



2014

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

Présentation stratégique	5
Partie I Données de cadrage	11
<i>Liste des indicateurs de cadrage et des producteurs techniques</i>	<i>13</i>
Indicateur n°1 : Évolution et répartition des prestations d'AT-MP	14
Indicateur n°2 : Répartition et évolution du nombre d'accidents du travail, d'accidents du trajet et de maladies professionnelles reconnus par la CNAMTS, avec et sans arrêt	17
Indicateur n°3 : Répartition des AT-MP par secteur d'activité au regard des effectifs de salariés affiliés au régime général dans ces secteurs	20
Sous-indicateur n°3-1 : Répartition des accidents de travail avec arrêt par secteur d'activité, et évolution du taux d'accidents depuis 2000	20
Sous-indicateur n°3-2 : Répartition des accidents de trajet avec arrêt par secteur d'activité et évolution du taux d'accidents depuis 2000	22
Sous-indicateur n°3-3 : Répartition des maladies professionnelles avec arrêt par secteur d'activité, et évolution du taux de maladies professionnelles depuis 2000.....	24
Indicateur n°4 : Structure par catégorie de sinistres, des nouveaux bénéficiaires des prestations AT-MP.....	26
Indicateur n°5 : Niveaux moyens des flux de rentes et de capitaux d'AT-MP servis par la CNAMTS par bénéficiaire	27
Indicateur n°6 : Nombre et ventilation par pathologie des maladies professionnelles indemnisées par les Caisses primaires d'assurance maladie	29
Indicateur n°7 : 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.....	30
Sous-indicateur n°7-1 : Nombre de victimes indemnisées par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et montants moyens versés	30
Sous-indicateur n°7-2 : Nombre de personnes admises en préretraite FCAATA et montant moyen de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA)	32
Indicateur n°8 : 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	34
Indicateur n°9 : Adéquation entre les préjudices subis et la réparation allouée	36
Indicateur n° 10 : Répartition des salariés et du nombre d'accidents avec arrêt en fonction du mode de tarification (individuelle / mixte / collective)	38
Partie II « Objectifs / Résultats ».....	41
<i>Liste des indicateurs d'objectifs / résultats et des producteurs techniques</i>	<i>42</i>
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.....	44
Indicateur n°1-1 : Indice de fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles.....	44
Indicateur n°1-2 : Indice de fréquence des accidents du travail dans les secteurs à plus fort risque ...	47
Indicateur n°1-3 : Indice de gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles	48
Sous-indicateur n°1-3-1 : Nombre de journées de travail perdues en raison d'un accident du travail pour 1 000 heures travaillées	48
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.....	49
Indicateur n°1-4 : Visites de contrôle de l'inspection du travail et de prévention de l'assurance maladie	50
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	50

Sous-indicateur n°1-4-2 : Évolution du nombre de visites de prévention de l'assurance maladie ...	52
Indicateur n°1-5 : Efficacité des actions de prévention menées par la CNAMTS	53
Sous-indicateur n°1-5-1 : Évaluation des actions d'information et/ou de communication à visée préventive	53
Sous-indicateur n°1-5-2 : Évaluation de l'impact du Plan national d'actions coordonnées	54
Indicateur n°1-6 : Évolution comparée des taux de cotisations AT-MP et de la sinistralité des entreprises	57
Objectif n° 2 : Améliorer la reconnaissance des AT MP et l'équité de la réparation	59
Indicateur n°2-1 : Évolution de la reconnaissance des maladies professionnelles par des voies non standard	59
Sous-indicateur n°2-1-1 : Évolution des reconnaissances de maladies professionnelles par les CRRMP au titre des tableaux (alinéa 3).....	59
Sous-indicateur n°2-1-2 : Évolution des reconnaissances de maladies professionnelles par les CRRMP hors tableaux (alinéa 4)	61
Indicateur n°2-2 : Hétérogénéité des taux de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles entre Caisses primaires d'assurance maladie	62
Sous-indicateur n°2-2-1 : Hétérogénéité pour les accidents du travail et les accidents de trajet	62
Sous-indicateur n°2-2-2 : Hétérogénéité pour les maladies professionnelles	64
Objectif n° 3 : Garantir la viabilité financière de la branche.....	65
Indicateur n°3-1 : Taux d'adéquation des dépenses avec les recettes de la CNAMTS AT-MP	65
Indicateur n°3-2 : Part du taux de cotisation AT-MP non liée à la sinistralité propre des entreprises ...	66
Indicateur n°3-3 : Montants récupérés dans le cadre des procédures de recours contre tiers	68

PRESENTATION STRATEGIQUE

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 : 13,7 milliards d'euros en 2012, 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 1,1 million d'accidents du travail, d'accidents de trajet et de maladies professionnelles qui ont été reconnus en 2012, dont près de 70 % 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.

La branche AT-MP de la Sécurité sociale joue un rôle décisif dans la gestion du risque, à travers la convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue avec l'État pour la période 2009-2012 et prolongée en 2013. La prochaine COG, en cours de négociation, portera sur la période 2014-2017 et devrait poursuivre les actions engagées. Elle mettra l'accent sur les actions de prévention grâce à une meilleure

articulation des opérateurs nationaux, régionaux et départementaux.

La tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles n'a pas seulement pour but d'assurer le financement des prestations ; elle constitue aussi un puissant levier d'encouragement à la réduction des risques professionnels en proportionnant la cotisation que les entreprises acquittent au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles au coût de leurs sinistres. Or, la tarification des accidents du travail, fait depuis 2010, 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 d'assurer 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 (*indicateur de cadrage n°7*). Elle doit en outre faire face à la progression rapide de certaines maladies professionnelles, telles que les troubles musculo-squelettiques qui représentent près de 80% 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.

Le programme de qualité et d'efficience « accidents du travail - maladies professionnelles » rend compte de ces problématiques, et à cette fin distingue trois

objectifs principaux assignés aux politiques de prévention et de réparation des risques professionnels :

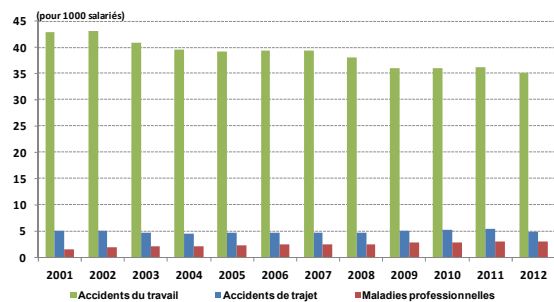
- réduire la fréquence et la gravité des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles grâce à la prévention ;
- améliorer la reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles et l'équité de la réparation ;
- garantir la viabilité financière de 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 (35 pour 1 000 salariés en 2012, contre 42,8 en 2001). La fréquence des accidents de trajet avec arrêt pour 100 salariés s'établit à 4,8 en 2012 en baisse après une augmentation sensible sur la période 2009-2011. Parallèlement, la fréquence des maladies professionnelles avec arrêt est stable en 2012 par rapport à l'année précédente (2,9 pour 1 000 salariés), mais a plus que doublé par rapport à son niveau de 2001 (*sous-indicateur n° 1-1-1*), principalement du fait de la croissance continue des troubles musculo-squelettiques.

La diminution des accidents du travail s'observe également dans les secteurs à plus forts risques (BTP, alimentation, textile, etc.). L'indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt y baisse de 3 points en 2012 (55,5 accidents pour 1 000 salariés), et est en diminution sensible depuis le début de la précédente décennie.

Indice de fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles

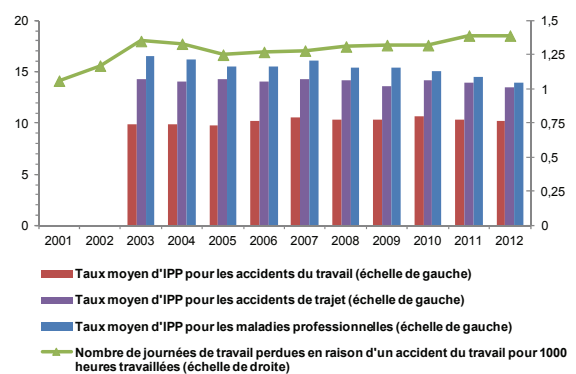


Source : CNAMTS, statistiques nationales technologiques.

Les résultats sont en revanche moins favorables en matière de gravité des accidents. Si le nombre de journées de travail perdues en raison d'un accident du travail se stabilise en 2012, il est en constante augmentation depuis 2001 (1,39 journée pour 1 000 heures travaillées en 2012, contre 1,06 en 2001). Par ailleurs, le taux moyen d'incapacité partielle permanente des accidents du travail a faiblement diminué en 2012 (10,2 %, *sous-indicateur n°1-3-2*), et reste supérieur à son niveau du milieu des années 2000. Le taux moyen d'incapacité permanente est lui orienté à la baisse depuis près de dix ans.

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.

Indices de gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles



Source : CNAMTS, statistiques nationales technologiques.

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 (PNAC), 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. A fin 2012, des résultats positifs se dégagent, en matière de réduction des risques cancérigènes ou de prévention des accidents routiers (*sous-indicateur n°1-5*). Le PNAC a été reconduit en 2013 avec des adaptations sur les volets concernant la prévention des troubles musculo-squelettiques et la sinistralité dans le BTP dont la fréquence demeure élevée.

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 près de 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 effectuées par les employeurs. En 2012, 29 % des visites de contrôle suivies d'une contre-visite ne donne plus lieu à observations lors de cette dernière (*sous-indicateur n°1-4-1*).

Par ailleurs, la branche AT-MP poursuit les campagnes d'information et de communication menées à l'échelon national et régional (*sous-indicateur n°1-5-1*).

