

# 2013

## SÉCURITÉ SOCIALE



### Projet de loi de financement de la Sécurité sociale - PLFSS

#### **ANNEXE 1**

Programmes de qualité et d'efficience  
**Accidents du travail/maladies professionnelles**





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

---



## SOMMAIRE

<b>PRESENTATION STRATEGIQUE DU PROGRAMME DE QUALITE ET D’EFFICIENCE «ACCIDENTS DU TRAVAIL– MALADIES PROFESSIONNELLES»</b>	<b>7</b>
<b>PARTIE I DONNEES DE CADRAGE</b>	<b>13</b>
<i>Liste des indicateurs de cadrage et des producteurs techniques</i>	15
Indicateur n° 1 : Évolution et répartition des prestations d’AT-MP versées par régime	16
Indicateur n° 2 : Répartition et évolution du nombre d’accidents du travail, d’accidents du trajet et de maladies professionnelles, reconnus par la CNAMTS	18
Sous-indicateur n° 2-1 : Répartition de l’ensemble des sinistres survenus en 2011, et évolution depuis 2003 (champ CNAMTS)	18
Sous-indicateur n° 2-2 : Répartition des sinistres avec arrêt reconnus en 2011, et évolution depuis 2003 (champ CNAMTS, Fonction publique d’État et Fonction publique hospitalière)	22
Indicateur n° 3 : Répartition des AT-MP par secteur d’activité au regard des effectifs de salariés affiliés au régime général dans ces secteurs	24
Sous-indicateur n° 3-1 : Répartition des accidents de travail avec arrêt par secteur d’activité, et évolution du taux d’accidents du travail avec arrêt de 2000 à 2011, par secteur	24
Sous-indicateur n° 3-2 : Répartition des accidents de trajet avec arrêt par secteur d’activité, et évolution du taux d’accidents de trajet avec arrêt de 2000 à 2011, par secteur	26
Sous-indicateur n° 3-3 : Répartition des maladies professionnelles avec arrêt par secteur d’activité, et évolution du taux de maladies professionnelles avec arrêt de 2000 à 2011, par secteur	28
Indicateur n° 4 : Évolution et structure des dépenses d’AT-MP servies par la CNAMTS	30
Indicateur n° 5 : Structure, par âge, des nouveaux bénéficiaires des prestations AT-MP	32
Indicateur n° 6 : Niveaux moyens des flux de rentes et de capitaux d’AT-MP servis par la CNAMTS par bénéficiaire	34
Indicateur n° 7 : Nombre et ventilation par pathologie des maladies professionnelles indemnisées par les Caisses primaires d’assurance maladie	36
Indicateur n° 8 : Nombre de victimes indemnisées par le Fonds d’indemnisation des victimes de l’amiante (FIVA) et/ou par le Fonds de cessation anticipée d’activité des travailleurs de l’amiante (FCAATA), et montants moyens versés	38
Sous-indicateur n° 8-1 : Nombre de victimes indemnisées par le Fonds d’indemnisation des victimes de l’amiante (FIVA) et montants moyens versés	38
Sous-indicateur n° 8-2 : Nombre de personnes admises en préretraite FCAATA et montant moyen de l’allocation de cessation anticipée d’activité des travailleurs de l’amiante (ACAATA)	40
Indicateur n° 9 : Part des contributions de la branche AT-MP consacrée à l’indemnisation des victimes de l’amiante (tableaux 30, 30bis et dotations aux fonds FIVA et FCAATA) rapportée à l’ensemble des dépenses de la branche	42

Indicateur n° 10 : Adéquation entre les préjudices subis et la réparation allouée	44
Indicateur n° 11 : Répartition des salariés et du nombre d'accidents avec arrêt en fonction du mode de tarification (individuelle / mixte / collective)	46
<b>PARTIE II « OBJECTIFS / RESULTATS »</b>	<b>49</b>
<i>Liste des indicateurs d'objectifs/résultats et des producteurs techniques</i>	51
<b>Objectif n° 1 : Réduire la fréquence et la gravité des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles grâce à la prévention</b>	<b>54</b>
Indicateur n° 1-1 : Indice de fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles	54
Sous-indicateur n° 1-1-1 : Indice de fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles avec arrêt de travail et avec incapacité permanente	54
Sous-indicateur n° 1-1-2 : Indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt de travail de plus de 3 jours	56
Indicateur n° 1-2 : Indice de fréquence des accidents du travail dans les secteurs à plus fort risque	58
Indicateur n° 1-3 : Indice de gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles	59
Sous-indicateur n° 1-3-1 : Nombre de journées de travail perdues en raison d'un accident du travail pour 1 000 heures travaillées	59
Sous-indicateur n° 1-3-2 : Taux moyen d'une incapacité partielle permanente pour les AT, les MP et les accidents de trajet ayant donné lieu à une incapacité permanente	60
Sous-indicateur n° 1-3-3 : Indice de fréquence des accidents du travail ayant entraîné un décès	61
Indicateur n° 1-4 : Visites de contrôle de l'inspection du travail et de prévention de l'assurance maladie	64
Sous-indicateur n° 1-4-1 : Évolution du nombre de visites d'inspection sur la conformité des démarches d'évaluation des risques dans les entreprises	64
Sous-indicateur n° 1-4-2 : Évolution du nombre de visites de prévention de l'assurance maladie	65
Indicateur n° 1-5 : Efficacité des actions de prévention menées par la CNAMTS	66
Sous-indicateur n° 1-5-1 : Évaluation des actions d'information et/ou de communication à visée préventive	66
Sous-indicateur n° 1-5-2 : Évaluation de l'impact du Plan national d'actions coordonnées	67
Indicateur n° 1-6 : Évolution comparée des taux de cotisations AT-MP et de la sinistralité des entreprises	70
<b>Objectif n° 2 : Améliorer la reconnaissance des AT-MP et l'équité de la réparation</b>	<b>72</b>
Indicateur n° 2-1 : Évolution de la reconnaissance des maladies professionnelles par des voies non standard	72
Sous-indicateur n° 2-1-1 : Évolution des reconnaissances de maladies professionnelles par les CRRMP au titre des tableaux (alinéa 3)	72
Sous-indicateur n° 2-1-2 : Évolution des reconnaissances de maladies professionnelles par les CRRMP hors tableaux (alinéa 4)	74

---

Indicateur n° 2-2 : Hétérogénéité des taux de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles entre Caisses primaires d'assurance maladie	76
Sous-indicateur n° 2-2-1 : Hétérogénéité pour les accidents du travail et les accidents de trajet	76
Sous-indicateur n° 2-2-2 : Hétérogénéité pour les maladies professionnelles	78
<b>Objectif n° 3 : Garantir la viabilité financière de la branche</b>	<b>80</b>
Indicateur n° 3-1 : Taux d'adéquation des dépenses avec les recettes de la CNAMTS AT-MP	80
Indicateur n° 3-2 : Part du taux de cotisation AT-MP non liée à la sinistralité propre des entreprises	82
Indicateur n° 3-3 : Montants récupérés dans le cadre des procédures de recours contre tiers	84





## **PRESENTATION STRATEGIQUE DU PROGRAMME DE QUALITE ET D'EFFICIENCE «ACCIDENTS DU TRAVAIL– MALADIES PROFESSIONNELLES»**

La branche « accidents du travail - maladies professionnelles » (AT-MP) pèse d'un poids modeste dans l'ensemble des dépenses des régimes de base de Sécurité sociale : 12,8 milliards d'euros en 2011, soit moins de 3 % de l'ensemble des dépenses consolidées de ces régimes. De plus, l'évolution tendancielle des dépenses au titre de ce risque est, dans un contexte économique normal, moins rapide que celle des recettes des régimes sociaux, en raison de la tendance de long terme à la diminution des accidents du travail. Cette évolution s'explique par la réduction du poids dans l'économie française des secteurs industriels comportant les plus forts risques, mais également par les progrès de la prévention.

La branche AT-MP a aujourd'hui à faire face à deux enjeux principaux à concilier avec le respect de son équilibre financier :

- d'une part, l'amélioration de la prévention ;
- d'autre part, l'adéquation de la réparation.

L'objectif de réduction de la fréquence et de la gravité des sinistres d'origine professionnelle demeure crucial. Pour le seul régime général, ce sont 1,2 million d'accidents du travail, d'accidents de trajet et de maladies professionnelles qui ont été reconnus en 2011, dont plus des deux tiers donnent lieu à un arrêt de travail. Dans cette perspective, les politiques de promotion de la santé au travail peuvent s'appuyer d'une part sur l'élaboration de normes de sécurité, et le contrôle de leur respect par les services de l'inspection du travail et des contrôleurs de sécurité de la branche AT-MP ; et d'autre part sur la mise en œuvre d'incitations financières adressées directement aux employeurs, afin qu'ils développent des actions de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

S'agissant de ce second levier, la branche AT-MP de la sécurité sociale joue un rôle décisif, réaffirmé dans la convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue avec l'État pour la période 2009-2012, et dont la renégociation débutera avant la fin de l'année. La tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui est son principal outil d'intervention, n'a en effet pas seulement pour rôle d'assurer le financement des prestations, mais aussi d'encourager la réduction des risques professionnels. Elle fait désormais à ce titre une plus large place à l'individualisation des cotisations exigées de chaque entreprise : ainsi, les établissements dont l'effectif s'étend de 20 à 149 salariés, dans lesquels la sinistralité est en moyenne relativement plus élevée, ont vu s'accroître le poids de leur sinistralité propre dans le calcul de leurs cotisations. La prise en compte de l'historique individuel de la sinistralité de chaque entreprise et des investissements qu'elle réalise dans l'amélioration de la sécurité des travailleurs constitue de ce fait un puissant encouragement à la réduction des risques professionnels, tout en apportant à la branche les ressources qui lui permettent en 2012 d'approcher l'équilibre financier.

L'amélioration de la réparation des accidents et des maladies d'origine professionnelle s'est traduite par l'attribution à la branche AT-MP de missions sans cesse élargies. Elle a en effet dû assumer la montée en régime des prestations liées aux pathologies découlant de l'exposition des travailleurs à l'amiante, qui représentent en 2012 près de 19 % de ses charges (cf. indicateur de cadrage n° 9). Elle doit en outre faire face à la progression rapide de certaines maladies professionnelles, telles que les troubles musculo-squelettiques qui représentent près des trois quarts des maladies entraînant un arrêt. Enfin, la réforme des retraites de 2010 a institué, un dispositif de retraite anticipée dès 60 ans pour les personnes victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle entraînant une incapacité d'au moins 10 %, dont la charge financière est supportée par la branche AT-MP. Ces exemples démontrent la capacité d'adaptation de la branche à l'évolution des

risques professionnels, qui est le gage d'une qualité de la prise en charge des victimes en constant progrès.

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

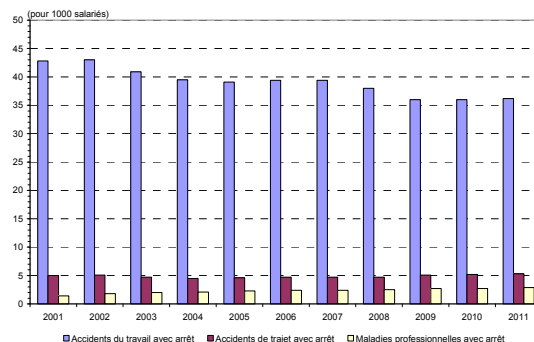
- Réduire la fréquence et la gravité des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles grâce à la prévention.
- Améliorer la reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles et l'équité de la réparation.
- Garantir la viabilité financière de la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

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

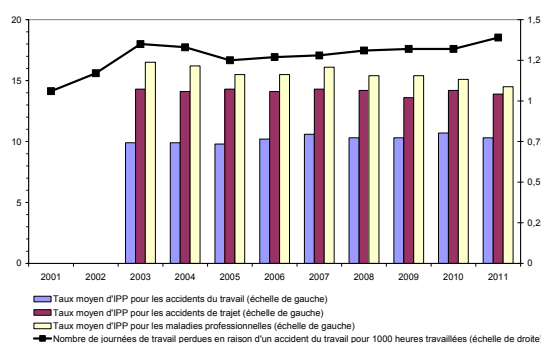
La réduction de la fréquence et de la gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles constitue un objectif prioritaire de la branche AT-MP, comme en témoigne le premier programme opérationnel de la convention d'objectifs et de gestion qui porte sur la mise en œuvre et le pilotage de programmes de prévention centrés sur des cibles et des risques prioritaires. La tendance observée depuis le début de la présente décennie montre une diminution progressive de la fréquence des accidents du travail ayant entraîné un arrêt de travail (36,2 pour 1 000 salariés en 2011, contre 42,8 en 2001). Alors que la fréquence des accidents de trajet diminuait depuis 2001, on assiste depuis 2009 à une augmentation sensible (5,3 pour 1 000 salariés en 2011 contre 4,7 en 2008), qui ne peut être intégralement imputée aux mauvaises conditions climatiques hivernales des années 2009 et 2010. Parallèlement, la fréquence des maladies professionnelles avec arrêt continue de progresser en 2011 (2,9 pour 1 000 salariés contre 2,5 en 2008 (cf. indicateur n° 1-1, 1er sous-indicateur), principalement du fait de la croissance continue des troubles musculo-squelettiques. La diminution des accidents du travail concerne tous les secteurs, à l'exception des

activités de services regroupant les banques, les assurances, les administrations et le travail temporaire. Dans les secteurs à plus forts risques - BTP, industries (alimentation, textile), etc. (cf. indicateur n° 1-2) -, l'indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt augmente légèrement en 2011 (58,5 accidents pour 1 000 salariés), mais est en diminution sensible depuis le début de la précédente décennie. Enfin, en matière de gravité des accidents, les indicateurs sont défavorablement orientés pour la cinquième année consécutive. Le nombre de journées de travail perdues en raison d'un accident du travail a connu une augmentation importante en 2011 (1,39 journée pour 1 000 heures travaillées, contre 1,32 en 2010). Par ailleurs, le taux moyen d'incapacité partielle permanente des accidents du travail a diminué en 2011 (10,3 %, cf. indicateur n° 1-3, 2<sup>ème</sup> sous-indicateur), mais reste supérieur à son niveau du milieu des années 2000.

**Indice de fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles**



**Indices de gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles**



Source : CNAMTS, statistiques nationales technologiques.

Ces résultats contrastés justifient le renforcement des politiques publiques destinées à réduire les risques pour la santé en milieu professionnel, qui ont été mises en

œuvre au moyen, notamment, du plan de santé au travail pour la période 2010-2014 et de la réforme de la médecine du travail adoptée en juillet 2011.

L'amélioration des résultats en matière de lutte contre les accidents du travail et les maladies professionnelles dépend également des progrès de l'évaluation des risques professionnels au sein des entreprises. Les services de la branche « accidents du travail - maladies professionnelles » procèdent à des visites d'entreprises visant à renforcer les actions de prévention, et peuvent proposer dans ce cadre des contrats de prévention qui prévoient des actions concertées et des incitations financières en faveur de la réduction de la fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles. Un plan national d'actions coordonnées, définissant un socle d'actions communes à l'ensemble des caisses régionales afin de réduire la sinistralité dans certains secteurs et pathologies ciblés (troubles musculo-squelettiques, cancers d'origine chimique, risques routiers, risques psycho-sociaux, BTP, grande distribution, intérim), a été mis œuvre à partir de 2009. Son suivi jusqu'en 2012 permettra d'évaluer les actions menées spécifiquement sur les risques importants (cf. indicateur n° 1-5, 2ème sous-indicateur). En 2011, après trois années de fonctionnement, des premiers résultats positifs se dégagent, en matière de réduction des risques cancérigènes, d'accidents routiers et de sinistralité dans les trois secteurs à hauts risques que sont le BTP, la grande distribution et l'intérim.

Les visites d'entreprises réalisées par l'inspection du travail et les contrôleurs de sécurité de la branche AT-MP concourent aussi à l'objectif, puisqu'elles portent dans deux cas sur trois sur le thème de la santé et de la sécurité au travail. A l'intérieur de ce champ, une sur quatre concerne l'évaluation des risques professionnels et donne lieu le cas échéant à des contre-visites permettant de constater la réalité des actions de mise en conformité avec les normes de sécurité réalisées par les employeurs (cf. indicateur n° 1-4). En 2011, 29% des visites de contrôle suivies d'une contre-visite ne donne plus lieu à observations lors de cette dernière.

Les autres moyens engagés en faveur de la prévention des risques professionnels portent sur les campagnes d'information et de communication menées à l'échelon national et

régional par la branche AT-MP (cf. indicateur n° 1-5, 1er sous-indicateur).

Enfin, les partenaires sociaux gestionnaires de la branche AT-MP, ont adopté en 2010 une réforme de la tarification de ce risque. Elle permet notamment, grâce à un nouveau mode d'imputation au coût moyen, de réduire le délai entre le sinistre et sa prise en compte dans le calcul du taux de cotisation, mais aussi de permettre un retour plus rapide à la situation initiale par une meilleure valorisation des efforts de prévention engagés par les entreprises. Par ailleurs, la modification des seuils d'effectifs à partir desquels s'effectue une tarification individuelle accroît le nombre d'entreprises soumises à cette tarification, et pour les entreprises soumises à une tarification mixte, le poids de leur sinistralité propre dans le calcul de leurs cotisations, contribuant ainsi à l'amélioration de la prévention des risques.

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

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

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

A côté de la procédure de reconnaissance des maladies professionnelles fondée sur des tableaux décrivant les conditions pour bénéficier d'une indemnisation au titre des différentes affections liées au milieu professionnel, il existe des procédures particulières autorisant la reconnaissance des maladies professionnelles qui ne répondent pas aux critères définis dans les tableaux ou

qui n'y figurent pas, permettant ainsi de prendre en compte des pathologies nouvelles. Ces procédures se sont développées et ont permis de reconnaître près de 6 800 maladies en 2011 (cf. indicateur n° 2-1).

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

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Affections rhumatologiques	2 767	3 036	3 150	3 634	4 429	4 926	5 527
Affections amiante	475	509	524	458	462	466	510
Surdité	295	285	245	272	248	233	230
Affections respiratoires	86	151	84	166	113	146	158
Affections de la peau	32	28	16	26	79	29	37
Autres pathologies	151	38	162	119	132	113	102
<b>Nombre de pathologies reconnues au titre de l'alinéa 3</b>	<b>3 806</b>	<b>4 169</b>	<b>4 181</b>	<b>4 675</b>	<b>5463</b>	<b>5913</b>	<b>6564</b>
<b>Nombre de pathologies reconnues au titre de l'alinéa 4</b>	<b>129</b>	<b>150</b>	<b>176</b>	<b>186</b>	<b>227</b>	<b>235</b>	<b>258</b>

Source : CNAMTS.

L'équité de la reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles passe également par une homogénéisation des pratiques des caisses primaires d'assurance maladie. Ce thème fait d'ailleurs également l'objet d'un programme opérationnel de la nouvelle COG de la branche AT-MP. Les études menées par la CNAMTS montrent que la dispersion des taux de reconnaissance observés dans les différentes caisses primaires est plus forte pour les maladies professionnelles que pour les accidents du travail et les accidents de trajet (cf. indicateur n° 2-2). Dans deux domaines particuliers, les accidents de trajet et les troubles musculo-squelettiques (TMS), la réduction des disparités de la prise en charge par les organismes locaux fait l'objet d'un objectif national depuis 2008, et de fait on observe une réduction appréciable de l'hétérogénéité dans le domaine des TMS. Les évolutions sont toutefois plus irrégulières pour les accidents de trajet.

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

Un équilibre financier durable est la condition nécessaire pour préserver un haut niveau de qualité de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. Il convient toutefois de remarquer que les soldes déficitaires de la branche « AT-MP » observés

depuis 2009 n'ont jamais été supérieurs à 0,7 Md€, soit d'une ampleur relativement faible comparé à ceux des autres branches de la sécurité sociale. D'autre part, la logique d'assurance qui prévaut dans le pilotage financier de cette branche légitime des ajustements réguliers des ressources à mesure que le risque à couvrir évolue.

A cet égard, l'augmentation moyenne de 0,1 point des taux de cotisation des employeurs décidée en 2011 en cohérence avec les prévisions financières de l'automne 2010 devait permettre à la branche de retrouver l'équilibre financier au cours de cet exercice. Cet objectif n'a toutefois pas été atteint, d'une part parce que le rendement attendu a été amputé de remboursements aux cotisants suite à des litiges intervenus dans une proportion plus importante qu'anticipé, et d'autre part en raison de l'effet du mécanisme d'écrêtement des hausses de cotisations d'une année sur l'autre. Le déficit de la branche AT-MP est toutefois resté faible (0,2 Md€), soit une couverture des dépenses par les recettes à hauteur de 98,1 %. Les perspectives pour 2012 font état d'une réduction de ce déficit, et tendanciellement d'un retour à l'équilibre de la branche à partir de 2013.

Outre les dépenses relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles qui peuvent être rattachées à une entreprise, la branche AT-MP supporte un ensemble de

dépenses (les accidents de trajet, les frais de gestion, les compensations inter-régimes, la contribution au titre de la sous-déclaration des accidents et des maladies professionnelles et les dépenses inscrites au compte spécial y compris les dotations aux fonds finançant les coûts liés à l'exposition à l'amiante) qui sont mutualisées entre les entreprises car elles ne peuvent pas être attribuées à une seule entreprise. La fraction mutualisée du taux de cotisation AT-MP augmente régulièrement depuis 2006, en raison notamment du poids croissant de l'indemnisation des victimes de l'amiante, pour atteindre 61 % en 2012 (cf. indicateur n° 3-2). La maîtrise des diverses majorations de taux de cotisations au titre de ces dépenses conditionne l'effectivité des incitations des employeurs à la prévention des risques professionnels au travers de l'individualisation de leur tarification.

