

N° 1470

ASSEMBLÉE NATIONALE
CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 17 octobre 2013.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE
LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2014* (n° 1412),

TOME V

ACCIDENTS DU TRAVAIL – MALADIES PROFESSIONNELLES

PAR M. LAURENT MARCANGELI,

Député.

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **1 à 3, 6, 8 à 26, et 63 à 68** figurent dans le rapport de M. Gérard Bapt, sur les recettes et l'équilibre général (n° 1470, tome I).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **4, 5, 7, 27 à 46, et 48 à 50** figurent dans le rapport de M. Christian Paul, sur l'assurance maladie (n° 1470, tome II).

Le commentaire et les débats en commission sur l'article **47** figurent dans le rapport de Mme Martine Pinville, sur le secteur médico-social (n° 1470, tome III).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **51, 61 et 62** figurent dans le rapport de M. Michel Issindou, sur l'assurance vieillesse (n° 1470, tome IV).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **52 à 54** figurent dans le rapport de M. Laurent Marcangeli, sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (n° 1470, tome V).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **55 à 60** figurent dans le rapport de Mme Marie-Françoise Clergeau, sur la famille (n° 1470, tome VI).

Le tableau comparatif figure dans le fascicule n° 1470, tome VII.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
I. FINANCER LA GARANTIE DES RISQUES PROFESSIONNELS	8
1. La couverture des différents risques occasionnés par le travail.....	8
2. Une part du risque à la charge de la branche maladie	14
3. La spécificité de l'indemnisation des dommages liés à l'amiante.....	17
II. PÉRENNISER LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE DES COMPTES	19
1. La stabilité des produits	19
2. Les incertitudes concernant l'évolution des charges	21
3. La trajectoire d'apurement des déficits cumulés est compromise	24
EXAMEN DES ARTICLES RELATIFS AUX ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES	27
<i>Article 52</i> Fixation des montants des dépenses de transfert instituées par des dispositions légales à la charge de la branche AT-MP.....	27
<i>Article 53</i> (article L. 412-8 du code de la sécurité sociale) : Extension aux marins des droits attachés à la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur.....	45
<i>Après l'article 53</i>	51
<i>Article 54</i> Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2014	52
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR	55

INTRODUCTION

La branche des accidents du travail et des maladies professionnelles est la doyenne des branches de la sécurité sociale. Elle garantit la couverture collective du risque social qui a, le premier, suscité de la part du législateur une intervention, à bien des égards fondatrice de notre système d'assurances sociales : la loi du 9 avril 1898 créant un régime spécial d'indemnisation des victimes d'accidents du travail.

Votre rapporteur tient à rappeler l'intérêt de ce « *compromis de 1898* ».

Fondée sur la notion des risques professionnels, la garantie apportée par la branche établit une présomption de la responsabilité de l'employeur en cas d'accident du travail, complétée, en 1919, en matière de maladies professionnelles, par une présomption d'origine professionnelle des maladies inscrites dans un tableau. Le salarié victime d'un sinistre n'a pas à apporter la preuve du lien entre le dommage et l'activité professionnelle, ce qui constitue une facilité considérable au regard des règles de la responsabilité civile.

En contrepartie, l'employeur bénéficie de l'immunité civile mais la réparation du dommage est à sa charge exclusive. La réparation est strictement forfaitaire et dépend du taux d'incapacité et de l'ancienne rémunération du salarié. Il n'y a pas de réparation de l'intégralité des préjudices telle qu'un juge du fond pourrait souverainement l'apprécier au contentieux, sauf, de façon croissante et parfois complexe, en cas de faute inexcusable de l'employeur.

Depuis 1946, ce sont les partenaires sociaux qui font vivre ce compromis. En effet, la « commission AT-MP » de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS), de composition strictement paritaire, présidée par un représentant des employeurs, définit les grandes orientations de la branche.

Votre rapporteur a souhaité entendre individuellement les représentants de chacune des organisations syndicales ou patronales qui administrent la branche. Il a constaté leur engagement, leur connaissance fine des risques professionnels et leurs approches, souvent convergentes, pour continuer à améliorer la prévention des sinistres.

La gestion paritaire permet en effet de faire entrer la prévention des risques professionnels au cœur des entreprises au moyens des neuf comités techniques nationaux (CTN), spécialisés par branches professionnelles, et de leurs déclinaisons régionales. Les acteurs du monde du travail prennent ainsi eux-mêmes en charge la prévention des risques occasionnés par leur activité.

Votre rapporteur considère que ce paritarisme engage les pouvoirs publics. Ainsi que le lui ont indiqué des représentants d'organisations syndicales et patronales différentes, **un lien de confiance a été créé avec l'État dans le cadre**

de la précédente convention d'objectifs et de gestion (COG) liant la branche à sa tutelle.

Pourtant le Gouvernement actuel pourrait s'écarter de la ligne de conduite initiée par ses prédécesseurs. Les partenaires sociaux ont engagé un programme ambitieux et prometteur visant à accroître l'efficacité des mesures de prévention menées par les services des Caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) relevant de la branche AT-MP. Or la nouvelle COG pourrait réduire considérablement les moyens humains consacrés à cet objectif, alors que, pour votre rapporteur, d'autres dépenses de fonctionnement, dans d'autres branches aux effectifs bien plus importants, devraient prioritairement être mises à contribution.

Surtout, le compte de prévention de la pénibilité, actuellement examiné par le Parlement, fait douter de la viabilité des objectifs assignés par les partenaires sociaux aux services des CARSAT.

De nombreux intervenants auditionnés par votre rapporteur ont souligné leur incompréhension du mécanisme figurant dans la loi sur les retraites en cours d'examen. Ils s'inquiètent des effets du compte sur le fonctionnement des équipes AT-MP, structurellement liées à celles de la branche vieillesse censées se voir confier la gestion de ce compte.

Mais sur un sujet qui concerne si intimement la garantie des risques professionnels, on voit mal en quoi le compte n'aurait aucune incidence sur le travail des ingénieurs conseil et des contrôleurs de sécurité des CARSAT qui relèvent de la branche AT-MP. Les caisses se retrouveraient dès lors condamnées à ne plus faire que de la gestion de procédures et du contentieux, au détriment de leurs missions de prévention.

Auditionnée par votre commission des affaires sociales, sur une question posée par votre rapporteur, **la Ministre des affaires sociale et de la santé a reconnu que le compte de prévention de pénibilité impactera bel et bien la branche** puisqu'elle a annoncé un avenant, dès 2014, à la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017.

Votre rapporteur estime que cette façon de procéder va fragiliser le dialogue social. Les priorités de la nouvelle COG ont été fixées par les partenaires sociaux dès septembre 2013 : ils attendent depuis un an la définition des moyens de sa mise en œuvre. Quelques mois après le début de cette COG, ils seraient donc contraints d'en revoir tout l'équilibre. Votre rapporteur s'étonne de cette légèreté des pouvoirs publics. **Le lien de confiance avec l'État risque d'être rompu**, alors qu'il s'était manifesté avec force dans le vote unanime de la précédent COG.

Votre rapporteur estime qu'il est encore temps de remettre l'ouvrage sur le métier et de renvoyer à la négociation entre les partenaires sociaux ce dispositif de

compte personnel de pénibilité visiblement mal pensé et aux effets si incertains. À tout le moins, le compte ne doit pas fragiliser la mise en œuvre de l'objectif central assigné à la branche par les partenaires sociaux : l'amélioration des voies de réinsertion professionnelle des victimes et de prévention de la désinsertion professionnelle.

En 2014, la branche s'apprête ainsi à renouer avec les objectifs fondateurs assignés par le législateur qui, au sortir du dernier conflit mondial, a souhaité fonder la reconstruction de notre pays tant sur la sécurité sociale que sur la négociation entre les partenaires sociaux.

À l'exposé des motifs de la loi n°46-2426 du 30 octobre 1946 sur la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, on peut lire ces mots, que votre rapporteur juge d'une actualité brûlante et qui devraient être en permanence à l'esprit de l'ensemble des intervenants en matière de risques professionnels :

*« Il y a un effort supplémentaire à accomplir. Il importe, en effet, que la législation des accidents du travail et des maladies professionnelles n'étant plus fondée uniquement sur une idée de responsabilité, ne soit plus davantage uniquement une législation de réparation. Elle doit tendre d'abord à prévenir l'accident du travail. Elle doit tendre ensuite, lorsque l'accident ou la maladie est survenu, à restituer à la victime la capacité de travail par des soins appropriés, par une réadaptation fonctionnelle et une rééducation professionnelle, de manière à faire disparaître, dans toute la mesure du possible, les conséquences sociales de l'accident ou de la maladie. **La réparation sous forme d'indemnité ou de rente ne doit être considérée que comme subsidiaire, comme un pis-aller lorsqu'il n'est pas possible de faire mieux.** »*

Votre rapporteur considère qu'il est toujours possible et qu'il est temps de « faire mieux ». Il souhaite donc que l'État ne renonce pas à sa mission d'accompagnement de la branche, en confiance, pour aider les partenaires sociaux, garants de la pérennité et des évolutions de notre régime original de couverture collective des risques professionnels.

I. FINANCER LA GARANTIE DES RISQUES PROFESSIONNELS

1. La couverture des différents risques occasionnés par le travail

RÉPARTITION DE L'ENSEMBLE DES SINISTRES ENTRE 2006 ET 2012

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

Source : CNAMTS.

À l'occasion de son travail, le salarié peut être exposé à trois types de risques.

- L'**accident du travail** désigne « *quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise* » (article L. 411-1 du code de la sécurité sociale). Il se caractérise notamment par son lien avec le travail, sa soudaineté et l'existence d'une lésion corporelle. Sa déclaration par l'employeur est une obligation dont la méconnaissance est pénalement réprimée. Elle est du reste facilitée, depuis 2010, par la déclaration dématérialisée sur net-entreprise.fr.

- L'accident du salarié lors d'un déplacement entre son domicile et son lieu de travail est considéré comme un **accident de trajet** s'il survient au cours d'un déplacement professionnel entre le domicile et le lieu de travail, dans un temps normal, en principe sans détours ni interruptions. Ce risque se distingue donc de l'accident routier de travail, survenu dans le cadre du travail dans un véhicule utilisé à des fins professionnelles.

- Une **maladie professionnelle** est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce d'une façon habituelle son activité professionnelle.

Sur environ 1,13 millions de sinistres constatés ou reconnus en 2012, 83 % concernent des accidents du travail, 11 % des accidents de trajet et 6 % des maladies professionnelles.

- *Les accidents du travail*

Le nombre d'**accidents du travail** est en baisse de 18% entre 2006 et 2012, soit une baisse de 3,3 % en moyenne annuelle. Ainsi l'indice de fréquence des accidents du travail atteint le niveau historiquement bas de **35 accidents du travail avec arrêt pour 1 000 salariés**.

Comme les années précédentes, les principales causes des accidents du travail sont liées à la manutention manuelle, aux accidents de plain-pied et aux chutes de hauteur. À moyen terme, une part de la baisse pourrait être attribuable à la tertiarisation de l'économie qui diminue la part des grands secteurs industriels: mais ses effets sont ambigus. De nombreux secteurs relevant des services présentent des risques importants, notamment dans la logistique et les transports. La tertiarisation emporte souvent externalisation ou coprésence dans un même établissement d'équipes relevant d'employeur différents, ce qui peut rendre plus difficile la mise en œuvre d'un programme de prévention.

L'essentiel du mérite de cette baisse à moyen et long terme doit donc revenir à l'efficacité des actions de prévention conduites notamment sous l'impulsion de la branche AT-MP : votre rapporteur souhaite que cet apport ne soit pas minimisé.

À court terme, il convient de relever l'effet de la conjoncture économique. Un examen rétrospectif des évolutions annuelles des effectifs salariés et du nombre d'accidents avec arrêt permet de distinguer les périodes de croissance et de décroissance des effectifs : en période de croissance, le nombre d'accidents tend à augmenter 1,25 fois plus que le nombre de salariés alors qu'en période de décroissance, il diminue tendanciellement 2,6 fois plus que le nombre de salariés.

En période de croissance de l'activité, les effectifs supplémentaires au travail seraient donc exposés à des risques un peu supérieurs à la moyenne, alors qu'en période de décroissance, on constaterait une sinistralité moindre parmi les effectifs qui n'ont pas diminué proportionnellement à l'activité et qui conservent leur emploi.

- *Les accidents de trajet*

Le nombre d'**accidents de trajet** connaît une baisse significative en 2012 de près de 10% avec environ 10 000 accidents de trajet de moins par rapport à 2011, après plus de cinq années de hausse ininterrompue.

Les hivers rigoureux de 2009 et 2010 en particulier expliquent pour partie les augmentations observées précédemment : les conditions météorologiques étaient en effet propices d'accidents de trajet par glissade sur sols et trottoirs, trébuchement, faux-pas ou perte d'équilibre qualifiées d'« accidents de plain-pied sans dénivellation ».

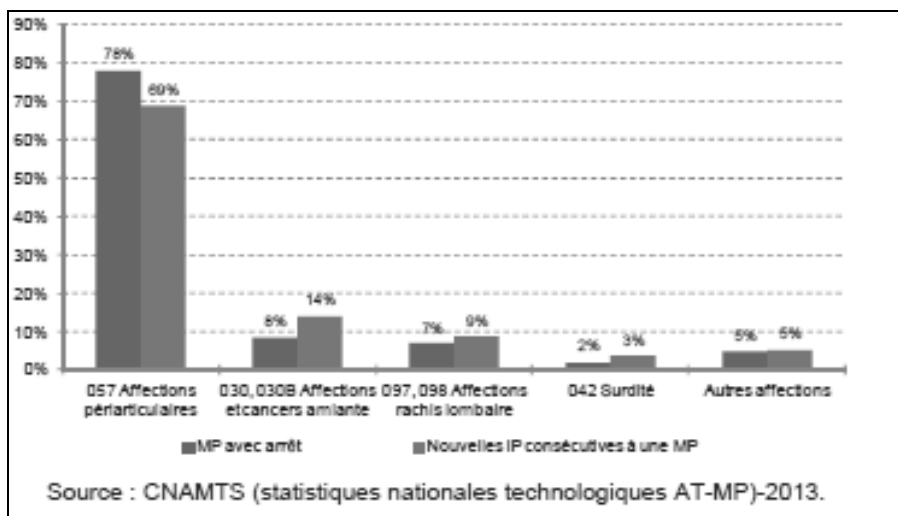
● *Les maladies professionnelles*

On constate une augmentation très importante du nombre de **maladies professionnelles** reconnues entre 2006 et 2011, qui passent de 55 000 à 80 000 environ, en hausse de 31 %, soit 4,6 % en moyenne annuelle. L'indice de fréquence des maladies professionnelles avec arrêt, comme l'indice de fréquence des maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente, sont tous deux en nette progression, respectivement de 21 % et de 23 %.

