

PARTIE II OBJECTIFS / RÉSULTATS

LISTE DES INDICATEURS D'OBJECTIFS/RÉSULTATS 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	Diminution	CNAMTS/DSS	CNAMTS
	1-2 - Indice de fréquence des accidents du travail dans les secteurs à plus fort risque	Diminution	CNAMTS/DSS	CNAMTS
	1-3 - Indice de gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles	Diminution	CNAMTS/DSS	CNAMTS
	1-3-1 - Nombre de journées de travail perdues en raison d'un accident du travail pour 1 000 heures travaillées			
	1-3-2 - Taux moyen d'une incapacité partielle permanente pour les AT, les MP et les accidents de trajet ayant donné lieu à une incapacité permanente	Diminution		
	Efficacité des contrôles			
	1-4 - Évolution du nombre de visites de prévention de l'assurance maladie		CNAMTS	CNAMTS
	1-5 - 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	
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	Repérage de maladies professionnelles non reconnues par la voie standard	CNAMTS	CNAMTS
	2-1-1 - Évolution des reconnaissances de maladies professionnelles par les CRRMP au titre des tableaux (alinéa 3)			
	2-1-2 - Évolution des reconnaissances de maladies professionnelles par les CRRMP hors tableaux (alinéa 4)			
	Équité de la réparation			
2-2 - Hétérogénéité des taux de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles entre caisses primaires d'assurance maladie	Réduction de la dispersion	CNAMTS/DSS	CNAMTS	
2-2-1 - Hétérogénéité pour les accidents du travail et les accidents de trajet				
2-2-2 - Hétérogénéité pour les maladies professionnelles				
3 – Garantir la viabilité financière de la branche	Soutenabilité financière			
	3-1 - Taux d'adéquation des dépenses avec les recettes de la CNAMTS AT-MP	Équilibre	DSS	DSS
	3-2 - Part du taux de cotisation AT-MP non liée à la sinistralité propre des entreprises	Pas d'augmentation	CNAMTS/DSS	DSS
	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 du trajet et des maladies professionnelles avec arrêt évoluent de la manière suivante de 2001 à 2013 pour 1 000 salariés :

Catégorie de sinistre	2001	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Objectif
Accidents du travail avec arrêt	42,8	39,4	39,4	38	36,0	36,0	36,2	35,0	33,8	Diminution
AT ayant entraîné une IP	2,5	2,6	2,5	2,4	2,4	2,3	2,2	2,2	2,1	
AT avec décès	n.d	n.d	n.d	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	
Accidents du trajet avec arrêt	5	4,7	4,7	4,7	5,1	5,2	5,3	4,8	5	
At ayant entraîné une IP	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	
At avec décès	n.d	n.d	n.d	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	
Maladies professionnelles avec arrêt	1,4	2,4	2,4	2,5	2,7	2,7	2,9	2,9	2,8	
MP ayant entraîné une IP	0,6	1,3	1,2	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	1,5	
MP avec décès	n.d	n.d	n.d	0,02	0,03	0,03	0,03	0,03	0,02	

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2014.

Depuis 2001, on observe d'une manière générale une diminution progressive de l'indice de fréquence des accidents du travail (-21% sur la période 2001 - 2013). Si l'indice de fréquence des accidents du travail est en baisse constante (à part une très légère hausse en 2011), et s'établit désormais à 34 pour mille salariés, l'indice des accidents de trajet avec arrêt qui était stable depuis entre 2006 et 2008 (à 4,7) a progressé entre 2009 et 2011 avant de baisser en 2012 pour finalement augmenter à nouveau en 2013 pour atteindre 5 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 (- 16% entre 2001 et 2013). L'indice de fréquence des accidents de trajet ayant entraîné une incapacité permanente baisse également de façon importante sur la période (- 20 %).

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 - 2013 (+ 100% pour l'indice avec arrêt et + 150% 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 les plus fréquents en accident du travail.

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

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

(correspondant à un arrêt de travail d'au moins vingt-quatre heures), d'indemnité en capital, de rente ou de capital décès dans l'année étudiée.