Les comptes de la branche AT-MP ont bénéficié des efforts réalisés afin de récupérer auprès d'éventuels tiers responsables le montant des indemnités versées. Les sommes recouvrées à ce titre ont progressé entre 2000 et 2010 pour atteindre au total près de 220 millions d'euros en 2011 (cf. indicateur n° 3-3). Toutefois, depuis 2009, les montants recouverts sont en baisse. Ce repli s'explique d'une part par des consignes données aux caisses en 2007 et 2008 de comptabilisation des dossiers en instance, ce qui a artificiellement fait augmenter les montants récupérés ces deux années-là, et d'autre part, par l'impact de la réforme de 2007 qui limite le recours de l'assurance maladie au montant de chaque poste de préjudice pris séparément, et diminue en conséquence le rendement total.

\*  
\* \*

## Synthèse

Les évolutions contrastées de la fréquence et de la gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles au cours des dernières années montrent que les politiques de promotion de la santé au travail et de réparation des risques professionnels portent leurs fruits, mais qu'elles doivent être poursuivies sans relâche et encore développées. La réforme en cours de mise en œuvre de la tarification des risques professionnels est de nature à renforcer l'engagement des employeurs dans des politiques de management de la sécurité et de prévention active.

\*  
\* \*

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

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



# **PARTIE I**

## **DONNEES DE CADRAGE**

---





## LISTE DES INDICATEURS DE CADRAGE ET DES PRODUCTEURS TECHNIQUES

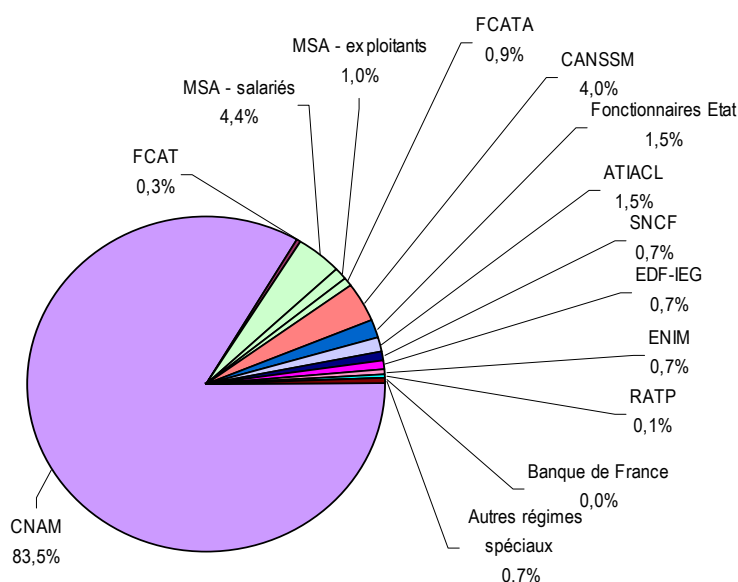
Indicateur	Producteurs techniques
1 : Évolution et répartition des prestations d'AT-MP versées par régime	DSS
2 : Répartition et évolution du nombre d'accidents du travail, d'accidents du trajet et de maladies professionnelles, reconnus par la CNAMTS * Répartition de l'ensemble des sinistres survenus en 2011, et évolution depuis 2003 (champ CNAMTS) * Répartition des sinistres avec arrêt reconnus en 2011, et évolution depuis 2003 (champ CNAMTS, Fonction publique d'État et Fonction publique hospitalière)	CNAMTS/DSS
3 : Répartition des AT-MP par secteur d'activité au regard des effectifs de salariés affiliés au régime général dans ces secteurs * Répartition des accidents de travail avec arrêt par secteur d'activité, et évolution du taux d'accidents du travail avec arrêt de 2000 à 2011, par secteur * Répartition des accidents de trajet avec arrêt par secteur d'activité, et évolution du taux d'accidents de trajet avec arrêt de 2000 à 2011, par secteur * Répartition des maladies professionnelles avec arrêt par secteur d'activité, et évolution du taux de maladies professionnelles avec arrêt de 2000 à 2011, par secteur	CNAMTS/DSS
4 : Évolution et structure des dépenses d'AT-MP servies par la CNAMTS	CNAMTS/DSS
5 : Structure, par âge, des nouveaux bénéficiaires des prestations AT-MP	CNAMTS/DSS
6 : Niveaux moyens des flux de rentes et de capitaux d'AT-MP servis par la CNAMTS par bénéficiaire	CNAMTS/DSS
7 : Nombre et ventilation par pathologie des maladies professionnelles indemnisées par les Caisses primaires d'assurance maladie	CNAMTS/DSS
8 : Nombre de victimes indemnisées par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et/ou par le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), et montants moyens versés * Nombre de victimes indemnisées par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et montants moyens versés * Nombre de personnes admises en préretraite FCAATA et montants moyens de l'ACAATA	DSS
9 : Part des contributions de la branche AT-MP consacrée à l'indemnisation des victimes de l'amiante (tableaux 30, 30bis et dotations aux fonds FIVA et FCAATA) rapportée à l'ensemble des dépenses de la branche	CNAMTS/DSS
10 : Adéquation entre les préjudices subis et la réparation allouée	CNAMTS/DSS
11 : Répartition des salariés et du nombre d'accidents avec arrêt en fonction du mode de tarification (individuelle / mixte / collective)	CNAMTS

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

Dépenses en M€ courants	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Part 2011 de chacun des régimes	évolution annuelle 2002 / 2011
CNAM	6145,0	6330,5	6520,0	6613,1	6744,0	7244,0	7260,8	7502,8	7696,0	7828,9	83,5 %	2,7 %
FCAT	68,0	61,5	55,6	50,0	45,0	40,8	36,5	32,1	28,2	25,3	0,3 %	-10,4 %
MSA - salariés	322,1	339,0	345,3	355,7	361,6	365,1	383,4	388,5	400,4	413,9	4,4 %	2,8 %
MSA - exploitants	19,8	68,0	84,5	82,6	82,0	82,9	87,8	89,2	97,3	92,3	1,0 %	18,6 %
FCATA	118,6	114,2	110,1	106,4	102,6	98,3	93,9	89,8	84,9	81,5	0,9 %	-4,1 %
CANSSM	443,3	478,1	469,3	468,7	458,0	442,3	427,9	406,8	389,6	374,5	4,0 %	-1,9 %
Fonctionnaires État	215,4	216,3	217,9	219,7	233,8	240,4	254,1	219,6	220,0	141,0	1,5 %	-4,6 %
ATIACL	109,8	111,5	113,7	117,2	121,6	125,9	130,4	133,9	137,6	142,2	1,5 %	2,9 %
SNCF	70,8	71,4	70,6	70,1	68,8	69,6	69,0	69,5	90,2	70,3	0,7 %	-0,1 %
EDF-IEG	55,1	55,1	64,8	64,0	64,8	64,4	64,5	64,8	64,5	64,0	0,7 %	1,7 %
ENIM	64,3	62,8	61,6	62,7	63,0	63,1	63,1	63,3	63,2	65,0	0,7 %	0,1 %
RATP	8,7	9,8	11,4	11,3	12,5	11,8	12,3	12,8	21,8	13,5	0,1 %	4,9 %
Banque de France	2,9	2,9	3,1	3,2	3,3	3,0	3,0	2,3	2,3	2,5	0,0 %	-1,8 %
Autres régimes spéciaux	34,5	41,2	62,5	62,5	58,4	59,0	59,8	57,1	59,0	62,3	0,7 %	6,8 %
<b>Tous régimes de base</b>	<b>7 678</b>	<b>7 962</b>	<b>8 190</b>	<b>8 287</b>	<b>8 419</b>	<b>8 911</b>	<b>8 946</b>	<b>9 133</b>	<b>9 355</b>	<b>9 377</b>	<b>100,0 %</b>	<b>2,2 %</b>

Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale – octobre 2012 – chiffres arrondis.

### Répartition des prestations d'AT-MP par régime en 2011



Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale - octobre 2012.

La distribution par régimes des prestations légales versées au titre de l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles laisse apparaître une forte prédominance du régime général. En effet, la CNAMTS représente à elle seule en 2011 7,8 Md€ sur un total de 9,4 Md€ de

prestations versées, soit 83,5 % du total. C'est la raison pour laquelle la plupart des indicateurs suivants sont centrés sur le régime général.

Au-delà du régime général, si les masses des prestations versées au titre des AT-MP se répartissent sur un grand nombre de régimes, trois d'entre eux se distinguent par leur part appréciable dans le total de ces prestations : il s'agit des régimes des salariés et des exploitants agricoles (5,4 % des prestations dépensées en 2011), du régime des mines (4 % pour la Caisse autonome nationale de Sécurité sociale dans les mines CANSSM) et de celui des fonctionnaires d'État et de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales ATIACL (avec une part de 1,5 %). Chacun des autres régimes, pris isolément, représente moins de 1 % du total des prestations en 2011.

Il est à noter toutefois que la dynamique des prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles varie fortement d'un régime à l'autre. Les prestations légales servies par le régime général ont progressé de 2,7 % par an en moyenne de 2002 à 2011 en euros courants. Celles de certains régimes spéciaux ont des évolutions très irrégulières (+ 1,7 % par an pour les industries électriques et gazières - IEG - mais avec une progression très forte entre 2003 et 2004 liée aux modifications des taux de réversion servis en cas de sinistre mortel décidées à la suite de la catastrophe d'AZF). Les prestations de régimes spéciaux comme la RATP (+ 4,9 % par an en moyenne) ou de régimes de création récente s'accroissent bien plus vite où les prestations du régime AT-MP des exploitants agricoles se sont stabilisées et ont avoisiné les 90 M€ en 2011. A contrario, d'autres régimes qui comptent de moins en moins d'affiliés et sont en voie d'extinction comme le fonds commun des accidents du travail - FCAT- pour le régime général et le FCATA pour les salariés et exploitants agricoles, voient leurs prestations servies en diminution, du fait d'une baisse des effectifs (- 10,4 % par an pour le FCAT et - 4,1 % pour le FCATA). Ces régimes versent notamment des majorations de rentes à des personnes bénéficiant d'une rente au titre d'un accident ou d'une maladie professionnelle survenus avant le 1er juillet 1962 pour le FCAT et, respectivement, avant le 1er juillet 1973 et 2002 pour les salariés et les exploitants pris en charge au titre du FCATA.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 1 :

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

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

Pour les années 2002 à 2011, il s'agit des charges figurant dans les comptes arrêtés par les différentes caisses.

Précisions sur certains sigles du tableau précédent :

FCAT : Fonds commun des accidents du travail ;

MSA : Mutualité sociale agricole ;

FCATA : Fonds commun des accidents du travail agricole ;

ATIACL : Allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales ;

CANSSM : Caisse autonome nationale de Sécurité sociale dans les mines ;

IEG : Caisse des industries électriques et gazières ;

ENIM : Etablissement national des invalides de la marine.

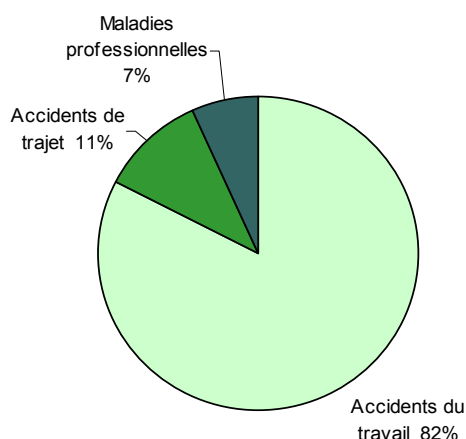
Enfin, les « Autres régimes spéciaux » comprennent, pour le risque accident du travail considéré ici, le régime des ouvriers des établissements militaires (RATOCEM) et ceux des collectivités locales de Paris.

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

### Sous-indicateur n° 2-1 : Répartition de l'ensemble des sinistres survenus en 2011, et évolution depuis 2003 (champ CNAMTS)

Il s'agit ici d'appréhender de manière globale le nombre d'AT-MP survenus sur la période 2003-2011, qu'ils aient donné lieu ou non à un arrêt de travail, afin de présenter un panorama global de la sinistralité.

#### Répartition des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles survenus en 2011 (champ régime général)



Source : CNAMTS (statistiques trimestrielles) - juin 2012.

Lecture : Sur environ 1 215 000 sinistres constatés et reconnus en 2011, 82 % concernent des accidents du travail, 11 % des accidents de trajet et 7 % des maladies professionnelles.

#### Évolution du nombre d'accidents du travail, d'accidents de trajet et de maladies professionnelles de 2003 à 2011 (champ régime général)

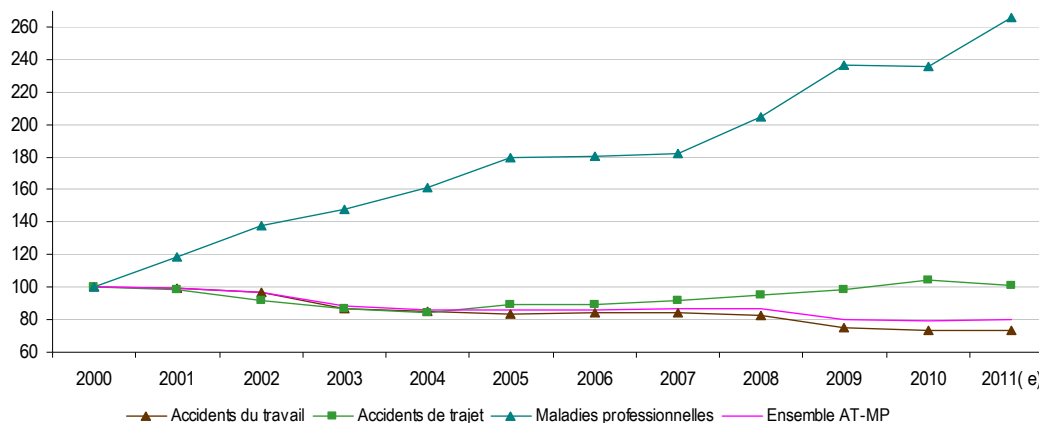
Catégorie de sinistre	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Accidents du travail	1 162 642	1 155 350	1 155 280	1 164 937	1 132 250	1 021 243	996 639	1 000 804
Accidents de trajet	111 003	117 839	117 666	120 933	125 346	129 639	137 575	133 273
Maladies professionnelles	48 718	54 203	54 586	55 136	61 968	71 567	71 341	80 332
victimes de MP	44 985	49 804	49 755	49 994	52 158	54 721	53 739	60 830
<b>Total AT-MP</b>	<b>1 322 363</b>	<b>1 327 392</b>	<b>1 327 532</b>	<b>1 341 006</b>	<b>1 319 564</b>	<b>1 222 449</b>	<b>1 205 555</b>	<b>1 214 409</b>

Source : CNAMTS (Datamart AT-MP données ORPHEE) – juin 2012. (e) : estimé.

Alors que le nombre d'accidents du travail est globalement en baisse sur la période 2004 - 2011 (-14 % sur la période, soit -2 % en moyenne annuelle), on constate une augmentation très importante du nombre de maladies professionnelles reconnues (+65 % sur la période, soit +7 % en moyenne annuelle). Ce constat est cependant à relativiser du fait d'une consigne introduite en 2007 auprès de médecins conseil, appelant à considérer les MP syndrome par syndrome et non plus en multi-syndrome. Ainsi, pour effectuer des comparaisons d'une année sur l'autre, un dénombrement a également été effectué par victime, par tableau et par année civile en ne comptabilisant qu'une seule fois les personnes reconnues atteintes de deux maladies professionnelles ou plus, au titre du même tableau, au cours de la même année. Ce mode de comptage ramène l'évolution à une augmentation de 35 % sur la période 2004 – 2011, soit +4 % en moyenne annuelle.

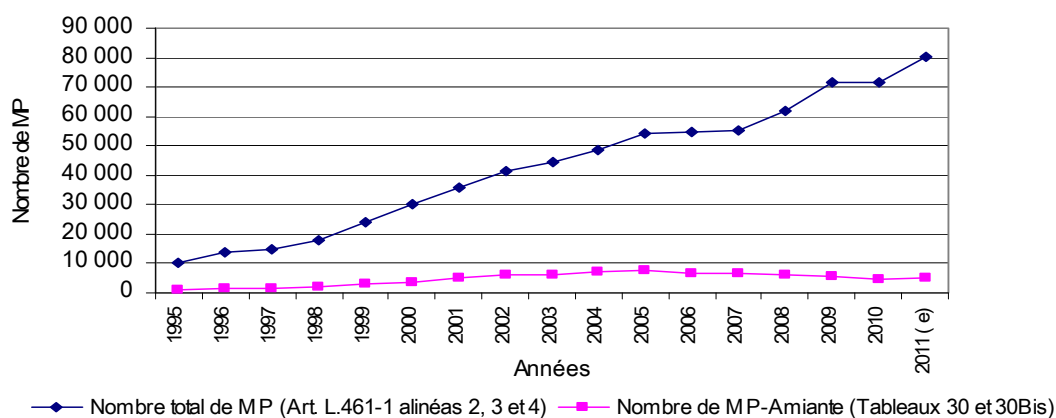
Cette croissance du nombre de maladies professionnelles depuis 10 ans s'explique notamment par l'élargissement du champ des maladies reconnues, et par une meilleure information tant des médecins que des salariés. L'indicateur de cadrage n° 7 montre par ailleurs la part prépondérante des affections périarticulaires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

### Évolution du nombre d'accidents du travail, d'accidents de trajet et de maladies professionnelles du régime général, de 2000 à 2011 (base 100 en 2000)



Source : CNAMTS (statistiques trimestrielles) - juin 2012.

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



Source : CNAMTS (statistiques trimestrielles) – juin 2012.

#### Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 2, 1<sup>er</sup> sous-indicateur :

Les données présentées ici sont issues de l'application ORPHEE, mises à jour au début mai 2012 et disponibles dans le Datamart AT/MP. Elles correspondent aux nombres de sinistres AT-MP reconnus, comptabilisés suivant l'année de reconnaissance.

Ces statistiques ne concernent que le régime général. Le champ couvert par ces statistiques est plus large que celui des statistiques nationales financières et technologiques qui sont utilisées pour l'ensemble des autres indicateurs figurant dans le dossier, et qui dénombrent les sinistres AT-MP ayant donné lieu à un 1<sup>er</sup> règlement d'une prestation en espèce, suite à un arrêt de travail d'au moins 24 heures, à une incapacité permanente ou à un décès.

Les nombres de maladies professionnelles ont été mis en regard des nombres de victimes concernées pour relativiser les évolutions consécutives à une modification introduite en 2007 – et qui trouve son plein effet en 2008 – dans le traitement des dossiers de maladies professionnelles. En effet jusqu'alors, lorsqu'une même déclaration de maladie professionnelle concernait plusieurs syndromes relevant d'un même tableau, les instructions prévoyaient de gérer une seule maladie. A partir de 2007, le code « multi-syndromes » a été abandonné, les MP sont alors traitées syndrome par syndrome.

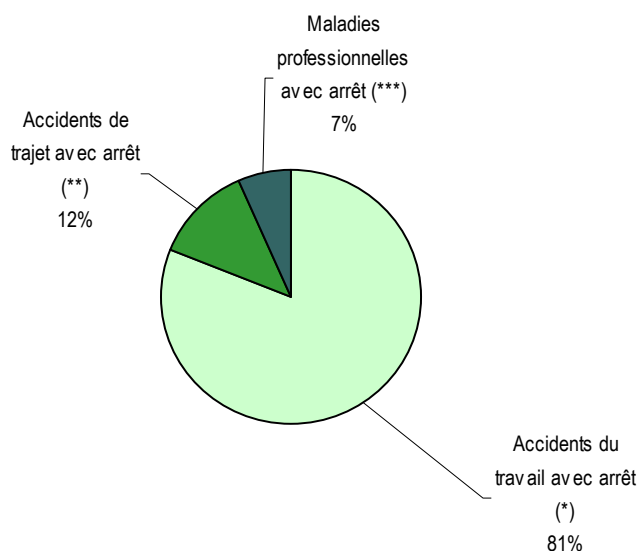
La ventilation des résultats concernant les maladies professionnelles est établie en tenant compte des modes complémentaires de reconnaissance mis en place par la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993. On rappelle à ce titre qu'une victime qui ne remplit pas une ou plusieurs des conditions expressément prévues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

Les sinistres survenus mais non déclarés sont, par définition, exclus du champ de recueil statistique. Leur estimation fait l'objet d'une commission chargée d'évaluer la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.



### Sous-indicateur n° 2-2 : Répartition des sinistres avec arrêt reconnu en 2011, et évolution depuis 2003 (champ CNAMTS, Fonction publique d'État et Fonction publique hospitalière)

#### Répartition des accidents du travail, des accidents de trajet et des MP avec arrêt, ayant fait l'objet d'un premier règlement en 2011 (champ : régime général)



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2012.

Sur un peu plus de 1,2 million de sinistres survenus en 2011 sur le champ du régime général, environ 825 000 - soit 68 % - ont donné lieu à un arrêt de travail.

#### Évolution du nombre d'accidents du travail, d'accidents de trajet et de MP avec arrêt de 2003 à 2011 (champ : régime général)

Catégorie de sinistre	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011 (e)
Accidents du travail avec arrêt (*)	721 227	692 004	699 217	700 772	720 150	703 976	651 453	658 847	669 914
Accidents de trajet avec arrêt (**)	82 859	78 280	82 965	83 022	85 442	87 855	93 840	98 429	100 018
Maladies professionnelles avec arrêt (***)	34 642	36 871	41 347	42 306	43 832	45 411	49 341	50 688	55 057
<b>Total sinistres avec arrêt</b>	<b>838 728</b>	<b>807 155</b>	<b>823 529</b>	<b>826 100</b>	<b>849 424</b>	<b>837 242</b>	<b>794 634</b>	<b>807 964</b>	<b>824 989</b>

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2012.

