



N° 2303

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958  
QUATORZIÈME LÉGISLATURE

---

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 15 octobre 2014.

## RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE  
LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2015* (n° 2252),

TOME V

**ACCIDENTS DU TRAVAIL – MALADIES PROFESSIONNELLES**

PAR M. DENIS JACQUAT,

Député.

---

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **1 et 2, 5, 7 à 9, 11 à 28, 65 et 66** figurent dans le rapport de M. Gérard Bapt, sur les recettes et l'équilibre général (n° 2303, tome I).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **3 et 4, 6, 10, 29 à 55** figurent dans le rapport de M. Olivier Véran, sur l'assurance maladie (n° 2303, tome II).

Les débats en commission **après l'article 53** figurent dans le rapport de Mme Martine Pinville, sur le secteur médico-social (n° 2303, tome III).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **56 et 57, 63 et 64** figurent dans le rapport de M. Michel Issindou, sur l'assurance vieillesse (n° 2303, tome IV).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **58 à 60** figurent dans le rapport de M. Denis Jacquat, sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (n° 2303, tome V).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **61 et 62** figurent dans le rapport de Mme Marie-Françoise Clergeau, sur la famille (n° 2303, tome VI).

Le tableau comparatif figure dans le fascicule n° 2303, tome VII.

## SOMMAIRE

	Pages
<b>INTRODUCTION</b> .....	5
<b>I. LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS DEMEURE LA PRIORITÉ DE LA BRANCHE</b> .....	7
<b>A. LE NIVEAU DE LA SINISTRALITÉ AT-MP EST EN BAISSÉ</b> .....	7
1. Le niveau historiquement bas des accidents du travail .....	7
2. La hausse des accidents de trajet observée en 2013 est essentiellement imputable aux conditions météorologiques défavorables .....	9
3. La poursuite de la diminution du nombre de maladies professionnelles .....	9
<b>B. LA NOUVELLE CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION POUR 2014-2017 REDÉFINIT LES INSTRUMENTS DE LA POLITIQUE DE PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS</b> .....	11
1. Les outils de l'élaboration de la politique de santé et de sécurité au travail .....	12
2. Une multiplicité d'acteurs dont les actions gagneraient à être mieux coordonnées.....	13
a. Les acteurs de la politique de prévention des risques professionnels.....	13
b. L'ambition portée par la nouvelle COG est d'encourager la cohérence de ces acteurs .....	15
<b>C. LES NOUVELLES CIBLES DE LA POLITIQUE DE PRÉVENTION CONTRE LES RISQUES PROFESSIONNELS</b> .....	16
1. Améliorer la prévention primaire en réorientant le ciblage des risques professionnels.....	16
2. Ne pas négliger les actions de prévention et d'accompagnement après la survenance d'un sinistre d'origine professionnelle.....	17
<b>II. LE RÉSULTAT DE LA BRANCHE S'AMÉLIORE SIGNIFICATIVEMENT</b> .....	19
<b>A. DES RECETTES NETTES RELATIVEMENT DYNAMIQUES</b> .....	19
<b>B. UNE ÉVOLUTION CONTRASTÉE DES CHARGES</b> .....	20
<b>C. L'AMÉLIORATION DU SOLDE ET DE LA GESTION DE LA BRANCHE</b> .....	22

<b>III. APPROFONDIR LES RÉFORMES ENGAGÉES PAR LA BRANCHE AT-MP</b> .....	25
<b>A. REPENSER LE DISPOSITIF DE CESSATION ANTICIPÉE POUR LES VICTIMES DE L'AMIANTE</b> .....	25
a. Le principe de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.....	25
b. Les conditions d'accès à l'ACAATA excluent certaines catégories de travailleurs pourtant exposés à l'amiante.....	26
<b>B. LUTTER CONTRE LA SOUS-DÉCLARATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES</b> .....	27
<b>C. LA SITUATION PRÉOCCUPANTE DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL</b> .....	28
<b>D. UN BILAN MITIGÉ DE LA RÉFORME DE LA TARIFICATION AT-MP</b> .....	31
1. Les objectifs de la réforme de la tarification.....	32
2. Le bilan de la réforme de la tarification n'est pas à la hauteur des attentes en termes de prévention .....	33
3. Diminuer le volume du contentieux lié à la tarification : le second objectif manqué de la réforme.....	34
<b>EXAMEN DES ARTICLES RELATIFS AUX ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES</b> .....	37
<b>QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2015</b> .....	37
<b>TITRE III : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA BRANCHE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES</b> .....	37
<i>Article 58</i> : Fixation des montants des dépenses de transfert instituées par des dispositions légales à la charge de la branche AT-MP.....	37
<i>Article 59</i> (art. L. 752-5 du code rural et de la pêche maritime) : Extension du bénéfice des indemnités journalières ATEXA aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole et aux aides familiaux .....	47
<i>Article 60</i> : Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2015 .....	51
<b>ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES</b> .....	55

## INTRODUCTION

Les principes de la couverture du risque accidents du travail et maladies professionnelles ont été définis par la loi du 9 avril 1898. Le législateur avait alors créé un régime de responsabilité sans faute reposant sur une présomption de responsabilité pour l'employeur en cas de survenance d'un accident d'origine professionnelle. En contrepartie, le coût de la réparation de l'accident du travail, ou de la maladie professionnelle depuis la loi du 25 octobre 1919, est pris en charge par la collectivité, selon une logique assurantielle.

Cet héritage historique nous éclaire sur la nature des enjeux propres à la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP).

Le positionnement et l'organisation de la branche AT-MP sont en effet atypiques au regard des autres branches de la sécurité sociale : la gestion du risque professionnel a été intégrée à la sécurité sociale depuis la loi du 30 octobre 1946, mais les orientations de la branche sont définies dans un cadre strictement paritaire au sein de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CATMP) de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Votre rapporteur a par conséquent souhaité auditionner individuellement les partenaires sociaux dans le cadre de l'examen du présent projet de loi ; chacun a tenu à souligner la qualité du dialogue social au sein de la branche AT-MP. L'année 2014 a en effet été marquée par la mise en place de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) liant la branche à l'État pour la période de 2014 à 2017 : grâce à un dialogue constructif au sein de la CATMP, les partenaires sociaux sont parvenus à définir de nouvelles orientations visant à améliorer la prévention des risques professionnels et à promouvoir la santé au travail.

Car votre rapporteur est convaincu que l'enjeu premier de la branche est, et doit demeurer celui de l'amélioration de la prévention des risques professionnels. Certes, la sinistralité des accidents du travail est à son plus bas niveau historique et le nombre de maladies professionnelles déclarées reste relativement stable. Cela ne signifie pas pour autant qu'il faut baisser la garde et assouplir les mesures de prévention. La prévention doit avant tout s'atteler à baisser le niveau de la gravité des sinistres d'origine professionnelle, mais elle doit également être tournée vers l'avenir. De nouveaux facteurs de risques émergent – risque chimique, nanoparticules – sans que l'on en maîtrise encore la survenance et leurs éventuels effets sur la santé des travailleurs. Parce qu'il vaut mieux prévenir que guérir, votre rapporteur souhaite donc mettre l'accent sur la prévention, qui demande assurément un investissement préalable mais qui *in fine* se révèle bien moins coûteuse que la réparation.

L'enjeu du financement de la branche est tout aussi décisif. La branche AT-MP pèse modestement dans l'ensemble des dépenses des régimes de base de

sécurité sociale, avec moins de 3 % mais, compte tenu de sa logique assurantielle, elle doit être à l'équilibre. Après plusieurs années en déficit, la branche AT-MP a renoué avec les excédents en 2013, le niveau de cet excédent ne suffisant pas pour l'heure à apurer la dette cumulée de la branche qui s'élève à 1,4 milliard d'euros.

Plus généralement, votre rapporteur regrette que l'intérêt porté à la branche AT-MP se résume trop souvent à un débat succinct dans le cadre des projets de loi de financement de la sécurité sociale, car rares sont les projets ambitieux procédant à des réformes d'ampleur en matière de santé et de sécurité au travail. Le présent projet de loi de financement ne déroge pas à la règle, avec une seule mesure nouvelle concernant la couverture du risque AT-MP des non-salariés agricoles.

Bien que certains domaines de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels aient fait l'objet d'ajustements législatifs et réglementaires au cours de la dernière décennie, votre rapporteur considère qu'il ne faut pas se satisfaire des réformes passées, les corrections à la marge de systèmes insatisfaisants ne permettant pas toujours d'obtenir des résultats à la hauteur des enjeux. D'ailleurs, les perspectives d'amélioration de la prévention et de la réparation en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles sont multiples : les personnes auditionnées par votre rapporteur – partenaires sociaux, représentants d'associations de représentation d'accidentés du travail et de victimes de l'amiante, représentants d'organismes institutionnels ou juridiques... – n'ont pas manqué de l'informer des sujets de préoccupation propres à la branche AT-MP.

Pour n'en citer que quelques-uns, détaillés dans la suite de ce propos liminaire, l'exclusion de certains salariés de l'allocation de cessation anticipée d'activité accordée aux victimes de l'amiante, l'augmentation du montant du versement de la branche AT-MP à la branche maladie, au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles ou encore la réforme de la tarification ou des services de santé au travail suscitent des vœux de correction et d'ajustement, en dépit des efforts déjà consentis.

Aussi votre rapporteur considère-t-il qu'il est temps de réaffirmer la volonté d'une politique ambitieuse en faveur de la prévention et de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

## I. LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS DEMEURE LA PRIORITÉ DE LA BRANCHE

### A. LE NIVEAU DE LA SINISTRALITÉ AT-MP EST EN BAISSÉ

#### RÉPARTITION DE L'ENSEMBLE DES SINISTRES ENTRE 2007 ET 2013

Catégorie de sinistre	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Accidents du travail</b>	1 165 000	1 132 400	1 021 400	996 900	1 001 500	943 000	904 220
<i>dont accidents du travail avec arrêt</i>	720 150	704 000	651 500	658 800	669 900	640 900	618 263
<b>Accidents de trajet</b>	120 900	125 300	129 700	137 600	133 400	123 000	129 688
<i>dont accidents de trajet avec arrêt</i>	85 400	87 900	93 800	98 400	100 000	90 100	93 363
<b>Maladies professionnelles</b>	55 100	62 000	71 600	71 400	80 400	71 600	68 120
<i>dont maladies professionnelles avec arrêt</i>	43 800	45 400	49 300	50 700	55 100	54 000	51 452
<b>Total AT-MP</b>	<b>1 341 000</b>	<b>1 319 700</b>	<b>1 222 700</b>	<b>1 205 900</b>	<b>1 215 300</b>	<b>1 137 600</b>	<b>1 102 028</b>
<i>dont AT-MP avec arrêt</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>	<i>763 078</i>

Source : CNATMS (Direction des risques professionnels).

Chaque année, plus d'un million de sinistres d'origine professionnelle sont reconnus et indemnisés par la branche AT-MP. En 2013, 82 % de ces sinistres étaient des accidents du travail, 12 % des accidents de trajet et 6 % des maladies professionnelles, une proportion stable par rapport aux années précédentes.

#### 1. Le niveau historiquement bas des accidents du travail

L'indice de fréquence des accidents du travail a atteint en 2013 un minimum historique, avec 33,8 accidents du travail avec arrêt recensés pour mille salariés.

Cette diminution de la sinistralité s'inscrit dans une tendance historique : en 1955, selon les données de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), le nombre d'accidents du travail était de 118 accidents pour mille salariés, soit un nombre d'accidents quatre fois plus élevé qu'aujourd'hui. Plus récemment, sur la seule période de 2007 à 2013, le nombre d'accidents du travail a diminué de 14 %.

#### INDICE DE FRÉQUENCE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

(pour 1000 salariés)

	1955	1975	2010	2011	2012	2013
<b>Indice de fréquence</b>	118	82	36,0	36,2	35,0	33,8

Source : CNAMTS (Direction des risques professionnels)

La diminution des accidents du travail s'explique, sur le long terme, par les évolutions de notre société : la tertiarisation de l'économie, d'une part, et les progrès importants observés dans les secteurs les plus à risque d'autre part. Les secteurs du bâtiment et des travaux publics (BTP) et de la métallurgie, en particulier, ont fait l'objet d'importantes politiques de prévention à l'échelle du territoire national permettant de réduire significativement le niveau de leur sinistralité.

Pour autant, selon les informations transmises à votre rapporteur, l'analyse de la diminution de la sinistralité sur la période plus récente (2007-2013) ne relèverait pas seulement de cette tendance historique. La contraction de l'activité économique depuis 2008 a en effet engendré une réduction du nombre de personnes employées liée à l'augmentation du chômage. Le nombre de travailleurs exposés à des risques d'accidents du travail diminuant, cela entraîne mécaniquement une réduction de la fréquence des accidents du travail.

Il faut relever par ailleurs que la sinistralité varie fortement selon le secteur d'activité considéré : les secteurs du BTP et de l'alimentation sont particulièrement touchés en dépit des efforts de prévention consentis, avec respectivement 64,8 et 46,6 accidents pour mille salariés en 2013, alors que l'indice de fréquence est nettement moins élevé s'agissant des activités de bureau ou du commerce non alimentaire (respectivement 9,9 et 22,4 accidents pour mille salariés en 2013).

La répartition géographique des accidents de travail est également très hétérogène. Ainsi, l'indice de fréquence en Île-de-France n'est que de 23,2 accidents pour mille salariés, alors qu'il est supérieur à 40 pour 1 000 salariés en Bretagne et en Languedoc-Roussillon. L'inégale répartition des activités économiques, avec une forte prévalence d'activités de services en Île-de-France, expliquerait une grande partie de ces différences.

La diminution de la fréquence des accidents du travail doit néanmoins être mise en perspective avec le niveau de gravité de ces accidents qui, lui, ne diminue pas sensiblement : dans son rapport public annuel publié en 2013, la Cour des comptes rappelait que près de 10 % des seize millions de salariés du secteur privé sont victimes d'un accident de travail au cours de leur vie professionnelle, dont 50 000 d'entre eux entraînent une incapacité permanente, partielle ou totale.

Le taux moyen d'incapacité partielle permanente (IPP) pour les accidents du travail a légèrement augmenté entre 2012 et 2013 pour revenir à son niveau de 2011 : 10,3. Lorsque l'on considère le niveau de gravité au prisme du nombre de journées perdues pour mille heures travaillées, il apparaît que le nombre d'accidents donnant lieu à un arrêt de travail a augmenté de 8 % environ entre 2007 et 2013, ce qui suggère que la gravité des accidents n'a pas fléchi, contrairement au nombre d'accidents.

