

N° 107

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2012-2013

Enregistré à la Présidence du Sénat le 7 novembre 2012

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,

Par M. Jean-Pierre GODEFROY,
Sénateur.

Tome VI :
Accidents du travail
et maladies professionnelles

(1) Cette commission est composée de : Mme Annie David, *présidente* ; M. Jacky Le Menn, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Claude Jeannerot, Alain Milon, Mme Isabelle Debré, MM. Jean-Louis Lorrain, Jean-Marie Vanlerenberghe, Gilbert Barbier, *vice-présidents* ; Mmes Claire-Lise Campion, Aline Archimbaud, Catherine Deroche, M. Marc Laménie, Mme Chantal Jouanno, *secrétaires* ; Mme Jacqueline Alquier, M. Jean-Paul Amoudry, Mmes Natacha Bouchart, Marie-Thérèse Bruguière, MM. Jean-Noël Cardoux, Luc Carvounas, Mme Caroline Cayeux, M. Bernard Cazeau, Mmes Karine Claireaux, Laurence Cohen, M. Yves Daudigny, Mme Christiane Demontès, MM. Gérard Dériot, Jean Desessard, Mme Muguette Dini, MM. Guy Fischer, Michel Fontaine, Mme Samia Ghali, M. Bruno Gilles, Mmes Colette Giudicelli, Christiane Hummel, M. Jean-François Husson, Mme Christiane Kammermann, MM. Ronan Kerdraon, Georges Labazée, Jean-Claude Leroy, Gérard Longuet, Hervé Marseille, Mme Michelle Meunier, M. Alain Néri, Mme Isabelle Pasquet, M. Louis Pinton, Mmes Gisèle Printz, Catherine Procaccia, MM. Henri de Raincourt, Gérard Roche, René-Paul Savary, Mme Patricia Schillinger, MM. René Teulade, François Vendasi, Michel Vergoz, Dominique Watrin.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (14^{ème} législ.) : 287, 301, 302 et T.A. 29

Sénat : 103 et 104 (2012-2013)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	7
I. UNE PRÉVENTION INSUFFISANTE	11
A. DES CONNAISSANCES INCOMPLÈTES SUR LA FRÉQUENCE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL	11
1. <i>Des tendances contradictoires</i>	11
2. <i>Une analyse nécessairement multifactorielle</i>	12
a) Par degré de gravité.....	12
b) Par secteurs d'activité.....	12
3. <i>La nécessité d'une vision globale</i>	13
B. LA PERSISTANCE D'UN TAUX ÉLEVÉ D'ACCIDENTS DE TRAJET	15
C. UNE SOUS-DÉCLARATION STRUCTURELLE DES MALADIES PROFESSIONNELLES	15
1. <i>Une augmentation continue des maladies professionnelles</i>	16
2. <i>Les principales pathologies d'origine professionnelle</i>	17
3. <i>Une imputation toujours aussi difficile des pathologies du travail</i>	17
a) Le phénomène de sous-déclaration.....	18
b) La sous-reconnaissance des maladies professionnelles	19
c) Evaluation du phénomène et de ses conséquences	19
II. DES EXCÉDENTS FRAGILES	24
A. DES RECETTES EN AUGMENTATION	24
1. <i>Les recettes de la branche</i>	24
2. <i>L'évolution contrastée des différentes recettes</i>	26
B. UNE AUGMENTATION FAIBLE DES CHARGES	27
1. <i>La structure des charges de la branche</i>	27
2. <i>Une obligation : la prise en charge des victimes de l'amiante</i>	28
a) Les transferts à la branche maladie et à la branche vieillesse	29
b) La contribution aux fonds de l'amiante	29
C. LE RETOUR AUX EXCÉDENTS	33
1. <i>Le régime général</i>	33
2. <i>Les régimes de base</i>	33
III. LES GRANDS ENJEUX DE LA BRANCHE	35
A. LA PRÉVENTION	35
B. LA RÉPARATION	39
TRAVAUX DE LA COMMISSION	41
• Audition de M. Dominique MARTIN, directeur des risques professionnels de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés	41

**Les observations du rapporteur
pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles**

- Par la voix de son rapporteur, Jean-Pierre Godefroy, la commission se réjouit de ce que la branche soit engagée de manière consensuelle dans un objectif **d'apurement des déficits cumulés**.

- La commission s'inquiète du **manque de dialogue** au sein du **Fiva** et souhaite que les différentes parties prenantes et l'Etat renouent rapidement une relation de travail. Elle rappelle que le conseil d'administration du Fiva est la seule instance pleinement légitime pour décider des **modalités** d'indemnisation des victimes de l'amiante.

- Elle réaffirme la nécessité d'une **ouverture de l'accès à l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante** aux professions exposées à ce produit hautement toxique, sur la base des travaux de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail.

- Elle souhaite que la branche puisse engager une nouvelle approche de la question de la **réparation** qui permette de limiter les effets physiques et psychologiques des accidents et maladies du travail.

Mesdames, Messieurs,

La branche AT-MP semble s'engager sur la voie de la résorption des déficits accumulés. Cette perspective doit être prise avec prudence. D'une part, l'augmentation, modeste, de 0,05 point des cotisations ne devrait permettre de dégager un excédent en 2013 que combinée avec une baisse exceptionnelle des transferts, principalement de celui à destination du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva). D'autre part, les perspectives d'augmentation des excédents sur les prochaines années sont étroitement dépendantes des hypothèses de croissance de la masse salariale et n'incluent pas forcément l'ensemble des charges, de plus en plus nombreuses, qui pèsent sur la branche.

Comme y invitait le rapport de la Mecss sur le financement de la branche AT-MP¹, il est donc particulièrement important de ne lui imputer que les dépenses qui lui incombent réellement. Votre rapporteur regrette ainsi qu'une dotation de 10 millions d'euros pour le fonds national de soutien relatif à la pénibilité ait été inscrite dans les dépenses de la branche dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Ce fonds, créé par la loi du 9 novembre 2010² portant réforme des retraites, ne distribue des aides aux entreprises que depuis le mois d'avril 2012 et les résultats sur son premier semestre de mise en œuvre paraissent particulièrement décevants.

Plus largement, l'implication de la branche dans l'indemnisation des victimes d'une faute inexcusable de l'employeur pose question. En effet, on sort du domaine de compétence de la branche dès lors que l'on passe de la réparation forfaitaire à la réparation intégrale du préjudice. La solution proposée dans le cadre du PLFSS pour 2013 ne résout de ce point de vue que partiellement la question, en cherchant à garantir que la caisse recouvre auprès de l'employeur les sommes versées à la victime au titre de la réparation intégrale.

¹ *Le financement de la branche AT-MP : préserver le dialogue social - revenir à l'équilibre*, Jean-Pierre Godefroy, Catherine Deroche, n° 657 (2011-2012).

² *Loi n° 2010-1330.*

Aussi importants que soient le remboursement des déficits par l'affectation des excédents et la couverture des charges, il apparaît également essentiel de laisser aux partenaires sociaux qui font vivre la branche AT-MP des marges de manœuvre pour innover en matière de prévention et de réparation. La branche AT-MP étant la fille du paritarisme, il faut préserver le dialogue constructif qui la caractérise en lui donnant les moyens financiers de ses ambitions et, peut-être, de son renouveau.

*

L'année 2011 marque une **variation** par rapport à la tendance longue de réduction du nombre d'accidents de travail. La politique de prévention menée par la branche, par l'Etat et par les partenaires sociaux a en effet conduit à un recul tendanciel des accidents du travail (- 1,8 % en moyenne depuis 2005). Leur nombre a cependant **augmenté** certaines années, ainsi en 2006 et 2007 et à nouveau **en 2011**. Cette augmentation, près de 5 300 accidents supplémentaires, fait franchir à leur nombre total la barre du million. Néanmoins, la fréquence des accidents de travail entraînant une incapacité permanente (IP) baisse de manière régulière depuis 2005 et leur gravité, mesurée par le taux moyen d'IP reconnu, est inférieure au taux de 2010. L'augmentation du nombre d'accidents démontre, si besoin est, la **vigilance incessante** qui doit s'exercer en ce domaine et les **efforts à fournir en matière de prévention**. Il convient également de souligner que les chiffres disponibles **ne valent que pour le régime général de sécurité sociale** et cachent d'importantes disparités entre secteurs d'activité.

Par ailleurs, le **nombre de maladies professionnelles reconnues comme telles a augmenté fortement** sur la période. Une connaissance plus exacte des déterminants de la santé au travail s'avère donc particulièrement nécessaire. Le lancement cet automne par l'Institut de veille sanitaire (InVS) des cohortes pour la surveillance épidémiologique en lien avec le travail (Coset), incluant des échantillons représentatifs des personnes affiliées au régime général mais aussi des adhérents du RSI et de la MSA, apparaît comme un premier pas dans cette direction. Elles doivent permettre, à terme, de *« décrire l'état de santé des actifs selon leur activité professionnelle »*.

L'objectif initial de dépenses de la branche reste stable pour 2013 (13,3 milliards d'euros) après avoir augmenté l'année dernière. Il convient cependant de noter que **les dépenses réalisées** devraient être en 2012, pour la première fois depuis quatre ans, supérieures aux objectifs initiaux. Elles **n'ont cessé de croître depuis 2005, à un rythme moyen de 300 millions par an**. **En 2013, les charges nettes de la branche devraient augmenter encore de près de 200 millions d'euros**. L'hypothèse selon laquelle les dépenses resteront stables en 2013 repose essentiellement sur la **baisse conjoncturelle des transferts** vers le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (**Fiva**) et la branche vieillesse.

Objectif de dépenses et dépenses réalisées depuis 2006

(en milliards d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (p)
Objectif de dépenses	11,1	11,4	11,8	13,0	12,9	13,0	13,3	13,3
Dépenses réalisées (+ objectif rectifié 2010 dans la LFSS pour 2011)	11,3	12,0	12,1	12,5	12,6	13,0	13,3	
Ecart	0,2	0,6	0,3	- 0,5	- 0,3	0,0	0,1	

(p) : prévision

Source : PLFSS pour 2013

I. UNE PRÉVENTION INSUFFISANTE

Les dépenses et les recettes de la branche AT-MP varient en fonction du nombre de sinistres recensés et de leur gravité, l'objectif premier étant bien sûr de réduire la fréquence et la gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles.

En 2011, on estime que **1,214 million de sinistres** ont été reconnus pour le seul régime général, en faible augmentation par rapport à 2010 (1,204 million). Un peu plus de 68 % d'entre eux ont donné lieu à un arrêt de travail, soit un point de plus qu'en 2010. La fréquence des accidents augmente légèrement d'une année sur l'autre, passant de 36 à 36,2 accidents déclarés de 2010 à 2011 pour mille salariés. L'évolution du nombre de maladies professionnelles reste défavorablement orientée, même si l'on prend en compte l'amélioration du taux de reconnaissance des maladies professionnelles.

A. DES CONNAISSANCES INCOMPLÈTES SUR LA FRÉQUENCE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Les accidents du travail représentent la très grande majorité des sinistres observés en matière professionnelle (82,4 % du total). Le solde se partage entre les accidents de trajet (11 %) et les maladies professionnelles (6,6 %).

1. Des tendances contradictoires

Le nombre d'accidents du travail a nettement régressé au cours des six dernières années, baissant en moyenne de 1,8 % par an. Le nombre des accidents varie autour de cette tendance, augmentant en 2006-2007, baissant à partir de 2008 et augmentant à nouveau en 2011. La **croissance du nombre d'accidents** intervient après un recul particulièrement important en 2009 (7,8 %) et moins marqué en 2010 (2,3 %).

Nombre d'accidents du travail déclarés

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
1 139 063	1 144 431	1 145 397	1 129 314	1 018 679	995 488	1 000 797

* données estimées

Source : Cnam, statistiques trimestrielles juin 2012

2. Une analyse nécessairement multifactorielle

a) Par degré de gravité

Pour ce qui concerne le régime général, après une orientation à la baisse en 2008 et 2009, le nombre d'accidents de travail **avec arrêt** s'inscrit en hausse depuis 2010, renouant avec la tendance de la période 2004-2005.

Il convient de souligner que l'augmentation du nombre d'accidents avec arrêt en 2011 (1,68 %), même si elle est faiblement supérieure à celle de l'année dernière (1,14 %), n'est pas effacée par l'augmentation de la masse salariale (1,1 %) et entraîne, pour la première fois depuis 2006, une détérioration de l'indice de fréquence (IF). Le niveau historiquement bas atteint en 2009, soit 36 accidents pour mille salariés, n'est plus maintenu, et passe à 36,2.