Mais il convient de signaler une baisse de 11 % entre 2011 et 2012 : il s'agit d'un véritable décrochage en tendance qui a démenti les prévisions de croissance continue. La diminution des troubles musculo-squelettiques (TMS) de l'épaule aurait une part prépondérante dans cette évolution.

Les maladies professionnelles reconnues se concentrent en effet sur un tout petit nombre de pathologies, comme l'indique le tableau ci-dessous : les affections périarticulaires (TMS), mes affections et cancers dus à l'amiante, les affections du rachis lombaire et la surdité.

NOMBRE ET VENTILATION PAR PATHOLOGIE DES MALADIES PROFESSIONNELLES INDEMNISÉES



INDICE DE FRÉQUENCE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Pour 1 000 salariés

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

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2012. Chiffres arrondis.

● L'évolution de la gravité des sinistres

La **gravité** des sinistres se mesure d'une part selon le nombre de décès, d'autre part en fonction de la part des sinistres donnant lieu à arrêt de travail et de la durée de ces derniers.

Le nombre de décès causés par les maladies professionnelles a augmenté de 12 % entre 2006 et 2012. On observe une baisse d'environ 8 % en 2012 : leur nombre est passé de 570 à 523. Le tableau des maladies d'origine professionnelle responsable de la plupart des décès est celui de l'amiante (tableau 30).

Les décès consécutifs à un accident du travail ne diminuent pas et restent dans la tranche des 500 à 600 cas annuels, stable depuis cinq ans.

Enfin, on comptabilise 323 décès liés aux accidents du trajet en 2012. C'est la plus forte baisse annuelle, près de 18 %, depuis 2006.

NOMBRE DE JOURNEES PERDUES POUR CAUSE D'ACCIDENT DU TRAVAIL POUR 1 000 HEURES TRAVAILLEES DE 2006 A 2012

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre de journées perdues	1,27	1,28	1,31	1,32	1,32	1,39	1,39

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2012.

Exprimé en **nombre de journées perdues pour 1 000 heures travaillées**, le taux de gravité des accidents du travail avec arrêt a **progressé** d'environ 9 % entre 2006 et 2012. Cette hausse s'explique d'une part par la gravité des sinistres, d'autre part, par les comportements de prescription. À taux de gravité donné, il semble qu'on assiste bien à une augmentation de la durée moyenne de l'arrêt prescrit. Si la durée prescrite peut refléter une meilleure appréciation par le prescripteur de la situation de la victime, votre rapporteur estime qu'elle peut aussi

provenir d'une mauvaise prise en compte de l'intérêt pour le salarié de ne pas être maintenu plus que nécessaire sans activité professionnelle. L'allongement de la durée des arrêts de travail pour AT-MP est, in fine, un facteur de désinsertion professionnelle.

• *Le poids des conditions de reconnaissance des maladies professionnelles*

Une affection n'est une maladie professionnelle que si elle est reconnue comme telle. Le processus de reconnaissance prévoit un délai d'instruction de trois mois pour les maladies professionnelles, contre un mois pour les accidents du travail et de trajet. En l'absence de demande de délai complémentaire d'instruction par les caisses, il y a reconnaissance implicite du sinistre au terme du délai.

L'inscription d'une maladie sur un tableau des maladies professionnelles vaut présomption d'imputabilité : la reconnaissance est quasi automatique dans ce cas. La victime n'a pas à faire la preuve du lien avec son activité professionnelle. L'établissement des tableaux relève du ministre chargé du travail après avis du conseil d'orientation des conditions de travail (COCT), animé par les partenaires sociaux.

La présence d'une maladie professionnelle sur une liste est donc décisive. Auditionné par votre rapporteur, l'historien Nicolas Hatzfeld, a décrit, en matière d'affections périarticulaires d'origine professionnelle, le long « déni administratif et scientifique » qui a précédé, jusqu'aux années 1970, la reconnaissance des TMS. Les travaux de M. Paul-André Rosental ont également relevé que la reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle du mineur avait été difficile dans la France du début du XXe siècle.

En 2011, la révision du tableau n° 57 relatif aux affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail en ses paragraphes A et B relatifs respectivement à l'épaule et au coude⁽¹⁾ a donné lieu à de vives controverses : certains partenaires sociaux ont introduit un recours en annulation devant la juridiction administrative.

Mais votre rapporteur conçoit que les critères pris en compte pour reconnaître une maladie professionnelle doivent être adaptés avec le temps en fonction de l'évolution des conditions de travail.

Il existe en outre une procédure de reconnaissance complémentaire, individuelle, fondée sur l'expertise, sans intervention d'un juge. Elle est instruite par les Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). Dans le cadre d'une procédure contradictoire, le salarié peut faire reconnaître une maladie comme professionnelle même si elle ne figure pas sur la liste.

(1) Il s'agit des décrets n° 2011-1315 du 17 octobre 2011 et n° 2012-937 du 1^{er} août 2012.

Il existe deux voies d'accès :

– lorsqu'une ou plusieurs des conditions fixées dans un tableau professionnel tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime (3^{ème} alinéa de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale) ;

– lorsqu'il est établi qu'une maladie, non désignée dans un tableau professionnel, 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 sous condition de taux minimale (4^{ème} alinéa de l'article L. 461-1). Ce taux, initialement de 66,6 % a été abaissé à 25 % par le décret n° 2002-543 du 18 avril 2002.

Les demandes de reconnaissance complémentaire croissent tout au long de la décennie 2000. En 2012, 17 661 demandes ont été examinées, soit une augmentation de 18 % par rapport à 2011. La moyenne annuelle de progression était de 8 % dans la période de 2003 à 2007, mais elle atteint 13 % par an entre 2008 et 2012.

**L'ACTIVITE DES COMITES REGIONAUX DE RECONNAISSANCE
DES MALADIES PROFESSIONNELLES DEPUIS 2009**

Année	Nombre de dossiers instruits	Alinéa 3		Alinéa 4		Pert des avis favorables
		Avis défavorables	Avis favorables	Avis défavorables	Avis favorables	
2009	12 376	6 094	5 463	592	227	45 %
2010	13 012	6 260	5 913	604	235	47 %
2011	14 934	7 417	6 564	695	258	45%
2012	17 661	8 866	7 598	895	302	44,7%

Le suivi de l'activité des CRRMP réalisé annuellement par la CNAMTS a fait apparaître un retard important dans le traitement des dossiers, les décisions des caisses étant en moyenne rendues au-delà du délai réglementaire de six mois (9,3 mois en moyenne). Ces retards sont imputables selon les régions, à des dysfonctionnements soit au niveau de l'instruction des demandes par les caisses primaires d'assurance maladie, soit lors de leur traitement par les CRRMP. Votre rapporteur souhaite qu'une analyse approfondie des facteurs de retard soit engagée et que les modifications réglementaires soient apportées en conséquence.

• *La difficile reconnaissance des psychopathologies d'origine professionnelle*

Les risques psycho-sociaux (RPS) peuvent être définis comme des risques professionnels qui mettent en jeu l'intégrité et la santé mentale des salariés. Ils recouvrent principalement le stress chronique, les violences psychologiques et le harcèlement.

Le caractère multifactoriel des risques psycho-sociaux rend particulièrement difficile leur inscription dans un tableau. Selon des données fournies à votre rapporteur par Eurogip, organisme financé par la branche AT-MP qui a pour mission d'analyser la couverture des risques professionnels aux plans européen et international, aucun pays européen n'a inscrit les RPS en tant que tels sur un tableau de maladies professionnelles.

Si le Danemark a bien inscrit à un tableau le « stress post traumatique », c'est qu'il est reconnu dans tous les autres pays comme un accident du travail, car il est consécutif à un événement inattendu, de courte durée est à l'origine du trouble : par exemple, un acte de violence, une attaque à main armée, le traumatisme lié à l'accident d'un collègue de travail...

Aucune reconnaissance d'une affection psycho-sociale en tant que maladie professionnelle n'est possible en Finlande, en Allemagne ou en Suisse.

Eurogip recense 37 cas de reconnaissance en Italie et 63 cas en France, à chaque fois au titre des systèmes complémentaires de reconnaissance. Mais l'accès à cette voie est subordonné à un taux d'incapacité permanente (IPP) d'au moins 25 %, en général trop élevé pour les pathologies psychiques. En outre ces dernières sont évolutives, avec une alternance entre des phases aiguës et des améliorations ce qui rend difficile l'estimation d'un taux d'IPP, mieux adapté aux lésions corporelles.

Dans le cadre du COCT, un groupe de travail est chargé de l'amélioration de la reconnaissance des pathologies psychiques d'origine professionnelle. Il a remis en 2012 un rapport sur les pathologies d'origine psychique susceptibles d'être prise en compte par les médecins conseils. Il a formulé des recommandations destinées à guider les CRRMP dans l'appréciation des liens entre ces pathologies et l'activité professionnelle. Il prépare désormais un référentiel permettant de faciliter le travail des agents instructeurs des caisses.

2. Une part du risque à la charge de la branche maladie

Chaque année un nombre conséquent de maladies professionnelles ou d'accidents du travail ne sont pas déclarés comme tels. Cette situation entraîne un transfert de charges entre la branche AT-MP et la branche maladie du régime général, la branche maladie devant prendre en charge le coût de ces pathologies.

En raison de la sous-déclaration et de la sous-reconnaissance, sont ainsi indûment imputés à la branche maladie tant des soins en ville ou à l'hôpital que des charges au titre des pensions d'invalidité. Or les cotisations des employeurs qui financent la branche AT-MP sont indexées sur le nombre d'accidents et de maladies professionnelles déclarés, dans une stricte logique assurancielle. La sous-déclaration conduit à fausser les mécanismes assuranciers qui sont à la base de la couverture des risques professionnels. Ceci réduit également l'incitation des

employeurs à la prévention puisque les conséquences financières d'un sinistre ne sont pas imputées sur le compte employeur.

- *Le reversement à la branche maladie*

L'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, issu de la loi de financement pour 1997 prévoit qu'il est institué à la charge de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, au profit de la branche maladie, maternité, invalidité, décès du régime général, un versement annuel pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière au titre des accidents et affections non pris en charge en application du livre IV du code de la sécurité sociale.

Un soupçon pèse sur ce versement et sur le lien entre son niveau et l'évolution réelle des phénomènes, indéniables, de sous-déclaration et de sous-reconnaissance des maladies professionnelles : fixé initialement à 137,20 millions d'euros en loi de financement pour 1997, son montant a été plus que doublé en loi de financement pour 2002. Il a ensuite augmenté d'un tiers en loi de financement pour 2007 et est passé de 410 à 710 millions d'euros en loi de financement pour 2009. Il atteint aujourd'hui **790 millions d'euros**.

Certes, ce montant est désormais fixé en fonction d'une fourchette estimative présentée par une commission dite « Diricq » du nom de son président actuel, magistrat de la Cour des comptes, dont les conclusions figurent, tous les trois ans, dans un rapport remis au Gouvernement et au Parlement. Mais il est possible que la branche AT-MP soit amenée à contribuer par ce biais à la diminution du déficit de l'assurance maladie.

- *Les voies de diminution de la sous-déclaration*

Dans son rapport de juillet 2011, la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale a émis de nombreuses préconisations dont il conviendra d'établir, à l'été 2014, l'état de mise en œuvre.

Outre la poursuite de l'actualisation des tableaux de maladies professionnelles pour tenir compte des connaissances épidémiologiques et scientifiques nouvelles, ses préconisations concernent tout d'abord les **médecins**. Il est proposé d'améliorer leur formation et leur information, notamment à travers des enseignements obligatoires relatifs aux maladies professionnelles au cours de leur cursus universitaire, de sensibiliser les présidents d'université à cette thématique, et d'élaborer des outils d'information par les sociétés médicales savantes.

Votre rapporteur constate que dans le cadre du deuxième cycle des études de médecine, un arrêté du 8 avril 2013 prévoit une unité d'enseignement relative notamment à la santé au travail, dans le cadre du tronc commun des objectifs généraux de la formation.

Pour le troisième cycle des études de médecine, le contenu des diplômes de spécialité médicale est déterminé par des « maquettes » établies par arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. La maquette de formation de médecine du travail prévoit, parmi les enseignements théoriques, un enseignement sur les pathologies professionnelles. Cependant, les autres maquettes de formation, et notamment celle de la médecine générale, ne contiennent pas à ce jour d'enseignement relatif aux pathologies professionnelles.

Une meilleure information des professionnels de santé sur les modalités d'enregistrement des soins et prescriptions en AT-MP paraît également nécessaire pour éviter que ces soins ne soient imputés à tort à la branche maladie.

Dans la lignée de ses recommandations antérieures, la commission propose d'améliorer le signalement par les établissements de santé des AT-MP lors de la facturation des soins. Votre rapporteur regrette que les établissements de santé, en particulier les hôpitaux publics, poursuivent insuffisamment leurs efforts de mise en œuvre de la circulaire du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé, qui explicite les modalités de signalement des AT-MP lors de la facturation à destination des caisses.

Enfin, compte tenu de la pénurie de médecins du travail, la commission préconise également d'examiner la possibilité de confier aux infirmières des entreprises et aux agents chargés de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité (ACMO) l'aide à la déclaration de la maladie professionnelle.

Les recommandations formulées par la commission concernent également les **victimes**. La commission préconise l'élaboration par la CNAMTS d'un guide relatif aux droits et démarches à accomplir. Elle suggère la mise en place d'une aide à la déclaration par les assistantes sociales des organismes de sécurité sociale.

