, souvent en partenariat avec les fédérations professionnelles concernées ou des services de santé au travail ;
- des ateliers spécifiques aux étapes 1, 2 et 3 du parcours TMS Pros. Ces ateliers avaient notamment pour objectif de présenter ces étapes et d'échanger sur des retours d'expérience d'entreprises.

Fin 2015, sur les 8000 établissements ciblés, 7800 étaient encore en activité, parmi lesquels 6430 se sont engagés dans la démarche et progressent de la façon suivante :

- 5200 établissements ont franchi l'étape 1 « En quoi suis-je concerné par les TMS ? »
- 2135 ont franchi l'étape 2 « Par quoi commencer ? »
- 453 ont franchi l'étape 3 « Comment agir ? »
- 75 ont atteint l'étape 4 « Quels résultats pour mon entreprise ? ».

Le programme et l'outil TMS Pros sont également accessibles à des entreprises volontaires ; au 31 décembre 2015, 102 s'étaient inscrites sur le site.

### **Risque cancérigène, mutagène et reprotoxique (CMR)**

Ce programme a pour objectif d'accompagner les entreprises dans la maîtrise du risque d'exposition des salariés aux agents CMR dans 4 secteurs d'activité. Au national, ce sont environ 5 000 sections d'établissement qui seront accompagnées par la branche AT/MP.

### *Fumées de soudage à l'arc en chaudronnerie*

Le soudage à l'arc est un procédé de fabrication largement utilisé dans les activités de constructions métalliques. Il expose les salariés à des particules submicroniques et des gaz contenus dans les fumées dont les effets sur la santé sont délétères (atteinte neurologique et sur le système broncho pulmonaire). C'est pourquoi les fumées de soudage à l'arc sont classées par le *centre international de recherche sur le cancer* (CIRC) "possiblement cancérigènes pour l'homme" (2B). L'action programmée sur la période 2014-2017 s'inscrit dans la poursuite des travaux de la COG précédente.

419 établissements ont progressé significativement en 2015 dans la prévention des expositions aux fumées de soudage en modifiant leurs procédés (postes synergiques pulsés, grenailage avant soudage...) ou en s'équipant d'équipements de protections collectives (torches aspirantes, tables ou dosserets aspirants, ...). Moins de 30 établissements sont au socle minimum demandé (ventilation générale et EPI).

### *Perchloroéthylène dans les pressings*

Le perchloroéthylène est classé cancérigène de catégorie 2 selon le règlement relatif à la classification, à l'étiquetage et à l'emballage des substances chimiques et des mélanges (CLP) et comme cancérigène probable par le CIRC (2A). Au 1er Janvier 2022, tous les pressings concernés devront avoir abandonné le perchloroéthylène (arrêté type 2345 du 5 décembre 2012). Cette contrainte réglementaire, entre autres, va probablement conduire la profession à une restructuration et amène à se tourner vers des solutions techniques alternatives. Cette action a pour but de devancer, de quelques années, la contrainte réglementaire en dirigeant la profession vers la solution de substitution préconisée par la branche AT-MP qui est l'aquanettoyage.

A fin 2015, environ 36 % des établissements ont remplacé leur machine au perchloroéthylène par des machines à l'aquanettoyage notamment via l'aide financière simplifiée « aquabonus ».

### *Émissions de moteurs Diesel*

En 2012, les échappements de moteur diesel (EMD) ont été classés cancérigènes de catégorie 1 par le CIRC. Or, comme le montre l'enquête SUMER 2010, les EMD figurent à la première place des agents chimiques cancérigènes auxquels les salariés sont exposés. Il a été décidé de focaliser nos interventions sur l'activité des centres de contrôle technique (CCT) véhicules légers et lourds avec comme objectif d'accompagner la profession dans la maîtrise du risque d'exposition des salariés aux EMD.

Le contexte a été particulier dans les CCT en 2015 car ce secteur d'activité a dû répondre à un changement technologique qui a nécessité un investissement majeur. Ce qui a, en partie, mis en difficulté les actions des caisses.

L'aide financière simplifiée « airbonus » est entrée en vigueur en avril 2015 et les organisations professionnelles concernées ont été pro-actives dans la réalisation des supports d'information à destination des entreprises adhérentes.

### *Styrène*

Le styrène est utilisé abondamment dans la fabrication de pièces en polyester (piscines, toboggans, cuves, nez de TGV, camions frigorifiques, bus, pales d'éoliennes, armoires électriques,...). Les secteurs concernés sont essentiellement la plasturgie et le nautisme mais d'autres secteurs peuvent être concernés tels que la carrosserie, la métallurgie, l'ameublement etc. Le styrène est classé cancérigène possible par le CIRC et va être prochainement classé reprotoxique de catégorie 2 au niveau européen.

L'objectif de cette action est d'accompagner les établissements concernés dans la maîtrise du risque d'exposition au styrène des salariés.

L'objectif d'élaboration d'un argumentaire sur le choix du procédé par les établissements utilisant les moules ouverts a été réalisé en 2015 dans 78 % d'établissement de la cible. En revanche, l'objectif de formation des salariés et de l'encadrement a été neutralisé car cette formation a été assurée dans 22 % des établissements de la cible par les organisations professionnelles.

## **Prévention des chutes dans la construction**

Ce programme vise à amener l'ensemble des acteurs de la construction - maîtres d'ouvrages (MOA), maîtres d'œuvre (MOE), coordonnateurs en matière de sécurité et de protection de la santé (SPS) et entreprises - à prendre en compte et développer la prévention des risques de chute dans les projets de construction.