Au regard de ces éléments, votre rapporteur considère que l'objectif de diminution des accidents du travail doit demeurer l'une des priorités de la branche : il convient de rester vigilant et de poursuivre le développement de la prévention des risques professionnels afin d'éviter la survenance des accidents du travail.

## **2. La hausse des accidents de trajet observée en 2013 est essentiellement imputable aux conditions météorologiques défavorables**

Les accidents de trajet sont les accidents se produisant pendant le trajet entre le domicile et le lieu de travail. Après une baisse significative en 2012 de près de 10 %, on constate une augmentation du nombre d'accidents de trajet de 3,6 % en 2013.

Selon la direction des risques professionnels de la CNAMTS, cette progression est en grande partie imputable aux conditions météorologiques défavorables des mois de janvier et mars 2013 qui ont provoqué une recrudescence d'accidents, principalement dus à des chutes de plain-pied sur des sols gelés ou verglacés. Les accidents de trajet ne représentant que 12 % du périmètre de la branche, cette légère hausse n'a pas eu d'impact significatif sur les comptes.

### **FRÉQUENCE DES ACCIDENTS DE TRAJET**

	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Accidents de trajet en 1<sup>er</sup> règlement</b>	93 840	98 429	100 018	90 092	93 363
	6,8 %	4,9 %	1,6 %	- 9,9 %	3,6 %

Source : CNAMTS (Direction des risques professionnels).

## **3. La poursuite de la diminution du nombre de maladies professionnelles**

Le nombre de maladies professionnelles prises en charge au titre de la branche AT-MP s'élève à environ 68 000 en 2013, soit 4,7 % de moins que l'année précédente. Cette diminution confirme une tendance à la baisse observée dès 2012 : le nombre de maladies d'origine professionnelle a ainsi décru de 15 % entre 2011 et 2013, alors qu'il avait connu une très forte augmentation sur la période 2007-2011 (46 %).

Si cette diminution est satisfaisante, il convient néanmoins de rester prudent quant à cette approche statistique des maladies professionnelles. En effet, en matière de reconnaissance des pathologies professionnelles, toute évolution de la réglementation – par exemple, une modification du tableau des pathologies professionnelles – peut infléchir sensiblement, à la hausse ou à la baisse, le nombre de maladies reconnues d'origine professionnelle, alors même que la sinistralité resterait inchangée.

Par ailleurs, les considérations statistiques ne renseignent pas sur la gravité des maladies considérées. Ainsi, l'indice de fréquence des maladies professionnelles avec arrêt, de même que l'indice de fréquence des maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente, ont progressé respectivement de 14 % et de 20 % sur la période 2007-2013.

- *Les troubles musculo-squelettiques représentent la plus grande partie des maladies professionnelles déclarées*

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) représentent la majeure partie des maladies professionnelles déclarées, à savoir un peu plus de 85 % des maladies professionnelles en 2013. Les troubles musculo-squelettiques sont des pathologies affectant les tissus situés à la périphérie des articulations (tendons, gaines synoviales, nerfs). Ils surviennent lorsque les contraintes subies par les articulations sont trop fortes au regard des capacités fonctionnelles de la personne. Ces pathologies touchent majoritairement l'épaule, le coude et le poignet.

Cette prédominance des TMS s'explique à la fois par l'augmentation du nombre de TMS, par l'élargissement du périmètre de ces troubles dans les tableaux de reconnaissance des maladies professionnelles, mais également par une meilleure connaissance, par les travailleurs, de la reconnaissance de ces dispositifs – rappelons à ce titre que la prévention des TMS était l'une des priorités de la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche AT-MP pour la période de 2009 à 2012.

Les maladies d'origine professionnelle liées à l'amiante représentent pour leur part un peu moins de 8 % de l'ensemble des maladies professionnelles, et peuvent faire l'objet d'une indemnisation spécifique par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

À l'inverse des TMS, les cancers d'origine professionnelle sont très peu déclarés comme tels. Moins de 2 000 par an sont pris en charge par la branche AT-MP, et près de la moitié d'entre eux sont en relation avec l'amiante, alors qu'ils pourraient représenter entre 10 000 et 40 000 maladies professionnelles par an selon certaines estimations transmises par la direction des risques professionnels de l'assurance maladie à votre rapporteur. Ces données sont confortées par l'analyse réalisée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) estimant que 4 à 8,5 % des principaux cancers en France étaient liés à une exposition professionnelle en 2012, soit entre 18 000 et 30 000 nouveaux cas.

**NOMBRE DE CANCERS D'ORIGINE PROFESSIONNELLE RECENSÉS  
SUR LA PÉRIODE 2009-2013**

Cancers d'origine professionnelle		2009	2010	2011	2012	2013
En nombre	Amiante	1 567	1 473	1 535	1 579	1 415
	Hors amiante	227	266	277	323	292
	Total	1 794	1 739	1 812	1 902	1 707
En %	Amiante	87 %	85 %	85 %	83 %	83 %
	Hors amiante	13 %	15 %	15 %	17 %	17 %

Source : CNAMTS

● *La question des risques psycho-sociaux*

La question de la reconnaissance des risques psychosociaux (RPS) est de plus en plus abordée dans le cadre de la prise en compte des maladies professionnelles.

Or, il n'existe pas de définition de ces risques dans le code du travail, ces risques présentant des manifestations diverses, tels que le stress, l'épuisement professionnel voire les suicides liés au travail. L'identification du rôle de l'environnement professionnel dans la survenance d'un risque psychosocial peut être également délicate à déceler. Sans définition précise, il est par ailleurs complexe de déterminer précisément le coût financier de ces affections. L'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) a estimé que le coût social des RPS pourrait représenter un coût entre 1,9 et 3 milliards d'euros.

En raison de ces difficultés, Mme Sylvie Brunet, rapporteure de l'avis du Conseil économique, social et environnemental (CESE) sur les risques psychosociaux, a souhaité insister, lors de son audition par votre rapporteur, sur la nécessité de développer la connaissance et l'évaluation de ces risques, afin d'améliorer leur prévention.

**B. LA NOUVELLE CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION POUR  
2014-2017 REDÉFINIT LES INSTRUMENTS DE LA POLITIQUE DE  
PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS**

En matière de santé et de sécurité, l'employeur est tenu, en vertu des articles L. 4121-1 et L. 4121-2 du code de la sécurité sociale, à une obligation de résultat qui lui interdit d'adopter toute mesure susceptible de compromettre la santé et la sécurité des salariés.

Toutefois, de nombreux acteurs interviennent dans l'élaboration, la mise en œuvre et le contrôle de la politique de prévention des risques professionnels.

## **1. Les outils de l'élaboration de la politique de santé et de sécurité au travail**

- *Les plans « Santé au travail »*

Au niveau national, les plans « Santé au travail », élaborés par le Gouvernement en collaboration avec les partenaires sociaux, dans le cadre des travaux du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), définissent les priorités de la politique de santé et de sécurité au travail pour cinq années. Le deuxième plan « Santé au travail », lancé en 2010, décline au niveau national les priorités de la « stratégie communautaire de santé et de sécurité au travail ».

Les quatre axes de ce plan visaient à améliorer la connaissance en santé au travail (axe 1), à poursuivre une politique active de prévention des risques professionnels en ciblant certains risques et secteurs d'activité (axe 2), à encourager les démarches de prévention des risques dans les entreprises, notamment les PME et TPE (axe 3), et à approfondir les partenariats avec l'ensemble des acteurs de la politique de santé au travail (axe 4). Ce plan s'achèvera à la fin de l'année 2014 : un nouveau plan devrait voir le jour dans les mois à venir pour couvrir la période 2015-2019.

- *Les conventions d'objectifs et de gestion*

S'agissant de la branche AT-MP, la contractualisation entre la CNAMTS et l'État instituée en 1996 constitue un puissant levier d'action en matière de prévention. Les partenaires sociaux sont consultés dans le cadre de l'élaboration de la convention d'objectifs et de gestion (COG), chacun s'accordant à reconnaître les vertus de cet instrument.

Le bilan réalisé par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) à propos de la COG liant l'État à la CNAMTS pour la période 2009-2012 a néanmoins permis de mettre en exergue certaines des limites de l'organisation actuelle de la branche AT-MP<sup>(1)</sup>. La nouvelle COG de la branche AT-MP pour 2014-2017, signée le 30 décembre 2013, tient compte de ces observations.

La nouvelle convention définit ainsi quatre axes stratégiques, relatifs respectivement à la politique de prévention – il s'agit d'assurer une prévention des risques fondée sur le ciblage et l'évaluation –, à l'efficacité des politiques, au renforcement de la cohérence de la branche et à la maîtrise des risques et la poursuite de l'adaptation des règles de tarification.

Si cette forme de contractualisation a fait ses preuves, certaines formes d'incitation à la prévention utilisées au sein de la branche ont des résultats plus mitigés.

---

(1) IGAS, « Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2009-2012 de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général – Préconisations en vue de sa prorogation puis de son renouvellement », avril 2013.

- *La contractualisation avec les branches professionnelles*

La politique de prévention élaborée par la CNAMTS se décline au moyen de conventions nationales d'objectifs quadriennales, conclues entre la CNAMTS et une ou plusieurs organisations professionnelles. Ces conventions visent à fixer un programme d'actions de prévention des AT-MP et d'amélioration des conditions de travail propres à chaque branche d'activité, afin d'inciter les entreprises des secteurs où les risques professionnels sont élevés à investir dans des actions ciblées de prévention.

Or cette contractualisation par branche n'a porté ses fruits que dans certains secteurs : la métallurgie et le BTP ont signé plus de la moitié desdites conventions en 2013 (292 contrats sur un total de 547), tandis que certains secteurs d'activité tertiaires – commerce non alimentaire et activités de services – n'en ont signé aucune.

- *Les aides financières simplifiées*

Mises en place plus récemment, les aides financières simplifiées (AFS) permettent aux entreprises de moins de 50 salariés de bénéficier de subventions jusqu'à 25 000 euros en guise d'incitation à développer des mesures de prévention. À ce titre, plus de 6 000 aides ont été accordées en 2013, pour un montant de 34 millions d'euros. Dans son rapport public annuel de 2013, la Cour des comptes a toutefois recommandé un meilleur ciblage des AFS afin de s'assurer « *que les programmes d'action produisent bien les résultats attendus sur la sinistralité* ».

La COG pour 2014-2017 a en conséquence fixé pour objectifs de réorienter les AFS sur les priorités nationales et régionales de prévention, de renforcer la lisibilité dans l'utilisation des différents types d'incitations financières et de rechercher de nouveaux types d'incitations à la prévention afin de sensibiliser un nombre plus élevé d'entreprises.

## **2. Une multiplicité d'acteurs dont les actions gagneraient à être mieux coordonnées**

### ***a. Les acteurs de la politique de prévention des risques professionnels***

Si la santé et la sécurité au travail relèvent d'abord de la responsabilité de l'employeur, plusieurs organismes publics concourent à la prévention des risques professionnels, et bénéficient à ce titre d'un financement de la branche.

- *L'élaboration des politiques de prévention*

Au niveau national, le Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), placé auprès du ministre chargé du travail, participe à l'élaboration de la politique nationale en matière de santé au travail.

Au niveau de la branche AT-MP, la gestion strictement paritaire de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CATMP) laisse une place importante au dialogue social entre employeurs et salariés dans l'élaboration des politiques de prévention. Notons que l'ensemble des partenaires sociaux auditionnés par votre rapporteur ont souligné la qualité du dialogue social, apaisé et constructif, au sein de la branche AT-MP. La commission définit les priorités des politiques de prévention et d'assurance des risques professionnels de la branche, mais elle est également chargée d'en assurer l'équilibre financier. Elle s'appuie à cet effet sur les propositions des neuf comités techniques nationaux paritaires réunis par branche, ainsi que sur les travaux et études réalisés par la direction des risques professionnels de la CNAMTS.

C'est à cette dernière qu'il revient d'élaborer et de mettre en œuvre la politique de gestion des risques. Pour l'assister dans cette tâche, deux organismes, l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) et Eurogip, un groupement d'intérêt public chargé d'analyser les évolutions dans le domaine des risques professionnels au niveau européen, participent, par leur expertise et leurs travaux de recherche, à la définition des priorités de la politique nationale de prévention des risques professionnels.

- *La mise en œuvre des politiques de prévention*

Au niveau régional, la déclinaison et la mise en œuvre concrète des politiques de prévention sont assurées par les seize caisses régionales d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT, ex-CRAM), les quatre caisses générales de sécurité sociale (CGSS) pour quatre départements d'outre-mer et la caisse de sécurité sociale de Mayotte, qui prennent en charge, outre leurs actions de prévention, la gestion des cotisations d'accidents du travail et des maladies professionnelles versées par les entreprises. Pour mener à bien leurs missions de prévention sur le terrain, les ingénieurs-conseils et les contrôleurs de sécurité des CARSAT disposent de prérogatives d'investigation comparables à celles des inspecteurs du travail.

Les services de santé au travail (SST), réformés par la loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, ont également une mission de prévention visant à éviter l'altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. À cet effet, ils peuvent conduire des actions de santé au travail, prodiguer des conseils aux employeurs et travailleurs relatifs aux mesures de prévention des risques professionnels ou encore mener des actions de veille sanitaire. Or l'IGAS a mis en évidence, dans le rapport faisant le bilan de la COG AT-MP pour 2009-2012, le manque de cohérence entre les actions conduites par les SST et les politiques de prévention mises en œuvre dans le cadre de la branche AT-MP : « *en matière de partenariats entre CARSAT et services de santé au travail, l'engagement d'établir des relations opérationnelles, concrètes et actives n'a pas été atteint, des réticences multiples des SST étant principalement à l'origine de cet échec de la démarche de contractualisation* ».

- *Le financement de la prévention*

Le Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (FNPATMP) est chargé de financer le fonctionnement des services de prévention et de tarification des CARSAT, l'INRS et Eurogip, ainsi que certaines actions de prévention conduites au niveau national.

- *Le contrôle*

Le contrôle de la sécurité au travail dans l'entreprise est principalement dévolu à l'Inspection du travail : en 2013, l'Inspection du travail a mené 222 enquêtes au titre des maladies professionnelles, et 7 649 enquêtes faisant suite à un accident du travail. Dans le cadre de leur mission de prévention, les agents de l'Inspection du travail ont également conduit en 2013 quelque 148 723 visites d'entreprise, dont 64 % au titre de la santé et de la sécurité au travail.