Le taux de fréquence des accidents de travail ayant entraîné une incapacité permanente baisse pour sa part de manière régulière depuis 2005 même si le nombre d'accidents avec un arrêt de travail augmente.

Evolution du nombre des accidents de travail pour les années 2006 à 2011

(en italique, taux d'évolution annuelle)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre d'accidents avec arrêt	700 772	720 150	703 976	651 453	658 847	669 914
	<i>0,2 %</i>	<i>2,8 %</i>	<i>-2,2 %</i>	<i>- 7,5 %</i>	<i>1,1 %</i>	<i>1,1 %</i>

Source : Cnam, direction des risques professionnels - Statistiques technologiques

b) Par secteurs d'activité

Le nombre et la gravité des accidents varient selon les activités professionnelles.

Les secteurs d'activité qui regroupent le plus grand nombre d'accidents du travail avec arrêt sont les activités de services et le travail intérimaire (22 %), le BTP (17 %), les services, commerces et industries de l'alimentation (17 %) et les transports, eau, gaz et électricité, livre et communication (14 %).

L'analyse de la fréquence des accidents du travail par secteur d'activité permet de préciser les données qui découlent des chiffres bruts. Le secteur avec le plus haut indice de fréquence (soixante-treize accidents avec arrêt pour mille employés) est celui du BTP. Viennent ensuite les services, commerces, les secteurs des industries du bois, ameublement, papier carton et l'industrie de l'alimentation.

Le fait que le secteur du BTP apparaisse systématiquement comme le plus « accidentogène » montre l'ampleur du travail de prévention à fournir pour ses entreprises. Il convient néanmoins de souligner que le taux de

fréquence des accidents de travail avec arrêt a diminué de manière sensible sur les dix dernières années (- 29,3 %).

3. La nécessité d'une vision globale

Un bilan sur dix ans (2000-2010) des grandes tendances relatives aux accidents de travail les plus fréquents a été publié par l'Institut national de recherche et de sécurité en janvier 2012.

Il relève sur la période, s'agissant des affiliés au régime général :

- une augmentation de l'effectif de la population salariée prise en compte (de 17 millions environ en 2000 à 18,3 millions en 2010) ;
- une baisse globale du nombre total d'accidents du travail avec arrêt (plus de 10 %) et d'accidents du travail avec incapacité permanente (environ 15 %) ;
- une légère baisse du taux de fréquence des accidents ;
- aucune évolution du taux de gravité des accidents du travail ou des causes d'accidents les plus fréquents.

Les éléments matériels les plus souvent en cause dans les accidents du travail sont en lien avec les manutentions manuelles (qui représentent un tiers des accidents avec arrêt), les chutes de plain-pied (environ un quart des accidents), les chutes de hauteur, l'utilisation d'outils et les masses en mouvement.

Les hommes et les jeunes sont les plus touchés par les accidents du travail.

S'agissant des affiliés au régime agricole, on note la même tendance que dans le régime général :

- baisse globale de la sinistralité des accidents du travail ;
- baisse du taux de fréquence depuis 2002 ;
- baisse de l'indice de gravité depuis 2004.

Les secteurs les plus touchés sont « culture et élevage », « travaux agricoles » et « coopération ». Les activités qui présentent le risque d'accident le plus important sont les « manutentions et transports manuels », l'« utilisation de machines, outils et véhicules ».

Les accidents graves avec arrêt touchent principalement les mains des victimes. Les salariés ayant une faible ancienneté sont les plus touchés par les accidents du travail.

S'agissant des personnels du secteur public, le ministère chargé de l'éducation enregistre le plus grand nombre d'accidents du travail, la Police nationale et le ministère chargé de l'équipement sont les secteurs de l'administration qui ont le taux de fréquence le plus élevé concernant le risque

d'accidents du travail et une augmentation de la sinistralité est observée au sein de la fonction publique territoriale.

Dans la fonction publique hospitalière, on note une hausse de la fréquence et de la gravité des accidents du travail. Il y a proportionnellement moins d'accidents avec arrêt dans les grands établissements de plus de trois mille agents. Les accidents les plus fréquents sont liés aux « efforts de soulèvement », aux « accidents d'exposition au sang » ou « emploi d'outils coupants » et aux « chutes et glissades ».

Par ailleurs les premiers résultats de l'enquête Sumer réalisés entre 2009 et 2010 par 2 400 médecins du travail auprès de 48 000 salariés permettent de mesurer l'évolution complexe du mal être au travail depuis 1994¹. Votre rapporteur juge important que ces études soient approfondies.

Une obligation : l'élaboration de statistiques globales sur les accidents de travail

Suite notamment à plusieurs rapports ces dix dernières années (Cour des comptes et Igas) soulignant la faiblesse et l'aspect peu informatif (pas de déclinaison selon le sexe, l'âge, le secteur d'activité, la profession, notamment) des **statistiques nationales sur les accidents du travail, les accidents de trajet et les maladies professionnelles** et leur éclatement entre les différents régimes de sécurité sociale **qui ne permet pas de vision globale du phénomène**, la loi relative à la politique de santé publique du **9 août 2004** a confié à l'InVS la mission de « *mettre en œuvre, en liaison avec l'assurance maladie et les services statistiques des départements ministériels concernés, un outil permettant la centralisation et l'analyse des statistiques sur les accidents du travail, les maladies professionnelles, les maladies présumées d'origine professionnelles et de toutes les autres données relatives aux risques sanitaires en milieu du travail, collectées conformément à l'article L. 1413-4* ». Cette action a ensuite été inscrite dans le Plan Santé au travail n° 2.

Après une phase longue de signature de conventions pour la mise à disposition de données par les différents régimes, l'InVS a conduit une étude de faisabilité sur la mise en commun des données disponibles dans trois des principaux régimes de sécurité sociale : régime général, MSA et CNRACL, afin de construire un certain nombre d'indicateurs de surveillance des risques professionnels. La synthèse de ses résultats a été publiée en **mars 2011**.

Malgré les conclusions positives de l'étude, il semble que le projet n'ait guère avancé depuis cette date et achoppe sur la **question du financement**. Ceci est d'autant plus regrettable que la France doit répondre aux exigences du règlement n° 349/2011 de la Commission européenne relatives à la transmission des statistiques sur les accidents du travail qui prendra effet pour la France en 2016 (pour l'année de référence 2014) et que la mise en place du dispositif doit, selon l'étude de faisabilité, prendre dix-huit mois.

Votre commission regrette cette situation et appelle le ministre du travail et les caisses de sécurité sociale à trouver rapidement une solution.

¹ Dares, mars 2012, n° 23.

B. LA PERSISTANCE D'UN TAUX ÉLEVÉ D'ACCIDENTS DE TRAJET

Le nombre d'accidents de trajet, c'est-à-dire ceux survenus sur le trajet séparant la résidence habituelle du salarié et son lieu de travail ou le lieu de travail et celui où le salarié prend habituellement ses repas, baisse en 2011 (2,9 %) pour la première fois depuis 2004. Les accidents de trajet ont augmenté de 28 % sur la période 2004-2011.

Il faut cependant noter que l'indice de fréquence des accidents avec un arrêt augmente de manière continue depuis 2008 et s'établit pour 2011 à 5,3. L'indice des accidents ayant entraîné une incapacité permanente augmente pour sa part faiblement. Il atteint 0,5 pour mille salariés, mais reste globalement stable en moyenne depuis 2004.

Les secteurs d'activité dans lesquels les accidents de trajet sont les plus nombreux en valeur absolue sont également ceux où l'indice de fréquence est le plus élevé. Il s'agit, cette année encore, des activités de services regroupées dans trois catégories :

- travail temporaire, action sociale, santé, nettoyage ;
- commerces, industries de l'alimentation ;
- banques, assurances, administrations.

Comme l'année précédente, votre commission souhaite que les causes de l'augmentation des accidents de trajet puissent être approfondies. **Il importe donc d'analyser les circonstances de ces accidents ainsi que les liens qu'ils sont susceptibles d'entretenir avec le travail.**

Evolution du nombre et de la gravité des accidents de trajet pour les années 2006 à 2011

(en italique, taux d'évolution annuelle)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre d'accidents avec arrêt	83 022	85 442	87 855	93 840	98 429	100 018
	<i>0,1 %</i>	<i>2,9 %</i>	<i>2,8 %</i>	<i>6,8 %</i>	<i>4,9 %</i>	<i>1,6 %</i>

Source : Cnam, direction des risques professionnels - statistiques technologiques

C. UNE SOUS-DÉCLARATION STRUCTURELLE DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Le nombre de maladies professionnelles déclarées continue à augmenter. L'année 2011 marque un accroissement particulièrement important avec une progression de 12,8 % (soit dix points de plus qu'entre 2009 et 2010). Sur la période 2004-2011, le nombre de maladies professionnelles a augmenté de 65 %, soit 7 % en moyenne annuelle.

Si l'on prend en compte non pas le nombre d'**affections** (ou syndromes) reconnus, comme le font les statistiques depuis 2007, mais le nombre de **personnes** atteintes par une maladie professionnelle, l'augmentation sur la période s'établit à 35 %, soit 4 % d'augmentation en moyenne annuelle.

Ainsi le nombre de malades du travail augmente et un nombre croissant d'entre eux souffre de polypathologies.

1. Une augmentation continue des maladies professionnelles

L'indice de fréquence des incapacités permanentes liées aux maladies professionnelles augmente (0,1 point), ce qui est cohérent avec l'augmentation du nombre de personnes concernées, 13,2 % en 2011. Le nombre de décès, qui avait reculé en 2010 de 5,5 %, augmente en 2011 de 6,9 %. La rupture constatée en 2009, quand le nombre de décès a augmenté de près d'un tiers, semble donc se confirmer.

Même si l'évolution en pourcentage des statistiques portant sur des nombres heureusement réduits ne doit pas être sur-interprétée, il est difficile de séparer l'augmentation du nombre de décès et les effets des pathologies liées à **l'amiante** : celle-ci est en effet responsable de 90 % des cancers professionnels.

Evolution du nombre de maladies professionnelles pour les années 2007 à 2011

(en italique, taux d'évolution annuelle)

	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre de MP réglées	43 832	45 411	49 341	50 688	55 057
	<i>3,6 %</i>	<i>3,6 %</i>	<i>8,7 %</i>	<i>2,7 %</i>	<i>8,6 %</i>
Nombre de MP avec incapacité permanente	22 625	23 134	24 734	24 961	27 132
	<i>- 0,6 %</i>	<i>2,2 %</i>	<i>6,9 %</i>	<i>0,9 %</i>	<i>8,7 %</i>
Nombre de décès	420	425	564	533	570
	<i>- 10,1 %</i>	<i>1,2 %</i>	<i>32,7 %</i>	<i>- 5,5 %</i>	<i>6,9 %</i>

Source : Cnam, direction des risques professionnels - Statistiques technologiques

Les secteurs d'activité les plus pathogènes restent ceux des industries du bois, ameublement, papier-carton (6,9 maladies professionnelles ayant entraîné un arrêt pour mille employés). Ils précèdent le secteur des services, commerce, industries de l'alimentation (4,8) et les industries de la chimie (4,7). Le BTP et la métallurgie se trouvent quasiment à ce niveau. **Les indices de fréquence de ces secteurs sont en augmentation continue depuis 2000.**

2. Les principales pathologies d'origine professionnelle

Trois grands types d'affections concentrent l'essentiel des cas de maladies professionnelles reconnues :

- les **affections périarticulaires** : causées par certains gestes ou postures de travail, elles représentent 79 % des maladies professionnelles entraînant un arrêt de travail reconnues en 2011, et leur part croît d'année en année ;

- les **affections dues à l'inhalation de poussières d'amiante** constituent 9 % des maladies professionnelles avec arrêt reconnues en 2011 ;

- les **affections chroniques du rachis lombaire**, enfin, occupent toujours une part importante, mais décroissante, des maladies professionnelles (6 % en 2011).

Les autres pathologies les plus fréquentes sont les surdités, les allergies, les affections respiratoires...

La répartition est un peu différente si l'on considère les maladies professionnelles qui occasionnent une **incapacité permanente**. En effet certaines pathologies, en raison de leur gravité, s'accompagnent plus fréquemment que d'autres d'une incapacité permanente. C'est notamment le cas des **maladies de l'amiante** : l'an passé, 89 % des maladies de l'amiante ayant donné lieu à un arrêt de travail se sont accompagnées de la reconnaissance d'une incapacité permanente, contre 45 % en moyenne pour l'ensemble des maladies professionnelles, de sorte que les seules maladies dues à l'amiante représentent 17 % des maladies avec incapacité permanente. *A contrario*, les **maladies périarticulaires**, généralement moins graves, représentent 66 % du total des maladies professionnelles avec incapacité permanente.