Du point de vue de la stratégie nationale de prévention des risques professionnels dans le secteur de la construction, ce programme est novateur à plusieurs égards :

- au regard des cibles qu'il vise : à côté de la cible traditionnelle que sont les entreprises, il entend mobiliser les maîtres d'ouvrages et leurs conseils (maîtres d'œuvre et coordonnateurs de sécurité et de protection de la santé). En effet, sans l'implication forte de ces acteurs essentiels du projet de construction, la prévention ne pourra pas être développée réellement en amont ;
- au regard du partenariat avec l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OBPTP) : la coopération entre les deux réseaux remonte à de longues années, mais, en 2014, elle a pris une dimension nouvelle avec la mise en œuvre d'un partenariat contractualisé aux niveaux national et régional.

### *Actions en direction des maîtres d'ouvrage*

Il s'agit de les convaincre d'intégrer la prévention des risques de chute très en amont du démarrage du projet, dès la conception de l'opération, notamment dans les marchés de travaux ainsi que dans l'organisation et la conduite des chantiers.

En 2014, des maîtres d'ouvrage (entités nationales intervenant dans la construction de logements individuels ou collectifs) ont été ciblés et sensibilisés au risque.

En 2015, une formation spécifique à la prévention des risques de chute a été dispensée à plus de 1600 chargés d'opérations ou responsables des maîtres d'ouvrages ciblés. Cette action innovante a suscité un intérêt chez les MOA comme dans les caisses qui poursuivent cette action au-delà de l'action programmée.

Depuis 2014, et à fin 2015, les Carsat ont incité les MOA à intégrer des mesures mutualisées de prévention des chutes dans plus de 200 projets de construction.

En 2016 et 2017, les caisses régionales accompagneront des projets de construction intégrant des lots spécifiques pour la prévention des chutes, donc décrits dans un CCTP spécifique.

Le bilan permettra de valoriser les projets menés de cette façon sur le territoire.

*Actions en direction des entreprises*

Sont ici visées près de 5 000 entreprises de plus de 20 salariés des secteurs de la couverture, de la charpente, de la construction métallique et de la maçonnerie, secteurs dans lesquels la sinistralité liée aux chutes est importante. Des actions collectives seront également proposées aux entreprises de moins de 20 salariés des mêmes secteurs d'activité, en partenariat avec les services de santé au travail et les organisations professionnelles.

Pour être en mesure d'atteindre cet objectif ambitieux, la CNAMTS et l'OPPBT ont décidé de mobiliser leur réseau respectif en signant, le 8 septembre 2014, une convention nationale de partenariat d'une durée de 4 ans. A la suite de cet accord national, toutes les caisses régionales ont signé en fin d'année 2014 une convention locale de partenariat avec les agences de l'OPPBT pour déployer ensemble ces actions.

Depuis que ce partenariat est engagé, les caisses régionales et les agences de l'OPPBT mènent une action intensive et coordonnée auprès des entreprises de leur circonscription, qu'elles se sont réparties pour un suivi plus attentionné. Ainsi, à fin 2015, les caisses avaient rempli plus de 1500 grilles d'évaluation pour les diagnostics initiaux et les visites de suivi (autant par l'OPPBT) ; les actions d'accompagnement sont en cours.

L'année 2017 sera consacrée au bilan de l'action (par des diagnostics individuels) et à la consolidation des résultats obtenus.

## Indicateur n°1-6 : Évolution comparée des taux de cotisations AT-MP et de la sinistralité des entreprises

**Finalité** : le système de tarification des AT-MP étant apparu difficilement lisible, que ce soit en termes de sanction ou de prévention, un nouveau système a été adopté par la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT-MP) en 2009, et a ensuite fait l'objet d'un décret d'application (décret du 5 Juillet 2010 n° 2010-753 fixant les règles de tarification des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles).

Cette nouvelle tarification a pour finalité d'être au plus près de la réalité de l'entreprise dans la fréquence et la gravité de ses sinistres. Ainsi, les efforts de cette dernière en matière de prévention pour la santé et la sécurité des salariés devraient être plus rapidement pris en compte, sans que l'équilibre financier de la branche ne soit remis en cause. Pour ce faire, les nouvelles règles prévoient que les conséquences financières d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle seront désormais imputées l'année de déclaration du sinistre, et non plus sans limitation dans le temps en fonction des coûts occasionnés chaque année suivant le sinistre comme c'était le cas auparavant. En raison d'une application progressive, la réforme est entrée en vigueur de façon progressive à compter de 2012, et a atteint son plein effet à partir de 2014.

Les principales évolutions de la nouvelle tarification concernent :

- les nouveaux seuils d'effectifs, qui permettent d'impliquer davantage d'entreprises dans la tarification individuelle et donc dans la prévention des risques. Ainsi, avec la nouvelle tarification, le taux de cotisation individuel s'applique aux entreprises de plus de 150 salariés (contre 200 précédemment), le taux collectif s'applique aux entreprises dont l'effectif est compris entre 1 et 19 salariés (1 à 9 précédemment). Ces seuils d'effectifs s'entendent pour le cas général, hors secteur BTP et région Alsace Moselle ;
- le nouveau mode d'imputation au coût moyen, qui permet de réduire les délais entre le sinistre et sa prise en compte dans le calcul du taux de cotisation. Ainsi, la nouvelle tarification tient plus rapidement compte des efforts de prévention fournis par les entreprises ;
- le choix du taux unique pour les entreprises en multi établissement, qui leur permet d'opter, si elles le souhaitent, pour un calcul du taux de cotisation à partir de la sinistralité de tous leurs établissements ayant la même activité. Les efforts de prévention de l'entreprise sont ainsi appelés à se généraliser dans l'ensemble de ses établissements.