Votre rapporteur constate que, début 2012, la CNAMTS a mis en ligne sur son site des informations sur les droits et démarches de la victime.

Concernant les **entreprises**, la commission propose de poursuivre des efforts de contrôle par les corps d'inspection. Votre rapporteur insiste cependant sur l'importance d'un accompagnement à la mise en œuvre de la réglementation en matière de prévention des AT-MP, notamment par l'élaboration de conventions d'objectifs avec les organisations professionnelles concernées.

Enfin, la commission propose la généralisation par la CNAMTS du programme de « *maîtrise médicalisée en entreprise* » visant à repérer les atypismes des arrêts maladie, afin d'obtenir une cartographie par bassin d'emploi, ouvrant ainsi des perspectives nouvelles en matière de prévention des risques professionnels et de la désinsertion professionnelle. Il a été indiqué à votre rapporteur qu'en 2013, le programme d'actions retenu par la CNAMTS à ce titre

retient une approche médicalisée de gestion du risque portant sur une pathologie ciblée : le syndrome du canal carpien.

3. La spécificité de l'indemnisation des dommages liés à l'amiante

La principale pathologie maligne occasionnée par l'exposition à l'amiante est le mésothéliome de la plèvre. Selon les données du programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM), sur la période 1998-2006, le nombre moyen annuel de cas peut être estimé entre 535 et 645 chez les hommes et entre 152 à 210 chez les femmes, soit environ 700 à 850 cas par an au total. À plus long terme, la mortalité par mésothéliome en France devrait continuer d'augmenter, le pic de mortalité se situant entre 2025 et 2040. Entre 1997 et 2050, la mortalité par mésothéliome représenterait entre 44 000 et 57 000 décès.

Pour les maladies occasionnées par une exposition d'origine professionnelle à l'amiante, à l'instar de l'ensemble des cancers d'origine professionnelle, la branche AT-MP finance l'indemnisation forfaitaire relevant de la législation applicable (le livre IV du code de la sécurité sociale).

Mais l'amiante a donné lieu à un mécanisme complémentaire, destinée à apporter une indemnisation intégrale du préjudice, institué par le législateur : le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Depuis 2001, la branche AT-MP apporte la principale contribution financière à ce fonds, selon des modalités présentées par votre rapporteur au commentaire de l'article 52 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Le barème d'indemnisation du FIVA

Adopté en janvier 2003 par son Conseil d'administration, le barème d'indemnisation du FIVA comporte :

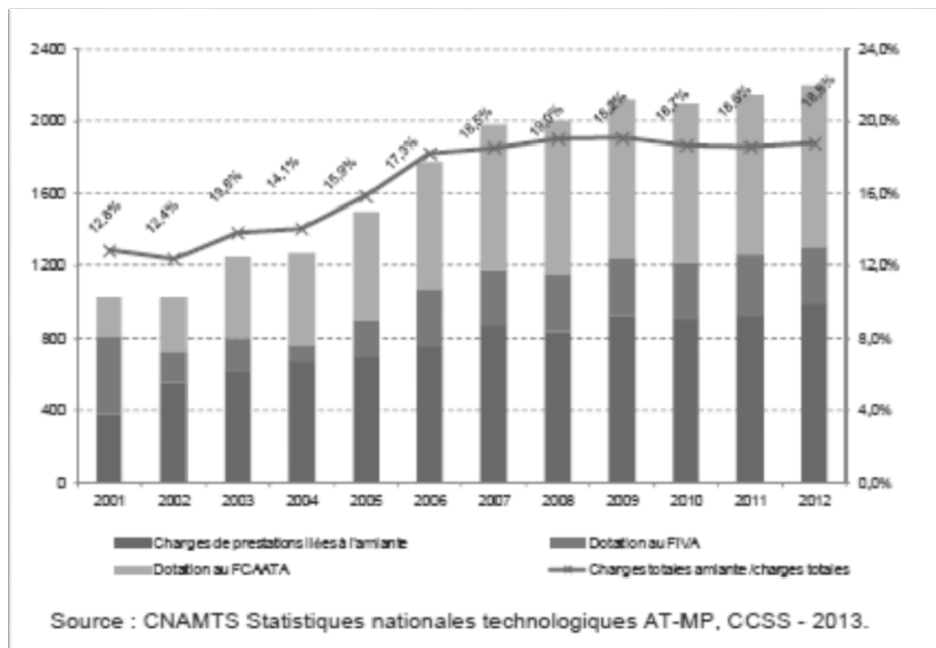
– un « barème patrimonial » visant à indemniser le préjudice professionnel (perte de gains) et tous les frais qui résultent de la pathologie et restant à la charge de la victime (frais de soins, frais supplémentaires tels que l'aide d'une tierce personne, aménagement du véhicule et du logement, préjudice économique de l'ayant-droit, etc.) ;

– un « barème extrapatrimonial » visant à indemniser l'incapacité fonctionnelle (le taux d'incapacité, apprécié suivant un barème médical) et les préjudices personnels (préjudice moral et physique, préjudice d'agrément, préjudice esthétique).

L'indemnisation de l'incapacité fonctionnelle est servie sous forme de rente dès lors que le montant annuel accordé est supérieur à 500 euros. Les rentes sont revalorisées au début de chaque année dans les mêmes conditions que les rentes allouées par la sécurité sociale. L'indemnisation des autres préjudices est versée sous forme de capital quel que soit le montant accordé.

À l'exception de l'indemnisation du préjudice moral des ayants droit en cas de décès de la victime, ce barème présente un caractère indicatif : le directeur du fonds est autorisé à s'en écarter lors de la fixation des offres, dans la limite de 20 %.

PART DES CONTRIBUTIONS DE LA BRANCHE AT-MP CONSACRÉES À L'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE



Aux charges liées à l'indemnisation des victimes, s'ajoute le financement du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), créé par l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999. Il a pour objectif de permettre aux personnes exposées à l'amiante au cours de leur vie professionnelle de partir en préretraite dès l'âge de 50 ans. Le fonds finance le versement d'une allocation de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante (ACAATA). Le réseau des CARSAT est chargé du calcul, de la gestion et de la liquidation des allocations. La gestion comptable et financière du fonds a été confiée à la caisse des dépôts et consignations.

Ainsi que le montrent le schéma ci-avant, la part de l'amiante dans l'ensemble des charges de la branche AT-MP s'établit en ajoutant aux indemnisations consécutives à la reconnaissance de la maladie professionnelle, les montants des versements de la branche aux deux fonds amiante. Cette charge atteint 22 % de la dépense en 2012.

II. PÉRENNISER LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE DES COMPTES

1. La stabilité des produits

Le présent projet de la loi de financement de la sécurité sociale ne prévoit **pas de mesures spécifiques affectant les recettes de la branche AT-MP** : les prévisions ne se fondent que sur des recettes tendanciennes.

En vertu du principe, posé à l'article L. 241-5 du code de la sécurité sociale selon lequel « *les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles ne peuvent faire l'objet d'une exonération totale, y compris lorsque celle-ci ne porte que sur une partie de la rémunération* », 97 % des recettes proviennent directement de cotisations employeurs. Des recettes supplémentaires proviennent du rendement des recours contre tiers, fortement accrus depuis 2010.

Les recettes se composent :

– pour 95,1 % de cotisations patronales, nettes des dotations aux provisions pour dénouement défavorable des contentieux, des reprises de provisions et des pertes sur créances irrécouvrables ;

– pour 2,5 % de recettes fiscales affectées, qui se composent des droits tabacs attribués au FCAATA et des recettes affectées en compensation des heures supplémentaires ;

– pour 2,4 % de produits divers (recours contre tiers, produits financiers, produits de gestion courante...).

Les cotisations prises en charge par l'État ne représentent plus que 0,01 % des recettes de la CNAM AT-MP.

Le taux moyen de cotisation annuelle qu'un établissement verse sur sa masse salariale est de **2,43 %** pour l'année **2013**.

En 2012, le taux moyen était de 2,38 %. Le **taux a été augmenté de 0,05 point** par voie réglementaire en décembre 2012, pour une hausse de recette de près de 200 millions d'euros.

Les montants des cotisations du secteur privé de la branche AT-MP progressent ainsi de 3,25 % en 2013 contre 2,57 % en 2012, passant de 10,63 milliards d'euros à 10,97 milliards d'euros.

S'il est possible d'identifier un « taux moyen » de cotisations annuelles versées par les entreprises, le taux AT-MP varie en fonction du secteur d'activité et de la taille des établissements.

Mettant en œuvre les grandes lignes de l'accord des partenaires sociaux du 12 mars 2007 sur la prévention, la tarification et la réparation des risques professionnels, le décret du 5 juillet 2010 a modifié les règles de la tarification AT-MP. Les nouvelles règles entrent progressivement en vigueur de 2012 à 2014.

Il y a d'abord réforme des seuils de tarification : le seuil de tarification individuelle a été abaissé de 200 à 149 salariés, ce qui a étendu cette dernière à des entreprises de taille intermédiaire. La tarification individuelle permet de faire varier la cotisation en fonction de la sinistralité propre de l'établissement.

Pour les entreprises dont l'effectif est inférieur à 19 salariés, le taux moyen de tarification des entreprises du secteur d'activité est appliqué. Les coûts sont entièrement mutualisés entre entreprises.

Entre 20 et 149 salariés, il y a combinaison des deux systèmes de taux, le taux individuel croissant avec la taille de l'entreprise.

Il y a ensuite application, pour la tarification individuelle ou mixte, d'une « tarification au coût moyen » qui entraîne l'imputation sur les comptes des employeurs, de manière forfaitaire, de coûts représentatifs des AT-MP sur trois ans, connus d'avance par les entreprises. Ceci accroît la lisibilité des tarifs et accélère l'impact du sinistre sur le niveau de cotisation.

En 2014, sous l'hypothèse d'une stabilité du poids des litiges affectant les produits et des conditions de recouvrement, les cotisations nettes de la branche progresseraient, à un rythme voisin de celui de la masse salariale du secteur privé.

LES PARAMÈTRES UTILISÉS POUR LA PRÉVISION

	2011	2012	2013 (p)	2014 (p)
Effectifs du secteur privé	1,00%	0,00%	-0,60%	0,10%
Salaire moyen du secteur privé	2,60%	2,20%	1,90%	2,10%
Masse salariale du secteur privé	3,60%	2,20%	1,30%	2,20%

Source : Direction de la Sécurité Sociale (SDEPF/6A)

Les **éléments de calcul des cotisations AT-MP sont fixés**, chaque année, par la commission des AT-MP, conformément aux conditions générales de l'équilibre financier de la branche déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale (article L. 242-5 du code de la sécurité sociale).

Le taux net de cotisation est constitué par le taux brut moyen affecté de quatre majorations destinées à couvrir :

- les accidents de trajet (M1) ;
- les charges générales de la branche, les dépenses de prévention et de rééducation professionnelle et, depuis 2011, la moitié du versement à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des AT / MP (M2) ;
- les dépenses correspondant aux compensations inter-régimes, des maladies professionnelles ne figurant pas au compte d'un établissement inscrites à un compte spécial, les dotations aux fonds en faveur des victimes de l'amiante et, depuis 2011, la moitié du versement à la branche maladie (M3) ;
- depuis le 1^{er} janvier 2012, les dépenses supplémentaires générées par le dispositif de retraite anticipée au titre de la pénibilité (M4).

En tant que majoration d'équilibre, la majoration M2 permet également de couvrir les prestations non financées par ailleurs. Contrairement aux majorations M1 et M3 qui sont additives, la majoration M2 est multiplicative du taux brut et de la majoration M1.

La composante mutualisée du taux net moyen est restée relativement stable depuis 2000 en oscillant autour de 60 %.

**PART DES MAJORATIONS D'EQUILIBRE
DANS LE TAUX DE COTISATION NET MOYEN DE LA BRANCHE AT-MP**

Part des majorations d'équilibre (en %)	2000	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
M1 (accidents du trajet)	16,4	15,1	13,7	12,7	12,3	11,8	11,8	12,3	10,9	10,9	11,1
M2* (charges diverses)	27,1	24,4	23,6	22,8	21,4	20,2	20	20,3	21,3	21,5	25,6
M3 (compte spécial...)	15,9	20,1	21,5	22,8	25	26,7	27,2	27,6	29	27,7	24,3
M4 (pénibilité)										0,8	0
Part mutualisée (total M1+M2+M3)	59,9	59,7	58,8	58,3	58,7	58,7	59,1	60,2	61,2	61	61

Source : PLFSS pour 2014 – PQE AT-MP.

2. Les incertitudes concernant l'évolution des charges

- *La stabilité de la structure des dépenses directement gérées par la branche*

Les charges nettes de la branche AT-MP du régime général proviennent en premier lieu de trois catégories de dépenses qu'elle gère directement.

- Le premier poste recouvre les **prestations d'incapacité permanente** pour 4 428,4 milliards d'euros en 2014.

Elles indemnisent la victime d'un sinistre après la consolidation du dommage. Elles ne sont pas comprises dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Près de 97% de ces indemnisations sont versées sous forme de rente viagère, contre 3% sous forme de capital. Les indemnisations en rente sont versées lorsque l'IPP est supérieure ou égale à 10 % ; en deçà, le versement s'effectue sous la forme d'un capital, versé en une seule fois pour solde de tout compte.

Les prestations d'incapacité permanente augmenteraient de 2,2 % en 2014 : la moindre revalorisation des rentes (1 % en moyenne annuelle en 2014 contre 1,5 % en 2013) serait compensée par les effets différés à 2014 de la mesure, adoptée en loi de financement pour 2013, de création d'une prestation complémentaire de recours à tierce personne.

- Le deuxième poste de dépenses recouvre les **prestations d'incapacité temporaire**, qui relèvent de l'ONDAM, et atteindraient **3,933 milliards d'euros** en 2014.

Elles recouvrent les **indemnités journalières** pour **2,72 milliards d'euros**, et les prestations en nature : remboursements de **soins de ville** pour **593 millions d'euros**, ou de **soins en établissements** pour **600 millions d'euros**. La victime dispose du tiers payant à 100 %.

