

N° 59

---

# SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2003-2004

---

---

Annexe au procès-verbal de la séance du 12 novembre 2003

## RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,*

Par M. André LARDEUX,  
Sénateur.

Tome IV : Accidents du travail

---

(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, *président* ; MM. Alain Gournac, Louis Souvet, Gilbert Chabroux, Jean-Louis Lorrain, Roland Muzeau, Georges Mouly, *vice-présidents* ; M. Paul Blanc, Mmes Annick Bocandé, Claire-Lise Champion, M. Jean-Marc Juilhard, *secrétaires* ; MM. Henri d'Attilio, Gilbert Barbier, Joël Billard, Mme Brigitte Bout, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Jean Chérioux, Mme Michelle Demessine, M. Gérard Dériot, Mme Sylvie Desmarescaux, MM. Claude Domeizel, Michel Esneu, Jean-Claude Étienne, Guy Fischer, Jean-Pierre Fourcade, Serge Franchis, André Geoffroy, Francis Giraud, Jean-Pierre Godefroy, Mme Françoise Henneron, MM. Yves Krattinger, Philippe Labeyrie, Roger Lagorsse, André Lardeux, Dominique Larifla, Dominique Leclerc, Marcel Lesbros, Mmes Valérie Létard, Nelly Olin, Anne-Marie Payet, M. André Pourny, Mme Gisèle Printz, MM. Henri de Raincourt, Gérard Roujas, Mmes Janine Rozier, Michèle San Vicente, MM. Bernard Seillier, André Vantomme, Alain Vasselle, Paul Vergès, André Vézinhet.

**Voir le numéro :**

**Assemblée nationale (12<sup>e</sup> législ.) : 1106, 1156, 1157 et T.A. 194**

**Sénat : 54 (2003-2004)**

---

**Sécurité sociale.**

## AVANT-PROPOS

Mesdames, Messieurs,

Pour 2004, le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale propose de fixer l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) à 9,7 milliards d'euros, soit une progression de 3,2 % par rapport à l'objectif initial pour 2003 (9,4 milliards d'euros) et de 2,1 % par rapport à l'objectif de dépenses révisé pour 2003 (9,5 milliards d'euros).

### Evolution de l'objectif de dépenses et des dépenses réalisées<sup>1</sup>

(en milliards d'euros)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003 (1)	2004 (1)
Objectif initial de dépenses	8,4	7,8	8,2	8,4	8,6	8,5	9,4	9,7
Dépenses réalisées	8,4	7,8	8,0	8,1	8,5	9,3	9,5	
Ecart	0,0	0,0	- 0,2	- 0,3	- 0,1	+ 0,8	+ 0,1	

<sup>(1)</sup> Prévisions

Ces dépenses représentent 2,9 % de l'ensemble des dépenses des régimes de base en 2002. Elles relèvent à 89 % du seul régime général : en 2002, les dépenses de la branche AT-MP se sont élevées à 8,3 milliards d'euros sur les 9,3 milliards d'euros correspondant aux dépenses totales de l'ensemble des régimes de base comptant plus de 20.000 cotisants.

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale s'inscrit dans une perspective d'évolution plus modérée des dépenses. Alors que les agrégats de dépenses avaient augmenté de 10,4 % en 2001 et de 6,2 % en 2002, ils ne devraient augmenter que de 1,7 % en 2003 et de 2,7 % en 2004.

---

<sup>1</sup> Ces dépenses sont comptabilisées en encaissements-décaissements de 1997 à 2001 et en droits constatés de 2002 à 2004.

Pour autant, cette évolution ne peut masquer la dégradation relative de la situation financière de la branche depuis plusieurs années, comme en témoigne la détérioration continue du résultat net de la branche AT-MP du régime général depuis 2000.

**Résultat net de la branche AT-MP du régime général**

*(en millions d'euros et en droits constatés)*

<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
215	350	20	- 45	- 125	- 74

Alors même que le risque professionnel demeure une réalité préoccupante et constitue un important enjeu de santé publique, les conditions de réalisation de l'équilibre financier de la branche sont devenues durablement plus difficiles, notamment du fait du poids croissant des transferts à sa charge, au moment même où une réforme profonde de notre système de gestion du risque professionnel apparaît nécessaire.

## **I. LES RISQUES PROFESSIONNELS DEMEURENT UN IMPORTANT ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE**

L'analyse de la situation financière de la branche impose, à titre préalable, une analyse de l'évolution du risque professionnel dans la mesure où l'évolution de la « sinistralité » influe directement sur les dépenses de la branche et donc sur les conditions générales de son équilibre financier.

Or, l'évolution du risque professionnel demeure encore préoccupante.

Chaque jour, en France, ce sont en moyenne cent soixante-dix personnes qui sont victimes d'un accident du travail entraînant une incapacité permanente ou un décès et quatre-vingts personnes qui sont reconnues atteintes d'une maladie professionnelle.

A ce titre, la santé au travail doit constituer un enjeu majeur de santé publique, ce qui implique un effort accru en matière de prévention.

### ***A. DES ÉVOLUTIONS CONTRASTÉES, MAIS TOUJOURS PRÉOCCUPANTES***

Alors que, sur le long terme, on constate une importante diminution du risque au travail, les évolutions récentes mettent en lumière des tendances plus contrastées :

- la baisse du nombre d'accidents du travail devient plus lente et moins continue ;
- les maladies professionnelles sont en forte progression.

#### **1. Une diminution ambivalente des accidents du travail**

Le nombre global des accidents du travail déclarés et reconnus a fortement décliné ces trente dernières années : il a diminué d'un tiers entre 1970 et 2000. Mais cette tendance à la baisse est désormais moins continue (comme en témoignent les augmentations constatées entre 1988 et 1991 ou entre 1996 et 2000<sup>2</sup>) et moins rapide.

---

<sup>2</sup> Périodes, il est vrai, caractérisées par le retour de la croissance économique et l'augmentation de la population salariée.

*a) Une fréquence qui diminue diversement*

Après le ressaut constaté entre 1996 et 2000, l'année 2001 et les premiers résultats pour 2002 marquent une amélioration significative : le nombre d'accidents – et notamment le nombre d'accidents de trajets qui avait fortement augmenté – diminue alors même que le nombre de salariés continuait à croître très légèrement.

**Evolution du nombre et de la fréquence des accidents du travail depuis 1997**

	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002 (p)</b>
Nombre d'accidents du travail	1.317.950	1.337.951	1.362.068	1.361.259	1.345.608	1.326.355
Nombre d'accidents de trajet	126.455	129.955	136.923	131.886	130.601	127.567
Indice de fréquence <sup>(1)</sup>	87,5	84,9	82,7	79,2	76,6	73,7

*(1) nombre d'accidents du travail reconnus par millier de salariés*

*Source : CNAMTS*

Il reste que cette nouvelle évolution à la baisse masque encore d'importantes disparités et des évolutions souvent plus contrastées selon les secteurs d'activité. Ainsi, selon le secteur d'activité, le risque d'accident avec arrêt varie de un à huit en 2001. De même, certaines branches ont vu la fréquence des accidents augmenter entre 1997 et 2001.

**Evolution des taux de fréquence avec arrêt<sup>(1)</sup> des accidents du travail selon le secteur d'activité**

	<b>1997</b>	<b>1999</b>	<b>2001</b>
Bâtiment et travaux publics	62	59	58
Métallurgie	27	27	28
Transports	29	28	25
Alimentation	35	34	34
Commerce	15	15	14
Chimie	20	21	23
Services	7	7	7
Textile	32	33	35

*(1) Nombre d'accidents avec arrêt par million d'heures travaillées.*

*Source : CNAMTS, statistiques technologiques 2001*

### *b) Une gravité qui demeure*

La diminution globale de la fréquence des accidents du travail ne se répercute qu'imparfaitement sur leur gravité.

#### **Evolution de la gravité des accidents du travail depuis 1998**

	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002 (p)</b>
Nombre d'accidents avec arrêt	690.147	724.015	755.588	770.558	772.920
Nombre d'accidents graves	47.071	46.085	48.096	43.078	NC
Nombre d'accidents mortels	669	722	703	793	739
Indice de gravité <sup>(1)</sup>	16,7	15,6	16,1	14,5	16,0
Indice de fréquence des accidents avec arrêt	41,1	41,5	41,7	41,3	41,4

(1) Somme des taux d'incapacité permanente par milliers d'heures travaillées

Source : CNAMTS

Certes, le nombre d'accidents graves a sensiblement diminué en 2001.

Certes, la majeure partie des accidents n'entraîne aucune séquelle indemnisable. Ainsi, 42 % des accidents n'entraînent aucun arrêt de travail et 96 % n'entraînent aucune incapacité permanente<sup>3</sup>.

Pour autant, le « taux de gravité » des accidents demeure stable.

La proportion d'accidents avec arrêt tend en effet à augmenter au cours de ces dernières années : elle a crû de 54,3 % en 1999 à 58,3 % en 2002.

Parallèlement, la durée moyenne de l'arrêt de travail à la suite d'un accident est en constante augmentation : elle est passée de 38,6 jours en moyenne en 1996 à 43,3 jours en 2001<sup>4</sup>.

Et le nombre d'accidents mortels ne diminue plus.

## **2. Le poids croissant des maladies professionnelles**

La tendance la plus préoccupante est incontestablement la forte progression du nombre de maladies professionnelles.

<sup>3</sup> Et parmi les accidents entraînant une incapacité permanente, les deux tiers correspondent à une incapacité inférieure à 10 % et près de 95 % à une incapacité inférieure à 20 %.

<sup>4</sup> Il était de vingt-cinq jours en 1970.

*a) Une forte progression*

Alors que le nombre de maladies professionnelles reconnues en 1980 était de 3.834, il devrait dépasser les 40.000 en 2002.

**Evolution du nombre de maladies professionnelles depuis 1997**

	1997	1998	1999	2000	2001 <sup>(1)</sup>	2002 <sup>(2)</sup>
Nombre de maladies professionnelles reconnues	15.554	17.722	24.208	30.224	34.519	35.919
Nombre de premier règlement ou d'incapacité permanente	11.588	13.127	17.750	21.917	25.250	23.148
Nombre de décès	75	104	161	239 <sup>(2)</sup>	307 <sup>(2)</sup>	184 <sup>(2)</sup>

(1) données provisoires

Source : CNAMTS

(2) données partielles

Certes, ces évolutions tiennent largement à une meilleure reconnaissance des maladies professionnelles, et notamment des troubles musculo-squelettiques, des lombalgies et des maladies liées à l'amiante. Ces dernières représentent ainsi 14 % du total des maladies reconnues en 2001, tandis que les lombalgies<sup>5</sup> en constituent 8 %.

Mais il reste que cette tendance apparaît particulièrement préoccupante, tant sur le plan sanitaire que sur le plan économique. Elle n'est en effet pas sans comporter de lourdes incidences financières dans la mesure où les maladies professionnelles sont généralement bien plus handicapantes que les accidents du travail : alors que ceux-ci n'entraînent qu'environ 4 % d'incapacité permanente, ce taux monte à 27 % pour les maladies professionnelles.

De fait, on observe une forte progression du nombre de cancers reconnus d'origine professionnelle (liés à l'amiante, au bois notamment), leur nombre ayant triplé entre 1995 et 2000.

Ce mouvement à la hausse des maladies professionnelles n'est d'ailleurs sans doute pas achevé : alors que la progression des maladies professionnelles atteint aujourd'hui un plafond chez nos principaux partenaires européens, elle devrait se poursuivre en France dans la mesure où l'amélioration de la reconnaissance des maladies professionnelles est encore loin d'avoir produit tous ses effets.

---

<sup>5</sup> Les tableaux 97 et 98 sur les lombalgies ont été ouverts en 1999.

### *b) Une grande concentration*

La progression du nombre de maladies professionnelles reconnues n'efface pas une autre tendance lourde de leur évolution : leur grande concentration. Elle ne fait même que l'accroître.

88 % des maladies professionnelles sont en effet liées à trois types d'affections :

- les affections péri-articulaires (66 % du total en 2001) ;
- les affections liées à l'amiante (14 % du total en 2001) ;
- les lombalgies (8 % du total en 2001).

Cette concentration des pathologies conduit alors à une concentration encore plus forte des dépenses de la branche AT-MP. Ainsi, en 2000, les maladies liées à l'amiante qui représentent 12 % des dossiers reconnus s'élèvent en revanche à 60 % du coût total des indemnités versées par le régime au titre des maladies professionnelles.

Les conséquences tant sanitaires que financières du poids croissant des maladies professionnelles appellent donc un effort accru de prévention, qui exige avant tout une amélioration significative de notre connaissance des risques professionnels.

### ***B. UNE CONNAISSANCE ENCORE IMPARFAITE DES RISQUES PROFESSIONNELS***

Ces statistiques doivent néanmoins être interprétées avec prudence. Si elles reflètent sans doute avec exactitude les évolutions de court terme et les tendances de fond, elles ne permettent pourtant pas d'appréhender de manière exhaustive la réalité des risques professionnels.

De fait, et malgré d'incontestables progrès, elles souffrent encore d'une double insuffisance :

- le système d'information tant statistique qu'épidémiologique reste lacunaire ;
- les procédures de déclaration et de reconnaissance ne permettent pas d'apprécier la réalité du risque dans son ensemble.

Ces insuffisances ne sont pas sans conséquences pour l'efficacité des politiques publiques, la connaissance imparfaite du risque professionnel

affectant nécessairement l'orientation optimale de la prévention et la gestion d'ensemble du risque comme l'observait la Cour des comptes<sup>6</sup> :

*« Ces insuffisances dans la connaissance affectent nécessairement l'ensemble de la gestion du risque AT-MP, aussi bien la conduite et l'efficacité des actions de prévention que le sens de la tarification des cotisations et la répartition des dépenses entre l'assurance maladie et l'assurance accidents du travail - maladies professionnelles. »*

## **1. Les faiblesses du système d'information**

Dans son rapport précité, la Cour des comptes s'est longuement penchée sur la qualité de l'information statistique et épidémiologique. Tout en reconnaissant une certaine amélioration, son constat reste très critique :

*« La connaissance des risques professionnels demeure très imparfaite. Les données épidémiologiques de base restent lacunaires et les études épidémiologiques et économiques peu nombreuses. Elles sont particulièrement défaillantes pour ce qui concerne les maladies professionnelles. Les systèmes de dénombrement des accidents et maladies déclarés et reconnus dans les divers systèmes d'assurance sont partiels, notamment pour les dispositifs autres que celui du régime général. Ils ne sont pas coordonnés et aucune statistique d'ensemble n'existe. Même dans le régime général, une modernisation de ce système est nécessaire. »*

### *a) Une information statistique insuffisante*

Si les informations statistiques de la CNAMTS sur le nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles déclarés et reconnus se sont affinées, elles demeurent encore peu éclairantes tant sur leur nature que sur leur cause<sup>7</sup>.