***b. L'ambition portée par la nouvelle COG est d'encourager la cohérence de ces acteurs***

Ce paysage institutionnel composant la branche AT-MP présente une particulière complexité. Pour pallier ce constat, la nouvelle COG pour 2014-2017 envisage par conséquent de développer une plus grande cohérence entre les différents organismes intervenant au sein de la branche, afin d'harmoniser les pratiques et d'éviter tout enchevêtrement de compétences.

La convention propose en premier lieu de conforter le rôle de « tête de réseau » de la CNAMTS, en renforçant notamment ses facultés de contractualisation avec les acteurs de la branche AT-MP, en particulier le réseau des CARSAT et l'INRS. La caisse est par ailleurs incitée à développer de nouvelles coopérations avec le réseau des Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale ou d'allocations familiales (URSSAF) ou encore le régime des indépendants (RSI) ou le régime agricole (MSA).

Afin de renforcer l'harmonisation des pratiques au sein de la branche, la nouvelle convention encourage également la CNAMTS à accompagner les caisses grâce à la mise en place de dispositifs de formation initiale et de formation continue. Au cours des auditions conduites par votre rapporteur, les représentants de la direction des risques professionnels de la CNAMTS ont par ailleurs indiqué que l'un des objectifs visés par la COG était de permettre le redéploiement des salariés d'une caisse vers une autre caisse en fonction des besoins de service, car il s'est avéré que la répartition des effectifs entre CARSAT n'était pas toujours optimale.

Enfin, les orientations de la nouvelle convention prévoient de développer les liens avec les services de santé au travail, ces derniers s'estimant trop souvent peu associés à l'élaboration de la politique de prévention. La nouvelle COG prévoit ainsi de mettre l'accent sur la qualité des contrats pluriannuels d'objectifs

et de moyens (CPOM) conclus à l'avenir entre les caisses et les services de santé au travail.

## **C. LES NOUVELLES CIBLES DE LA POLITIQUE DE PRÉVENTION CONTRE LES RISQUES PROFESSIONNELS**

### **1. Améliorer la prévention primaire en réorientant le ciblage des risques professionnels**

La prévention dite « primaire » vise à réduire et à éliminer les risques avant l'apparition de leurs éventuelles conséquences néfastes sur la santé. Si elle fait déjà l'objet d'une attention particulière au sein de la branche, la démarche de prévention primaire est susceptible d'améliorations : la Cour des comptes recommandait ainsi, dans son rapport annuel de février 2013, de réaliser un ciblage plus précis des actions de prévention.

À cet effet, le plan stratégique de l'INRS, qui couvre la période de 2013 à 2017, a défini vingt-deux thématiques prioritaires de prévention, en lien avec les partenaires sociaux. Parmi elles, cinq problématiques ont fait l'objet de recherches approfondies : les nanomatériaux, l'organisation du travail, les risques psychosociaux (RPS), les troubles musculo-squelettiques (TMS) ainsi que la thématique du vieillissement et du maintien dans l'emploi.

Le plan stratégique a identifié également deux secteurs d'action prioritaires : les petites et moyennes entreprises (PME), ainsi que les entreprises du secteur tertiaire, les premières en raison de leur moindre sensibilisation aux problématiques de prévention, les secondes en raison de l'émergence de risques nouveaux les concernant en particulier, tels que les TMS.

À la suite de ce plan stratégique, la nouvelle COG a retenu trois risques prioritaires dans le cadre de la politique de prévention primaire de la branche : les troubles musculo-squelettiques, les risques de chute dans le BTP ainsi que l'exposition à certains agents cancérigènes. La construction de trois programmes nationaux prioritaires de prévention de ces risques a pu d'ores et déjà être mise en œuvre dans le cadre de l'avenant à la convention d'objectifs et de gestion 2009-2013 pour l'année 2013, et se poursuivra logiquement dans le cadre de la nouvelle COG.

La nouvelle convention renouvelle également la méthodologie utilisée, en privilégiant une identification plus fine des populations cibles, le renforcement de l'évaluation des actions entreprises et, le cas échéant, la réorientation des actions qui n'auraient pas rencontré les résultats escomptés. Il est ainsi prévu de cibler, au niveau local, les établissements les plus à risque, mais également d'axer la prévention sur les salariés identifiés comme étant les plus exposés aux risques professionnels, tels que les seniors, les jeunes et les nouveaux embauchés, ainsi que les salariés des très petites entreprises (TPE) et ceux exposés à l'amiante.

Auditionnés par votre rapporteur, les représentants de la direction des risques professionnels de la CNAMTS ont donné un exemple de ciblage s'agissant de la prévention des TMS. Dans le cadre de la nouvelle COG, les politiques de prévention mises en œuvre pourraient ainsi se focaliser sur les quelque 8 500 entreprises qui concentrent un tiers des TMS reconnus, en les accompagnant dans leur démarche de prévention et en évaluant les effets concrets des dispositifs préventifs mis en place dans ces entreprises.

L'exigence d'évaluation des actions de prévention, rappelée par la Cour des comptes et par l'IGAS, se fondera sur l'analyse de la sinistralité des risques ciblés et du niveau de l'exposition aux facteurs de risques.

## **2. Ne pas négliger les actions de prévention et d'accompagnement après la survenance d'un sinistre d'origine professionnelle**

Contrairement à la prévention primaire qui intervient avant la survenance d'un sinistre, la prévention dite « tertiaire » vise à limiter les conséquences des accidents du travail et des maladies professionnelles installées, à prévenir les rechutes et à favoriser la réinsertion sociale des salariés. L'objectif de ce type de prévention est à la fois d'améliorer et de préserver l'état de santé et la qualité de vie des personnes victimes, mais également de diminuer la fréquence et la gravité des complications et, en conséquence, réduire les coûts à la charge de la branche AT-MP.

En effet, les accidents du travail les plus graves occasionnent des difficultés physiques, psychiques, sociales et professionnelles qui, par une gestion attentionnée et individualisée, peuvent être réduites. Ces accidents du travail, bien que peu fréquents, occasionnent l'essentiel des dépenses. L'un des enjeux consiste donc à prévenir ou limiter le risque de désinsertion professionnelle des assurés qui ne peuvent reprendre leurs postes de travail sans une phase d'accompagnement.

Face au bilan en demi-teinte de la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) dressé par l'IGAS dans le cadre de son évaluation de la COG pour 2009-2012, la nouvelle convention pour 2014-2017 fixe de nouveaux objectifs visant à améliorer cette prévention. S'inspirant de pratiques en vigueur chez nos voisins, en Allemagne et en Suisse notamment, elle prévoit par exemple la mise en place d'expérimentations d'accompagnement personnalisé des victimes d'accidents du travail graves.



## II. LE RÉSULTAT DE LA BRANCHE S'AMÉLIORE SIGNIFICATIVEMENT

### A. DES RECETTES NETTES RELATIVEMENT DYNAMIQUES

Les produits de la branche AT-MP reposent quasi-exclusivement (97 %) sur les cotisations versées par les employeurs, selon les principes définis à l'article L. 241-5 du code de la sécurité sociale. Dans une moindre mesure, la branche bénéficie également du produit de recettes fiscales (1 %), telles qu'une fraction du produit des droits tabacs attribuée au Fonds de cessation d'activité anticipée des travailleurs de l'amiante (FCAATA), ainsi que de ressources tirées de produits financiers ou de recours contre tiers à hauteur de 2 %.

En application de l'article L. 242-5 du même code, les éléments de calcul des cotisations AT-MP sont fixés annuellement par la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CATMP), conformément aux conditions générales de l'équilibre financier de la branche déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale. Le taux net de cotisation est constitué d'un taux brut moyen, auquel s'ajoutent quatre majorations destinées à couvrir :

- les accidents de trajet (M1) ;
- les charges générales de la branche, notamment les dépenses de prévention et la moitié du versement de la branche au titre de la sous-déclaration des AT-MP (M2) ;
- les dépenses correspondant aux compensations inter-régimes, les dotations en faveur des fonds amiante et la seconde moitié du versement à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des AT-MP (M3) ;
- les dépenses générées par le dispositif de retraite anticipée au titre de la pénibilité prévue par la loi portant réforme des retraites du 9 novembre 2010 (M4).

Ainsi, le taux net moyen des cotisations s'élève à 2,44 % en 2014, contre 2,43 % en 2013 et 2,38 % en 2012. Ce taux est pondéré en fonction de la taille de l'entreprise, de son effectif ou de son secteur d'activité, selon des modalités qui ont évolué depuis la réforme de la tarification introduite par le décret du 5 juillet 2010 (*cf. infra*).

### ÉVOLUTION DES TAUX MOYENS DE COTISATIONS AT-MP

	Taux brut moyen national	M1	M2	M3	M4	Taux net moyen national
2008	0,94 %	0,27 %	38 %	0,61 %	-	2,28 %
2009	0,93 %	0,27 %	38 %	0,62 %	-	2,28 %
2010	0,91 %	0,28 %	39 %	0,63 %	-	2,28 %
2011	0,92 %	0,26 %	43 %	0,69 %	-	2,38 %
2012	0,93 %	0,26 %	43 %	0,66 %	0,02 %	2,38 %
2013	0,95 %	0,27 %	51 %	0,59 %	0,00 %	2,43 %
2014	0,94 %	0,25 %	51 %	0,64 %	0,00 %	2,44 %

Source : Direction de la sécurité sociale.

Les cotisations AT-MP ont fait l'objet de relèvements successifs depuis 2011, entraînant une progression régulière des produits nets de la branche. L'augmentation du taux de 0,10 % votée par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2011 a généré des gains de 470 millions d'euros pour la branche. En 2013, le relèvement de 0,05 % du taux par la LFSS pour 2013 a permis une progression de 3,9 % des produits, ce qui représente environ 200 millions d'euros de gains pour la branche. Cette croissance soutenue des produits des cotisations devrait cependant fléchir en 2014 pour retrouver un rythme proche de la progression de la masse salariale du secteur privé, soit 1,3 %.

### B. UNE ÉVOLUTION CONTRASTÉE DES CHARGES

Alors que les produits du régime connaissent une relative stabilité et une évolution tendancielle à la hausse, le niveau des dépenses de la branche AT-MP a subi pour sa part des variations significatives au cours des dernières années.

- *Les dépenses de prestations légales*

Les dépenses de prestations légales de la branche AT-MP sont constituées de prestations d'incapacité temporaire et de prestations d'incapacité permanente.

Les prestations d'incapacité temporaire, qui relèvent pour partie du périmètre de l'ONDAM, correspondent aux prestations exécutées :

- « en ville », c'est-à-dire les prestations en nature et les indemnités journalières (IJ) ;

- « en établissements », c'est-à-dire les établissements sanitaires publics, les établissements médico-sociaux et les cliniques privées.

Les prestations d'incapacité permanente financées par la branche AT-MP correspondent pour leur part aux rentes versées lorsque l'incapacité est supérieure ou égale à 10 % et aux indemnités en capital.

Les dépenses de prestations légales ont augmenté continûment jusqu'en 2011. Elles ont ensuite fléchi en 2012 et en 2013, sous l'effet respectivement du recul des dépenses de soins de ville et des indemnités journalières en 2012, et en raison de la réduction des prestations exécutées en établissements publics en 2013.

Ces dépenses devraient repartir à la hausse en 2014, compte tenu d'une croissance des prestations de soins de ville évaluée à 2,9 %, et surtout des prévisions d'augmentation importante des prestations exécutées en établissements publics, de l'ordre de 14,4 %.

- *Les dépenses liées aux transferts*

La branche AT-MP effectue des transferts d'équilibre aux régimes AT-MP des Mines et des salariés agricoles, tous deux confrontés à une situation de déficit structurel. Le montant de ces transferts a toutefois diminué en moyenne de 5,5 % par an entre 2007 et 2014, en raison du déclin démographique de ces régimes.

La branche procède en outre à des transferts à des organismes tels que le fonds commun des accidents du travail (FCAT) ou la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV). Depuis la loi portant réforme des retraites de 2010, la branche AT-MP effectue ainsi un transfert à la CNAV au titre du départ à la retraite des travailleurs exposés à l'amiante. Le montant de ce transfert augmente régulièrement puisqu'il s'élèverait à 92 millions d'euros en 2015, contre 77 millions d'euros en 2014 et 55 millions d'euros en 2013.

La branche AT-MP réalise également chaque année un versement à la branche maladie du régime général afin de compenser les coûts supportés par cette dernière au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, selon des conditions précisées par l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale. Le montant de ce transfert a connu une évolution rapide, de 490 millions d'euros en 2007 à 790 millions d'euros en 2011 ; le III de l'**article 58** du présent projet de loi de financement prévoit de relever ce montant à hauteur d'un milliard d'euros.

Votre rapporteur estime que cette nouvelle revalorisation du montant versé à la branche maladie doit être considérée comme un avertissement à l'égard de l'ensemble des acteurs de la branche AT-MP. Il est urgent de trouver des solutions pour lutter efficacement contre ce phénomène, et ainsi endiguer les relèvements répétés du transfert à la branche maladie, qui ne semblent pas être une réponse adéquate à la problématique de la sous-déclaration.

- *Les transferts aux fonds amiante (FIVA et FCAATA)*

La branche AT-MP porte une attention particulière à la prise en charge de l'indemnisation des victimes de l'amiante par l'intermédiaire de deux fonds spécialisés, dont elle assure l'essentiel du financement :

- le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), créé par l'article 53 de la loi de financement pour 2001, qui indemnise les victimes de maladies professionnelles liées à l'amiante ainsi que leurs ayants droit, selon un principe de réparation intégrale ;

- le Fonds de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante (FCAATA), créé par l'article 41 de la loi de financement pour 2001, qui finance le départ anticipé en préretraite de certains salariés exposés à l'amiante.

Le FIVA est financé chaque année par une contribution de l'État votée en loi de finances, et par une contribution de la branche AT-MP du régime général fixée par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) et déclinée au I de l'**article 58** du projet de loi. Le montant du financement, fixé à 380 millions d'euros pour 2015 a subi de fortes variations depuis 2012, passant de 315 millions d'euros en 2012 à 115 millions d'euros en 2013 et à 435 millions d'euros en 2014, liées à l'utilisation du fonds de roulement du FIVA et au désengagement de l'État, qui n'a pas versé de dotation pendant deux années consécutives en 2013 et 2014.

S'agissant du FCAATA, ses besoins de financement diminuent régulièrement, en raison de la baisse du nombre d'allocataires. Le II de l'**article 58** du projet de loi de financement prévoit ainsi un versement de 693 millions d'euros au fonds en 2015, contre 821 millions d'euros en 2014 et 890 millions d'euros en 2013.