(\*) : hors bureaux et autres catégories particulières.

(\*\*) : y compris bureaux et autres catégories particulières.

(\*\*\*) : y compris compte spécial.

Après une baisse en 2004, le nombre d'accidents du travail avec arrêt a augmenté de 4,1 % entre 2004 et 2007. Il a de nouveau diminué jusqu'en 2009 (- 3,3 % par an en moyenne) et légèrement augmenté depuis 2009 (+ 1 % en moyenne par an). Au total, sur la période 2003-2011, le nombre d'accidents du travail avec arrêt a diminué de 7,1 %, soit -0,8 % en moyenne annuelle. Durant la même période, l'effectif salarié a augmenté de 0,5 % par an en moyenne.

Après une baisse entre 2003 et 2004, les accidents de trajet avec arrêt n'ont pas cessé de progresser. Ils ont augmenté de 28 % sur la période 2004 – 2011.



De même, on constate une progression soutenue du nombre de maladies professionnelles avec arrêt : +59 % de 2003 à 2011.

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

**Évolution du nombre d'accidents du travail avec arrêt de 2000 à 2006**  
**champ fonction publique d'État**

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

Source : DGAFF.

**champ fonction publique hospitalière**

Catégorie de sinistre	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Accidents du travail avec arrêt</b>	<b>28 999</b>	<b>32 246</b>	<b>31 044</b>	<b>31 391</b>	<b>29 464</b>	<b>33 132</b>	<b>31 164</b>	<b>33 946</b>

Source : DGOS.

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

Pour les salariés du régime agricole, on recense en 2009 environ 61 162 accidents de travail, dont 39 896 avec arrêt de travail, et 3 110 accidents de trajet avec arrêt.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 2, 2<sup>ème</sup> sous-indicateur :

Les données présentées ci-dessus, pour le régime général, sont issues des statistiques nationales technologiques des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles publiées annuellement par la CNAMTS. La dernière publication porte sur l'année 2011. Ont été reprises ici les données concernant la période 2003 à 2011.

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

S'agissant des fonctions publiques d'État et hospitalières, les données présentées proviennent de la Direction générale de l'administration et de la Fonction publique (DGAFF) et de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Elles sont reprises du bilan 2010 des conditions de travail (source : Direction générale du travail - DGT - ), et portent sur les années 2000 à 2006 pour la fonction publique d'État et 2007 pour la fonction publique hospitalière. Elles concernent exclusivement le champ des accidents du travail avec arrêt.

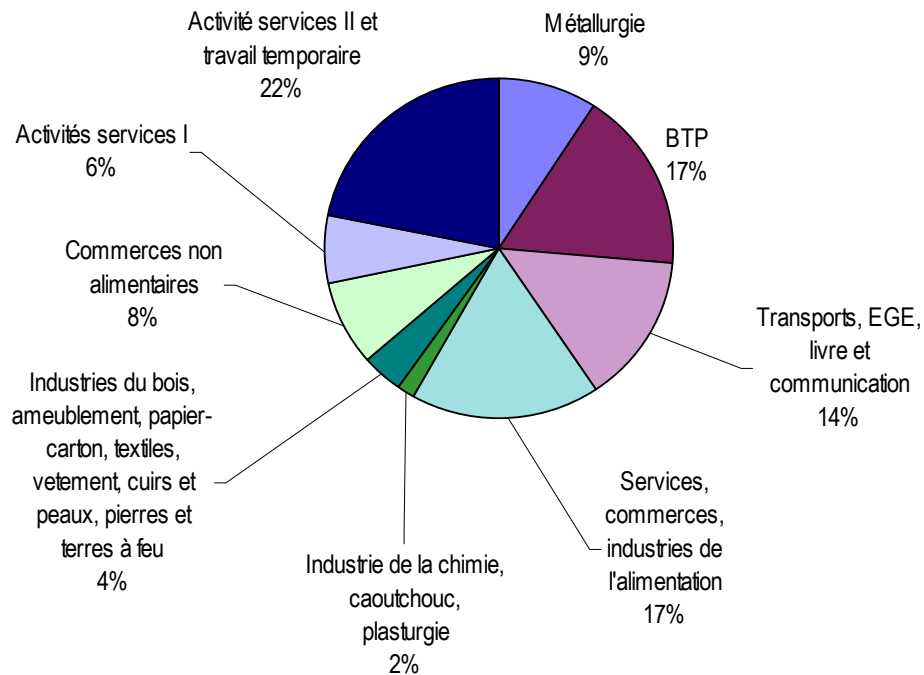
### Indicateur n° 3 : Répartition des AT-MP par secteur d'activité au regard des effectifs de salariés affiliés au régime général dans ces secteurs

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

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

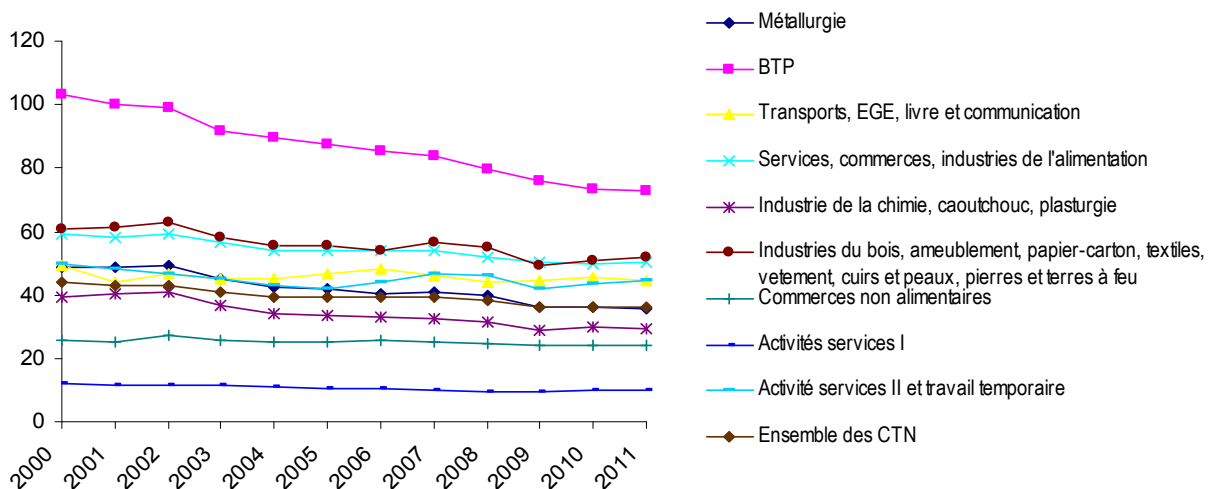
### Sous-indicateur n° 3-1 : Répartition des accidents de travail avec arrêt par secteur d'activité, et évolution du taux d'accidents du travail avec arrêt de 2000 à 2011, par secteur

#### Répartition des accidents du travail avec arrêt par secteur d'activité CTN en 2011



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2012.

#### Fréquence des accidents du travail avec arrêt pour 1 000 employés, selon le secteur d'activité (CTN) de 2000 à 2011



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2012.

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 % des AT en 2011), le *BTP* (17 %), les *Services, commerces, industries de l'alimentation* (17 %) et les *Transports, eau, gaz et électricité (EGE), livre et communication* (14 %).

Comme indiqué précédemment (*cf.* indicateur de cadrage n° 2, 2ème sous-indicateur), le nombre d'accidents du travail avec arrêt a augmenté de 1,7 % entre 2010 et 2011. Le nombre de salariés a également progressé de 1,1 % sur la même période. Ainsi, si l'on rapporte le nombre de ces sinistres à l'effectif global de salariés, on observe que la fréquence des accidents du travail pour 1 000 salariés est restée stable entre 2010 et 2011 (36 ‰). Certains secteurs sont particulièrement "accidentogènes". C'est notamment le cas du *BTP* avec 73 AT avec arrêt pour 1 000 employés de ce secteur en 2011. Viennent ensuite les *services, commerces, les secteurs des Industries du bois, ameublement, papier carton* (environ 52 AT pour 1 000 employés) et *l'industrie de l'alimentation* (environ 50 AT pour 1 000 employés).

Sur l'ensemble des secteurs considérés, la fréquence des accidents du travail avec arrêt pour 1 000 employés est en diminution sur la période 2000 - 2011 (- 17,8 %). Cette diminution est assez marquée dans les secteurs du *BTP* (- 29,3 %), de *l'Industrie de la chimie du caoutchouc et de la plasturgie* (- 24,6 %), et de la *métallurgie* (-27,3 %) sur l'ensemble de la période.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 3, 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> sous-indicateurs :

Les données présentées ci-dessus sont issues des statistiques nationales des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles publiées annuellement par la CNAMTS ; elles ne concernent donc que le régime général (nombre de sinistres et effectifs salariés) et se rapportent à la période 2000-2011.

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

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

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

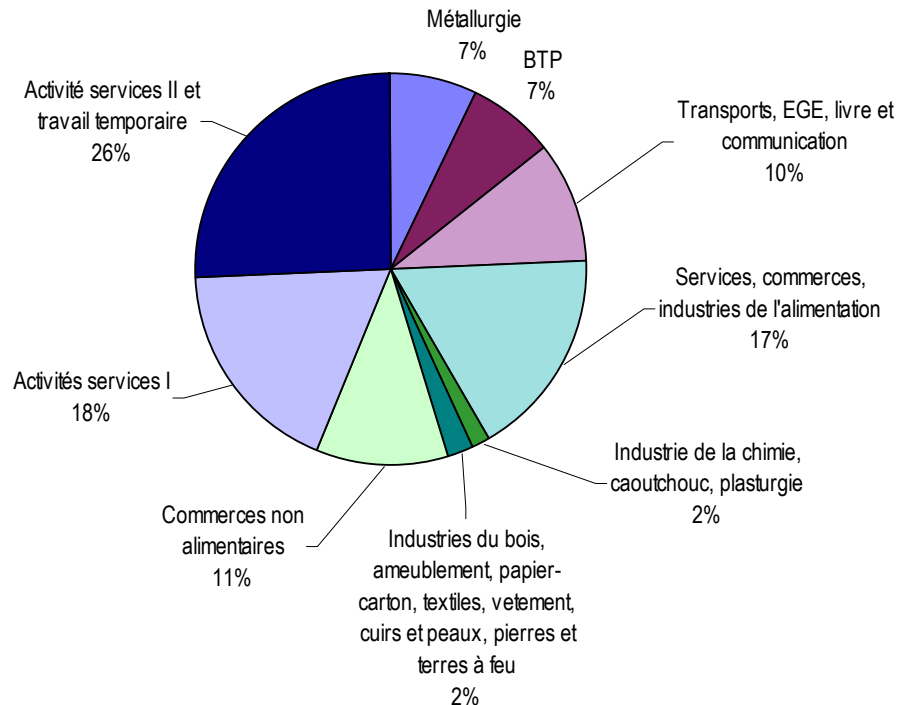
L'estimation des indices de fréquence est particulièrement sensible aux évaluations des effectifs de salariés des différents secteurs qui figurent au dénominateur qui peuvent varier selon les sources. Les différents indices affichés sont donc à considérer avec prudence.

Les neufs CTN sont les suivants :

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

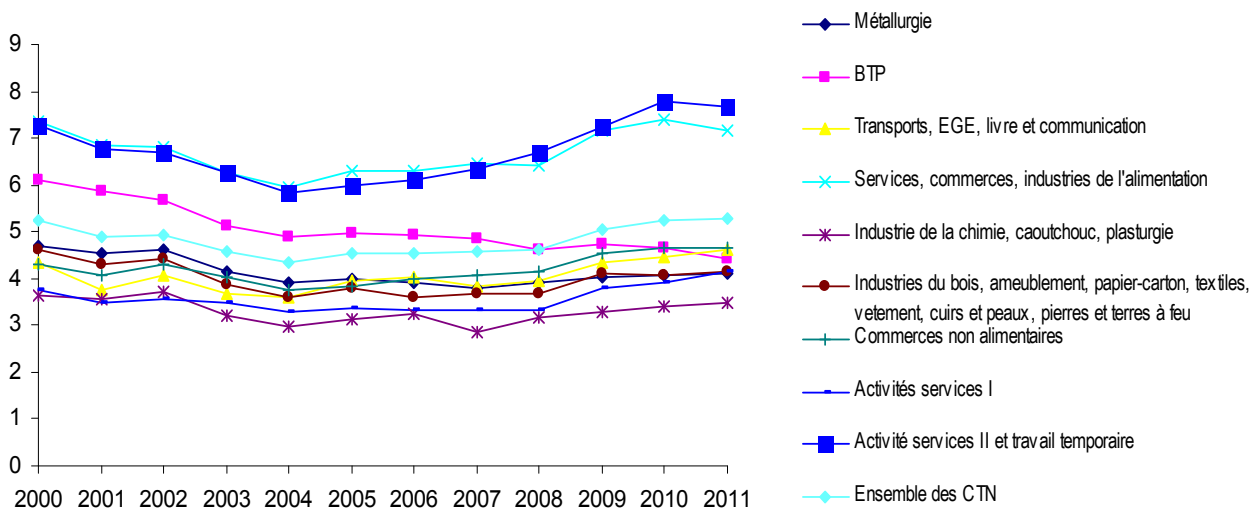
**Sous-indicateur n° 3-2 : Répartition des accidents de trajet avec arrêt par secteur d'activité, et évolution du taux d'accidents de trajet avec arrêt de 2000 à 2011, par secteur**

**Répartition des accidents de trajet avec arrêt par secteur d'activité (CTN) en 2011**



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2012.

**Fréquence des accidents de trajet avec arrêt pour 1 000 employés, selon le secteur d'activité (CTN) de 2000 à 2011**



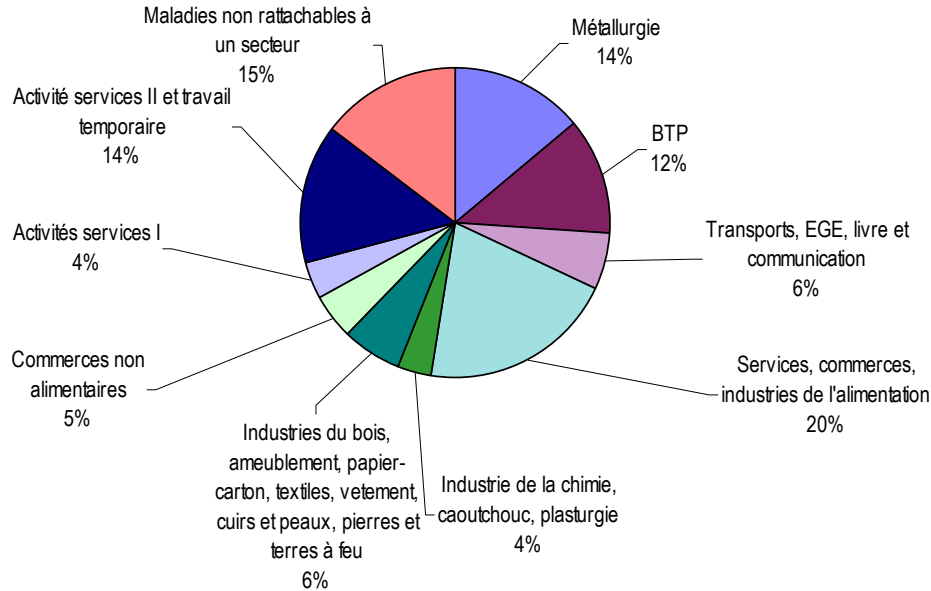
Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2012.

Les secteurs d'activité dans lesquels les accidents de trajet sont les plus nombreux en valeur absolue sont ceux des *Activités de services II et travail temporaire* (26 %), des *Services, commerces, industries de l'alimentation* (17 %) et des *Services, banques, assurances, administrations* (18 % de l'ensemble des secteurs).

La fréquence des accidents de trajet pour 1 000 salariés, calculé comme le nombre d'accident de trajet rapporté à l'effectif du secteur considéré multiplié par 1 000, est beaucoup plus faible en moyenne que celui des accidents du travail (5,3 contre 36 pour 1 000 employés sur l'ensemble des secteurs). C'est dans le secteur des *Activités de services et travail intérimaire* que la fréquence des accidents de trajet est la plus élevée avec 7,7 accidents de trajet pour 1 000 employés en 2011 devant le secteur des *Services, commerces, industries de l'alimentation* avec 7,2 accidents de trajet pour 1 000 salariés. Globalement, la fréquence des accidents de trajet est restée stable sur la période 2000-2011 (+ 0,6 %), masquant toutefois des évolutions contrastées sur la période : notamment une baisse de 17 % entre 2000 et 2004, suivi d'une hausse de 21 % entre 2004 et 2011. Les évolutions les plus fortes concernent le *BTP* (- 27,5 % entre 2000 et 2011), la *Métallurgie* (-12,5 % sur la même période), et les *Activités de service I* (+10,3 %).

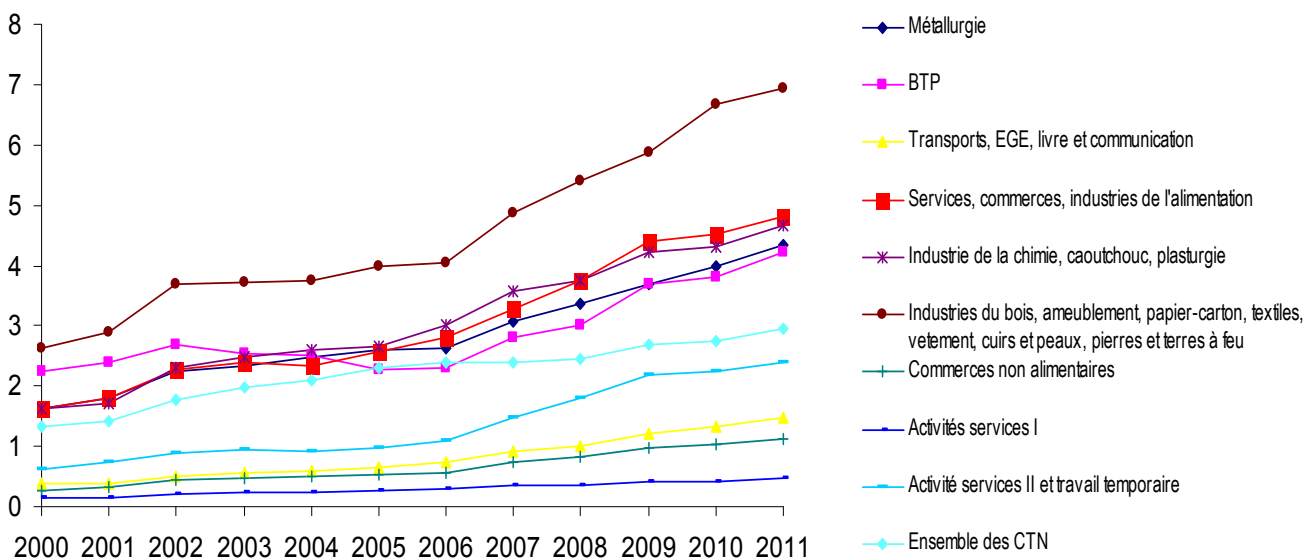
**Sous-indicateur n° 3-3 : Répartition des maladies professionnelles avec arrêt par secteur d'activité, et évolution du taux de maladies professionnelles avec arrêt de 2000 à 2011, par secteur**

**Répartition des maladies professionnelles avec arrêt par secteur d'activité (CTN) en 2011**



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2012.

**Fréquence des maladies professionnelles avec arrêt pour 1 000 employés, selon le secteur d'activité (CTN) de 2000 à 2011**



Source : Calculs DSS sur la base de données CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2012.

La ventilation par secteur des maladies professionnelles met en évidence une prépondérance des secteurs des *Services, commerce et industries de l'alimentation* (20 % de l'ensemble), de la *Métallurgie* (14 %), des *Activités de services II et travail temporaire* (14 %) et du *BTP* (12 %). On note par ailleurs la part appréciable des maladies professionnelles qui n'ont pu être imputées formellement

à un employeur et qui par conséquent sont enregistrées au sein d'un compte spécial (15 % - des détails sur l'imputation à ce compte spécial sont donnés en précisions méthodologiques). Cette part tend toutefois à diminuer : en effet, elle n'est plus que de 15 % en 2011 alors qu'elle atteignait 41 % de l'ensemble des MP avec arrêt en 2005.

Le rapport du nombre de maladies nouvellement reconnues dans l'année à l'effectif de chaque CTN multiplié par 1 000 montre que les secteurs les plus accidentogènes sont les *Industries du bois, ameublement, papier-carton* avec 6,9 maladies professionnelles nouvellement reconnues pour 1 000 employés en 2011, devant les *Industries de la chimie* et le secteur *Services, commerces, industries de l'alimentation* avec respectivement 4,7 et 4,8 maladies professionnelles pour 1 000 employés en moyenne dans ces secteurs.

