

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
1 – Réduire la fréquence et la gravité des accidents du travail, des accidents du trajet et des maladies professionnelles grâce à la prévention	Fréquence et gravité des AT-MP			
	1-1- Indice de fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles : avec arrêt de travail ou avec incapacité permanente	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			
	1-3-1 - Nombre de journées de travail perdues en raison d'un accident du travail pour 1 000 heures travaillées	Diminution	CNAMTS/DSS	CNAMTS
	1-3-2 - Taux moyen d'une incapacité partielle permanente pour les AT, les MP et les accidents de trajet ayant donné lieu à une incapacité permanente	Diminution		
	Efficacité des contrôles			
	1-4- Visites de contrôle de l'inspection du travail et de prévention de l'assurance maladie			
	1-4-1 - Évolution du nombre de visites d'inspection sur la conformité des démarches d'évaluation des risques dans les entreprises		DGT	DGT/CNAMTS
	1-4-2 - Évolution du nombre de visites de prévention de l'assurance maladie		DRP	
	1-5 - Efficacité des actions de prévention menées par la CNAMTS			
	1-5-1 - Évaluation des actions d'information et/ou de communication à visée préventive	Impact le plus élevé possible	CNAMTS	CNAMTS
	1-5-2 - Évaluation de l'impact du Plan national d'actions coordonnées	Objectifs du PNAC	CNAMTS	CNAMTS
Efficacité de la tarification				
1-6 - Évolution comparée des taux de cotisations AT-MP et de la sinistralité des entreprises			CNAMTS/DSS	DSS

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

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

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

Résultats : les indices de fréquence des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles avec arrêt évoluent de la manière suivante de 2001 à 2012 pour 1 000 salariés :

Catégorie de sinistre	2001	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Objectif
Accidents du travail avec arrêt	42,8	39,1	39,4	39,4	38	36,0	36,0	36,2	35,0	Diminution
<i>AT ayant entraîné une IP</i>	2,5	2,9	2,6	2,5	2,4	2,4	2,3	2,2	2,2	
<i>AT avec décès</i>	<i>n.d</i>	<i>n.d</i>	<i>n.d</i>	<i>n.d</i>	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	
Accidents de trajet avec arrêt	5	4,6	4,7	4,7	4,7	5,1	5,2	5,3	4,8	
<i>At ayant entraîné une IP</i>	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	0,5	0,4	
<i>At avec décès</i>	<i>n.d</i>	<i>n.d</i>	<i>n.d</i>	<i>n.d</i>	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	
Maladies professionnelles avec arrêt	1,4	2,3	2,4	2,4	2,5	2,7	2,7	2,9	2,9	
<i>MP ayant entraîné une IP</i>	0,6	1,2	1,3	1,2	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	
<i>MP avec décès</i>	<i>n.d</i>	<i>n.d</i>	<i>n.d</i>	<i>n.d</i>	0,02	0,03	0,03	0,03	0,03	

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2013. 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 (-18,2% sur la période 2001 - 2012). 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 35 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 entre 2009 et 2011 avant de baisser en 2012 pour atteindre 4,8 accidents pour mille salariés.

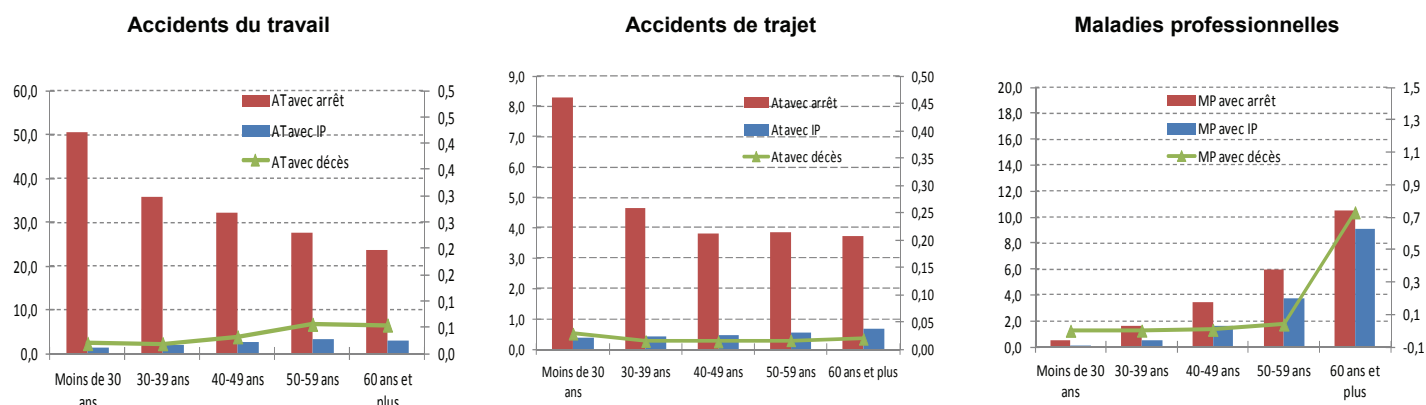
Sur le champ plus précis des accidents du travail ayant entraîné une incapacité permanente, c'est-à-dire ceux pour lesquels la gravité du sinistre est plus importante, la baisse de l'indice de fréquence est un peu moins forte (- 12,3 % entre 2001 et 2012). L'indice de fréquence des accidents de trajet ayant entraîné une incapacité permanente baisse également de façon importante (- 13 %).