La réforme de la tarification du risque AT-MP adoptée en 2010 et mise en œuvre progressivement jusqu'en 2013 vise notamment, grâce à un nouveau mode d'imputation au coût moyen, à réduire le délai

entre le sinistre et sa prise en compte dans le calcul du taux de cotisation. Elle doit aussi conduire à un retour plus rapide à la situation initiale, ce qui permettra une meilleure valorisation des efforts de prévention engagés par les entreprises. Par ailleurs, l'abaissement du seuil d'effectif à partir duquel 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 (*indicateur n°1-6*).

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 leur réparation constitue également un enjeu d'importance de la politique 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 7 900 maladies en 2012 en plus des 110 000 maladies reconnues par la voie standard (*indicateur n°2-1*). Leur nombre a quasiment doublé depuis 2005 (*cf. tableau ci-après*).

**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	2012
Pathologies reconnues au titre de l'alinéa 3	3 806	4 169	4 181	4 675	5463	5913	6564	7 598
Affections rhumatologiques	2 767	3 036	3 150	3 634	4 429	4 926	5 527	6 501
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
Pathologies reconnues au titre de l'alinéa 4	129	150	176	186	227	235	258	299

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. Cet objectif sera poursuivi dans la prochaine 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 (*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 mais sont orientées à la baisse depuis 2007.

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. De fait, 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 en 2011 et de 0,05 point en 2013, ainsi que le ralentissement des dépenses ont permis un redressement de la situation financière de la branche, qui devrait être excédentaire en 2013 pour la première fois depuis 2008. La branche AT-MP du régime général afficherait un excédent de 0,3 Md€ en 2013, soit un taux de couverture des dépenses par les recettes de 102,5 % (*indicateur n°3-1*). Les prévisions associées au présent PLFSS tablent sur un maintien d'une situation excédentaire de la branche en 2014 et au-delà.

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 qui sont mutualisées entre les entreprises car elles ne peuvent pas être attribuées à une seule entreprise (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). La fraction mutualisée du taux de cotisation AT-MP a augmenté régulièrement depuis 2006, en raison notamment du poids croissant de l'indemnisation des victimes de l'amiante. Elle est stable à 61 % depuis 2011 (*indicateur n°3-2*). La maîtrise des diverses majorations de taux de cotisation 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

après d'éventuels tiers responsables le montant des indemnités versées. Les montants recouverts en 2012 s'élèvent à 247 M€ en hausse de 30 M€ par rapport à 2011 (*indicateur n°3-3*). Toutefois, les montants recouverts sont en diminution par rapport au niveau atteint en 2009. Ce repli s'explique notamment par l'impact de la réforme de 2007 qui limite le recours de l'assurance maladie au montant de chaque poste de préjudice économique 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 de la tarification des risques professionnels en cours de mise en œuvre et la COG à conclure pour la période 2014-2017 sont de nature à renforcer l'engagement des employeurs dans des politiques de management de la sécurité et de prévention active.

*
* *

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

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

PARTIE I

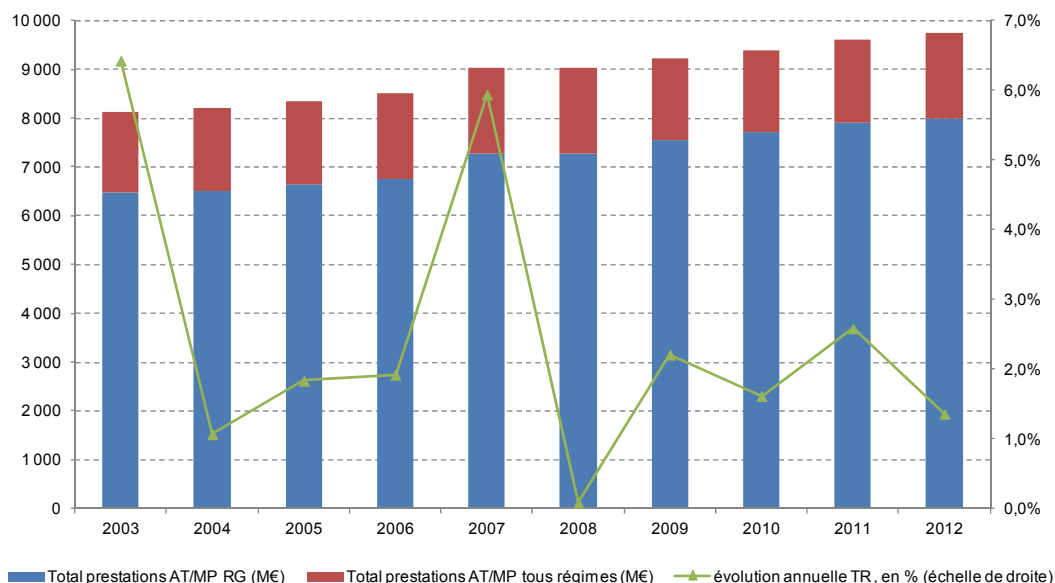
DONNEES DE CADRAGE

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, de maladies professionnelles, d'accidents du trajet reconnus par la CNAMTS, avec et sans arrêt	CNAMTS/DSS
3- Répartition des AT-MP par secteur d'activité au regard des effectifs de salariés affiliés au régime général dans ces secteurs 3-1 - Répartition des accidents de travail avec arrêt par secteur d'activité et évolution du taux d'accidents depuis 2000 3-2 - Répartition des accidents de trajet avec arrêt par secteur d'activité et évolution du taux d'accidents depuis 2000 3-3 - Répartition des maladies professionnelles avec arrêt par secteur d'activité et évolution du taux de maladies professionnelles depuis 2000	CNAMTS/DSS
4 - Structure, par âge, des nouveaux bénéficiaires des prestations AT-MP	CNAMTS/DSS
5 - Niveaux moyens des flux de rentes et de capitaux d'AT-MP servis par la CNAMTS par bénéficiaire	CNAMTS/DSS
6 - Nombre et ventilation par pathologie des maladies professionnelles indemnisées par les caisses primaires d'assurance maladie	CNAMTS/DSS
7 - 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 7-1 - Nombre de victimes indemnisées par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et montants moyens versés 7-2 - Nombre de personnes admises en préretraite FCAATA et montants moyens de l'ACAATA	DSS
8 - 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
9 - Adéquation entre les préjudices subis et la réparation allouée	CNAMTS/DSS
10 - Répartition des salariés et du nombre d'accidents avec arrêt en fonction du mode de tarification (individuelle / mixte / collective)	CNAMTS

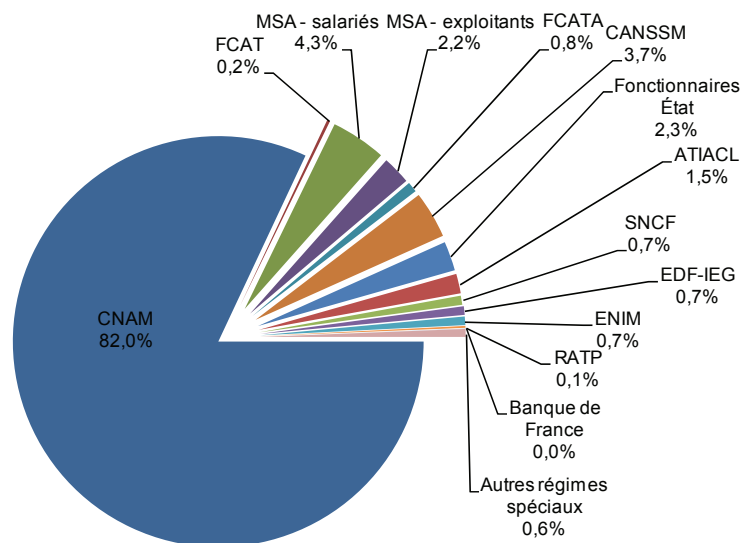
Indicateur n°1 : Évolution et répartition des prestations d'AT-MP

Évolution en valeur et taux de croissance des prestations légales AT-MP servies par la CNAMTS et les autres régimes



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

Répartition des prestations légales d'AT-MP par régime en 2012



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

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 (y compris le FCAT) représente à elle seule en 2012 8 Md€ sur un total de 9,8 Md€ de prestations légales versées, soit 82,2 % du total. C'est la raison pour laquelle la plupart des indicateurs suivants sont centrés sur le régime général.

Au-delà du régime général, si les masses des prestations versées au titre des AT-MP se répartissent sur un grand nombre de régimes, trois d'entre eux se distinguent par leur part appréciable dans le total de ces prestations : il s'agit des régimes des salariés et des exploitants agricoles (7,4 % des prestations dépensées en 2012, y compris le FCATA), du régime des fonctionnaires d'État et de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales ATIACL (avec une part de 3,8 %) et de celui des du régime des mines (3,7 % pour la Caisse autonome nationale de Sécurité

sociale dans les mines CANSSM). Chacun des autres régimes, pris isolément, représente moins de 1 % du total des prestations en 2012.

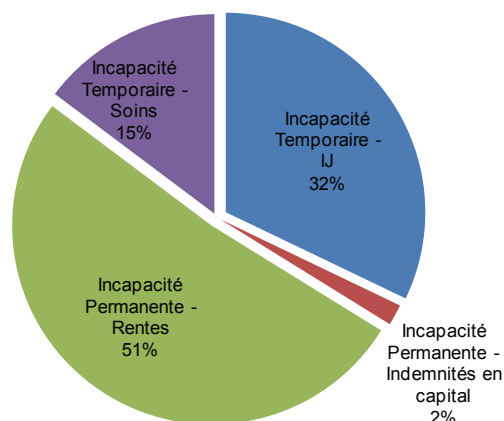
Il est à noter toutefois que la dynamique des prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles varie fortement d'un régime à l'autre. Les prestations légales servies par le régime général ont progressé de 2,8 % par an en moyenne de 2002 à 2012 en euros courants.). Les prestations de régimes spéciaux comme la RATP (+5,3 % par an en moyenne) ou de régimes de création récente s'accroissent bien plus vite où les prestations nettes du régime AT-MP des exploitants agricoles ont atteint les 218 M€ en 2012 (+15,4% par an en moyenne annuelle). 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 (-10,6 % par an pour le FCAT et -4 % 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 1^{er} juillet 1973 et 2002 pour les salariés et les exploitants pris en charge au titre du FCATA.