Ce taux de maladies professionnelles avec arrêt est en augmentation dans tous les secteurs (+ 121,4 % entre 2000 et 2011), corollaire de la forte progression du nombre de MP sur la période considérée (cf. indicateur de cadrage n° 2, 1<sup>er</sup> sous-indicateur). Les secteurs où l'évolution est la plus forte sont le *commerce non alimentaire* (+ 313 %) et les *activités de services et travail intérimaire* (+ 278 %) sur la période allant de 2000 à 2011

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

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 3, 3<sup>ème</sup> sous-indicateur :

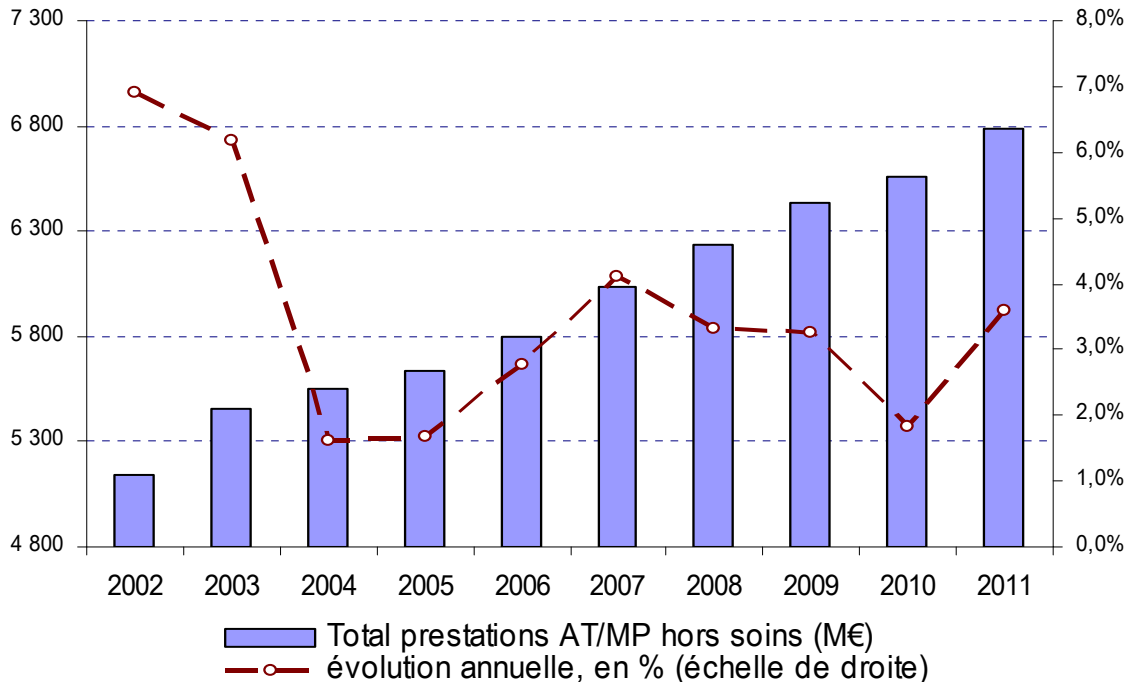
Le mécanisme d'imputation des maladies professionnelles sur les comptes des employeurs est le même que pour les accidents du travail conformément à l'article D. 242-6-3 du Code de la Sécurité sociale. Toutefois, un compte spécial a été créé pour enregistrer les maladies et leurs conséquences financières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

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

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

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

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



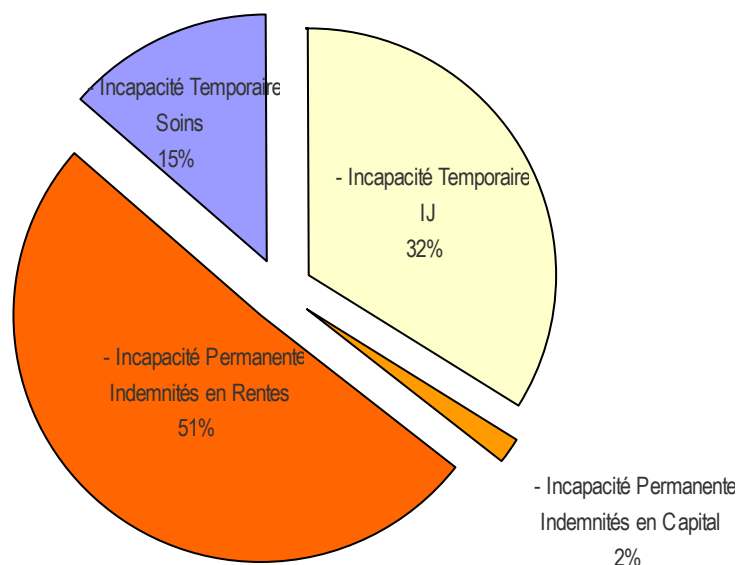
Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale - 2012.

Les prestations versées par la CNAMTS au titre des accidents du travail, des accidents du trajet et des maladies professionnelles progressent continuellement et atteignent en 2011 un montant total de 7,8 Md€, dont 6,8 Md€ hors soins. Après une progression de 1,8 % des prestations hors soins en 2010, ces prestations hors soins ont crû de 3,6 % en 2011. Ces évolutions sont à rapprocher non seulement des dynamiques d'évolution des prestations moyennes (les indemnités en capital et les rentes sont indexées sur les pensions tandis que les indemnités journalières sont calculées sur la base d'une fraction des salaires), mais aussi des évolutions respectives de la sinistralité constatées pour ces trois types de risque, telles que retracées aux indicateurs précédents.

En termes de structure, la ventilation par poste des dépenses versées par la CNAMTS en 2011 laisse toujours apparaître une prépondérance des prestations pour incapacité permanente qui, avec 4,1 Md€ en 2011, représentent 51 % du total. Près de 97 % de ces indemnisations pour incapacité permanente, soit 4 Md€, sont versées sous forme de rente, contre 3 % sous forme de capital.

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



**Ventilation par poste des indemnités AT-MP versées par la CNAMTS en 2011**

Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale - 2012.

L'autre poste financièrement important (3,7 Md€ en 2011, soit 47 % du total) est constitué par les prestations pour incapacité temporaire. Plus des deux tiers de ces prestations (2,7 Md€ en 2011) recouvrent les indemnités journalières versées par la CNAMTS lorsque les arrêts de travail sont imputables à des AT-MP. Le reste (1Md€ en 2011) représente les dépenses de soins consécutives à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

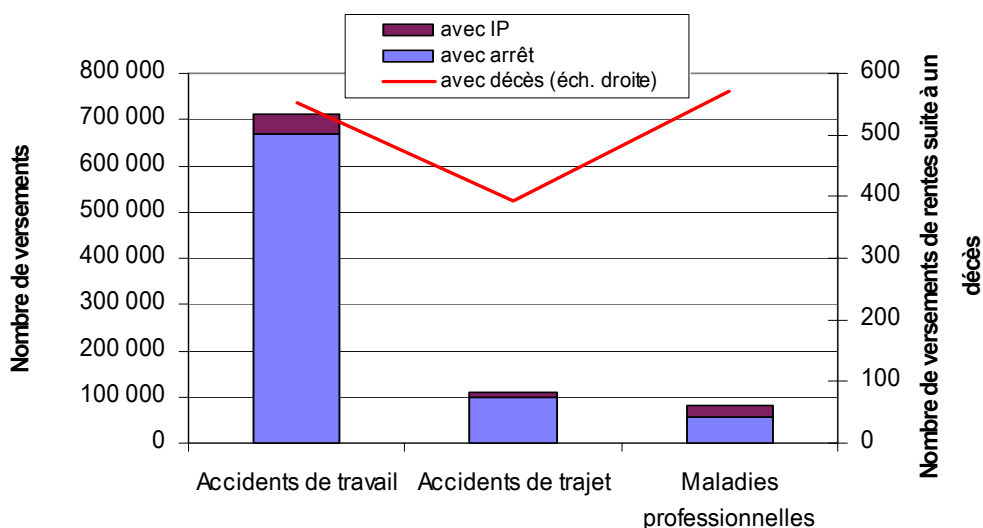
A compter de 2007, une part des dépenses hospitalières de la CNAM a été requalifiée en dépenses AT-MP pour tenir compte d'une sous-déclaration des prestations effectuées au titre des AT-MP par les établissements de santé. De plus, une régularisation comptable a été effectuée en 2007 au titre de 2006.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

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 4 :

Les données présentées ci-dessus sont issues des comptes de la CNAMTS, branche AT-MP, pour les années 2002 à 2011, tels que retranscrits dans les rapports de la Commission des comptes de la Sécurité sociale. Ils sont donc exprimés en droits constatés (y compris dotations aux provisions et reprises sur provisions) et en millions d'euros courants.

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

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

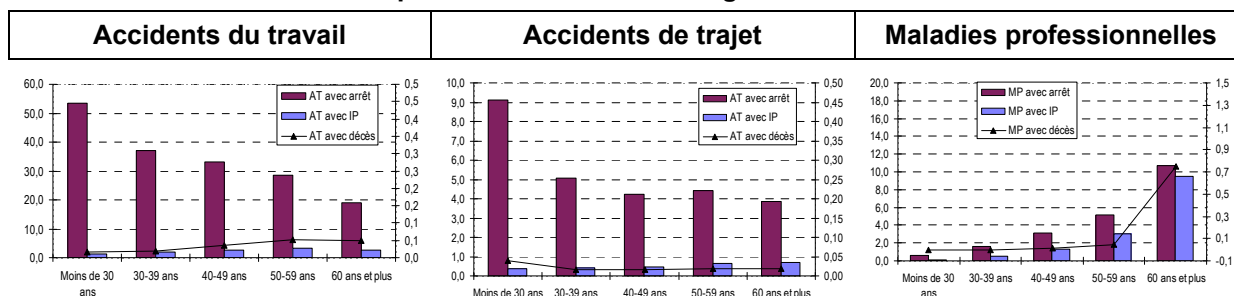
**Indicateur n° 5 : Structure, par âge, des nouveaux bénéficiaires des prestations AT-MP**
**Nombre de versements de prestations AT-MP par catégorie de sinistres en 2011**


Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2012.

En 2011, plus de 711 000 versements de prestations au titre des accidents du travail ont été effectués. Soit une augmentation de moins de 2 % par rapport à 2010. Dans le même temps, près de 109 000 versements de prestations au titre des accidents de trajet ont été effectués (2 % de plus qu'en 2010) et près de 83 000 au titre des maladies professionnelles (+ 8.6 % par rapport à 2010). Pour les accidents de travail et les accidents de trajet, on constate que plus de 90 % des prestations sont liées à un sinistre avec arrêt. Pour les maladies professionnelles, la proportion de maladies professionnelles avec incapacité permanente représente un tiers des prestations.

L'âge moyen des victimes de maladies professionnelles ayant perçu une rente de la CNAMTS pour la première fois au cours de l'année (c'est-à-dire avec un taux d'incapacité permanente supérieur à 10 %) est d'environ 55 ans en 2011. Cet âge les situe à un niveau nettement supérieur à celui des victimes d'accidents du travail (environ 47 ans en moyenne) et, plus encore, de celui des accidents de trajet qui affectent des personnes plus jeunes (45 ans en moyenne) – cf. indicateur de cadrage n° 6.

Afin d'apprécier la distribution de la sinistralité en fonction de l'âge, la fréquence de sinistres pour 1000 actifs occupés a été calculée pour cinq grandes classes d'âge.

**Taux accidents de travail, de trajet et de maladies professionnelles pour 1 000 actifs selon l'âge en 2011**


Source : Calculs DSS sur la base de données CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2012.

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

### Accidents du travail :

Les accidents du travail avec arrêt d'assurés âgés de moins de 30 ans représentent 33,2 % de l'ensemble des AT avec arrêt en 2011. Rapportée à l'effectif des actifs occupés, la fréquence des AT chez les personnes âgées de moins de 30 ans est de 53,6 pour 1 000. Le poids important de cette classe d'âge peut s'expliquer par la part élevée des activités intérimaires (secteur fortement « accidentogène ») dans cette classe d'âge.

La fréquence des accidents du travail avec arrêt décroît ensuite avec l'âge. A l'inverse, le nombre d'accidents du travail ayant entraîné une incapacité permanente ou un décès tend à augmenter en fonction de la classe d'âge jusqu'à celle des 50-59 ans.

### Accidents de trajet :

Une part importante d'accidents de trajet avec arrêt concerne des personnes de moins de 30 ans (38 % du total), ce qui se traduit par une fréquence d'accidents de trajet de 9,1 pour 1 000 actifs occupés. Cette part décroît ensuite rapidement entre 30 et 40 ans (réduite de près de moitié par rapport à la classe des moins de 30 ans).

La fréquence des accidents de trajet avec incapacité permanente est faible, quel que soit l'âge. De plus, elle augmente légèrement en fonction de la classe d'âge. Celle des accidents de trajet mortels est extrêmement réduite.

### Maladies professionnelles :

Lorsque la maladie professionnelle se déclare et est portée à la connaissance des caisses d'assurance maladie, les victimes des tranches d'âges élevées sont plus nombreuses, en particulier pour la classe d'âge des 50-59 ans. Cela peut s'expliquer par la longueur du délai de latence qui peut atteindre plusieurs dizaines d'années après l'exposition avant que la maladie ne se déclare. C'est le cas en particulier des maladies de l'amiante, qui représentent en 2011 environ 17 % du flux des maladies professionnelles avec incapacité permanente nouvellement indemnisées par la CNAMTS, (cf. indicateur de cadrage n° 7).

### Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 5 :

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

Les âges moyens présentés ici ont été calculés sur les flux de nouveaux rentiers de la CNAMTS au cours de l'année 2011. Ils ne concernent donc par définition que les personnes ayant une incapacité permanente supérieure à 10 %.

La ventilation des sinistres par classe d'âge est issue des statistiques nationales technologiques AT-MP de la CNAMTS pour 2011.

L'effectif des actifs occupés, utilisé pour déterminer la distribution de la sinistralité par âge, a été estimé à partir de l'enquête emploi 2010 (INSEE). Les données de la CNAMTS ne concernant que le régime général, les actifs non salariés et ceux travaillant pour l'État ou une collectivité locale ainsi que les actifs du régime agricole ont été retranchés du total des actifs occupés.

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

**Caractéristiques des flux de capitaux servis par la CNAMTS de 2005 à 2011 (IP<10 %)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Accidents du travail</b>							
<b>Taux IP moyen</b>	4,7 %	4,8 %	4,8 %	4,8 %	4,8 %	4,9 %	4,9 %
<b>Montant moyen</b>	1 612 €	1 706 €	1 744 €	1 767 €	1 804 €	1 853 €	1 857 €
<b>Age moyen</b>	42,8 ans	43,0 ans	43,2 ans	43,3 ans	43,6 ans	43,8 ans	44,0 ans
<b>Accidents du trajet</b>							
<b>Taux IP moyen</b>	4,6 %	4,9 %	4,8 %	4,8 %	4,9 %	4,9 %	4,9 %
<b>Montant moyen</b>	1 596 €	1 719 €	1 752 €	1 754 €	1 811 €	1 856 €	1 867 €
<b>Age moyen</b>	40,7 ans	41,0 ans	41,4 ans	41,4 ans	41,7 ans	42,6 ans	43,5 ans
<b>Maladies professionnelles</b>							
<b>Taux IP moyen</b>	5,0 %	5,1 %	5,0 %	5,0 %	4,9 %	4,9 %	4,9 %
<b>Montant moyen</b>	1 734 €	1 793 €	1 808 €	1 815 €	1 804 €	1 824 €	1 848 €
<b>Age moyen</b>	53,8 ans	54,1 ans	54,2 ans	53,6 ans	53,2 ans	53,1 ans	53,1 ans

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2012.

Le taux moyen des incapacités partielles permanentes (IPP) de moins de 10 % est très proche d'un type de sinistre à l'autre, de l'ordre de 5 %. En conséquence, les indemnités servies sous forme d'un capital forfaitaire - capital ne pouvant excéder 10 % (cf. Précisions méthodologiques) - sont également voisines, allant de 1 848 € à 1 867 € en moyenne en 2011.

**Caractéristiques des flux de rentes servies par la CNAMTS de 2005 à 2011 (IP≥10 %)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Accidents du travail</b>							
<b>Taux IP moyen</b>	18,9 %	18,8 %	18,9 %	18,6 %	18,6 %	18,7 %	18,0 %
<b>Montant moyen</b>	2 111 €	2 146 €	2 189 €	2 132 €	2 174 €	2 270 €	2 211 €
<b>Age moyen</b>	45,9 ans	45,9 ans	46,1 ans	46,4 ans	46,3 ans	46,9 ans	46,7 ans
<b>Accidents du trajet</b>							
<b>Taux IP moyen</b>	23,0 %	22,4 %	21,9 %	21,6 %	21,5 %	21,7 %	21,2 %
<b>Montant moyen</b>	2 951 €	2 893 €	2 865 €	2 754 €	2 766 €	2 881 €	2 963 €
<b>Age moyen</b>	42,6 ans	42,9 ans	43,1 ans	42,8 ans	43,7 ans	44,2 ans	45,2 ans
<b>Maladies professionnelles</b>							
<b>Taux IP moyen</b>	24,7 %	25,2 %	26,6 %	26,0 %	25,8 %	25,5 %	24,6 %
<b>Montant moyen</b>	3 439 €	3 606 €	3 988 €	3 873 €	3 963 €	3 970 €	3 874 €
<b>Age moyen</b>	54,6 ans	55,0 ans	55,7 ans	55,6 ans	55,6 ans	55,3 ans	55,4 ans

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2012.

Pour les IPP de 10 % et plus, associées aux sinistres donnant lieu à une indemnisation sous forme de rente - dont le taux est nécessairement supérieur à 10 % -, les montants servis sont croissants avec le taux d'incapacité permanente et le salaire. Ils sont donc logiquement les plus importantes pour les maladies professionnelles qui combinent, en moyenne, le taux d'incapacité le plus fort (3,4 points de plus que pour les accidents du trajet et 6,6 points de plus que pour les autres accidents du travail) avec un âge des victimes plus avancé et donc un salaire plus élevé. L'indemnisation moyenne de l'incapacité permanente au titre des maladies professionnelles atteint donc 3 874 € par an en 2011, contre 2 963 € pour les accidents de trajet et 2 221 € pour les autres accidents du travail, pour lesquels les séquelles sont en moyenne, moins graves. À niveau d'incapacité donné, leur évolution

d'une année sur l'autre résulte tant des revalorisations annuelles des rentes que de la progression des salaires moyens au sein de la population active.

Que l'on considère les accidents du travail ou les maladies professionnelles entraînant une incapacité permanente inférieure à 10 % ou celles qui engendrent les séquelles les plus graves (incapacité permanente de 10 % et plus), l'âge des victimes est assez similaire par catégorie de sinistre. Il est plus élevé pour les maladies professionnelles (53 à 55,4 ans en moyenne), en raison du temps de latence généralement long de ces pathologies et plus bas pour les accidents du trajet (43,5 à 45 ans), ce qui s'explique par une sur-représentation des personnes jeunes au sein des accidents de la route, qui constituent l'essentiel de ces sinistres.

*Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 6 :*

Les statistiques présentées ici portent sur le champ de la CNAMTS pour les années 2005 à 2011 (statistiques technologiques annuelles). Elles portent sur les flux des victimes d'un accident du travail, de trajet ou d'une maladie professionnelle ayant perçu une rente ou un capital au titre d'une incapacité permanente pour la première fois au cours de l'année considérée,

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

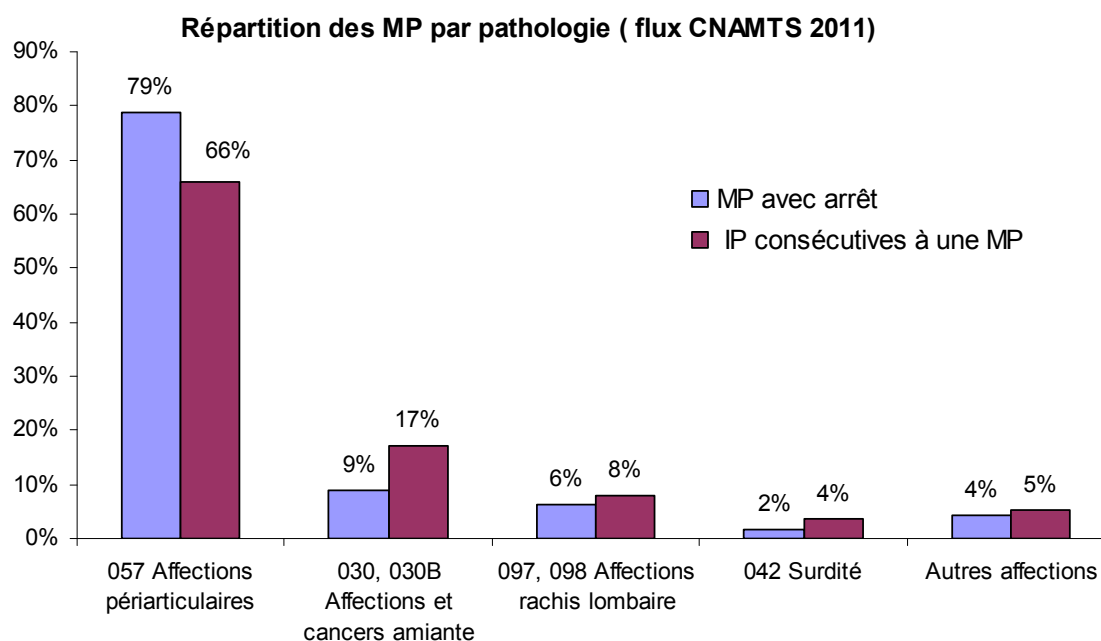
Au régime général, lorsque le taux de l'incapacité partielle permanente consécutive à l'accident ou à la maladie professionnelle est inférieur à 10 %, l'indemnité est versée à la victime en une seule fois sous forme d'un capital forfaitaire, indépendant du salaire antérieurement perçu. Au 1<sup>er</sup> avril 2011, le montant de capital versé en une fois au titre d'un accident de travail varie en moyenne de 405 € (pour un taux d'IPP de 1 %) à 4 049 € (pour un taux de 9 %).

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

- proportionnelle au taux utile : dérivé du taux d'IPP (minoré de moitié pour la fraction de ce taux inférieure à 50 %, majoré de moitié au-delà, de telle sorte que la valeur du taux utile rejoint celle du taux d'IPP lorsque ce dernier atteint 100 %), le taux utile permet de majorer proportionnellement l'indemnisation des sinistres ayant entraîné les incapacités permanentes les plus importantes;
- croissante avec le salaire de référence de la victime (le salaire perçu au cours des 12 derniers mois est pris en compte en tout ou partie selon son niveau ; pour l'année 2011, en dessous de 35 843 €, le salaire est pris en compte intégralement et entre 35 843 € et 143 373 €, le salaire n'entre que pour un tiers dans le calcul de la rente). Le niveau du salaire annuel de référence retenu pour le calcul de la rente ne peut être inférieur à 17 922 € ni supérieur à 143 373 € en 2012.

