

**PROGRAMME DE QUALITÉ ET D'EFFICIENCE
« AT MP »**

PLFSS 2017

SOMMAIRE

Présentation stratégique.....	5
PARTIE I Données de cadrage.....	9
<i>Liste des indicateurs de cadrage et des producteurs techniques.....</i>	<i>11</i>
Indicateur n°1 : Évolution et répartition des prestations d'AT-MP	12
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	15
Indicateur n°3 : Répartition des AT-MP par secteur d'activité au regard des effectifs de salariés affiliés au régime général dans ces secteurs.....	18
Sous-indicateur n°3-1 : Répartition des accidents de travail avec arrêt par secteur d'activité et évolution du taux d'accidents depuis 2010.....	18
Sous-indicateur n°3-2 : Répartition des accidents de trajet avec arrêt par secteur d'activité, et évolution du taux d'accidents depuis 2010.....	20
Sous-indicateur n°3-3 : Répartition des maladies professionnelles avec arrêt par secteur d'activité, et évolution du taux de maladies professionnelles depuis 2010.....	21
Indicateur n°4 : Structure par catégorie de sinistres, des nouveaux bénéficiaires de prestations AT-MP.....	23
Indicateur n°5 : Niveaux moyens des flux de rentes et de capitaux d'AT-MP servis par la CNAMTS par bénéficiaire	24
Indicateur n°6 : Nombre et ventilation par pathologie des maladies professionnelles indemnisées par les caisses primaires d'assurance maladie	26
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.....	27
Sous-indicateur n°7-1 : Nombre de victimes indemnisées par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et montants moyens versés.....	27
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)	29
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	31
Indicateur n°9 : Répartition des salariés en fonction du mode de tarification (individuelle / mixte / collective).....	33
PARTIE II Objectifs / Résultats.....	35
<i>Liste des indicateurs d'objectifs/résultats.....</i>	<i>37</i>
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	38
Indicateur n°1-1 : Indice de fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles.....	38
Indicateur n°1-2 : Indice de fréquence des accidents du travail dans les secteurs à plus fort risque.....	40
Indicateur n°1-3 : Indice de gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles	41
Sous-indicateur n°1-3-1 : Nombre de journées de travail perdues en raison d'un accident du travail pour 1 000 heures travaillées.....	41
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.....	42
Indicateur n°1-4 : Évolution et ciblage des aides financières relatives à la prévention.....	43
Indicateur n°1-5 : Évaluation de l'impact des programmes prioritaires nationaux de la branche AT/MP	45

Indicateur n°1-6 : Évolution comparée des taux de cotisations AT-MP et de la sinistralité des entreprises.....	49
Objectif n°2 : Améliorer la reconnaissance des AT-MP et l'équité de la réparation.....	51
Indicateur n°2-1 : Évolution de la reconnaissance des maladies professionnelles par des voies non standard.....	51
Sous-indicateur n°2-1-1 : Évolution des reconnaissances de maladies professionnelles suite aux avis donnés par les CRRMP au titre des tableaux (alinéa 3)	51
Sous-indicateur n°2-1-2 : Évolution des reconnaissances de maladies professionnelles suite aux avis donnés par les CRRMP hors tableaux (alinéa 4).....	53
Indicateur n°2-2 : Hétérogénéité des taux de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles entre caisses primaires d'assurance maladie	54
Sous-indicateur n°2-2-1 : Hétérogénéité pour les accidents du travail et les accidents de trajet	54
Sous-indicateur n°2-2-2 : Hétérogénéité pour les maladies professionnelles	56
Objectif n°3 : Garantir la viabilité financière de la branche.....	57
Indicateur n°3-1 : Taux d'adéquation des dépenses avec les recettes de la CNAMTS AT-MP	57
Indicateur n°3-2 : Part du taux de cotisation AT-MP non liée à la sinistralité propre des entreprises.....	58
Indicateur n°3-3 : Montants récupérés dans le cadre des procédures de recours contre tiers	60
Liste des sigles utilisés.....	61

PRÉSENTATION STRATÉGIQUE

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 : 13,3 milliards d'euros en 2015, 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.

Pour le seul régime général, ce sont près de 1,1 million d'accidents du travail, d'accidents de trajet et de maladies professionnelles qui ont été reconnus en 2015, dont plus de 70 % ont donné lieu à un arrêt de travail (*indicateur de cadrage n°2*). Ainsi, l'objectif de réduction de la fréquence et de la gravité des sinistres d'origine professionnelle demeure crucial. Dans cette perspective, les politiques de promotion de la santé au travail peuvent s'appuyer d'une part sur le contrôle du respect des normes de sécurité par les services de l'inspection du travail et sur l'accompagnement des services de prévention 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. La COG conclue pour la période 2014-2017 met l'accent d'une part sur la priorisation des actions de prévention, qui devront s'appuyer sur une meilleure articulation des opérateurs nationaux et régionaux et le développement des partenariats avec les autres acteurs de la prévention, et d'autre part sur la nécessité d'évaluer l'impact de ces actions.

Par ailleurs, 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 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 réforme de la tarification des accidents du travail, montée en charge entre 2010 et 2014, fait une plus large place à l'individualisation des cotisations exigées de chaque entreprise, tout en opérant une forte simplification du dispositif. Ainsi, les établissements dont l'effectif est compris entre 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 encouragement à la réduction des risques professionnels, tout en apportant à la branche les ressources nécessaires à son 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 représentaient en 2015 17 % 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 (TMS), qui représentent près de 80 % des maladies entraînant un arrêt (*indicateur de cadrage n°6*), ou les affections psychiques.

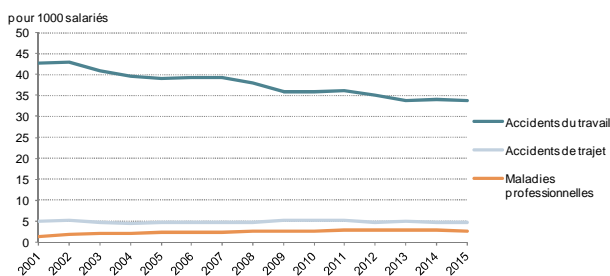
Le programme de qualité et d'efficience « accidents du travail - maladies professionnelles » rend compte de ces problématiques et, à cette fin, distingue trois objectifs principaux assignés aux politiques de prévention et de réparation des risques professionnels :

- 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 du 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. Elle figure en tant que telle au premier rang des objectifs poursuivis dans le cadre de l'axe stratégique n° 1 de la COG consistant à assurer une prévention des risques fondée sur le ciblage et l'évaluation. La tendance observée depuis le début des années 2000 montre une diminution progressive de la fréquence des accidents du travail ayant entraîné un arrêt de travail (33,9 pour 1 000 salariés en 2015, contre 42,8 en 2001, cf. sous-indicateur n° 1-1-1) pour partie imputable à la dégradation de la conjoncture économique depuis 2008. La fréquence des accidents de trajet avec arrêt pour 1000 salariés se stabilise à 4,7 en 2015, après la baisse enregistrée en 2014, à son niveau le plus bas depuis 2008. Parallèlement, la fréquence des maladies professionnelles avec arrêt est relativement stable depuis 2011 (2,7 pour 1 000 salariés en 2015), mais a doublé par rapport à son niveau de 2001, principalement du fait de la croissance continue des TMS.

Indice de fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles



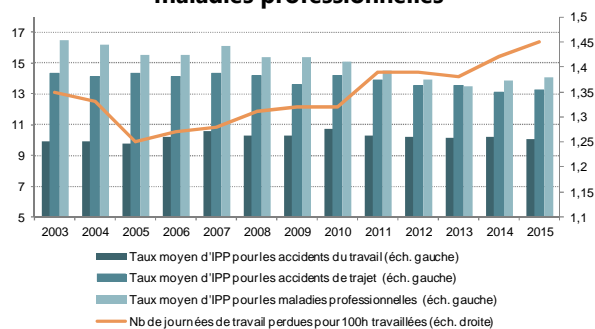
Source : CNAMTS, statistiques nationales technologiques.

La tendance à la baisse des accidents du travail s'observe également dans les secteurs à plus forts risques (BTP, alimentation, textile, etc.). Dans ces secteurs, l'indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt s'établit à 51,6 accidents pour 1 000 salariés (*indicateur n°1-2*). Il est en diminution sensible depuis le début des années 2000 (de plus de 20 points).

Les résultats sont plus contrastés en matière de gravité des accidents. Le nombre de journées de travail perdues en raison d'un accident du travail augmente à nouveau en 2015 (1,45 journée pour 1 000 heures travaillées) après une stabilité enregistrée entre 2011 et 2013 autour de 1,38). Sa nette progression depuis 2001 – année où il s'élevait à 1,06 journée –, traduirait toutefois une meilleure reconnaissance par les médecins prescripteurs des dommages subis. Par ailleurs, le taux moyen d'incapacité partielle permanente des accidents du travail est stable depuis 2011 (10,1 % en 2015, *sous-indicateur n°1-3-2*), mais à un niveau supérieur à celui du milieu des années 2000. Le taux moyen d'incapacité permanente des

maladies professionnelles, plus élevé en moyenne que les autres catégories de sinistres (14,1) progresse en 2015, mais est orienté à la baisse depuis plus de dix ans.

Indices de gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles



Source : CNAMTS, statistiques nationales technologiques.

Ces résultats contrastés justifient le renforcement des politiques publiques destinées à réduire les risques pour la santé en milieu professionnel, qui sont mises en œuvre au moyen, notamment, du plan de santé au travail pour la période 2016-2020, des réformes de la médecine du travail adoptées en juillet 2011 puis en août 2016 et la mise en place du compte pénibilité en 2015 dans le cadre de la loi du 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite.

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 proposent dans ce cadre des contrats de prévention qui prévoient des actions concertées, ainsi que 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) a été mis œuvre à partir de 2009. Il définit un socle d'actions communes à l'ensemble des caisses régionales afin de réduire la sinistralité dans certains secteurs et pathologies ciblées (TMS, cancers d'origine chimique, risques routiers, risques psycho-sociaux, BTP, grande distribution, intérim). Les actions nationales prévues par la COG 2014-2017 sont recentrées sur trois risques prioritaires : les TMS, les risques de chute dans le BTP et l'exposition à certains facteurs cancérigènes (*indicateur n°1-5*). En 2015, les indicateurs rendent compte de la montée en charge de la participation des établissements aux actions de prévention.

Les dispositifs d'incitations financières constituent des instruments de prévention complémentaires. Destinées aux très petites et moyennes entreprises, ces aides ont pour objectif d'inciter les entreprises d'une profession à améliorer le niveau de prévention d'un risque spécifique. La présente COG réoriente les aides financières sur les priorités nationales et régionales. A fin 2015, les aides financières simplifiées et les contrats de prévention ont

été accordés pour un montant global de 38 M€ (*indicateur n°1-4*).

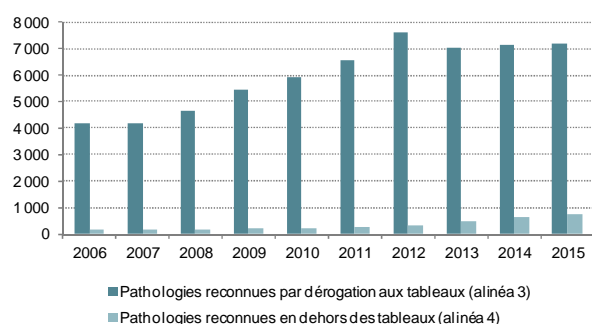
La réforme de la tarification du risque AT-MP adoptée en 2010, et qui est pleinement effective depuis le 1^{er} janvier 2014, vise notamment, grâce à un nouveau mode d'imputation des dépenses au coût moyen, à réduire le délai entre le sinistre et sa prise en compte dans le calcul du taux de cotisation. Elle permettra *in fine* 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 les entreprises soumises à une tarification mixte voient augmenter le poids de leur sinistralité propre dans le calcul de leurs cotisations, ce qui contribue 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 fixant les conditions pour bénéficier d'une indemnisation au titre des différentes affections liées au milieu professionnel, des procédures complémentaires autorisent la reconnaissance des maladies professionnelles qui ne répondent pas aux critères définis dans les tableaux ou qui n'y figurent pas. Ces procédures permettent ainsi de prendre en compte des pathologies qui ne sont normalement pas attribuées à l'exercice d'une activité professionnelle. Elles ont permis de reconnaître au total plus de 7 900 maladies en 2015 (essentiellement des affections rhumatologiques), soit 16 % de l'ensemble des maladies professionnelles (*indicateur n°2-1*). Leur nombre a augmenté de 3 600 depuis 2006 (*cf.* graphique ci-après).

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



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, un objectif poursuivi dans la COG 2014-2017 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 TMS, la réduction des disparités de 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

Après cinq années de déficit, la branche « AT-MP » du régime général a retrouvé depuis 2013 une situation financière excédentaire. Le redressement de la branche a résulté à la fois d'une modération des charges en lien avec la baisse tendancielle de la sinistralité et d'une progression plus rapide des recettes. La branche a notamment bénéficié de l'apport de ressources nouvelles en 2013 avec l'augmentation du taux moyen de cotisation des employeurs de 0,05 point. 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.

En 2015, l'excédent de la branche s'est élevé à 0,7 Md€ et se maintiendrait à ce niveau en 2016 malgré la baisse de 0,05 point du taux de cotisation AT-MP. Cette baisse de taux sera à nouveau appliquée en 2017, la branche AT-MP retrouverait toutefois un niveau d'excédent comparable à celui de 2015. En conséquence, le taux de couverture des dépenses de la branche par ses recettes s'est établi à 106 % en 2015 (*indicateur n°3-1*).

Les excédents dégagés par la branche depuis 2013 permettent à celle-ci de réduire graduellement son endettement, ses déficits ne faisant pas l'objet de reprises par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), à la différence de ceux des autres branches du régime général. Fin 2015, la dette accumulée par la branche AT-MP et restant à apurer ne s'élevait plus qu'à 0,2 Md€.

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 se stabilise à 62 % en 2015, après avoir légèrement progressé en 2014, mais reste à un niveau contenu 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.

Enfin, les comptes de la branche AT-MP ont bénéficié des efforts réalisés afin de récupérer auprès d'éventuels tiers responsables le montant des indemnisations versées. Les montants recouverts en 2015 par l'ensemble des régimes, s'élèvent à 275 M€, en hausse de 25M€ par rapport à 2014, après une forte baisse enregistrée en 2014 (*indicateur n°3-3*). La variabilité des montants recouverts s'explique, pour l'essentiel, par celle des besoins de provisionnement des créances de recours contre tiers.

*
* *

Synthèse

Les évolutions 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 engagée en 2010, la COG conclue pour la période 2014-2017, le plan de santé au travail pour la période 2015-2019 et la mise en place du compte pénibilité depuis 2015 sont de nature à renforcer l'engagement des employeurs dans des politiques de management de la sécurité et de prévention actives.

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 Nicolas Revel, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ;
- Monsieur Yves Struillou, directeur général du travail (DGT) ;
- Monsieur Thomas Fatome, directeur de la Sécurité sociale (DSS).

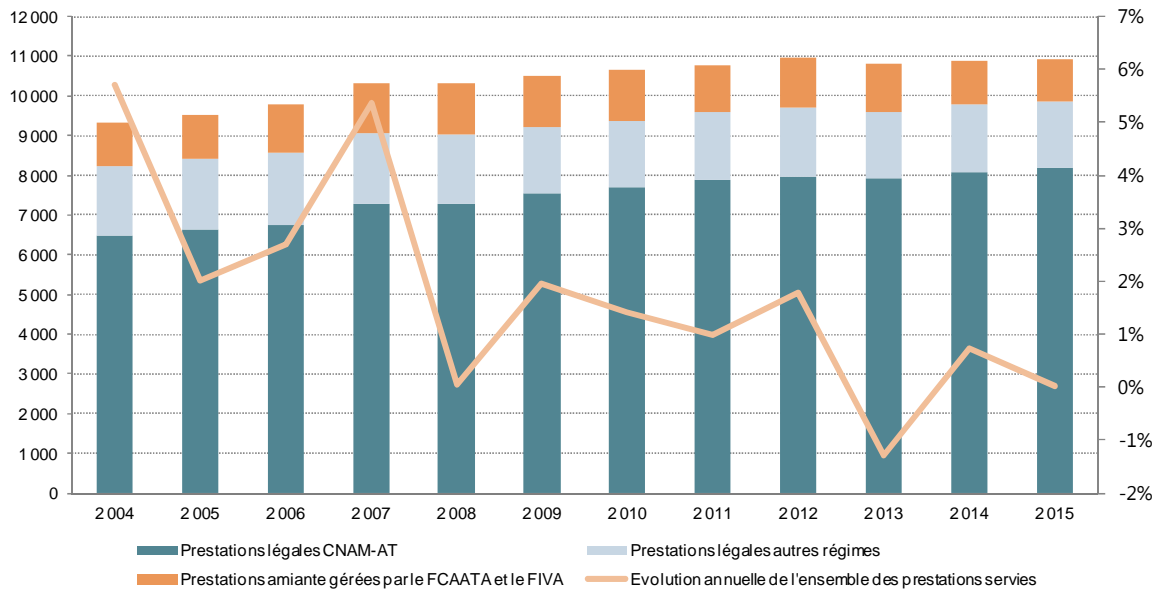
PARTIE I DONNÉES DE CADRAGE

LISTE DES INDICATEURS DE CADRAGE ET DES PRODUCTEURS TECHNIQUES

Indicateur	Producteurs techniques
1 - Évolution et répartition des prestations d'AT-MP	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 du travail depuis 2010 3-2 - Répartition des accidents de trajet avec arrêt par secteur d'activité et évolution du taux d'accidents de trajet depuis 2010 3-3 - Répartition des maladies professionnelles avec arrêt par secteur d'activité et évolution du taux de maladies professionnelles depuis 2010	CNAMTS/DSS
4 - Structure par catégorie de sinistres, des nouveaux bénéficiaires de 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'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (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 - Répartition des salariés en fonction du mode de tarification (individuelle / mixte / collective)	CNAMTS

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

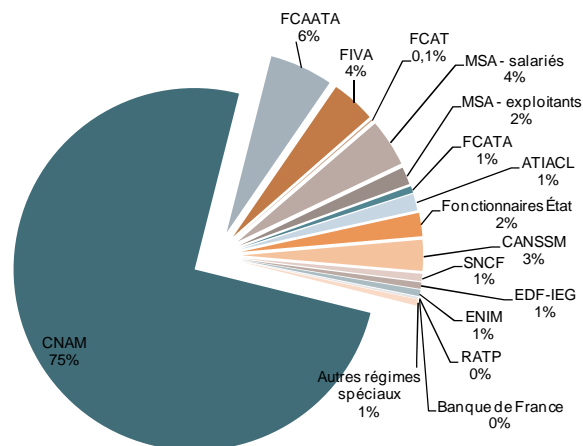
Évolution en valeur et taux de croissance des prestations légales AT-MP servies par la CNAMTS et les autres régimes



Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale – septembre 2016.