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 2012 un montant total de 8,0 Md€, dont 6,8 Md€ hors soins. L'évolution des prestations de soins, en ville ou en établissements, peut être heurtée (+7,2% en 2012 après -4,2% en 2011), ces dépenses étant particulièrement sensibles aux mécanismes de répartition des charges hospitalières et médico-sociales. Hors soins, les charges nettes du régime général sont restées stables en 2012 (+0,0%), en nette décélération par rapport à 2011 où elles avaient crû de 4%. 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 les 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 2012 laisse toujours apparaître une prépondérance des prestations pour incapacité permanente qui, avec 4,2 Md€ en 2012, représentent 53 % du total. Près de 97 % de ces indemnisations pour incapacité permanente, soit 4,1 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.

Répartition par poste des indemnités légales AT-MP versées par la CNAMTS en 2012



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

L'autre poste financièrement important (3,7 Md€ en 2012, soit 47 % du total) est constitué par les prestations pour incapacité temporaire. Plus des deux tiers de ces prestations (2,6 Md€ en 2012) recouvrent les indemnités journalières versées par la CNAMTS lorsque les arrêts de travail sont imputables à des AT-MP. Le reste (1,2 Md€ en 2012) 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 :

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.

Pour les années 2002 à 2012, il s'agit des charges de prestations nettes telles que retranscrites 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 de prévention ou servies aux allocataires du FCAATA (qui concernent uniquement le régime général), ne sont pas comptabilisées ici.

Les charges liées au FIVA et au FCAATA sont traitées dans le cadre de l'indicateur de cadrage n° 8.

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.

Précisions sur certains sigles du graphique 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, avec et sans arrêt

Il s'agit ici d'appréhender de manière globale le nombre d'AT-MP survenus sur la période 2006-2012, qu'ils aient donné lieu ou non à un arrêt de travail, afin de présenter un panorama global de la sinistralité.

Évolution du nombre d'accidents du travail, d'accidents de trajet et de MP avec arrêt de 2006 à 2012 (champ : régime général)

Catégorie de sinistre	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (e)
Accidents du travail	1 155 300	1 165 000	1 132 400	1 021 400	996 900	1 001 500	943 000
<i>dont accidents du travail avec arrêt (*)</i>	<i>700 800</i>	<i>720 150</i>	<i>704 000</i>	<i>651 500</i>	<i>658 800</i>	<i>669 900</i>	<i>640 900</i>
Accidents de trajet	117 700	120 900	125 300	129 700	137 600	133 400	123 000
<i>dont accidents de trajet avec arrêt (**)</i>	<i>83 000</i>	<i>85 400</i>	<i>87 900</i>	<i>93 800</i>	<i>98 400</i>	<i>100 000</i>	<i>90 100</i>
Maladies professionnelles	55 000	55 100	62 000	71 600	71 400	80 400	71 600
<i>dont maladies professionnelles avec arrêt (***)</i>	<i>42 300</i>	<i>43 800</i>	<i>45 400</i>	<i>49 300</i>	<i>50 700</i>	<i>55 100</i>	<i>54 000</i>
Total AT-MP	1 328 000	1 341 000	1 319 700	1 222 700	1 205 900	1 215 300	1 137 600
<i>dont AT-MP avec arrêt</i>	<i>826 100</i>	<i>849 400</i>	<i>837 300</i>	<i>794 600</i>	<i>808 000</i>	<i>825 000</i>	<i>785 000</i>

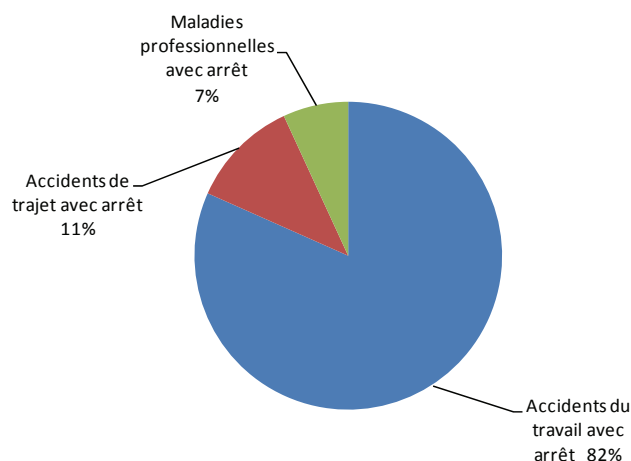
Source : CNAMTS –valeurs arrondies / pour l'ensemble des sinistres reconnus : *Datamart AT-MP données nationales ORPHEE non définitives constatées début février 2013* / pour les sinistres avec 1^{ère} indemnisation en espèces : *statistiques nationales de sinistralité AT-MP, données SGE-TAPR*

(*) : hors bureaux et autres catégories particulières, (**) : y compris bureaux et autres catégories particulières,

(***) : y compris compte spécial.

(e) : estimé

Répartition des accidents du travail, des accidents de trajet et des MP avec arrêt, ayant fait l'objet d'un premier règlement en 2012 (champ : régime général)



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

Le nombre d'accidents du travail est globalement en baisse sur la période 2006 - 2012 (-18 % sur la période, soit -3,3% en moyenne annuelle). On constate une croissance très importante du nombre de maladies professionnelles reconnues (+ 31%, soit + 4,6% en moyenne annuelle). Les évolutions constatées sont 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.

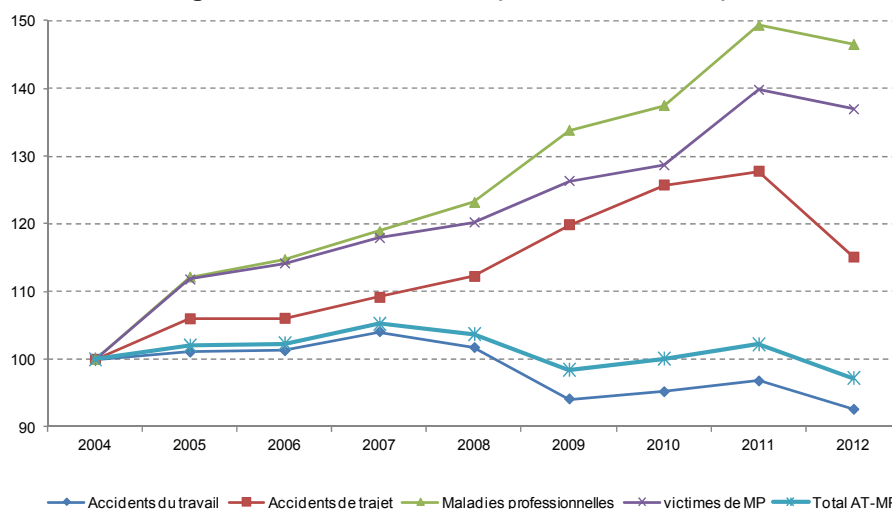
Le nombre de maladies professionnelles reconnues augmente très fortement depuis 10 ans, du fait notamment de l'élargissement du champ des maladies reconnues, et d'une meilleure information tant des médecins que des salariés. L'indicateur de cadrage n°7 montre par ailleurs la part prépondérante des affections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

Concernant les accidents du travail, ceux entraînant un arrêt ont augmenté de 3% entre 2006 et 2007, puis diminué jusqu'en 2009 (- 5% par an en moyenne) et faiblement augmenté jusqu'en 2011 (+1% en moyenne par an). Depuis 2012, on enregistre à nouveau une légère diminution (- 4%). Au total, sur la période 2006-2012, le nombre d'accidents du travail avec arrêt a diminué de 8,5%, soit -1,5% en moyenne annuelle. Durant cette même période, l'effectif salarié a augmenté de 0,5% par an en moyenne.

Depuis 2006 les accidents de trajet avec arrêt n'ont pas cessé de progresser, ils ont augmenté de 8,5% sur la période 2006-2012.

De même, on constate une progression soutenue du nombre de maladies professionnelles avec arrêt : +28% de 2006 à 2012.

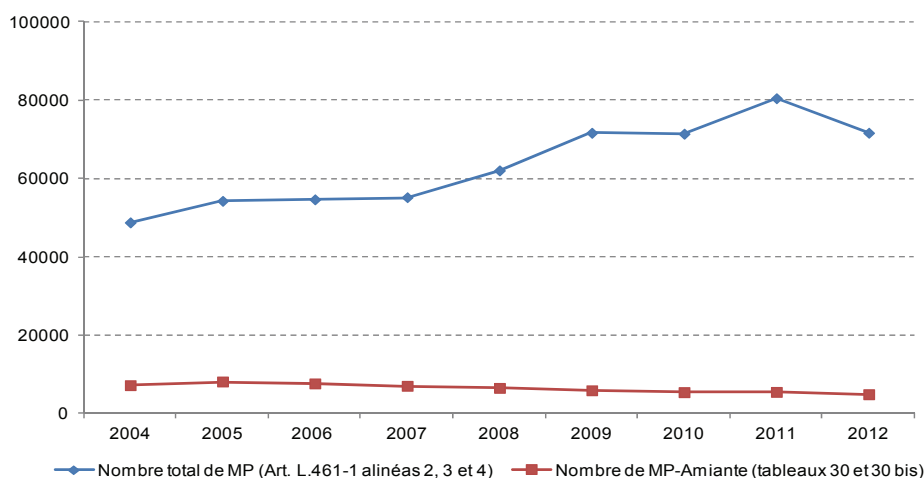
Évolution du nombre d'accidents du travail, d'accidents de trajet et de MP avec arrêt du régime général, de 2002 à 2012 (base 100 en 2004)



Source : CNAMTS (statistiques trimestrielles) - juin 2013.

