

N° 114

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2016-2017

Enregistré à la Présidence du Sénat le 9 novembre 2016

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, de **financement de la sécurité sociale pour 2017**,*

Par M. Gérard DÉRIOT,
Sénateur,
Rapporteur.

Tome VI :
Accidents du travail et maladies professionnelles

(1) Cette commission est composée de : M. Alain Milon, président ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général ; M. Gérard Dériot, Mmes Colette Giudicelli, Caroline Cayeux, M. Yves Daudigny, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Gérard Roche, Mme Laurence Cohen, M. Gilbert Barbier, Mme Aline Archimbaud, vice-présidents ; Mme Agnès Canayer, M. René-Paul Savary, Mme Michelle Meunier, M. Jean-Louis Tourenne, Mme Élisabeth Doineau, secrétaires ; M. Michel Amiel, Mme Nicole Bricq, MM. Olivier Cadic, Jean-Pierre Caffet, Mme Claire-Lise Campion, MM. Jean-Noël Cardoux, Daniel Chasseing, Olivier Cigolotti, Mmes Karine Claireaux, Annie David, Isabelle Debré, Catherine Deroche, M. Jean Desessard, Mme Chantal Deseyne, M. Jérôme Durain, Mmes Anne Émery-Dumas, Corinne Fêret, MM. Michel Forissier, François Fortassin, Jean-Marc Gabouty, Mme Françoise Gatel, M. Bruno Gilles, Mmes Pascale Gruny, Corinne Imbert, MM. Éric Jeansannetas, Georges Labazée, Jean-Baptiste Lemoyne, Mmes Hermeline Malherbe, Brigitte Micouveau, Patricia Morhet-Richaud, MM. Jean-Marie Morisset, Philippe Mouiller, Louis Pinton, Mmes Catherine Procaccia, Stéphanie Riocreux, M. Didier Robert, Mme Patricia Schillinger, MM. Michel Vergoz, Dominique Watrin, Mme Évelyne Yonnet.

Voir le(s) numéro(s) :

Assemblée nationale (14^{ème} législ.) : 4072, 4150, 4151 et T.A. 829

Sénat : 106, 108, 114 tomes I à VIII (2016-2017)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
LES OBSERVATIONS DU RAPPORTEUR SUR LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES	5
AVANT-PROPOS	7
EXPOSÉ GÉNÉRAL	9
I. UNE RELATIVE STABILISATION DE LA FRÉQUENCE DES SINISTRES D'ORIGINE PROFESSIONNELLE DANS LA PÉRIODE RÉCENTE.....	9
A. L'ÉVOLUTION DE LA FRÉQUENCE ET DE LA GRAVITÉ DES ACCIDENTS DU TRAVAIL.....	10
1. <i>Les indices généraux de fréquence et de gravité des accidents du travail</i>	<i>10</i>
2. <i>Les secteurs d'activité concentrant les plus forts risques.....</i>	<i>11</i>
B. UNE STABILISATION DU NOMBRE D'ACCIDENTS DE TRAJET EN 2015.....	11
C. UNE NOUVELLE BAISSÉ DU NOMBRE DE MALADIES PROFESSIONNELLES RECONNUES AU RÉGIME GÉNÉRAL	12
1. <i>Evolution des maladies professionnelles reconnues au régime général dans les conditions du droit commun</i>	<i>12</i>
2. <i>Maladies professionnelles reconnues par dérogation</i>	<i>14</i>
3. <i>L'évolution des modalités de reconnaissance des affections psychiques d'origine professionnelle.....</i>	<i>16</i>
II. UNE DETTE DÉSORMAIS INTÉGRALEMENT APURÉE GRÂCE AUX EFFORTS CONSENTIS PAR LES ENTREPRISES	18
A. LE MAINTIEN D'UNE TRAJECTOIRE EXCÉDENTAIRE DEPUIS 2013.....	18
1. <i>L'exercice 2015 : un excédent de 750 millions d'euros</i>	<i>18</i>
2. <i>L'exercice 2016 : un solde prévisionnel ramené à 659 millions d'euros.....</i>	<i>19</i>
3. <i>L'exercice 2017 : la stabilisation de l'excédent</i>	<i>19</i>
4. <i>Une dette désormais entièrement apurée.....</i>	<i>20</i>
B. LA CONTRIBUTION DE LA BRANCHE AT-MP AUX FONDS AMIANTE	21
1. <i>Le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata)</i>	<i>23</i>
2. <i>Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) : des niveaux de dépenses d'indemnisation toujours élevés</i>	<i>24</i>
C. LA SITUATION FINANCIÈRE DES RÉGIMES DE BASE AUTRES QUE LE RÉGIME GÉNÉRAL.....	27
III. DES DÉPENSES DE TRANSFERT EN PROGRESSION CONTINUE, QUI METTENT À MAL LA VOCATION ASSURANTIELLE ET PRÉVENTIVE DE LA BRANCHE	29
A. UN PRINCIPE FONDATEUR DE LA BRANCHE	29
1. <i>Une logique de financement assurantielle.....</i>	<i>29</i>
2. <i>Une logique d'incitation à la prévention.....</i>	<i>29</i>

B. DES DÉPENSES DE TRANSFERT DE PLUS EN PLUS IMPORTANTES.....	31
1. <i>Le versement à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des maladies professionnelles</i>	31
2. <i>Un excédent de la branche AT-MP ponctionné d'un demi-milliard d'euros en 2016 et 2017 pour renflouer la branche maladie</i>	32
C. LES PERSPECTIVES PLURIANNUELLES DE LA BRANCHE AT-MP	33
TRAVAUX DE LA COMMISSION	35
• Audition de Mme Marine Jeantet, directrice des risques professionnels de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2017	35

**Les observations du rapporteur
sur la branche accidents du travail et maladies professionnelles**

- Par la voix de son rapporteur, Gérard Dériot, la commission se félicite de l'apurement intégral de la dette de la branche et rappelle que cette évolution, qui résulte du maintien d'un solde excédentaire depuis 2013, n'aurait pas été possible sans l'ajustement régulier des taux des cotisations employeurs.

- Elle réitère cependant les réserves émises lors des précédents exercices en ce qui concerne la progression continue des dépenses de transferts que la branche prend à sa charge, au profit principalement de la branche maladie du régime général. Cette évolution met à mal l'autonomie de la branche AT-MP et sa vocation préventive et assurantielle.

- La commission déplore en outre le projet de relèvement des cotisations employeurs à compter de 2018 et estime que la situation excédentaire de la branche justifierait au contraire une réduction des niveaux de cotisation parallèlement à l'affectation de moyens supplémentaires en matière de prévention.

- Elle constate par ailleurs que le projet de loi ne comporte aucune mesure nouvelle de couverture des risques professionnels.

Compte tenu de ces éléments, la commission émet un avis défavorable à l'adoption des objectifs de dépenses de la branche AT-MP pour 2017.

Mesdames, Messieurs,

La branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) a renoué avec l'équilibre en 2013 et le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoit un excédent de 696 millions d'euros l'année prochaine, après 659 millions cette année. Grâce à cette trajectoire excédentaire, la dette de la branche, qui s'élevait à près de 2,5 milliards d'euros en 2012, sera intégralement apurée cette année.

Cette évolution n'aurait pas été possible sans des ajustements réguliers des cotisations employeurs dans le cadre d'un dialogue social de qualité. La branche AT-MP se distingue en effet des autres branches de la sécurité sociale par les spécificités de son mode d'organisation et de financement. Presque exclusivement financée par des cotisations employeurs, elle a vocation à être structurellement équilibrée conformément à un principe assurantiel établi bien avant l'intégration des risques professionnels à la sécurité sociale en 1946. Sa dette ne fait pas l'objet de reprises par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).

Profondément attachée à cette autonomie de la branche AT-MP, qui est une garantie de sa vocation préventive, votre commission ne peut accepter la progression continue des dépenses de transferts de la branche, qui représentent environ un cinquième de ses dépenses. Ces transferts, qui répondent de plus en plus à une simple logique comptable de renflouement de la branche maladie, sont entièrement supportés par la part mutualisée des dépenses assurées par les employeurs et elles réduisent d'autant les leviers sur lesquels il est permis de jouer pour renforcer la prévention.

De plus, votre commission n'est pas favorable au projet de relèvement des cotisations employeurs à compter de 2018. La situation excédentaire de la branche justifierait au contraire une réduction de celles-ci, parallèlement à l'affectation de moyens supplémentaires pour la prévention. Dans ce contexte, votre commission sera particulièrement attentive aux orientations qui seront définies dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion (Cog) de la branche pour les années 2018 à 2021.

I. UNE RELATIVE STABILISATION DE LA FRÉQUENCE DES SINISTRES D'ORIGINE PROFESSIONNELLE DANS LA PÉRIODE RÉCENTE

La diminution de la fréquence et de la gravité des sinistres d'origine professionnelle constitue un enjeu de tout premier plan de la branche AT-MP. Elle fait l'objet de l'axe stratégique n° 1 de la convention d'objectifs et de gestion (Cog) conclue avec l'État pour les années 2014 à 2017. Après la baisse importante des niveaux de sinistralité observée au cours des dernières décennies, **la fréquence des AT-MP semble aujourd'hui se stabiliser.**

En 2015, un peu plus d'1,06 million d'accidents du travail, d'accidents de trajet et de maladies professionnelles ont été reconnus au régime général, ce qui représente une **baisse de 1,8 % par rapport à 2014** et de 2,3 % en moyenne annuelle entre 2009 et 2015. Sur ce total, près 72 % ont entraîné un arrêt de travail, contre 70 % en 2014 et 63 % en 2008. La diminution globale des sinistres reste largement imputable aux accidents du travail qui représentent près de 82 % des sinistres faisant l'objet d'un premier règlement au régime général. Si l'ampleur des maladies professionnelles reste toujours significative, l'exercice 2014 a été marqué par une réduction du nombre de maladies reconnues, tendance qui s'est confirmée en 2015.