Ainsi, s'agissant des accidents du travail, l'information sur la nature de l'accident porte essentiellement sur le « siège des lésions » plus que sur leur nature tandis que l'information sur leur cause reste très générale : on apprend par exemple que « les accidents de plain pied, les chutes avec dénivellation et la manipulation d'objet sont toujours à l'origine de plus de 55 % des accidents du travail »<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Rapport public particulier, « La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles », février 2002.

<sup>7</sup> Il est vrai qu'il s'agit principalement d'un système d'information statistique de gestion qui n'a pas été conçu comme un outil de pilotage d'une politique de prévention.

<sup>8</sup> Statistiques trimestrielles des accidents du travail, CNAMTS, juin 2003.

Mais ce sont surtout les données statistiques des régimes autres que le régime agricole et le régime général qui apparaissent aujourd'hui défaillantes et c'est notamment le cas dans les trois fonctions publiques. Dès lors, il n'existe aucune statistique d'ensemble des risques professionnels ce qui rend alors impossible d'appréhender le phénomène dans sa globalité.

*b) Des connaissances épidémiologiques lacunaires*

La connaissance des risques professionnels passe également par le recueil de données épidémiologiques suffisamment précises et complètes pour permettre la mise en place d'un système de recherche, de veille et d'alerte en matière de sécurité au travail.

Mais, comme le souligne la Cour des comptes, « *les études épidémiologiques demeurent cependant rares et parcellaires* ».

Le récent rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur la politique de santé publique<sup>9</sup> a souligné pour sa part la faiblesse de la recherche sur la santé au travail, la qualifiant de « *discipline délaissée* ».

***La faiblesse de la recherche sur la santé au travail***

*« Les faiblesses générales de l'épidémiologie et de la recherche fondamentale en France se font particulièrement ressentir dans le champ de la santé au travail. Le faible rayonnement de l'enseignement de santé publique en France se répercute à tous les niveaux : les spécialistes de la santé au travail sont de plus en plus rares, les travaux scientifiques incontestables font défaut, dans un champ où ils sont indispensables pour surmonter les intérêts industriels et, quelquefois, le conservatisme syndical. Le retard de la réaction vis-à-vis de l'amiante s'explique en partie par le fait qu'il y avait très peu de chercheurs capables de faire face aux industriels.*

*« On ne compte dans l'université française qu'une dizaine d'équipes travaillant sur les sujets de santé au travail, et trois unités de l'INSERM. La dizaine de centres de formation de médecins du travail ne peut remplacer un véritable dispositif de recherche. Cette lacune, énorme quand on connaît, à travers la littérature scientifique internationale l'impact du milieu professionnel sur la santé, va se faire encore vivement sentir lorsqu'il s'agira, comme l'Union européenne en a le projet, d'évaluer la nocivité d'un millier de produits chimiques d'ici 2004 (la France n'en a évalué qu'une dizaine à ce jour).*

---

<sup>9</sup> Rapport annuel 2003.

*« La pauvreté du vivier de chercheurs est d'autant plus criante que le risque professionnel exigerait, de par sa complexité et son évolutivité, une politique de recherche d'envergure. La tendance à l'augmentation du nombre des arrêts de travail suggère, pour de nombreux observateurs, une aggravation des problématiques liées au stress. Des pans importants du risque toxicologique restent ignorés. Malgré cela, aucune recherche d'envergure n'a été engagée en France. Recherche des causes, analyse des facteurs de risque et surveillance des populations sont extrêmement imbriquées. L'étude des cohortes, des cas témoins, suppose des moyens importants et une grande proximité du chercheur et de l'entreprise.*

*« L'absence de liaison entre les services du travail, en charge du risque professionnel, et les pôles d'expertise et de recherche médicales des institutions sanitaires (pourtant à plusieurs reprises réunis sous l'autorité d'un seul et même ministre au cours des deux dernières décennies) ne facilite pas le développement de compétences. »*

Source : Rapport IGAS 2003

Certes, des efforts ont été entrepris notamment pour une meilleure connaissance des maladies liées à l'amiante et des cancers d'origine professionnelle par l'Institut de veille sanitaire (InVS) et par l'INSERM.

Pour autant, l'articulation des travaux des organismes compétents en la matière (InVS, INSERM, Institut national de recherche et de sécurité, notamment) demeure encore imparfaite, en l'absence d'organisation du pilotage de leur activité.

De fait, l'IGAS, dans son rapport précité, insiste sur les conséquences négatives d'un tel éclatement :

*« Cette contradiction apparente entre la multitude d'intervenants sur la santé au travail et l'insuffisante consolidation des observations de terrain est due à l'absence d'un système de veille scientifique, sanitaire et sociale mobilisant la recherche, les médecins, les salariés, les préventeurs et les employeurs.*

*« Le dispositif de connaissance du risque n'est à l'évidence pas encore à la hauteur de cet enjeu en dépit de progrès récents : les limites de l'INRS, en termes de pilotage et, à tort ou à raison, de crédibilité, l'inertie de l'État, l'insuffisance quantitative du potentiel humain de recherche, révèlent la faiblesse historique de l'investissement public dans ce champ.*

*« Cette faiblesse rend d'autant plus nécessaire la mise en réseau des organisations existantes. Or, la déconnexion de la santé au travail des institutions compétentes en matière de recherche et d'organisation de la médecine ne facilite pas le développement de compétences. »<sup>10</sup>*

---

<sup>10</sup> Rapport annuel 2003, p. 379.

## 2. Des procédures de déclaration et de reconnaissance perfectibles

A ces incertitudes liées au système d'information, s'ajoute une relative inadaptation de notre système de déclaration et de reconnaissance du risque professionnel.

S'agissant des maladies professionnelles, le rapport précité de l'IGAS estime ainsi que le risque est « *notoirement sous-évalué* » :

*« S'agissant des maladies professionnelles, le diagnostic est plus malaisé. Si le nombre de maladies professionnelles reconnues et indemnisées a régulièrement augmenté depuis trois décennies, quadruplant entre 1980 et 2000, cette tendance est difficile à interpréter du fait du caractère évolutif et hétérogène des critères de reconnaissance au cours de cette période et, surtout, de l'écart existant entre les maladies déclarées et reconnues et la réalité du risque.*

*« En effet, malgré une augmentation récente et significative du nombre de maladies professionnelles reconnues, de multiples biais conduisent à ne considérer ces statistiques de déclaration, de reconnaissance et d'indemnisation du risque comme des indicateurs fiables ni de l'ampleur ni même de l'évolution du risque sanitaire en milieu de travail. »*

L'outil statistique n'appréhende en effet que les accidents et les maladies déclarés et reconnus. Or, le système actuel de déclaration et de reconnaissance reste encore perfectible à un double titre :

- le phénomène de « sous-déclaration » demeure persistant ;
- la reconnaissance des maladies professionnelles ne s'améliore que progressivement.

### *a) La déclaration*

L'existence d'un phénomène de « sous-déclaration » ne semble plus guère contestée, même si son ampleur reste sujet à débats. Or, les conséquences de ce phénomène ne sont pas neutres financièrement puisqu'elles conduisent à mettre à la charge de l'assurance maladie des dépenses qui relèveraient normalement de la branche AT-MP.

Certes, les lois de financement de la sécurité sociale pour 1997 et pour 2002 ont pris acte de ce phénomène en instituant un versement annuel de la branche AT-MP vers la branche maladie au titre des maladies professionnelles, puis au titre des accidents du travail.

Les travaux des trois commissions successives<sup>11</sup> chargées d'évaluer les modalités de calcul de ce versement annuel ont, d'ores et déjà, permis

---

<sup>11</sup> Commission « Deniel » (novembre 1997) et commissions « Levy-Rosenwald » (septembre 1999 et septembre 2002).

d'apporter certaines précisions sur l'ampleur de ce phénomène et surtout sur ses causes.

Trois causes principales sont ainsi avancées :

- la sous-évaluation par le corps médical de l'origine professionnelle des pathologies, qui résulte sans doute largement de la méconnaissance par le corps médical des liens susceptibles d'exister entre la pathologie et l'activité professionnelle ;

- la sous-déclaration des accidents du travail par les employeurs et des maladies professionnelles par les victimes elles-mêmes. Les causes en sont ici très diverses : la possibilité de ne pas prendre en considération les accidents bénins, le souci des employeurs de minimiser les accidents pour éviter une majoration de leur cotisation, l'absence d'incitation financière à la déclaration pour le salarié, la crainte d'une perte d'emploi ou d'une baisse de revenu pour le salarié, la complexité des procédures et le cloisonnement des intervenants ;

- la sous-reconnaissance par les CPAM, que souligne l'hétérogénéité persistante des taux de reconnaissance entre les différentes caisses : pour les accidents du travail, ce taux varie de 75 à 92 % et, pour les maladies professionnelles, il oscille entre 22 et 88 %.

### **Les procédures de déclaration**

#### **L'accident du travail**

*« C'est l'employeur qui est chargé de déclarer l'accident, dans les 48 heures, à la caisse de sécurité sociale compétente, la victime étant tenue d'informer son employeur dans les 24 heures qui suivent la date de l'accident. L'inobservation par la victime du délai de 24 heures dont elle dispose pour informer son employeur lui fait perdre le bénéfice de la présomption d'imputabilité.*

*« La déclaration peut être effectuée par la victime en cas de carence de son employeur dans les deux ans à compter de la date de l'accident.*

*« Le manquement de l'employeur à l'obligation de déclarer dans les 48 heures tout accident dont il a connaissance à la CPAM dont relève la victime (article L. 441-2 du code de la santé publique) constitue une contravention qui peut être constatée par les inspecteurs du travail. Sans préjudice de poursuites pénales par la victime, la caisse a la possibilité de sanctionner l'employeur en poursuivant auprès de lui le remboursement de la totalité des dépenses occasionnées par l'accident (article L. 471-1).*

*« La Cour des comptes a toutefois observé que :*

*- l'appréciation de ces délais donne lieu à des pratiques divergentes selon les caisses, certaines d'entre elles tolérant des délais beaucoup plus longs pouvant atteindre quinze jours ;*

*- la majorité des caisses ne sanctionne pas les employeurs qui ne respectent pas les délais ; c'est ainsi que 2 % des déclarations tardives constatées dans huit caisses en 1998 ont fait l'objet de récupérations.*

*« Par ailleurs, les déclarations effectuées par la victime en raison de la carence de l'employeur sont très rares. »*

### **La maladie professionnelle**

*« Il appartient à la victime de déclarer la maladie. Elle dispose à cet effet d'un délai de cinq jours (ou de trois mois en cas de révision du tableau mentionnant la maladie professionnelle) à compter de la date de cessation de son travail. Mais l'inobservation de ce délai n'était pas sanctionnable et ne privait pas la victime de ses droits, le délai de déclaration est en pratique le délai de prescription. Ce délai de prescription est de deux ans à partir soit de la date de cessation du travail, soit de la date à laquelle la victime a été informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle.*

*« Ce délai a priori protecteur du droit des salariés apparaît en définitive inutilement long, compte tenu de la nécessité pratique de réunir rapidement les éléments de preuve de la matérialité des faits et de leur imputabilité au risque professionnel. Il joue au détriment de la victime et ne l'incite pas à réunir ces éléments lorsqu'il peut aisément le faire, c'est-à-dire immédiatement. »*

*Source : commission « Levy-Rosenwald », septembre 2002*

### *b) La reconnaissance*

Au-delà de ce premier phénomène largement lié aux difficultés d'application de la réglementation, il existe un second phénomène qui résulte de la capacité de celle-ci à appréhender le risque professionnel dans sa globalité, notamment pour les maladies professionnelles.

### **La procédure de reconnaissance des maladies professionnelles**

La procédure actuelle de reconnaissance des maladies professionnelles repose sur un double système :

- le système « traditionnel » : l'inscription au tableau

Est ainsi présumée d'origine professionnelle, toute maladie désignée dans un tableau, dès lors que le salarié est atteint de l'une de ses affections et qu'il a été exposé, de façon habituelle, à un risque dans l'exécution de sa prestation de travail. Ce système repose donc sur une présomption d'imputabilité dès lors que la maladie est inscrite au tableau, même si le salarié doit apporter certaines preuves.

Les tableaux peuvent être révisés et complétés par décret en Conseil d'État, après avis du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels.

- le système « complémentaire »

Lorsque la maladie n'est pas inscrite dans un tableau ou lorsque la procédure de reconnaissance d'une maladie inscrite à un tableau n'a pu aboutir, le salarié ne peut être reconnu victime d'une maladie professionnelle qu'après avis du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), avis qui s'impose à la caisse de sécurité sociale.

Toutefois, pour les maladies non inscrites à un tableau, la saisine du CRRMP n'est recevable qu'à la condition que la maladie soit de nature à entraîner le décès de la victime ou une incapacité permanente supérieure à 25 %.

La France a longtemps connu un certain retard en matière de reconnaissance des maladies professionnelles compte tenu de la rigidité de ces procédures de reconnaissance : les tableaux n'étaient révisés qu'avec retard tandis que la procédure complémentaire demeurait difficilement accessible compte tenu du taux d'incapacité exigé. Ainsi, la procédure complémentaire ne concernait que moins de 1 % du nombre de reconnaissance des maladies professionnelles.

Mais la procédure s'est toutefois améliorée ces dernières années :

- la révision des tableaux est désormais plus fréquente et a permis de les actualiser. Ainsi, en 2003, ce sont, pour l'instant, trois décrets<sup>12</sup> qui ont permis de réviser une trentaine de tableaux et d'en créer deux nouveaux ;

- la procédure de reconnaissance complémentaire a été assouplie par un décret du 18 avril 2001, le taux d'incapacité permanente étant ramené de 66,66 % à 25 %.

Il reste qu'il est sans doute encore trop tôt pour savoir si ces évolutions permettent de combler le retard accusé par la France par rapport à ses partenaires européens en ce domaine. La CNAMTS estime pour sa part que la France est le pays qui reconnaît le plus de maladies professionnelles par rapport aux déclarations faites.