Sur le champ des maladies professionnelles, l'indice de fréquence des maladies professionnelles avec arrêt, comme l'indice de fréquence des maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente, sont tous deux en nette progression sur la période 2001 - 2012 (+ 107 % pour l'indice avec arrêt et + 161 % 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° 3), et marque par ailleurs une évolution de la gravité des maladies professionnelles.

La part des accidents et des maladies professionnelles mortels est très faible quelque soit les sinistres, elle est inférieure à un accident pour mille salariés. Les décès sont plus fréquents en accident du travail et dans le secteur du bâtiment.

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 2012



Source : Calculs DSS sur la base de données CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2013.
 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 32,5 % de l'ensemble des AT avec arrêt en 2012. Rapportée à l'effectif des actifs occupés, la fréquence des AT chez les personnes âgées de moins de 30 ans est de 50,5 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 8,3 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 faible.

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 2012 environ 14 % du flux des maladies professionnelles avec incapacité permanente nouvellement indemnisées par la CNAMTS, (cf. indicateur de cadrage n° 7).

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

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° 4 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.

La ventilation des sinistres par classe d'âge est issue des statistiques nationales technologiques AT-MP de la CNAMTS pour 2012.

L'effectif des actifs occupés, utilisé pour déterminer la distribution de la sinistralité par âge, a été estimé à partir de l'enquête emploi 2011 (INSEE). Les données de la CNAMTS ne concernant que le régime général, les actifs non salariés et ceux travaillant pour l'Etat ou une collectivité locale ainsi que les actifs du régime agricole ont été retranchés du total des actifs occupés.

Indicateur n°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° 4), 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 2012 :

Secteurs d'activité (comités techniques nationaux - CTN)	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Objectif
Indice moyen national des CTN B, D et F* (1)	71,3	71,7	67,6	65,6	65,2	64,9	65,1	62,6	59,4	58,3	58,5	55,5	Diminution
Indice moyen national Accidents du travail (2)	42,8	43,0	40,9	39,5	39,1	39,4	39,4	38,0	36,0	36,0	36,2	35,0	
Surreprésentation** par rapport à la moyenne des accidents dans les trois secteurs les plus à risque (1) / (2)	1,67	1,67	1,65	1,66	1,67	1,65	1,65	1,65	1,65	1,62	1,62	1,59	

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2013.

* 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 1,59 signifie une surreprésentation de 59 % 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 2012 (- 22 % sur la période) à un rythme légèrement plus rapide que celui de l'indice de fréquence moyen tous secteurs confondus (- 18 %, cf. indicateur « Objectifs / Résultats » n°1-1, 1er 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 2012 par une sinistralité qui demeure supérieure de 59 % 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° 4.

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 qui se base, par construction, sur le champ réduit des sinistres ayant entraîné une IP (à savoir 6,3 % des accidents du travail avec arrêt, 9 % des accidents de trajet avec arrêt et 54,2 % des maladies professionnelles avec arrêt pour l'année 2012) ;
- 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 2012 :

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

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2013.

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 % entre 2001 et 2012 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 2012 varient comme suit :

Catégorie de sinistre	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Objectif
Accidents du travail	9,9	9,9	9,8	10,2	10,6	10,3	10,3	10,7	10,3	10,2	Diminution
Accidents de trajet	14,3	14,1	14,3	14,1	14,3	14,2	13,6	14,2	13,9	13,5	
Maladies professionnelles	16,5	16,2	15,5	15,5	16,1	15,4	15,4	15,1	14,5	13,9	

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) – 2013.

Le taux moyen d'incapacité permanente pour les accidents de travail a augmenté de 3,3 % entre 2003 et 2012. Cette faible évolution (0,33 % par an en moyenne) peut s'expliquer par le fait que seuls 6 % des accidents du travail avec arrêt ont donné lieu en 2012 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 9 % des accidents de trajet avec arrêt, a diminué sur la période allant de 2003 à 2012 (- 6 %). 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 (environ 119 000). La baisse du nombre d'accidents de trajet avec IP (8 103 en 2012) explique en partie une nouvelle baisse du taux moyen d'incapacité permanente en 2012.

Dans le champ des maladies professionnelles, le taux moyen d'incapacité permanente est mesuré sur un peu plus de la moitié des maladies professionnelles avec arrêt (54,2 %). Il évolue plus fortement à la baisse (- 16 % sur la période 2003 - 2012). Si l'on rapproche cette évolution des résultats mis en évidence à l'indicateur « objectifs/résultats » n° 1-1, 1^{er} sous-indicateur, on note une progression très dynamique de la fréquence des maladies avec incapacité permanente alors que le taux moyen d'incapacité permanente tend à diminuer. Ce phénomène pourrait s'expliquer par l'accroissement de la part des maladies les moins graves (celles pour lesquelles les taux d'incapacité sont les plus faibles) au sein des sinistres avec incapacité permanente. Ainsi, les troubles musculo-squelettiques, qui comptent pour 78 % 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 42 100 en 2012.