Évolution du nombre d'accidents du travail, d'accidents de trajet et de maladies professionnelles reconnus au régime général de 2009 à 2015

Catégorie de sinistres	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 (estimé)	En % entre 2009 et 2015
Accidents de travail	1 021 400	996 900	1 001 500	943 000	904 200	895 600	875 900	- 14,2
<i>dont accidents de travail avec arrêt</i>	651 500	658 800	670 700	641 700	618 300	621 100	624 500	- 4,1
Accidents de trajet	129 700	137 600	133 400	123 000	129 700	119 400	119 400	- 7,9
<i>dont accidents de trajet avec arrêt</i>	93 800	98 400	100 000	90 100	93 400	86 700	87 800	- 6,4
Maladies professionnelles	71 600	71 400	80 400	71 600	68 100	67 700	64 900	- 9,4
<i>dont maladies professionnelles avec arrêt</i>	49 300	50 700	55 100	54 000	51 500	51 600	51 000	+ 3,4
TOTAL AT-MP	1 222 600	1 205 900	1 215 300	1 137 600	1 102 000	1 082 700	1 060 200	- 13,3
<i>dont AT-MP avec arrêt</i>	794 600	808 000	825 000	785 000	763 100	759 500	763 300	- 3,9

Source : Annexe 1 au PLFSS pour 2017 (programme de qualité et d'efficacité de la branche AT-MP), p. 15

A. L'ÉVOLUTION DE LA FRÉQUENCE ET DE LA GRAVITÉ DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La diminution des accidents du travail est une tendance de long terme engagée dans le milieu des années 1960 et qui se poursuit depuis lors. Au cours des six dernières années, le nombre total d'accidents du travail s'est en effet contracté de 14,2 %, pour s'établir à **moins de 876 000 en 2015 contre plus de 1 132 000 en 2008**. Le nombre d'accidents ayant entraîné un arrêt de travail s'est quant à lui stabilisé à 700 000 en moyenne dans les années 1990 puis à environ 650 000 entre 2008 et 2012. Il est estimé à environ 624 500 en 2015, en légère hausse par rapport à 2014.

Trois facteurs principaux expliquent cette évolution : l'accroissement indéniable des efforts de prévention réalisés par les entreprises, l'effet de structure lié à la réduction du poids du secteur industriel, le plus « accidentogène », dans l'économie française, et la dégradation de la conjoncture économique en ce qui concerne la dernière décennie.

1. Les indices généraux de fréquence et de gravité des accidents du travail

Depuis le début des années 2000, la fréquence des accidents du travail ayant entraîné un arrêt de travail diminue progressivement. En 2015, elle s'établit en effet à 33,9 pour 1 000 salariés contre 42,8 en 2001, soit une baisse de 1,7 % en moyenne annuelle.

Indices de fréquence et de gravité des accidents du travail de 2001 à 2015 (pour 1 000 salariés)

	2001	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Accidents du travail avec arrêt	42,8	39,4	39,4	38,0	36,0	36,0	36,2	35,0	33,8	34,0	33,9
AT ayant entraîné une IP	2,5	2,6	2,5	2,4	2,4	2,3	2,2	2,2	2,1	2,0	2,0
AT avec décès	n.d	n.d	n.d	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03

Source : Annexe 1 au PLFSS pour 2017 (programme de qualité et d'efficacité de la branche AT-MP), p. 38

Les résultats sont plus nuancés en ce qui concerne la gravité des sinistres. Selon le programme de qualité et d'efficacité annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, le taux moyen d'incapacité partielle permanente (IPP) des accidents du travail est stable depuis 2011 (10,2 % en 2015 comme en 2014) mais il stagne à un niveau supérieur à celui du milieu des années 2000 (9,8 % en 2005). Quant au nombre de journées de travail perdues en raison d'un accident du travail, en nette progression depuis 2001, il s'élève en 2015 à 1,45 journée pour 1000 heures travaillées (contre 1,42 pour 1 000 en 2014, 1,38 en 2013 et 1,06 en 2001).

Il est néanmoins probable que cette évolution résulte en partie d'une meilleure reconnaissance par les médecins prescripteurs des dommages subis par les victimes ; elle ne reflète donc pas obligatoirement un seul accroissement de la gravité des accidents.

2. Les secteurs d'activité concentrant les plus forts risques

Les informations figurant dans le programme de qualité et d'efficacité pour la branche AT-MP indiquent que la majorité des accidents du travail avec arrêt se concentre dans quelques secteurs bien identifiés :

- les activités de commerce, transports, hébergement et restauration (32 % des accidents du travail en 2015) ;
- le secteur de l'administration publique, de l'enseignement, de la santé humaine et de l'action sociale (20 %) ;
- l'industrie (15 %) ;
- la construction (14 %) ;
- les activités scientifiques et techniques et les services administratifs et de soutien (13 %).

Le secteur le plus « accidentogène » reste celui de la construction (60,1 accidents avec arrêt pour 1 000 salariés en 2015).

Dans l'ensemble des secteurs, l'indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt continue cependant de diminuer (- 1,2 % en moyenne annuelle entre 2010 et 2015). La baisse apparaît particulièrement marquée dans les secteurs de l'industrie et de la construction (- 3,1 % en moyenne annuelle).

B. UNE STABILISATION DU NOMBRE D'ACCIDENTS DE TRAJET EN 2015

Sur longue période, l'évolution des accidents de trajet apparaît plus fluctuante que celle des accidents du travail. La fréquence des accidents de trajet avec arrêt, qui avait connu des évolutions contrastées après 2008, a retrouvé en 2014 le niveau enregistré en 2006, soit **4,7 accidents pour 1 000 salariés**. Elle se stabilise à ce niveau en 2015.

Indice de fréquence des accidents de trajet (pour 1 000 salariés)

	2001	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Accidents de trajet avec arrêt	5,0	4,7	4,7	4,7	5,1	5,2	5,3	4,8	5,0	4,7	4,7
<i>AT ayant entraîné une IP</i>	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4
<i>AT avec décès</i>	n.d	n.d	n.d	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,01

Source : Annexe 1 au PLFSS pour 2017 (programme de qualité et d'efficience de la branche AT-MP), p. 38

Ces évolutions sont étroitement liées aux aléas climatiques et à l'évolution de la sécurité routière ; ils dépendent donc pour l'essentiel de facteurs sur lesquels la branche AT-MP n'a pas de prise directe.

Les secteurs d'activité dans lesquels les accidents de trajet avec arrêt sont les plus nombreux en valeur absolue sont :

- les activités de commerce, transports, hébergement-restauration (31 % de l'ensemble des accidents de trajet) ;
- l'administration publique, enseignement, santé humaine et action sociale (23 %) ;
- et les activités scientifiques et techniques, services administratifs et soutien (18 %).

Les deux premiers secteurs sont ceux pour lesquels les fréquences des accidents sont également les plus élevées (5,4 pour 1 000 employés pour le premier et 5,1 pour le second en 2015).

C. UNE NOUVELLE BAISSSE DU NOMBRE DE MALADIES PROFESSIONNELLES RECONNUES AU RÉGIME GÉNÉRAL

D'un peu plus de 55 000 en 2007, le nombre de maladies professionnelles reconnues au régime général est monté à 80 400 en 2011, soit une hausse de 46 % sur la période. Un recul s'observe néanmoins depuis 2011 et le nombre de maladies professionnelles semble aujourd'hui se stabiliser.

1. Evolution des maladies professionnelles reconnues au régime général dans les conditions du droit commun

Pour faire reconnaître l'origine professionnelle de sa maladie dans les conditions du droit commun, un salarié doit remplir quatre critères précisés dans l'un des tableaux de maladies professionnelles annexés au code de la sécurité sociale :

- souffrir de l'une des maladies qui y sont répertoriées ;
- respecter le délai de prise en charge qui correspond à la durée maximale entre la cessation de l'exposition et la survenue de la maladie (et, pour certains tableaux, la durée minimale d'exposition à la nuisance responsable de la maladie) ;
- exercer ou avoir exercé l'un des travaux mentionnés dans le tableau ;
- être ou avoir été exposé à la nuisance précisée dans le titre du tableau.

Toute affection qui répond à ces conditions est systématiquement présumée d'origine professionnelle, sans qu'il y ait besoin d'en établir la preuve.

Entre 2008 et 2015, le nombre de maladies professionnelles reconnues au régime général affiche une croissance d'environ 4,7 %. Sur la même période, le nombre de maladies professionnelles avec arrêt progresse de manière soutenue (+ 12,3 %). Si la hausse a été largement concentrée sur la période 2008-2011, les années récentes semblent au contraire indiquer une rupture de tendance puisque **le nombre de maladies professionnelles avec arrêt atteint depuis 2013 un palier autour de 51 000 cas annuels**. La fréquence des maladies professionnelles avec arrêt est relativement stable depuis 2011. Elle s'élevait à 2,7 pour 1000 salariés en 2015.