La réforme a atteint son système de calcul définitif en 2014 par la prise en compte d'une période triennale complète (2010-2012). Cependant, les remontées de données sont encore insuffisantes et trop peu détaillées pour présenter une évolution comparée des taux de cotisations AT-MP. De plus, il se peut que le temps des entreprises à internaliser les effets financiers que pourraient avoir des efforts de prévention pour la santé et la sécurité des salariés, ne soit un peu plus long.

En conséquence, cet indicateur présente pour le moment le barème des coûts moyens 2016 correspondant à la moyenne des dépenses causées par des sinistres de gravité équivalente (selon six catégories d'incapacité temporaire et quatre catégories d'incapacité permanente), dans chaque branche d'activité (CTN).

En comparant le tableau des coûts moyens 2016 (ci-après) avec celui de l'année passée, une augmentation généralisée de ceux-ci s'observe, mais qui résulte essentiellement d'un effet prix : l'évolution des montants des indemnités journalières et des rentes dépend en effet de celles des salaires, du coût des soins, et de la revalorisation des indemnités en capital notamment. Ainsi, pour un nombre de sinistres de même catégorie et à masse salariale inchangés, le taux brut de cotisation d'une entreprise sera malgré tout tiré à la hausse par l'évolution des coûts moyens.

Comité technique national (CTN)	COÛTS MOYENS (en euros)									
	Catégories d'incapacité temporaire (IT)						Catégories d'incapacité permanente (IP)			
	Sans arrêt de travail ou arrêts de travail de moins de 4 jours	Arrêts de travail de 4 à 15 jours	Arrêts de travail de 16 à 45 jours	Arrêts de travail de 46 à 90 jours	Arrêts de travail de 91 à 150 jours	Arrêts de travail de plus de 150 jours	IP de moins de 10 %	IP de 10 % à 19 %	IP de 20 % à 39 %	IP de 40 % et plus ou décès de la victime
Industries de la métallurgie CTN A	275	550	1 862	5 156	9 892	34 783	2 086	53 342	105 234	506 256
Industries du bâtiment et des travaux publics CTN B (hors départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle)	371	498	1 621	4 540	8 664	34 009	2 192	100 748 (Gros œuvre) (1)		
								101 140 (Second œuvre) (2)		
								118 251 (Bureau) (3)		
Industries du bâtiment et des travaux publics CTN B (pour les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle)	371	498	1 621	4 540	8 664	34 009	2 192	51 221	97 384	422 617
Industries des transports, de l'eau, du gaz, de l'électricité, du livre et de la communication CTN C	312	587	1 771	4 743	8 676	31 289	2 163	51 659	100 079	429 558
Services, commerces et industries de l'alimentation CTN D	374	448	1 459	4 037	7 545	26 618	2 146	44 623	85 966	351 333
Industries de la chimie, du caoutchouc et de la plasturgie CTN E	404	577	1 942	5 317	9 831	34 269	2 113	51 510	103 654	560 343
Industries du bois, de l'ameublement, du papier-carton, du textile, de vêtement, des cuirs et des peaux et des pierres à feu CTN F	397	537	1 760	4 789	9 124	32 696	2 105	49 085	96 559	450 147
Commerces non alimentaires CTN G	309	514	1 616	4 535	8 472	30 517	2 125	48 506	94 423	445 109
Activités de services I CTN H	130	395	1 305	3 929	7 794	27 478	2 060	48 206	99 182	446 282
Activités de services II CTN I	242	415	1 326	3 639	6 659	24 871	2 124	43 305	83 838	331 996

(1) Les activités de gros œuvre mentionnées à l'article D. 242-6-6 susvisé sont identifiées sous les codes risque suivants : 29.5CD, 45.1AA, 45.1DB, 45.2BD, 45.2CB, 45.2CC, 45.2EC, 45.2FA, 45.2PB, 45.2UD.

(2) Les activités de second œuvre mentionnées à l'article D. 242-6-6 susvisé sont identifiées sous les codes risque suivants : 45.2JC, 45.2JD, 45.3AB, 45.3AD, 45.3AE, 45.3EA, 45.3FB, 45.4CE, 45.4DD, 45.4JB, 45.4LD, 45.5ZA, 74.2CD, 74.8KD.

(3) Les activités de bureau mentionnées à l'article D. 242-6-6 susvisé sont identifiées sous le code risque suivant : 00.00A.

**Construction de l'indicateur** : pour les entreprises assujetties à tarification individuelle, le taux brut de cotisation de l'année de référence (N-1) est calculé au regard du coût moyen par catégorie dans chaque CTN, multiplié par le nombre de sinistres de l'établissement par catégorie, sur 3 ans, le tout divisé par la masse salariale sur 3 ans.

Ce taux brut est ensuite converti en taux net *via* la prise en compte des majorations de mutualisation (coût des accidents de trajet, frais de fonctionnement et reversements à l'assurance maladie au titre de la sous-déclaration des AT-MP, transferts vers les autres régimes et fonds dédiés à la prise en charge spécifique des salariés exposés à l'amianté), et du mécanisme d'écrêtement. Le taux net devrait alors être comparé à l'évolution de la sinistralité des entreprises, sur une période comparable.