Pour autant, la reconnaissance des maladies professionnelles restera un exercice très délicat dans la mesure où les causes des pathologies sont le plus souvent multiples et, en l'état des connaissances, parfois difficiles voire impossibles à identifier précisément. Le rapport précité de l'IGAS insistait ainsi sur le caractère multifactoriel des maladies professionnelles : « *Ainsi, dans le domaine des risques professionnels, le cas de la contamination par l'amiante, dont la relation à une pathologie précise comme le mésothéliome peut être mise en évidence sans ambiguïté, est assez rare. Le plus souvent, les pathologies d'origine professionnelle, telles que les troubles ostéomusculaires, le stress, la dépression, seront liées non seulement aux conditions de travail, mais aussi aux conditions de transport, d'habitat, de vie.* »

---

<sup>12</sup> Décrets du 11 février, du 28 mars et du 25 septembre.

En tout état de cause, votre commission considère qu'une meilleure appréciation du risque professionnel constitue un enjeu fondamental, comme elle le soulignait déjà l'an passé.

C'est avant tout un enjeu de santé publique, tant la définition et la mise en œuvre d'une politique de prévention et de gestion des risques exige préalablement une connaissance fine et exhaustive de ceux-ci. Mais c'est également un enjeu financier important dans la mesure où le principe de séparation des branches impose une identification précise de l'origine des dépenses<sup>13</sup>.

A cet égard, elle estime que la future convention d'objectifs et de gestion de la branche AT-MP du régime général, instituée par la loi de financement pour 2003 et actuellement en fin d'élaboration, devra accorder une place importante aux voies et moyens d'une amélioration des connaissances tant statistiques qu'épidémiologiques ou économiques des accidents du travail et des maladies professionnelles.

---

<sup>13</sup> On observera à ce propos que l'évolution du nombre de reconnaissances de maladies professionnelles commence à produire des effets sur le taux brut qui sert à la tarification.

## **II. LES CONDITIONS DE RÉALISATION DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA BRANCHE SONT DEVENUES PLUS DIFFICILES**

La branche accidents du travail – maladies professionnelles présente pour particularité, par rapport aux autres branches de la sécurité sociale, de devoir être structurellement équilibrée : au début de chaque année, le taux de cotisation employeurs est ajusté de manière à permettre d'atteindre l'objectif d'équilibre de la branche. L'exercice reste toutefois difficile compte tenu des incertitudes entourant les prévisions de recettes et de dépenses et n'exclut donc pas la constatation d'un excédent ou d'un déficit en fin d'année. Ce principe d'équilibre ne préjuge pas non plus des conditions de réalisation de celui-ci, conditions qui peuvent, toutes choses égales par ailleurs, être plus ou moins difficiles et qui témoignent alors de l'évolution de la situation financière de la branche.

Celle-ci s'est caractérisée, ces dernières années, par une évolution soutenue tant de ses recettes que de ses dépenses, permettant à la branche de rester à l'équilibre tout en autorisant une légère diminution du taux de cotisation.

Mais le ralentissement marqué de la progression des recettes constatées en 2002 (+ 3,3 % contre + 4,5 % attendus) et le maintien d'une forte augmentation des dépenses (+ 7,8 %) ont considérablement fragilisé les conditions générales de l'équilibre, comme votre commission en avait exprimé la crainte dans son rapport de l'année passée.

Dès lors, la situation financière de la branche AT-MP se caractérise désormais par le retour des déficits, pour la première fois depuis 1994.

Déficitaire en 2002, la branche AT-MP du régime général devrait le rester également en 2003 et 2004, le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale ne prévoyant pas son retour à l'équilibre.

S'agissant de la branche AT-MP de l'ensemble des régimes de base, le résultat net deviendrait négatif en 2003 et le resterait pour 2004.

Cette dégradation du résultat net de la branche témoigne du degré de difficulté accru qui s'attache à la réalisation de son équilibre financier.

## A. VERS UNE PROGRESSION PLUS MODÉRÉE DES DÉPENSES ?

Ces dernières années, les dépenses consolidées de la branche AT-MP des régimes de base ont très fortement progressé, leur évolution devenant la plus soutenue de toutes les branches de la sécurité sociale.

### Dépenses consolidées <sup>(1)</sup> des branches AT-MP des régimes de base

(en droits constatés et en millions d'euros)

	2000	2001	2002	2003 <sup>(2)</sup>	2004 <sup>(3)</sup>
Montant	8.076	8.904	9.599	9.786	10.038
Evolution	-	+ 10,3 %	+ 7,8 %	+ 1,9 %	+ 2,6 %

(1) avant transfert vers la branche maladie de la CNAMTS

(2) objectif révisé PLFSS 2004

(3) objectif PLFSS 2004

Les dépenses consolidées<sup>14</sup> ont ainsi augmenté de 10,3 % en 2001 et de 7,8 % en 2002. Cette augmentation marque une dérive importante par rapport aux objectifs de dépenses initiaux : elle était de 2,2 % en 2001 et de 9,0 % en 2002.

### Réalisation de l'objectif de dépenses

(en milliards d'euros)

	2001	2002	2003	2004
Objectif initial	8,57	8,53	9,4	9,7
Objectif révisé	8,83	9,02	9,5	-
Réalisation	8,76	9,30	-	-
Ecart objectif initial/réalisation	+ 2,2 %	+ 9,0 %	-	-

Le présent projet de loi table sur une progression plus modérée des dépenses en 2003 et 2004.

Pour 2003, l'objectif de dépenses révisé ne retient qu'une progression de 1 % des dépenses par rapport à l'objectif initial, soit une hausse de 2,2 % par rapport aux dépenses réalisées en 2002.

---

<sup>14</sup> A ne pas confondre avec l'agrégat de dépenses retenu par le PLFSS qui ne prend pas en compte les transferts interbranches et ignore donc le transfert de la branche AT-MP vers la branche maladie.

Pour 2004, l'objectif de dépenses prévoit une hausse des dépenses ramenée à 2,1 % par rapport à l'objectif révisé pour 2003.

Compte tenu du dynamisme avéré des dépenses constatées ces dernières années, il convient d'examiner en détail les différents postes de dépenses. A cet égard, la branche AT-MP du régime général représentant 90 % de l'ensemble des dépenses des régimes de base, il importe de lui apporter une attention toute particulière.

### Charges de la branche AT-MP (CNAMTS)

(en droits constatés et en millions d'euros)

	2001	2002	%	2003	%	2004	%
<b>CHARGES</b>	<b>7.971,1</b>	<b>8.302,2</b>	<b>4,2</b>	<b>8.687,3</b>	<b>4,6</b>	<b>8.899,4</b>	<b>2,4</b>
<b>CHARGES DE GESTION TECHNIQUE</b>	<b>7.354,3</b>	<b>7.646,1</b>	<b>4,0</b>	<b>8.065,9</b>	<b>5,5</b>	<b>8.253,3</b>	<b>2,3</b>
<b>Prestations</b>	<b>5.914,5</b>	<b>6.219,4</b>	<b>5,2</b>	<b>6.460,0</b>	<b>3,9</b>	<b>6.696,8</b>	<b>3,7</b>
Prestations légales	5.748,7	6.145,0	6,9	6.388,4	4,0	6.617,5	3,6
Prestations extralégales	2,0	2,5	26,0	2,6	1,7	2,6	1,5
Autres prestations	135,4	149,5	10,4	152,6	2,1	165,3	8,3
Dotations nettes aux provisions (pour prestations)	20,5	- 84,0	--	- 89,7	6,7	- 95,3	6,3
Pertes sur créances irrécouvrables (pour prestations)	7,9	6,4	- 18,5	6,0	- 5,6	6,7	10,0
<b>Transferts entre organismes de sécurité sociale</b>	<b>714,0</b>	<b>867,1</b>	<b>21,4</b>	<b>891,6</b>	<b>2,8</b>	<b>887,1</b>	<b>- 0,5</b>
Compensations	580,4	726,5	25,2	751,2	3,4	745,5	- 0,8
Compensations intégrales	1,1	0,0	- 100,0	0,0	++	0,0	++
Compensation avec le régime des Mines (CANSSM)	435,1	426,9	- 1,9	421,2	- 1,3	415,5	- 1,3
Reversement à la CNAM/Maladie	144,1	299,6	107,9	330,0	10,1	330,0	0,0
Transferts divers et autres	133,6	140,5	5,2	140,4	- 0,1	141,6	0,8
Compensation avec le régime des salariés agricoles	108,9	107,8	- 1,1	108,4	0,5	108,4	0,0
Dotation au FNGA (ACOSS)	24,7	29,3	18,6	29,8	1,7	30,9	4,0
Autres transferts	0,0	3,5	++	2,3	- 34,1	2,3	0,0
<b>Autres transferts techniques</b>	<b>723,7</b>	<b>553,4</b>	<b>- 23,5</b>	<b>708,1</b>	<b>28,0</b>	<b>663,2</b>	<b>- 6,3</b>
Contribution au FCAATA	205,8	300,0	45,8	450,0	50,0	500,0	11,1
Contribution au FIVA	438,3	180,0	- 58,9	190,0	5,6	100,0	- 47,4
Contribution au FCAT	78,1	71,7	- 8,3	66,4	- 7,4	61,5	- 7,4
Contribution au FMES-FMCP	0,0	1,2	++	1,2	0,0	1,2	0,0
Contributions aux autres fonds nationaux	0,7	0,0	- 100,0	0,0	++	0,0	++
Subventions	0,8	0,0	- 97,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Participations	0,0	0,5	++	0,5	0,0	0,5	0,0
<b>Diverses charges techniques</b>	<b>2,1</b>	<b>1,1</b>	<b>- 46,3</b>	<b>1,1</b>	<b>0,0</b>	<b>1,1</b>	<b>0,0</b>
<b>Autres charges techniques</b>	<b>0,1</b>	<b>5,1</b>	<b>++</b>	<b>5,1</b>	<b>0,0</b>	<b>5,1</b>	<b>0,0</b>
<b>CHARGES DE GESTION COURANTE</b>	<b>616,8</b>	<b>656,2</b>	<b>6,4</b>	<b>621,5</b>	<b>- 5,3</b>	<b>646,1</b>	<b>4,0</b>

Source : Direction de la sécurité sociale

## 1. Une évolution différenciée des prestations

Le versement des prestations représentait 74 % des charges de la branche en 2002.

Ces dernières années, l'augmentation des prestations était devenue plus modérée que l'évolution de l'ensemble des dépenses de la branche, sous l'effet de la forte progression des transferts. La tendance est aujourd'hui inversée compte tenu de la stabilisation des transferts et d'une croissance plus importante des prestations.

### Evolution comparée des prestations versées et des dépenses de la branche AT-MP (CNAMTS)

	2001	2002	2003	2004
Prestations	+ 6,4 %	+ 5,2 %	+ 3,9 %	+ 3,7 %
Total des dépenses	+ 11,0 %	+ 4,2 %	+ 4,6 %	+ 2,4 %

Mais l'évolution des prestations apparaît désormais très différenciée en fonction de leur nature : alors que les prestations d'incapacité permanente ne progressent que lentement, les prestations d'incapacité temporaire évoluent de manière très rapide.

#### a) L'augmentation soutenue des prestations d'incapacité temporaire

Les prestations d'incapacité temporaire représentaient, en 2002, 32 % des dépenses de la branche et s'élevaient à 2,8 milliards d'euros.

Elles tendent désormais à progresser à un rythme très rapide, supérieur même à celui des soins de ville. Après avoir augmenté de 8,6 % en 2001, elles ont progressé de 13,2 % en 2002. Les prévisions de la commission des comptes anticipent cependant un léger ralentissement : + 6,9 % en 2003 et 5,8 % en 2004.

Cette forte croissance tient tant aux prestations de soins qu'aux indemnités journalières. La Cour des comptes observe ainsi, dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2003, qu'en 2001 « *les dépenses de soins (+ 9,2 %) et les indemnités journalières (+ 16,3 %) ont augmenté très rapidement, de façon plus prononcée, que les postes correspondants de l'assurance maladie* ».

De fait, la hausse des indemnités journalières apparaît aujourd'hui très préoccupante : elles ont encore augmenté de 13,5 % en 2002, après avoir

progressé de 60 % entre 1997 et 2001. En 2002, elles atteignaient 1,8 milliard d'euros<sup>15</sup>.

Une récente étude de la CNAMTS<sup>16</sup> sur ce sujet aboutit à la conclusion que la croissance du nombre de salariés et la hausse du salaire moyen n'expliquent que 50 % de l'augmentation constatée. Les autres facteurs sont plus structurels et tiennent alors à l'allongement de la durée moyenne des arrêts (sous l'effet notamment de la progression du nombre de maladies professionnelles qui provoquent des arrêts sensiblement plus longs que les accidents du travail et d'une augmentation significative des arrêts de longue durée) mais aussi au vieillissement de la population active.

#### *b) La maîtrise apparente des prestations d'incapacité permanente*

Les prestations d'incapacité permanente représentaient, en 2002, 39 % des dépenses de la branche et s'élevaient à 3,4 milliards d'euros.

Les dépenses correspondantes n'évoluent plus que lentement : + 1,9 % en 2001, + 2,2 % en 2002.

A l'avenir, et en l'absence de mesures nouvelles, les rentes d'incapacité permanente croîtraient au seul rythme de revalorisation des pensions (soit + 1,5 % au 1<sup>er</sup> janvier 2003 et + 1,7 % attendu au 1<sup>er</sup> janvier 2004), comme l'a souligné le rapport de la Commission des comptes de septembre dernier.

Mais encore faut-il constater que l'évolution récente de notre système de réparation des risques professionnels tend à « externaliser » une partie de l'indemnisation de l'incapacité permanente hors des prestations légales gérées par la branche, comme l'a montré par exemple la création du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, alors même que la charge financière reste largement supportée par la branche, non plus au titre des prestations, mais au titre des transferts.

---

<sup>15</sup> On observera à cet égard que, contrairement aux indemnités journalières maladie, les indemnités journalières servies par la branche sont revalorisées au bout de 28 jours, ce qui pèse fortement sur la progression des dépenses en cas de rallongement de la durée moyenne des arrêts.

<sup>16</sup> Parue dans « Point de conjoncture » n° 11, mars 2003.

## 2. La stabilisation des transferts à un niveau élevé

La structure des dépenses de la branche a sensiblement évolué ces dernières années compte tenu du poids croissant des transferts.

### Evolution des transferts à la charge de la branche AT-MP (CNAMTS)

(en millions d'euros)

	2000	2001	2002	2003	2004
Transferts totaux	873	1.438	1.440	1.600	1.550
Dont vers la branche maladie	141	144	300	330	330
Dont vers le FCAATA	103	206	300	450	500
Dont vers le FIVA	0	438	180	190	100
Part des transferts dans les dépenses totales de la branche	12,2 %	18,0 %	17,3 %	18,4 %	17,4 %

Le poids croissant de ces transferts ne s'explique pas par l'évolution des transferts de compensation vers les régimes de sécurité sociale à effectifs décroissants (mines et salariés agricoles) qui sont stables voire en diminution, mais par la création depuis 1997 de nouveaux transferts en direction des fonds d'aide aux victimes de l'amiante (FCAATA et FIVA) et de l'assurance maladie.