Les indemnités journalières (IJ) AT-MP

L'IJ AT-MP est égale à 60 % du gain journalier pendant les 28 premiers jours puis 80 % à compter du 29^e jour, sans pouvoir excéder en 2013, 185,3 euros puis 247,07 euros. Cette indemnité est soumise à CSG et à CRDS comme pour le risque maladie.

L'indemnisation est donc plus favorable que l'IJ maladies mais elle a été partiellement fiscalisée par la loi de finances pour 2010 : seule a été fiscalisée la part des IJ correspondant à 50% du gain journalier de base pris en référence pour calculer les IJ pour maladie.

Il y a donc fiscalisation de la seule partie correspondant au revenu de remplacement et non des dix points supplémentaires pendant les 28 premiers jours ou des 30 points supplémentaires à partir du 29^e jour, considérés comme la *compensation du préjudice subi par la victime*.

Le dynamisme des dépenses de prestations d'incapacité temporaire, en hausse de 4,1 % par rapport à 2013, proviendrait essentiellement de la hausse des indemnités journalières.

- Enfin, la politique de prévention des risques professionnels conduite par la branche AT-MP l'amène à financer le **fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles** (FNPATMP).

Pour la période **2009-2012**, la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) liant la CNAMTS à l'État a fixé les moyens financiers du fonds à près de **1,350 milliard d'euros** sur quatre années. Pour couvrir l'année 2013, la COG précédente a été prolongée par avenant : **379 millions d'euros ont été budgétés en 2013**. Une nouvelle COG 2014-2017 doit être finalisée à la fin de l'année.

La déclinaison territoriale est assurée par les CARSAT, issues des anciennes Caisses régionales d'assurance maladie depuis la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009 : elles « *interviennent dans le domaine des risques professionnels, en développant et coordonnant la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et en concourant à l'application des règles de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles et à la fixation des tarifs* » (article L. 215-1 du code de sécurité sociale).

Si les deux tiers des effectifs de la branche exercent les métiers relevant de la réparation des conséquences du sinistre, la branche conduit des actions d'aide et d'incitation aux mesures de prévention collectives en entreprise, définies comme une priorité dans les différentes COG

En septembre 2012, les partenaires sociaux ont fixé l'objectif de « *positionner la prévention au cœur de la gestion du risque professionnel* ».

- *Les variations apportées aux dépenses de transfert*

Si l'évolution des charges structurellement liées à la couverture du risque AT-MP par la branche n'appelle pas d'observations particulières de la part de votre rapporteur, il en va tout autrement pour les dépenses de transfert.

Certains **transferts**, classiques, dits **de « solidarité »**, visent à équilibrer les comptes de certains régimes de base obligatoires structurellement déficitaires : ainsi de la caisse des mines ou des salariés agricoles.

Une contribution à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) au titre de la **pénibilité** contribue au financement du droit à la retraite à taux plein dès l'âge de 60 ans des personnes auxquelles une maladie professionnelle, ou un accident du travail ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle occasionnent un niveau minimum d'IPP. La contribution à la CNAV a été fixée à 35 millions d'euros en 2011 et à 110 millions d'euros en 2012. Le coût réel du dispositif n'a pas atteint ces montants et aucune contribution de la branche AT-MP n'est prévue depuis 2013.

**ÉVOLUTION DES PRODUITS, DES CHARGES ET DU SOLDE
DE LA BRANCHE AT-MP DU RÉGIME GÉNÉRAL DEPUIS 2012**

en milliards d'euros	2 012	2013 (p)	2 014 (p)*	2 014 (p)*	2 014 (p)*
PRODUITS					
Cotisations effectives	11,0	11,4	3,9%	11,6	2,3%
Cotisations brutes	11,2	11,6	3,5%	11,9	2,3%
Provisions nettes	- 0,3	-0,2	- 12%	-0,3	4,7%
Contributions sociales, impôts, taxes	0,3	0,1	- 20%	0,1	-5,3%
Autres produits	0,3	0,3	- 1,5%	0,3	15,3%
Total	11,5	11,8	2,1%	12,1	2,4%
CHARGES					
Prestations	8,8	8,9	1,1%	9,0	2,0%
<i>Prestations légales nettes</i>	8,0	8,1	1,7%	8,3	2,5%
<i>Autres prestations</i>	0,8	0,7	- 5%	0,7	- 4,1%
Transferts	2,0	1,7	- 16%	2,0	18,4%
<i>entre régimes de base</i>	1,6	1,5	- 7,7%	1,5	0,3%
<i>autres transferts</i>	0,4	0,2	- 48,0%	0,5	250,0%
charges de gestion courante	0,9	0,9	3,4%	0,9	
Total	11,7	11,5	- 1,9%	12,0	4,4%
SOLDE					
	- 0,2	0,3		0,1	

Mais les trois autres transferts font l'objet d'autorisations spécifiques du Parlement, et figurent à l'article 52 du présent projet de loi de financement.

- **Le versement de 790 millions d'euros à la CNAM** au titre de la sous-déclaration est stable depuis 2012, mais son montant pourrait être significativement modifié dans la prochaine loi de financement au vu des conclusions du rapport remis par la commission dite « Diricq » chargée d'établir la fourchette estimative du coût de la sous-déclaration. Or celle-ci est actuellement large, de 587 millions d'euros à 1,11 milliard d'euros. La tentation risque d'être grande d'accroître le montant du transfert.

- **Les montants des versements aux deux fonds amiante (FCAATA et FIVA)** ont diminué de 200 millions d'euros en 2013, passant de 1 205 millions d'euros à 1 005 millions d'euros sous l'effet de la diminution de 200 millions d'euros de la dotation du FIVA votée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

En 2014, du fait de la forte hausse du montant de la dotation de la branche AT-MP au FIVA, la dépense atteindrait 1 256 millions d'euros.

Votre rapporteur considère que l'augmentation de la contribution de la branche au financement du FIVA constitue une charge induite dans la mesure où elle vise à compenser l'absence de contribution de l'État pour la deuxième année consécutive. Ce désengagement de l'État atteint 100 millions d'euros depuis 2012.

Il semble en outre que le Gouvernement ne prévoit pas de dotation en loi de finances pour les trois prochaines années : **le transfert de charge sur la branche AT-MP, financée par les seuls employeurs, atteindrait dès lors près de 250 millions d'euros.**

3. La trajectoire d'apurement des déficits cumulés est compromise

En **2013**, selon la commission des comptes de la sécurité sociale, les dépenses de la branche AT-MP du régime général s'élèveraient à **11,48 milliards d'euros**. Les recettes s'établiraient à **11,77 milliards d'euros** soit un excédent de **290 millions d'euros**, conforme au solde prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Pour **2012** on constate un déficit de 174 millions d'euros, contre 138 millions d'euros selon l'objectif de solde rectifié qui figurait dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Pour **2014**, le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale fixe un objectif de dépense de la branche AT-MP du régime général de **12 milliards d'euros** : compte tenu des produits qui s'élèveraient à **12,1 milliards d'euros**, **le solde positif dégagé en 2014 serait inférieur à 100 millions d'euros.**

SOLDE DE LA BRANCHE AT-MP DU REGIME GÉNÉRAL ENTRE 2007 ET 2013

(en millions d'euros)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Résultat	241	- 713	- 726	- 221	- 174	290	68

L'examen de la trajectoire des comptes de la branche depuis 2008 permet de constater le renoncement que constitue la présentation dans le projet de loi de financement pour 2014 d'un objectif de solde excédentaire en diminution.

L'effondrement des recettes en 2009 a été causé par la crise : d'une année sur l'autre, les produits ont diminué de près de 1 milliard d'euros. Le choix a alors été fait de ne pas augmenter trop rapidement les niveaux des cotisations d'équilibre

afin de préserver les marges des entreprises. Mais **dès 2011, le solde se redressait de 500 millions d'euros**, malgré la fragilité de la reprise économique.

On ne constate pas le même effort aujourd'hui. Votre rapporteur regrette le fait que pour la première fois depuis 2010, **le niveau du solde ne s'améliore pas d'une année sur l'autre**.

Cette situation résulte du choix du Gouvernement de céder, en 2013, à la solution de facilité consistant à diminuer tant les dotations de la branche que celles de l'État versées au FIVA au motif que ce dernier disposait alors d'un fonds de roulement important. Or dès l'année suivante, il est présenté au projet de loi de financement de la sécurité sociale un montant de dotation AT-MP multiplié par 3,8. L'économie aura été de courte vue.

Votre rapporteur considère qu'il ne faut pas seulement de maintenir le solde à l'équilibre mais qu'il est nécessaire de dégager des excédents substantiels pour rembourser les déficits cumulés : leur montant dépasse **2 milliards d'euros**, entièrement portés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

Votre rapporteur considère que cette situation est déresponsabilisante pour la branche : l'endettement n'est pas apparent et n'est pas financé par une ressource affectée. Cette situation est également risquée en cas de remontée des taux d'intérêt, l'ACOSS, contrairement à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) n'ayant pas vocation à emprunter à long terme.

Une **reprise des déficits cumulés par la CADES**, projetée lors de l'examen du projet de loi de financement pour 2011 a été repoussée par le Sénat puis par la commission mixte paritaire.

Trois scénarios de financement ont été évoqués par le Sénateur Jean-Pierre Godefroy, rapporteur de la MECSS du Sénat en juin 2012 :

- 1) L'apurement par augmentation transitoire des recettes, éventuellement étalée sur plusieurs années. Le montant des déficits cumulés pourrait être financé en une année avec une hausse des cotisations de 0,4 points de masse salariale. Une nouvelle hausse de 0,05 point est effective en 2013.
- 2) Le transfert total de ce déficit cumulé à la CADES mais cela revient à faire reposer sur le contribuable une charge qui devrait relever des seuls employeurs.
- 3) La distinction dans ce déficit cumulé entre une partie « conjoncturelle » due à l'effondrement des recettes en 2009 et une partie « structurelle », due à l'insuffisante augmentation des recettes (ou à une partie des transferts). La part conjoncturelle serait transférée à la CADES, la part structurelle mise à la charge des employeurs.

EXAMEN DES ARTICLES RELATIFS AUX ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

La commission a procédé à l'examen des articles relatifs aux accidents du travail et maladies professionnelles au cours de sa deuxième séance du mercredi 16 octobre 2013.

Article 52

Fixation des montants des dépenses de transfert instituées par des dispositions légales à la charge de la branche AT-MP

Le présent article fixe les montants des différentes dotations versées par la branche AT-MP du régime général qui doivent être définis annuellement en loi de financement de la sécurité sociale conformément aux dispositions législatives qui les ont instituées, à savoir :

– pour la contribution au financement du **Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)**, le VII l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

– pour le financement du **Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)**, l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 ;

– pour le **versement à la branche assurance maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des AT/MP**, l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale issu de l'article 54-III de la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002.

1. Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Créé par la loi de financement pour 2001, le FIVA gère un dispositif d'indemnisation alternatif à la voie contentieuse et vise la réparation intégrale et rapide des préjudices subis par l'ensemble des victimes de l'amiante, que l'exposition à cette substance soit d'origine professionnelle ou environnementale.

Pour les salariés relevant du régime AT-MP, le FIVA complète donc l'indemnisation des maladies professionnelles liées à l'amiante. Le fonds est administré par un conseil où figurent des représentants des organismes siégeant à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles du régime général et des membres des organisations nationales d'aide aux victimes de l'amiante.

Les demandes concernent principalement des victimes reconnues en maladies professionnelles du régime général. De 2002 à fin 2012, le FIVA a enregistré 76 350 dossiers de victimes et enregistré 91 000 autres demandes en raison d'aggravation de l'état de la victime ou émanant de ses ayants droits. Le montant total des indemnisations cumulées versées par le FIVA depuis 2002 atteint **3,523 milliards d'euros**.

L'article de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 prévoit que *« le fonds est financé par une contribution de l'État, dans les conditions fixées par la loi de finances, et par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale »*.

Les montants sont fixés par la loi *« sur la base d'un rapport d'activité du fonds établi par son conseil d'administration et transmis au Parlement et au Gouvernement chaque année avant le 1er juillet »*.

Votre rapporteur souligne que ce double financement est la conséquence d'une double responsabilité dans le drame de l'amiante : responsabilité de l'État qui a longtemps failli à ses obligations en matière de santé publique et qui a également tiré profit de l'amiante en tant que maître d'ouvrage ou acteur industriel ; responsabilité des acteurs économiques qui ont utilisé ce matériau peu coûteux mais particulièrement nocif.

Le **I** du présent article fixe le montant de la contribution de la branche AT-MP au financement du FIVA pour l'année 2014 à **435 millions d'euros**.

• *Les montants versés par la branche depuis 2012 varient de façon excessive*

Le montant de dotation proposé est en hausse de 320 millions d'euros par rapport au montant fixé dans la précédente loi de financement de la sécurité sociale (115 millions d'euros). Le montant fixé dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 était en baisse de 200 millions d'euros par rapport à celui figurant dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 (315 millions d'euros). Ces variations considérables contrastent donc avec la régularité des montants versés par le passé.

LES MONTANTS DE DOTATIONS VERSÉS ANNUELLEMENT AU FIVA

(en millions d'euros)

	Dotations de l'État	Part de la dotation État	Dotations AT-MP	Part de la dotation AT-MP	Total dotations
2005	52	21 %	200	79 %	252
2006	47,5	13 %	315	87 %	362,5
2007	47,5	13 %	315	87 %	362,5
2008	47,5	13 %	315	87 %	362,5
2009	47,5	13 %	315	87 %	362,5
2010	47,5	13 %	315	87 %	362,5
2011	47,5	13 %	340	87 %	387,5
2012	47,5	13 %	315	87 %	362,5
2013	0	0 %	115	100 %	115
2014 (prév.)	0	0 %	435	100 %	435

Au motif que le fonds disposait, en 2012, d'un fonds de roulement important, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a en effet proposé une baisse de la dotation de la branche AT-MP de 200 millions d'euros et a porté à zéro le montant de la dotation de l'État.