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

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. sous-indicateur de cadrage n°3-1), l'indicateur choisi vise à apprécier si la fréquence des accidents du travail de ces trois secteurs diffère de la moyenne générale, 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 2002 à 2013 :

Secteurs d'activité	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Objectif
Indice moyen national des CTN B, D et F* (1)	71,7	67,6	65,6	65,2	64,9	65,1	62,6	59,4	58,3	58,5	55,5	53,1	Diminution
Indice moyen national Accidents du travail (2)	43,0	40,9	39,5	39,1	39,4	39,4	38,0	36,0	36,0	36,2	35,0	34,0	
Surreprésentation** par rapport à la moyenne des accidents dans les trois secteurs les plus à risque (1) / (2)	1,67	1,65	1,66	1,67	1,65	1,65	1,65	1,65	1,62	1,62	1,59	1,56	

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2014.

* 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 1,56 signifie une surreprésentation de 56 % 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 2002 et 2013 (- 26 % sur la période) à un rythme légèrement plus rapide que celui de l'indice de fréquence moyen tous secteurs confondus (- 21 % sur la même période). Toutefois, rapportés à l'effectif des salariés du régime général des différents secteurs, les trois secteurs les plus à risque se caractérisent en 2013 par une sinistralité qui demeure supérieure de 56 % à la moyenne nationale.

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

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

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

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

- le taux de gravité des accidents du travail avec arrêt qui renseigne sur le volume des arrêts de travail corrigé du nombre d'heures travaillées ;
- le taux moyen d'incapacité permanente (IP) des accidents du travail, de trajet et des maladies professionnelles ayant donné lieu à une IP qui se base, par construction, sur le champ réduit des sinistres ayant entraîné une IP.

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

Résultats : le nombre de journées perdues pour cause d'accident du travail pour 1 000 heures travaillées évolue comme suit de 2001 à 2013 :

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

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2014.

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. Ce taux de gravité est en légère baisse entre 2012 et 2013 (moins de 1%).

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 2004 et 2013 varient comme suit :

Catégorie de sinistre	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Objectif
Accidents du travail	9,9	9,8	10,2	10,6	10,3	10,3	10,7	10,3	10,2	10,3	Diminution
Accidents de trajet	14,1	14,3	14,1	14,3	14,2	13,6	14,2	13,9	13,5	14,0	
Maladies professionnelles	16,2	15,5	15,5	16,1	15,4	15,4	15,1	14,5	13,9	13,7	

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) – 2014.

Le taux moyen d'incapacité permanente pour les accidents de travail a augmenté de 4,0 % entre 2004 et 2013. Cette faible évolution (0,44 % par an en moyenne) peut s'expliquer par le fait que seuls 6 % des accidents du travail avec arrêt ont donné lieu en 2013 à une incapacité permanente. Ils concernent donc une population réduite aux caractéristiques particulières.

S'agissant des accidents de trajet, le taux moyen d'incapacité permanente, qui concerne 8 % des accidents de trajet avec arrêt, a augmenté entre 2012 et 2013 (+4%). 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 2012 (taux moyen d'IP de 13,5) s'explique par un nombre plus élevé d'accidents de trajet avec IP cette année-là, la somme des taux d'IP restant stable par rapport à 2011. La baisse du nombre d'accidents de trajet avec IP entre 2012 et 2013 peut expliquer en partie une hausse du taux moyen d'incapacité permanente en 2013.

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 (53 %). Il évolue fortement à la baisse (- 15 % sur la période 2004 - 2013). Si l'on rapproche cette évolution des résultats mis en évidence à l'indicateur « objectifs/résultats » n° 1-1-1, on note une progression très dynamique de la fréquence des maladies avec incapacité permanente alors que le taux moyen d'incapacité permanente tend à diminuer. Ce phénomène pourrait s'expliquer par l'accroissement de la part des maladies les moins graves (celles pour lesquelles les taux d'incapacité sont les plus faibles) au sein des sinistres avec incapacité permanente. Ainsi, les troubles musculo-squelettiques, qui comptent pour 79 % des pathologies professionnelles avec arrêt (cf. indicateur de cadrage n° 6) 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 40 600 en 2013.

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 : 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
Établissements 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 : 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.