Les montants des indemnités en capital et en rente sont revalorisés chaque année de manière analogue aux pensions de retraite. Les montants ci-dessus sont valables au 1<sup>er</sup> avril 2011.

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



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP)-2012.

On observe une très forte concentration du nombre de maladies professionnelles reconnues sur un petit nombre de pathologies. Sur les 55 057 maladies professionnelles avec arrêt dénombrées en 2011 par la CNAMTS, 79 % sont des affections péri-articulaires (visées au tableau 57), 9 % sont des maladies dues à l'amiante (tableaux 30 et 30bis), 6 % sont des affections chroniques du rachis lombaire (tableaux 97 et 98), les 6 % restants sont des maladies diverses (surdité, allergies, affections respiratoires...).

S'agissant des maladies professionnelles avec incapacité permanente (IP), la répartition par pathologie diffère quelque peu. En effet, certaines maladies donnent par nature plus souvent lieu à l'attribution d'un taux d'incapacité permanente que d'autres : c'est le cas en particulier des maladies dues à l'amiante, en raison de leur gravité. Ainsi, environ 89 % des maladies dues à l'amiante avec arrêt de travail recensées aux tableaux 30 et 30 bis donnent lieu, en 2011, à l'attribution d'une incapacité permanente, contre environ 45 % en moyenne sur l'ensemble des autres maladies professionnelles. Dès lors, les maladies dues à l'amiante occupent structurellement une part plus importante dans le total des maladies avec incapacité permanente : elle atteint 17 % (contre 9 % pour les maladies avec arrêt) alors qu'à l'inverse, la part des affections péri-articulaires est ramenée à 66 % du total.

Il est à noter que l'on observe également par sexe le même type de structure que celle mise en évidence par âge à l'indicateur de cadrage n° 5, au détriment des hommes : tous âges confondus, ils représentent, en 2011, 50,3 % des victimes de maladies professionnelles avec arrêt mais leur part dépasse 56 % parmi les maladies avec incapacité permanente et atteint presque 99 % du total des décès. Ce constat est toutefois à nuancer par l'importance respective de ces catégories d'accidents : tous sexes confondus, la CNAMTS dénombre en 2011 55 057 nouvelles maladies professionnelles avec arrêt, mais elles ne sont que 27 132 avec incapacité permanente et 570 à entraîner des décès.

*Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 7 :*

Les statistiques présentées ici portent sur le champ de la CNAMTS pour l'année 2011 (statistiques technologiques annuelles).

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

Comme elle ne porte que sur les flux de reconnaissances ou d'indemnisations de l'année 2011, la part des différentes pathologies ne reflète pas nécessairement celle mesurée sur l'ensemble des personnes indemnisées par la CNAMTS au titre d'une maladie professionnelle.

**Indicateur n° 8 : Nombre de victimes indemnisées par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et/ou par le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), et montants moyens versés**

**Sous-indicateur n° 8-1 : Nombre de victimes indemnisées par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et montants moyens versés**

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

**Nombre de nouvelles victimes indemnisées par le FIVA, de 2003 à 2013**

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012(p)	2013(p)
4 700	8 500	8 300	7 850	8 900	7 400	6 200	6 800	7 100	7 500	6 500

Source : FIVA et prévisions 2012 sous-jacentes aux données présentées dans le rapport CCSS de septembre 2012 – chiffres arrondis.

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

L'année 2007 a été une année record en termes d'offres proposées aux victimes (8 900 offres environ) en raison de l'échéance du délai de prescription des dossiers au 31 décembre 2007. Toutefois, plus de 10 500 demandes de victimes sont parvenues au fonds cette même année, ce qui a conduit à la constitution d'un stock important de dossiers. L'activité du fonds ces quatre dernières années se situe autour de 7 000 offres en moyenne, soit une baisse de 17 % par rapport à 2007. Dans le même temps, le nombre de demandes de victimes adressées au FIVA a également fortement diminué (5 500 nouvelles demandes de victimes en 2011).

Le FIVA estime à 6 500 le nombre de dossiers en stock fin 2011. La formulation de 7 500 offres en 2012, puis 6 500 offres en 2013, permettrait de réduire le nombre de dossiers en stock à environ 4 000 fin 2013, et de l'ordre de 3 500 fin 2014. De tels objectifs permettraient d'apurer le stock de dossiers en instance.

En 2011, les montants versés par le FIVA pour l'indemnisation des victimes atteignent en moyenne 56 000 € par dossier. Ces montants sont progressifs au fur et à mesure que le taux d'incapacité permanente (IP) de la victime augmente : environ 19 000€ dans le cas de pathologies bénignes (épaississements pleuraux et plaques pleurales), 35 000€ dans le cas d'une asbestose, 134 000€ pour un mésothéliome et 143 000 € pour les cancers pulmonaires, en cumulé depuis la mise en place du fonds.

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



*Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 8 – 1<sup>er</sup> sous-indicateur :*

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

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

Les prévisions du nombre d'offres formulées par le fonds sont identiques à celles présentées dans le rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS) de septembre 2012.

Pour plus de détails sur le barème indicatif d'indemnisation du FIVA, la gestion des dossiers par le Fonds et les caractéristiques des victimes qu'il indemnise, se reporter au rapport d'activité du FIVA (année 2011), téléchargeable sur le site internet de l'organisme.

### Sous-indicateur n° 8-2 : Nombre de personnes admises en préretraite FCAATA et montant moyen de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA)

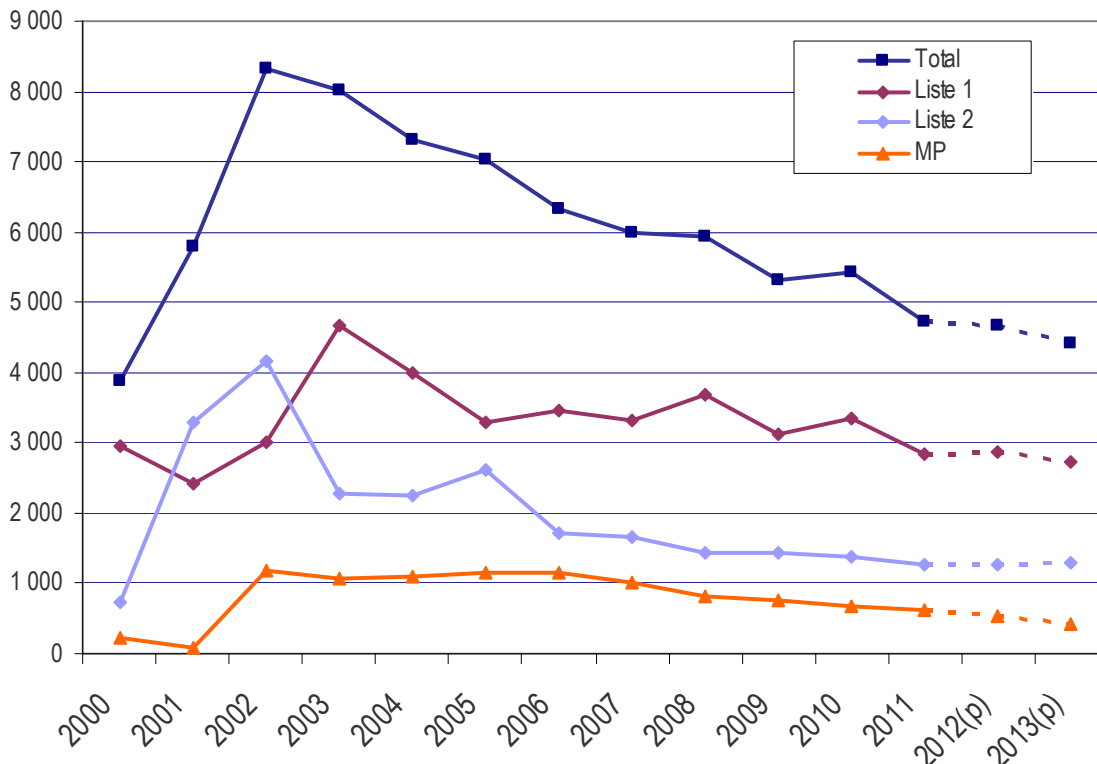
L'allocation du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA, créé en 2000) est servie aux travailleurs de l'amiante qui bénéficient d'une retraite anticipée et dont l'âge est compris entre 50 ans (âge minimal d'entrée dans le dispositif) et 65 ans. L'allocation cesse d'être versée lorsque le bénéficiaire remplit les conditions requises pour bénéficier d'une retraite à taux plein (soit, au plus tard, à 65 ans). Le décalage progressif de l'âge légal et de l'âge du taux plein prévu par la loi réformant les retraites de 2010 ne s'applique pas aux allocataires ; en contrepartie, un transfert au bénéfice de la CNAV est porté à la charge du fonds.

Cette allocation est destinée à trois catégories de travailleurs :

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

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

**Flux annuels de nouveaux allocataires du FCAATA par mode d'entrée, de 2000 à 2013**



Source : CNAMTS (application AGATA), jusqu'en 2011 et projections CCSS d'octobre 2012.

Au 31 décembre 2011, en données cumulées depuis la création du Fonds en 2000, 54 % des allocataires présents dans le dispositif étaient entrés en tant qu'anciens salariés d'un établissement inscrit sur la *liste 1*, 33 % étaient d'anciens salariés d'établissements de la *liste 2* et 13 % étaient

atteints d'une maladie liée à l'amiante. Les listes évoluent peu, la quasi-totalité des entreprises des secteurs éligibles au dispositif y étant déjà inscrites. Toutefois, la part respective des différents modes d'entrée dans le dispositif continue d'évoluer, dans un contexte de décroissance globale des flux entrants depuis 2003. En effet, les entrées au titre de la liste 2, en recul depuis 2003, pourraient se stabiliser, tandis que le nombre d'entrées au titre des maladies professionnelles, longtemps stable en valeur absolue, est en baisse depuis début 2007. Par ailleurs, en régression globale depuis 2003, les entrées au titre de la liste 1 alternent entre gains ponctuels de dynamisme et baisses sensibles.

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

#### Effectifs d'allocataires du FCAATA au 31 décembre, de 2000 à 2013

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (p)	2013 (p)
3 800	9 200	16 700	22 800	27 200	31 400	33 100	33 900	33 200	32 900	30 600	28 600	26 500	24 500

Source : CNAMTS jusqu'en 2011 (chiffres arrondis) et projections CCSS d'octobre 2012 pour 2012 et 2013.

Le montant mensuel de l'ACAATA servie est proportionnel aux derniers salaires perçus par le bénéficiaire (*cf.* Précisions méthodologiques). Son montant moyen atteint 1 703 € mensuels en 2011, et il évolue sous l'effet des revalorisations annuelles des allocations déjà liquidées et des écarts entre les montants servis aux personnes composant les flux entrants et sortants.

#### Montants mensuels moyens de l'ACAATA brute, de 2000 à 2013 (€ courants)

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (p)	2013 (p)
1 290	1 545	1 516	1 525	1 516	1 541	1 584	1 596	1 609	1 625	1 674	1 703	1 750	1 787

Source : CNAMTS jusqu'en 2011 et projections CCSS d'octobre 2012 pour 2012 et 2013.

#### *Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 8, 2<sup>ème</sup> sous-indicateur :*

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

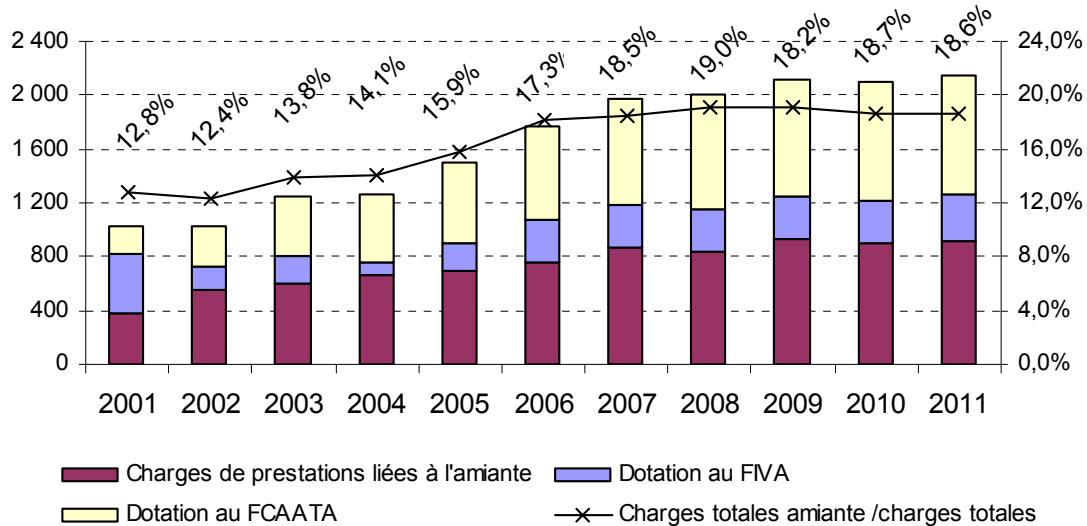
La prévision de croissance des effectifs pour les années 2012 et 2013 présentée est cohérente avec celle de la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) d'octobre 2012. Il s'agit d'un scénario de projection qui prolonge la tendance d'évolution du nombre de nouvelles demandes observée depuis la mise en place du fonds ; ce scénario prévoit par ailleurs une très légère dérive du taux de décès d'un stock d'allocataires vieillissant et un taux de départ en retraite progressant pour atteindre 25 % en 2012, ce qui traduira le passage d'un temps moyen de présence dans le dispositif de 5 à 4 ans.

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

L'allocation des travailleurs de l'amiante est calculée en fonction de la moyenne actualisée des salaires mensuels bruts des 12 derniers mois d'activité salariée (pour lesquels ne sont pas prises en compte les périodes d'activité donnant lieu à rémunération réduite). Elle est égale à 65 % du salaire de référence dans la limite du plafond de la sécurité sociale (soit 3 031 € mensuels en 2012), et à 50 % de ce salaire pour la fraction comprise entre une et deux fois ce plafond.

Toutefois, le montant de l'allocation ne peut être inférieur à 120 % du montant minimal de l'allocation spéciale du Fonds national de l'emploi (AS-FNE), soit 1 142,09 € bruts mensuels au 1<sup>er</sup> avril 2012, sans toutefois être supérieur à 85 % du salaire de référence de la personne. Une fois liquidée, l'ACAATA est revalorisée chaque année comme les pensions.

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



Source : CNAMTS Statistiques nationales technologiques AT-MP, CCSS - 2012.

La part des charges liées à l'amiante rapportées aux dépenses totales de la branche AT-MP, pour le régime général, est passée de 12 % en 2001 (1 Md€ sur 8,4 Md€) à plus de 18 % en 2011 (2,1 Md€ sur 11,6 Md€), soit une progression de 45 %.

Cette évolution s'explique principalement par la croissance des dotations au FCAATA, qui ont été multipliées par 4,45 entre 2001 (200 M€) et 2011 (890 M€) en raison de la montée en charge du dispositif. Ainsi, en moyenne annuelle, le nombre d'allocataire est passé de 3 800 en 2000 à 28 600 en 2011 (soit un taux de progression moyen annuel d'environ 20 % sur la période).

S'agissant du FIVA, le niveau des dotations a évolué de façon assez irrégulière du fait d'une dotation initiale particulièrement importante (438 M€ versés en 2001). La progression de la dépense est de ce fait négative sur la période 2001-2011, puisque la dotation en 2011 s'élève à 340 M€. En valeurs cumulées, les dotations au FIVA sont venues accroître les charges de la CNAMTS liées à l'amiante d'environ 3 Md€ depuis 2001.

Par ailleurs, les « charges de prestations » liées à l'amiante ont, elles aussi, progressé (en termes absolu et relatif). En effet, les charges imputables à l'amiante portées aux comptes employeurs ont été multipliées par 2,42 sur la période 2001 - 2011, passant de 380 M€ en 2001 à 920 M€ en 2011. Sur la même période, le coût de toutes les pathologies indemnisées a progressé au même rythme, il a aussi été multiplié par 2,42 (de 920 M€ en 2001 à 2 230 M€ en 2011).

L'augmentation des coûts imputés au titre des tableaux de maladies professionnelles liées à l'amiante peut être rapprochée du nombre de maladies reconnues par le régime général. En effet, celui-ci a augmenté d'environ 45 % sur la période 2001-2011 (passant de 3 354 à 4 877). On observe toutefois une baisse du nombre de maladies reconnues au titre des tableaux 30 et 30 bis depuis 2008, ce qui pourrait s'expliquer par le fléchissement récent des reconnaissances des maladies bénignes, telles que les plaques pleurales et les épaissements pleuraux, dont le coût est moins élevé que les cancers ou encore les mésothéliomes.

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

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

Par ailleurs, rapportées au seul champ des charges de prestations de l'ensemble des tableaux de maladies professionnelles (c'est-à-dire hors charges techniques), les affections provoquées par les poussières d'amiante (tableaux 30 et 30 bis) représentent 41 % de l'ensemble des charges de maladies professionnelles imputées aux entreprises. Après avoir progressé entre 2001 et 2002, cette composante des charges a toutefois légèrement diminué ensuite, passant de 49 % à 41 % en 2011.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 9 :

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

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

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

Pour mémoire :

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

### Indicateur n° 10 : Adéquation entre les préjudices subis et la réparation allouée

La branche AT-MP indemnise les préjudices permanents des victimes de manière globale et proportionnellement aux taux d'incapacité des victimes. Si un salarié reste atteint d'une incapacité permanente à l'issue d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, il peut percevoir une indemnité en capital ou sous forme de rente en fonction de son taux d'incapacité permanente (IP). En effet, la caisse primaire d'assurance maladie détermine un taux d'IP après avis du médecin conseil selon le barème indicatif d'invalidité:

- si le taux est inférieur à 10 %, le salarié bénéficie d'une indemnité forfaitaire en capital versée en une seule fois.
- si le taux d'IP est supérieur ou égal à 10 %, le salarié bénéficie d'une rente viagère. La rente est calculée sur la base du salaire annuel de la victime multiplié par le taux d'incapacité réduit ou augmenté en fonction de la gravité de l'incapacité (c'est la notion de taux utile ; cf. Précisions méthodologiques).

En 2011, le régime général des accidents du travail et des maladies professionnelles a servi environ 1,3 millions de rentes aux victimes pour un montant de près de 2,89 milliards d'euros, soit une évolution d'environ 1,5 % en un an. La majorité de ces rentes est servie à des victimes (94 % de l'ensemble) et 6 % aux différentes catégories d'ayants droit (conjoint, enfants, ascendants).

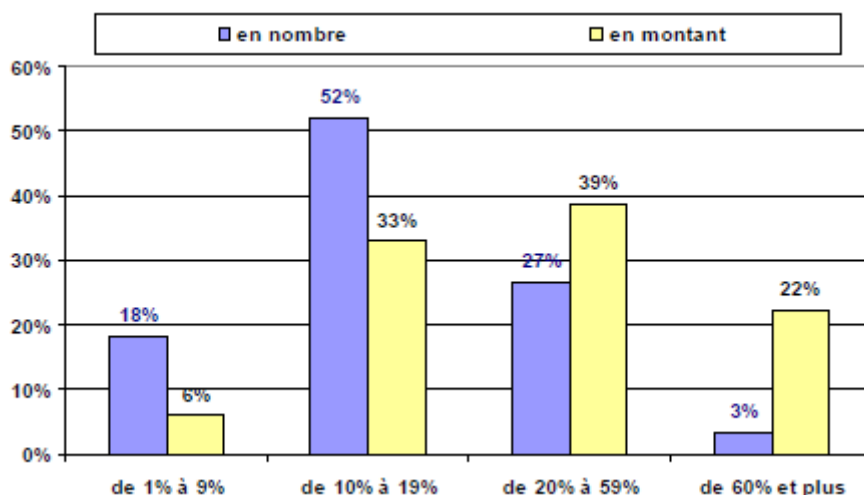
#### Montants (en M€) par nature des prestations d'incapacité permanente et évolution

	Rentes servies aux victimes		capitaux	
	Montants	Évolution en %	Montants	Évolution en %
<b>2007</b>	2 750		154	
<b>2008</b>	2 793	1,6 %	143	-7,1 %
<b>2009</b>	2 817	0,9 %	144	0,7 %
<b>2010</b>	2 845	1,0 %	138	-4,2 %
<b>2011</b>	2 889	1,5 %	138	0,0 %

Source : CNAMTS (Données nationales -Datamart AT-MP) -2012.

Les incapacités les plus graves (taux d'IP > 60 %) ne représentent que 3 % des rentes servies mais 22 % des montants représentatifs annuels. A l'inverse, les rentes servies pour des taux de moins de 10 % représentent 18 % des rentes et 6 % des montants (Il s'agit des rentes qui ont été attribuées avant l'instauration des indemnités en capital, qui sont versées depuis 1987 en réparation des incapacités permanentes inférieures à 10 %). Le taux d'IP moyen pour les rentes servies à des victimes est de 17,6 % en 2011. Ce taux moyen d'IP est resté stable depuis 2009.

### Distribution par taux d'IP, en nombre et montant des rentes de victimes à fin 2011



Source: CNAMTS (Datamart AT-MP) – 2012

Les rentes servies par les caisses primaires d'assurance maladie indemnisent notamment les pertes de gains professionnels et les incidences professionnelles de l'incapacité. Lorsque l'accident du travail ou la maladie professionnelle est dû à la faute inexcusable de l'employeur, le salarié peut prétendre à une indemnisation complémentaire et à la réparation des préjudices qu'il a subis, notamment :

- du préjudice causé par les souffrances physiques et morales ;
- des préjudices esthétiques et d'agrément ;
- du préjudice résultant de la perte ou de la diminution de ses possibilités de promotion professionnelle.