Ainsi que le montre le tableau ci-dessous, la totalité du report-à-nouveau positif qui s'élevait à près de 300 millions d'euros fin 2012 a été absorbée au cours de l'année 2013.

(en millions d'euros)

	2011	2012	2013 (prévision)	2014 (prévision)
CHARGES	400	481	530	480
PRODUITS	484	433	233	540
Contribution de la CNAM – ATMP	340	315	115	435
Contribution de l'État	48	47	0	0
Autres produits	97	71	118	105
Résultat net	84	-48	-297	60
Résultat cumulé	345	298	1	61

L'étude d'impact jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 indiquait que le résultat cumulé du fonds fin 2013 s'établirait à **142 millions d'euros**, niveau suffisant pour couvrir les besoins du fonds.

Cette prévision était manifestement erronée. Fin 2013, le résultat cumulé du fonds serait proche de **zéro**.

La baisse de 200 millions d'euros en loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 paraît donc rétrospectivement bien imprudente: le fonds pourrait se retrouver en cessation de paiement avant la fin de l'année, même si sa Présidente et sa secrétaire générale, auditionnées par votre rapporteur, se sont montrées confiantes dans la capacité du fonds à faire face à l'ensemble des échéances.

Il reste que des victimes qui verraient le paiement de leurs dossiers d'indemnisation différé au début du prochain exercice budgétaire pourront légitimement penser que le niveau de trésorerie du fonds en est la cause.

Votre rapporteur considère que cette mobilisation imprudente du fonds de roulement du FIVA en 2013 visait à afficher un retour de la branche AT-MP à l'équilibre. Mais la baisse de 200 millions d'euros en 2013 doit être suivie d'une hausse de 320 millions en 2014, il ne s'agissait pas d'une mesure d'économie pérenne.

Dans l'étude d'impact jointe au présent projet de loi de financement, il est annoncé que le résultat cumulé s'établirait à **60 millions d'euros** fin 2014 ce qui permettra d'assurer un fonds de roulement prudentiel garantissant le versement des indemnités. Votre rapporteur considère qu'un tel niveau est peu compatible avec la perspective d'accélération, hautement souhaitable, du délai de traitement des dossiers, et ne tient pas compte des risques de mauvaise anticipation du niveau des demandes d'indemnisation.

- *Le désengagement de l'État*

Votre rapporteur souhaite souligner que la forte variation des montants de la dotation de la branche AT-MP sur trois ans masque mal le désengagement de l'État illustré par l'absence de dotation budgétaire sur deux années consécutives.

Il rappelle en outre la préconisation n° 11 du rapport de la mission commune d'information du Sénat relatif au drame de l'amiante en France consistant à « *déterminer les parts respectives de l'État et de la sécurité sociale au financement des fonds par l'application d'une clé de répartition stable dans le temps* » : elle proposait de fixer la contribution de l'État à 30 %. Ces conclusions ont été reprises en 2012 dans le cadre de travaux conduits par la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de la Haute assemblée. Or, en 2013 et 2014, la part du financement de l'État au FIVA sera égale à zéro.

Votre rapporteur souhaite également souligner que l'État est « mauvais payeur » au titre des sommes qu'il doit rembourser au FIVA en tant qu'ancien employeur. Au bénéfice des victimes, le FIVA engage en effet des actions contre les employeurs afin d'une part d'obtenir la reconnaissance de la faute inexcusable qui permet de majorer la rente AT-MP accordée, et d'autre part de récupérer auprès d'eux le montant des indemnités versées par le fonds. 937 recours

subrogatoires ont été engagés à ce titre en 2012 auxquels s'ajoutent 136 recours spécifiques concernant les agents publics.

Or il existe **une créance du FIVA envers le ministère de la défense** s'élevant à **17 millions d'euros** due au fait qu'il rembourse au FIVA les seules indemnités versées aux ouvriers d'État mais pas les indemnités versées aux militaires, alors qu'il est tenu de le faire en vertu de la décision du Conseil d'État du 4 juillet 2003 Moya-Caville, qui fonde la responsabilité de l'État employeur.

Enfin, votre rapporteur estime que l'État ne doit pas cesser d'accompagner le fonds dans l'amélioration de son fonctionnement. Une mission d'audit conduite en 2008 par l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale des finances a préconisé une réorganisation interne du FIVA pour améliorer le traitement des demandes d'indemnisation et réduire les retards d'instruction et de paiement. En conséquence un contrat de performance a été signé entre l'État et le fonds couvrant les années 2010-2012.

Dans ce cadre, le FIVA, qui dispose d'un effectif de 75 équivalents temps plein travaillés, a renforcé la spécialisation de ses agents. Il a accru la formalisation des procédures, afin de permettre leur standardisation. Entré en production en juin 2011, un nouveau système informatique a sécurisé les opérations et raccourci les temps de réalisation. Le FIVA a ainsi pu diminuer le stock des dossiers non traités.

Mais les délais moyens de présentation des offres d'indemnisation ne s'améliorent pas significativement depuis trois ans. En 2012, le délai moyen est de 11 mois contre 9 mois et 3 semaines en 2011, toutes catégories de demandes confondues. Pour les pathologies malignes, il est de 8 mois et une semaine en 2012 contre sept mois en 2011 et six mois et deux semaines en 2010.

Plus d'un an après le terme de ce contrat d'objectif et de performance, **votre rapporteur regrette donc le retard pris par l'État pour définir un nouveau partenariat avec le FIVA**. Il estime qu'il conviendra d'engager le fonds prioritairement dans la voie de l'amélioration de la relation avec les victimes. Il conviendra également d'achever les chantiers de modernisation du fonctionnement par la simplification des procédures, la mise en place d'un contrôle interne et la généralisation de la gestion électronique des documents.

2. Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante

Le **II** du présent article fixe pour 2014 la contribution de la branche AT-MP au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).

Une allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) a été instaurée par l'article 41 de loi de financement de la sécurité sociale pour 1999.

Trois catégories de salariés et anciens salariés sont concernés :

– les salariés ou anciens salariés d'établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante ou d'établissements de flochage ou de calorifugeage à l'amiante, figurant sur des listes établies par arrêté (liste 1) : environ 302 millions d'euros ont été versés à ce titre en 2012 ;

– les salariés ou anciens salariés d'établissements ou de ports et exerçant des métiers de la construction et de la réparation navales, ainsi que des ouvriers dockers professionnels et des personnels portuaires assurant la manutention, figurant également sur des listes établies par arrêté (liste 2) : environ 184 millions d'euros ont été versés à ce titre en 2012 ;

– 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 figurant sur une liste établie par arrêté : environ 88 millions d'euros ont été versés à ce titre en 2012.

La durée moyenne de présence dans le fond est de cinq ans. L'âge d'entrée dans le dispositif est établi en soustrayant à l'âge de 60 ans le tiers de la durée de travail effectuée dans les établissements concernés sans pouvoir être inférieur à 50 ans. Le versement est interrompu dès que le bénéficiaire remplit les conditions pour bénéficier d'une retraite à taux plein. Les bornes dérogatoires de 60 ans en cas de carrière complète et de 65 ans en cas de carrière incomplète sont maintenues.

La Caisse des dépôts et consignations (CDC) assure la gestion financière du fonds qui finance l'allocation versée ainsi que les cotisations d'assurance vieillesse et de retraite complémentaire des bénéficiaires.

La branche AT-MP est en charge de l'examen des dossiers et du versement de l'allocation, du versement à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) des cotisations volontaires d'assurance vieillesse et du versement des avances au fonds dans la limite de la contribution prévue par la loi de financement.

Les ressources du fonds sont constituées d'une fraction des droits à tabac, de la contribution de la branche AT-MP du régime général fixée annuellement en loi de financement et d'une contribution de la branche AT-MP du régime des salariés agricoles dont le montant est fixé chaque année par arrêtés des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture.

Le tableau ci-dessous présente l'évolution des produits du fonds depuis 2007.

LES PRODUITS DU FCAATA

(en millions d'euros)

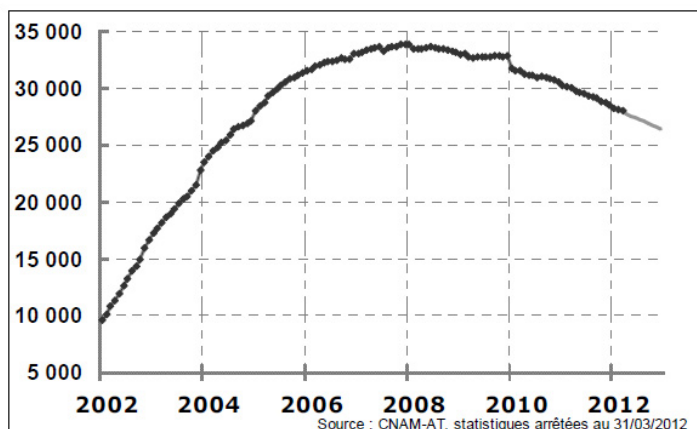
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Contributions de la branche AT-MP du régime général	800	850	880	880	890	890	890	821
Fraction des droits sur les tabacs	29,4	30,3	31,1	32,6	34	34	34	34,2
Contribution MSA			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Contribution des entreprises	32,5	34,4	-2,7	-4,8	-0,6	-0,8		
Produits financiers	385	564	189	46				
Reprise sur provisions		930	6114	394				
Total	862,3	916,2	915	905,5	924	925	926	855,5

Créée en 2005, une contribution était versée par les entreprises qui ont employé des travailleurs exposés à l'amiante. Elle a été supprimée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 en raison de son rendement peu élevé et de son recouvrement souvent difficile : il était la source de nombreux contentieux qui ont occasionné des remboursements significatifs.

Si le nombre d'allocataires a augmenté fortement pendant la montée en charge du dispositif, passant de 3 785 en 2000 à 33 059 en 2006, les flux de bénéficiaires partant en retraite dépassent celui des nouveaux inscrits depuis 2008. On constate une baisse de 6 % entre 2010 et 2011. Au 31 juillet 2013, 27 185 personnes bénéficient du dispositif.

Cette évolution, illustrée par le graphique ci-dessous, permet de prévoir une baisse régulière des besoins financiers du fonds dans les années à venir : ceci constituerait une source pérenne d'économies pour la branche AT-MP.

NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE L'ACAATA EN FIN DE MOIS



Selon la commission des comptes de la sécurité sociale, les charges relatives aux allocations ont baissé de 4,6 % en 2012, en raison de la conjonction de la baisse de 6,5 % du nombre d'allocataires et de la revalorisation de 2,1 % des allocations servies, qui évoluent chaque année au 1er avril au même rythme que les pensions de retraite. Les charges devraient diminuer de 6,8 % en 2013, à raison d'une baisse de 8,1 % du nombre d'allocataires et d'une augmentation de 1,5 % de la masse des allocations servies. Cette baisse pourrait être de 5,7 % en 2014.

Initialement déficitaire en raison d'avances de fonds opérées par la CNAM à sa création, le fonds est revenu à l'équilibre depuis 2011 et rembourse les avances initiales. En conséquence, le niveau de la dotation AT-MP peut être diminué en 2014.

Le **II** du présent article propose ainsi de fixer pour 2014 un niveau de la dotation de **821 millions d'euros**, soit une baisse de 7,75 % par rapport aux niveaux de dotations des années 2012 et 2013 (890 millions d'euros).

3. Le versement à l'assurance maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles

Le **III** du présent article a pour objet de fixer à **790 millions d'euros** pour l'année 2014 le montant du reversement de la branche AT-MP vers la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

L'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale prévoit ce reversement forfaitaire annuel, afin de compenser les dépenses indûment supportées par la branche maladie du fait de la non prise en charge par la branche AT-MP des maladies professionnelles, et, en vertu de l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, des accidents du travail.

La déclaration d'un accident du travail est une obligation pour l'employeur. La maladie professionnelle est, elle, le plus souvent déclarée par sa victime, puis reconnue par les caisses d'assurance maladie. La sous-déclaration des maladies professionnelles provient donc majoritairement du comportement des victimes et des praticiens de santé qui n'établissent pas le lien entre l'état de santé et les risques professionnels. Elle peut manifester également l'inadéquation des tableaux de maladies professionnelles ou des procédures complémentaires de reconnaissance.

En conséquence peuvent être indûment imputés à la branche maladie les charges occasionnées par des soins en ville ou à l'hôpital ou par le versement d'une pension d'invalidité.

• *Les modalités de fixation du montant*

L'article 30 de la loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997 prévoyait la fixation des modalités de calcul du montant du versement par décret « *après avis d'une commission présidée par un magistrat à la Cour des comptes et concertation avec la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles* ».

La loi de financement pour 1997 avait fixé à titre provisionnel le montant de ce versement à 1 milliard de francs (137,20 millions d'euros). Ce montant est alors resté stable jusqu'à la modification des dispositions des articles L. 176-1 et L. 176-2 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 : désormais la commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes dépose au Parlement, tous les trois ans, un rapport « *évaluant le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles* », après avis de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Cette modification a certes permis d'accroître la transparence des modalités d'établissement de la base de calcul pour la détermination du montant du transfert mais le niveau du transfert a concomitamment été très fortement accru, comme le tableau ci-après permet de le constater.

**VERSEMENT DE LA BRANCHE AT-MP
À LA BRANCHE MALADIE DU RÉGIME GÉNÉRAL**

(en millions d'euros)

Objet	Année	Montant
Maladies professionnelles	1997	137,20
	1998	138,71
	1999	140,38
	2000	141,02
	2001	144,06
Maladies professionnelles + accidents du travail	2002	299,62
	2003	330,00
	2004	330,00
	2005	330,00
	2006	330,00
	2007	410,00
	2008	410,00
	2009	710,00
	2010	710,00
	2011	710,00
	2012	790,00
2013	790,00	
	<i>2014 (prévision)</i>	790,00

Source : Ministère des affaires sociales et de la santé.

Le Parlement a pu fixer des montants de versement en se fondant sur des estimations fournies, selon un rythme triennal, par les conclusions de cette commission nourries de différents travaux épidémiologiques.

Selon le dernier rapport remis par cette commission, en juin 2011, le coût de la sous-déclaration pour la branche maladie du régime général est estimé dans une fourchette de 587 à 1 110 millions d'euros, soit un ordre de grandeur légèrement supérieur à celui de 2008, qui mentionnait un coût allant de 564 à 1 015 millions d'euros.