Si on raisonne en relatif (en rapportant le nombre de sinistres ayant entraîné un arrêt au nombre total de sinistre), on constate que sur un peu plus de 1,5 million de sinistres survenus en 2012 sur le champ du régime général, environ 785 000 - soit 52 % - ont donné lieu à un arrêt de travail. Ce taux, qui s'établissait à 68% en 2011, a ainsi atteint un niveau historiquement bas.

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



Source : CNAMTS (statistiques trimestrielles) – juin 2013.

La baisse globale du nombre d'accident du travail est due à la combinaison de plusieurs effets, notamment l'évolution du nombre et de la répartition des salariés entre secteurs sinistrogènes et secteurs à moins forte sinistralité, mais aussi en raison de l'amélioration de la sinistralité propre à chacun des secteurs d'activité.

Par ailleurs, les dernières données disponibles relatives aux fonctions publiques d'État et hospitalière sont fournies dans le tableau suivant afin de ne pas se limiter au périmètre du régime général. Celles-ci portent uniquement sur le champ des accidents du travail avec arrêt.

**Évolution du nombre d'accidents du travail avec arrêt de 2000 à 2007
dans la fonction publique d'Etat et la fonction publique hospitalière**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Fonction publique d'État	36 960	30 876	32 382	36 680	35 502	39 082	37 822	nd
Fonction publique hospitalière	28 999	32 246	31 044	31391	29 464	33 132	31 164	33 946

Source : DGAFP pour la fonction publique d'État, DGOS pour la fonction publique hospitalière.

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 2010 environ 58 978 accidents de travail, dont 39 185 avec arrêt de travail, et 3 110 accidents de trajet avec arrêt.

Précisions méthodologiques:

A noter que les données portant sur l'ensemble des sinistres reconnus, qu'ils aient ou non générés un premier règlement en espèces indemnisant un arrêt de travail ou une séquelle persistantes, sont des données non définitives puisque constatées début février 2013. Ces données peuvent donc être différentes de celles présentées dans le rapport de gestion de la CNAMTS.

Concernant le champ des AT-MP avec et sans arrêt dans le régime général, les données présentées sont issues respectivement des statistiques nationales technologiques et des statistiques trimestrielles des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles publiées par la CNAMTS. Pour le champ des AT-MP sans arrêt dans le régime général, les chiffres présentés sont issus de l'application ORPHEE.

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

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).

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

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.

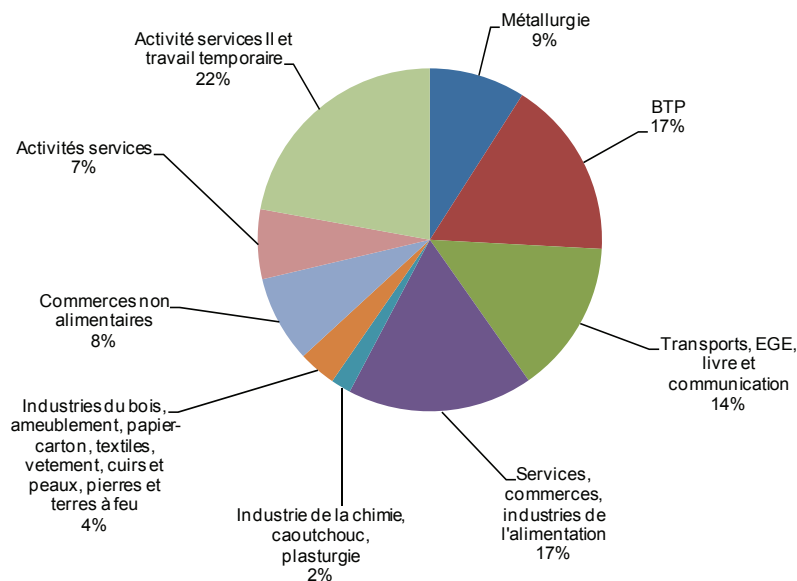
Indicateur n°3 : Répartition des AT-MP par secteur d'activité au regard des effectifs de salariés affiliés au régime général dans ces secteurs

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.

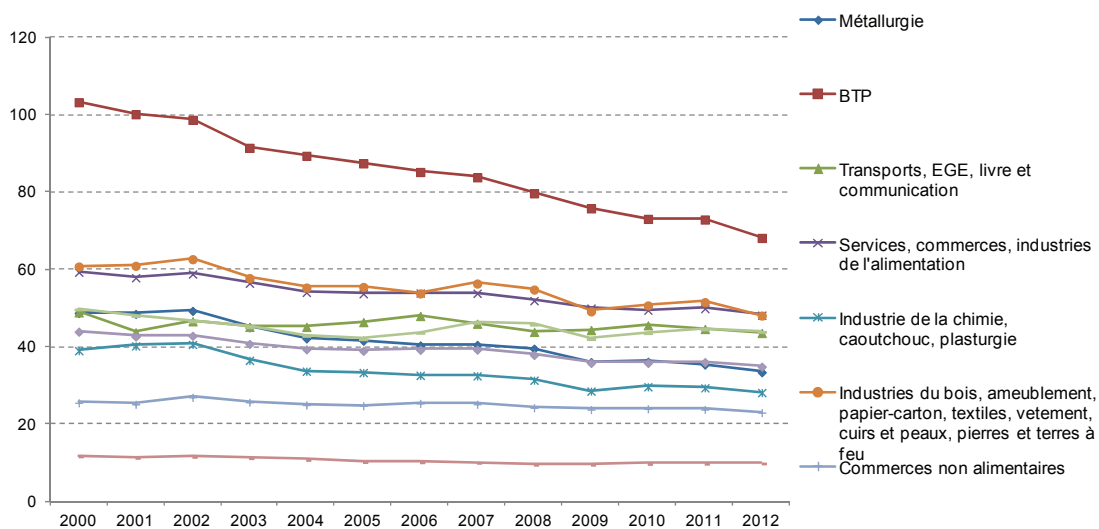
Sous-indicateur n°3-1 : Répartition des accidents de travail avec arrêt par secteur d'activité, et évolution du taux d'accidents depuis 2000

Répartition des accidents du travail avec arrêt par secteur d'activité CTN en 2012



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

Fréquence des accidents du travail avec arrêt pour 1 000 employés, selon le secteur d'activité (CTN) de 2000 à 2012



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

Les secteurs d'activités 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 2012), 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° 3), le nombre d'accidents du travail avec arrêt a diminué de 4,3 % entre 2011 et 2012. Le nombre de salariés a également baissé 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 s'est légèrement contractée entre 2011 et 2012 (34‰). Certains secteurs sont particulièrement "accidentogènes". C'est notamment le cas du *BTP* avec 68 AT avec arrêt pour 1 000 employés de ce secteur en 2012. Viennent ensuite les *Services, commerces, industrie de l'alimentation*, les secteurs des *Industries du bois, ameublement, papier carton* et ceux de *Transports, EGE, livre et communication* (environ 48 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 - 2012 (- 21 %). Cette diminution est assez marquée dans les secteurs du *BTP* (- 34 %), de la *Métallurgie* (-31 %), et de *l'Industrie de la chimie du caoutchouc et de la plasturgie* (-28 %) sur l'ensemble de la période.

Précisions méthodologiques :

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 2000-2012.

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.

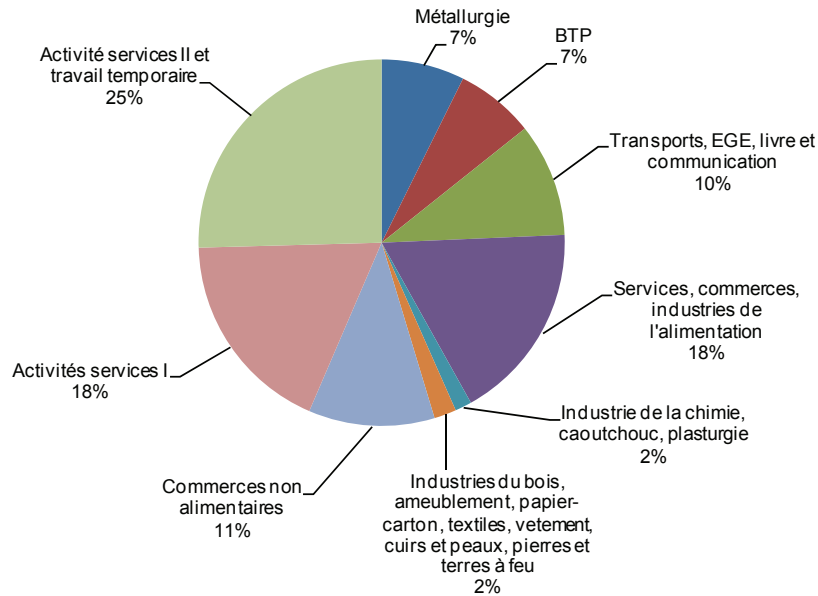
L'estimation des indices de fréquence est particulièrement sensible aux évaluations des effectifs de salariés des différents secteurs qui figurent au dénominateur qui peuvent varier selon les sources. Les différents indices affichés sont donc à considérer avec prudence.

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...).