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.

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

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.

Finalité : les inspections et contrôles mis en œuvre par les services de l'inspection du travail visent à s'assurer de la bonne application de la réglementation du travail. Les visites et contre-visites menées sur l'évaluation des risques professionnels permettent d'apprécier l'impact des initiatives prises par les employeurs pour prévenir les expositions aux risques professionnels.

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

	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre de visites de contrôle	152 000	170 000	220 000	191 500	137 810
dont santé-sécurité au travail (en %)	96 100 63%	108 900 64%	145 300 66%	128 500 67%	87 736 64%
dont évaluation des risques professionnels (ERP) (en %)	20 000 13%	29 000 17%	42 700 29%	33 800 26%	20 278 23%
- ayant donné lieu à contre-visites en matière d'ERP (1)	1 804	2 979	5 086	5 190	3 015
- contre-visites sans observations (2)	650	933	1 687	1 527	889
Taux d'impact des visites de contrôle en matière d'ERP (2)/(1)	36 %	31 %	33 %	29%	29%

Source : Direction générale du Travail - CAP SITERE.

Les données de l'année 2012 ne sont pas représentatives de l'activité réelle des services d'inspection du travail. En effet, cette année a été marquée par un mouvement collectif de contestation et d'un boycott des saisies de l'outil Cap Sitere, amorcé en 2011. Il est donc difficile d'effectuer des analyses ou des comparaisons avec les années précédentes.

Cependant, il convient de noter que les équilibres se maintiennent tant en ce qui concerne le poids des interventions qui portent sur les sujets de santé et sécurité au travail, celui du sujet de la prise en compte de l'évaluation des risques professionnels dans les entreprises. Ce dernier sujet reste cette année encore la priorité nationale qui mobilise le plus les agents de contrôle. Ils en font un point de contrôle quasi systématique.

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.

Par ailleurs, une campagne ciblée a été organisée dans le cadre de la campagne européenne sur la prévention de l'exposition des salariés aux risques psycho-sociaux (RPS). Cette campagne d'initiative européenne s'est déroulée entre le 15 septembre et le 15 décembre 2012. Elle a été organisée conjointement avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), l'ANACT et l'INRS. La France a ciblé les secteurs médico-sociaux à but lucratif et non lucratif et celui du commerce de détail alimentaire.

Elle a largement mobilisé les services en terme de formation des agents à la problématique (1110 agents formés soit 40% des agents de contrôle) : 1 658 contrôles (soit 15% des contrôles réalisés dans l'ensemble de l'Union Européenne) ont été réalisés en France, dont 52% dans des établissements relevant du secteur médico-social. Ces interventions ont concerné 113 820 salariés, dont 60% dans le secteur médico-social.

Il ressort que les établissements du secteur sanitaire et social sont plus engagés dans la prévention des RPS que ceux du commerce de détail alimentaire : 65% ont engagé une démarche de prévention, contre 30% des entreprises du secteur du commerce de détail. De ce fait les établissements du secteur sanitaire et social sont aussi plus engagés dans la prévention des RPS : 33% du total des établissements du secteur ont mis en place un plan d'actions de prévention, contre seulement 15% des établissements du commerce de détail alimentaire. Le nombre d'actions mises en œuvre est encore faible dans ces deux secteurs. Toutefois certains facteurs sont de nature à favoriser la démarche : le bon fonctionnement du dialogue social et la présence d'un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) dont les membres ont bénéficié d'une formation contribuent à l'engagement d'une démarche d'évaluation des RPS. De même, l'implication du médecin du travail à travers une prise en compte des RPS sur la fiche d'entreprise, joue en faveur d'une plus grande implication des établissements.

En 2013, la campagne nationale de contrôle porte sur les risques forestiers et sylvicoles. Elle vise à sensibiliser les professionnels de façon à ce qu'ils s'approprient la réglementation sur l'organisation des chantiers forestiers et sylvicoles en sécurité (décret du 17/12/2010) et qu'ils la mettent en pratique. Elle se déroule du 1^{er} mars 2013 au 28 février 2014.

Construction de l'indicateur : 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 (ce qui indique que l'entreprise a régularisé sa situation en matière d'ERP entre les deux visites) 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	2012
Nombre de visites	53 326	58 078	59 153	60 396	61 163	82 114
Etablissements à risque avéré : % d'accidents de travail reconnus dans les entreprises visitées	35,18 %	35,82 %	36,07 %	34,21 %	33,79 %	34,14 %
% d'interventions vers les TPE	-	-	14,98 %	15,52 %	15,69 %	15,15 %

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 2012, en moyenne, 34,1 % d'accident de travail avaient été reconnus dans ces entreprises. D'autre part, les agents de l'assurance maladie visitent des très petites entreprises (TPE) : en 2011, 15,2 % des entreprises visitées étaient des TPE.