Une victime dont le taux d'IP est supérieur ou égal à 80 % peut bénéficier sous certaines conditions d'une majoration de sa rente dite majoration pour tierce personne (MTP). Cette majoration est accordée par le médecin conseil dès lors que la victime ne peut plus effectuer seule les actes de la vie quotidienne. Le montant maximum de cette majoration est fixé à 1 082,42 € / mois au 1er avril 2012.

#### Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 10 :

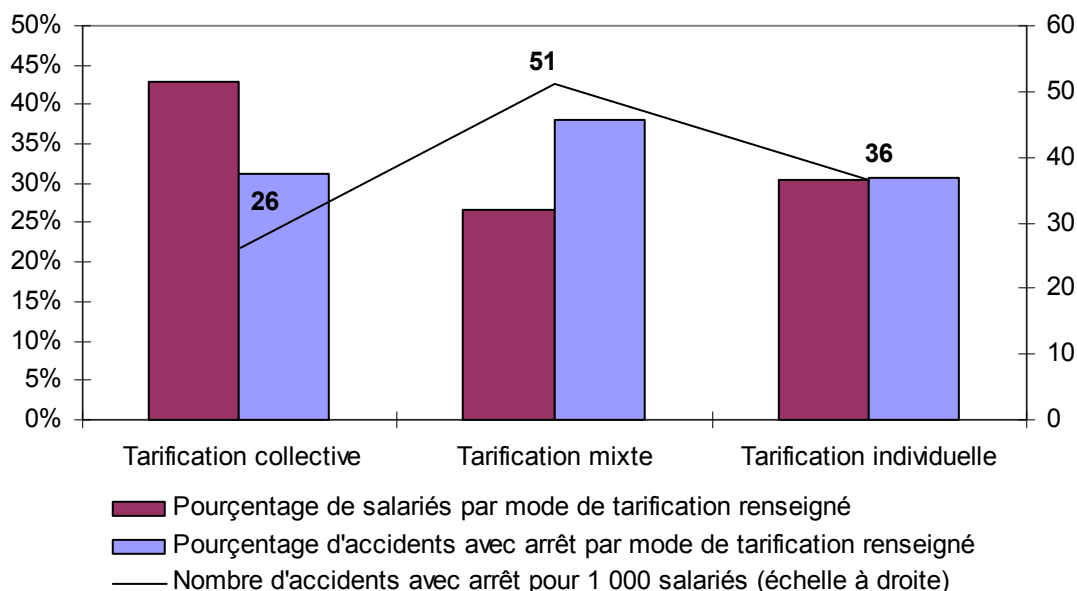
Le taux d'incapacité permanente est déterminé compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité. Ce barème indicatif fournit les bases d'estimation du préjudice consécutif aux séquelles des accidents du travail et, éventuellement des maladies professionnelles dans le cadre de l'article L. 434-2 applicable aux salariés du régime général et du régime agricole. L'incapacité permanente est déterminée d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime, ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle.

Le salaire annuel pris en compte dans le calcul de la rente AT-MP est la rémunération effective totale perçue au cours des 12 mois qui ont précédé l'arrêt de travail consécutif à l'accident ou la maladie de la victime. Ce salaire est multiplié par le taux utile (qui est obtenu en divisant par deux la partie du taux d'IP comprise entre 10 et 50 %, et en multipliant par 1,5 la partie du taux d'IP comprise entre 50 et 100 %) afin de déterminer le montant de la rente.

Il y a faute inexcusable de l'employeur lorsque ce dernier avait ou aurait du avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver.

### Indicateur n° 11 : Répartition des salariés et du nombre d'accidents avec arrêt en fonction du mode de tarification (individuelle / mixte / collective)

Répartition, en pourcentage du total, des effectifs salariés et des accidents du travail (\*) avec arrêt selon le mode de tarification des entreprises en 2011



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques) - 2012.

(\*) Sont comptabilisés les accidents du travail ayant donné lieu à un arrêt d'au moins 24 heures en 2011.

Lecture : 42,9 % des salariés du régime général travaillent dans des entreprises à tarification collective qui concentrent 31,1 % des accidents, soit 26 accidents pour 1 000 salariés dans ces entreprises.

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

En 2011, 30,4 % des salariés sont concernés par la tarification individuelle (entreprises de plus de 200 salariés) contre 26,7 % pour la tarification mixte (entreprises ayant de 10 à 199 salariés) et 42,9 % par la tarification collective (entreprises de moins de 10 salariés).

Le rapport du nombre de sinistres aux effectifs montre que les entreprises à tarification collective constituent la catégorie la moins accidentogène (taux de 26 pour 1 000), derrière les entreprises à tarification individuelle (36 pour 1 000), et les entreprises à tarification mixte (taux de 51 pour 1 000). Sans même évoquer de possibles effets de composition liés à la corrélation entre sinistralité et taille et donc mode de tarification au niveau individuel de l'entreprise, cette hiérarchie peut s'expliquer par la sensibilisation des petites structures à la survenue de sinistres, et à la place croissante accordée par les grandes entreprises aux politiques de prévention des accidents du travail.

D'un point de vue dynamique, le nombre d'accidents du travail reste à peu près stable quel que soit le mode de tarification appliqué (51 accidents pour les entreprises soumises à la tarification mixte en 2010, 37 pour celles soumises à la tarification individuelle et 26 pour celles soumises à la tarification collective).



**Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 10 :**

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

En 2011, année sur laquelle porte cet indicateur, la tarification des AT-MP avait les caractéristiques suivantes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



**PARTIE II**  
**« OBJECTIFS / RESULTATS »**

---



## LISTE DES INDICATEURS D'OBJECTIFS/RESULTATS ET DES PRODUCTEURS TECHNIQUES

Objectif	Indicateur	Cibles	Producteurs techniques	Responsables administratifs portant les politiques à titre principal
<b>1 – Réduire la fréquence et la gravité des accidents du travail, des accidents du trajet et des maladies professionnelles grâce à la prévention</b>	<b>Fréquence et gravité des AT-MP</b>			
	1.1 : Indice de fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles  * indice de fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles : -avec arrêt de travail -avec incapacité permanente  * indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt de travail de plus de 3 jours	Diminution	CNAMTS/DSS	CNAMTS
	1.2 : Indice de fréquence des accidents du travail dans les secteurs à plus fort risque	Diminution	CNAMTS/DSS	CNAMTS
	1.3 : Indice de gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles  * nombre de journées de travail perdues en raison d'un accident du travail pour 1 000 heures travaillées  * taux moyen d'une incapacité partielle permanente pour les AT, les MP et les accidents de trajet ayant donné lieu à une incapacité permanente  * indice de fréquence des accidents du travail ayant entraîné un décès	Diminution   Diminution	CNAMTS/DSS	CNAMTS
	<b>Efficacité des contrôles</b>			
	1.4 : Visites de contrôle de l'inspection du travail et de prévention de l'assurance maladie  * évolution du nombre de visites d'inspection sur la conformité des démarches d'évaluation des risques dans les entreprises  * évolution du nombre de visites de prévention de l'assurance maladie		DGT  DRP	DGT/CNAMTS
	1.5 : Efficacité des actions de prévention menées par la CNAMTS  * évaluation des actions d'information et/ou de communication à visée préventive  * évaluation de l'impact du Plan national d'actions coordonnées	Impact le plus élevé possible  Objectifs du PNAC	CNAMTS  CNAMTS	CNAMTS  CNAMTS

Objectif	Indicateur	Cibles	Producteurs techniques	Responsables administratifs portant les politiques à titre principal
1 – Réduire la fréquence et la gravité des accidents du travail, des accidents du trajet et des maladies professionnelles grâce à la prévention	<b>Efficacité de la tarification</b>			
	1-6 : Évolution comparée des taux de cotisations AT-MP et de la sinistralité des entreprises		CNAMTS/DSS	DSS
2 – Améliorer la reconnaissance des AT-MP et l'équité de la réparation	<b>Reconnaissance des AT-MP</b>			
	2-1 : Évolution de la reconnaissance des maladies professionnelles par des voies non standard  * évolution des reconnaissances de maladies professionnelles par les CRRMP au titre des tableaux (alinéa 3)  * évolution des reconnaissances de maladies professionnelles par les CRRMP hors tableaux (alinéa 4)	Repérage de maladies professionnelles non reconnues par la voie standard	CNAMTS/DSS	CNAMTS
	<b>Equité de la réparation</b>			
	2-2 : Hétérogénéité des taux de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles entre Caisses primaires d'assurance maladie  * hétérogénéité pour les accidents du travail et les accidents de trajet  * hétérogénéité pour les maladies professionnelles	Réduction de la dispersion	CNAMTS/DSS	CNAMTS
3 – Garantir la viabilité financière de la branche	<b>Soutenabilité financière</b>			
	3-1 : Taux d'adéquation des dépenses avec les recettes de la CNAMTS AT-MP	Equilibre	DSS	DSS
	3-2 : Part du taux de cotisation AT-MP non liée à la sinistralité propre des entreprises	Pas d'augmentation	CNAMTS/DSS	DSS
	<b>Limitation des débours indus</b>			
3-3 : Montants récupérés dans le cadre des procédures de recours contre tiers	Augmentation	DSS	CNAMTS	



**Indicateur n° 1-1 : Indice de fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles****Sous-indicateur n° 1-1-1 : Indice de fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles avec arrêt de travail et avec incapacité permanente**

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

*Résultats* : les indices de fréquence des accidents du travail, des accidents du trajet et des maladies professionnelles avec arrêt évoluent de la manière suivante de 2001 à 2011 pour 1 000 salariés\* :

Catégorie de sinistre	2001	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Objectif
Accidents du travail avec arrêt	42,8	39,1	39,4	39,4	38	36,0	36,0	36,2	Diminution
AT ayant entraîné une IP	2,5	2,9	2,6	2,5	2,4	2,4	2,3	2,2	
Accidents du trajet avec arrêt	5	4,6	4,7	4,7	4,7	5,1	5,2	5,3	
At ayant entraîné une IP	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	0,5	
Maladies professionnelles avec arrêt	1,4	2,3	2,4	2,4	2,5	2,7	2,7	2,9	
MP ayant entraîné une IP	0,6	1,2	1,3	1,2	1,2	1,3	1,4	1,5	

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2012.

\* Les valeurs figurant dans le tableau sont arrondies.

Depuis 2001, on observe d'une manière générale une diminution progressive de l'indice de fréquence des accidents du travail (-15,4 % sur la période 2001 - 2011). Si l'indice de fréquence des accidents du travail est en baisse constante (à part une très légère hausse en 2006-2007 et 2011), et s'établit désormais à 36,2 pour mille salariés, l'indice des accidents de trajet avec arrêt qui était stable depuis 2006 à 4,7 accidents pour mille salariés a progressé depuis 2009, et atteint 5,3 accidents pour mille salariés.

Dans le champ plus précis des accidents du travail ayant entraîné une incapacité permanente, c'est-à-dire ceux dont la gravité est plus importante, la baisse de l'indice de fréquence est un peu moins forte (- 11,4 % entre 2001 et 2011). L'indice de fréquence des accidents de trajet ayant entraîné une incapacité permanente baisse également de façon importante (- 8 %).

Dans le champ des maladies professionnelles, l'indice de fréquence des maladies professionnelles avec arrêt, comme l'indice de fréquence des maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente, sont tous deux en nette progression sur la période 2001 - 2011 (+ 109 % pour l'indice avec arrêt et + 144 % pour l'indice avec IP). Cette évolution est le corollaire de la progression en volume du nombre de maladies professionnelles nouvellement reconnues (cf. indicateur de cadrage n° 2, 2<sup>ème</sup> sous-indicateur), et marque par ailleurs une évolution de la gravité des maladies professionnelles.

*Construction de l'indicateur* : les indices de fréquence sont calculés en rapportant le nombre des sinistres à la moyenne des nombres de salariés présents au dernier jour ouvré de chaque trimestre civil de l'année considérée multiplié par 1 000. Les salariés à temps partiel entrent en compte dans l'effectif au prorata du rapport entre la durée légale de travail inscrite dans leur contrat et la durée légale de travail au cours du trimestre civil considéré, ou, si elle est inférieure à la durée légale, la durée normale de travail accomplie dans l'établissement au cours du trimestre considéré. Pour chaque catégorie de sinistre, on mesure l'indice de fréquence de l'ensemble des sinistres avec arrêt, mais aussi l'indice propre aux sinistres ayant entraîné une incapacité permanente (IP), voire un décès.



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

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

**Sous-indicateur n° 1-1-2 : Indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt de travail de plus de 3 jours**

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

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

	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Objectif 2012
<b>France</b>	100	102	98	99	95	90	90	82	81	<b>-25 % par rapport à 2007</b>
dont femmes	100	111	110	117	112	107	111	103	n.d.	
dont hommes	100	101	94	95	92	87	87	79	n.d.	
<b>Allemagne</b>	100	96	88	82	74	73	65	66	63	
<b>Suède</b>	100	111	113	101	94	86	85	82	75	
<b>Espagne</b>	100	108	106	103	100	92	87	85	71	
<b>Italie</b>	100	99	92	83	80	75	71	69	65	
<b>Grande-Bretagne</b>	100	106	110	108	107	88	84	75	71	
<b>UE 15</b>	100	98	94	86	81	78	76	74	66	
dont femmes	100	103	100	96	91	86	82	81	n.d.	
dont hommes	100	98	93	88	83	80	75	73	n.d.	
<b>UE 27</b>	n.d.	100	96	88	84	80	78	76	n.d.	
dont femmes	n.d.	100	98	94	90	86	85	82	n.d.	
dont hommes	n.d.	100	96	90	86	82	81	77	n.d.	
<b>États-Unis</b>	100	92	85	81	74	70	68	n.d.	n.d.	
<b>Japon</b>	100	91	91	86	86	83	81	n.d.	n.d.	

Source : Eurostat - 23/08/2012. Base 100 en 1998 (en 2000 pour l'UE 27) ; n.d. : non disponible.

L'indicateur porte sur l'évolution de la fréquence des accidents du travail entraînant un arrêt de plus de trois jours, en prenant l'année 1998 pour référence. En France, l'indicateur structurel des accidents du travail avec arrêt de plus de 3 jours est de 19 % inférieur en 2007 (dernière donnée disponible) à sa valeur de référence de 1998. Cette tendance générale à la baisse cache toutefois une évolution divergente par genre observable depuis 1998 : tandis que l'indice de fréquence des accidents des hommes continue de décroître pour atteindre 79 en 2006, celui relatif aux femmes connaît une évolution plus erratique (pic à 117 en 2002, reflux en 2004, nouvelle hausse en 2005 puis nouveau reflux en 2006).

Le recul de l'incidence des accidents du travail constaté au niveau national apparaît plus faible que pour l'Europe des 15, avec huit points d'écart en moyenne en 2006. Cette situation doit inciter notre pays à renforcer son dispositif de santé et de sécurité au travail afin de contribuer plus fortement à

l'objectif communautaire. Il convient au demeurant de noter que cet écart s'est fortement réduit par rapport à 2005, où il s'élevait à 14 points.

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

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

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

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

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

Les dernières données disponibles pour les pays européens sont relatives à l'année 2006. Les données pour les États-Unis et le Japon, fournies respectivement par le Ministère américain du travail et les rapports annuels de l'inspection du travail japonaise, sont indisponibles pour l'année 2006. Eurostat travaille à de nouveaux indicateurs devant mieux refléter l'évolution de la sinistralité. Ces indicateurs, en cours d'élaboration, ne sont pas disponibles car ils doivent être validés par les États membres avant leur publication par Eurostat.

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

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

*Résultats* : l'indice de fréquence des accidents du travail dans les trois secteurs visés évolue comme suit de 2001 à 2011 :

Secteurs d'activité (comités techniques nationaux - CTN)	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Objectif
<b>Indice moyen national des CTN B, D et F* (1)</b>	71,3	71,7	67,6	65,6	65,2	64,9	65,1	62,6	59,4	58,3	58,5	<b>Diminution</b>
<b>Indice moyen national Accidents du travail (2)</b>	42,8	43,0	40,9	39,5	39,1	39,4	39,4	38,0	36,0	36,0	36,2	
<b>Surreprésentation** par rapport à la moyenne des accidents dans les trois secteurs les plus à risque (1) / (2)</b>	1,67	1,67	1,65	1,66	1,67	1,65	1,65	1,65	1,65	1,62	1,62	

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2012.

\* Indice de fréquence pour 1 000 salariés.

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

\*\* Lecture : un ratio égal à 1,62 signifie une surreprésentation de 62 % de la fréquence des accidents du travail (par salarié du régime général) dans ces trois secteurs par rapport à la moyenne globale de l'ensemble des secteurs.

On observe que l'indice de fréquence des trois secteurs à plus forte sinistralité est en diminution progressive entre 2001 et 2011 (- 18 % sur la période) à un rythme légèrement plus rapide que celui de l'indice de fréquence moyen tous secteurs confondus (- 15,4 %, cf. indicateur « Objectifs / Résultats » n° 1-1, 1<sup>er</sup> sous-indicateur). Toutefois, rapportés à l'effectif des salariés du régime général des différents secteurs, les trois secteurs les plus à risque se caractérisent en 2011 par une sinistralité qui demeure supérieure de 62 % à la moyenne nationale.

*Construction de l'indicateur* : l'indice de fréquence est calculé en rapportant le nombre des accidents du travail avec arrêt des secteurs concernés à la moyenne des nombres de salariés de ces derniers, présents au dernier jour ouvré de chaque trimestre civil de l'année considérée, multiplié par 1 000. Les salariés à temps partiel entrent en compte dans l'effectif au prorata du rapport entre la durée légale de travail inscrite dans leur contrat et la durée légale de travail au cours du trimestre civil considéré, ou, si elle est inférieure à la durée légale, la durée normale de travail accomplie dans l'établissement au cours du trimestre considéré. Les secteurs d'activité appartiennent aux neuf grandes branches d'activité correspondant aux comités techniques nationaux (CTN). Pour plus de précisions, cf. indicateur de cadrage n° 3.

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

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

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

- le taux de gravité des accidents du travail avec arrêt qui renseigne sur le volume des arrêts de travail corrigé du nombre d'heures travaillées ;
- le taux moyen d'incapacité permanente (IP) des accidents du travail, de trajet et des maladies professionnelles ayant donné lieu à une IP se base, par construction, sur le champ réduit des sinistres ayant entraîné une IP (à savoir 6,1 % des accidents du travail avec arrêt, 8,5 % des accidents de trajet avec arrêt et 49,3 % des maladies professionnelles avec arrêt pour l'année 2011) ;
- l'indice standardisé des accidents du travail ayant entraîné un décès, suivi au niveau européen.

#### Sous-indicateur n° 1-3-1 : Nombre de journées de travail perdues en raison d'un accident du travail pour 1 000 heures travaillées

**Résultats** : le nombre de journées perdues pour cause d'accident du travail pour 1 000 heures travaillées évolue comme suit de 2001 à 2011 :

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Objectif
1,06	1,17	1,35	1,33	1,25	1,27	1,28	1,31	1,32	1,32	1,39	Diminution

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2012.

Exprimé en nombre de journées perdues pour 1 000 heures travaillées, le taux de gravité des accidents du travail avec arrêt a progressé de 31,2 % entre 2001 et 2011 malgré deux années de baisse en milieu de période (2004 et 2005). Deux phénomènes expliquent cette évolution : elle dépend étroitement, d'une part, de la gravité des sinistres et, d'autre part, des comportements de prescription. A taux de gravité donné, ces comportements vont dans le sens d'une augmentation de la durée moyenne d'un arrêt qui peut refléter une meilleure reconnaissance par les médecins prescripteurs des dommages subis par les victimes d'accidents.

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

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

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

**Sous-indicateur n° 1-3-2 : Taux moyen d'une incapacité partielle permanente pour les AT, les MP et les accidents de trajet ayant donné lieu à une incapacité permanente**

*Résultats* : les taux moyen d'incapacité partielle permanente (IPP) pour les accidents du travail, de trajet et les maladies professionnelles entre 2003 et 2011 varient comme suit :

Catégorie de sinistre	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Objectif
Accidents du travail	9,9	9,9	9,8	10,2	10,6	10,3	10,3	10,7	10,3	Diminution
Accidents de trajet	14,3	14,1	14,3	14,1	14,3	14,2	13,6	14,2	13,9	
Maladies professionnelles	16,5	16,2	15,5	15,5	16,1	15,4	15,4	15,1	14,5	

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) – 2012.

Le taux moyen d'incapacité permanente pour les accidents de travail a augmenté de 3,8 % entre 2003 et 2011. Cette faible évolution (0,5 % par an en moyenne) peut s'expliquer par le fait que seuls 6 % des accidents du travail avec arrêt donnent lieu en 2011 à une incapacité permanente. Ils concernent donc une population réduite aux caractéristiques particulières.

S'agissant des accidents de trajet, le taux moyen d'incapacité permanente, qui concerne 8,7 % des accidents de trajet avec arrêt, a légèrement diminué sur la période allant de 2003 à 2011 (- 2,5 %). Cette évolution renvoie à la cause de l'accident de trajet qui est en majeure partie imputable à un accident de véhicule. La baisse observée en 2009 (taux moyen d'IP de 13,6) s'explique par un nombre plus élevé d'accidents de trajet avec IP cette année-là (8 417, contre 8 022 en 2008 et 8 047 en 2010), la somme des taux d'IP étant stable sur les trois années (119 000). Le nombre croissant d'accidents de trajet avec IP (8 514 en 2011) explique une nouvelle baisse du taux moyen d'incapacité permanente en 2011.