Champ : prestations servies par de l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale et prestations servies par le FCAATA et le FIVA.

Répartition des prestations légales d'AT-MP par régime en 2015



Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale -septembre 2016.

Champ : prestations légales de l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale et prestations servies par le FCAATA et le FIVA.

Les prestations légales AT-MP servies par l'ensemble des régimes de base (y compris par le FCAATA et le FIVA) représentent 10,9 Md€ en 2015.

La distribution par régime 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 fond commun des accidents du travail, FCAT) concentre à elle seule, en 2015, 8,1 Md€ de prestations légales versées, soit 75,1 % du total. C'est la raison pour laquelle la plupart des indicateurs du présent programme sont centrés sur le régime général. Les fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), sont exclusivement financés par la CNAMTS (cf. indicateur de cadrage n°8). En 2015, ils représentent à eux deux 10 % des dépenses de prestations de AT-MP soit un peu plus de 1 Md€. En tout, la CNAMTS (FCAT, FCAATA et FIVA compris) contribue ainsi à 85 % des prestations légales d'AT-MP.

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 significative dans le total de ces prestations : il s'agit des régimes des salariés et des exploitants agricoles (7 % des prestations versées en 2015, 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 3,5 %) et du régime des mines (2,8 % 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 2015.

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 2,1 % par an en moyenne entre 2004 et 2015 en euros courants. Les prestations de régimes spéciaux comme la RATP (+3,3 % par an en moyenne) ou de régimes de création récente tels que le régime des exploitants agricoles (+3,5 % par an en moyenne) croissent plus vite. A contrario, les prestations servies par d'autres régimes, qui comptent de moins en moins d'affiliés et sont en voie d'extinction, comme FCAT pour le régime général et le FCATA pour les salariés et exploitants agricoles, sont en baisse, du fait d'une diminution des effectifs (-11,7 % par an en moyenne pour le FCAT et -4,7 % 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 1^{er} 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.

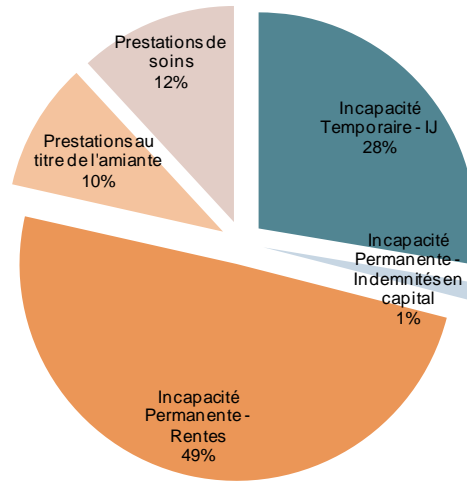
Après une baisse ponctuelle des prestations versées par la CNAMTS au titre des accidents du travail, des accidents du trajet et des maladies professionnelles en 2013, celles-ci avaient augmenté de 2,6 % en 2014. Elles ont à nouveau augmenté en 2015, mais à un rythme plus modéré pour atteindre un montant total de 8,2 Md€, dont 7,1 Md€ hors soins. L'évolution des prestations de soins peut être heurtée (-2,3 % en 2015 après +8,2 % en 2014), ces dépenses étant particulièrement sensibles aux mécanismes de répartition des charges hospitalières et médico-sociales. Hors soins, les charges nettes du régime général ont légèrement augmenté en 2015 (+1 %), après une augmentation de 1,8 % en 2014. 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 postes des dépenses versées par la CNAMTS en 2015 laisse toujours apparaître une prépondérance des prestations pour incapacité permanente qui, avec 4,3 Md€ en 2015, représentent 53 % du total. Plus de 97 % de ces indemnisations pour incapacité permanente, soit 4,2 Md€, sont versées sous forme de rente, le reste étant servi sous forme de capital. Parmi ces rentes, 72 % du montant total est versé aux victimes directes et 28 % à des ayants droit, alors que ces dernières ne représentent que 6,4 % (88 000) du nombre total de rentes actives fin 2015 (près de 1,4 million de rentes de victimes et d'ayants droit).

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.

Les prestations pour incapacité temporaire (prestations de soins et indemnités journalières) représentent 40 % des indemnités légales AT-MP versées par la CNAMTS, soit 4,3 Md€ en 2015. Deux tiers de ces prestations (3 Md€ en 2015) concernent les indemnités journalières versées par la CNAMTS lorsque les arrêts de travail sont imputables à des AT-MP. Le reste (1,2 Md€ en 2015) 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 CNAMTS 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 % entre 2008 et 2012. En 2015, cette part est de 12 % soit un point de moins par rapport à 2014 ou 2013.

Répartition par poste des indemnités légales AT-MP versées par la CNAMTS en 2015



Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale, septembre 2016.

*La répartition des rentes entre ayants droit et victimes a été effectuée à partir de données statistiques (Datamart AT-MP).

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 2003 à 2015, 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 (Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante) et au FCAATA (Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante) 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 :

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 : Établissement national des invalides de la marine.

FIVA : Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante

FCAATA : Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante

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 de 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 2009-2015, 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 ou sans arrêt de 2009 à 2015 (régime général)

Catégorie de sinistre	2009	2010	2011 ⁽¹⁾	2012	2013	2014	2015 (e)
Accidents du travail	1 021 400	996 900	1 001 500	943 000	904 200	895 600	875 900
dont accidents du travail avec arrêt (*)	651 500	658 800	670 700	641 700	618 300	621 100	624 500
Accidents de trajet	129 700	137 600	133 400	123 000	129 700	119 400	119 400
dont accidents de trajet avec arrêt (**)	93 800	98 400	100 000	90 100	93 400	86 700	87 800
Maladies professionnelles	71 600	71 400	80 400	71 600	68 100	67 700	64 900
dont maladies professionnelles avec arrêt (***)	49 300	50 700	55 100	54 000	51 500	51 600	51 000
Total AT-MP	1 222 600	1 205 900	1 215 300	1 137 600	1 102 000	1 082 700	1 060 200
dont AT-MP avec arrêt	794 600	808 000	825 000	785 000	763 100	759 500	763 300

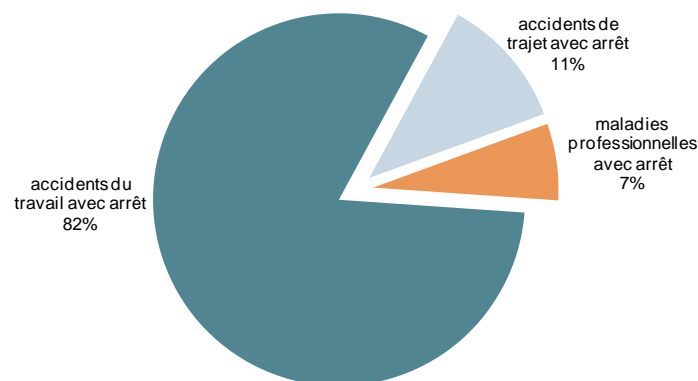
Source : CNAMTS – valeurs arrondies / pour l'ensemble des sinistres reconnus : Datamart AT-MP données nationales ORPHEE non définitives constatées début février 2016 / pour les sinistres avec 1ère indemnisation en espèces : statistiques nationales de sinistralité AT-MP, données SGE-TAPR.

(*) hors bureaux, sièges sociaux, et autres catégories particulières, (**): y compris bureaux, sièges sociaux, et autres catégories particulières, (***) : y compris bureaux, sièges sociaux, compte spécial, et autres catégories particulières.

(e) : estimé.

⁽¹⁾ nouveau périmètre des CTN appliqué à partir de 2011.

Répartition des accidents du travail, des accidents de trajet et des MP avec arrêt, ayant fait l'objet d'un premier règlement en 2015 (régime général)

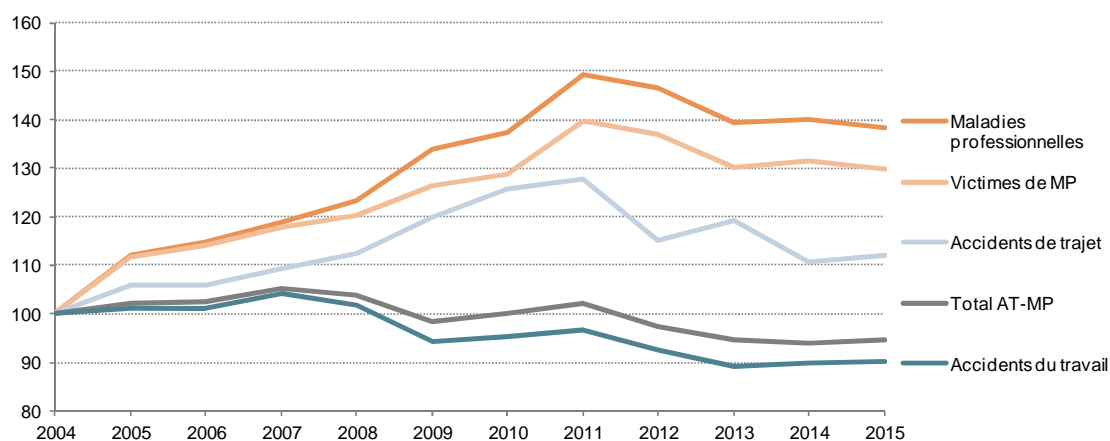


Source : CNAMTS statistiques nationales de sinistralité AT-MP, données SGE-TAPR- 2016.

En 2015, plus d'un million de sinistres AT-MP ont été enregistrés, dont 763 300 ont donné lieu à un arrêt de travail: 82 % en tant qu'accidents de travail, 12 % comme accidents de trajet, et 7 % correspondent à la reconnaissance d'une maladie professionnelle. Les sinistres AT-MP induisant un arrêt de travail représentent environ 72 % du total des sinistres, soit 2 points de plus qu'en 2014. En 2009, la part des AT-MP nécessitant un arrêt était de 65 %.

Le nombre d'AT-MP a tendancielllement diminué entre 2009 et 2015 (-2,3 % en moyenne annuelle sur la période). Cette réduction globale du nombre d'AT-MP masque toutefois des évolutions différentes pour les trois catégories de sinistres.

Évolution du nombre d'accidents du travail, d'accidents de trajet et de MP avec arrêt du régime général, de 2004 à 2015 (base 100 en 2004)



Source : CNAMTS statistiques nationales de sinistralité AT-MP, données SGE-TAPR - 2016.

En effet, le nombre **d'accidents du travail** a diminué de 14,2 % entre 2009 et 2015 (-4,1 % pour ceux ayant donné lieu à un arrêt). Cette tendance à la baisse pourrait s'expliquer par la combinaison de plusieurs effets, notamment les conséquences de la conjoncture économique sur l'évolution du nombre et de la répartition des salariés entre secteurs sinistrogènes et secteurs à moins forte sinistralité, ainsi que l'amélioration de la sinistralité propre à chacun des secteurs d'activité (cf. indicateur de cadrage n°3). Sur une période plus récente, on observe en 2015 une légère baisse du nombre de sinistres dans cette catégorie, à un niveau inférieur à 900 000 accidents, mais une hausse modérée des accidents avec arrêt (0,5 %)

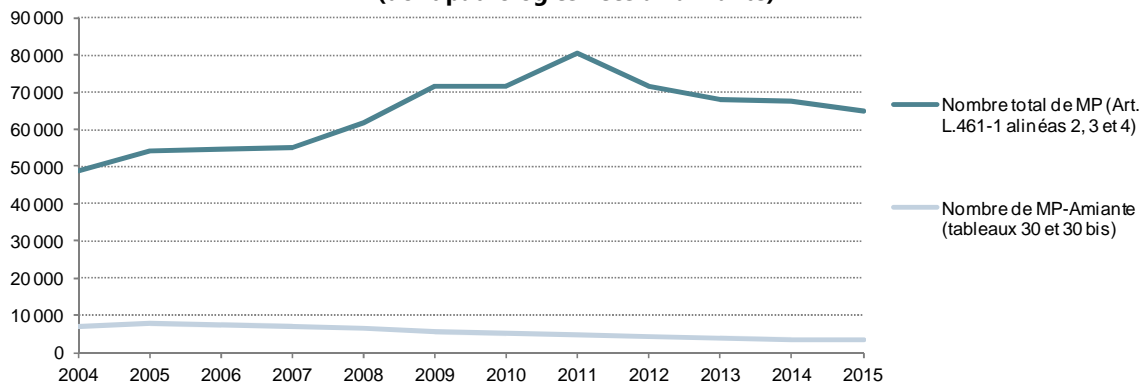
En ce qui concerne les **accidents de trajet**, après une augmentation de près de 10 % entre 2009 et 2011, ils participent eux aussi à la baisse observée sur la période récente (2011-2015) sur l'ensemble du champ AT-MP : entre 2013 et 2014, leur nombre a diminué de 8 %, et de 7 % pour ceux avec arrêt. En 2015, après la forte diminution de l'année précédente, le nombre d'accidents de trajet s'est stabilisé. Au global, depuis 2009, les accidents de trajet ont régressé de 7,9 %, et de 6,4 % pour ceux avec arrêt.

A l'inverse, le nombre de **maladies professionnelles** a diminué de 9 % sur la période 2009-2015, masquant cependant une augmentation tendancielle et régulière sur la période 2004-2011. Cette tendance à la hausse (2004-2011) peut notamment s'expliquer par l'élargissement du champ des maladies reconnues (en particulier la modification en 2011 du tableau 57 relatif aux affections péri-articulaires provoquées par certains gestes et postures de travail), et par une meilleure information, tant des médecins que des salariés.

Plus récemment, depuis 2011, les sinistres de cette catégorie ont cependant reculé, pour atteindre 64 900 en 2015, soit une diminution du nombre de maladies professionnelles de 19,3 % sur cette récente période (2011-2015). Depuis 2013, les maladies professionnelles avec arrêt se stabilisent aux alentours de 51.000 cas par an.

Le dénombrement de maladies professionnelles liées à l'amiante nouvellement reconnues s'est établi à 3 696 en 2015, soit près de 5,7 % de l'ensemble des maladies professionnelles nouvelles reconnues cette année.

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



Source : CNAMTS Datamart AT-MP données nationales ORPHEE, et données SGE-TAPR – 2016.

Il est à relever que l'absence de production de statistiques comparables sur la période étudiée (2004-2015) pour le secteur public empêche la production d'indicateurs fiables sur l'évolution de la sinistralité, bien que, depuis l'édition 2015 du rapport annuel de la DGAFP, un volet spécifique sur les AT-MP ait été mis en place. Les taux de couverture des enquêtes sont toutefois trop faibles pour pouvoir généraliser leur résultat. Toutefois, à titre indicatif (sur un échantillon de 365 établissements répondant), la fréquence des AT dans la fonction publique hospitalière s'élevait à 4,3 pour 100 ETP en 2013. Elle était de 6,8 pour 100 ETP pour la fonction publique territoriale la même année.

Enfin, 58 806 accidents du travail et maladies professionnelles ont été dénombrés en 2014 parmi les salariés agricoles, ce chiffre est en hausse de + 0,4 % par rapport à 2013, 73 % de ces AT-MP ont donné lieu un arrêt de travail.

Précisions méthodologiques

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 persistante.

Concernant le champ des AT-MP avec et sans arrêt de travail 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 l'année considérée.

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).

Des modifications de la nomenclature des codes servant la tarification des AT-MP risques entre 2014 et 2015 ont entraîné des modifications de périmètre. Afin de rendre les évolutions comparables, les données sont présentées selon le nouveau périmètre appliqué à partir de 2011.

S'agissant des fonctions publiques d'État et hospitalière, les éléments présentés dans le corps du texte proviennent de la Direction générale de l'administration et de la Fonction publique (DGAFP). Elles sont reprises du Rapport annuel sur l'état de la fonction publique 2015.

Enfin les données concernant les exploitants agricoles sont issues du tableau de bord de la Direction des Études des Répertoires et des Statistiques de la MSA.

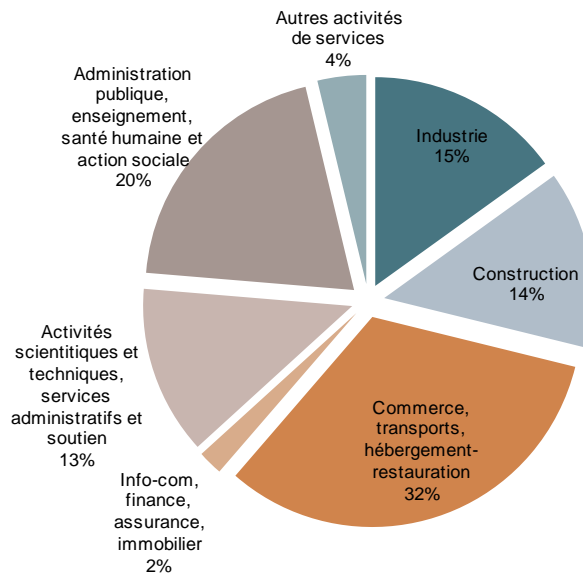
Les sinistres survenus mais non déclarés sont, par définition, exclus du champ de recueil statistique. Leur estimation fait l'objet d'une commission chargée d'évaluer la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

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 est très variable selon que l'on considère les accidents du travail, les accidents de trajet ou les maladies professionnelles. Il est donc proposé d'observer la répartition des sinistres par catégorie.