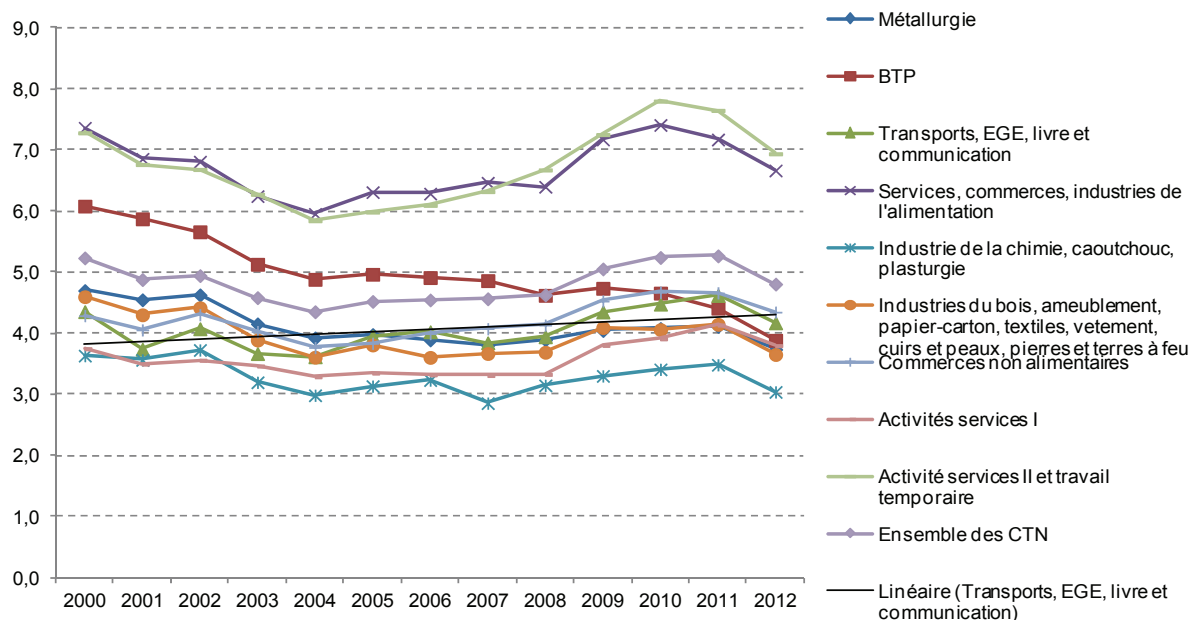
Sous-indicateur n°3-2 : Répartition des accidents de trajet avec arrêt par secteur d'activité et évolution du taux d'accidents depuis 2000

Répartition des accidents de trajet avec arrêt par secteur d'activité (CTN) en 2012



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

Fréquence des accidents de trajet avec arrêt pour 1 000 employés, selon le secteur d'activité (CTN) de 2000 à 2012



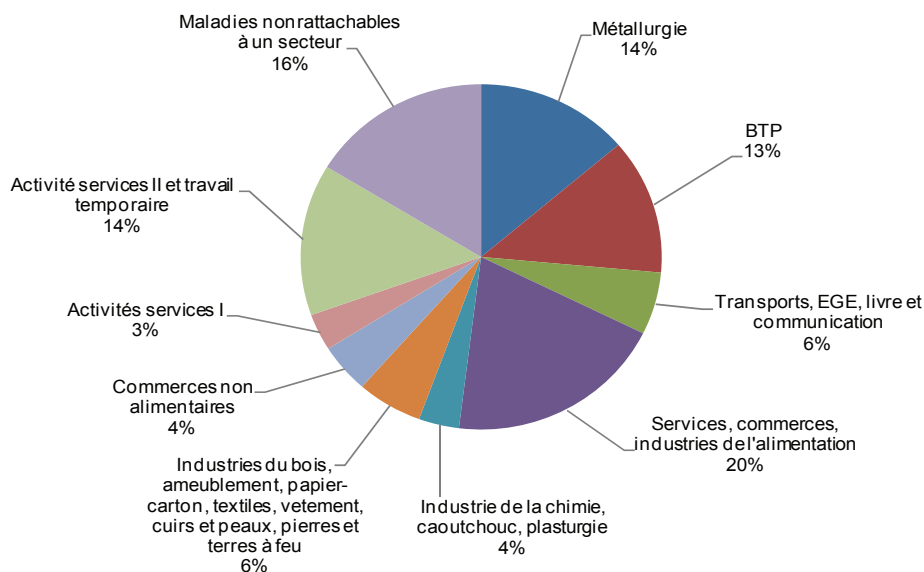
Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2013.

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* (25 % de l'ensemble des secteurs), des *Services, commerces, industries de l'alimentation* (18 %) et des *Services, banques, assurances, administrations* (18 %).

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 (4,8 contre 34 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 6,9 accidents de trajet pour 1 000 employés en 2012 devant le secteur des *Services, commerces, industries de l'alimentation* avec 6,7 accidents de trajet pour 1 000 salariés. Globalement, la fréquence des accidents de trajet est restée stable sur la période 2000-2012 (+8%), masquant toutefois des évolutions contrastées sur la période : notamment une baisse de 17% entre 2000 et 2004, suivi d'une hausse de 10% entre 2004 et 2012. Les évolutions les plus fortes concernent le *BTP* (- 36% entre 2000 et 2012), la *Métallurgie* (20% entre 2000 et 2012) et les secteurs des *Industries du bois, ameublement, papier carton* (21% sur la même période).

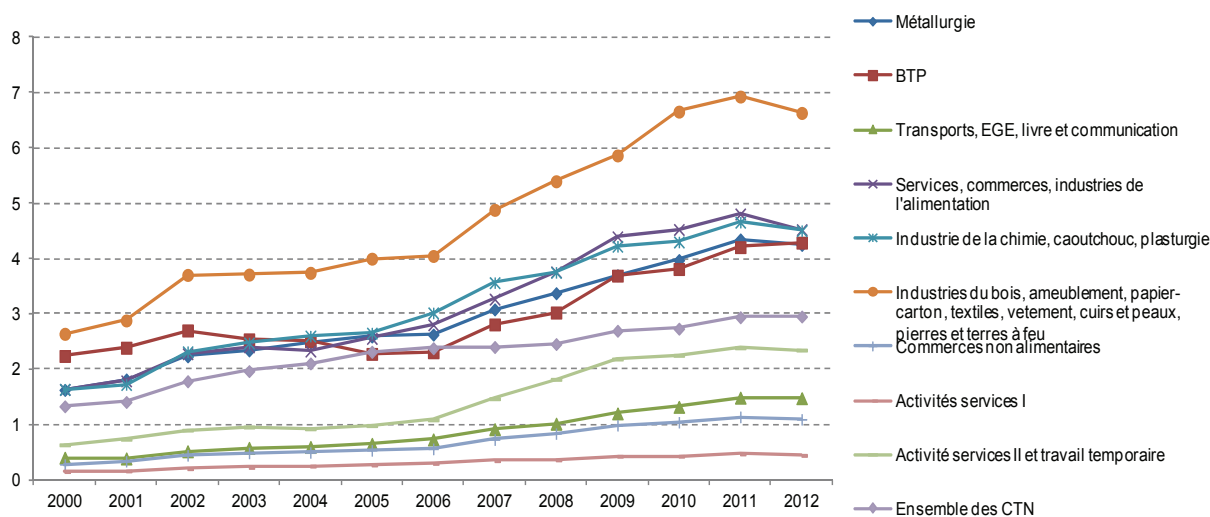
Sous-indicateur n°3-3 : Répartition des maladies professionnelles avec arrêt par secteur d'activité, et évolution du taux de maladies professionnelles depuis 2000

Répartition des maladies professionnelles avec arrêt par secteur d'activité (CTN) en 2012



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

Fréquence des maladies professionnelles avec arrêt pour 1 000 employés, selon le secteur d'activité (CTN) de 2000 à 2012



Source : Calculs DSS sur la base de données CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2013.

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* (13 %). On note par ailleurs la part non négligeable des maladies professionnelles qui n'ont pu être imputées formellement à un employeur et qui par conséquent sont enregistrées au sein d'un compte spécial (15 % - des détails sur l'imputation à ce compte spécial sont donnés dans les précisions méthodologiques). Cette part tend toutefois à diminuer : en effet, elle n'est plus que de 16 % en 2012 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 6,6 maladies professionnelles nouvellement reconnues pour 1 000 employés en 2012, devant les *Industries de la chimie* et le secteur *Services, commerces, industries de l'alimentation* avec respectivement 4,5 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 (+ 122,4 % entre 2000 et 2012), corollaire de la forte progression du nombre de MP sur la période considérée (cf. indicateur de cadrage n° 3). Les secteurs où l'évolution est la plus forte sont le *Commerce non alimentaire* (+ 296 %) et les *Activités de service et travail intérimaire* (+ 272 %) sur la période allant de 2000 à 2012.

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.