Dans le champ des maladies professionnelles, le taux moyen d'incapacité permanente est mesuré sur la moitié des maladies professionnelles avec arrêt (50,2 %). Il évolue plus fortement à la baisse (- 12,3 % sur la période 2003 - 2011). Si l'on rapproche cette évolution des résultats mis en évidence à l'indicateur « objectifs/résultats » n° 1-1, 1<sup>er</sup> sous-indicateur, on note une progression très dynamique de la fréquence des maladies avec incapacité permanente alors que le taux moyen d'incapacité permanente tend à diminuer. Ce phénomène pourrait s'expliquer par l'accroissement de la part des maladies les moins graves (celles pour lesquelles les taux d'incapacité sont les plus faibles) au sein des sinistres avec incapacité permanente. Ainsi, les troubles musculo-squelettiques, qui comptent pour 79 % des pathologies professionnelles avec arrêt (cf. indicateur n° 7) et dont le taux d'IP est faible en moyenne, ont fortement augmenté sur la période : les affections périarticulaires, qui représentent 90 % des TMS, sont passées de 20 000 en 2000 à 43 300 en 2011.

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

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

**Sous-indicateur n° 1-3-3 : Indice de fréquence des accidents du travail ayant entraîné un décès**

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

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

Source : Eurostat - 23/08/2011 ; n.d. : non disponible ; (p) : provisoire.

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

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

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

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

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

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

Toutefois, les procédures nationales de notification d'un accident comme mortel peuvent varier d'un pays à l'autre : dans certains pays ce n'est le cas que si la victime décède le jour même (Pays-Bas) ou dans les 30 jours suivant l'accident (Allemagne). Dans d'autres pays, l'accident peut être considéré comme mortel sans limite de temps (Belgique, Grèce, France - sauf pour les décès intervenus après la reconnaissance d'une invalidité permanente - Italie, Luxembourg, Autriche et Suède). Enfin, pour

les autres États membres, le délai est d'un an - 1,5 an pour l'Espagne - après la date de l'accident. En fait, d'après Eurostat, les décès interviennent, en général, quelques jours après l'accident et seule la limitation au «jour même de l'accident» implique une sous-estimation significative.

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

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





**Indicateur n° 1-4 : Visites de contrôle de l'inspection du travail et de prévention de l'assurance maladie**

Le recul de la sinistralité en milieu professionnel dépend étroitement de la rigueur avec laquelle les entreprises appliquent les règles du droit du travail et les engagements contractuels en matière de prévention passés avec l'assurance maladie.

**Sous-indicateur n° 1-4-1 : Évolution du nombre de visites d'inspection sur la conformité des démarches d'évaluation des risques dans les entreprises**

*Finalité* : les inspections et contrôles mis en œuvre par les services de l'inspection du travail visent à s'assurer de la bonne application des normes et des stipulations contractuelles. Il est donc important d'apprécier l'impact des visites et contre-visites menées sur les changements de pratiques d'exposition aux risques professionnels.

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

	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Nombre de visites de contrôle</b>	<b>134 000</b>	<b>152 000</b>	<b>170 000</b>	<b>220 000</b>	<b>191 500</b>
dont santé-sécurité au travail	83 100	96 100	108 900	145 300	128 500
<i>en %</i>	62 %	63 %	64 %	66 %	67 %
dont évaluation des risques professionnels (ERP)	10 900	20 000	29 000	42 700	33 800
<i>en %</i>	8 %	13 %	17 %	29 %	26 %
- ayant donné lieu à contre-visites en matière d'ERP	875	1 804	2 979	5 086	5 190
- ayant donné lieu à contre-visites sans observation en matière d'ERP	368	650	933	1 687	1 527
<b>Taux d'impact des visites de contrôle en matière d'ERP</b>	<b>42 %</b>	<b>36 %</b>	<b>31 %</b>	<b>33 %</b>	<b>29 %</b>

Source : Direction générale du Travail - CAP SITERE.

Sur les 191 500 visites de contrôle réalisées par l'inspection du travail en 2011, plus de 128 000 ont porté sur le champ santé-sécurité au travail (67 %). À l'intérieur de ce champ, 33 800 - soit 26 % - ont été saisies dans le système d'information métier de l'inspection du travail comme ayant porté sur l'évaluation des risques professionnels.

Ces données au titre de 2011 souffrent de la non exhaustivité de la restitution de l'activité réelle de l'activité des agents de l'inspection du travail en la matière. En effet, 2011 a été marquée par un mouvement collectif de contestation et d'un boycott des saisies dans le système d'information de la part des agents de contrôle. Ainsi, le nombre de visites et celui du taux d'impact de ces visites sont perturbés par cette non exhaustivité des données, alors même que la CNAMTS estime l'activité des agents comme étant stable par rapport à 2010.

Cependant, il convient de noter que, même dans ce contexte, la part de la santé – sécurité dans les actions de contrôle de l'inspection du travail progresse encore (de 66 % à 67 % en part), et que le champ de l'évaluation des risques professionnels reste parmi les cinq priorités nationales du suivi de l'inspection du travail celle qui mobilise le plus les agents de contrôle.

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

*Précisions méthodologiques* : l'impact des visites d'inspection sur la conformité des démarches d'évaluation des risques dans les entreprises est actuellement calculé sur la base d'un rapport entre, d'une part, les contre-visites sans observation et, d'autre part, l'ensemble des contre-visites ayant porté sur la priorité nationale de la politique du travail que constitue l'évaluation des risques professionnels. Il faut cependant souligner que ce mode de calcul minore la réalité des régularisations effectuées réellement par les entreprises qui peuvent intervenir en dehors d'une contre-visite de l'inspection du travail.

**Sous-indicateur n° 1-4-2 : Évolution du nombre de visites de prévention de l'assurance maladie**

**Finalité** : les visites d'entreprises par des agents de l'assurance maladie (risques professionnels) visent à inviter les employeurs à prendre des mesures de prévention. Elles sont concentrées, conformément aux engagements pris dans les contrats pluriannuels de gestion avec les caisses régionales (CARSAT, CRAM, CGSS), vers les établissements à risque avéré (à l'origine de 30 % des accidents de travail), vers les très petites entreprises - TPE - (avec un objectif de 10 % d'interventions), et à partir de 2010, vers les établissements avec un niveau d'indemnités journalières atypique (programme de maîtrise médicalisée en entreprises).

**Résultats** : le nombre de visites effectuées par les agents de l'assurance maladie dans les entreprises évolue comme suit :

	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Nombre de visites</b>	53 326	58 078	59 153	60 396	61 163
<b>Etablissements à risque avéré : % d'accidents de travail reconnus dans les entreprises visitées</b>	35,18 %	35,82 %	36,07 %	34,21 %	33,79 %
<b>% d'interventions vers les TPE</b>	-	-	14,98 %	15,52 %	15,69 %

Source : CNAMTS - DRP.

Conformément aux engagements pris dans les contrats pluriannuels de gestion des caisses régionales, ces visites ont concernées, d'une part, des établissements à risques avérés : en 2011, en moyenne, 33,8 % d'accident de travail avaient été reconnues dans ces entreprises. D'autre part, les agents de l'assurance maladie visitent des très petites entreprises (TPE) : en 2011, 15,7 % des entreprises visitées étaient des TPE.

Les motifs d'intervention en entreprise se répartissent selon les thèmes suivants :

- 44,1 % actions directes (43,6 % en 2010) : interventions établissements fixes, interventions chantiers, réunions CHSCT/CISSCT, enquête AT/MP, injonctions et majorations, ristournes/subventions et récompenses, contrat de prévention, mesures physiques, prélèvements et analyses chimiques ;
- 8,8 % actions branche (8,6 % en 2010) : actions dans le cadre de l'approche par branche, dans le cadre d'une politique nationale ou régionale de branche (actions collectives, interventions en amont, études techniques et statistiques) ;
- 21,1 % formation, information et communication (21,7 % en 2010) : formation à destination des entreprises et des organisations syndicales ;
- 7,6 % activités internes : démarche qualité, fonctionnement et coordination interne au service ;
- 18,3 % réunions et rencontres : partenaires, normalisation, CTR ...

Ainsi, la répartition des temps passés sur les différents types d'actions reproduit quasiment celle de l'année précédente : un peu plus de 40 % pour les actions « directes » en entreprise, et à peu près 30 % pour des actions plus collectives si l'on rassemble sous cette appellation les actions dites « par branche » et les actions de formation / information / communication. Il n'en demeure pas moins que l'effort direct ne permet d'atteindre en moyenne qu'un peu plus de 3 % des sections d'établissements, même ce chiffre est légèrement plus élevé que l'année précédente.

**Précisions méthodologiques** : s'agissant des visites en entreprises et les indicateurs inscrits dans les contrats pluriannuels des caisses (interventions dans les établissements à risque avéré et vers les TPE), les données sont issues des bases informationnelles régionales.

**Indicateur n° 1-5 : Efficacité des actions de prévention menées par la CNAMTS****Sous-indicateur n° 1-5-1 : Évaluation des actions d'information et/ou de communication à visée préventive**

*Finalité* : l'objet de cet indicateur est d'évaluer l'impact des actions d'information et/ou de communication réalisées par la branche AT-MP. Pour l'instant, seul le suivi de ces actions est possible.

*Résultats* : en 2011, les Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et les Caisses générales de sécurité sociale (CGSS dans les DOM) ont poursuivi leurs actions d'information et/ou de communication portant sur les thèmes du Plan national d'actions coordonnées (PNAC - cf. 2<sup>ème</sup> sous indicateur) qui sont présentées dans le tableau suivant :

Actions d'information et/ou de communication	2009	2010	2011	Objectif
Actions de presse et publications	53	131	153	Impact le plus élevé possible
Salons	7	16	20	
Nombre de participants	-	11 225	13 621	
Taux de satisfaction des participants	-	84 %	89 %	
Colloques ou conférences débats	204	190	201	
Nombre de participants	-	12 682	12 480	
Taux de satisfaction des participants	-	89 %	90 %	
Autres manifestations	-	64	67	
Nombre de participants	-	5 456	5 343	
Taux de satisfaction des participants	-	86 %	85 %	
Marketing direct	-	41	80	
<b>TOTAL</b>	<b>264</b>	<b>442</b>	<b>521</b>	
<b>Nombre de participants</b>	<b>12 378</b>	<b>29 363</b>	<b>31 444</b>	

Source : DRP - CNAMTS.

Au total, 521 actions de communication ont été réalisées par les caisses en 2011 sur les thèmes du Plan national d'actions coordonnées (PNAC) ; il s'agit d'actions de presse et de publications (153, dont 32 portent sur les risques cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR), 28 sur les troubles musculo-squelettiques, 28 sur le risque routier, 25 sur le BTP et 40 sur les autres thèmes), de salons (20), de colloques ou conférences-débats (201) et de diverses autres manifestations et de type événements (67) et enfin de marketing direct (80). Ces actions de communication consolident leur progression par rapport à 2009 et 2010 (+ 18 % par rapport à 2010).

D'une façon générale, le taux de satisfaction des participants à ces actions de communication est très fort, entre 85 % et 90 % selon le type d'action. Plus de 31 000 personnes ont été sensibilisées par les différentes actions d'information et de communication de la branche AT-MP à la prévention des risques professionnels en 2011.

*Construction de l'indicateur* : cet indicateur recense les actions d'informations et/ou de communication de la branche AT-MP (les actions de presse et les publications, les participations à des salons, les colloques ou conférences débats, le marketing direct ou encore d'autres manifestations), le nombre de participants et leur taux de satisfaction. Cette communication fait l'objet d'une évaluation basée sur des référentiels communs.

**Sous-indicateur n° 1-5-2 : Évaluation de l'impact du Plan national d'actions coordonnées**

*Finalité* : cet indicateur vise à évaluer l'action du Plan national d'actions coordonnées (PNAC), mis en œuvre pour la première fois en 2009. Ce plan définit un socle d'actions communes, au niveau régional. Sa mise en œuvre s'appuiera sur des partenariats renforcés avec les autres acteurs de la prévention, notamment avec les services de santé au travail.

*Résultats* : les premiers résultats du PNAC 2009-2012 qui comprend 5 programmes sont les suivants :

Programme	Indicateur	Valeur de l'indicateur 2009	Valeur de l'indicateur 2010	Valeur de l'indicateur 2011	Objectif
Réduire les troubles musculo-squelettiques (TMS)	Indice de fréquence des TMS dans les secteurs d'activité ciblés	4,16	4,37	4,73	Stabilisation des indices de fréquence d'ici fin 2012 dans les secteurs ciblés
Réduire le risque cancérigène, mutagène et reprotoxique (CMR)	Nombre de salariés soustraits au risque CMR	2 000	8 905	25 000	100 000 salariés soustraits aux risques entre 2009 et 2012
Prévenir le risque routier	% d'établissements ayant mis en place les 3 outils VUL	-	-	60,2 %	50 % des établissements de la liste ont mis en place les 3 outils VUL
Répondre à la forte demande de prévention des risques psycho-sociaux (RPS)	% de contrôleurs (hors labo et CMP) ayant mené 2 actions d'information sur les RPS en entreprise	-	232 %	223 %	100 % de contrôleurs
	Nombre d'intervenants internes et externes référencés par le réseau de la branche AT-MP pour agir sur les situations difficiles	109 intervenants extérieurs et 140 contrôleurs de sécurité et ingénieurs conseils formés à l'évaluation des RPS	200 intervenants extérieurs		Doublement du nombre d'intervenants internes et externes référencés pendant la période 2009/2012
Réduire la sinistralité dans 3 secteurs à haut risque	Taux de fréquence des AT graves dans les 3 secteurs concernés : BTP, grande distribution, intérim	3,06	2,93	2,86	-15 % du taux de fréquence des AT graves entre 2008 et 2011 dans les 3 secteurs concernés

Source : Direction des risques professionnels – CNAMTS.

*Troubles musculo-squelettiques (TMS)*

En 2011, on observe un indice de fréquence des TMS de 4,73, en croissance de 8,2 % par rapport à 2010. L'importance de cette évolution est à tempérer compte tenu notamment de la sensibilisation de l'ensemble des acteurs au risque TMS, qui a sans doute participé à favoriser la déclaration de cette pathologie. Cette situation incite à poursuivre les efforts de prévention pour maîtriser cette augmentation. Parmi une cible d'établissements à suivre sur la période de la COG ATMP, soit au moins 50 % d'établissements de plus de 50 salariés ayant eu au moins 3 cas de TMS reconnus entre 2005 et 2007, 804 entreprises sur 975 ciblées, ont produit un rapport de CHSCT montrant leur engagement dans un plan d'action TMS.

*Risque cancérogène, mutagène et reprotoxique (CMR)*

5 232 établissements ont engagé avec l'aide des CARSAT/CRAM/CGSS une action de prévention visant à substituer ou à défaut maîtriser à un niveau le plus bas possible le risque CMR. 77 267 salariés exposés à au moins un CMR dans les établissements ont été repérés, soit en moyenne 15 salariés exposés par établissement. 21 822 salariés ont été soustraits à au moins un CMR, soit 28 % de l'effectif initial exposé dans les établissements visités. En parallèle, les services de santé au travail ont été sollicités pour démultiplier cette action dans 1500 entreprises supplémentaires. Au total, l'action conjointe des CARSAT et des SSTI a permis de soustraire plus de 25 000 salariés à au moins un agent CMR.

*Risque routier*

Le programme risque routier du PNAC a une double finalité :

- développer l'approche de prévention du risque en mission lié à l'usage professionnel des véhicules utilitaires légers ;
- développer une approche spécifique de prévention du risque trajet domicile travail, incluant les petites et moyennes entreprises et exploitant les convergences et synergies possibles avec les politiques de mobilité durable.

A partir d'un objectif de cibler les principaux secteurs d'activité, entreprises et loueurs opérant pour des flottes importantes de VUL, notamment les secteurs concernés par une sinistralité importante, ce sont 311 entreprises qui ont mis en œuvre les 3 outils de prévention retenus :

- Cahier des charges « acquisition d'un VUL plus sûr »,
- Carnet de suivi et traçabilité de l'entretien des VUL,
- Référentiel de compétences pour un usage professionnel du VUL en sécurité.

72 % des entreprises ayant mis en œuvre ces 3 outils ont bénéficié d'aides financières.

*Risques psychosociaux*

Dans chacune des régions, les Caisses ont constitué un réseau de consultants et les équipes de contrôleurs de sécurité et ingénieurs conseils disposent également d'un support pédagogique pour présenter ces risques psychosociaux et les démarches de prévention à suivre lors de leurs rencontres avec les Comités hygiène, sécurité et conditions de travail (CHSCT), les branches professionnelles ou des chefs d'entreprises.

*Secteurs à forte sinistralité AT/MP : BTP, grande distribution et intérim*

Sur les trois secteurs ciblés à forte sinistralité que sont le *BTP*, la grande distribution et l'intérim, on observe entre 2008 et 2011 une baisse du taux de fréquence des AT graves avec incapacité permanente de 11,52 %. Par secteur, cette baisse est de -13,36 % pour le *BTP*, - 4,85 % pour la grande distribution et - 10,91 % pour l'intérim. Pour le *BTP*, le réseau Prévention s'est mobilisé pour agir à la fois en direction des entreprises pour mettre en œuvre un socle commun de prévention sur les chantiers (protections/chutes de hauteur, manutention mécanique, hygiène), et agir en direction des Maîtres d'Ouvrages et leur Coordonnateurs Sécurité et Protection de la Santé (CSPS) pour optimiser l'organisation et la logistique des chantiers. Pour la grande distribution, les actions de prévention ont concerné :

- les chutes de hauteur des personnes ou les chutes d'objets ;
- les accidents liés à la circulation d'engins et à l'incendie dans les réserves en supermarchés et hypermarchés ;
- les accidents liés à la manutention manuelle de marchandises (palettisation/dépalettisation) dans les réserves en supermarchés et hypermarchés.

Pour l'interim, avec environ 2 500 visites effectuées dans les EU et autant dans les ETT, l'objectif qui consistait à obtenir une visibilité nationale sur la gestion de la santé au travail des intérimaires est largement atteint. Ces visites ont permis de dégager les thèmes majeurs d'actions qui devront être mis en œuvre dans les entreprises utilisatrices et les entreprises de travail temporaire.

Construction des indicateurs : l'indice de fréquence des TMS pour 1 000 salariés dans les secteurs d'activité ciblés est calculé en rapportant le nombre de sinistres en premier règlement observés aux tableaux 57A, 69A, 79A, 97A et 98A au nombre de salariés de ces secteurs, multiplié par 1 000. Afin de tenir compte des TMS imputés au compte spécial, ils ont été réaffectés aux différents secteurs professionnels au prorata de leur distribution hors compte spécial.

Le taux de fréquence des AT graves pour un million d'heures travaillées dans les 3 secteurs ciblés à plus forte sinistralité (BTP, grande distribution, intérim) est défini par le nombre d'accidents donnant lieu à incapacité permanente (IP) ou à décès imputés au compte employeur pendant l'année écoulée rapporté au nombre d'heures travaillées cette année, multiplié par un million.

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

*Finalité* : le système de tarification des AT-MP étant apparus difficilement lisibles, que ce soit en termes de sanction ou de prévention, un nouveau système a été adoptée en Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT-MP) en 2009, et a ensuite fait l'objet d'un décret d'application (décret du 5 Juillet 2010 n° 2010-753 fixant les règles de tarification des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles). Cette nouvelle tarification a pour finalité d'être au plus près de la réalité de l'entreprise dans la fréquence et la gravité de ses sinistres. Ainsi, les efforts de cette dernière en matière de prévention pour la santé et la sécurité des salariés devraient être plus rapidement pris en compte, sans que l'équilibre financier de la branche ne soit remis en cause. Pour ce faire, les nouvelles règles prévoient que les conséquences financières d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle seront désormais imputées l'année de déclaration du sinistre, et non plus sans limitation dans le temps en fonction des coûts occasionnés chaque année suivant le sinistre comme c'était le cas auparavant. En raison d'une application progressive, la réforme entrera en vigueur de façon progressive à compter de 2012, et atteindra son plein effet à partir de 2014.

Les principales évolutions de la nouvelle tarification concernent :

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



COMITE TECHNIQUE national	COÛTS MOYENS (en euros)									
	Catégories d'incapacité temporaire (IT)						Catégories d'incapacité permanente (IP)			
	Sans arrêt de travail ou arrêt de travail de moins de 4 jours	Arrêts de travail de 4 jours à 15 jours	Arrêts de travail de 16 jours à 45 jours	Arrêts de travail de 46 jours à 90 jours	Arrêts de travail de 91 jours à 150 jours	Arrêts de travail de plus de 150 jours	IP de moins de 10 %	IP de 10 à 19 %	IP de 20 à 29 %	IP de 40 % et plus ou décès de la victime
Industries de la métallurgie .....	206	499	1 678	4 602	9 081	29 599	1 943	48 675	94 680	422 751
Industries du bâtiment et des travaux publics (hors départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle) .....	288	456	1 519	4 228	8 455	29 671	2 042	90 442 (1) 91 104 (2) 141 048 (3)		
Industries du bâtiment et des travaux publics (pour les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle)	288	456	1 519	4 228	8 455	29 671	2 042	46 019	89 163	354 966
Industries des transports, de l'eau, du gaz, de l'électricité, du livre et de la communication .....	286	540	1 645	4 413	8 523	27 630	2 005	46 999	91 298	380 429
Services, commerces et industries de l'alimentation .....	282	425	1 324	3 725	7 061	22 099	1 966	41 203	79 181	318 588
Industries de la chimie, du caoutchouc et de la plasturgie .....	288	559	1 746	4 742	8 825	29 296	1 940	47 906	92 860	463 694
Industries du bois, de l'ameublement, du papier-carton, du textile, de vêtement, des cuirs et des peaux et des pierres à feu ...	293	490	1 613	4 324	8 208	27 406	1 967	44 474	85 204	374 121
Commerces non alimentaires .....	245	476	1 506	4 175	8 182	26 697	1 996	45 188	87 438	360 032
Activités de services I .....	126	383	1 272	3 849	7 523	24 262	1 964	44 832	85 524	400 951
Activités de services II .....	220	400	1 278	3 456	6 585	22 152	2 003	40 386	76 907	304 684

(1) Les activités de gros œuvre mentionnées à l'article D. 242-6-6 susvisé sont identifiées sous les codes risques suivants : 29.5CD, 45.1AA, 45.1AB, 45.1DA, 45.2AA, 45.2BC, 45.2CB, 45.2CC, 45.2DA, 45.2EA, 45.2EB, 45.2 FA, 45.2NA, 45.2PB, 45.2RA, 45.2TB, 45.2UC, 45.2UD, 45.2VC, 45.2VD.  
(2) Les activités de second œuvre mentionnées à l'article D. 242-6-6 susvisé sont identifiées sous les codes risques suivants : 45.2JA, 45.2JB, 45.2JC, 45.2KA, 45.2LA, 45.3AB, 45.3AC, 45.3AD, 45.3CA, 45.3CB, 45.3EA, 45.3FB, 45.3HC, 45.3AC, 45.3CC, 45.3CD, 45.3DA, 45.3DB, 45.3DC, 45.3FB, 45.3HA, 45.3JB, 45.3JD, 45.3LC, 45.3ZA, 74.2CC, 74.8KB, 74.8KD.  
(3) Les activités de bureau mentionnées à l'article D. 242-6-6 susvisé sont identifiées sous le code risque suivant : 00.00A.