Sous-indicateur n°3-1 : Répartition des accidents de travail avec arrêt par secteur d'activité et évolution du taux d'accidents depuis 2010

Répartition des accidents du travail avec arrêt par secteur d'activité en 2015



Source : Calcul DSS, sur la base de données CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2016.

Les secteurs d'activité qui regroupent le plus grand nombre d'accidents du travail avec arrêt sont celui des *activités de commerce, transports, hébergement et restauration* (32 % des AT en 2015), celui de *l'administration publique, de l'enseignement, de la santé humaine et de l'action sociale* (20 %), celui de *l'industrie* (15 %), celui de *la construction* (14 %), et celui des *activités scientifiques et techniques, services administratifs et soutien* (13 %).

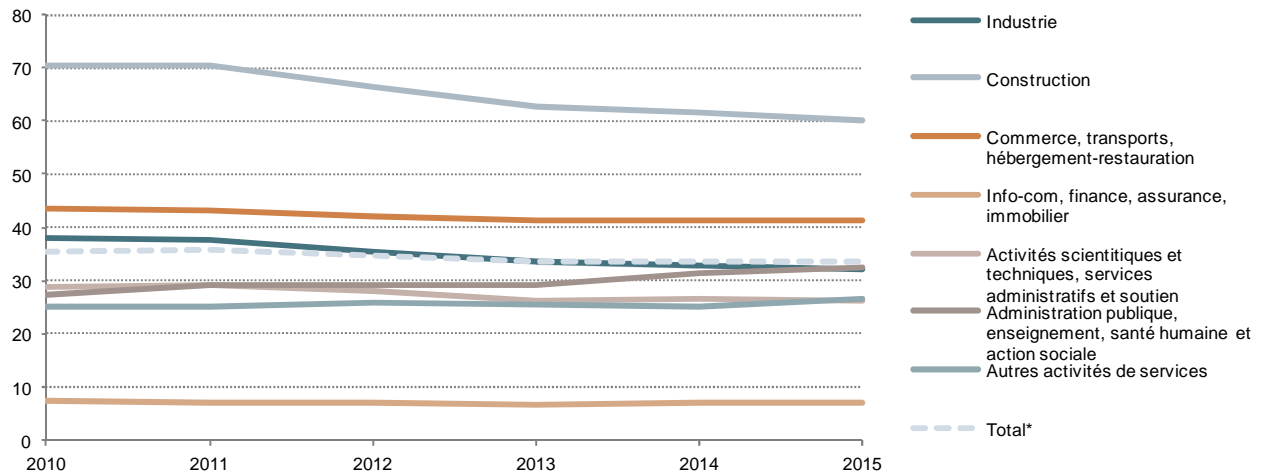
Comme indiqué précédemment (*cf.* indicateur de cadrage n°2), le nombre d'accidents du travail avec arrêt a augmenté de 0,5 % entre 2014 et 2015. Le nombre de salariés est en légère augmentation (18,85 millions en 2015 contre 18,68 millions en 2014). Ainsi, si l'on rapporte le nombre de sinistres à l'effectif global de salariés, on observe que la fréquence des accidents du travail pour 1 000 salariés est en léger recul en 2015 (-0,1 point, avec 33,6 accidents du travail avec arrêt pour 1 000 employés).

Certains secteurs sont particulièrement "accidentogènes". C'est notamment le cas du secteur de la *construction* avec 60,1 accidents du travail avec arrêt pour 1 000 employés en 2015.

A l'inverse, certains s'avèrent moins exposés comme le secteur regroupant les activités d'*information, de communication, de finance, d'assurance, et de l'immobilier* où l'indice de fréquence s'établit à 7 arrêts pour 1 000 employés.

Sur l'ensemble des secteurs, la fréquence des accidents du travail avec arrêt pour 1 000 employés est en diminution sur la période 2010-2015 (-1,2 % en moyenne annuelle). Cette diminution est particulièrement notable dans les secteurs de l'*industrie* et de la *construction* (-3,1 % en moyenne annuelle).

Evolution de la fréquence des accidents du travail avec arrêt pour 1 000 employés, selon le secteur d'activité de 2010 à 2015



* y compris secteur agricole et secteurs non identifiés

Source : Calcul DSS, sur la base de données CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2016.

Précisions méthodologiques

Les données présentées par l'indicateur de cadrage n°3 sont issues des statistiques nationales des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles fournies par la CNAMTS ; elles ne concernent donc que le régime général (nombre de sinistres et effectifs salariés) et se rapportent à la période 2010-2015.

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. Il est à noter qu'un faible nombre d'accidents du travail et de trajet n'a pas pu être classé dans l'un des secteurs NAF présentés ci-dessus. Les indices présentés sont donc à considérer avec prudence.

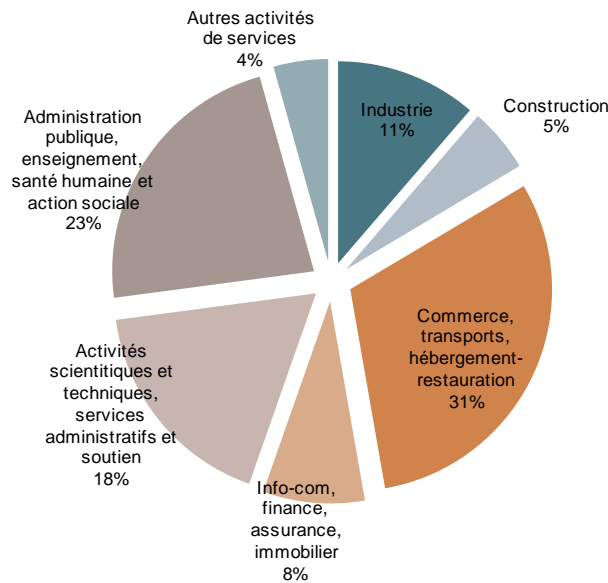
Les sept secteurs présentés dans cet indicateur (avec leur correspondance en classification A10 de la nomenclature NAF de l'Insee) sont les suivants :

- industrie (BE),
- construction (FZ),
- commerce, transports, hébergement-restauration (GI),
- information, communication, finance, assurance, immobilier, correspondant aux secteurs NAF information et communication (JZ), activité financières et d'assurance (KZ), et activités immobilières (LZ),
- activités spécialisées, scientifiques et techniques et activités de services administratifs et de soutien (MN),
- administration publique, enseignement, santé humaine et action sociale (OQ),
- autres activités de services (RU).

A noter que les activités d'agriculture, sylviculture et pêche (AZ) ne sont pas présentées dans cet indicateur de cadrage, les effectifs de salariés qu'ils regroupent étant trop faibles dans les statistiques de la CNAMTS (moins de 15 000 salariés sur la période 2010-2015).

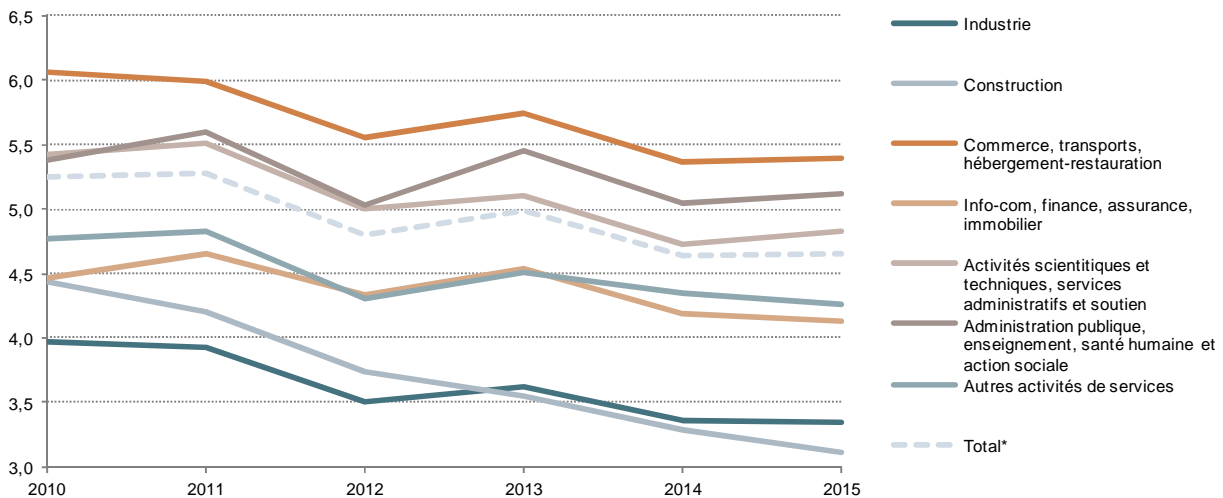
Sous-indicateur n°3-2 : Répartition des accidents de trajet avec arrêt par secteur d'activité, et évolution du taux d'accidents depuis 2010

Répartition des accidents de trajet avec arrêt par secteur d'activité en 2015



Source : Calcul DSS, sur la base de données CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2016.

Fréquence des accidents de trajet avec arrêt pour 1 000 employés, par secteur d'activité de 2010 à 2015



* y compris secteur agricole et secteurs non identifiés

Source : Calcul DSS, sur la base de données CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2016.

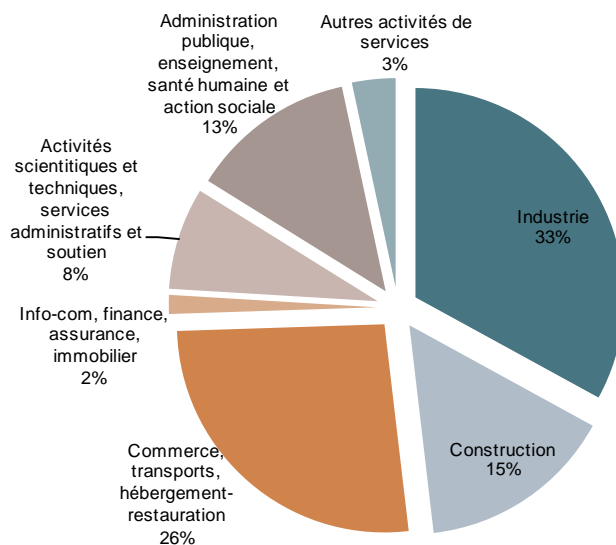
Les secteurs d'activité dans lesquels les accidents de trajet sont les plus nombreux en valeur absolue sont ceux des *activités de commerce, transports, hébergement-restauration* (31 % de l'ensemble des secteurs), de *l'administration publique, enseignement, santé humaine et action sociale* (23 %) et des *activités scientifiques et techniques, services administratifs et soutien* (18 %), en 2015.

La fréquence des accidents de trajet pour 1000 salariés, calculée comme le nombre d'accidents de trajet rapporté à l'effectif du secteur considéré multiplié par 1 000, est en moyenne beaucoup plus faible que celle constatée pour les accidents du travail (4,7 contre 33,6 pour 1 000 employés sur l'ensemble des secteurs en 2015).

Ce sont dans les secteurs de *l'administration publique, enseignement, santé humaine et action sociale* et *commerce, transports, hébergement-restauration* pour lesquels la fréquence des accidents de trajet est la plus élevée, avec des indices s'établissant respectivement à 5,1 et 5,4 pour 1 000 salariés. Globalement, la fréquence des accidents de trajet est en diminution (-2,3 % en moyenne annuelle) sur la période 2010-2015, masquant toutefois des évolutions contrastées (cf. graphique). L'évolution la plus forte sur la période 2010-2015 (exprimée en moyenne annuelle) concerne le secteur de la *construction* (-7 %).

Sous-indicateur n°3-3 : Répartition des maladies professionnelles avec arrêt par secteur d'activité, et évolution du taux de maladies professionnelles depuis 2010

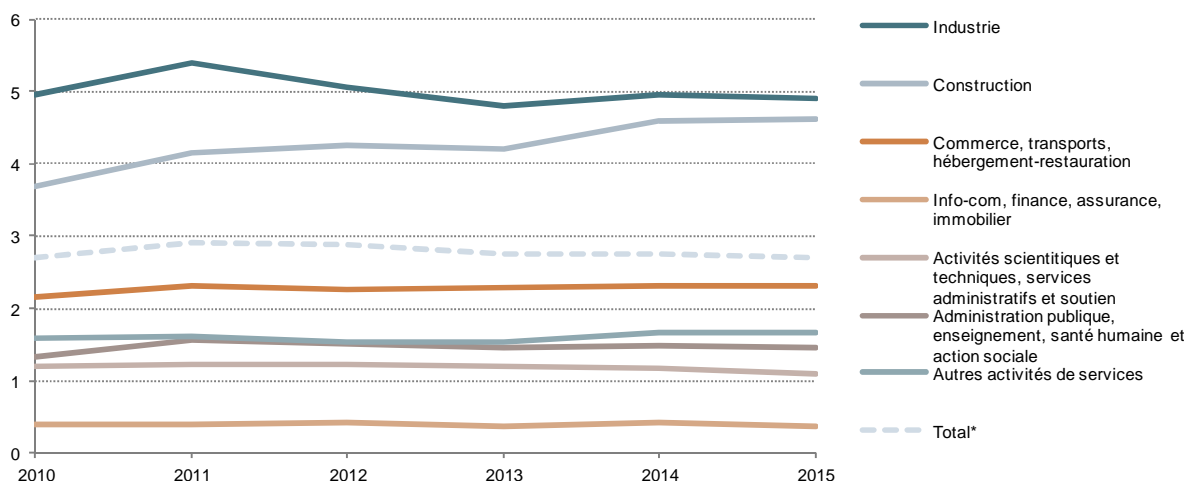
Répartition des maladies professionnelles avec arrêt par secteur d'activité en 2015



Source : Calcul DSS, sur la base de données CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2016.

La ventilation par secteur des maladies professionnelles met en évidence une prépondérance des secteurs de *l'industrie* (33 % de l'ensemble), des *activités de commerce, transports, hébergement-restauration* (26 %), et de la *construction* (15 %). Il est toutefois à noter qu'une part non négligeable des maladies professionnelles (15 %, cf. précisions méthodologiques) n'a pu être imputée formellement à un employeur (donc rattachée à un secteur d'activité), et par conséquent a été enregistrée au sein d'un compte spécial. Cette part tend toutefois à diminuer puisqu'elle atteignait 41 % de l'ensemble des maladies professionnelles avec arrêt en 2005.

Fréquence des maladies professionnelles avec arrêt pour 1 000 employés, selon le secteur d'activité de 2010 à 2015



* y compris secteur agricole et secteurs non identifiés

Source : Calcul DSS, sur la base de données CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2016.

L'étude de la fréquence du nombre de maladies nouvellement reconnues dans l'année pour 1 000 employés par secteur montre que les activités les plus accidentogènes sont l'industrie et la construction avec respectivement 4,9 et 4,6 maladies professionnelles nouvellement reconnues pour 1 000 employés en 2015.

Ce taux de maladies professionnelles avec arrêt, observé sur l'ensemble des secteurs est relativement stable sur la période récente. Sectoriellement, il est en hausse notable pour le secteur de la *construction*, évoluant en moyenne de 5 % par an depuis 2010.

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

Précisions méthodologiques

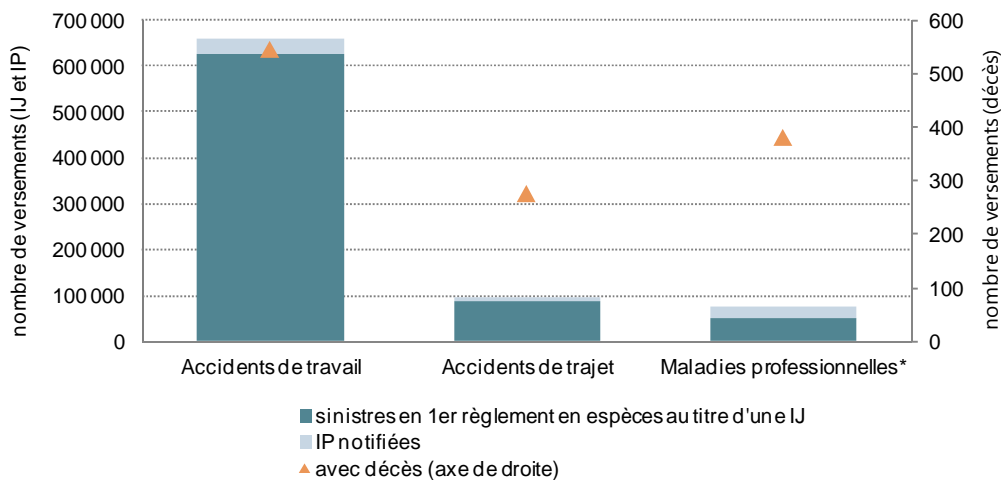
Le mécanisme d'imputation des maladies professionnelles sur les comptes des employeurs est le même que pour les accidents du travail conformément à l'article D. 242-6-3 du Code de la Sécurité sociale. Toutefois, un compte spécial a été créé pour enregistrer les maladies et leurs conséquences financières 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 1er janvier 1947 et la date d'entrée en vigueur d'un nouveau tableau de MP la concernant ;
- des maladies constatées dans un établissement dont l'activité n'expose pas au risque ;
- de maladies relevant d'expositions au risque successivement dans plusieurs établissements d'entreprises différentes, sans qu'il soit possible de déterminer celle dans laquelle l'exposition au risque a provoqué la maladie ;
- sont également inscrites au compte spécial les dépenses relatives aux MP consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante ou provoquées par elles et indemnisées en application des II et III de l'article 40 de la loi du 23 décembre 1998.

Indicateur n°4 : Structure par catégorie de sinistres, des nouveaux bénéficiaires de prestations AT-MP

Nombre de versements de prestations AT-MP par catégorie de sinistres en 2015



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2016.

*Pour les maladies professionnelles, une relative faible partie de celles-ci peuvent être comptées à la fois dans les sinistres en premier règlement en espèces au titre d'une IJ, et dans les IP notifiées.

En 2015, près de 661 000 versements de prestations en espèces (en 1^{er} règlement ou en notification d'incapacité permanente) au titre des accidents du travail ont été effectués, soit une hausse de 0,4 % par rapport à 2014. Dans le même temps, près de 95 000 versements de prestations en espèces au titre des accidents de trajet ont été réalisés (+0,9 % par rapport à 2014) et près de 77 000 au titre des maladies professionnelles (-1,2 % en un an).