3. Une imputation toujours aussi difficile des pathologies du travail

Certains accidents et maladies professionnelles ne sont pas comptabilisés dans les statistiques de la Cnam parce qu'ils n'ont pas été déclarés ou reconnus comme tels. Les dépenses qu'ils occasionnent sont alors prises en charge par la branche maladie. Depuis 1997, la branche AT-MP effectue chaque année un reversement à la branche maladie pour compenser ces sommes indûment mises à sa charge. Une commission, présidée actuellement par Noël Diricq, conseiller maître à la Cour des comptes, se réunit régulièrement pour évaluer les montants financiers en jeu. Elle a remis son dernier rapport en juin 2011.

a) Le phénomène de sous-déclaration

Plusieurs facteurs concourent à une sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Les accidents du travail doivent être déclarés par l'employeur à la caisse de sécurité sociale compétente tandis que les maladies professionnelles doivent être déclarées par la victime.

La réticence de certains employeurs à déclarer les accidents du travail peut s'expliquer par leur souci d'éviter une hausse de leurs cotisations AT-MP. Le taux de cotisations est en effet plus élevé lorsque le nombre de sinistres constatés dans l'entreprise s'accroît. Plus généralement, la volonté de certaines entreprises d'apparaître exemplaires aux yeux de leurs salariés ou de leurs clients pourrait conduire à la dissimulation d'accidents mineurs.

Le rapport Diricq note des comportements de dissimulation qui s'expliquent par la réticence à afficher des taux de sinistralité élevés ou en hausse :

- non-déclaration d'accidents ;
- pressions sur les salariés ;
- accompagnement du salarié chez le médecin par une personne de l'entreprise et prise en charge des soins par cette dernière ;
- pressions sur les médecins de ville pour qu'ils n'accordent pas d'arrêt de travail au motif que le salarié va se voir proposer un poste aménagé.

Quant à la sous-déclaration des maladies professionnelles, elle résulte pour une large part du manque d'information des victimes, qui ne connaissent pas toujours la nocivité des produits qu'elles manipulent ni leurs droits au regard de la sécurité sociale. Un salarié peut également s'abstenir de déclarer une maladie professionnelle par crainte de perdre son emploi. La complexité des démarches de reconnaissance et le caractère forfaitaire de la réparation offerte par la branche AT-MP peuvent enfin conduire certaines victimes à estimer qu'il est préférable, sur le plan financier, d'emprunter une autre voie d'indemnisation.

Par ailleurs, les médecins de ville comme les praticiens hospitaliers ont rarement le réflexe de s'interroger sur l'éventuelle origine professionnelle d'une pathologie, surtout si celle-ci est multifactorielle, c'est-à-dire susceptible de résulter à la fois de facteurs professionnels et personnels. Ce rapport insiste sur l'insuffisance de la formation et de l'information des médecins, le manque d'effectifs des médecins du travail. Il souligne également, comme la Cour des comptes, les difficultés liées à l'enregistrement des soins et prestations en AT-MP par les professionnels de santé et la non-imputation des dépenses AT-MP par les établissements de santé. Il convient par ailleurs de souligner que certaines entreprises, tout en déclarant ces accidents de travail et en reconnaissant les maladies professionnelles, font pression sur les salariés afin qu'ils anticipent leur retour au travail. Le nombre

d'indemnités journalières se trouve donc réduit. Cette attitude qui s'exerce au détriment des droits des salariés et de leur santé conduit de plus en plus souvent à un retour sur un poste mal adapté à la situation physique de la victime.

b) La sous-reconnaissance des maladies professionnelles

Une maladie est reconnue d'origine professionnelle :

- si elle figure dans un tableau, fixé par décret en Conseil d'Etat, qui recense les maladies présumées être d'origine professionnelle ;

- ou si le salarié est reconnu atteint d'une maladie professionnelle par le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), dont l'avis s'impose à la caisse de sécurité sociale.

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

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Affections rhumatologiques	3 036	3 150	3 634	4 429	4 926	5 527
Affections amiante	509	524	458	462	466	510
Surdité	285	245	272	248	233	230
Affections respiratoires	151	84	166	113	146	158
Affections de la peau	28	16	26	79	29	37
Autres pathologies	38	162	119	132	113	102
Nombre de pathologies reconnues au titre de l'alinéa 3	4 169	4 181	4 675	5 463	5 913	6 564
Nombre de pathologies reconnues au titre de l'alinéa 4	150	176	186	227	235	258

Source : Cnam

Cette procédure peut ne pas être exempte de défaillances. Des pathologies émergentes ou mal connues peuvent ne pas figurer sur les tableaux de maladies professionnelles.

Un autre problème, de nature scientifique cette fois, tient à la difficulté à déterminer la cause exacte d'une affection. La ligne de partage entre les maladies professionnelles et les autres peut être délicate à tracer, ce qui explique que les taux de reconnaissance puissent différer de façon significative d'une CPAM à une autre.

c) Evaluation du phénomène et de ses conséquences

Si la sous-déclaration des accidents du travail a été jugée relativement faible, la sous-déclaration et la sous-reconnaissance des maladies professionnelles seraient de plus grande ampleur. Il convient cependant d'être prudent en la matière, puisqu'elles sont appréciées à l'aide d'études épidémiologiques relatives au nombre de sinistres d'origine professionnelle,

qui portent uniquement sur certaines pathologies et reposent sur des méthodologies et des hypothèses complexes.

Pour évaluer le coût de la sous-déclaration et de la sous-reconnaissance, la commission Diricq a d'abord estimé le nombre de sinistres non pris en compte dans les statistiques de la Cnam et l'a rapporté au coût moyen attaché à ces accidents et maladies. Compte tenu des incertitudes qui viennent d'être indiquées, elle a abouti à une fourchette assez large, comprise entre **587 millions et 1,1 milliard d'euros**.

Le précédent exercice d'évaluation, réalisé en 2008, avait conclu à une fourchette comprise entre 564 millions et 1,01 milliard. L'estimation a crû à chaque rapport de la commission et s'établit en 2011 à 230 millions d'euros de plus qu'en 2005. Ainsi, même si l'essentiel des préconisations de la commission réunie en 2008 ont connu des mesures d'application¹, **l'ampleur du phénomène de sous-déclaration paraît s'être amplifiée**.

L'approfondissement des travaux de la commission Diricq s'est trouvé limité par le faible nombre d'études épidémiologiques nouvelles susceptibles de permettre l'évaluation de la sous-déclaration de pathologies non incluses précédemment ou de préciser les estimations sur des pathologies déjà étudiées. **Le dynamisme de l'épidémiologie française est essentiel pour la prise de décision en matière de santé publique et pour clarifier l'imputabilité des pathologies**. Il doit donc être soutenu par le Gouvernement.

A la suite du rapport de la commission Diricq, le Gouvernement a décidé de porter le montant du versement à la Cnam à **790 millions d'euros** en 2012 contre 710 millions les trois années précédentes. **Ce montant serait reconduit pour 2013**.

**Récapitulatif des principales propositions et recommandations
émises en juin 2011 par la commission instituée par l'article L. 176-2
du code de la sécurité sociale, présidée par Noël Diricq et suites données**

1. Concernant les médecins :

- amélioration de leur formation et information, notamment à travers des enseignements obligatoires relatifs aux maladies professionnelles au cours de leur cursus universitaire, la sensibilisation des présidents d'université à cette thématique et l'élaboration d'outils d'information par les sociétés médicales savantes ;

A ce jour, en dehors de la maquette de formation de médecine du travail, aucune maquette de formation médicale, dont celle de médecine générale, ne comporte un enseignement sur les pathologies professionnelles.

¹ Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, juin 2011.

- examen de la possibilité de confier aux infirmières des entreprises et aux agents chargés de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité (Acmo) la déclaration de maladie professionnelle compte tenu de la pénurie de médecins du travail ;

Aucune suite donnée à ce jour.

- clarification des formulaires de demande d'avis motivé au médecin du travail afin qu'il ressorte clairement si cet avis est demandé dans le cadre de la déclaration de maladie professionnelle de droit commun ou dans le cadre du système complémentaire de reconnaissance ;

Le Gouvernement semble considérer que les formulaires actuels sont suffisamment clairs.

- communication en direction des victimes, des médecins du travail et des assistantes sociales sur les possibilités de cumuls entre rente AT-MP et pension d'invalidité.

Aucune suite donnée à ce jour.

2. Concernant les victimes :

- élaboration par la Cnam d'un guide à destination des victimes d'AT-MP relatif aux droits et démarches à accomplir et mise en place d'une aide à la déclaration par les assistantes sociales des organismes de sécurité sociale.

Un dépliant d'information a été mis en ligne sur le site ameli de la Cnam en janvier 2012.

3. Concernant les entreprises :

- poursuite des efforts de contrôle des entreprises par les corps d'inspection et accompagnement de la mise en œuvre de la réglementation en matière d'AT-MP notamment par l'élaboration de conventions d'objectifs avec les organisations professionnelles concernées.

Aucune suite donnée à ce jour.

4. Concernant la prise en charge des soins et actes relevant de la branche AT-MP :

- meilleure information des professionnels de santé sur les modalités d'enregistrement des soins et prescriptions en AT-MP pour éviter qu'ils ne soient imputés à tort à la branche maladie et mise en œuvre des recommandations antérieures de la commission visant à améliorer le signalement par les établissements de santé des AT-MP lors de la facturation à destination des caisses.

Une circulaire du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation explicite les modalités de signalement et de facturation des AT-MP. Le Gouvernement considère qu'il revient aux établissements hospitaliers de la mettre en œuvre.

5. Concernant l'actualisation des tableaux de maladies professionnelles :

- poursuite et actualisation des tableaux de maladies professionnelles pour tenir compte des connaissances épidémiologiques et scientifiques nouvelles.

Deux tableaux de maladies professionnelles ont été révisés depuis la tenue de la commission en 2011 :

- le tableau n° 57 relatif aux affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail en ses paragraphes A et B respectivement relatifs à l'épaule et au coude (décret n° 2011-1315 du 17 octobre 2011 et décret n° 2012-937 du 1^{er} août 2012) ;

- le tableau n° 15 *ter* relatif aux lésions prolifératives de la vessie provoquées par certaines amines aromatiques et leurs sels (décret n° 2012-936 du 1^{er} août 2012).

6. Concernant l'harmonisation des taux de reconnaissance et des taux d'incapacité permanente attribués par les médecins-conseil :

- poursuite des actions d'harmonisation des conditions de reconnaissance, par les caisses des maladies professionnelles ; actuellement ciblées sur les accidents de trajet et les pathologies répertoriées dans le tableau n° 57 (membres supérieurs), ces actions doivent être étendues par la Cnam à d'autres pathologies ;

Un audit a été réalisé par la branche au premier semestre 2012 sur les disparités des pratiques en matière de reconnaissance des troubles musculo-squelettiques (TMS). Un plan d'action national doit être mis en place.

- poursuite par la Cnam de son effort de définition de critères communs pour la fixation de taux d'incapacité permanente homogènes entre caisses par les médecins-conseils.

Un audit de suivi des dossiers a été initié par la branche en 2012 dans la continuité de sa démarche qualité et du dispositif de contrôle interne créé en 2010.

7. Concernant l'amélioration de la collecte d'information :

- généralisation par la Cnam du programme engagé à destination des entreprises et visant à repérer les atypismes des arrêts maladie, afin d'obtenir une cartographie des arrêts maladie par bassin d'emploi, ouvrant ainsi des perspectives nouvelles en matière de prévention.

Une action spécifique a été menée par la branche en 2012 concernant le syndrome du canal carpien.

Etat des lieux du contentieux AT-MP

En 2011, l'impact financier des contentieux sur la branche peut être chiffré à 520 millions d'euros (360 millions de cotisations remboursées et 160 millions de désimputations), soit une hausse de 60 millions d'euros par rapport à 2010. 70 % de cette somme concernent le **contentieux général** c'est-à-dire l'inopposabilité d'un AT ou d'une MP à l'employeur et 29 % le **contentieux technique** soit les contestations relatives à l'état du malade en assurance invalidité, à l'incapacité permanente dans le cadre des AT et MP, à l'inaptitude au travail entre soixante et soixante-cinq ans et aux décisions de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Compte tenu des règles de tarification, ces impacts financiers sont relatifs à des contentieux qui concernent une sinistralité antérieure à 2010 soit avant l'entrée en vigueur du décret du 29 juillet 2009 qui vise à sécuriser l'instruction et qui ne s'applique qu'aux sinistres à compter du 1^{er} janvier 2010.