Sur longue période, la hausse des maladies professionnelles est largement imputable aux troubles musculo-squelettiques, dont la part est passée de 26 % en 1990 à 87 % aujourd'hui. Le nombre de maladies liées à l'amiante s'est établi à un peu moins de 4000 en 2015, soit près de 5,7 % de l'ensemble des maladies professionnelles nouvelles reconnues cette même année.

Votre rapporteur tient à souligner qu'en tant que telle, la croissance du nombre de maladies professionnelles reconnues au cours des dernières décennies n'indique pas nécessairement une aggravation de l'état de santé des salariés car ce nombre est particulièrement sensible aux évolutions réglementaires et aux modifications apportées aux critères inscrits dans les tableaux de maladies professionnelles. Elle renvoie également à la meilleure information dont bénéficient progressivement, quoique encore insuffisamment, tant les médecins que les salariés sur les règles de reconnaissance en vigueur. Les spécificités des maladies professionnelles, comme les délais de latence entre l'activité professionnelle et l'apparition de la maladie, rendent par ailleurs plus difficiles les enseignements à tirer de l'évolution de l'indicateur de fréquence.

S'agissant cependant de la fréquence des maladies professionnelles avec reconnaissance d'une incapacité permanente, elle se caractérise par une nette progression au cours de la période 2001-2015 (+ 6 % en moyenne annuelle). Selon le programme de qualité et d'efficacité pour la branche AT-MP, *« cette évolution est le corollaire de la progression en volume du nombre de maladies professionnelles nouvellement reconnues et révèle par ailleurs une évolution de la gravité des maladies professionnelles, l'indice de fréquence des maladies professionnelles avec incapacité permanente ayant évolué de façon plus dynamique que celui de ces maladies avec arrêt »*¹.

¹ Annexe 1 au PLFSS pour 2017 (programme de qualité et d'efficacité pour la branche AT-MP), page 38.

Indice de fréquence des maladies professionnelles (pour 1 000 salariés)

	2001	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Maladies professionnelles avec arrêt	1,4	2,4	2,4	2,5	2,7	2,7	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7
<i>MP ayant entraîné une IP</i>	0,6	1,3	1,2	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	1,5	1,4	1,4
<i>MP avec décès</i>	n.d	n.d	n.d	0,02	0,03	0,03	0,03	0,03	0,02	0,02	0,02

Source : Annexe 1 au PLESS pour 2017 (programme de qualité et d'efficacité de la branche AT-MP), page 38

La répartition des maladies professionnelles avec arrêt se caractérise par la prépondérance de l'industrie (33 % de l'ensemble), des activités de commerce, transports, hébergement-restauration (26 %) et de la construction (15 %). Les secteurs où la sinistralité est la plus importante sont l'industrie (4,9 maladies professionnelles nouvellement reconnues pour 1 000 employés en 2015), devant le secteur de la construction (4,6 pour 1 000).

2. Maladies professionnelles reconnues par dérogation

Parallèlement à la procédure de droit commun, **deux voies dérogatoires, prévues aux alinéas 3 et 4 de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale**, autorisent depuis 1993¹ la reconnaissance du caractère professionnel de maladies qui ne répondent pas aux critères définis dans les tableaux ou qui n'y figurent pas :

- en vertu de **l'alinéa 3**, si une ou plusieurs des conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la maladie telle qu'elle est désignée dans un tableau, peut être reconnue d'origine professionnelle par un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime ;

- **l'alinéa 4** prévoit que le CRRMP peut également reconnaître le caractère professionnel d'une maladie non désignée dans un tableau, lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne une incapacité permanente d'un taux d'au moins 25 % ou le décès.

Dans ces deux cas de figure, la demande est soumise par la caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) à un CRRMP composé de trois médecins : le médecin-conseil régional ou son représentant, le médecin inspecteur régional du travail ou son représentant et un professeur des universités praticien hospitalier, particulièrement qualifié en matière de pathologies professionnelles. L'avis du comité s'impose à la Cpam qui doit notifier sans délai à la victime ou à ses ayants-droit la décision de reconnaissance ou de rejet de l'origine professionnelle de la maladie qui en résulte.

¹ Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses dispositions d'ordre social.

Près de 7 940 maladies ont été considérées comme d'origine professionnelle au titre des alinéas 3 et 4 en 2015. **Ce nombre a augmenté très significativement depuis 2006**, où il s'élevait à 308. En 2015, les CRRMP ont donné 7 199 avis favorables sur le fondement de l'alinéa 3. Ce nombre est en légère augmentation par rapport à 2014 (+ 1%), après une hausse de plus de 68 % entre 2006 et 2013. Quant au nombre de maladies professionnelles reconnues au titre de l'alinéa 4, après une multiplication par deux entre 2006 et 2012, il a augmenté de près de 25 % entre 2013 et 2014 et connaît une nouvelle hausse de plus de 20 % en 2015.

Les affections rhumatologiques représentent toujours 90 % des demandes traitées au titre de l'alinéa 3 et 84 % des avis favorables. Au titre de l'alinéa 4, trois groupes de pathologies représentent l'essentiel des demandes soumises :

- les affections psychiques qui continuent d'augmenter et dont le taux de reconnaissance progresse (les 856 demandes représentent 38 % des dossiers soumis et le taux d'avis favorables est de 51 %) ;
- les affections malignes, qui restent stables ;
- les 685 pathologies ostéo-articulaires représentent 31 % des demandes traitées.

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

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution 2006-2014 en %
Pathologies reconnues au titre de l'alinéa 3	4 169	4 181	4 675	5 463	5 913	6 564	7 598	7 021	7118	7199	+ 72,7
Affections rhumatologiques	3 158	3 150	3 634	4 429	4 926	5 527	6 501	6 002	6120	6 097	+ 93
Affections amiante	509	524	458	462	466	510	515	492	476	537	+ 5,5
Surdité	285	245	272	248	233	230	249	199	244	222	- 22
Affections respiratoires	151	84	166	113	146	158	176	162	119	157	+ 3,9
Affections de la peau	28	16	26	79	29	37	38	30	25	25	- 10,7
Autres pathologies	38	162	119	132	113	102	119	136	134	161	+ 323,7
Pathologies reconnues au titre de l'alinéa 4	150	176	186	227	235	258	299	491	612	738	+ 392

Source : Annexe 1 au PLFSS pour 2017 (programme de qualité et d'efficacité de la branche ATMP), pages 51 et 53

3. L'évolution des modalités de reconnaissance des affections psychiques d'origine professionnelle

L'article 27 de la loi du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi¹ a consacré explicitement la possibilité de reconnaître l'origine professionnelle de certaines pathologies psychiques par la voie dérogatoire. En l'état actuel du droit, seules des pathologies physiques peuvent en effet faire l'objet d'une reconnaissance sur le fondement des tableaux de maladies professionnelles. Selon l'étude réalisée par l'Eurogip², cette situation n'est pas propre à la France ; aucun pays européen étudié ne fait figurer des pathologies psychiques dans la liste des maladies professionnelles.

Dans les faits, dans un nombre croissant de cas, la procédure dérogatoire permet toutefois d'ores et déjà de prendre en compte l'origine professionnelle de certaines affections psychiques. **Les troubles psychosociaux représentent d'ailleurs les affections pour lesquelles les CRRMP ont eu à se prononcer le plus souvent au titre de l'alinéa 4 en 2015 (856 demandes)**. En 2015, 440 affections psychiques ont ainsi été reconnues comme maladies professionnelles, soit 100 de plus que l'année précédente. En trois ans, le nombre de reconnaissances d'une affection psychique au titre d'une maladie professionnelle a ainsi plus que quadruplé (339 reconnaissances en 2014, après 239 en 2013 et 90 en 2012).

Nombre d'avis favorables des CRRMP relatifs à des affections psychiques de 2010 à 2015

Années	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cumul sur 6 ans
Dépressions	41	59	58	157	243	327	885
Troubles anxieux	11	15	6	30	39	50	151
Etats de stress post-traumatique	3	12	18	36	33	41	143
Total	55	86	82	223	315	440	1201

Source : Rapport de gestion 2014 de l'Assurance maladie - Risques professionnels et réponses au questionnaire de la commission des affaires sociales

Cet accroissement s'explique en partie par l'interprétation plus souple donnée par le Gouvernement, dans une lettre ministérielle de mars 2012, à l'alinéa 4 de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale. Cette nouvelle interprétation supprime l'exigence de stabilisation et permet aux caisses de transmettre un plus grand nombre de dossiers aux CRRMP dès lors que le taux d'incapacité permanente prévisible évalué à la date de la demande est supérieur ou égal à 25 %.

¹ Loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi.

² Eurogip, « Burn-out en Belgique et reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail en Europe », 10 septembre 2015.