**Précisions méthodologiques** : l'indicateur ne concerne que les entreprises relevant de la tarification individuelle. En effet, la réforme ne change pas la façon de calculer les taux collectifs. Cependant, les entreprises relevant de la tarification mixte (20 à 149 salariés) sont partiellement concernées. Pour plus de précisions à ce sujet, se reporter aux précisions méthodologiques de l'indicateur n°9 de la partie données de cadrage.

Enfin, les taux s'entendent avant abattements liés à d'éventuels dispositifs d'allègement ; ces abattements seraient opérés au *pro rata* du taux global de cotisation.



**Indicateur n°2-1 : Évolution de la reconnaissance des maladies professionnelles par des voies non standard****Sous-indicateur n°2-1-1 : Évolution des reconnaissances de maladies professionnelles suite aux avis donnés par les CRRMP au titre des tableaux (alinéa 3)**

**Finalité :** la reconnaissance des maladies professionnelles indemnissables passe généralement par leur inscription dans un tableau spécifiant les conditions à remplir : délai de prise en charge, durée d'exposition au risque et liste indicative ou limitative des travaux effectués.

Lorsque tous les critères définis dans le tableau ne sont pas remplis, un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) peut être saisi (au titre de l'alinéa 3 de l'article L 461-1 du code de la Sécurité sociale) pour donner un avis sur l'existence d'un lien direct entre la maladie telle qu'elle est désignée dans un tableau et l'activité professionnelle de l'assuré. En effet cet article prévoit que la maladie peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime.

Le suivi des avis rendus par les CRRMP relatifs à ces pathologies permet donc d'apprécier l'importance de l'écart entre le strict cadre défini par les tableaux de maladies professionnelles et la pratique de reconnaissance de ces maladies.

**Résultats :** l'évolution des reconnaissances de maladies professionnelles au titre de l'alinéa 3 des tableaux, tous régimes confondus, est présentée ci-dessous :

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Objectif
Affections rhumatologiques	3 158	3 150	3 634	4 429	4 926	5 527	6 501	6 002	6 120	6 097	<b>Repérage des maladies professionnelles non reconnues par la voie standard</b>
Affections amiante	509	524	458	462	466	510	515	492	476	537	
Surdité	285	245	272	248	233	230	249	199	244	222	
Affections respiratoires	151	84	166	113	146	158	176	162	119	157	
Affections de la peau	28	16	26	79	29	37	38	30	25	25	
Autres pathologies	38	162	119	132	113	102	119	136	134	161	
<b>Nombre de pathologies reconnues au titre de l'alinéa 3</b>	<b>4 169</b>	<b>4 181</b>	<b>4 675</b>	<b>5 463</b>	<b>5 913</b>	<b>6 564</b>	<b>7 598</b>	<b>7 021</b>	<b>7 118</b>	<b>7 199</b>	

Source : Bilan des CRRMP CNAMTS, 2015.

Champ : tous régimes.

En 2015 les CRRMP ont donné 7 199 avis favorables, soit une augmentation de 1 % par rapport à 2014.

Le pourcentage d'avis favorables par rapport à l'ensemble des avis donnés est de 43 %, soit un point de moins que l'année précédente, ce qui traduit là-aussi une stabilité. La moyenne des cinq dernières années s'établit à 45 %.

Avec 15 072 avis donnés et 6 097 avis favorables, les affections rhumatologiques représentent toujours 90 % des demandes traitées par les CRRMP au titre de l'alinéa 3, et 84 % des avis favorables.

Le taux de reconnaissance des pathologies demandées en lien avec une exposition à l'amiante (tableaux 30 et 30 bis) est de 79 % pour l'ensemble des demandes et de 74 % pour les 446 affections cancéreuses.

**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.

	<b>N° des tableaux concernés</b>
<b>Affections rhumatologiques</b>	57, 69, 79, 97 et 98 du Régime général (RG) 29, 39, 53, 57 et 57 bis du Régime agricole (RA)
<b>Affections amiante</b>	30 et 30 bis du RG 47 et 47 bis du RA
<b>Surdité</b>	42 du RG 46 du RA
<b>Affections respiratoires</b>	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
<b>Affections de la peau</b>	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, 70 bis, 73, 76, 77, 78, 82, 84, 95 du RG
<b>Autres pathologies</b>	Les autres tableaux

**Précisions méthodologiques :** le champ des CRRMP couvre l'ensemble des régimes.

### Sous-indicateur n°2-1-2 : Évolution des reconnaissances de maladies professionnelles suite aux avis donnés par les CRRMP hors tableaux (alinéa 4)

**Finalité :** l'alinéa 4 de l'article L 461-1 prévoit que le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) peut également être saisi pour statuer sur le caractère professionnel d'une maladie caractérisée, non désignée dans un tableau de maladies professionnelles (MP), 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 %.

L'indicateur mesure l'importance des pathologies professionnelles reconnues par cette voie non standard. L'évolution de ce type de reconnaissance vise à refléter de nouvelles catégories de pathologies liées à des agents causaux déjà identifiés, ou bien l'apparition de nouveaux agents causaux. Il s'agit donc de repérer les domaines dans lesquels la reconnaissance de maladies professionnelles pourrait être améliorée, éventuellement par la création de nouveaux tableaux.