Pour les accidents de travail et les accidents de trajet, la quasi-totalité des prestations en espèces enregistrées en 2015 sont liées au versement d'une indemnité journalière (IJ), conséquente à une incapacité temporaire de travailler (respectivement 94 % et 92 %). En revanche, la proportion de maladies professionnelles avec incapacité permanente (IP) représente près un tiers des prestations en espèces initiées en 2015. Pour chaque catégorie de sinistre, les proportions des sinistres ayant entraînés une notification d'IP et ayant entraînés un décès restent stables au cours des quatre 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 56,8 ans en 2015. Cet âge les situe à un niveau nettement supérieur à celui des victimes d'accidents du travail (environ 47,6 ans en moyenne) et, plus encore, de celui des accidents de trajet qui affectent des personnes plus jeunes (45,7 ans en moyenne) – cf. indicateur de cadrage n°5.

Précisions méthodologiques

La statistique présentée ici correspond aux accidents du travail 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 donc celui des accidents ayant entraînés un arrêt de travail, une incapacité permanente ou un décès ; des 9 comités techniques nationaux uniquement (CTN A au CTN I) pour les accidents de travail, et au-delà pour les accidents de trajet et les maladies professionnelles.

Il convient de préciser que les versements ne sont pas nécessairement rattachés à l'année du sinistre. C'est le cas en particulier pour les IP compte tenu du délai de latence lié à la procédure de reconnaissance de la gravité du sinistre.

Les âges moyens présentés ici ont été calculés sur les flux de nouveaux rentiers de la CNAMTS au cours de l'année 2015. Ils ne concernent donc par définition que les personnes ayant une incapacité permanente supérieure à 10 %. Se référer à l'indicateur de cadrage n°5 pour la distinction entre les IP inférieures ou supérieures 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 2008 à 2015 (IP < 10 %)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Accidents du travail								
Taux IP moyen	4,8 %	4,8 %	4,9 %	4,9 %	4,9 %	4,8 %	4,9 %	4,9 %
Montant moyen	1 767 €	1 804 €	1 853 €	1 857 €	1 889 €	1 899 €	1 942 €	1 941 €
Age moyen	43,3 ans	43,6 ans	43,8 ans	44,0 ans	44,2 ans	44,6 ans	44,7 ans	45,0 ans
Accidents de trajet								
Taux IP moyen	4,8 %	4,9 %	4,9 %	4,9 %	4,9 %	4,8 %	4,8 %	4,8 %
Montant moyen	1 754 €	1 811 €	1 856 €	1 867 €	1 888 €	1 901 €	1 913 €	1 918 €
Age moyen	41,4 ans	41,7 ans	42,6 ans	43,5 ans	43,0 ans	43,6 ans	43,8 ans	43,8 ans
Maladies professionnelles								
Taux IP moyen	5,0 %	4,9 %	4,9 %	4,9 %	4,8 %	4,9 %	4,9 %	4,9 %
Montant moyen	1 815 €	1 804 €	1 824 €	1 848 €	1 872 €	1 910 €	1 928 €	1 936 €
Age moyen	53,6 ans	53,2 ans	53,1 ans	53,1 ans	53,0 ans	53,0 ans	53,0 ans	53,0 ans

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2016.

Le taux moyen des incapacités partielles permanentes (IPP) de moins de 10 % est très proche pour les accidents de travail, de trajet ou les maladies professionnelles, de l'ordre de 5 % pour chacun des trois catégories de sinistres de la branche AT-MP. En conséquence, les indemnités moyennes servies sous forme d'un capital forfaitaire (uniquement lorsque le taux d'incapacité permanente (IP) est inférieur à 10 %, voir *Précisions méthodologiques*) sont également voisines, variant de 1 918 € pour les accidents de trajet à 1 941 € pour les accidents de travail, en 2015.

Caractéristiques des flux de rentes servies par la CNAMTS de 2008 à 2015 (IP ≥ 10 %)

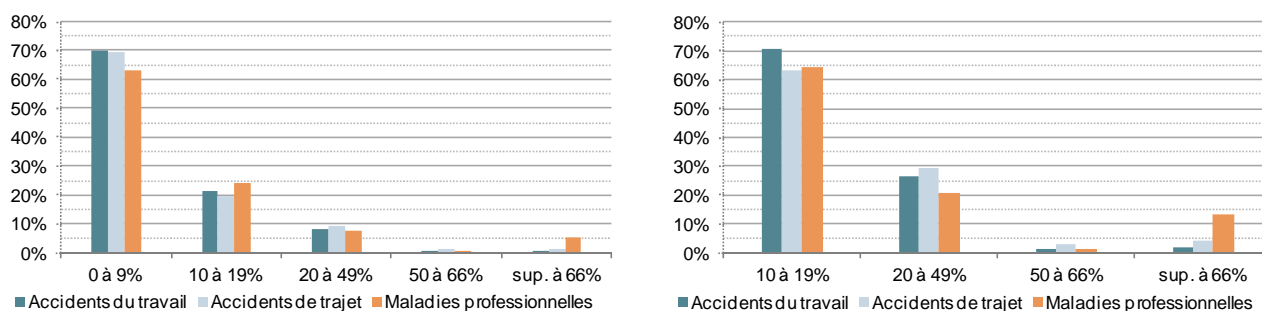
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Accidents du travail								
Taux IP moyen	18,6 %	18,6 %	18,7 %	18,0 %	17,7 %	17,8 %	18,2 %	17,7 %
Montant moyen	2 132 €	2 174 €	2 270 €	2 211 €	2 229 €	2 315 €	2 417 €	2 346 €
Age moyen	46,4 ans	46,3 ans	46,9 ans	46,7 ans	47,3 ans	47,6 ans	47,5 ans	47,6 ans
Accidents de trajet								
Taux IP moyen	21,6 %	21,5 %	21,7 %	21,2 %	20,8 %	22,1 %	20,8 %	21,4 %
Montant moyen	2 754 €	2 766 €	2 881 €	2 963 €	2 914 €	3 278 €	2 971 €	3 143 €
Age moyen	42,8 ans	43,7 ans	44,2 ans	45,2 ans	44,9 ans	45,1 ans	45,5 ans	45,7 ans
Maladies professionnelles								
Taux IP moyen	26,0 %	25,8 %	25,5 %	24,6 %	24,5 %	24,8 %	25,7 %	26,3 %
Montant moyen	3 873 €	3 963 €	3 970 €	3 874 €	4 016 €	4 168 €	4 529 €	4 731 €
Age moyen	55,6 ans	55,6 ans	55,3 ans	55,4 ans	55,9 ans	56,1 ans	56,5 ans	56,8 ans

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2016.

Pour les IP égales ou supérieures à 10 %, reconnues pour des sinistres donnant lieu à une indemnisation sous forme de rente, les montants servis sont croissants avec le taux d'IP et le salaire de la victime. Ils sont donc logiquement les plus élevés pour les maladies professionnelles qui combinent, en moyenne, le taux d'incapacité le plus élevé (4,9 points de plus que pour les accidents de trajet et 8,6 points de plus que pour les autres accidents du travail) avec un âge des victimes plus avancé et donc un salaire plus élevé. L'indemnisation moyenne de l'IP au titre des maladies professionnelles a atteint 4 731 € en 2015, contre 3 143 € pour les accidents de trajet et 2 346 € pour les accidents de travail, pour lesquels les séquelles sont en moyenne, moins graves. À niveau d'incapacité donné, leur évolution d'une année sur l'autre résulte à la fois des revalorisations annuelles des rentes et 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 IP inférieure à 10 % ou celles qui engendrent les séquelles les plus graves (IP de 10 % et plus), l'âge des victimes est assez similaire par catégorie de sinistres. Il est plus élevé pour les maladies professionnelles (56,8 ans en moyenne), que pour les accidents du travail (47,6 ans en moyenne), en raison du temps de latence généralement long de ces pathologies. L'âge des victimes s'établit à un niveau plus bas pour les accidents de trajet (45,7 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.

Distribution des nouvelles victimes ayant perçu une indemnité en 2015 selon l'IP et la catégorie de sinistre



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2016.

Parmi les victimes indemnisées pour la première fois en 2015 en raison d'une incapacité partielle permanente liée à un accident du travail, 70 % l'ont été au titre d'une IP inférieure à 10 %. Pour les IPP liées à une maladie professionnelle, cette proportion s'établit à 63 %. Parmi les victimes indemnisées au titre d'une IP supérieure ou égale à 10 %, la grande majorité présente un taux d'IP compris entre 10 % et 19 % (71 % pour les accidents du travail, 63 % pour les accidents de trajet et 64 % pour les maladies professionnelles). Les IP les plus graves sont plus nombreuses pour les accidents de trajet et pour les maladies professionnelles. Près de 7 % des victimes d'accidents de trajet dont l'IP est supérieure ou égale à 10 % ont été reconnues avec une IP supérieure ou égale à 50 % (4 % supérieure à une IP de 66 %). De même, environ 15 % des victimes de maladies professionnelles ont été reconnues avec une IP supérieure ou égale à 50 % (14 % supérieure à une IP de 66 %).

Précisions méthodologiques

Les statistiques présentées ici portent sur le champ de la CNAMTS pour les années 2008 à 2015 (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.

Au régime général, lorsque le taux de l'incapacité partielle permanente consécutive à l'accident ou à la maladie professionnelle est inférieur à 10 %, l'indemnité est versée à la victime en une seule fois sous forme d'un capital forfaitaire, indépendant du salaire antérieurement perçu. Au 1^{er} avril 2016, le montant de capital versé en une fois au titre d'un accident de travail varie en moyenne de 411,12 € (pour un taux d'IPP de 1 %) à 4 110,06 € (pour un taux de 9 %).

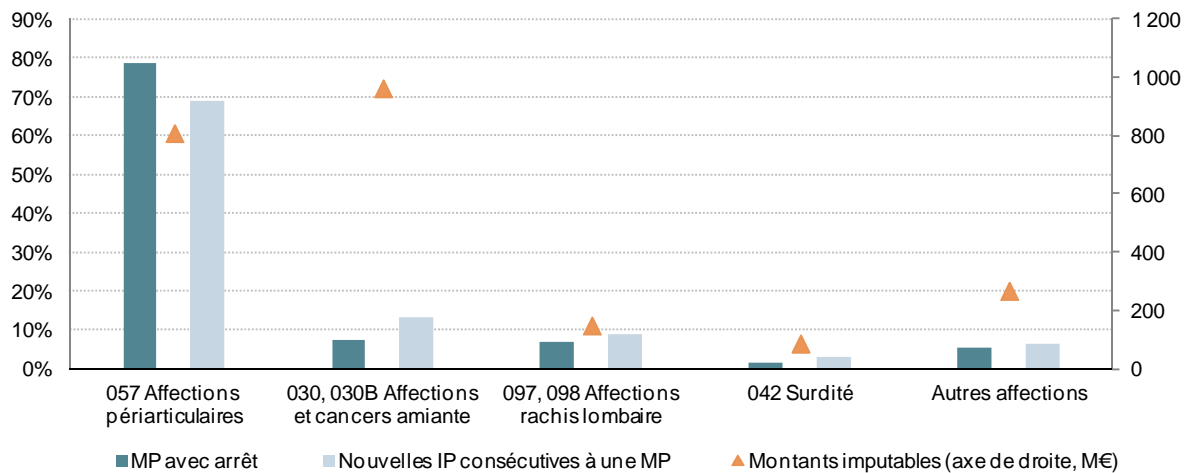
Lorsque le taux est supérieur ou égal à 10 %, l'indemnisation est versée sous forme d'une rente. Cette rente est :

- 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 IP 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 2016, en dessous de 36 527,08 €, le salaire est pris en compte intégralement et entre 36 527 € et 146 108,32 €, 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 18 263 € ni supérieur à 146 108,32 € en 2016.

Les montants des indemnités en capital et en rente sont revalorisés chaque année de manière analogue aux pensions de retraite (indexés sur l'inflation). Les montants ci-dessus sont valables au 1^{er} avril 2016.

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 2015)



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2016.

On observe une très forte concentration du nombre de maladies professionnelles reconnues sur un petit nombre de pathologies. Sur les 50 960 maladies professionnelles avec arrêt dénombrées en 2015 par la CNAMTS, 79 % sont des affections péri-articulaires (visées au tableau 57), 7 % sont des maladies dues à l'amiante (tableaux 30 et 30 bis), 7 % sont des affections chroniques du rachis lombaire (tableaux 97 et 98), les 7 % restant 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, en raison de leur gravité et de leur persistance : c'est le cas en particulier des maladies dues à l'amiante (avec arrêt de travail recensées aux tableaux 30 et 30 bis), dont 90 % ont donné lieu, en 2015, à l'attribution d'une incapacité permanente, contre environ 50 % sur l'ensemble des 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 13 % (contre 7 % pour les maladies avec arrêt) alors qu'à l'inverse, la part des affections péri-articulaires est ramenée à 69 % (soit 10 points de moins que les maladies avec arrêt) du total.

De la même façon, les montants versés imputables à chaque pathologie reflètent indirectement leur gravité. A titre d'illustration, les affections et les cancers liés à l'amiante dont la part dans l'ensemble des maladies professionnelles n'est que de 7 %, représentent un montant total versé supérieur à celui imputable aux affections péri-articulaires qui représentent 79 % des maladies professionnelles (respectivement 965 M  contre 811 M ).

Ce constat est toutefois à nuancer par l'importance respective de ces catégories d'accidents : si la CNAMTS dénombre 50 960 nouvelles maladies professionnelles avec arrêt en 2015, elles ne sont que 25 537 à donner lieu à une incapacité permanente et 381 à entraîner un décès (*cf.* indicateur I.4).

Précisions méthodologiques

Les statistiques présentées ici portent sur le champ de la CNAMTS pour l'année 2015 (statistiques technologiques annuelles).

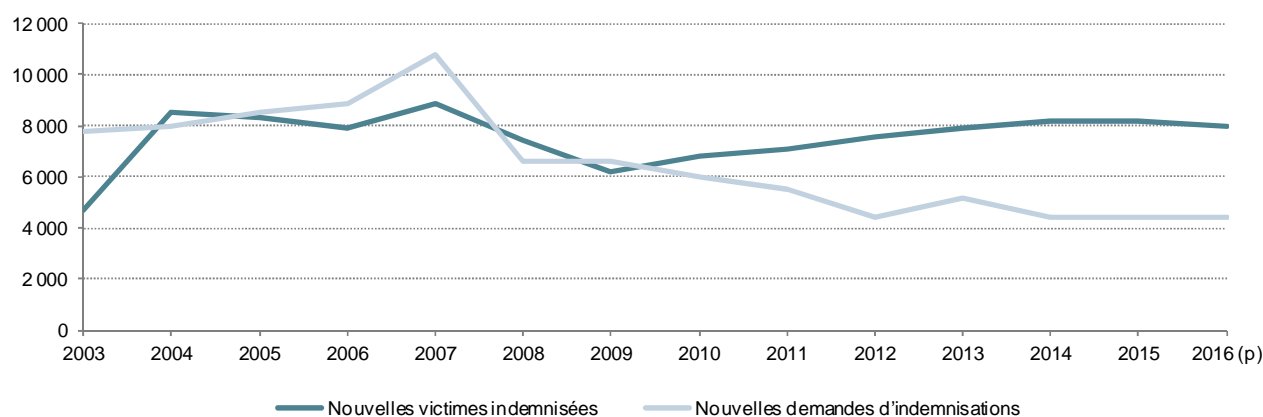
Sont prises en compte les maladies professionnelles ayant entraîné l'imputation au compte employeur (ou au compte spécial pour certaines maladies professionnelles) du régime général d'un premier règlement d'indemnité journalière, d'indemnité en capital, de rente ou de capital décès l'année considérée. Comme elle ne porte que sur les flux de reconnaissance ou d'indemnisation de l'année 2015, 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 du nombre d'offres aux victimes du FIVA



Source : FIVA (2015) et prévisions DSS pour 2016 – chiffres arrondis.

En 2015, le FIVA a proposé 8 200 offres d'indemnisation, et le nombre de nouvelles victimes se dénombrait à 4 400 cette même année. Sur la période 2008-2015, le nombre d'offres aux victimes formulées par le fonds a connu une évolution contrastée : après une chute importante en 2009, le niveau de 2008 n'a été rattrapé qu'à partir de 2011, et se stabilise à près de 8 000 offres depuis 2013. Parallèlement, le nombre de demandes d'indemnisations de nouvelles victimes a tendanciuellement diminué, malgré une hausse en 2013, et demeure stable depuis (4 400 de demandes de victimes chaque année).

Précédemment, le nombre d'offres adressées par le FIVA avait progressé de façon très dynamique jusqu'en 2004, traduisant la montée en charge du dispositif. En effet, à ses débuts, le FIVA a dû traiter le stock des dossiers des personnes pour lesquelles la reconnaissance d'une pathologie de l'amiante était intervenue à une date antérieure à la mise en place du fonds. Par la suite (2005-2006), le nombre d'offres proposées par le fonds a diminué tandis que les demandes de victimes augmentaient, induisant 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, près de 11 000 demandes d'indemnisations sont parvenues au fonds cette même année, ce qui a conduit à l'alimentation d'un stock déjà important de dossiers.

Sur la période plus récente, avec une tendance croissante de l'offre (2009-2014) et un recul du nombre de nouvelles demandes (-2 250 depuis 2014 par rapport à 2009), le volume d'offre formulée dépasse de 3 800, depuis 2014, le nombre de nouvelles demandes d'indemnisation. Cependant, 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 (cf. précisions méthodologiques).

La dynamique du nombre de victimes indemnisées atteste néanmoins de l'amélioration des délais de traitement des dossiers en instance du FIVA. En effet, le fonds estimait à 2 100 le nombre de dossiers en stock (*i.e.* n'ayant fait l'objet d'aucune offre) à mi-2016, contre 2 800 l'an passé à cette même époque. La formulation de 8 000 offres en 2016 permettrait d'éviter toute reconstitution significative du stock de dossiers en instance de traitement voire un relatif appurement de ce stock, le nombre de demandes devant quant à elle rester stable en 2016 (4 400).