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

- 44,2 % actions directes (44,1 % en 2011) : 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 ;
- 9,3 % actions branche (8,8 % en 2011) : 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) ;
- 20,0 % formation, information et communication (21,1 % en 2011) : formation à destination des entreprises et des organisations syndicales ;
- 17,9 % activités internes : démarche qualité, fonctionnement et coordination interne au service ;
- 8,6 % 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 que 3,7 % 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 2012, 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^{ème} sous indicateur) qui sont présentées dans le tableau suivant :

Actions d'information et/ou de communication	2009	2010	2011	2012	Objectif
Actions de presse et publications	53	131	153	123	Impact le plus élevé possible
Salons	7	16	20	10	
nombre de visiteurs	<i>inconnu</i>	11 225	13 621	14 578	
taux de satisfaction des participants	<i>inconnu</i>	84 %	89 %	88 %	
Colloques, Forum ou conférences débats	204	190	201	24	
nombre de participants	<i>inconnu</i>	12 682	12 480	3 306	
taux de satisfaction des participants	<i>inconnu</i>	89 %	90 %	94 %	
Autres manifestations	<i>inconnu</i>	64	67	16	
Nombre de participants	<i>inconnu</i>	5 456	5 343	1 281	
Taux de satisfaction des participants	<i>inconnu</i>	86 %	85 %	95 %	
Marketing direct	<i>inconnu</i>	41	80	<i>inconnu</i>	
TOTAL	264	442	521	173	
Nombre de participants	12 378	29 7373	31 444	19 165	

Source : DRP - CNAMTS.

Au total, 173 actions de communication ont été réalisées par les caisses en 2012 sur les thèmes du Plan national d'actions coordonnées (PNAC), en baisse par rapport à 2011 (- 67 %) pour répondre aux fortes contraintes budgétaires de la Branche AT/MP. Il s'agit d'actions de presse et de publications (au nombre de 123, de salons (10), de colloques ou conférences-débats (24) et de diverses autres manifestations et de type évènements (16).

D'une façon générale, le taux de satisfaction des participants à ces actions de communication est très fort, entre 88 % et 95 % selon le type d'action. Plus de 19 000 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 2012.

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

Programme	Indicateur	Valeur de l'indicateur				Objectif
		2009	2010	2011	2012	
Réduire les troubles musculo-squelettiques (TMS)	Indice de fréquence des TMS dans les secteurs d'activité ciblés	4,2	4,4	4,7	4,5	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	46 500	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 %	N/A*	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 %	nd	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	-	nd	Doublement du nombre d'intervenants internes et externes référencés entre 2009 et 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	2,81	-15 % du taux de fréquence des AT graves entre 2008 et 2011 dans les 3 secteurs concernés

Source : Direction des risques professionnels – CNAMTS.

* L'action VUL du PNAC s'est terminée en 2011. Pour 2012, l'indicateur pour l'action risque routier était sur le nombre d'actions collectives mises en œuvre pour prévenir le risque trajet. Au total, 124 actions collectives ont été mises en œuvre.

Troubles musculo-squelettiques (TMS)

La branche AT-MP s'est engagée depuis plusieurs années dans la prévention des TMS qui fait l'objet de l'un des volets du PNAC 2009-2012. L'objectif affiché de « stabiliser l'indice de fréquence de ces maladies professionnelles » avant fin 2012 n'a pas été atteint, même si 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.

En 2012, on note une décroissance de 4,2% de l'indice de fréquence par rapport à 2011.

Pour prévenir le risque TMS, environ 70 actions collectives ont été menées en 2012 sur 4 secteurs d'activité : l'agroalimentaire, le BTP, l'aide et soins à domicile et la mise en propreté. Il s'agit principalement d'actions d'information, de sensibilisation et de formation impliquant le plus souvent les organisations professionnelles – nationales ou régionales –, les Direccte (Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi), les Aract (Associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail) et les services de santé au travail de la circonscription de la Caisse.

Risque cancérigène, mutagène et reprotoxique (CMR)

Afin de réduire le nombre de salariés exposés aux agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR), les agents des services prévention des Caisses accompagnent les entreprises dans l'identification du risque et dans la mise en oeuvre de solutions visant à supprimer ou substituer le risque lorsque cela est techniquement réalisable. A défaut, des actions de maîtrise des expositions aux substances et procédés cancérigènes au plus bas niveau techniquement possible sont menées.

Depuis le lancement du programme en 2009, plus de 6 500 entreprises ont ainsi bénéficié d'une intervention ; ces actions ont permis de repérer environ 100 000 salariés exposés et de soustraire plus de 46 500 d'entre eux à au moins un produit cancérigène.

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, en 2011, 311 entreprises qui ont mis en oeuvre 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 oeuvre ces 3 outils ont bénéficié d'aides financières.

