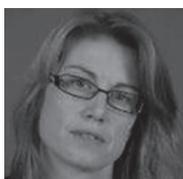


## Les missions de la branche AT/MP

**Par Marine Jeantet, Directrice des risques professionnels et Anne Thiebeauld, Adjointe de la Direction des Risques Professionnels – CNAMTS**



*Médecin spécialiste en santé publique, Marine Jeantet démarre sa carrière en 2002 à l'Agence française des produits de santé (Afssaps) avant de rejoindre la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) comme référente pour le médicament et les dispositifs médicaux. En 2007, elle rejoint la direction de la Sécurité sociale (DSS) en tant qu'adjointe au sous-directeur du financement du système de soins. En 2010, elle devient conseillère médicale du directeur de la Sécurité sociale puis intègre, en 2011, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas). Début 2015, Marine Jeantet rejoint la CNAMTS comme directrice des risques professionnels.*



*Anne Thiebeauld est Adjointe à la Direction des Risques Professionnels-Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) depuis septembre 2016. Elle exerçait depuis 2011 les fonctions de Directrice de cabinet auprès du Directeur Délégué des Systèmes d'Information (DDSI) à la CNAMTS.*

*Elle a également été Directrice adjointe de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) d'Eure-et-Loir entre 2006 et 2011.*

*De 1997 à 2011, elle a exercé les fonctions de Responsable de la gestion des données sociales puis de la division Gestion des Retraites, CARSAT Centre.*

## Introduction

Selon l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale, la branche AT/MP est une des quatre branches du régime général, gérée par la caisse nationale d'assurance maladie. Il s'agit du premier risque qui a été assuré historiquement et cela, dès 1898.

Grâce aux trois missions complémentaires qu'elle anime, elle porte un projet global de gestion des risques : prévenir et réduire les risques professionnels (prévention), reconnaître les sinistres et indemniser les victimes des conséquences des préjudices subis (réparation) et assurer l'équilibre financier de la branche (tarification).

La complémentarité de ses trois missions est la marque de l'identité de l'assurance maladie-risques professionnels sur le champ de la santé au travail. Cette interdépendance donne à la branche la capacité de concevoir et développer des actions globales visant tout à la fois à mieux prévenir les risques auxquels sont exposés les salariés, à garantir une réparation équitable aux victimes et en faire payer la juste contribution aux entreprises. À l'intersection des missions, la



gestion du risque permet de les réduire et d'en limiter les conséquences humaines, sociales et financières, et ce, au meilleur coût pour la collectivité.

2,2 millions d'entreprises, 18,9 millions de salariés sont aujourd'hui protégés par la branche risques professionnels. Le tissu économique est marqué par une très grande proportion de très petites entreprises mais l'emploi salarié lui est concentré dans les PME : 85 % des établissements comprennent moins de 10 salariés (TPE) mais 65 % des salariés travaillent au sein d'établissements de 20 à plus de 250 salariés.

La branche AT/MP est placée sous l'égide des ministères en charge de la santé et du travail. Si elle est singulière par cette double tutelle, elle n'a pas vocation à vivre à part. Partie intégrante de l'institution Assurance maladie, elle est pilotée par la CNAMTS. Cette articulation prend son sens à travers certaines actions spécifiques à la branche, dont la mise en œuvre dépend souvent de la bonne articulation entre trois réseaux (CPAM, service médical et CARSAT) qui ont vocation à travailler davantage ensemble. Ainsi, vouloir développer des actions efficaces de prévention en santé et réduire le coût des arrêts de travail (maladie et risques professionnels) au sein des entreprises nécessite la mobilisation de compétences en prévention des risques et médico-administratives. Les lombalgies feront également l'objet d'actions communes car elles représentent 30 % des arrêts de travail de plus de 6 mois pour l'Assurance maladie mais aussi 20 % des accidents de travail.

La branche AT/MP obéit à des règles de gouvernance spécifiques. Les compétences du conseil de la CNAMTS en matière d'AT/MP sont dévolues à la CAT/MP (art L. 221-4 du code de la Sécurité sociale). Ainsi la commission des accidents de travail et maladies professionnelles vote le budget de la branche (FNPAT), la COG AT/MP, l'ensemble des transferts et contributions de la branche et rend un avis sur les textes législatifs ou réglementaires relatifs aux AT/MP. La CAT/MP est strictement paritaire, composée de cinq représentants employeurs (MEDEF, CPME, U2P) et 5 représentants des salariés (CGT, CGT-FO, CFDT, CFC-CGC, CFTC).

Elle prend l'avis de neuf comités techniques nationaux (CTN) répartis selon un regroupement de secteurs d'activité qui travaillent sur leurs priorités de prévention et adoptent les recommandations techniques qui leurs sont applicables. Les comités techniques régionaux ont pour mission de relayer vers les entreprises, les textes élaborés par la branche AT/MP pour la connaissance et la prévention des risques professionnels.

La convention d'objectifs et de gestion (COG) 2014-2017 pour la branche AT/MP a été signée le 30 décembre 2013 par la ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, le ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances chargé du budget, le président de la commission des AT/MP et le directeur général de la CNAMTS. En signant cette nouvelle convention, l'État et la CNAMTS entendent poursuivre les efforts d'organisation de la branche dans

la continuité de ce qui a été fait dans la précédente COG, tout en mettant l'accent sur la priorisation des actions de prévention, la sécurisation des processus et le développement des partenariats avec les autres acteurs de la prévention.

Les quatre axes de la COG AT/MP sont déclinés en treize programmes d'actions assortis d'indicateurs et d'échéances :

- ▼ assurer une prévention des risques fondée sur le ciblage et l'évaluation,
- ▼ gagner en efficience par une meilleure harmonisation des pratiques et des moyens du réseau
- ▼ renforcer la cohérence de la branche en tant qu'assureur solidaire des risques professionnels, en développant les relations contractuelles,
- ▼ maîtriser les risques et poursuivre l'adaptation des règles de tarification.