Enfin, le coût moyen des victimes atteint 46 000 € par dossier de victimes directes en 2015. Le niveau de ce coût est croissant avec le taux d'incapacité permanente (IP) de la victime : environ 20 000€ dans le cas de pathologies bénignes (épaississements pleuraux et plaques pleurales), près de 40 000€ pour une asbestose, 143 000€ pour un mésothéliome, ou encore 152 000 € pour les cancers pulmonaires, en cumulé depuis la mise en place du fonds.

Il est à noter que les indemnités 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 nombres d'offres et de demandes de victimes présentés ici n'incluent pas les demandes qui peuvent être émises par les ayants droit. Une victime peut recevoir plusieurs offres, ce qui complexifie une stricte comparaison avec le nombre de demandes de victimes qui correspond ici aux nouveaux dossiers (demandes initiales des victimes directes).

Pour plus de détails, notamment sur le barème indicatif d'indemnisation du FIVA, sur la gestion des dossiers par le Fonds et les caractéristiques des victimes qu'il indemnise, se reporter au rapport d'activité du FIVA (année 2015).

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)

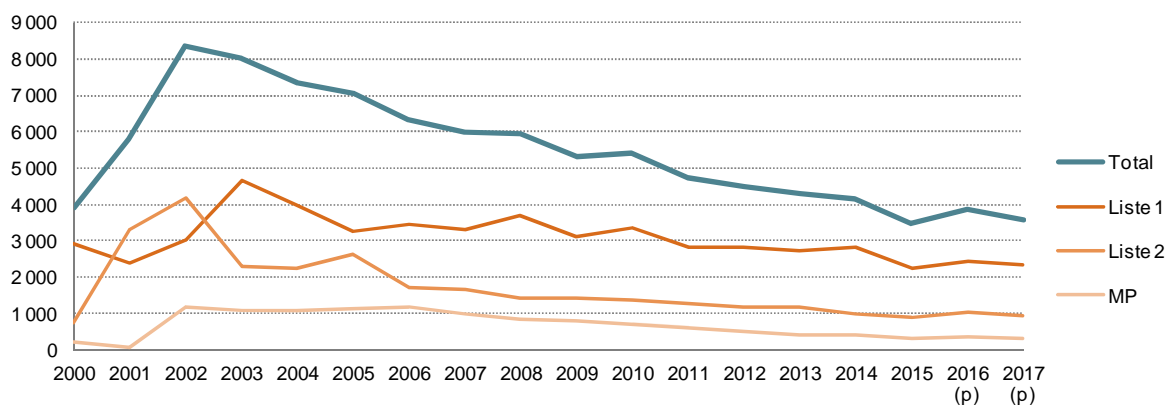
L'allocation du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA, institué par les LFSS de 1999, 2000 et 2001) est servie aux travailleurs atteints de maladies professionnelles liées à l'amiante. Ces travailleurs peuvent bénéficier d'une retraite anticipée pour un âge compris 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

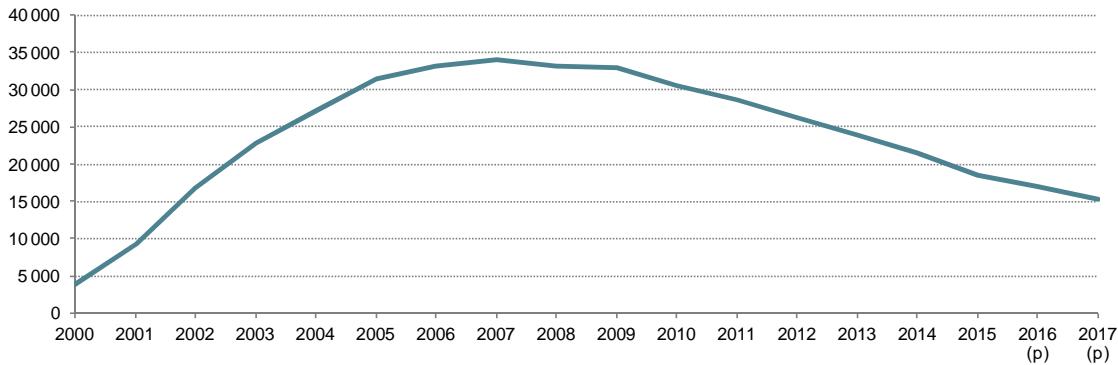


Source : CNAMTS (application AGATA), jusqu'en 2015 et projections CCSS de septembre 2016.

Au 31 décembre 2015, en données cumulées depuis la création du Fonds, 56 % des allocataires sont entrés dans le dispositif en tant qu'anciens salariés d'un établissement inscrit sur la *liste 1*, 31 % 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 hausses ponctuelles 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, sous l'effet d'une progression continue des flux de sortie. En 2015, le nombre de bénéficiaires n'est plus que de 18 600 soit près de 3 000 allocataires en moins par rapport à 2014. Après une forte croissance dans le début des années 2000, l'effectif d'allocataire du FCAATA décroît depuis 2010 et devrait, selon les projections, être inférieur à 16 000 en 2017 (effectif le plus faible depuis 2002).

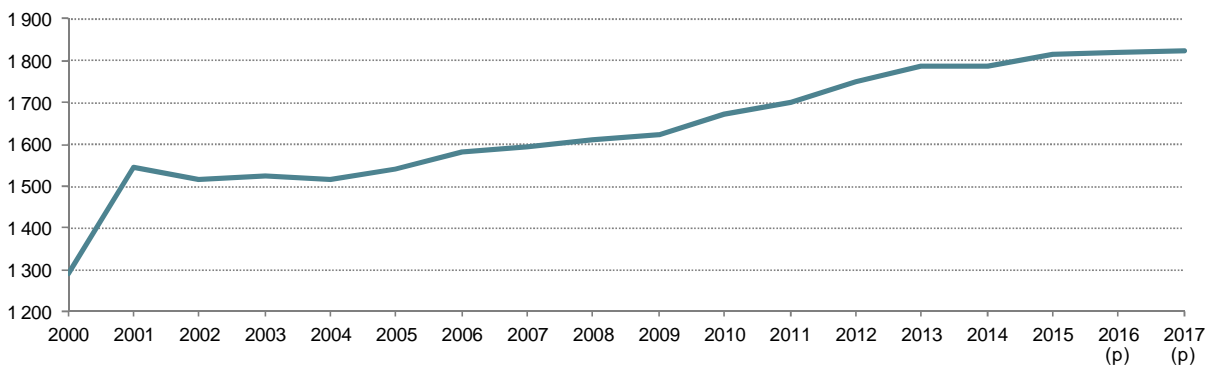
Effectifs d'allocataires du FCAATA au 31 décembre



Source : CNAMTS jusqu'en 2015 (chiffres arrondis) et projections CCSS de septembre 2016 pour 2016 et 2017.

Le montant mensuel de l'ACAATA servie est proportionnel aux derniers salaires perçus par le bénéficiaire (cf. Précisions méthodologiques). Son montant moyen atteint 1 818€ mensuels en 2015, 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. Contrairement aux nombres de bénéficiaires du FCAATA, le montant mensuel moyen de l'ACAATA brute croît continuellement sur la période. En 2017, il devrait être à hauteur de 1 822 € mensuels.

Montants mensuels moyens de l'ACAATA brute (en euros courants)



Source : CNAMTS jusqu'en 2015 et projections CCSS de septembre 2016 pour 2016 et 2017

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.

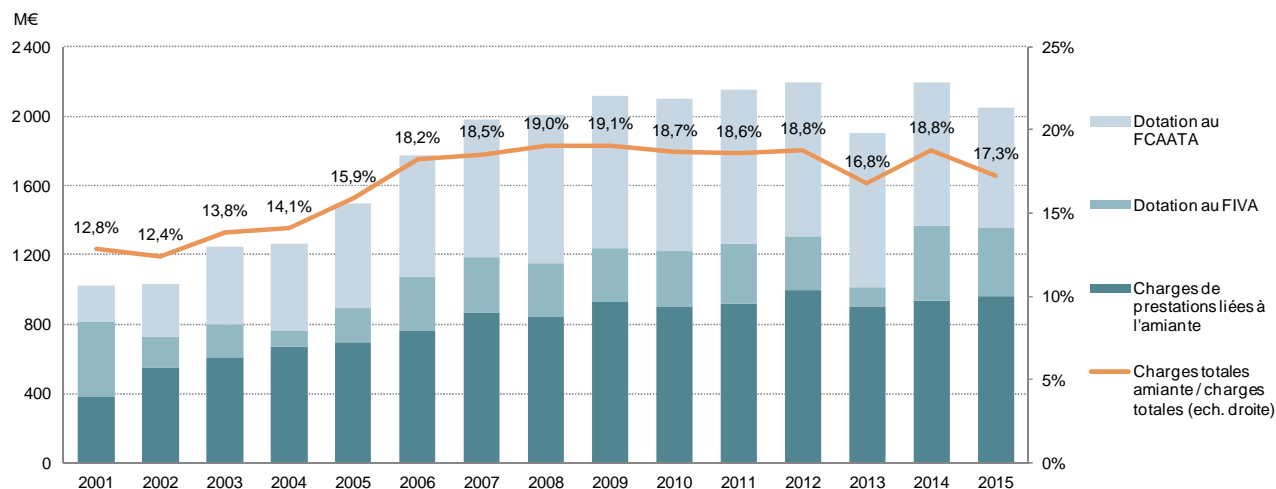
La prévision de croissance des effectifs pour les années 2016 et 2017 présentée est cohérente avec celle de la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de septembre 2016. Il s'agit d'un scénario de projection qui prolonge la tendance d'évolution, observée depuis la mise en place du fonds, du nombre de nouvelles demandes.

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 3 170 € mensuels en 2015), 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 1er 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 juin 2016.

En 2015, les charges totales liées à l'amiante atteignent près de 2 Md€, soit 17,3 % des dépenses totales de la branche AT-MP du régime général. En 2001, ces charges liées à l'amiante ne représentaient que 12,8 % des charges de la branche (1 Md€ sur 8 Md€).

Cette progression s'explique principalement par la croissance des dotations au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), qui ont été multipliées par 3,5 entre 2001 et 2015 (passant de 200 M€ à 693 M€) en raison de la montée en charge du dispositif. Depuis 2013 toutefois, le nombre d'entrées dans le dispositif est inférieur au nombre de sorties, traduisant la fin de cette montée en charge, et induisant une diminution de la dotation au FCAATA (-197 M€ entre 2013 et 2015). Ainsi, le nombre d'allocataires, passé de 3 800 en 2000 à 33 200 en 2008, diminue de façon tendancielle depuis, pour atteindre 18 600 allocataires en 2015. En valeurs cumulées, les dotations au FCAATA de la branche AT-MP atteignent près de 10,3 Md€ depuis 2001.

S'agissant du Fonds d'indemnisation de victimes de l'amiante (FIVA), le niveau des dotations est resté stable sur la période 2006-2012, aux alentours de 315 M€ (340 M€ en 2011). Compte tenu du niveau important des réserves du fonds fin 2012 et dans l'objectif de ramener ces réserves à un niveau plus adéquat, la dotation avait été réduite à 115 M€ par la LFSS pour 2013. Elle a cependant été nettement revue à la hausse en 2014 (435 M€), annulant partiellement l'économie de dotation réalisée en 2013. En 2015, la dotation perçue par le fond s'élève à 389 M€, en recul de près de 46 M€ par rapport à 2014. En valeurs cumulées, les dotations au FIVA sont venues accroître les charges de la CNAMTS liées à l'amiante d'environ 4,3 Md€ depuis 2001.

Par ailleurs, les « charges de prestations » liées à l'amiante ont, elles aussi, progressé puisqu'elles ont été multipliées par 2,5 sur la période 2001-2015, passant de 380 M€ en 2001 à 965 M€ en 2015. Sur la même période, le coût de toutes les pathologies indemnisées a progressé au même rythme, passant de 920 M€ en 2001 à 2 283 M€ en 2015.

L'augmentation des coûts imputés au titre des tableaux de maladies professionnelles liées à l'amiante peut être rapprochée du nombre de maladies nouvellement reconnues par le régime général. Celui-ci avait fortement augmenté sur la période 2001-2005 (passant de 3 354 à 8 113). Depuis 2009, le nombre de maladies nouvellement reconnues au titre des tableaux 30 et 30 bis diminue toutefois tendanciellemment (-7 % en moyenne par an sur la période 2005-2014). Cette baisse pourrait s'expliquer notamment 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 (cf. indicateur précédent). En 2015, le nombre de ces maladies nouvellement reconnues est resté stable par rapport à l'année précédente (3 696, après 3 673 en 2014).

La forte progression des reconnaissances de maladies professionnelles liées à l'amiante dans les années 2000 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).

Finalement, 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 42,3 % de l'ensemble des charges de maladies professionnelles imputées aux entreprises en 2015, chiffre relativement stable depuis 2010 (42,7 %).

Précisions méthodologiques

Les données présentées 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 FIVA et au 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.

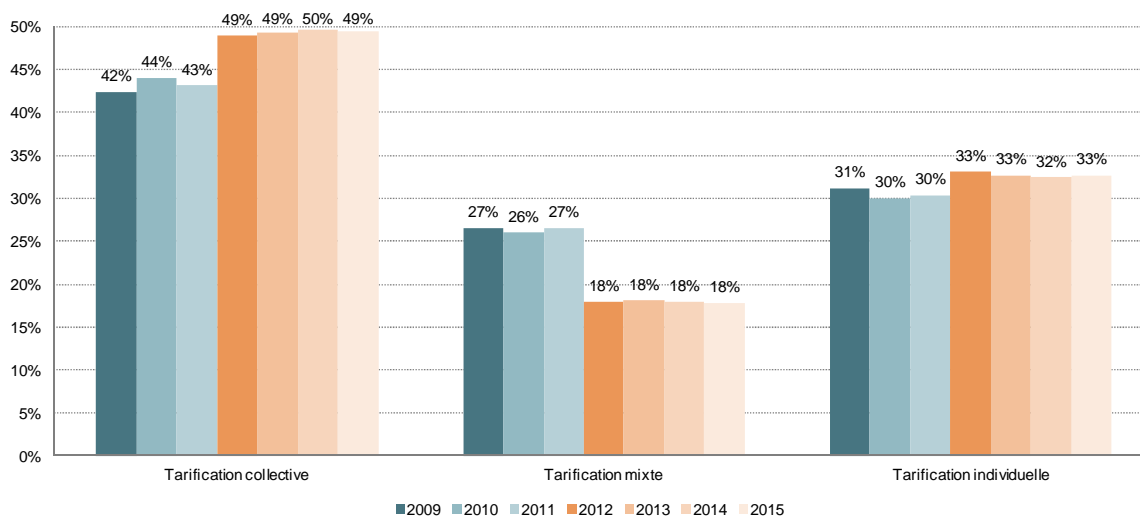
L'ensemble de ces données concerne uniquement le régime général de la Sécurité sociale.

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 : Répartition des salariés en fonction du mode de tarification (individuelle / mixte / collective)

Répartition, en pourcentage du total, des effectifs salariés selon le mode de tarification des entreprises (2009-2015)



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques) - 2016.

Lecture : 49,4 % des salariés du régime général travaillent dans des entreprises à tarification collective en 2015, alors que ceux-ci ne représentaient que 42,3 % en 2009.

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 2015, près de 49 % des salariés du régime général travaillaient dans des entreprises soumises à la tarification collective (entreprises de moins de 20 salariés), 33 % au sein d'entreprises concernées par la tarification individuelle (entreprises de plus de 150 salariés), et enfin, près de 18 % étaient employés par une entreprise de 20 à 149 salariés, appliquant la tarification mixte.

Cet indicateur permet de mesurer l'impact du changement des seuils d'effectifs déterminant le mode de tarification d'une entreprise, la réforme étant entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2012¹. La tarification collective était appliquée, avant réforme, aux entreprises de 1 à 9 salariés : avec l'extension de celle-ci aux entreprises comptabilisant jusqu'à 19 salariés, la proportion des salariés employés par une entreprise à la tarification collective a fortement augmenté, de près de 6 points. Dans le même temps, la tarification individuelle appliquée à partir de 200 salariés avant réforme a été étendue aux entreprises de 150 salariés et plus, portant sa part représentative de salariés de 30,4 % (2011) à 33,1 % (2012). Enfin, en conséquence de cette double modification, la proportion des salariés dont l'entreprise est soumise à la tarification mixte (10 à 199 salariés avant réforme, 20 à 149 salariés après) s'est nettement contractée, de 8,5 points entre 2011 et 2012.

¹ Bien que de légères modifications de structure puissent s'opérer chaque année (cf. graphique) : l'effet de la réforme qui est ici mesuré entre 2011 et 2012 intègre de légères évolutions qui lui sont indépendantes.

Précisions méthodologiques

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

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 20 salariés	Collectif	0	1
20 à 149 salariés	Mixte	$(E-19)/131$	$1-[(E-9)/131]$
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 entreprise de BTP	Mode de tarification Alsace Moselle
Moins de 50 salariés	Moins de 50 salariés	Tarification collective Taux fixé en fonction des résultats statistique 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 une 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 / RÉSULTATS

LISTE DES INDICATEURS D'OBJECTIFS/RÉSULTATS

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 et ciblage des aides financières relatives à la prévention	75 % des AFS liées aux priorités nat. / reg.	CNAMTS	CNAMTS
1-5 - Évaluation de l'impact des programmes prioritaires nationaux de la branche AT-MP	Objectifs des programmes nationaux	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 de travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles avec arrêt évoluent de la manière suivante de 2001 à 2015 pour 1 000 salariés :

Catégorie de sinistre	2001	2007	2008	2009	2010*	2011	2012	2013	2014	2015	Objectif
Accidents de travail avec arrêt	42,8	39,4	38,0	36,0	36,0	36,2	35,0	33,8	34,0	33,9	Diminution
AT ayant entraîné une IP	2,5	2,5	2,4	2,4	2,3	2,2	2,2	2,1	2,0	2,0	
AT avec décès	nd	nd	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	
Accidents de trajet avec arrêt	5,0	4,7	4,7	5,1	5,2	5,3	4,8	5,0	4,7	4,7	
At. ayant entraîné une IP	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	
At. avec décès	nd	nd	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,01	
Maladies professionnelles avec arrêt	1,4	2,4	2,5	2,7	2,7	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7	
MP ayant entraîné une IP	0,6	1,2	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	1,5	1,4	1,4	
MP avec décès	nd	nd	0,02	0,03	0,03	0,03	0,03	0,02	0,02	0,02	

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2016.

nd : non disponible.