Les coûts les plus importants de la sous-déclaration proviennent des cancers d'origine professionnelle. La sous-déclaration en matière de troubles musculo squelettiques semble en diminution du fait des campagnes d'information qui ont permis aux victimes et à leurs praticiens de mieux établir le lien entre l'activité professionnelle et ces affections.

Les conclusions du rapport présenté en 2011 ont conduit à augmenter de 11,3 % le montant du transfert au titre de 2012 par rapport au montant de 2011, en le portant à 790 millions d'euros au lieu de 710 millions d'euros. Ce montant a été maintenu en 2013.

En l'absence d'actualisation des conclusions de cette commission qui remettra son nouveau rapport en 2014, le montant du versement est donc maintenu à son niveau de 2013.

- *Un montant contesté*

Selon les travaux de cette commission, depuis 2008, on peut noter des évolutions dans les domaines de l'information et de la sensibilisation des travailleurs aux risques professionnels avec la mise à disposition du document unique d'évaluation des risques. Afin de sensibiliser les praticiens de santé, la CNAMTS a lancé deux campagnes d'information conduites par les délégués de l'assurance maladie auprès des médecins traitants; l'une en 2008 sur les maladies professionnelles, l'autre en 2011 sur les troubles musculo squelettiques. Elle a également développé des modules de formation sur les risques professionnels à destination des médecins, dans le cadre de la formation professionnelle conventionnelle. Un outil internet à l'attention des médecins traitants a été mis en ligne en mai 2011 sur le site *ameli.fr*. Il permet d'établir un lien entre les métiers et les pathologies répertoriées dans les tableaux de maladies professionnelles.

Pourtant, malgré ces progrès, dont certains sont anciens, le montant du versement n'est pas diminué : un soupçon peut donc peser sur finalité ou le niveau du transfert. Certains partenaires sociaux auditionnés par votre rapporteur ont considéré qu'il pourrait être fixé en fonction des ressources de la branche AT-MP et donc principalement dans le but de limiter le déficit, considérable, de la branche maladie.

Dès lors, l'augmentation régulière du montant du transfert (de 330 millions en 2003 à 790 millions d'euros en 2013) ne peut s'expliquer au regard de la diminution à long terme des accidents du travail, de la meilleure reconnaissance des maladies professionnelles, du caractère avantageux du système français de reconnaissance des maladies professionnelles et des efforts importants menés par la branche AT-MP et le réseau de la CNAM pour sensibiliser les professionnels de santé et les médecins conseils aux problématiques des maladies professionnelles.

Votre rapporteur fait donc faire siennes les conclusions de l'accord interprofessionnel du 28 février 2006 sur la gouvernance en santé au travail qui prévoyaient que « *les organisations professionnelles d'employeurs et les organisations syndicales de salariés (puissent) apprécier la validité (de ces transferts au regard de critères clairs et objectifs* », qui seraient définis par les responsables de la branche AT-MP eux-mêmes.

*

* *

La Commission est saisie de l'amendement AS356 de M. Laurent Marcangeli, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles.

M. Laurent Marcangeli, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. Pour la deuxième année consécutive, l'État ne prévoit en loi de finances aucune dotation pour l'indemnisation des victimes de l'amiante, alors qu'il versait à ce titre 47 millions d'euros par an jusqu'en 2012. La loi organise pourtant la contribution de l'État, qui assume ainsi sa responsabilité dans le drame de l'amiante. Ce désengagement équivaut à un transfert de charges indu vers la branche AT-MP du régime général. Je vous invite donc à placer le Gouvernement face à ses responsabilités en réduisant la dotation de la branche à due concurrence, ce qui ramènera son montant à 388 millions d'euros – bien plus, au demeurant, que les 115 millions votés en 2013, lorsque le Gouvernement a imprudemment mobilisé tout le fonds de roulement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA). Grâce au montant que je vous propose, le niveau du fonds de roulement sera en tout état de cause plus élevé fin 2014 qu'aujourd'hui.

M. Christian Hutin. Le drame de l'amiante est un scandale d'État. L'État y porte une terrible responsabilité. La sanctuarisation des deux fonds – le FCAATA, le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, et le FIVA – représente donc une exigence morale, politique et financière, globalement respectée jusqu'à présent. L'année dernière, j'avais interrogé le ministre en séance et nous étions tous convenus qu'il n'était guère conforme aux principes de saine gestion de disposer, dans les circonstances actuelles, d'un fonds de roulement de 200 millions d'euros dont nous n'étions pas certains qu'il serait utilisé.

La pérennisation des deux fonds est garantie, conformément à notre devoir vis-à-vis des victimes. La loi nous assure que l'État les abondera quoi qu'il arrive. L'amendement risque en revanche d'entraîner une baisse supplémentaire de la contribution des caisses par rapport à ce qui est prévu. Évitions de créer une nouvelle source d'angoisse chez des malades déjà victimes d'un préjudice d'anxiété qui vient d'être reconnu. Même s'il nous faudra en demander la confirmation au Gouvernement en séance publique, nous pouvons faire confiance à l'État pour pérenniser les fonds.

M. Denys Robiliard. Au prétexte de placer le Gouvernement devant ses responsabilités, ne nous défaçons pas des nôtres ! Si nous réduisons le montant de la contribution de la branche AT-MP au FIVA, l'article 40 ne nous permettra pas d'accroître d'autant le concours de l'État par voie d'amendement. En d'autres termes, la diminution est assurée, mais sa compensation par le Gouvernement ne

l'est nullement. En ce qui me concerne, je ne suis pas disposé à me dérober à ma responsabilité de parlementaire à l'égard des victimes de l'amiante.

M. Bernard Accoyer. Il s'agit ici, en réduisant la dotation provenant de la branche AT-MP de l'assurance maladie, de détendre les comptes sociaux pour tendre les comptes de l'État. Mieux vaudrait, en effet, éviter de pressurer à l'excès la branche AT-MP, exclusivement financée par l'appareil de production. Il est d'autant plus regrettable que l'État, pour la deuxième année consécutive, omette de participer au financement du fonds. Ne lui jetons pas la pierre a posteriori, car la situation n'est pas facile. Mais il est naturel qu'il continue de financer le fonds, selon une juste répartition de la responsabilité. Or, dans le texte gouvernemental, l'État se défausse à nouveau sur l'appareil de production, que nous devons pourtant absolument éviter d'écraser de cotisations dans la période de chômage élevé que nous connaissons, y compris pour sauvegarder les recettes de la sécurité sociale. Je voterai donc l'amendement.

M. Jean-Marc Germain. Pas moi ! Je comprends votre démarche, monsieur le rapporteur, mais je suis d'accord avec MM. Hutin et Robiliard : ne prenons pas en otages ceux qui ont besoin d'aide parce qu'ils ont été meurtris dans leur chair en exerçant leur métier ! Si nous voulons parler répartition de crédits entre l'État et la sécurité sociale, faisons-le donc sur d'autres sujets que le FIVA.

M. Jean-Pierre Door. L'on s'apprête à mettre à la charge des entreprises, par l'intermédiaire de la branche AT-MP, les 47 millions d'euros manquants. D'autre part, nous aurons fin 2014 un excédent de 60 millions d'euros : le FIVA n'est pas déficitaire. Il convient donc de rappeler au Gouvernement que l'État doit prendre ses responsabilités. Il n'est pas logique que la branche AT-MP alimente le fonds en permanence. En réduisant sa contribution à due concurrence, l'amendement ne met pas à mal le FIVA. Je le voterai donc.

M. Laurent Marcangeli, rapporteur. L'État se défausse de ses responsabilités : c'est une réalité. Sans l'impulsion parlementaire, il ne reviendra pas sur sa décision, qui prive le FIVA de 90 millions d'euros sur deux ans. En outre, le ministère de la défense, qui a joué un rôle majeur dans le drame de l'amiante, est aux abonnés absents ; chaque année, des millions d'euros ne sont pas versés. Les entreprises, elles, font ce qu'elles ont à faire !

M. Bernard Accoyer. Je le répète, la branche AT-MP est exclusivement financée par les cotisations des entreprises, ce qui est normal. Il ne s'agit donc pas tout à fait du régime général. Disons-le clairement : le Gouvernement fait passer en douce une hausse de 47 millions d'euros de ces cotisations ! Notre rôle est de défendre les citoyens, c'est-à-dire leurs emplois, c'est-à-dire les entreprises. Rien ne justifie que l'État se dispense de respecter la loi. Alors que des parlementaires ont voté cette disposition, d'autres parlementaires accepteraient qu'elle ne soit pas respectée ! Il en va des relations entre l'exécutif et le législatif ; cela n'a rien d'anodin.

M. Jean-Marc Germain. Ne rouvrons pas le débat sur les responsabilités en jeu dans l'affaire de l'amiante. Tous les rapports convergent au moins sur un point : la responsabilité des employeurs – et celle de notre système de gestion des risques professionnels, qui les laisse choisir de mettre ou non les travailleurs au contact de l'amiante, indépendamment des recommandations, du contrôle et des sanctions de l'État. La question de la responsabilité de l'État et celle des responsabilités individuelles sont beaucoup plus complexes. Dès lors, sur le principe, il n'est pas choquant que la cotisation employeur finance le fonds.

En réduisant les moyens du FIVA, nous suggérerions aux victimes que leur indemnisation va diminuer parce que nous ne nous accordons pas sur les modalités de financement du fonds. Nous devons absolument éviter cela.

M. Bernard Accoyer. Ne mélangeons pas tout. Nous sommes tous solidaires avec les victimes de l'amiante. Mais certaines travaillaient dans des entreprises privées, d'autres dans des entreprises nationalisées, en particulier sur des chantiers navals où l'on construisait des porte-avions et des sous-marins et où le confinement rendait l'air respiré particulièrement nocif. Il en va de l'autorité de l'État, du contrôle qu'il exerce, de la responsabilité des exécutifs successifs, de celle du législateur. En somme, il s'agit d'une responsabilité collective même si, dans certains cas – dont la justice est saisie –, l'entreprise est plus lourdement responsable.

Cette catastrophe sanitaire a révélé peu à peu toute son horreur. Nombreux étaient ceux qui connaissaient l'effet cancérogène de l'amiante il y a quarante ou cinquante ans. Mais ce n'est qu'avec le temps que l'on a mesuré son caractère constamment cancérogène, alors que l'on croyait auparavant à l'existence de cofacteurs significatifs. L'ampleur du phénomène, sa gravité, l'effet direct de l'inhalation de particules d'amiante sur le développement de maladies professionnelles abominables et mortelles n'ont été découverts que plus tard, un peu comme s'il s'agissait d'une pathologie émergente.

De grâce, faisons la part de la responsabilité collective, de la grave responsabilité de certaines entreprises, et de notre propre responsabilité de législateur, qui nous impose de sauver l'équilibre du financement des régimes de sécurité sociale et de leurs branches. Un prélèvement supplémentaire de 47 millions d'euros sur les entreprises, dans notre économie totalement ouverte, c'est du chômage en plus ; cela se calcule facilement !

M. Francis Vercamer. Ancien vice-président de la mission d'information sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante, j'ai évité jusqu'à présent de prendre la parole, car les victimes de l'amiante, nombreuses dans certaines entreprises de ma circonscription, ont besoin de sérénité.

Je suis surpris du débat que suscite l'amendement et choqué que l'État ne prenne pas ses responsabilités. Le FIVA a été créé pour aider les victimes de

l'amiante, d'où qu'elles viennent – entreprises privées, mais aussi et surtout chantiers navals où l'on déchargeait à la pelle l'amiante venu du Canada, de sorte que c'est dans les ports que la situation est la plus dramatique. L'État doit donc assumer ses responsabilités, mais faut-il pour autant réduire les crédits de la branche AT-MP ? Quoi qu'il en soit, dans ce domaine, nous devons faire preuve d'unité, car l'État français, toutes tendances politiques confondues, a déjà failli à son devoir en attendant 1997, soit beaucoup plus tard que les autres pays, pour interdire l'amiante, dont l'effet cancérigène était connu depuis à peu près un siècle.

Je ne voterai pas cet amendement, qui donne un signal défavorable, mais l'État doit apporter sa contribution, conformément à ses engagements.

M. Christian Hutin. Monsieur Vercamer a raison de réclamer de la sérénité dans ce débat où il est délicat de parler d'argent compte tenu des drames humains en jeu. Ne mélangeons pas tout, ne serait-ce que par respect pour les victimes ! L'amiante est en effet un scandale d'État et les associations de défense des victimes défilaient encore le 12 octobre dernier pour réclamer un procès pénal qu'elles attendent depuis longtemps – durant des années, les industriels du comité permanent amiante ont « intoxiqué » la représentation nationale et les gouvernements afin de continuer leurs activités ! L'État ne doit pas se désengager, mais je ne crois pas qu'il le fasse : il apporte sa garantie, et il serait peu sérieux de retirer 47 millions d'euros du FIVA, même si sa directrice affirme que le financement du fonds est assuré jusqu'à l'année prochaine. Les deux fonds doivent impérativement être maintenus.

M. Michel Liebgott. Nous ne devons pas oublier notre responsabilité collective dans ce dossier – pensons qu'il y a encore quelques années les pouvoirs publics envisageaient de faire désamianter un navire dans un pays lointain. S'agissant des maladies professionnelles et des accidents du travail, la priorité doit être donnée à la prévention plutôt qu'à la réparation. Cela n'a pas été le cas pendant trop longtemps : il n'est qu'à considérer le nombre de terrains pollués délaissés. Ne baissons pas la garde à un moment où certaines entreprises réussissent à presque éliminer les accidents au travail.

M. Jean-Louis Roumegas. Il ne faut pas opposer les financements provenant de la branche AT-MP à ceux de l'État, car les deux sont nécessaires au vu de l'immensité des besoins, et il conviendrait de traiter plus rapidement les dossiers d'indemnisation.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle en vient à l'amendement AS205 de M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Nous souhaitons rétablir la contribution des entreprises au financement des fonds de l'amiante, introduite par la loi de financement de la sécurité sociale en 2005 et abrogée en 2009. Elle visait à prendre

en compte la responsabilité des entreprises dans ce fléau sanitaire à l'origine des dépenses du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), mais elle avait été supprimée au motif que son rendement était peu élevé depuis le début. De nombreux rapports parlementaires préconisent de la rétablir en simplifiant les modalités de son recouvrement et en augmentant son montant.