Cette COG et surtout la suivante s'articulent avec le 3<sup>ème</sup> plan santé travail (PST 3) présenté par Madame Myriam El Khomri, ministre chargée du travail lors de la réunion du comité permanent du conseil d'orientation des conditions de travail le 8 décembre 2015. Couvrant la période 2016-2020, il porte un programme d'action national fédérant le consensus des partenaires sociaux et des acteurs de la prévention (départements ministériels, services déconcentrés, organismes de sécurité sociale, de veille et de prévention). Il est décliné en plans régionaux santé au travail qui relaient la politique nationale et les partenariats recherchés.

Les axes stratégiques du PST 3 sont d'une part d'affirmer la priorité de la prévention, en rupture avec une logique fondée sur la réparation (prévention primaire, prévention de l'usure professionnelle, risques prioritaires), et d'autre part de favoriser une approche positive du travail (qualité de vie au travail, maintien en emploi et performance, transversalité santé travail/santé publique). Enfin, un axe « support » a pour objet de renforcer les acteurs et les ressources, notamment l'inspection du travail et la médecine du travail. La production, la connaissance et la recherche sont également des ressources essentielles en soutien des actions.

## I- Les enjeux de la réparation des conséquences des AT/MP

### I.1/ Les principes de la reconnaissance

Deux conditions doivent être réunies pour permettre la reconnaissance d'un **accident de travail** : un fait accidentel daté et l'existence d'un lien de subordination au moment de l'accident. Si l'accident survient au temps et au lieu du travail, il est présumé d'origine professionnel.

L'accident de travail doit être déclaré par l'employeur dans les 48h de sa survenance (dimanches et jours fériés non compris).

Les accidents de trajet doivent survenir entre le lieu de travail et la résidence ou le lieu du repas. Mais il existe une jurisprudence abondante sur le sujet (interruptions, détours, horaires) qui permet de nombreuses dérogations. L'employeur déclare l'accident de trajet aux dires du salarié.

En 2015, 1 194 404 accidents de travail et 163 573 accidents de trajets ont été déclarés. Ce sont en moyenne 600 déclarations par heure de travail qui sont réceptionnées. 94,1 % des accidents de travail font l'objet d'une décision de prise en charge et 93 % des accidents de



trajet. Cela représente un enjeu social fort : en 2015, 57 millions de journées de travail ont été perdues, soit l'équivalent de 221 000 ETP.

**Une maladie est reconnue d'origine professionnelle** si elle est inscrite dans l'un des 114 tableaux de maladies professionnelles, ou si un comité d'experts médicaux a établi l'existence d'un lien direct entre le travail et la maladie (comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, CRRMP). Celui-ci intervient quand certaines conditions du tableau ne sont pas remplies, ou si la maladie n'est pas désignée dans un tableau de maladie professionnelle.

La demande de reconnaissance est à l'initiative de l'assuré, il n'y a pas d'obligation réglementaire de déclaration de la part de l'employeur. En 2015, 107 889 déclarations de maladies professionnelles ont été reçues en caisse primaire et reconnues d'origine professionnelle dans 61 % des cas.

**La procédure d'instruction** démarre à partir de la réception de la déclaration d'accident de travail (DAT), de trajet ou de maladie professionnelle et du certificat médical initial (CMI) réalisé par un professionnel de santé et décrivant les lésions.

Les délais de reconnaissance sont contraints pour la caisse primaire d'assurance maladie qui en est en charge : elle dispose d'un délai initial d'un mois pour statuer sur le caractère professionnel de l'accident (depuis le décret du 29 juillet 2009), de trois mois pour les maladies professionnelles. À l'issue de ce délai, une notification de refus ou de prise en charge peut être notifiée.

Cependant, si la caisse primaire estime qu'elle ne peut prendre sa décision dans ce délai car des investigations sont nécessaires, elle ouvre des délais complémentaires à l'issue desquels la décision sera notifiée à l'assuré et à l'employeur. Ce délai complémentaire est systématique en cas maladie professionnelle inscrite sur tableau ou quand il n'existe pas de tableau et que le taux d'incapacité permanente est supérieur à 25 %.

Durant ce délai, les organismes mènent des investigations complémentaires, principalement sous la forme d'envois de questionnaires aux deux parties. À titre d'illustration, en matière d'accidents de travail/trajet, les recours à l'investigation sont nécessaires lorsqu'il y a discordance entre le CMI et la DAT, ou encore lorsque l'employeur exprime des réserves « motivées » sur le caractère professionnel de l'accident. En matière de maladies professionnelles, toutes celles correspondant à une inscription à un tableau font l'objet d'une investigation par envoi de questionnaire. L'investigation a alors pour but de vérifier le respect des conditions administratives des tableaux ou de fournir, le cas échéant, tous les éléments nécessaires pour éclairer le CRRMP.

Lors de cette investigation, l'agent gestionnaire en caisse primaire peut se rapprocher de l'ingénieur conseil référent en matière de maladie professionnelle de la CARSAT afin de bénéficier de son expertise quant aux facteurs d'exposition aux risques au sein des entreprises concernées, particulièrement en matière de composants chimiques ou bactériens ainsi que pour le cas des entreprises ayant cessé leurs activités.

Ce temps d'investigation peut inclure le déclenchement d'une enquête. Les caisses primaires disposent de 296 agents agréés et assermentés qui réalisent les investigations contradictoires dans les locaux de l'organisme (recueil de témoignages, sollicitations téléphoniques...) ou sur les lieux de survenance de l'accident ou de la maladie (observations de postes de travail). Il existe trois situations pour lesquelles l'enquête est diligentée directement : les suicides, les actes suicidaires non mortels s'ils font l'objet de réserves ou doutes de la part de l'employeur, et les maladies professionnelles instruites hors tableau dès lors que le médecin conseil conclut à une incapacité permanente supérieure à 25 %.

À l'issue de cette phase d'investigation, une phase contradictoire permet de recueillir les contestations éventuelles de l'employeur et/ou de la victime. La décision de reconnaissance intervient ensuite et est notifiée aux parties ainsi que le taux d'incapacité permanente le cas échéant.