**Résultats :** évolution des avis favorables rendus au titre de l'alinéa 4, tous régimes confondus, par les CRRMP.

	1995	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Objectif
<b>Nombre de pathologies (alinéa 4)</b>	17	150	176	186	227	235	258	299	491	612	738	<b>Repérage des maladies non reconnues par la voie standard</b>

Source: Bilan des CRRMP CNAMTS, 2015.

Champ : tous régimes.

Seul le bilan national des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) permet de rendre compte de façon fiable et exhaustive des reconnaissances de maladies professionnelles attribuées au titre de l'alinéa 4.

Le nombre des reconnaissances de MP par cette voie avait doublé de 2006 à 2012 et à nouveau, sur la période 2012 - 2014. Ceci est la conséquence de la nouvelle interprétation de l'article L. 461-1, donnée par la lettre ministérielle de mars 2012, qui permet de soumettre un nombre plus important de dossiers aux CRRMP du fait de l'abandon de l'exigence de stabilisation à la date de la demande.

Cette tendance se poursuit en 2015 : avec 738 avis favorables sur les 2 224 avis donnés, soit un tiers des avis, le pourcentage d'avis favorables donnés au titre de l'alinéa 4 augmente légèrement.

Trois groupes de pathologies représentent près de 90 % des demandes soumises au titre de l'alinéa 4 :

- les affections psychiques continuent d'augmenter : 856 demandes, soit 38 % des dossiers soumis aux CRRMP, avec 51 % d'avis favorables.
- les affections malignes restent stables : 451 demandes, soit 20 % des demandes avec un taux d'avis favorable à 26 %.
- les 685 pathologies ostéo-articulaires qui représentent 31 % des demandes traitées par les CRRMP, et dont le pourcentage d'avis favorables reste stable à 20 %.

**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.

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

### Sous-indicateur n°2-2-1 : Hétérogénéité pour les accidents du travail et les accidents de trajet

**Finalité** : l'objet de cet indicateur est de mesurer les écarts entre les caisses d'assurance maladie (102 caisses primaires en métropole depuis la fusion de certains organismes, effective au 1<sup>er</sup> janvier 2010, 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.

**Résultats** : les données relatives aux taux de reconnaissance sont présentées pour les années 2007 à 2015 :

	Moyenne (en %)	Écart-type	Moyenne pondérée 1er décile	Moyenne pondérée 9ème décile	Écart D1-D9	Objectif	
<b>Accidents du travail</b>							
2007	82,0	4,3	74,2	89,0	14,8	<b>Réduction de la dispersion</b>	
2008	81,2	4,3	72,6	87,7	15,1		
2009	81,3	4,4	73,0	88,2	15,2		
2010	80,0	4,4	71,9	87,3	15,4		
2011	77,6	4,3	70,6	85,4	14,8		
2012	76,2	4,5	68,0	84,1	16,0		
2013	74,9	4,8	65,7	83,4	17,7		
2014	74,6	nd	nd	nd	nd		
2015(*)	73,1	nd	nd	nd	nd		
<b>Accidents de trajet</b>							
2007	74,8	7,5	61,2	86,3	25,1		
2008	74,8	5,9	64,4	84,3	19,9		
2009	77,2	4,1	69,6	84,5	14,9		
2010	77,8	4,4	70,0	85,4	15,5		
2011	74,0	5,1	65,4	84,4	19,0		
2012	74,2	4,8	66,3	83,5	17,2		
2013	73,2	5,9	65,5	83,5	18,0		
2014	73,4	nd	nd	nd	nd		
2015(*)	72,2	nd	nd	nd	nd		

Source : CNAMTS - Datamart AT-MP interrogé en juin 2016, statistiques Orphée en date de dernière décision connue. (\*) résultat provisoire ; nd : non disponible, seul le taux moyen est disponible pour les années 2014 et 2015.

En 2015, les caisses ont reconnu en moyenne 73,1 % des accidents de travail déclarés (contre 74,6 % en 2014), et 72,2 % des accidents de trajet déclarés (contre 73,4 % en 2014). Ce taux de reconnaissance s'inscrit dans la tendance de ces dernières années, orientée à la baisse. Il est construit en rapportant le nombre de décisions favorables à l'ensemble des décisions prises au cours de l'année, et ce quelles que soient les années de déclarations des dossiers. Lorsque ne sont considérés que les dossiers complets (déclaration et certificat médical initial reçu) pour les déclarations d'accidents de travail ou d'accidents de trajet, le taux de décisions favorables est proche de 100 % : il s'est établi à 94,1 % pour les accidents de travail et à 93,1 % des accidents de trajet, en 2015.

Selon les dernières données disponibles, l'écart-type, qui mesure la dispersion des taux de reconnaissances entre caisses primaires, avait légèrement augmenté (4,8 % en 2013 contre 4,5 % en 2012), traduisant la persistance d'une hétérogénéité des pratiques de reconnaissance. Pour les accidents de trajet, l'écart-type, qui avait baissé entre 2011 et 2012, était en hausse en 2013 où il s'élevait 5,9 %. 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.

Cependant, il n'existerait statistiquement pas d'effet de causalité sur le niveau du taux de reconnaissance des accidents du travail, en prenant comme variables explicatives la volumétrie de dossiers traitée par une CPAM, le taux d'affections de longue durée (ALD), ou encore le contexte démographique et socio-économique.<sup>1</sup>

**Construction de l'indicateur** : 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. Les données des taux de reconnaissance sont collectées et analysées par la CNAMTS à partir des statistiques annuelles Orphée disponibles dans l'entrepôt de données AT-MP sous une forme récemment enrichie conduisant à une reprise de l'historique.