Programme	Indicateur	Valeur de l'indicateur					Objectif
		2009	2010	2011	2012	2013	
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	Indicateur non repris dans l'avenant à la COG 2013	Stabilisation des indices de fréquence d'ici fin 2012 dans les secteurs ciblés
Réduire le risque cancérogène, mutagène et reprotoxique (CMR)	Nombre de salariés soustraits au risque CMR	2 000	8 905	25 000	46 500	50 100	100 000 salariés soustraits aux risques entre 2009 et 2012 (50 000 au niveau des CARSAT)
		(résultats CARSAT uniquement)					
Prévenir le risque routier	(2011) %d'établissements ciblés ayant mis en place les 3 outils VUL (2012) Nb d'actions collectives mises en œuvre pour prévenir le risque trajet (2013) Nb de PDIE mobilité & sécurité durables	-	-	60,2 %	Nbre d'actions collectives mises en œuvre pr prévenir le risque trajet = 124	Nb de PDIE M&SD = 21	Développer l'approche de prévention du risque en mission lié à l'usage professionnel des VUL Développer une approche spécifique de prévention du risque trajet domicile travail.
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	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	Animation du réseau des consultants dans l'ensemble des caisses régionales	Doublage 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	Indicateur non repris dans l'avenant à la COG 2013	-15 % du taux de fréquence des AT graves entre 2008 et 2011 dans les 3 secteurs concernés

Source : Direction des risques professionnels – CNAMTS.

Les programmes du PNAC 2009-2012, poursuivis en 2013

Risque routier : la branche a poursuivi les partenariats noués lors de l'élaboration des plans de déplacements inter-entreprises (PDIE), en y introduisant les préoccupations de sécurité orientées sur l'analyse générale de la mobilité.

Exposition aux agents cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR) : les actions ayant conduit à la substitution des substances CMR ou à la maîtrise des risques ont été repérés et largement diffusées aux professions concernées.

Risques psycho-sociaux (RPS) : la branche a poursuivi l'animation du réseau de partenaires constitué lors du précédent exercice.

Grande distribution : la branche a mesuré le taux de mise en œuvre des actions de ce programme qui avaient été demandées aux entreprises sur la période 2009-2012. Par ailleurs, ce secteur a été pris en compte dans le programme spécifique à la prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS).

Troubles musculo-squelettiques (TMS)

L'année 2013 a été consacrée à la construction du programme TMS inscrit à la COG 2014-2017. Ce programme cible de façon spécifique plus de 8000 établissements ayant la sinistralité TMS la plus élevée. Le premier objectif de ce programme est de contribuer à faire baisser la sinistralité liée aux TMS. Le second est de faire en sorte que les établissements ciblés deviennent plus autonomes en matière de prévention.

Le programme TMS repose sur une offre de services élaborée par un groupe projet qui a réuni l'INRS, la Cnamts et une majorité de caisses régionales. Elle est hébergée sur un site Internet dédié Tmspros.fr. Ce site permet de suivre ces établissements ciblés et de faire état de leur progression. Ils seront ainsi suivis par les caisses régionales, qui pourront les accompagner de façon adaptée.

L'offre de services TMS pros est conçue pour permettre aux entreprises de toutes tailles et tous secteurs d'activité d'engager et de mettre en œuvre une démarche de prévention des TMS. Prévenir les TMS, c'est identifier, connaître et maîtriser les risques pour transformer durablement les conditions de travail.

Les principaux effets de cette démarche de prévention sont une augmentation de la productivité dans l'entreprise, une baisse de l'absentéisme et une amélioration du climat social.

TMS Pros s'appuie sur 4 étapes qu'il convient de faire les unes après les autres :

En quoi suis-je concerné par les TMS ?

Par quoi commencer ?

Comment agir ?

Quels résultats pour mon entreprise ?

A chaque étape, l'entreprise dispose d'outils pour lui permettre de définir des actions de prévention adaptées à sa situation, par exemple :

- un tableau de bord avec des indicateurs pour fixer les objectifs et mesurer l'efficacité de ses actions,
- un outil de dépistage pour recenser les risques TMS les plus importants,
- un quiz pour faire le point des ressources et des compétences dans l'entreprise,
- des bonnes pratiques élaborées par les caisses régionales, la Cnamts et l'INRS pour les principaux secteurs d'activité concernés par les TMS.

Risque cancérogène, mutagène et reprotoxique (CMR)

Le programme pour la prévention des cancers professionnels, prévu dans la COG AT/MP 2014-2017, a été bâti à partir d'enquêtes régionales sur les émissions de moteur Diesel et le styrène ainsi que du bilan des actions réalisées au titre du PNAC CMR 2009-2012.