La reconnaissance en AT ou MP a une conséquence importante en matière d'amélioration de l'indemnisation de l'assuré, comparativement à celle du risque maladie. Ainsi, les prestations en nature sont prises en charge à 100 % (contre 80 % en maladie) sans que l'assuré n'ait à faire l'avance de frais. Concernant les prestations en espèces, le régime est également plus favorable puisque les indemnités journalières correspondent à 60 % du salaire sur le 1<sup>er</sup> mois, 80 % au-delà (au lieu d'une indemnisation à hauteur de 50 % du salaire en maladie). Elles sont fiscalisées à hauteur de 50 % depuis 2010 et soumises à l'impôt sur le revenu pour la maladie, sauf si elles sont en lien avec une affection de longue durée.

Enfin, si une incapacité permanente est reconnue suite à un accident de travail, de trajet ou une maladie professionnelle, elle fait l'objet d'une indemnisation versée sous la forme d'un capital si le taux d'incapacité est inférieur ou égal à 9 %, ou d'une rente viagère pour un taux d'incapacité de 10 % à 100 %, exonérée des contributions sociales et de l'impôt sur le revenu, versée jusqu'au décès de la victime ou à l'intention des ayants-droits.

Au-delà de 66 % d'incapacité permanente, une exonération du ticket modérateur pour la victime et ses ayants-droit ainsi qu'une validation des trimestres de versement de la rente comme période comptant pour la retraite, complètent le dispositif. Au-delà de 80% d'incapacité permanente, l'assuré peut, dans certains cas, bénéficier d'une prestation complémentaire pour recours à tierce personne.

Près d'1,4 millions de rentes ont été versées en 2015, ce qui représente le premier poste de dépenses de la branche. Les incapacités les plus graves (au-delà de 80 % de taux d'incapacité permanente) ne représentent qu'1 % des rentes (mais 12 % des montants). 54 % des rentes sont servies pour des incapacités permanentes évaluées entre 10 % et 19 %.



**Focus :** Réduire l'hétérogénéité des taux de reconnaissance des AT-MP sur le territoire

Le constat à fin 2015 est celui d'une hétérogénéité des résultats en matière de reconnaissance de la matérialité des accidents de travail et maladies professionnelles. Ainsi, le taux de reconnaissance (en moyenne à 94 %) varie selon les régions de 78 % à 98 %. Le recours à l'investigation varie de 8 % à 40 %.

Les facteurs d'hétérogénéité sont d'abord des facteurs socio-économiques, tenant aux bassins d'emploi influant sur le type d'emploi exercé dans le département ou la région et donc sur l'exposition à certains risques. Par exemple, des syndromes du canal carpien seront nettement plus souvent reconnus en Bretagne où l'industrie est notamment présente sur des usines de découpe de volaille, mise en boîte de sardines etc. qu'en région PACA où les activités tertiaires sont plus développées. Cela influe nécessairement sur les taux de reconnaissance.

Mais il existe aussi des facteurs internes qui ne doivent pas être négligés : le processus de reconnaissance est complexe, contraint dans le temps et implique de nombreux intervenants (caisse primaire, service médical, CARSAT et CRRMP...). Ceci favorise des divergences de pratiques ou de décisions sur des cas proches.

À titre d'illustration, concernant les maladies professionnelles, selon les départements, le taux de recours au comité d'experts médicaux permettant la reconnaissance (CRRMP) varie de moins de 1 % à plus de 25 %.

Des directeurs d'organismes ont été nommés « référents réparation » en 2016 dans chaque région, sous l'égide des directeurs coordonnateurs de la gestion du risque. Leur objectif est de faire converger les pratiques des caisses de leurs régions afin d'améliorer l'équité de traitement sur le territoire. À fin 2016, cette organisation régionale reste en cours de montée en charge mais on observe positivement que les écarts se resserrent autour de la moyenne de reconnaissance, avec des taux minimum et maximum respectivement de 83 % à 97 %.

## **I.2/ Lutter contre la sous déclaration pour améliorer le droit à réparation des victimes de risques professionnels et garantir l'imputation des dépenses sur le bon risque**

Bien que le nombre d'accidents de travail et de maladies professionnelles déclarés et reconnus ces dix dernières années soit en constante augmentation, il existe une « sous déclaration » des risques professionnels, c'est-à-dire une prise en charge à tort des dépenses de santé par la branche maladie en lieu et place de la branche AT/MP. Chaque année, ce phénomène fait l'objet d'une compensation financière sous la forme d'un transfert d'un milliard d'euros au profit de la branche maladie. Ce montant est arrêté par le gouvernement suite aux travaux d'une commission

*ad hoc*<sup>1</sup> composée de onze membres et présidée par un magistrat de la Cour des comptes, qui se réunit tous les trois ans. Réunie à sept reprises depuis 1997, elle rendra de nouveau son rapport en 2017 sous la présidence de Monsieur Bonin.

Les situations identifiées à l'origine de la sous déclaration varient. La déclaration d'accident de travail ou de trajet étant à l'initiative des employeurs avec une obligation légale, on estime qu'il y a peu de sous-déclaration sur ce sujet. En revanche, elle est plus importante concernant les maladies professionnelles, notamment celles apparaissant de nombreuses années après la cessation de l'exposition à un risque professionnel. La méconnaissance des conditions de prise en charge des maladies professionnelles par les assurés, mais aussi par les médecins, la crainte de la perte de leur emploi par les victimes salariées, mais aussi le refus d'engager des procédures longues et fastidieuses pour les assurés malades, sont autant de raisons expliquant la faible déclaration des maladies professionnelles.

Lutter contre la sous-déclaration nécessite donc, pour l'ensemble des publics concernés, assurés, professionnels de santé et employeurs, de renforcer l'information et la sensibilisation mais également de simplifier l'accessibilité à l'information et aux démarches.