Le présent projet de loi de financement marque toutefois une rupture significative de cette tendance : pour la première fois depuis plusieurs années, les transferts seront en diminution, quand bien même ils se stabilisent à un niveau élevé.

Cette évolution reste néanmoins différenciée selon le transfert concerné.

#### *a) Les transferts vers l'assurance maladie*

Depuis 1997, il existe un versement annuel de la branche AT-MP vers la branche maladie du régime général afin de compenser les dépenses supportées par cette dernière branche au titre des maladies professionnelles puis, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, au titre des accidents du travail.

**Montants annuels des versements de la branche AT/MP  
à la branche maladie**

*(en millions d'euros)*

1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
137,2	138,7	140,4	141,0	144,1	299,6	330,0	330,0

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 prévoit une stabilisation de ce transfert au niveau atteint en 2003, même si le rapport de la commission « Lévy-Rosenwald » de septembre 2002 estimait que « la dépense imputée à tort à l'assurance maladie atteint probablement, a minima, une fourchette se situant entre 368 et 550 millions d'euros ».

*b) Les transferts vers les « fonds de l'amiante »*

L'indemnisation des victimes de l'amiante repose sur deux dispositifs principaux : le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 et le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Les dépenses correspondantes devraient atteindre 7,4 % du total des dépenses de la branche en 2003 et s'élèveraient à 2,5 milliards d'euros en cumulé sur la période 2000-2004.

Après quatre années de forte progression, les transferts vers ces deux fonds verraient leur montant diminuer en 2004 (600 millions d'euros contre 640 en 2003). Cette baisse globale masque cependant des évolutions différentes entre les deux fonds, qui sont fonction du rythme de leur montée en charge et des réserves accumulées.

**• Une montée en charge toujours très rapide du FCAATA**

La montée en charge du FCAATA s'est poursuivie à un rythme élevé en 2002.

Le nombre d'allocataires du fonds continue en effet de progresser rapidement : 3.785 fin 2000, 9.152 fin 2001, 16.681 fin 2002 et 20.497 fin juillet 2003.

Les charges ont augmenté parallèlement : elles ont doublé en 2002, alors qu'elles avaient déjà triplé en 2001. Selon le rapport de la Commission des comptes de septembre dernier, les dépenses devraient augmenter encore de 55 % en 2003.

## Comptes du FCAATA

*(en millions d'euros)*

	1999	2000	2001	2002 <sup>1</sup>	2003 <sup>1</sup>
Dotations	15,2	133,8	238,0	335,0	483,6
. contribution CNAMTS-AT	0	102,9	205,8	300,0	450,0
. contribution du régime des salariés agricoles					0,1
. contribution de l'État	15,2	0,0	0,0	0,0	0,0
. droits sur les tabacs	0,0	30,5	31,5	34,3	32,8
. produits financiers	0,0	0,4	0,6	0,7	0,7
Charges	8,6	54,4	166,4	324,6	503,9
Résultat net	6,6	79,4	71,6	10,4	- 20,3
Résultat net cumulé	-	79,4	150,9	161,13	140,9

<sup>1</sup> prévisions

*Source : direction de la sécurité sociale*

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 prévoit en conséquence de majorer de 450 à 500 millions d'euros la contribution de la branche AT-MP du régime général au financement du FCAATA.

### **Il reste que l'équilibre financier du fonds demeure incertain tant pour 2003 que pour 2004.**

Déjà, pour 2003, les estimations de la Commission des comptes laissent présager l'apparition d'un déficit de 20 millions d'euros.

De même, pour 2004, il est à craindre que l'augmentation de la dotation de la branche AT-MP soit insuffisante pour couvrir tant les charges résultant de la poursuite de la montée en charge du fonds que la diminution probable du produit des droits sur le tabac.

L'augmentation rapide des charges semble en effet inéluctable à court terme compte tenu d'une augmentation du nombre de personnes pouvant prétendre à l'accès au fonds en raison de leur pathologie et de l'élargissement continu du champ d'activité du fonds.

Ainsi, la liste des établissements susceptibles d'ouvrir droit à l'allocation de cessation anticipée d'activité de l'amiante continue d'être régulièrement complétée par arrêté<sup>17</sup>, les périodes ouvrant droit au bénéfice de l'allocation sont élargies pour de nombreux établissements, et l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a ouvert le régime aux salariés agricoles.

<sup>17</sup> Pour 2003, les deux arrêtés du 25 mars ont ainsi élargi la liste à soixante-neuf nouveaux établissements.

Au total, il a ainsi pu être estimé que le nombre de bénéficiaires au titre des listes continuerait à augmenter jusqu'en 2006 pour atteindre un pic de près de 32.000 allocataires et que le nombre de bénéficiaires au titre de la maladie professionnelle continuerait à augmenter jusqu'en 2016 pour atteindre plus de 14.000 bénéficiaires.

A l'inverse, les produits du fonds autres que la dotation de la CNAMTS sont orientés à la baisse. Ainsi, le régime des salariés agricoles n'a toujours pas versé sa contribution au fonds pour 2003<sup>18</sup>. Surtout, l'article 24 du projet de loi de finances pour 2004 prévoit de ramener de 0,35 à 0,32 % la part du produit des droits sur les tabacs affectée au fonds.

L'équilibre financier du fonds apparaît donc fragile, même s'il bénéficie de « réserves » significatives (160 millions d'euros fin 2002). Toujours, est-il que, d'année en année, la contribution de la branche AT-MP occupe une place croissante dans les ressources du fonds, l'année 2004 ne devant pas à cet égard échapper à la règle.

#### • Le démarrage tardif du FIVA

Créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, le FIVA n'a été installé qu'en avril 2002 et ses barèmes indicatifs d'indemnisation n'ont été arrêtés qu'en janvier dernier. Il n'a été en mesure de présenter ses premières offres d'indemnisation qu'à partir du mois de mars dernier.

Parallèlement à ce démarrage tardif, le FIVA a été doté depuis 2001 de ressources conséquentes qui lui assurent des « réserves » importantes. En 2003, les dotations cumulées du FIVA atteignent ainsi 886 millions d'euros.

#### Dotations du FIVA

(en millions d'euros)

	2001	2002	2003	2004
• contributions CNAMTS-AT	438	180	190	100
• contributions État	0	38	40	0
Total annuel	438	218	230	100
Réserves cumulées	438	656	886	986

C'est donc seulement à partir de la mi-2003 que la montée en charge du FIVA a véritablement commencé<sup>19</sup>.

<sup>18</sup> Il est vrai que l'arrêté prévu à cet effet n'est pas encore publié et que le montant de cette contribution sera marginal.

<sup>19</sup> Si l'on excepte le versement de provisions ayant débuté courant 2002.

Au 31 octobre 2003, ce sont 9.353 dossiers de demandes d'indemnisation qui avaient été réceptionnés par le FIVA et 3.540 avaient fait l'objet d'une offre d'indemnisation. Cette montée en charge est loin d'être achevée, le rapport d'activité du FIVA publié en juillet dernier indiquant que « *le flux moyen de cinq cents nouveaux dossiers par mois constaté depuis plusieurs mois devrait se maintenir, voire augmenter, pendant plusieurs années* ».

Parallèlement, à cette même date, le FIVA avait versé des provisions pour un montant de 54 millions d'euros et avait commencé à indemniser les victimes pour un montant de 87 millions d'euros, ces sommes ne représentant toutefois que 11 % des « réserves » accumulées.

Le FIVA va donc être appelé à intervenir dans un contexte de montée en charge rapide des demandes d'indemnisation et de réserves financières importantes, sans qu'il soit encore valablement possible de déterminer ses besoins financiers pour les années à venir, compte tenu des incertitudes entourant toujours le taux d'acceptation des offres et le rythme d'instruction des demandes d'indemnisation. Il semble toutefois, au regard des premières réponses des intéressés, que le taux d'acceptation des offres soit très élevé<sup>20</sup>. Sur la base de 5.000 offres d'indemnisation par an, on peut alors estimer que le FIVA pourrait engager environ 400 millions d'euros de dépenses par an.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 fixe la dotation de la branche AT-MP à 100 millions d'euros (contre 190 en 2003), le projet de loi de finances pour 2004 ne prévoyant pour sa part aucune dotation de l'État. Sur la base du montant moyen de l'indemnisation jusqu'à présent proposée<sup>21</sup>, les « réserves » accumulées fin 2004 permettraient, abstraction faite des frais de gestion et sans prise en compte des ressources complémentaires qui pourraient être obtenues à travers des actions récursives que le FIVA pourrait engager, d'indemniser près de 20.000 victimes.

Dans ces conditions, les réserves du FIVA telles que majorées par le présent projet de loi de financement apparaissent largement suffisantes pour passer le cap de 2004.

## ***B. UNE ÉVOLUTION MOINS FAVORABLE DES RECETTES***

Après avoir progressé à un rythme élevé ces dernières années (+ 6,1 % en 2001), les recettes de la branche AT-MP augmentent désormais plus lentement (+ 3,3 % réalisé en 2002, + 3,7 % prévu pour 2003, + 3,1 %

---

<sup>20</sup> Lors du débat à l'Assemblée nationale, Mme Nicole Ameline, ministre déléguée à la parité et à l'égalité professionnelle, a ainsi indiqué qu'il était pour l'instant de 97 %.

<sup>21</sup> Il est de 50.763 euros, comme le précise le rapport d'activité du FIVA de juillet dernier.

prévu pour 2004), à taux de cotisation inchangé, du fait du ralentissement de la progression de la masse salariale.

### Produits de la branche AT-MT (CNAMTS)

*En droits constatés et en millions d'euros*

	2001	2002	%	2003	%	2004	%
<b>PRODUITS</b>	<b>7 990.6</b>	<b>8 256.8</b>	<b>3.3</b>	<b>8 562.4</b>	<b>3.7</b>	<b>8 825.1</b>	<b>3.1</b>
<b>PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE</b>	<b>7 959.4</b>	<b>8 245.2</b>	<b>3.6</b>	<b>8 550.8</b>	<b>3.7</b>	<b>8 813.5</b>	<b>3.1</b>
<b>Agrégat Cotisations effectives</b>	<b>6 592.5</b>	<b>6 772.3</b>	<b>2.7</b>	<b>7 052.2</b>	<b>4.1</b>	<b>8 469.9</b>	<b>20.1</b>
Cotisations patronales nettes	6 368.0	6 557.1	3.0	6 873.7	4.8	7 046.6	2.5
Cotisations patronales	6 633.4	6 631.7	0.0	6 853.7	3.3	7 026.6	2.5
Reprises nettes de provisions (créances sur cotisations)	-187.5	-6.5	-96.5	90.0	++	90.0	0.0
Pertes sur créances irrécouvrables (sur cotisations)	-77.9	-68.0	-12.7	-70.0	2.9	-70.0	0.0
Cotisations prises en charge par l'Etat	224.4	215.2	-4.1	178.5	-17.1	1 423.3	++
<b>Transferts entre organismes de sécurité sociale</b>	<b>1 037.1</b>	<b>1 123.9</b>	<b>8.4</b>	<b>1 160.3</b>	<b>3.2</b>	<b>0.</b>	<b>-99.9</b>
Cotisations prises en charge par le FOREC	1 036.2	1 122.1	8.3	1 159.7	3.4	0.	-100.0
Autres transferts	0.9	1.	91.1	0.6	-66.7	0.	0.0
<b>Divers produits techniques</b>	<b>329.9</b>	<b>348.0</b>	<b>5.8</b>	<b>338.2</b>	<b>-3.1</b>	<b>348.0</b>	<b>1.4</b>
Recours contre tiers	260.0	273.8	5.3	260.0	-5.1	270.0	3.9
Produits financiers	56.9	62.1	9.1	65.2	5.0	60.0	-8.0
Autres divers produits techniques	13.0	13.0	0.6	13.0	0.0	13.0	0.0
<b>PRODUITS DE GESTION COURANTE</b>	<b>31.1</b>	<b>11.6</b>	<b>-62.7</b>	<b>11.6</b>	<b>0.0</b>	<b>11.6</b>	<b>0.0</b>

*Source : Direction de la Sécurité sociale*

## 1. Une structure de recettes bien particulière

### *a) Le poids prépondérant des cotisations*

Les recettes de la branche présentent la particularité d'être très majoritairement assises sur les cotisations employeurs.

Celles-ci représentaient ainsi 95,6 % du total des produits de la branche en 2002, qu'il s'agisse des cotisations effectivement prises en charge par les employeurs (79,4 %) ou des remboursements d'exonérations par l'État ou le FOREC (16,2 %).

A cet égard, on rappellera que, pour l'ensemble du régime général, les cotisations sociales (prises en charges par les employeurs, l'État et le FOREC) ne constituaient que 70 % des produits.

Dès lors, l'évolution des recettes de la branche est encore plus étroitement liée à l'évolution de la masse salariale que pour les autres branches, ce qui la rend alors d'autant plus tributaire de l'environnement économique.

### *b) L'arrêt de la baisse du taux de cotisation*

Sur le long terme, le taux de cotisation tend structurellement à baisser compte tenu de la diminution constatée sur longue période du nombre d'accidents de travail et de maladies professionnelles. Le taux net moyen national n'est plus en 2003 que de 2,185 % alors qu'il atteignait encore 3,932 % en 1970.

Cette réduction tendancielle s'est encore confirmée ces dernières années, les conséquences financières de l'évolution plus contrastée des risques professionnels et de la montée en charge des transferts étant alors compensée par le dynamisme de la masse salariale qui garantissait une croissance soutenue des produits.

**Evolution du taux net moyen national de cotisation**

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
2,282	2,267	2,262	2,262	2,210	2,200	2,193	2,185	2,185

*Source : CNAMTS*

Toutefois, le taux de cotisation constituant la seule véritable variable d'ajustement de l'équilibre de la branche, la poursuite de sa baisse tendancielle reste étroitement liée tant à l'évolution prévisible des charges qu'à celle de la masse salariale.

Votre commission observait ainsi, dans son rapport de l'année passée, qu'il « *n'est donc pas évident que la baisse tendancielle de ce taux puisse se prolonger en cas de dégradation durable de l'activité économique limitant la progression de la masse salariale* ».

De fait, le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale marque un coup d'arrêt à cette diminution tendancielle : le taux de cotisation est maintenu en 2003 et 2004 à son niveau de 2002.