De ce bilan, il ressort notamment que :

- 5400 actions de prévention ont été engagées en entreprise ;
- plus de 76 000 salariés exposés à au moins un agent CMR ont été repérés ;
- 5200 actions de prévention sont jugées terminées ;

- plus de 46 500 salariés ont bénéficié d'une action de maîtrise ou de substitution ; ce qui représente 61% de l'effectif salarié initialement exposé ;
- des coopérations avec des services interentreprises de santé au travail ont également permis de réaliser des actions de prévention qui portent à 65 000 le nombre total de salariés ayant bénéficié d'une action de maîtrise du risque CMR.

Parmi les actions réalisées, qu'il s'agisse d'actions de substitution ou de maîtrise, dans le but de valoriser le travail accompli, certaines, particulièrement réussies, ont été répertoriées pour illustrer, sous la forme de témoignages, les fiches d'aide à la substitution et les fiches d'aide à la maîtrise. Le programme CMR 2014-2017 sera déployé dans quatre secteurs d'activité : pressings, centres de contrôle technique de véhicules, stratification du polyester et chaudronnerie.

Risque routier

Le programme risque routier, dont l'une des finalités est de 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 demandé à chaque caisse régionale en 2013 de mettre en œuvre un plan de déplacement inter-entreprises « Mobilité et sécurité durables ».

Ce PDIE M&SD recouvre le risque routier trajet domicile travail, mais également le risque routier en mission, et si c'est pertinent, les autres risques professionnels liés aux déplacements des personnels concernés et présents sur la zone concernée (risques psycho-sociaux, TMS,...).

Sur l'année 2013, 84% des caisses régionales (CARSAT et CGSS) ont mis en place ce plan.

Risques psychosociaux

En 2013, le programme RPS s'est orienté vers l'animation de réseaux de consultants. L'objectif est de permettre aux entreprises qui engagent une démarche de prévention des risques psychosociaux de disposer régionalement de consultants en accord avec les principes développés dans le réseau.

Une synthèse construite à partir d'un bilan qualitatif sur chaque cabinet de consultants a été établie dans chaque région.

Tous ces consultants ont été vus au moins une fois dans l'année, par l'intermédiaire de réunions collectives à l'initiative de la caisse ou lors de rencontres prévues avec d'autres partenaires tels que la Direccte ou l'Aract.

Grande distribution

L'action pour la maîtrise des risques d'accidents du travail et d'apparition des TMS dans la grande distribution, lancée en 2009, s'est poursuivie en 2013 avec la visite de plus de 1000 établissements.

Un colloque « Grande Distribution » a réuni les préventeurs et toutes les enseignes le 11 décembre 2013 pour dresser le bilan de l'action coordonnée au plan national entre les correspondants d'enseignes et les services de prévention des caisses régionales. Parmi les points forts de ce bilan, il a été noté une évolution notable des organisations et des moyens mis en œuvre par les entreprises dans leurs établissements.

Par ailleurs, l'Assurance Maladie Risques Professionnels s'est mobilisée pour une meilleure prévention des risques liés au «drive», activité en expansion à fort risque. Des conventions sur la conception des locaux ont été signées entre des Caisses régionales et de grandes enseignes. Enfin, un groupe de travail national « drive » avec la CNAMTS, des caisses régionales et l'INRS, a produit un référentiel qui définit les exigences essentielles de conception pour assurer la sécurité et garantir la santé des salariés à leur poste de travail.

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 adoptée en Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT-MP) en 2009, et a ensuite fait l'objet d'un décret d'application (décret du 5 Juillet 2010 n° 2010-753 fixant les règles de tarification des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles).