La branche AT/MP a ainsi engagé des actions d'information : refonte des sites d'information (Ameli), recours aux médias grands publics (conférences de presse annuelles) et aux médias spécialisés, insertion de modules au sein de la formation médicale continue, information lors des matinées employeurs... De plus, afin d'inciter les assurés à engager une démarche de reconnaissance sur des affections identifiées comme pouvant être d'origine professionnelle, une expérimentation a été lancée entre 2008 et 2010 sur les tumeurs de la vessie prises en charge en ALD. En 2013, le nombre de demandes de maladie professionnelle pour une tumeur de vessie a été multiplié en moyenne par 4,6 dans les 18 mois à 2 ans après le début de cette expérimentation. Ces demandes ont bénéficié d'un avis favorable dans 60 % des cas, ce qui traduit une pertinence du repérage initial.

Parallèlement, des propositions de simplification des procédures médico-administratives sont à l'étude, visant à offrir une meilleure compréhension et une plus grande lisibilité des délais et étapes de la procédure d'instruction. Une première simplification a eu lieu grâce au décret du 07 juin 2016 qui prévoit l'unicité du formulaire portant à la fois la déclaration de la maladie professionnelle et le certificat médical initial, deux documents strictement nécessaires à l'instruction. D'autres actions vont être étudiées, notamment en termes d'offres de service (accompagnement des assurés souhaitant déclarer une maladie professionnelle).

### **I.3/ Limiter les conséquences des sinistres graves et lutter contre la désinsertion professionnelle**

Favoriser le retour de personnes victimes d'un accident grave représente un enjeu socioéconomique majeur. En s'inspirant de politiques mises en œuvre par d'autres pays européens, l'assurance maladie - risques professionnels a lancé en décembre 2014 l'expérimentation d'un service d'accompagnement des victimes d'accidents du travail graves dans une logique de « *case management* ».

<sup>1</sup> Commission « L. 176-1 » du nom de l'article du code de la sécurité sociale prévoyant à la charge de la branche AT/MP un versement annuel visant à compenser la prise en charge par l'assurance maladie des AT/MP sous-déclarés.



Le repérage des assurés en risque de désinsertion professionnelle s'est basé sur des lésions générant un taux incapacité permanente supérieur à 10 % et des indemnités journalières de plus de 45 jours. Avec l'accord de la victime, le conseiller risques professionnels lui propose un accompagnement à la fois administratif, médical, social et professionnel adapté à sa situation en coordonnant les différents intervenants : le médecin conseil, lui-même en contact avec le médecin traitant et le médecin du travail, le service social et les partenaires (MDPH, SAMETH...).

L'objectif est de limiter les séquelles et favoriser le maintien dans l'emploi. Si seulement 5 % des sinistres imputés sont des accidents du travail graves, ils représentent à eux seuls 55 % des dépenses de la branche AT/MP. C'est donc un axe stratégique de gestion du risque tant du point de vue de la santé des victimes que du maintien de leurs capacités sociales et professionnelles.

Du 1<sup>er</sup> décembre 2014 à février 2016, un peu plus d'un millier d'assurés ont été éligibles selon les critères de l'expérimentation. 790 assurés bénéficient à ce jour de cette offre d'accompagnement, ciblée sur trois pathologies (traumatologie, stress post-traumatique, lombalgie).

Un premier bilan montre plusieurs axes d'amélioration, notamment en matière de ciblage et de pathologies concernées. En effet, 85 % des assurés ont repris le travail sans action particulière en entreprise. Le volet professionnel reste donc à ce jour très limité. Parallèlement, une étude publiée par la SUVA en décembre 2015 montre une efficacité comparable sinon meilleure dans la plupart des cas, de l'accompagnement distant, en lieu et place de l'accompagnement en face à face tel que mis en place dans le cadre de l'expérimentation. Cela milite pour une offre de service graduée en fonction des cas rencontrés. Les agents du service médical dits « facilitateurs » qui montent en compétence depuis 2015, pourraient ainsi accompagner par téléphone les assurés en arrêt de travail. Pour les cas le nécessitant, cette action serait complétée par une mission de médiation en entreprise pour favoriser le maintien/le retour à l'emploi.

## II- La prévention, levier majeur de la politique de gestion du risque

L'article L. 4121-2 du code du travail impose que l'employeur mette en œuvre les mesures prévues à l'article L. 4121-1, fondements des principes généraux de prévention suivants :

- éviter les risques ;
- évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;
- combattre les risques à la source ;
- adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;

- ▼ tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;
- ▼ remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;
- ▼ planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral et au harcèlement sexuel, tels qu'ils sont définis aux articles L. 1152-1 et L. 1153-1 ;
- ▼ prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
- ▼ donner les instructions appropriées aux travailleurs.

Cependant, consciente que les risques liés au travail peuvent être évités ou au moins maîtrisés, la branche AT/MP a développé des actions de prévention dès 1946 afin de préserver la santé et assurer la sécurité des salariés dans l'entreprise.

## II.1/ La branche dispose de moyens d'actions en prévention tant humains que financiers

Au sein de la branche AT/MP, environ 2 000 personnes concourent à cette mission de prévention. Ils se répartissent dans plusieurs organismes :

- ▼ **La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)** élabore et met en œuvre la politique de prévention des risques professionnels de la branche. Elle anime le réseau prévention qui regroupe les CARSAT, CRAM et CGSS, l'INRS et Eurogip, en vue de créer une véritable dynamique et coordonne les initiatives ;
- ▼ **Les 16 caisses régionales** – les 15 caisses d'assurance retraite et de santé au travail –CARSAT – et la caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France –, **les 4 caisses générales de Sécurité sociale dans les DOM et la caisse de Sécurité sociale de Mayotte** développent et coordonnent la prévention des risques professionnels dans leur circonscription. Dans le cadre des orientations définies par les instances paritaires nationales et régionales de la branche AT/MP, elles élaborent et mettent en œuvre des programmes de prévention en direction des entreprises et des branches professionnelles. Au total, 268 ingénieurs conseils, 538 contrôleurs de sécurité et les 560 autres personnels travaillent au sein des services prévention des caisses.