Risques psychosociaux

Le PNAC RPS et les actions qui en ont découlé ont permis de donner à la grande majorité des caisses un vocabulaire et une culture commune. Toutes les CARSAT ont effectué l'action de communication prévue vers les différents acteurs des entreprises.

Dans chacune des régions, les Caisses ont constitué un réseau de consultants capables d'intervenir en entreprise en reprenant pour tout ou partie la stratégie d'action de la branche.

La donnée n'est pas disponible pour 2012.

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 2012 une baisse du taux de fréquence des AT graves (avec incapacité

permanente ou décès) de 12,76 %. Par secteur, cette baisse est de -15 % pour le *BTP*, - 1,9 % pour la grande distribution et - 12,4 % pour l'intérim.

Ces résultats sont à nuancer, sachant que la gravité d'un AT peut n'être mesurée que plusieurs années après sa survenance lorsque le taux d'IP est notifié.

Dans le secteur du BTP, les Caisses régionales mènent depuis 2009 des actions auprès des maîtres d'ouvrages et des entreprises pour améliorer la prévention des principaux facteurs de risques : chutes de hauteur, manutention manuelle, hygiène et conditions de travail. Document de référence, le « socle commun de prévention » présente les mesures à intégrer dans les marchés puis à mettre en œuvre sur les chantiers. Depuis 2009, les Caisses régionales ont mené plus de 5 000 actions auprès des maîtres d'ouvrage sur la base des mesures de prévention préconisées par ce socle commun.

La grande distribution a concentré son action en 2012 sur la prévention des TMS : près de 9 % des établissements représentant toutes les enseignes ont été visités, ce qui a notamment permis d'accompagner la mise en œuvre de la recommandation R 461 qui limite la hauteur de manipulation des produits à 1,80 m. Cette démarche a permis de réorganiser la logistique dans la plupart des grandes enseignes, qui sont désormais livrées à plus de 80 % par des palettes inférieures à 1,80 m.

Dans le secteur de l'intérim, suite à l'état des lieux réalisé dans les agences d'emploi (AE) et dans les entreprises utilisatrices (EU) depuis 2009, de nombreux outils ont été développés pour apporter des solutions afin d'améliorer la prévention des AT/MP des intérimaires. Diffusés essentiellement par le canal des Caisses régionales, tous ces documents sont aujourd'hui à disposition des AE et des EU.

Par ailleurs, une stratégie a été définie vis-à-vis des majors du secteur de l'intérim, pour leur demander notamment une description de leur plan d'action pour les années à venir.

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 apparu difficilement lisible, que ce soit en termes de sanction ou de prévention, un nouveau système a été adopté 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.

COMITÉ TECHNIQUE national	COÛTS MOYENS (en euros)									
	Catégories d'incapacité temporaire (IT)						Catégories d'incapacité permanente (IP)			
	Sans arrêt de travail ou arrêts de travail de moins de 4 jours	Arrêts de travail de 4 jours à 15 jours	Arrêts de travail de 16 jours à 45 jours	Arrêts de travail de 46 à 90 jours	Arrêts de travail de 91 à 150 jours	Arrêts de travail de plus de 150 jours	IP de moins de 10%	IP de 10% à 19%	IP de 20% à 39%	IP de 40% et plus ou décès de la victime
Industries de la métallurgie CTN A	218	518	1 732	4 693	9 249	31 189	1 978	49 427	96 445	440 460
Industries du bâtiment et des travaux publics CTN B (hors départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle)	303	467	1 547	4 299	8 367	30 731	2 086	92 119 (gros œuvre) 92 614 (second œuvre) (2) 151 399 (bureau) (3)		
Industries du bâtiment et des travaux publics CTN B (pour les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle)	303	467	1 547	4 299	8 367	30 731	2 086	47 339	91 249	373 766
Industries des transports, de l'eau, du gaz, de l'électricité, du livre et de la communication CTN C	294	551	1 679	4 449	8 608	28 184	2 054	47 849	92 595	390 451
Services, commerces et industries de l'alimentation CTN D	296	434	1 351	3 794	7 142	23 175	2 025	42 149	80 864	370 772
Industries de la chimie, du caoutchouc et de la plasturgie CTN E	282	559	1 794	4 866	8 889	30 967	2 068	47 872	94 185	479 904
Industries du bois, de l'ameublement, du papier-carton, du textile, de vêtement, des cuirs et des peaux et des pierres à feu CTN F	325	500	1 685	4 394	8 226	28 621	2 038	45 487	87 608	409 156
Commerces non alimentaires CTN G	258	487	1 524	4 230	8 316	27 546	2 041	45 490	88 367	370 648
Activités de services I CTN H	127	389	1 262	3 914	7 509	24 951	1 987	44 606	86 544	445 030
Activités de services II CTN I	221	404	1 296	3 480	6 740	22 782	2 058	41 016	77 273	304 837

(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, 45.2CC,

(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,

(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 2014.