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

Les principales évolutions de la nouvelle tarification concernent :

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

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	241	528	1 761	4 811	9 379	32 822	2 063	50 804	100 363	460 382
Industries du bâtiment et des travaux publics CTN B (hors départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle)	325	476	1 556	4 339	8 406	31 929	2 120	96 360 (gros œuvre) (1) 96 513 (second œuvre) (2) 138 275 (bureau) (3)		
Industries du bâtiment et des travaux publics CTN B (pour les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle)	325	476	1 556	4 339	8 406	31 929	2 120	48 699	93 669	382 962
Industries des transports, de l'eau, du gaz, de l'électricité, du livre et de la communication CTN C	292	562	1 703	4 537	8 588	29 037	2 091	48 770	94 664	399 552
Services, commerces et industries de l'alimentation CTN D	325	438	1 381	3 869	7 287	24 725	2 075	42 942	81 570	332 590
Industries de la chimie, du caoutchouc et de la plasturgie CTN E	338	565	1 839	5 012	9 266	32 465	2 154	49 115	96 519	502 367
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	363	512	1 712	4 456	8 638	29 711	2 080	46 512	90 811	434 435
Commerces non alimentaires CTN G	284	493	1 542	4 304	8 311	28 525	2 097	46 464	90 559	397 917
Activités de services I CTN H	132	384	1 255	3 909	7 522	26 156	1 990	45 382	90 217	450 218
Activités de services II CTN I	225	404	1 294	3 508	6 662	23 258	2 102	41 839	78 897	301 946

(1) Les activités de gros œuvre mentionnées à l'article D. 242-6-6 susvisé sont identifiées sous les codes risques suivants : 29.5OD, 45.1AA, 45.1AB, 45.1DA, 45.2AA, 45.2BC, 45.2CB, 45.2CC, 45.2DA, 45.2EA,

(2) Les activités de second œuvre mentionnées à l'article D. 242-6-6 susvisé sont identifiées sous les codes risques suivants : 45.2JA, 45.2JB, 45.2JC, 45.2KA, 45.2LA, 45.3AB, 45.3AC, 45.3AD, 45.3CA,

(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'écèlement. 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 fin 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 indemnissables passe généralement par leur inscription dans un tableau spécifiant les conditions à remplir : délai de prise en charge, durée d'exposition au risque et liste 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. Cet article 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.

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

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

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Objectif
Affections rhumatologiques	3158	3150	3634	4429	4926	5527	6501	6002	Repérage des maladies professionnelles non reconnues par la voie standard
Affections amiante	509	524	458	462	466	510	515	492	
Surdité	285	245	272	248	233	230	249	199	
Affections respiratoires	151	84	166	113	146	158	176	162	
Affections de la peau	28	16	26	79	29	37	38	30	
Autres pathologies	38	162	119	132	113	102	119	136	
Ensemble des pathologies reconnues au titre de l'alinéa 3	4169	4181	4675	5463	5913	6564	7598	7021	

Source : bilan des CRRMP CNAMTS, 2013 (voir les précisions méthodologiques).

Les CRRMP ont donné 7021 avis favorables suite à une demande de reconnaissance en maladie professionnelle au titre de l'alinéa 3, soit pour la première fois moins de reconnaissances que l'année précédente.

Ceci rejoint la tendance à la baisse du nombre de maladies professionnelles nouvellement reconnues (ayant donné lieu à un premier règlement) avec entre 2012 et 2013, une diminution de 4,7 %. Pour autant, le pourcentage des maladies professionnelles attribuées par les CRRMP se maintient à 14 % de l'ensemble des reconnaissances de maladies professionnelles.

Le pourcentage d'avis favorables donnés au titre de l'alinéa 3 est de 41 %, soit inférieur à la moyenne des années précédentes qui était de 47%. Il faut souligner que les dossiers soumis aux CRRMP correspondent à des situations toujours particulières puisque, par définition, ils ne satisfont pas strictement aux critères de reconnaissance définis dans les tableaux.

Les pathologies rhumatismales représentent 90 % des demandes reçues par les CRRMP, avec un taux de reconnaissance de 39 %. (Soit 85 % des avis favorables rendus).

Le taux de reconnaissance en maladie professionnelle des pathologies demandées en lien avec une exposition à l'amiante (tableaux 30 et 30 bis) est de 75 % pour l'ensemble des affections et de 66 % pour les pathologies cancéreuses.

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

	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.

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

Finalité : en dehors du cadre défini par l'alinéa 3 de l'article L 461-1 le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) peut également reconnaître le caractère professionnel d'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 %.

L'indicateur mesure l'importance des pathologies professionnelles reconnues par cette voie non standard, au titre de l'alinéa 4 de l'article L 461-1 du code de la Sécurité sociale. 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	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Objectif
Nombre de pathologies reconnues hors tableaux (alinéa 4)	17	150	176	186	227	235	258	299	491	Repérage des maladies non reconnues par la voie standard

Source: bilan des CRRMP, CNAMTS.