### **C. L'AMÉLIORATION DU SOLDE ET DE LA GESTION DE LA BRANCHE**

- *La branche est en excédent depuis 2013*

Compte tenu du dynamisme des recettes, la branche AT-MP est redevenue excédentaire en 2013 après quatre années de solde négatif avec un solde positif de 638 millions d'euros. Cet excédent s'explique par un recul de 3,1 % des charges nettes et une hausse de 3,9 % des produits nets en 2013.

Pour l'année 2014, le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2014 souligne que l'excédent de la branche AT-MP devrait se réduire sensiblement à un peu plus de 200 millions d'euros, en raison d'une croissance des charges de la branche estimée à 4,4 % due à la hausse importante de la dotation au FIVA en 2014.

En 2015, le niveau des charges nettes devrait rester stable, tandis que les produits nets pourraient connaître une légère hausse, entraînant une amélioration

du solde de l'ordre de 200 millions d'euros par rapport à 2014, soit un excédent d'environ 400 millions d'euros en 2015.

Votre rapporteur tient à souligner que cet excédent ne suffira pas toutefois à rétablir la situation financière de la branche, dont le déficit net cumulé s'élève à 1,4 milliard d'euros. Les excédents attendus en 2014 comme en 2015 devraient par conséquent être affectés, comme en 2013, à la réduction des déficits cumulés passés, au lieu d'être consacrés à l'approfondissement des politiques de prévention des risques professionnels.

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

(en milliards d'euros)

	2012	%	2013	%	2014 (p)	%	2015 (p)	%
<b>CHARGES NETTES</b>	<b>11,7</b>	<b>1,2</b>	<b>11,3</b>	<b>-3,1</b>	<b>11,8</b>	<b>4,4</b>	<b>11,9</b>	<b>0,6</b>
<b>Prestations sociales nettes</b>	<b>8,8</b>	<b>7,9</b>	<b>8,7</b>	<b>-0,9</b>	<b>8,9</b>	<b>2,3</b>	<b>9</b>	<b>1,7</b>
Prestations légales nettes	8	1,0	8	-0,5	8,2	3,1	8,4	2,3
Autres prestations	0,7	-	0,7	-4,9	0,7	-6,3	0,7	-5,4
<b>Transferts nets</b>	<b>2</b>	<b>-20,6</b>	<b>1,7</b>	<b>-14,8</b>	<b>2</b>	<b>17,8</b>	<b>1,9</b>	<b>-4,0</b>
Transferts entre organismes	1,7	30,9	1,6	-7,4	1,5	-0,7	1,5	-1,7
Participations aux financements de fonds et organismes	0,3	-	0,1	-	0,5	-	0,4	-11,6
<b>Autres charges nettes</b>	<b>0,9</b>	<b>1,8</b>	<b>0,9</b>	<b>1,0</b>	<b>0,9</b>	<b>-1,4</b>	<b>0,9</b>	<b>0,7</b>
<b>PRODUITS NETS</b>	<b>11,5</b>	<b>1,6</b>	<b>12</b>	<b>3,9</b>	<b>12</b>	<b>0,7</b>	<b>12,3</b>	<b>2,1</b>
<b>Cotisations nettes, impôts et produits affectés</b>	<b>11,2</b>	<b>2,1</b>	<b>11,7</b>	<b>3,3</b>	<b>11,8</b>	<b>1,2</b>	<b>12</b>	<b>2,2</b>
Cotisations sociales nettes	11	2,2	11,5	5,0	11,7	1,3	11,9	1,8
Contributions, impôts et taxes	0,3	-1,0	0,1	-	0,1	-3,1	0,1	36,1
Autres	11	-7,0	0,01	22,7	0,01	10,7	0,01	-4,7
<b>Autres produits nets</b>	<b>0,3</b>	<b>-14,1</b>	<b>0,3</b>	<b>27,4</b>	<b>0,3</b>	<b>-19,8</b>	<b>0,3</b>	<b>0,1</b>
<b>Résultat net</b>	<b>- 0,17</b>		<b>0,64</b>		<b>0,22</b>		<b>0,40</b>	

Source : Direction de la sécurité sociale.

- *La certification des comptes de la branche AT-MP pour l'exercice 2013 révèle les efforts d'amélioration de la gestion interne de la branche*

Notons enfin que l'exercice 2013 a marqué un « retour à la normale » de la gestion de la branche AT-MP, dans la mesure où la Cour des comptes a certifié en juin dernier les comptes de la branche, pour la première fois depuis trois ans.

La Cour des comptes avait en effet refusé de certifier les comptes de l'exercice 2011 de la branche AT-MP en raison de l'absence de provisionnement des litiges au titre des contentieux avec les employeurs portant sur le taux de cotisations d'accidents du travail et maladie professionnelle (AT-MP). Concernant

l'exercice 2012, la Cour des comptes s'était estimée dans l'impossibilité d'exprimer une opinion, compte tenu des aléas entourant l'évaluation financière des contentieux.

Dès lors, la CNAMTS a réalisé des efforts considérables pour recenser et évaluer précisément l'état des contentieux, ce qui a permis à la Cour de lever son impossibilité de certifier les comptes pour l'exercice 2013, en l'assortissant toutefois de cinq réserves.

### III. APPROFONDIR LES RÉFORMES ENGAGÉES PAR LA BRANCHE AT-MP

#### A. REPENSER LE DISPOSITIF DE CESSATION ANTICIPÉE POUR LES VICTIMES DE L'AMIANTE

Le présent projet de loi de financement ne contient aucune mesure nouvelle à l'égard des victimes de l'amiante, seules les dotations financières de la branche AT-MP aux fonds amiante étant abordées à l'**article 58**.

Votre rapporteur a néanmoins souhaité attirer l'attention sur une situation d'inégalité manifeste relative à l'attribution de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA).

##### *a. Le principe de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante*

Face au drame de santé publique que représente l'amiante, la loi de financement pour 1999 a institué, pour les salariés du régime général de sécurité social et du régime des salariés agricoles ayant été exposés à l'amiante au cours de leur carrière professionnelle, une allocation de cessation anticipée d'activité sous certaines conditions. Deux voies d'accès à ce dispositif sont prévues.

La première voie d'accès au dispositif de l'ACAATA est collective : l'allocation peut être versée à toute personne ayant travaillé dans un établissement reconnu pour avoir exposé tout ou partie de ses salariés à l'amiante, sur le fondement d'une présomption d'exposition. La liste des établissements ouvrant droit au dispositif est fixée par arrêté ministériel, mais elle évolue régulièrement : entre 2007 et 2012, cinquante-cinq nouveaux établissements ont été inscrits sur la liste.

La seconde voie d'accès au dispositif est individuelle : elle est ouverte aux salariés atteints d'une maladie professionnelle directement liée à l'amiante, figurant aux tableaux 30 et 30 *bis* des maladies professionnelles de la branche AT-MP.

Le système de liste d'établissements ouvre très largement le dispositif de l'ACAATA : dans son rapport public de février 2014 <sup>(1)</sup>, la Cour des comptes indiquait ainsi que 87 % des allocations sont versées à des salariés qui n'ont pas développé de pathologie professionnelle en lien avec l'amiante au moment de leur entrée dans le dispositif ce qui, selon la Cour, souligne un défaut de ciblage du dispositif.

---

(1) Cour des comptes, rapport public annuel de février 2014 : « l'indemnisation des victimes de l'amiante : des priorités à mieux cibler ».

***b. Les conditions d'accès à l'ACAATA excluent certaines catégories de travailleurs pourtant exposés à l'amiante***

Votre rapporteur ne souhaite pas tant revenir sur l'accès étendu au dispositif de l'ACAATA pour les entreprises dont la liste est fixée par arrêté, dont le défaut de ciblage a été longuement présenté dans le rapport de la Cour des comptes de février 2014, que sur la situation inéquitable engendrée par cette situation. En effet, certains travailleurs ayant effectivement été exposés à l'amiante mais qui ne relèvent pas du régime général ou du régime des salariés agricoles ne peuvent pas, en l'état actuel du droit, prétendre à l'allocation de cessation anticipée d'activité.

Ainsi, de nombreux employés d'entreprises intérimaires ou de sous-traitance ayant travaillé sur les mêmes sites que les salariés des entreprises inscrites sur les listes ne sont pas éligibles à l'ACAATA. Votre rapporteur souhaite souligner par ailleurs que certaines professions artisanales sont tout aussi exposées à l'amiante, sans pour autant bénéficier du dispositif de cessation anticipée d'activité : les métiers de plombiers chauffagistes ou de couvreurs, par exemple, ne relevant pas du régime général, ne peuvent bénéficier de l'allocation de cessation anticipée d'activité en dépit de leur exposition à l'amiante.

Le Défenseur des droits a souhaité alerter votre rapporteur sur les difficultés provoquées par cette situation, qui conduit « *à traiter différemment deux salariés travaillant au sein du même établissement et exposés à l'amiante de la même manière, mais dépendant juridiquement d'employeurs différents. La seule possibilité pour les travailleurs de bénéficier de l'ACAATA est d'être déjà atteints d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante, tandis que les salariés des établissements inscrits sur les listes peuvent y prétendre du seul fait d'avoir travaillé* ».

Votre rapporteur a souhaité souligner également une autre situation d'inégalité au regard du dispositif de cessation anticipée d'activité s'agissant des agents de la fonction publique d'État, de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière. Ces derniers, à l'instar des artisans ou des intérimaires ayant été exposés à l'amiante, ne peuvent prétendre à l'ACAATA. Or plusieurs entreprises publiques, à savoir la RATP, la SNCF, ainsi que les entreprises électriques et gazières, ont mis en place des systèmes de cessation anticipée d'activité pour leurs personnels exposés à l'amiante, à condition qu'ils soient atteints d'une pathologie reconnue liée à l'amiante.

L'une des possibilités pour réduire cette situation d'inégalité pourrait être d'ouvrir, pour les actifs exposés à l'amiante dans le cadre de leur activité professionnelle qui n'en disposent pas encore – agents de la fonction publique, intérimaires, artisans – un droit à l'allocation de cessation anticipée d'activité. Cette proposition a fait l'objet d'une recommandation de la Cour des comptes dans son rapport de février dernier : la Cour proposait d'ouvrir le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité « *à toutes les victimes reconnues*

*atteintes d'une pathologie en lien avec l'amiante, quel que soit le régime de protection sociale ».*

L'article 90 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 avait demandé la remise d'un rapport sur ce sujet. Votre rapporteur regrette toutefois que ce rapport n'ait toujours pas vu le jour, plus d'un an après la date limite fixée au 1<sup>er</sup> juillet 2013 par la loi de financement. Selon les informations qui lui ont été transmises, ce rapport devrait cependant être remis au Parlement avant la fin de l'année 2014. Votre rapporteur espère que ce rapport permettra de définir clairement les possibilités juridiques d'extension du dispositif de l'ACAATA à de nouveaux bénéficiaires, afin d'apporter une réponse à ces derniers.

## **B. LUTTER CONTRE LA SOUS-DÉCLARATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES**

À l'occasion de la remise au Parlement en juin dernier du rapport de la commission instituée au titre de l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale visant à évaluer le coût réel de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles pour la branche maladie, votre rapporteur souhaite rappeler les enjeux de cette sous-déclaration.

La sous-déclaration des AT-MP constitue tout d'abord un enjeu financier non négligeable pour la branche, puisqu'afin de corriger les effets induits par cette sous-déclaration, le législateur a prévu la mise en place d'un versement annuel, à la charge de la branche AT-MP, au profit de la branche maladie du régime général. Ce versement, analysé à l'**article 58** du présent projet de loi de financement, pourrait s'élever à un milliard d'euros en 2015.

La sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles est en outre problématique en termes de prévention, puisqu'elle ne permet pas de se prémunir contre les risques professionnels identifiés comme étant à l'origine des affections professionnelles. La mutualisation du coût de la sous-déclaration entre l'ensemble des employeurs, via le versement effectué à la branche maladie, peut également désinciter les entreprises à développer certaines actions de prévention, puisqu'elles n'en verront pas nécessairement les effets sur le niveau de leur taux de cotisation.

Afin de comprendre et d'endiguer cette sous-déclaration, il convient dès lors de s'intéresser à ses origines. Le rapport de la commission de juin 2014 met ainsi en évidence trois catégories de facteurs entraînant la sous-déclaration des maladies professionnelles.

Le rapport rappelle dans un premier temps que certains employeurs exercent des pressions à l'encontre de leurs salariés afin de ne pas déclarer un accident du travail comme tel, tout sinistre d'origine professionnelle étant pris en compte dans le calcul du taux de cotisation de l'employeur pour les trois années suivant sa survenance.

La seconde série de raisons identifiée par la commission est liée aux victimes elles-mêmes, qui omettent de déclarer une maladie professionnelle : aux termes de l'article L. 461-5 du code de la sécurité sociale, la déclaration d'une maladie professionnelle incombe en effet au salarié. Cette non-déclaration peut résulter soit d'une méconnaissance de ses droits ou de l'origine professionnelle de son affection, soit de raisons diverses liées à la complexité de la procédure, ou à la crainte de perdre son emploi. La non-déclaration peut également résulter d'un arbitrage de la part du salarié entre la réparation versée au titre de la branche AT-MP et l'invalidité, versée par l'assurance maladie, au bénéfice de cette dernière.

Enfin, le troisième facteur mis en exergue par le rapport est la sous-déclaration résultant notamment d'un déficit d'information et de formation des professionnels et des établissements de santé. Les médecins eux-mêmes seraient insuffisamment formés à l'identification des pathologies d'origine professionnelle. Selon une étude de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), 61 % des médecins généralistes s'estiment « *plutôt mal informés* » sur la santé au travail, alors que seulement 2 % d'entre eux s'estiment « *très bien informés* » <sup>(1)</sup>. Le rapport de la commission souligne également des cas de sous-déclaration liés à la complexité de la procédure de déclaration d'un AT-MP ou à des dysfonctionnements dans la prise en charge par les établissements de santé des patients ayant subi un accident du travail ou une maladie professionnelle.

Au regard de ces facteurs de sous-déclaration, votre rapporteur est convaincu que l'augmentation continue du montant du transfert à la branche maladie ne constitue pas une réponse optimale au phénomène de sous-déclaration. Il convient par conséquent de sensibiliser chacun à cette problématique, de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle à l'employeur, en passant par les établissements et professionnels de santé. Outre le travail de formation et d'information de ces derniers, la commission préconise en particulier de clarifier les réglementations applicables en AT-MP et en invalidité, afin d'éviter tout arbitrage des salariés au profit de la branche maladie, et de renforcer les contrôles des corps d'inspection auprès des employeurs.