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 indemnisables, passe généralement par leur inscription dans un tableau spécifiant les conditions à remplir : délai de prise en charge, durée d'exposition au risque et liste des travaux effectués. Lorsque tous les critères définis dans le tableau ne sont pas remplis, un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) peut reconnaître le caractère professionnel de la maladie au titre de l'alinéa 3 de l'article L 461-1 du code de la Sécurité sociale (voir ci-dessous les précisions méthodologiques).

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 de l'alinéa 3 des tableaux, tous régimes confondus, est présentée ci-dessous :

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Affections rhumatologiques	2767	3036	3150	3634	4429	4926	5 527	6501
Affections amiante	475	509	524	458	462	466	510	515
Surdité	295	285	245	272	248	233	230	249
Affections respiratoires	86	151	84	166	113	146	158	176
Affections de la peau	32	28	16	26	79	29	37	38
Autres pathologies	151	38	162	119	132	113	102	122
Nombre de pathologies reconnues au titre de l'alinéa 3	3806	4169	4181	4675	5463	5913	6564	7598

Source: Bilan des CRRMP CNAMTS, 2012. (Voir ci-dessous les précisions méthodologiques).

Les CRRMP ont donné 7598 avis favorables pour des affections figurant dans les tableaux, ce qui représente 14 % de l'ensemble des maladies professionnelles reconnues en 2012.

Ce nombre a doublé en huit ans avec un accroissement annuel qui s'accroît : plus de 1000 reconnaissances supplémentaires en 2012, soit une augmentation de 2,4% en un an.

En 2012, le pourcentage d'avis favorables suite à une demande de reconnaissance est de 46%, ce pourcentage reste stable depuis plusieurs années.

Les pathologies les plus fréquemment reconnues sont les affections rhumatologiques (85 %), loin devant les affections liées à l'amiante (7%).

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

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

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

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 : le tableau ci-dessous montre l'évolution des reconnaissances au titre de l'alinéa 4, tous régimes confondus

	1995	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre de pathologies reconnues hors tableaux (alinéa 4)	17	129	150	176	186	227	235	258	299

Source: Bilan des CRRMP CNAMTS, 2012.

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

25 % des 1197 demandes de reconnaissance au titre de l'alinéa 4 ont fait l'objet d'un avis favorable en 2012. Le nombre de ces reconnaissances a été multiplié par deux en six ans, reflétant la prise en compte de nouveaux risques.

Les affections malignes concernent 34 % des demandes et, avec un taux de reconnaissance de 20%, elles représentent 27% des reconnaissances. Sur les 87 cancers demandés au titre d'une exposition à l'amiante 10 ont été reconnus d'origine professionnelle.

En 2012 il y a eu 377 demandes de reconnaissance de pathologies ostéo-articulaires, ce qui représente 32 % des demandes. Seules 22 % de ces demandes ont donné lieu à un avis favorable de la part des CRRMP.

Les demandes de reconnaissance d'une affection psychique représentent 19 % des dossiers avec un taux de reconnaissance qui atteint 40 %.

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

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

Résultats : les données relatives aux taux de reconnaissance sont présentées pour les années 2007 à 2012 :

	Moyenne (en %)	Ecart-type	Moyenne pondérée 1er décile	Moyenne pondérée 9ème décile	Ecart D1-D9	Objectif	
Accidents du travail							
2007	82,0	4,3	74,0	88,5	14,5	Réduction de la dispersion	
2008	81,1	4,2	73,0	87,5	14,5		
2009	81,1	4,4	73,1	88,0	14,8		
2010	79,7	4,4	71,9	86,8	15,0		
2011	77,4	4,3	70,5	85,0	14,5		
2012 (janvier à sept) (*)	75,9	4,6	68,2	83,2	15,0		
Accidents de trajet							
2007	74,6	7,6	61,1	85,8	24,7		
2008	74,7	5,9	64,4	84,1	19,7		
2009	77,1	4,1	69,7	84,4	14,7		
2010	77,4	4,4	70,0	84,9	14,9		
2011	73,7	5,1	67,0	83,9	17,0		
2012 (janvier à sept) (*)	73,6	5,0	66,5	81,5	15,1		

Source : CNAMTS - Datamart AT-MP interrogé le 11 février 2013, (statistiques Orphée en date de dernière décision connue). (*) Résultats provisoires non stabilisés.

En 2012, les caisses ont reconnu en moyenne 75,9% des accidents de travail déclarés (contre 77,4 % en 2011). Par ailleurs, l'écart-type, qui mesure la dispersion des taux de reconnaissances entre caisses primaires, est légèrement augmenté mais reste stable (4,6 % en 2012 contre 4,3 % en 2011), 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 2012 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 % en 2012 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 2012.

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.

Les taux 2012 ne sont ici calculés qu'à partir des données des trois premiers trimestres 2012, le recul nécessaire pour des données exhaustives sur les accidents du travail, comme sur les accidents de trajet, n'étant pas encore disponible au sein du Datamart AT-MP, suite aux difficultés rencontrées lors de l'évolution en cours du système national d'information.