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

Si le nombre des reconnaissances de MP a été multiplié par deux de 2006 à 2012, il a augmenté de plus de 60 % entre 2012 et 2013. Il faut noter que la lettre ministérielle de mars 2012 en donnant une nouvelle interprétation de l'article L. 461-1 a permis de soumettre plus de dossiers aux CRRMP grâce à la notion d'IP *prévisible* à la date de la demande.

Les 491 avis favorables à la reconnaissance de maladies professionnelles représentent 27 % des 1793 avis donnés au titre de l'alinéa 4 par les CRRMP en 2013. Ce pourcentage est relativement stable depuis plusieurs années.

Avec 512 demandes, soit plus du double de l'année précédente, les affections psychiques représentent 28 % des dossiers avec un taux de reconnaissance qui atteint 47 %. 22 % des demandes traitées par les CRRMP le sont pour une affection maligne, leur taux de reconnaissance est de 19 %.

Les pathologies ostéo-articulaires représentent 36 % des demandes traitées par les CRRMP et 20 % d'entre elles ont été reconnues en 2013.

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

Précisions méthodologiques : le champ des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) comprend tous les régimes.

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

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

Finalité : l'objet de cet indicateur est de mesurer les écarts entre les caisses d'assurance maladie (102 caisses primaires en métropole depuis la fusion de certains organismes, effective au 1^{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 2013 :

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

Source : CNAMTS - Datamart AT-MP interrogé en juin 2014, statistiques Orphée en date de dernière décision connue.

(*) Résultats provisoires.

En 2013, les caisses ont reconnu en moyenne 74,9% des accidents de travail déclarés (contre 76,2 % en 2012). Par ailleurs, l'écart-type, qui mesure la dispersion des taux de reconnaissances entre caisses primaires, a légèrement augmenté (4,8 % en 2013 contre 4,5 % en 2012), 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 (73,2 % en 2013 après 74,3 % en 2012), et l'évolution de l'écart-type, qui avait baissé entre 2011 et 2012, est en hausse en 2013, il s'établit à 5,9. L'hétérogénéité des pratiques des caisses primaires en termes de reconnaissance des accidents de travail et de trajet apparaît en augmentation en 2013.

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 dans l'entrepôt de données AT-MP sous une forme récemment enrichie conduisant à une reprise de l'historique.

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

Précisions méthodologiques : les données présentées ici portent sur l'ensemble des caisses d'assurance maladie sous leur nouvelle forme, c'est-à-dire après fusions des organismes intervenues légalement au 1^{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 1er 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 2013 :

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

Source : CNAMTS - Datamart AT-MP interrogé en juin 2014, (statistiques Orphée en date de dernière décision connue).

(*) résultats provisoires.

En 2013, le taux moyen de reconnaissance des maladies professionnelles connaît une légère hausse. En effet, celui-ci est passé de 72,1 % en 2012 à 72,4 % en 2013. Suite à plusieurs années de diminution de 2007 à 2011, l'écart-type a augmenté en 2012 et en 2013, passant de 6,8 en 2011 à 7,9 en 2013. Ceci traduit 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 une réduction des écarts de 15%).

Construction de l'indicateur : cet indicateur a été retenu par la CNAMTS afin de mesurer la qualité de traitement des dossiers par les caisses dans le cadre de l'objectif d'harmonisation des pratiques. Les données des taux de reconnaissance sont collectées et analysées par la CNAMTS à partir des statistiques annuelles Orphée disponibles dans l'entrepôt de données AT-MP sous une forme récemment enrichie conduisant à une reprise de l'historique.

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

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

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

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

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

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

	2011	2012	2013	2014(p)	2015(p)	2016(p)	2017(p)	2018(p)	Objectif
Dépenses (Mds€)	11,6	11,7	11,3	11,8	12,1	12,3	12,4	12,6	Équilibre
Recettes (Mds€)	11,3	11,5	12,0	12,0	12,3	12,7	13,2	13,8	
Solde (Mds€)	-0,2	-0,2	0,6	0,2	0,2	0,4	0,8	1,2	
Recettes /dépenses	98,1%	98,5%	105,6%	101,8%	101,6%	103,6%	106,6%	109,8%	

Source : PLFSS pour 2015.