Afin de tenir compte des différences de population salariée existant entre caisses, le taux de reconnaissance moyen pour les deux déciles extrêmes est calculé en pondérant le taux de reconnaissance de chaque caisse du décile par le nombre de dossiers déclarés à la caisse.

**Précisions méthodologiques** : les données présentées ici portent sur l'ensemble des caisses d'assurance maladie sous leur nouvelle forme, c'est-à-dire après fusions des organismes intervenues légalement au 1<sup>er</sup> janvier 2010 (102 CPAM et 4 CGSS pour les départements et territoires d'Outre-mer). Afin de rendre comparables les résultats des années 2010 à 2012 aux résultats des années antérieures, ces derniers ont dû être recalculés en considérant comme issues d'une seule et même caisse les déclarations traitées par deux caisses aujourd'hui fusionnées.

D'autre part, le décret n° 2009-938 du 29 juillet 2009 (paru au J.O. du 31 juillet 2009 et mis en application au 1<sup>er</sup> janvier 2010), relatif à la procédure d'instruction des déclarations d'accidents du travail et maladies professionnelles, a modifié le point de départ du délai d'instruction : celui-ci court désormais à compter de la date à laquelle la caisse a reçu la déclaration d'accident du travail (DAT) et le certificat médical initial (CMI), et non plus dès réception de la seule DAT. La conséquence est la suivante : à partir de 2010, au lieu de rejeter systématiquement une demande pour défaut de CMI, les caisses la classent maintenant en attente de cette pièce, réduisant fortement le nombre de rejets en première décision. C'est la raison pour laquelle l'indicateur suivi par la CNAMTS et présenté ici concerne les reconnaissances selon la « dernière décision » connue.

---

<sup>1</sup> D'après une étude économétrique de la CNAMTS, recherchant les potentiels facteurs pouvant expliquer le niveau du taux de reconnaissance des accidents du travail des CPAM (et donc sa relative dispersion).

**Sous-indicateur n°2-2-2 : Hétérogénéité pour les maladies professionnelles**

**Résultats** : des données relatives aux taux de reconnaissance des maladies professionnelles du tableau 57 (affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail, autrement dit des troubles musculo-squelettiques -TMS), pour les syndromes affectant le membre supérieur sont présentées pour les années 2007 à 2015 :

Maladies professionnelles TMS 57 membre supérieur	Moyenne (en %)	Écart-type	Moyenne pondérée 1er décile	Moyenne pondérée 9ème décile	Écart D1-D9	Objectif
2007	84,4	8,8	67,4	96,7	29,3	Réduction de la dispersion
2008	83,1	8	66,6	96,4	29,8	
2009	82,5	7,6	67,5	93,9	26,4	
2010	81,9	7	68,1	91,8	23,7	
2011	80,4	6,8	67	90,1	23,1	
2012	72,1	7,5	55,9	83,2	27,2	
2013	72,4	7,9	56,9	82,1	25,1	
2014	60,9	nd	nd	nd	nd	
2015 (*)	59,6	nd	nd	nd	nd	

Source : CNAMTS - Datamart AT-MP interrogé en juin 2016, (statistiques Orphée en date de dernière décision connue). (\*) résultat provisoire ; nd :non disponible, seul le taux moyen est disponible pour les années 2014 et 2015.

Le taux moyen de reconnaissance des maladies professionnelles est passé de 60,9 % en 2014 à 59,6 % en 2015, s'inscrivant dans la tendance générale à la baisse constatée depuis 2007.

Après plusieurs années de diminution, de 2007 à 2011, l'écart-type avait augmenté en 2012 et en 2013, passant de 6,8 % en 2011 à 7,9 % en 2013, traduisant un fléchissement des progrès accomplis pour atteindre l'objectif national, pour la branche AT-MP, de diminution des écarts de pratiques de reconnaissance des troubles musculo-squelettiques entre caisses primaires d'assurance maladie (le but étant une réduction des écarts de 15 %).

**Construction de l'indicateur** : 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. Les données des taux de reconnaissance sont collectées et analysées par la CNAMTS à partir des statistiques annuelles Orphée disponibles dans l'entrepôt de données AT-MP sous une forme récemment enrichie conduisant à une reprise de l'historique.

Afin de tenir compte des différences de population salariée existant entre caisses, le taux de reconnaissance moyen pour les deux déciles extrêmes est calculé en pondérant le taux de reconnaissance de chaque caisse du décile par le nombre de dossiers déclarés à la caisse.

**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 :

- 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 ;
- les maladies professionnelles du tableau 57 du membre supérieur représentent près de 80 % des maladies reconnues chaque année et permettent donc d'établir un constat robuste sur le plan statistique.

**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'efficacité. 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 :

	2012	2013	2014	2015	2016 (p)	2017 (p)	2018 (p)	2019 (p)	2020 (p)	Objectif
Recettes (Mds€)	11,5	12,0	12,3	12,6	12,7	12,8	13,8	14,1	14,0	Équilibre
Dépenses (Mds€)	11,7	11,3	11,7	11,9	12,0	12,1	12,2	12,3	12,5	
<b>Solde (Mds€)</b>	<b>-0,2</b>	<b>0,6</b>	<b>0,7</b>	<b>0,7</b>	<b>0,7</b>	<b>0,7</b>	<b>1,6</b>	<b>1,8</b>	<b>1,6</b>	
<b>Recettes / dépenses</b>	<b>99 %</b>	<b>106 %</b>	<b>106 %</b>	<b>106 %</b>	<b>105 %</b>	<b>106 %</b>	<b>113 %</b>	<b>114 %</b>	<b>113 %</b>	

Source : PLFSS pour 2016.