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^{er} janvier 2010 (102 CPAM et 4 CGSS pour les départements et territoires d'Outre-mer). Afin de rendre comparables les résultats des années 2010 à 2012 aux résultats des années antérieures, ces derniers ont dû être recalculés en considérant comme issues d'une seule et même caisse les déclarations traitées par deux caisses aujourd'hui fusionnées.

D'autre part, le décret n° 2009-938 du 29 juillet 2009 (paru au J.O. du 31 juillet 2009 et mis en application au 1^{er} 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 2012 :

Maladies professionnelles TMS 57 membre supérieur	Moyenne (en %)	Ecart-type	Moyenne pondérée 1er décile	Moyenne pondérée 9ème décile	Ecart D1-D9	Objectif
2007	84,0	8,6	67,3	96,1	28,9	Réduction de la dispersion
2008	82,7	8,0	67,5	95,5	28,0	
2009	82,6	7,6	67,9	94,0	26,2	
2010	81,4	7,0	68,5	91,2	22,7	
2011	79,8	6,9	66,5	89,5	23,0	
2012 (janvier à juin) (*)	73,5	8,3	57,0	84,3	27,3	

Source : CNAMTS - Datamart AT-MP interrogé le 11 février 2013, (statistiques Orphée en date de dernière décision connue). (*) résultats provisoires non stabilisés.

En 2012, le taux moyen de reconnaissance des maladies professionnelles connaît une baisse significative. En effet, celui-ci est passé de 80,7 % en 2010 à 73,5 % en 2012. Suite à plusieurs années de diminution, l'écart-type a augmenté en 2012, passant de 7,6 % en 2009 à 8,3 % en 2012. Cette hausse s'oppose à la réduction constante observée depuis 2007. Ceci se traduit par un fléchissement des progrès accomplis pour atteindre l'objectif national dont fait parti, 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.

Les taux 2012 ne sont ici calculés qu'à partir des données du premier semestre 2012, le recul nécessaire pour des données exhaustives sur les MP n'étant pas encore disponible au sein du Datamart AT-MP, suite aux difficultés rencontrées lors de l'évolution en cours du système national d'information.

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

- le taux de reconnaissance global concernant l'ensemble des maladies masquerait une très grande diversité de taux suivant les secteurs d'activité. En effet, le caractère professionnel de la maladie ne peut être établi systématiquement de façon évidente, dépendant du type de pathologie ;
- les maladies professionnelles du tableau 57 du membre supérieur représentent près de 80% des maladies reconnues chaque année et permettent donc d'établir un constat robuste sur le plan statistique.

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

Finalité : l'indicateur de taux d'adéquation des dépenses et des recettes retenu est similaire à celui présenté pour chacune des branches de la sécurité sociale examinées dans les différents programmes de qualité et d'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	2013 (p)	2014 (p)	2015 (p)	2016 (p)	2017 (p)	Objectif
Dépenses (Mds€)	11,2	11,6	11,7	11,5	12,0	12,1	12,3	12,5	
Recettes (Mds€)	10,5	11,3	11,5	11,8	12,1	12,5	13,0	13,5	
Solde (Mds€)	-0,7	-0,2	-0,2	0,3	0,1	0,4	0,6	0,9	
Recettes / dépenses	93,5%	98,1 %	98,5 %	102,5 %	100,6 %	103,0 %	105,0 %	107,4 %	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. En 2011, une augmentation de 0,1 point en moyenne des taux de cotisation à la charge des employeurs a toutefois permis de rapprocher le solde de la branche de l'équilibre, compte tenu de l'absence d'inflexion notable de la trajectoire des dépenses. En 2012, la hausse des transferts versés par la branche, au titre de la sous-déclaration des accidents du travail, de la dotation au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et de la prise en charge des départs dérogatoires pour pénibilité, a retardé le retour à l'équilibre. En 2013, le retour à l'équilibre serait acquis compte tenu d'une hausse de 0,05 point en moyenne du taux de cotisation et d'une diminution des transferts versés pour prise en charge des départs dérogatoires en retraite au titre de la pénibilité.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 fait état d'une légère baisse du ratio recettes / dépenses sans que cela ne remette en cause la situation excédentaire à laquelle est revenue le régime en 2012. La hausse du versement de la branche au FIVA diminue l'excédent dégagé par la branche en 2012. Les années ultérieures seraient marquées par une amplification de l'excédent, les recettes croissant plus rapidement que les dépenses et permettant progressivement d'apurer la dette contractée par la branche pendant les années 2009-2012. Les comptes de la branche reflèteront ainsi 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.

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 et produits nets sont diminués des reprises de provisions sur prestations et n'intègrent pas les dotations sur provisions et admissions en non valeur (ANV) sur actifs circulants (annulations de créances n'ayant plus de chances raisonnables d'être recouvrées).