De plus, sur le fondement de la loi précitée de 2015, un décret du 7 juin 2016¹ modifie le fonctionnement des CRRMP afin de renforcer leur expertise médicale en matière d'affections psychiques :

- il prévoit que les comités peuvent se voir adjoindre en tant que de besoin la compétence d'un professeur des universités-praticien hospitalier spécialisé en psychiatrie, lorsque sont étudiés des cas d'affections psychiques ;

- il ouvre par ailleurs la possibilité de faire intervenir des médecins-psychiatres lors des différentes phases de la procédure de reconnaissance, soit en amont de l'examen du comité pour caractériser la pathologie, c'est-à-dire lors de l'instruction du dossier par la caisse, soit à la demande du comité.

Votre rapporteur considère que ces mesures vont dans le bon sens mais rappelle que la reconnaissance de l'origine professionnelle d'une pathologie psychique demeure encore généralement difficile. En particulier, il n'existe à l'heure actuelle pas d'indicateurs précis permettant de déterminer le degré d'incapacité provoquée par ces affections qui sont la plupart du temps multifactorielles. Dans le rapport d'information réalisé au nom de la mission d'information sur le mal-être au travail et de la commission des affaires sociales², celles-ci avaient appelé de leurs vœux un assouplissement du taux d'incapacité exigé pour prétendre à la procédure complémentaire. A la lumière d'exemples étrangers, il avait également été souligné que certaines maladies, telles que le stress post-traumatique, pouvaient facilement être reliées à un évènement survenu dans le cadre professionnel et des évolutions du cadre réglementaire étaient donc possibles.

Dans ce contexte, le rapport du Gouvernement sur la possibilité d'intégrer les affections psychiques dans un tableau ou de modifier le critère du seuil d'incapacité permanente est particulièrement attendu. En application de la loi précitée de 2015, ces éléments d'appréciation nouveaux devaient être transmis au Parlement pour le 30 juin 2016.

Votre rapporteur tient enfin à souligner que certaines pathologies psychiques sont prises en charge en tant qu'accident du travail sans qu'il soit possible d'en connaître aujourd'hui précisément le nombre. Selon les informations qui lui ont été transmises, les statistiques établies ne permettent en effet pas de distinguer les accidents liés à une pathologie psychique des autres accidents du travail. Votre rapporteur estime qu'il conviendrait donc d'affiner les outils statistiques utilisés pour parvenir à une connaissance plus exhaustive de la prise en charge des pathologies psychiques reconnues comme étant liées au travail.

¹ Décret n° 2016-756 du 7 juin 2016 relatif à l'amélioration de la reconnaissance des pathologies psychiques comme maladies professionnelles et du fonctionnement des CRRMP.

² « Le mal-être au travail : passer du diagnostic à l'action ». Rapport d'information n° 642 (2009-2010) de M. Gérard Dériot, fait au nom de la mission d'information sur le mal-être au travail et de la commission des affaires sociales.

II. UNE DETTE DÉSORMAIS INTÉGRALEMENT APURÉE GRÂCE AUX EFFORTS CONSENTIS PAR LES ENTREPRISES

La branche AT-MP a renoué avec les excédents en 2013 suivant une évolution qui doit être considérée comme un retour à la normale. Cette trajectoire excédentaire, qui s'est confirmée lors des exercices suivants et devrait se maintenir en 2017, permet cette année un apurement intégral de la dette de la branche apparue en 2007.

A. LE MAINTIEN D'UNE TRAJECTOIRE EXCÉDENTAIRE DEPUIS 2013

A compter de 2009, la branche AT-MP a été affectée, comme les autres branches de la sécurité sociale, par l'incidence de la crise économique sur ses recettes. Après un déficit continu jusqu'en 2012, elle a toutefois renoué avec les excédents en 2013 à la suite d'un rééquilibrage amorcé en 2011. La situation excédentaire se confirme pour les exercices suivants, avec un solde prévisionnel de 696 millions d'euros l'année prochaine.

Solde constaté et prévisionnel de la branche AT-MP du régime général depuis 2008

(en millions d'euros)

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 (p)	2017 (p)
+ 241	- 713	- 726	- 221	- 174	+ 638	+ 691	+ 750	+ 659	+ 696

Source : Réponses du ministère des affaires sociales et de la santé au questionnaire de la commission des affaires sociales

1. L'exercice 2015 : un excédent de 750 millions d'euros

Déficitaire de 174 millions d'euros en 2012, la branche AT-MP a présenté un excédent de 638 millions d'euros en 2013 sous l'effet d'un recul ponctuel des charges et d'une croissance importante des produits. En 2014, l'excédent a été porté à 691 millions d'euros grâce à une croissance relativement dynamique des charges, compensée par le maintien d'une hausse soutenue des produits.

En 2015, l'excédent s'est accru d'environ 60 millions d'euros pour s'établir à **750 millions d'euros**. Cette évolution résulte :

- d'une **plus faible hausse des charges** (+ 1,8 % contre + 2,8 % en 2014), malgré la hausse de 210 millions d'euros du transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles. Si les dépenses d'indemnités journalières ont assez fortement accéléré, la baisse des prestations d'incapacité permanente et celle des allocations de cessation d'activité au titre de l'amiante (Acaata) ont contribué à ralentir la croissance des charges de la branche ;

- et d'une **croissance des produits semblable à celle de la masse salariale** mais légèrement inférieure à celle observée en 2014 (+ 2,1 % après + 3,1 %). L'exercice est marqué par une forte augmentation des produits nets de recours contre tiers.

2. L'exercice 2016 : un solde prévisionnel ramené à 659 millions d'euros

En 2016, l'excédent serait ramené à **659 millions d'euros** sous l'effet conjoint :

- d'un **ralentissement encore plus marqué de la croissance des charges** (+ 1,4 %) Selon le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre dernier, les prestations sociales progresseraient à un rythme plus élevé qu'en 2015 en raison de la hausse des dépenses de prévention de la branche. Cependant, en raison principalement de dépenses d'indemnités journalières et de prestations d'incapacité permanente moins dynamiques, les prestations entrant dans le champ de l'Ondam ralentiraient. De plus, la baisse importante des allocations de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (- 12,2 % après - 10,8 en 2015) contribuerait à atténuer la croissance des charges ;

- et d'une **progression relativement faible des produits** (+ 0,6), principalement en raison de la baisse de 0,05 point du taux de cotisation prévue dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 en contrepartie de la hausse du taux de la branche maladie. La commission des comptes de la sécurité sociale indique, dans son rapport de septembre dernier, que la perte de recettes qui en découle peut être estimée à 250 millions d'euros. Au total, les cotisations sociales progresseraient à un rythme particulièrement faible (+ 0,3 %) par rapport à l'évolution de la masse salariale (+ 2,6 %).

3. L'exercice 2017 : la stabilisation de l'excédent

En 2017, l'excédent de la branche AT-MP se stabiliserait pour atteindre **696 millions d'euros**. L'évolution prévue est la suivante :

- le **maintien d'un ralentissement de la croissance des charges** (+ 1,0 %). Le rythme de progression des prestations serait faible (+ 1,5 % après + 1,4 % en 2016) compte tenu d'un rythme de progression relativement constant des prestations d'incapacité temporaire (+ 2,0 % après + 1,9 %) et d'une diminution de la croissance des prestations d'incapacité permanente (+ 0,2 % après + 0,8 %) ;

- et **une assez faible dynamique des produits** (+ 0,8 %), qui s'expliquerait principalement par la nouvelle baisse de 0,05 point du taux de cotisation sociale prévue dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, conduisant à une nouvelle perte de recettes de l'ordre de 250 millions d'euros.

Les mesures du PLFSS pour 2017 intégrées aux mesures d'économies relevant de l'Ondam pour 2017 devraient diminuer le montant des dépenses de 51 millions d'euros tandis que les économies de gestion atteindraient 20 millions d'euros. Les mesures sur les produits (notamment lutte contre la fraude, perte des droits tabacs du Fcaata) permettraient de réduire de 13 millions le montant de ceux-ci.

Impact du PLFSS pour 2017 sur les comptes de la branche AT-MP

Mesures PLFSS 2017	
Mesures sur les dépenses	71
Mesures d'économies Ondam	51
Economies de gestion	20
Mesures sur les produits	-13
Lutte contre la fraude, plafonnement des niches, compensation des exonérations, perte des droits tabacs du Fcaata...	-13

Source : Réponses du ministère des affaires sociales et de la santé au questionnaire de la commission des affaires sociales

4. Une dette désormais entièrement apurée

Apparue en 2007, la situation d'endettement de la branche a été aggravée par la crise économique et financière de 2008-2009, en particulier en raison du ralentissement marqué de la masse salariale, qui représente le principal déterminant de l'évolution des cotisations sociales, lesquelles constituent la quasi-totalité des ressources de la branche.

Les déficits importants constatés pour les exercices 2009 à 2012 ont fait passer la dette de la branche de 40 millions d'euros en 2008 à 2,47 milliards d'euros en 2012.

Conformément aux principes qui régissent l'équilibre financier de la branche AT-MP, qui doit être assuré par l'ajustement des cotisations sociales des employeurs, la dette de la branche ne fait pas l'objet de reprises par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades). Dans ces conditions, l'apurement de la dette de la branche s'est réalisé progressivement avec l'inscription en report à nouveau des nouveaux excédents enregistrés depuis 2013.

En 2011, le déficit de la branche AT-MP s'est réduit de plus de 500 millions d'euros grâce à une rapide progression des recettes faisant suite à une hausse de 0,1 point du taux moyen de cotisation (effet estimé à 500 millions d'euros) qui a permis de compenser une sensible accélération des dépenses. La dette de la branche se réduit ainsi depuis 2012. L'exercice 2013, marqué par le retour d'un solde positif, a vu une nouvelle croissance soutenue des cotisations sociales, portées par une nouvelle hausse du taux de cotisation.