### **C. LA SITUATION PRÉOCCUPANTE DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL**

Instituée par la loi du 11 octobre 1946, la médecine du travail, dont la mission première est d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, a connu depuis une douzaine d'années des évolutions significatives. Ainsi, la loi de modernisation sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002 et le décret n° 2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la réforme du travail ont remplacé les termes de « services de médecine du travail » par ceux « services de santé au travail », cette évolution sémantique actant la volonté d'une approche nouvelle de

---

(1) INPES, « Médecins du travail/ médecins généralistes : regards croisés », janvier 2012.

la médecine du travail, davantage orientée vers la prévention en milieu de travail et privilégiant l'approche pluridisciplinaire de la santé au travail.

Les chefs d'entreprise ont l'obligation d'adhérer à un service de santé au travail interentreprises ou de disposer d'un service de santé au travail autonome, en raison de leur responsabilité en matière de préservation de la santé de leurs employés. Le médecin du travail est pour sa part chargé d'assurer à l'employeur que le salarié est « *médicalement apte au poste de travail auquel l'employeur envisage de l'affecter* », en vertu de l'article R. 4624-11 du code du travail.

Plus récemment, la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail a approfondi la réforme des services de santé au travail. Entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2012, cette réforme prévoit notamment de renforcer la qualité de la gouvernance et du pilotage stratégique des services de santé au travail (SST), de renouveler leurs missions et moyens d'action, et d'améliorer le suivi individuel de l'état de santé des salariés.

En dépit de ces évolutions législatives et réglementaires, la situation des services de santé au travail en France demeure un sujet de préoccupation important : la démographie des médecins du travail est vieillissante et les SST demeurent insuffisamment associés à la politique de prévention des risques professionnels. Le tournant de la prévention et de la pluridisciplinarité n'est que partiellement achevé, invitant à approfondir de nouveau l'évolution des services de santé au travail.

- *Les perspectives alarmantes de la démographie des médecins du travail*

Auditionné par votre rapporteur, M. Jean-Pierre Staudt, délégué général de l'association de Santé au travail de Lorraine Nord (AST Lor'N) a qualifié de « bombe à retardement » la question démographique des médecins du travail. En effet, la moitié des quelque 5 000 médecins du travail atteindront l'âge légal de la retraite d'ici 2017, ce qui devrait avoir pour effet de diminuer de moitié le nombre de médecins du travail en France. La situation est pourtant déjà critique : un médecin du travail suit en moyenne plus de 3 000 salariés.

Cette situation de pénurie démographique est très préoccupante et révèle avec acuité l'inadéquation des fonctions traditionnelles des médecins du travail au regard de leurs nouvelles missions de prévention. En effet, au titre des visites médicales d'embauche, les services de santé au travail doivent conduire environ vingt millions de visites par an, dont 60 % d'entre elles concernent les emplois d'une durée inférieure à un mois (intérim et contrat à durée déterminée). Faute de temps, les activités de prévention sont délaissées par les médecins du travail, accaparés par ces occupations traditionnelles. En conséquence, les personnels des SST sont peu sensibilisés à l'identification et à la prévention de risques émergents en milieu professionnel tels que les risques psycho-sociaux ou le risque chimique,

alors même que la prévention de l'ensemble des risques liés au travail devrait constituer le cœur de métier des services de santé au travail.

Dès lors, le métier de médecin du travail n'attire pas ou peu les étudiants en médecine, complexifiant la tâche de recrutement des services de santé au travail.

- *L'articulation des SST avec les autres acteurs de la prévention au travail et la pluridisciplinarité demeurent peu abouties*

La constitution d'équipes pluridisciplinaires, encouragée par les récentes évolutions législatives, n'a pas entièrement satisfait les services de santé au travail : les compétences issues de disciplines diverses se juxtaposent fréquemment dans les SST sans mise en cohérence et *a fortiori* sans stratégie. Si certains des SST interentreprises (SSTI) ont profité des possibilités nouvelles offertes par la loi du 20 juillet 2011 pour recruter des assistants de service de santé au travail (pour les deux tiers d'entre eux), ou un infirmier (pour 75 % d'entre eux), le nouveau statut de collaborateur médecin n'a pas rencontré le succès escompté puisqu'un quart seulement des SSTI ont procédé au recrutement d'un ou de plusieurs collaborateurs médecins.

#### *La composition des équipes pluridisciplinaires des services de santé au travail*

Aux côtés du médecin du travail, de nouveaux métiers ont été créés par la réforme de 2011 pour constituer des équipes pluridisciplinaires censées améliorer la prévention des risques professionnels.

– *Le collaborateur médecin* : il s'agit d'un médecin qui s'engage à suivre une formation en vue d'obtenir la qualification en médecine du travail auprès de l'ordre des médecins. Au sein d'un SST, il demeure encadré par un médecin du travail. La création de ce statut visait à pallier le déficit démographique des médecins du travail.

– *L'infirmier en santé au travail* : depuis la réforme, chaque SST a l'obligation de recruter au moins un infirmier au sein de l'équipe disciplinaire, chargé de la mise en place d'entretiens infirmiers.

– *L'assistant de service de santé au travail* apporte une assistance administrative à l'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaires dans leurs activités. Lors de déplacements en entreprises, il peut contribuer à repérer des dangers et identifier les besoins en santé au travail.

La conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) entre les SSTI, les CARSAT et les DIRECCTE, introduite par la même loi de 2011, a permis d'établir des liens nouveaux entre ces différents acteurs de la prévention des risques professionnels. Pourtant, selon les représentants du Centre interservices de santé et de médecine du travail (CISME), auditionnés par votre rapporteur, la collaboration est encore faible. Les services de santé au travail, associations privées à but non lucratif, sont encore insuffisamment associés à la définition des objectifs de prévention. Ils entretiennent peu de contacts avec

certains des organismes publics chargés de la définition ou du contrôle de la prévention tels que l'Inspection du travail.

Le premier bilan de la réforme dressé par la Direction générale du travail, présenté devant le Comité permanent du COCT en février dernier, partage ce constat d'inaboutissement de la réforme, même s'il se félicite des avancées déjà réalisées.

- *Approfondir la réforme de la médecine du travail*

Compte tenu des difficultés présentées, votre rapporteur considère qu'il est nécessaire de faire évoluer la mission des services de santé au travail vers une prévention moins systématique mais mieux ciblée, développée en lien avec les acteurs de la branche en charge de la prévention des risques professionnels.

Le premier volet d'approfondissement de la réforme concerne le périmètre des missions du médecin du travail. Les visites médicales obligatoires d'embauche représentent aujourd'hui la majeure partie des activités du médecin du travail. Dans un rapport de novembre 2012 intitulé « *Les services de santé au travail interentreprises : une réforme en devenir* », la Cour des comptes recommandait de « *relancer très vite la concertation avec les partenaires sociaux afin de réviser [cette obligation]* », dans l'objectif de favoriser le développement de la prévention.

La pluridisciplinarité et la détermination de la politique de prévention en lien avec les autres acteurs de la branche est le second axe de préoccupation. La Cour des comptes préconise ainsi de « *renforcer l'exercice collectif de la médecine du travail au sein d'équipes pluri-disciplinaires en lien avec les intervenants de la branche* », précisant que « *seule une approche globale permettra de diminuer significativement les sinistres et d'anticiper les nouveaux risques, en particulier les risques psycho-sociaux causés par les transformations de l'entreprise et du management* ».

#### **D. UN BILAN MITIGÉ DE LA RÉFORME DE LA TARIFICATION AT-MP**

Le système de tarification AT-MP repose sur trois principes issus de la loi du 9 avril 1898: un principe de mutualisation des risques, un principe de différenciation – les contributions des entreprises sont calculées individuellement en fonction du secteur d'activité – ainsi qu'un principe de paiement des cotisations par l'employeur, censé responsabiliser les entreprises et les inciter à mettre en place des mesures de prévention des risques professionnels et d'amélioration de la santé et de la sécurité au travail.

Le manque de lisibilité et la complexité du système de tarification AT-MP ont conduit à réformer en profondeur la tarification des risques professionnels en 2010. Entrée progressivement en vigueur à partir de 2012, cette réforme introduite par le décret n° 2010-753 du 5 juillet 2010 n'est pleinement effective que depuis

2014. Son but était non seulement de rendre la tarification plus simple et plus lisible, mais également plus incitative à la prévention, en diminuant les délais entre la survenance du sinistre et sa traduction financière dans les taux notifiés.

*La mise en œuvre progressive de la réforme*

- 22 octobre 2009 : adoption du projet de réforme de la tarification par la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles
- 2010 : prise en compte des sinistres déclarés selon cette nouvelle tarification
- 2011 : mise en place d'un nouveau compte employeur
- 2012 : prise en compte du nouveau mode d'imputation dans le calcul des taux de cotisation pour les sinistres déclarés depuis 2010, et les rentes notifiées cette même année en cas de séquelles
- 2012 et 2013 : calcul de la cotisation toujours selon les deux systèmes
- 2014 : nouvelle tarification unique : année de plein effet de la réforme (taux de cotisation calculé sur 2010-2011-2012)

### **1. Les objectifs de la réforme de la tarification**

Dans un premier temps, la réforme a modifié les seuils de la tarification mixte. En effet, les CARSAT fixent chaque année les taux de cotisation des entreprises s'appliquant sur l'assiette des salaires. La nouvelle tarification change les seuils d'effectifs qui déterminent si une entreprise est en tarification individuelle, mixte ou collective et de ce fait introduit plus d'individualisation dans les taux de cotisations.

Dans un second temps, le décret a modifié le principe de l'imputation des sinistres : désormais, la part individuelle du taux de cotisation n'est plus calculée en fonction du coût de chaque accident pris isolément, mais sur la base d'un coût moyen des sinistres de gravité comparable, calculé par grands secteurs d'activité, au niveau national. Ce coût moyen doit permettre à l'entreprise d'apprécier immédiatement l'enjeu financier lié à la survenance d'un sinistre.

Les nouvelles règles prévoient en outre que les conséquences financières d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle seront désormais imputées l'année de déclaration du sinistre : la sanction de la survenance d'un sinistre n'affecte pas plus de trois années de cotisations, et non plus sans limitation dans le temps comme c'était le cas auparavant.

Cette disposition devait permettre à la fois de prendre plus rapidement en compte les efforts de prévention des employeurs, et d'améliorer la prévisibilité, puisque le sinistre n'est désormais imputé qu'une seule fois sur le compte employeur de l'entreprise.

## **2. Le bilan de la réforme de la tarification n'est pas à la hauteur des attentes en termes de prévention**

Alors que 2014 était la première année de plein effet de la réforme de la tarification, force est de constater que cette dernière peine à montrer ses effets sur la prévention des risques professionnels.

- *Le défaut de lisibilité du nouveau système*

La réforme de 2010 a marqué une réelle volonté de clarification du système de tarification des AT-MP. Des avancées concrètes ont été réalisées : par exemple, le portail « net-entreprises.fr » permet à l'entreprise de déclarer les accidents du travail, mais aussi de prendre connaissance des taux prévisionnels qui lui seront notifiés, grâce à l'actualisation du compte réalisée par les CARSAT. Pourtant, en 2014, seules 22 % des entreprises ont adhéré au compte AT-MP.

À rebours de ces avancées, plusieurs éléments continuent de participer au manque de lisibilité du système de tarification des AT-MP, tels que le décalage qui subsiste entre la survenance d'un accident du travail et sa répercussion sur le taux de cotisation ou encore le manque de clarté des composantes du taux de cotisation notifié à l'employeur. À défaut de pouvoir calculer précisément les répercussions d'un accident ou d'une maladie d'origine professionnelle, les employeurs demeurent peu encouragés à entreprendre des démarches de prévention.

Il convient de compléter ce premier facteur explicatif par le constat que, dans le nouveau système, plus de huit entreprises sur dix restent soumises à la tarification collective : le taux de cotisation qui leur est notifié n'étant pas lié directement à leur taux de sinistralité, elles sont moins directement concernées par les incitations individuelles.

- *La mutualisation de certaines dépenses de la branche AT-MP va à l'encontre de la responsabilisation des employeurs*

Par ailleurs, l'incapacité de la réforme de la tarification à améliorer significativement les démarches de prévention auprès des employeurs pourrait résulter pour partie de l'augmentation du nombre de dépenses mutualisées au sein de la branche, et indépendantes du taux de sinistralité au sein de l'entreprise. En effet, certaines dépenses de la branche sont partagées également entre tous les employeurs, sans lien avec la survenance d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle dans leur établissement.

C'est le cas par exemple des transferts réalisés par la branche au titre de l'amiante (FIVA et FCAATA) et de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles, ou des transferts dits « de solidarité ».

Selon les données de la CNAMTS, ces transferts représentent 14,7 % des cotisations AT-MP en juin 2014, et 21,6 % des cotisations totales en incluant le

montant versé au FCAATA <sup>(1)</sup>. En conséquence, près d'un quart de la cotisation versée par les employeurs ne reflète aucunement l'évolution de la sinistralité dans leur entreprise, ce qui peut dissuader certains employeurs d'approfondir leurs démarches de prévention. Si cette proportion de la part mutualisée du risque due aux transferts de la branche est restée relativement stable depuis une dizaine d'années, comme l'indique le tableau ci-après, l'augmentation importante du montant versé par la branche AT-MP à l'assurance maladie au titre de la sous-déclaration prévue dans le présent projet de loi de financement peut faire craindre un nouvel accroissement du poids des transferts dans la cotisation AT-MP, qui viendrait amoindrir encore l'effet incitatif déjà limité de la tarification AT-MP.

#### POIDS DES TRANSFERTS À LA CHARGE DE LA BRANCHE AT-MP

(en milliards d'euros et %)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Cotisations, impôts et produits affectés</b>	8,4	8,7	9,4	9,9	10,4	10,2	10,3	11,3	11,5	11,8	11,9
<b>Transferts<sup>(*)</sup></b>	1,5	1,8	2	2,3	2,2	2,5	2,5	2,6	1,8	1,4	1,7
<b>En % des cotisations</b>	18,4 %	20,4%	21,4%	23,0%	21,2%	25,0%	24,1%	22,8%	15,4%	12,2%	14,7%
<b>En % des cotisations tenant compte de la cotisation versée au FCAATA<sup>(**)</sup></b>	-	-	-	-	-	-	-	-	23,1 %	19,6 %	21,6 %

(\*) Transferts versés par la branche AT-MP au régime des Mines, au régime agricole, à la branche maladie du régime général, au Fonds communs des accidents du travail (FCAT), au FCAATA (jusqu'en 2012), au FIVA, à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNSA) et à la CNAV, au titre de la pénibilité (en 2011 et 2012).