## **2. La fin d'un cycle**

### *a) Des produits longtemps tirés à la hausse par la croissance de la masse salariale*

Dans le contexte économique favorable de la précédente législature, le dynamisme de la masse salariale a entraîné une forte croissance des produits de la branche.

L'année 2001 est, à cet égard, exemplaire avec une progression de 6,1 % des produits.

Cette progression résultait principalement de l'augmentation de 3,6 % des cotisations effectives agrégées (à 6,6 milliards d'euros, elles représentaient 82,5 % des produits) et de l'augmentation de 24,1 % des cotisations prises en charge par le FOREC (à 1 milliard d'euros, elles représentaient 13 % des produits).

Les cotisations effectives agrégées auraient même progressé plus fortement encore de 6,4 % (à 6,8 milliards d'euros), malgré la légère baisse du taux de cotisation employeur à la branche (2,193 % en 2001, contre 2,2% en 2000), si elles n'avaient été diminuées en 2001 par le provisionnement exceptionnel (pour 179 millions d'euros) de la créance FOREC 2000 (qui représentait les allègements de charges qui n'avaient pas été compensés par l'État en 2000).

#### *b) Un ralentissement marqué à partir de 2002*

L'année 2002 marque une inversion de tendance avec un ralentissement marqué de la progression des produits dans un contexte de moindre dynamisme de la masse salariale.

#### **Les paramètres de la CNAM AT-MP**

<b>CNAM AT-MP</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
Effectifs du secteur privé	2,8 %	0,9 %	0,1 %	0,4 %
Salaires moyen du secteur privé	2,9 %	2,4 %	2,2 %	2,7 %
Masse salariale du secteur privé	5,9 %	3,3 %	2,3 %	3,1 %
Taux net de cotisation employeur (moyen national)	2,193 %	2,185 %	2,185 %	2,185 %

*Source : Direction de la sécurité sociale*

En 2002, les produits totaux n'ont ainsi progressé que de 3,3 % (contre 4,5 % attendus). Si les cotisations patronales globales (7,9 milliards d'euros) ont augmenté de 3,5 % à un rythme légèrement supérieur à celui de la masse salariale du secteur privé (3,3 %), ce phénomène tient avant tout à une progression plus rapide des remboursements d'exonérations de cotisations par l'État et par le FOREC (+ 6,1 %) que des cotisations effectivement versées directement par les employeurs (qui sont stables) et à la minoration des recettes en 2001 liée au provisionnement exceptionnel de la créance FOREC.

En 2003 et 2004, hors produits exceptionnels représentés par les reprises (pour moitié sur 2003 et sur 2004) de la provision faite en 2001 de la créance sur le FOREC 2000, les cotisations patronales globales progresseraient encore de 2,9 % sur 2003 et de 3,2 % sur 2004, à taux de cotisation constant. En tenant compte de la reprise de la provision FOREC, les cotisations patronales globales devraient augmenter de 4 % en 2003 et 3,1 %

en 2004. Les remboursements d'exonérations de cotisations par l'État et le FOREC (qui disparaît en 2004, l'État assurant le remboursement des exonérations) seraient stables en 2003 (+ 0,1 %), mais repartiraient à la hausse en 2004 (+ 6,4 %). Les recettes totales de la CNAM AT-MP pourraient donc croître de 3,7 % en 2003 et de 3,1 % en 2004.

On observera toutefois que, sur la base d'un traitement comptable différent et avant l'imputation par la CADES de la créance FOREC, la Commission des comptes de la sécurité sociale tablait sur une progression encore plus modérée des produits : + 2,5 % en 2003 et + 0,5 % en 2004. En réintégrant le remboursement de la créance FOREC, l'évolution des produits pour 2004 serait de 2 %.

Il reste que ces prévisions de recettes demeurent structurellement imprécises et doivent être interprétées avec prudence, du fait des difficultés d'anticipation tant des effectifs salariés que du salaire moyen.

### ***C. LE RETOUR DES DÉFICITS***

Alors que la branche était excédentaire depuis 1995, la progression ralentie des produits conjuguée à la croissance encore élevée des charges a fragilisé les conditions générales de l'équilibre financier jusqu'à faire apparaître un déficit à partir de 2002 pour la branche AT-MP du régime général et à partir de 2003 pour l'ensemble des régimes de base.

#### **1. Un résultat net désormais négatif**

##### *a) Le régime général*

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 prévoyait le maintien d'un résultat net positif de la branche pour 2002 et 2003. Ces prévisions se sont révélées inexactes pour 2002 et devraient l'être encore pour 2003 du fait d'une progression plus rapide des charges (+ 4,2% en 2002, + 4,6 % en 2003) que des produits (+ 3,3 % en 2002, + 3,7 % en 2003).

#### **Résultat net de la branche AT-MP de la CNAMTS**

	<b>2002</b>	<b>2003</b>
Prévision PLFSS 2003	+ 70	+ 152
Réalisation PLFSS 2004	- 45	- 125

Ces erreurs de prévision sur le caractère positif ou négatif du résultat sont toutefois largement inhérentes tant à l'exercice de prévision qu'à la nature même des objectifs financiers de la branche qui visent l'équilibre. Car plus les prévisions sont proches de l'équilibre, plus le risque d'obtenir un résultat inverse aux prévisions est élevé compte tenu des incertitudes lourdes pesant sur l'évolution des dépenses et des recettes.

Ainsi, en 2002, le résultat attendu s'est trouvé fortement dégradé par les mesures introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, au titre de son volet rectificatif pour 2002, ces mesures majorant de 200 millions d'euros les transferts initialement prévus vers les « fonds de l'amiante ».

De même, en 2003, le léger excédent anticipé a été anéanti par une croissance plus faible que prévu de la masse salariale et par une augmentation des dépenses d'incapacité temporaire supérieure aux prévisions.

Pour 2004, le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale anticipe un nouveau déficit de 74 millions d'euros, son montant devant toutefois être inférieur à celui attendu pour 2003<sup>22</sup>.

#### Evolution du résultat net de la CNAMTS (AT-MP) depuis 1995<sup>23</sup>

(en droits constatés et en millions d'euros)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003 <sup>(1)</sup>	2004 <sup>(1)</sup>
Résultat net annuel	169	26	42	239	215	350	19,5	- 45,4	- 125,0	- 74,3

(1) prévisions

Source : direction de la sécurité sociale

Les mesures prévues par le présent texte ne permettent en effet pas de ramener la branche à l'équilibre ni en 2003, ni en 2004.

Pour 2003, il ne comporte aucune mesure au titre de projet de loi de financement rectificatif.

Pour 2004, les dispositions introduites dans le projet conduisent à dégrader le résultat net de la branche jusqu'à le rendre déficitaire, du fait du poids financier des différents transferts légalement obligatoires à la charge de

<sup>22</sup> Le résultat net tel que prévu par le PLFSS pour 2004 (- 74,3 millions d'euros) diffère de celui prévu par la Commission des comptes de la sécurité sociale en septembre dernier (- 164,3 millions d'euros) car il intègre un produit supplémentaire : le remboursement par la CADES de la seconde moitié de la créance sur le FOREC pour son montant de 90 millions d'euros.

<sup>23</sup> En encaissements-décaissements jusqu'en 1998, puis en droits constatés.

la branche<sup>24</sup> et malgré le remboursement par la CADES de la seconde part de la créance sur le FOREC.

**Evolution du solde de la branche AT-MP du régime général  
pour 2004 tel que modifié par le PLFSS**

*(en millions d'euros)*

Résultat net avant mesures nouvelles	+ 766
Transfert de la CADES	+ 90
Dotation FIVA	- 100
Dotation FCAATA	- 500
Transfert vers la branche maladie	- 330
Résultat net après mesures nouvelles	- 74

S'agissant de l'impact des dispositions du projet de loi de financement de la sécurité sociale, on observera toutefois que certaines d'entre elles sont légalement obligatoires (c'est le cas des transferts) sans bien sûr que leur montant soit pour autant encadré. A cet égard, les transferts prévus pour 2004 (930 millions d'euros) seront moins élevés que ceux prévus par la loi de financement pour 2003 (970 millions d'euros) ce qui conduit à réduire d'autant le niveau du déficit.

Dès lors, par rapport aux dispositions de la loi de financement pour 2003 (et notamment par rapport aux montants des transferts qu'elle a déterminés), les dispositions du projet de loi conduisent à apprécier différemment les « mesures nouvelles »<sup>25</sup>.

**Evolution du solde de la branche AT-MP du régime général pour 2004  
tel que modifié par le projet de loi de financement de la sécurité sociale  
par rapport à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003**

*(en millions d'euros)*

Résultat net avant mesures nouvelles	- 204
Transfert de la CADES	+ 90
Dotation FIVA	+ 90
Dotation FCAATA	- 50
Transfert vers la branche maladie	0
Résultat net après mesures nouvelles	- 74

<sup>24</sup> A ce titre, on peut s'étonner que les dotations au FCAATA et au FIVA, qui étaient comptabilisées l'an passé dans l'annexe C comme des dépenses supplémentaires, ne soient plus considérées comme telles cette année...

<sup>25</sup> Témoignant ainsi de l'incertitude entourant ce concept en loi de financement.

On observera également que le résultat net cumulé de la branche depuis 1995 - sans qu'il s'agisse *stricto sensu* d'un fonds de réserve ou d'un provisionnement destiné à financer des dépenses exceptionnelles - témoigne de l'importance des « réserves » accumulées par la branche et conduit alors à relativiser pour partie les conséquences financières des déficits de 2002 à 2004, à la condition bien entendu que le retour des déficits n'illustre pas une tendance structurelle à la dégradation de la situation financière de la branche.

A cet égard, l'examen du bilan de la branche AT-MP du régime général tel que présenté dans le rapport de la Commission des comptes de septembre dernier permet d'apprécier quelque peu différemment la situation financière, au-delà de sa simple dégradation de court terme :

- le compte courant ACOSS débiteur passe de 1.618 millions d'euros fin 2001 à 1.741 millions d'euros fin 2002, illustrant ainsi, selon le rapport de la Commission des comptes, « *l'équilibre de la situation financière de la branche AT-MP* » ;

- surtout, et même si la situation nette de la branche connaît une légère dégradation en 2002 due au résultat déficitaire constaté, elle reste très largement excédentaire (à 1.907 millions d'euros), compte tenu notamment du montant élevé des reports à nouveau positifs des exercices précédents.

#### *b) Les régimes de base*

Compte tenu du poids de la branche AT-MP du régime général dans l'ensemble des branches AT-MP de tous les régimes de base, il n'est guère étonnant que son résultat influe sur la situation financière de l'ensemble des branches.

De fait, la détérioration de la situation financière du régime général s'est diffusée pour dégrader le résultat net des régimes de base de la branche.

Si le résultat net global des régimes de base de la branche AT-MP était encore légèrement positif en 2002, il devrait se réduire jusqu'à devenir négatif en 2003 et 2004.

#### **Evolution du résultat net des branches AT-MP de tous les régimes de base**

*(en millions d'euros)*

<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
399	61	52	- 69	- 35

*Source : direction de la sécurité sociale*

## 2. Les conditions d'un retour à l'équilibre

La loi n° 94-637 du 25 juillet relative à la sécurité sociale a posé l'objectif d'équilibre des comptes pour la branche AT-MT du régime général.

Cet objectif n'a pourtant été qu'imparfaitement atteint depuis 1995. Après avoir été excédentaire - et parfois largement - jusqu'en 2001, le résultat net de la branche est devenu déficitaire depuis 2002, du fait d'un « effet de ciseaux » caractérisé par le ralentissement des recettes et la poursuite de la progression des dépenses.

Ces évolutions appellent alors une double interrogation.

### a) L'équilibre a-t-il un sens ?

Dans son rapport public particulier précité, la Cour des comptes s'est interrogée sur la cohérence des comptes de la branche et, *in fine*, sur la signification de son résultat, estimant que « *la situation excédentaire de la branche ne traduit pas la situation réelle des coûts induits par les risques professionnels* ».

De fait, il existe un double biais affectant les conditions de l'équilibre financier de la branche, compte tenu de l'existence de dépenses de réparation des accidents du travail et maladies professionnelles financées hors de la branche.

D'une part, l'imputation des dépenses entre la branche maladie et la branche AT-MP demeure incertaine, du fait notamment de la sous-déclaration et de la sous-reconnaissance des maladies liées au travail et de la non-imputation d'une part vraisemblablement forte des dépenses d'hospitalisation.

D'autre part, la création de fonds *ad hoc*, destinés à financer des dépenses de réparation (FIVA et FCAATA) n'est pas sans entraîner de réelles difficultés. Le financement de ces fonds, certes largement assuré par la branche, reste difficilement conciliable avec une comptabilité en droits constatés puisqu'ils fonctionnent en encaissements - décaissements et ont pu constituer des réserves appréciables. La clé de répartition entre les différents financeurs demeure, en outre, instable et ne prend qu'imparfaitement en compte le rattachement des victimes à leur régime de base.

Pour autant, les évolutions récentes tendent à relativiser ces biais.

L'instauration d'un transfert de la branche AT-MP vers la branche maladie et sa majoration progressive visent à mieux prendre en compte l'existence de charges indues.

La consommation à venir des réserves des fonds *ad hoc* devrait rapidement conduire à fixer les dotations de la branche à hauteur des coûts réels.

Dans ces conditions, on peut estimer que les résultats de la branche seront à l'avenir plus représentatifs de sa situation financière réelle.

*b) La dégradation de la situation financière de la branche est-elle structurelle ?*

La dégradation rapide de la situation financière de la branche invite inmanquablement à s'interroger sur les causes et sur les conditions du retour à l'équilibre financier.

L'apparition d'un déficit est-elle la conséquence d'un simple « effet de ciseaux » de nature conjoncturelle ou marque-t-elle une dégradation plus structurelle de la situation financière de la branche ?

A cet égard, votre commission craint qu'au-delà des seuls facteurs conjoncturels liés au ralentissement de l'activité économique, l'apparition de nouveaux dispositifs de réparation financés largement par la branche, appelés à s'inscrire dans la durée et dont la montée en charge est loin d'être achevée - et elle pense ici avant tout au FCAATA et au FIVA - témoigne d'une tendance lourde. Celle-ci conduit, toutes choses égales par ailleurs, à peser durablement sur les comptes de la branche, sans que l'évolution des dépenses de prestations ne permette une réelle maîtrise des autres charges, dans la mesure où la forte augmentation des dépenses d'incapacité temporaire compense la modération des dépenses d'incapacité permanente.