**Construction de l'indicateur :** pour les entreprises assujetties à tarification individuelle, le taux brut de cotisation de l'année de référence (N-1) est calculé au regard du coût moyen par catégorie dans chaque CTN, multiplié par le nombre de sinistres de l'établissement par catégorie, sur 3 ans, le tout divisé par la masse salariale sur 3 ans. Ce taux brut est ensuite converti en taux net *via* prise en compte des majorations de mutualisation (coût des accidents de trajet, frais de fonctionnement et versements à l'assurance maladie au titre de la sous-déclaration des AT-MP, transferts vers les autres régimes et fonds dédiés à la prise en charge spécifique des salariés exposés à l'amiante), et du mécanisme d'écrêtement. Ce taux net est ensuite comparé à l'évolution de la sinistralité des entreprises, sur une période comparable.

Compte tenu de la date d'entrée en vigueur de la réforme, l'indicateur ne pourra être produit qu'à compter de 2013.

**Précisions méthodologiques :** l'indicateur ne concerne que les entreprises relevant de la tarification individuelle. En effet, la réforme ne change pas la façon de calculer les taux collectifs.

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

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

#### Sous-indicateur n° 2-1-1 : Évolution des reconnaissances de maladies professionnelles par les CRRMP au titre des tableaux (alinéa 3)

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

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

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Objectif
Affections rhumatologiques	2 767	3 036	3 150	3 634	4 429	4 926	5 527	<b>Repérage de maladies professionnelles non reconnues par la voie standard</b>
Affections amiante	475	509	524	458	462	466	510	
Surdité	295	285	245	272	248	233	230	
Affections respiratoires	86	151	84	166	113	146	158	
Affections de la peau	32	28	16	26	79	29	37	
Autres pathologies	151	38	162	119	132	113	102	
<b>Nombre de pathologies reconnues au titre de l'alinéa 3</b>	<b>3 806</b>	<b>4 169</b>	<b>4 181</b>	<b>4 675</b>	<b>5 463</b>	<b>5 913</b>	<b>6 564</b>	

Source: Bilan des CRRMP CNAMTS, 2012.

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

Tous régimes confondus, les reconnaissances des CRRMP au titre des tableaux (alinéa 3) concernent environ 6 600 demandes, dont 6 200 au régime général. Ce nombre a presque triplé depuis 2000. Les pathologies les plus fréquemment reconnues sont les affections rhumatologiques (84 %), devant les affections liées à l'amiante (8 %). Le nombre de reconnaissances par les CRRMP au titre des tableaux a augmenté de 72 % entre 2005 et 2011. En 2011, les reconnaissances au titre de l'alinéa 3 représentent 8,2 % de l'ensemble des maladies professionnelles reconnues au régime général.

En moyenne durant ces dernières années, environ la moitié des demandes déposées devant les CRRMP au titre de l'alinéa 3 ont fait l'objet d'un avis favorable (47 % d'avis favorable en 2011).

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

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

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

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

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

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

	1995	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Objectif
<b>Nombre de pathologies reconnues hors tableaux (alinéa 4)</b>	17	134	129	150	176	186	227	235	258	<b>Repérage de maladies professionnelles non reconnues par la voie standard</b>

Source: Bilan des CRRMP CNAMTS, 2012.

Comme pour les reconnaissances au titre de l'alinéa 3, seul le bilan des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) comptabilise de façon correcte les reconnaissances au titre de l'alinéa 4. Celles-ci ont été multipliées par 2 depuis 2004, reflétant la prise en compte de nouveaux risques. Entre 2006 et 2011, elles ont progressé de 72 %, passant de 150 à 258 tous régimes confondus.

27 % des demandes déposées devant les CRRMP au titre de l'alinéa 4 ont fait l'objet d'un avis favorable en 2011. Les cancers représentent près de 21 % des avis favorables rendus en 2011 au titre des reconnaissances hors tableaux, dont près de 8 % pour les seuls cancers liés à l'amiante. Viennent ensuite les affections psychologiques (environ 36 %) et les affections rhumatologiques (23 %).

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

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



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

**Finalité** : l'objet de cet indicateur est de mesurer les écarts entre les caisses d'assurance maladie (102 caisses primaires en métropole depuis la fusion de certains organismes, effective au 1<sup>er</sup> janvier 2010, et 4 caisses générales de sécurité sociale outre-mer) en matière de reconnaissance des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles. L'objectif visé est de réduire le plus possible ces écarts afin de renforcer l'équité de la réparation.

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

**Résultats** : les données relatives aux taux de reconnaissance sont présentées pour les années 2007 à 2011 :

Accidents du travail	Moyenne (en %)	Ecart-type	Moyenne pondérée 1er décile	Moyenne pondérée 9ème décile	Ecart D1-D9	Objectif
<b>2007</b>	82,0	4,3	74,0	88,5	14,5	Réduction de la dispersion
<b>2008</b>	81,1	4,2	73,0	87,5	14,5	
<b>2009</b>	81,1	4,4	73,1	88,0	14,8	
<b>2010</b>	79,6	4,5	71,9	86,8	14,9	
<b>2011</b>	77,2	4,4	70,5	85,0	14,5	
Accidents de trajet	Moyenne (en %)	Ecart-type	Moyenne pondérée 1er décile	Moyenne pondérée 9ème décile	Ecart D1-D9	
<b>2007</b>	74,6	7,6	61,1	85,8	24,7	
<b>2008</b>	74,7	5,9	64,4	84,1	19,7	
<b>2009</b>	77,1	4,1	69,7	84,3	14,7	
<b>2010</b>	77,4	4,4	69,9	84,9	14,9	
<b>2011</b>	<b>73,6</b>	<b>5,1</b>	<b>66,5</b>	<b>83,9</b>	<b>17,4</b>	

Source : CNAMTS - Datamart AT-MP à mi-juin 2012 (statistiques Orphée en date de dernière décision connue).

En 2011, les caisses ont reconnu en moyenne 77,2 % des accidents de travail déclarés (contre 79,6 % en 2010). Par ailleurs, l'écart-type, qui mesure la dispersion des taux de reconnaissances entre caisses primaires, est quasiment stable (4,4 % en 2011 contre 4,5 % en 2010), ce qui traduit la persistance d'une hétérogénéité des pratiques de reconnaissance. Pour les accidents de trajet, le taux de reconnaissance est inférieur en moyenne (73,6 % en 2011 après 77,4 % en 2010), et l'évolution de l'écart-type, qui avait continuellement baissé entre 2007 et 2009, est en hausse depuis 2010 (5,1 % en 2011 contre 4,4 % en 2010). L'hétérogénéité des pratiques des caisses primaires en termes de reconnaissance des accidents de travail et de trajet apparaît en légère augmentation en 2011.

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

**Construction de l'indicateur** : cet indicateur a été retenu par la CNAMTS afin de mesurer la qualité de traitement des dossiers par les caisses dans le cadre de l'objectif d'harmonisation des pratiques. Les données des taux de reconnaissance sont collectées et analysées par la CNAMTS à partir des statistiques annuelles Orphée disponibles récemment dans l'entrepôt de données AT-MP. Afin de tenir compte des différences de population salariée existant entre caisses, le taux de reconnaissance moyen pour les deux déciles extrêmes est calculé en pondérant le taux de reconnaissance de chaque caisse du décile par le nombre de dossiers déclarés à la caisse.

*Précisions méthodologiques* : les données présentées ici portent sur l'ensemble des caisses d'assurance maladie sous leur nouvelle forme, c'est-à-dire après fusions des organismes intervenues légalement au 1<sup>er</sup> janvier 2010 (102 CPAM et 4 CGSS pour les départements et territoires d'Outre-mer). Afin de rendre comparables les résultats des années 2010 et 2011 aux résultats des années antérieures, ces derniers ont dû être recalculés en considérant comme issues d'une seule et même caisse les déclarations traitées par deux caisses aujourd'hui fusionnées.

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

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

**Résultats** : des données relatives aux taux de reconnaissance des maladies professionnelles du tableau 57 (affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail, autrement dit des troubles musculo-squelettiques -TMS), pour les syndromes affectant le membre supérieur sont présentées pour les années 2007 à 2011 :

Maladies professionnelles	Moyenne (en %)	Ecart-type	Moyenne pondérée 1er décile	Moyenne pondérée 9ème décile	Ecart D1-D9	Objectif
2007	83,9	8,6	67,1	95,9	28,7	<b>Réduction de la dispersion</b>
2008	82,6	8,1	67,4	95,7	28,3	
2009	82,7	7,5	68,2	94,4	26,2	
2010	80,7	7,1	67,1	90,8	23,7	
2011	79,2	6,9	66,4	88,7	22,3	

Source : CNAMTS - Datamart AT-MP (statistiques Orphée en date de dernière décision à juin 2012).

En 2011, le taux moyen de reconnaissance des maladies professionnelles est en légère baisse, à 79,2 % contre 80,7 % en 2010. Toutefois, l'écart-type continue de diminuer entre 2010 et 2011, passant de 7,1 % en 2009 à 6,9 % en 2011. Cette réduction constante depuis 2007 traduit des progrès vers l'objectif national que constitue également pour la branche AT-MP la diminution des écarts de pratiques de reconnaissance des troubles musculo-squelettiques entre caisses primaires d'assurance maladie, le but étant de réduire ces écarts d'au moins 15 %.

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

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

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





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

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

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

Année	2010	2011	2012 (p)	2013 (p)	2014 (p)	2015 (p)	2016 (p)	2017 (p)	Objectif
Dépenses (Mds€)	11,2	11,6	11,9	11,9	12,3	12,6	12,8	13,1	
Recettes (Mds€)	10,5	11,3	11,8	12,2	12,6	13,1	13,7	14,2	
Solde (Mds€)	-0,7	-0,2	-0,1	0,3	0,4	0,6	0,8	1,1	
Recettes / dépenses	93,5 %	98,1 %	98,8 %	102,4 %	103,1 %	104,7 %	106,6 %	108,8 %	Équilibre

Source : PLFSS pour 2013.

Comme les autres branches du régime général, la branche AT-MP a été affectée à partir de 2009 par l'incidence de la crise économique et financière sur ses recettes. Toutefois, l'année 2010 a enregistré une progression modérée des charges, sous l'effet de la stabilisation de la contribution à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des sinistres, et une croissance assez vigoureuse des produits, qui permettent de ramener le ratio recettes / dépenses à 93,5 %. En 2011, une augmentation de 0,1 point en moyenne des taux de cotisation à la charge des employeurs a permis de rapprocher le solde de la branche de l'équilibre, compte tenu de l'absence d'inflexion notable de la trajectoire des dépenses. La prévision pour 2012 poursuit cette tendance au redressement, le déficit de la branche devant être proche de 100 M€.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 comporte une prévision de recettes de la branche AT-MP qui requiert une augmentation moyenne des taux de cotisation de 0,05 point. Les dépenses seront quant à elles stabilisées en raison d'une diminution du versement de la branche au FIVA, compte tenu des réserves importantes accumulées par ce Fonds. Ainsi la branche renouera-t-elle, pour la première fois depuis 2008, avec l'équilibre financier, les recettes excédant de 2,4 % les dépenses. Les années ultérieures seraient marquées par une amplification de cet excédent, les recettes étant supposée croître plus rapidement que les dépenses. Ainsi, les comptes de la branche reflèteront-ils plus fidèlement sa vocation assurantielle, qui commande que les contributions des employeurs soient effectivement calibrées à l'équilibre avec les coûts de l'indemnisation des sinistres.

Les comptes de la branche AT-MP sont affectés par des transferts importants vers d'autres branches ou fonds de financement de la sécurité sociale. En premier lieu, elle verse à la branche maladie une contribution au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui s'élève continuellement à 710 M€ de 2010 à 2017. En second lieu, une part croissante (18,6 % en 2011) des ressources de la branche est utilisée à l'indemnisation des victimes de l'amiante, dont 10,6 % sous forme de transferts aux fonds finançant les coûts liés à l'exposition à l'amiante d'origine essentiellement professionnelle : le FCAATA pour la préretraite des travailleurs qui ont été exposés à l'amiante et le FIVA pour l'indemnisation des victimes de l'amiante.

*Construction de l'indicateur* : l'indicateur est fondé sur les comptes de la branche accidents du travail - maladies professionnelles du régime général pour les exercices clos jusqu'en 2011 et prévisionnels de 2012 à 2017. Il rapproche, année après année, le total des charges supportées par la CNAMTS AT-MP du total de ses produits et apprécie l'écart éventuel entre ces deux grandeurs. L'équilibre de base de la branche est apprécié à l'aide du scénario macroéconomique sous-jacent aux projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2013. Ce scénario inclut les mesures nouvelles et peut de ce fait différer des prévisions publiées dans le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

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

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

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

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

- M1 : majoration forfaitaire « accidents de trajet » fixée en fonction du coût global des accidents du trajet inscrits à un compte collectif national ;
- M2 : majoration couvrant les charges suivantes : frais de rééducation professionnelle, charges de gestion du FNPAT, dépenses liées aux prélèvements au profit du FNPAT, du FNASS, du FNPEIS, du FNCM et du FNGA ;
- M3 : majoration couvrant les charges liées aux compensations inter régimes, au FCAT, et les dépenses inscrites au compte spécial (maladies professionnelles, charges du FIVA et du FCAATA) ;
- M4 : créée par l'article 2 du décret 2011-353 du 30 mars 2011, couvre les prévisions des dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif d'abaissement de l'âge de la retraite à 60 ans pour les personnes justifiant d'un taux d'incapacité permanente reconnue au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail au moins égal à 20 % et dans certaines conditions pour les personnes justifiant d'un taux compris entre 10 et 20 %.

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

Part des majorations d'équilibre	2000	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Objectif
M1 (accidents du trajet)	16,4 %	15,1 %	13,7 %	12,7 %	12,3 %	11,8 %	11,8 %	12,3 %	10,9 %	10,9 %	
M2 * (charges diverses)	27,1 %	24,4 %	23,6 %	22,8 %	21,4 %	20,2 %	20,0 %	20,3 %	21,3 %	21,5 %	
M3 (compte spécial...)	15,9 %	20,1 %	21,5 %	22,8 %	25,0 %	26,7 %	27,2 %	27,6 %	29,0 %	27,7 %	
M4 (pénibilité)										0,8 %	
<b>Part mutualisée (M1+M2+M3+M4)</b>	<b>59,9 %</b>	<b>59,7 %</b>	<b>58,8 %</b>	<b>58,3 %</b>	<b>58,7 %</b>	<b>58,7 %</b>	<b>59,1 %</b>	<b>60,2 %</b>	<b>61,2 %</b>	<b>61,0 %</b>	<b>Pas d'augmentation</b>

Source : CNAMTS statistiques nationales technologiques AT-MP - 2012, valeurs arrondies.

\* cf. construction de l'indicateur pour plus de précisions concernant la construction de la part de M2 dans le taux net.

L'ensemble des majorations d'équilibre représente une part du taux de cotisation AT-MP de l'ordre de 61 % en 2012. L'analyse en dynamique de la part mutualisée ne fait pas apparaître de tendance nette : en effet, la légère hausse globale constatée entre 2000 et 2003 (année au cours de laquelle

elle a atteint 60,8 %), a été suivie d'une baisse entre 2004 et 2006, puis d'une nouvelle hausse entre 2007 et 2011. De façon symétrique, la part des dépenses directement liée à la sinistralité des entreprises ou des branches (aussi appelée taux brut) connaît une évolution discontinue pour s'établir à 39 % des charges totales de la branche en 2012.

La part de la majoration M1, qui mutualise le coût des accidents de trajet, décroît constamment sur la période 2000 - 2012 (- 5,5 points au total). La majoration M2, qui couvre les charges de gestion de la branche, a également diminué entre 2000 et 2010 (-6,8 points) avant d'augmenter de 1,2 point entre 2010 et 2012. À l'inverse des évolutions constatées pour M1 et M2, la part relative de la majoration M3 a progressé entre 2000 et 2011 (+ 13,1 points) avant de diminuer de 1,3 point en 2012. Cette hausse reflète la dynamique des dépenses inscrites dans le champ de la majoration. Les maladies professionnelles imputées au compte spécial et surtout l'indemnisation des personnes exposées à l'amiante constituent les facteurs principaux de progression de M3 sur la période 2000-2011. La part de la nouvelle majoration M4, créée par l'article 2 du décret 2011-353 du 30 mars 2011, s'élève à 0,8 %.

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

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

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

L'indicateur consiste à rapporter les majorations d'équilibre M1, M2, M3 et M4 au taux net moyen de cotisation de la branche « accidents du travail / maladies professionnelles » ainsi calculé. Il est exprimé en pourcentage de ce taux. Pour M2, compte tenu de la formule de calcul du taux net ci-dessus où M2 apparaît multiplicativement avec M1 et le taux brut, la part de la majoration M2 relativement aux taux net correspond en fait à  $[M2 * (\text{taux brut} + M1)] / \text{taux net}$ .

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

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

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

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

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

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

*Résultats* : les montants nets récupérés évoluent comme suit :

Millions d'€ courants	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Part 2011 de chacun des régimes	Évolution annuelle 2006 / 2011	Taux moyen de recouvrement 2011*	Objectif
CNAM	329,8	379,7	411,8	367,4	288,8	187,9	86,4 %	-10,6 %	4,5 %	
MSA - salariés	9,7	9,7	9,7	8,4	9,3	10,2	4,7 %	1,0 %	2,4 %	
MSA - exploitants	1,3	1,7	2,1	1,8	2,8	2,0	0,9 %	8,6 %	2,2 %	
ATIACL	1,5	1,3	1,2	1,3	2,3	0,7	0,3 %	-13,8 %	0,5 %	
CANSSM	0,2	0,1	0,1	0,2	1,2	1,8	0,8 %	60,0 %	0,5 %	
SNCF	4,4	5,9	6,0	-0,2	-0,8	-0,4	-0,2 %	-162,9 %	4,0 %	
RATP	0,7	0,6	1,1	1,4	1,4	3,0	1,4 %	32,5 %	22,6 %	
ENIM	2,4	2,5	1,5	2,5	4,4	12,1	5,5 %	37,8 %	18,6 %	
Banque de France	0,1	0,3	0,1	0,8	0,3	0,2	0,1 %	5,9 %	7,2 %	
<b>Tous régimes de base</b>	<b>350,1</b>	<b>401,9</b>	<b>433,7</b>	<b>383,6</b>	<b>309,6</b>	<b>217,4</b>	<b>100,0 %</b>	<b>-9,1 %</b>	<b>4,1 %</b>	<b>Augmentation</b>

Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale - septembre 2012.

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

86,4 % des sommes récupérées au titre du recours contre tiers nets dans la branche « accidents du travail – maladies professionnelles » en 2011 sont recouvrées par le régime général qui totalise 85 % de la dépense de prestations légales d'AT-MP, soit un rendement estimé à 188 M€ (soit une baisse de 11 % sur la période 2006-2011).

En 2011, les sommes recouvrées par la CNAMTS au titre des recours contre tiers nets ont représenté 4,5 % des charges de la caisse, soit un pourcentage supérieur à celui constaté dans la plupart des autres régimes, à l'exception de la RATP, ENIM et la Banque de France. Le taux moyen de recouvrement en 2011 est estimé à 4,1 %, tous régimes confondus. Pour le régime général, les recours contre tiers nets ont poursuivi en 2011 la baisse entamée en 2009, en diminuant de 35 %. Cette baisse du RCT de la CNAM AT-MP est due à une opération exceptionnelle et essentiellement non reconductible d'apurement des créances anciennes qui s'est traduit par une forte hausse des provisions.

*Construction de l'indicateur* : les données figurant dans les comptes de chaque régime de sécurité sociale, au titre de la branche AT-MP, sont reprises des comptes arrêtés de ces régimes. La part de chaque régime sur le total des montants récupérés a été calculée. Par ailleurs, l'évolution annuelle moyenne du rendement des recours a été estimée sur la période 2006 - 2011.

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

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

Les sigles figurant dans le tableau sont explicités à l'indicateur de cadrage n° 1. L'objectif pertinent en matière de recours contre tiers serait une hausse des récupérations en part des créances. Les données actuellement disponibles ne permettent pas de mesurer ce taux, faute d'une vision globale des créances. L'objectif retenu est donc une augmentation des montants récupérés.