(\*\*) Depuis 2012, les comptes de FCAATA ont été intégrés à la branche AT-MP et n'apparaissent plus indépendamment des comptes de la branche.

Source : CNAMTS et LFSS pour 2012, 2013 et 2014

### 3. Diminuer le volume du contentieux lié à la tarification : le second objectif manqué de la réforme

Le volume important de contentieux auquel doit faire face la branche AT-MP est un autre motif de préoccupation, dans la mesure où il affecte également significativement les cotisations des employeurs. L'impact financier des recours contentieux s'élève à 505 millions d'euros en 2013, soit un peu plus de 5 % des cotisations versées par les employeurs.

Le contentieux AT-MP peut être de deux natures :

- Le contentieux dit « général » prévu à l'article L. 142-1 du code de la sécurité sociale, qui règle les différends relatifs à l'application des législations et réglementations de sécurité sociale ne relevant pas par nature d'un autre contentieux. Il représente 70 % du volume du contentieux AT-MP en 2013 ;

(1) Depuis 2012, la dotation de la branche AT-MP au FCAATA n'apparaît plus dans le compte, en raison de l'intégration dans les comptes de la branche des dépenses et recettes du FCAATA.

– Le contentieux dit « technique », défini à l'article L. 143-1 du même code, traite des différends d'ordre médical (degré d'invalidité, taux de tarification des cotisations AT-MP dues par les entreprises...).

Près de la moitié du montant du contentieux de la branche AT-MP correspond à des remboursements de cotisations (232 millions d'euros), tandis que l'autre moitié représente les sommes perdues au titre des minorations de taux accordées à la suite d'un contentieux (273 millions d'euros).

L'un des objectifs de la réforme de la tarification de 2010 était de réduire le volume de contentieux, en limitant la durée d'imputation d'un sinistre à trois années. Or, l'ensemble des personnes auditionnées par votre rapporteur sur cette question ont indiqué que la réforme de la tarification n'avait pas engendré une diminution des recours.

Les représentants de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT) ont par ailleurs indiqué à votre rapporteur que la Cour a été saisie en 2012 et 2013 d'un surcroît de contentieux liés directement à l'interprétation des dispositions de la nouvelle tarification AT-MP (entre 700 et 800 recours). En revanche, la Cour a indiqué qu'en ce qui la concernait, la réforme de la tarification n'avait pas eu d'effet sur les anciens motifs de contentieux AT-MP, tels que la contestation du classement d'un établissement ou les conditions d'imputation des conséquences financières d'une maladie professionnelle au compte spécial.

Au regard de ces données, la réforme de la tarification ne semble pas avoir rempli ses objectifs en matière d'incitation à la prévention et de limitation du contentieux AT-MP. La nouvelle COG liant la branche AT-MP à l'État constate elle-même les insuffisances cette réforme, estimant qu'elle « *n'épuise pas le champ des efforts possibles en matière d'amélioration continue du processus de tarification* ».

La nouvelle convention entend corriger à la marge ces dysfonctionnements, en soulignant par exemple que « *plusieurs sujets (...) méritent d'être expertisés dans la mesure où ils sont susceptibles d'améliorer l'effet incitatif à la prévention du dispositif* ». L'inscription de la réduction du risque contentieux comme axe stratégique de la COG y participe également.

En définitive, votre rapporteur considère que l'ensemble des acteurs de la branche AT-MP auraient beaucoup à gagner dans un approfondissement de la réforme de la tarification, afin que cette dernière redevienne cohérente avec les principes qui ont guidé la création de la branche dès 1898.

\*

\* \*



## **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 15 octobre 2014.*

### **TRAVAUX DE LA COMMISSION**

#### **EXAMEN DES ARTICLES**

#### **QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2015**

#### **TITRE III DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA BRANCHE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES**

##### *Article 58*

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

Cet article fixe les montants des dotations versées par la branche « Accidents du travail et maladies professionnelles » (AT-MP) du régime général :

- au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) **(I)** ;
- au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) **(II)** ;
- à la branche de l'assurance maladie du régime général, au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, dans les conditions précisées par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale **(III)**.

#### **1. Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante**

L'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2001 a créé un dispositif de réparation intégrale des préjudices subis par les victimes de l'amiante et leurs ayants droit. Le II dudit article prévoit que le FIVA prend en charge les maladies d'origine professionnelle

occasionnées par l'amiante, les maladies spécifiques figurant dans l'arrêté du 5 mai 2002 ainsi que toute maladie pour laquelle le lien avec une exposition à l'amiante est reconnu par le fonds.

Depuis la création du fonds, près de 82 000 dossiers de demande d'indemnisation ont été déposés, la part des victimes indemnisées relevant du régime général étant largement majoritaire (84 %). Le montant des dépenses d'indemnisation cumulées versées par le FIVA depuis 2002 s'élevait au 31 décembre 2013 à 3,992 milliards d'euros.

Les demandes d'indemnisation adressées au FIVA continuent d'être dynamiques, contrairement au dispositif de cessation d'activité anticipée pour les travailleurs de l'amiante (ACAATA), dont le nombre d'allocataires diminue régulièrement. Le rapport annuel du FIVA indique en effet que 18 506 nouvelles demandes d'indemnisation ont été enregistrées en 2013, soit une augmentation de 9 % des demandes par rapport à 2012, tandis que le nombre de dossiers ouverts a progressé de 18 % en 2013. En outre, le FIVA a redoublé d'efforts depuis plusieurs années pour écouler les stocks des dossiers, or l'accélération du traitement des dossiers entraîne mécaniquement une hausse des dépenses. En conséquence, les dépenses d'indemnisation ont atteint près de 550 millions d'euros en 2013, soit une progression de 15 % par rapport à l'année précédente.

- *La fixation du montant de la contribution de la branche AT-MP au FIVA*

Le VII de l'article 53 de la loi précitée prévoit que le FIVA est financé, d'une part, par une contribution de la branche AT-MP, fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, et d'autre part, par une contribution de l'État, qui relève de la loi de finances.

En conséquence, le I du présent article fixe le montant de la contribution de la branche AT-MP au financement du FIVA pour l'année 2015 à 380 millions d'euros, contre 435 millions d'euros en 2014.

Cette diminution de 12,6 % du montant de la dotation par rapport à 2014 doit être relativisée, car la dotation reste très supérieure aux montants versés jusqu'en 2013 par la branche, comme le montre le tableau suivant.

## CHARGES ET PRODUITS DU FIVA

(en millions d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014 (p)	2015 (p)
<b>Charges</b>	<b>424</b>	<b>465</b>	<b>400</b>	<b>481</b>	<b>556</b>	<b>513</b>	<b>480</b>
<b>Produits, dont :</b>	<b>418</b>	<b>430</b>	<b>484</b>	<b>433</b>	<b>240</b>	<b>515</b>	<b>470</b>
– dotation CNAMTS-AT	315	315	340	315	115	435	380
– dotation de l'État	48	48	48	47	0	0	10
– reprises sur provisions	23	41	70	39	80	50	50
– autres produits	32	26	27	32	45,5	30	30
<b>Résultat net</b>	<b>- 7</b>	<b>- 36</b>	<b>85</b>	<b>- 48</b>	<b>- 316</b>	<b>2</b>	<b>- 10</b>
<b>Résultat cumulé depuis 2001</b>	297	261	346	298	- 18	- 16	- 26
<b>Taux de consommation des dotations annuelles État/AT-MP</b>	<b>117 %</b>	<b>128 %</b>	<b>103 %</b>	<b>133 %</b>	<b>482 %</b>	<b>118 %</b>	-

Source : Direction de la sécurité sociale.

### ● La fin du désengagement de l'État ?

En 2015, après deux années de dotation nulle, l'État a annoncé participer à nouveau en 2015 au financement du FIVA, à hauteur de dix millions d'euros. Votre rapporteur considère que ce retour de l'État dans le financement du FIVA est bienvenu. Pour autant, le montant du versement consenti, qui représente à peine 2 % des besoins du FIVA, reste insuffisant.

Votre rapporteur tient en effet à rappeler que le montant de la dotation de l'État s'établissait, entre 2006 et 2012, à 47,5 millions d'euros, tandis que la dotation à la charge de la branche AT-MP était stable, entre 315 et 340 millions d'euros. Afin de tenir compte du fonds de roulement important du FIVA, la loi de financement pour 2013 a proposé une diminution de 200 millions d'euros de la dotation de la branche AT-MP, tandis que la dotation de l'État était nulle pour 2013. Cette absence de dotation de l'État a été reconduite en 2014, tandis que le montant de la dotation AT-MP a subi pour sa part une augmentation de 320 millions d'euros, soit un montant très supérieur à celui qu'elle finançait jusqu'en 2012.

La dotation de 10 millions d'euros qui devrait être versée par l'État en 2015 représente ainsi seulement un cinquième du montant versé annuellement par l'État entre 2006 et 2012. L'essentiel du financement du FIVA sera donc à nouveau assuré en 2015 par les employeurs, via la cotisation qu'ils versent à la branche AT-MP. Votre rapporteur regrette par conséquent que l'État continue de s'exonérer partiellement de sa responsabilité à l'égard des victimes de l'amiante, en faisant peser la majeure partie du financement du fonds sur les employeurs.

- *Le résultat net cumulé du fonds en déficit*

Outre les dotations versées par la branche AT-MP et par l'État, le FIVA dispose d'autres ressources financières constituées notamment de reprises sur provisions et des produits des actions engagées par le fonds à l'encontre des employeurs, au titre de la faute inexcusable.

Ces recettes complémentaires des dotations sont estimées respectivement à 50 millions d'euros et 30 millions d'euros pour 2015. Sur la base de ces hypothèses, le résultat net du FIVA à la fin de l'année 2015 présenterait un déficit de 10 millions d'euros. Le déficit net cumulé du fonds devrait s'établir à – 26 millions d'euros à la fin de l'année 2015.

Selon la présidente et la directrice du FIVA, auditionnées par votre rapporteur, la situation financière du fonds, bien que fragilisée en 2013 et 2014, ne devrait toutefois pas mettre en péril ses capacités à indemniser les victimes de l'amiante. Le FIVA dispose en effet d'un fonds de roulement estimé à 83 millions d'euros en 2014, et qui devrait s'établir à 73 millions en 2015. Ce montant représente une réserve prudentielle égale à deux mois de dépenses d'indemnisation, permettant le cas échéant de faire face à un surcroît momentané de dépenses.

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

L'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 a instauré une allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) accessible aux salariés du régime général ou du régime AT-MP des salariés agricoles atteints de maladies professionnelles liées à l'amiante, ou aux salariés et anciens salariés ayant travaillé au sein d'établissements « *de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, des établissements de flocage et de calorifugeage à l'amiante ou de construction et de réparation navales* ».

Cette allocation est financée par le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), créé par le III de l'article 41 de la loi précitée. La gestion du FCAATA est assurée par la Caisse des dépôts. Aux termes dudit article, les ressources du FCAATA sont constituées :

- d'une fraction égale à 0,31 % des droits à tabac (art. 575 du code général des impôts) ;

- d'une contribution de la branche AT-MP du régime général, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale ;

- d'une contribution de la branche AT-MP du régime des salariés agricoles, dont le montant est fixé annuellement par arrêté.

Une contribution complémentaire à la charge des entreprises dont les salariés ont été exposés à l'amiante avait été instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2005. En raison de son rendement peu élevé et du contentieux abondant qu'elle suscitait, cette contribution a été abrogée par la LFSS pour 2009.

- *Une diminution continue des besoins financiers du FCAATA*

Après une phase de croissance continue du nombre d'allocataires entre 2000 et 2006 correspondant à la montée en charge du dispositif, le nombre de bénéficiaires du FCAATA s'est stabilisé avant de décroître progressivement : les flux de sortie du dispositif ont été multipliés par deux entre 2009 et 2013. Ces sorties sont provoquées, dans 95 % des cas, par le départ à la retraite des bénéficiaires. Sur la même période, le nombre d'allocataires entrant dans le dispositif n'a augmenté que d'un tiers, ce qui entraîne mécaniquement une diminution du nombre d'allocataires : 28 600 en 2011, 26 200 en 2012 et 23 800 en 2013.

En conséquence, en l'état actuel du droit, les besoins financiers du fonds devraient continuer de fléchir. Sous l'effet combiné de la diminution du nombre d'allocataires et d'une revalorisation des allocations évaluée à 0,22 % pour 2015, la Commission des comptes de la sécurité sociale estime ainsi que les dépenses du fonds liées aux allocations pourraient se réduire de 7,7 % en 2015.

Le tableau ci-dessous retrace l'évolution des comptes du fonds depuis 2007.

#### CHARGES ET PRODUITS DU FCAATA

(en millions d'euros)

	2011	2012	2013	2014 (prév.)	2015 (prév.)
<b>Charges</b>	<b>874</b>	<b>858</b>	<b>819</b>	<b>786</b>	<b>747</b>
<b>Produits, dont :</b>	<b>924</b>	<b>922</b>	<b>928</b>	<b>856</b>	<b>728</b>
– contributions de la branche AT-MP du régime général	890	890	890	821	693
– fraction des droits sur les tabacs	34	33	35	35	35
– autres produits (*)	0,0	-0,5	2,8	0,3	0,3
<b>Résultat net</b>	<b>51</b>	<b>64</b>	<b>109</b>	<b>70</b>	<b>- 19</b>
<b>Résultat cumulé depuis 2001</b>	<b>- 225</b>	<b>- 160</b>	<b>- 51</b>	<b>- 19</b>	<b>0</b>

(\*) Contribution du régime AT-MP des salariés agricoles, contribution employeurs, produits financiers CDC

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale (juin 2014) et prévisions DSS pour 2014 et 2015

- *La fixation du montant de la contribution de la branche AT-MP au FCAATA*

Le **II** du présent article fixe la contribution de la branche AT-MP au FCAATA à 693 millions d'euros pour 2015, soit une diminution de 18,5 % par rapport à la dotation de 2014.