Pour accomplir leur mission, les caisses disposent de moyens spécifiques tels que le droit d'entrer dans les entreprises<sup>2</sup>, de demander toute mesure justifiée de prévention<sup>3</sup>, de participer aux CHSCT, le pouvoir d'accorder des minorations ou majorations de cotisation AT/MP ou d'accompagner financièrement des investissements en matière de santé et de sécurité au travail. Elles peuvent également faire appel à des unités techniques, laboratoires de chimie et centres de mesures physiques, qui les assistent dans le repérage et l'évaluation des nuisances chimique ou physiques.

2 Code de la sécurité sociale, article L. 243-11 : Les employeurs, sont tenus de recevoir [...] les ingénieurs conseils et contrôleurs de sécurité régulièrement accrédités par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail.

3 Code de la sécurité sociale, article L. 422-4 : La caisse régionale peut : 1°) inviter tout employeur à prendre toutes mesures justifiées de prévention [...]



- ▼ **L'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS)** a pour mission d'identifier les risques professionnels et mettre en évidence les dangers, d'analyser les conséquences de ces risques pour la santé et la sécurité de l'homme au travail, de développer et promouvoir les moyens et outils à mettre en œuvre pour maîtriser ces risques. Ses activités sont donc diversifiées mais complémentaires: études et recherches, formation, assistance, information et communication. L'INRS est l'expert scientifique et technique de la branche AT/MP qui le finance. Il exerce aussi, dans le cadre d'une convention signée avec la direction générale du travail (DGT), certaines actions pour le compte des pouvoirs publics : assistance, participation à des campagnes de contrôles.... Il compte 584 agents, 210 à Paris et 374 en Lorraine.
- ▼ **Eurogip** analyse les évolutions réglementaires au niveau européen en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles (prévention, tarification, réparation). Il effectue une veille sur ces sujets, réalise des études comparatives et diffuse ses connaissances (publications, conférence, ...). Il participe à des projets d'intérêt communautaire. Par ailleurs, il coordonne les travaux des experts de la branche qui participent à l'élaboration de normes européennes ou internationales relatives à la sécurité-santé au travail. Par délégation des ministères chargés du travail et de l'agriculture, il assure le secrétariat de la coordination française des organismes notifiés pour la certification des machines et des équipements de protection individuelle.

Les actions de prévention de la branche AT/MP sont financées par le fonds national de prévention des accidents du travail, qui s'élève à 3 397 millions d'euros en 2016 (hors reports de crédits). Les dotations/subventions ont été de 158 millions pour les CARSAT, CRAM et CGSS ; 80 millions pour l'INRS (soit 98 % du budget total de l'organisme) ; 1,3 million pour EUROGIP (soit environ de 85 % du budget de l'organisme).

Malgré ces moyens, la conduite des actions de prévention nécessite de s'appuyer sur de solides partenariats pour arriver à toucher les 2,2 millions d'entreprises. Le relais des partenaires a été un recours particulièrement important pour la mise en œuvre du programme national « TPE/PME » fondé sur une approche métiers pour 4 des 160 métiers existants sur cette catégorie d'entreprises (restauration, maçons, garages, transports routiers). 5 régions volontaires ont relayé la promotion d'une offre de service (actions de prévention), élaborée à partir d'une approche statistique poussée, relayée par des outils d'information et d'interpellation de masse : dépliants, fiches solution, site Web INRS, outil spécifique (OIRA) et une aide financière nationale. Les organisations professionnelles, les services de santé au travail, fournisseurs, distributeurs, concessionnaires, OPCA, CCI, experts comptables ont été des leviers majeurs du déploiement de programme.

Depuis quelques années également, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) sont signés entre les trois principaux acteurs de la santé

au travail en région : la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), la caisse régionale et les services inter-entreprises de santé au travail. Ils marquent ainsi leur volonté de travailler ensemble sur des priorités partagées. 167 contrats sont signés à fin 2016 portant des thèmes de travaux communs clairement identifiés (prévention de la désinsertion professionnelle, troubles musculo-squelettiques, risques psycho-sociaux, agents cancérigènes, intérim). L'enjeu stratégique de cette contractualisation est de toucher un plus grand nombre d'établissements, notamment des TPE/PME, de façon cohérente et coordonnée sur ces cibles prioritaires de prévention (diagnostic territorial partagé). De manière plus opérationnelle, la formalisation de ce partenariat portant des engagements structurants pour l'action des intervenants, améliore la lisibilité des missions et les offres de chacun d'entre eux. Les moyens sont mis en commun et les bonnes pratiques, capitalisées autour du déploiement des standards de prévention.

## **II.2/ Les priorités d'action en matière de prévention ont été choisies en fonction de la sinistralité**

Dans la COG actuelle, les priorités se centrent sur trois risques majeurs : les troubles musculo-squelettiques (TMS), les agents cancérigènes (CMR) et les chutes dans le BTP.

**Le programme TMS Pros**, lancé en 2014, vise à accompagner 8 000 entreprises appartenant à des secteurs très divers comme l'automobile, le textile, les soins à la personne ou le BTP. Ces sociétés ne représentent que 0,4 % de l'ensemble des établissements mais regroupent plus d'un tiers des TMS indemnisés et un tiers des indemnités journalières versées au titre de cette pathologie.

Le programme d'accompagnement multisectoriel est accessible sur le site [tmspros.fr](http://tmspros.fr). Il se déroule en quatre étapes allant de l'identification du risque au plan d'action à réaliser et à évaluer. Sur les 6 859 inscrits enregistrés, 90 % des établissements sont inscrits au sein du parcours 82 % ont identifié leur risque, 59 % défini des priorités d'actions avec cependant des difficultés pour les entreprises de passer à l'étape 3 correspondant à la mise en place d'un plan d'actions (29 % des entreprises ont engagé des actions). TMS Pros a permis de sensibiliser des entreprises qui n'étaient pas préalablement engagées dans une démarche de prévention (41 % des entreprises déclarent avoir engagé une démarche de prévention du fait du programme TMS pros et 10 % des entreprises n'avaient jamais engagé d'action jusqu'à présent). L'évaluation en cours du programme permet de préciser que les entreprises apparaissent satisfaites de l'offre de service, du volet programme, de l'accompagnement.