Comme les autres branches du régime général, la branche AT-MP a été affectée à partir de 2009 par l'incidence de la crise économique et financière sur ses recettes. En 2011, une augmentation de 0,1 point en moyenne des taux de cotisation à la charge des employeurs a toutefois permis de rapprocher le solde de la branche de l'équilibre, compte tenu de l'absence d'inflexion notable de la trajectoire des dépenses. En 2012, la hausse des transferts versés par la branche, au titre de la sous-déclaration des accidents du travail, de la dotation au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et de la prise en charge des départs dérogatoires pour pénibilité, a retardé le retour à l'équilibre. En 2013, une nouvelle hausse des taux de cotisation, de 0,05 point, la diminution de la dotation au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et l'absence de transferts vis à vis de la CNAV au titre de la pénibilité ont permis, pour la première fois depuis 2008, le retour à l'équilibre financier. En 2014, malgré la hausse de la dotation au FIVA, le ratio recettes/dépenses à légèrement augmenté grâce à une progression des cotisations nettes alimentée, entre autres, par de moindres remboursements de cotisations et une forte diminution des charges liées au recouvrement. En 2015, la croissance des cotisations ralentirait et la hausse du reversement à la branche maladie au titre de la sous-déclaration pèserait sur les dépenses de la branche, mais sans que cela remette en cause la situation excédentaire à laquelle est revenue la branche en 2013.

En 2016, les cotisations nettes baisseraient suite à la baisse du taux de cotisations prévue par la LFSS 2016, la hausse des remboursements de cotisations suite à litiges et une hausse des charges liées au non recouvrement. Le taux de cotisation moyen de la branche baissera à nouveau de 0,05 point en 2017. Les baisses de taux de cotisation se justifient par le solde excédentaire de la branche AT-MP.

Fin 2016, les déficits cumulés par la branche seraient apurés, compte tenu de l'excédent prévu pour 2016 (0,7 Md€).

**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 2015 et prévisionnels de 2016 à 2020. 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 2016. 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 et produits nets sont diminués 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).

## 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 :** quatre types de majorations sont utilisés par la branche pour couvrir ses dépenses mutualisées :

- M1 : majoration forfaitaire « accidents de trajet » fixée en fonction du coût global des accidents de 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, la moitié du reversement à la branche maladie au titre de la sous-déclaration.
- 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), la moitié du reversement à la branche maladie au titre de la sous-déclaration.
- M4 : créée par l'article 2 du décret 2011-353 du 30 mars 2011, couvre les prévisions des dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif d'abaissement de l'âge de la retraite à 60 ans pour les personnes justifiant d'un taux d'incapacité permanente reconnue au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail au moins égal à 20 % et dans certaines conditions pour les personnes justifiant d'un taux compris entre 10 et 20 %.

**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 (en %)	2000	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Objectif
M1 (accidents de trajet)	16,4	12,7	12,3	11,8	11,8	12,3	10,9	10,9	11,1	10,2	10,2	9,2	
M2* (charges diverses)	27,2	22,8	21,4	20,2	20,1	20,3	21,3	21,5	25,6	24,9	26,6	28,0	
M3 (compte spécial...)	16,0	22,8	25	26,7	27,2	27,6	29,0	27,7	24,3	26,2	25,0	23,9	
M4 (pénibilité)								0,8	0	0	0	0,4	
<b>Part mutualisée totale (M1+M2+M3+M4)</b>	<b>60</b>	<b>58</b>	<b>59</b>	<b>59</b>	<b>59</b>	<b>60</b>	<b>61</b>	<b>61</b>	<b>61</b>	<b>61</b>	<b>62</b>	<b>62</b>	<b>Pas d'augmentation</b>

Source : CNAMTS statistiques nationales technologiques AT-MP - 2016, valeurs arrondies.

\* Cf. « 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 62 % en 2016. L'analyse en dynamique de la part mutualisée montre une augmentation lente mais régulière depuis 2006 où les majorations d'équilibre ne représentaient que 58 % du taux de cotisation AT-MP. De façon symétrique, la part des dépenses directement liée à la sinistralité des entreprises ou des branches (aussi appelée taux brut) est en constante diminution depuis 2006 (où elle s'élevait à 42 %), s'établissant à 38 % des charges totales de la branche en 2015 et 2016.

La part de la majoration M1, qui mutualise le coût des accidents de trajet, décroît de façon tendancielle depuis 2000 (16,4 %) pour atteindre 9,2 % en 2016.

La part de la majoration M2, qui couvre les charges de gestion de la branche, a suivi une évolution contrastée : après une tendance à la baisse sur la période 2000-2009 (-25 %), on observe une tendance à la hausse sur la récente période, atteignant 28 % en 2016, dépassant le niveau atteint quinze ans plus tôt (27,1 % en 2000). L'augmentation importante entre 2012 et 2013 a quant à elle résulté de la nécessité de relèvement du taux net de 0,05 point en application de la LFSS 2013.

La part de la majoration M3 a progressé entre 2000 et 2011 (+5,6 % en moyenne annuelle) avant de connaître des évolutions contrastées, portant en 2016 la part de la majoration M3 à 23,9 % du taux net moyen national. Ces variations



reflètent notamment la dynamique des dépenses inscrites dans le champ de la majoration M3 : les maladies professionnelles imputées au compte spécial, l'indemnisation des personnes exposées à l'amiante.