Après affectation du résultat de l'exercice 2015, la dette de la branche s'élevait à 250 millions d'euros à la fin de cet exercice. L'excédent prévu pour 2016 permettra de résorber dès cette année cette dette dans son intégralité.

Evolution de la dette de la branche AT-MP du régime général

(en milliards d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 (p)	2017 (p)
Solde de la branche AT-MP	-0,06	-0,46	0,24	-0,71	-0,73	-0,22	-0,17	0,64	0,69	0,75	0,66	0,70
Report à nouveau (après affectation du résultat)	0,21	-0,28	-0,04	-0,75	-1,48	-1,70	-2,47	-1,83	-1,07	-0,25	0,41	1,11

Source : Réponses du ministère des affaires sociales et de la santé au questionnaire de la commission des affaires sociales

B. LA CONTRIBUTION DE LA BRANCHE AT-MP AUX FONDS AMIANTE

En 2015, les dépenses totales de la branche AT-MP du régime général permettant la prise en charge et l'indemnisation des victimes de l'amiante s'élevaient à près de 2 milliards d'euros, soit 17,3 % des dépenses totales de la branche contre 12,8 % en 2001.

Au-delà de l'intervention des régimes de sécurité sociale, 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) et le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva). Bien que les sommes versées par ces fonds n'entrent pas dans le champ des prestations du régime général, la branche AT-MP en est le principal financeur.

À eux deux, le Fiva et le Fcaata représentent environ 10 % des dépenses de prestations d'AT-MP, soit un peu plus d'1 milliard d'euros.

Les fonds amiante

• Le Fcaata

Institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, le dispositif d'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Acaata) est ouvert aux salariés du régime général à partir de l'âge de 50 ans. Pour y être éligibles, ces derniers doivent être atteints de maladies professionnelles liées à l'amiante ou avoir travaillé dans des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, du flochage et de calorifugeage à l'amiante ou de construction et de réparation navales. La liste de ces établissements est fixée par arrêté. Le dispositif a été étendu aux dockers professionnels en 2000, aux personnels portuaires de manutention en 2002 et aux salariés agricoles atteints de maladies professionnelles liées à l'amiante en 2003.

Le Fcaata prend en charge :

- les allocations de cessation anticipée d'activité ;
- les cotisations au régime de l'assurance volontaire vieillesse au titre des régimes de retraite de base et complémentaire ;
- et depuis 2011, la dépense induite pour les régimes de retraite de base par le maintien à 60 ans de l'âge de départ en retraite des travailleurs de l'amiante. Cette charge prend la forme d'un transfert de compensation aux caisses de retraite des régimes de base, au premier rang desquels la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (Cnav).

Depuis 2016 et la suppression du financement issu des droits sur le tabac, le financement du fonds est assuré intégralement par la branche AT-MP.

La gestion du fonds est partagée entre la Cnam et la Caisse des dépôts et consignations (CDC). Depuis 2012, le Fcaata est consolidé dans les comptes de la branche AT-MP. Un peu moins de 1 700 établissements sont aujourd'hui inscrits sur les listes ouvrant un droit d'accès au dispositif Acaata. Fin juin 2014, 85 156 personnes au total avaient pu bénéficier de l'allocation.

• Le Fiva

Etablissement public administratif créé par la LFSS pour 2001, le Fiva assure quant à lui la prise en charge de la réparation intégrale des préjudices des personnes atteintes de maladies liées à l'amiante et de leurs ayants droit, que ces maladies soient ou non d'origine professionnelle. Le barème d'indemnisation prend en compte à la fois l'incapacité fonctionnelle (préjudice patrimonial ou économique) et les préjudices extrapatrimoniaux ou personnels. Les dépenses du fonds dépendent du nombre d'offres et de la mise en œuvre du barème voté par le conseil d'administration de l'établissement ainsi que de l'issue des contentieux relatifs aux offres du Fiva qui peuvent aboutir à une majoration des offres.

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

En 2015, les dépenses de la branche AT-MP liées aux fonds amiante ont diminué de 100 millions d'euros du fait de la baisse de la dotation au Fiva et de celle des allocations de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Accata). En 2016, selon les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale, ces charges poursuivraient leur baisse et cette tendance se confirmerait en 2017. A son article 36, le PLFSS pour 2017 prévoit une contribution totale de la branche AT-MP du régime général au Fiva et au Fcaata de 1,026 milliard, après 1,030 milliard en 2016.

1. Le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata)

Après une croissance régulière du nombre d'allocataires entre 2000 et 2006, le nombre de bénéficiaires du Fcaata s'est stabilisé avant de décroître progressivement à partir de 2008. Depuis 2013, le nombre d'entrées dans le dispositif est inférieur au nombre de sorties. Dans la quasi-totalité des cas, les sorties du dispositif résultent du départ à la retraite des bénéficiaires. Le nombre d'allocataires est ainsi passé de 3 800 en 2000 à 23 000 en 2013 avant d'être ramené à 21 500 en 2014. Il devrait atteindre 18 600 allocataires en 2015.

Selon la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre dernier, les effectifs d'allocataires diminueraient de 10,2 % en 2016 et de 7,8 % en 2017. Dans un contexte de revalorisation quasi-nulle, les allocations de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Acaata) poursuivraient ainsi leur baisse tendancielle (- 8,6% en 2017 après - 12,1 % en 2016).

En revanche, le transfert compensatoire à la Cnav continuerait sa montée en charge. Après 81 millions d'euros en 2014, son niveau est estimé à 134 millions d'euros en 2017. La commission des comptes de la sécurité sociale indique que le montant comptabilisé en 2015 a été majoré indûment de 20 millions d'euros, ce qui explique la baisse de ce transfert en 2016 qui fait l'objet d'une régularisation.

Excédentaire de 109 millions d'euros en 2013 puis de 81 millions en 2014, le fonds a été déficitaire de 14 millions en 2015. Le résultat cumulé est néanmoins resté excédentaire de 16 millions. En 2016, le déficit persisterait à hauteur de 8 millions d'euros, réduisant d'autant le solde cumulé.

Pour 2017, la contribution de la branche AT-MP au Fcaata est fixée à 626 millions d'euros, en hausse de 4,3 % par rapport à 2016. Cette dotation permettrait de maintenir à l'équilibre le solde net cumulé.

Charges et produits du Fcaata de 2013 à 2017*(en millions d'euros)*

Année	2013	2014	2015	2016 (p)	2017 (p)
Charges	819	779	743	644	634
<i>taux d'évolution</i>	- 4,5%	- 4,9%	- 4,6%	- 13,3%	-1,5 %
Acaata	533	486	434	381	349
Prise en charge de cotisations d'assurance volontaire vieillesse	119	109	98	85	78
Transfert à la Cnav	55	81	118	97	134
Prise en charge de cotisations retraite complémentaire	101	93	85	73	66
Autres*	11,1	10	8	8	7
Produits	928	860	729	636	627
<i>taux d'évolution</i>	+ 0,6%	- 7,3%	- 15,3%	- 12,8 %	-1,4 %
Dotation Cnam-AT-MP	890	821	693	600	626
Droits sur les tabacs	35	37	35	35	0
Autres produits**	2,8	2	0,3	0	0
Résultat net	109	81	-14	- 8	-8
Résultat net cumulé	- 51	30	16	8	0

*Les autres charges sont essentiellement constituées des charges de gestion des Cram et de la MSA. Il s'agit en outre des charges de gestion de la CDC et de dotations aux provisions.

**Les autres produits sont essentiellement constitués de contribution du régime AT-MP des salariés agricoles. Il s'agit en outre de produits financiers de la CDC.

Source : Réponses du ministère des affaires sociales et de la santé au questionnaire de la commission des affaires sociales

2. Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) : des niveaux de dépenses d'indemnisation toujours élevés

Les nouvelles demandes d'indemnisation adressées au Fiva sont en hausse régulière. En 2015, le nombre total de demandes d'indemnisation s'élève à 20 329, soit une hausse de 6,4 % par rapport à 2014. Cette progression s'explique principalement par les demandes des ayant droits qui représentent les deux tiers de la demande totale. Sur le premier semestre de l'année 2016, cette hausse est de 0,8 % par rapport à l'année 2015, avec une répartition stable entre victimes et ayant droits d'une année sur l'autre.