Le **contentieux général** est concentré sur les commissions de recours amiable (CRA) des caisses : pour la seule année 2011, sur les 52 477 décisions rendues en contentieux général, on constate que la répartition par niveau de contentieux est très majoritairement (91 %) centrée sur le précontentieux. Seuls 7 % des dossiers sont examinés par les tribunaux des affaires de sécurité sociale, 1 % par les cours d'appel et 0,04 % par la Cour de cassation.

Le nombre de décisions rendues par les commissions de recours amiable a augmenté de 29 % globalement. Cette progression est principalement concentrée sur les recours employeurs, qui augmentent de 47 %, ainsi que les reconnaissances des maladies professionnelles, qui augmentent de 43 %.

La hausse des recours des employeurs est due aux sinistres antérieurs à 2010. Vers la fin de l'année 2011, on constate une baisse dans les décisions sur les sinistres anciens qui sont appelés à diminuer progressivement puis à disparaître en raison des délais de prescription de droit commun de cinq ans.

Le taux de confirmation des décisions des caisses est en augmentation constante depuis 2010 et atteint un taux global de 75,6 % entre 2010 et 2011. Il repose essentiellement sur un très bon taux de confirmation sur les sinistres récents autour de 88 % en 2010 et 2011.

On relève un **déplacement des motifs de contentieux** : l'effet du décret de juillet 2009, permettant de sécuriser la procédure d'instruction, est net puisqu'on assiste à un changement des motifs de recours employeur. Les contentieux employeurs relatifs au respect du principe du contradictoire représentent 60 % du contentieux pour les sinistres antérieurs au décret instruction, et plus de 30 % pour ceux qui sont régis par le décret.

Le **contentieux technique** représente 17 % des décisions contentieuses AT-MP en 2011 et 29 % des sommes payées par la branche (151 millions d'euros).

Il se concentre sur les tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI). Sur les 10 892 décisions, 88 % étaient rendues par les TCI et 3 % par la cour d'appel spécialisée dans le contentieux technique des AT-MP, la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification (Cnitaat). Le volume de contentieux a augmenté de 12 % en 2011.

Le contentieux technique est majoritairement le fait des assurés (77 % en 2011) et le taux de confirmation des décisions des Cnam est faible (37 % en 2011) et se dégrade (- 3 points entre 2010 et 2011). Il est particulièrement bas lors des contentieux techniques employeurs (17 % TCI et 13 % Cnitaat).

L'impact, pour l'instant partiel, du contentieux pour 2012 (remboursement et désimputation) s'élève à 325 millions d'euros. La structure du contentieux confirme les tendances dégagées en 2011. La branche a mis en place des mesures tendant à améliorer sa gestion des contentieux et à améliorer le taux de confirmation de ses décisions en renforçant le contrôle de procédure et leur uniformisation.

Source : Cnam

II. DES EXCÉDENTS FRAGILES

Après un exercice 2012 qui doit s'avérer finalement déficitaire (100 millions pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, mais le déficit est imputable au seul régime général), la branche devrait parvenir en 2013 à dégager un excédent de l'ordre de 300 millions d'euros grâce, essentiellement, à la baisse conjoncturelle des transferts à sa charge. Au-delà de cette situation transitoire, les excédents de la branche devraient néanmoins croître de manière régulière au cours des quatre années suivantes d'après les prévisions figurant à l'annexe B du PLFSS.

L'équilibre des comptes s'impose à la branche en raison de sa vocation assurantielle, son rétablissement après plusieurs années de déficit doit donc être vu comme un retour à la normale. De même, le choix fait par le Gouvernement, en accord avec les partenaires sociaux, d'affecter les excédents anticipés au remboursement de la dette de la branche tend à résoudre un problème lourd que la précédente majorité n'avait pas traité de manière satisfaisante. Lors de son audition par la commission des affaires sociales, le Premier président de la Cour des comptes a souligné que toute reprise de dette par un organisme comme la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) risquerait de déresponsabiliser les acteurs et serait contraire aux fondements de la branche. Le choix d'une augmentation modérée des recettes (0,05 point de cotisation) permet tout à la fois de réaffirmer la nature spécifique de la branche dont le financement repose sur les employeurs et de faire droit à la gestion paritaire et largement consensuelle qui est, elle aussi, une de ses caractéristiques. Votre rapporteur regrette cependant que les partenaires sociaux n'aient pu s'entendre sur un remboursement plus rapide des déficits passés. Si les prévisions de solde s'avèrent exactes, la branche devrait être en mesure d'apurer sa dette d'ici à la fin 2016, c'est-à-dire à une échéance raisonnable.

A. DES RECETTES EN AUGMENTATION

1. Les recettes de la branche

Les recettes de la branche AT-MP se composent, en 2011, de 93,9 % de cotisations patronales nettes, de 0,2 % de cotisations prises en charge par l'Etat, de 2,6 % de recettes fiscales affectées et de 3,4 % de produits divers (recours contre tiers, produits financiers, produits de gestion courante...). Les cotisations patronales globales (c'est-à-dire les cotisations patronales nettes augmentées des exonérations compensées par l'Etat et par le panier de recettes fiscales) représentent en définitive **plus de 96,5 % des recettes de la branche.**

Le taux de cotisation AT-MP, fixé à 2,285 % depuis 2006, **a été augmenté de 0,1 point en 2011 et devrait être augmenté à nouveau de 0,05 point en 2013. Il s'établirait donc à 2,435 %.** Il s'agit là d'un taux moyen, le taux effectivement appliqué à chaque entreprise variant en fonction du nombre de sinistres qui lui sont imputables au cours des trois dernières années et avec la taille de l'entreprise.

La détermination du taux de cotisation d'une entreprise

• Les principes de tarification

Le système de tarification est fondé sur un triple principe :

- une prise en charge par le seul employeur ;
- un souci de prévention, le montant de la cotisation étant fixé selon le degré de risque de chaque entreprise ;
- un principe de mutualisation, intrinsèquement lié à la nature assurantielle du système de sécurité sociale.

• Le calcul du taux de cotisation

En application de ces principes, le taux de cotisation est actualisé chaque année et déterminé pour chaque entreprise selon la nature de son activité et selon ses effectifs.

Le *taux net*, qui est en fait le taux exigible, est la somme d'un taux brut et de trois majorations spécifiques.

Le **taux brut** est le rapport, pour les trois dernières années de référence, entre les prestations servies en réparation d'accidents ou de maladies imputables à l'entreprise du fait **de sinistres déclarés avant 2010** et les salaires. Pour les **sinistres déclarés depuis 2010, ils sont pris en compte au travers d'un coût moyen dans le cadre de la réforme progressivement mise en place depuis 2012 et qui sera pleinement effective en 2014.**

Selon la taille de l'entreprise, ce taux brut est :

- celui calculé pour l'ensemble de l'activité dont relève l'établissement : c'est le taux collectif pour les entreprises de moins de vingt salariés ;
- celui calculé à partir du report des dépenses au compte de l'employeur : c'est le taux réel pour les entreprises de deux cents salariés et plus ;
- pour les entreprises dont les effectifs sont situés entre 20 et 149 salariés, la tarification est dite mixte, le calcul se faisant en partie selon le taux collectif et en partie selon le taux réel, la part de ce dernier augmentant avec les effectifs.

Au taux brut sont ajoutées *trois majorations forfaitaires* identiques pour toutes les entreprises et activités, pour tenir compte :

- des accidents de trajet (M1) ;
- des charges générales, des dépenses de prévention et de rééducation professionnelle (M2) ;
- de la compensation entre régimes et des dépenses qu'il n'est pas possible d'affecter à un employeur, inscrites au compte spécial « maladies professionnelles » (M3).

• Le rôle de la branche

La commission des AT-MP est chargée de fixer, avant le 31 janvier, les éléments de calcul des cotisations, conformément aux conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale déterminées par les lois de financement. A défaut, ils sont déterminés par arrêté interministériel.

Puis les caisses régionales d'assurance maladie déterminent le taux de cotisation de chaque entreprise, à partir des informations collectées régionalement et des éléments fixés par la commission. Elles disposent en outre d'une possibilité d'appliquer soit des cotisations supplémentaires, soit des ristournes, pour inciter les entreprises à mieux encadrer les risques professionnels.

Les recettes de la branche AT-MP

(en millions d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013
PRODUITS	10 391,0	10 510,8	11 339,4	11 750,9	12 152,7
Cotisations patronales nettes	7 991,1	8 221,6	10 636,6	11 117,1	11 715,8
Cotisations prises en charge par l'Etat	24,8	23,0	4,6	0,2	0,2
Impôts et taxes affectés	1 939,4	1 910,3	297,2	273,1	76,2
Transferts entre organismes de sécurité sociale	5,1	4,6	2,3	2,4	2,5
Divers produits techniques dont :	430,7	334,8	383,7	342,8	342,5
<i>Recours contre tiers</i>	<i>379,9</i>	<i>288,8</i>	<i>187,9</i>	<i>293,1</i>	<i>293,1</i>
<i>Produits financiers</i>	<i>0,7</i>	<i>1,1</i>	<i>1,5</i>	<i>0,4</i>	<i>0,4</i>
<i>Autres divers produits techniques</i>	<i>50,0</i>	<i>45,0</i>	<i>194,3</i>	<i>49,3</i>	<i>49,0</i>

Source : Direction de la sécurité sociale

2. L'évolution contrastée des différentes recettes

- **En 2011**, les recettes de la branche ont crû de 7,9 % sous l'effet de la hausse du taux et de l'assiette des cotisations, du maintien de l'attribution d'une fraction des droits de consommation sur les tabacs et de la reprise des provisions passées par la branche au titre des avances de trésorerie faites au Fcaata. L'augmentation du contentieux en matière de taux et l'apurement des créances contre les tiers (qui a fait baisser le taux de recouvrement des créances au titre de l'exercice) ont fait baisser de deux points l'ensemble des recettes.

- **En 2012**, la prévision de hausse des cotisations, y compris les exonérations compensées, est ramenée à 4,1 % (contre 4,8 % envisagés dans le cadre du PLFSS pour 2012). Les recours contre tiers augmenteraient fortement après l'exercice d'apurement de 2011 et contribueraient de 0,9 point à l'augmentation des recettes. Cette année est la dernière au titre de laquelle la branche reçoit une fraction des droits de consommation sur les tabacs.

- **En 2013**, les cotisations devraient progresser de 3,5 %, soit plus rapidement que la masse salariale, dont l'hypothèse de croissance est de 2,3 %, en raison de l'augmentation de 0,05 point du taux moyen de cotisation.

Cette augmentation devrait rapporter à la branche environ 200 millions d'euros.

Les paramètres de l'évolution des recettes de la Cnam AT-MP

	2009	2010	2011	2012	2013
Masse salariale du secteur privé	- 1,3 %	2,0 %	3,6 %	2,5 %	2,30 %
- effectifs du secteur privé	2,3 %	- 0,2 %	1,4 %	0,1 %	0,0 %
- salaire moyen du secteur privé	1,0 %	2,2 %	2,6 %	2,4 %	2,30 %

Source : Direction de la sécurité sociale

B. UNE AUGMENTATION FAIBLE DES CHARGES

1. La structure des charges de la branche

Les dépenses de prestations (légales, extralégales et autres, augmentées des obligations comptables) représentent près de 70,3 % des charges de la branche. Les transferts techniques vers d'autres régimes et fonds (mines, salariés agricoles, Cnam maladie, Fcaata, Fiva, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie...) comptent pour 22,2 % des charges ; le reste est constitué des charges de gestion courante et de diverses charges techniques, ces dernières comprenant la provision passée au titre des déficits du Fcaata.

- **En 2011**, les charges nettes ont été plus dynamiques et ont progressé de 2,9 %, à un rythme voisin de celui des prestations servies aux victimes (2,8 %).

Par ailleurs, la loi de réforme des retraites de 2010 et la LFSS pour 2011 ont mis en place ou modifié **des transferts** qui ont contribué à la hausse globale des charges en 2011 : un transfert vers la Cnav de 35 millions d'euros en compensation des départs anticipés à la retraite au titre de la pénibilité ; une dotation de 10 millions au fonds national de soutien relatif à la pénibilité et enfin, une augmentation des dotations respectives de la branche au Fiva et au Fcaata de 25 et 10 millions.

- **En 2012**, les charges nettes devraient progresser de 2,8 % suivant la dynamique un peu plus rapide des soins de ville et des dépenses en établissements, les indemnités journalières servies par la branche continuant leur hausse rapide et les rentes AT-MP leur progression modérée (0,7 % en volume). En raison de la montée en charge prévue du **dispositif de la pénibilité**, le transfert vers la Cnav est passé de 35 millions en 2011 à 110 millions en 2012. Parallèlement, la dotation au Fiva a diminué de près de 25 millions et les transferts d'équilibrage ont diminué de près de 37 millions.