**Le programme de prévention des chutes dans le BTP** cible 5 000 entreprises (effectif de 20 à 49 salariés, dans 4 codes-risque) pour les accompagner sur un meilleur niveau de prévention des chutes, en partenariat avec l'OPPBT. L'enjeu du programme est de faire intégrer par les maîtrises d'ouvrage du BTP les prescriptions de prévention des chutes dans les pièces du marché de leurs projets. Pour ce faire, les critères de sécurité et santé au travail sont préconisés dans les appels d'offres (CCTP), des mutualisations de moyens de prévention sur les chantiers sont incitées, des formations à destination des chargés d'affaires des maîtrises d'ouvrage sont mises en œuvre. Une aide financière nationale est également disponible (Echafaudage +). Un



premier bilan du programme montre que 2 000 collaborateurs au sein des MOA ont été formés depuis 2014 et 1 520 entreprises visitées et accompagnées par les caisses régionales et l'OPPBTB.

Enfin, **le programme de prévention des cancers professionnels** vise à supprimer ou réduire les expositions sur des agents cancérogènes identifiés dans certains secteurs : les fumées de soudage dans la chaudronnerie, le perchloroéthylène dans les pressings, les émissions de moteur diesel (EMD) dans les centres de contrôle technique et le styrène dans la plasturgie et le nautisme. Les actions menées ont porté des propositions de solutions techniques et de formations adaptées aux différents secteurs, des travaux à destination des fournisseurs pour qu'ils adaptent leurs offres de matériels et le déploiement de plusieurs aides financières dédiées à ce programme (Aquabonus, Airbonus). L'évaluation reste en cours mais à ce stade :

- ▾ 30 % des chaudronneries ciblées ont mis en œuvre une démarche de prévention ;
- ▾ 40 % des pressings ont substitué l'aquanettoyage au perchloroéthylène ;
- ▾ 35 % des centres de contrôle technique ont mis en place un système de captage ;
- ▾ 83 % des établissements ciblés par notre action styrène ont rédigé une note technique sur le choix de résines moins émissives.

**Le programme spécifique « TPE/PME »** précédemment évoqué a été élaboré en direction de 200 000 entreprises concernées sur quatre secteurs d'activité, déployé avec une évaluation positive. La motivation du programme se lit dans l'indice de fréquence des accidents de travail, le plus important pour cette catégorie d'entreprises de 10 à 249 salariés. Le programme a mobilisé fortement les ressources du réseau et les partenaires au bénéfice des 200 000 TPE ciblées. L'offre métier est adaptée : l'outil d'aide à l'évaluation des risques (OIRA) a connu 15 500 sessions fin 2016 et 95 % des utilisateurs recommanderaient l'outil. L'importance et la fiabilité des actions des partenaires évoquée précédemment a été un point fort du programme, même si l'impact sur la sinistralité reste encore difficilement mesurable à ce stade.

Les caisses régionales définissent également des **priorités régionales** en s'appuyant sur le profil de leur sinistralité fourni par la CNAMTS et sur les orientations fixées par les CRAT/MP et les CTR. Par exemple, la CARSAT Languedoc-Roussillon a mené une étude qualitative dans le cadre du plan d'action régional du secteur sanitaire et médico-social avec un objectif ciblé sur 38 EHPAD en matière de prévention des établissements et le recours à des outils diversifiés pour en porter l'enjeu de diminution de la sinistralité (témoignages, *newsletters*, mise en place d'un extranet...).

Pour soutenir ces programmes, des **aides financières simplifiées** ont été mises en place en direction des TPE et PME de moins de 50 salariés. Ces aides visent à prévenir le risque lié aux activités ou risques définis par les programmes en cofinançant l'achat d'équipements adaptés ou des formations dédiées. Le budget

annuel de 25 millions d'euros sur le FNPAT permet de couvrir les demandes enregistrées. En 2016, 4 058 aides financières ont été payées. En fin d'année 2016, un plan de promotion a été déployé (relations presse, achat d'espaces publicitaires, actions de marketing direct...) qui a permis de dynamiser le recours aux aides financières, levier important de l'incitation à la prévention. En avril 2017, 15 millions d'euros sont d'ores et déjà engagés en CARSAT, répartis sur les 12 aides financières disponibles.

Par ailleurs, la branche a engagé une réflexion sur les moyens de mesurer **l'impact économique de la prévention** à l'échelle d'une entreprise afin de démontrer aux employeurs qu'il s'agit d'un investissement rentable et que les actions de prévention (amélioration des postes de travail, formation des salariés...) contribuent à garantir sa performance (moindre absentéisme, meilleure productivité, etc.).

### III- La branche AT/MP repose sur un système assurantiel garant de son équilibre financier

La branche AT/MP obéit à une logique assurantielle qui se traduit par des règles de tarification conciliant une double logique de responsabilisation et de prévention. Les cotisations sont uniquement à la charge des employeurs. Cependant, elle porte également la valeur de solidarité car elle assure l'ensemble des entreprises du régime général quel que soit leur niveau de risque, tout comme elle indemnise l'ensemble des victimes même si l'employeur est défaillant.

Outre le fait d'assurer annuellement l'équilibre financier de la branche, le système a pour but :

- de mutualiser les risques du travail selon des règles équitables, afin que la survenance d'accidents graves ne mette pas en péril la viabilité d'une entreprise ;
- d'inciter les entreprises à se préoccuper de l'impact économique interne de la santé et de la sécurité au travail.

#### III.1/ La tarification permet de maintenir l'équilibre financier de la branche

Le taux moyen de cotisation annuelle AT/MP sur la masse salariale est de 2,32 % en 2017.