Les entreprises contributrices sont celles où des travailleurs ont été exposés au transport, à la fabrication et à la transformation de l'amiante ; elles sont inscrites sur une liste qui ouvre droit au bénéfice du fonds. Il y a lieu d'actualiser cette liste et d'y intégrer les entreprises actives depuis de nombreuses années dans les services de diagnostic et de désamiantage et dont les personnels, soumis à une exposition chronique à l'amiante, peuvent devenir les malades de demain.

M. Laurent Marcangeli, rapporteur. Il ne me paraît pas utile de revenir sur la suppression de la contribution des entreprises au financement du FCAATA, car son rendement était effectivement faible et son recouvrement très lourd. Le rétablissement de cette contribution n'assouvirait pas l'ambition de faire davantage supporter à l'entreprise ayant exposé ses salariés à l'amiante le coût occasionné par le développement de pathologies. Les procédures de reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur, applicables à 40 % des dossiers, sont plus adaptées. Les entreprises financent déjà le FCAATA, à hauteur de 821 millions d'euros cette année, par le biais d'une contribution de la branche AT-MP : cette charge se trouve répartie entre l'ensemble des entreprises et il ne convient pas de l'alourdir. En outre, il paraît inopportun de multiplier les systèmes de préretraite, celui lié à l'amiante étant souvent détourné de son objet pour être utilisé dans des plans de restructuration. J'émet donc un avis défavorable à cet amendement.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle étudie l'amendement AS178 de M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Cet amendement réitère la demande, formulée lors de l'examen du projet de loi de financement pour 2013, de la remise d'un rapport – attendue depuis le 1^{er} juillet dernier – évaluant l'amélioration des conditions de traitement des dossiers des victimes de l'amiante pour l'accès au FCAATA et examinant l'incidence sur le financement du fonds de l'indemnisation des victimes ayant œuvré sur des chantiers de désamiantage. Le Gouvernement avait pourtant estimé cette requête légitime et avait reconnu le caractère inéquitable du mode d'accès au fonds. Ce régime a en effet pu bénéficier à des salariés dont le degré d'exposition à l'amiante avait été beaucoup plus faible que celui de travailleurs qui n'ont pas été inscrits sur la liste ouvrant droit à la cessation anticipée d'activité.

Plusieurs pistes de réforme ont été avancées : en 2008, Jean Le Garrec avait remis un rapport préconisant notamment d'élargir les possibilités d'accès individuel

au fonds, en fonction des métiers exposant à l'amiante. Il serait urgent que le Gouvernement se prononce à son tour.

M. Christian Hutin. M. Roumegas a de bonnes lectures : il reprend là mon amendement de l'an dernier, tendant à étudier la possibilité d'une indemnisation des intérimaires et des salariés des sous-traitants. Le rapport demandé accuse du retard, mais un inspecteur général de l'Inspection générale des affaires sociales, M. Pierre Ricordeau, y travaille depuis deux mois et demi ; je l'ai invité, en tant que président du groupe d'études sur l'amiante, à une réunion d'étape qui se tiendra à la fin du mois de novembre. De nombreuses entreprises travaillent en effet dans le domaine du désamiantage, monsieur Roumegas, et, si la plupart exécutent cette tâche avec beaucoup de précautions, il n'est pas exclu que certains salariés contractent une maladie professionnelle. Attendons cependant la remise du rapport pour affiner votre proposition, étant entendu que l'on ne peut être contre le principe qui la sous-tend.

M. Jean-Marc Germain. Je soutiens l'amendement présenté par M. Roumegas, ne serait-ce que pour débattre en séance publique de l'état de ce dossier avec Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé. Il importe d'avancer au plus vite sur ce dossier.

M. Bernard Accoyer. Les victimes de l'amiante vivent un drame pour lequel nous éprouvons tous une grande compassion, mais, comme il n'existe pas de problème de financement de leur indemnisation, il semble contre-productif de demander aux entreprises d'acquitter un prélèvement supplémentaire alors que notre pays est confronté à une grave désindustrialisation et à une crise de l'investissement. Cet amendement m'apparaît donc dangereux.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Monsieur Accoyer, cet amendement évoque la remise d'un rapport, pas le rétablissement de la contribution des entreprises supprimée en 2009.

M. Bernard Accoyer. En effet, veuillez m'excuser.

M. Laurent Marcangeli, rapporteur. Le texte de l'amendement confond l'indemnisation des victimes de l'amiante par le FIVA et l'accès à une préretraite servie par le FCAATA aux travailleurs exposés à l'amiante, mais qui ne développeront pas forcément de pathologie.

M. Christian Hutin. Comme l'expliquait M. Germain, il serait néanmoins opportun de voter sur le principe de cet amendement, afin que nous ayons une discussion en séance publique sur ce nouveau sujet du traitement des personnes exposées à l'amiante dans le cadre des chantiers de désamiantage.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Monsieur Roumegas, nous comprenons bien l'esprit de votre amendement, qui vise à ce que le Gouvernement

remette un rapport qu'il devait transmettre le 1^{er} juillet dernier ; sa rédaction pose néanmoins une difficulté et nous ne pouvons pas nous prononcer sur un amendement mal conçu.

M. Jean-Louis Roumegas. Veuillez m'excuser, monsieur le rapporteur et madame la présidente, mais je maintiens mon amendement car je ne suis pas persuadé que sa rédaction soit erronée.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Procédons donc au vote de cet amendement qui a reçu un avis défavorable du rapporteur.

La Commission adopte l'amendement.

La Commission adopte l'article 52 modifié.

Article 53

(article L. 412-8 du code de la sécurité sociale)

Extension aux marins des droits attachés à la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur

L'article L. 451-1 du code de la sécurité sociale prévoit l'immunité civile de l'employeur en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles (AT-MP) et la réparation automatique et forfaitaire du dommage par le régime de sécurité sociale. Des dispositions de même portée régissent le régime de sécurité sociale spécifique des marins géré par l'Établissement national des invalides de la marine (ENIM) et organisé par le décret-loi du 17 juin 1938 relatif à la réorganisation et à l'unification du régime d'assurance des marins.

Dans le régime général, il est cependant fait exception à ce principe lorsque le sinistre trouve sa cause dans la faute inexcusable de l'employeur. Celle-ci est constituée lorsque l'employeur a manqué à son obligation de sécurité alors qu'il a ou doit avoir conscience du danger auquel est exposé le salarié et qu'il ne prend pas les mesures nécessaires pour l'en préserver.

Dans ce cas, en vertu de l'article L. 452-1, la victime a droit à une indemnité complémentaire par majoration automatique de la rente AT-MP mais elle peut également demander à l'employeur, devant le tribunal des affaires de la sécurité sociale (TASS), la prise en charge de certains chefs de préjudice complémentaires limitativement énumérés à l'article L. 452-31⁽¹⁾. En outre, par la décision n° 2010-8 QPC du 18 juin 2010, le Conseil constitutionnel a considéré que le principe constitutionnel de responsabilité autorise la victime à demander un complément d'indemnisation pour l'ensemble des préjudices non couverts par le livre IV du code de la sécurité sociale.

Cependant le décret-loi du 17 juin 1938 ne prévoit cependant aucun recours du marin contre l'armateur en raison de sa faute inexcusable et les dispositions de coordination de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale font obstacle à l'extension de ce recours aux travailleurs relevant d'un contrat d'engagement maritime. Par la décision n° 2011-127 QPC du 6 mai 2011 le Conseil constitutionnel a considéré que ces restrictions sont contraires au principe constitutionnel de responsabilité.

Le présent article se borne à tirer les conséquences de cette décision afin de rendre applicable aux marins les dispositions relatives à la faute inexcusable de l'employeur prévues au livre IV du code de la sécurité sociale.

(1) Il s'agit de la souffrance physique et morale, du préjudice esthétique et d'agrément et du préjudice résultant de la perte ou de la diminution des possibilités de promotion professionnelle.

1. La situation spécifique des marins ne justifie pas qu'ils ne puissent rechercher la faute inexcusable de l'employeur

L'article 2 du décret-loi du 17 juin 1938 prévoit l'affiliation obligatoire « à la caisse générale de prévoyance, (des) marins français ou étrangers dont les services donnent lieu à cotisations à la caisse de retraites des marins » ainsi que des « marins étrangers embarqués sur un navire français ». Ce régime relève aujourd'hui de la caisse générale de prévoyance (CGP) de l'ENIM.

Il institue une couverture particulière du risque AT-MP des marins dont l'équilibre est adapté à la particularité des risques auxquels sont exposés les « travailleurs de la mer ».

- *Une couverture spécifique du risque AT-MP*

Ce régime spécifique institue certes des obligations propres à l'employeur dont sont dispensés les employeurs relevant du régime général : à titre d'exemple, le décret du 17 juin 1938 prévoit la prise en charge par l'armateur pendant le premier mois d'arrêt de travail du marin tant des soins que des salaires des marins « blessés au service du navire ou tombés malades pendant le cours de l'embarquement après que le navire a quitté le port ». L'ENIM prend en charge les soins dès le jour du débarquement du marin et les salaires à compter du lendemain du débarquement.

Il existe cependant de nombreux cas d'exonération de la prise en charge des soins et salaires par l'armateur à la suite d'un accident du travail maritime ou d'une maladie en cours de navigation dans les cas où les victimes sont propriétaires ou copropriétaires des navires sur lesquels se déroulent les sinistres : l'ENIM prend en charge l'ensemble des indemnisations dans ces cas.

Surtout, le régime des marins ne comporte pas de cotisation patronale spécifique correspondant à la couverture des risques d'accident du travail maritime. Il n'y a donc pas de tarification du risque comparable à celle du régime général.

L'employeur (capitaine, patron ou armateur) est seulement soumis à une obligation de déclaration, dans les meilleurs délais, de l'accident du travail ou de la maladie en cours de navigation. La déclaration entraîne une procédure de qualification objective des faits par l'ENIM qui aboutit ensuite à la décision de prise en charge des frais soit par l'ENIM soit par l'armateur, au titre de l'accident du travail ou de la maladie en cours de navigation.

L'indemnisation du préjudice permanent est alors moins favorable que dans le régime général : le marin ne perçoit aucune indemnisation en cas d'invalidité inférieure à 10 % alors que le régime général prévoit, dans ce cas, une indemnisation en capital.

Les particularités de la couverture du risque AT-MP des marins s'expliquent par l'existence de risques résultant du milieu même où se développent les activités maritimes. Il semble difficile dès lors d'isoler un risque proprement industriel à l'image de celui sur lequel a été bâti le régime d'assurance AT-MP défini au livre IV du code de la sécurité sociale.

Le nombre d'accidents du travail est ainsi en moyenne deux fois supérieur chez les marins à celui constaté pour les assurés du régime général. À la fin de la décennie 2000, le taux est de 77,6 pour 1 000 chez les marins contre 38 pour 1 000 dans le régime général.

Saisi de la constitutionnalité des dispositions qui écartent les marins du régime défini au code de la sécurité sociale, le Conseil constitutionnel a rappelé que le principe d'égalité ne s'oppose ni à ce que le législateur règle de façon différente des situations différentes, ni à ce qu'il déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général, pourvu que, dans l'un et l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport direct avec l'objet de la loi qui l'établit. Ces motifs l'ont conduit à considérer que les spécificités du régime AT-MP des marins ne sont pas, par elles-mêmes, contraires à la constitution.

Dans la décision du 6 mai 2011 précitée, le Conseil constitutionnel a ainsi considéré qu'eu égard aux conditions particulières dans lesquelles les marins exercent leurs fonctions et aux risques auxquels ils sont exposés, il est loisible au législateur de prévoir que l'indemnisation des marins victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles est soumise à des dispositions particulières dérogeant aux dispositions de droit commun prévues, en cette matière, par le code de la sécurité sociale : par elle-même, une telle dérogation ne méconnaît pas le principe d'égalité devant la loi.

- *L'absence de voie de recours en cas de faute inexcusable de l'employeur*

En cas de faute inexcusable de l'employeur, un marin ou ses ayants-droits qui engageraient un recours devant les juridictions de droit commun se voient opposer l'irrecevabilité du recours en vertu de l'article 20 du décret-loi du 17 juin 1938 qui restreint la faculté de recours judiciaires aux seuls cas où l'accident est causé par une personne autre que l'employeur ou ses préposés. L'action récursoire susceptible d'être engagée contre l'auteur du dommage est ainsi limitée aux seules personnes ayant la qualité de tiers.

Quelle que soit la gravité des imprudences de son armateur ou de son capitaine, notamment en cas de méconnaissance grave des règles de sécurité, le marin ou sa veuve doivent se contenter de la réparation forfaitaire servie l'ENIM. L'armateur et ses préposés peuvent seulement être appelés à répondre devant les tribunaux de leur faute intentionnelle.

En conséquence, le Conseil constitutionnel a assorti sa décision du 6 mai 2011 d'une réserve fondée sur le principe constitutionnel de responsabilité. Il a considéré que le régime AT-MP spécifique des marins ne saurait faire obstacle à ce qu'un marin victime, au cours de l'exécution de son contrat d'engagement maritime, d'un accident du travail imputable à une faute inexcusable de son employeur puisse demander, devant les juridictions de la sécurité sociale, une indemnisation complémentaire dans les conditions prévues par le chapitre 2 du titre V du livre IV du code de la sécurité sociale.

Selon le Conseil constitutionnel, les obstacles d'ordre législatif existants portent « *une atteinte disproportionnée au droit des victimes d'actes fautifs* ».

2. Un dispositif nécessaire mais insuffisamment évalué

Le législateur est donc appelé à mettre en conformité avec la décision du Conseil constitutionnel les dispositions de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale organisant la coordination entre son livre IV, relatif aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, et le décret-loi du 17 juin 1938.