*nouveau périmètre des CTN appliqué à partir de 2010.

Depuis 2001, l'indice de fréquence des accidents de travail avec arrêt est tendanciellement en baisse (-1,7 % en moyenne annuelle entre 2001 et 2015). S'il est en diminution quasi constante depuis 2006 (sauf pour 2014, +0,2 point) et s'établit désormais à 33,9 pour 1 000 salariés, l'indice de fréquence des accidents de trajet avec arrêt n'a pas connu cette même tendance régulière. Compris entre 4,7 et 5,3 ‰ sur la période 2007-2015, ce dernier fluctue entre ces bornes : stable entre 2006 et 2008 (4,7 ‰), il a ensuite progressé entre 2009 et 2011. Après un net recul de 5,3 à 4,8 ‰ en 2012, puis une légère hausse en 2013 (+0,2 point), il retrouve son niveau initial de 2006, avec 4,7 accidents de travail avec arrêt pour 1 000 salariés depuis 2014.

Sur le champ plus précis des accidents de travail ayant entraîné une incapacité permanente, c'est-à-dire ceux pour lesquels la gravité du sinistre est relativement importante, la baisse de l'indice de fréquence est similaire à celle de l'indice de fréquence des accidents de travail avec arrêt (-1,7 % en moyenne annuelle entre 2001 et 2015). L'indice de fréquence des accidents de trajet ayant entraîné une incapacité permanente baisse de façon un peu plus significative sur la période (-2,0 % en moyenne annuelle).

Sur le champ des maladies professionnelles, les indices de fréquence de celles ayant donné lieu à un arrêt de travail, ou à la reconnaissance d'une incapacité permanente, sont tous deux en nette progression sur la période 2001-2015 (avec des moyennes annuelles respectives de 4,8 % et 6 %), bien que leur niveau de fréquence reste faible avec 2,7 maladies professionnelles avec arrêt pour 1 000 salariés (respectivement 1,4 ‰ ayant entraîné une IP). Cette évolution est le corollaire de la progression en volume du nombre de maladies professionnelles nouvellement reconnues sur cette période, et révèle par ailleurs une évolution de la gravité des maladies professionnelles, l'indice de fréquence des maladies professionnelles avec IP ayant évolué de façon plus dynamique que celui de ces maladies avec arrêt.

La part des accidents et maladies professionnelles mortels est très faible quelque soient les sinistres, elle est comprise entre 1 et 3 décès pour 100 000 salariés.

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.

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

Précisions méthodologiques : les sinistres avec arrêt s'agissent 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 (CTN, comités techniques nationaux), à l'exclusion des bureaux, sièges sociaux et des catégories professionnelles particulières* » 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 (le champs étudié y est un peu plus large, au-delà de ces 9 CTN précités).

Ainsi, cette légère différence de champs sectoriels considérés 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 sur la période 2010-2015 (*l'industrie, la construction, et les activités de commerce, transports, hébergement-restauration, 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.

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 (pour 1 000 salariés) dans les trois secteurs visés évolue comme suit de 2010 à 2015 :

Secteurs d'activité	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Objectif
Indice moyen* national des secteurs d'activité les plus à risque (NAF) (1)	46,1	45,9	43,9	42,3	41,8	41,3	Diminution
(AZ) Industrie	37,8	37,8	35,4	33,7	32,8	32,3	
(BE) Construction	70,4	70,6	66,4	62,8	61,7	60,1	
(FZ) Commerce, transports, hébergement-restauration	43,6	43,2	42,1	41,2	41,2	41,2	
Indice moyen* national des accidents du travail, tous secteurs (2)	35,6	35,8	34,7	33,5	33,7	33,6	
Surreprésentation** par rapport à la moyenne des accidents dans les trois secteurs les plus à risque (1) / (2)	1,29	1,28	1,26	1,26	1,24	1,23	
(AZ) Industrie	1,06	1,06	0,99	0,95	0,92	0,91	
(BE) Construction	1,98	1,98	1,86	1,76	1,73	1,69	
(FZ) Commerce, transports, hébergement-restauration	1,22	1,21	1,18	1,16	1,16	1,16	

Source : Calculs DSS sur données CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2016.

* Indice de fréquence pour 1 000 salariés.

** Lecture : un ratio égal à 1,23 signifie une surreprésentation de 23 % 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.

L'indice de fréquence accidents du travail (pour 1 000 salariés) des trois secteurs à plus forte sinistralité s'établit à 41,3 en 2015. Il est en diminution progressive entre 2010 et 2015 (au total -10 % sur la période) à un rythme plus rapide que celui de l'indice de fréquence moyen tous secteurs confondus (-6 % sur la même période). Ces trois secteurs représentent en termes d'effectifs 9,3 millions de salariés, soit près d'un salarié sur deux du total des effectifs salariés couverts par l'indice (18,9 millions de salariés en 2015). Dans le détail, *l'industrie* représente 15 % du total de l'effectif salarié, *la construction* environ 8 %, et *les activités de commerce, transports, restauration-hébergement* près de 26 %.

Rapportés à cet effectif total de salariés du régime général, les trois secteurs les plus à risques se caractérisent en 2015 par une sinistralité qui demeure supérieure de 23 % à la moyenne nationale, en particulier pour la construction (supérieure de 69 %), bien que l'indice soit en baisse sur la période (-10 points). Si l'industrie était légèrement surreprésentée en 2010 (1,06), son indice de fréquence est, depuis plusieurs années, inférieur à la moyenne nationale, tous secteurs confondus.

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 présentés ici correspondent au niveau d'agrégation A10 de la nomenclature NAF de l'Insee (pour plus de précisions, se reporter au sous-indicateur de cadrage n°3-1).

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 des AT-MP 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 2015 :

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	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	1,42	1,45	Diminution

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2016.

Exprimé en nombre de journées perdues pour 1 000 heures travaillées, le taux de gravité des accidents du travail avec arrêt a progressé de 2,3 % en moyenne par année entre 2001 et 2015. Sur la période récente, si, de 2011 à 2013, une relative stagnation de cet indice aux alentours de 1,39 a pu être observée, le nombre de journées perdues pour 1 000 heures travaillées a connu un ressaut en 2014 et 2015, pour atteindre 1,45. Il était à 1,06 en 2001.

Deux phénomènes expliquent la hausse tendancielle de l'indice depuis 2005: d'une part, celle-ci dépend de la gravité des sinistres et, d'autre part, des comportements de prescription, se traduisant par une prescription plus importante d'indemnités journalières, toutes choses égales par ailleurs. À 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.

Cet indicateur doit donc être interprété avec précaution, parallèlement aux autres indicateurs de mesure de la gravité.

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 et retours entre le domicile et le lieu de travail et éventuellement entre le lieu de travail et le lieu du repas. Le mode de transport utilisé, la distance entre le domicile et le lieu de 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 2015 varient comme suit :

Catégorie de sinistre	2003	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Objectif
Accidents du travail	9,9	10,6	10,3	10,3	10,7	10,3	10,2	10,1	10,2	10,1	Diminution
Accidents de trajet	14,3	14,3	14,2	13,6	14,2	13,9	13,5	13,5	13,1	13,2	
Maladies professionnelles	16,5	16,1	15,4	15,4	15,1	14,5	13,9	13,5	13,9	14,1	

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) – 2016.

Le taux moyen d'incapacité permanente pour les accidents de travail a augmenté de 0,2 point entre 2003 et 2015, et demeure le taux moyen d'IPP le plus faible (10,1 %) des trois catégories de sinistre (accidents de travail, accidents de trajet et maladies professionnelles). Cette faible évolution (0,2 % par an en moyenne) peut s'expliquer par le fait que seuls 6 % des accidents du travail avec arrêt ont donné lieu en 2015 à une incapacité permanente. Ils concernent donc une population réduite aux caractéristiques particulières.

8 % des accidents de trajet ont donné lieu à une incapacité permanente en 2015. Pour ces accidents, le taux moyen d'incapacité permanente s'est établi à 13,2 % en 2015. Ce taux diminue de façon tendancielle depuis 2010 (-7 % sur la période 2010-2015, soit une baisse de 1,4 % en moyenne chaque année). Cette réduction a été particulièrement marquée entre 2013 et 2014 où la baisse a atteint près de 3 %. Cette contraction est en premier lieu imputable à la réduction de la somme des taux d'IP, bien que le nombre d'accidents de trajet avec IP et de décès ait également diminué en 2014. A l'inverse, en 2015, la légère augmentation du taux moyen d'IP pour les accidents de trajet résulte d'une diminution de la somme des taux d'IP plus modérée que celle du nombre d'accidents de trajet ayant donné lieu à une IP ou à un décès.

Enfin, la moitié des maladies professionnelles (50 %) ont donné lieu à une incapacité permanente en 2015. Le taux moyen d'incapacité permanente sur ce champ s'établit à 14,1 % en 2015. Alors qu'il avait fortement diminué sur la période 2003-2013 (-18 %) du fait de l'accroissement de la part des maladies relativement moins graves (pour lesquelles les taux d'incapacité sont les plus faibles) dans l'ensemble des sinistres avec incapacité permanente, il est reparti à la hausse ces deux dernières années (+5 % entre 2013 et 2015).

Ces taux moyens ne rendent en revanche pas compte de la distribution des taux d'IP des sinistres. Au regard de l'indicateur de cadrage n°5, hors IP dont le taux est inférieur à 10 %, le niveau moyen du taux d'IP se rapproche (accidents du travail, 17,7 % en 2015) ou dépasse le taux de 20 % (accidents de trajet, 21,4 %; maladies professionnelles, 26,3 %). L'amplitude de la distribution¹ ne peut donc pas être parfaitement distinguée ici, compte tenu du fait que 67 % des IP notifiées en 2015 (tous sinistres confondus, hors rentes optionnelles) relèvent d'une IP inférieure à 10 %².

Construction de l'indicateur : le taux moyen d'une IP correspond à la somme des taux d'incapacité permanente rapportée au nombre de nouvelles IP et de décès. Le champ retenu est le plus large fourni par la CNAMTS (9 CTN, bureaux et sièges sociaux, et autres catégories particulières).

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.

¹ Se reporter à l'indicateur de cadrage n°5 pour des éléments sur la distribution des IP selon sinistre.

² A partir de données complémentaires fournies par l'Assurance maladie - Risques professionnels (CNAMTS), sous-jacentes à son rapport de gestion 2015.

Indicateur n°1-4 : Évolution et ciblage des aides financières relatives à la prévention

Finalité : à travers des outils « négatifs » comme la majoration de cotisation ou « positifs » comme la ristourne, le système de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles est en lui-même un outil d'incitation à la prévention. Cependant, les dispositifs d'aides financières constituent des instruments de prévention complémentaires, efficaces et ciblés, au service des priorités de prévention définies dans la convention d'objectif et de gestion (COG). Ces aides peuvent prendre la forme d'aides financières simplifiées (AFS) destinées aux entreprises de moins de 50 salariés et adaptées à leur gestion pour des thématiques prioritaires de prévention, définies régionalement. Elles peuvent également prendre la forme de contrats de prévention (CP) pour les entreprises de moins de 200 salariés, conclus entre les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et les entreprises souscrivant à une convention nationale d'objectifs (CNO) souscrite par la branche professionnelle à laquelle ces entreprises se rattachent et qui fixe un programme de prévention spécifique à la branche d'activité dont relève l'entreprise.

La COG 2014-2017 se traduit notamment par une orientation plus forte des incitations financières sur les priorités nationales et régionales. Ainsi, trois cibles prioritaires (troubles musculo-squelettiques, chutes dans le BTP, agents cancérigènes, mutagènes et repro-toxiques) et cinq problématiques particulières (pénibilité au travail des seniors, formation des jeunes et nouveaux embauchés aux principes de prévention, TPE, amiante et risques psycho-sociaux) ont été définies. La COG vise également une meilleure cohérence des pratiques régionales dans le recours aux divers dispositifs. L'objectif est d'accorder d'ici 2017 75 % des AFS selon les priorités nationales et régionales et 30 % des contrats de prévention selon les recommandations des comités techniques nationaux (CTN).

Précisions sur les dispositifs :

Le contrat de prévention, dispositif créé en 1987¹, est destiné aux entreprises de moins de 200 salariés. Ce dispositif consiste en une avance financière en contrepartie de l'application par l'entreprise d'un programme spécifique de prévention fixé dans la CNO à laquelle l'entreprise adhère. Le contrat de prévention définit précisément les objectifs sur lesquels l'entreprise s'engage et les aides, notamment financières, que la caisse lui octroie (de 20 % à 30 % de l'investissement réalisé).

Les aides financières simplifiées ont pour objectif d'aider les entreprises de moins de 50 salariés à améliorer le niveau de prévention d'un risque spécifique. Expérimentée en 2008 puis pérennisée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010² (conformément aux orientations fixées dans la COG 2009-2012), cette nouvelle incitation financière prend la forme d'une subvention directe aux petites entreprises éligibles aux programmes de prévention définis par la CNAMTS ou la CARSAT plafonnées à 25 000 €. Ces aides peuvent concerner des investissements d'équipements, de formation, ou des études. Une entreprise peut cumuler théoriquement plusieurs AFS (dans la limite de l'enveloppe attribuée à la CARSAT) si elle comporte plusieurs activités correspondant à plusieurs programmes de prévention.

Résultats : le nombre et les montants des aides financières évoluent comme suit :

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Objectif 2017
Aides financières simplifiées (AFS)							
nombre	1 311	2 332	5 468	6 058	4 336	2926	
montant	9,7 M€	13,6 M€	25 M€	34,2 M€	28,2 M€	16,2 M€	
dont liées aux priorités nationales et régionales					82 %	85 %	75 %
Contrats de prévention (CP)							
nombre	1382	1 045	739	547	502	847	
montant	36,8 M€	29,3 M€	20,4 M€	16,1 M€	14,8 M€	21,7 M€	
dont liés à des recommandations					nd	nd	30 %

Source : CNAMTS.

Champ : Régime général, France entière.

En 2015, 2926 AFS ont été accordées pour un total de 16,2 M€, contre 4 336 en 2014 (28 M€). Cette forte baisse de niveau des AFS peut tout d'abord s'expliquer par l'arrêt des anciens dispositifs régionaux et le temps de lancement des nouvelles AFS votées fin 2014 pour concentrer les dépenses sur les priorités. D'autre part, la demande plus faible de la part des entreprises, en particulier les TPE, a réduit l'utilisation des AFS en nombre mais aussi en montant (baisse de

¹ Art. 18-1 de la loi n°87-39 du 27 janvier 1987 portant diverses mesures d'ordre social, codifié au 1er alinéa de l'article L. 422-5 du code de la sécurité sociale.

² Art. 74 de la loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009, codifié au 2nd alinéa de l'article L. 422-5 du CSS.

10 % du montant des AFS en 2015). Enfin, il est à noter que la faible utilisation des AFS se conjugue avec une augmentation significative du nombre de CP signés lors de cette même année (cf. ci-dessous).

La répartition des AFS en 2015 en fonction des priorités nationales et régionales

Les dispositifs d'AFS nationales (Aquabonus, Preciseo, Echafaudage+, Airbonus) et régionales ont été lancés en 2014 et 2015. Au cours de l'année 2015, le montant des AFS s'est élevé à 16,2M€ en direction de 2926 entreprises. 92 % d'entre elles ont été accordées dans le cadre des priorités nationales exprimées dans la COG, en particulier dans les pressings (substitution du perchloréthylène par de l'aqua-nettoyage) avec 158 AFS, les salons de coiffure (prévention des troubles musculo-squelettiques) avec 618 AFS, le BTP (prévention des chutes d'échafaudages) avec 958 AFS et les centres de contrôle technique (aspiration) avec 27 AFS. En parallèle, chaque CARSAT, en accord avec ses priorités régionales, a délivré des AFS régionales ciblées, qui ont concerné 919 entreprises pour un montant de 6 M€.

Au total, 85 % des AFS ont été octroyées en lien avec des priorités nationales et régionales en 2015 ; l'objectif prévu par la COG pour l'année 2017 a été donc rempli pour la deuxième année consécutive. Cet objectif sera poursuivi en 2016 avec le lancement d'AFS nationale TMS Pros et la montée en charge de l'AFS Airbonus.

Parallèlement à ce dispositif ciblé sur les petites et moyennes entreprises, le contrat de prévention a été réorienté pour aider les entreprises de moins de 200 salariés à réaliser leurs plans de prévention. Cette réorientation, accompagnée d'une reprise de l'investissement, ont mené à une augmentation significative du nombre de contrats de préventions conclus en 2015 : 847 contrats de prévention ont ainsi été signés pour un montant de 21,7 M€, contre 502 contrats pour un montant de 14,8 M€ en 2014.

Ces contrats ont été signés majoritairement dans les activités couvertes par le comité technique national (CTN) B (BTP) pour 29 % des investissements et le CTNA (métallurgie) pour 24 % des engagements. La forte augmentation du nombre de contrats de prévention conclus dans le secteur du BTP est liée à la signature de deux conventions nationales d'objectifs dans le secteur.

La répartition des CP en 2015 liés à des recommandations

Selon l'indicateur de la COG, 30 % des contrats de prévention devront être liés à des recommandations de CTN en 2017.

Il est difficile d'établir dès à présent le nombre de contrats de prévention qui, parmi les 847 signés en 2015, sont liés à des recommandations. En effet, ceux-ci constituent la déclinaison des conventions nationales d'objectifs (CNO) qui, pour un certain nombre d'entre elles, datent d'années antérieures à la COG 2014-2017 et sont toujours en vigueur. Or, la COG précédente ne fixait pas d'objectif relatif au lien entre recommandations et contrats de prévention.