Dans ces conditions, et abstraction faite de la situation nette actuelle de la branche, le retour durable à l'équilibre risque d'être difficile et pourrait même nécessiter, à moyen terme, la majoration du taux de cotisation, voire l'affectation de nouvelles recettes pour atteindre l'objectif d'équilibre.

Mais votre commission considère qu'une telle révision des modalités de financement de la branche ne devra être valablement examinée, au risque d'être inopérante, que si elle s'inscrit dans le cadre plus large d'une réforme d'ensemble de notre système de gestion du risque professionnel.

### **III. L'ÉVOLUTION DE LA SITUATION FINANCIÈRE DE LA BRANCHE RESTE LIÉE À LA PERSPECTIVE D'UNE REFORTE DE LA GESTION DU RISQUE PROFESSIONNEL**

Le rapport annexé au présent projet de loi recense les pistes envisagées par le Gouvernement pour l'évolution future de la branche. Elles s'articulent autour de deux objectifs principaux : rénover la gouvernance de la branche et statuer sur l'adaptation de notre système de réparation.

Votre commission s'associe à ces deux objectifs tout en souhaitant y ajouter un troisième : clarifier les financements.

#### ***A. RÉNOVER LA GOUVERNANCE***

*La loi du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale* avait déjà considérablement renforcé l'autonomie de la branche, pour le régime général, en établissant des règles et des procédures permettant une gestion séparée des branches. De fait, elle a affirmé le principe de séparation des trésoreries de la branche accidents du travail et maladies professionnelles et de la branche maladie et a prévu que l'équilibre des deux branches devait être réalisé de manière distincte.

Il reste que l'autonomie de la branche demeure encore, malgré une récente amélioration, bien moindre que celle des trois autres branches en l'absence d'un conseil d'administration à part entière, d'une caisse nationale spécifique et de services propres.

#### **1. Un premier pas déjà significatif**

L'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a déjà posé de premiers jalons pour améliorer la gouvernance de la branche AT-MP du régime général en la dotant d'une convention d'objectifs et de gestion (COG) et d'un conseil de surveillance qui lui soient spécifiques.

Votre commission s'était félicitée, l'an passé, de cette première étape, estimant notamment que la COG pouvait constituer un instrument utile d'accompagnement de la modernisation de l'activité de la branche par la redéfinition des objectifs prioritaires et par la programmation des moyens et qu'elle offrait de la sorte un cadre adapté pour préciser les engagements réciproques de la branche et de l'État dans une logique pluriannuelle.

La COG est actuellement en cours de finalisation<sup>26</sup> et pourrait être arrêtée dans les semaines à venir. Il est vrai que, s'agissant d'une branche dont les moyens sont partagés avec la branche maladie, il apparaissait nécessaire de synchroniser les négociations relatives à l'élaboration de la nouvelle COG avec celles portant sur le renouvellement de la convention de la branche maladie.

Selon les informations recueillies par votre rapporteur, la COG devrait porter sur trois points principaux :

- la rénovation de la politique de prévention

A ce titre, elle devrait notamment comprendre des dispositions visant à préparer la mise en place d'un dispositif de veille sur les risques professionnels, à conduire de nouvelles expérimentations permettant une meilleure implication des branches professionnelles et à aménager les dispositifs d'incitation financière.

- la modernisation de la gestion de la branche

En ce sens, elle devrait comprendre des dispositions permettant d'améliorer la qualité de l'outil statistique, de simplifier la tarification, d'organiser une meilleure prévision de l'équilibre financier et de simplifier la réglementation.

- le renforcement de la qualité de service

L'objectif est ici de mieux accompagner les victimes, de faciliter les démarches des employeurs et de raccourcir les délais.

Ces orientations semblent très positives à votre rapporteur, qui observe qu'elles répondent, pour bon nombre d'entre elles, aux propositions que votre commission avait pu avancer les années passées.

S'agissant du futur conseil de surveillance<sup>27</sup>, votre rapporteur forme le vœu qu'il puisse être installé dès l'adoption de la COG afin de pouvoir suivre, depuis l'origine, les conditions de mise en œuvre de la convention, dans la mesure où il s'agit de sa principale prérogative.

## **2. Un processus à poursuivre**

La mise en œuvre d'une COG est cependant encore loin d'épuiser la question de la gouvernance.

Déjà, l'année passée, le Gouvernement avait souhaité modifier le mode de nomination des membres de la commission des accidents du travail et maladies professionnelles, qui constitue l'instance délibérative de la branche, afin que ceux-ci puissent être désignés directement par les partenaires sociaux

---

<sup>26</sup> Les négociations entre l'État et la CNAMTS ont débuté le 1<sup>er</sup> avril 2003 et ont déjà fait l'objet de plus de quinze réunions de travail.

<sup>27</sup> Le décret nécessaire à son installation n'a pas encore été publié.

sans qu'ils soient nécessairement choisis parmi les membres du conseil d'administration de la CNAMTS. Mais le Conseil constitutionnel avait déclaré cette disposition non conforme à la Constitution au motif qu'elle n'avait pour effet « *ni d'affecter directement l'équilibre financier du régime général, ni d'améliorer le contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* ». <sup>28</sup>

Il reste donc nécessaire, dans un souci de clarification des responsabilités de chacun, de renforcer l'autonomie de l'instance délibérative de la branche, ce qui passe non seulement par une modification des modalités de nomination de ses membres, mais aussi par le changement de son statut. A cet égard, votre commission estime nécessaire de doter la branche d'un conseil d'administration à part entière.

Une telle proposition semble d'ailleurs faire aujourd'hui l'objet d'un relatif consensus et le Gouvernement a d'ores et déjà annoncé qu'une disposition législative en ce sens serait prochainement présentée au Parlement. Votre commission ne peut alors que souhaiter que cette réforme soit engagée rapidement.

Pour autant, il n'est pas forcément évident que cette solution soit suffisante pour garantir l'autonomie effective de la branche.

Si, dans un souci d'économie de gestion, il apparaît indispensable que l'action de la branche continue de s'appuyer sur le réseau de l'assurance maladie, il conviendrait sans doute de réfléchir à une réorganisation de ce réseau – avec, le cas échéant, la constitution de pôles spécialisés au niveau régional – afin de mieux prendre en compte la dualité des branches et de ne pas écarter *a priori* la création d'une caisse nationale des AT-MP disposant de la personnalité morale et dotée de son propre agent comptable.

## ***B. CLARIFIER LES CIRCUITS FINANCIERS***

Le renforcement de l'autonomie de la branche n'aura toutefois de sens que si elle s'accompagne d'une clarification des circuits financiers régissant non seulement les relations financières entre la branche AT-MP et la branche maladie, mais aussi celles entre la branche et l'État.

---

<sup>28</sup> *Décision n° 2002-463 DC du 12 décembre 2002, considérant 45.*

## **1. Les relations financières entre la branche AT-MP et la branche maladie : la question du « reversement forfaitaire »**

L'autonomie effective des branches impose que les dépenses de chacune d'entre elles soient correctement imputées et qu'aucune ne supporte une quelconque « charge indue ».

Dans ce cadre, votre commission reconnaît la nécessité de mieux évaluer et de compenser les charges imputées à tort à la branche maladie au titre des AT-MP.

Mais elle estime que le système de « reversement forfaitaire » institué par l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale n'est encore guère satisfaisant.

Se pose d'abord la question de l'évaluation de ces charges indues.

Comme l'observe, dans son dernier rapport, la commission chargée d'évaluer le montant de ces charges indues, l'exercice demeure délicat et incertain, compte tenu de « *la difficulté d'évaluer les dépenses afférentes à des situations qui ne sont ni identifiées, ni individualisées* » et de l'absence « *d'informations suffisamment précises sur le volume de la sous-déclaration comme sur les coûts, notamment des maladies professionnelles* ».

Ces difficultés conduisent alors nécessairement à fragiliser les résultats d'une évaluation d'autant plus approximative pour fonder la fixation du « reversement forfaitaire » qu'elle ne prend pas en compte plusieurs éléments d'importance non négligeable :

- les conséquences de la croissance du nombre de maladies professionnelles déclarées et reconnues, qui témoigne au moins pour partie d'une tendance à la baisse de la sous-imputation des dépenses de la branche AT-MP ;

- l'importance des affections d'origine multifactorielle qui se prêtent mal à la logique d'imputation à l'une ou l'autre branche ;

- l'existence probable de « charges indues » supportées par la branche AT-MP en lieu et place de la branche maladie<sup>29</sup>.

Se pose ensuite la question du mode de fixation de ce « reversement forfaitaire » en loi de financement.

---

<sup>29</sup> On peut notamment évoquer à cet égard les « accidents du lundi matin », mais il est vrai que la loi n'a confié à la commission que la tâche d'évaluer les charges supportées par la branche maladie au titre des AT-MP et non l'inverse.

A cet égard, la loi de financement ne peut se borner à majorer, d'année en année, le montant de ce « reversement forfaitaire » au risque de transformer celui-ci en simple « subvention d'équilibre » destinée à minorer le déficit croissant de la branche maladie.

Aussi est-ce à raison que, cette année, le Gouvernement a fait le choix de maintenir ce reversement à son niveau de l'année passée, en l'absence d'informations nouvelles permettant de mieux apprécier l'importance des dépenses supportées, à tort, par l'assurance maladie au titre des AT-MP.

Dans ces conditions, votre commission estime nécessaire de :

- **mieux évaluer les « charges indues » pesant sur l'une et l'autre branches.** Dans cette perspective, il pourrait être utile de rendre permanente - et non plus seulement triennale - la commission, afin de lui permettre d'approfondir sa démarche d'évaluation. Il serait également nécessaire que la future COG, dans le cadre de ses dispositions relatives au système d'information, permette de fournir à ladite commission les informations susceptibles d'éclairer sa démarche d'évaluation ;

- **mieux programmer l'évolution du reversement forfaitaire** car celle-ci, en l'absence de toute possibilité de réajustement annuel fondé sur des données objectives, doit s'inscrire dans un cadre pluriannuel afin d'offrir aux branches, mais aussi au législateur<sup>30</sup>, une visibilité suffisante sur l'évolution des charges et des produits, dans un contexte financier très difficile.

## **2. Les relations financières entre la branche et l'État : la question du financement des « fonds de l'amiante »**

Au-delà de la nécessaire clarification des relations financières entre les branches, il importe également d'aborder celle des relations financières entre la branche AT-MP et l'État. A cet égard, l'exemple du financement des « fonds de l'amiante » (FCAATA et FIVA) souligne avec force leur opacité et leur instabilité.

### *a) Le coût de l'amiante*

Le nombre de maladies professionnelles dues à l'amiante a très fortement progressé ces dernières années sans qu'il soit possible d'anticiper les évolutions prévisibles pour les années à venir.

---

<sup>30</sup> Qui est chargé, chaque année, de voter le montant du reversement forfaitaire en loi de financement de la sécurité sociale, en application de l'article L. 76-2 du code de la sécurité sociale.

### Evolution du nombre de maladies professionnelles liées à l'amiante reconnues

1985	1990	1997	1998	1999	2000	2001 <sup>1</sup>	2002 <sup>1</sup>
202	396	1.763	2.130	3.059	3.621	5.666	5.596

<sup>1</sup> Données provisoires

Source : Direction de la sécurité sociale

Le nombre total de malades ressortissant du régime général, des régimes spéciaux et des régimes des trois fonctions publiques s'élevait à plus de 6.000 personnes en 2001.

Le rapport, établi en 1996 par le groupe d'expertise collective réuni par l'INSERM, estime toutefois que l'amiante pourrait être à l'origine de 50.000 à 60.000 décès dans les vingt prochaines années, avec sans doute un pic de mortalité autour de l'année 2020, ce qui fait de l'amiante une catastrophe sanitaire de première ampleur.

Votre commission avait regretté, l'année passée, l'absence d'informations disponibles sur le coût de cette catastrophe sanitaire, alimentant alors une grande incertitude sur les conditions de financement à venir du FIVA et du FCAATA : *« L'amiante pèse déjà financièrement très lourd sur la branche : les dépenses de réparation, les dotations au FCAATA et au FIVA ont fortement augmenté au cours des dernières années pour atteindre près de 13 % de l'ensemble des dépenses prévisionnelles de la branche pour 2003. En dépit de cette charge nécessairement croissante, l'évaluation du coût de l'amiante reste largement incertaine, ce qui n'est pas sans poser d'évidentes difficultés ».*

Aussi avait-elle approuvé l'introduction d'une disposition dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 prévoyant la remise, par le Gouvernement, au Parlement d'un rapport *« présentant l'impact financier de l'indemnisation des victimes de l'amiante pour l'année en cours et les vingt années suivantes ».*

Ce rapport a été remis le 15 octobre dernier et permet d'y voir un peu plus clair, quand bien même la complexité de cet exercice d'évaluation impose à l'évidence la plus extrême prudence dans l'interprétation des résultats.

Pour 2003, le coût de l'indemnisation des victimes de l'amiante s'élèverait à environ 1,1 milliard d'euros dont 47 % à la charge du FCAATA, 37 % à la charge du FIVA et 11 % à la charge du régime général<sup>31</sup>.

---

<sup>31</sup> Les 5 % restants se répartissant entre indemnisation par les régimes spéciaux, par les régimes des trois fonctions publiques et indemnisation judiciaire dans le cadre de la faute inexcusable de l'employeur.

Sur les vingt années à venir, le coût serait compris entre 26,8 et 37,2 milliards d'euros, dont environ les trois quarts à la charge du FIVA et du FCAATA.

**Répartition du coût de l'indemnisation des victimes de l'amiante  
entre les différents organismes**

*(en millions d'euros)*

	Coût annuel		Coût sur 20 ans	
	Hypothèse basse	Hypothèse haute	Hypothèse basse	Hypothèse haute
Sécurité sociale	264	501	5.283	10.019
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	323	610	6.476	12.206
Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante	751	751	15.013	15.013
<b>TOTAL</b>	<b>1.338</b>	<b>1.862</b>	<b>26.772</b>	<b>37.238</b>

*Source : Rapport du Gouvernement*

A la catastrophe sanitaire qu'a constituée l'amiante s'ajouterait donc, pour reprendre l'expression de notre collègue député François Goulard<sup>32</sup>, un « désastre financier ».

L'ampleur même de ces projections invite alors à s'interroger sur les modalités de financement des deux fonds qui sont appelés à supporter l'essentiel du coût de l'indemnisation.

*b) Le financement du FCAATA et du FIVA*

Votre commission avait déjà insisté, l'an dernier, sur les incertitudes et les incohérences présidant au financement de ces deux fonds et avait alors estimé nécessaire de clarifier les interventions respectives de l'État et de la branche.