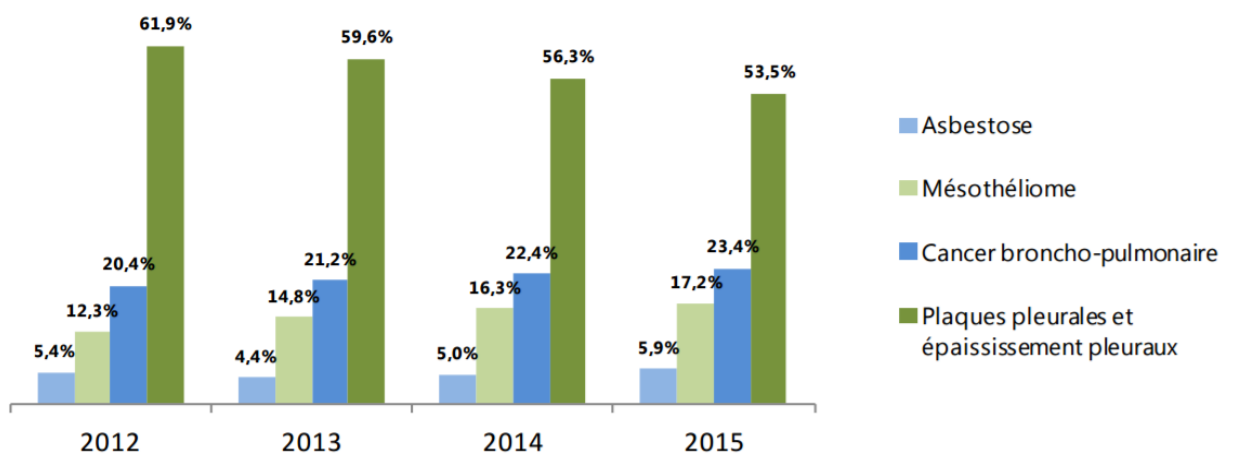
Afin d'améliorer le traitement des dossiers, le fonds a engagé des actions résolues dans le cadre du deuxième contrat d'objectifs et de performance (2014-2016) dont le bilan interviendra d'ici la fin de l'année. **D'ores et déjà, votre rapporteur se félicite des performances obtenues et souhaite que le prochain Cop, qui couvrira les années 2017-2019 puisse consolider ces résultats afin de garantir une indemnisation fiable et rapide des victimes.**

Depuis 2013, l'activité du Fiva connaît en effet un rythme soutenu qui lui a permis de raccourcir les délais de réponse et d'augmenter le nombre d'offres d'indemnisation. **En 2015, le nombre d'offres proposées par le fonds (20 674) dépasse ainsi celui des demandes (19 110) pour la quatrième année consécutive**, permettant de poursuivre la résorption du stock de dossiers en attente de traitement. Il s'agit du plus haut niveau atteint par le fonds depuis sa création. Le stock de dossiers en instance de traitement, en forte diminution en 2014 (- 24 %), a une nouvelle fois chuté en 2015 (- 38 %) pour atteindre près de 2 200 dossiers.

L'année 2015 a été marquée, à l'instar des années précédentes, par une baisse significative des délais de décision et de paiement. En moyenne, pour l'ensemble des catégories de victimes indemnisées, **le délai moyen de décision a diminué de deux mois, passant sous le délai légal de six mois de présentation des offres**. Pour les victimes de pathologies graves en particulier, le délai moyen de décision constaté a été ramené à 5 mois en 2015 au lieu de 7 mois et 2 semaines en 2013. Pour l'ensemble des catégories de victimes, les offres sont depuis 2014 payées dans le délai réglementaire de deux mois.

Si la part des pathologies bénignes (plaques pleurales et épaissements pleuraux) demeure prépondérante dans le nombre total des demandes d'indemnisation adressées au Fiva, **la tendance est à l'augmentation de la part des pathologies graves**. Ainsi, la proportion des pathologies malignes n'a cessé d'augmenter, avec un doublement entre 2007 et 2015. La part des mésothéliomes a quant à elle plus que doublé, passant de 7,1 % en 2007 à 17,2 % en 2015.

Répartition des victimes par pathologie et par année de réception des dossiers



Source : Annexe 8 du PLESS pour 2017 (rapport d'activité 2015 du Fiva)

Depuis la création du Fiva, ses dépenses d'indemnisation cumulées s'élèvent à 4,86 milliards d'euros, dont 438 millions en 2015. Les sommes versées au titre des cancers broncho-pulmonaires demeure prépondérante, avec 53,4 % du montant total des indemnisations versées.

Selon la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre dernier, le montant total des dépenses annuelles du Fiva est estimé à 514 millions d'euros en 2016 comme en 2017, soit une baisse de 1,5 % par rapport à 2015. Le nombre de nouvelles demandes de victimes se maintiendrait à près de 7 000 par an tandis que les demandes nouvelles d'ayants droit progresseraient de 5 % par an pour s'établir à 14 000 demandes en 2016 et 14 750 demandes en 2017. Quant au coût moyen par dossier, il serait stable (environ 46 000 euros pour les dossiers de victimes et 11 500 euros pour les dossiers d'ayants droit).

Compte tenu du niveau élevé du fonds de roulement prévu pour 2016 (105 millions d'euros), le montant de la dotation de la branche AT-MP sera ramené de 430 millions d'euros en 2016 à 400 millions en 2017. L'année prochaine, le fonds serait déficitaire de 14 millions d'euros mais son résultat net cumulé resterait positif d'environ 7 millions.

Comme les années précédentes, votre rapporteur regrette vivement le désengagement dont continue de faire preuve l'État dans le financement du Fiva. Le projet de loi de finances pour 2017 réduit à nouveau la dotation complémentaire de l'État de 12,3 millions d'euros à 7,4 millions d'euros (- 40 %). Ce montant ne correspond qu'à environ un cinquième du montant des participations assurées par l'État avant 2013. La mission sénatoriale sur l'amiante avait jugé légitime de prévoir un engagement de l'État à hauteur d'un tiers du budget du Fiva, au regard tant de ses missions régaliennes que de son rôle assumé en tant qu'employeur.

Charges et produits du Fiva de 2011 à 2017

(en millions d'euros)

Année	2011	2012	2013	2014	2015	2016 (p)	2017 (p)
Charges	400	481	556	520,5	521,7	513,7	513,8
<i>taux d'évolution</i>	- 14 %	+ 20 %	+ 15,5 %	- 6,3 %	+ 0,23 %	- 1,5 %	+0,01 %
Produits	484,5	433	240,5	547	505,7	542,5	499,5
<i>taux d'évolution</i>	+ 13 %	- 10 %	- 45 %	+ 128,5 %	- 7,6 %	+ 7,3	-7,9 %
Dotation Cnam-AT-MP	340	315	115	435	380	430	400,0
Dotation Etat	47,5	47	0	0	9,2	12,3	7,4
Reprises sur provisions	70	39	80	79,1	79,9	70,0	62,0
Autres produits	27	32	45,5	33	36,6	30,2	30,2
Résultat net	84	- 48	- 316	27	- 16,1	28,8	-14,2
Résultat net cumulé	346	298	- 18	8,7	-7,4	21,4	7,2

Source : Réponses du ministère des affaires sociales et de la santé au questionnaire de la commission des affaires sociales

C. LA SITUATION FINANCIÈRE DES RÉGIMES DE BASE AUTRES QUE LE RÉGIME GÉNÉRAL

En 2015, le régime général représentait à lui seul 8,1 milliards d'euros sur un total de 10,9 milliards de prestations légales versées au titre des AT-MP, soit plus de 75 % du total. Trois autres régimes se distinguent par leur part non négligeable dans le total des prestations : le régime des salariés et des exploitants agricoles (7,0 % des prestations versées en 2015, y compris le Fcaata), le régime des fonctionnaires d'Etat et de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales Atial¹ (3,5 %) et le régime des mines (2,8 %). Chacun des autres régimes représente moins de 1 % du total des prestations.

L'évolution des prestations d'AT-MP connaît de fortes variations d'un régime l'autre. Si les prestations servies par le régime général ont crû de 2,1 % en moyenne entre 2004 et 2015, celles de régimes spéciaux comme la RATP (+ 3,3 %) ou de régimes créés plus récemment comme celui des exploitants agricoles (+ 3,5 %) progressent plus vite.

A l'inverse, certains régimes dont les effectifs sont en décroissance (notamment le fonds commun des accidents du travail pour le régime général) servent de moins en moins de prestations².

Le résultat net global des branches AT-MP hors régime général a connu d'importantes fluctuations au cours des dernières années. Excédentaire de 88 millions d'euros en 2011, il s'est révélé déficitaire de 407 millions d'euros en 2012 avant de redevenir positif en 2013 à hauteur de 47 millions d'euros. L'excédent a été ramené à 20 millions d'euros en 2014 et à 4 millions en 2015. **Il devrait s'établir à 31 millions d'euros en 2016.**

Cette évolution est principalement due aux évolutions qui caractérisent le fonds d'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (Fatiac) et les régimes agricoles.

Après un excédent de 80 millions d'euros en 2011, le solde du Fatiac est devenu déficitaire de 374 millions d'euros en 2012 à la suite du transfert exceptionnel, prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, d'une partie des réserves du fonds à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) pour un montant de 450 millions d'euros.

¹ L'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (Atiac) est la prestation attribuée à un fonctionnaire territorial ou hospitalier qui, à la suite d'un accident de service, de trajet ou d'une maladie professionnelle, présente des infirmités permanentes lui permettant néanmoins de reprendre ses fonctions.

² Il en va ainsi du fonds commun des accidents du travail (FCAT) pour le régime général et du fonds commun des accidents du travail agricole (FCATA) pour le régime agricole. Ces régimes versent des majorations de rentes à des assurés bénéficiant d'une rente au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle survenus avant le 1^{er} juillet 1962 pour le FCAT et avant le 1^{er} juillet 1973 (pour les salariés agricoles) ou avant le 1^{er} janvier 2002 (pour les exploitants) en ce qui concerne le Fcata.