La première étape permettant de calculer le taux de cotisation AT/MP d'une entreprise est **l'identification de son activité** (ou activité « principale » selon le nombre de salariés ou le risque généré si l'entreprise en exerce plusieurs), permettant ainsi de procéder à son classement. Si l'entreprise porte plusieurs établissements, chacun est identifié par le SIRET comme lieu où est effectivement exercée l'activité. Il est ensuite classé dans un code risque correspondant à son activité principale. La branche AT/MP gère une notion de « section d'établissement » qui complète le SIRET et qui correspond à une activité ou à un numéro de risque. Dans la majorité des cas, les notions de section d'établissement et d'établissement se confondent.

**Le taux AT/MP dépend de la sinistralité imputable à l'entreprise.** Il repose sur deux données principales, la masse salariale de l'établissement et la « valeur du risque », c'est-à-dire les dépenses générées par les accidents de travail et les maladies professionnelles, l'ensemble étant en référence des trois années précédentes.



La valeur du risque est issue de « coûts moyens », par grands secteurs d'activité, calculés sous le contrôle des partenaires sociaux de la commission des AT/MP. Ces coûts moyens varient selon la durée des arrêts de travail et le degré d'incapacité généré par les accidents de travail et maladies professionnelles. À titre d'illustration, les catégories de coûts moyens des sinistres avec incapacité temporaire sont exprimés en nombre de jours d'arrêts de travail prescrits (catégorie 1 = 0 à 3 jours, catégorie 2 = 4 à 15 jours etc..). Les catégories de coûts moyens des sinistres avec incapacité permanente s'expriment par taux d'incapacité.

**La détermination des taux de cotisation varie selon la taille de l'entreprise et son secteur d'activité :**

Hors Alsace Moselle<sup>4</sup>, celles de 1 à 19 salariés bénéficient de taux collectifs : la dépense liée aux sinistres est mutualisée sur l'ensemble du secteur d'activité ; dans ce système d'assurance, il n'existe pas de lien entre le taux notifié et les accidents survenus au sein de l'établissement. Il s'agit d'une mesure de sécurisation envers de petites entreprises dont l'équilibre financier ne résisterait pas à l'imputation réelle du coût d'un accident grave. Cette mutualisation permet également de maintenir un lien d'incitation à l'engagement de mesures de prévention, même en l'absence de survenue d'accidents de travail ou de maladie professionnelle.

Celles de plus de 150 salariés se voient appliquer un taux individuel, rapportant strictement la somme des coûts liés aux sinistres à la masse salariale de l'entreprise ; il existe alors un lien très étroit entre le taux notifié et les conséquences d'un accident survenu au sein de l'établissement.

Enfin, un taux mixte existe, par progression du collectif vers l'individuel pour les entreprises de 20 à 149 salariés. Il se décompose en deux éléments : une fraction du taux collectif de l'activité professionnelle dans laquelle est classé l'établissement (système d'assurance), et une fraction du taux réel qui serait attribué à l'établissement si celui-ci relevait de ce mode de calcul (individualisation du coût). Le poids de chacun des deux éléments est proportionnel à l'effectif de l'entreprise : plus l'effectif est important, plus la fraction de taux propre (taux individuel) est élevée.

À ce calcul de taux « bruts », s'ajoutent des majorations qui correspondent à des charges pesant sur l'ensemble des entreprises, dans une dynamique de mutualisation la plus large possible : frais de gestion de la branche, coût des maladies professionnelles imputées au compte spécial, contributions aux fonds amiante, alimentation du reversement à la branche maladie au titre de la sous-déclaration, à l'assurance retraite au titre de la pénibilité, financement des fonds amiante...

En conclusion, les modalités de calcul du taux AT/MP permettent à la fois d'inciter les entreprises, relativement à leur taille, à se préoccuper de l'impact économique de la santé et de la sécurité au travail mais aussi de mutualiser les risques du travail selon des règles équitables.

<sup>4</sup> Les catégories de taux en Alsace Moselle diffèrent : de 1 à 49 salariés (taux collectifs), de 50 à 149 (taux mixte), le taux individuel étant identique à partir de 150 salariés.

Le système de tarification, fondamentalement assurantiel, aboutit à l'équilibre financier de la branche qui, à fin 2016, présente un compte de résultat à 13 milliards d'euros et un excédent de 517 millions d'euros, ayant de surcroît résorbé toute sa dette sans versement à la CADES.

### **III.2/ Des évolutions sont cependant nécessaires à la fois pour simplifier les règles et renforcer l'incitation à la prévention**

La complexité du dispositif de tarification, liée à l'histoire, nécessite d'engager une dynamique de simplification. Ainsi, une refonte importante du dispositif a été initiée en 2012. Elle s'implémente désormais à plein, complétée d'une réduction aujourd'hui achevée du nombre des codes risques qui sont passés de 616 à 208 en 2017. Cette rationalisation contribue non seulement à simplifier mais également à sécuriser le dispositif de tarification.

Inscrite dans la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017, la réforme de la tarification engagée en 2015 a abouti en 2016. Elle consiste à encourager les efforts de prévention des entreprises en faisant de la tarification un levier de motivation.

Elle vise notamment à diminuer la partie mutualisée du taux AT/MP au profit d'une plus grande individualisation, et également à envoyer des signaux, positifs ou négatifs, aux TPE/PME selon leur implication en matière de prévention. Ces évolutions se font à budget constant, sans augmentation des cotisations versées par les entreprises. Suite à l'avis favorable de la commission des AT/MP rendu en fin d'année 2016, les textes ont été publiés au 1<sup>er</sup> trimestre 2017. Cette réforme entrera progressivement en vigueur jusqu'à 2021.

Ainsi, un système de « primes » et de « signaux » sera progressivement introduit pour les entreprises de 10 à 20 salariés. Actuellement, si une entreprise relevant du taux collectif est particulièrement vertueuse en matière de prévention ou de réduction des accidents de travail, cela n'a aucun impact sur son taux AT puisque celui-ci est calculé pour l'ensemble des entreprises de sa branche d'activité. Une fois la réforme en place, elle pourra bénéficier d'une prime liée à la diminution de son risque, sous la forme d'une diminution forfaitaire de son taux de cotisation. À l'inverse, une entreprise de même taille qui présente une récurrence élevée d'accidents de travail pourra voir son taux augmenter dans une limite de 10 %. Il ne s'agit pas uniquement de sanctionner les entreprises mais les sensibiliser à une situation atypique et les accompagner à la recherche de solutions et la mise en place d'une politique efficace de prévention.