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, la hausse des taux de cotisation, la diminution de la dotation au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et l'absence de transferts vis à vis de la CNAV au titre de la pénibilité ont permis, pour la première fois depuis 2008, le retour à l'équilibre financier.

En 2014, compte tenu de la hausse de la dotation au FIVA, le ratio recettes/dépenses baisserait mais sans que cela remette en cause la situation excédentaire à laquelle est revenue le régime en 2013. En 2015, la hausse du reversement à la branche maladie au titre de la sous-déclaration pèserait sur les dépenses de la branche, mais le ratio recettes/dépenses resterait stable.

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 2013 et prévisionnels de 2014 à 2018. 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 2015. 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 de trajet inscrits à un compte collectif national.
- M2 : majoration couvrant les charges suivantes : frais de rééducation professionnelle, charges de gestion du FNPAT, dépenses liées aux prélèvements au profit du FNPAT, du FNASS, du FNPEIS, du FNCM et du FNGA, la moitié du reversement à la branche malade au titre de la sous-déclaration.
- M3 : majoration couvrant les charges liées aux compensations inter régimes, au FCAT, et les dépenses inscrites au compte spécial (maladies professionnelles, charges du FIVA et du FCAATA), la moitié du reversement à la branche malade au titre de la sous-déclaration.
- M4 : créée par l'article 2 du décret 2011-353 du 30 mars 2011, couvre les prévisions des dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif d'abaissement de l'âge de la retraite à 60 ans pour les personnes justifiant d'un taux d'incapacité permanente reconnue au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail au moins égal à 20% et dans certaines conditions pour les personnes justifiant d'un taux compris entre 10 et 20%.

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

Part des majorations d'équilibre (en %)	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Objectif
M1 (accidents de trajet)	15,1	13,7	12,7	12,3	11,8	11,8	12,3	10,9	10,9	11,1	10,3	
M2* (charges diverses)	24,4	23,6	22,8	21,4	20,2	20	20,3	21,3	21,5	25,6	24,5	
M3 (compte spécial...)	20,1	21,5	22,8	25	26,7	27,2	27,6	29	27,7	24,3	26,2	
M4 (pénibilité)									0,8	0	0	
Part mutualisée (total M1+M2+M3)	59,7	58,8	58,3	58,7	58,7	59,1	60,2	61,2	61	61	61	Pas d'augmentation

Source : CNAMTS statistiques nationales technologiques AT-MP - 2014, 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 2014. L'analyse en dynamique de la part mutualisée montre une augmentation lente mais régulière entre 2006 et 2011 avant une diminution en 2012 puis une stabilité depuis. De façon symétrique, la part des dépenses directement liée à la sinistralité des entreprises ou des branches (aussi appelée taux brut) s'établit à 39 % des charges totales de la branche en 2014.

La part de la majoration M1, qui mutualise le coût des accidents de trajet, décroît constamment sur la période 2000 - 2012, a augmenté en 2013 avant de baisser de manière conséquente en 2014. 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 part de cette majoration diminue entre 2013 et 2014 (-4%). 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 puis d'augmenter à nouveau entre 2013 et 2014 (+8%). 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. 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 mais est nulle en 2013 et 2014.

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.

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

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

Résultats : les montants nets récupérés évoluent comme suit (en millions d'euros courants) :

M€ courants	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Part 2013 de chacun des régimes	Évolution annuelle 2008/2013	Taux moyen de recouvrement 2013*	Objectif
CNAM	416,4	367,4	288,8	187,9	223,7	298,9	92,3%	-6,4%	3,8%	
MSA - salariés	9,9	8,4	9,3	10,2	11,1	11,3	3,5%	2,7%	2,6%	
MSA - exploitants	2,2	1,8	2,8	2	2,6	4,9	1,5%	17,7%	3,1%	
ATIACL	1,2	1,3	2,3	0,7	1,6	1,5	0,5%	5,1%	1,0%	
CANSSM	0,1	0,2	1,2	1,8	1,3	1,7	0,5%	80,6%	0,5%	
SNCF	6,2	-0,2	-0,8	-0,4	1,9	3,1	1,0%	-12,9%	4,4%	
RATP	1,1	1,4	1,4	3	0,6	1,4	0,4%	5,6%	8,8%	
ENIM	1,5	2,5	4,4	4,6	4,2	0,9	0,3%	-10,3%	1,4%	
Banque de France	0,1	0,8	0,3	0,2	0,2	0,2	0,1%	28,0%	6,2%	
Tous régimes de base	438,6	383,6	309,6	210,1	247,1	323,9	100,0%	-5,9%	3,4%	Augmentation

Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale - septembre 2014.