En 2013, le solde est redevenu excédentaire de 26 millions d'euros mais son niveau demeure inférieur de 54 millions d'euros à celui observé en 2011 en raison du transfert, également prévu par la LFSS pour 2013, de 0,1 point de cotisation AT-MP vers la cotisation vieillesse. L'excédent s'est stabilisé à 25 millions d'euros ces dernières années.

S'agissant des régimes agricoles, après un déficit de 31 millions d'euros en 2012, un excédent de 21 millions d'euros a été enregistré en 2013, en raison principalement d'une augmentation du provisionnement des rentes d'accidents du travail des exploitants agricoles dont le financement est assuré par une hausse des cotisations étalée sur trois ans. Le déficit de 5 millions d'euros enregistré en 2014 s'est creusé en 2015 pour atteindre 22 millions. L'exercice 2016 devrait néanmoins se clôturer par un solde positif de 7 millions d'euros.

Résultat net des branches AT-MP des régimes de base entre 2008 et 2016

(en millions d'euros)

	Cnam AT-MP	Ensemble des régimes agricoles (RA)	Fonctionnaires	FATIACL	CANSSM	EDF-GDF (base)	SNCF	RATP	Enim	Banque de France	Petits régimes spéciaux	Régimes spéciaux (RS)	Fcat	Autres régimes de base (ARB)	RA + RS + ARB	Tous régimes de base
2008	241	-26	0	77	-52	0	0	0	6	0	2	34	1	1	9	249
2009	-713	16	0	76	7	0	0	0	5	0	0	89	0	0	105	-608
2010	-726	-22	0	77	0	0	0	0	0	-1	1	77	0	0	56	-671
2011	-221	0	0	80	-1	0	0	0	0	-1	10	88	0	0	88	-134
2012	-174	-31	0	-374	-1	0	0	0	0	-1	0	-376	0	0	-407	-581
2013	638	21	0	26	-1	0	0	0	0	-1	1	26	0	0	47	685
2014	691	-5	0	25	-1	0	0	0	0	0	1	25	0	0	20	711
2015	750	-22	0	25	0	0	0	0	0	0	0	25	0	0	4	753
2016	659	7	0	23	0	0	0	0	0	0	0	24	0	0	31	690

Enim : Etablissement national des invalides de la marine

Fcat : Fonds commun des accidents du travail

Fatiac : Fonds d'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales

CANSSM : Caisse nationale de sécurité sociale pour les mines

Source : Réponses du ministère des affaires sociales et de la santé au questionnaire de la commission des affaires sociales

III. DES DÉPENSES DE TRANSFERT EN PROGRESSION CONTINUE, QUI METTENT À MAL LA VOCATION ASSURANTIELLE ET PRÉVENTIVE DE LA BRANCHE

A. UN PRINCIPE FONDATEUR DE LA BRANCHE

1. Une logique de financement assurantielle

Après la consécration en 1898 du régime de responsabilité sans faute de l'employeur reposant sur une présomption de responsabilité en cas d'accident du travail, la loi du 25 octobre 1919 a préfiguré les principes fondateurs de la branche AT-MP en renvoyant le coût de la réparation à un principe assurantiel. Forte de cet héritage, la branche se distingue depuis 1946 par un mode d'organisation et de fonctionnement spécifique.

Conformément à sa logique assurantielle, la branche se finance à hauteur de 97 % sur des recettes issues de cotisations employeurs, les autres produits provenant de recettes fiscales et de ressources tirées de produits financiers ou de recours contre tiers.

La logique d'assurance garantit en principe l'équilibre structurel de la branche. Elle a justifié des ajustements réguliers des ressources en fonction de l'évolution du risque à couvrir. Au total, le taux de cotisation employeurs n'a pas baissé depuis 2002. Le taux net moyen national a été porté de 2,18 % en 2004 à 2,44 % en 2015.

2. Une logique d'incitation à la prévention

Le mode de fixation des cotisations repose sur une tarification du risque qui combine le principe d'une incitation de chaque employeur à la prévention avec celui d'une mutualisation de certains coûts.

Le renforcement de la prévention constitue l'une des priorités de la branche AT-MP, reconnue par les partenaires sociaux dans le cadre d'une démarche consensuelle. Signée le 30 décembre 2013, la convention d'objectifs et de gestion (Cog) de la branche, qui couvre la période 2014-2017, réaffirme la nécessité d'« *assurer une prévention des risques fondée sur le ciblage et l'évaluation* ». A cet égard, la branche a choisi de concentrer son activité sur les trois risques principaux que sont les TMS, les risques de chute dans le secteur du BTP et l'exposition à certains agents cancérigènes.

La prévention est également inscrite au cœur du troisième plan « Santé au travail » pour 2015-2019. Les sept orientations de ce plan ont été proposées par les partenaires sociaux au sein du comité permanent du conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) avant d'être actées par le ministre chargé du travail le 27 janvier 2015.

**Les sept orientations du troisième plan
« Santé au travail » (2015-2019)**

- Faire de la prévention une priorité, en rupture avec une approche faisant prévaloir la réparation ;
- Développer l'accompagnement des travailleurs et des entreprises dans la prévention de la désinsertion professionnelle ;
- Faire de la qualité de vie au travail un objet stratégique et en favoriser la mise en œuvre ;
- Simplifier les normes, les rendre plus intelligibles et plus accessibles aux employeurs ainsi qu'aux salariés et à leurs représentants, pour une plus grande efficacité des règles de prévention ;
- Renouveler la démarche préventive en priorisant quelques risques récurrents (chutes de hauteur et de plain-pied, exposition aux substances classées cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques, et risques psychosociaux), émergents (nanotechnologies) et multifactoriels (pratiques addictives au travail et maladies cardiovasculaires au travail) ;
- Rassembler et mettre en perspective les données de santé au travail ;
- Assurer une gouvernance partagée et opérationnelle de la santé au travail.

Parmi les nombreux travaux menés pour renforcer l'incitation à la prévention, la poursuite de l'adaptation des règles de tarification constitue l'un des axes stratégiques de l'actuelle Cog. La tarification constitue en effet un levier important de la prévention puisqu'elle permet l'imputabilité aux entreprises des coûts des risques là où ils se réalisent. La difficulté de l'exercice tient au fait que, pour établir un lien étroit entre le niveau du taux de cotisation et la prévention des risques, la part des dépenses mutualisées couverte par la tarification doit être contenue. Or, la tendance est plutôt à son accroissement.

B. DES DÉPENSES DE TRANSFERT DE PLUS EN PLUS IMPORTANTES

Le montant total des dépenses de transferts que la branche AT-MP prend à sa charge atteindra l'année prochaine plus de 2 milliards d'euros, un niveau considérable qui représente environ un cinquième des dépenses prévisionnelles pour 2017. Parmi ces nombreuses dépenses, la plus importante en volume est celle en direction de la branche maladie au titre de la sous-déclaration des maladies professionnelles.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 prévoit en outre un nouveau versement à la branche maladie, dont le montant s'élève à un demi-milliard d'euros en 2016 et 2017.

1. Le versement à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des maladies professionnelles

Depuis 1997, conformément à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, un versement annuel de la branche AT-MP du régime général au profit de l'assurance maladie est prévu pour tenir compte des dépenses liées à des sinistres ou pathologies d'origine professionnelle mais non déclarés comme tels. Le montant du versement destiné à couvrir les sommes indument mises à la charge de la branche maladie est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Une commission, présidée par un magistrat de la Cour des comptes, évalue tous les trois ans le coût réel de cette sous-déclaration par un rapprochement entre les diverses données épidémiologiques existantes et les statistiques des sinistres indemnisés par la branche. Une estimation du nombre de cas sous-déclarés est rapprochée des données de coût moyen par pathologie fournies par la Cnam.

Dans son rapport de juin 2014, la dernière commission a conclu à une estimation du coût de la sous-déclaration située dans une fourchette comprise entre 695 millions d'euros et 1,3 milliard d'euros. Par rapport à l'estimation de la précédente commission dans son rapport de juin 2011 (587 millions d'euros à 1,11 milliard d'euros), l'évolution est significative. La progression est de 18,4 % pour la borne basse et de 17,1 % pour la borne haute.

La commission indique que cette évolution n'est pas liée au coût des soins médicaux, lequel a plutôt diminué au cours des trois dernières années, mais plutôt au nombre de personnes malades qui a fortement augmenté.

Sur le fondement de cette estimation, le Gouvernement propose de reconduire pour 2017 le montant fixé à 1 milliard d'euros pour 2015. Par rapport au montant versé pour les exercices 2012 à 2014 (790 millions d'euros), l'augmentation, qui atteint 26,6 %, apparaît considérable. Entre 2002 et 2014, le versement a connu une hausse de près de 164 %.

Ainsi que la commission des affaires sociales a déjà eu l'occasion de le souligner à plusieurs reprises, la progression continue de ce versement, entièrement supporté par la part mutualisée du financement de la branche AT-MP, inspire quelque doute quant à la réalité des efforts engagés pour lutter contre la sous-déclaration. Les modalités d'évaluation de ce phénomène, suscitent elles-mêmes des interrogations, tandis que la prochaine commission chargée d'évaluer son ampleur se réunira d'ici quelques mois, avant le 1^{er} juillet prochain, pour actualiser ses travaux.