En effet, dans sa rédaction actuelle, le 8^e de l'article L. 412-8 étend le bénéfice des dispositions du livre IV aux « *personnes mentionnées à l'article 2 du décret-loi du 17 juin 1938 relatif à la réorganisation et à l'unification du régime d'assurance des marins* » mais l'application est en restreinte aux « *accidents du travail et les maladies professionnelles survenus en dehors de l'exécution du contrat d'engagement maritime* » (CEM) ce qui écarte, de fait, la totalité des affiliés de l'ENIM.

En conséquence, le présent article supprime cette restriction et précise expressément que ces dispositions sont applicables « *pour la reconnaissance et l'indemnisation des accidents et les maladies professionnelles imputables à une faute inexcusable de l'employeur* ».

• Les incertitudes entourant le coût de la mesure

Une mise en œuvre par voie de décret est expressément prévue. Il conviendra en effet de transposer dans le décret-loi du 17 juin 1938 les dispositions en matière de faute inexcusable de l'employeur applicables aux salariés du régime général. Il est indiqué dans l'étude d'impact jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale que le décret adaptera la définition du salaire retenu pour calculer la majoration de la rente conformément aux spécificités de l'indemnisation du risque AT-MP maritime.

Pour chaque sinistre à l'occasion duquel la faute inexcusable de l'employeur aura été reconnue, la caisse sera donc amenée à verser une indemnité principalement sous forme de rente le plus souvent servie pendant de nombreuses années.

Afin d'évaluer les montant supplémentaires de rentes versés par l'ENIM au titre de l'indemnisation de la faute inexcusable, l'étude d'impact jointe au projet de loi de financement affecte un ratio de 22 % au montant des rentes AT-MP versées par l'ENIM qui s'élèvent à près de 3 millions d'euros : le coût de la mesure serait donc d'environ 700 000 euros par an à compter de 2015.

Mais ce taux provient du ratio des charges liées à la faute inexcusable de l'employeur sur le total des charges AT-MP au régime général. Au regard tant de la différence de sinistralité entre les deux régimes que du poids des maladies professionnelles et de l'amiante dans le contentieux de la faute inexcusable de l'employeur dans le régime général, il semble difficile de calquer ce ratio en l'état. Ceci rend difficile l'évaluation de l'incidence financière pour les entrepreneurs maritimes.

La récupération auprès de l'employeur des sommes avancées par l'ENIM devrait s'effectuer sous forme de capital représentatif, à l'instar des dispositions figurant aux articles L. 452-2 et L. 452-4 du code de la sécurité sociale depuis la loi de financement pour 2013. Votre rapporteur appelle cependant à la vigilance sur l'incidence financière d'une telle mesure pour les plus petites structures. Il importe en effet de contenir les charges des entreprises d'un secteur particulièrement exposé à la concurrence internationale.

- *La prévention doit demeurer prioritaire*

Enfin votre rapporteur estime qu'au final la diminution des risques professionnels des marins procédera d'une action collective visant à réduire les sinistres de manière significative bien plus que de la recherche par la voie contentieuse de la responsabilité de l'employeur au titre d'une faute inexcusable, qui n'est pas souvent constituée.

Or les marges de progrès sont importantes. À titre d'exemple, le secteur de la pêche est aujourd'hui le secteur le plus accidentogène de France, devant le secteur du bâtiment et des travaux publics. En 2010, on recense environ 1 300 marins pêcheurs victimes d'accidents du travail. Une baisse de 25 % du nombre d'accidents entre 2006 et 2010 s'explique par la baisse des effectifs du secteur et non par une diminution de la sinistralité.

Tout progrès véritable est donc indissociable d'un effort de prévention qui doit engager l'ensemble des professions concernées. Or en la matière, l'activité du régime semble en retrait par rapport à la dynamique impulsée depuis une dizaine d'années par les partenaires sociaux du régime général.

L'ENIM conduit des actions de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles en prenant appui sur l'institut maritime de prévention (IMP). Cette structure spécifique créée en 1992 et installée à Lorient est financée par l'ENIM et par les régions Bretagne et Basse-Normandie. Ses équipes sont

composées d'un ergonome et de deux préventeurs permanents. L'IMP constitue une offre de formation et diffuse des documents d'information. Elle a par exemple récemment diffusé un fascicule d'information et de sensibilisation sur les risques des conduites addictives en milieu marin.

La COG 2013-2015 liant l'ENIM à la tutelle prévoit désormais que l'ENIM finance et notifie chaque année à l'IMP un programme d'actions de prévention. L'IMP interviendra également sur demande de l'ENIM pour auditer des armements présentant un taux d'AT-MP soit particulièrement élevé soit très faible.

L'action de l'IMP est distincte de celle l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) qui n'intervient pas sur les risques professionnels des marins. L'INRS dispose de moyens d'une tout autre ampleur ; il emploie plus de 650 salariés et, principalement financé par la branche AT-MP du régime général ; son budget s'élève à 85 millions d'euros.

Si les spécificités du régime des marins justifient l'existence d'un organisme disposant de compétences et d'une expertise propres, votre rapporteur considère cependant que des pistes de mutualisation des moyens et des objectifs doivent être explorées.

La constitution d'outils de connaissance des facteurs d'aggravation des risques professionnels des marins et des moyens appropriés pour les corriger est donc balbutiante.

Votre rapporteur en conclut qu'il paraît dès lors difficile d'identifier parmi l'ensemble des sinistres professionnels des marins, au demeurant en partie accrus par les risques inhérents au milieu maritime, la part de ceux qui relèveraient d'une faute inexcusable de l'employeur.

*

* *

La Commission adopte l'article 53 sans modification.

Après l'article 53

La Commission examine en discussion commune les amendements AS355 du rapporteur et AS49 de M. Dominique Tian, portant article additionnel après l'article 53.

M. Laurent Marcangeli, rapporteur. Cet amendement concerne l'interruption du délai de prescription du remboursement des cotisations AT/MP en cas de recours contre les décisions de tarification ; des réformes en 2009 et en 2010 ont permis de simplifier les procédures pour limiter les recours abusifs des employeurs cherchant à échapper aux effets d'un sinistre sur leurs cotisations, ce qui a amélioré la récupération de ces cotisations par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT). Il convient aujourd'hui de prendre une mesure de justice pour les entreprises auxquelles il arrive parfois de se voir imputer par les caisses des taux de cotisations trop élevés.

Lorsque l'entreprise obtient une correction de ce taux devant le juge de la tarification, elle a droit à un remboursement des montants indûment versés, mais les URSSAF opposent la prescription triennale : dès lors, certaines sommes ne sont jamais récupérées par les entreprises. La Cour de cassation a proposé d'interrompre dans ce cas le délai de prescription, afin que l'entreprise obtienne le remboursement de l'ensemble des cotisations acquittées à tort. Je vous propose donc d'adopter cette mesure d'équité qui sécurise juridiquement notre système de tarification.

Mme Véronique Louwagie. Notre amendement AS49 est très proche. L'entreprise est responsable de l'assiette des cotisations à la branche AT/MP, mais c'est la CARSAT qui fixe le taux. Or les procédures de contentieux portant sur celui-ci durent plusieurs années et l'entreprise pâtit de ces délais et du mécanisme de la prescription triennale. Il faut donc corriger cette situation.

M. Jean-Pierre Door. Je soutiens ces amendements qui visent à traduire dans la loi la réforme préconisée par la Cour de cassation. Cette évolution s'inscrit dans la démarche de simplification de la vie des entreprises et répond à l'objectif de réduction des dépenses de fonctionnement et de maintien de la qualité du service poursuivi par les lois de financement de la sécurité sociale.

La Commission adopte l'amendement AS355. En conséquence, l'amendement AS49 tombe.

Article 54

Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2014

En application du 2° du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, le présent article a pour objet d'établir les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) pour l'année à venir.

Le présent article fixe donc, pour 2014, à **13,3 milliards d'euros** l'objectif de dépenses de la branche AT-MP pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et à **12 milliards d'euros** l'objectif de dépenses de la branche pour le seul régime général.

Cet objectif est sans changement par rapport à 2013 pour l'ensemble des régimes de base : il est en hausse de 0,1 milliard d'euros pour le seul régime général. La baisse, symétrique, de 0,1 milliard d'euros pour les autres régimes obligatoires de base s'explique par l'extinction progressive de certains fonds, tel le fonds commun des accidents du travail (FCAT), atténuée par le relatif dynamisme des dépenses du régime des salariés agricoles.

Au regard des prévisions de recettes figurant aux articles 18 et 19 du projet de loi de financement, la branche AT-MP connaîtra donc un excédent de **0,1 milliard d'euros en 2014**. Cet excédent serait en forte diminution par rapport au solde rectifié pour 2013, figurant à l'article 6 du projet de loi de financement, de **0,4 milliard d'euros** pour l'ensemble des régimes de base.

Votre rapporteur souligne que tant le niveau de l'excédent de 2013 que sa forte baisse en 2014 sont la conséquence de la variation considérable apportée, d'une loi de financement à l'autre, aux montants du transfert de la branche vers le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante : la baisse de la dotation pour 2013 ayant porté à zéro le montant des réserves financières de ce fonds, une hausse est proposée en 2014 qui annule les effets de l'économie antérieure.

Pour 2014, les seules mesures d'économie présentées proviennent de l'impact de l'évolution de l'ONDAM sur les prestations en nature financées par la branche : il s'élèverait à 40 millions d'euros. La dotation au Fonds de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante baisserait de 70 millions d'euros en raison de la diminution, appelée à se prolonger, du nombre d'allocataires.

Il reste qu'un tel objectif de dépense ne permet pas de tracer une trajectoire d'apurement progressif des déficits cumulés : ils s'élèvent, en 2013, à 2,22 milliards d'euros et demeureront durablement portés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), ce qui ne correspond pas à sa mission.

*

* *

La Commission adopte l'article 54 sans modification.

ANNEXE LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR

(par ordre chronologique)

- **Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)** – **M. Dominique Martin**, directeur des risques professionnels
- **CARSAT Sud-Est** – **Mme Sophie De Nicolaï**, directrice déléguée, et **M. Lionel Evesque**, ingénieur conseil régional à la direction des risques professionnels
- **M. Raphaël Haeflinger**, directeur d'Eurogip
- **Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS)** – **M. Stéphane Pimbert**, directeur général
- **Association nationale des victimes de l'amiante (ANDEVA)** – **M. Alain Bobbio**, secrétaire, et **M. Georges Arnaudeau**, membre du bureau
- **Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)** – **Mme Claire Favre**, présidente, et **Mme Agnès Plassart**, directrice
- **Fonds de cessation d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)** – **Mme Rolande Ruellan**, présidente du Conseil de surveillance, **M. Jean-Michel Bacquer**, directeur de l'établissement des retraites et de la solidarité de Bordeaux de la Caisse des dépôts et consignations (CDC), et **Mme Détélina Duteil**, chargée de mission au sein du pôle affaires publiques de la CDC
- **Confédération française démocratique du travail (CFDT)** – **M. Philippe Le Clezio**, secrétaire confédéral chargé du financement de la protection sociale, **M. Abdou Ali Mohamed**, secrétaire confédéral, et **M. Philippe Maussion**, secrétaire confédéral
- **Confédération générale du travail (CGT)** – **M. Jean-François Naton**, conseiller confédéral en charge du travail et de la santé
- **Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)** – **M. Patrick Poizat**, secrétaire général adjoint CFTC en charge de la Protection Sociale, **Mme Béatrice Étévé**, responsable CFTC en charge de l'Assurance Maladie, et **M. Patrick Néron**, chef de file CFTC à la CAT/MP
- **Confédération française de l'encadrement – Confédération générale des cadres (CFE-CGC)** – **M. Jean-François Gomez**, délégué national de la

protection sociale en charge de la maladie, administrateur à la CNAM, et **Mme Barbara Reginato**, juriste

- **Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail** – **Mme Catherine Bouscant**, présidente, **M. Nicolas Robert**, secrétaire général, accompagnés de **Mme Aurélia Pouchain**, responsable de la section Tarification, et de **Mmes Sandra Dekoninck** et **Aurélie Lobbe**, responsables de la section AT-MP
- **Table ronde d'avocats et de juristes :**
 - **AlterJuris Avocats** – **Mme Karine Geronimi**, avocate-associée, et **Mme Sophie Monestier**, collaboratrice
 - **Cabinet Capstan** – **M. Matthieu Babin**, avocat
 - **Cabinet Michel Ledoux et associés** – **M. Michel Ledoux** et **Mme Laurence Fournier-Gatier**, avocats-associés
 - **Cabinet Teissonnière & associés** – **M. Jean-Paul Teissonnière**, avocat associé
 - **Société Prévantis** – **M. Olivier Garand**, conseiller
- **M. Nicolas Hatzfeld**, professeur des Universités, Université d'Évry – Val d'Essonne
- **Mme Annie Thébaud-Mony**, directrice de recherche à l'Inserm, directrice de GISCOPI 93
- **Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)** – **M. Jean-Louis Rey**, directeur, et **M. Jean-Marie Guerra**, directeur de la réglementation, du recouvrement et du service
- **Force ouvrière (FO)** – **M. Jean-Michel Reberry**, vice-président de la commission accidents du travail-maladies professionnelle, et **Mme Salomé Mandelcwig**, assistante confédérale
- **Union professionnelle artisanale (UPA)** – **M. Pierre Burban**, secrétaire général, et **Mme Caroline Duc**, chargée des relations avec le Parlement
- **Commission des accidents du travail de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CAT – CNAMTS)** – **M. Franck Gambelli**, président de la commission des accidents du travail et maladies professionnelles
- **Direction de la sécurité sociale** – **M. Thomas Fatome**, directeur, et **M. Fabrice Umark**, chef du bureau des accidents du travail et des maladies professionnelles
- **Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME)** – **Docteur Pierre Thillaud**, membre de la Commission sociale

- **Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) – M. Pierre Berthelot**, administrateur central MSA, président du comité de protection sociale des salariés agricoles, **M. Franck Duclos**, directeur délégué aux politiques sociales, et **M. Alain Pelc**, directeur chargé des études, des répertoires et des statistiques

- **Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (FNATH) – M. Arnaud de Broca**, secrétaire général