• **En 2013**, les charges nettes devraient augmenter tendanciellement de 1,5 % et les mesures proposées dans le cadre du PLFSS devraient, prises dans leur ensemble, alourdir les charges d'environ 1 million d'euros. Les transferts devraient, pour leur part, être réduits en raison de l'absence de transfert à la Cnav au titre du dispositif pénibilité et de la réduction de 200 millions de la dotation au Fiva.

Au total, le ministère de la santé estime que les charges nettes après les mesures du PLFSS 2013 devraient s'élever à 11,9 milliards d'euros en baisse de 0,2 % par rapport à 2012.

Votre rapporteur relève que la structure des charges de 2012 doit être modifiée pour intégrer les 4 millions d'euros de transfert supplémentaire vers le régime des salariés agricoles dont le versement est prévu dès cette année par le PLFSS (article 33).

2. Une obligation : la prise en charge des victimes de l'amiante

Près d'un quart des charges de la branche AT-MP est constitué de dépenses de transfert vers d'autres régimes de sécurité sociale, vers la branche maladie du régime général ou vers différents fonds, notamment ceux dédiés aux victimes de l'amiante. Ces charges reculent cette année sous l'effet de la disparition du transfert à la Cnav et de la baisse, à hauteur quasiment des deux tiers de la dotation du Fiva.

La charge des transferts est globalement croissante sur la période 2004-2013. L'année 2013 devrait faire figure d'exception.

Les principaux transferts à la charge de la branche AT-MP

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Mines	460,3	545,2	436,1	443,7	407,4	400,9	365,4	358,6
MSA	106,6	113,3	115,6	114,5	110,9	114,6	113,6	114,1
Branche maladie	330,0	410,0	410,0	710,0	710,0	710,0	790,0	790,0
Branche vieillesse						35,0	110,0	0
Fcat	45,2	44,0	38,3	34,5	28,5	27,9	23,5	20,4
Fcaata	700,0	800,0	850,0	880,0	880,0	890,0	890,0	890,0
Fiva	315,0	315,0	315,0	315,0	315,0	340,0	315	115
Total des principaux transferts	1 957,1	2 227,5	2 165,0	2 497,7	2 451,8	2 518,4	2 607,5	2 288,1

Source : Cnam

a) Les transferts à la branche maladie et à la branche vieillesse

- La branche AT-MP du régime général assure des **transferts de compensation** vers les régimes de sécurité sociale dont les effectifs diminuent, notamment les régimes des mines et des salariés agricoles, afin de les aider à faire face à leurs obligations financières. Le montant du transfert au régime agricole est assez stable ces dernières années et la compensation au régime des mines devrait le devenir après une évolution plus heurtée.

- Elle effectue, on l'a vu, un **versement à la branche maladie** du régime général pour compenser la sous-déclaration et la sous-reconnaissance des AT-MP ; **pour 2013**, ce versement s'élève à **790 millions**.

- La LFSS pour 2011 a également mis à la charge de la branche AT-MP une **contribution à la branche vieillesse** tendant à compenser le coût du maintien de l'âge de départ à la retraite des salariés ayant subi un travail pénible à soixante ans. Cette contribution est passée de 35 millions d'euros en 2011 à **110 millions** en 2012, elle est supprimée en 2013 en raison du faible nombre de dossiers susceptibles de répondre aux critères actuels de reconnaissance de la pénibilité. Votre rapporteur a eu l'occasion l'année dernière de souligner les limites du système actuel et les difficultés que pose son financement par la branche AT-MP.

b) La contribution aux fonds de l'amiante

L'indemnisation des victimes de l'amiante repose sur deux dispositifs principaux : le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata), institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, et le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva), créé par la loi de financement pour 2001.

Le Fcaata verse aux salariés ayant été exposés à l'amiante une allocation de cessation anticipée d'activité et s'assimile donc à un régime de préretraite. **Le Fiva** complète l'indemnisation offerte par les régimes de sécurité sociale afin que les victimes de l'amiante obtiennent une réparation complète de leur préjudice.

Bien que les sommes versées par ces fonds n'entrent pas dans le champ des prestations du régime général, la branche AT-MP du régime général en est le principal financeur. En 2012, le montant versé aux deux fonds est de 1,2 milliard d'euros (890 millions pour le Fcaata, 315 millions pour le Fiva). Il devrait rester stable en 2012 pour le Fcaata mais baisser pour le Fiva (115 millions), afin de tenir compte du fond de roulement accumulé par cet organisme. Les retards pris dans le règlement des dossiers dont les raisons seront sans doute abordées dans les rapports de l'Igas et de la Cour des comptes actuellement en cours de rédaction sur cet organisme, permettent au fonds de faire face à ses obligations prévisibles pour l'année 2013 malgré une dotation considérablement réduite. Le PLFSS pour 2013 envisage en effet une réduction de 200 millions d'euros de la dotation de la branche AT-MP alors

que le PLF envisage **l'absence de dotation de l'Etat** (50 millions d'euros en 2012) **pour 2013 mais également pour les trois prochaines années.**

Votre rapporteur juge que les principes de bonne gestion justifient cette réduction de la dotation pour 2013. Il paraît cependant difficile qu'elle puisse être reconduite et la perspective d'une absence de dotation de l'Etat après 2013 est de nature à susciter les inquiétudes légitimes du conseil d'administration du Fiva. Votre rapporteur rappelle que, s'agissant de la participation de l'Etat, la mission d'information sénatoriale avait émis une préconisation, reprise depuis par la Mecss, tendant à ce que l'Etat assume un tiers de la dotation du Fiva. Il regrette que cette solution d'équité ne semble pas être envisagée.

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 milliard sur 8,4 milliards de charges) à un peu plus de 18 % depuis 2008 (2,1 milliards rapportés à 12 milliards de charges), soit une progression de 50 %. (En 2013, en raison de la baisse exceptionnelle de la dotation au Fiva cette proportion devrait s'établir à un peu plus de 17 %).

Cette évolution s'explique principalement par la croissance des dotations au Fcaata, qui ont été multipliées par plus de quatre entre 2001 et 2011 en raison de la montée en charge du dispositif.

• **La stabilisation des dépenses du Fcaata**

Le financement du fonds est assuré, pour l'essentiel, par la branche AT-MP du régime général, dont la contribution a augmenté en 2011 pour atteindre 890 millions. Il devrait rester stable en 2013 pour la deuxième année consécutive.

Financement du Fcaata

(en milliers d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Contributions de la branche AT-MP du régime général	800 000	850 000	880 000	880 000	890 000	890 000	890 000
Fraction des droits sur les tabacs	29 406	30 324	31 137	32 654	34 000	34 000	34 000
Contribution MSA	-	-	300 000	260 000	0,6	0,6	0,6
Contribution sur les entreprises	32 532	34 402	- 2 735	- 4 832	- 1	0	0
Produits financiers	385	564	189	46	0	0	0
Reprise sur provisions	-	930	6 114	394			
Total	862 323	916 220	915 005	908 522	924 000	925 000	925 000

Source : rapport annuel du Fcaata

Depuis 2003, les charges de ce fonds ont été supérieures à ses recettes. Cependant, depuis 2009, leur montant se stabilise (925 millions d'euros en 2010 contre 926 millions en 2009) et devrait désormais décroître. Les recettes devraient pour leur part se stabiliser à 911 millions d'euros, ce qui permet au Fcaata de présenter un résultat net excédentaire de 9 millions d'euros en 2011.

Cette situation s'explique par l'accroissement régulier des sorties du dispositif (plus de six mille par an) car les bénéficiaires arrivent à l'âge de la retraite, et par la réduction du nombre d'entrants (moins de cinq mille). Depuis 2008, le nombre d'allocations en cours de versement est en baisse. Au 31 décembre 2010, le nombre d'allocataires était de 30 595 contre 33 900 en 2007.

Cependant, les capitaux propres sont négatifs depuis 2005. Le fonds présente désormais plus de 200 millions d'euros de dette cumulée.

Résultats financiers du Fcaata

(en millions d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012 _(p)	2013 _(p)
Résultat net	- 56	- 12	- 11	8,7	50,5	74,2	106,7
Fonds propres	- 260	- 272	- 284	- 275	- 225	- 150	- 44

(p) prévisions

Source : Direction de la sécurité sociale

Dépenses du Fcaata

(en millions d'euros)

	2007	%	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%	2012 _(p)	%	2013 _(p)	%
Charges	918	5,3	929	1,2	926	- 0,2	900	- 2,9	874	- 2,9	851	- 2,6	818	- 3,8

(p) prévisions

Source : Direction de la sécurité sociale

• Une augmentation continue des charges du Fiva

La situation financière du Fiva reste pour l'instant plus saine que celle du Fcaata, dans la mesure où les dotations qu'il a obtenues ont excédé ses dépenses jusqu'en 2004, ce qui lui a permis d'accumuler d'importantes réserves qui devraient s'élever à environ 337 millions d'euros en 2012.

Situation financière du Fiva

(en millions d'euros)

	2008	2009	2010	2011	2012 _(p)
CHARGES	424	424	465	400	450
Indemnisations (dont provisions)	416	418	456	393	441
Autres charges	8	6	9	7	9
PRODUITS	419	418	429	485	442
Contribution de la branche AT-MP	315	315	315	340	315
Contribution de l'Etat	47	48	48	48	47
Autres produits (dont reprise sur provisions)	57	55	67	97	80
Résultat net	- 6	- 6	- 36	84	- 8
Résultat cumulé depuis 2001	300	294	258	345	337

(p) prévisions

Source : Fiva, huitième rapport d'activité

L'année 2011 se caractérise par une quasi-stabilité du nombre total des offres d'indemnisation notifiées et une croissance de près de 9,1 % du montant total des indemnisations par rapport à l'année 2010. C'est donc au total 13 750 offres qui ont été budgétées, pour un montant de 353,4 millions d'euros.

L'élément le plus inquiétant est l'augmentation des délais de présentation des offres et de paiement en 2011 et, semble-t-il, en 2012. Ceux-ci dépassent à nouveau les délais légaux. Cette situation, même si elle est partiellement compensée par une hiérarchisation de l'urgence des dossiers, ne saurait perdurer sans nuire à la vocation même du Fiva qui est l'indemnisation rapide et totale des victimes et de leurs ayants droit.

Il convient néanmoins de distinguer **deux types de demandes** : les demandes pour aggravation et les demandes d'ayants droit. Or, le premier type de demande entraîne normalement un montant d'indemnisation élevé (125 000 euros pour un mésothéliome et 136 000 pour un cancer pulmonaire en 2009), en lien avec la gravité de la pathologie, alors que les demandes des ayants droit, portant, pour la plupart d'entre elles, sur le seul préjudice moral, sont indemnisées selon un barème faible (23 900 euros pour le conjoint, 5 400 euros pour un enfant hors du foyer, en application du barème revalorisé d'avril 2008).

L'évolution de l'équilibre du Fiva reste donc difficile à prévoir à moyen terme. Votre rapporteur estime qu'il convient, pour que le fonds puisse exercer pleinement sa fonction, que sa gouvernance soit apaisée. Ceci suppose que son conseil d'administration soit **une instance de dialogue dont les conclusions sont écoutées par les pouvoirs publics**. Il conviendra également que soit réglée de manière rapide, et selon des principes clairs et équitables, la question des arrêts rendus par plusieurs cours d'appel et depuis invalidés par la Cour de cassation.

C. LE RETOUR AUX EXCÉDENTS

L'augmentation des charges de la branche a faussé à plusieurs reprises les perspectives de retour à l'équilibre de la branche. Celle-ci semble devoir s'orienter à partir de 2013 vers des années excédentaires qui serviront d'abord à combler le déficit cumulé des années précédentes.

1. Le régime général

Le tableau ci-dessous retrace, pour les années 2006 à 2013, le montant des résultats nets de la branche AT-MP de la Cnam, en droits constatés.

Solde net de la branche AT-MP

(en milliards d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013(p)
Résultat net	- 0,1	- 0,5	+ 0,2	- 0,7	- 0,7	- 0,2	- 0,14	0,28

(p) prévisions

Source : PLFSS pour 2012

2. Les régimes de base

Compte tenu du poids de la branche AT-MP du régime général dans l'ensemble des régimes de base, son résultat influe fortement sur la situation financière de l'ensemble des branches.

Contrairement aux estimations faites l'année dernière, le résultat net global des régimes de base autres que le régime général est fortement déficitaire en 2012 à hauteur de 365 millions d'euros. Il devrait redevenir positif en 2013 avec une prévision d'excédent de 41 millions.

Ce déficit est essentiellement imputable à la ponction de 450 millions d'euros faite sur le fonds d'allocation temporaire d'invalidité des collectivités locales (FATIACL) au profit de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL).