2. Un excédent de la branche AT-MP ponctionné d'un demi-milliard d'euros en 2016 et 2017 pour renflouer la branche maladie

Un nouveau transfert à la branche maladie a en outre été mis en place, sans justification objective, en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016. Son annexe B prévoit en effet deux transferts annuels successifs de 0,05 point de cotisation de la branche AT-MP à la branche maladie du régime général. Les raisons avancées pour justifier une telle opération ne sont guère convaincantes. Selon le Gouvernement, le transfert de cotisations *« est justifié par l'approche solidaire entre branches du régime général, au cœur des principes de la sécurité sociale depuis son origine, ainsi que par les effets indirects dont bénéficie la branche AT-MP du fait de l'amélioration de l'efficacité du système de soins, essentiellement financé par la branche maladie »*¹.

La mise en place de ce nouveau transfert conduit à ponctionner l'excédent de la branche AT-MP d'un demi-milliard d'euros supplémentaire en 2016 et 2017.

Par ailleurs, en vertu de l'accord auquel sont parvenus les partenaires sociaux le 30 octobre dernier sur les retraites complémentaires, il est question de compenser la hausse des cotisations de retraite des employeurs, à hauteur de 700 millions d'euros, par une baisse des cotisations de la branche AT-MP à compter de 2019.

Comme l'année dernière, votre commission regrette que les excédents de la branche AT-MP soient utilisés pour la mise en place de nouvelles dépenses de transfert. De telles opérations ne répondent qu'à une logique comptable et remettent en cause l'autonomie de la branche et sa vocation assurantielle. Elles amoindrissent la portée des leviers sur lesquels il est permis de jouer pour renforcer l'incitation à la prévention auprès des employeurs. Depuis 2006, la fraction mutualisée du taux de cotisation AT-MP a augmenté régulièrement depuis 2006 et atteint 62 %. Par construction, dans le calcul du taux de cotisation, la part des dépenses mutualisées limite la partie variable liée à la sinistralité propre de l'entreprise.

¹ Annexe B de la LFSS pour 2016.

La répartition des cotisations selon les entreprises est-elle susceptible d'être remise en cause ou bien l'accord qui régit le système actuel va-t-il être pérennisé ?

Mme Laurence Cohen. – *Je m'interroge sur les suicides dus à l'environnement professionnel, qui sont en augmentation. Disposez-vous d'une évaluation de ce phénomène ? Les familles disposent-elles de droits au titre de votre branche ?*

La formation des médecins concernant l'identification des maladies liées au travail ne devrait-elle pas être développée, afin de garantir que le lien soit fait rapidement entre l'apparition de certains symptômes et l'activité professionnelle ?

Mme Marine Jeantet. – *La dette de la branche est résorbée, et nous connaissons un excédent en 2017. Dans le cadre de la négociation de la COG va se poser la question de leur utilisation, et plusieurs options s'offrent à nous. Les organisations patronales souhaitent une baisse des cotisations, afin de poursuivre le mouvement enclenché par la LFSS pour 2016 : le taux est passé de 2,44 % en 2015 à 2,38 % cette année, et il devrait être de 2,33 % l'an prochain. Nous pourrions également améliorer l'indemnisation et la reconnaissance des victimes : des progrès peuvent être réalisés en matière d'appareillage, où le reste à charge est encore important malgré des améliorations récentes. Je pense qu'un des enjeux majeurs des années à venir est celui du maintien dans l'emploi, avec le vieillissement de la population salariée. L'augmentation des rentes serait possible, mais nous sommes déjà le pays européen le plus généreux en matière de réparation. Nous pourrions enfin renforcer les moyens consacrés à la prévention.*

En 2010, nous avons simplifié nos procédures d'instruction des demandes, ce qui a permis de faire chuter très fortement le contentieux qu'elles suscitaient. Nous faisons toutefois face à des cabinets d'avocats très spécialisés, et si cette catégorie de recours s'est réduite, une autre connaît un essor important : le contentieux technique, lié à l'expertise médicale, en particulier au taux d'incapacité donné par les médecins-conseils. Nous menons plusieurs actions pour corriger cette situation. Nous avons mis en place le processus médico-administratif, qui fait participer les médecins-conseils à la défense des dossiers de contentieux. Nous avons également cherché à sensibiliser les présidents des tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI) à nos contraintes. La fusion des TCI et des tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS) prévue par le projet de loi « Justice du 21ème siècle » aura un impact certain sur le fonctionnement des juridictions et le contentieux que nous avons à traiter. Dans ce cadre, nous avions suggéré la mise en place d'une commission de recours amiable médical, afin de limiter le flux des recours. Cette proposition avait été retenue par le Sénat, qui a toutefois supprimé son caractère médical en deuxième lecture. Il me semble important de rappeler ce caractère, au moins au niveau réglementaire.

Le suivi post-professionnel amiante est offert aux personnes qui y ont été exposées. Il s'agit toutefois d'un public très informé et très conscient des conséquences de cette exposition, bien plus que pour les autres maladies professionnelles.

En revanche, la branche AT-MP n'intervient pas directement dans les procédures de désamiantage. Nous travaillons néanmoins beaucoup avec l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), que nous finançons et qui édicte les guides de prévention et de bonnes pratiques à destination des entreprises, aussi bien pour l'amiante que pour les hydrocarbures. Nous cherchons à proposer aux entreprises des solutions concrètes et opérationnelles.

Nos 1 500 préventeurs, techniciens et ingénieurs, ne peuvent voir que 4 % des 1,8 million d'entreprises françaises chaque année. Nous ciblons donc nos actions de prévention sur les TMS et nous nous sommes concentrés sur les 8 000 entreprises qui avaient déclaré le plus de maladies professionnelles dans cette catégorie dans les dernières années. Afin de démultiplier notre action, nous développons les partenariats : avec l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP) pour la lutte contre les chutes de hauteur et avec l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact). Le gros enjeu reste les services interentreprises de santé au travail (Sist), qui emploient 11 000 personnes. Nous signons avec eux des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), qui couvrent à ce jour près de 80 % de ces services.

La mise en œuvre de cette coopération n'est pas toujours aisée car les méthodes de travail diffèrent entre les médecins et les ingénieurs tandis que les services de santé au travail ne disposent pas d'une structure de gouvernance nationale, ce qui est pénalisant pour les petites structures. Nous travaillons également avec des organismes collecteurs paritaires agréés (OPCA), notamment dans les secteurs où la sinistralité est importante comme les transports. Pour renforcer nos actions de prévention, nous devons étendre ces coopérations à d'autres organismes comme les organismes complémentaires qui sont très demandeurs.

Si l'intérim n'est pas érigé en priorité nationale malgré la multiplication des plans de prévention, la sous-traitance sur site est un vrai sujet comme l'ont montré récemment des reportages sur France 3 et France 5, car certaines entreprises sous-traitent des risques importants. Nos services n'ont pas de données sur ce phénomène : nous ne connaissons que la relation entre un employeur et un salarié, sans indication sur le lieu de travail en cas d'accident du travail. C'est pourquoi nous avons acté avec les organisations patronales, dans le cadre de la réforme de la tarification, que les employeurs indiquent systématiquement le lieu du sinistre et le code SIREN de l'entreprise concernée. Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) a un rôle à jouer sur ce sujet, d'autant que le médecin du travail en est membre.

Les élus ne relevant pas du régime général, leurs cotisations au titre du risque accidents du travail ne sont pas perçues par ma branche, mais plus vraisemblablement par la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL).

Nous n'observons pas l'apparition de nouvelles pathologies en matière de maladies professionnelles au niveau de notre branche mais nous travaillons étroitement avec les organismes chargés de la veille épidémiologique pour détecter les risques émergents.

Lorsqu'un salarié se suicide sur son lieu de travail, la qualification en accident du travail est systématique. Dans les autres cas de figure, qui sont plus fréquents, une enquête est menée pour déterminer s'il s'agit ou non d'un accident du travail. Très souvent, les causes d'un suicide sont multiples et difficiles à identifier et à pondérer. En matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles, la reconnaissance est binaire, c'est la règle du tout ou rien qui prévaut. Or, une étude récente a montré que moins de la moitié des TMS serait vraiment liée aux conditions du travail, d'autres facteurs entrant en ligne de compte.

La question de l'évaluation de la sous-déclaration est sensible et implique de trouver un compromis social acceptable pour tous. Certes, il est intellectuellement satisfaisant de faire des reconnaissances partielles, comme le souhaitent certains partenaires sociaux. Mais en tant que médecin, j'ai pu constater qu'il était souvent difficile voire impossible, lorsque l'on a un assuré en face de soi, de rentrer dans un débat technique pour pondérer les différents facteurs à l'origine d'une maladie professionnelle.

La formation des médecins est absolument fondamentale et nous avons engagé une campagne à travers des lettres d'information numériques car ils demandent de l'information sur ce sujet.

M. Daniel Chasseing. – *Un grand nombre d'associations établissent un lien entre le cancer de la prostate et les pesticides. Or nous ne disposons pas d'étude montrant de manière claire ce lien. Ne faudrait-il pas lancer une telle étude pour avancer sur ce sujet et éviter des affirmations ne reposant que sur des impressions ?*

Mme Marine Jeantet. – *Cette question relève plutôt de la compétence de la Mutualité sociale agricole (MSA). S'il est vrai que tous les hommes âgés de plus de 80 ans développent un cancer de la prostate, les causes de cette maladie restent difficiles à établir.*