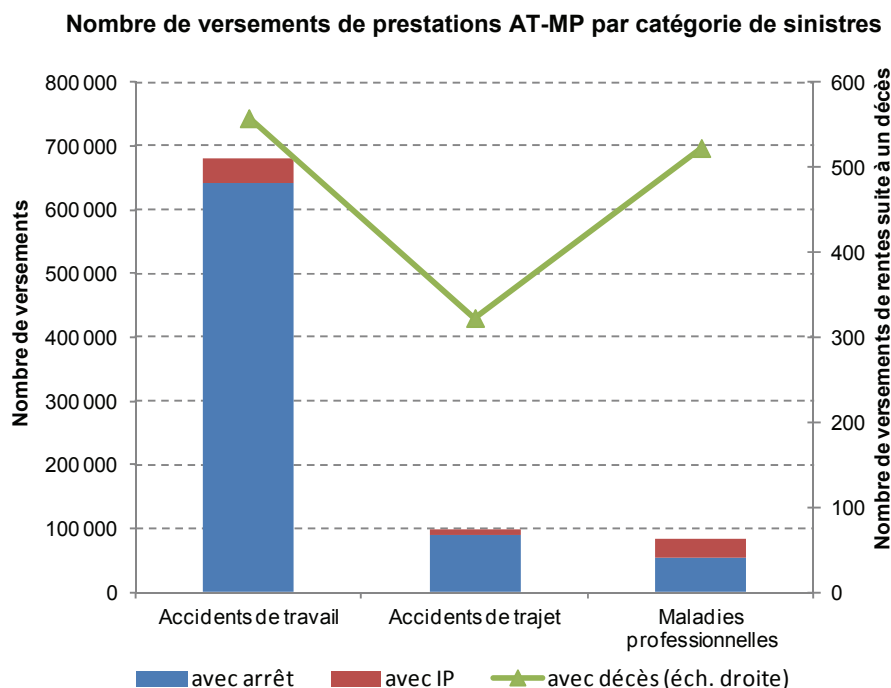
Précisions méthodologiques :

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

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

- des maladies professionnelles qui ont fait l'objet d'une première constatation médicale entre le 1^{er} janvier 1947 et la date d'entrée en vigueur d'un nouveau tableau de MP la concernant ;
- des maladies constatées dans un établissement dont l'activité n'expose pas au risque ;
- de maladies relevant d'expositions au risque successivement dans plusieurs établissements d'entreprises différentes, sans qu'il soit possible de déterminer celle dans laquelle l'exposition au risque a provoqué la maladie ;
- sont également inscrites au compte spécial les dépenses relatives aux MP consécutives à l'inhalation de poussières d'amiantes 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 : Structure par catégorie de sinistres, des nouveaux bénéficiaires des prestations AT-MP



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

En 2012, environ 681 500 versements de prestations au titre des accidents du travail ont été effectués. Soit une baisse de plus de 4 % par rapport à 2011. Dans le même temps, plus de 98 000 versements de prestations au titre des accidents de trajet ont été effectués (9,6 % de moins qu'en 2011) et près de 84 000 au titre des maladies professionnelles (+1,3 % par rapport à 2011). 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 peu plus du tiers des prestations. Pour chaque catégorie de sinistre, les proportions des sinistres avec arrêt de travail, ayant entraînés une IP et ayant entraînés un décès restent stables au cours des trois dernières années.

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 2012. 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.

Précisions méthodologiques :

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. Le champ couvert est celui des accidents ayant entraînés un arrêt de travail, une incapacité permanente ou un décès.

Les âges moyens présentés ici ont été calculés sur les flux de nouveaux rentiers de la CNAMTS au cours de l'année 2012. Ils ne concernent donc par définition que les personnes ayant une incapacité permanente supérieure à 10 %.

Indicateur n°5 : 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 2007 à 2012 (IP<10 %)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Accidents du travail						
Taux IP moyen	4,8%	4,8%	4,8%	4,9%	4,9%	4,9%
Montant moyen	1 744 €	1 767 €	1 804 €	1 853 €	1 857 €	1 889 €
Age moyen	43,2 ans	43,3 ans	43,6 ans	43,8 ans	44,0 ans	44,2 ans
Accidents du trajet						
Taux IP moyen	4,8%	4,8%	4,9%	4,9%	4,9%	4,9%
Montant moyen	1 752 €	1 754 €	1 811 €	1 856 €	1 867 €	1 888 €
Age moyen	41,4 ans	41,4 ans	41,7 ans	42,6 ans	43,5 ans	43,0 ans
Maladies professionnelles						
Taux IP moyen	5,0%	5,0%	4,9%	4,9%	4,9%	4,8%
Montant moyen	1 808 €	1 815 €	1 804 €	1 824 €	1 848 €	1 872 €
Age moyen	54,2 ans	53,6 ans	53,2 ans	53,1 ans	53,1 ans	53,0 ans

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

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 indemnisations servies sous forme d'un capital forfaitaire - capital ne pouvant excéder 10 % (voir *Précisions méthodologiques*) - sont également voisines, allant de 1 872 € à 1 889 € en moyenne en 2012.

Caractéristiques des flux de rentes servies par la CNAMTS de 2007 à 2012 (IP≥10 %)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Accidents du travail						
Taux IP moyen	18,9%	18,6%	18,6%	18,7%	18,0%	17,7%
Montant moyen	2 189 €	2 132 €	2 174 €	2 270 €	2 211 €	2 229 €
Age moyen	46,1 ans	46,4 ans	46,3 ans	46,9 ans	46,7 ans	47,3 ans
Accidents du trajet						
Taux IP moyen	21,9%	21,6%	21,5%	21,7%	21,2%	20,8%
Montant moyen	2 865 €	2 754 €	2 766 €	2 881 €	2 963 €	2 914 €
Age moyen	43,1 ans	42,8 ans	43,7 ans	44,2 ans	45,2 ans	44,9 ans
Maladies professionnelles						
Taux IP moyen	26,6%	26,0%	25,8%	25,5%	24,6%	24,5%
Montant moyen	3 988 €	3 873 €	3 963 €	3 970 €	3 874 €	4 016 €
Age moyen	55,7 ans	55,6 ans	55,6 ans	55,3 ans	55,4 ans	55,9 ans

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

Pour les IPP de 10 % et plus, associés aux sinistres donnant lieu à une indemnisation sous forme de rente - dont le taux est nécessairement supérieur à 10 % -, les montants servis sont croissants avec le taux d'incapacité permanente et le salaire. Ils sont donc logiquement les plus élevés pour les maladies professionnelles qui combinent, en moyenne, le taux d'incapacité le plus élevé (3,7 points de plus que pour les accidents du trajet et 6,8 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 4 016 € par an en 2012, contre 2 914 € pour les accidents de trajet et 2 229 € 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 (55,9 ans en moyenne), en raison du temps de latence généralement long de ces pathologies et plus bas pour les accidents du trajet (44,9 ans en moyenne), ce qui s'explique par une surreprésentation des personnes jeunes au sein des accidents de la route, qui constituent l'essentiel de ces sinistres.

Précisions méthodologiques:

Les statistiques présentées ici portent sur le champ de la CNAMTS pour les années 2007 à 2012 (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 1er avril 2013, le montant de capital versé en une fois au titre d'un accident de travail varie en moyenne de 410,30 € (pour un taux d'IPP de 1 %) à 4 101,86 € (pour un taux de 9 %).

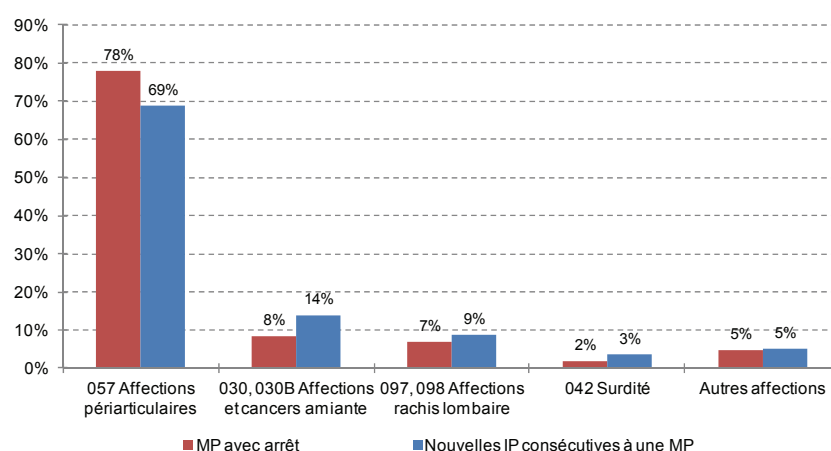
Lorsque le taux est égal à 10 % ou plus, l'indemnisation est versée sous forme d'une rente. Cette rente est : proportionnelle au taux utile : dérivé du taux d'IPP (minoré de moitié pour la fraction de ce taux inférieure à 50 %, majoré de moitié au-delà, de telle sorte que la valeur du taux utile rejoint 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 2013, en dessous de 36 309 €, le salaire est pris en compte intégralement et entre 36 309 € et 145 237 €, 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 18 154 € ni supérieur à 145 237 € en 2013.

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 1er avril 2013.

Indicateur n°6 : Nombre et ventilation par pathologie des maladies professionnelles indemnisées par les Caisses primaires d'assurance maladie

Répartition des MP par pathologie (flux CNAMTS 2012)



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

On observe une très forte concentration du nombre de maladies professionnelles reconnues sur un petit nombre de pathologies. Sur les 54 015 maladies professionnelles avec arrêt dénombrées en 2012 par la CNAMTS, 78 % sont des affections péri-articulaires (visées au tableau 57), 8 % sont des maladies dues à l'amiante (tableaux 30 et 30bis), 7 % sont des affections chroniques du rachis lombaire (tableaux 97 et 98), les 7% restants sont des maladies diverses (surdité, allergies, affections respiratoires...).

S'agissant des maladies professionnelles avec incapacité permanente (IP), la répartition par pathologie diffère quelque peu. En effet, certaines maladies donnent par nature plus souvent lieu à l'attribution d'un taux d'incapacité permanente que d'autres : c'est le cas en particulier des maladies dues à l'amiante, en raison de leur gravité. Ainsi, 90 % des maladies dues à l'amiante avec arrêt de travail recensées aux tableaux 30 et 30 bis donnent lieu, en 2012, à l'attribution d'une incapacité permanente, contre environ 50 % en moyenne sur l'ensemble des autres maladies professionnelles. Dès lors, les maladies dues à l'amiante occupent structurellement une part plus importante dans le total des maladies avec incapacité permanente : elle atteint 14 % (contre 8 % pour les maladies avec arrêt) alors qu'à l'inverse, la part des affections péri-articulaires est ramenée à 69% 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 2012, 51 % des victimes de maladies professionnelles avec arrêt mais leur part dépasse 55 % 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 54 015 nouvelles maladies professionnelles avec arrêt en 2012, mais elles ne sont que 29 267 avec incapacité permanente et 523 à entraîner des décès.

Précisions méthodologiques :

Les statistiques présentées ici portent sur le champ de la CNAMTS pour l'année 2012 (statistiques technologiques annuelles).