Le tableau suivant présente les résultats nets des différents fonds et régimes de base en charge des AT-MP :

Situation financière des branches AT-MP des régimes de base

(en millions d'euros)

RÉSULTAT NET	Cnam AT-MP	Salariés agricoles	Exploitants agricoles	Fcata	Ensemble des régimes agricoles (RA)	Fonctionnaires	FATIACL	CANSSM	EDF-GDF (Base)	SNCF	RATP	Enim	Banque de France	Petits régimes spéciaux	Ensemble des régimes spéciaux (RS)	Fcat	Autres régimes de base (ARB)	RA + RS + ARB	Tous régimes de base
2006	- 59	- 27	- 32	0	- 59	0	61	- 16	0	0	0	0	0	1	45	0	0	- 13	- 72
2007	- 455	- 12	- 54	1	- 66	0	69	91	0	0	0	8	0	0	169	1	1	104	- 351
2008	241	- 2	- 25	1	- 26	0	77	- 52	0	0	0	6	0	2	34	1	1	9	249
2009	- 713	- 2	17	1	16	0	76	7	0	0	0	5	0	0	89	0	0	105	- 608
2010	- 726	- 5	- 18	1	- 22	0	77	0	0	0	0	0	- 1	1	77	0	0	56	- 671
2011	40	- 2	- 9	0	- 29	0	75	0	0	0	0	0	- 1	1	75	0	0	46	86
2012	- 138	0	- 7	1	- 7	0	- 375	0	0	0	0	0	- 1	11	- 365	0	0	- 371	- 509
2013*	282	2	34	0	36	0	30	0	0	0	0	0	- 1	11	41	0	0	76	358

* prévisions

Source : direction de la sécurité sociale

Enim : Etablissement national des invalides de la marine

Fcat : fonds commun des accidents du travail

Fcata : fonds commun des accidents du travail agricole

Fatiac : fonds d'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales

CANSSM : Caisse nationale de sécurité sociale pour les mines

III. LES GRANDS ENJEUX DE LA BRANCHE

Au moment où la branche s'engage dans la résorption des déficits passés et où une nouvelle convention d'objectifs et de gestion est en cours de négociation, les enjeux fondamentaux portent sur ses missions constitutives : la prévention et la réparation.

A. LA PRÉVENTION

La prévention est l'objectif premier de la branche AT-MP. Elle s'exerce au travers du fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (FNPATMP) qui est financé par une partie des majorations qui constitue les cotisations AT-MP, dite M2. Le FNPATMP finance le fonctionnement des services de prévention et de tarification des Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et maladies professionnelles (INRS) et les actions de prévention telles que des contrats de prévention ou des campagnes d'information. Il finance également le groupement Eurogip, qui mène des études au niveau européen sur les sujets intéressant la branche accidents du travail et maladies professionnelles.

Dans le cadre de l'accord conclu entre les partenaires sociaux le 13 septembre 2000 sur la santé au travail et la prévention des risques professionnels, il finance le fonctionnement des observatoires régionaux de santé au travail (ORST) et les études proposées par ces derniers et validées par la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Il est regrettable de constater que les critiques formulées par la Cour des comptes dans son rapport de février 2002 sur « *La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles* » restent largement applicables dix ans plus tard. Malgré les efforts faits par la branche et l'engagement des partenaires sociaux en faveur d'une politique de prévention efficace, les dépenses d'intervention ne représentent en 2012 qu'environ 30 millions d'euros et les contrats de prévention 35 millions. L'essentiel des dépenses du fonds de prévention est composé de frais de personnel et le montant total de la contribution du FNPATMP s'élève au total à 336,9 millions d'euros, soit moins de 3 % des dépenses de la branche.

Par ailleurs, la sous-consommation des crédits demeure, même si elle semble moins importante qu'il y a dix ans. En 2011, la consommation totale des crédits du FNATMP s'est élevée à 94,7 % mais seulement 88,8 % pour les dépenses d'intervention en fonctionnement, 29,4 % pour les dépenses d'investissement dont « intervention » et 78,9 % pour les contrats de prévention. Il convient néanmoins de noter que, dans le cadre des contrats de prévention, les Carsat financent en moyenne moins d'un quart du montant total des projets, 75 % des sommes investies dans la prévention provenant des entreprises elles-mêmes. Dans le cadre de la préparation de la convention d'objectifs et de gestion les partenaires sociaux ont néanmoins pris note des marges de progrès susceptibles d'être réalisés.

CONTRATS DE PREVENTION ET AIDES FINANCIERES SIMPLIFIEES - BILAN 2011

2011	Nombre de contrats	Total investissement	Investissements entreprises	% entreprises	Investissements Carsat	% Carsat	Nombre d'aides financières simplifiées	Montant des aides financières simplifiées
Comité techniques nationaux								
Industries de la métallurgie	263	30 261 665	23 287 609	76,95%	6 974 056 €	23,05%	382	1 945 689 €
Industries du bâtiment et des travaux publics	315	36 845 291	27 974 939	75,93%	8 870 352 €	24,07%	907	5 735 271 €
Industries des transports, de l'eau, du gaz, de l'électricité, du livre et de la communication	109	14 706 625	11 501 939	78,21%	3 204 685 €	21,79%	175	990 841 €
Services commerces et industries de l'alimentation	92	12 969 600	10 255 174	79,07%	2 714 426 €	20,93%	298	1 862 838 €
Industries de la chimie, du caoutchouc, de la plasturgie	53	8 194 497	6 224 338	75,96%	1 970 159 €	24,04%	28	215 483 €
Industries du bois, de l'ameublement, du papier-carton, du textile, du vêtement, des cuirs et peaux et des pierres et terres à feu	147	15 462 743	11 692 865	75,62%	3 769 879 €	24,38%	158	1 294 644 €
Commerce non alimentaire	0	0	0		0 €		178	729 468 €
Activités de services 1	0	0	0		0 €		55	235 321 €
Activités de services 2	66	6 088 857	4 287 420	70,41%	1 801 437 €	29,59%	151	614 402 €
TOTAL	1 045	124 529 277 €	95 224 284 €	76,47%	29 304 993 €	23,53%	2 332	13 623 957 €

Source : Cnam

Les critiques de la Cour des comptes en 2002

La Cnam dispose d'un fonds national de prévention des AT-MP (FNPATMP) de 0,24 milliard d'euros, financé par prélèvement sur les cotisations d'accidents du travail.

Ce montant est important, mais relativement limité par rapport au coût du risque, et ne représente que de l'ordre de 3 % des dépenses de la branche.

De plus, chaque année, seule une partie des crédits inscrits au budget est consommée : 84,8 % en 1997, 83,1 % en 1998, 88,1 % en 1999 et 86,9 % en 2000.

Cette sous-consommation des crédits, alors que les dépenses financées sur le fonds sont assez répétitives, résulte de l'effet combiné d'un manque de rigueur dans la procédure d'élaboration du budget et d'un faible dynamisme de la branche en matière de prévention.

Enfin seule une partie du fonds est consacrée à des dépenses d'intervention. Il couvre d'abord des dépenses de personnel (47,3 % en 1999) et la subvention de fonctionnement à l'INRS (21,9 %) qui, elle-même, pour une très large part (près de 60 %) couvre également des dépenses de personnel.

Certes, ces dépenses rémunèrent les agents des Cram qui interviennent en matière de prévention, et cette intervention prend, dans une large proportion, la forme d'actions directes auprès des entreprises pour les conseiller, les contrôler et élaborer des projets de prévention. De même, les rémunérations versées par l'INRS le sont à des agents qui, pour une part significative, sont directement impliqués dans la prévention (chercheurs, formateurs). Il reste qu'une partie de ces personnels sont employés à des tâches de gestion administrative, qui ne participent réellement ni à la démarche de prévention, ni à la tarification, qui est intermédiaire entre la gestion et la prévention.

Le fonds supporte également des dépenses de fonctionnement des Cram et des caisses générales de sécurité sociale des DOM.

Les interventions ne représentent que 51,83 millions d'euros dont 39,64 millions d'euros pour les contrats de prévention, donc moins de 20 % des dépenses du fonds.

*Source : Cour des comptes, février 2002,
« La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles »*

La branche est cependant loin d'être inactive en matière de prévention. Sa principale capacité d'intervention réside dans la possibilité de mobiliser les acteurs multiples de la prévention autour d'objectifs communs. Ceci est vrai des acteurs de la branche que sont les Carsat et les partenaires sociaux au niveau national, au niveau local et au sein des comités techniques nationaux (CTN) qui représentent une ou plusieurs branches professionnelles. Mais également des services de l'Etat au travers des contrats conclus avec les directions régionales de l'entreprise, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) en liaison avec les comités régionaux de prévention des risques professionnels ou certains hôpitaux mais aussi avec la médecine du travail. Ainsi que l'a souligné le directeur du risque lors de son audition, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sont en cours de négociation entre les Carsat, les Direccte, au titre des services de santé au

travail, et les caisses. Ces contrats visent à coordonner l'action de ces trois intervenants.

Des actions coordonnées sur des périodes déterminées comme les trois années d'une convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la branche sont susceptibles de donner des résultats efficaces sur le terrain.

Votre rapporteur attend avec intérêt le bilan de la convention 2009-2012 qui doit être présenté par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) et qui permettra de mesurer l'efficacité des actions coordonnées mises en œuvre par la branche.

Le programme national d'actions coordonnées 2009-2012

Dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion 2009-2012, un programme national d'actions coordonnées (PNAC) a été élaboré sur la base des orientations dégagées par les CTN qui représentent une ou plusieurs branches professionnelles.

Quatre priorités de prévention ont été retenues pour les années 2009 à 2012 :

- les troubles musculo-squelettiques (TMS) ;
- les cancers d'origine professionnelle ;
- le risque routier ;
- les risques psychosociaux.

Ces priorités sont assorties de cibles prioritaires : le BTP, l'intérim, la grande distribution, les TPE-PME, les salariés plus âgés. Des priorités sectorielles, par filières professionnelles, sont également définies par les partenaires sociaux membres des comités techniques nationaux (CTN). Ces priorités de prévention viennent alimenter les plans d'action régionaux (PAR) qui sont élaborés en tenant compte également des spécificités du tissu économique de chaque région.

Les orientations retenues par les partenaires sociaux tendent à reconduire, pour la période 2013-2016, les priorités de prévention retenues pour les années 2009-2012. Celles-ci seront complétées par un Plan jeunes et une action de formation renforcée. Les difficultés d'articulation entre les actions aux différents niveaux sont également pointées et le besoin de mise en cohérence au niveau national souligné. L'accent mis sur la nécessité d'évaluation de l'impact des outils de la branche dans la pratique des entreprises et sur l'innovation est le signe d'un dynamisme accru de la branche dont votre rapporteur espère qu'il pourra se traduire dans les faits.

B. LA RÉPARATION

Deux questions doivent être traitées. Celle des inégalités de traitement et celle de la réparation du préjudice subi.

La différence des taux de reconnaissance des sinistres liés au travail par les caisses régionales, particulièrement en ce qui concerne les maladies professionnelles, est établie de longue date. Elle constitue une source d'inégalités difficilement acceptables pour les victimes. Consciente de ce fait, la branche travaille depuis plusieurs années à un rapprochement de la pratique des caisses. Dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion 2009-2012, plusieurs actions ont été mises en œuvre afin d'améliorer le niveau de connaissance, de compétence et de transparence des caisses :

- des objectifs de réduction de l'hétérogénéité des pratiques ont été fixés et suivis au niveau local et national au travers du nombre de reconnaissances par les caisses des accidents de trajet et des maladies professionnelles affectant les membres supérieurs ;

- des référentiels à jour des évolutions réglementaires ont été communiqués aux caisses ;

- des offres de formation ont été proposées pour garantir des instructions homogènes ;

- des coordinations régionales composées de référents régionaux médicaux-administratifs et juridiques ont été mises en place, ayant comme mission principale de garantir l'harmonisation des pratiques ;

- des tableaux de bord nationaux sont mis en place et mis à disposition du réseau identifiant, aux niveaux local, régional et national, les écarts de taux de reconnaissance, de taux de contestation et de confirmation des décisions initiales afin de permettre aux caisses de comparer, analyser et améliorer le processus de reconnaissance. Ces tableaux se limitent pour le moment à la reconnaissance des accidents de trajet.

Ce travail semble susciter des effets positifs mais il pose une question fondamentale qui est celle de la gouvernance des caisses et de l'articulation entre compétences locales et compétence nationale. La prochaine convention d'objectifs et de gestion semble devoir aborder cette question complexe et permettre une plus grande uniformité des pratiques. Le rapprochement du taux professionnel appliqué par les caisses en matière d'indemnisation est un facteur important d'équité entre les victimes. De même, un meilleur suivi des pratiques et des procédures est de nature à limiter les contentieux de pure forme qui entravent l'action des caisses et de la branche dans son ensemble.