De fait, leur financement actuel se caractérise par :

- des variations erratiques des contributions des différents financeurs, en l'absence d'une évaluation précise des besoins et du rythme de montée en charge. Or, ces variations ne correspondent pas à la réalité des engagements financiers annuels et ont conduit à la constitution de réserves conséquentes,

---

<sup>32</sup> Dans son rapport pour avis sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (avis n° 1.156, 12<sup>ème</sup> législature).

même si l'on conçoit volontiers l'utilité de « lisser » sur plusieurs exercices les dotations des différents financeurs face à la montée en charge attendue<sup>33</sup> ;

- l'absence de toute clé de répartition claire et stable entre les contributions des différents financeurs, leurs dotations respectives n'étant que très imparfaitement représentatives de la nature de ces dispositifs et du poids relatif des victimes selon leur régime de rattachement.

Ainsi, le FCAATA était, à l'origine, financé par une simple dotation budgétaire de l'État. Mais, dès 2002, son financement a été assuré par une contribution de la branche AT-MP du régime général et par l'affectation d'une part du produit des droits sur le tabac (en lieu et place de la dotation budgétaire de l'État). Au fur et à mesure de la montée en charge du fonds, la contribution de la branche a augmenté, passant de 103 millions d'euros en 2000 à 450 millions en 2003 (et 500 attendus pour 2004), alors même que le produit des droits sur le tabac affectés demeurait stable en raison de la diminution continue de la part qui lui était affectée<sup>34</sup>.

#### Répartition des ressources du FCAATA selon le financeur

	1999	2000	2001	2002	2003 <sup>1</sup>
Etat <sup>1</sup>	100 %	23 %	13 %	10 %	7 %
Branche AT-MP	0	77 %	87 %	90 %	93 %

<sup>1</sup> Dotations, puis affectation d'une part des droits sur le tabac.

A cet égard, votre rapporteur rappellera qu'à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, M. Charles Descours, alors rapporteur général, s'était prononcé pour un financement paritaire entre l'État et la branche en présentant un amendement en ce sens qui n'avait toutefois pas été retenu dans le texte définitif. Il le justifiait ainsi :

*« [Cet] amendement propose de préciser que le financement du Fonds doit être assuré « à parité » entre l'État et la branche « accidents du travail ».*

*« Le Fonds est, en l'espèce, un mécanisme nouveau puisqu'il revient à indemniser par avance les victimes d'un risque potentiel. Ce fonds a une double nature : il est à la fois une réparation particulière pour les victimes d'une maladie professionnelle et un mécanisme de préretraite pour des salariés qui n'ont pas tous le même risque de développer une maladie. Il*

<sup>33</sup> A cet égard, fin 2002, le FCAATA bénéficiait de 161 millions d'euros de réserves et le FIVA de 656 millions d'euros.

<sup>34</sup> Fixée initialement à 0,43 % en 2000 elle est passée à 0,39 % en 2001 et à 0,35 % en 2003, le projet de loi de finances pour 2004 prévoyant de la ramener à 0,32 %.

*semble donc logique de garantir pour l'avenir le principe d'une clé de répartition équilibrée entre les deux acteurs que sont l'État et la branche « accidents du travail ».*

*« Au demeurant, Mme Martine Aubry elle-même, lorsqu'elle avait présenté le dispositif à l'Assemblée nationale en novembre 1998, s'était placée dans l'hypothèse du financement paritaire. »<sup>35</sup>*

De même, s'agissant du FIVA, la répartition entre les différents financeurs apparaît tout aussi instable, la branche AT-MP en assurant toutefois l'essentiel<sup>36</sup>.

#### Répartition des ressources du FIVA selon le financeur

	2001	2002	2003	2004
Dotation État	0	17 %	17 %	0
Dotation branche AT-MP	100 %	83 %	83 %	100 %

Cette situation n'est pas satisfaisante.

Dans ces conditions, votre commission souhaite que soient clarifiées les relations financières entre l'État et la branche dans une double direction.

**Il importe d'abord de fixer une clé de répartition stable et objective entre les contributions des différents financeurs.**

A cet égard, s'agissant du FCAATA, il ne lui apparaîtrait pas illégitime de revenir à la logique de parité qui devait présider initialement à son financement, compte tenu de la nature très particulière de ce dispositif. A tout le moins, il serait nécessaire de revoir la nature de la ressource « État ». La justification d'une affectation d'une part du produit des droits sur les tabacs est ici loin d'être évidente et contribue en outre à renforcer la faible lisibilité de l'affectation de ces droits, déjà éclatée entre cinq bénéficiaires distincts. Le retour à une dotation budgétaire lui semble ici bien plus appropriée et permettrait de plus de garantir une meilleure programmation de la contribution « État » et une plus grande adaptation aux besoins de financement.

S'agissant du FIVA, il lui semble cohérent que ce fonds soit financé par l'ensemble des régimes concernés à hauteur de la responsabilité de chacun. Dans ce cadre, il serait donc naturel que la contribution de la branche AT-MP corresponde aux seules dépenses induites par l'indemnisation des salariés

<sup>35</sup> Rapport n° 58, tome IV, session ordinaire de 1999-2000.

<sup>36</sup> Fin 2004, la branche AT-MP aura ainsi contribué à hauteur de 92 % au financement global du FIVA sur la période.

couverts par le régime général et ayant contracté une maladie dans un cadre professionnel.

Le dernier rapport d'activité du FIVA permet d'ailleurs d'identifier tant l'origine de la pathologie que le régime professionnel des victimes.

Ainsi, pour les dossiers d'indemnisation ouverts au 31 mai 2003, l'origine de la maladie est à 95 % professionnelle, les 5 % restants se répartissant entre une origine environnementale et une origine indéterminée. Quant au régime professionnel des victimes, le régime général en représente 82 %, l'État 10 % et les autres régimes le solde.

Dès lors, la fixation d'une clé de répartition plus objective semble désormais possible.

Au-delà de la fixation d'une telle clé de répartition, il importe également de **mieux programmer le financement de ces deux fonds**.

Dès lors que l'activité de ces deux fonds approche actuellement de leur « rythme de croisière » et que l'impact financier de l'amiante pour les années à venir est mieux évalué, votre commission jugerait logique que les dotations qui leur sont affectées soient effectivement représentatives de leurs engagements annuels à partir du moment où le montant de leurs réserves sera revenu à un niveau raisonnable.

Pour autant, l'ampleur même des besoins de financement de ces deux fonds pour les vingt années à venir, qui a été estimée entre 21,5 et 27,2 milliards d'euros par le Gouvernement, invite à s'interroger sur la capacité de ces dispositifs à assurer efficacement le financement de la prise en charge des victimes de l'amiante.

Dans cette perspective, votre rapporteur, en accord avec le président et le rapporteur général de votre commission, a demandé à la Cour des comptes, en application de l'article L. 132-3-1 du code des juridictions financières, de mener une enquête sur le financement, les comptes et la gestion de ces deux fonds. A la lumière de cette enquête, qui s'inscrit dans le champ de ses travaux de contrôle, votre commission ne manquera pas de formuler de nouvelles propositions de clarification du financement des fonds de l'amiante.

### ***C. PRÉPARER LA RÉFORME***

Le Gouvernement étudie actuellement les conditions d'une évolution de notre système de réparation du risque professionnel et, d'ores et déjà, il a annoncé son intention, après concertation approfondie avec les partenaires sociaux et les associations de victimes, « *de parvenir à une solution consensuelle qui permette à la fois de prendre en compte les évolutions de la*

*jurisprudence, d'améliorer l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles les plus graves et de rester compatible avec l'impératif de maîtrise de nos dépenses publiques. »<sup>37</sup>*

Il reste que, si cette réforme de la réparation du risque professionnel était effectivement engagée, elle ne pourrait se limiter à la simple question de l'indemnisation, mais devrait aborder plus largement l'ensemble de notre dispositif du risque professionnel au risque d'être pour partie inopérante.

## **1. La réforme de la réparation**

Au-delà des nombreux rapports ayant souligné les imperfections de notre dispositif de réparation du risque professionnel, la création du FIVA fondé sur le principe de la réparation intégrale, et l'évolution récente de la jurisprudence de la Cour de cassation étendant largement le champ de la faute inexcusable de l'employeur, ne font que renforcer plus encore l'urgence d'une réflexion approfondie sur les modalités de réforme de notre système d'indemnisation et de passage éventuel à une réparation intégrale.

Le gouvernement précédent avait confié à M. Michel Yahiel le soin de diriger un groupe de travail sur le sujet. Son rapport a été remis en avril 2002. Il souligne notamment « *la pauvreté des informations disponibles pour éclairer d'éventuelles décisions* », l'absence d'éléments d'analyse sérieux sur les incidences économiques des choix possibles « *d'un point de vue général, mais aussi au regard des gains et pertes à anticiper pour les victimes* » et « *l'extrême incertitude entourant les conditions de réalisation et les conséquences de la réparation intégrale, à commencer par son coût* ».

Dans le prolongement des conclusions de ce rapport, un comité de pilotage a été mis en place, présidé par M. Michel Laroque, associant la direction de la sécurité sociale, la direction des relations du travail et la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et chargé d'approfondir l'expertise sur la réparation intégrale dans ses aspects juridiques, financiers et organisationnels.

Un rapport intermédiaire, remis à M. François Fillon en juillet dernier, présente une première évaluation du coût du passage à la réparation intégrale et une première réflexion menée à partir de trois scénarios possibles de réforme.

S'agissant du coût, le rapport reprend les résultats des études menées par la CNAMTS qui a procédé, à partir de plusieurs enquêtes sur échantillons, à des chiffrages comparatifs du coût actuel des prestations en espèces de

---

<sup>37</sup> Selon les termes mêmes du rapport annexé au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

l'incapacité permanente de la branche AT-MP du régime général et du coût de la réparation de droit commun pour les principaux préjudices.<sup>38</sup>

Encore partiels et devant nécessairement être interprétés avec prudence, ils évaluent le surcoût minimum du passage à la réparation intégrale entre 3 % et 23 % des dépenses actuelles de la branche selon l'hypothèse retenue.

Les hypothèses étaient les suivantes :

- hypothèse n° 1 : application de la réparation intégrale à tous les accidents quelle que soit leur gravité.

Le surcoût annuel serait de l'ordre de 1,7 à 1,9 milliard d'euros.

- hypothèse n° 2 : application de la réparation intégrale aux seuls accidents avec incapacité permanente.

Le surcoût annuel serait de l'ordre de 400 à 500 millions d'euros.

- hypothèse n° 3 : application de la réparation intégrale aux seuls accidents avec incapacité permanente supérieure ou égale à 10 %.

Le surcoût annuel serait de l'ordre de 300 à 400 millions d'euros.

- hypothèse n° 4 : application de la réparation intégrale aux seuls accidents avec incapacité permanente supérieure ou égale à 20 %.

Le surcoût annuel serait de l'ordre de 250 millions d'euros.

S'agissant des trois principaux scénarios de réforme proposés, ils présentent pour particularité de s'inscrire très largement dans le cadre d'une adaptation du système socialisé actuel.

***Les trois principaux scénarios de réforme proposés par le comité technique de pilotage de la réforme des accidents du travail***

*« Ces trois scénarios qui n'excluent pas d'autres approches sont les suivants :*

***« Scénario 1 – Une modernisation du système actuel de réparation des accidents du travail.***

*« Cette modernisation se traduit par une révision générale du barème actuel et une meilleure prise en compte de l'aptitude et de la qualification professionnelles, par le renforcement de l'effort de réinsertion professionnelle, par l'élargissement de l'aide au recours à une tierce personne et une meilleure prise en charge des frais de traitement et de l'accompagnement social des victimes.*

---

<sup>38</sup> On observera que les maladies professionnelles, les prestations en nature, les indemnités journalières et les droits dérivés n'ont pas été pris en compte.

**« Scénario 2 – Une mutation du système actuel par la mise en œuvre de la réparation de droit commun**

*« Ce scénario vise à assurer l'indemnisation qui, en droit commun dans le cas de la responsabilité d'un employeur, pourrait être obtenue devant un juge et couvrirait tous les préjudices, y compris le pretium doloris. S'il est appliqué totalement, il est très coûteux, soulève diverses questions (références légales ou jurisprudentielles, mode de gestion, articulation avec la réinsertion...) et remet en cause le compromis de 1898 (réparation forfaitaire, présomption d'imputabilité, immunité civile de l'employeur sauf faute intentionnelle ou inexcusable).*

**« Scénario 3 – Une réparation intégrale d'assurance sociale**

*« Cette solution intermédiaire s'efforce de maintenir les éléments essentiels du compromis de 1898 et reprend le scénario 1, en adaptant l'indemnisation des préjudices objectifs, en particulier par une indemnisation distincte du préjudice physiologique ou fonctionnel et du préjudice professionnel (perte de capacité de gain). Les préjudices esthétique et d'agrément peuvent, le cas échéant, être pris en compte à travers le barème médical d'appréciation du préjudice physiologique.*

*Source : Note d'étape établie par le comité technique de pilotage de la réforme des accidents du travail, juillet 2003*

Il n'appartient pas à votre rapporteur de se pencher dès à présent sur les scénarios proposés ou sur les voies et moyens, ni même l'opportunité et la faisabilité, de la réforme de notre système de réparation.

Aussi, se contentera-t-il ici de formuler une double observation sur la procédure retenue par le Gouvernement et les implications d'une telle réforme.

Il se félicite d'abord que la procédure suivie conduite à mener, très en amont, une concertation avec les partenaires sociaux, particulièrement indispensable eu égard à leur implication dans l'histoire, le financement et la gestion du risque professionnel. Mais il estime que cette concertation devra rapidement conduire à statuer sur la faisabilité de la réforme. A défaut, d'autres voies de modernisation devraient alors être nécessairement explorées, le pire étant à l'évidence le maintien de l'incertitude et le report des prises de décision.

Il rappelle ensuite que notre système de réparation des risques professionnels est fondé sur le « compromis de 1898 » qui associe réparation forfaitaire, présomption d'imputabilité et immunité civile de l'employeur, sauf faute inexcusable. Dans ces conditions, il considère que le préalable à toute réforme dépend de la pérennité que l'on souhaite donner aux éléments de ce compromis, déjà largement déstabilisés par les évolutions récentes de la jurisprudence. Car c'est seulement sur la base d'une telle décision qu'il sera alors valablement possible d'explorer d'éventuels scénarios de réforme.

## 2. Une réflexion nécessairement plus large

La modernisation de notre système de gestion des risques professionnels ne peut toutefois se limiter à la seule réforme de la réparation.