Selon la Commission des comptes de la sécurité sociale, cette nouvelle diminution de la dotation de la branche AT-MP au FCAATA devrait avoir pour effet de ramener à l'équilibre le solde cumulé du fonds dès la fin de l'année 2015. Après avoir recouvré l'équilibre en 2011, le fonds a en effet connu un excédent considérable de 109 millions d'euros en 2013, qui devrait être ramené à 70 millions d'euros à la fin de l'année 2014 et à - 19 millions d'euros fin 2015, pour un résultat cumulé nul.

### **3. La sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles**

En application de l'article L. 461-5 du code de la sécurité sociale, la déclaration d'une maladie professionnelle incombe au salarié, contrairement à la déclaration d'un accident du travail qui est une obligation de l'employeur.

Or pour des raisons multiples, liées par exemple à la méconnaissance de l'origine professionnelle d'une affection, à la complexité de la procédure de la déclaration, à la formation et à l'information insuffisante des professionnels de santé ou encore à des pressions de certains employeurs pour se soustraire à leur obligation, certaines dépenses engendrées par des pathologies d'origine professionnelle ou des accidents subis sur le lieu de travail sont prises en charge par l'assurance maladie, et non par la branche AT-MP.

En conséquence, l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, issu de l'article 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997, instaure le principe d'un « *versement annuel* » à la charge de la branche AT-MP au profit de la branche maladie du régime général. Ce versement a pour objet de compenser les dépenses engagées par cette dernière au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles non déclarés comme tels. L'article L. 176-2 du même code précise que le montant de ce versement est fixé annuellement par la loi de financement de la sécurité sociale.

Le **III** du présent article fixe donc à un milliard d'euros le montant du reversement de la branche AT-MP vers la branche maladie du régime général pour l'année 2015.

- *Les critères permettant de fixer le montant de la sous-déclaration*

En application de l'article L. 176-2 du même code, une commission est chargée de remettre tous les trois ans aux membres du Parlement et au

Gouvernement un rapport permettant d'évaluer le coût réel, pour la branche maladie, de la sous-déclaration des AT-MP. Cette commission a présenté un nouveau rapport en juillet dernier.

Pour déterminer la fourchette de sous-évaluation, la commission réalise une estimation de l'écart entre le nombre de cas d'accidents ou de maladies théoriquement imputables à l'activité professionnelle et le nombre de cas effectivement reconnus par la branche AT-MP. Outre les accidents du travail, cinq grands groupes de pathologies, inchangés depuis 2011, ont été examinés par la commission : les cancers professionnels, les principales affections périarticulaires et du rachis lombaire, l'asthme et les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO), les dermatoses et la surdité.

La commission s'appuie principalement sur des données épidémiologiques pour établir une estimation du nombre de cas sous-déclarés, qu'elle rapporte aux données de coût moyen par pathologie fournies par la CNAM-AT, comme l'indique le tableau ci-dessous.

**ÉVALUATION DE LA SOUS-DÉCLARATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES EN 2014**

Pathologies professionnelles		Nombre de cas sous-déclarés	Coût moyen annuel (en euros)	Coût total de la sous-déclaration (en millions d'euros)
Principales affections périarticulaires	Canal carpien	9 905	2 953	29
	Épaule douloureuse	84	8 822	1
	Tendinite du coude	6 531	4 090	27
	Tendinite main ou doigts	2 518	2 996	8
Cancers professionnels		2,3 à 6 %	7 208	280 à 729
Affections du rachis lombaire		1 334 à 3 717	11 352	15 à 42
Surdité		11 825	309	4
Dermatoses allergiques et irritatives		8 441 à 11 981	2 333	20 à 28
Asthme		104 808 à 158 262	1 830	192 à 290
Broncho-pneumopathie chronique obstructive		8 781 à 26 481	2 560	22 à 68
Accidents du travail	Avec arrêt	36 531	2 350	86
	Sans arrêt	55 889	229	13
<b>Total</b>				<b>695 à 1 323</b>

Source : Rapport de la commission L. 176-2 (2014).

- *Le montant du versement pour 2015 atteint le seuil symbolique d'un milliard d'euros*

Le montant du premier versement de la branche AT-MP à l'assurance maladie, fixé par la loi de financement pour 1997, s'élevait à 137 millions d'euros, et ne concernait que les maladies professionnelles. Ce montant, resté stable jusqu'en 2001, a fortement augmenté depuis l'introduction des accidents du travail dans le champ de la sous-déclaration en 2002.

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

*(en millions d'euros)*

<b>Objet</b>	<b>Année</b>	<b>Montant</b>
<b>Maladies professionnelles</b>	1997	137,20
	1998	138,71
	1999	140,38
	2000	141,02
	2001	144,06
<b>Maladies professionnelles + accidents du travail</b>	2002	299,62
	2003 à 2006	330,00
	2007 et 2008	410,00
	2009 à 2011	710,00
	2012 à 2014	790,00
	<i>2015 (prévision)</i>	1 000,00

*Source : Étude d'impact.*

Le précédent rapport de la commission, remis en juin 2011, avait estimé le coût de la sous-déclaration dans une fourchette comprise entre 587 et 1 110 millions d'euros. Le rapport de la commission de 2014 relève considérablement la fourchette haute de cette estimation, puisque la nouvelle fourchette proposée va de 695 à 1300 millions d'euros.

Les conclusions de la commission ont conduit le Gouvernement à proposer un nouveau montant d'un milliard d'euros, correspondant à la moyenne de la fourchette proposée par la commission. Ce montant représente une augmentation de plus de 25 % du versement à la charge de la branche AT-MP par rapport à 2014.

Ce montant a suscité des réactions très hétérogènes de la part des partenaires sociaux auditionnés par votre rapporteur. D'aucuns le jugent insuffisant, puisqu'éloigné de la fourchette haute établie par la commission. Ils ont souligné également que l'augmentation de la sous-déclaration pouvait résulter en partie d'une moindre reconnaissance de certaines pathologies d'origine professionnelle, en raison d'une révision des critères des tableaux de certaines maladies professionnelles. La révision en 2011 du tableau n° 57 relatif aux troubles musculo-squelettiques de l'épaule a particulièrement été citée.

À l'inverse, d'autres partenaires sociaux estiment ce montant largement surestimé, et regrettent l'imprécision des critères qui fondent l'évaluation de la commission.

Au regard de ces éléments, votre rapporteur s'inquiète également de l'augmentation considérable du montant reversé à l'assurance maladie, qui pèse sur les charges des entreprises.

De fait, le versement à la branche maladie constitue une mutualisation du coût des maladies professionnelles et des accidents du travail pour l'ensemble des employeurs : à l'inverse de la philosophie de la branche AT-MP qui conduit à faire supporter à l'employeur le coût du risque auquel il expose effectivement ses salariés, la logique du versement de la branche AT-MP à la branche maladie fait que les employeurs ne supportent plus individuellement le coût du risque professionnel.

En définitive, votre rapporteur considère que l'augmentation continue du montant de ce transfert risque à terme de détourner les entreprises de leur démarche de prévention, et constitue ainsi une réponse partiellement inappropriée à la problématique de la sous-déclaration. Il encourage par conséquent à poursuivre les actions de la lutte contre la sous-déclaration, afin qu'une proportion croissante d'accidents du travail et de maladies professionnelles soient effectivement imputés sur le compte de la branche AT-MP et ne pèsent plus à l'avenir sur les comptes de l'assurance maladie.

\*  
\* \*

Lors de l'examen du texte du projet de loi, votre commission des affaires sociales a adopté un amendement de votre rapporteur portant sur la rédaction du montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche assurance maladie.

\*  
\* \*

*La Commission est saisie de l'amendement AS240 de M. Denis Jacquat.*

**M. Denis Jacquat, rapporteur de la branche accidents du travail et maladies professionnelles.** La rédaction actuelle de l'article 58 propose d'élever le montant du transfert de la branche AT-MP à la branche maladie à 1 000 millions d'euros. En littérature, cela s'appelle une litote, c'est-à-dire que l'on s'efforce d'atténuer une idée qui aurait quelque chose de brutal ou de déplaisant. Je pense, au contraire, qu'il ne faut pas cacher le montant de cette augmentation. Il faut réagir pour comprendre les raisons de la sous-déclaration et pour l'endiguer auprès de tous les acteurs de la branche AT-MP : les salariés, les employeurs, les professionnels de santé et les établissements de santé.

C'est pourquoi je propose de remplacer les mots « 1 000 millions » par les mots « un milliard », bien plus révélateurs de l'urgence de la situation. J'en avais parlé à la ministre en disant que c'était peut-être pour le *fun*. Toutefois, il faut reconnaître que l'on ne parle jamais de 1 000 millions, mais d'un milliard.

*La Commission adopte l'amendement à l'unanimité.*

**M. Christian Hutin.** Les deux premiers points de l'article 58 ne font l'objet d'aucun amendement, mais il ne faudrait pas pour autant les banaliser. Ils concernent les victimes de l'amiante. L'absence d'amendement prouve que l'enveloppe budgétaire accordée au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) est assez satisfaisante, et cette commission en est la garante par rapport aux victimes. Chacun peut imaginer le drame que cela peut représenter, par rapport aux dizaines de milliers de morts et aux dizaines de milliers de personnes qui voient leur espérance de vie diminuer rapidement.

Je déposerai peut-être, à la demande de l'association nationale des victimes, un ou deux amendements en séance publique. Après la réception par le Président de la République des veuves de victimes de l'amiante, tout porte à croire qu'une petite évolution se dessine pour certaines catégories.

On assiste à une reprise de l'engagement de l'État à hauteur de 10 millions d'euros ; cela reste certes modeste par rapport au montant du fonds d'indemnisation, mais nous étions tombés d'accord lors des précédents PLFSS, dans un souci de bonne gestion, pour ne pas laisser au FIVA un fonds courant excessif. Reste qu'il y a à nouveau un – petit – engagement de l'État, et cela me semble tout à fait légitime.

On note également une augmentation du nombre des dossiers traités par le FIVA. Si l'on ne peut guère s'en réjouir, il faut reconnaître les efforts considérables qui ont été faits pour améliorer son efficacité. Nous pouvons remercier sa présidence, son conseil d'administration et sa direction, ainsi que les associations qui, par leurs démarches auprès des personnes exposées, ont réussi à faire passer un certain nombre de dossiers pouvant prétendre à indemnisation : je pense notamment à ces femmes de victimes, qui avaient nettoyé les bleus de travail de leurs conjoints et ont développé la maladie un peu plus tard, sans jamais avoir pensé faire une déclaration. Elles commencent à entrer dans le système d'indemnisation.

**M. Denis Jacquat, rapporteur.** M. Hutin a parfaitement raison d'évoquer ce problème que j'évoquerai dans mon rapport. Notre collègue préside le groupe d'études sur l'amiante. Des décisions extrêmement importantes ont été prises à l'Assemblée nationale il y a quelques années. Après deux ans d'absence, l'État participe de nouveau au fonds FIVA à hauteur de 10 millions d'euros.

Quant aux veuves, elles ne doivent pas être les oubliées de la société. Elles ont, pendant trente ou quarante ans, nettoyé les bleus de leurs maris et elles ont été des victimes indirectes de l'amiante, puisque c'est la poussière d'amiante qui est responsable des mésothéliomes ou d'autres pathologies.

Je félicite mon collègue Hutin pour l'action qu'il mène dans le cadre de ce groupe d'études, dont je suis moi-même membre ; en tant que médecin et venant d'une région sidérurgique, il connaît particulièrement bien ces problèmes. Nous devons rester très vigilants et les associations sont là pour nous stimuler.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Certains groupes d'études ont plus de pertinence que d'autres, et celui-là a prouvé la sienne.

*La Commission adopte l'article 58 modifié.*

*Article 59*

(art. L. 752-5 du code rural et de la pêche maritime)

**Extension du bénéfice des indemnités journalières ATEXA aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole et aux aides familiaux**

Cet article modifie les dispositions de l'article L. 752-5 du code rural et de la pêche maritime afin de permettre aux collaborateurs agricoles et aux aides familiaux de percevoir des indemnités journalières lorsqu'ils sont obligés d'interrompre leur activité en raison de la survenance d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

**1. Le régime d'indemnisation des accidents du travail et maladies professionnelles des non-salariés agricoles restreint le versement d'indemnités journalières aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole**

● *Le régime AT-MP des non-salariés agricoles*

La loi n° 2001-1128 du 30 novembre 2001 portant amélioration de la couverture des non-salariés agricoles contre les accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) a mis en place un nouveau régime de base d'assurance contre les AT-MP des exploitants agricoles, dit « ATEXA » visant à la fois à améliorer la couverture de l'ensemble des non-salariés agricoles face au risque AT-MP, et à développer une véritable politique de prévention des risques professionnels dans le monde agricole.

En application de l'article L. 752-1 du code rural et de la pêche maritime, le régime ATEXA des non-salariés agricoles prévoit ainsi, en cas de survenance d'un accident du travail ou d'une maladie d'origine professionnelle, le versement de prestations :

- en nature, c'est-à-dire la prise en charge des frais médicaux ;
- en espèces, par le versement d'indemnités journalières (IJ) en cas d'incapacité de travail temporaire (ITT) ou de rentes en cas d'incapacité physique permanente (IPP).

Alors que l'ensemble des assurés du régime des non-salariés agricoles peuvent bénéficier des prestations en nature, les prestations en espèces ne sont pas attribuées de manière homogène.

### *Non-salariés agricoles*

La population non salariée agricole concerne les statuts suivants :

- Les **chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole** ou assimilés, tels que définis aux 1° et 5° de l'article L. 722-4 du code rural.
- Le **collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole**, c'est-à-dire le « *conjoint du chef d'une exploitation ou d'une entreprise agricole qui n'est pas constituée sous forme d'une société ou d'une coexploitation entre conjoints* » et qui y exerce son activité (art. L. 321-5 du même code).
- Les **aides familiaux**, définis à l'article L. 722-10 du même code comme « *les ascendants, descendants, frères, sœurs et alliés au même degré du chef d'exploitation ou d'entreprise ou de son conjoint, âgés de plus de seize ans, vivant sur l'exploitation ou l'entreprise et participant à sa mise en valeur comme non-salariés* ».
- L'**associé d'exploitation** défini, aux termes de l'article L. 321-6 du même code, comme « *la personne non salariée âgée de dix-huit ans révolus et de moins de trente-cinq ans qui, descendant, frère, sœur ou allié au même degré du chef d'exploitation agricole ou de son conjoint, a pour activité principale la participation à la mise en valeur de l'exploitation* ».
- Enfin, les **enfants** d'au moins 14 ans participant occasionnellement aux travaux de l'exploitation, désignés au 4° de l'article L. 722-10.