Enfin, le dernier objectif est de contribuer au développement d'une offre de service vers les entreprises, en renforçant les télé-services proposés : mise à disposition des données de sinistralité sur le compte AT/MP, envoi dématérialisé des notifications de taux, signalement en ligne des offres prévention disponibles via le compte employeur avec un accès ouvert aux tiers-déclarants. À ce jour, 686 000 comptes employeurs sont ouverts via net-entreprises, emportant la satisfaction des employeurs interrogés lors de l'enquête annuelle de la branche maladie, essentiellement par les entreprises à taux individualisé.



## **Focus : les contentieux**

Le contentieux représente un enjeu fort pour le fonctionnement de la branche en raison de sa volumétrie et de ses conséquences financières : 174 000 procédures en 2014 en cours dont 123 000 devant le contentieux général et 50 500 en contentieux technique. Le coût du contentieux AT/MP est de 500 millions d'euros par an. Il représente environ 60 % du contentieux des CPAM avec un coût moyen de 35 000 € par dossier perdu.

En amont, la rédaction d'instructions, le développement d'une offre de service et d'une animation du réseau permet de renforcer l'implication de l'ensemble des organismes dans le processus contentieux, sous un dispositif de pilotage national renforcé.

La direction des risques professionnels développe ses échanges avec l'ANTASS ou la CNITAAT et incite les directeurs régionaux à rencontrer les présidents de TCI afin d'améliorer la connaissance des contraintes respectives et fluidifier les modes et la représentation des organismes en audience.

La maîtrise de la gestion du contentieux nécessite un renforcement de la qualité de la fonction juridique opérante sur les dossiers. La CNAMTS a décidé de confier à la seule CRAMIF, la gestion complète des dossiers contentieux portant sur les processus tarification et prévention des AT/MP. Sur des dossiers relativement peu nombreux mais nécessitant une grande technicité dans un contexte de modification de la législation, cette mutualisation est particulièrement nécessaire. En réparation, la CPAM d'Amiens assure la représentation des organismes à l'audience (contentieux technique). La juridiction devant laquelle ces dossiers sont portés (CNITAAT, à Amiens) est modifiée par l'article 12 de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI<sup>e</sup> siècle. Celle-ci organise la spécialisation d'une cour d'appel (Amiens) pour connaître des litiges mentionnés au 4° de l'article L. 142-2 du code de la sécurité sociale en lieu et place de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail. Cette cour d'appel spécialement désignée aura compétence exclusive en premier et dernier ressort pour connaître de ces litiges sur l'ensemble du territoire national. Le texte entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

Cette même loi impacte plus largement le processus médico administratif de défense des contentieux côté réparation (PMA), en prévoyant la mise en place d'un recours revêtant un « caractère médical » préalable obligatoire en matière de contentieux technique. Ces dispositions ne sont pas encore précisées à ce jour. Dans l'attente, l'organisation en place prévoit la constitution de cellules régionales regroupant les experts juridiques et ressources médicales nécessaires au bon niveau de défense des dossiers, ainsi qu'une intervention du niveau national : la CNAMTS identifie les employeurs à l'origine de désimputations élevées du fait de fréquentes contestations et via les cellules PMA demandent une représentation médicale systématique aux audiences concernées.

Face aux enjeux financiers du contentieux AT/MP, ce dispositif de pilotage national vient renforcer le recensement des procédures contentieuses afin de fiabiliser les remontées et obtenir la certification des comptes. Pour répondre aux exigences de la Cour des comptes sur le provisionnement du risque financier, une procédure nationale d'acquisition d'un logiciel a ainsi été lancée. En effet, la multiplicité et l'hétérogénéité des outils utilisés dans les organismes rendent le pilotage de la politique contentieuse difficile. Cet outil devrait commencer son déploiement en 2018.

### III.3/ Certifier les comptes AT/MP

En 2012, la branche AT/MP n'a pas été certifiée par la Cour des comptes en raison, notamment de la faiblesse du contrôle interne. La branche AT/MP a alors mené différentes actions, à la fois sur les outils et sur les processus pour renforcer le contrôle interne :

- ▼ D'une part, l'outil informatique utilisé en caisse régionale pour déterminer et notifier les taux de cotisation (SGE-TAPR) s'est doté d'un module de contrôle plus abouti permettant de bloquer l'envoi de la notification en cas de contrôle insatisfaisant. Une cellule de contrôle *ad hoc* a été créée séparant les tâches d'exécution et de contrôle.
- ▼ D'autre part, l'actualisation du plan de maîtrise socle tarification a intégré en 2013 des améliorations du processus de gestion du compte employeur : renforcement des modalités de contrôle interne, création de requêtes permettant l'homogénéisation des pratiques, normalisation des documents justificatifs.

Par ailleurs, 60 % des tarificateurs (gestionnaires et experts techniques tarification, techniciens contentieux) sont formés à la gestion des réclamations et des recours gracieux. Cette professionnalisation est garante de l'équité de traitement sur le territoire et de la sécurisation juridique des relations avec les employeurs.

Depuis la mise en œuvre de ces mesures, les données sont plus fiables, les écarts de pratiques entre caisses moindres, le traitement des dossiers plus équitable. Les réserves empêchant la certification des comptes sont aujourd'hui levées et la branche AT/MP voit dorénavant ses comptes certifiés.

Par la fiabilité ainsi affirmée des comptes de la branche, c'est l'ensemble du système assurantiel soutenant la gestion des risques professionnels qui se trouve renforcé. L'interdépendance des missions prévention et réparation, avec celle évoquée immédiatement de la tarification, est la caractéristique-et la force- de la branche AT/MP qui lui permet de s'adapter aux évolutions du monde du travail et garantir la protection de la santé des salariés.