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

Comme elle ne porte que sur les flux de reconnaissance ou d'indemnisation de l'année 2012, 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°7 : 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°7-1 : 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.

Flux annuel des demandes d'indemnisations et nombre de nouvelles victimes indemnisées par le FIVA

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013(p)	2014(p)
Nouvelles victimes indemnisées	8 900	7 400	6 200	6 800	7 100	7 600	6 700	5 200
Nouvelles demandes d'indemnisations	10 800	6 550	6 650	6 000	5 500	4 400	5 400	4 700

Source : FIVA et prévisions 2013 sous-jacentes aux données présentées dans le rapport CCSS de septembre 2013 – 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 (4 400 nouvelles demandes de victimes en 2012). Compte tenu des délais de traitements que nécessite la formulation d'une offre définitive et le fait qu'une victime peut recevoir plusieurs offres, il est difficile de rapprocher directement le nombre de demandes et le nombre de victimes indemnisées une année donnée.

Le FIVA estime à 4 900 le nombre de dossiers en stock fin 2012. La formulation de 6 700 offres en 2013, puis 5 200 offres en 2014, permettrait de réduire significativement le nombre de dossiers en stock et de maintenir un stock incompressible d'environ 3 300 dossiers fin 2013, et de l'ordre de 3 100 fin 2014. De tels objectifs permettraient d'apurer le stock de dossiers en instance.

En 2012, les montants versés par le FIVA pour l'indemnisation des victimes atteignent en moyenne 37 000 € par dossier de victimes directes. Ces montants sont progressifs au fur et à mesure que le taux d'incapacité permanente (IP) de la victime augmente : environ 19 400€ dans le cas de pathologies bénignes (épaississements pleuraux et plaques pleurales), 36 000€ dans le cas d'une asbestose, 138 000€ pour un mésothéliome et 145 000 € 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 :

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 2013.

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 2012), téléchargeable sur le site internet de l'organisme.

Sous-indicateur n°7-2 : Nombre de personnes admises en préretraite FCAATA et montant moyen de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA)

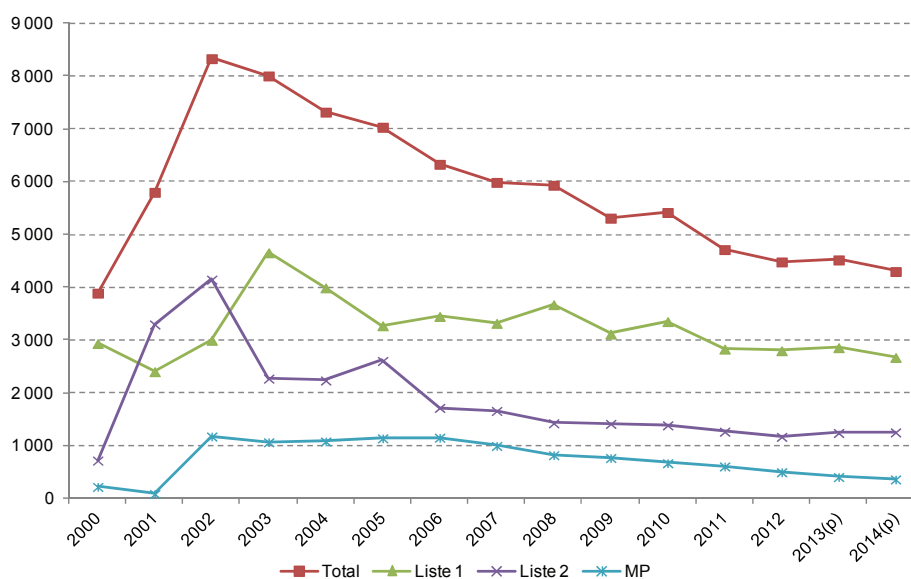
L'allocation du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA, créé en 2000) est servie aux travailleurs de l'amiante qui bénéficient d'une retraite anticipée et dont l'âge est compris entre 50 ans (âge minimal d'entrée dans le dispositif) et 65 ans. L'allocation cesse 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 2014



Source : CNAMTS (application AGATA), jusqu'en 2012 et projections CCSS de septembre 2013.

Au 31 décembre 2012, en données cumulées depuis la création du Fonds en 2000, 55 % des allocataires présents dans le dispositif étaient entrés en tant qu'anciens salariés d'un établissement inscrit sur la *liste 1*, 32 % 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 rapide depuis début 2007. Par ailleurs, en régression globale depuis 2003, les entrées au titre de la liste 1 alternent entre regains 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 2014

2000	2002	2004	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (p)	2014 (p)
3 800	16 700	27 200	33 100	33 200	32 900	30 600	28 600	26 200	24 100	22 300

Source : CNAMTS jusqu'en 2012 (chiffres arrondis) et projections CCSS de septembre 2013 pour 2013 et 2014.

Le montant mensuel de l'ACAATA servie est proportionnel aux derniers salaires perçus par le bénéficiaire (cf. Précisions méthodologiques). Son montant moyen atteint 1 750 € mensuels en 2012, 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 (euros courants)

2000	2002	2004	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (p)	2014 (p)
1 290	1 516	1 516	1 584	1 609	1 625	1 674	1 703	1 750	1 788	1 817

Source : CNAMTS jusqu'en 2012 et projections CCSS de septembre 2013 pour 2013 et 2014.

Précisions méthodologiques :

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.

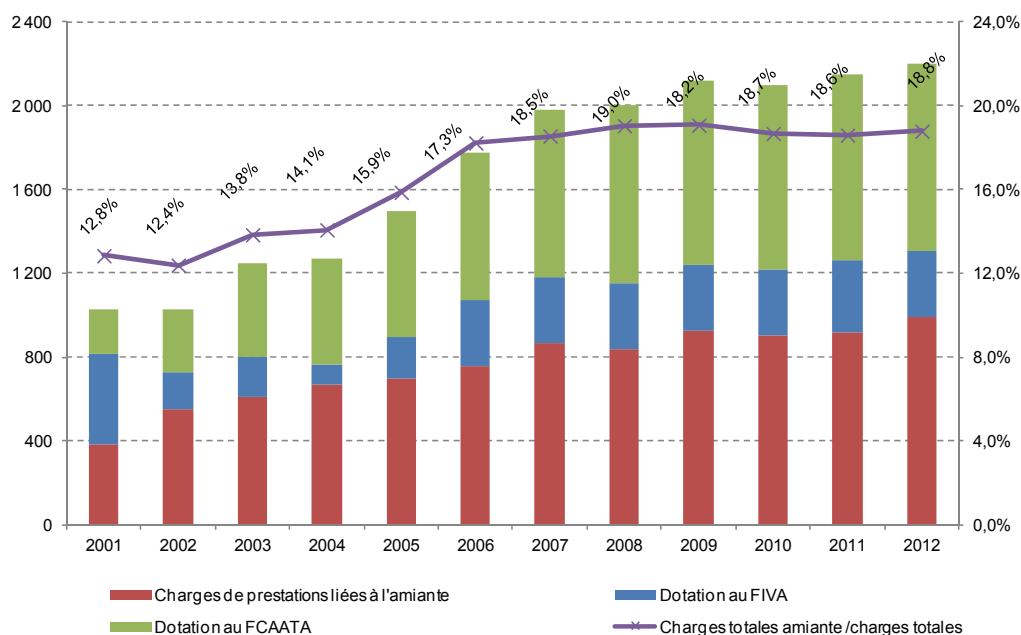
La prévision de croissance des effectifs pour les années 2013 et 2014 présentée est cohérente avec celle de la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de septembre 2013. Il s'agit d'un scénario de projection qui prolonge la tendance d'évolution du nombre de nouvelles demandes observée depuis la mise en place du fonds ; ce scénario prévoit par ailleurs une très légère dérive du taux de décès d'un stock d'allocataires vieillissant et un taux de départ en retraite progressant pour atteindre 25 % en 2015, ce qui traduira le passage d'un temps moyen de présence dans le dispositif de 5 à 4 ans.

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

L'allocation des travailleurs de l'amiante est calculée en fonction de la moyenne actualisée des salaires mensuels bruts des 12 derniers mois d'activité salariée (pour lesquels ne sont pas prises en compte les périodes d'activité donnant lieu à rémunération réduite). Elle est égale à 65 % du salaire de référence dans la limite du plafond de la sécurité sociale (soit 3 086 € mensuels en 2013), 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 1 157,05 € bruts mensuels depuis le 1^{er} avril 2013, 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°8 : 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 - 2013.

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 2012 (2,2 Md€ sur 11,7 Md€), soit une progression de 46 %.

Cette évolution s'explique principalement par la croissance des dotations au FCAATA, qui ont été multipliées par 4,45 entre 2001 (200 M€) et 2012 (890 M€) en raison de la montée en charge du dispositif. Ainsi, en moyenne annuelle, le nombre d'allocataires est passé de 3 800 en 2000 à 26 200 en 2012 (soit un taux de progression moyen annuel d'environ 17 % 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 de la branche au titre de la dotation pour le FIVA est de ce fait négative sur la période 2001-2012, puisque la dotation en 2012 s'élève à 315 M€. En valeurs cumulées, les dotations au FIVA sont venues accroître les charges de la CNAMTS liées à l'amiante d'environ 3,3 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 2,6 sur la période 2001 - 2012, passant de 380 M€ en 2001 à 992 M€ en 2012. Sur la même période, le coût de toutes les pathologies indemnifiées a progressé au même rythme, il a aussi été multiplié par 2,5 (de 920 M€ en 2001 à 2 300 M€ en 2012).

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 35 % sur la période 2001-2012 (passant de 3 354 à 4 531). 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 liées 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 42 % 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 42 % en 2012.

Précisions méthodologiques :

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°9 : 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).