Elle implique également d'examiner en profondeur les conditions de rénovation des autres éléments de ce système, qui apparaissent pour beaucoup tout à la fois historiquement datés et pratiquement souvent inadaptés.

A cet égard, votre rapporteur souhaite ici insister sur quatre éléments qui doivent, selon lui, requérir une attention toute particulière.

### *a) La prévention*

Votre rapporteur ne reviendra pas ici sur les carences, déjà bien connues et longuement analysées par ailleurs, du dispositif de prévention du risque professionnel<sup>39</sup>, même s'il tient à souligner que la diminution importante du nombre d'accidents du travail sur longue période témoigne de son efficacité relative.

Il tient toutefois à insister sur la nécessité de rénover notre système de prévention des maladies professionnelles qui lui a semblé constituer sa principale faiblesse, ce qui impose alors d'inscrire la politique de prévention des maladies professionnelles dans le champ plus vaste d'une politique de santé publique.

A ce titre, il lui apparaît opportun de mettre enfin en place un système de veille et d'alerte digne de ce nom en matière de santé au travail. Le projet de loi relatif à la santé publique actuellement en cours d'examen par le Parlement apporte déjà de premières solutions.

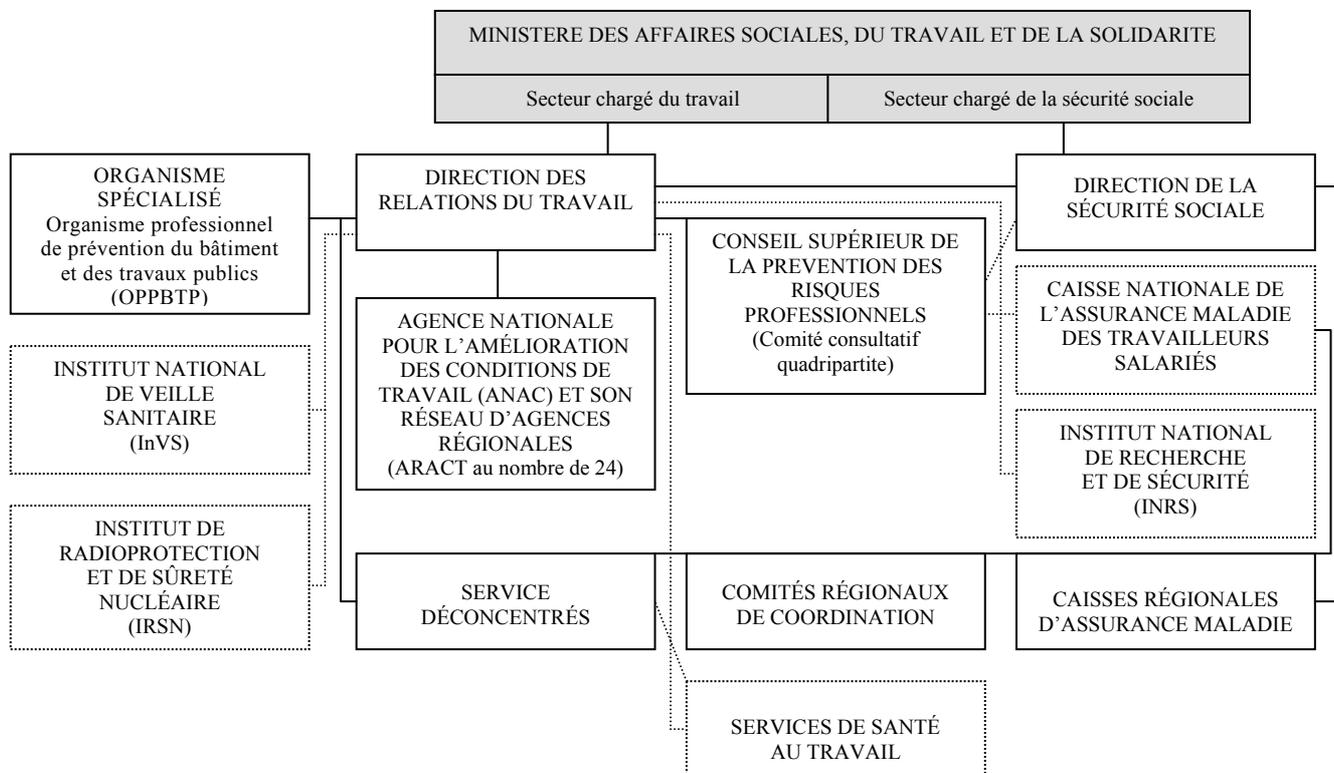
S'il est logique que la définition du cadre général de la prévention du risque professionnel relève largement de l'État, au titre de ses prérogatives en matière de santé publique, sa mise en œuvre doit cependant rester pour l'essentiel de la compétence des partenaires sociaux au risque de déséquilibrer profondément l'ensemble d'un système fondé justement sur l'imbrication de la prévention et de la réparation.

Toujours est-il que l'amélioration de la politique de prévention passe avant tout par une clarification des responsabilités de chacun des acteurs et qu'elle nécessite une réorganisation de notre système de prévention du risque professionnel, caractérisé par la multiplicité des acteurs et le cloisonnement de leurs interventions respectives, comme en témoigne le tableau ci-après :

---

<sup>39</sup> Il se permet, pour cela, de renvoyer le lecteur en particulier aux rapports précités de la Cour des comptes et de l'IGAS.

## Système français de prévention des risques professionnels<sup>40</sup>



### b) La tarification

Il est toujours délicat d'assigner un double objectif à un même instrument.

Or, le système de tarification a pour vocation d'assurer une double mission. Il joue un rôle financier évident puisque les cotisations employeurs constituent l'essentiel des ressources de la branche, ce qui implique alors une certaine forme de mutualisation dans un système socialisé. Il joue également un rôle dans la prévention, puisque le montant de la cotisation est fonction de la réalité du risque.

### La détermination du taux de cotisation pour la branche AT-MP

<sup>40</sup> Ce tableau est issu du dossier de presse distribué lors de la réunion du 31 mars 2003 du Conseil supérieur de prévention des risques professionnels.

### • Les principes de tarification

Le système de tarification est fondé sur un triple principe :

- une prise en charge par le seul employeur,
- un souci de prévention, le montant de la cotisation étant fixé selon le degré du risque dans chaque entreprise,
- un principe de mutualisation, intrinsèquement lié à la nature assurantielle de notre système de sécurité sociale.

### • Le calcul du taux de cotisation

En application de ces principes, le taux de cotisation est actualisé chaque année et déterminé pour chaque entreprise selon la nature de son activité et selon ses effectifs.

Le *taux net*, qui est en fait le taux exigible, est la somme d'un taux brut et de trois majorations spécifiques.

Le *taux brut* est le rapport entre la valeur du risque (apprécié en fonction des prestations versées) et la masse salariale versée au cours des trois dernières années.

Selon la taille de l'entreprise, ce taux brut est :

- celui calculé pour l'ensemble de l'activité dont relève l'établissement : c'est le taux collectif pour les entreprises de moins de 10 salariés ;
- celui calculé à partir du report des dépenses au compte de l'employeur : c'est le taux réel pour les entreprises de 200 salariés et plus ;
- pour les entreprises dont les effectifs sont situés entre 10 et 199 salariés, la tarification est dite mixte, le calcul se faisant en partie selon le taux collectif et en partie selon le taux réel, la part de ce dernier augmentant avec les effectifs.

Au taux brut sont ajoutées *trois majorations forfaitaires* identiques pour toutes les entreprises et activités, pour tenir compte :

- des accidents de trajet (M1) ;
- des charges générales, des dépenses de prévention et de rééducation professionnelle (M2) ;
- de la compensation entre régimes et des dépenses qu'il n'est pas possible d'affecter à un employeur, inscrites au compte spécial « maladies professionnelles » (M3).

### • Le rôle de la branche

La commission des AT-MP est chargée de fixer, avant le 31 janvier, les éléments de calcul des cotisations, conformément aux conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale déterminées par les lois de financement. A défaut, ils sont déterminés par arrêté interministériel.

Ce sont alors les caisses régionales d'assurance maladie qui, à partir des informations collectées régionalement et des éléments fixés par la commission, déterminent le taux de cotisation de chaque entreprise. Les caisses disposent en outre d'une possibilité d'appliquer soit des cotisations supplémentaires, soit des ristournes pour inciter les entreprises à mieux encadrer les risques professionnels.

De fait, ce système de tarification n'échappe pas aux critiques portant tant sur sa complexité que sur sa capacité à garantir un juste équilibre entre individualisation et mutualisation.

S'agissant de l'équilibre optimal entre responsabilisation et mutualisation, votre rapporteur observe que les avis sont, sur ce point, partagés.

D'un côté, la Cour des comptes a regretté l'insuffisante individualisation de la tarification, considérant que la complexité du système ne pouvait être justifiée que par la recherche de l'individualisation et que la responsabilisation devrait être accrue dans les secteurs à hauts risques.

D'un autre côté, les partenaires sociaux estiment que la mutualisation doit rester au cœur d'un système fondé sur l'aléa individuel où il n'y a pas forcément une faute à l'origine de l'accident. Il a ainsi pu être indiqué à votre rapporteur que, dans certains cas extrêmes, des entreprises avaient dû cesser leur activité à la suite d'une majoration du coût salarial liée à une très forte augmentation du taux de cotisation intervenant après des sinistres professionnels dans lesquels elles n'avaient pourtant aucune responsabilité directe.

En revanche, votre commission considère qu'il importe aujourd'hui de simplifier la tarification, le dispositif actuel étant devenu illisible et ne permettant finalement plus à celui-ci de jouer efficacement son rôle en matière de prévention.

### *c) La réinsertion professionnelle*

La réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles ne prend encore que marginalement en compte l'objectif de reclassement et de réinsertion professionnelle des victimes, alors que ceux-ci constituent un élément essentiel de la réparation en permettant à la victime de se retrouver dans une position équivalente à celle prévalant avant la réalisation du risque.

A cet égard, votre rapporteur suggère qu'il puisse être procédé à une étude approfondie des possibilités d'« activation des dépenses passives » d'indemnisation des victimes, à l'image de ce qu'ont pu proposer les partenaires sociaux gestionnaires de l'assurance chômage, dans le cadre de la convention du 1<sup>er</sup> janvier 2001 instituant le plan d'aide au retour à l'emploi (PARE).

A l'inverse, il serait également nécessaire d'examiner la possibilité pour la branche de mieux prendre en charge les salariés avant la survenance du sinistre (notamment pour les maladies professionnelles), si celui-ci peut être prévu.

*d) Le périmètre de la branche*

Ces dernières années, le périmètre de la branche et le périmètre du risque professionnel ont eu tendance à diverger.

D'une part, une part croissante de l'indemnisation des accidents et des maladies liés au travail est désormais gérée hors de la branche. A cet égard, la création du FIVA et, dans une moindre mesure, du FCAATA qui ont pour mission essentielle d'indemniser les conséquences de pathologies liées au travail, a marqué une rupture importante. La poursuite de cette tendance pourrait conduire à terme à faire gérer, hors de la branche, près de la moitié des dépenses imputables au risque professionnel.

A l'inverse, la branche prend désormais en charge une part croissante de maladies aux origines multifactorielles sans qu'il soit possible de distinguer ce qui relève du travail ou des modes de vie. Cette évolution n'est pas sans conséquence pour la structuration même de la branche dans la mesure où la logique de prévention qui lui est inhérente devient alors largement inopératoire.

Ces mouvements, s'ils devaient se confirmer, conduiraient alors à une situation paradoxale : un risque professionnel de plus en plus géré hors de la branche et une branche gérant de plus en plus un risque pour partie extraprofessionnel. En cela, votre rapporteur considère qu'ils sont préoccupants puisqu'ils inviteraient alors à s'interroger sur la pertinence, voire la légitimité, de notre système de réparation des risques professionnels.

Dans ces conditions, votre rapporteur estime que la concertation à venir sur l'évolution de notre système de réparation devra impérativement aborder de front ces questions et tenter de délimiter le périmètre optimal du risque professionnel dans lequel les conditions de réparation pourraient être amenées à évoluer.

\*

\* \*

**Sous réserve des observations qui précèdent, votre commission vous demande d'adopter le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour ses dispositions relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.**

# **Rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004**

## **Sommaire abrégé**

### *Tome I - Équilibres financiers généraux et assurance maladie* **(Rapporteur : M. Alain Vasselle)**

#### **Exposé général sur les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**

##### *Travaux de la commission - Auditions de :*

- MM. Jean-François Mattei, *ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées*, Christian Jacob, *ministre délégué à la famille* et Mme Marie-Thérèse Boisseau, *secrétaire d'Etat aux personnes handicapées* ;
- MM. François Logerot, *Premier président de la Cour des comptes*, Bernard Cieutat, *président de la 6<sup>e</sup> chambre* et Christian Babusiaux, *conseiller maître à la 6<sup>e</sup> chambre* ; Mme Catherine Démier, *conseillère référendaire, secrétaire générale adjointe* et M. Renaud Séligmann, *auditeur à la 6<sup>e</sup> chambre* ;
- M. Jean-Marie Spaeth, *président du conseil d'administration de la CNAMTS* ;
- MM. Pierre Burban, *président du conseil d'administration de l'ACOSS* et Frédéric Van Roeckeghem, *directeur général* ;
- MM. Michel Laroque, *président du conseil d'administration du FSV et du FOREC* et Jacques Lenain, *directeur*.

##### *Annexe :*

- Réponses de la Cour des comptes au questionnaire de la commission

### *Tome II - Famille* **(Rapporteur : M. Jean-Louis Lorrain)**

#### **Exposé général sur la famille**

##### *Travaux de la commission - Audition de :*

- Mme Nicole Prud'homme, *présidente du conseil d'administration de la CNAF*

### *Tome III - Assurance vieillesse* **(Rapporteur : M. Dominique Leclerc)**

#### **Exposé général sur l'assurance vieillesse**

##### *Travaux de la commission - Auditions de :*

- MM. Michel Laroque, *président du conseil d'administration du FSV et du FOREC* et Jacques Lenain, *directeur* ;
- MM. Marcel Lesca, *vice-président du conseil d'administration de la CNAVTS* et Patrick Hermange, *directeur*.

### *Tome IV - Accidents du travail et maladies professionnelles* **(Rapporteur : M. André Lardeux)**

#### **Exposé général sur les accidents du travail et les maladies professionnelles**

### *Tome V - Examen des articles* **(Rapporteur : M. Alain Vasselle)**

#### **Commentaire des articles et propositions d'amendements**

##### *Travaux de la commission - Examen du rapport*

### *Tome VI - Tableau comparatif* **(Rapporteur : M. Alain Vasselle)**