En ce qui concerne la rente, tous les salariés non-agricoles peuvent en disposer en vertu de l'article L. 752-6 du code rural, mais selon des conditions différentes : la rente est versée aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole justifiant d'un taux d'IPP d'au moins 30 %, tandis que les autres non-salariés agricoles peuvent en bénéficier seulement si l'incapacité est totale (100 %).

En revanche, s'agissant des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail temporaire, l'article premier de la loi n° 2001-1128 du 30 novembre 2001 créant l'article L. 752-5 du code rural prévoyait que seuls les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole peuvent en bénéficier. Ces dispositions, toujours en vigueur, excluent par conséquent du bénéfice des indemnités journalières les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise, les associés d'exploitation ainsi que les aides familiaux.

- *La différence d'accès aux prestations AT-MP crée une situation inéquitable*

Selon l'étude d'impact, cette différenciation de l'accès aux prestations en espèces s'explique par le fait que le régime ATEXA est autofinancé par les cotisations professionnelles, et que le montant des prestations offertes par le régime doit tenir compte des facultés contributives des assurés. En effet, comme le montre le tableau ci-dessous, les cotisations versées par les chefs d'exploitation sont plus de deux fois et demie supérieures à celles versées par les collaborateurs.

**MONTANT ANNUEL DES COTISATIONS ATEXA SELON LA CATÉGORIE DE RISQUES \***

**Au 1<sup>er</sup> janvier 2014**

(en euros)

Statut du cotisant	A	B	C	D	E
<b>Chef d'exploitation à titre exclusif ou principal</b>	411,33	447,10	417,17	431,68	447,10
<b>Chef d'exploitation à titre secondaire</b>	205,67	223,55	208,59	215,84	223,55
<b>Collaborateur à titre exclusif ou principal</b> <b>Aide familial</b> <b>Associé d'exploitation à titre exclusif, principal ou</b> <b>secondaire</b>	158,28	172,04	160,53	166,11	172,04
<b>Collaborateur à titre secondaire</b>	79,14	86,02	80,26	83,06	86,02

(\*) **Catégorie A** : Viticulture.

**Catégorie B** : Exploitations de bois, scieries fixes, entreprises de travaux agricoles, entreprises de jardin, paysagistes, entreprises de reboisement, sylviculture.

**Catégorie C** : Maraîchage, floriculture, arboriculture fruitière, pépinière.

**Catégorie D** : Cultures, élevage, entraînement, dressage, haras, conchyliculture, marais salants.

**Catégorie E** : Mandataires des sociétés ou caisses locales d'assurances mutuelles agricoles.

Source : MSA.

Il n'en demeure pas moins que cette différenciation de l'accès aux prestations en espèces crée une situation inéquitable, puisque l'absence d'indemnités journalières en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle génère une perte de revenus importante liée à l'interruption de l'activité, et ce quel que soit le statut de celui qui le subit. En outre, cette situation accentue également les inégalités entre les hommes et les femmes, dans la mesure où les conjoints collaborateurs sont en majorité les conjointes des chefs d'exploitation.

- *Les prestations sociales des non-salariés agricoles font l'objet d'une harmonisation progressive*

L'iniquité de cette situation est devenue d'autant plus manifeste depuis que le législateur a entrepris un mouvement d'harmonisation des prestations versées aux non-salariés agricoles visant précisément à réduire les inégalités de situation générées par la différenciation des prestations qui leur sont versées. Ainsi, l'article 71 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013 a créé des indemnités journalières au titre de l'assurance maladie, invalidité et maternité (AXEMA) des non-salariés agricoles, attribuées non seulement aux chefs d'exploitation mais également aux collaborateurs, aux aides familiaux et associés d'exploitation.

Les indemnités journalières versées au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle demeurent de fait les seules indemnités excluant les collaborateurs, aides familiaux et associés d'exploitation agricole. Votre rapporteur considère par conséquent qu'il est justifié d'adapter la législation afin de corriger cette situation.

## **2. L'extension du bénéfice des indemnités journalières AT-MP aux collaborateurs, aides familiaux et associés d'exploitation**

Le **I** du présent article propose une nouvelle rédaction de l'article L. 752-5 du code rural permettant d'étendre le bénéfice des indemnités journalières accordées en cas de survenance d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle aux « *collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole* » mentionnés à l'article L. 321-5 du même code ainsi qu'aux « *aides familiaux* » et « *associés d'exploitation* » mentionnés au 2° de l'article L. 722-10 du même code.

Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° de l'article L. 722-4 continuent de bénéficier des indemnités journalières, ainsi que le prévoit l'actuelle rédaction de l'article L. 752-5 du code rural.

Il est précisé que les indemnités journalières sont versées lorsque les personnes susmentionnées « *se trouvent dans l'incapacité physique, temporaire, de continuer ou de reprendre le travail* » en raison d'un accident du travail ou d'une maladie d'origine professionnelle. Cette mention n'apporte cependant pas de précision juridique quant à la nature de l'incapacité de travail.

La nouvelle rédaction de l'article L. 752-5 du code rural prévoit également l'instauration d'un délai de carence, déterminé par décret, à l'issue duquel les indemnités journalières sont versées. Cette disposition demeure inchangée par rapport à l'actuelle rédaction de l'article L. 752-5. À titre indicatif, le délai de carence existant pour le versement des indemnités journalières aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole est actuellement fixé à sept jours.

Le montant de l'indemnité, égal à « *une fraction du gain forfaitaire annuel* », est fixé par arrêté des ministres chargés de l'agriculture et de la sécurité sociale. L'étude d'impact précise que cet arrêté sera soumis pour avis au conseil central de la Mutualité sociale agricole (CCMSA). Le présent article précise en outre qu'un décret doit déterminer le montant de la majoration de l'indemnité au terme d'une période d'incapacité. Il est enfin rappelé que l'indemnité est « *incessible et insaisissable* ».

Le **II** précise que les dispositions du I concernant les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole, les aides familiaux et les associés d'exploitation jusqu'ici exclus du dispositif des indemnités journalières AT-MP s'appliqueront aux arrêts de travail prescrits à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.

La mesure générerait un coût estimé à 4 millions d'euros par l'étude d'impact, correspondant à environ un dixième du montant des indemnités journalières versées annuellement aux chefs d'exploitation et d'entreprise agricole par le régime ATEXA.

Selon les informations transmises à votre rapporteur, les dépenses supplémentaires générées par cette disposition devraient être prises en charge à budget constant par le régime des non-salariés agricoles. À ce jour, il n'est en effet

pas prévu de majorer par voie réglementaire le montant de la cotisation versée par les chefs d'entreprise ou d'exploitation agricole ou par les membres de leurs familles.

\*  
\* \*

Lors de l'examen du projet de loi, votre commission des affaires sociales a adopté un amendement rédactionnel de votre rapporteur ainsi qu'un amendement de conséquence présenté également par votre rapporteur.

\*  
\* \*

*La Commission en vient à l'amendement AS239 de M. Denis Jacquat.*

**M. Denis Jacquat, rapporteur.** C'est un amendement de conséquence.

L'article 59 propose d'élargir aux collaborateurs, aux aides familiaux et aux associés d'exploitations agricoles le bénéfice des indemnités journalières en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Il convient de modifier en conséquence le deuxième alinéa de l'article L. 752-3 du code rural et de la pêche maritime. C'était une demande d'organismes tels que la MSA. En effet, les collaborateurs ou aidants familiaux étaient exclus de ce type d'indemnité. Or parmi ces collaborateurs, il y avait beaucoup de conjoints d'exploitants agricoles qui ne pouvaient pas bénéficier de ce type d'indemnité.

Cet amendement, extrêmement important, devrait recueillir l'unanimité des membres de notre commission.

*La Commission adopte l'amendement à l'unanimité.*

*Puis elle examine l'amendement AS238 de M. Denis Jacquat.*

**M. Denis Jacquat, rapporteur.** C'est un amendement rédactionnel.

*La Commission adopte l'amendement à l'unanimité.*

*Puis elle adopte l'article 59 modifié.*

#### *Article 60*

### **Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2015**

En application du 2° du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet 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 1<sup>o</sup> du présent article fixe donc, pour 2015, à 13,5 milliards d'euros l'objectif de dépenses de la branche AT-MP pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et le 2<sup>o</sup> à 12,1 milliards d'euros l'objectif de dépenses de la branche pour le seul régime général.

### **1. En 2014, la progression des charges a limité le solde excédentaire de la branche**

En 2014, les prestations versées par la branche devraient connaître une progression sensible par rapport à l'exercice 2013 : la Commission des comptes de la sécurité sociale évalue à plus de 14 % la hausse des prestations exécutées en établissements publics, et à près de 3 % la hausse des soins de ville à la charge de la branche AT-MP (2,9 %).

En outre, les économies générées par la baisse des allocations de cessation d'activité au titre de l'amiante n'ont pas suffi à compenser la hausse significative du montant de la dotation versée au FIVA.

L'excédent prévu pour 2014 s'élèverait ainsi à 0,2 milliard d'euros, contre 0,6 milliard d'euros en 2013.

### **2. Une augmentation modérée des dépenses attendue en 2015**

Les objectifs de dépenses de la branche AT-MP envisagés dans le présent article sont en légère hausse par rapport aux objectifs rectifiés par la loi de financement rectificative d'août 2014, de 0,3 milliard d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et de 0,3 milliard d'euros pour le seul régime général.

S'agissant des dépenses de prestations, la hausse modérée des dépenses pour 2015 s'expliquerait en premier lieu par une moindre progression des dépenses de prestations de la branche. Les prévisions pour 2015 envisagent en effet un ralentissement de la progression de ces dépenses par rapport à 2014 (+ 1,7 % contre + 2,3 %), en raison d'une croissance faible des prestations d'incapacité permanente (+ 0,7 %) et de la poursuite de la diminution du montant des allocations de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante (- 7,7 %).

En second lieu, les dépenses de transfert devraient connaître également une hausse modérée, étant donné que les économies générées par la diminution des dotations versées par la branche aux fonds amiante (FIVA et FCAATA) présentées à l'article 58 du présent projet de loi ne permettent pas de compenser en totalité l'augmentation significative de la dotation à l'assurance maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles et la progression du montant du transfert à la branche vieillesse au titre de l'amiante.

Au regard des prévisions de recettes figurant aux articles 24 et 25 du présent projet de loi de financement, l'excédent de la branche AT-MP s'élèverait à 0,3 milliard d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires en 2015, et à 0,2 milliard d'euros pour le seul régime général.

\*

\* \*

*La Commission **adopte** l'article 60 sans modification.*



## ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

*(par ordre chronologique)*

- **Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) – M. Stéphane Pimbert**, directeur général
- **Eurogip – M. Raphaël Haeflinger**, directeur
- **Conseil économique, social et environnemental (CESE) - Mme Sylvie Brunet**, rapporteure de l'avis du CESE sur la prévention des risques psychosociaux, et **M. Xavier Guillard**, administrateur adjoint, section du travail et de l'emploi
- **Audition commune :**
  - **Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) – M. Pascal Jacquetin**, adjoint au directeur des risques professionnels, et **M. Yvon Créau**, responsable du département Prévention des risques professionnels
  - **Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) Alsace-Moselle – M. Georges Lischetti**, ingénieur conseil régional à la direction des risques professionnels
- **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
- **Centre Interservices de Santé et de Médecine du travail en Entreprise (CISME) - M. Martial Brun**, directeur, **Mme Virginie Perinetti**, responsable du pôle juridique santé travail, et **Mme le Dr Corinne Letheux**, médecin conseil
- **Table ronde d'avocats et de juristes :**
  - **AlterJuris Avocats - Mme Karine Geronimi**, associée gérante, et **Mme Sophie Monestier**, collaboratrice
  - **SAS Prévantis - M. Olivier Garand**, président
  - **Cabinet Michel Ledoux et associés – M. Michel Ledoux**, avocat associé, et **Mme Laurence Fournier-Gatier**, avocat associée
  - **Cabinet Capstan - M. Philippe Coursier**, professeur de droit, membre du conseil scientifique de Capstan
  - **Pradel avocats – M. Camille-Frédéric Pradel**, avocat, et **Mme Véronique Branger**, consultante de Volcan Communication

- **Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) – M. Hervé Lanouzière**, directeur général
- **Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) - Mme Claire Favre**, présidente, et **Mme Agnès Plassart**, directrice
- **Association nationale des victimes de l'amiante (ANDEVA) – Mme Hélène Boulot**, directrice générale, et **M. Alain Bobbio**, secrétaire national
- **Commission des accidents du travail de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CAT – CNAMTS) – Mme Marie-Chantal Blandin**, directrice par intérim à la direction des risques professionnels
- **Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) – M. Gérard Pelhâte**, président, **M. Franck Duclos**, directeur délégué aux politiques sociales, **M. Christophe Simon**, chargé des relations parlementaires, et **M. Michel Gagey**, médecin national adjoint \*
- **Union professionnelle artisanale (UPA) – M. Pierre Burban**, secrétaire général, et **Mme Caroline Duc**, conseiller technique
- **Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (FNATH) – M. Arnaud de Broca**, secrétaire général
- **Confédération française démocratique du travail (CFDT) – M. Philippe Maussion**, secrétaire confédéral, **M. Philippe Cuignet**, mandaté CAT/MP, et **Mme Caroline Leloup Werkoff**, secrétaire permanente
- **Confédération générale du travail (CGT) – M. José Lubrano**, membre de la CAT et administrateur de l'INRS
- **Force ouvrière (FO) – M. Jean-Michel Reberry**, vice-président de la commission accidents du travail-maladies professionnelle, et **Mme Salomé Mandelcwajg**, assistante confédérale au secteur protection sociale
- **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, **Mme Leslie Robillard**, chargée de mission, et **M. Bernard Salengro**, expert Santé au travail
- **Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT) – Mme Catherine Bouscant**, présidente, **M. Pascal Hamon**, président de la section Tarification, **M. Dominique Marecal**, secrétaire général, et **Mme Aurélia Pouchain**, responsable de la section tarification

- **Mouvement des entreprises de France (MEDEF)** – **Mme Nathalie Buet**, directrice adjointe à la Direction de la protection sociale, et **Mme Emeline Touzet**, chargée de mission à la direction des affaires publiques \*
- **Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME)** – **Dr Pierre Thillaud**, membre de la commission sociale de la CGPME
- **Direction de la sécurité sociale** – **M. Thomas Fatome**, directeur, et **Mme Marie-Anne Jacquet**, sous-directrice de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail

*\* Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le registre de l'Assemblée nationale, s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale.*