Construction de l'indicateur : le pourcentage d'AFS (respectivement de CP) accordés selon les priorités nationales et régionales (respectivement de recommandations du CNO) rapporte le nombre d'AFS (respectivement de CP) accordés selon ces priorités à l'ensemble des AFS (respectivement CP) accordés dans l'année.

Indicateur n°1-5 : Évaluation de l'impact des programmes prioritaires nationaux de la branche AT/MP

Finalité : la convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue entre l'État et l'assurance maladie pour la période 2014-2017 a défini des plans d'action nationaux pour renforcer la prévention de trois risques : les troubles musculo-squelettiques (TMS), l'exposition à certains facteurs cancérigènes, le risque de chute dans la construction. Ces plans définissent un socle d'actions communes, au niveau régional. Leur mise en œuvre s'appuie sur des partenariats renforcés avec les autres acteurs de la prévention.

Programme	Indicateur	Valeur de l'indicateur				Objectif	
		2014	2015	2016*	2017*		
Réduire les troubles musculo-squelettiques (TMS)	% d'établissements inscrits	30	75	90		Réduction de 5 % de l'écart de sinistralité entre le panel et les autres entreprises	
	% d'établissements dont l'étape 1 (risques identifiés) est validée	25	70	85			
	% d'établissements dont l'étape 2 (priorités d'actions définies) est validée		55	80			
	% d'établissements dont l'étape 3 (plan d'action défini) est validée		40	70	80		
	% d'établissements dont l'étape 4 (évaluation) est validée				50		
Prévention des cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR)	2014 : état des lieux 2015-2017 : maîtrise du risque CMR dans les 4 secteurs d'activité ciblés	Pressing (% SE)	100	36	40	70	Au moins la moitié des entreprises maîtrisent le risque selon les critères pré-établis
		Chaudronnerie (% SE)	75	21	40	60	
		Centre de contrôle technique (% SE)	100	27	40	70	
		Polyester stratifié (% SE)	75	78	40	60	
Prévention des chutes dans la construction	(2014) 500 MOA mobilisés sur le programme (2015) 700 représentants de MOA formés (2016) 500 opérations lancées en cumul avec 2014 (2017) 500 opérations lancées sur l'année en cours					Amener les acteurs de la construction à prendre en compte et à développer la prévention des chutes (de plain-pied et de hauteur) dans la construction	

* Cibles

Source : Direction des risques professionnels – CNAMTS.

Troubles musculo-squelettiques (TMS)

Le programme TMS pros constitue l'une des trois priorités nationales de prévention de la COG 2014-2017. Il repose sur l'offre de services TMS pros disponible en ligne sur un site internet dédié tmspros.fr qui permet aux entreprises de toutes tailles et tous secteurs d'activité d'engager et de mettre en œuvre une démarche de prévention des TMS basée sur un parcours en quatre étapes : en quoi suis-je concerné ? Par quoi commencer ? Comment agir ? Quels résultats pour mon entreprise ?

Objectif du programme

Le programme TMS pros cible de façon spécifique environ 8 000 établissements ayant une sinistralité TMS avérée (*ils représentent en termes d'indemnisation par la branche AT/MP : 35 % du nombre de TMS et 33 % des JJ TMS*). Il vise à faire progresser la prise en compte effective d'une démarche de prévention des TMS pour ce panel d'établissements.

Ce programme a un double objectif : contribuer à faire baisser leur sinistralité liée aux TMS et faire en sorte que ces entreprises deviennent plus autonomes et proactives en matière de prévention.

La COG retient un indicateur de sinistralité. Elle détermine également un indicateur de moyens : 80 % des établissements suivis devront avoir produit en 2017 un plan d'action pour prévenir les TMS.

Principes du programme

Le programme TMS pros s'appuie sur un site extranet intégré au site public tmspros.fr, mais dont l'accès est réservé aux établissements de ce panel. Tout établissement ciblé sera incité à s'y inscrire et un accompagnement dans la démarche de prévention sera présenté par la caisse régionale. En s'inscrivant au programme, l'établissement peut renseigner sa progression et témoigner des actions menées à chacune des étapes du parcours.

Les caisses régionales assurent pendant quatre ans le suivi de ces établissements en validant leur progression étape après étape et en accompagnant les établissements dans la mise en œuvre de leur projet de prévention TMS.

Déroulement du programme

Pour inciter les entreprises à participer au programme et à progresser dans la mise en œuvre de leur démarche de prévention des TMS, les caisses régionales ont organisé, tout au long de l'année 2015, des actions collectives sous différents formats :

- des réunions d'information, souvent en partenariat avec les fédérations professionnelles concernées ou des services de santé au travail ;
- des ateliers spécifiques aux étapes 1, 2 et 3 du parcours TMS Pros. Ces ateliers avaient notamment pour objectif de présenter ces étapes et d'échanger sur des retours d'expérience d'entreprises.

Fin 2015, sur les 8000 établissements ciblés, 7800 étaient encore en activité, parmi lesquels 6430 se sont engagés dans la démarche et progressent de la façon suivante :

- 5200 établissements ont franchi l'étape 1 « En quoi suis-je concerné par les TMS ? »
- 2135 ont franchi l'étape 2 « Par quoi commencer ? »
- 453 ont franchi l'étape 3 « Comment agir ? »
- 75 ont atteint l'étape 4 « Quels résultats pour mon entreprise ? ».

Le programme et l'outil TMS Pros sont également accessibles à des entreprises volontaires ; au 31 décembre 2015, 102 s'étaient inscrites sur le site.

Risque cancérigène, mutagène et reprotoxique (CMR)

Ce programme a pour objectif d'accompagner les entreprises dans la maîtrise du risque d'exposition des salariés aux agents CMR dans 4 secteurs d'activité. Au national, ce sont environ 5 000 sections d'établissement qui seront accompagnées par la branche AT/MP.

Fumées de soudage à l'arc en chaudronnerie

Le soudage à l'arc est un procédé de fabrication largement utilisé dans les activités de constructions métalliques. Il expose les salariés à des particules submicroniques et des gaz contenus dans les fumées dont les effets sur la santé sont délétères (atteinte neurologique et sur le système broncho pulmonaire). C'est pourquoi les fumées de soudage à l'arc sont classées par le *centre international de recherche sur le cancer* (CIRC) "possiblement cancérigènes pour l'homme" (2B). L'action programmée sur la période 2014-2017 s'inscrit dans la poursuite des travaux de la COG précédente.

419 établissements ont progressé significativement en 2015 dans la prévention des expositions aux fumées de soudage en modifiant leurs procédés (postes synergiques pulsés, grenaillage avant soudage...) ou en s'équipant d'équipements de protections collectives (torches aspirantes, tables ou dosserets aspirants, ...). Moins de 30 établissements sont au socle minimum demandé (ventilation générale et EPI).

Perchloroéthylène dans les pressings

Le perchloroéthylène est classé cancérigène de catégorie 2 selon le règlement relatif à la classification, à l'étiquetage et à l'emballage des substances chimiques et des mélanges (CLP) et comme cancérigène probable par le CIRC (2A). Au 1er Janvier 2022, tous les pressings concernés devront avoir abandonné le perchloroéthylène (arrêté type 2345 du 5 décembre 2012). Cette contrainte réglementaire, entre autres, va probablement conduire la profession à une restructuration et amène à se tourner vers des solutions techniques alternatives. Cette action a pour but de devancer, de quelques années, la contrainte réglementaire en dirigeant la profession vers la solution de substitution préconisée par la branche AT-MP qui est l'aquanettoyage.

A fin 2015, environ 36 % des établissements ont remplacé leur machine au perchloroéthylène par des machines à l'aquanettoyage notamment via l'aide financière simplifiée « aquabonus ».

Émissions de moteurs Diesel

En 2012, les échappements de moteur diesel (EMD) ont été classés cancérigènes de catégorie 1 par le CIRC. Or, comme le montre l'enquête SUMER 2010, les EMD figurent à la première place des agents chimiques cancérigènes auxquels les salariés sont exposés. Il a été décidé de focaliser nos interventions sur l'activité des centres de contrôle technique (CCT) véhicules légers et lourds avec comme objectif d'accompagner la profession dans la maîtrise du risque d'exposition des salariés aux EMD.

Le contexte a été particulier dans les CCT en 2015 car ce secteur d'activité a dû répondre à un changement technologique qui a nécessité un investissement majeur. Ce qui a, en partie, mis en difficulté les actions des caisses.

L'aide financière simplifiée « airbonus » est entrée en vigueur en avril 2015 et les organisations professionnelles concernées ont été pro-actives dans la réalisation des supports d'information à destination des entreprises adhérentes.

Styrène

Le styrène est utilisé abondamment dans la fabrication de pièces en polyester (piscines, toboggans, cuves, nez de TGV, camions frigorifiques, bus, pales d'éoliennes, armoires électriques,...). Les secteurs concernés sont essentiellement la plasturgie et le nautisme mais d'autres secteurs peuvent être concernés tels que la carrosserie, la métallurgie, l'ameublement etc. Le styrène est classé cancérigène possible par le CIRC et va être prochainement classé reprotoxique de catégorie 2 au niveau européen.

L'objectif de cette action est d'accompagner les établissements concernés dans la maîtrise du risque d'exposition au styrène des salariés.

L'objectif d'élaboration d'un argumentaire sur le choix du procédé par les établissements utilisant les moules ouverts a été réalisé en 2015 dans 78 % d'établissement de la cible. En revanche, l'objectif de formation des salariés et de l'encadrement a été neutralisé car cette formation a été assurée dans 22 % des établissements de la cible par les organisations professionnelles.

Prévention des chutes dans la construction

Ce programme vise à amener l'ensemble des acteurs de la construction - maîtres d'ouvrages (MOA), maîtres d'œuvre (MOE), coordonnateurs en matière de sécurité et de protection de la santé (SPS) et entreprises - à prendre en compte et développer la prévention des risques de chute dans les projets de construction.

Du point de vue de la stratégie nationale de prévention des risques professionnels dans le secteur de la construction, ce programme est novateur à plusieurs égards :

- au regard des cibles qu'il vise : à côté de la cible traditionnelle que sont les entreprises, il entend mobiliser les maîtres d'ouvrages et leurs conseils (maîtres d'œuvre et coordonnateurs de sécurité et de protection de la santé). En effet, sans l'implication forte de ces acteurs essentiels du projet de construction, la prévention ne pourra pas être développée réellement en amont ;
- au regard du partenariat avec l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OBPTP) : la coopération entre les deux réseaux remonte à de longues années, mais, en 2014, elle a pris une dimension nouvelle avec la mise en œuvre d'un partenariat contractualisé aux niveaux national et régional.

Actions en direction des maîtres d'ouvrage

Il s'agit de les convaincre d'intégrer la prévention des risques de chute très en amont du démarrage du projet, dès la conception de l'opération, notamment dans les marchés de travaux ainsi que dans l'organisation et la conduite des chantiers.

En 2014, des maîtres d'ouvrage (entités nationales intervenant dans la construction de logements individuels ou collectifs) ont été ciblés et sensibilisés au risque.

En 2015, une formation spécifique à la prévention des risques de chute a été dispensée à plus de 1600 chargés d'opérations ou responsables des maîtres d'ouvrages ciblés. Cette action innovante a suscité un intérêt chez les MOA comme dans les caisses qui poursuivent cette action au-delà de l'action programmée.

Depuis 2014, et à fin 2015, les Carsat ont incité les MOA à intégrer des mesures mutualisées de prévention des chutes dans plus de 200 projets de construction.

En 2016 et 2017, les caisses régionales accompagneront des projets de construction intégrant des lots spécifiques pour la prévention des chutes, donc décrits dans un CCTP spécifique.

Le bilan permettra de valoriser les projets menés de cette façon sur le territoire.

Actions en direction des entreprises

Sont ici visées près de 5 000 entreprises de plus de 20 salariés des secteurs de la couverture, de la charpente, de la construction métallique et de la maçonnerie, secteurs dans lesquels la sinistralité liée aux chutes est importante. Des actions collectives seront également proposées aux entreprises de moins de 20 salariés des mêmes secteurs d'activité, en partenariat avec les services de santé au travail et les organisations professionnelles.

Pour être en mesure d'atteindre cet objectif ambitieux, la CNAMTS et l'OPPBTP ont décidé de mobiliser leur réseau respectif en signant, le 8 septembre 2014, une convention nationale de partenariat d'une durée de 4 ans. A la suite de cet accord national, toutes les caisses régionales ont signé en fin d'année 2014 une convention locale de partenariat avec les agences de l'OPPBTP pour déployer ensemble ces actions.

Depuis que ce partenariat est engagé, les caisses régionales et les agences de l'OPPBTP mènent une action intensive et coordonnée auprès des entreprises de leur circonscription, qu'elles se sont réparties pour un suivi plus attentionné. Ainsi, à fin 2015, les caisses avaient rempli plus de 1500 grilles d'évaluation pour les diagnostics initiaux et les visites de suivi (autant par l'OPPBTP) ; les actions d'accompagnement sont en cours.

L'année 2017 sera consacrée au bilan de l'action (par des diagnostics individuels) et à la consolidation des résultats obtenus.

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 par la 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 est entrée en vigueur de façon progressive à compter de 2012, et a atteint 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.

La réforme a atteint son système de calcul définitif en 2014 par la prise en compte d'une période triennale complète (2010-2012). Cependant, les remontées de données sont encore insuffisantes et trop peu détaillées pour présenter une évolution comparée des taux de cotisations AT-MP. De plus, il se peut que le temps des entreprises à internaliser les effets financiers que pourraient avoir des efforts de prévention pour la santé et la sécurité des salariés, ne soit un peu plus long.

En conséquence, cet indicateur présente pour le moment le barème des coûts moyens 2016 correspondant à la moyenne des dépenses causées par des sinistres de gravité équivalente (selon six catégories d'incapacité temporaire et quatre catégories d'incapacité permanente), dans chaque branche d'activité (CTN).

En comparant le tableau des coûts moyens 2016 (ci-après) avec celui de l'année passée, une augmentation généralisée de ceux-ci s'observe, mais qui résulte essentiellement d'un effet prix : l'évolution des montants des indemnités journalières et des rentes dépend en effet de celles des salaires, du coût des soins, et de la revalorisation des indemnités en capital notamment. Ainsi, pour un nombre de sinistres de même catégorie et à masse salariale inchangés, le taux brut de cotisation d'une entreprise sera malgré tout tiré à la hausse par l'évolution des coûts moyens.

Comité technique national (CTN)	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 à 15 jours	Arrêts de travail de 16 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	275	550	1 862	5 156	9 892	34 783	2 086	53 342	105 234	506 256
Industries du bâtiment et des travaux publics CTN B (hors départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle)	371	498	1 621	4 540	8 664	34 009	2 192	100 748 (Gros œuvre) (1)		
								101 140 (Second œuvre) (2)		
								118 251 (Bureau) (3)		
Industries du bâtiment et des travaux publics CTN B (pour les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle)	371	498	1 621	4 540	8 664	34 009	2 192	51 221	97 384	422 617
Industries des transports, de l'eau, du gaz, de l'électricité, du livre et de la communication CTN C	312	587	1 771	4 743	8 676	31 289	2 163	51 659	100 079	429 558
Services, commerces et industries de l'alimentation CTN D	374	448	1 459	4 037	7 545	26 618	2 146	44 623	85 966	351 333
Industries de la chimie, du caoutchouc et de la plasturgie CTN E	404	577	1 942	5 317	9 831	34 269	2 113	51 510	103 654	560 343
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	397	537	1 760	4 789	9 124	32 696	2 105	49 085	96 559	450 147
Commerces non alimentaires CTN G	309	514	1 616	4 535	8 472	30 517	2 125	48 506	94 423	445 109
Activités de services I CTN H	130	395	1 305	3 929	7 794	27 478	2 060	48 206	99 182	446 282
Activités de services II CTN I	242	415	1 326	3 639	6 659	24 871	2 124	43 305	83 838	331 996

(1) Les activités de gros œuvre mentionnées à l'article D. 242-6-6 susvisé sont identifiées sous les codes risque suivants : 29.5CD, 45.1AA, 45.1DB, 45.2BD, 45.2CB, 45.2CC, 45.2EC, 45.2FA, 45.2PB, 45.2UD.

(2) Les activités de second œuvre mentionnées à l'article D. 242-6-6 susvisé sont identifiées sous les codes risque suivants : 45.2JC, 45.2JD, 45.3AB, 45.3AD, 45.3AE, 45.3EA, 45.3FB, 45.4CE, 45.4DD, 45.4JB, 45.4LD, 45.5ZA, 74.2CD, 74.8KD.

(3) Les activités de bureau mentionnées à l'article D. 242-6-6 susvisé sont identifiées sous le code risque suivant : 00.00A.

Construction de l'indicateur : pour les entreprises assujetties à tarification individuelle, le taux brut de cotisation de l'année de référence (N-1) est calculé au regard du coût moyen par catégorie dans chaque CTN, multiplié par le nombre de sinistres de l'établissement par catégorie, sur 3 ans, le tout divisé par la masse salariale sur 3 ans.

Ce taux brut est ensuite converti en taux net *via* la prise en compte des majorations de mutualisation (coût des accidents de trajet, frais de fonctionnement et reversements 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'amianté), et du mécanisme d'écrêtement. Le taux net devrait alors être comparé à l'évolution de la sinistralité des entreprises, sur une période comparable.

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. Cependant, les entreprises relevant de la tarification mixte (20 à 149 salariés) sont partiellement concernées. Pour plus de précisions à ce sujet, se reporter aux précisions méthodologiques de l'indicateur n°9 de la partie données de cadrage.