* 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 2013 sont recouvrées par le régime général qui totalise 82,6 % de la dépense de prestations légales nettes d'AT-MP, soit un rendement estimé à 299 M€.

En 2013, les sommes recouvrées par la CNAMTS au titre des recours contre tiers nets ont représenté 3,8 % des charges de la caisse, soit un pourcentage supérieur à celui constaté dans la plupart des autres régimes, à l'exception de la RATP, SNCF et la Banque de France. Le taux moyen de recouvrement en 2013 est estimé à 3,4 %, tous régimes confondus. Pour le régime général, les recours contre tiers nets ont progressé de 33,6 % en 2013, une évolution à relier principalement à la sensible baisse des dotations aux provisions pour créances douteuses nettes des reprises. Néanmoins, leur rendement est resté inférieur aux niveaux observés avant la baisse entamée en 2009. Sur la période 2008-2013, ces montants récupérés ont diminué de 6,4% en moyenne par an.

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 2008 - 2013.

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.

LISTE DES SIGLES UTILISÉS

A

ACAATA : Allocation de cessation anticipée de travailleurs de l'amiante
AE : Agence d'emploi
ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANV : Admission en non valeur
AS-FNE : Allocation spéciale du fonds national de l'emploi
AT : Accident du travail
ATIACL : Allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales
AT-MP : Accidents du Travail et Maladies Professionnelles

B

BTP : Bâtiment et travaux publics

C

CANSSM : Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines
CAP SITERE : Logiciel "contrôle action pilotage-Système d'information travail en réseau"
CARSAT : Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail
CAT-MP : Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles
CCSS : Commission des comptes de la Sécurité sociale
CGSS : Caisse générale de sécurité sociale
CHSCT : Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail
CISSCT : Collèges interentreprises de sécurité de santé et des conditions de travail
CMI : Certificat médical initial
CMR : Cancérogène mutagène et reprotoxique
CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse
COG : Convention d'objectifs et de gestion
CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie
CRRMP : Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles
CTN : Comités techniques nationaux

D

DAT : Déclaration d'accident du travail
DGAFP : Direction générale de l'administration et de la fonction publique
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DGT : Direction générale du travail
DOM : Département d'outre mer
DRP : Direction des risques professionnels
DSS : Direction de la sécurité sociale

E

EGE : Eau gaz et électricité
ENIM : Établissement national des invalides de la marine
ERP : Évaluation des risques professionnels

F

FCAATA : Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante
FCAT : Fonds communs des accidents du travail
FCATA : Fonds communs des accidents du travail agricoles
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

I

IEG : Industries électriques et gazières
IJ : Indemnités journalières
INRS : Institut national de recherche et de sécurité
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
IP : Incapacité permanente
IPP : Incapacité partielle permanente
IT : Incapacité temporaire

L

LFI : Loi de finances

LFRI : Loi de finances rectificative

LFRSS : Loi de financement rectificative de la Sécurité sociale

LFSS : Loi de financement de la Sécurité sociale

M

MP : Maladie professionnelle

MSA : Mutualité sociale agricole

MTP : Majoration pour tierce personne

O

ORPHEE : Logiciel de gestion des AT-MP au niveau du service administratif des caisses primaires d'assurance maladie

P

PLF : Projet de loi de finances

PLFR : Projet de loi de finances rectificative

PLFSS : Projet de loi de financement de la Sécurité sociale

PNAC : Plan national d'actions coordonnées

R

RATOCEM : rentes d'accidents du travail des ouvriers civils des établissements militaires

RCT : Recours contre tiers

RPS : Risques psycho-sociaux

S

SGE-TAPR : Système de Gestion des Employeurs-Tarifification prévention

T

TMS : Troubles musculo-squelettiques

TPE : Très petite entreprise

V

VUL : Véhicule utilitaire léger