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

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

Précisions sur les majorations d'équilibre de la branche AT-MP : quatre types de majorations sont utilisés par la branche pour couvrir ses dépenses mutualisées (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 (en %)	2000	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
M1 (accidents du trajet)	16,4	15,1	13,7	12,7	12,3	11,8	11,8	12,3	10,9	10,9	11,1
M2* (charges diverses)	27,1	24,4	23,6	22,8	21,4	20,2	20	20,3	21,3	21,5	25,6
M3 (compte spécial...)	15,9	20,1	21,5	22,8	25	26,7	27,2	27,6	29	27,7	24,3
M4 (pénibilité)										0,8	0
Part mutualisée (total M1+M2+M3)	59,9	59,7	58,8	58,3	58,7	58,7	59,1	60,2	61,2	61	61

Source : CNAMTS statistiques nationales technologiques AT-MP - 2013, valeurs arrondies.

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

L'ensemble des majorations d'équilibre représente une part du taux de cotisation AT-MP de l'ordre de 61 % en 2013. L'analyse en dynamique de la part mutualisée ne fait pas apparaître de tendance nette : en effet, la légère hausse globale constatée entre 2000 à 2003 (année au cours de laquelle elle a atteint 60,8 %), a été suivie d'une baisse entre 2004 et 2006, puis d'une nouvelle hausse entre 2007 et 2011. Entre 2012 et 2013, la part mutualisée est restée relativement stable autour de 61%. 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 2013.

La part de la majoration M1, qui mutualise le coût des accidents de trajet, décroît constamment sur la période 2000 – 2012 et reste stable depuis 2011. La majoration M2, qui couvre les charges de gestion de la branche, a diminué entre 2000 et 2010 (-25%) avant d'augmenter de +26% entre 2010 et 2013. L'augmentation importante entre 2012 et 2013 résulte de la nécessité de relèvement du taux net de 0,05 point en application de la LFSS 2013. La majoration M3, quant à elle, a progressé entre 2000 et 2011 (+ 5,6 % en moyenne annuelle) avant de diminuer de 16% entre 2011 et 2013. Ces variations reflètent la dynamique des dépenses inscrites dans le champ de la majoration M3 : les maladies professionnelles imputées au compte spécial, l'indemnisation des personnes exposées à l'amiante et depuis 2011 la moitié du reversement à la branche maladie. La part de la nouvelle majoration M4, créée par l'article 2 du décret 2011-353 du 30 mars 2011, s'est élevée à 0,80% en 2012 et nulle en 2013.

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 (en millions d'euros courants) :

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Part 2012 de chacun des régimes	Evolution annuelle 2007/2012	Taux moyen de recouvrement 2012*	Objectif
CNAM	380,5	416,4	367,4	288,8	187,9	223,7	90,5%	-10,1%	2,8%	
MSA - salariés	9,6	9,9	8,4	9,3	10,2	11,1	4,5%	2,9%	2,6%	
MSA - exploitants	1,7	2,2	1,8	2,8	2,0	2,6	1,0%	7,9%	1,2%	
ATIACL	1,3	1,2	1,3	2,3	0,7	1,6	0,7%	4,9%	1,1%	
CANSSM	0,1	0,1	0,2	1,2	1,8	1,3	0,5%	55,1%	0,4%	
SNCF	6,6	6,2	-0,2	-0,8	-0,4	1,9	0,8%	-22,0%	2,7%	
RATP	0,6	1,1	1,4	1,4	3,0	0,6	0,2%	-0,2%	3,9%	
ENIM	2,5	1,5	2,5	4,4	4,6	4,2	1,7%	11,1%	6,4%	
Banque de France	0,3	0,1	0,8	0,3	0,2	0,2	0,1%	-14,6%	6,0%	
Tous régimes de base	403,3	438,6	383,6	309,6	210,1	247,1	100,0%	-9,3%	2,5%	

Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale - septembre 2013.

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

92 % des sommes récupérées au titre du recours contre tiers nets dans la branche « accidents du travail – maladies professionnelles » en 2012 sont recouvrées par le régime général qui totalise 82 % de la dépense de prestations légales nettes d'AT-MP, soit un rendement estimé à 224 M€ (soit une baisse de 10 % sur la période 2007-2012).

En 2012, les sommes recouvrées par la CNAMTS au titre des recours contre tiers nets ont représenté 2,8 % 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 2012 est estimé à 2,5 %, tous régimes confondus. Pour le régime général, les recours contre tiers nets ont progressé de 19 % en 2012 mais leur rendement est resté très inférieur aux niveaux observés avant la baisse entamée en 2009. La forte baisse du RCT de la CNAM AT-MP en 2011 (-35 %) était due à une opération exceptionnelle d'apurement de créances anciennes qui s'est traduite par une forte hausse des provisions. Ces opérations ont pour partie été reconduites en 2012.

Construction de l'indicateur : les données figurant dans les comptes de chaque régime de sécurité sociale, au titre de la branche AT-MP, sont reprises des comptes arrêtés de ces régimes. La part de chaque régime sur le total des montants récupérés a été calculée. Par ailleurs, l'évolution annuelle moyenne du rendement des recours a été estimée sur la période 2007 - 2012.

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.