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 suite aux avis donnés 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 indicative ou limitative 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 être saisi (au titre de l'alinéa 3 de l'article L 461-1 du code de la Sécurité sociale) pour donner un avis sur l'existence d'un lien direct entre la maladie telle qu'elle est désignée dans un tableau et l'activité professionnelle de l'assuré. En effet cet article prévoit que la maladie 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 avis rendus par les CRRMP relatifs 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	2014	2015	Objectif
Affections rhumatologiques	3 158	3 150	3 634	4 429	4 926	5 527	6 501	6 002	6 120	6 097	Repérage des maladies professionnelles non reconnues par la voie standard
Affections amiante	509	524	458	462	466	510	515	492	476	537	
Surdité	285	245	272	248	233	230	249	199	244	222	
Affections respiratoires	151	84	166	113	146	158	176	162	119	157	
Affections de la peau	28	16	26	79	29	37	38	30	25	25	
Autres pathologies	38	162	119	132	113	102	119	136	134	161	
Nombre de pathologies reconnues au titre de l'alinéa 3	4 169	4 181	4 675	5 463	5 913	6 564	7 598	7 021	7 118	7 199	

Source : Bilan des CRRMP CNAMTS, 2015.

Champ : tous régimes.

En 2015 les CRRMP ont donné 7 199 avis favorables, soit une augmentation de 1 % par rapport à 2014.

Le pourcentage d'avis favorables par rapport à l'ensemble des avis donnés est de 43 %, soit un point de moins que l'année précédente, ce qui traduit là-aussi une stabilité. La moyenne des cinq dernières années s'établit à 45 %.

Avec 15 072 avis donnés et 6 097 avis favorables, les affections rhumatologiques représentent toujours 90 % des demandes traitées par les CRRMP au titre de l'alinéa 3, et 84 % des avis favorables.

Le taux de reconnaissance des pathologies demandées en lien avec une exposition à l'amiante (tableaux 30 et 30 bis) est de 79 % pour l'ensemble des demandes et de 74 % pour les 446 affections 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 suite aux avis donnés par les CRRMP hors tableaux (alinéa 4)

Finalité : l'alinéa 4 de l'article L 461-1 prévoit que le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) peut également être saisi pour statuer sur le caractère professionnel d'une maladie caractérisée, non désignée dans un tableau de maladies professionnelles (MP), 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. L'évolution de ce type de reconnaissance vise à refléter de nouvelles catégories de pathologies liées à des agents causaux déjà identifiés, ou bien l'apparition de nouveaux agents causaux. Il s'agit donc de repérer les domaines dans lesquels la reconnaissance de maladies professionnelles pourrait être améliorée, éventuellement par la création de nouveaux tableaux.

Résultats : évolution des avis favorables rendus au titre de l'alinéa 4, tous régimes confondus, par les CRRMP.

	1995	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Objectif
Nombre de pathologies (alinéa 4)	17	150	176	186	227	235	258	299	491	612	738	Repérage des maladies non reconnues par la voie standard

Source: Bilan des CRRMP CNAMTS, 2015.

Champ : tous régimes.

Seul le bilan national 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.

Le nombre des reconnaissances de MP par cette voie avait doublé de 2006 à 2012 et à nouveau, sur la période 2012 - 2014. Ceci est la conséquence de la nouvelle interprétation de l'article L. 461-1, donnée par la lettre ministérielle de mars 2012, qui permet de soumettre un nombre plus important de dossiers aux CRRMP du fait de l'abandon de l'exigence de stabilisation à la date de la demande.

Cette tendance se poursuit en 2015 : avec 738 avis favorables sur les 2 224 avis donnés, soit un tiers des avis, le pourcentage d'avis favorables donnés au titre de l'alinéa 4 augmente légèrement.

Trois groupes de pathologies représentent près de 90 % des demandes soumises au titre de l'alinéa 4 :

- les affections psychiques continuent d'augmenter : 856 demandes, soit 38 % des dossiers soumis aux CRRMP, avec 51 % d'avis favorables.
- les affections malignes restent stables : 451 demandes, soit 20 % des demandes avec un taux d'avis favorable à 26 %.
- les 685 pathologies ostéo-articulaires qui représentent 31 % des demandes traitées par les CRRMP, et dont le pourcentage d'avis favorables reste stable à 20 %.

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 2015 :

	Moyenne (en %)	Écart-type	Moyenne pondérée 1er décile	Moyenne pondérée 9ème décile	Écart D1-D9	Objectif	
Accidents du travail							
2007	82,0	4,3	74,2	89,0	14,8	Réduction de la dispersion	
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		
2014	74,6	nd	nd	nd	nd		
2015(*)	73,1	nd	nd	nd	nd		
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		
2014	73,4	nd	nd	nd	nd		
2015(*)	72,2	nd	nd	nd	nd		

Source : CNAMTS - Datamart AT-MP interrogé en juin 2016, statistiques Orphée en date de dernière décision connue. (*) résultat provisoire ; nd : non disponible, seul le taux moyen est disponible pour les années 2014 et 2015.

En 2015, les caisses ont reconnu en moyenne 73,1 % des accidents de travail déclarés (contre 74,6 % en 2014), et 72,2 % des accidents de trajet déclarés (contre 73,4 % en 2014). Ce taux de reconnaissance s'inscrit dans la tendance de ces dernières années, orientée à la baisse. Il est construit en rapportant le nombre de décisions favorables à l'ensemble des décisions prises au cours de l'année, et ce quelles que soient les années de déclarations des dossiers. Lorsque ne sont considérés que les dossiers complets (déclaration et certificat médical initial reçu) pour les déclarations d'accidents de travail ou d'accidents de trajet, le taux de décisions favorables est proche de 100 % : il s'est établi à 94,1 % pour les accidents de travail et à 93,1 % des accidents de trajet, en 2015.

Selon les dernières données disponibles, l'écart-type, qui mesure la dispersion des taux de reconnaissances entre caisses primaires, avait légèrement augmenté (4,8 % en 2013 contre 4,5 % en 2012), traduisant la persistance d'une hétérogénéité des pratiques de reconnaissance. Pour les accidents de trajet, l'écart-type, qui avait baissé entre 2011 et 2012, était en hausse en 2013 où il s'élevait 5,9 %. 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.

Cependant, il n'existerait statistiquement pas d'effet de causalité sur le niveau du taux de reconnaissance des accidents du travail, en prenant comme variables explicatives la volumétrie de dossiers traitée par une CPAM, le taux d'affections de longue durée (ALD), ou encore le contexte démographique et socio-économique.¹

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 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.

¹ D'après une étude économétrique de la CNAMTS, recherchant les potentiels facteurs pouvant expliquer le niveau du taux de reconnaissance des accidents du travail des CPAM (et donc sa relative dispersion).

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 2015 :

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	
2014	60,9	nd	nd	nd	nd	
2015 (*)	59,6	nd	nd	nd	nd	

Source : CNAMTS - Datamart AT-MP interrogé en juin 2016, (statistiques Orphée en date de dernière décision connue). (*) résultat provisoire ; nd :non disponible, seul le taux moyen est disponible pour les années 2014 et 2015.

Le taux moyen de reconnaissance des maladies professionnelles est passé de 60,9 % en 2014 à 59,6 % en 2015, s'inscrivant dans la tendance générale à la baisse constatée depuis 2007.

Après plusieurs années de diminution, de 2007 à 2011, l'écart-type avait augmenté en 2012 et en 2013, passant de 6,8 % en 2011 à 7,9 % en 2013, traduisant un fléchissement des progrès accomplis pour atteindre l'objectif national, pour la branche AT-MP, de 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 :

	2012	2013	2014	2015	2016 (p)	2017 (p)	2018 (p)	2019 (p)	2020 (p)	Objectif
Recettes (Mds€)	11,5	12,0	12,3	12,6	12,7	12,8	13,8	14,1	14,0	Équilibre
Dépenses (Mds€)	11,7	11,3	11,7	11,9	12,0	12,1	12,2	12,3	12,5	
Solde (Mds€)	-0,2	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	1,6	1,8	1,6	
Recettes / dépenses	99 %	106 %	106 %	106 %	105 %	106 %	113 %	114 %	113 %	

Source : PLFSS pour 2016.

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, une nouvelle hausse des taux de cotisation, de 0,05 point, 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, malgré la hausse de la dotation au FIVA, le ratio recettes/dépenses à légèrement augmenté grâce à une progression des cotisations nettes alimentée, entre autres, par de moindres remboursements de cotisations et une forte diminution des charges liées au recouvrement. En 2015, la croissance des cotisations ralentirait et la hausse du reversement à la branche maladie au titre de la sous-déclaration pèserait sur les dépenses de la branche, mais sans que cela remette en cause la situation excédentaire à laquelle est revenue la branche en 2013.

En 2016, les cotisations nettes baisseraient suite à la baisse du taux de cotisations prévue par la LFSS 2016, la hausse des remboursements de cotisations suite à litiges et une hausse des charges liées au non recouvrement. Le taux de cotisation moyen de la branche baissera à nouveau de 0,05 point en 2017. Les baisses de taux de cotisation se justifient par le solde excédentaire de la branche AT-MP.

Fin 2016, les déficits cumulés par la branche seraient apurés, compte tenu de l'excédent prévu pour 2016 (0,7 Md€).

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 2015 et prévisionnels de 2016 à 2020. 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 2016. 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 :

- 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 FNAISS, du FNPEIS, du FNCFM et du FNAGA, la moitié du reversement à la branche maladie 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 maladie 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 %)	2000	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Objectif
M1 (accidents de trajet)	16,4	12,7	12,3	11,8	11,8	12,3	10,9	10,9	11,1	10,2	10,2	9,2	
M2* (charges diverses)	27,2	22,8	21,4	20,2	20,1	20,3	21,3	21,5	25,6	24,9	26,6	28,0	
M3 (compte spécial...)	16,0	22,8	25	26,7	27,2	27,6	29,0	27,7	24,3	26,2	25,0	23,9	
M4 (pénibilité)								0,8	0	0	0	0,4	
Part mutualisée totale (M1+M2+M3+M4)	60	58	59	59	59	60	61	61	61	61	62	62	Pas d'augmentation

Source : CNAMTS statistiques nationales technologiques AT-MP - 2016, valeurs arrondies.

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

L'ensemble des majorations d'équilibre représente une part du taux de cotisation AT-MP de l'ordre de 62 % en 2016. L'analyse en dynamique de la part mutualisée montre une augmentation lente mais régulière depuis 2006 où les majorations d'équilibre ne représentaient que 58 % du taux de cotisation AT-MP. De façon symétrique, la part des dépenses directement liée à la sinistralité des entreprises ou des branches (aussi appelée taux brut) est en constante diminution depuis 2006 (où elle s'élevait à 42 %), s'établissant à 38 % des charges totales de la branche en 2015 et 2016.

La part de la majoration M1, qui mutualise le coût des accidents de trajet, décroît de façon tendancielle depuis 2000 (16,4 %) pour atteindre 9,2 % en 2016.

La part de la majoration M2, qui couvre les charges de gestion de la branche, a suivi une évolution contrastée : après une tendance à la baisse sur la période 2000-2009 (-25 %), on observe une tendance à la hausse sur la récente période, atteignant 28 % en 2016, dépassant le niveau atteint quinze ans plus tôt (27,1 % en 2000). L'augmentation importante entre 2012 et 2013 a quant à elle résulté de la nécessité de relèvement du taux net de 0,05 point en application de la LFSS 2013.

La part de la majoration M3 a progressé entre 2000 et 2011 (+5,6 % en moyenne annuelle) avant de connaître des évolutions contrastées, portant en 2016 la part de la majoration M3 à 23,9 % du taux net moyen national. Ces variations

reflètent notamment 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.

Les majorations M2 et M3 couvrant respectivement la moitié du reversement au titre de sous-déclaration à la branche maladie, leurs évolutions sont donc soumises chaque année à la fixation de ce transfert par la loi de financement de la sécurité sociale. Si ce montant est stable sur la période 2012-2014 (790 M€, après 710 M€ sur la période 2009-2011), il a été réévalué à 1 Md€ à partir de 2015 (cf. rapport de la CCSS, septembre 2016, « *Les comptes de la branche AT-MP* »), suite à la réévaluation du coût de la sous déclaration¹ des accidents du travail. Cette augmentation du transfert de la branche AT-MP vers la branche maladie contribue donc à tirer à la hausse les majorations M2 et M3 à partir de 2015 : si on observe effectivement une hausse du taux de majoration M2 entre 2014 (51 %) et 2016 (59 %), le taux de la majoration M3 est revanche en baisse sur cette même période (0,64 % à 0,57 %), l'augmentation du transfert ayant du être compensée par une plus grande baisse des autres charges de cette majoration.

Enfin, la part de la nouvelle majoration M4 (dans le taux de cotisation net moyen), créée en 2011 pour financer les dépenses supplémentaires liées à la baisse de l'âge légal de départ à la retraite des personnes atteinte d'une d'incapacité permanente (sous certaines conditions, cf. *supra*), s'est élevée à 0,8 % en 2012 puis a été nulle les trois années suivantes avant d'atteindre 0,4 % en 2016. En effet, après ces trois années nulles le reversement à la CNAV est de 38 M€ en 2016.

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.

¹ cf. dernier rapport sur la sous-déclaration des AT-MP (juin 2014) de la commission présidée par M. Jean-Pierre Bonin.

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	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Part des régimes 2015	En % des dépenses des régimes 2015*	Objectif
CNAM	289	188	224	299	228	256	91,4 %	3,1 %	
MSA - salariés	9,3	10,2	11,1	11,3	12,0	10,6	4,8 %	2,3 %	
MSA - exploitants	2,8	2,0	2,6	4,9	2,0	2,5	0,8 %	1,5 %	
ATIACL	2,3	0,7	1,6	1,5	1,7	1,7	0,7 %	1,1 %	
CANSSM	1,2	1,8	1,3	1,7	2,8	2,5	1,1 %	0,8 %	
SNCF	-0,8	-0,4	1,9	3,1	1,2	0,2	0,5 %	0,2 %	
RATP	1,4	3,0	0,6	1,4	1,5	0,8	0,6 %	4,9 %	
ENIM	4,4	4,6	4,2	0,9	-	0,3	0,0 %	0,4 %	
Banque de France	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,1 %	9,4 %	
Tous régimes de base	310	210	247	324	249	275	100 %	2,8 %	Augmentation

Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale - septembre 2016.

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

En 2015, 275 M€ ont été récupérées au titre du recours contre tiers nets dans la branche « accidents du travail – maladies professionnelles », soit 2,8 % des prestations légales nettes des régimes. 91 % des sommes sont recouvrées par le régime général qui totalise 83 % de la dépense de prestations légales nettes d'AT-MP.

En 2015, les sommes recouvrées par la CNAMTS au titre des recours contre tiers nets ont représenté 3,1 % des prestations légales servies par la caisse, soit un pourcentage supérieur à celui constaté dans la plupart des autres régimes. Le taux moyen de recouvrement en 2015 est estimé à 2,8 %, tous régimes confondus. Pour le régime général, les recours contre tiers nets ont augmenté de 12,5 % en 2015, après une baisse de 23,8 % en 2014. La volatilité de ces produits nets tient à leur recouvrement. En effet, les produits bruts de recours contre tiers augmentent annuellement. Toutefois, une part importante de ces produits n'est pas recouvrée l'année où ils sont appelés. En effet, l'appel d'un produit de remboursement par un tiers peut dans certains cas faire l'objet de contestation par ce dernier. Il s'en suit l'enregistrement d'une créance qui fait l'objet d'écritures comptables visant à provisionner le risque de non recouvrement à terme. Ainsi d'une année sur l'autre le provisionnement des créances peut varier fortement induisant une forte volatilité des produits. En 2015, le niveau des provisions pour non recouvrement de créances s'est stabilisé par rapport à 2014, alors qu'en 2013 il avait fortement augmenté induisant une baisse des produits nets.

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 2010 - 2015.

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		DSS	Direction de la Sécurité sociale
ACAATA	Allocation de cessation anticipée de travailleurs de l'amiante	E	
AFS	Aide financière simplifiée	EGE	Eau, gaz et électricité
AT	Accident du travail	ENIM	Établissement national des invalides de la marine
ATIACL	Allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales	ETP	Équivalent temps plein
AT-MP	Accidents du travail et maladies professionnelles	F	
B		FCAATA	Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante
BTP	Bâtiment et travaux publics	FCAT	Fonds commun des accidents du travail
C		FCATA	Fonds commun des accidents du travail agricoles
CANSSM	Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	FIVA	Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
CAP SITERE	Logiciel "contrôle action pilotage-système d'information travail en réseau"	FNASS	Fonds national d'action sanitaire et sociale
CARSAT	Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail	FNCM	Fonds national du contrôle médical
CAT-MP	Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles	FNGA	Fonds national de la gestion administrative
CCSS	Commission des comptes de la Sécurité sociale	FNPAT	Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale	FNPEIS	Fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaire
CHSCT	Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail	I	
CIRC	Centre international de recherche sur le cancer	IEG	Industrie électrique et gazière
CISSCT	Collèges interentreprises de sécurité de santé et des conditions de travail	IJ	Indemnité journalière
CLP	Classification, Labelling, Packaging	INRS	Institut national de recherche et de sécurité
CMI	Certificat médical initial	IP	Incapacité permanente
CMR	Cancérogène mutagène et reprotoxique	IPP	Incapacité partielle permanente
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	IT	Incapacité temporaire
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse	L	
CNO	Convention nationale d'objectifs	LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
COG	Convention d'objectifs et de gestion	M	
CP	Contrats de prévention	MP	Maladie professionnelle
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie	MSA	Mutualité sociale agricole
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie	O	
CRRMP	Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles	OBPTP	Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics
CTN	Comités techniques nationaux	ORPHEE	Logiciel de gestion des AT-MP au niveau du service administratif des caisses primaires d'assurance maladie
CTR	Comité techniques régionaux	P	
D		PDIE	Plan de déplacement interentreprises
DAT	Déclaration d'accident du travail	PNAC	Plan national d'actions coordonnées
DGAFF	Direction générale de l'administration et de la fonction publique		
DGT	Direction générale du travail		
DRP	Direction des risques professionnels		

Liste des sigles utilisés

R

RATOCEM	Rente d'accidents du travail des ouvriers civils des établissements militaires
RATP	Régie autonome des transports parisiens
RCT	Recours contre tiers
RG	Régime général
RPS	Risques psycho-sociaux

S

SGE-TAPR	Système de Gestion des Employeurs-Tarifification prévention
SPS	sécurité et de protection de la santé

T

TMS	Troubles musculo-squelettiques
TPE	Très petite entreprise

V

VUL	Véhicule utilitaire léger
------------	---------------------------