Parallèlement, les partenaires sociaux semblent déterminés à rénover l'approche de la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles. Tout en restant attachés à la réparation forfaitaire qui est le pendant nécessaire de la présomption d'imputabilité, les membres de la

commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT-MP) ont paru à votre rapporteur engagés dans une réflexion innovante sur les modalités permettant la meilleure prise en charge possible de la victime. Concrètement, c'est la réduction la plus forte possible des séquelles et le retour à l'emploi qui permettent de prévenir la désinsertion professionnelle et de garantir le meilleur niveau de revenu d'une victime du travail. La branche s'étant dotée des moyens de comparer les pratiques européennes en matière de réparation, les meilleures pratiques sont susceptibles d'être identifiées et évaluées afin de déterminer leur intérêt pour la France. Certaines données provenant d'Allemagne semblent ainsi plaider pour une inflexion forte des pratiques de la branche vers le financement de soins curatifs mais aussi de suite et de réadaptation. La durée de la prochaine COG permettra d'approfondir cette question.

La réflexion pragmatique sur la réparation montre en tout cas que le paritarisme effectif continue à faire vivre les principes de consensus social posés en 1898.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Audition de M. Dominique MARTIN, directeur des risques professionnels de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

Réunie le mercredi 17 octobre 2012, sous la présidence de Mme Annie David, présidente, la commission procède à l'audition de M. Dominique Martin, directeur des risques professionnels de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam).

Mme Annie David, présidente. - Nous poursuivons nos auditions sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 avec M. Dominique Martin, directeur des risques professionnels de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam).

Notre commission porte un intérêt tout particulier à la branche accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP), comme en témoigne notamment le rapport présenté par Jean-Pierre Godefroy et Catherine Deroche dans le cadre de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) en juillet dernier.

Ce rapport s'intéressait plus spécifiquement à la situation financière de la branche et au déficit qui s'est accumulé ces dernières années et qui n'a pas été financé. Nous souhaiterions connaître votre sentiment sur le sujet et sur les perspectives de redressement.

Ce PLFSS comporte aussi plusieurs mesures concernant les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Nous aurons certainement des précisions à vous demander à ce sujet.

M. Dominique Martin, directeur des risques professionnels de la Cnam. - La dette de la branche AT-MP s'est en effet creusée progressivement depuis quelques années, principalement en raison de l'augmentation régulière des transferts mis à sa charge.

Il s'agit tout d'abord de transferts à la branche maladie destinés à compenser la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles, sur la base des travaux de la commission présidée par M. Diricq. Il s'agit aussi de transferts aux fonds relatifs à l'amiante, le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata) et le

fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva), qui ont eux aussi régulièrement augmenté au cours du temps. D'autres transferts techniques, moins importants, ont également participé au déséquilibre de la branche.

S'agissant des prestations, l'augmentation est constante mais ne pose pas de difficultés particulières du point de vue des équilibres financiers. Il existe cependant un sujet relatif aux contentieux, non que ceux-ci ne soient pas financés par la branche mais ils ne le sont que l'année d'après. Dans une situation de stabilité du risque contentieux, le financement est à peu près équilibré. Mais ce risque, lié à la contestation de l'imputation d'un sinistre sur le compte d'un employeur, a augmenté de manière rapide, les sommes provisionnées se révélant inférieures à la réalité des dépenses. Ceci participe aussi au déséquilibre financier.

On arrive aujourd'hui à une dette qui approche les 2 milliards d'euros. Le PLFSS prévoit en 2013 un excédent de 300 millions d'euros l'an prochain, en raison notamment d'une augmentation du taux des cotisations de l'ordre de 0,05 point et d'une diminution de 200 millions d'euros de la dotation au Fiva dont le fonds de roulement atteint un niveau très élevé. Par construction, cette opération ne pourra se répéter.

Quelle sera, dans les années à venir, l'évolution des transferts techniques qui constituent un des éléments essentiels du déséquilibre financier de la branche ?

Le Fcaata doit connaître une baisse programmée des dépenses puisqu'on observe une diminution des nouvelles attributions d'allocations. On dénombre en effet chaque année, pour des raisons démographiques, moins de prises en charge au titre du Fcaata que l'année précédente. Fort heureusement, l'exposition à l'amiante est désormais réduite et les personnes que l'on indemnise aujourd'hui sont celles qui se trouvaient en situation de risque il y a quelques années. On enregistre donc plus de sorties que d'entrées dans le dispositif, la file active passant de 30 000 à 26 000 personnes environ. On peut donc prévoir, toutes choses égales par ailleurs du point de vue de la législation, une évolution à la baisse de ce transfert important.

Pour ce qui est du Fiva, on n'envisage pas à ma connaissance de baisse des indemnisations ces prochaines années - sous réserve des données fournies par le fonds.

S'agissant du transfert à la branche maladie, un nouveau rapport sera produit l'année prochaine par la commission Diricq, mais la situation n'a certainement pas connu d'évolution majeure. La sous-déclaration concerne beaucoup de cancers pris en charge au titre des affections de longue durée (ALD) alors qu'ils pourraient être classés en maladies professionnelles. Il peut aussi y avoir d'autres formes de sous-déclarations qui relèvent soit de la fraude, soit de l'abus. C'est pourquoi nous disposons d'un programme de lutte contre la fraude et l'abus - absence de déclaration d'accident du travail ou incitation au retour trop précoce à l'emploi afin de diminuer la charge des indemnités journalières.

Il existe donc de nombreuses inconnues sur l'évolution des charges de transferts. Nous ne pouvons notamment pas anticiper le montant du transfert à la branche maladie qui sera retenu à partir de la prochaine étude de la commission Diricq.

La branche AT-MP dégagera un excédent pour 2013 et la dette devrait commencer à baisser. A partir de 2014, la dotation au Fiva devra cependant être réactualisée et majorée. Il faudra trouver une compensation... A partir de 2015, la situation sera telle que je viens de la décrire. Nous n'avons donc pas de certitudes à deux ou trois ans.

Je précise que lorsqu'on parle d'une augmentation du taux net de cotisation de 0,05 point, il s'agit d'un taux moyen. Le calcul de la cotisation, assez complexe, fait appel à la fois à la sinistralité des entreprises et à la mutualisation des risques entre celles-ci. La question restant à trancher est de savoir si cette augmentation de 0,05 point pèsera principalement sur le taux brut, lié à la sinistralité des entreprises, ou si elle sera mutualisée. Cet arbitrage technique fait l'objet de discussion avec les partenaires sociaux.

En cas d'augmentation du taux brut, la fédération la plus concernée par la sinistralité est celle du bâtiment ; faire principalement porter cette augmentation sur le taux brut entraînerait une charge importante pour l'économie générale du secteur. La mutualisation est plus favorable au bâtiment mais reporte une partie de l'augmentation sur des secteurs à très faible sinistralité. Un équilibre doit être trouvé entre les entreprises. Cette question devrait être rapidement arbitrée puisque la tarification devra être présentée aux partenaires sociaux lors de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de novembre.

Mme Annie David, présidente. - *Pouvez-vous dire un mot des principales mesures du PLFSS ?*

M. Dominique Martin. - *L'article 65 fait suite aux travaux d'un groupe piloté par Mme Ruellan et impliquant les administrations, les partenaires sociaux et les associations, en particulier la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (Fnath). Il s'agit d'une question de fond mentionnée dans la convention d'objectifs et de gestion (COG), à savoir la rénovation de la réparation forfaitaire, système très ancien, très en avance sur son temps à l'origine mais qui a vieilli face à l'évolution du régime de la responsabilité civile et de la jurisprudence.*

Plusieurs hypothèses ont été étudiées et deux pistes principales ont été retenues. La première figure dans l'article 65 et relève de la loi. Il s'agit de l'amélioration de la majoration pour tierce personne versée à la victime, dont le montant est aujourd'hui calculé en fonction de ses revenus. L'idée est de la déterminer en fonction des besoins du bénéficiaire avec trois niveaux de prestation. Cette disposition entraînera une augmentation des dépenses au titre de la majoration pour tierce personne.

Une seconde mesure, de niveau réglementaire et ne figurant donc pas dans le PLFSS, a également été prise à la suite du rapport de Mme Ruellan : elle porte sur l'harmonisation du coefficient professionnel. Outre l'incapacité professionnelle liée de manière assez mécanique au revenu, on peut attribuer un coefficient professionnel en fonction de la situation de la personne, mesurée en points d'incapacité supplémentaires. La pratique des caisses est cependant fort inégale en la matière. Il s'agit de l'harmoniser.

L'article 66, assez complexe sur le plan technique, concerne la faute inexcusable de l'employeur en cas d'accident du travail. La victime peut engager une action devant le juge ; si elle obtient gain de cause, le Conseil constitutionnel a estimé que l'indemnisation devait être intégrale, c'est-à-dire couvrir la totalité des postes de préjudice.

En cas de faute inexcusable de l'employeur reconnue par le juge, la caisse règle la victime et elle est ensuite censée récupérer les sommes auprès de l'entreprise, par une majoration de la tarification qui peut courir sur vingt ans. C'est un mécanisme complexe, les caisses ne récupérant la somme que dans la moitié des cas. En effet, l'entreprise peut avoir disparu et la procédure peut rencontrer des obstacles. Dès lors, les sommes sont mutualisées entre toutes les entreprises, même si ce domaine n'est pas celui où la mutualisation a le plus de légitimité...

Il a donc été décidé que la récupération se ferait uniquement sous forme de capital et non par majoration des cotisations.

Par ailleurs, en cas de contestation de l'accident du travail par l'employeur, l'entreprise - bien que condamnée au titre de la faute inexcusable - pouvait ne pas payer du fait d'un défaut procédural concernant l'accident du travail lui-même !

Il convient désormais de dissocier les deux processus en considérant, même en cas de désimputation du compte de l'employeur au titre de l'accident du travail, que l'indemnisation devra être remboursée à la caisse par celui-ci au titre de la faute inexcusable.

Mme Annie David, présidente. - *Le PLFSS comporte aussi une disposition qui étend à tous les salariés bénéficiaires de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Accata) la possibilité de liquider à soixante ans leurs droits à pension.*

M. Dominique Martin. - *En effet, l'article 67 étend cette possibilité à tous les régimes et prévoit par ailleurs qu'on ne peut bénéficier de deux dispositifs - par exemple du dispositif de départ anticipé pour pénibilité et du Fcaata - en raison du principe de non-cumul des prestations. Cette disposition concerne les seuls polypensionnés, soit un petit nombre de personnes. Il s'agit de la généralisation d'une mesure déjà largement mise en œuvre.*

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. - *L'amélioration de la prise en charge des aides à la personne constitue une mesure très intéressante. Il était anormal que celles-ci soient calculées sur le dernier salaire. La prestation sera donc fonction des besoins du bénéficiaire.*

J'ai cru comprendre que la charge des majorations pour tierce personne allait passer de 50 millions d'euros à 200 millions d'euros, ce qui représentait 0,01 point sur l'augmentation prévue de 0,05 point...

M. Dominique Martin. - *Le financement de cette mesure est globalisé.*

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. - *La subvention au Fiva sera cette année diminuée de 200 millions d'euros. Quid des années futures ? Le nombre d'allocataires diminuant mais celui des ayants droit augmentant, pensez-vous vraiment que les charges du Fiva puissent baisser au cours des années à venir ? Ce fonds ne risque-t-il pas de connaître une certaine stabilisation - voire une augmentation en cas de procédures ? Est-il normal que l'Etat se désengage complètement et supprime pour les trois prochaines années la part de la solidarité nationale ? Dans le rapport que nous avons réalisé avec Jean-Marie Vanlerenberghe et Gérard Dériot, nous avons suggéré que la part de l'Etat grimpe à 30 %...*

Par ailleurs, la perspective d'excédents prévue pour la branche pour les trois prochaines années vous paraît-elle crédible compte tenu de l'augmentation de certains transferts ? L'augmentation de 0,05 point lui permettra-t-elle de retrouver un équilibre financier et d'apurer totalement sa dette ? A quelle échéance ?

Une des sources essentielles du contentieux pesant sur les finances de la branche porte sur des questions de procédures. Pensez-vous qu'il faille envisager de réglementer l'activité des cabinets spécialisés qui proposent l'optimisation des cotisations sociales, ceux-ci étant intéressés aux résultats des procédures qui représentent entre 550 et 600 millions d'euros sur un budget de 13,3 milliards d'euros ?

Les deux derniers exercices de la branche AT-MP n'ont pas été certifiés par la Cour des comptes. Où en est le dialogue avec cette institution ? Pensez-vous être en mesure d'éviter un nouveau refus de certification l'année prochaine ?