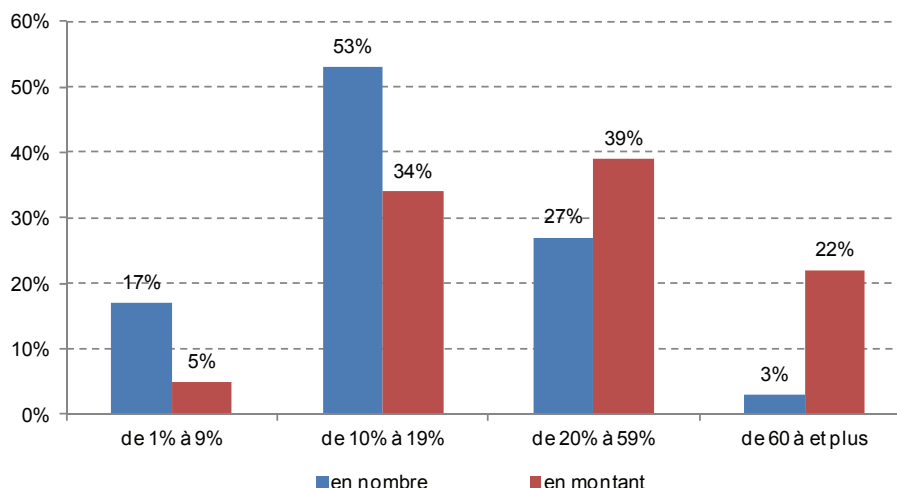
En 2012, le régime général des accidents du travail et des maladies professionnelles a servi environ 1,3 million de rentes pour un montant global de près de 4,2 milliards d'euros, soit une évolution d'environ 2,6 % par rapport à 2011. La majorité de ces rentes est servie à des victimes (94 % de l'ensemble) à hauteur de 2,95 milliards d'euros. Le reste (6 % de l'ensemble) est servi aux des différentes catégories d'ayants droit (conjoints, enfants, ascendants) pour un montant de 1,1 milliard.

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

	Total (a+b+c)		dont rentes de victimes (a)		dont rentes d'ayants droit (b)		dont capitaux (c)	
	Montants	Evol.	Montants	Evol.	Montants	Evol.	Montants	Evol.
2008	3 985	1,9%	2 793	1,5%	1 049	4,1%	143	-6,9%
2009	4 018	0,8%	2 817	0,9%	1 058	0,8%	144	0,3%
2010	4 073	1,4%	2 845	1,0%	1 090	3,1%	138	-4,2%
2011	4 136	1,5%	2 889	1,5%	1 109	1,7%	138	0,2%
2012	4 243	2,6%	2 950	2,1%	1 154	4,1%	138	0,2%

Source : CNAMTS (Données nationales -Datamart AT-MP) -2013.

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 17 % des rentes et 5 % 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 17,7 % en 2012. 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 2012

Source: CNAMTS (Datamart AT-MP) – 2013

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 1 096,50 € / mois au 1er avril 2013.

Précisions méthodologiques :

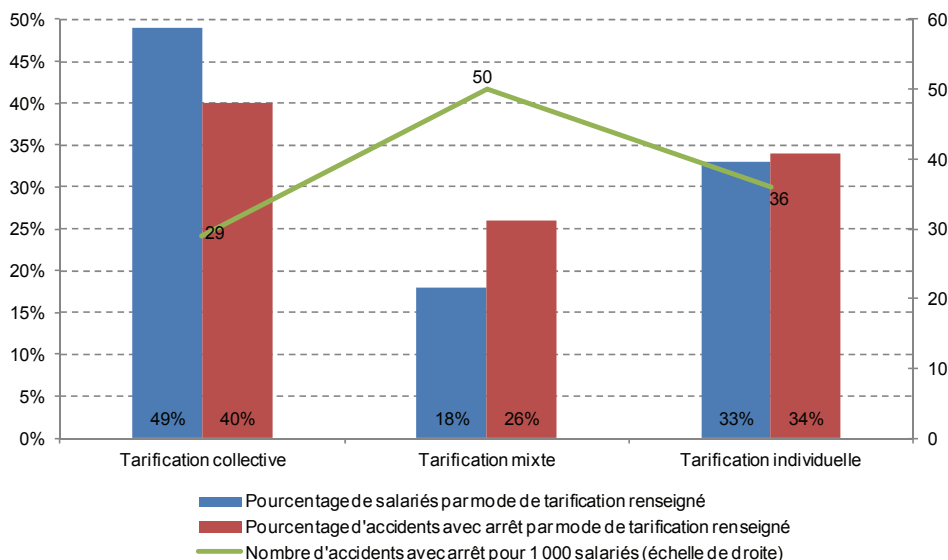
Le taux d'incapacité permanente est déterminé compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité. Ce barème indicatif fournit les bases d'estimation du préjudice consécutif aux séquelles des accidents du travail et, éventuellement des maladies professionnelles dans le cadre de l'article L. 434-2 applicable 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° 10 : Répartition des salariés et du nombre d'accidents avec arrêt en fonction du mode de tarification (individuelle / mixte / collective)

Répartition, en pourcentage du total, des effectifs salariés et des accidents du travail (*) avec arrêt selon le mode de tarification des entreprises en 2012



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques) - 2013.

(*) Sont comptabilisés les accidents du travail ayant donné lieu à un arrêt d'au moins 24 heures en 2012.

Lecture : 48,8% des salariés du régime général travaillent dans des entreprises à tarification collective qui concentrent 39,9% des accidents, soit 29 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 2012, une part de 33,2% de salariés est concernée par la tarification individuelle (entreprises de plus de 150 salariés) contre 18% pour la tarification mixte (entreprises ayant de 20 à 149 salariés) et 48,8 % pour la tarification collective (entreprises de moins de 20 salariés).

Le rapport du nombre de sinistres aux effectifs montre que les entreprises à tarification collective constituent la catégorie la moins accidentogène (taux de 29 pour 1 000), derrière les entreprises à tarification individuelle (36 pour 1 000), et les entreprises à tarification mixte (taux de 50 pour 1 000). 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.

Précisions méthodologiques :

La notion d'accident avec arrêt est définie à l'indicateur de cadrage n° 3. 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 2012, année sur laquelle porte cet indicateur, des modifications ont été apportées à la tarification des AT-MP.

La tarification collective s'applique aux entreprises de moins de 20 salariés et, à titre dérogatoire pour certaines activités, à certaines entreprises quelle que soit leur taille (décret du 6 décembre 1995).

La tarification mixte s'applique aux entreprises ayant de 20 à 149 salariés.

La tarification individuelle s'applique aux entreprises de 150 salariés ou plus.

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 salariés	Collectif	0	1
20 à 149 salariés	Mixte	(E-19)/131	[1-(E-19)/131]
150 salariés et plus	Individuel	1	0

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

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

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

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

Effectif entreprises hors BTP	Effectif entreprises de BTP	Mode de tarification Alsace-Moselle
Moins de 50 salariés	Moins de 50 salariés	Tarification collective Taux fixé en fonction des résultats statistiques régionaux
Entre 50 et 149 salariés	Entre 50 et 299 salariés	Tarification mixte Taux déterminé par la CRAM Alsace-Moselle en additionnant une fraction de taux réel et un fraction complémentaire de taux collectif
150 salariés et plus	300 salariés et plus	Tarification individuelle réelle Taux déterminé par la CRAM Alsace-Moselle en fonction des résultats statistiques de l'entreprise

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

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.

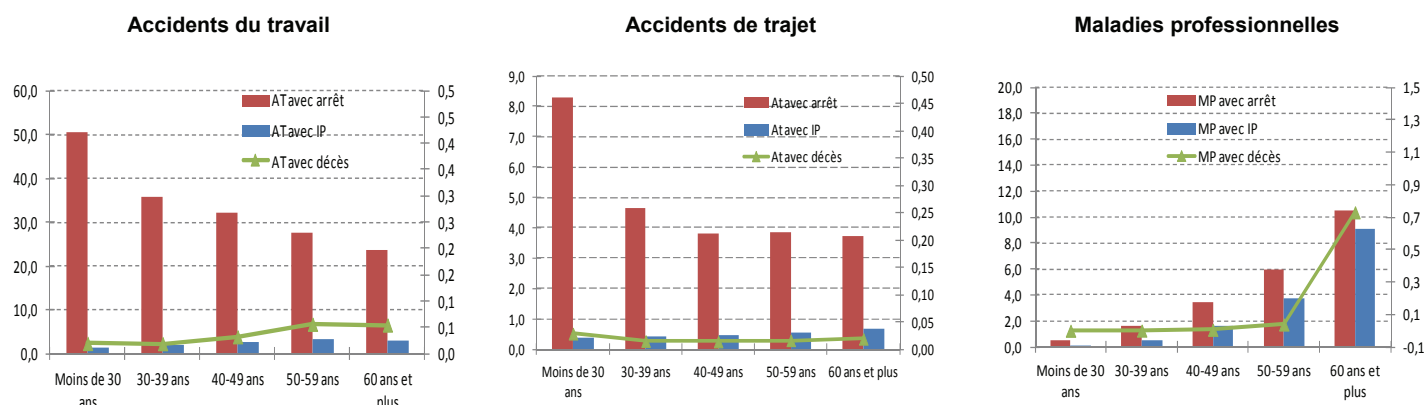
Sur le champ plus précis des accidents du travail ayant entraîné une incapacité permanente, c'est-à-dire ceux pour lesquels la gravité du sinistre est plus importante, la baisse de l'indice de fréquence est un peu moins forte (- 12,3 % entre 2001 et 2012). L'indice de fréquence des accidents de trajet 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 des 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'efficacité. Il vise à apprécier l'équilibre financier du régime général de la branche accidents du travail - maladies professionnelles.

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

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.