Les majorations M2 et M3 couvrant respectivement la moitié du reversement au titre de sous-déclaration à la branche maladie, leurs évolutions sont donc soumises chaque année à la fixation de ce transfert par la loi de financement de la sécurité sociale. Si ce montant est stable sur la période 2012-2014 (790 M€, après 710 M€ sur la période 2009-2011), il a été réévalué à 1 Md€ à partir de 2015 (cf. rapport de la CCSS, septembre 2016, « *Les comptes de la branche AT-MP* »), suite à la réévaluation du coût de la sous déclaration<sup>1</sup> des accidents du travail. Cette augmentation du transfert de la branche AT-MP vers la branche maladie contribue donc à tirer à la hausse les majorations M2 et M3 à partir de 2015 : si on observe effectivement une hausse du taux de majoration M2 entre 2014 (51 %) et 2016 (59 %), le taux de la majoration M3 est revanche en baisse sur cette même période (0,64 % à 0,57 %), l'augmentation du transfert ayant du être compensée par une plus grande baisse des autres charges de cette majoration.

Enfin, la part de la nouvelle majoration M4 (dans le taux de cotisation net moyen), créée en 2011 pour financer les dépenses supplémentaires liées à la baisse de l'âge légal de départ à la retraite des personnes atteinte d'une d'incapacité permanente (sous certaines conditions, cf. *supra*), s'est élevée à 0,8 % en 2012 puis a été nulle les trois années suivantes avant d'atteindre 0,4 % en 2016. En effet, après ces trois années nulles le reversement à la CNAV est de 38 M€ en 2016.

**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 :

$$\text{Taux net} = \text{taux brut} + M1 + [M2 * (\text{taux brut} + M1)] + M3 + M4$$

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, M3 et M4 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.

<sup>1</sup> cf. dernier rapport sur la sous-déclaration des AT-MP (juin 2014) de la commission présidée par M. Jean-Pierre Bonin.

**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 nets récupérés évoluent comme suit (en millions d'euros courants) :

M€ courants	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Part des régimes 2015	En % des dépenses des régimes 2015*	Objectif
CNAM	289	188	224	299	228	256	91,4 %	3,1 %	
MSA - salariés	9,3	10,2	11,1	11,3	12,0	10,6	4,8 %	2,3 %	
MSA - exploitants	2,8	2,0	2,6	4,9	2,0	2,5	0,8 %	1,5 %	
ATIACL	2,3	0,7	1,6	1,5	1,7	1,7	0,7 %	1,1 %	
CANSSM	1,2	1,8	1,3	1,7	2,8	2,5	1,1 %	0,8 %	
SNCF	-0,8	-0,4	1,9	3,1	1,2	0,2	0,5 %	0,2 %	
RATP	1,4	3,0	0,6	1,4	1,5	0,8	0,6 %	4,9 %	
ENIM	4,4	4,6	4,2	0,9	-	0,3	0,0 %	0,4 %	
Banque de France	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,1 %	9,4 %	
<b>Tous régimes de base</b>	<b>310</b>	<b>210</b>	<b>247</b>	<b>324</b>	<b>249</b>	<b>275</b>	<b>100 %</b>	<b>2,8 %</b>	<b>Augmentation</b>

Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale - septembre 2016.

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

En 2015, 275 M€ ont été récupérées au titre du recours contre tiers nets dans la branche « accidents du travail – maladies professionnelles », soit 2,8 % des prestations légales nettes des régimes. 91 % des sommes sont recouvrées par le régime général qui totalise 83 % de la dépense de prestations légales nettes d'AT-MP.

En 2015, les sommes recouvrées par la CNAMTS au titre des recours contre tiers nets ont représenté 3,1 % des prestations légales servies par la caisse, soit un pourcentage supérieur à celui constaté dans la plupart des autres régimes. Le taux moyen de recouvrement en 2015 est estimé à 2,8 %, tous régimes confondus. Pour le régime général, les recours contre tiers nets ont augmenté de 12,5 % en 2015, après une baisse de 23,8 % en 2014. La volatilité de ces produits nets tient à leur recouvrement. En effet, les produits bruts de recours contre tiers augmentent annuellement. Toutefois, une part importante de ces produits n'est pas recouvrée l'année où ils sont appelés. En effet, l'appel d'un produit de remboursement par un tiers peut dans certains cas faire l'objet de contestation par ce dernier. Il s'en suit l'enregistrement d'une créance qui fait l'objet d'écritures comptables visant à provisionner le risque de non recouvrement à terme. Ainsi d'une année sur l'autre le provisionnement des créances peut varier fortement induisant une forte volatilité des produits. En 2015, le niveau des provisions pour non recouvrement de créances s'est stabilisé par rapport à 2014, alors qu'en 2013 il avait fortement augmenté induisant une baisse des produits nets.

La forte baisse du RCT de la CNAM AT-MP en 2011 (-35 %) était due à une opération exceptionnelle d'apurement de créances anciennes qui s'est traduite par une forte hausse des provisions. Ces opérations ont pour partie été reconduites en 2012.

**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 2010 - 2015.

**Précisions méthodologiques :** les montants sont ceux des comptes de la Sécurité sociale, tous régimes. Ils sont exprimés en millions d'euros courants, nets des provisions et des admissions en non valeur.