Enfin, vous avez évoqué la faute inexcusable de l'employeur. Une alternative à la mesure envisagée dans le PLFSS serait d'obliger l'employeur à s'assurer contre ce risque. Le Gouvernement a estimé cette mesure trop complexe. Quelle est votre analyse à ce sujet ?

M. Dominique Martin. - *La baisse des dotations au Fiva est conjoncturelle et liée à l'état du fonds de roulement. Le Fiva a aujourd'hui de quoi faire face à son activité pour l'année qui vient, mais cela ne pourra se répéter l'année prochaine. A situation inchangée, on aura donc une charge supplémentaire de 200 millions d'euros environ à financer dans le PLFSS pour 2014... Quant à l'évolution globale des charges du Fiva, il est difficile de dire ce qu'il en sera. Je ne pense pas que l'on puisse anticiper une baisse dans l'immédiat, pas plus qu'une hausse. Je ne me prononcerai évidemment pas sur le désengagement de l'Etat, ce sujet regardant l'Etat lui-même...*

S'agissant des excédents retracés dans les prévisions relatives à la branche AT-MP, ils supposent que la question soit traitée année après année. Je crois comprendre que le Gouvernement s'est engagé à ce que la branche résorbe elle-même sa dette. Cela est sain car c'est la seule à avoir une obligation légale d'équilibre.

Par ailleurs, il faut aussi développer la prévention. L'idéal serait qu'on ait le moins possible d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Or, on observe aujourd'hui une stagnation du nombre des accidents du travail et une augmentation continue et significative de 7 % par an des maladies professionnelles, notamment des troubles musculo-squelettiques. Nous ne sommes donc pas à la veille d'une baisse des charges au titre des prestations et ceci est préoccupant. Nous travaillons sur ce sujet, qui devra prendre une place importante dans la COG à venir.

La résorption du déficit dépendra du niveau des excédents. Si celui-ci est maintenu autour de 300 millions d'euros par an, il suffira de cinq à six ans. Mais il est difficile d'établir des prévisions à ce stade.

Ainsi que vous l'avez relevé, les contentieux impactent le déficit. Faut-il réglementer les cabinets spécialisés ? Je ne puis répondre à cette question. Il s'agit d'un sujet juridique complexe. Le directeur de la branche que je suis doit d'abord balayer devant sa porte, avant de s'occuper de ce qui se passe à l'extérieur. C'est ce qui a commencé à être fait. On observe depuis 2011 une baisse des contentieux pour inopposabilité, en raison notamment de la mise en œuvre d'un décret de 2009, applicable à partir de janvier 2010, qui cadre beaucoup mieux la procédure, en particulier les délais de recours.

Parallèlement naissent de nouveaux contentieux, moins procéduraux mais plus médicaux. Ils ne sont pas sans lien avec la réforme de la tarification qui, de proportionnelle au risque est passée à une tarification par coût moyen et catégorie, le changement de catégorie pouvant être très significatif. C'est un sujet qui suppose une coordination médico-administrative serrée.

Nous réorganisons notre politique en matière de contentieux en vue d'un pilotage par la direction des risques professionnels sur un plan national. En amont, nous avons fait un important travail d'harmonisation des procédures entre les caisses, qui a donné de très bons résultats. Il faut également agir en aval. La situation n'est pas totalement satisfaisante aujourd'hui, du fait d'un déficit de protection des médecins devant le juge.

Nous considérons que le contentieux est une problématique centrale non seulement parce qu'il peut impacter le déficit mais aussi et surtout parce qu'il existe un lien direct entre la réparation, la tarification et la prévention. Un acte d'instruction mal fait entraîne un contentieux, qui va générer une désimputation du compte de l'employeur, une baisse de la capacité de la tarification à agir au titre de l'incitation à la prévention et un déficit de prévention. La tarification, notamment pour les moyennes et les grandes entreprises, est l'outil de prévention le plus important. Il est très largement attaqué par les contentieux, les entreprises les plus actives en la matière étant celles qui ont intérêt à la désimputation. Si l'on y ajoute les mutualisations, on se retrouve avec un outil très largement entamé dans sa capacité à inciter à la prévention, ce qui est dommage.

La Cour des comptes nous a recommandé de provisionner les contentieux. Nous considérons que les dépenses correspondantes relevaient du fonctionnement général de la branche, tout cela étant absorbé grâce à l'équilibre des cotisations. Ce n'est pas vrai du point de vue des comptes, ni de la bonne gestion de la branche.

Nous nous mettons donc en capacité d'obtenir la certification des comptes. Trois points avaient été relevés par la Cour des comptes : le non-provisionnement des contentieux, l'insuffisance du contrôle interne et l'insuffisance du rapprochement des fichiers entre les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) et les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf).

Le rapprochement des fichiers est une action lourde à mener mais nous progressons. Nous atteignons aujourd'hui 97 % ou 98 % de rapprochement et nous nous sommes fixé un objectif de 99 %. Nous avons mis en place des systèmes informatiques de contrôle interne embarqués à la suite de la précédente campagne de la Cour des comptes et travaillons aujourd'hui sur le provisionnement.

J'ai donc bon espoir que la branche soit certifiée cette année ; je ne puis le garantir mais nous faisons tout pour qu'elle le soit !

La seconde campagne de certification a été bien plus approfondie que la première et a mis en évidence un certain nombre d'autres problèmes. Il n'y a pas d'approfondissement du contrôle cette année, seule la mise en œuvre des recommandations de la précédente campagne étant vérifiée.

S'agissant de la faute inexcusable de l'employeur, deux options sont envisageables : soit la caisse paye et se retourne contre l'entreprise pour récupérer les sommes avancées, soit, comme vous l'évoquez, la branche intervient en fonds de garantie.

C'est une proposition que nous avons faite au Gouvernement, compte tenu des évolutions jurisprudentielles et de la position du Conseil constitutionnel. L'idée reste de bon sens et l'on aura sûrement l'occasion d'en rediscuter. Elle rencontre cependant deux obstacles...

En premier lieu, elle suppose une obligation d'assurance pour les entreprises et la mise en place d'un bureau central de tarification des plafonds de garantie. Le temps a été jugé trop court pour mettre cette disposition en œuvre.

Par ailleurs, la caisse doit vérifier que l'assuré est bien couvert. Cela nécessite la mise en place de garde-fous destinés à protéger les assurés mais également les entreprises. C'est là un processus complexe.

Mme Catherine Deroche. - *Vous n'avez pas évoqué le contexte conjoncturel et son incidence sur la dette de la branche en 2009-2010. La conjoncture économique ne connaîtra pas d'amélioration à court terme. Est-elle prise en compte dans les prévisions du PLFSS 2013 ?*

Par ailleurs, l'excédent généré cette année par la baisse de 200 millions de la dotation au Fiva ne va-t-il pas obliger à augmenter les cotisations dans les années qui viennent - sauf à envisager la diminution d'autres transferts, comme le transfert Diricq, dont le montant est aléatoire ?

M. René-Paul Savary. - *Comment mieux articuler le financement de la médecine du travail et celui de la branche AT-MP ? Peut-on envisager une évolution de ce modèle ?*

Par ailleurs, le PLFSS comporte une mesure relative à l'assujettissement des élus locaux aux cotisations sociales qui va toucher les conseillers généraux et régionaux. La collectivité va-t-elle être amenée à cotiser de façon supplémentaire ou les élus vont-ils devoir payer ces cotisations sociales ? Quel est le fondement du dispositif, puisqu'il s'agit d'une fonction et non d'un emploi ? Les 140 millions d'euros que cette cotisation doit générer vont-ils aller à votre caisse ? Dans le cas contraire, où sont-ils affectés ?

M. Guy Fischer. - *Je vous remercie pour la qualité de votre intervention. Vous avez relevé la stagnation des accidents du travail et la hausse régulière et soutenue des maladies professionnelles. Quelle appréciation portez-vous sur le phénomène de sous déclaration des entreprises ?*

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. - *Le reversement par la branche vieillesse de la contribution relative aux départs à la retraite au titre de la pénibilité s'élevait à 35 millions en 2011 et à 110 millions en 2012. Aucune contribution ne figure au PLFSS pour 2013. Pouvez-vous nous apporter un éclairage à ce sujet ? Est-ce conjoncturel ou définitif ? Nous avons émis quelques doutes sur le bien fondé de cette contribution...*

M. Dominique Martin. - *L'incidence de la conjoncture économique sur la dette de la branche est impossible à calculer. L'exercice serait vain, la situation économique entraînant une baisse de l'emploi, de la masse salariale mais également, par voie de conséquence, des accidents du travail.*

Quant à la commission Diricq, nous verrons quelles seront ses conclusions. Nous menons à ce titre une évaluation sur les cancers de la vessie dans plusieurs régions à partir de l'analyse des ALD, afin de savoir si elles ne constituent pas des maladies professionnelles.

S'agissant des médecins du travail, la réponse est dans la loi. Il s'agit des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens en cours de négociation entre les Carsat, les directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte), au titre des services de santé au travail, et nos caisses. Ces contrats visent à coordonner l'action de ces trois intervenants.

Concernant l'assujettissement des élus aux cotisations sociales, je ne peux vous répondre. Nous ne sommes pas à l'origine de cette disposition et nous avons interrogé notre tutelle.

M. René-Paul Savary. - *Cette cotisation va-t-elle alimenter votre caisse ?*

M. Dominique Martin. - *Il me semble que oui, dans certains cas tout au moins...*

M. René-Paul Savary. - *Vous ne savez donc pas qui, des élus ou de la collectivité, va payer. Si ce sont les collectivités, cela représente pour elles une charge supplémentaire de 140 millions d'euros. Vous ne savez pas non plus si ces sommes seront affectées à la branche AT-MP.*

M. Dominique Martin. - *Cela doit encore être expertisé.*

M. Fischer m'a interrogé sur l'augmentation des troubles musculo-squelettiques et les sous-déclarations. Des plans de lutte contre la fraude et les abus existent. La sous-déclaration va représenter dans les quatre ans à venir 90 % de la lutte contre la fraude.

La sous-déclaration et le retour à l'emploi précoce mal organisé pèsent sur les salariés et posent également un problème en matière de tarification. Il existe, notamment en lien avec des entreprises d'intérim, toute une mécanique conduisant à des transferts de salariés de secteurs à risques vers des secteurs moins exposés, de façon à diminuer les cotisations.

Enfin, la réponse à M. Godefroy est simple et conjoncturelle - à ce stade tout au moins : il n'y a eu que très peu de dépenses sur la compensation de la retraite pour pénibilité, de l'ordre de 3 ou 4 millions d'euros. Nous n'avons donc pas de raisons de reconduire le transfert à la branche vieillesse, les 140 millions figurant aujourd'hui dans ses comptes étant très loin d'être dépensés !

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - *Les réponses aux questions posées à propos de la situation des élus figurent en partie, me semble-t-il, à la page 90 du projet de loi.*

Il existe deux catégories : les élus qui ont cessé toute activité professionnelle et ceux qui continuent à en exercer une. Ces derniers seront affiliés au régime général pour tous les risques, avec un taux global de 37,30 - soit 29,80 en part patronale et 7,5 en part salariale dès lors que leurs indemnités dépassent un certain montant. Ceux qui n'ont pas d'activité professionnelle ne sont actuellement affiliés qu'aux risques maladie et vieillesse. L'extension pour les risques famille et AT-MP représenterait un taux global de 7,1 %.

M. Jacky Le Menn. - *L'objectif est de revenir à l'équilibre de la branche AT MP, puis de réaliser un excédent. L'augmentation de 0,05 point et la diminution de la dotation au Fiva vous semblent-elles de nature à répondre à cet objectif ?*

M. Dominique Martin. - *Pour ce qui est du Fiva, la réduction de la contribution est uniquement liée au fait que son fonds de roulement représente l'équivalent d'une année de fonctionnement, mais on n'anticipe pas de baisse de son activité dans l'immédiat. C'est une mesure de bon sens. Il n'y a pas de raison qu'un fonds de roulement d'un établissement public dépasse une année de fonctionnement.*

Pourquoi ne pas augmenter les cotisations de 0,1 ou 0,2 point ? Cette branche est gérée de manière paritaire ; elle fonctionne sur cette base, ce qui suppose de prendre en compte les préoccupations de l'ensemble des partenaires.

Quant au remboursement de la dette, je crois comprendre que le Gouvernement a recherché un équilibre, en voulant éviter d'augmenter les cotisations des entreprises de manière trop brutale, dans le contexte économique que chacun connaît. Cette optique correspond à mon sens à la philosophie de la branche.

Mme Annie David, présidente. - *Merci.*